



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΜΣ στην Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Υπηρεσιών, Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: « ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.
ΣΥΚΓΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΧΩΡΩΝ ΤΩΝ 5 ΗΠΕΙΡΩΝ »**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΘΕΟΧΑΡΗ (Α.Μ. : 4042202002055)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΡΙΠΟΛΗ 2022

COPYRIGHT

Η παρούσα εργασία αποτελεί προϊόν δικής μου συγγραφής , δεν έχει συγγραφεί από τρίτο πρόσωπο και δεν έχει αντιγραφεί από δημοσιευμένη ή αδημοσιεύτη εργασία άλλου. Αναφέρονται όλες οι πηγές έντυπες και ηλεκτρονικές , οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της εργασίας.

ΤΡΙΠΟΛΗ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022

ΧΑΤΖΗΘΕΟΧΑΡΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με θέμα « Περιφερειακές Ανισότητες στην Υγεία. Σύγκριση μεταξύ Χωρών των 5 Ηπείρων » εκπονήθηκε στα πλαίσια απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Υπηρεσιών , Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων » του τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με έδρα την Τρίπολη.

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση των συστημάτων υγείας σε διάφορες χώρες του πλανήτη και πως επηρεάζουν τη δημιουργία ή μη των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία καθώς και η αποδοχή ότι οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο. Φωτόπουλο Γεώργιο , ο οποίος αποτέλεσε την πηγή έμπνευσης για την παρούσα εργασία μέσα από τη διδασκαλία του και τις πληροφορίες που μετέδωσε.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές του προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις που μετέφεραν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υπομονή και την κατανόηση καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ : ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ

ΕΣΥ : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΗΠΑ : ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

ΟΑΥ : ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΟΣΑ : ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΟΘΦ : ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΠΟΥ : ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΦΥ : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΥ : ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

AIDS : ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME

AUD : AUSTRALIAN DOLLAR

EGP : ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΗ ΔΡΑΧΜΗ

CCO : CHIEF CONTROL OFFICE

HIO : HEALTH INSURANCE ORGANISATION

HIV : HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

INR : INDIAN RUPIA

MHE : MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

MOHP : MINISTRY OF HEALTH AND POPULATION

NGO : NON GOVERNMENT ORGANISATION

NHI : NATIONAL HEALTH INSURANCE

NHIP : NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

NHIS : NATIONAL HEALTH INSURANCE SERVICE

OECD : ORGANISATION OF ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

SDH : SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

SUS : SISTEMA UNICO DE SAUDE

THIO : TEACHING HOSPITALS AND INSTITUTES ORGANISATION

USA : UNITED STATES OF AMERICA

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

COPYRIGHT	ii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ.....	12
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ	12
1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	16
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	16
2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
2.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	22
2.5.1 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	22
2.5.2. ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	24
2.6 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ 5 ΗΠΕΙΡΟΥΣ .	27
3.1 ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ (ΚΟΙΝΟΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ)	27
3.2 ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ (ΗΠΑ)	36
3.3 ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΚΟΡΕΑΣ)	47
3.4. ΓΕΡΜΑΝΙΑ (ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ).....	53
3.5 ΑΙΓΥΠΤΟΣ (ΑΡΑΒΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ)	61
3.6 ΒΡΑΖΙΛΙΑ (ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ)	68
3.7 ΙΝΔΙΑ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ)	75
3.8 ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ)	80
3.9 ΕΛΛΑΔΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ)	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ – ΣΥΚΡΙΣΗ	95
4.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ).....	95
4.2 Κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας	96

4.3 Δαπάνες υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)	97
4.4 Προσδόκιμο Επιβίωσης (σε έτη ζωής).....	97
4.5 Βρεφική Θνησιμότητα (ανά 1.000 ζώσες γεννήσεις)	98
4.6 Ποσοστό Αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους).....	99
4.7 Αριθμός Ιατρών (ανά 1.000 κατοίκους)	99
4.8 Συνολική επισκόπηση.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	107
ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	109

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ	12
ΕΙΚΟΝΑ 2: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ.....	13
ΕΙΚΟΝΑ 3: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	14
ΕΙΚΟΝΑ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
ΕΙΚΟΝΑ 5: ΜΟΝΤΕΛΟ DAHLGREN - WHITEHEAD	18
ΕΙΚΟΝΑ 6: ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	19
ΕΙΚΟΝΑ 7: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
ΕΙΚΟΝΑ 8: ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	22
ΕΙΚΟΝΑ 9: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
ΕΙΚΟΝΑ 10: ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	28
ΕΙΚΟΝΑ 11: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	30
ΕΙΚΟΝΑ 12: ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΠΑ.....	36
ΕΙΚΟΝΑ 13: ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑ.....	38
ΕΙΚΟΝΑ 14: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ.....	39
ΕΙΚΟΝΑ 15: ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ	40
ΕΙΚΟΝΑ 16: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	46
ΕΙΚΟΝΑ 17: ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΚΟΡΕΑΣ.....	48
ΕΙΚΟΝΑ 18: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ Ν. ΚΟΡΕΑΣ.....	49
ΕΙΚΟΝΑ 19: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ν. ΚΟΡΕΑΣ.....	50
ΕΙΚΟΝΑ 20: ΤΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΑ ΚΡΑΤΙΔΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ.....	54
ΕΙΚΟΝΑ 21: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ.....	56
ΕΙΚΟΝΑ 22: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	59
ΕΙΚΟΝΑ 23: ΟΙ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ	62
ΕΙΚΟΝΑ 24: ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ	68
ΕΙΚΟΝΑ 25: Η ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ.....	69
ΕΙΚΟΝΑ 26: ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ	69
ΕΙΚΟΝΑ 27: ΦΥΛΕΣ ΚΑΙ ΕΘΝΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ.....	70
ΕΙΚΟΝΑ 28: ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ	71
ΕΙΚΟΝΑ 29: ΤΑ ΚΡΑΤΙΔΙΑ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ	75
ΕΙΚΟΝΑ 30: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ	76
ΕΙΚΟΝΑ 31: Η ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ.....	81
ΕΙΚΟΝΑ 32: ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	81
ΕΙΚΟΝΑ 33: ΟΙ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	82
ΕΙΚΟΝΑ 34: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	84
ΕΙΚΟΝΑ 35: ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	89

ΕΙΚΟΝΑ 36: ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	89
ΕΙΚΟΝΑ 37: ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	91

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ.....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	32
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΩΝ 4 ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΩΝ ΗΠΑ.....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑ	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΦΛΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΠΑ.....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΠΑ (ΦΥΛΗ - ΕΘΝΟΤΗΤΑ).....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΗΠΑ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ Ν. ΚΟΡΕΑ.....	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (Ν. ΚΟΡΕΑ).....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ (Ν. ΚΟΡΕΑ).....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (Ν. ΚΟΡΕΑ).....	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ.....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΓΕΡΜΑΝΩΝ	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Ο ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2010 ΕΩΣ ΤΟ 2020	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Ο ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2010 ΕΩΣ ΤΟ 2020	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ (ΔΗΜΟΣΙΑ/ΙΔΙΩΤΙΚΑ).....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΤΗΣΗΣ	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 31: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ.....	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 32: ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 33: POPULATION COVERED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY (FHS) AND BY MEDICAL PRIVATE PLANS (PP) 73	
ΠΙΝΑΚΑΣ 34: ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 35: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΙΝΔΙΑ	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 36: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΙΝΔΙΑ.....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 37: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ.....	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 38: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ.....	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 39: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΙΝΔΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	80

ΠΙΝΑΚΑΣ 40: ΕΔΑΦΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 41: ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 42: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 43: ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΕΘΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ Ν. ΑΦΡΙΚΗ.....	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 44: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 45: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΤΗ Ν. ΑΦΡΙΚΗ.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 46: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 47: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 48: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 49: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 50: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 51: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΧΩΡΩΝ	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 52: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	96
ΠΙΝΑΚΑΣ 53: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 54: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 55: ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 56: ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ	99
ΠΙΝΑΚΑΣ 57: ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 58: ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΧΩΡΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ	100
ΠΙΝΑΚΑΣ 59: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	102
ΠΙΝΑΚΑΣ 60: ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	103

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ύπαρξη περιφερειακών ανισοτήτων αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα τόσο στην τοπική όσο και στην Παγκόσμια οικονομική και κοινωνική σκηνή. Αποτελεί σύνηθες φαινόμενο η μέτρηση των περιφερειακών ανισοτήτων να γίνεται με βάση οικονομικά κριτήρια και οικονομικούς δείκτες. Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να μελετώνται και να αναλύονται και άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις περιφερειακές ανισότητες όπως οι κοινωνικοί παράγοντες με μεγάλη βαρύτητα στον παράγοντα υγεία. Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό για τον άνθρωπο και το πρώτο στοιχείο για μία πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι αυτοί που επιτείνουν και τις ανισότητες. Οι ανισότητες παρατηρούνται είτε ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, είτε ως προς τον τρόπο ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν τα συστήματα υγείας 9 χωρών του πλανήτη και το πώς επιδρούν στην παρουσία ή όχι περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία.

ABSTRACT

The existence of regional inequalities is a long-standing problem on both the local and the global economic and social scene. It is common for regional inequalities to be measured in terms of economic criteria and economic indicators. In recent years, other factors that can influence regional inequalities have begun to be studied and analysed, such as social factors with a strong emphasis on the health factor. Health is the most important commodity for human beings and the first element for a full and happy life. It is the factors that influence health that also exacerbate inequalities. Inequalities are observed either in the level of health of the population, or in the way services are demanded and supplied. This paper will present the health systems of 9 countries around the world and how they affect the presence or absence of regional health inequalities.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόοδος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των φαρμάκων συνέβαλαν στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας στις περισσότερες χώρες του πλανήτη. Παρόλη όμως την πρόοδο οι περιφερειακές ανισότητες στον τομέα της υγείας συνεχίζουν ακόμη να ταλαιπωρούν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού αρκετών χωρών. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν τα συστήματα υγείας 9 χωρών του πλανήτη και το πώς επιδρούν στην παρουσία ή όχι περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται ο ορισμός της περιφέρειας και των περιφερειακών ανισοτήτων γενικότερα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία εισαγωγή στην έννοια της υγείας και στους παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης δίνεται μία συνοπτική περιγραφή των συστημάτων υγείας σε μία γενική μορφή και τι αντιπροσωπεύουν οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι 9 χώρες της μελέτης, τα συστήματα υγείας τους και οι περιφερειακές ανισότητες που υπάρχουν. Οι χώρες μελέτης είναι η Αυστραλία, οι ΗΠΑ, η Νότια Κορέα, η Γερμανία, η Αίγυπτος, η Βραζιλία, η Ινδία, η Νότια Αφρική και η Ελλάδα. Η επιλογή των χωρών έγινε με βάση οικονομικά κριτήρια (αναπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες), γεωγραφικά κριτήρια (βόρειο και νότιο τμήμα από κάθε Ήπειρο), κοινωνικά κριτήρια (ποικιλομορφία πληθυσμού) και διοικητικά κριτήρια (πολίτευμα και διοικητικές διαιρέσεις)

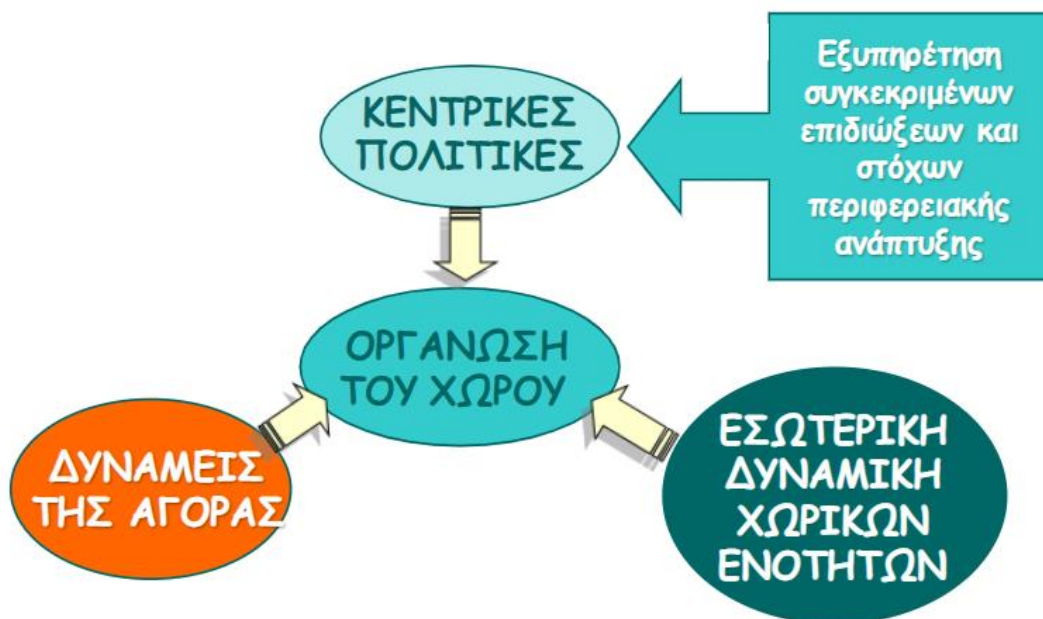
Στο τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία σύγκριση μεταξύ αυτών των χωρών βάσει κάποιων δεικτών υγείας και οικονομίας που προσδιορίζουν την παρουσία των ανισοτήτων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα για την παρουσία των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία και κάποιες πολιτικές που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για να περιορίσουν τις ανισότητες αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Με τον όρο περιφέρεια εννοούμε μια γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή , εκτός κεντρικής διοίκησης , η οποία εμφανίζει κάποια κοινά χαρακτηριστικά , τα οποία έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλλονται ανάλογα με τις συνθήκες. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να είναι οικονομικά , κοινωνικά , πολιτικά , πολιτισμικά , ιστορικά ή γεωγραφικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη κατά τον προσδιορισμό της ταυτότητας της περιφέρειας διότι η περιφέρεια αποτελεί ένα δυναμικό σύστημα , το οποίο δέχεται επιδράσεις τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον με αποτέλεσμα τη διαρκή εναλλαγή των χαρακτηριστικών της.



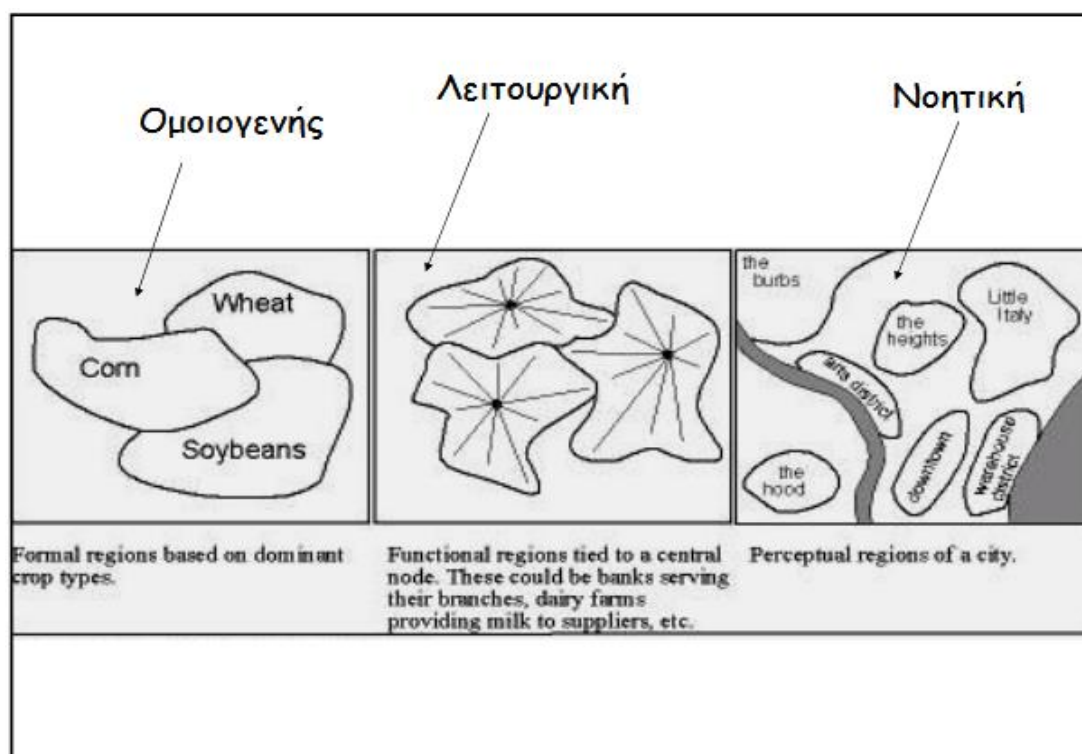
ΕΙΚΟΝΑ 1: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ

ΠΗΓΗ: <https://slideplayer.gr/slide/11190639/>

Υπάρχουν διάφορες διακρίσεις των περιφερειών. Μία περιφέρεια μπορεί να χαρακτηριστεί ως **ομοιογενής** όταν μεταξύ των ορίων που την προσδιορίζουν ελαχιστοποιούνται οι διαφορές μεταξύ των κοινών χαρακτηριστικών που διαθέτει. Επίσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως **λειτουργική** όταν υπάρχουν σχέσεις αλληλεξάρτησης μεταξύ των πόλεων και των οικισμών που βρίσκονται εντός του προσδιορισμένου γεωγραφικού χώρου. Υπάρχουν οι **προγραμματικές** περιφέρειες που

σχηματίζονται με την εντολή της κεντρικής κυβέρνησης για την εξυπηρέτηση κάποιων περιφερειακών προγραμμάτων ανάπτυξης. Οι περιφέρειες μπορούν επίσης να χαρακτηριστούν α) ως **ανεπτυγμένες** όταν έχουν ήδη καταφέρει να δημιουργήσουν μία ισορροπημένη κατάσταση εντός της χωρικής τους αρμοδιότητας β) ως **αναπτυσσόμενες** όταν βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάπτυξης και γ) ως **φθίνουσες** όταν τις χαρακτηρίζει μία στασιμότητα ή μία μείωση σε ότι αφορά την ανάπτυξή τους.

Η περιφέρεια για να μπορεί να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα σε σχέση με το εξωτερικό της περιβάλλον θα πρέπει να αναπτύξει μια ολοκληρωμένη κοινωνική και οικονομική δομή.



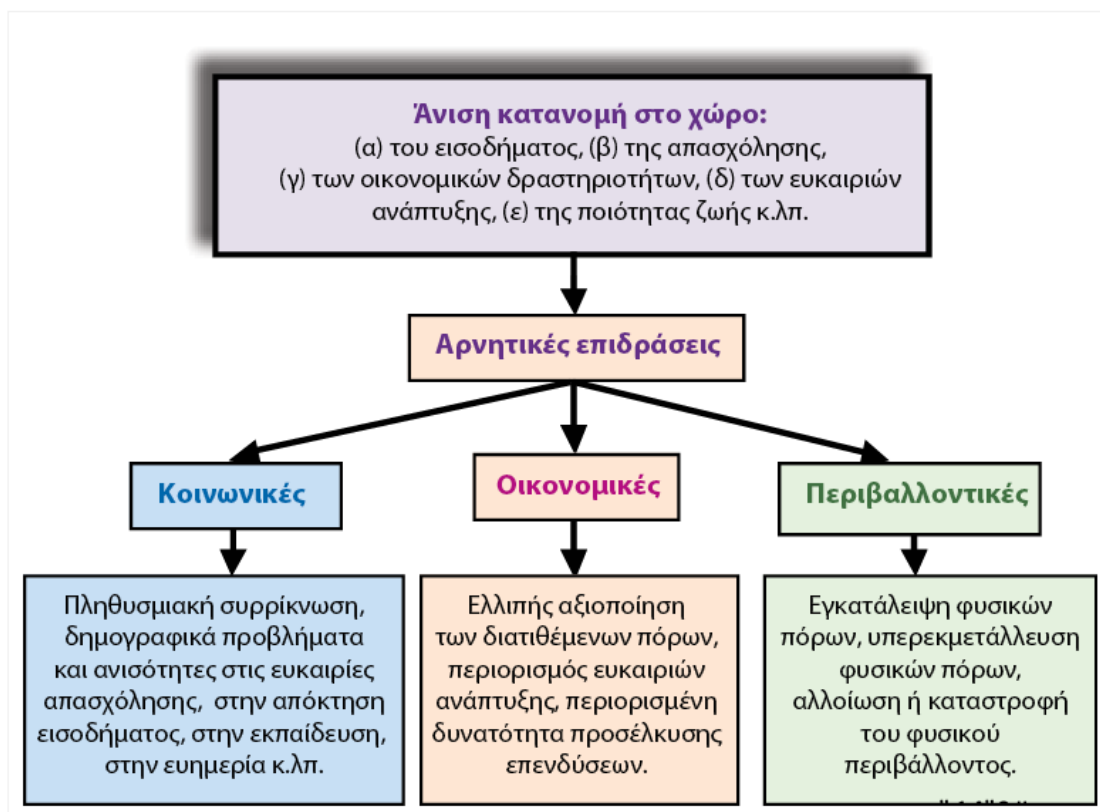
ΕΙΚΟΝΑ 2: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ

ΠΗΓΗ : (http://portal.survey.ntua.gr/main/studies/environ/6406/envplan_regdev01.pdf)

1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Η ύπαρξη περιφερειακών ανισοτήτων αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα τόσο στην τοπική όσο και στην Παγκόσμια οικονομική και κοινωνική σκηνή. Ο όρος περιφερειακή ανισότητα αναφέρεται στους διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης και εξέλιξης μεταξύ των χωρικών ενοτήτων που μπορεί να αποτελούν μία χώρα, μία ένωση χωρών ή μία Ήπειρο. Η ανάπτυξη αυτή αφορά την οικονομική, κοινωνική, πολιτική

και πολιτισμική ζωή κάθε περιφέρειας. Οι ανισότητες εμφανίζονται σε πολλά επίπεδα όπως ανισότητες μεταξύ χωρών του Δυτικού Κόσμου και του Τρίτου Κόσμου , ανισότητες μεταξύ χωρών που αποτελούν μία οικονομική ένωση όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση , ανισότητες μεταξύ χωρών με Βόριο ή Νότιο προσανατολισμό ή τέλος ανισότητες μεταξύ των περιφερειών της ίδιας χώρας.



ΕΙΚΟΝΑ 3: ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

ΠΗΓΗ: <https://kritiki.gr/microsites/periferiakianaptixi2h/graphics/gr11>

Αν και οι περιφέρειες μπορεί να εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους , ο ρυθμός με τον οποίο μεταβάλλονται αυτά τα χαρακτηριστικά είναι διαφορετικός.

Οι ανισότητες μπορεί να οφείλονται σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να είναι **α) ιστορικοί** : η ιστορία κάθε περιοχής διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην εξέλιξή της στο χρόνο. Σε πολλές χώρες υπήρξαν αλλαγές του γεωγραφικού τους προσδιορισμού μετά από προσαρτήσεις ή αφαιρέσεις εδαφών λόγω πολεμικών καταστάσεων , γεγονός που οδήγησε στην δημιουργία νέων περιφερειακών προσδιορισμών. Επίσης τα μεταναστευτικά κύματα αυξομείωσαν τον πληθυσμό τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στις επαρχίες

β) γεωμορφολογικοί : η γεωγραφική θέση κάθε χώρας παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη των περιφερειών της. Χώρες στις οποίες οι ορεινοί όγκοι

καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος του εδαφικού τους προσδιορισμού ή διαθέτουν πολλά νησιωτικά συμπλέγματα τείνουν να συγκεντρώνουν τον πληθυσμό τους στα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα οι περιφέρειες να υποβαθμίζονται. Επίσης οι περιβαλλοντικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη των περιφερειών. Περιοχές με άσχημες κλιματολογικές συνθήκες για μεγάλη χρονική περίοδο συγκεντρώνουν μικρά ποσοστά του πληθυσμού

γ) πολιτικοί : οι σχεδιασμοί των κεντρικών κυβερνήσεων για την ανάπτυξη και εξέλιξη των κρατών προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη ή μη των περιφερειών τους

δ) οικονομικοί : παράγοντες όπως το κατά κεφαλήν εισόδημα , η συγκέντρωση του πληθυσμού , η γήρανση του πληθυσμού , οι επενδύσεις , οι καινοτομίες , οι υποδομές και η παραγωγική διάρθρωση επηρεάζουν την οικονομική ανάπτυξη των χωρών και αυτή με τη σειρά της επηρεάζει την ανάπτυξη των περιφερειών

ε) κοινωνικοί : η συνοχή των κοινωνιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην άμβλυνση των ανισοτήτων. Κοινωνίες με μεγάλες διαφορές στην κοινωνική τους διαστρωμάτωση , στο επίπεδο εκπαίδευσης , στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και στην παρουσία συνθηκών κοινωνικού αποκλεισμού επιδεινώνουν τις ανισότητες τόσο σε αστικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.

Το πρόβλημα των περιφερειακών ανισοτήτων έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί τους οικονομικούς κύκλους διότι δεν έχει βρεθεί ακόμη μία καθολικά αποδεκτή λύση. Η επισταμένη μελέτη των περιφερειακών ανισοτήτων ξεκίνησε τη δεκαετία του '60 λόγω των διαφορετικών μορφών και ρυθμών ανάπτυξης των Εθνικών χώρων. Κατά τη διάρκεια των διαφόρων μελετών διαπιστώθηκε ότι η ανάπτυξη της αγοράς δημιουργεί περιφέρειες δύο ταχυτήτων. Από τη μία εμφανίζονται περιφέρειες με μεγάλη ανάπτυξη και σχετική αυτοδυναμία και από την άλλη υπάρχουν υποανάπτυκτες περιφέρειες που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την κεντρική διοίκηση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων και η παγκοσμιοποίηση οδήγησαν στη συσσώρευση του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα και τη σταδιακή υποβάθμιση της περιφέρειας. Η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς διευρύνει περισσότερο τις περιφερειακές ανισότητες με αποτέλεσμα να απαιτείται κρατική παρέμβαση για το σχεδιασμό πολιτικών με σκοπό την μείωση των ανισοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό για τον άνθρωπο και το πρώτο στοιχείο για μία πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Ταυτίζεται με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας και αποτελεί βασικό δικαίωμα για κάθε πολίτη.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υγεία ονομάζεται « η κατάσταση πλήρους φυσικής , ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας » (WHO , 1958).

Βασικά στοιχεία για τη διατήρηση της υγείας αποτελούν η πρόληψη , η προαγωγή και η αγωγή της υγείας. Μέσω της *πρόληψης* υπάρχει η δυνατότητα μείωσης ή εξάλειψης των αιτιών που προκαλούν τον θάνατο και που σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η πρόληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των δαπανών για την υγεία. Η πρόληψη αφορά είτε την ενίσχυση της φυσικής άμυνας του οργανισμού , είτε την έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων.

Η *προαγωγή* της υγείας απευθύνεται κυρίως σε υγιή άτομα και αποτελεί διαδικασία μέσω της οποίας αναπτύσσονται συμπεριφορές και συνθήκες που βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας. Ένας από τους στόχους της προαγωγής της υγείας είναι και ο περιορισμός των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας και η ισχυροποίηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η *αγωγή* της υγείας αφορά διαδικασία μέσω της οποίας παρέχεται βοήθεια στα άτομα έτσι ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις και να υιοθετούν συμπεριφορές που οδηγούν στη σωματική , ψυχική και κοινωνική τους ευεξία.

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων προσδιορίζεται από μια σειρά παραγόντων , οι οποίοι βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση και επιδρούν είτε θετικά , είτε αρνητικά. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι :

α) **βιολογικοί ή ατομικοί** και αφορούν παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με το ίδιο το άτομο όπως η κληρονομικότητα και τα δημογραφικά του στοιχεία (φύλο , ηλικία κ.α.),

β) **κοινωνικοί και οικονομικοί** που σχετίζονται με την εργασία , την εκπαίδευση , το βιοτικό επίπεδο και την κοινωνική ένταξη ,

γ) **πολιτικοί** , οι οποίοι αναφέρονται στις πολιτικές δράσεις και σχεδιασμούς για την προαγωγή της υγείας όπως οι νόμοι για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους ή οι αποφάσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας την τελευταία διετία ,

δ) **περιβαλλοντικοί** , οι οποίοι αφορούν την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία και την αναγκαιότητα της προστασίας του όπως η μείωση των ρύπων στην ατμόσφαιρα οι οποίοι επιδρούν στο αναπνευστικό σύστημα των ατόμων ,

ε) **πολιτιστικοί** , οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (διατροφή , αλκοόλ , κάπνισμα , γυμναστική) καθώς και με άλλα στοιχεία της κουλτούρας του κάθε λαού.

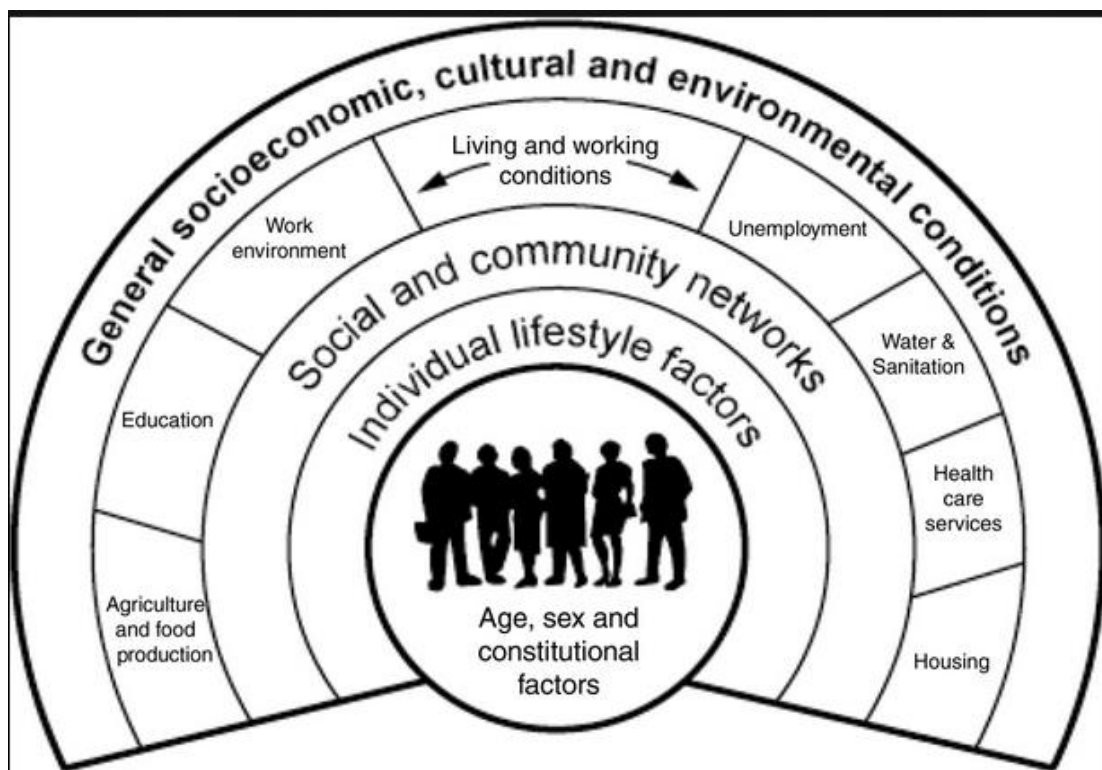


ΕΙΚΟΝΑ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://socialpolicy.gr/>

Για την κατανόηση και εξήγηση των ανισοτήτων στην υγεία γίνεται ιδιαίτερα συχνή η χρήση του μοντέλου του « ουράνιου τόξου » (μοντέλο Dahlgren-Whitehead), το οποίο χαρτογραφεί κατά κάποιον τρόπο τη σχέση μεταξύ του ατόμου , του περιβάλλοντος γύρω του και της υγείας του. Το άτομο βρίσκεται στο επίκεντρο του μοντέλου και

περιβάλλεται από διάφορους παράγοντες του περιβάλλοντος που επηρεάζουν τη ζωή του σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Αυτή η επηροή έχει άμεσο αντίκτυπο και στην υγεία του είτε με θετική , είτε με αρνητική έννοια.



ΕΙΚΟΝΑ 5: ΜΟΝΤΕΛΟ DAHLGREN - WHITEHEAD

ΠΗΓΗ: <https://www.publichealthnotes.com/social-determinants-health-sdh/>

Η αξιολόγηση αυτών των παραγόντων γίνεται με τη χρήση δεικτών , οι οποίοι αποτελούν « ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές που εφαρμόζονται στην υγεία και εξετάζουν τις άμεσες ή έμμεσες αλλαγές του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους » , (WHO , 1981). Οι δείκτες αυτοί μπορεί να έχουν θετικό προσδιορισμό όπως ο δείκτης γεννητικότητας (γεννήσεις / 1000 άτομα) και το προσδόκιμο επιβίωσης (μέσος όρος ζωής) ή αρνητικό προσδιορισμό όπως ο δείκτης νοσηρότητας (αριθμός ασθενών / νόσο) και ο δείκτης θνητότητας (αριθμός θανάτων / νόσο).

2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μορφές με τις οποίες παρέχονται οι υγειονομικές υπηρεσίες στον πληθυσμό διακρίνονται στην Πρωτοβάθμια , Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Προσφέρει υπηρεσίες τόσο στον υγιή όσο και στον μη υγιή πληθυσμό για όλες τις περιπτώσεις που δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τα μικρά και μεσαία νοσοκομεία.

Η Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται στα μεγάλα γενικά νοσοκομεία καθώς μπορούν να πραγματοποιηθούν εξειδικευμένες εξετάσεις και θεραπείες.



EIKONA 6: ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.blod.gr/lectures/pros-ena-olokliromeno-systima-vgeias-stin-ellada/>

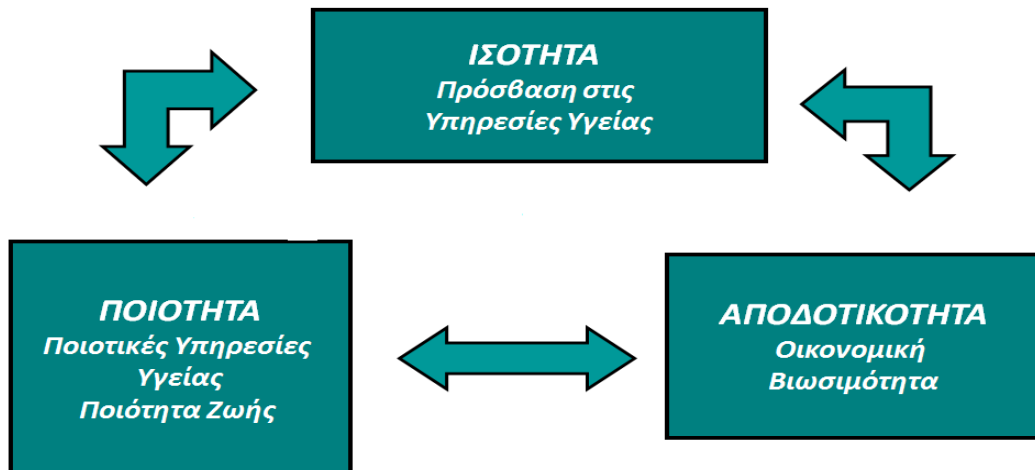
Η διασύνδεση των μορφών φροντίδας της υγείας αποτελεί προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία όλου του συστήματος υγείας. Βασικές αρχές λειτουργίας αποτελούν α) **η διαθεσιμότητα** δηλαδή η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών όλο το 24ωρο , 365 ημέρες το χρόνο , β) **η προσπελασιμότητα** δηλαδή η δυνατότητα του πολίτη να φτάνει άμεσα στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας , γ) **η συνέχεια της προσφοράς** δηλαδή η δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης τόσο των ασθενών όσο και των υγιών πολιτών , δ) **η λειτουργική διασύνδεση** μεταξύ των τριών μορφών φροντίδας υγείας έτσι ώστε να υπάρχει μία ορθή και συνεχής ροή παροχής υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη και ε) **η ανάπτυξη της ΠΦΥ** τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

2.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα σύστημα υγείας αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την υλοποίηση των πολιτικών υγείας και κατ' επέκταση την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Κάθε σύστημα υγείας οργανώνεται με βάση τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνιστώσες κάθε χώρας ενώ ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα αναπροσαρμογής των λειτουργικών του διαδικασιών βάση των αναγκών που δημιουργούνται στους πολίτες με το πέρασμα των χρόνων και την έλευση νέων δεδομένων.

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο οντοτήτων και διαδικασιών, οι οποίες βρίσκονται σε μία συνεχή συσχέτιση και εξάρτηση μεταξύ τους με σκοπό τη διατήρηση της ευεξίας των πολιτών. Κάθε σύστημα υγείας αναπτύσσει μία σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με το εξωτερικό του περιβάλλον με τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών. Έχει συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης, διακρίνεται από ιεραρχική δομή και θέτει τους δικούς του στόχους τους οποίους προσπαθεί να επιτύχει. *« Τα συστήματα υγείας αποτελούν όλες εκείνες οι δραστηριότητες που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας »*, (WHO, 2000)

Ένα σύστημα υγείας για να θεωρείται επαρκές θα πρέπει να περιλαμβάνει τις τρεις μορφές φροντίδας υγείας – πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια -, την περίθαλψη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, να φροντίζει την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας, την ασφάλεια της εργασίας, την περιβαλλοντική και σχολική υγιεινή, να παρέχει δυνατότητες νοσηλείας στο σπίτι, να διαθέτει συμβουλευτικά κέντρα για διάφορες παθήσεις και καταστάσεις, να ασχολείται εκτενώς με την έρευνα και την προώθηση των νέων τεχνολογιών στην υγεία και να προσφέρει δυνατότητες χρήσης εναλλακτικών μορφών ιατρικής (βελονισμός, ομοιοπαθητική).

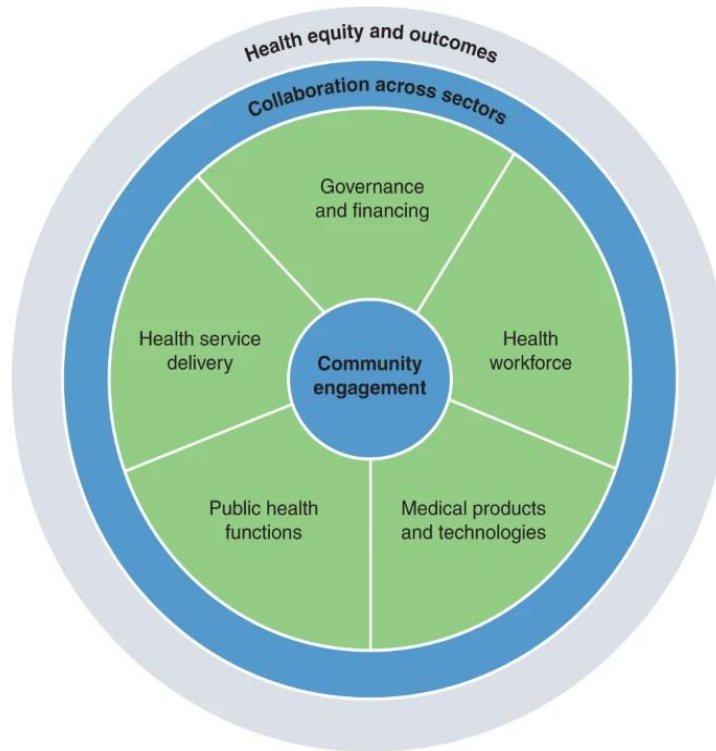


ΕΙΚΟΝΑ 7: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: https://ocp.teiath.gr/courses/DMYP_UNDER101/

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας διαθέτει έναν δεδομένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να υπάρχει σημαντική κάλυψη των αναγκών των πολιτών . Το επίπεδο υγείας των ατόμων εξαρτάται όχι μόνο από το σύστημα υγείας αλλά και από το περιβάλλον που επιδρά στη λειτουργία του. Το σύστημα υγείας μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της εφαρμογής κοινωνικής πολιτικής σε μία χώρα πρέπει να είναι κοινωνικά δίκαιο και να παράγει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Determinants of health systems resilience framework.



ΕΙΚΟΝΑ 8: ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>

2.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας της υγείας κάθε χώρας διαμορφώνεται ανάλογα με τους κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που επιδρούν την εκάστοτε χρονική περίοδο. Η ταξινόμηση των συστημάτων υγείας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: τα Εθνικά και τα Φιλελεύθερα.

2.5.1 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Χαρακτηρίζονται από υποχρεωτική ασφάλιση, καθολική κάλυψη και αυξημένη κρατική παρέμβαση.

A) Μοντέλο Beveridge

Βασίζεται στην κρατική παρέμβαση και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) μέσω της αναδιανομής των εσόδων από τη φορολογία. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συνολική και πλήρης και η χάραξη των πολιτικών υγείας βασίζεται στις ανάγκες των

πολιτών. Υπάρχει η διάκριση των μορφών υγείας σε πρωτοβάθμια , δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

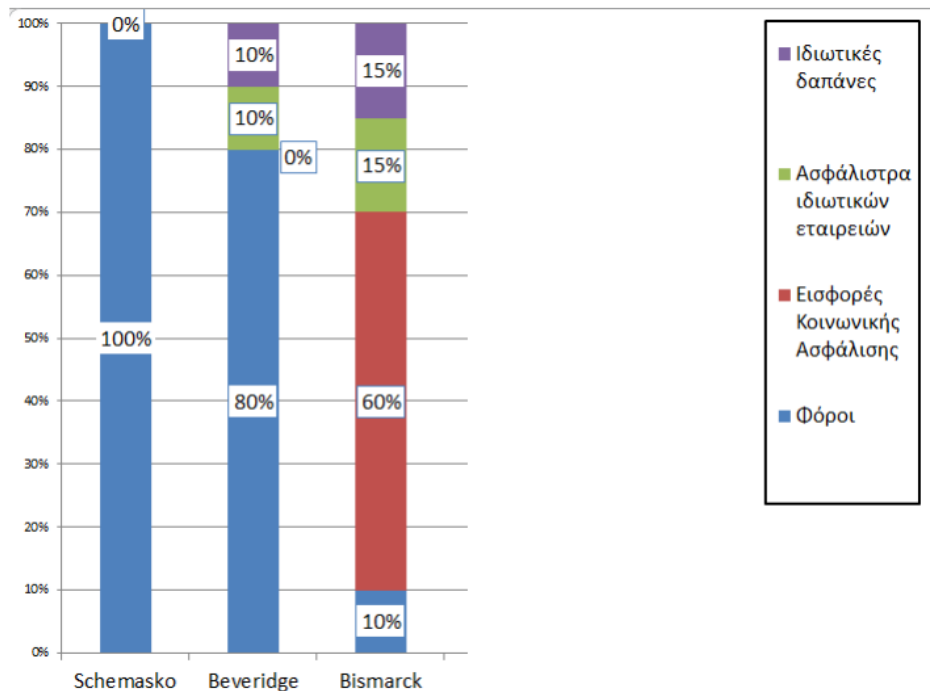
B) Μοντέλο Bismark

Χαρακτηρίζεται από πλήρη κρατική ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών . Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορούν να προέρχονται είτε από το δημόσιο , είτε από τον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα την παρουσία ενός μικτού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Η κρατική παρέμβαση αποτελεί θεσμό και αφορά στη χρηματοδότηση τόσο των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης όσο και στον προγραμματισμό πολιτικών υγείας.

Γ) Μοντέλο Semashko

Χαρακτηρίζεται από άκρατο κρατικισμό και γραφειοκρατία. Εφαρμόστηκε στις χώρες του πρώην ανατολικού μπλόκ και κατέρρευσε μετά τη διάλυσή του. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας ήταν αποκλειστικά από δημόσιους φορείς με κρατικό προϋπολογισμό. Για όσο διάστημα εφαρμόστηκε βοήθησε σημαντικά στη βελτίωση της υγείας των πολιτών. Παρόλα αυτά δεν μπόρεσε να εξελιχθεί και να ανταπεξέλθει στην αύξηση των αναγκών , στην εξέλιξη της τεχνολογίας και στην πολυπλοκότητα των νέων συστημάτων.

Πηγές χρηματοδότησης δαπανών υγείας



ΕΙΚΟΝΑ 9: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod_resource/content/1/

2.5.2. ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το Φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική και πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Ο πολίτης αναζητά υπηρεσίες υγείας ανάλογες με το οικονομικό του υπόβαθρο. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα ενώ η κρατική παρέμβαση είναι πολύ περιορισμένη, κυρίως στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικά του συστήματος αποτελούν :

- η προσφορά και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας λειτουργούν με το σύστημα των τιμών
- η παραγωγή αγαθών είναι ελεύθερη
- η παρέμβαση του κράτους αφορά μόνο στην ομαλή λειτουργία του συστήματος
- ισχύει το αξίωμα του μέγιστου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος
- η ασφάλιση είναι κυρίως ιδιωτική με αποτέλεσμα μεγάλη μερίδα πληθυσμού να είναι ανασφάλιστη

- το κόστος ασφάλισης διαμορφώνεται ανάλογα με το προφίλ υγείας του κάθε ασφαλισμένου

Σήμερα δεν υπάρχει χώρα που να ακολουθεί καθαρά ένα συγκεκριμένο μοντέλο. Στις περισσότερες χώρες τα συστήματα υγείας είναι μικτά δηλαδή οι παροχές υγείας καλύπτονται και από τον ιδιωτικό και από τον δημόσιο τομέα. Στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για τους πολίτες με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης.

2.6 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Αποτελεί σύνηθες φαινόμενο η μέτρηση των περιφερειακών ανισοτήτων να γίνεται με βάση οικονομικά κριτήρια και οικονομικούς δείκτες. Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να μελετώνται και να αναλύονται και άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις περιφερειακές ανισότητες όπως οι κοινωνικοί παράγοντες με μεγάλη βαρύτητα στον παράγοντα υγεία.

Οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και αποτελούν πρόκληση διότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι ποικίλοι και με διαφορετικούς προσδιοριστικούς χαρακτήρες. Παρόλο που η αναφορά τους είναι πιο έντονη τα τελευταία χρόνια, οι ανισότητες στην υγεία υπάρχουν διαχρονικά και συνδέονται άμεσα με τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα κάθε χώρας και κάθε εποχής. Ήδη από τον 19^ο αιώνα υπάρχουν αναφορές και μελέτες που αναφέρονται σε ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας διαφόρων περιοχών. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές οι πληθυσμοί των χαμηλότερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων τείνουν να επιβαρύνονται περισσότερο και να έχουν μεγάλα ποσοστά θνητότητας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι αυτοί που επιτείνουν και τις ανισότητες. Οι ανισότητες παρατηρούνται είτε ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, είτε ως προς τον τρόπο ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών.

Η γεωγραφική θέση μιας χώρας παίζει σημαντικό ρόλο στην παρουσία των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Σε περιοχές με μεγάλους ορεινούς όγκους ή πολλά νησιά υπάρχει δυσχέρεια στις εσωτερικές μετακινήσεις με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού να συσσωρεύεται στα μεγάλα αστικά κέντρα αφήνοντας την περιφέρεια να υπολειτουργεί. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αναπτύσσονται κυρίως στις μεγάλες πόλεις γεγονός που οδηγεί τους κατοίκους της περιφέρειας είτε να μετακινηθούν εκτός της περιοχής τους για να αναζητήσουν

εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας , είτε να μείνουν μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα που μπορεί να προσφέρει η περιοχή που ζουν.

Η κοινωνική και οικονομική διαστρωμάτωση που χαρακτηρίζει ένα κράτος οδηγεί στην παρουσία ανισοτήτων στην υγεία. Περιοχές με χαμηλή κοινωνική και οικονομική ζωή έχουν μεγαλύτερα ποσοστά μη υγιούς πληθυσμού διότι οι συνθήκες διαβίωσης , εργασίας και ο τρόπος ζωής επιβαρύνουν την υγεία. Η στέγαση σε κατοικίες χωρίς επαρκή θέρμανση και κατάλληλες συνθήκες υγιεινής έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών λοιμώξεων που επιβαρύνουν την υγεία των ατόμων. Οι επικίνδυνες συνθήκες εργασίας και η έκθεση σε νοσογόνους παράγοντες (σκόνη , καπνός , χημικές ουσίες κ.α.) μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε επιβάρυνση της υγείας. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν επιτρέπει την προαγωγή της υγείας και ο τρόπος ζωής λόγω της κακής διατροφής , της έλλειψης άσκησης και της υιοθέτησης μη υγιών συνηθειών (κάπνισμα , αλκοόλ) δεν οδηγεί στη ευεξία των ατόμων.

Υπάρχουν και παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και οδηγούν σε ανισότητες που δεν έχουν κατ' ανάγκη αρνητικό χαρακτήρα αλλά οι επιπτώσεις της επιρροής τους δυσχεραίνει το σύστημα υγείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοτήτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των πληροφοριακών συστημάτων. Η εξέλιξη της τεχνολογίας συμβάλλει στην αντιμετώπιση ασθενειών με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και κατ' επέκταση του γηραιού πληθυσμού. Η εκτεταμένη γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι μελλοντικές γενιές καθώς ένας μικρότερος αριθμός εργαζομένων χρειάζεται για να καλύψει τις ανάγκες ενός ολοένα και αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ 5 ΗΠΕΙΡΟΥΣ

Οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία αποτελούν το μεγάλο στοίχημα για την ανάπτυξη και διατήρηση της παγκόσμιας δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ δημόσια υγεία είναι « η τέχνη και η επιστήμη της πρόληψης των ασθενειών , της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας » (WHO , 2012).

Η παροχή υγειονομικής φροντίδας στον πληθυσμό εξαρτάται από το κοινωνικό , πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον μιας χώρας καθώς και από τις ανισότητες που προκύπτουν.

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στα συστήματα υγείας και στις περιφερειακές ανισότητες που προκύπτουν από τη λειτουργία των συστημάτων αυτών σε διάφορες χώρες του πλανήτη.

3.1 ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ (ΚΟΙΝΟΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ)



Η Αυστραλία βρίσκεται στην Ήπειρο της Ωκεανίας είναι ομοσπονδιακό κράτος που αποτελείται από έξι πολιτείες και δύο μείζονες επικράτειες και δημιουργήθηκε το 1901. Καταλαμβάνει έκταση 7.688.287 km² και έχει πληθυσμό 25.739.256 κατοίκους. Η πρωτεύουσά της είναι η Καμπέρα. Δεν υπάρχει επίσημη γλώσσα και η ομιλούμενη είναι η αγγλική. Το νόμισμά της είναι το Δολάριο Αυστραλίας (AUD) και το πολίτευμά της Ομοσπονδιακή Βασιλευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία. Λόγο της μεγάλης έκτασης έχει ποικίλη γεωμορφολογία και διάφορα είδη κλιματικών συνθηκών ανάλογα με την περιοχή.

Η Αυστραλία είναι η 12^η μεγαλύτερη οικονομία παγκοσμίως. Η οικονομία της στηρίζεται στις μεταλλευτικές δραστηριότητες , τον κατασκευαστικό τομέα , τις τηλεπικοινωνίες και το τραπεζικό σύστημα. Οι περισσότεροι Αυστραλοί ζουν στη νοτιοανατολική ακτή σε μεγάλες αραιοκατοικημένες πόλεις. Αντιστοιχούν 3,2 άνθρωποι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο γεγονός που την κάνει μια από τις πιο αραιοκατοικημένες χώρες του κόσμου.

Είναι ομόσπονδο κράτος που ανήκει στη Βρετανική Κοινοπολιτεία και διαιρείται στις εξής πολιτείες:

1. Βικτωρία,
2. Νέα Νότια Ουαλλία,
3. Κουινσλανδία,
4. Νότια Αυστραλία,
5. Δυτική Αυστραλία
6. Βόρεια Αυστραλία.



ΕΙΚΟΝΑ 10: ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.en.wikipedia.org>

Κάθε μία πολιτεία κυβερνάται από γενικό διοικητή που ορίζεται από αυτή και επικουρείται από

κυβέρνηση και λαϊκή αντιπροσωπεία που νομοθετεί.

Στην Βικτωρία υπάρχουν οι πόλεις: Melbourne (πρωτεύουσα με 3.000.000 κ.), Bendigo (65.000 κ.) και Jolong (Geelong 149.000 κ.).

Στην Νέα Νότια Ουαλλία υπάρχουν οι πόλεις: Sydney (πρωτεύουσα με 3.400.000 κ.), Newcastle (430.000 κ.) και Wollangong (250.000 κ.).

Στην Κουινσλανδία (Queensland) υπάρχουν οι πόλεις: Brisbane (πρωτεύουσα με 1.200.000 κ.), Townsville (107.000 κ.) και Ipswich (75.000 κ.).

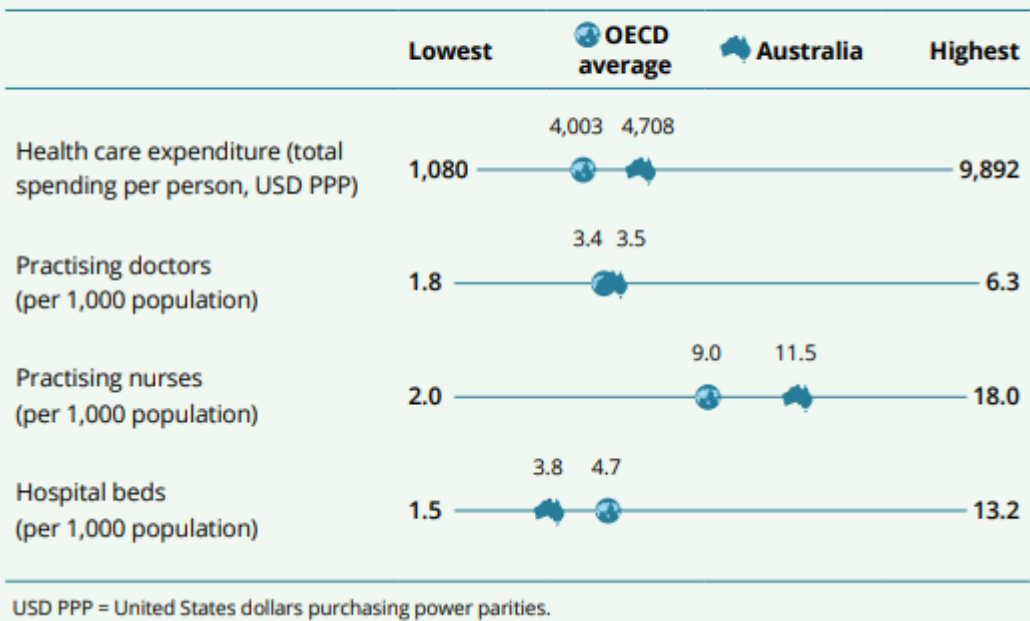
Στη δυτική Αυστραλία υπάρχουν οι πόλεις: Perth (πρωτεύουσα με 950.000 κ.) και Fremantle (25.000 κ.)

Στη Νότια Αυστραλία είναι η πόλη Adelaide (πρωτεύουσα με 980.000 κ.),

Στο Βόρειο Διαμέρισμα είναι η πόλη Darwin (70.000 κ.).

Το σύστημα υγείας στη Αυστραλία είναι ένας συνδυασμός κρατικής χρηματοδότησης και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται κυρίως μέσω του δημόσιου προγράμματος Medicare και παρέχεται από αυστηρά ρυθμιζόμενους δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλιση υγείας παρέχεται από διάφορους οργανισμούς ασφάλισης υγείας, που ονομάζονται ταμεία υγείας. Η ασφάλιση αυτή είναι προαιρετική και καλύπτει το κόστος της θεραπείας ως ιδιώτης ασθενής σε νοσοκομείο, ενώ μπορεί να παρέχει και "πρόσθετη" κάλυψη. Η υγεία αποτελεί αρμοδιότητα των πολιτειών, αν και η εθνική χρηματοδότηση του Medicare δίνει στην Αυστραλιανή ή την Κοινοπολιτειακή κυβέρνηση ρόλο στη διαμόρφωση της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών υγείας.

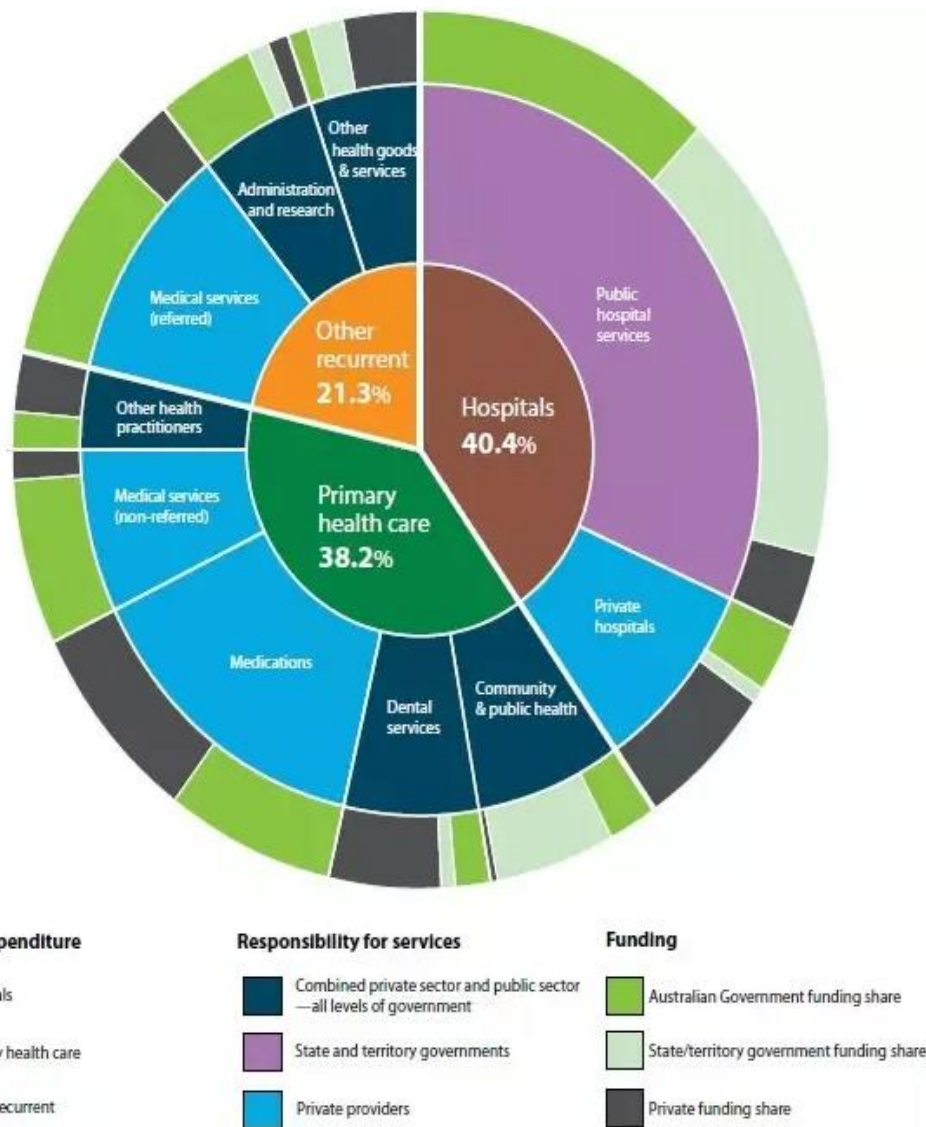
Comparison of Australia's health care resources as one of the 35 OECD member countries, selected indicators



ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7d365c00-fd41-4e6d-a0fb-be568a46d9d0/aihw-aus-221-chapter-1-5.pdf.aspx>

Το ασφαλιστικό σύστημα Medicare που διαχειρίζεται η ομοσπονδιακή κυβέρνηση καλύπτει μεγάλο μέρος του κόστους των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και συναφούς υγειονομικής περίθαλψης. Οι πολιτείες και η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών (67%).



ΕΙΚΟΝΑ 11: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.quora.com/How-does-the-Australian-healthcare-system-work>

Το Medicare είναι ένα ενιαίο σύστημα καθολικής υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτει όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους της Αυστραλίας, ενώ άλλα προγράμματα παρέχουν πρόσθετη κάλυψη για συγκεκριμένες ομάδες, όπως οι βετεράνοι ή οι αυτόχθονες Αυστραλοί. Το Medicare, επιδοτεί ένα καθορισμένο ποσό για τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Τυπικά, το Medicare καλύπτει το 100% της προγραμματισμένης αμοιβής για γενικούς ιατρούς και το 85% για ειδικούς ιατρούς. Στα δημόσια νοσοκομεία καλύπτει όλες τις δαπάνες, και μπορεί να καλύψει το κόστος της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακές ή αγροτικές περιοχές χωρίς εύλογη πρόσβαση σε δημόσιο νοσοκομείο.

Υπάρχει μια διάκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών ασθενών. Δημόσιος ασθενής είναι το άτομο του οποίου η θεραπεία καλύπτεται από το Medicare, ενώ ιδιωτικός ασθενής είναι εκείνος του οποίου η νοσοκομειακή διαμονή καλύπτεται εξ ολοκλήρου είτε από ένα ταμείο υγείας είτε από τον ίδιο τον ασθενή. Οι δημόσιοι ασθενείς σε δημόσιο νοσοκομείο δεν έχουν την επιλογή ιατρού και υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Ο ιδιώτης ασθενής σε δημόσιο νοσοκομείο δικαιούται γιατρό της επιλογής του, καθώς και κάλυψη για τη διαμονή σε θάλαμο και τα έξοδα χειρουργείου για χειρουργική επέμβαση. Χρηματοδοτείται από την εισφορά Medicare, η οποία επί του παρόντος είναι εισφορά 2% επί του φορολογητέου εισοδήματος των κατοίκων άνω ενός συγκεκριμένου εισοδήματος. Οι εισοδηματίες με υψηλότερο εισόδημα καταβάλλουν πρόσθετη εισφορά (που ονομάζεται πρόσθετη επιβάρυνση Medicare Levy Surcharge) εάν δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο του συνολικού προϋπολογισμού της Κοινοπολιτείας για την υγεία, καταλαμβάνοντας περίπου το 43% του συνόλου.

Medicare Vs Private Health Insurance

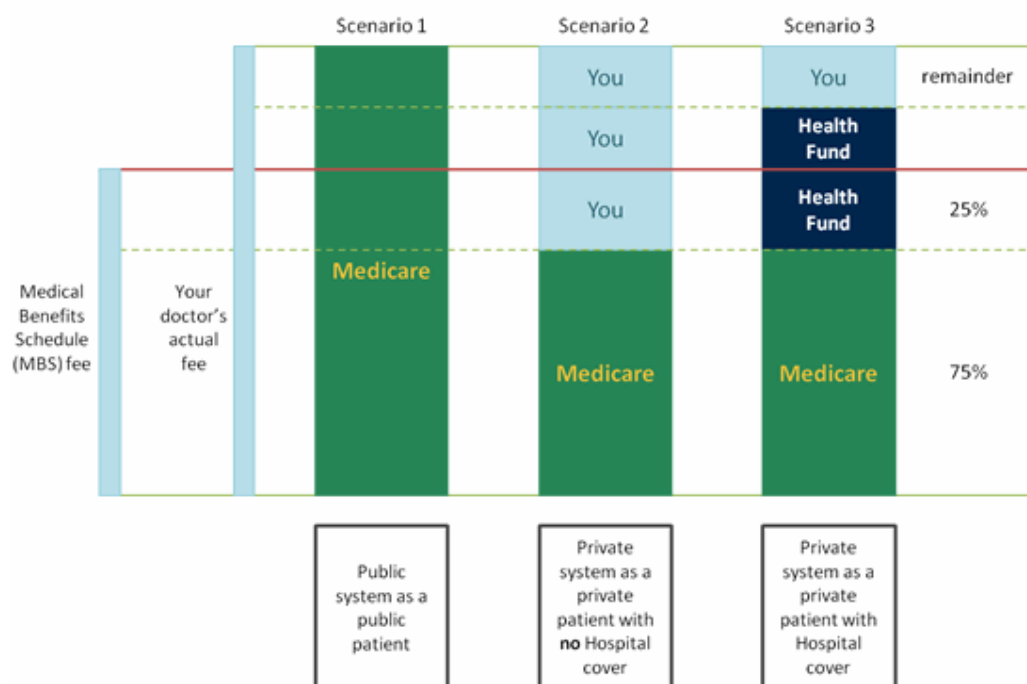
Type of Cover	Advantages	Disadvantages
Medicare	<ul style="list-style-type: none"> Affordable Ensures equal access to treatment regardless of income 	<ul style="list-style-type: none"> Longer waiting lists No choice of doctor Patients pay a 'gap' for services above the scheduled fee Increased strain on the public health care system
Private	<ul style="list-style-type: none"> Extra cover for services such as dental, optical and physio Choice of hospital Private rooms (when available) Choice of doctor Shorter waiting lists Decreased demands on public services 	<ul style="list-style-type: none"> Higher annual costs May have to pay an excess

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://slidetodoc.com/health-care-in-australia-medicare-and-private-health/>

Τα άτομα που δεν καλύπτονται από το σύστημα Medicare ή επιθυμούν να καλύπτονται για τα ιατρικά ή νοσοκομειακά έξοδα από την τσέπη τους, μπορούν να συνάψουν εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία επίσης επιδοτείται από την

ομοσπονδιακή κυβέρνηση, που ονομάζεται "έκπτωση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας". Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, το Medicare θα καλύπτει το 75% του συνολικού κόστους των υπηρεσιών.



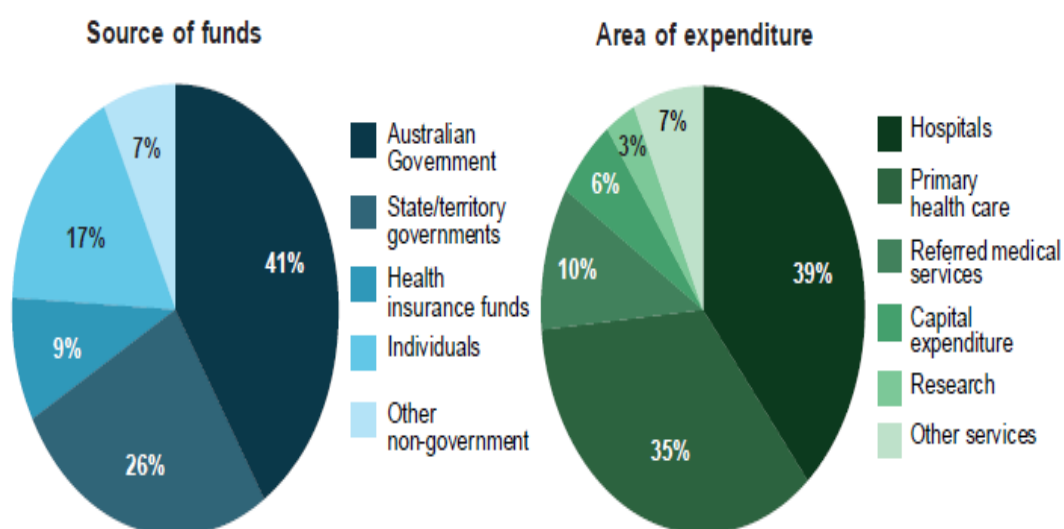
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.gmhba.com.au/help/health-insurance/private-vs-public>

Εκτός από το Medicare, υπάρχει ένα ξεχωριστό σύστημα φαρμακευτικών παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και επιδοτεί σημαντικά μια σειρά συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι κυβερνήσεις των πολιτειών (μέσω οργανισμών όπως η Queensland Health) ρυθμίζουν και διαχειρίζονται τα κύρια στοιχεία της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι γιατροί, τα δημόσια νοσοκομεία και οι υπηρεσίες ασθενοφόρων. Ο ομοσπονδιακός Υπουργός Υγείας καθορίζει την εθνική πολιτική υγείας και μπορεί να θέτει όρους στη χρηματοδότηση που παρέχεται στις κυβερνήσεις των πολιτειών και των εδαφών μέσω του Medicare. Τα ταμεία υγείας δεν επιτρέπεται να κάνουν διακρίσεις μεταξύ των μελών όσον αφορά τα ασφάλιστρα, τις παροχές ή την ιδιότητα μέλους με βάση τη φυλετική καταγωγή, τη θρησκεία, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τη φύση της απασχόλησης και τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Τα ασφάλιστρα για το προϊόν ενός ταμείου που πωλείται σε περισσότερες από μία πολιτείες μπορούν να διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία, αλλά όχι εντός της ίδιας πολιτείας.

Το μοντέλο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Αυστραλία χαρακτηρίζεται από πολιτική πόλωση, με τις κυβερνήσεις να έχουν καθοριστική σημασία στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη. Κάθε πολιτεία και επικράτεια είναι υπεύθυνη για τα δικά της δημόσια νοσοκομεία, καθώς και για το τμήμα υγείας της πολιτείας ή της επικράτειας. Για ορισμένα εσωτερικά εδάφη (όπως το Jervis Bay Territory) και όλα τα εξωτερικά εδάφη (όπως το Norfolk Island), οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από άλλη πολιτεία ή αυτοδιοικούμενη περιοχή.

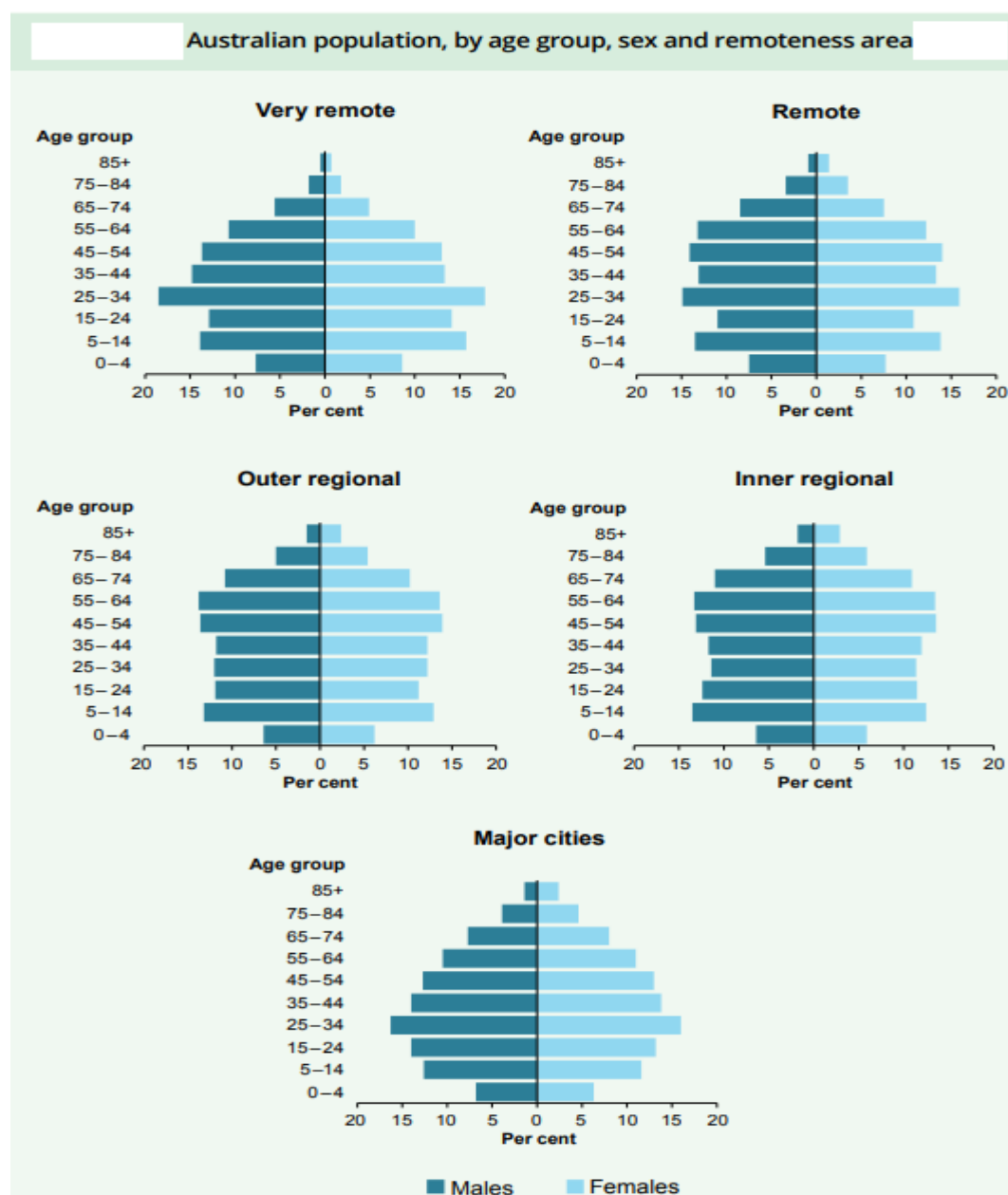


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2018-in-brief/contents/how-do-we-use-health-care>

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η διαθεσιμότητά τους και τα αποτελέσματα της υγείας όσων ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της Αυστραλίας μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από τις μητροπολιτικές περιοχές. Σε πρόσφατες εκθέσεις του, το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας σημείωσε ότι "σε σύγκριση με τους κατοίκους των μεγάλων πόλεων, οι άνθρωποι στις περιφερειακές και απομακρυσμένες περιοχές είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναφέρουν πολύ καλή ή άριστη υγεία", ενώ το προσδόκιμο ζωής μειώνεται με την αύξηση της απόστασης. Οι ανισότητες αυτές γίνονται εμφανείς όταν συγκρίνεται η κατάσταση της υγείας των ανθρώπων που ζουν σε προνομιούχες περιοχές με εκείνη των ατόμων που ζουν σε μειονεκτικές περιοχές.






Συνολικά, οι Αυστραλοί έχουν υψηλό προσδόκιμο ζωής και απολαμβάνουν καλή υγεία. Η Αυστραλία κατατάσσεται σταθερά στις στην πρώτη δεκάδα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ στους περισσότερους τομείς, συμπεριλαμβανομένου του προσδόκιμου ζωής και τα ποσοστά θνησιμότητας. Ωστόσο, αυτή η μακροζωία δεν κατανέμεται εξίσου μεταξύ των Αυστραλών. Οι "ανισότητες στην υγεία" συνδέονται με μια σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως διαφορές στην εκπαίδευση, το επάγγελμα, το εισόδημα, το καθεστώς απασχόλησης, την αγροτική περιοχή, την εθνικότητα, ιθαγένεια, το φύλο, την κατάσταση στέγασης και την αναπηρία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/0c0bc98b-5e4d-4826-af7f-b300731fb447/aihw-aus-221-chapter-5-2.pdf.aspx>

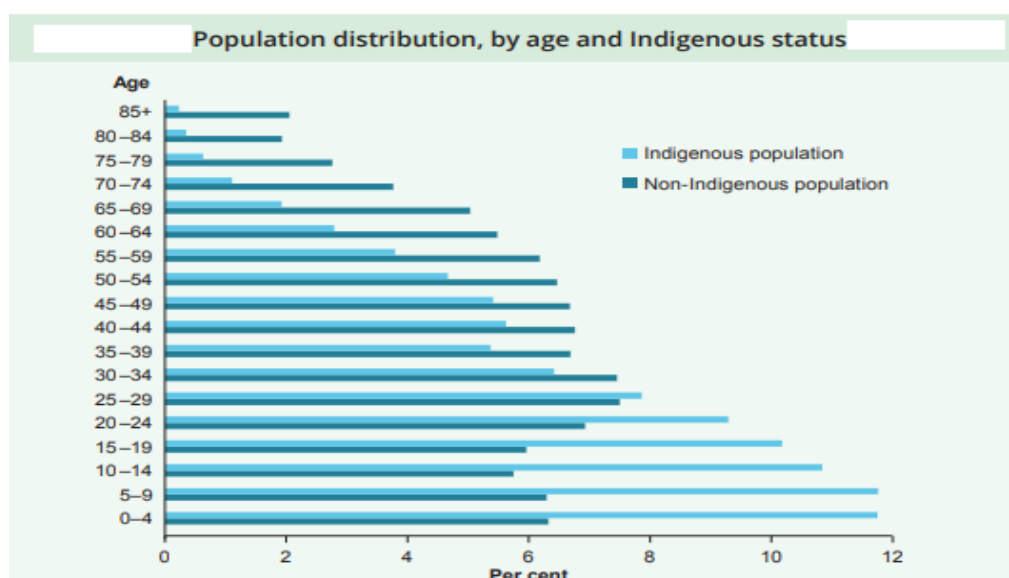
Σε ορισμένα μέρη της χώρας το προσδόκιμο ζωής είναι το ίδιο με τον εθνικό μέσο όρο της δεκαετίας του 1950. Οι αυτόχθονες στην Αυστραλία αντιπροσωπεύουν την πιο σημαντική ανισότητα στην υγεία σε σύγκριση με την ευρύτερη κοινότητα. Το μεγαλύτερο ποσοστό του ιθαγενικού πληθυσμού ζει σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές σε σύγκριση με τους μη αυτόχθονες Αυστραλούς

	 Major cities	 Inner regional	 Outer regional	 Remote	 Very remote
Indigenous	35%	22%	22%	7.7%	14%
Non-Indigenous	71%	18%	8.7%	1.2%	0.5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/0c0bc98b-5e4d-4826-af7f-b300731fb447/aihw-aus-221-chapter-5-2.pdf.aspx>

Το προσδόκιμο ζωής των ιθαγενών είναι περίπου 17 χρόνια χαμηλότερο από τον μη αυτόχθονα πληθυσμό και οι αυτόχθονες έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτου για όλες σχεδόν τις αιτίες παρόλο που ο ιθαγενής πληθυσμός έχει πολύ νεότερη ηλικιακή κατανομή από τον μη ιθαγενή πληθυσμό. Ο μέσος όρος ηλικίας του ιθαγενικού πληθυσμού είναι τα 23 έτη, σε σύγκριση με τα 38 έτη του μη αυτόχθονα πληθυσμού.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΚΑΙ ΜΗ ΑΥΤΟΧΘΟΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f29b7dd4-695a-4f9f-a508-ecdacc52beca/aihw-aus-221-chapter-6-1.pdf.aspx>

Τα άτομα σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής και χειρότερη υγεία. Έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτων και ασθενειών, έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν και είναι λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν εξειδικευμένες και προληπτικές υπηρεσίες υγείας.

Η έλλειψη στέγης αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην Αυστραλία. Περίπου 105.000 άνθρωποι είναι άστεγοι και ολόένα και μεγαλύτερος αριθμός παιδιών, οικογενειών και ηλικιωμένων μένουν χωρίς στέγη.

3.2 ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ (ΗΠΑ)



Οι ΗΠΑ βρίσκονται στο βόρειο τμήμα της Ηπείρου της Αμερικής και αναγνωρίστηκαν ως κράτος το 1783. Καταλαμβάνει έκταση 9.833.520 km² και έχει πληθυσμό 331.449.281 κατοίκους. Η πρωτεύουσά τους είναι η Ουάσινγκτον Π.Κ.. Δεν υπάρχει επίσημη γλώσσα αλλά η ομιλούμενη είναι η Αγγλική. Το νόμισμά τους είναι το δολάριο ΗΠΑ (\$ USD) και το πολίτευμά τους είναι Ομοσπονδιακή Προεδρική Δημοκρατία. Χαρακτηριστικό είναι ότι αποτελείται από πενήντα πολιτείες και μια ομοσπονδιακή περιφέρεια.



ΕΙΚΟΝΑ 12: ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/United_States

Οι πολιτείες αυτές χωρίζονται ανάλογα με τον γεωγραφικό τους προσανατολισμό σε τέσσερις περιοχές : οι βορειοανατολικές , οι μεσοδυτικές , οι νότιες και οι δυτικές.

Πληθυσμός των 4 βασικών περιοχών των ΗΠΑ (εκτ. 2021)

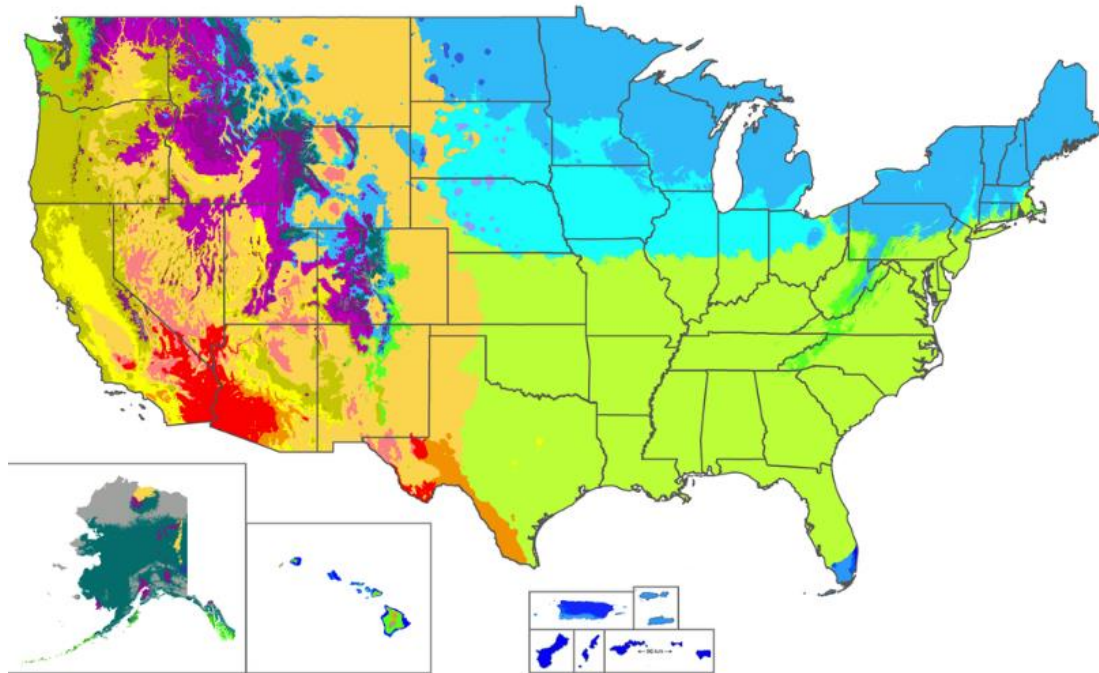
Περιοχή	Πολιτείες	Έκταση	Πληθυσμός
Βορειοανατολικές ΗΠΑ			
Νέα Αγγλία	Μασσαχουσέτη, Κονέκτικατ, Νιου Χαμσάιρ, Μέιν, Βερμόντ Ρόουντ Άιλαντ	186.458km ²	15.126.104
Μεσοατλαντικές Πολιτείες	Νέα Υόρκη, Πενσυλβάνια, Νιου Τζέρσεϊ, Βιρτζίνια, Μέριλαντ, Δυτική Βιρτζίνια, Ντέλαγουερ, Περιφέρεια της Κολούμπια	495.487km ²	60.910.995
Μεσοδυτικές ΗΠΑ			
Κεντρικές Βορειοανατολικές Πολιτείες	Ιλινόι, Οχάιο, Μίσιγκαν, Ιντιάνα, Ουισκόνσιν	774.800 km ²	47.419.162
Κεντρικές Βορειοδυτικές Πολιτείες	Μιζούρι, Μινεσότα, Αϊόβα, Κάνσας, Νεμπράσκα, Νότια Ντακότα, Βόρεια Ντακότα	1.315.490 km ²	21.688.555
Νότιες ΗΠΑ			
Νότιες Ατλαντικές Πολιτείες	Φλόριντα, Τζόρτζια, Βόρεια Καρολίνα, Νότια Καρολίνα	546.546 km ²	49.046.404
Κεντρικές Νοτιοανατολικές Πολιτείες	Τενεσί, Αλαμπάμα, Κεντάκι, Μισισίπι	475.014 km ²	19.458.817
Κεντρικές Νοτιοδυτικές Πολιτείες	Τέξας, Λουιζιάνα, Οκλαχόμα, Αρκάνσας	1.150.089 km ²	41.567.943
Δυτικές ΗΠΑ			
Πολιτείες στα Βραχώδη Όρη	Αριζόνα, Κολοράντο, Γιούτα, Νεβάδα, Νέο Μεξικό, Άινταχο, Μοντάνα, Ουαϊόμινγκ	2.216.426 km ²	25.930.988
Πολιτείες του Ειρηνικού	Καλιφόρνια, Ουάσινγκτον, Όρεγκον, Χαβάη, Αλάσκα	2.615.080 km ²	54.338.884
50 Πολιτείες και 1 Ομοσπονδιακή Περιφέρεια		9.775.390 km²	335.487.852

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΩΝ 4 ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: <https://el.wikipedia.org/wiki/>

Λόγο της μεγάλης έκτασης που καταλαμβάνει η γεωμορφολογία της και οι καιρικές συνθήκες ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή.

climate types of the United States



EF (Ice-cap)	Dsb (Warm-summer mediterranean continental)	Csa (Hot-summer mediterranean)
ET (Tundra)	Dsa (Hot-summer mediterranean continental)	BSk (Cold semi-arid)
Dfc (Subarctic)	Cfc (Subpolar oceanic)	BSh (Hot semi-arid)
Dfb (Warm-summer humid continental)	Cfb (Oceanic)	BWk (Cold desert)
Dfa (Hot-summer humid continental)	Cfa (Humid subtropical)	BWh (Hot desert)
Dwc (Subarctic)	Cwb (Subtropical highland)	Aw (Savanna)
Dwb (Warm-summer humid continental)	Cwa (Humid subtropical)	Am (Monsoon)
Dwa (Hot-summer humid continental)	Csc (Cold-summer mediterranean)	Af (Rainforest)
Dsc (Dry-summer subarctic)	Csb (Warm-summer mediterranean)	

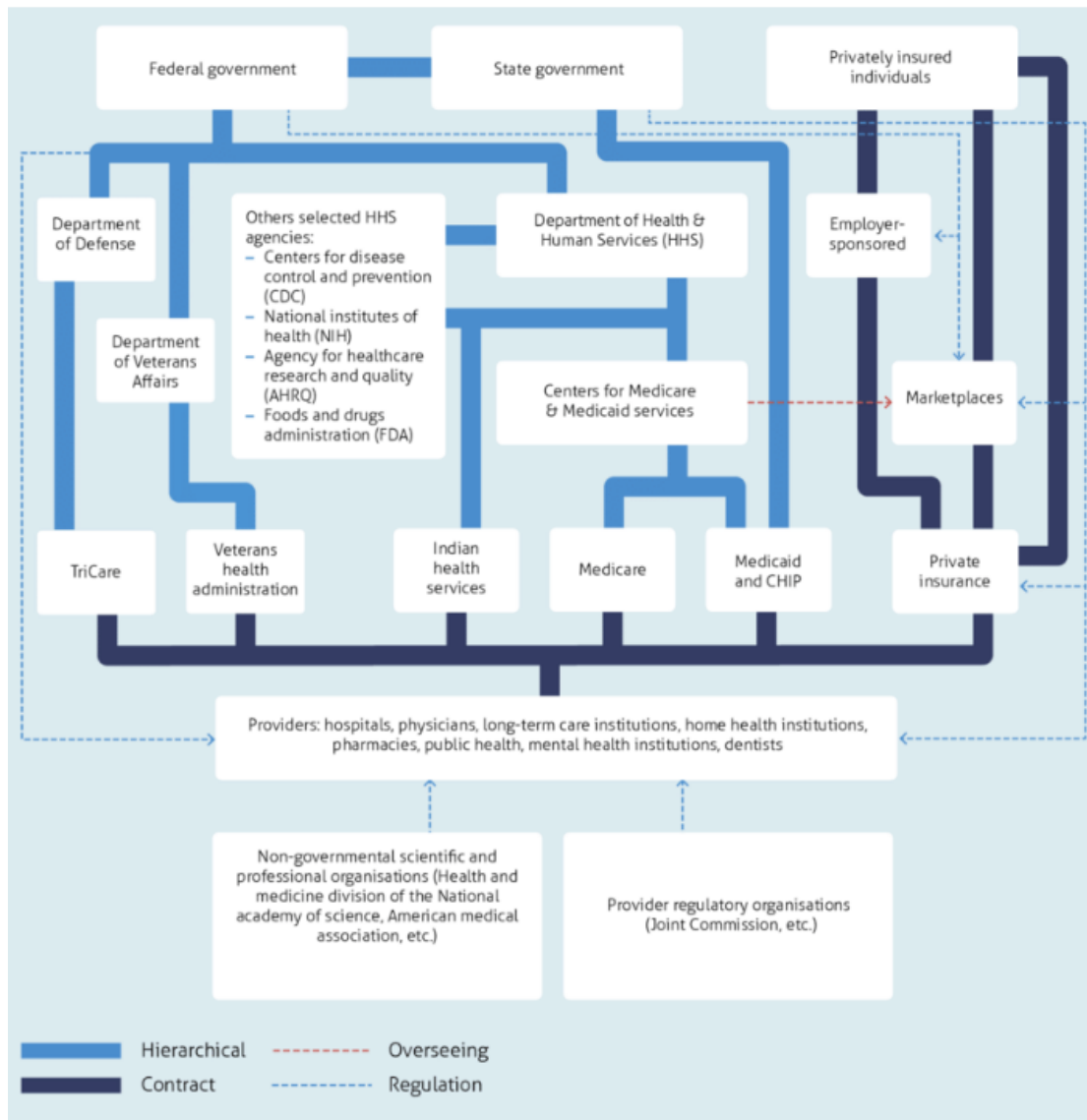
ΕΙΚΟΝΑ 13: ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/United_States

Η οικονομία των ΗΠΑ είναι από τις ισχυρότερες στον κόσμο. Αποτελεί τον μεγαλύτερο εισαγωγέα προϊόντων και τον δεύτερο μεγαλύτερο εξαγωγέα μετά την Κίνα. Το ΑΕΠ ανέρχεται σε 22,94 τρισεκατομμύρια δολάρια.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ είναι μοναδικό σε σχέση με τις υπόλοιπες προηγμένες βιομηχανικές χώρες, αφού δεν υπάρχει ένα καθολικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Δεν ακολουθεί μία συγκεκριμένη δομή και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα υβρίδιο μεταξύ ενός συστήματος εθνικής ασφάλισης, ενός συστήματος πολλαπλών πληρωμών και ενός συστήματος με καθολικό ταμείο ασφάλισης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το υψηλό διοικητικό κόστος που αποδίδεται στην

τιμολόγηση και στις δραστηριότητες που σχετίζονται με την ασφάλιση. Τα διοικητικά γενικά έξοδα των νοσοκομείων είναι πολύ υψηλότερα στις ΗΠΑ από ό,τι σε άλλες χώρες. Είναι οργανωμένο σε τοπικό κυρίως επίπεδο και τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας που να παρέχει υγειονομική κάλυψη σε όλους τους πολίτες.



Organization of the health care system in the United States

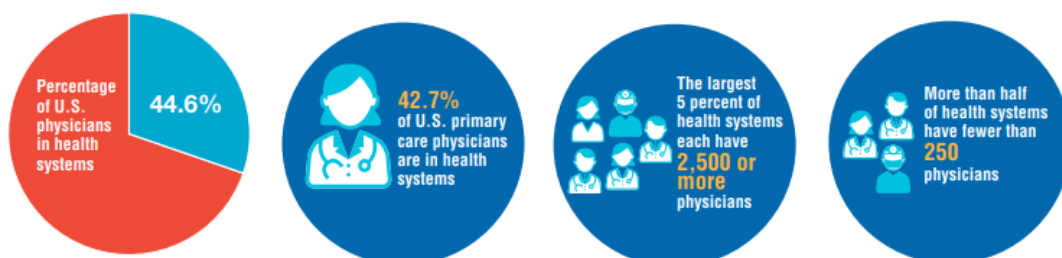
ΕΙΚΟΝΑ 14: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: https://www.researchgate.net/figure/Organization-of-the-health-care-system-in-the-United-States_fig38_334465645

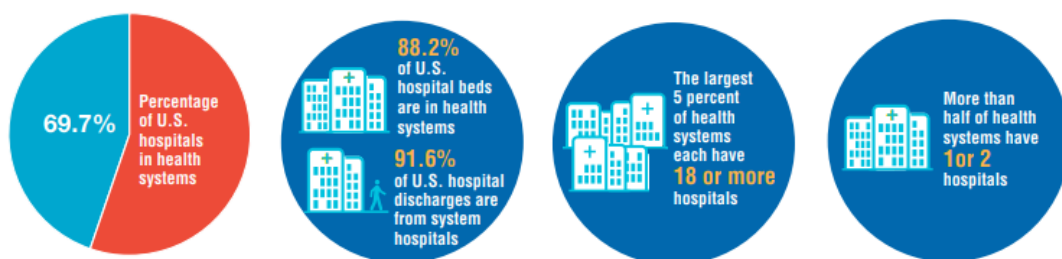
Αποτελεί ένα από τα δαπανηρότερα συστήματα υγείας. Το 2013 το 16,4 % του ΑΕΠ των ΗΠΑ δαπανήθηκε για την υγεία , ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 8,9 % .

Physicians and Hospitals in U.S. Health Systems

PHYSICIANS



HOSPITALS

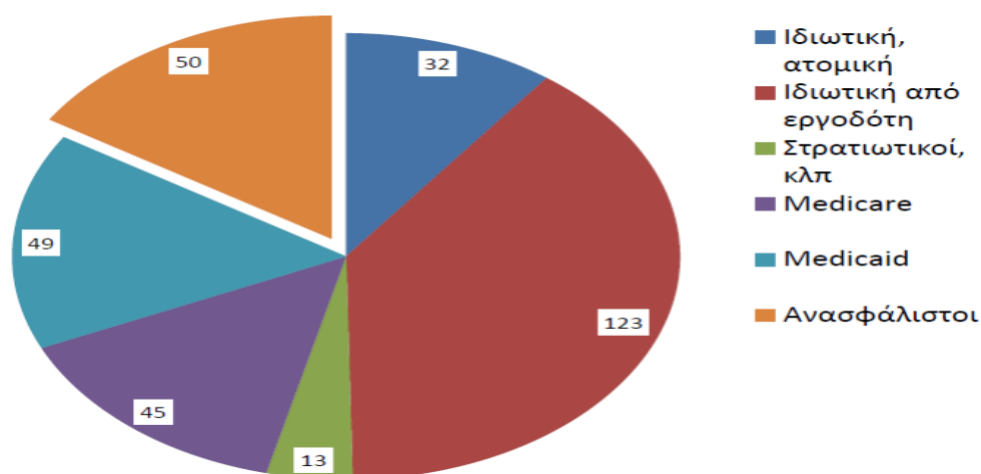


ΕΙΚΟΝΑ 15: ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.ahrq.gov/data/infographics/physicians-hospitals.html>

Στις ΗΠΑ επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση , η οποία προσφέρεται από αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού (70 – 80 %) που έχει ασφάλιση , ασφαρίζεται από τον εργοδότη του. Το 9 % έχει ατομική ασφάλιση , το 25 – 30 % ασφαρίζεται με προγράμματα της κυβέρνησης ενώ το 10 – 15 % μένει ανασφάλιστο.

Ασφάλιση Υγείας στις Η.Π.Α.



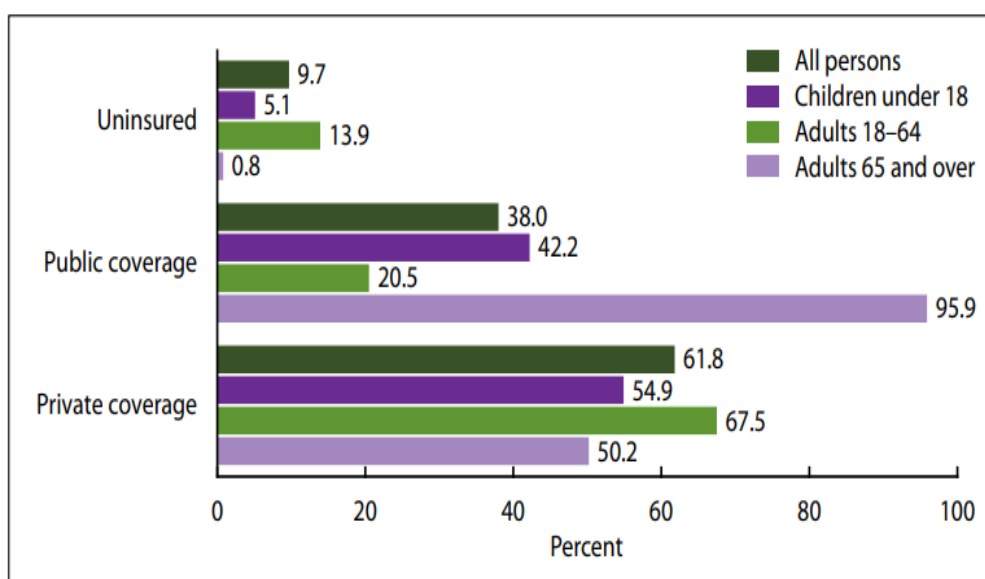
**Αριθμοί σε εκατομμύρια.
Συνολικός πληθυσμός: 312 εκατ.**

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΦΟΡΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod_resource/content/1/KY%20-06%20Models%202015.pdf

Οι ανασφάλιστοι πολίτες αντιμετωπίζουν μια ιδιαίτερη δυσκολία στην κάλυψη των αναγκών υγείας διότι το κόστος σε ορισμένες περιπτώσεις είναι μεγάλο. Αυτό αποτελεί μία από τις αιτίες των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγεία για τους πολίτες.

Percentages of persons who were uninsured or had public or private coverage at the time of interview, by age group: United States, 2020



ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΦΛΙΣΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur202108-508.pdf>

Σύμφωνα με τον Πίνακα 10. το μεγαλύτερο ποσοστό ανασφάλιστων αλλά και ασφαλισμένων με ιδιωτική ασφάλιση πολιτών είναι στην ηλικία των 18 – 64 , ενώ οι πολίτες άνω των 65 ετών έχουν δημόσια ασφάλιση.

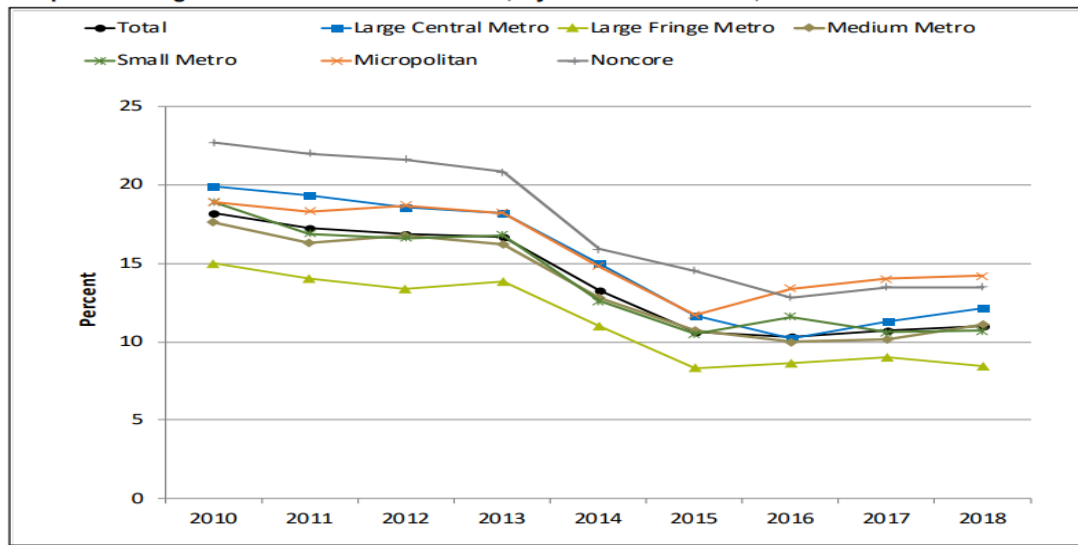
Η πλειονότητα των πολιτών αν και έχει ασφαλιστική κάλυψη δεν απολαμβάνει την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας διότι αυξάνεται το κόστος των ασφαλιστήριων συμβολαίων με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της κάλυψης. Η αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών οφείλεται στο κόστος των νέων ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων , στην αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και στο υψηλό διοικητικό κόστος.

Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας έχει μεγάλες επιπτώσεις στην οικονομία των ΗΠΑ διότι από τη μία αυξάνονται οι κυβερνητικές δαπάνες και από την άλλη μειώνεται το υγιές εργατικό δυναμικό. Οι μειονότητες και τα παιδιά είναι δυσανάλογα ανασφάλιστα. Οι γυναίκες στην ατομική αγορά αντιμετωπίζουν συχνά υψηλότερο κόστος ασφάλισης σε σχέση με τους άνδρες για την ίδια κάλυψη. Οι συνδικαλιστές εργαζόμενοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να καλύπτονται ασφαλιστικά και να έχουν άδειες ασθενείας επί πληρωμή σε σχέση με τους μη συνδικαλιστές συναδέλφους τους. Υπάρχει διαφορά τόσο στη διαθεσιμότητα όσο και στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης από πολιτεία σε πολιτεία.

Τα ποσοστά ανασφάλιστων ενηλίκων στις αγροτικές περιοχές μειώθηκαν μεταξύ 2010 και 2019 μετά την ψήφιση του νόμου για την δημόσια περίθαλψη. Ωστόσο, τα ποσοστά ανασφάλιστων στις περιοχές χωρίς επέκταση του Medicaid είναι διπλάσια από τα ποσοστά ανασφάλιστων σε περιοχές που υπάρχει το Medicaid.

Uninsurance

People under age 65 without health insurance, by residence location, 2010-2018

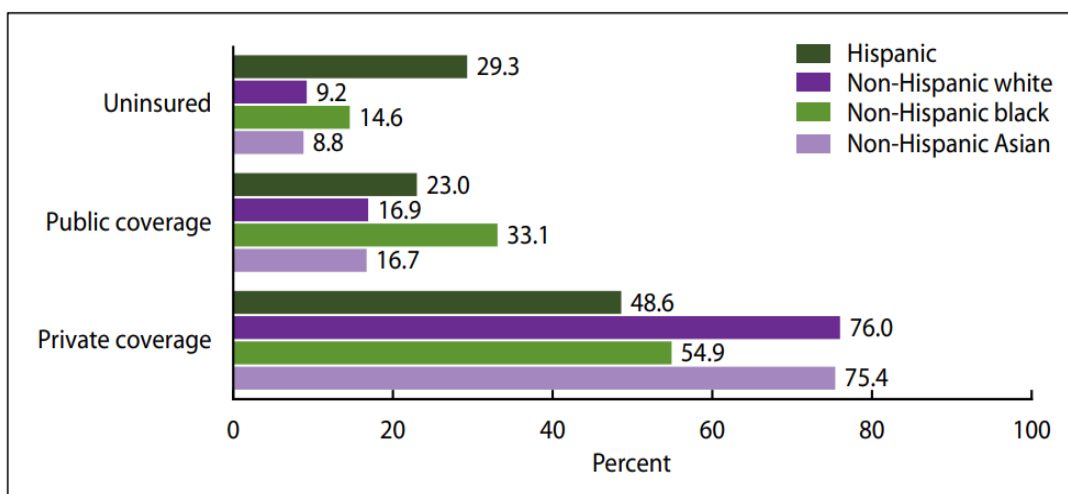


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: National Healthcare Quality and Disparities Report

Χωρίς ασφάλιση υγείας, οι πολίτες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν τακτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιο πιθανό να παραλείψουν τις εξετάσεις ρουτίνας. Οι έγχρωμοι αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες ανισότητες στην υγειονομική κάλυψη, οι οποίες συμβάλλουν στις ανισότητες στην υγεία. Οι έγχρωμοι είναι πιο πιθανό να είναι ανασφάλιστοι από ό,τι οι λευκοί.

Percentages of adults aged 18–64 who were uninsured or had public or private coverage at the time of interview, by race and ethnicity: United States, 2020

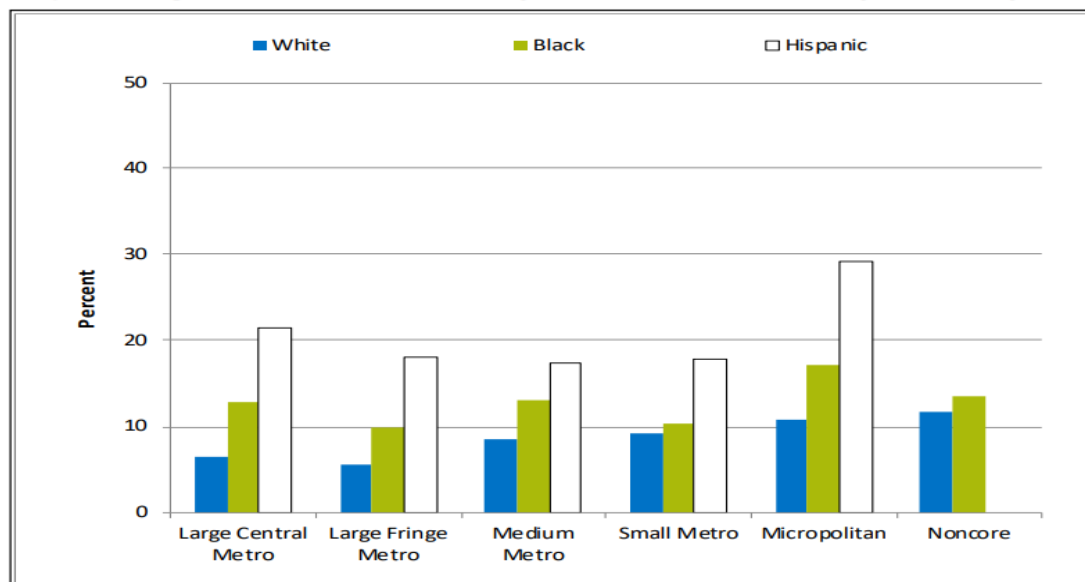


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΠΑ (ΦΥΛΗ - ΕΘΝΟΤΗΤΑ)

ΠΗΓΗ: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur202108-508.pdf>

Αντικατοπτρίζοντας τις γεωγραφικές διαφορές στο εισόδημα και τη διαθεσιμότητα της δημόσιας κάλυψης, οι άνθρωποι που ζουν στο Νότο ή τη Δύση είναι πιο πιθανό να είναι ανασφάλιστοι.

People under age 65 without health insurance, by residence location, stratified by race/ethnicity, 2018



ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: National Healthcare Quality and Disparities Report

Από το 2005 έως το 2015 αυξήθηκε σημαντικά η ετήσια τιμή των ασφαλιστρών για οικογενειακή κάλυψη (κατά 61 %) ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν και οι εισφορές των εργαζόμενων (κατά 83 %). Τα ιατρικά χρέη αποτελούν σε μεγάλο ποσοστό (18 – 25 %) την αιτία για την πτώχευση των καταναλωτών. Ιδιαίτερα πολίτες άνω των 65 ετών αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα στην αποπληρωμή ιατρικών λογαριασμών.

Από το 2010 γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό των ανισοτήτων μέσω της επέκτασης της πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, της αύξησης της προστασίας των καταναλωτών υγείας και τον περιορισμό του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Δίνεται έμφαση στην πρόληψη και την ευεξία και προωθείται η τεκμηριωμένη θεραπεία και η διοικητική αποτελεσματικότητα. Από το 2014 επιχειρείται η αλλαγή στα κριτήρια ασφάλισης για τις ασφαλιστικές εταιρείες φροντίζοντας για την ισότιμη ασφάλιση των γυναικών και των πολιτών με προϋπάρχουσες παθήσεις. Οι πολίτες πλέον υποχρεούνται να έχουν κάποια μορφή ασφάλισης είτε από τον εργοδότη τους, είτε ατομική, είτε από προγράμματα του δημοσίου. Παρόλα αυτά το 10% παραμένει ανασφάλιστο.

Τα δημόσια προγράμματα υγείας δημιουργήθηκαν με σκοπό την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Αποτελούν οργανισμούς που έχουν κρατική χρηματοδότηση και παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε πολίτες που πληρούν κάποια συγκεκριμένα κριτήρια. Τα προγράμματα αυτά είναι :

MEDICARE : παρέχει ενδονοσοκομειακές , εξωνοσοκομειακές , ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και σε άτομα με αναπηρίες.

MEDICAID : καλύπτει μεγαλύτερο ποσοστό πολιτών και απευθύνεται σε άτομα ή οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα. Χρηματοδοτείται από τις πολιτείες και από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση.

TRICARE : αφορά το στρατιωτικό προσωπικό είτε εν ενεργεία είτε τους συνταξιούχους.

VETERANS ASSOCIATION : απευθύνεται στους βετεράνους και στις οικογένειές τους δίνοντας συντάξεις , αποζημιώσεις , στεγαστικά δάνεια και ιατρική αποκατάσταση.

INDIAN HEALTH SERVICES : παρέχει ιατρική περίθαλψη σε πολίτες που ανήκουν στη φυλή των Ινδιάνων και των Ιθαγενών της Αλάσκα.

STATE CHILDREN HEALTH INSURANCE PROGRAM : παρέχει ιατρική περίθαλψη σε οικογένειες με παιδιά που έχουν χαμηλό εισόδημα.

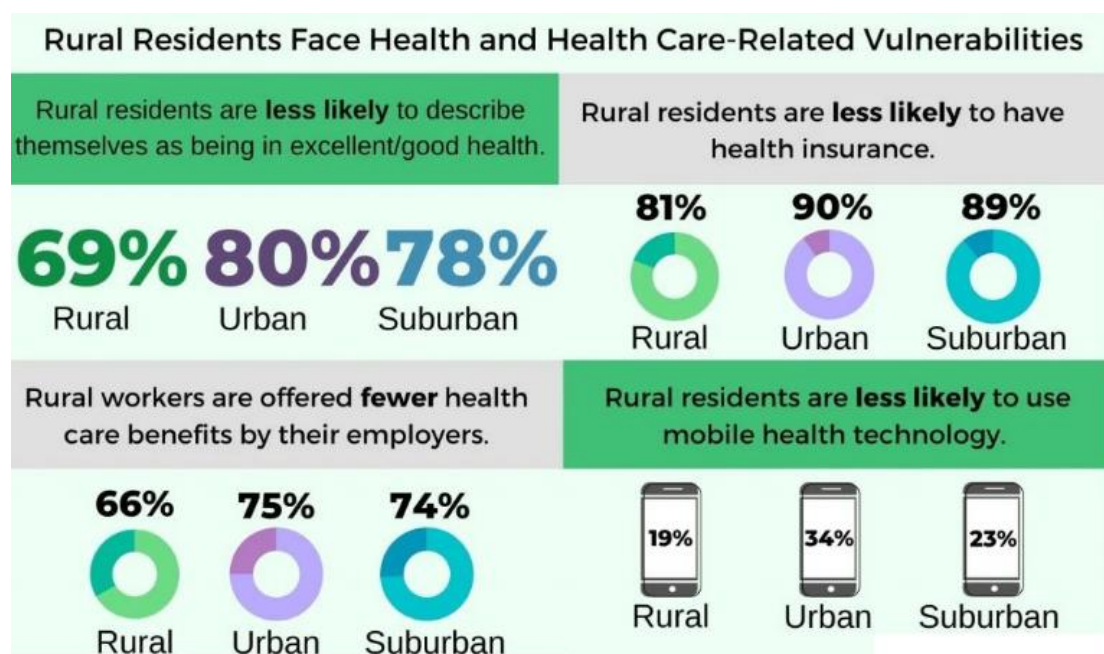
FEDERAL EMPLOYEES HEALTH BENEFITS PROGRAM : παρέχει ιατρική περίθαλψη σε κυβερνητικούς υπαλλήλους.

Provider type	Medicare	Medicaid	Private plans
Office-based physicians	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-service
Outpatient hospital services	Ambulatory payment classifications	Fee-for-service; ambulatory patient classification	Fee-for-service
Inpatient hospital services	Medicare severity diagnosis related groups	Diagnosis related groups, per diem	Diagnosis related groups, fee-for-service, per diem
Skilled nursing facilities	Per diem (adjusted using resource utilization groups)	Per diem	
Ambulatory surgical centres	Ambulatory payment classifications		

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: https://www.researchgate.net/figure/Organization-of-the-health-care-system-in-the-United-States_fig38_334465645

Οι αγροτικοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το 20% του πληθυσμού ζει σε αγροτικές περιοχές ή μη μητροπολιτικά κέντρα, αν και περίπου το 85% της συνολικής έκτασης των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται ως αγροτική. Δέκα εκατομμύρια κάτοικοι αγροτικών περιοχών προσδιορίζονται ως έγχρωμοι, ισπανόφωνοι, Αμερικανοί Ινδιάνοι, Ιθαγενείς της Αλάσκα, Ασιάτες, Αμερικανοί/Νησιώτες του Ειρηνικού, ή μικτής φυλής. Ένας στους πέντε κατοίκους της υπαίθρου ανήκει σε μία ή περισσότερες από αυτές τις ομάδες. Η αύξηση της ποικιλομορφίας μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών στις αγροτικές περιοχές.



ΕΙΚΟΝΑ 16: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.benefitspro.com/2020/06/16/rural-residents-continue-to-fall-behind-on-health-and-health-care-access/?slreturn=20220021075414>

Η γεωγραφική απομόνωση, οι συνεχείς ελλείψεις σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές και η έλλειψη ασφάλισης υγείας συμβάλλουν στις ανισότητες υγειονομικής περίθαλψης στις αγροτικές περιοχές και στις πόλεις της επαρχίας. Οι κάτοικοι της υπαίθρου εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα κατάχρησης ουσιών, καπνίσματος, παχυσαρκίας και χρόνιων παθήσεων όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης και οι καρδιοπάθειες. Έχουν επίσης υψηλότερο ποσοστό

θανάτων που σχετίζονται με τραυματισμούς , συμπεριλαμβανομένων των υπερβολικών δόσεων ναρκωτικών , των θανάτων από τροχαία και των αυτοκτονιών των νέων. Υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά αστέγων και έκθεσης σε περιβαλλοντικούς ρύπους. Δεδομένης της έκτασης των ανισοτήτων υγειονομικής περίθαλψης και των διαφορών στα αποτελέσματα της υγείας, ιδίως σε σύγκριση με τους κατοίκους των προαστίων, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν τα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάζουν τόσο τους πληθυσμούς της υπαίθρου όσο και τους πληθυσμούς των πόλεων.



3.3 ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΚΟΡΕΑΣ)

Η Νότια Κορέα είναι κράτος της Ανατολικής Ασίας και ιδρύθηκε το 1948 . Έχει συνολική έκταση 100.284 km² και πληθυσμό 51.821.669 (2021). Πρωτεύουσα της χώρας είναι η Σεούλ , επίσημη γλώσσα είναι η κορεατική , το νόμισμά της είναι το γουόν (W) { 1 \$ USD = 1.163,57 W } και το πολίτευμά της είναι Προεδρική Δημοκρατία.

Περίπου ο μισός πληθυσμός της Νότιας Κορέας ζει μέσα ή κοντά στην πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη, Σεούλ, της οποίας η μητροπολιτική περιοχή είναι η τρίτη μεγαλύτερη στον κόσμο.

Διοικητικά διαιρείται σε 8 επαρχίες , μία ειδική αυτοδιοίκητη επαρχία , 6 μητροπολιτικές πόλεις , οι οποίες έχουν τοπική διοίκηση και δεν ανήκουν σε καμία επαρχία , μία ειδική πόλη και μία ειδική αυτοδιοίκητη πόλη.

Map	Name ^a	Hangul	Hanja	Population ^c
	Special city (Teukbyeol-si)^a			
	Seoul	서울특별시	서울特別市 ^b	9,830,452
	Metropolitan city (Gwangyeok-si)^a			
	Busan	부산광역시	釜山廣域市	3,460,707
	Daegu	대구광역시	大邱廣域市	2,471,136
	Incheon	인천광역시	仁川廣域市	2,952,476
	Gwangju	광주광역시	光州廣域市	1,460,972
	Daejeon	대전광역시	大田廣域市	1,496,123
	Ulsan	울산광역시	蔚山廣域市	1,161,303
	Special self-governing city (Teukbyeol-jachi-si)^a			
	Sejong	세종특별자치시	世宗特別自治市	295,041
	Province (Do)^a			
	Gyeonggi	경기도	京畿道	12,941,604
	Gangwon	강원도	江原道	1,545,452
	North Chungcheong	충청북도	忠清北道	1,595,164
	South Chungcheong	충청남도	忠清南道	2,120,666
	North Jeolla	전라북도	全羅北道	1,847,089
	South Jeolla	전라남도	全羅南道	1,890,412
	North Gyeongsang	경상북도	慶尙北道	2,682,897
	South Gyeongsang	경상남도	慶尙南道	3,377,126
	Special self-governing province (Teukbyeol-jachi-do)^a			
Jeju	제주특별자치도	濟州特別自治道	661,511	

EIKONA 17: ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΚΟΡΕΑΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/South_Korea

Είναι κατεξοχήν ορεινή χώρα , διαθέτει πολλούς ποταμούς μικρού μήκους και είναι χερσόνησος με πολλά νησιωτικά συμπλέγματα. Το κλίμα της είναι εύκρατο με ψυχρούς ξηρούς χειμώνες και θερμά ζεστά καλοκαίρια.

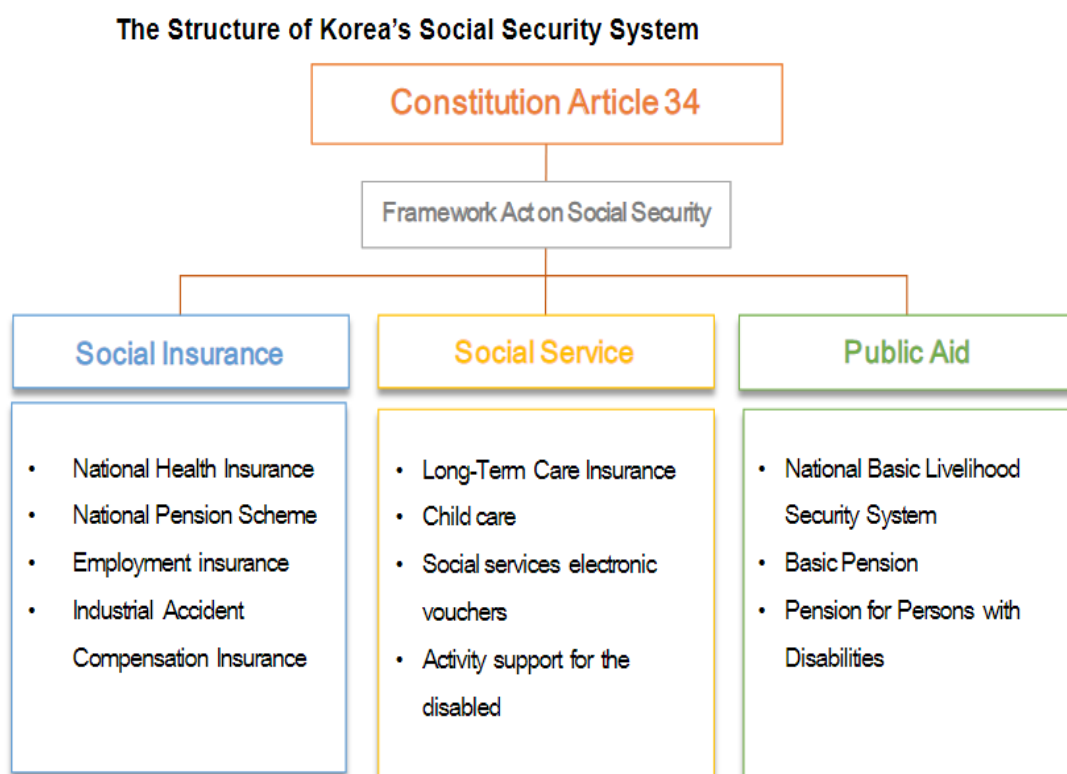
Η Νότια Κορέα αποτελεί σήμερα μία από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Ασίας. Η οικονομία της στηρίζεται κυρίως στους τομείς της μεταλλευτικής βιομηχανίας και μεταποίησης ενώ εξάγει διεθνώς ηλεκτρικές και ηλεκτρονικές συσκευές , αυτοκίνητα και υφάσματα.

Μετά τη λήξη του πολέμου της Κορέας το 1953 χρειάστηκε να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Νότιας Κορέας. Το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα σε συνεργασία με το Εθνικό Πανεπιστήμιο της Σεούλ δημιούργησαν το Πρόγραμμα Μινεσότα , το οποίο εφαρμόστηκε από το 1955 έως το 1961 και αποτέλεσε τη βάση για το σημερινό σύστημα υγείας. Το 1963 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ο νόμος για την ασφάλιση υγείας των εργαζομένων με εθελοντικό χαρακτήρα . Το 1977 η ασφάλιση έγινε υποχρεωτική για εταιρείες που απασχολούν πάνω από 500 εργαζόμενους. Την ίδια χρονιά εφαρμόστηκε και το Πρόγραμμα Ιατρικής Βοήθειας (

Medical Aid Program) , το οποίο παρέχει ιατρικές υπηρεσίες σε πολίτες με χαμηλό εισόδημα. Το 1979 ξεκίνησε το πρόγραμμα ασφάλισης των κυβερνητικών υπαλλήλων και το 1981 των αυτοαπασχολούμενων. Το 1989 η Εθνική Ασφάλιση Υγείας (National Health Insurance { NHI }) επεκτάθηκε σε ολόκληρη τη χώρα παρέχοντας καθολική υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες. Το 2000 ιδρύθηκε η Εθνική Υπηρεσία Ασφάλισης Υγείας (National Health Insurance Service { NHIS }) για να συνδυάσει όλες τις ασφάλειες υγείας σε έναν ενιαίο εθνικό ασφαλιστή.

Το σύστημα ασφάλισης της υγείας έχει τρεις συνιστώσες:

- 1) Το Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας (National Health Insurance Program) το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη για όλους τους πολίτες
- 2) Το Πρόγραμμα Ιατρικής Βοήθειας το οποίο καλύπτει πολίτες με χαμηλά εισοδήματα
- 3) Το Πρόγραμμα Ασφάλισης Μακροχρόνιας Περίθαλψης το οποίο αφορά στη φροντίδα ηλικιωμένων με σοβαρούς περιορισμούς στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων.



ΕΙΚΟΝΑ 18: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ Ν. ΚΟΡΕΑΣ

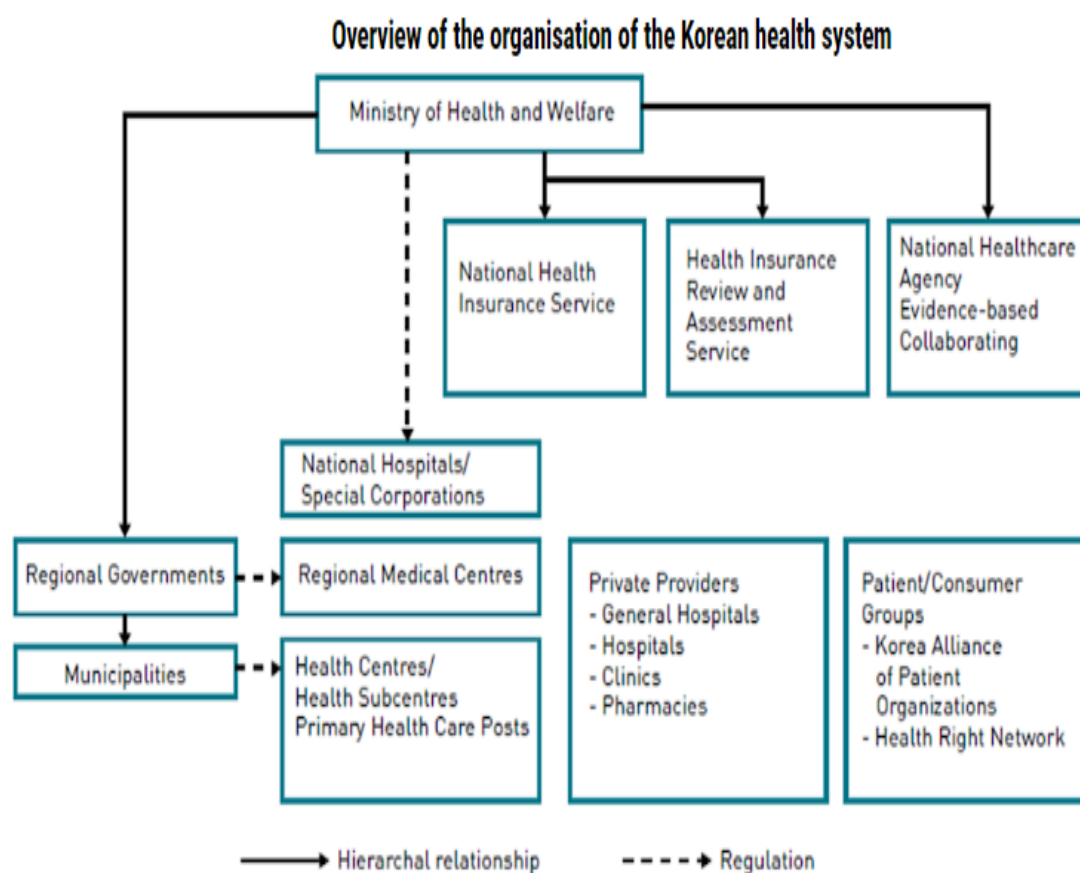
ΠΗΓΗ: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Social-Security-System-of-South-Korea.pdf>

Η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εισφορές (5,08 %) , από κυβερνητικές επιδοτήσεις (14 %) και από τη φορολογία του καπνού (6 %).

Το 77 % του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση επειδή το Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας καλύπτει μέχρι 60 % από κάθε ιατρική δαπάνη.

Το 94 % των Νοσοκομείων είναι ιδιωτικής ιδιοκτησίας. Τα 30 από τα 43 τριτοβάθμια νοσοκομεία διοικούνται από ιδιωτικά πανεπιστήμια και 10 από δημόσια πανεπιστήμια.

Η πληρωμή των υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση την αμοιβή ανά υπηρεσία. Δεν υπάρχει άμεση κρατική επιχορήγηση για τα νοσοκομεία γεγονός που ενθαρρύνει μεν τα νοσοκομεία να επεκταθούν αλλά αποθαρρύνει τις κοινωνικές υπηρεσίες.



ΕΙΚΟΝΑ 19: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ν. ΚΟΡΕΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e005d47-en/index.html?itemId=/content/component/6e005d47-en>

Οι πολίτες έχουν ελευθερία επιλογής για την χρήση υπηρεσιών υγείας δηλαδή μπορούν να απευθύνονται σε όποιον ιατρό επιλέγουν. Εάν χρειάζεται να επισκεφθούν δευτεροβάθμιο νοσοκομείο θα πρέπει να προσκομίσουν παραπεμπτικό από τον ιατρό που έκανε την πρώτη γνωμάτευση εκτός από περιπτώσεις που αφορούν επείγον περιστατικό , τοκετό , οδοντιατρική περίθαλψη και οι ασθενείς με αιμορροφιλία.

Public health workforce in Korea							
Number of workforce in Public Health Centres and Sub-Health Centres, by category							
		Total	Physicians	Dentists	Doctors of traditional Korean medicine	Pharmacists	Nurses
Public Health Centres		15 220	735	292	304	148	4 965
Sub-Health Centres		6 988	1 357	199	709	2	2 809
		Nutritionist	Medical technicians	Nurse assistants	Administrative workers	Health service post	Technical post
Public Health Centres		405	3 081	663	1 159	1 438	1 776
Sub-Health Centres		50	704	801	58	110	108

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ Ν. ΚΟΡΕΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e005d47-en/index.html?itemId=/content/component/6e005d47-en>

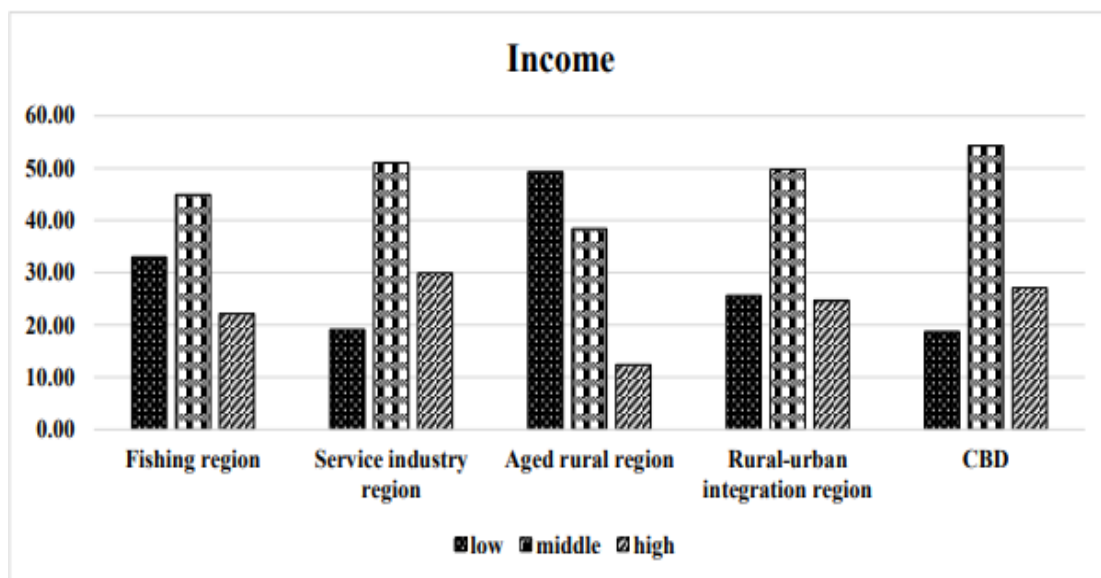
Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα από ότι στον δημόσιο. Το Υπουργείο Υγείας διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στον σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των υγειονομικών προγραμμάτων. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση των περιφερειακών ιατρικών κέντρων ενώ οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παρόλη την προσπάθεια της κυβέρνησης για την βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας οι περιφερειακές ανισότητες κάνουν αισθητή την παρουσία τους. Παρατηρούνται ανισότητες μεταξύ της Σεούλ και των άλλων περιοχών της χώρας καθώς και μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών. Λόγω των στρατηγικών μεγιστοποίησης του κέρδους οι περισσότερες ιδιωτικές μονάδες υγείας βρίσκονται στις αστικές περιοχές. Το 90 % των ιατρών είναι εγκατεστημένοι στις πόλεις.

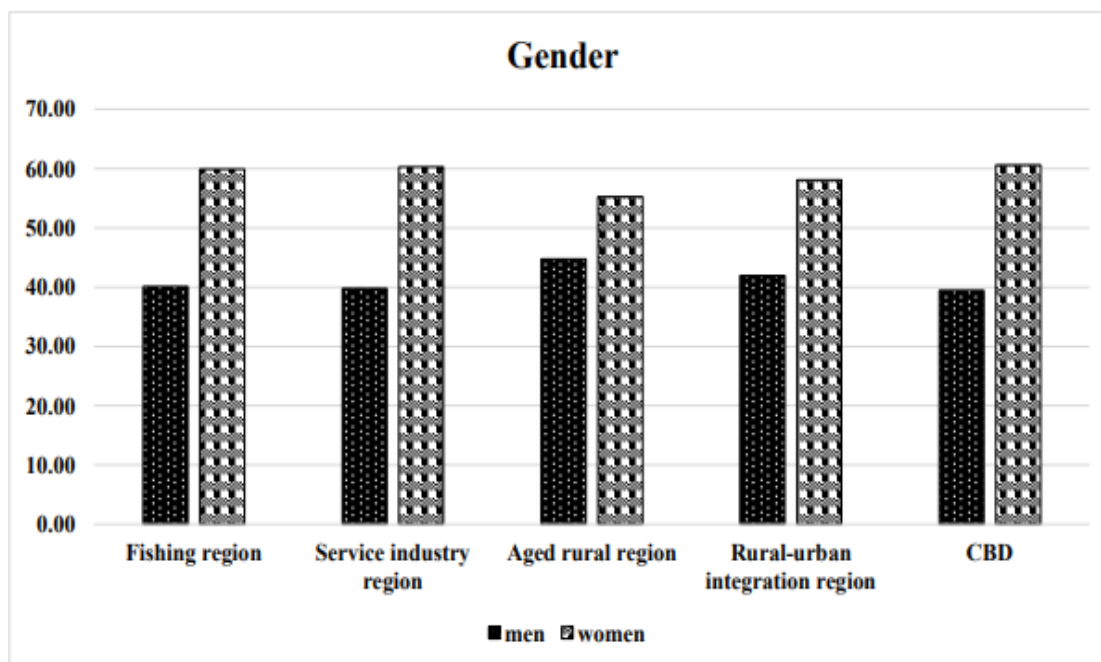
Η χρήση του προγράμματος της Εθνικής ασφάλισης υγείας αν και πέτυχε καθολική κάλυψη, οδήγησε σε ζητήματα ισότητας εντός της κοινωνίας καθώς ομαδοποίησε τους

ανθρώπους σε διαφορετικές κατηγορίες με βάση δημογραφικούς παράγοντες όπως η γεωγραφική θέση και ο τύπος απασχόλησης με αποτέλεσμα να λαμβάνουν διαφορετική κάλυψη από τους αντίστοιχους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

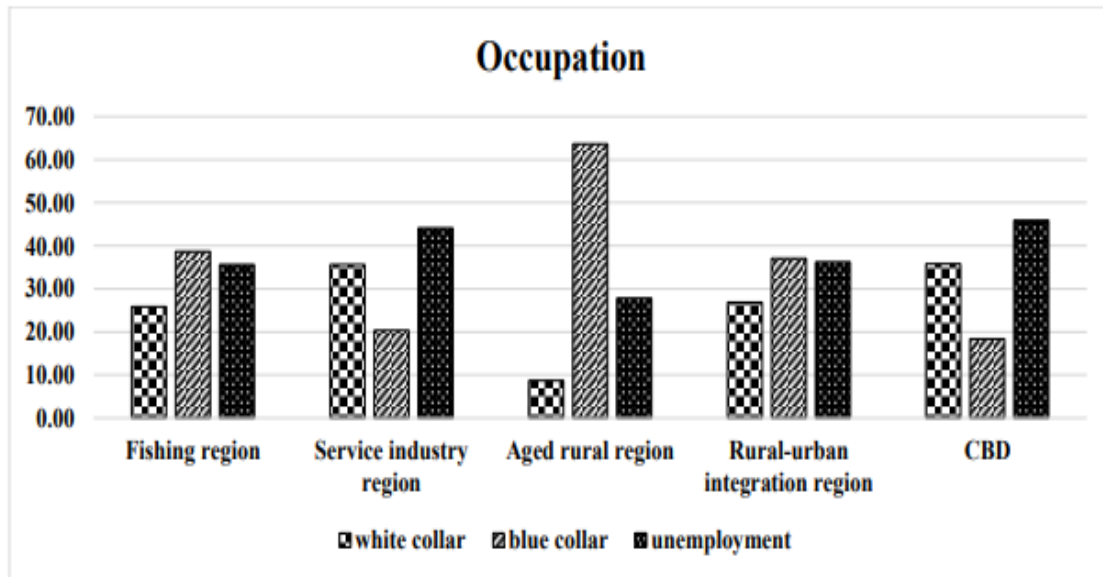
Οι ανισότητες στην υγεία είναι εμφανείς μεταξύ του πληθυσμού διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση στην ΠΦΥ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (Ν. ΚΟΡΕΑ)
 ΠΗΓΗ: <https://scholarworks.unist.ac.kr/bitstream/201301/21790/1/>



ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ (Ν. ΚΟΡΕΑ)
 ΠΗΓΗ: <https://scholarworks.unist.ac.kr/bitstream/201301/21790/1/>



ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (N. ΚΟΡΕΑ)

ΠΗΓΗ: <https://scholarworks.unist.ac.kr/bitstream/201301/21790/1/>

Η ποιότητα ζωής του πληθυσμού της Νότιας Κορέας βελτιώνεται όλο και περισσότερο λόγω της ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας. Ωστόσο ο αυξανόμενος ηλικιωμένος πληθυσμός αρχίζει να γίνεται κοινωνικό βάρος λόγω της αύξησης των ιατρικών δαπανών.

Το 2003 ιδρύθηκε η Κορεάτικη Εταιρεία για την Ισότητα στην Υγεία με σκοπό την χρηματοδότηση ακαδημαϊκών συναντήσεων και ερευνητικών προγραμμάτων σχετικά με την παρακολούθηση των ανισοτήτων στην υγεία. Το 2010 στο αναθεωρημένο σχέδιο υγείας του ΥΥ συμπεριλήφθηκαν για πρώτη φορά εθνικοί στόχοι για την ισότητα στην υγεία όπως η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η επίτευξη της ισότητας στην υγεία. Υπάρχει μεγάλη βελτίωση στην προστασία από οικονομικούς κινδύνους και στα θέματα ισότητας στην παροχή υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι μέτρια έως ικανοποιητική.

3.4. ΓΕΡΜΑΝΙΑ (ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ)

Η Γερμανία βρίσκεται στην Ήπειρο της Ευρώπης και αποτελεί πλέον ενιαίο κράτος με την Ανατολική Γερμανία μετά την επανένωσή τους το 1990. Καταλαμβάνει έκταση 357.386 km² και έχει πληθυσμό 83.129.285 κατοίκους (1^η στην Ευρώπη) το

18 % του οποίου είναι μετανάστες από άλλες χώρες. Η πρωτεύουσά της είναι το Βερολίνο και η επίσημη γλώσσα της η Γερμανική. Το πολίτευμά της είναι Ομοσπονδιακή Προεδρευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία και το νόμισμά της είναι το Ευρώ (€ EUR).

Η Γερμανία είναι μία από τις πιο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου. Η οικονομία της βασίζεται στην βιομηχανία και στην τεχνολογία και έχει μεγάλη εξαγωγική και εισαγωγική δύναμη. Η γεωμορφία της ποικίλει ανάλογα την περιοχή από πεδινές περιοχές κυρίως βόρεια σε μεγάλους ορεινούς όγκους κυρίως στα νότια. Το κλίμα της είναι εύκρατο με εποχικές διακυμάνσεις αν και στα ανατολικά γίνεται πιο ηπειρωτικό με ψυχρούς χειμώνες και θερμά καλοκαίρια.

Διαιρείται σε 16 ομόσπονδα κράτη 3 από τα οποία αποτελούν κράτη - πόλεις, και τα οποία έχουν τη δική τους κυβέρνηση και το δικό τους κοινοβούλιο.

Στα ελληνικά		
	Ομόσπονδο κρατίδιο	Πρωτεύουσα
1	Βάδη-Βυρτεμβέργη	Στουτγκάρδη
2	Βαυαρία	Μόναχο
3	Βερολίνο	Βερολίνο
4	Βρανδεμβούργο	Πότσταμ
5	Βρέμη	Βρέμη
6	Αμβούργο	Αμβούργο
7	Έσση	Βισμπάντεν
8	Μεκλεμβούργο-Δυτική Πομερανία	Σβερίν
9	Κάτω Σαξονία	Ανόβερο
10	Βόρεια Ρηνανία-Βεστφαλία	Ντίσελντορφ
11	Ρηνανία-Παλαπνάτο	Μάιντς
12	Σάαρλαντ	Σααρμπρύκεν
13	Σαξονία	Δρέσδη
14	Σαξονία-Άνχαλτ	Μαγδεβούργο
15	Σλέσβιχ-Χόλσταϊν	Κίελο
16	Θουριγγία	Ερφούρτη

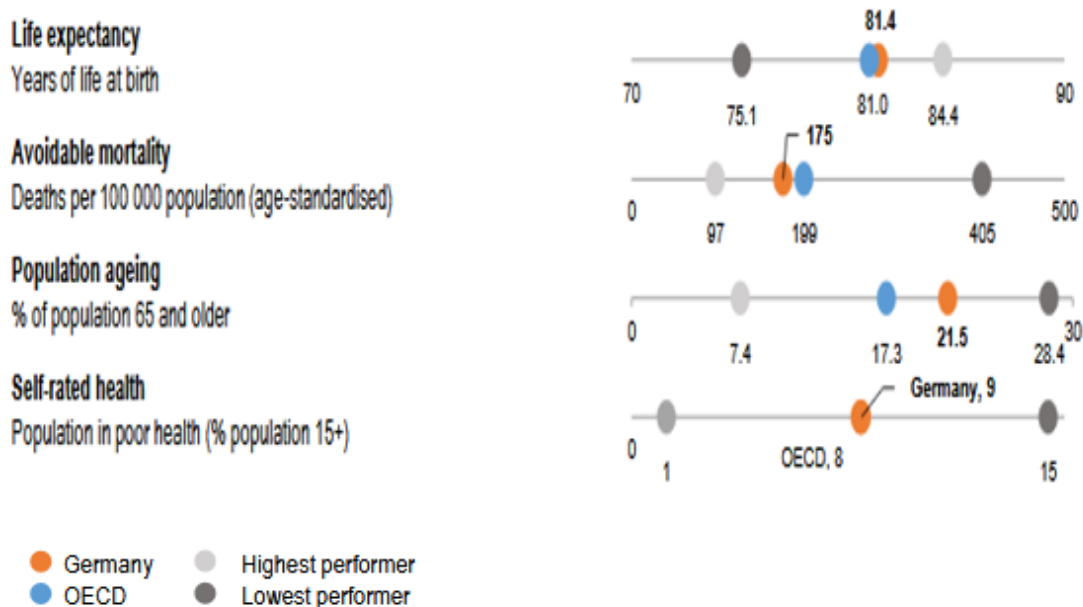


ΕΙΚΟΝΑ 20: ΤΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΑ ΚΡΑΤΙΔΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://el.wikipedia.org/wiki/>

Η Γερμανία είναι μία άκρως ανεπτυγμένη χώρα με πολύ υψηλή ποιότητα ζωής και παρέχει κοινωνική ασφάλιση και ένα πολύ καλό σύστημα υγείας. Διαθέτει ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης , το οποίο πληρώνεται από ένα συνδυασμό υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (Gesetzliche Krankenversicherung) και

ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Private Krankenversicherung). Υπάρχει επίσης και το σύστημα αυτοαπασχόλησης (Künstlersozialkasse), το οποίο προσφέρει ασφάλιση σε αυτοαπασχολούμενους καλλιτέχνες, συγγραφείς, δημοσιογράφους και μουσικούς.

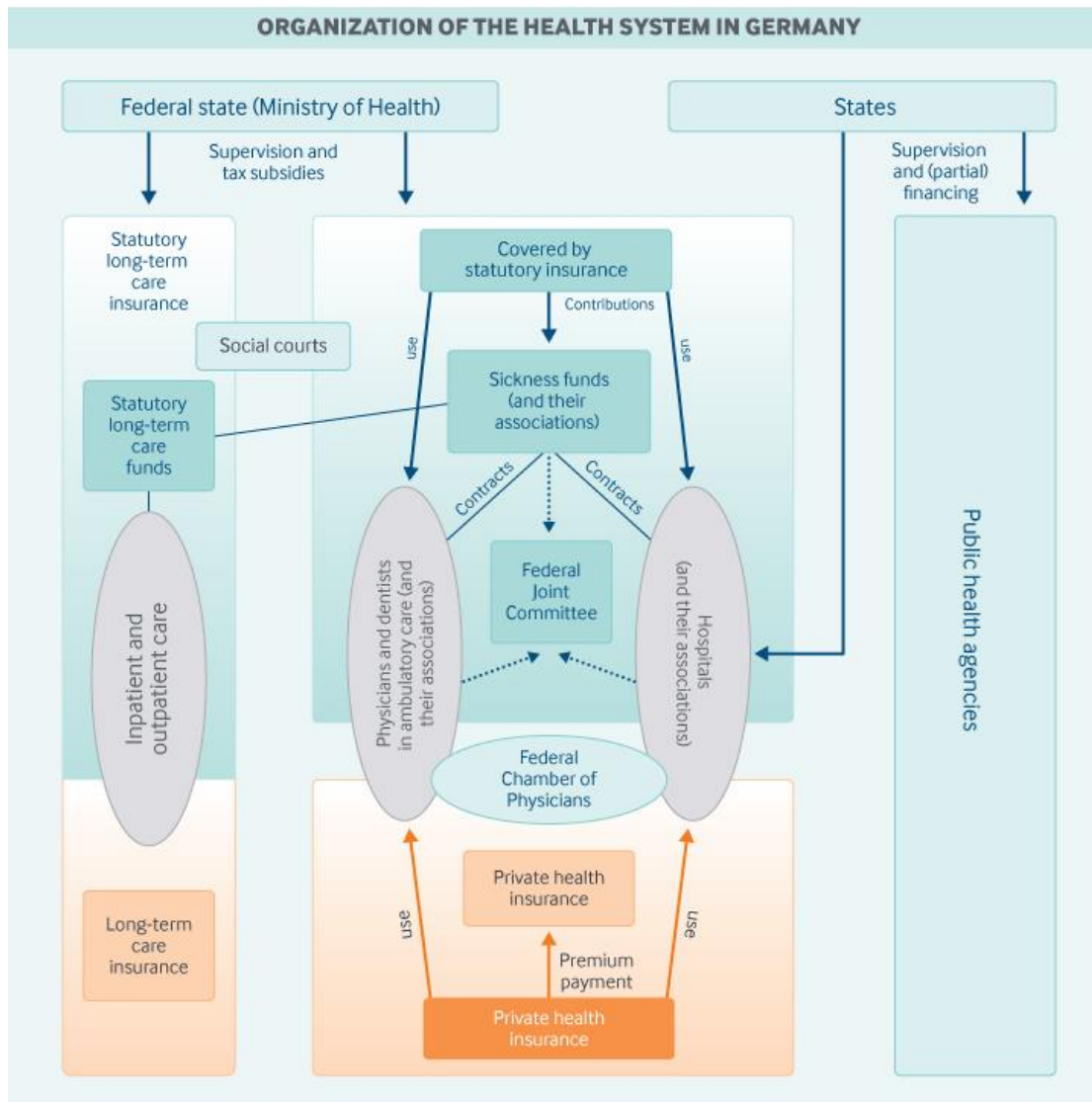


ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/germany/health-at-a-glance-Germany-EN.pdf>

Σε αντίθεση με πολλές άλλες χώρες, τα ταμεία ασθενοίας και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, καθώς και οι ασφαλιστικές εταιρείες μακροχρόνιας περιθάλψης, χρησιμοποιούν τους ίδιους παρόχους. Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία και οι ιατροί περιθάλπουν όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από το αν έχουν δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση.

Ενώ η υποχρεωτική από το νόμο ασφάλιση υγείας είναι προσβάσιμη για όλους, για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας ισχύουν συγκεκριμένοι όροι. Περίπου το 87,5% των ατόμων με ασφάλιση υγείας είναι μέλη του δημόσιου συστήματος, ενώ το 12,5% καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας χρηματοδοτείται κατά 77% από το κράτος και κατά 23% από ιδιώτες και έχει το υψηλότερο επίπεδο δαπανών στην Ευρώπη.



ΕΙΚΟΝΑ 21: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>

Έχει το παλαιότερο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας στον κόσμο , το οποίο συστάθηκε το 1883 από τον Otto von Bismarck και το πιο ελεύθερο και προσανατολισμένο στον καταναλωτή σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναζητούν σχεδόν κάθε είδους περίθαλψη που επιθυμούν όποτε τη θέλουν. Περίπου το 92% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα σχέδιο "υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας", το οποίο παρέχει ένα τυποποιημένο επίπεδο κάλυψης μέσω οποιουδήποτε από τα περίπου 1.100 δημόσια ή ιδιωτικά ταμεία ασθενείας. Η τυποποιημένη ασφάλιση χρηματοδοτείται από έναν συνδυασμό εισφορών εργαζομένων, εργοδοτικών εισφορών και κρατικών επιδοτήσεων σε κλίμακα που καθορίζεται από το επίπεδο εισοδήματος. Ρυθμίζεται από την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή (Gemeinsamer Bundesausschuss), έναν

οργανισμό δημόσιας υγείας εξουσιοδοτημένο να εκδίδει δεσμευτικούς κανονισμούς που προκύπτουν από τα νομοσχέδια για τη μεταρρύθμιση της υγείας που ψηφίζονται από τους νομοθέτες , καθώς και αποφάσεις ρουτίνας σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία. Στους Γερμανούς προσφέρονται τρεις υποχρεωτικές παροχές υγείας, οι οποίες συγχρηματοδοτούνται από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο: ασφάλιση υγείας, ασφάλιση ατυχημάτων και ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης. Η ασφάλιση ατυχημάτων για εργατικά ατυχήματα (Arbeitsunfallversicherung) καλύπτεται από τον εργοδότη και ουσιαστικά καλύπτει όλους τους κινδύνους για τη μετακίνηση προς την εργασία και στο χώρο εργασίας. Η ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας (Pflegeversicherung) καλύπτεται κατά το ήμισυ από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο και καλύπτει περιπτώσεις στις οποίες ένα άτομο δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί την καθημερινότητά του.

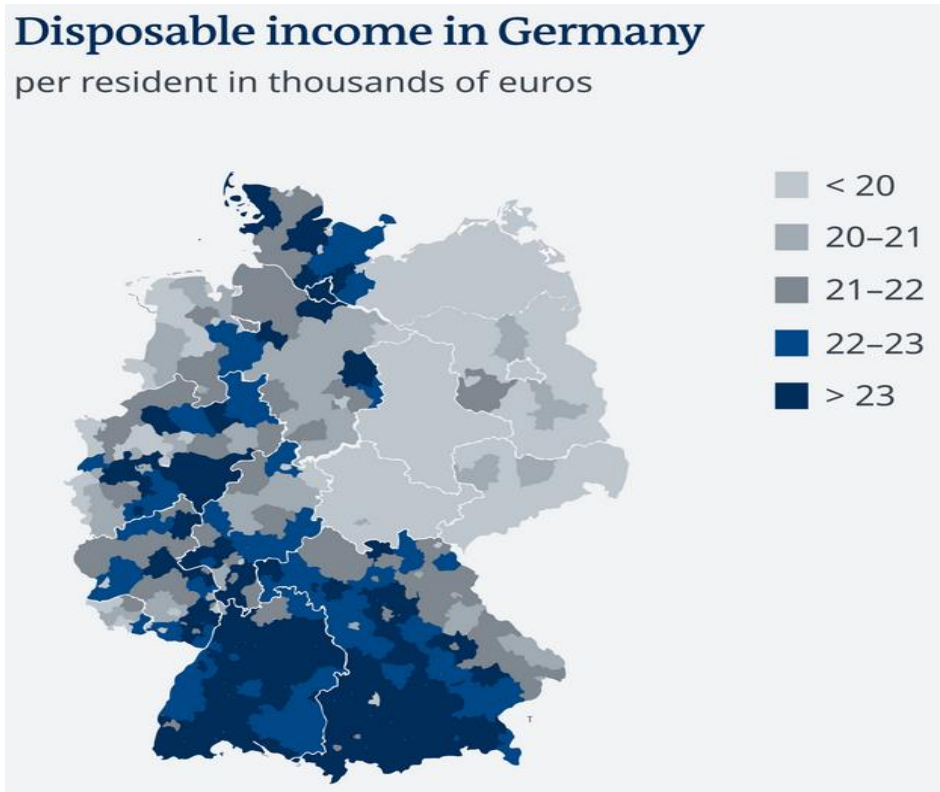
Στο ιδιωτικό σύστημα , η ασφάλιση βασίζεται σε ατομική συμφωνία μεταξύ της ασφαλιστικής εταιρείας και του ασφαλισμένου , η οποία καθορίζει το σύνολο των καλυπτόμενων υπηρεσιών και το ποσοστό κάλυψης και εξαρτάται από την ποσότητα των υπηρεσιών που επιλέγονται και από τον κίνδυνο και την ηλικία του ατόμου κατά την είσοδό του στο ιδιωτικό σύστημα. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι συνήθως ακριβότερη από τη δημόσια ασφάλιση. Οι συμμετέχοντες πρέπει να έχουν εισόδημα το οποίο είναι μεγαλύτερο από 57.600 ευρώ ετησίως ή 4.800 ευρώ μηνιαίως. Διαφοροποιείται από το δημόσιο στο γεγονός ότι η ασφάλιση είναι ατομική που σημαίνει ότι για να ασφαλιστεί μια οικογένεια χρειάζεται πληρωμή για κάθε μέλος ξεχωριστά. Παρόλα αυτά , προσφέρει υψηλό επίπεδο υπηρεσιών και ευκολίας στα νοσοκομεία και τις κλινικές και επίσης μικρότερους χρόνους αναμονής και μεγαλύτερη ιδιωτικότητα.

Criteria	GKV	PKV
Percentage of population	~85-90%	~11%
Principle	Solidarity principle	Equivalence principle
Method of payment	Cost transfer	Reimbursement
Contribution/Premium	Depends on level of income (14.6% of gross income)	Depends on risks and benefits agreed upon
Benefits	Depends on need	Depends on contract that contains requested service, age and general state of health
Who is insured	Employees, artists, journalists, students, unemployed and retired people, spouses (if not working), children until a certain age	Individuals with 54,900 euros/year (as of 2015) income for at least one year, family members should be individually insured,

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.dr-hempel-network.com/health-policies-in-india/german-healthcare-system-special/>

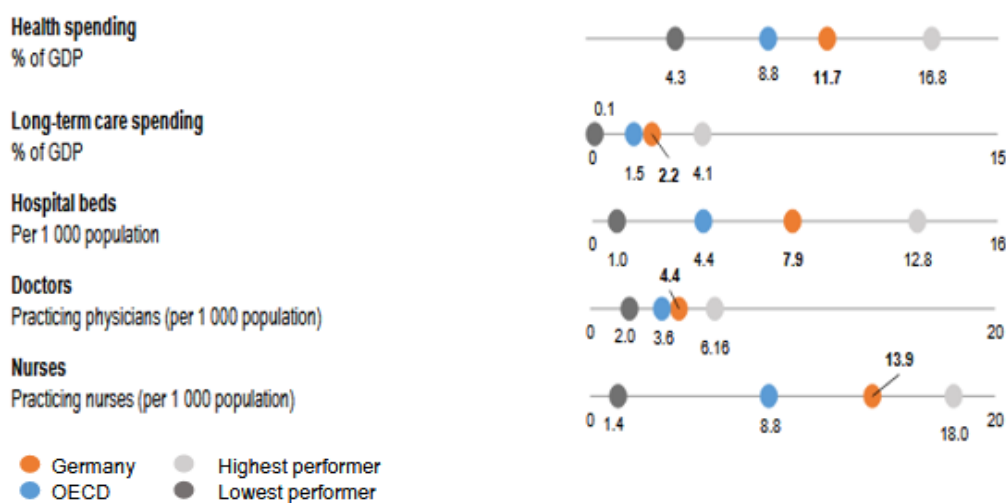
Για τα άτομα που έχουν επιλέξει να εγκαταλείψουν το δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας για να αποκτήσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, μπορεί να αποδειχθεί δύσκολο να επιστρέψουν στη συνέχεια στο δημόσιο σύστημα, δεδομένου ότι αυτό είναι δυνατό μόνο υπό ορισμένες προϋποθέσεις, για παράδειγμα εάν δεν έχουν ακόμη συμπληρώσει το 55ο έτος της ηλικίας τους ή το εισόδημά τους πέφτει κάτω από το επίπεδο που απαιτείται για την ιδιωτική επιλογή. Εκτός από την κύρια κρατική ασφάλιση υγείας και τη δευτερεύουσα ιδιωτική ασφάλιση υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω, όλες οι κρατικές και ιδιωτικές κλινικές λειτουργούν γενικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον με σύστημα προπληρωμής, απαιτώντας μια εκτίμηση του κόστους που πρέπει να καλυφθεί πριν από τον προγραμματισμό της θεραπείας.



ΕΙΚΟΝΑ 22: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.dw.com/en/germany-unveils-aid-plan-to-combat-regional-inequality/a-49543658>

Η Γερμανία έχει μεγάλη δυναμικότητα στον νοσοκομειακό τομέα, μετρούμενη σε κλίνες. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 9 ημέρες. Οι χρόνοι αναμονής παραμένουν χαμηλοί για ραντεβού και χειρουργικές επεμβάσεις, αν και μια μειοψηφία ασθενών με εκλεκτική χειρουργική επέμβαση αντιμετωπίζει μεγαλύτερες αναμονές. Οι ιατροί και τα νοσηλευτικά ιδρύματα πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη.



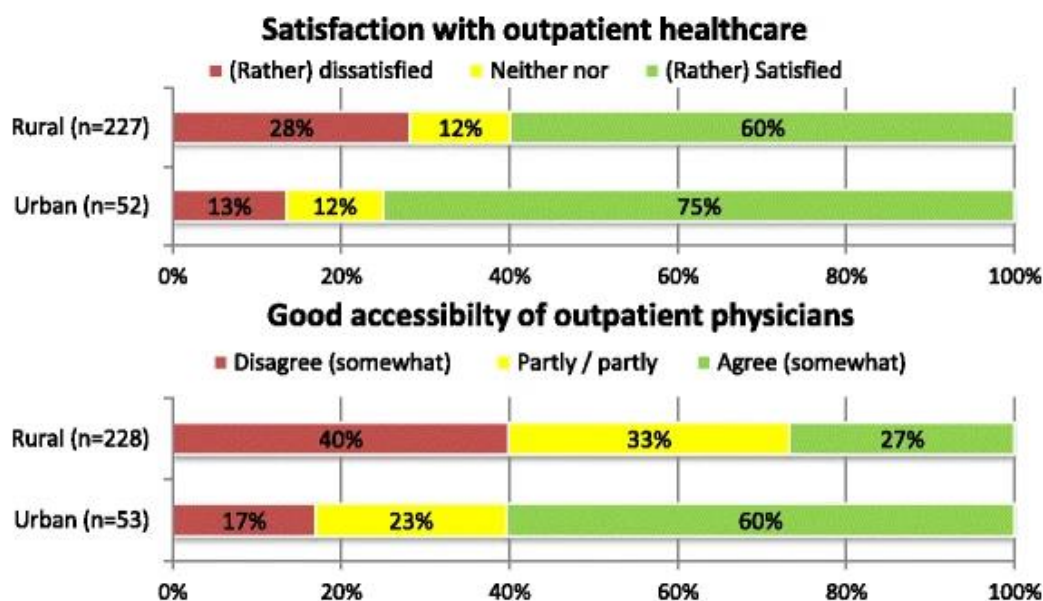
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/germany/health-at-a-glance-Germany-EN.pdf>

Η εναλλακτική ιατρική είναι πολύ δημοφιλής στη Γερμανία.

Αν θα μπορούσε να αναφερθεί ένα είδος ανισότητας στην υγεία αυτό θα ήταν η αδυναμία των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων να έχουν ταυτόχρονα και ιδιωτική ασφάλιση με ότι παραπάνω παροχές θα μπορούσε να τους προσφέρει. Αυτοί που συνήθως αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις υπηρεσίες υγείας στη Γερμανία είναι οι μετανάστες διότι , είτε δεν έχουν ασφάλιση οπότε επιβαρύνονται το κόστος των υπηρεσιών , είτε δεν γνωρίζουν καλά τη γλώσσα και υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας και κατανόησης των διαδικασιών. Η Γερμανία ανέκαθεν αποτελούσε στόχο έλξης μεταναστευτικών ρευμάτων στην προσπάθεια αναζήτησης εργασίας και οικονομικής εξασφάλισης. Η είσοδος όμως των μεταναστών επιφέρει αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που χρήζουν υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Υπάρχουν ανισότητες στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ μεταναστών και γηγενών στη Γερμανία. Οι ανισότητες αυτές ποικίλλουν ως προς τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τον δείκτη χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης και τον πληθυσμό των μεταναστών.

Επίσης υπάρχουν ανισότητες μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών καθώς και Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας μετά την προσάρτιση. Οι αγροτικές περιοχές της Γερμανίας αντιπροσωπεύουν το 29% της επιφάνειας, το 12% του πληθυσμού και το 9% του ΑΕΠ.



ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΓΕΡΜΑΝΩΝ

ΠΗΓΗ: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0696-z>

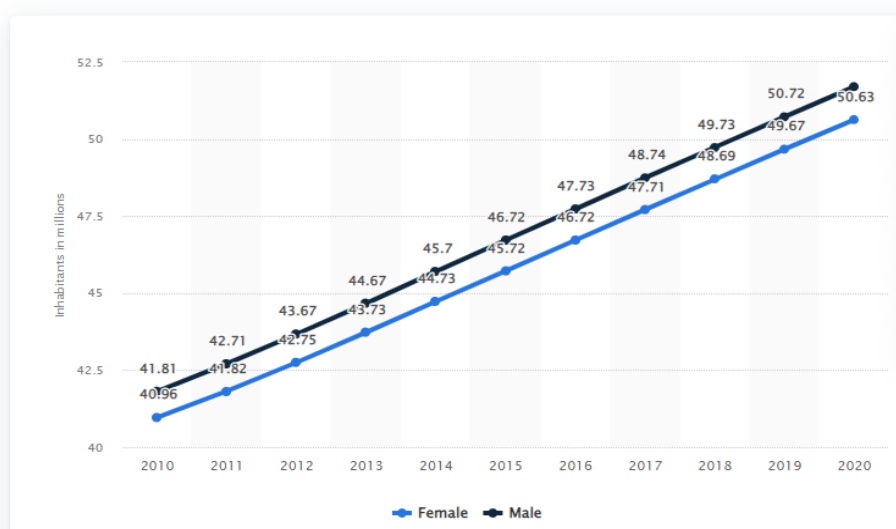
Η ανεργία ανά τύπο περιφέρειας ποικίλλει μεταξύ Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας, αλλά οι εργαζόμενοι υψηλής ειδίκευσης γενικά λείπουν από τις αγροτικές περιοχές σε όλη τη χώρα. Το 45% των κατοίκων της υπαίθρου ζει σε περιφέρειες όπου τουλάχιστον το 50% των δήμων της βρίσκεται σε απόσταση 30 λεπτών από ένα αστικό κέντρο. Αν και η πρόσβαση σε βασικές δημόσιες υπηρεσίες είναι εξασφαλισμένη σε όλη τη χώρα, το φάσμα των επιλογών είναι πιο περιορισμένο στις περιφερειακές αγροτικές περιοχές. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν την υγειονομική περίθαλψη στην περιφέρεια. Οι κάτοικοι λόγω χαμηλών εισοδημάτων δεν μπορούν να έχουν τις παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης, χρειάζονται αρκετό χρόνο για να επισκεφθούν μια μονάδα υγείας και δεν τους παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες.

3.5 ΑΙΓΥΠΤΟΣ (ΑΡΑΒΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ)



Η Αίγυπτος βρίσκεται στο βόριο τμήμα της Αφρικανικής Ηπείρου. Καταλαμβάνει έκταση 1.001.450 km² και αποτελεί μία από τις πολυπληθέστερες χώρες της Αφρικής με 101.478.581 κατοίκους. Η πρωτεύουσά της είναι το Κάιρο και η επίσημη γλώσσα τα Αραβικά. Το νόμισμά της είναι η Λίρα Αιγύπτου (EGP) και το πολίτευμά της Ημιπροεδρική Δημοκρατία.

Egypt: Total population from 2010 to 2020, by gender
(in millions)

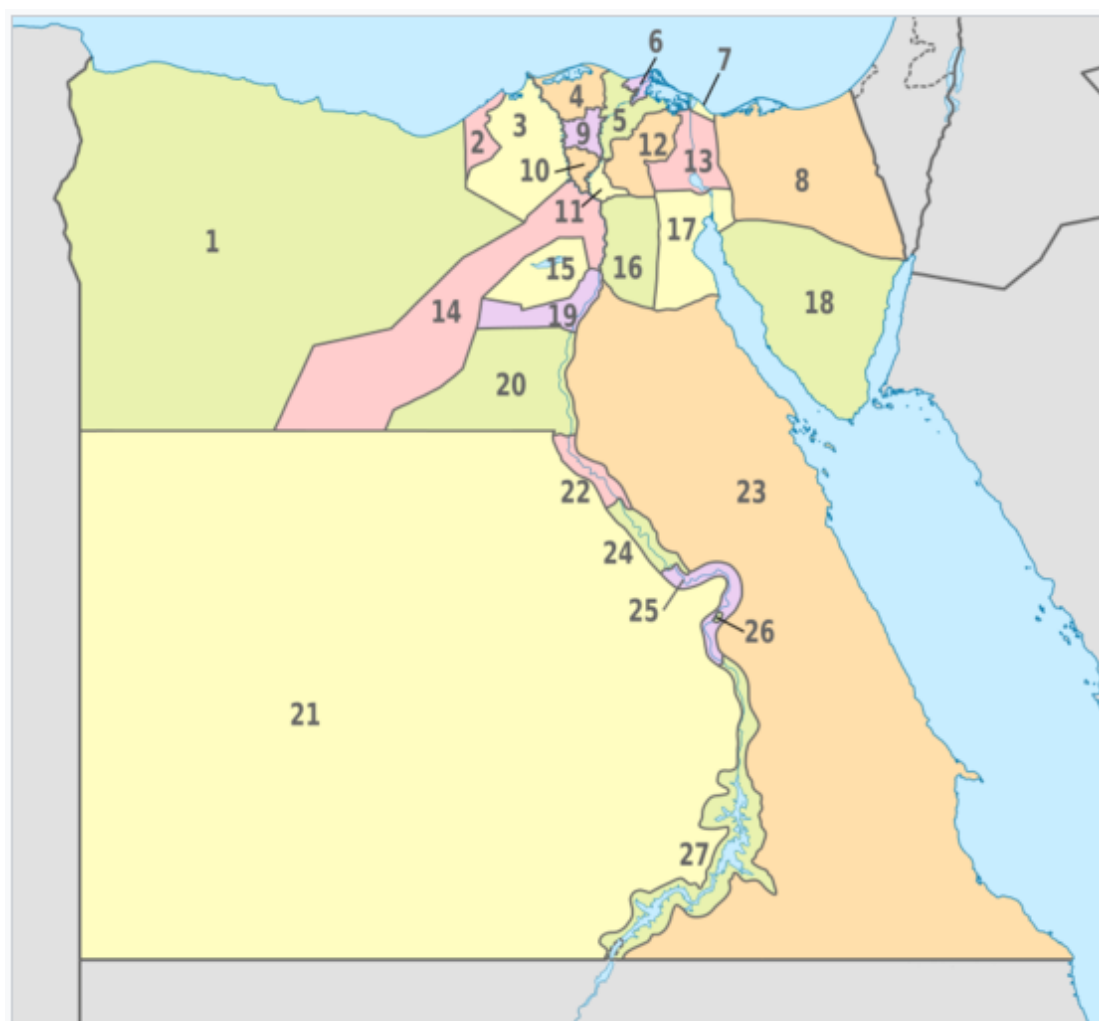


ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Ο ΠΛΥΘΗΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2010 ΕΩΣ ΤΟ 2020

ΠΗΓΗ: <https://worldpopulation.theglobalgraph.com/p/egypt-population.html>

Η χώρα είναι διάσημη για τον αρχαίο πολιτισμό της και θεωρείται ως ένα σημαντικό πολιτικά και πολιτιστικά έθνος της Αφρικής. Η οικονομία της είναι αναπτυσσόμενη με σημαντικά αυξημένους ρυθμούς ανάπτυξης και αποτελεί μία από τις πιο ανεπτυγμένες στη Μέση Ανατολή. Στηρίζεται σε τομείς όπως η γεωργία, ο τουρισμός και η βιομηχανία.

Η Αίγυπτος διαιρείται σε 27 επαρχίες. Λόγω των υψηλών θερμοκρασιών και της ξηρασίας το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (99 %) διαμένει κοντά στη θάλασσα και στις όχθες των ποταμών δηλαδή στο 5,5 % της συνολικής έκτασης κυρίως ανατολικά. Το μεγαλύτερο μέρος της χώρας καλύπτεται από έρημο.



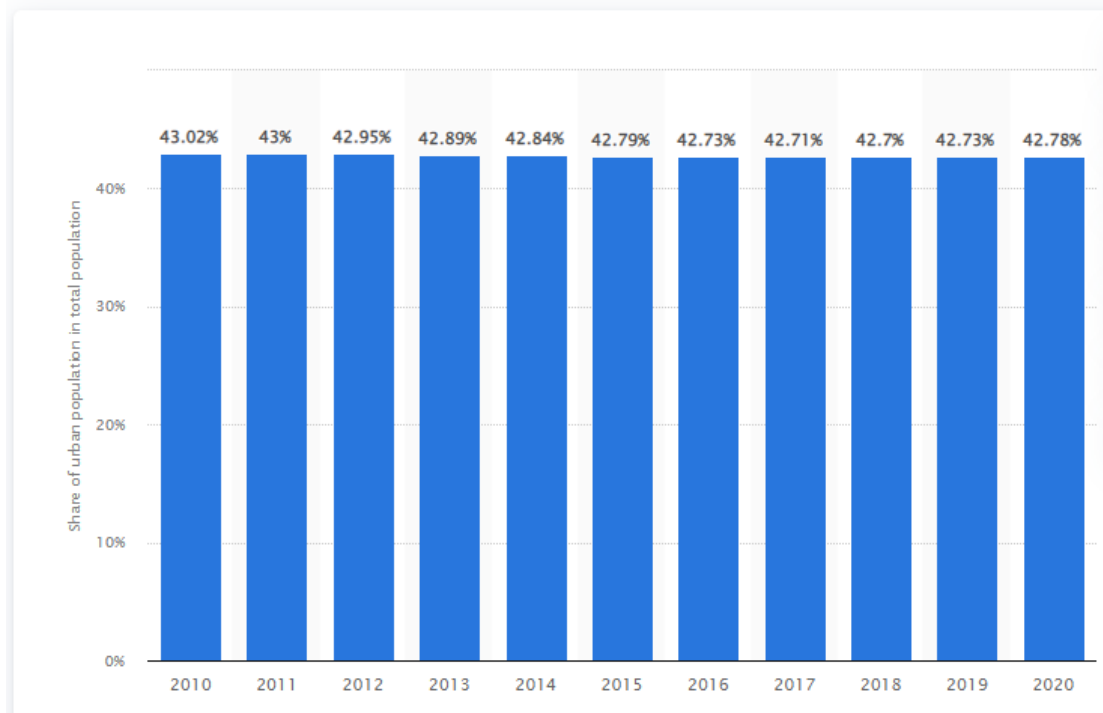
Governorates of Egypt

1. Matrouh 2. Alexandria 3. Beheira 4. Kafr El Sheikh 5. Dakahlia 6. Damietta 7. Port Said 8. North Sinai 9. Gharbia 10. Monufia 11. Qalyubia 12. Sharqia 13. Ismailia 14. Giza 15. Faiyum 16. Cairo 17. Suez 18. South Sinai 19. Beni Suef 20. Minya 21. New Valley 22. Asyut 23. Red Sea 24. Sohag 25. Qena 26. Luxor 27. Aswan

ΕΙΚΟΝΑ 23: ΟΙ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Egypt>

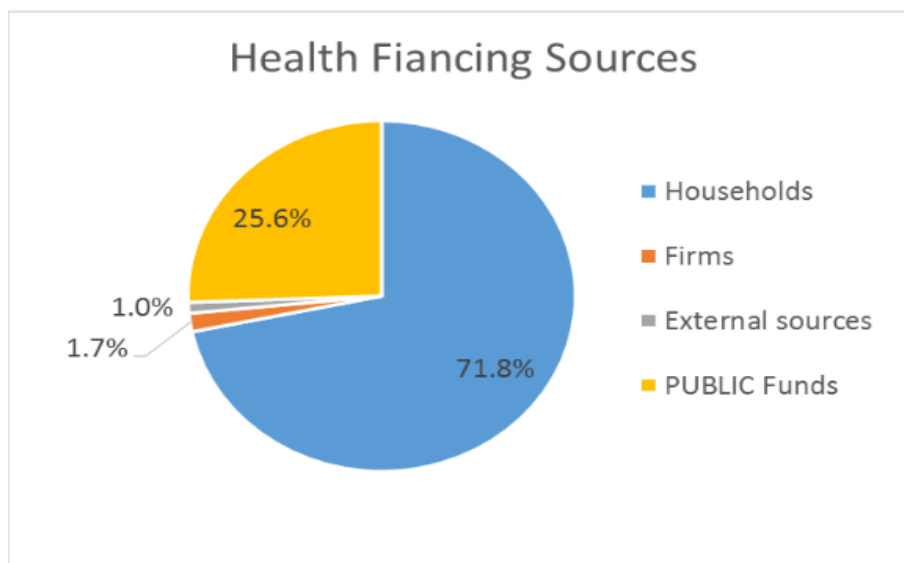
Egypt: Urbanization from 2010 to 2020



ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Ο ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 2010 ΕΩΣ ΤΟ 2020

ΠΗΓΗ: <https://worldpopulation.theglobalgraph.com/p/egypt-population.html>

Το αιγυπτιακό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει μια ποικιλία παρόχων υγειονομικής περίθαλψης από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Το σύστημα βασίζεται σε τέσσερις διαφορετικούς οικονομικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η κυβέρνηση και ο δημόσιος τομέας, καθώς και ιδιωτικοί οργανισμοί και πληρωμές από τους ίδιους τους πολίτες και των οικογενειών τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ

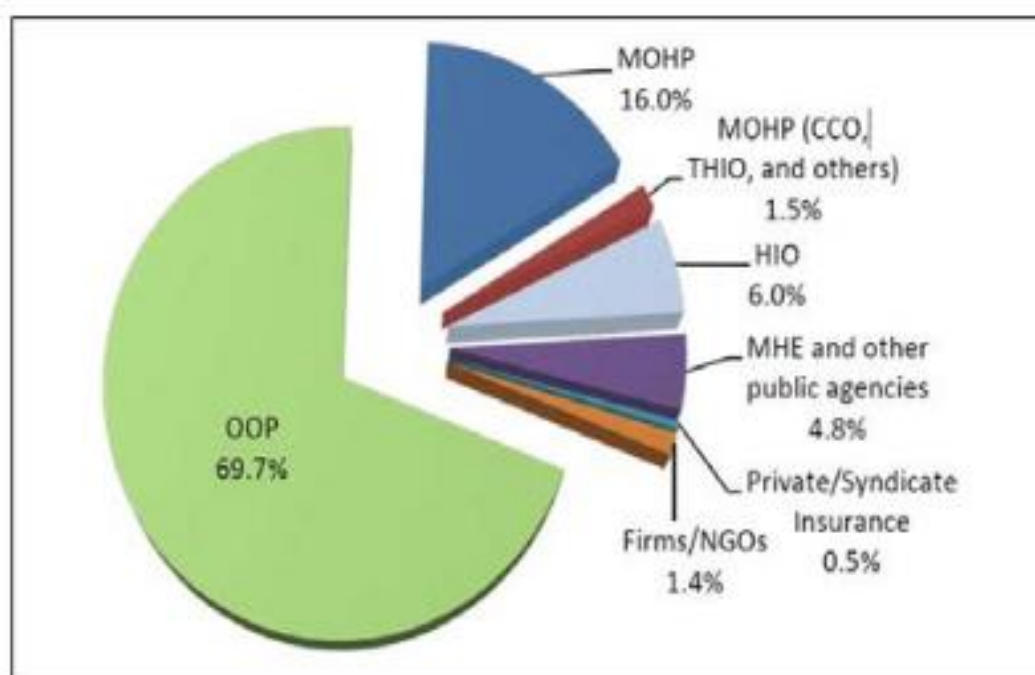
ΠΗΓΗ: <https://fount.aucegypt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1174&context=etds>

Η κυβέρνηση εξασφαλίζει βασική καθολική υγειονομική κάλυψη , η οποία προσφέρεται μέσω του Υπουργείου Υγείας, το οποίο λειτουργεί μια σειρά ιατρικών εγκαταστάσεων που παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Υπάρχουν δύο κύριοι ασφαλιστικοί φορείς : ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) , που είναι ο μεγαλύτερος δημόσιος φορέας πληρωμής υγειονομικής περίθαλψης και ο Οργανισμός Θεραπευτικής Φροντίδας (ΟΘΦ) που προσφέρει ενδονοσοκομειακή και εξονοσοκομειακή περίθαλψη σε συγκεκριμένες επαρχίες μέσω συμβάσεων με άλλους φορείς και ιδιώτες.

Πολλά τζαμιά και εκκλησίες λειτουργούν επίσης τις δικές τους επιδοτούμενες ή δωρεάν κλινικές, ιδίως στις μεγάλες πόλεις.

Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές κλινικές, νοσοκομεία και φαρμακεία και θεωρείται ανώτερος από τις δημόσιες υπηρεσίες, όσον αφορά την ποιότητα και συνήθως αποτελεί την αρχική επιλογή παρόχου υγειονομικής περίθαλψης στην Αίγυπτο, ακόμη και μεταξύ των χαμηλότερων εισοδηματικών ομάδων.

Source of health Care Financing in Egypt



ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ
ΠΗΓΗ: <https://documents1.worldbank.org/>

Διαθέτει 2.024 νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν περίπου το 16% της συνολικής δυναμικότητας των νοσοκομειακών κλινών στην Αίγυπτο.

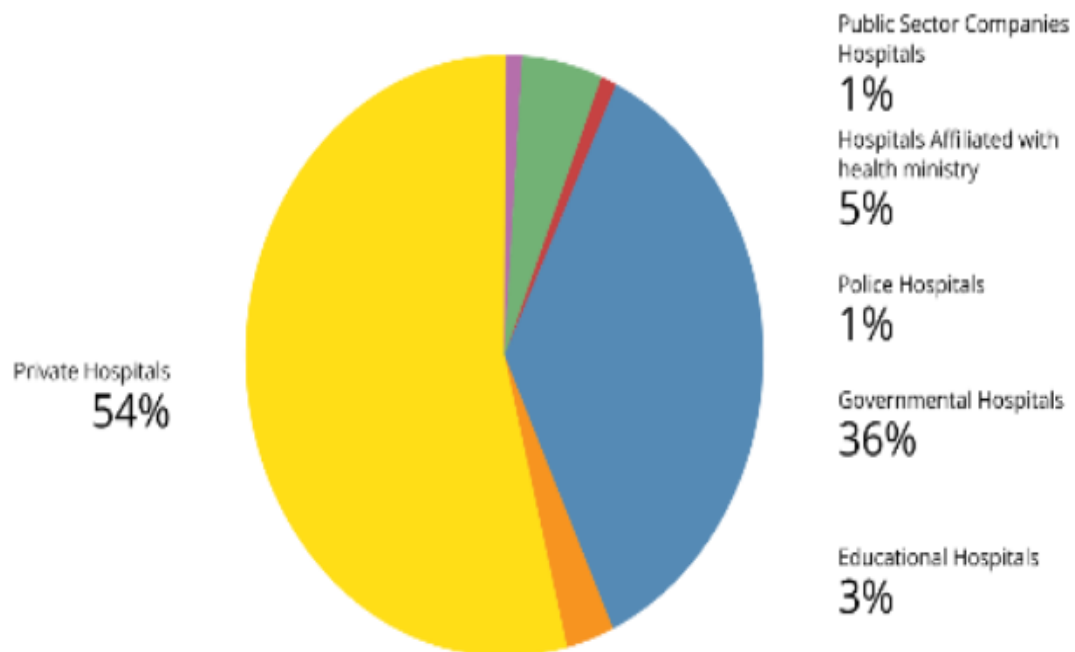
Number of Hospitals by Category



ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΓΥΠΤΟ (ΔΗΜΟΣΙΑ/ΙΔΙΩΤΙΚΑ)

ΠΗΓΗ: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/594471524601888530/pdf/Environmental-and-social-management-framework.pdf>

Distribution of Hospitals According To Ownership

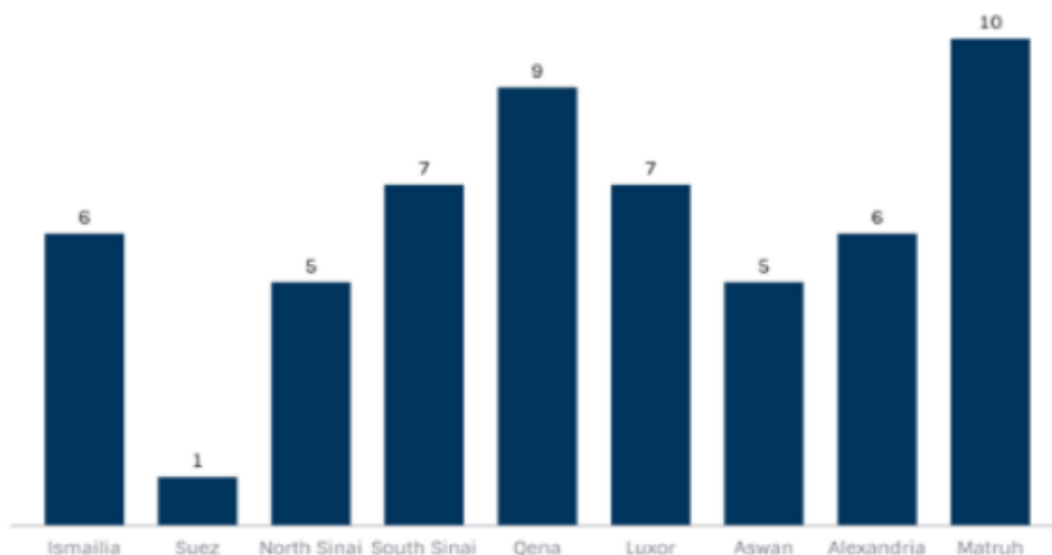


ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΤΗΣΗΣ

ΠΗΓΗ: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/594471524601888530/pdf/Environmental-and-social-management-framework.pdf>

Η Αίγυπτος έχει 27 περιφέρειες και 27 διευθύνσεις υγείας , μία για κάθε περιφέρεια. Κάθε περιφέρεια έχει έναν διευθυντή, ο οποίος μερικές φορές είναι επίσης ο διευθυντής του περιφερειακού νοσοκομείου, ο οποίος εποπτεύει μια ομάδα ιατρών, εποπτών νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων. Το ΥΥ είναι ο σημαντικότερος πάροχος πρωτοβάθμιας, προληπτικής και θεραπευτικής περίθαλψης. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών διακρίνονται σε **γεωγραφικές** (αγροτικές και αστικές), **διαρθρωτικές** (μονάδες υγείας, κέντρα υγείας και νοσοκομεία), **λειτουργικές** (μητέρα-παιδί κέντρα υγείας μητέρων), και **προγραμματικές** (ανοσοποίηση και έλεγχος διαρροϊκών ασθενειών). Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται μέσω των ολοκληρωμένων νοσοκομείων , τα οποία είναι μικρά (20 έως 60 κλίνες) και παρέχουν πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες στις αγροτικές περιοχές , των περιφερειακών νοσοκομείων (100 έως 200 κλινών) που παρέχουν πιο εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και είναι διαθέσιμα σε κάθε περιφέρεια , των γενικών νοσοκομείων (άνω των 200 κλινών) που περιλαμβάνουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες και υπάρχουν σε κάθε πρωτεύουσα μιας επαρχίας και των εξειδικευμένων νοσοκομείων που βρίσκονται σε αστικές περιοχές.

Number of Public and Central Hospitals per governorate



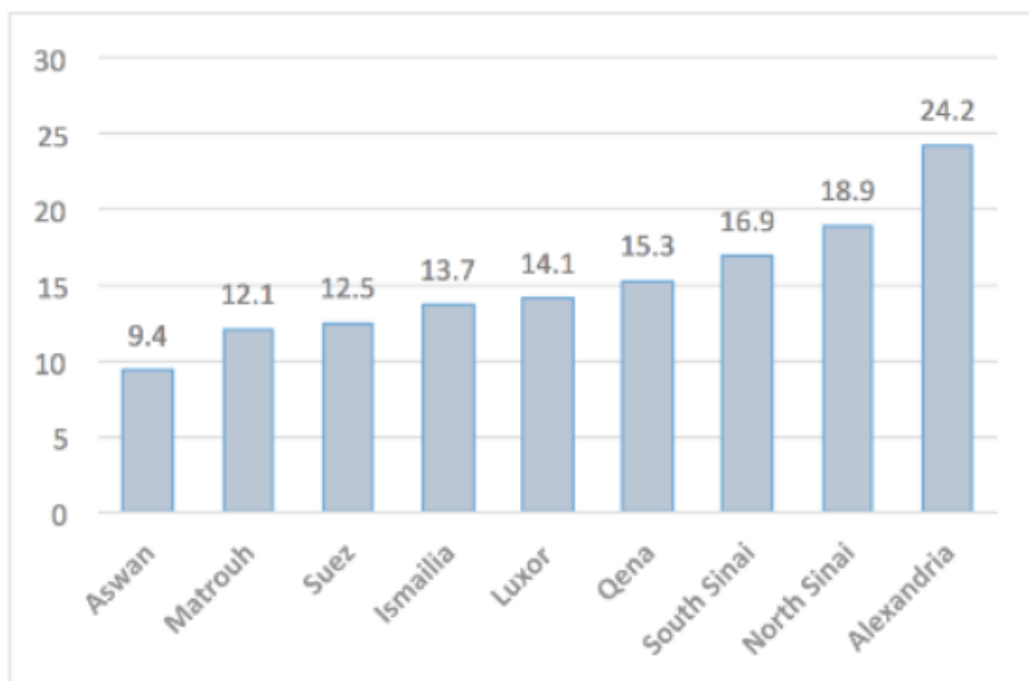
ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ

ΠΗΓΗ: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/594471524601888530/pdf/Environmental-and-social-management-framework.pdf>

Το αιγυπτιακό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει πολλαπλές προκλήσεις όσον αφορά τη βελτίωση και τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας του αιγυπτιακού

λαού. Η ιατρική περίθαλψη που προσφέρεται από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας είναι γενικά κακής ποιότητας. Αν και το σύστημα εξασφαλίζει βασική καθολική κάλυψη, αντιμετωπίζει αρκετές ελλείψεις όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών λόγω υποχρηματοδότησης.

Infant mortality rate on the nine governorates
(Ministry of health and Population, 2016)



*deaths/ 1,000 live births

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΓΥΠΤΟΥ

ΠΗΓΗ: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/594471524601888530/pdf/Environmental-and-social-management-framework.pdf>

Η υπερβολική εξάρτηση από τη χρηματοδότηση των ιατρικών θεραπειών από τους ίδιους τους πολίτες (60 %) δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, υπάρχει χάσμα όσον αφορά τη διαθεσιμότητα ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ της πρωτεύουσας , και των άλλων αγροτικών περιοχών. Σύμφωνα με μελέτες ο συνολικός αριθμός των ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στις διοικητικές περιφέρειες της Άνω Αιγύπτου είναι 30% χαμηλότερος από ό,τι στις αστικές διοικητικές περιφέρειες και 20% χαμηλότερος από τον εθνικό μέσο όρο. Ο συνολικός αριθμός των μονάδων υγείας που είναι διαθέσιμες σε όσους ζουν σε αγροτικές περιοχές είναι μόνο το 20% του αριθμού των μονάδων υγείας που είναι

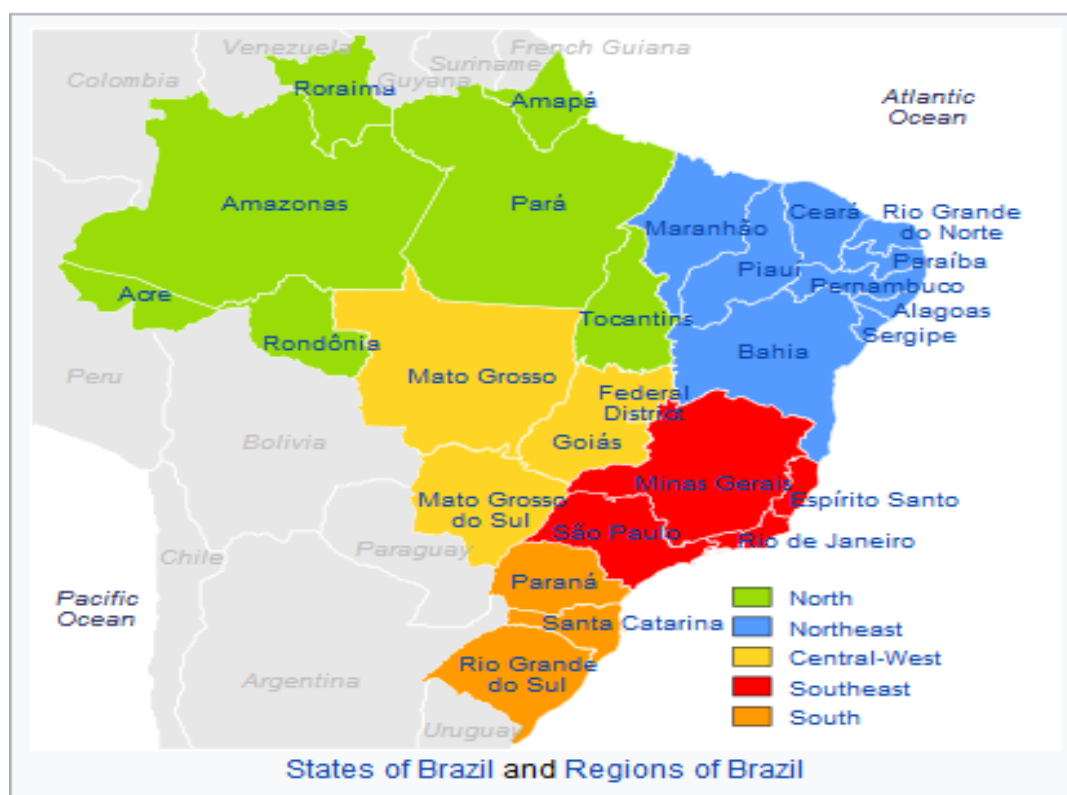
διαθέσιμες σε όσους ζουν σε αστικές περιοχές. Το σημερινό σύστημα υγείας δεν συμβάλλει στη μείωση αυτών των ανισοτήτων- αντίθετα οδηγεί στην αύξησή τους.



3.6 ΒΡΑΖΙΛΙΑ (ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ)

Η Βραζιλία βρίσκεται στο νότιο τμήμα της Αμερικανικής Ηπείρου και είναι η μεγαλύτερη χώρα της Λατινικής Αμερικής. Κήρυξε την ανεξαρτησία της από την Πορτογαλία το 1822 και αναγνωρίστηκε ως κράτος το 1825. Καταλαμβάνει έκταση 8.510.820 km² και έχει πληθυσμό 213.317.639 κατοίκους. Η πρωτεύουσά της είναι η Μπραζίλια και η επίσημη γλώσσα της η Πορτογαλική. Το νόμισμά της είναι το Ρεάλ Βραζιλίας (BRL) και το πολίτευμά της Ομοσπονδιακή Προεδρική Δημοκρατία.

Η Βραζιλία αποτελεί την δέκατη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο. Αποτελείται από 26 ομόσπονδες πολιτείες και 1 ομόσπονδη περιοχή. Διακρίνεται σε 5 περιοχές βάση γεωγραφικών κριτηρίων (βόρεια , βορειοανατολική , κεντροδυτική , νοτιοανατολική και νότια περιοχή).



ΕΙΚΟΝΑ 24: ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Brazil>

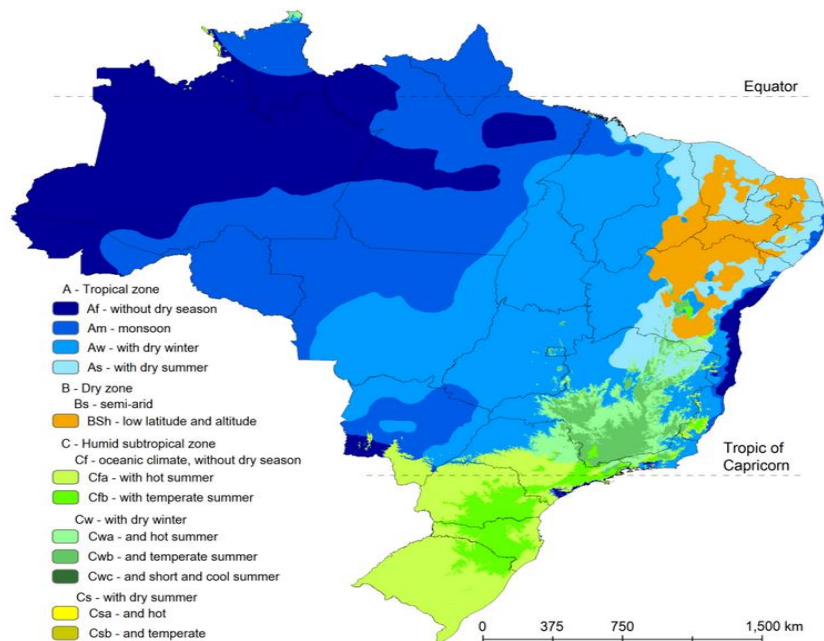
Λόγο της μεγάλης έκτασης που καταλαμβάνει τα γεωγραφικά της χαρακτηριστικά ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή.



ΕΙΚΟΝΑ 25: Η ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Brazil>

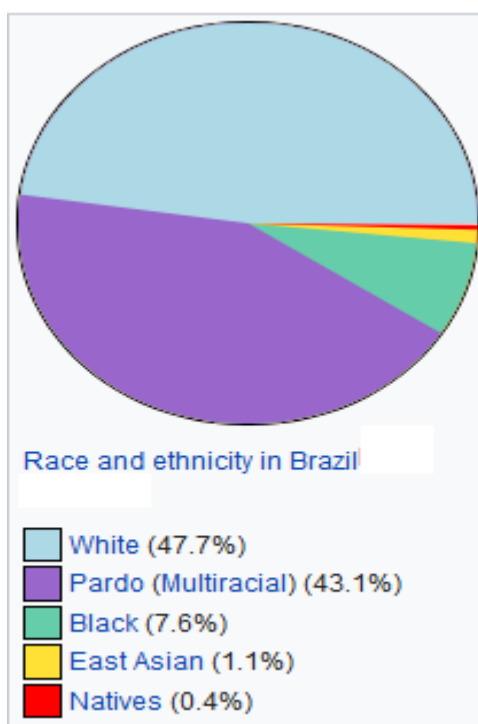
Δεν χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες κλιματικές αλλαγές. Η μέση ετήσια θερμοκρασία είναι 25 - 26 °C.



ΕΙΚΟΝΑ 26: ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Brazil>

Λόγο της αποικιοκρατίας ο πληθυσμός της Βραζιλίας αποτελεί ένα μίγμα εθνοτήτων.

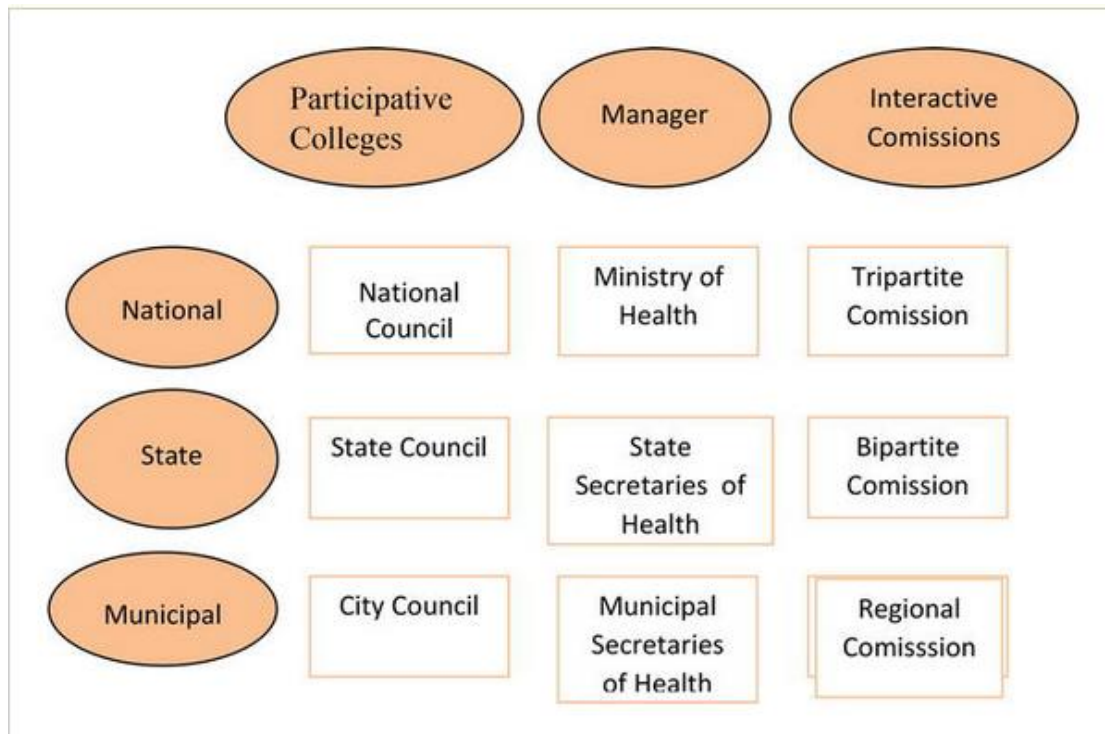


ΕΙΚΟΝΑ 27: ΦΥΛΕΣ ΚΑΙ ΕΘΝΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Brazil>

Το σύστημα υγείας της Βραζιλίας δημιουργήθηκε το 1923 με τη δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για τους πρώην εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η υγεία δεν αποτελούσε συνταγματικό δικαίωμα, επομένως η πρόσβαση δεν ήταν προτεραιότητα στο σύστημα υγείας. Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης βασιζόταν σε υποχρεωτικές εισφορές από εργοδότες και εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Το μοντέλο αυτό δεν περιελάμβανε τους εργαζόμενους στον γεωργικό και τον άτυπο τομέα, αφήνοντας έτσι ανασφάλιστη μεγάλη μερίδα του πληθυσμού.

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί πλέον συνταγματικό δικαίωμα. Ο Υπουργός Υγείας διαχειρίζεται την εθνική πολιτική υγείας. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παραμένει αρμοδιότητα της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, στοιχεία της οποίας (όπως η λειτουργία των νοσοκομείων) εποπτεύονται από τα επιμέρους κρατίδια.



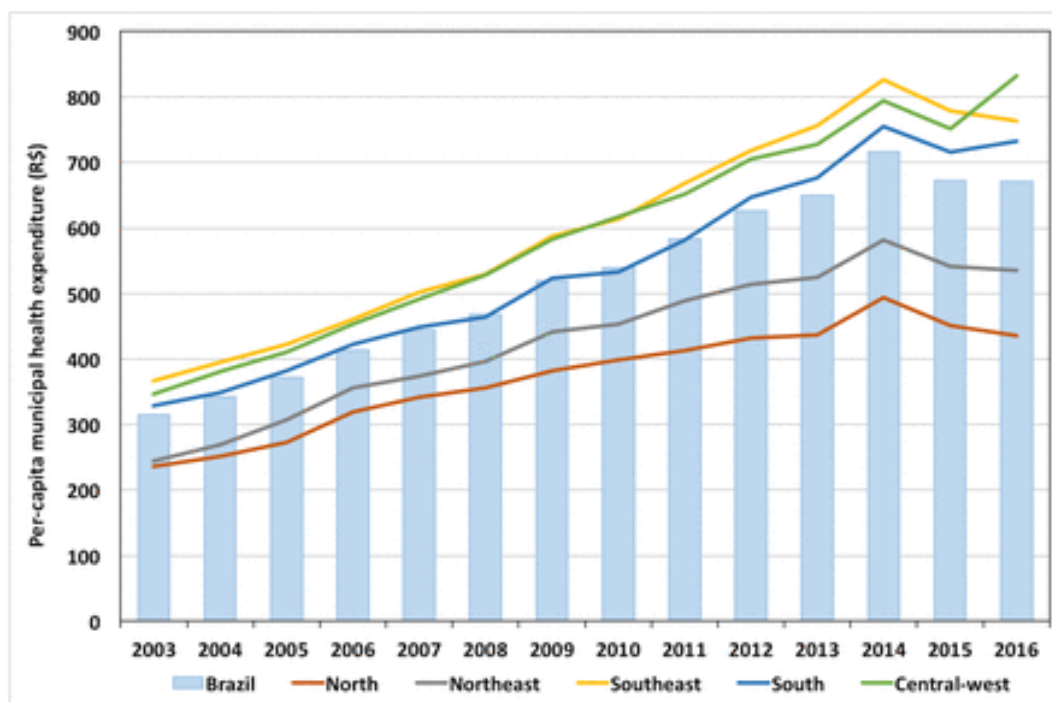
ΕΙΚΟΝΑ 28: ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ
 ΠΗΓΗ: <https://www.intechopen.com/chapters/67635>

Η δημόσια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται σε όλους τους μόνιμους κατοίκους της Βραζιλίας και τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην επικράτεια της Βραζιλίας μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, γνωστού ως Ενιαίο Σύστημα Υγείας (πορτογαλικά: Sistema Único de Saúde, SUS). Το SUS είναι καθολικό και δωρεάν για όλους. Εκτός από τον δημόσιο τομέα υπάρχει και ο ιδιωτικός τομέας. Το 66% των νοσοκομείων της χώρας ανήκει στον ιδιωτικό τομέα.

Πάνω από το 50% των νοσοκομείων βρίσκονται σε 5 πολιτείες: Sao Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro και Parana. Σε όλη τη χώρα, το 78% των νοσοκομείων ασκεί γενική ιατρική, ενώ το 16% είναι εξειδικευμένα και το 6% παρέχει μόνο εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το 55% των δημόσιων νοσοκομείων έχουν λιγότερες από 50 κλίνες.

Η Βραζιλία είναι μια χώρα μεσαίου εισοδήματος με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και ακραίες ανισότητες στην κατανομή του εισοδήματος. Υπάρχουν στρώματα του πληθυσμού που ζουν σε συνθήκες στις οποίες δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις ελάχιστες βασικές προϋποθέσεις και αγαθά για τη διαβίωσή τους. Το εισόδημα του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού είναι 26 φορές μεγαλύτερο από το εισόδημα του φτωχότερου 20%, αλλά και το 24% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού κερδίζει λιγότερο από δύο δολάρια την ημέρα. Αυτές οι

κοινωνικές ανισότητες μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας των ανθρώπων άμεσα ή έμμεσα, περιορίζοντας την πρόσβασή τους στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

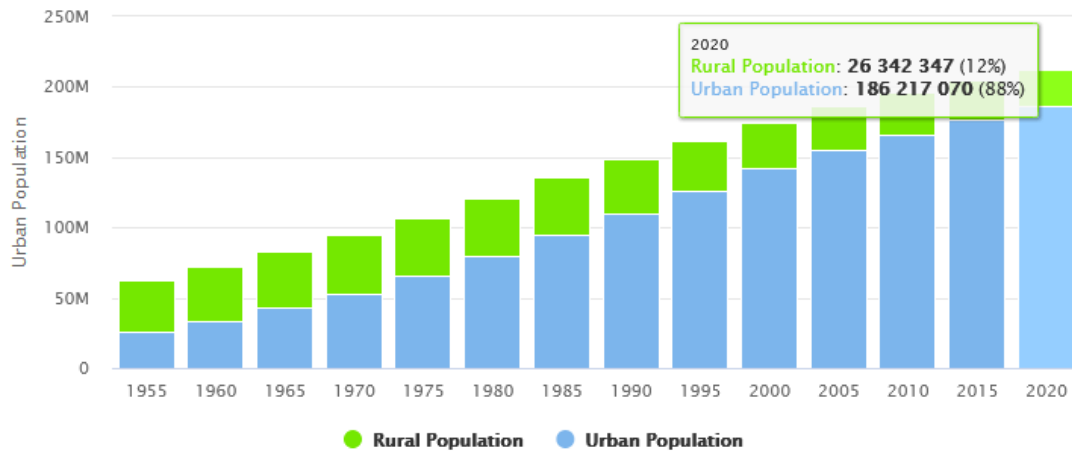


ΠΙΝΑΚΑΣ 31: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>

Μεταξύ των πέντε γεωγραφικών περιφερειών, η Βόρεια και η Βορειοανατολική είναι οι πιο υποβαθμισμένες και αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη έλλειψη ιατρών. Η νοτιοανατολική περιοχή έχει μεγαλύτερη οικονομική σημασία και περιλαμβάνει πάνω από το 40 % του πληθυσμού της Βραζιλίας, συμπεριλαμβανομένων και των πολυπληθέστερων πολιτειών του Sao Paulo και του Rio de Janeiro. Ο Νότος έχει τη μικρότερη εδαφική έκταση, περιλαμβάνει το 14 % του συνολικού πληθυσμού και είναι μία από τις δύο πλουσιότερες περιοχές. Η κεντροδυτική περιοχή έχει ένα ενδιάμεσο στάδιο ανάπτυξης και αναπτύσσεται με πιο ταχύς ρυθμούς από τότε που η πρωτεύουσα της Βραζιλίας μεταφέρθηκε στη Μπραζίλια τη δεκαετία του 1960.

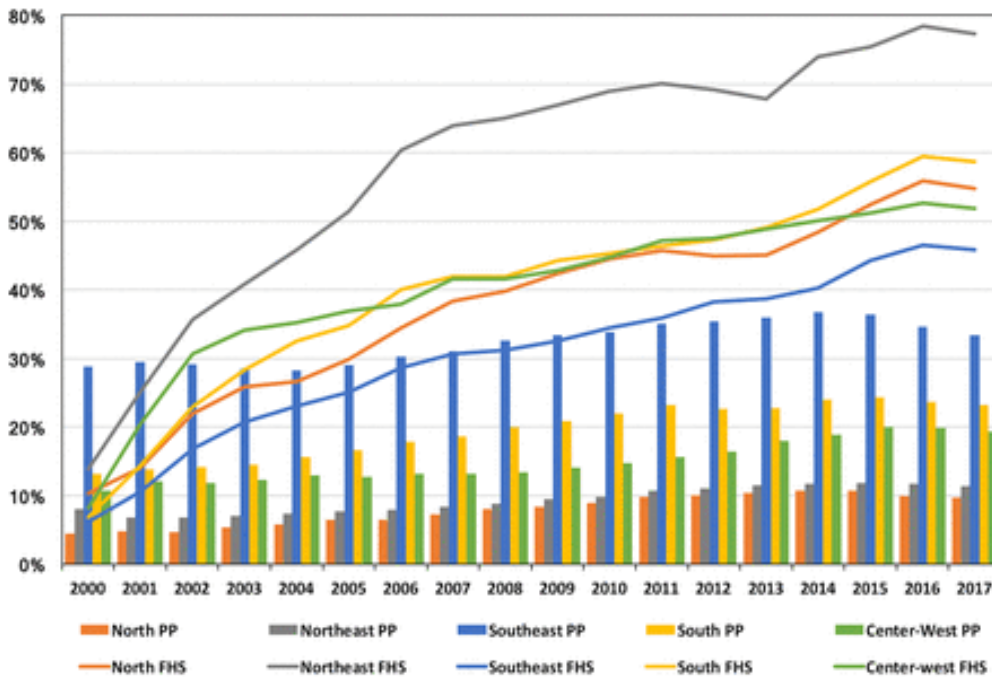
Brazil Urban vs. Rural Population from 1955 to 2020



ΠΙΝΑΚΑΣ 32: ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.worldometers.info/demographics/brazil-demographics/>

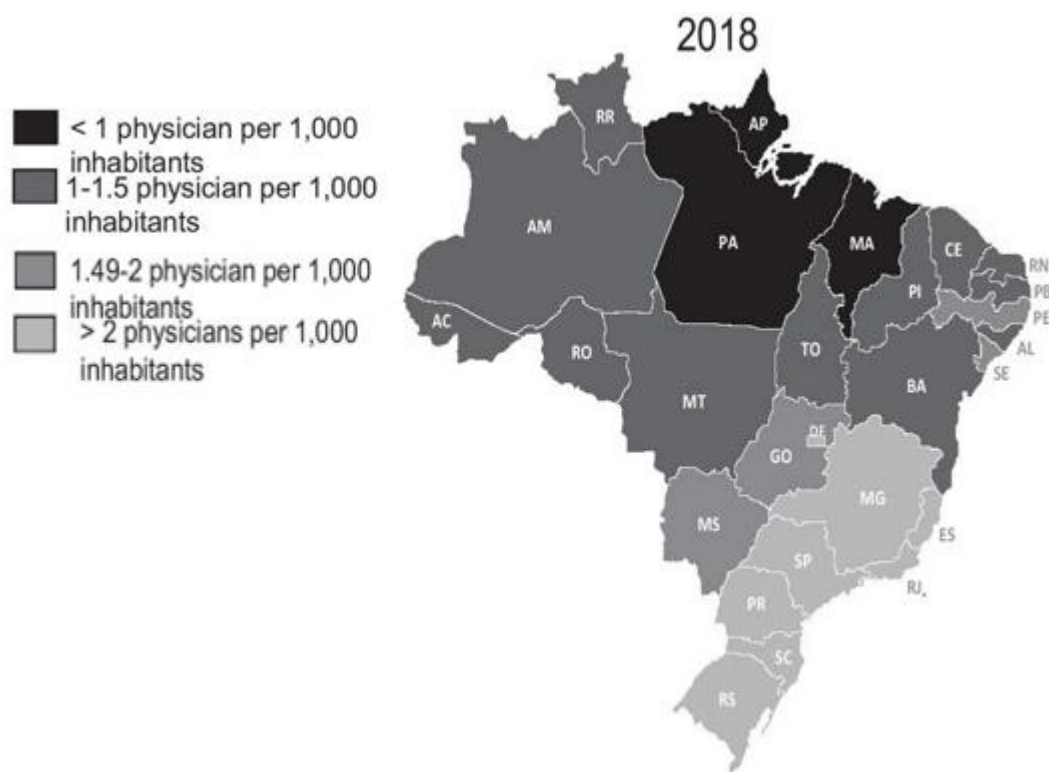
Σύμφωνα με μελέτες υπάρχουν μεγάλες ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφόρων περιοχών της Βραζιλίας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Population covered by the Family Health Strategy (FHS) and by Medical Private Plans (PP)

ΠΗΓΗ: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>

Η έλλειψη ιατρών στις αγροτικές περιοχές είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στα κακά αποτελέσματα της υγείας που συνδέονται με τις απομακρυσμένες περιοχές. Οι περισσότεροι ιατροί ειδικοτήτων συγκεντρώνονται στον ιδιωτικό τομέα και να κατανέμονται άνισα σε όλη τη χώρα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 34: ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00580-5/figures/3>

Το ποσοστό των ενηλίκων που συμβουλευτήκαν γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες κυμάνθηκε από 66,4 % στο Βορρά έως 79,5 % στα νοτιοανατολικά. Στα Νοτιοανατολικά, ο αριθμός των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους είναι σχεδόν τρεις φορές υψηλότερος από ό,τι στο Βορρά. Ο Βορράς και τα βορειοανατολικά έχουν το μικρότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Το προσδόκιμο ζωής των ατόμων που ζούσαν στις πλουσιότερες περιοχές ήταν 5 χρόνια μεγαλύτερο από ό,τι εκείνο εκείνων που ζούσαν στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιφέρειες.

3.7 ΙΝΔΙΑ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ)



Η Ινδία βρίσκεται στη Νότια Ασία. Κατά τον 18^ο αιώνα υποτάχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και το 1947 απέκτησε την ανεξαρτησία της. Καταλαμβάνει έκταση 3.287.263 km² και έχει πληθυσμό 1.393.409.000 κατοίκους. Είναι η 2^η μεγαλύτερη χώρα σε πληθυσμό μετά την Κίνα. Η πρωτεύουσά της είναι το Νέο Δελχί και έχει πολλές επίσημες γλώσσες μεταξύ των οποίων τα Χίντι και η Αγγλική. Το νόμισμά της είναι η Ινδική Ρουπία (INR) και το πολίτευμά της Ομοσπονδιακή Προεδρευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία.

Κατά τη διάρκεια των χρόνων υπήρξε σταυροδρόμι πολλών πολιτισμών και θρησκειών. Σήμερα αποτελεί μία από τις πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες οικονομίες. Η οικονομία της στηρίζεται στη γεωργία και τη βιομηχανία. Γεωγραφικά διαιρείται σε 3 φυσικά διαμερίσματα : το βόρειο (ο ορεινός όγκος των Ιμαλαΐων) , στη μέση όπου υπάρχει η μεγάλη πεδιάδα με τους ποταμούς Γάγγη , Ινδό και Βραχμαπούτρα και το νότιο το οποίο είναι οροπέδιο με την ονομασία Ντεκκάν. Το κλίμα της είναι τροπικό με υψηλές θερμοκρασίες και μουσώνες.

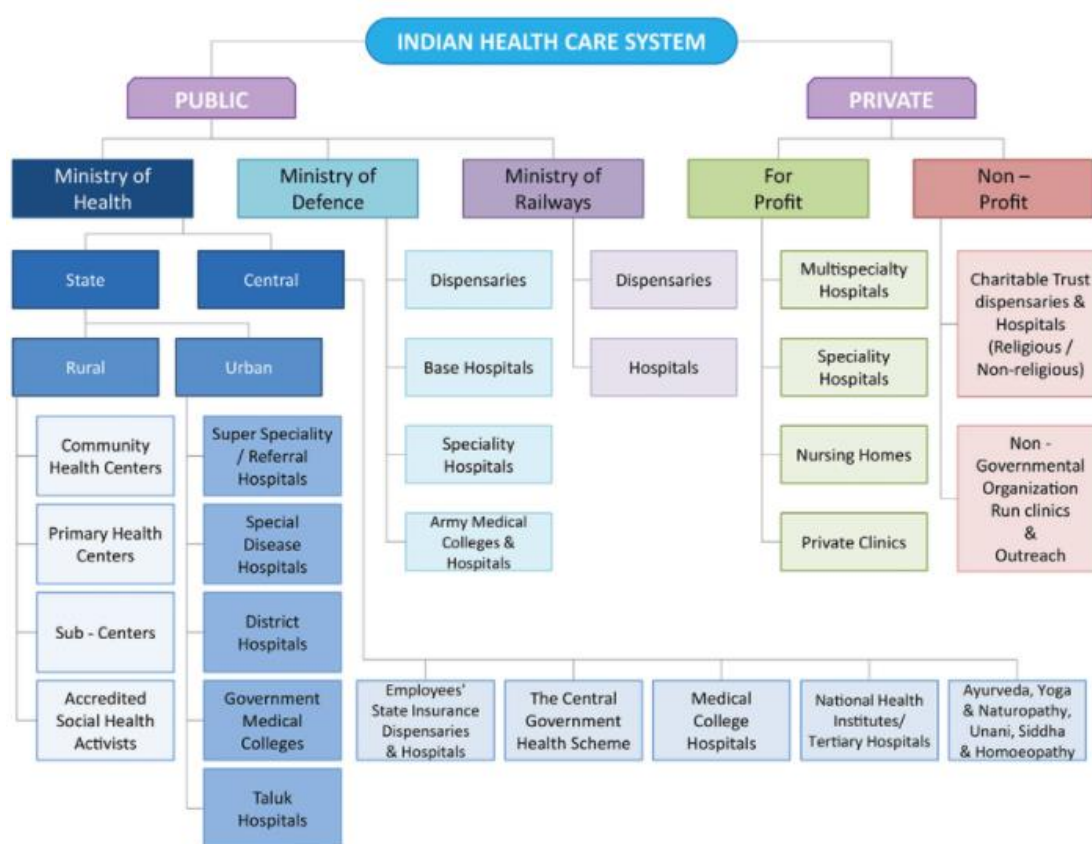
Διοικητικά αποτελείται από 29 κρατίδια , 6 ενώσεις εδαφών και 1 εθνικό έδαφος της πρωτεύουσας.



ΕΙΚΟΝΑ 29: ΤΑ ΚΡΑΤΙΔΙΑ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.mapsofindia.com/india/>

Η Ινδία διαθέτει ένα μοντέλο καθολικής υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει δημόσιος και ιδιωτικός τομέας. Το δημόσιο νοσοκομειακό σύστημα είναι ουσιαστικά δωρεάν για όλους τους κατοίκους της Ινδίας, εκτός από μικρές, συχνά συμβολικές συμμετοχές σε ορισμένες υπηρεσίες και χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τη γενική φορολογία. Η διαχείριση των θεμάτων για την υγεία γίνεται από την *εθνική κυβέρνηση*, η οποία ασχολείται με θέματα υγειονομικής περίθαλψης ευρείας εφαρμογής, όπως η γενική οικογενειακή ευημερία και η πρόληψη των κυριότερων ασθενειών, και από τις *πολιτειακές κυβερνήσεις*, οι οποίες χειρίζονται πτυχές όπως τα τοπικά νοσοκομεία, η δημόσια υγεία, η προαγωγή και η υγιεινή, οι οποίες διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία με βάση τις συγκεκριμένες κοινότητες που εμπλέκονται.



ΕΙΚΟΝΑ 30: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ

ΠΗΓΗ: https://www.researchgate.net/figure/An-overview-of-indian-healthcare-system_fig1_315600376

Από το 2018 η κυβέρνηση καθιέρωσε ένα εθνικό πρόγραμμα ασφάλισης (Ayushman Bharat) το οποίο χρηματοδοτείται από το δημόσιο. Ο στόχος της ήταν να καλύψει το κατώτερο 50% του πληθυσμού της χώρας που εργάζονται στον μη οργανωμένο τομέα (επιχειρήσεις με λιγότερους από 10 εργαζόμενους) και να τους προσφέρει δωρεάν περίθαλψη τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

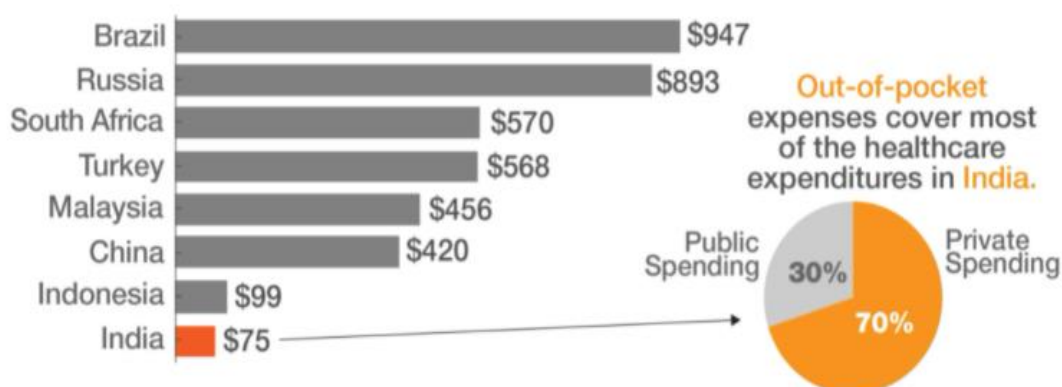
Οι εργαζόμενοι στον οργανωμένο τομέα (επιχειρήσεις με περισσότερους από 10 εργαζόμενους) που λαμβάνουν μηνιαίο μισθό έως 21.000 INR καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης Employees' State Insurance, το οποίο χρηματοδοτεί εξ ολοκλήρου την υγειονομική τους περίθαλψη (μαζί με τα επιδόματα ανεργίας), τόσο σε δημόσια όσο και σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Οι εργαζόμενοι που λαμβάνουν μεγαλύτερο μισθό (> 21.000 INR) ασφαλιζονται από τους εργοδότες τους σε ένα από τα δημόσια ταμεία ασφάλισης υγείας (National Insurance Company, Oriental Insurance Company, United India Insurance Company, New India Assurance) ή από έναν ιδιωτικό φορέα. Καλύπτονται οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπερσύγχρονων καρδιοαγγειακών επεμβάσεων, των μεταμοσχεύσεων οργάνων και των θεραπειών για τον καρκίνο.

Οι άνεργοι καλύπτονται από τα διάφορα κρατικά συστήματα χρηματοδότησης για επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη, εάν δεν έχουν τα μέσα να την πληρώσουν.

Health expenditure per person

Among the BRICS and other newly industrialised nations, India spends the least on health per capita.



ΠΙΝΑΚΑΣ 35: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΙΝΔΙΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.aljazeera.com/news/2017/8/31/indias-healthcare-private-vs-public-sector>

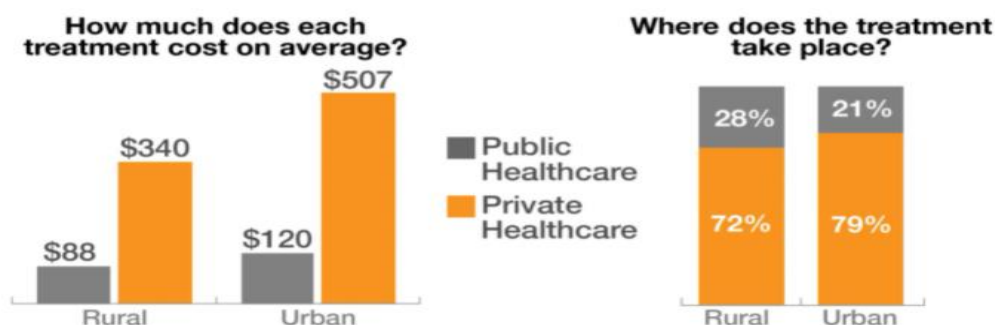
Στην πράξη, ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας είναι υπεύθυνος για την πλειονότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία, και πολλά από τα έξοδα παροχής υπηρεσιών πληρώνονται απευθείας από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και όχι μέσω της ασφάλισης υγείας λόγω ελλιπούς κάλυψης. Το υψηλό κόστος του ιδιωτικού τομέα έχει οδηγήσει πολλά νοικοκυριά σε καταστροφικές δαπάνες υγείας, οι οποίες απειλούν την ικανότητα ενός νοικοκυριού να διατηρήσει ένα βασικό βιοτικό επίπεδο. Η κυβερνητική πολιτική για την υγεία έχει μέχρι στιγμής ενθαρρύνει σε

μεγάλο βαθμό την επέκταση του ιδιωτικού τομέα σε συνδυασμό με καλά σχεδιασμένα αλλά περιορισμένα προγράμματα δημόσιας υγείας.

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται από το 58% των νοσοκομείων της χώρας, το 29% των κλινών στα νοσοκομεία και το 81% των ιατρών.

Public vs private healthcare

Private healthcare in India costs about four times more than the public sector, yet majority of all cases are treated by the private sector.

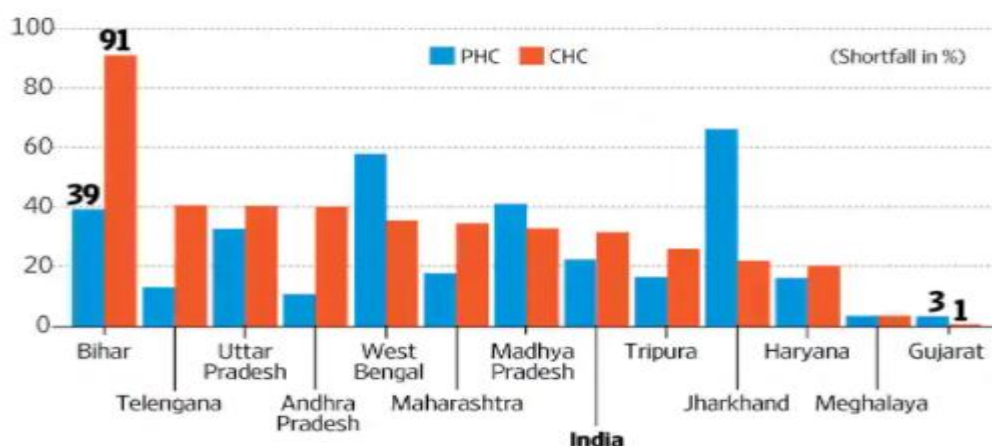


ΠΙΝΑΚΑΣ 36: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΙΝΔΙΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.aljazeera.com/news/2017/8/31/indias-healthcare-private-vs-public-sector>

Η κάλυψη από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα της υγειονομικής περίθαλψης διαφέρει σημαντικά μεταξύ των πολιτειών. Μεγάλο μέρος του δημόσιου τομέα υγειονομικής περίθαλψης εξυπηρετεί τις αγροτικές περιοχές και η κακή ποιότητα προκύπτει από την απροθυμία των έμπειρων και ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας να επισκεφθούν τις αγροτικές περιοχές λόγω ανεπαρκούς στέγασης, υγειονομικής περίθαλψης, εκπαίδευσης για τα παιδιά, πόσιμου νερού, ηλεκτρικής ενέργειας, δρόμων και μεταφορών.

Numbers are percentage shortfall in primary health centres (PHC) and community health centres (CHC)



ΠΙΝΑΚΑΣ 37: ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://www.livemint.com/Opinion/qXD81719wXXDQVpGyyARrO/Seven-charts-that-show-why-Indias-healthcare-system-needs-a.html>

Κατά συνέπεια, το μεγαλύτερο μέρος του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνεται στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές βασίζεται σε άπειρους και χωρίς κίνητρα ειδικευόμενους, οι οποίοι υποχρεούνται να περνούν χρόνο σε δημόσιες κλινικές ως μέρος των απαιτήσεων του προγράμματος σπουδών τους. Άλλοι λόγοι που ενισχύουν τη ζήτηση παροχών από τον ιδιωτικό τομέα είναι οι μεγάλες αποστάσεις μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων και των κατοικημένων περιοχών, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και οι άβολες ώρες λειτουργίας.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ινδίας παρουσιάζει ελλείψεις σε τρεις παράγοντες που σχετίζονται με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη: παροχή, χρήση και επίτευξη καλής υγείας.

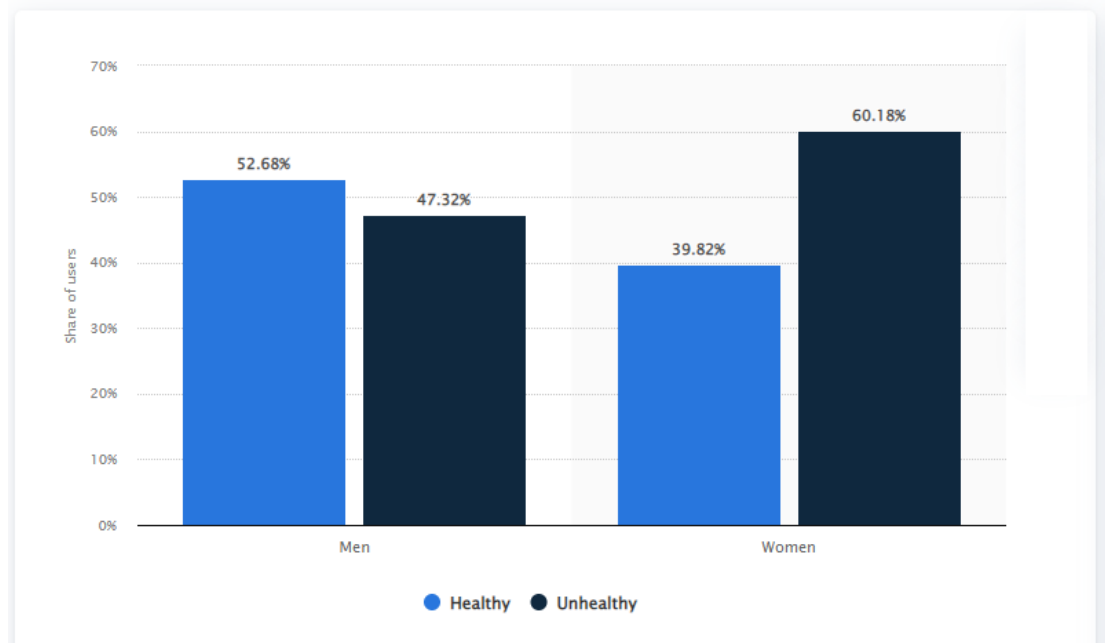
Rank ↕	State ↕	Life expectancy at birth	
		(2010–20) ^[3] ↕	(2002-06) ^[4] ↕
1	Kerala	84.5	79.8
2	Delhi	69.9	64.1
3	Jammu and Kashmir	72.6	
4	Uttarakhand	71.7	60.0
5	Himachal Pradesh	71.6	67.0
6	Punjab	71.6	69.4
7	Maharashtra	71.6	67.2
8	Tamil Nadu	70.6	66.2
9	West Bengal	70.2	64.9
10	Karnataka	68.8	65.3
11	Gujarat	68.7	-
12	Haryana	68.6	-
13	Andhra Pradesh (includes Telangana)	68.5	64.4
14	Bihar	68.1	61.6
*	India	68	63.5
15	Rajasthan	67.7	62.0
16	Jharkhand	66.6	58.0
17	Odisha	65.8	59.6
18	Chhattisgarh	64.8	58.0
19	Madhya Pradesh	64.2	58.0
20	Uttar Pradesh	64.1	60.0
21	Assam	63.9	58.9

ΠΙΝΑΚΑΣ 38: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ ΙΝΔΙΑΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_India

Η διαφορετική κατανομή των υπηρεσιών, της εξουσίας και των πόρων έχει οδηγήσει σε ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η πρόσβαση και η είσοδος στα νοσοκομεία εξαρτάται από το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την εκπαίδευση, τον πλούτο και την τοποθεσία διαμονής (αστική έναντι αγροτικής περιοχής). Επιπρόσθετα, υπάρχει έλλειψη επαρκούς υποδομής σε περιοχές με υψηλή συγκέντρωση φτωχών ατόμων.

Health risk assessment among Indians as of 2020, by gender



ΠΙΝΑΚΑΣ 39: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΙΝΔΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ

ΠΗΓΗ: <https://www.statista.com/statistics/1117473/india-health-risk-assessment-by-gender/>

Χαρακτηριστική είναι η παρουσία των άτυπων παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορεί να έχουν ή να μην έχουν την κατάλληλη ιατρική διαπίστευση για να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν τους ασθενείς, και προσφέρουν γενικά συμβουλές για κοινές παθήσεις. Ασκούν την πρακτική τους με τη μορφή υπηρεσιών στα σπίτια των ασθενών και συνταγογραφούν ομοιοπαθητικά φάρμακα. Το 43% μπορεί να έχει ολοκληρώσει 11 ή περισσότερα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης, ενώ το 10% να έχει αποφοιτήσει από κάποιο κολέγιο χωρίς όμως να έχουν λάβει πιστοποίηση ιατρικής εκπαίδευσης.

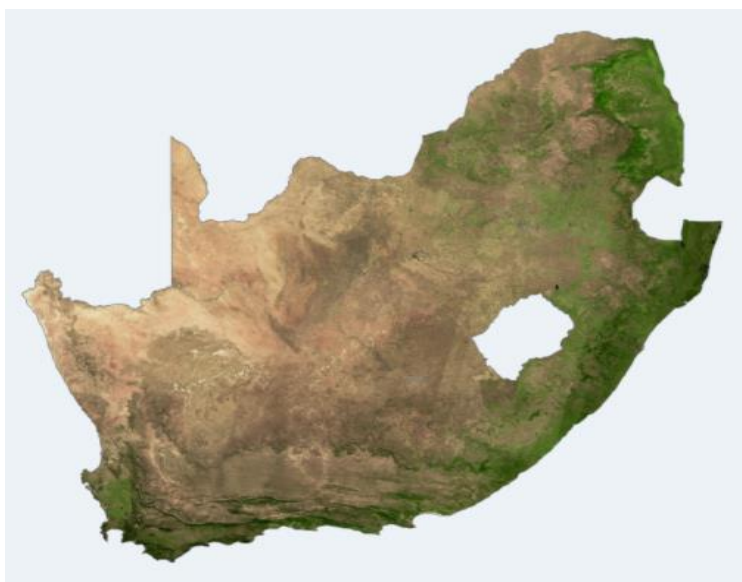
3.8 ΝΟΤΙΑ ΑΦΡΙΚΗ (ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΤΙΑΣ ΑΦΡΙΚΗΣ)



Η Νότια Αφρική βρίσκεται στο νότιο άκρο της Αφρικανικής Ηπείρου και ανεξαρτητοποιήθηκε από το Ηνωμένο Βασίλειο το 1910. Καταλαμβάνει έκταση 1.221.037 km² και έχει πληθυσμό 60.142.978 κατοίκους με πολυφυλετικό χαρακτήρα. Υπάρχει μια διακριτική διαφοροποίηση σε ότι αφορά την πρωτεύουσά της. Η επίσημη πρωτεύουσα είναι η Πρετόρια, η νομοθετική πρωτεύουσα είναι το Κέϊπ Τάουν ενώ η δικαστική πρωτεύουσα είναι το Μπλουμφοντέϊν. Η μεγαλύτερη πόλη της είναι το Γιοχάνεσμπουργκ. Έχει πολλές επίσημες γλώσσες (11) όπως τα Αφρικάανς, τα

Αγγλικά , τα Ζουλού κ.α.. Το νόμισμά της είναι το Ράντ (ZAR) και το πολίτευμά της Προεδρική Δημοκρατία.

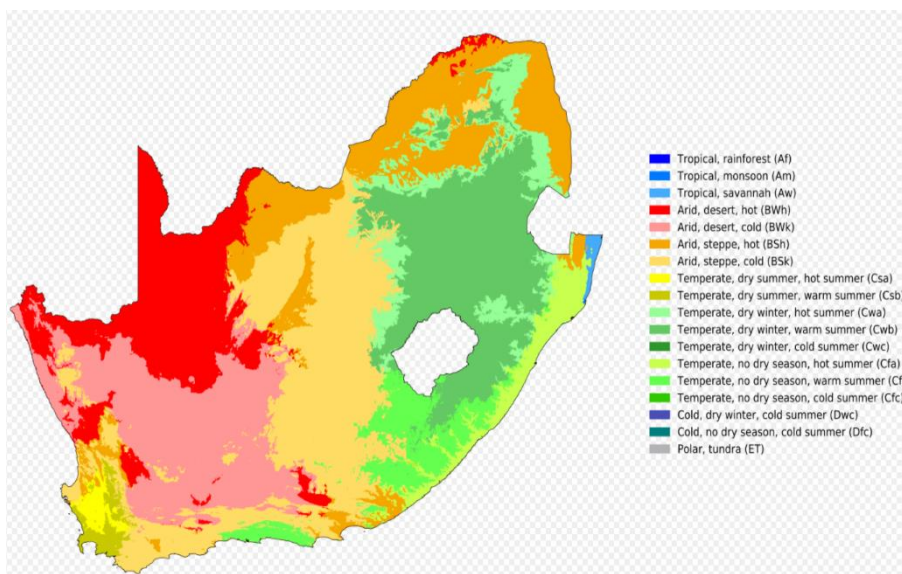
Η γεωμορφολογία της ποικίλει. Στο βόρειο τμήμα της χώρας βρίσκεται η έρημος Καλαχάρι. Στο εσωτερικό της υπάρχουν μεγάλα επίπεδα οροπέδια και στο νότο βρίσκονται πεδινές εκτάσεις αραιοκατοικημένες με θάμνους.



ΕΙΚΟΝΑ 31: Η ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: <https://gisgeography.com/south-africa-map/>

Το κλίμα της είναι γενικά εύκρατο και η χερσόνησος του Ακρωτηρίου έχει μεσογειακό κλίμα με αρκετές βροχοπτώσεις.



ΕΙΚΟΝΑ 32: ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/South_Africa

Η Νότια Αφρική διαιρείται σε 9 επαρχίες. Οι επαρχίες χωρίζονται με τη σειρά τους σε 52 περιφέρειες: 8 μητροπολιτικούς και 44 περιφερειακούς δήμους. Οι περιφερειακοί δήμοι υποδιαιρούνται περαιτέρω σε 205 τοπικούς δήμους. Κάθε επαρχία έχει τη δική της διοίκηση. Οι εξουσίες των επαρχιακών κυβερνήσεων περιορίζονται σε θέματα που απαριθμούνται στο Σύνταγμα- τα θέματα αυτά περιλαμβάνουν τομείς όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η δημόσια στέγαση και οι μεταφορές.



ΕΙΚΟΝΑ 33: ΟΙ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

Province	Provincial capital	Largest city	Area (km ²)	Population (2016)
Eastern Cape	Bhisho	Port Elizabeth	168,966	6,996,976
Free State	Bloemfontein	Bloemfontein	129,825	2,834,714
Gauteng	Johannesburg	Johannesburg	18,178	13,399,724
KwaZulu-Natal	Pietermaritzburg	Durban	94,361	11,065,240
Limpopo	Polokwane	Polokwane	125,754	5,799,090
Mpumalanga	Mbombela	Mbombela	76,495	4,335,964
North West	Mahikeng	Klerksdorp	104,882	3,748,435
Northern Cape	Kimberley	Kimberley	372,889	1,193,780
Western Cape	Cape Town	Cape Town	129,462	6,279,730

ΠΙΝΑΚΑΣ 40: ΕΔΑΦΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/South_Africa

Η ανακάλυψη των διαμαντιών και του χρυσού οδήγησε σε οικονομική ανάπτυξη αλλά και σε προσπάθειες ελέγχου των πλουτοπαραγωγικών πηγών από άλλες

χώρες. Σήμερα αποτελεί την 2^η μεγαλύτερη οικονομία στην Αφρική μετά τη Νιγηρία. Η οικονομία της είναι μεικτή και υπάρχει μεγάλη ανισοκατανομή του πλούτου.

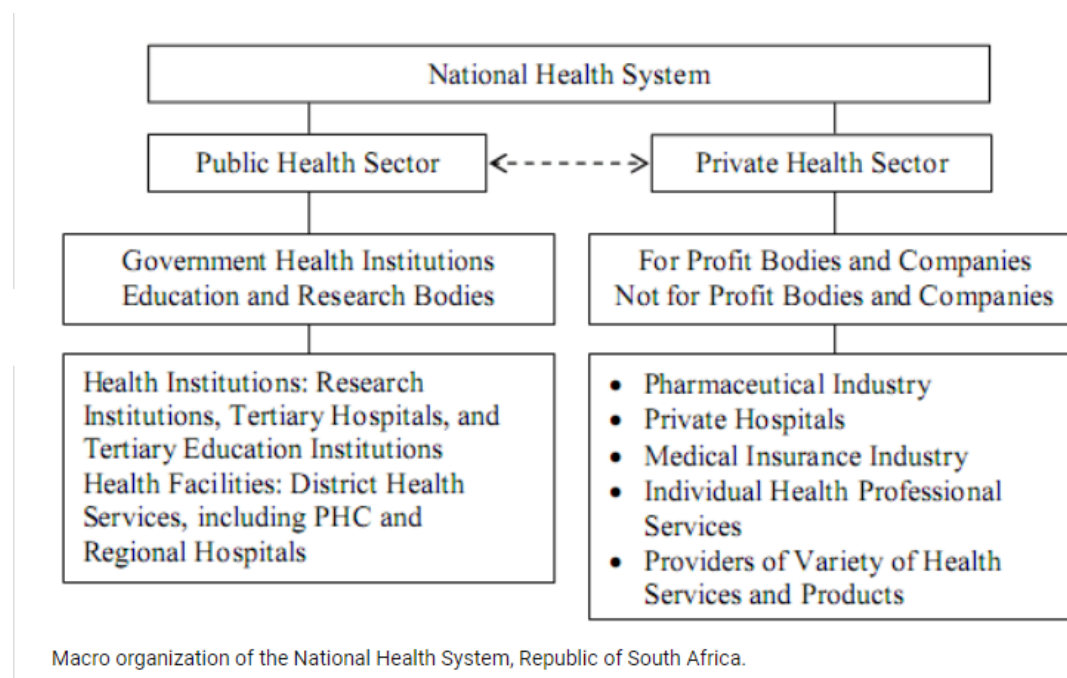
Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Δείκτη Υγείας 2020, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Νότιας Αφρικής κατατάσσεται στην 49η θέση μεταξύ 89 χωρών. Η προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη παραμένει ανεπαρκής στις αγροτικές περιοχές και υπάρχουν προβλήματα διατήρησης των ιατρών στο δημόσιο σύστημα.

Province	People-to-doctor ratio
Eastern Cape	4 280 to 1
Free State	5 228 to 1
Gauteng	4 024 to 1
KwaZulu Natal	3 195 to 1
Limpopo	4 478 to 1
Mpumalanga	5 124 to 1
North West	5 500 to 1
Northern Cape	2 738 to 1
Western Cape	3 967 to 1
South Africa	4 024 to 1

ΠΙΝΑΚΑΣ 41: ΙΑΤΡΟΙ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_South_Africa

Στη Νότια Αφρική, τα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας λειτουργούν παράλληλα. Το δημόσιο σύστημα εξυπηρετεί τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (80%) και επιδοτείται από την κυβέρνηση μέσω της φορολογίας, καθώς και μέσω των δαπανών των ασθενών για την περίθαλψη. Οι αρμοδιότητες και η παροχή υπηρεσιών κατανέμονται μεταξύ του Υπουργείου Υγείας , των επαρχιακών υγειονομικών υπηρεσιών και των δημοτικών υγειονομικών υπηρεσιών.



ΕΙΚΟΝΑ 34: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: https://www.researchgate.net/figure/Macro-organization-of-the-National-Health-System-Republic-of-South-Africa_fig13_287764503

Ο μισός πληθυσμός ζει σε αγροτικές περιοχές, αλλά μόνο το 3% των νέων ειδικευμένων γιατρών αναλαμβάνει εργασία εκεί. Όλη η ιατρική εκπαίδευση πραγματοποιείται στον δημόσιο τομέα, αλλά το 79% των ιατρών εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Υπάρχει μεγάλη μερίδα ιατρών που αναζητούν εργασία στο εξωτερικό κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο και τον Καναδά και για αυτόν τον λόγο η κυβέρνηση προσπαθεί να καλύψει τα κενά εισάγοντας ιατρούς από άλλες χώρες (κυρίως από την Κούβα).

Υπάρχουν περισσότερα από 400 δημόσια νοσοκομεία και περισσότερα από 200 ιδιωτικά νοσοκομεία.

Province	Public clinic	Public hospital	Private clinic	Private hospital	Total
Eastern Cape	731	91	44	17	883
Free State	212	34	22	13	281
Gauteng	333	39	286	83	741
KwaZulu-Natal	592	77	95	12	776
Limpopo	456	42	14	10	522
Mpumalanga	242	33	23	13	311
North West	273	22	17	14	326
Northern Cape	131	16	10	2	159
Western Cape	212	53	170	39	474
Total	3 863	407	610	203	5083

ΠΙΝΑΚΑΣ 42: ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΙΣ ΕΠΑΡΧΙΕΣ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

ΠΗΓΗ: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_South_Africa

Τα μεγάλα , περιφερειακά νοσοκομεία διοικούνται από τα επαρχιακά τμήματα υγείας. Τα μικρότερα νοσοκομεία και οι κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης διοικούνται σε δημοτικό επίπεδο. Το Υπουργείο Υγείας διαχειρίζεται απευθείας τα 10 μεγάλα εκπαιδευτικά νοσοκομεία. Το νοσοκομείο Chris Hani Baragwanath είναι το τρίτο μεγαλύτερο νοσοκομείο στον κόσμο και βρίσκεται στο Γιοχάνεσμπουργκ.

Ο δημόσιος τομέας χρησιμοποιεί ένα Ενιαίο Πρόγραμμα Αμοιβών Ασθενών (Uniform Patient Fee Schedule – UPFS) για τη ρύθμιση των χρεώσεων των ασθενών και των πληρωμών των ιατρών. Το σύστημα αυτό ομαδοποιεί τους ασθενείς σε τρεις κατηγορίες που ορίζονται με γενικούς όρους ανάλογα με το εισόδημα και το μέγεθος της οικογένειας και είναι : α) οι *πλήρως αμειβόμενοι ασθενείς* - ασθενείς που είτε θεραπεύονται από ιδιώτη ιατρό , είτε χρηματοδοτούνται εξωτερικά , είτε είναι ορισμένοι τύποι μη Νοτιοαφρικανών πολιτών , β) οι *πλήρως επιδοτούμενοι ασθενείς* - ασθενείς που παραπέμπονται σε νοσοκομείο από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και γ) οι *μερικώς επιδοτούμενοι ασθενείς* - ασθενείς των οποίων τα έξοδα καλύπτονται μερικώς βάσει του εισοδήματός τους.

Υπάρχουν επίσης συγκεκριμένες περιπτώσεις στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας είναι δωρεάν (υγειονομική περίθαλψη σε εγκυμονούσες γυναίκες και παιδιά κάτω των έξι ετών).

Χαρακτηριστικός είναι ο μεγάλος αριθμός των ασθενών με λοίμωξη HIV / AIDS (περίπου 6.000.000).

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, στη Νότια Αφρική παρατηρήθηκε ταχεία αύξηση της κάλυψης της ιδιωτικής ιατρικής περίθαλψης , με την εξέλιξη αυτή να ωφελεί κυρίως τον λευκό πληθυσμό της μεσαίας τάξης.

Mid-year population estimates for South Africa by population group and sex, 2020

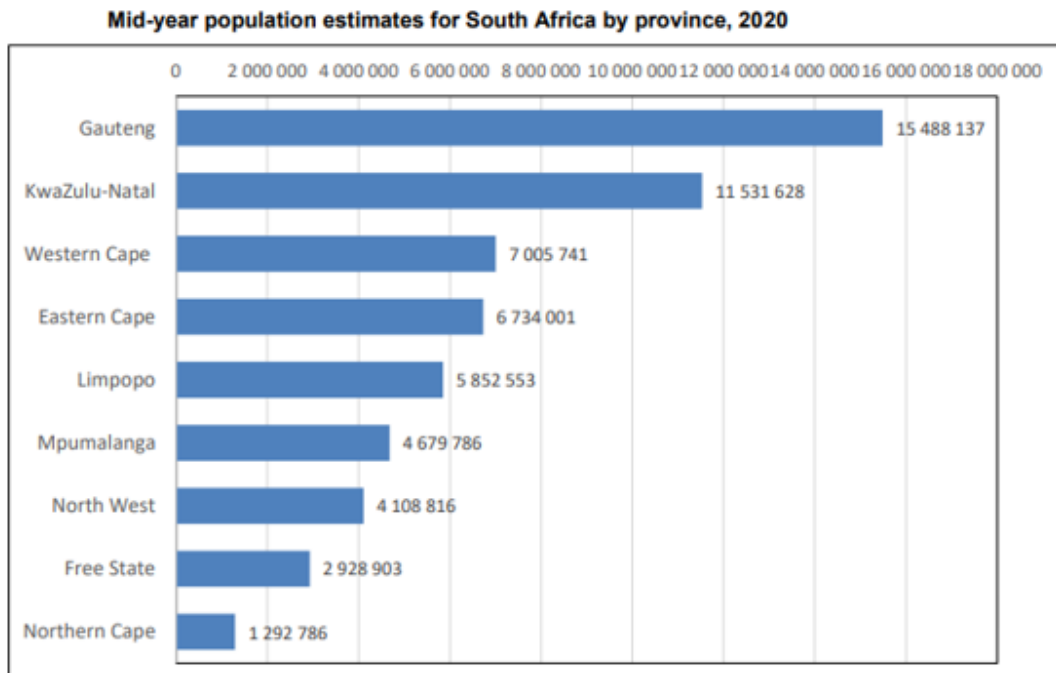
Population group	Male		Female		Total	
	Number	% distribution of males	Number	% distribution of females	Number	% distribution of total
Black African	23 519 474	80,7	24 634 253	80,8	48 153 727	80,8
Coloured	2 555 204	8,8	2 692 536	8,8	5 247 740	8,8
Indian/Asian	787 662	2,7	753 451	2,5	1 541 113	2,6
White	2 266 535	7,8	2 413 235	7,9	4 679 770	7,8
Total	29 128 875	100,0	30 493 475	100,0	59 622 350	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 43: ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΕΘΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ Ν. ΑΦΡΙΚΗ

ΠΗΓΗ: <https://www.businessinsider.co.za/south-africa-population-2018-7>

Σχεδόν το σύνολο του λευκού πληθυσμού έχει απομακρυνθεί από τις δωρεάν υπηρεσίες υγείας που παρέχει η κυβέρνηση , ενώ το 95% των μη λευκών παραμένει εξαρτημένο από τον δημόσιο τομέα για θεραπεία.

Η Νότια Αφρική είναι μια χώρα που υφίσταται τις συνέπειες της πιο άνισης κοινωνίας στον κόσμο. Η ανεργία και η εκπαίδευση προσδιορίζονται ως οι κύριοι κορυφαίοι παράγοντες της φτώχειας , ενώ η συμβολή της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι σχετικά μικρή. Καθοριστικό ρόλο στη εξέλιξη της χώρας και στην έντονη παρουσία των ανισοτήτων έπαιξε η εφαρμογή του απαρτχάιντ , το οποίο επέβαλλε τη διάκριση των ανθρώπινων ομάδων βάσει φυλετικών κριτηρίων σε καθορισμένες γεωγραφικές περιοχές. Σκοπός του ήταν να σταματήσουν οι επαφές μεταξύ λευκών και μαύρων. Καταργήθηκε στις 30 Ιουνίου 1991. Παρόλες τις προσπάθειες στα μετέπειτα χρόνια για την επαναφορά κάποιας ισορροπίας , η επιρροή του είναι ακόμη εμφανής στην πολιτική και κοινωνική ζωή της Νότιας Αφρικής με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και η υγειονομική περίθαλψη και να εμφανίζονται μεγάλες ανισότητες στην υγεία είτε σε θέματα πρόσβασης , είτε σε θέματα κάλυψης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 44: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ ΤΗΣ Ν. ΑΦΡΙΚΗΣ

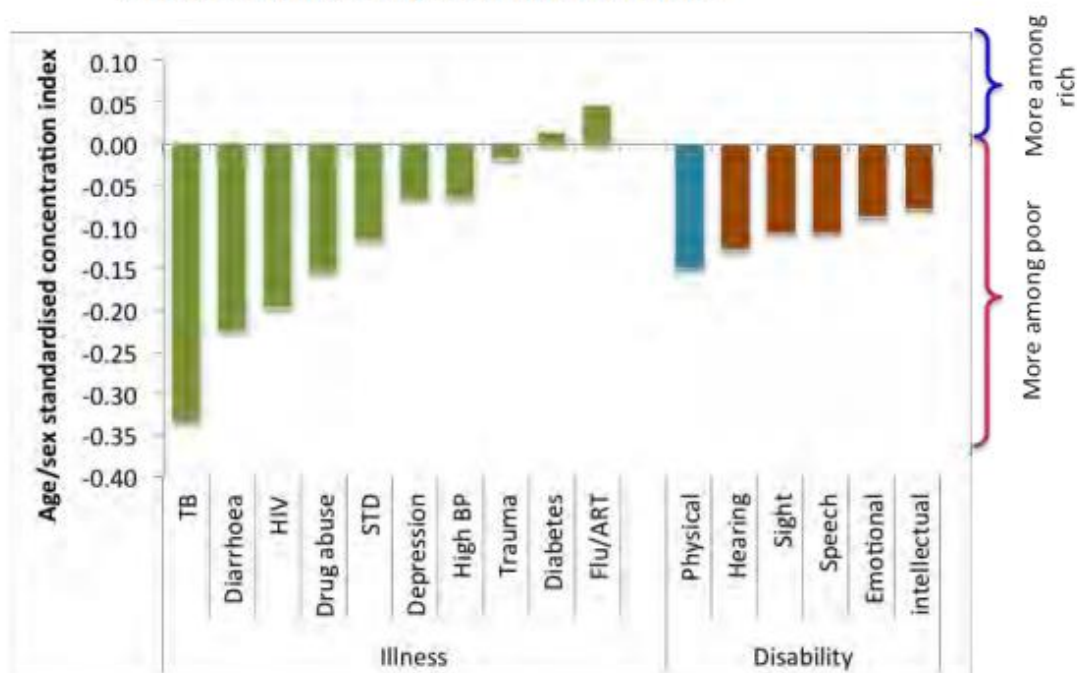
ΠΗΓΗ: <https://www.businessinsider.co.za/south-africa-population-2018-7>

Τα δημόσια νοσοκομεία είναι υποχρηματοδοτούμενα και υποστελεχωμένα. Οι ασθενείς απογοητεύονται από τους μεγάλους χρόνους αναμονής, την έλλειψη ιδιωτικότητας και τον σοβαρό υπερπληθυσμό. Δεν παρέχονται επαρκείς πόροι με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αναβαθμίσουν τον εξοπλισμό τους, να πληρώσουν ανταγωνιστικούς μισθούς για να κρατήσουν τους κορυφαίους ιατρούς ή ακόμη και να εφοδιάσουν τα φαρμακεία τους. Η κατάσταση γίνεται χειρότερη λόγω της κακοδιαχείρισης και της διαφθοράς.

Ο ιδιωτικός τομέας σε αντίθεση λειτουργεί αρκετά καλά. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν το ιδιωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αναμένουν σύντομο χρόνο αναμονής και σύγχρονες εγκαταστάσεις. Υπάρχει μεγαλύτερη ιδιωτικότητα και η παραμονή στο νοσοκομείο είναι πιο άνετη. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία φιλοξενούν επίσης τους καλύτερους ιατρούς της χώρας.

Οι ανάγκες υγείας των εγχρώμων υποβαθμίζονται και οι αγροτικές περιοχές πάσχουν από εγκαταστάσεις και επαγγελματίες υγείας.

Inequalities in illness and disability in South Africa



ΠΙΝΑΚΑΣ 45: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΤΗ Ν. ΑΦΡΙΚΗ

ΠΗΓΗ: <https://www.parliament.gov.za/>

Χαρακτηριστική είναι η παρουσία των παραδοσιακών ιατρών , οι οποίοι δεν έχουν διπλώματα ιατρικής , αποτελούν όμως βασικό σταθμό αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών μιας μεγάλης μερίδας κυρίως εγχρώμων στις αγροτικές περιοχές. Μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις καταφεύγουν σε ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες.

3.9 ΕΛΛΑΔΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ)



Η Ελλάδα βρίσκεται στο νότιο – ανατολικό τμήμα της Ευρώπης και ανακηρύχθηκε ως ανεξάρτητο κράτος το 1822. Καταλαμβάνει έκταση 132.049 km² και ο πληθυσμός της είναι 10.678.632 κάτοικοι. Η πρωτεύουσά της είναι η Αθήνα και η επίσημη γλώσσα της η Ελληνική. Το νόμισμα της είναι το Ευρώ (€ EUR) και το πολίτευμά της Προεδρευομένη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία.

Γεωμορφολογικά κατέχει την 11^η θέση στις χώρες με τη μεγαλύτερη ακτογραμμή. Έχει πάρα πολλά νησιά (περίπου 2.500 με 200 από αυτά κατοικήσιμα) , ενώ η ηπειρωτική χώρα καλύπτεται από ορεινούς όγκους και κάποιες πεδινές περιοχές.



ΕΙΚΟΝΑ 35: ΓΕΩΜΟΡΦΙΑ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΗΓΗ: <http://photodentro.edu.gr/>

Το κλίμα της είναι γενικά εύκρατο με ήπιους χειμώνες και θερμά καλοκαίρια ενώ στις ορεινές περιοχές το κλίμα είναι κυρίως ηπειρωτικό.

Διαιρείται σε 13 περιφέρειες και μια αυτοδιοίκητη περιφέρεια του Αγίου Όρους.

Map	No.	Region	Capital	Area (km ²)	Area (sq. mi.)	Population	GDP (bn)
	1	Attica	Athens	3,808.10	1,470.32	3,828,434	€83.469
	2	Central Greece	Lamia	15,549.31	6,003.62	547,390	€7.926
	3	Central Macedonia	Thessaloniki	18,810.52	7,262.78	1,882,108	€23.850
	4	Crete	Heraklion	8,259	3,189	623,065	€8.654
	5	East Macedonia and Thrace	Komotini	14,157.76	5,466.34	608,182	€6.709
	6	Epirus	Ioannina	9,203.22	3,553.38	336,856	€3.843
	7	Ionian Islands	Corfu	2,306.94	890.71	207,855	€3.064
	8	North Aegean	Mytilene	3,835.91	1,481.05	199,231	€2.412
	9	Peloponnese	Tripoli	15,489.96	5,980.71	577,903	€7.683
	10	South Aegean	Ermoupoli	5,285.99	2,040.93	309,015	€5.888
	11	Thessaly	Larissa	14,036.64	5,419.58	732,762	€9.006
	12	West Greece	Patras	11,350.18	4,382.33	679,796	€7.847
	13	West Macedonia	Kozani	9,451	3,649	283,689	€3.849
No.	Autonomous state	Capital	Area (km ²)	Area (sq. mi.)	Population	GDP (bn)	
(14)	Mount Athos	Karyes	390	151	1,830	N/A	

ΕΙΚΟΝΑ 36: ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΠΗΓΗ: <https://en.wikipedia.org/wiki/Greece>

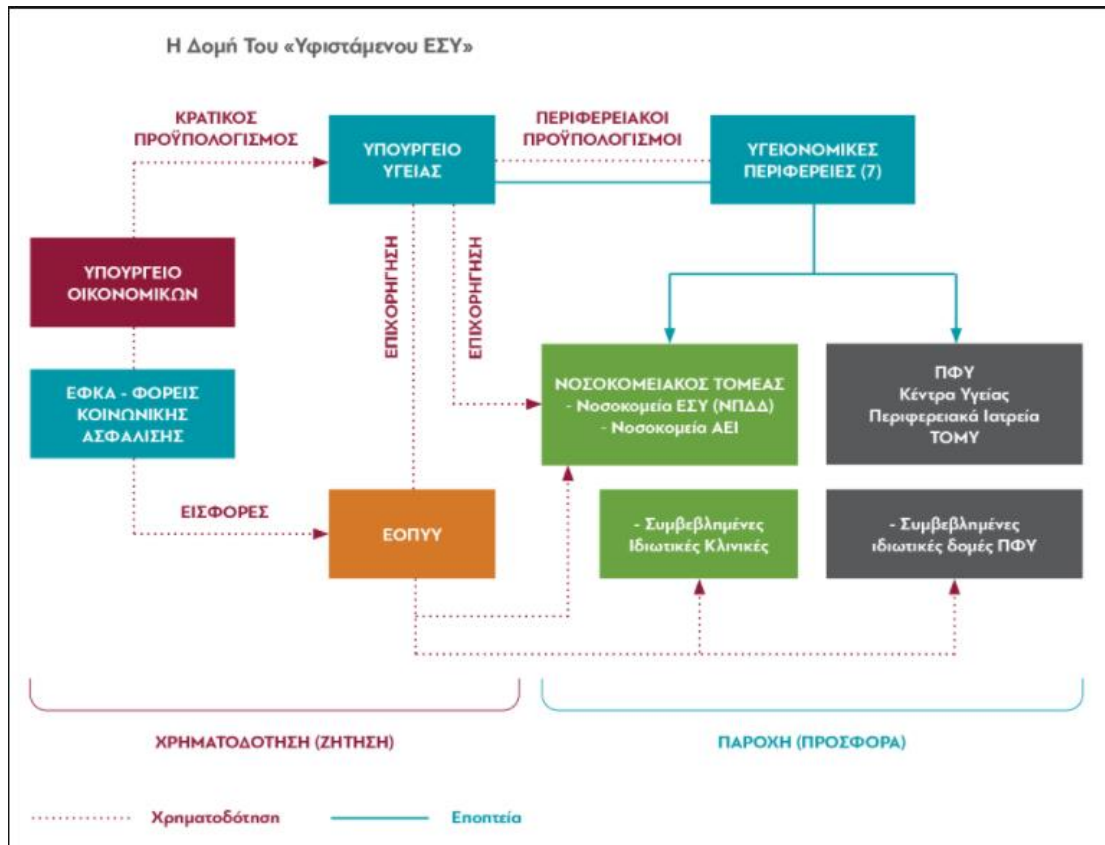
Η οικονομία της Ελλάδας είναι ανεπτυγμένη και βασίζεται στις υπηρεσίες, τη γεωργία, τη βιομηχανία και τον τουρισμό. Οι περισσότεροι πολίτες κατοικούν στα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Ο Ελληνικός πολιτισμός είναι από

τους αρχαιότερους πολιτισμούς με μεγάλη ιστορία και πολλές επιρροές. Ο Ελληνικός λαός βίωσε αρκετούς πολέμους , κατακτήσεις και καταστροφές κατά τη διάρκεια των χρόνων. Ακόμη και σήμερα είναι εμφανή πολλά κατάλοιπα , τα οποία επηρεάζουν την οικονομική και κοινωνική ζωή του τόπου.

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα έχει τις ρίζες της στον αρχαίο Ελληνικό πολιτισμό. Τα Ασκληπιεία αποτέλεσαν την πρώτη μορφή μονάδας υγείας αφού λειτουργούσαν ταυτόχρονα ως τόποι λατρείας και θεραπείας. Ο Ιπποκράτης αναφέρεται ως ο πατέρας της σύγχρονης ιατρικής αναπτύσσοντας θεωρίες ορθολογικής ιατρικής , συντάσσοντας συγγράμματα και ιδρύοντας την πρώτη Ιατρική σχολή.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα αποτελεί ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και παρέχεται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα διότι εμπεριέχει στοιχεία και από το μοντέλο του Bismark και από το μοντέλο του Beveridge. Τη γενική διαχείριση του δημοσίου συστήματος την έχει το Υπουργείο Υγείας ενώ η χρηματοδότησή του προέρχεται από κρατικές δαπάνες (φορολογία , κρατικές επιδοτήσεις) και ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων.

Στο δημόσιο τομέα λειτουργεί το σύστημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) , το οποίο ιδρύθηκε το 1983 με σκοπό την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των πολιτών και τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Μέσω του συστήματος του ΕΣΥ λειτουργούν Κεντρικά , Περιφερειακά και Νομαρχιακά νοσοκομεία που παρέχουν δευτεροβάθμια , και τριτοβάθμια περίθαλψη , Κέντρα Υγείας και τοπικές μονάδες υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη.



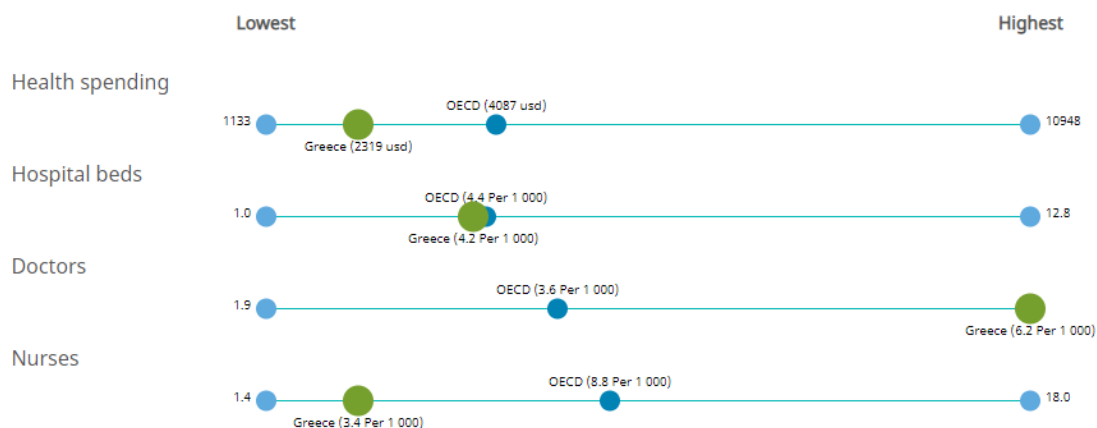
ΕΙΚΟΝΑ 37: ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.dianeosis.org/2020/02/ena-neo-ethniko-systima-ygeias/>

Τα επείγοντα περιστατικά και οι διακομιδές συντονίζονται από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Το ασφαλιστικό σύστημα καλύπτεται κυρίως από τον δημόσιο τομέα. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όσους εργάζονται. Υπάρχει ειδική ρύθμιση για την παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας στους ανασφάλιστους πολίτες σε δημόσιες δομές. Ο ιδιωτικός τομέας συνυπάρχει με τον δημόσιο. Η λειτουργία του διέπεται από τους νόμους του κράτους αλλά η χρηματοδότηση γίνεται με ίδια κεφάλαια των πολιτών. Καλύπτει κυρίως πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά με τη δημόσια για όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα να καταβάλουν τα ασφάλιστρα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν συμβάσεις με μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία μέσω των οποίων προσφέρουν ασφαλιστικά προγράμματα περίθαλψης. Κάποια ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν συμβάσεις και με δημόσια ταμεία στα οποία όμως καλύπτεται ένα ποσοστό των νοσηλίων.

Health care resources



ΠΙΝΑΚΑΣ 46: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Στην Ελλάδα σήμερα λειτουργούν 133 δημόσια νοσοκομεία και 177 ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Τα περισσότερα και τα μεγαλύτερα από αυτά βρίσκονται στις δύο μεγάλες πόλεις της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Νοσοκομεία Ανά Νομικό Τύπο, Μορφή Ιδιοκτησίας Και Περιφέρεια (2017)

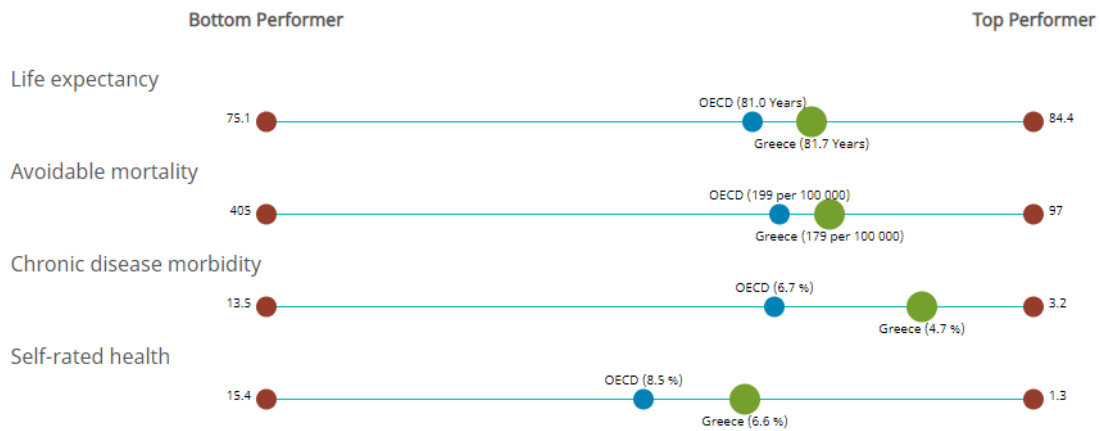
Περιφέρειες	Σύνολο		Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικές κλινικές	
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
	Αριθμός Θεραπευτηρίων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός κλινικών	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας
Σύνολο	277	45.267	125	29.495	5	894	147	14.878
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	17	2.420	6	1.555	0	0	11	865
Κεντρική Μακεδονία	44	8.466	17	4.839	1	651	26	2.976
Δυτική Μακεδονία	9	1.101	5	666	0	0	4	435
Ήπειρος	7	1.439	6	1.424	0	0	1	15
Θεσσαλία	32	3.953	5	1.659	0	0	27	2.294
Στερεά Ελλάδα	10	880	8	826	0	0	2	54
Ιόνιοι Νήσοι	6	601	5	549	0	0	1	52
Δυτική Ελλάδα	16	1.998	11	1.614	0	0	5	384
Πελοπόννησος	10	1.266	8	1.216	0	0	2	50
Αττική	96	19.040	35	11.637	3	224	58	7.179
Βόρειο Αιγαίο	7	630	5	576	0	0	2	54
Νότιο Αιγαίο	8	1.057	6	929	1	19	1	109
Κρήτη	15	2.416	8	2.005	0	0	7	411

ΠΙΝΑΚΑΣ 47: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΗΓΗ: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16838/mod_resource/content/1/KY%20-06%20Models%202015.pdf

Η υγεία των πολιτών της Ελλάδας χαρακτηρίζεται γενικά καλή. Το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 82 έτη και είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο.

Health status

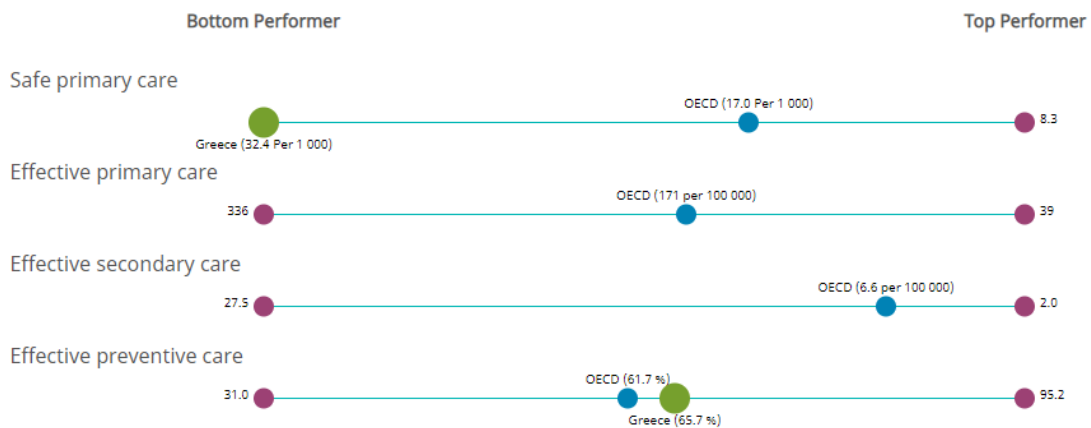


ΠΙΝΑΚΑΣ 48: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Παρόλα αυτά οι ανισότητες στον τομέα της υγείας τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο είναι εμφανείς. Η άνιση κατανομή του πληθυσμού και των οικονομιών έχει ως αποτέλεσμα και την άνιση κατανομή των υποδομών και των υπηρεσιών.

Quality of care



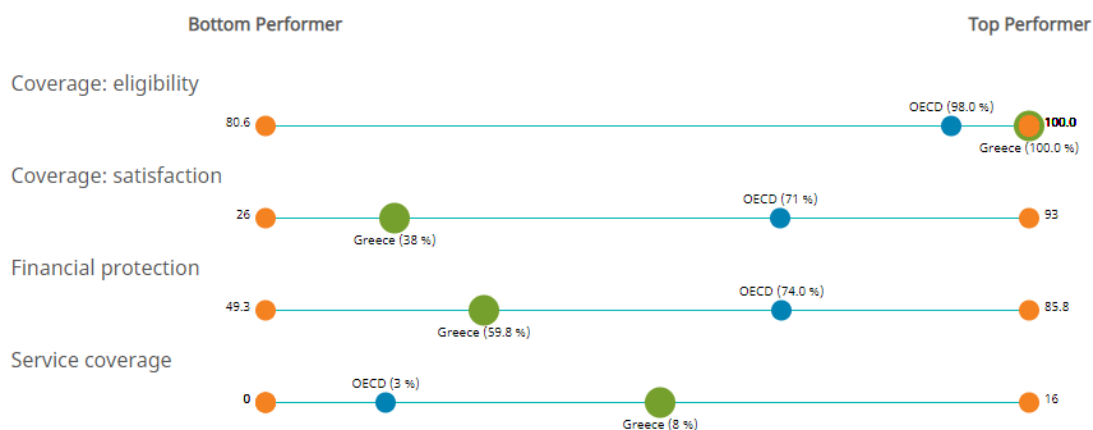
Πίνακας 49: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΕΣΟ ΟΡΟ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Η συγκέντρωση των μεγάλων και εξειδικευμένων υγειονομικών μονάδων στα μεγάλα αστικά κέντρα οδηγεί και στη συγκέντρωση του μεγαλύτερου μέρους των

επαγγελματιών υγείας σε αυτά αφήνοντας την περιφέρεια να υπολειτουργεί και τους κατοίκους των περιοχών αυτών να μην έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε όλες τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται.

Access to care



ΠΙΝΑΚΑΣ 50: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΗΓΗ: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα να υπάρχουν μεγάλες καθυστερήσεις στην περίθαλψή τους λόγω των μεγάλων χρόνων αναμονής στις δημόσιες δομές υγείας.

Ο μεγάλος αριθμός μεταναστών τα τελευταία χρόνια επιβαρύνει ακόμη περισσότερο το σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στην περιφέρεια, δημιουργώντας ανισότητες τόσο από την πλευρά των μεταναστών, όσο και από την πλευρά των μόνιμων κατοίκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ – ΣΥΚΡΙΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε , η ποιότητα της υγείας ενός λαού χαρακτηρίζεται από διάφορους παράγοντες , οι οποίοι επιδρούν και την επηρεάζουν. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι οικονομικοί , πολιτικοί ή κοινωνικοί. Οι επιρροές αυτές πραγματοποιούνται τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Για την αξιολόγηση των παραγόντων αυτών χρησιμοποιούνται μία σειρά από δείκτες , οι οποίοι εκφράζουν τη συνολική εικόνα του πληθυσμού και την επίδραση που έχουν πάνω στη υγεία των πολιτών καθώς και στην δημιουργία των ανισοτήτων.

ΧΩΡΑ	ΕΔΑΦΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ km ²	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΓΛΩΣΣΑ	ΝΟΜΙΣΜΑ	ΠΟΛΙΤΕΥΜΑ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	7.688.287	25.739.256	ΑΓΓΛΙΚΑ	ΔΟΛΑΡΙΟ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ	ΟΜΟΣΠ. ΠΡΟΕΔΡ.ΚΟΙΝΟΒ. ΔΗΜΟΚΡ.
ΗΠΑ	9.833.520	331.449.281	ΑΓΓΛΙΚΑ	ΔΟΛΑΡΙΟ ΗΠΑ	ΟΜΟΣΠ. ΠΡΟΕΔΡΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Ν. ΚΟΡΕΑ	100.284	51.821.669	ΚΟΡΕΑΤΙΚΗ	ΓΟΥΟΝ	ΠΡΟΕΔΡΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	357.386	83.129.285	ΓΕΡΜΑΝΙΚΗ	ΕΥΡΩ	ΟΜΟΣΠ. ΠΡΟΕΔΡ.ΚΟΙΝΟΒ. ΔΗΜΟΚΡ.
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	1.001.450	101.478.581	ΑΡΑΒΙΚΑ	ΛΙΡΑ ΑΙΓΥΠΤΟΥ	ΗΜΙΠΡΟΕΔΡΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	8.510.820	213.317.639	ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΚΗ	ΡΕΑΛ ΒΡΑΖΙΛΙΑΣ	ΟΜΟΣΠ. ΠΡΟΕΔΡΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΝΔΙΑ	3.287.263	1.393.409.000	ΠΟΛΛΕΣ	ΙΝΔΙΚΗ ΡΟΥΠΙΑ	ΟΜΟΣΠ. ΠΡΟΕΔΡ.ΚΟΙΝΟΒ. ΔΗΜΟΚΡ.
Ν. ΑΦΡΙΚΗ	1.221.037	60.142.978	ΠΟΛΛΕΣ	ΡΑΝΤ	ΠΡΟΕΔΡΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΑΔΑ	132.049	10.678.632	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΕΥΡΩ	ΠΡΟΕΔΡΕΥΟΜΕΝΗ ΚΟΙΝΟΒ. ΔΗΜΟΚΡ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 51: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΧΩΡΩΝ

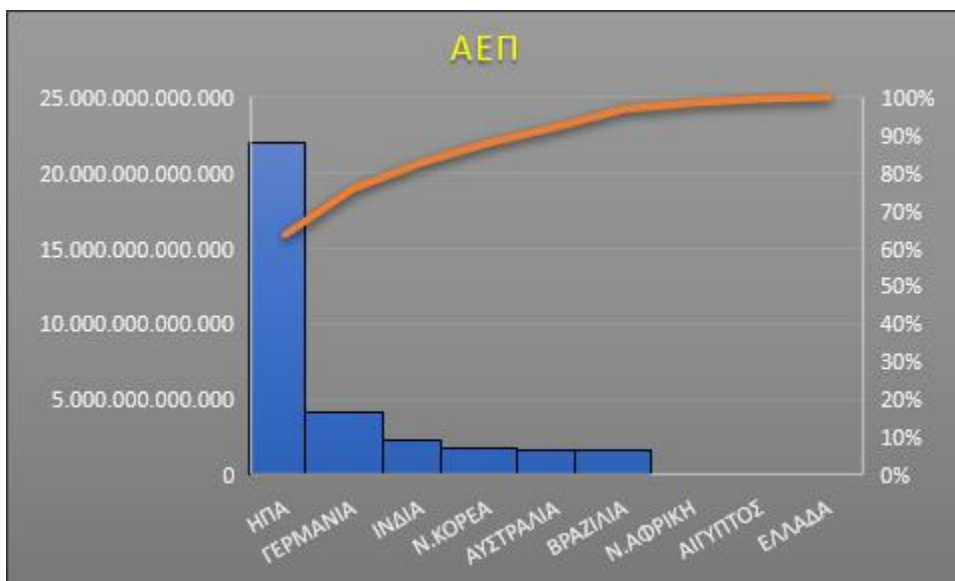
ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Στον Πίνακα 51. εμφανίζεται μία συνοπτική παρουσίαση των χωρών με τις οποίες ασχολείται η παρούσα εργασία. Παρατηρούνται μεγάλες εδαφικές και πληθυσμιακές αποκλίσεις. Οι περισσότερες όμως είναι ομόσπονδες δημοκρατίες.

Οι δείκτες που μελετώνται είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) , οι Δαπάνες υγείας κατά κεφαλή , οι Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ , το Προσδόκιμο Επιβίωσης σε έτη ζωής , η Βρεφική Θνησιμότητα ανά 1.000 ζώσες γεννήσεις , το ποσοστό Αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους και ο αριθμός των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους.

4.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ)

Το ΑΕΠ αποτελεί δείκτη ευημερίας και εκφράζει τη συνολική ποσότητα αγαθών και υπηρεσιών που προσφέρει μια χώρα.

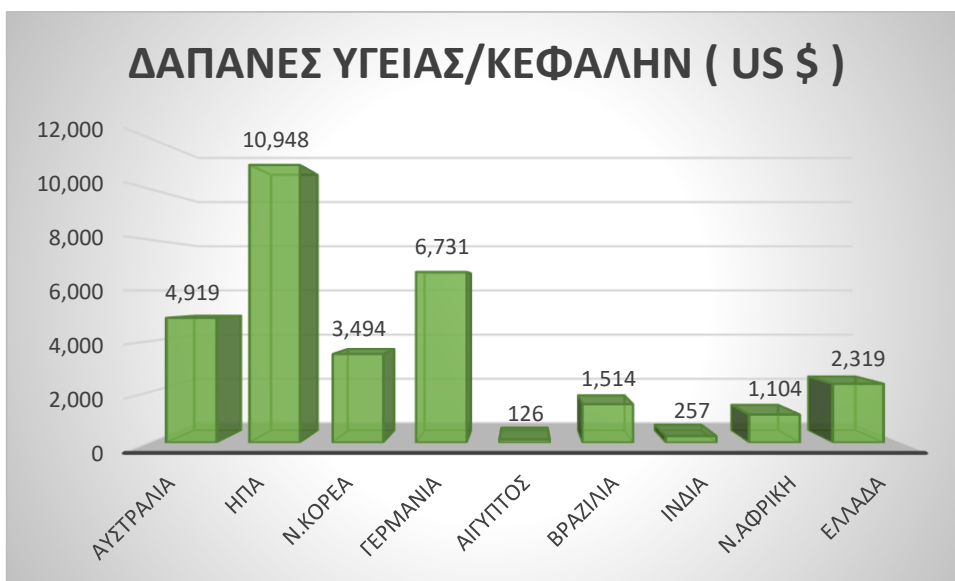


ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο ΑΕΠ από όλες τις χώρες και μάλιστα με μεγάλη διαφορά. Δεύτερη είναι η Γερμανία και τρίτη η Ινδία. Η Αυστραλία, η Ν. Κορέα και η Βραζιλία έχουν σχεδόν το ίδιο ποσοστό. Η Ελλάδα κατατάσσεται στην τελευταία θέση.

4.2 Κατά κεφαλήν Δαπάνες Υγείας

Ο δείκτης αυτός εκφράζει πόσα χρήματα δαπανά το κράτος για την υγεία του κάθε πολίτη.



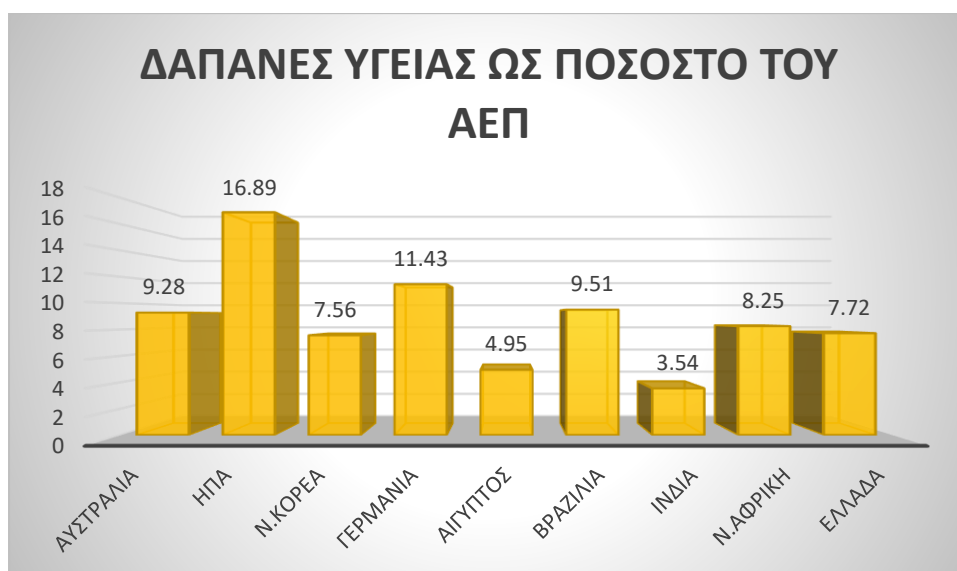
ΠΙΝΑΚΑΣ 52: ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Οι ΗΠΑ φαίνεται να έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για την υγεία των πολιτών τους με δεύτερη τη Γερμανία και Τρίτη την Αυστραλία. Η Ινδία και η Αίγυπτος δαπανούν τα λιγότερα χρήματα για την υγεία των κατοίκων τους.

4.3 Δαπάνες υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)

Σύμφωνα με τον δείκτη αυτό παρουσιάζεται το ποσοστό του ΑΕΠ το οποίο δαπανάται για την υγεία.



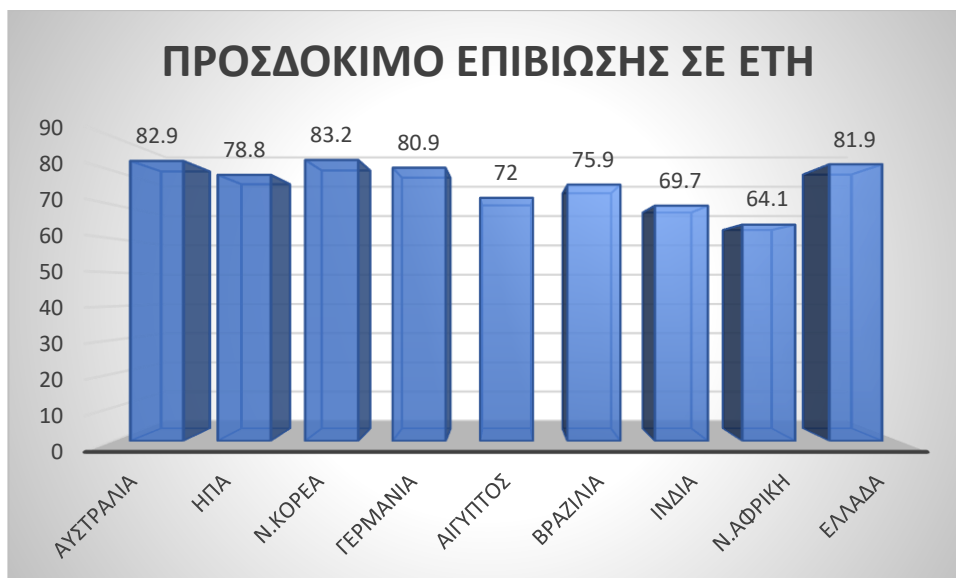
ΠΙΝΑΚΑΣ 53: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΕΠ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Και σε αυτόν τον πίνακα οι ΗΠΑ έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για την υγεία. Δεύτερη είναι πάλι η Γερμανία και τρίτη η Αυστραλία. Το μικρότερο ποσοστό δαπάνης το έχει η Ινδία.

4.4 Προσδόκιμο Επιβίωσης (σε έτη ζωής)

Ο δείκτης αυτός εκφράζει τον μέσο όρο ετών που μπορεί να φτάσει ο πολίτης σε κάθε χώρα. Αυτό κατ' επέκταση δείχνει ότι η υγειονομική περίθαλψη της χώρας παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας δεν ασκούν μεγάλη αρνητική επιρροή.



ΠΙΝΑΚΑΣ 54: ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Η Ν. Κορέα κατατάσσεται πρώτη με μέσο όρο τα 83,2 έτη. Δεύτερη είναι η Αυστραλία (82,9) και τρίτη η Ελλάδα (81, 9). Η Ινδία (69,7) και η Ν. Αφρική (64,1) έχουν τον μικρότερο μέσο όρο.

4.5 Βρεφική Θνησιμότητα (ανά 1.000 ζώσες γεννήσεις)

Με τον δείκτη αυτό υπολογίζουμε πόσα βρέφη πεθαίνουν για κάθε 1.000 βρέφη που γεννιούνται και ζουν. Ο δείκτης αυτός εκφράζει την ποιότητα ζωής και υγείας των πολιτών.



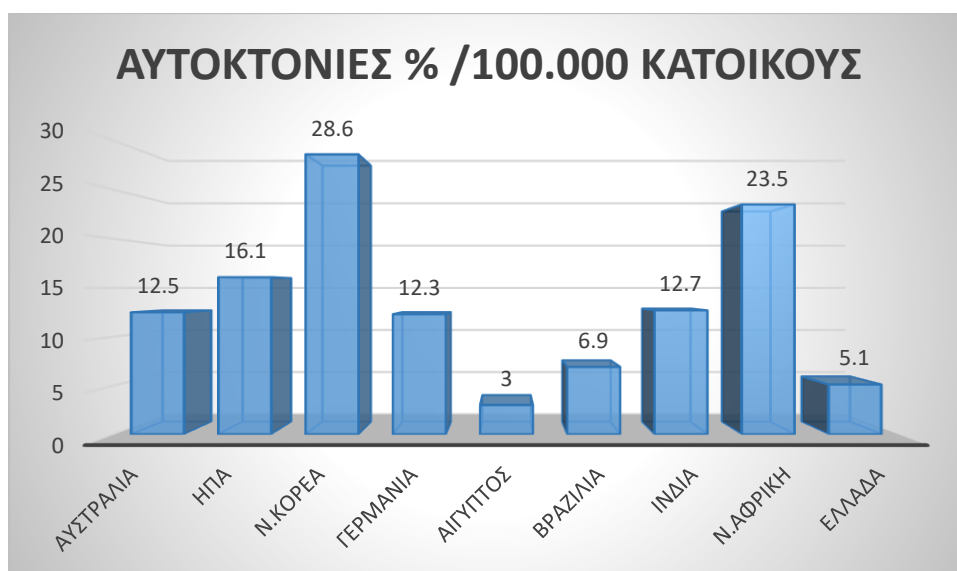
ΠΙΝΑΚΑΣ 55: ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Η Ινδία και η Ν. Αφρική έχουν μεγάλο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Έπεται η Αίγυπτος και η Βραζιλία. Η Αυστραλία , η Ν. Κορέα , η Γερμανία και η Ελλάδα έχουν πολύ μικρά ποσοστά.

4.6 Ποσοστό Αυτοκτονιών (ανά 100.000 κατοίκους)

Αυτός ο δείκτης αναφέρεται κυρίως στην ψυχική υγεία των πολιτών. Η καλή ψυχική υγεία αντικατοπτρίζεται και στη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής του πληθυσμού.



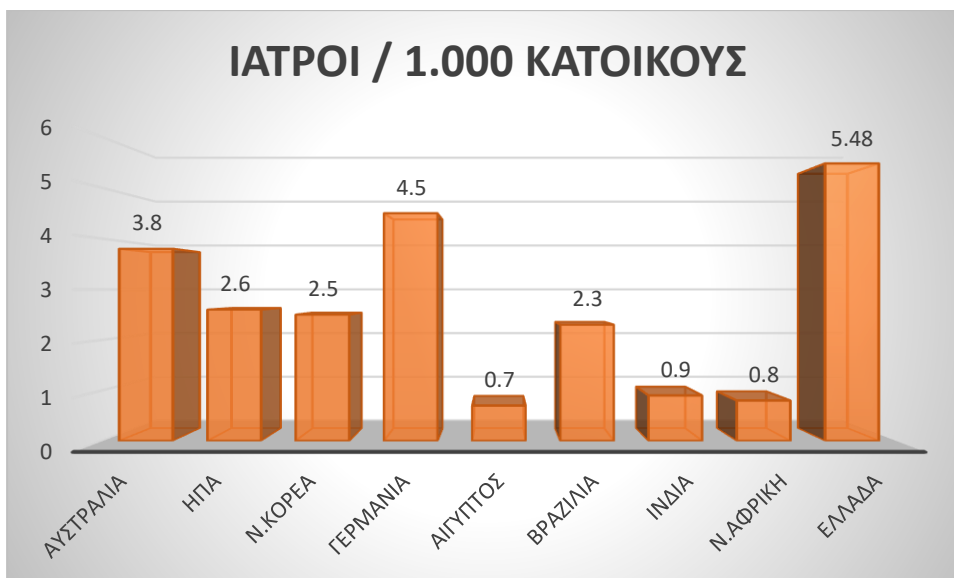
ΠΙΝΑΚΑΣ 56: ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Η Ν. Κορέα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών (28,6 %) με δεύτερη τη Ν. Αφρική (23,5 %) και τρίτη τις ΗΠΑ (16,1 %). Η Ελλάδα (5,1 %) και η Αίγυπτος (3 %) έχουν τα μικρότερα ποσοστά.

4.7 Αριθμός Ιατρών (ανά 1.000 κατοίκους)

Ο δείκτης αυτός εκφράζει πόσους ιατρούς μπορεί να διαθέσει το σύστημα υγείας για την εξυπηρέτηση των πολιτών. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τόσο περισσότεροι κάτοικοι εξυπηρετούνται και έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 57: ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑ 1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Σύμφωνα με τον Πίνακα 57. η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης σε ιατρικό προσωπικό. Δεύτερη είναι η Γερμανία και τρίτη η Αυστραλία. Η Ινδία, η Ν. Αφρική και η Αίγυπτος έχουν πάρα πολύ μικρά ποσοστά κάλυψης σε ιατρούς.

4.8 Συνολική επισκόπηση

ΔΕΙΚΤΕΣ	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	ΗΠΑ	Ν. ΚΟΡΕΑ	ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΑΙΓΥΠΤΟΣ	ΒΡΑΖΙΛΙΑ	ΙΝΔΙΑ	Ν. ΑΦΡΙΚΗ	ΕΛΛΑΔΑ
ΑΕΠ	5η	1η	4η	2η	8η	6η	3η	7η	9η
ΔΑΠΑΝ. / ΚΕΦΑΛΗ	3η	1η	4η	2η	9η	6η	8η	7η	5η
ΔΑΠΑΝ. % ΑΕΠ	4η	1η	7η	2η	8η	3η	9η	5η	6η
ΠΡΟΣΔ. ΕΠΙΒ.	2η	5η	1η	4η	7η	6η	8η	9η	3η
ΒΡΕΦ. ΘΝΗΣΙΜ.	5η	4η	5η	5η	2η	3η	1η	1η	5η
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ	5η	3η	1η	6η	9η	7η	4η	2η	8η
ΙΑΤΡΟΙ	3η	4η	5η	2η	9η	6η	7η	8η	1η

ΠΙΝΑΚΑΣ 58: ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΧΩΡΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Σύμφωνα με τη θέση των χωρών από την ανάλυση των δεικτών υγείας εξάγονται τα εξής συμπεράσματα:

- Η Αυστραλία κατατάσσεται 5^η σε ότι αφορά το ΑΕΠ αλλά έρχεται 3^η στη κατά κεφαλήν δαπάνη για τη υγεία και 4^η στη δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του

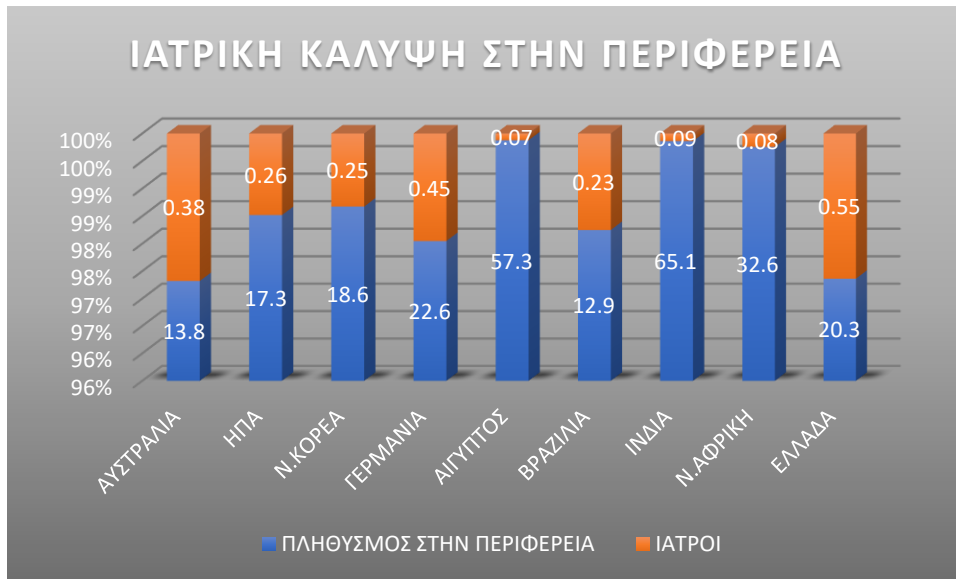
- ΑΕΠ που σημαίνει ότι η χώρα δαπανά μεγάλα ποσά του Εθνικού της εισοδήματος για την υγεία. Είναι 2^η στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 82,9 έτη και 3^η στην κάλυψη από ιατρικό προσωπικό που σημαίνει ότι οι πολίτες έχουν καλή εξυπηρέτηση από το σύστημα υγείας. Αν και η βρεφική θνησιμότητα είναι πολύ μικρή, οι αυτοκτονίες έχουν ένα σημαντικό ποσοστό.
- Οι ΗΠΑ κατατάσσονται πρώτες σε ότι αφορά το ΑΕΠ αλλά και στις δαπάνες για την υγεία. Παρόλα αυτά το προσδόκιμο επιβίωσης έχει μέσο όρο τα 78,8 έτη και τις φέρνει στην 5^η θέση. Έρχονται στην 3^η θέση σε ποσοστό αυτοκτονιών που σημαίνει ότι η ψυχική υγεία των πολιτών αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα. Η βρεφική θνησιμότητα δεν είναι μεγάλη αλλά υπολείπονται σε ιατρική κάλυψη του πληθυσμού.
 - Η Ν. Κορέα βρίσκεται στην 4^η θέση σε ότι αφορά το ΑΕΠ και τις κατά κεφαλήν δαπάνες, έρχεται όμως 7^η στη δαπάνη υγείας ως προς το ΑΕΠ που σημαίνει ότι η χώρα δεν δαπανά μεγάλα ποσά για την υγεία από το εισόδημά της. Έχει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 83,2 έτη αλλά και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών (28,6 %). Η βρεφική θνησιμότητα είναι μικρή αλλά υστερεί σε ιατρική κάλυψη του πληθυσμού.
 - Η Γερμανία καταλαμβάνει τη 2^η θέση τόσο στο ΑΕΠ όσο και στις δαπάνες για την υγεία. Έρχεται όμως 4^η στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 80,9 έτη. Η ιατρική κάλυψη είναι επαρκής, η βρεφική θνησιμότητα μικρή ενώ το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι αξιόλογο.
 - Η Αίγυπτος βρίσκεται στην 8^η θέση σε ότι αφορά το ΑΕΠ αλλά βρίσκεται και στις τελευταίες θέσεις σε ότι αφορά τις δαπάνες υγείας. Είναι χαρακτηριστικό ότι η δαπάνη υγείας της χώρας για ένα πολίτη είναι μόλις 126 US \$. Επίσης κατέχει την 7^η θέση στη ιατρική κάλυψη του πληθυσμού με σχεδόν 1 ιατρό ανά 1.000 κατοίκους και την 7^η θέση στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 72 έτη ζωής. Έχει τη δεύτερη θέση στη βρεφική θνησιμότητα αλλά έχει την τελευταία θέση σε ποσοστά αυτοκτονιών.
 - Η Βραζιλία κατέχει την 6^η θέση τόσο στο ΑΕΠ όσο και στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία και την ιατρική κάλυψη. Έχει όμως την 3^η θέση σε ότι αφορά τις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Καταλαμβάνει την 6^η θέση στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 75,9 έτη και την 3^η στη βρεφική θνησιμότητα. Δεν έχει όμως μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών.

- Η Ινδία αν και κατατάσσεται ως 3^η μεγαλύτερη χώρα σε ΑΕΠ καταλαμβάνει τη 8^η και την 9^η θέση στις δαπάνες υγείας την 7^η θέση σε ιατρική κάλυψη και την 8^η στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 69,7 έτη ζωής. Είναι 1^η στη βρεφική θνησιμότητα και 4^η στο ποσοστό αυτοκτονιών.
- Η Ν. Αφρική έρχεται και αυτή στις τελευταίες θέσεις σε ότι αφορά το ΑΕΠ , τις δαπάνες για την υγεία και την ιατρική κάλυψη. Έχει το μικρότερο προσδόκιμο ζωής με μέσο όρο τα 64,1 έτη και είναι 1^η στη βρεφική θνησιμότητα μαζί με την Ινδία. Επίσης έχει το 2^ο μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών.
- Τέλος η Ελλάδα είναι η τελευταία χώρα σε ότι αφορά το ΑΕΠ έρχεται όμως 5^η στη κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας και 6^η στη δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ που σημαίνει ότι η χώρα δαπανά αρκετά μεγάλα ποσά στον τομέα της υγείας. Είναι 1^η σε ιατρική κάλυψη και 3^η στο προσδόκιμο επιβίωσης με μέσο όρο τα 81,9 έτη. Έχει πολύ μικρή βρεφική θνησιμότητα και μικρό ποσοστό αυτοκτονιών.

Στον παρακάτω Πίνακα 59. παρουσιάζεται το ποσοστό του πληθυσμού της κάθε χώρας που ζει στην περιφέρεια.



ΠΙΝΑΚΑΣ 59: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
 ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 60: ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΠΗΓΗ: Η ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ

Στον Πίνακα 60. παρατηρούμε ότι η Αίγυπτος , η Ινδία και η Ν. Αφρική ενώ έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά πληθυσμού που ζει στην περιφέρεια , η κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό είναι σχεδόν μηδαμινή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται να μην είναι ποιοτικές με επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού. Ένα στοιχείο που κάνει εντύπωση είναι το γεγονός ότι ενώ η Ινδία είναι η τρίτη χώρα με το μεγαλύτερο ΑΕΠ από τις χώρες που μελετώνται η υγειονομική κάλυψη της περιφέρειας είναι ανεπαρκής σε αντίθεση με την Ελλάδα , η οποία είναι η τελευταία χώρα σε ότι αφορά το ΑΕΠ αλλά η περιφερειακή κάλυψη στον τομέα υγείας είναι συγκριτικά η καλύτερη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι περιφερειακές ανισότητες και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας αποτελούν πρόκληση τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια κάθε χώρας διαφοροποιούν τις πολιτικές που εφαρμόζονται για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Παρόλα αυτά το πρόβλημα των περιφερειακών ανισοτήτων έχει κοινές βάσεις και αφορούν την οικονομική κατάσταση της χώρας και των πολιτών (ανισότητες που δημιουργούνται μεταξύ φτωχών και πλουσίων) , τη δυνατότητα εύρεσης εργασίας (ανεργία , ευέλικτες μορφές εργασίας) , τη συσσώρευση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα , το επίπεδο εκπαίδευσης των πολιτών , τη γήρανση του πληθυσμού , τα συστήματα υγείας (δημόσια και ιδιωτικά) , τη γεωγραφική θέση και τις περιβαλλοντικές συνθήκες , την ιστορία και την πολιτιστική κουλτούρα καθώς επίσης και τη δημογραφική συνοχή.

Σύμφωνα με τις χώρες που μελετήθηκαν παραπάνω η οικονομική ζωή παίζει μεγάλο ρόλο στην ενίσχυση ή μη των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Η συγκέντρωση των οικονομικών δραστηριοτήτων στα μεγάλα αστικά κέντρα ωθεί και μεγάλο μέρος του πληθυσμού να συγκεντρώνεται σε αυτά. Στις περισσότερες χώρες το μεγαλύτερο μέρος των κατοίκων βρίσκεται στις πόλεις. Αυτό έχει ως συνέπεια και οι υπηρεσίες υγείας να συγκεντρώνονται σε αυτές αφήνοντας στην περιφέρεια μια υποτυπώδη υγειονομική περίθαλψη. Χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Ινδία με μεγάλη οικονομική δυνατότητα δεν καταφέρνουν να μειώσουν τις περιφερειακές ανισότητες και να επιτύχουν την καλύτερη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού των περιφερειών τους. Η έλλειψη κινήτρων για τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών να εργαστούν στην επαρχία αφήνει την περιφέρεια χωρίς υποδομές υγείας. Στην Ινδία και τη Βραζιλία οι ιατροί αναζητούν εργασία σε άλλες χώρες και όχι στην περιφέρεια.

Η κοινωνική συνοχή των χωρών αποτελεί και αυτή με τη σειρά της έναν παράγοντα που επηρεάζει την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων. Ταξικές , φυλετικές , κοινωνικές , οικονομικές διακρίσεις επιδεινώνουν το περιφερειακό πρόβλημα και προσθέτουν επιβαρυντικούς παράγοντες στην υγεία των πολιτών. Στις περισσότερες χώρες ο πληθυσμός έχει διαφορετική φυλετική καταβολή λόγω αποικιοκρατισμού και μεταναστευτικών ρευμάτων. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε κάποιες περιπτώσεις είναι σχεδόν ανύπαρκτη λόγω αδυναμίας στην επικοινωνία , στην κατανόηση και στην οικονομική δυνατότητα. Ιδιαίτερα σε περιφερειακό επίπεδο

αυτές οι διαφορές γίνονται ακόμη πιο έντονες. Στη Γερμανία παρόλο που το σύστημα υγείας προβλέπει καθολική περίθαλψη, οι μετανάστες που δεν γνωρίζουν τη γλώσσα αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Στην Ινδία και την Αίγυπτο οι γυναίκες που ζουν ως επί των πλείστων στην περιφέρεια σχεδόν δεν επισκέπτονται ποτέ κάποια μονάδα υγείας. Στη Ν. Αφρική η επιρροή του απαρτχάιντ είναι ακόμη εμφανής.

Ο γεωγραφικός προσδιορισμός και οι κλιματολογικές συνθήκες που επικρατούν σε μια χώρα συμβάλλουν και αυτές με τη σειρά τους στην παρουσία των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Χώρες όπως η Αίγυπτος, η Ν. Αφρική και η Βραζιλία με μεγάλες περιοχές από ορεινούς όγκους και ερήμους προσανατολίζουν τον πληθυσμό σε συγκεκριμένες περιοχές αφήνοντας μεγάλο μέρος της περιφέρειας αραιοκατοικημένο με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες υγείας να μην φτάνουν σχεδόν ποτέ σε αυτές τις περιοχές. Εκτός από τις αραιοκατοικημένες περιοχές υπάρχουν και προβλήματα διασύνδεσης. Χώρες που καταλαμβάνουν μεγάλη έκταση όπως οι ΗΠΑ, η Ινδία, η Αυστραλία ή που υπάρχουν πολλά νησιά όπως η Ελλάδα και η Ν. Κορέα δημιουργείται πρόβλημα πρόσβασης. Οι μεγάλες αποστάσεις και οι δυσκολίες στη μετακίνηση αποθαρρύνουν τον πληθυσμό να αναζητήσει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.

Τέλος το ίδιο το σύστημα υγείας κάθε χώρας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την παρουσία των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Η μεγάλη παρουσία του ιδιωτικού τομέα λόγω του κερδοσκοπικού του χαρακτήρα συγκεντρώνει τις παροχές υγείας στα μέρη που υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση πληθυσμού. Ο πληθυσμός πάλι τείνει να συγκεντρώνεται εκεί που υπάρχουν οι παροχές υγείας με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα φαύλος κύκλος αφήνοντας την περιφέρεια χωρίς μεγάλη υγειονομική κάλυψη. Ο δημόσιος τομέας με τη σειρά του εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση της χώρας και τις πολιτικές που επιβάλλει η κάθε κυβέρνηση. Η χρηματοδότηση των δημοσίων συστημάτων υγείας πραγματοποιείται κυρίως από τον προϋπολογισμό του κάθε κράτους. Η δυνατότητα των κυβερνήσεων να στηρίζουν τα συστήματα αντικατοπτρίζεται και στην παρουσία ή μη των περιφερειακών ανισοτήτων. Η δυνατότητα οικονομικής στήριξης των περιφερειακών μονάδων υγείας δίνει και την δυνατότητα στους πολίτες της περιφέρειας να αναζητήσουν παροχές υγείας στην περιοχή τους.

Οι πολιτικές για την ισότητα στην υγεία απαιτούν την ανάπτυξη νέων προγραμμάτων και είναι κοινές για τις περισσότερες χώρες. Θα πρέπει να αναπτυχθούν

προσεγγίσεις προσανατολισμένες στη συμπεριφορά υγείας και στα προβλήματα υγείας και θα πρέπει να τονιστεί η σημασία των προγραμμάτων για τη μείωση των περιφερειακών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων. Οι περιφερειακές ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν είναι μόνο ένα ηθικό ζήτημα αλλά και ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία θα πρέπει να αποτελεί μείζονα στόχο των κυβερνητικών πολιτικών υγείας. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να προσανατολίζονται στη βελτίωση της ποιότητας και της πληρότητας των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων που συλλέγονται προκειμένου να διευκολυνθεί η κινητοποίηση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία. Θα πρέπει να συμπεριληφθούν οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας και οι συνέπειες των περιφερειακών ανισοτήτων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Επίσης θα πρέπει να συμπεριληφθούν σαφείς στόχοι για τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία, στις κοινωνικές πολιτικές. Να δοθούν κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας για εργασία στην περιφέρεια. Να ενισχυθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έτσι ώστε οι πολίτες της περιφέρειας να απολαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την καθολική ανάπτυξη κάθε χώρας. Η καλή υγεία των πολιτών σημαίνει σωματική και ψυχική ευεξία με αποτέλεσμα την κοινωνική συνοχή και την οικονομική ανάπτυξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμόπουλος Αθ.** (2015). « Κοινωνική και πολιτική περιφερειακή ανάπτυξη: περιφερειακές ανισότητες ως προς την κατανομή των πόρων της δημόσιας δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα », διδακτ. διατριβή , Πάντειο Πανεπ. Τμήμα Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Ανδρικόπουλος Στ.** (2011). « Προϋποθέσεις και προοπτικές για την εφαρμογή περιφερειακής πολιτικής στην Ελλάδα », πτυχιακή εργασία , Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας , ΤΕΙ Καβάλας.
- Ματράκα Β.** (2019). « Διερεύνηση δαπανών υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής », διπλωματική εργασία , Πανεπ. Πειραιά , ΠΜΣ “ Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας ” .
- Παπαδιώτη Φ.** (2018). « Οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στην ανάπτυξη στην Ευρώπη », διπλωματική εργασία , Πανεπ. Θεσσαλίας , ΔΠΜΣ ‘ Νέα Επιχειρηματικότητα , Καινοτομία και Ανάπτυξη ’.
- Παπαθεοδώρου Χρ. , Μωϋσίδου Α.** (2011). « Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας » , Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων , (Δεκέμβριος 2011) , Μελέτες (studies)/16 ΙΝΕ.
- Συμιακάκη Ολ.** (2009). « Μελέτη της εξέλιξης των περιφερειακών ανισοτήτων στην Ελλάδα », διπλωματική εργασία , Πανεπ. Θεσσαλίας , Πολυτεχνική Σχολή , Βόλος.
- Τεζά Χρ.** (2011) , « Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ » , διπλωματική εργασία , Πανεπ. Πειραιά , ΠΜΣ ‘ Διοίκηση Υγείας ’.
- Τζαβέλλα Β.** (2019) , « Περιφερειακές ανισότητες στην Ελλάδα : η ανάγκη άσκησης περιφερειακής πολιτικής και τα εργαλεία αποτελεσματικής μείωσής τους » e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας (e-Journal of Science & Technology (e-JST)), (e-jst.teiath.gr)
- Abdelaleem, M.** (2017) , “The potentials for corporatization of public hospitals: The case of Egypt” , Master's Thesis, the American University in Cairo , AUC Knowledge Fountain. (<https://fount.aucegypt.edu/etds/175>)
- Akindo P.M.N.** (2016) , “An Assessment of Equity in the Brazilian Healthcare System: Redistribution of Healthcare Professionals to Address Inequities in Remote and Rural Healthcare” , CSWHI 2016; 7(4): 25 – 3.
- Barber S., Lorenzoni L., Ong P.** (2019) , “Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage” , © World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019.
- Bhan N., Dipankar Rao Kr., Kachwaha Sh.** (2016) , “Health inequalities research in India: a review of trends and themes in the literature since the 1990s” , J Equity Health. 2016; 15: 166.

Klein J., Olaf von dem Knesebeck (2018) , “*Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review*”, International Journal for Equity in Health volume 17, Article number: 160.

Kuhn B., Kleij K.S., Liersch S. et al. (2017) , “*Which strategies might improve local primary healthcare in Germany? An explorative study from a local government point of view*”, BMC Family Practice volume 18, Article number: 105.

Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. (2018) , “*The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience*”, BMJ Glob Health2018;3:e000829.

McIntyre D., Ataguba J. (2017) , “*Access to quality health care in South Africa: Is the health sector contributing to addressing the inequality challenge?*” , Health Economics Unit, University of Cape Town.

Menicucci T.M.G. (2019) , “*The Brazilian Unified Health System: Thirty Years of Advances and Resistance*”, Universal Health Coverage, Aida Isabel Tavares, IntechOpen. (<https://www.intechopen.com/chapters/67635>)

Park Yu Na (2017) , “*Regional Disparities of Health Status in Korea: Findings From KNHANES(2007-2014)*”, UNIST , Department of Urban and Environmental Engineering , Master's Thesis.

The Royal Australasian College of Physicians , Policy statement 2005 “ *Inequity and Health. A call to action. Addressing Health and Socioeconomic Inequality in Australia* ” ,

Verme P. , Milanovic B. , Al-Shawarby S. et al. (2014) , “*Inside Inequality in the Arab Republic of Egypt. Facts and Perceptions across People, Time, and Space*”, Ed: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank , Washington, DC.

Young-Ho Khang , Sang-il Lee (2012) « *Health Inequalities Policy in Korea: Current Status and Future Challenges* », J Korean Med Sci. 2012 May; 27(Suppl): S33–S40.

Y H Khang, J W Lynch, S Yun, S I Lee (2004) , « *Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures* » , J Epidemiol Community Health 2004;58:308–314 , (www.jech.com)

Young-Joo Song (2009) , « *The South Korean Health Care System* » , JMAJ 52(3): 206-209, May/June 2009

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<https://www.pkm.gov.gr> (ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΝΙΔΗΣ: « Το Σημερινό Επίπεδο Υγείας Του Ελληνικού Πληθυσμού Και Η Επίδραση Της Οικονομικής Κρίσης Στους Δείκτες Υγείας » , Ψυχολόγος Τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας Μ Ε Θεσσαλονίκης).

<https://www.wikipedia.org>

(*Health care system in USA , Brazil , India , Australia , South Korea , South Africa , Germany , Greece , Egypt*).

<https://www.dpeaflcio.org> (2016) “*The U.S. Health Care System: An International Perspective*”.

<https://www.nt.gov.au> (2009), “ *Policy-at-a-glance – Health Inequities Policy* ”, Public Health Association of Australia.

<https://www.aihw.gov.au> Australian Institute of Health and Welfare.

https://www.researchgate.net/publication/267715360_Health_Outcome_Inequities_and_the_Health_System_A_Case_Study_of_Egypt

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA7/02Chapter02.pdf> “*Overview of the Health System in Egypt*”.

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0462-1> “*A panorama of health inequalities in Brazil*” and “*Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey*”.

https://www.who.int/social_determinants/country_action/health_inequalities_bz.pdf “*Health Inequities in Brazil: Our most serious disease*”.

<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2016.0676> “*Quality Of Health Care In India: Challenges, Priorities, And The Road Ahead*”, Manoj Mohanan, Katherine Hay, Nachiket Mor (2016).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053026/>

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/south-africa.php> “*Understanding South Africa’s Healthcare System*”.

<https://www.slideserve.com/padma/south-african-healthcare-system>

https://www.g20-insights.org/policy_briefs/inequalities-undermine-social-cohesion-case-study-south-africa/ “*How Inequalities undermine Social Cohesion: A Case study of South Africa*”, Isaac Khambule , Babalwa Siswana , (2017).

<https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur202108-508.pdf> “*Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, 2020*”, Robin A. Cohen, Ph.D., Emily P. Terlizzi, M.P.H., Amy E. Cha, Ph.D., M.P.H., and Michael E. Martinez, M.P.H., M.H.S.A. , Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics.

<https://www.oecd-ilibrary.org/>

<https://www.oecd.org/gov/oecd-rural-policy-reviews-germany.htm> “OECD Rural Policy Reviews: Germany”, (2007).

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/594471524601888530/pdf/Environmental-and-social-management-framework.pdf> “Transforming Egypt's Healthcare System Project”, Environmental and Social Management Framework (ESMF) , (2018)

https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1 “Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019”

<https://www.elsevier.com/locate/healthpol> “Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries”, Bernd Rechel a,*, Aleksandar Dzakula , Antonio Duranc, Giovanni Fattore , Nigel Edwards , Michel Grignonf, Marion Haas , Triin Habicht ,Gregory P.Marchildoni, Antonio Morenoc, Walter Ricciardi , Louella Vaughane , Tina Anderson Smithk , Health Policy , Volume 120, Issue 7, July 2016, Pages 758-769.

www.statistics.gr

<https://knoema.com/atlas/Egypt/Health-expenditure-per-capita>

<https://data.worldbank.org>