

## ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Μπαλασοπούλου Α. ,  
Κυριόπουλος Γ. ,  
Γευνηματά Α. ,  
Μπουρσανίδης Χ.**

Υγειονομική Σχολή Αθηνών  
Τομέας Ιατρικής Οικονομίας

Η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών των αναπτυγμένων χωρών αναγνωρίζεται ως το μεγαλύτερο πρόβλημα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει η κοινωνική πολιτική στα επόμενα χρόνια, λόγω της έντασης της ιατρικής φροντίδας, αλλά και των υπηρεσιών πρόνοιας, για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Στο άρθρο αυτό μελετάται η επίδραση της δημογραφικής γήρανσης στα οικονομικά της υγείας και αναλύονται εναλλακτικές μορφές φροντίδας των ηλικιωμένων ως προς το κόστος και το όφελος που δημιουργούν, με σκοπό την επιλογή του πλέον κατάλληλου τύπου.

Από τη μελέτη, η οποία έγινε με τη βοήθεια μεθόδων της οικονομικής ανάλυσης, συμπεραίνεται ότι:

α. Κρίσιμο σημείο γι' αυτή την επιλογή είναι ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου και το οριακό κόστος και οριακό όφελος κάθε εναλλακτικής λύσης. Ο συνδυασμός αυτών μπορεί να οδηγήσει στην οικονομικότερη και αποδοτικότερη επιλογή για την κοινότητα.

β. Καθοριστικό στοιχείο, που πρέπει να εκτιμάται ιδιαίτερα, είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας του ηλικιωμένου και η προσωπική του ικανοποίηση από κάθε εναλλακτική, ώστε η επιλογή να ικανοποιεί και το αίτημα της ποιοτικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

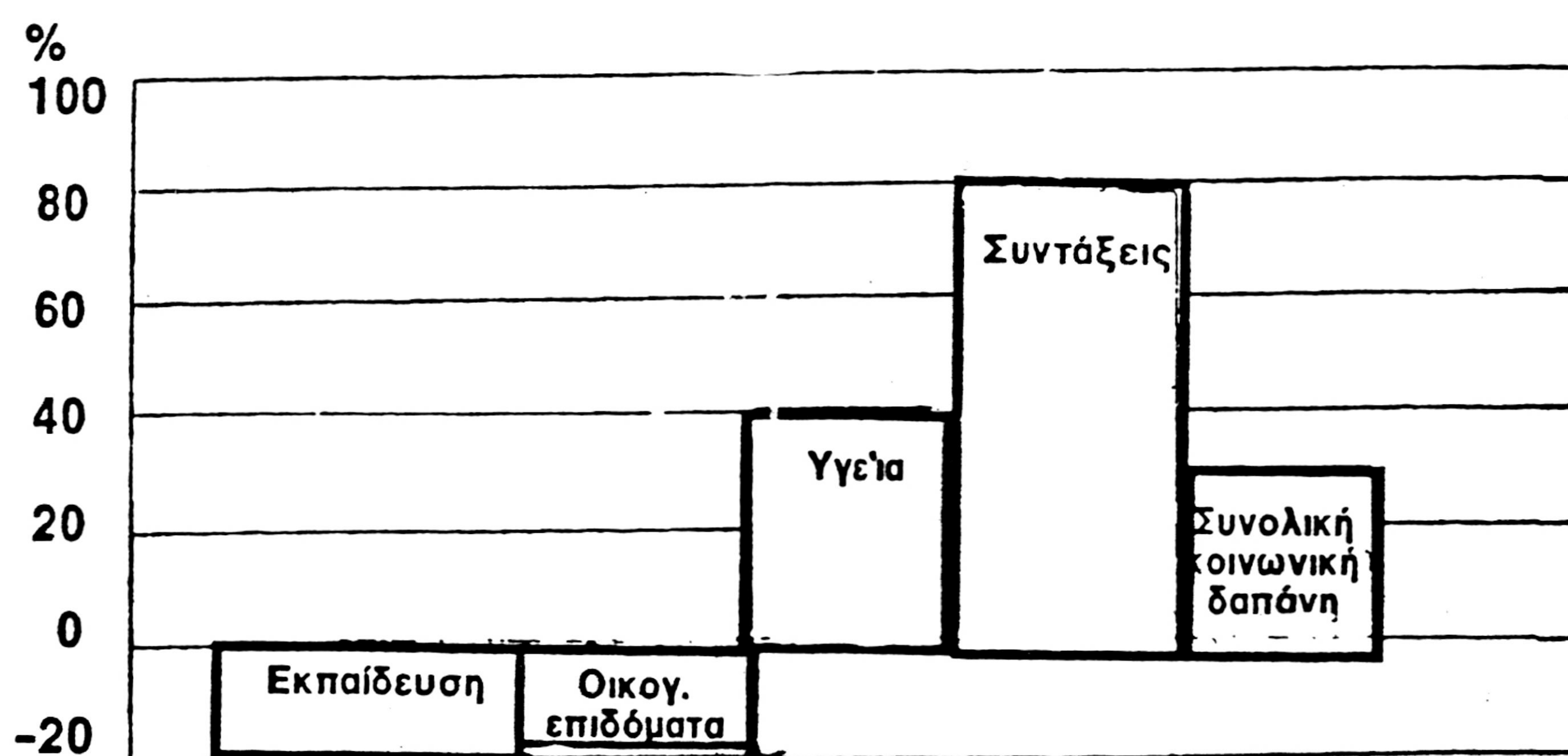
Είναι γνωστό ότι η δημογραφική σύνθεση ενός πληθυσμού αποτελεί ένα από τα κύρια στοιχεία που διαμορφώνουν το ύψος της δαπάνης υγείας αυτού του πληθυσμού. Είναι επίσης παραδεκτό ότι



το κύριο χαρακτηριστικό των πληθυσμών των βιομηχανικών χωρών είναι η δημογραφική γήρανση (1,2). Τα στοιχεία που συγκεντρώνει και δημοσιεύει ο ΟΟΣΑ σχετικά επιβεβαιώνουν αυτή την παραδοχή και αποτυπώνουν τόσο την παρούσα κατάσταση όσο και τις μελλοντικές τάσεις (πίνακας 1).

### ΣΧΗΜΑ 1

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ  
ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ ΩΣ ΤΟ 2040**



Αυτή η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει κάθε πλευρά της οικονομίας και την πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, αλλά και της κοινωνίας γενικά. Αιχμή αυτών των επιδράσεων αποτελεί το πρόβλημα που δημιουργείται στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, η οποία έχει σαν στόχο τη βελτίωση του επιπέδου ζωής μέσω της διεύρυνσης των κάθε είδους παροχών. Σύμφωνα

με στοιχεία του ΟΟΣΑ, που βασίζονται στη μελέτη των σημερινών δεδομένων και στην πρόγνωση των μελλοντικών εξελίξεων (έως το έτος 2040), η αύξηση της συνολικής κοινωνικής δαπάνης θα είναι σημαντική και θα οφείλεται κυρίως στην αύξηση της δαπάνης για την τρίτη ηλικία (σχήμα 1) (3,4).

Η δαπάνη που αφορά τους ηλικιωμένους μπορεί να αναλυθεί σε δύο βασικές κατηγορίες: τη δαπάνη για συντάξεις και τη δαπάνη για υγεία (5). Κάθε κατηγορία αποτελεί ένα μεγάλο και με πολλές παραμέτρους θέμα προς μελέτη. Στο παρόν κείμενο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της δεύτερης κατηγορίας δαπάνης, της δαπάνης υγείας.

### ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

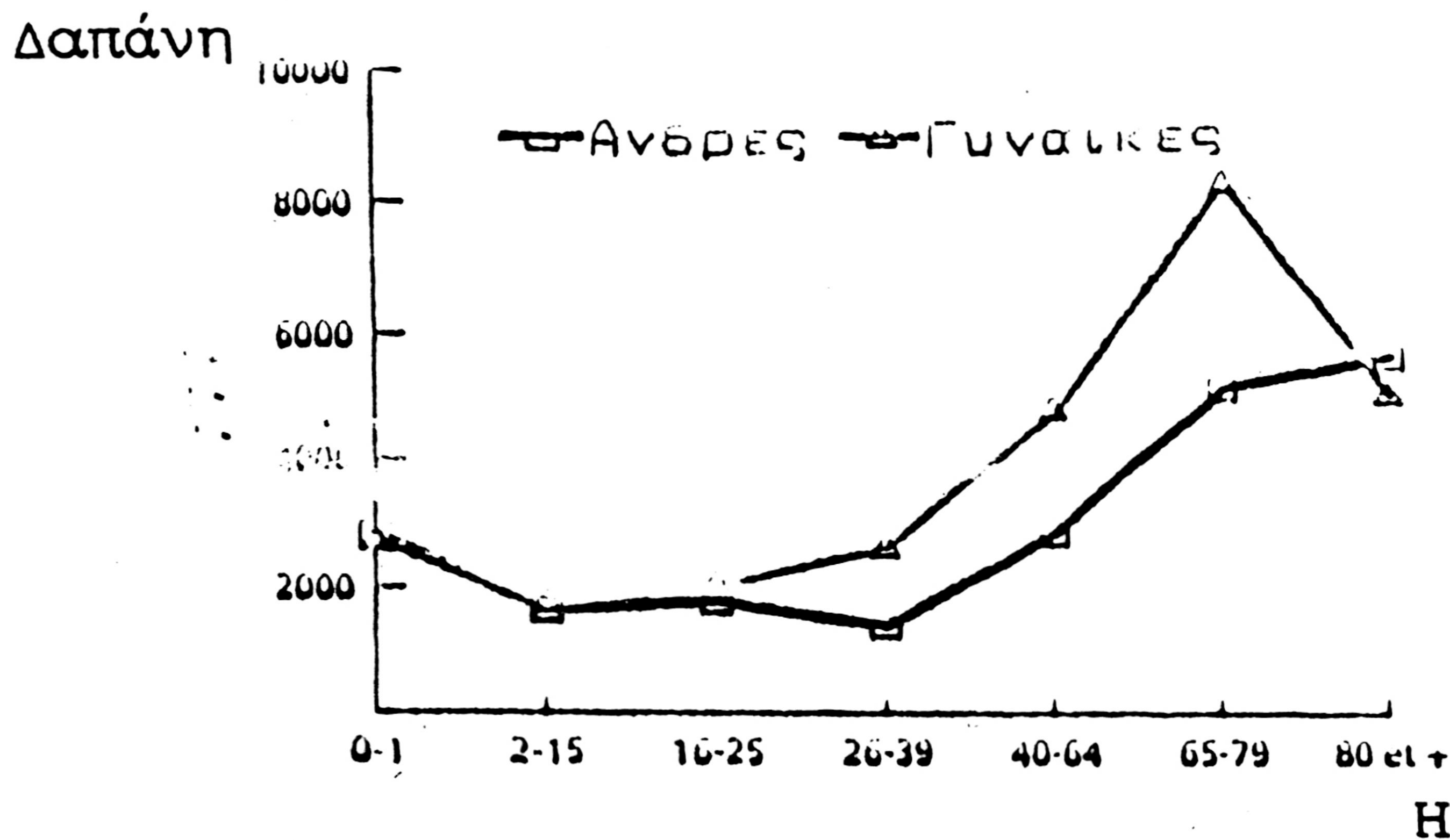
Η δαπάνη για υγεία είναι, κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατρική περίθαλψη, εφόσον η ζήτηση σ' αυτή την ηλικία προσανατολίζεται κυρίως στη θεραπεία και περίθαλψη.

Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερο από αυτό άλλων (π. χ. πρόληψη) που χαρακτηρί-

### ΣΧΗΜΑ 2

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ**



Ηλικία



**ΣΧΗΜΑ 3**

ζουν νεαρότερες ηλικίες. Επίσης η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι πολύ μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους (συχνότητα ιατρικών επισκέψεων, ημέρες νοσηλείας). Ακόμα το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας (χρόνια και εμφυλιστικά νοσήματα) είναι τέτοιο που συχνά απαιτεί σύγχρονες και ακρι-

βές μεθόδους θεραπείας (3,6,7,8). Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, και η αντίστοιχη δαπάνη, αυξάνεται για αυτούς τους λόγους πολύ για τους ηλικιωμένους (σχήματα 2,3).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα αυξηθεί στα επόμενα χρόνια, λόγω:

- του κόστους του είδους των υπηρεσιών υγείας και του ύψους της κατανάλωσης,
- της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων που θα εμφανιστεί εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και
- της διεύρυνσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών

Η σχέση της γήρανσης του πληθυσμού με την αύξηση της δαπάνης για ιατρική φροντίδα μπορεί να δοθεί από την ακόλουθη εξίσωση:

$$M_i = m_i \times q_i \times N_i$$

όπου  $i$ , ομάδα ηλικίας και  $M_i$ , ιατρική δαπάνη για την ομάδα  $i$   
 $m_i$ , ιατρική δαπάνη ανά επίσκεψη ανά ασθενή της ομάδας  $i$   
 $q_i$ , ετήσιος αριθμός επισκέψεων ανά ασθενή της ομάδας  $i$   
 $N_i$ , αριθμός προσώπων της ηλικιακής ομάδας  $i$

Η αύξηση της δαπάνης για ιατρική φροντίδα προς τους ηλικιωμένους θεωρείται ότι προέρχεται από τη συνδυαστική επίδραση των παραμέτρων  $m_i$  και  $q_i$ , οι οποίες, όπως αναφέρεται και παραπάνω, είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές των νεαρών ηλικιών (9).

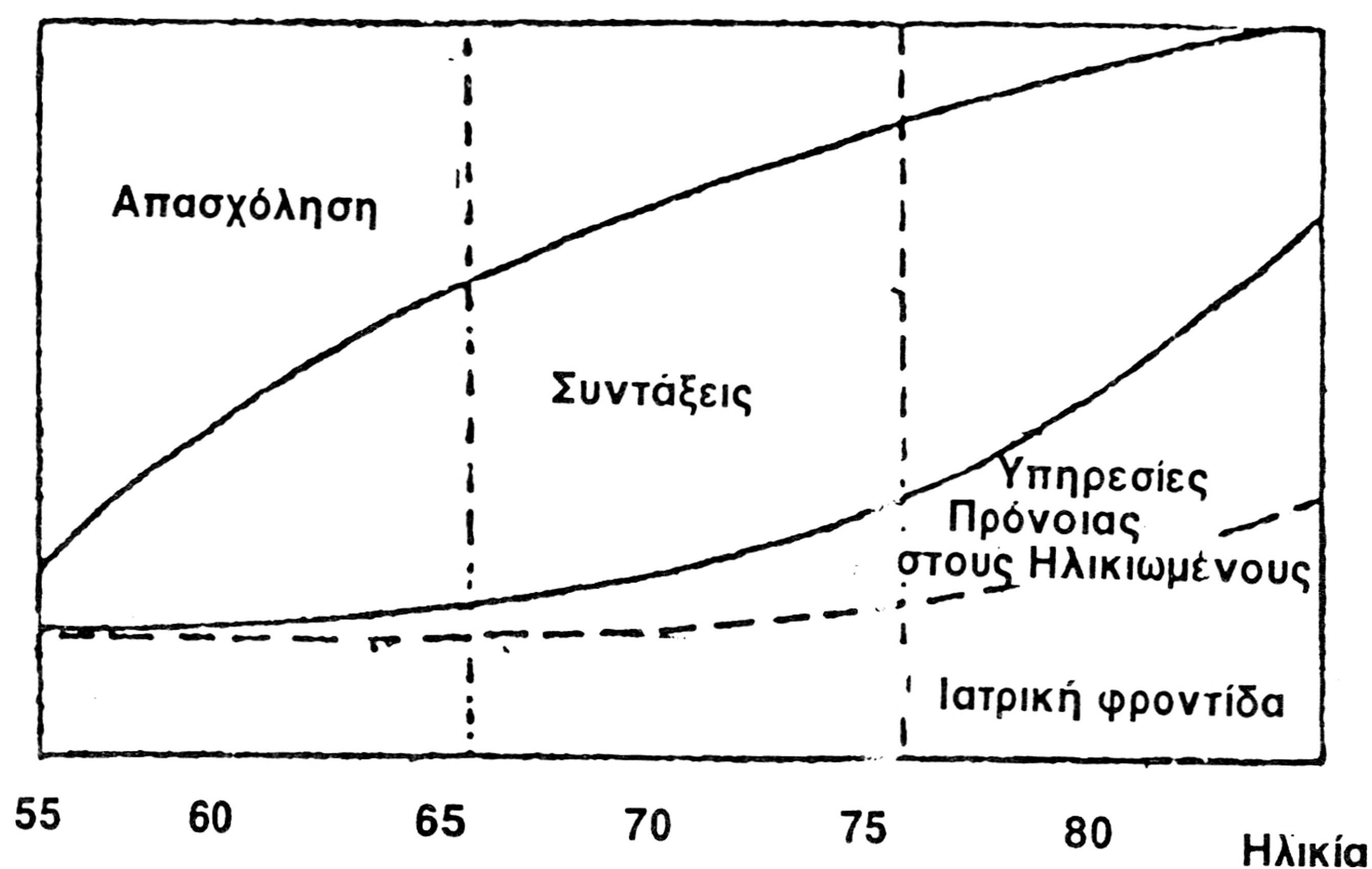
Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι βασικός αυξητικός παράγων της εθνικής δαπάνης για την υγεία, και την κοινωνική δαπάνη κατά συνέπεια. Είναι επομένως αναγκαίο να μελετηθούν και άλλα χαρακτηριστικά αυτής της δαπάνης, που σχετίζονται με την ηλικία, ώστε να φανούν πιθανές εναλλακτικές για τη συγκράτηση αυτής, αλλά κυρίως για την κατά τρόπο ωφέλιμο και οικονομικά αποδοτικό αξιοποίησή της.



## ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

## ΣΧΗΜΑ 4

Ανάγκες παροχής κοινωνικών υπηρεσιών  
στα τρία στάδια της τρίτης ηλικίας



Το ζητούμενο σήμερα είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, παράλληλα με την προσπάθεια διατήρησης της ψυχικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, κατά τον οικονομικότερο τρόπο. Αναζητείται λοιπόν η άριστη επιλογή (10, 11). Ένα κρίσιμο σημείο γι' αυτή την επιλογή είναι ο βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων (6).

Μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός του βαθμού εξάρτησης των ηλικιωμένων ο διαχωρισμός της τρίτης ηλικίας σε τρία ηλικιακά στάδια.

α) από τα 55 έως τα 65 έτη, β) από τα 65 έως τα 75 και γ) από τα 75 και πάνω.

Ο βαθμός εξάρτησης αυξάνεται με τη μετάβαση από το πρώτο στάδιο στα επόμενα. Η ιατρική φροντίδα είναι κοινό χαρακτηριστικό και των τριών ηλικιακών σταδίων, αλλά η αναγκαιότητα γι' αυτή αυξάνεται με την πάροδο των ετών, όπως επίσης και η ανάγκη για κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας. Έτσι αυξάνεται αντίστοιχα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αντίθετα η απασχόληση μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας ενώ οι συντάξεις εμφανίζουν την μεγαλύτερη άνοδο στη μέση ομάδα (σχήμα 4) (9).

Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί, στη προσπάθεια για εξεύρεση της πλέον σωστής επιλογής, είναι:

1. Άτυπη Φροντίδα (Informal Care) : αναφέρεται στην περίθαλψη που προσφέρεται, περιστασιακά ή μόνιμα, από άτομα μη ειδικευμένα για την υποστήριξη των αναγκών των ηλικιωμένων, συνήθως από συγγενείς και φίλους.
2. Οικιακή Φροντίδα (Domiciliary Care) : αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανισμών χωρίς να αποκλείεται η συνεργασία των συγγενών και των φίλων.
3. Ιδρυματική Φροντίδα (Residential Care) : αναφέρεται στο είδος της κλειστής περίθαλψης που παρέχεται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.

Αυτοί οι τύποι φροντίδας δεν είναι στατικοί αλλά εξελίσσονται και ίσως διαφοροποιούνται με την εισαγωγή νέων χαρακτηριστικών (11) (π. χ. η περίθαλψη "βραχείας διάρκειας" ως στοιχείο και εξέλιξη της ιδρυματικής φροντίδας) , χωρίς όμως να αλλάζει ουσιαστικά ο χαρακτήρας τους.

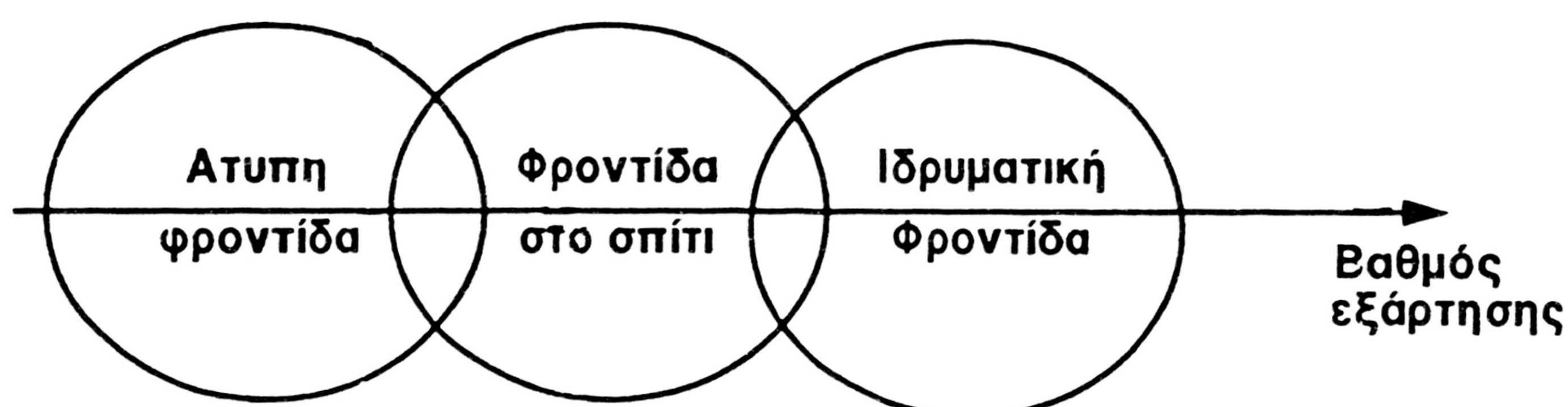
Η σχέση του κάθε τύπου φροντίδας με το βαθμό εξάρτησης των ηλικιωμένων μπορεί να αποδοθεί



με το ακόλουθο σχήμα (σχήμα 5).

## ΣΧΗΜΑ 5

### ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



φροντίδα. Ενδιάμεσα εμφανίζονται διάφορες βαθμίδες ζήτησης και προσφοράς. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα φαίνεται και η δυνατότητα αντιμετώπισης εξάρτησης ίδιου βαθμού με διαφορετικούς τύπους φροντίδας. Γεννάται λοιπόν το ζήτημα της επιλογής, τόσο για την προαναφερόμενη περίπτωση όσο και γενικά για την ωφέλιμη και αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης μπορεί να είναι καθοριστικά για την επιλογή τύπου φροντίδας, καθώς είναι δυνατόν να διαφοροποιήσουν σημαντικά το κόστος ή να αξιολογήσουν διαφορετικά την αναμενόμενη ωφέλεια (12,13). Είναι λοιπόν βάσιμο να θεωρηθούν ως κριτήρια επιλογής το οριακό κόστος και το οριακό όφελος, δηλαδή το επιπλέον κόστος και όφελος για κάθε ασθενή / ηλικιωμένο.

Απεικονίζοντας στο διάγραμμα (1) τους τρεις τύπους παροχής φροντίδας σε σχέση με το οριακό κόστος και τον βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου, παρατηρούμε τα εξής:

Όταν ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου είναι χαμηλός (κάτω από το E1) η φθηνότερη εναλλακτική είναι η Άτυπη Φροντίδα (Α).

Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος (μεταξύ E1 και E2) φθηνότερη είναι η Οικιακή Φροντίδα (0).

Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι υψηλός (πάνω από E2) φθηνότερη είναι η Ιδρυματική Φροντίδα (I).

Απεικονίζοντας στο διάγραμμα (II) τους τρεις τύπους φροντίδας σε σχέση με το οριακό όφελος και τον βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου παρατηρούμε τα εξής:

Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι χαμηλός (μέχρι το E3) το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η Άτυπη Φροντίδα (Α).

Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος (μεταξύ E3 και E4) το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η Ιδρυματική Φροντίδα (I).

Με το διάγραμμα (III) γίνεται συσχετισμός των δύο προηγούμενων διαγραμμάτων, και όσων αυτά απεικονίζουν. Δηλαδή απεικονίζεται ο συσχετισμός οριακού κόστους - οριακού οφέλους σε σχέση



με τον βαθμό εξάρτησης του ασθενούς, γιατί αυτός είναι ο συνδυασμός κριτηρίων που μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή.

Όπως φαίνεται για έναν ηλικιωμένο με βαθμό εξάρτησης μικρότερο του Ε5 περισσότερο αποτελεσματική είναι η Οικιακή Φροντίδα (0), γιατί έχει χαμηλότερο κόστος και μεγαλύτερο όφελος.

Για έναν ηλικιωμένο με βαθμό εξάρτησης μεγαλύτερο του Ε6 κρίνεται περισσότερο αποτελεσματική η Ιδρυματική Φροντίδα (Ι), γιατί το όφελος είναι μεγαλύτερο ενώ το κόστος μικρότερο.

Για εκείνους με βαθμό εξάρτησης μεταξύ Ε5 και Ε6 η επιλογή είναι πιο δύσκολη γιατί η σχέση κόστους - οφέλους δεν δείχνει σαφώς τον αποδοτικότερο συνδυασμό - το όφελος από την Ιδρυματική Φροντίδα (Ι) είναι μεγαλύτερο αλλά και το κόστος είναι μεγαλύτερο. Μπορεί όμως να προσδιορισθεί εκείνο το επίπεδο εξάρτησης όπου η αύξηση του οφέλους σε συνάρτηση με το κόστος είναι η ίδια και για τους δύο τύπους φροντίδας, και αυτό είναι το Ε7. Έτσι για βαθμό εξάρτησης χαμηλότερο από Ε7 αποτελεσματικότερη λύση είναι η Οικιακή Φροντίδα (0), ενώ για βαθμό εξάρτησης μεγαλύτερο του Ε7 η Ιδρυματική Φροντίδα (Ι).

Μέσω του παραπάνω θεωρητικού σχήματος μπορεί να γίνει εφικτή η αποτελεσματική επιλογή. Αυτό όμως αποκτά μεγαλύτερη χρησιμότητα όταν στην επιλογή λαμβάνονται υπόψη τόσο το στοιχείο της “συνέχειας” της περίθαλψης / φροντίδας όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου - κοινωνικοοικονομικά και ψυχικής υγείας - από την πλευρά της δικής του ωφέλειας και προτίμησης.

## ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Ένα από τα αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση της δαπάνης υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, και η συνολική κοινωνική δαπάνη κατά συνέπεια. Η αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων και η συνεχής βελτίωση του επιπέδου των κοινωνικών παροχών για την τρίτη ηλικία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Η επιλογή του κατάλληλου τύπου φροντίδας, μεταξύ των εναλλακτικών που έχουν αναπτυχθεί, είναι σχετικά σύνθετη υπόθεση γιατί επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου / ασθενούς. Τα ατομικά αυτά χαρακτηριστικά μπορούν να εξετασθούν από δύο πλευρές:

- Αυτή που αφορά την κοινότητα και το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου και η αξιολόγηση των τύπων φροντίδας στηρίζεται στον αποδοτικότερο συνδυασμό του οριακού οφέλους και του οριακού κόστους, σε σχέση με τον βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου.
- Αυτή που αφορά τον ίδιο τον ηλικιωμένο και εκφράζεται με τις επιθυμίες του και την προσδοκώμενη από τον ίδιο ωφέλεια από την φροντίδα, όπως προσδιορίζονται από την ατομική κοινωνικοοικονομική και ψυχική του κατάσταση.

Η ανάλυση που προηγήθηκε ασχολήθηκε κυρίως με την πλευρά της κοινότητας και με τα κριτήρια επιλογής εναλλακτικής μορφής φροντίδας από μέρους της.

Τα ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας ξεφεύγουν από το ενδιαφέρον αυτής της ανάλυσης, χωρίς να σημαίνει βεβαίως ότι υποτιμώνται. Η συνεκτίμησή τους στη διαδικασία επιλογής, με βάση το θεωρητικό σχήμα που προτείνεται, είναι πολύτιμη και απαραίτητη.



## Βιβλιογραφία

1. DECD: Ageing Populations - The social policy implication, Paris 1988
2. DECD: Social Expenditure 1960-1990, Problems of growth and control, Paris 1985
3. DECD: Measuring Health Care 1960-1983, Expenditure, Costs and Performance, Paris 1985
4. DECD: Living Conditions in DECD Countries -A compendium of Social Indicators, Paris 1986
5. Σκουτέλης Γ. : “Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση”, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1988
6. Clement Michel: La consommation medicale des Francais, 1980
7. Echos de la Sante: Bulletin d' information en Economie de la Sante, No 2, September, GREDES, Paris 1991
8. OMS: La Sante des personnes agees, 1989
9. Koichi Emi: Health and Pensions Policies in the Context of Demografic Evolution and Economic Constraint, Tokyo 1985
10. OMS: Troisieme ages te bien-etre. Approaches d' une evaluation multidimensionnelle, 1986
11. Μπουρσανόδης Χ. : Συστήματα Υγείας, Αθήνα 1991
12. Αντωνίου Ε. , Κύρδη Ε. , Φατούρος Ν. : “Επίπτωση της γεροντικής ηλικίας στην Ιατρική Οικονομία”, Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Τομέας Ιατρικής Οικονομίας, Αθήνα 1987 (mimeo)
13. Σαγανά Ι. : “Δημογραφία και Υγεία”, Διπλωματική Διατριβή, Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Τομέας Ιατρικής Οικονομίας, Αθήνα 1987

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

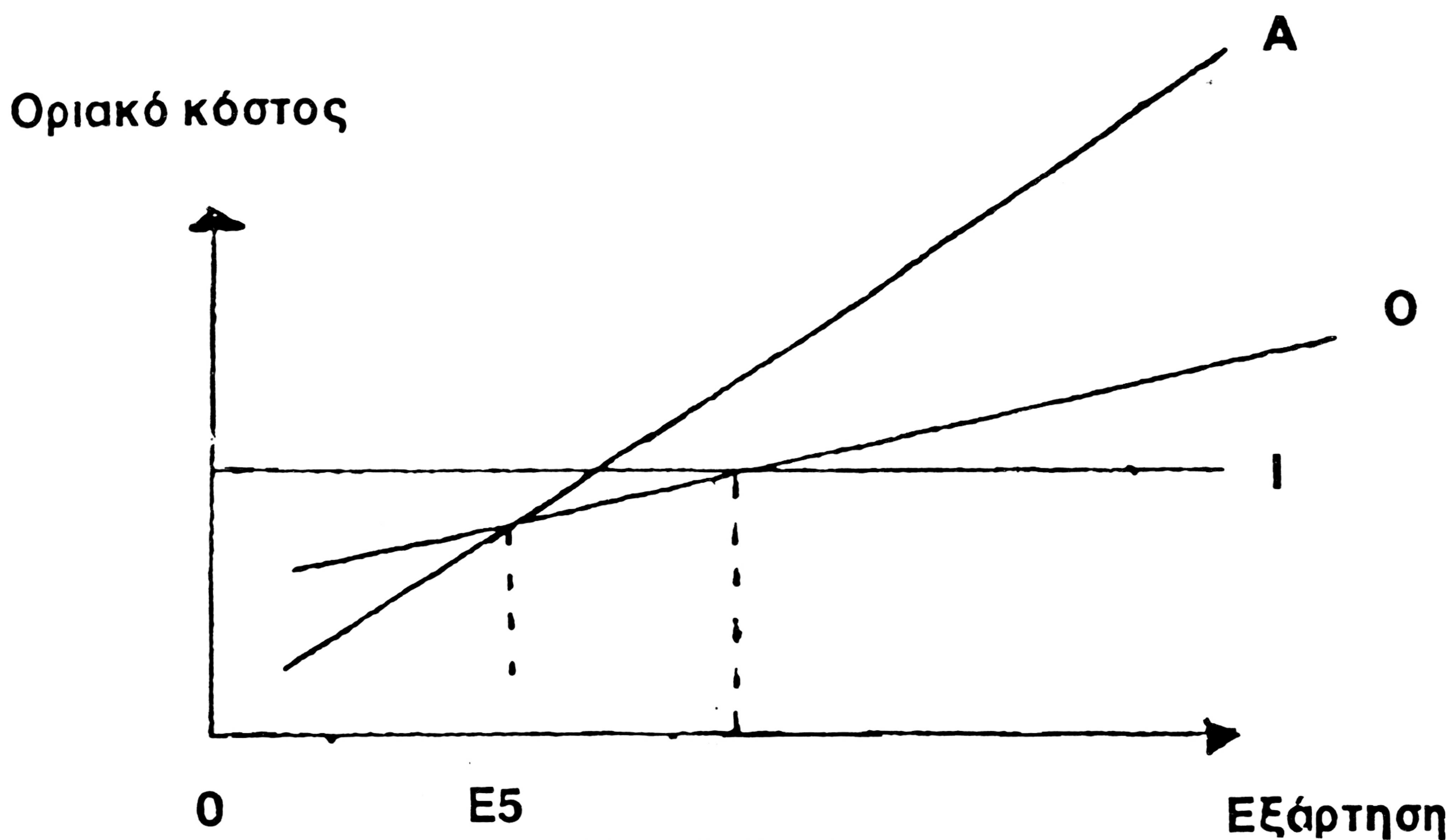
ΠΟΣΟΣΤΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ

ΧΩΡΑ	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Καναδάς	9.5	11.4	12.8	14.6	18.6	22.4	22.5	21.3
Γαλλία	14.0	13.8	15.3	16.3	19.5	21.8	22.7	22.3
Γερμανία	15.5	15.5	17.1	20.4	21.7	25.8	27.6	24.5
Ιταλία	13.5	13.8	15.3	17.3	19.4	21.9	24.2	22.6
Ιαπωνία	9.1	11.4	15.2	18.6	20.9	20.0	22.7	22.3
Μ. Βρετανία	14.9	15.1	14.5	14.6	16.3	19.2	20.4	18.7
Η.Π.Α.	11.3	12.2	12.2	12.8	16.2	19.5	19.8	19.3
Αυστραλία	9.6	11.1	11.7	12.6	15.4	18.2	19.7	19.4
Αυστρία	15.5	14.6	14.9	17.5	19.4	22.8	23.9	21.7
Βέλγιο	14.4	14.2	14.7	15.9	17.7	20.8	21.9	20.8
Δανία	14.4	15.3	14.9	16.7	20.1	22.6	24.7	23.2
Φινλανδία	12.0	13.1	14.4	16.8	21.7	23.8	23.1	22.7
Ελλάδα	13.1	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Ισλανδία	9.9	10.3	10.8	11.1	14.3	18.1	20.1	21.1
Ιρλανδία	10.7	11.3	11.1	11.1	12.6	14.7	16.9	18.9
Λουξεμβούργο	13.5	14.6	16.7	18.1	20.2	22.4	22.0	20.3
Κάτω Χώρες	11.5	12.7	13.5	15.1	18.9	23.0	24.8	22.6
Ν. Ζηλανδία	9.7	10.8	11.1	12.0	15.3	19.4	21.9	21.3
Νορβηγία	14.8	16.2	15.2	15.1	18.2	20.7	22.8	21.9
Πορτογαλλία	10.2	11.8	13.5	14.1	15.6	18.2	20.4	20.6
Ισπανία	10.9	12.7	14.4	15.5	17.0	19.6	22.7	22.9
Σουηδία	16.3	17.7	16.6	17.5	20.8	21.7	22.5	21.4
Ελβετία	13.8	14.8	16.7	20.5	24.4	27.3	28.3	26.3
Τουρκία	4.7	4.0	5.0	5.5	7.0	8.9	10.2	11.5
ΟΟΣΑ (Μέσος όρος)	12.2	13.0	13.9	15.3	17.9	20.5	21.9	21.2

Πηγή: ΟΟΣΑ, 1990

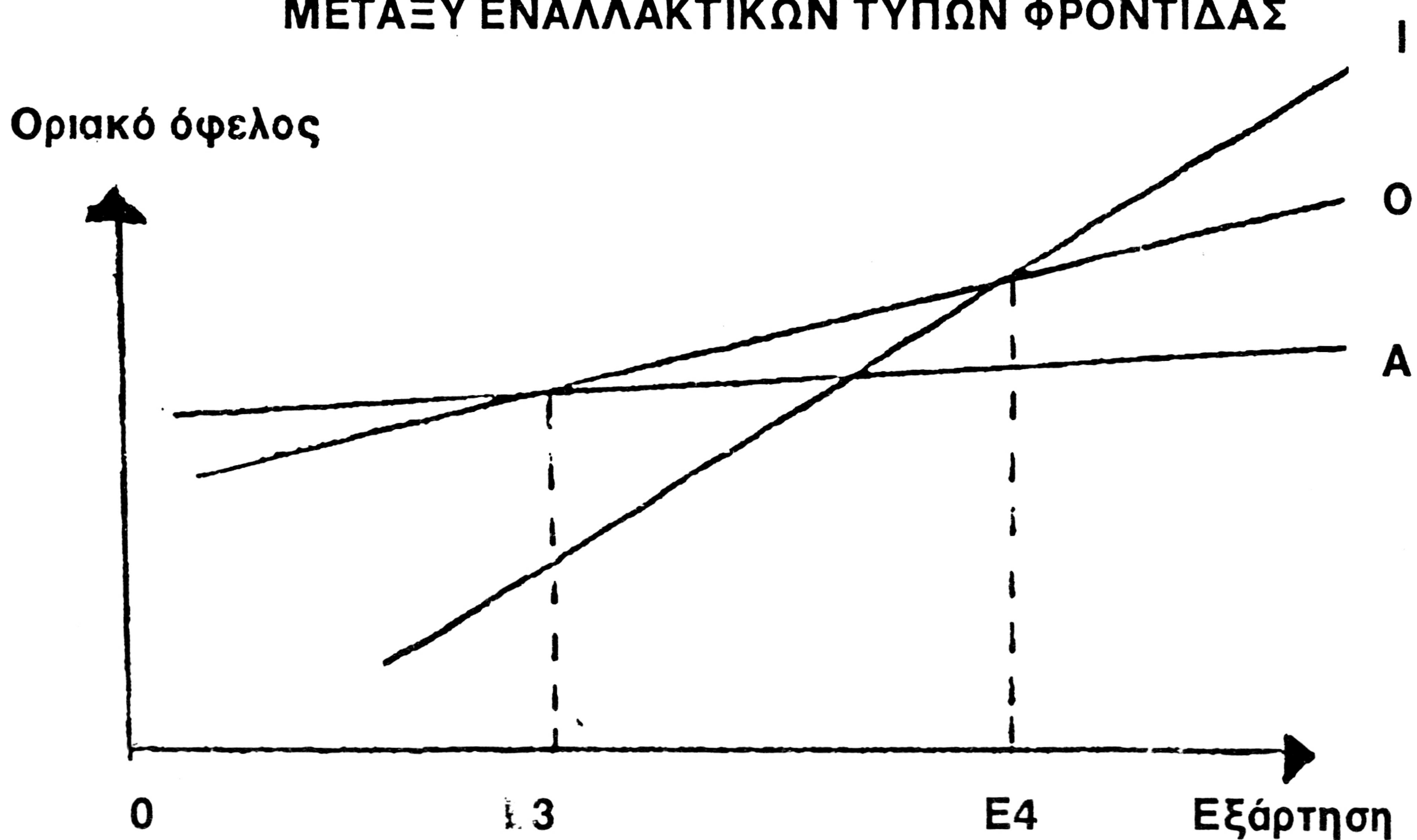


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1**  
**ΟΡΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ**  
**ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2**

**ΟΡΙΑΚΟ ΟΦΕΛΟΣ**  
**ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**





### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

#### ΟΡΙΑΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΟ ΟΦΕΛΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οριακό κόστος  
και Οριακό όφελος

