

**Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ»**

**ΜΗΝΑΣ ΖΙΓΚΙΡΙΔΗΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ**

**ΑΘΗΝΑ, 2009**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται μια προσπάθεια προσδιορισμού του πραγματικού ύψους των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Οι δαπάνες προσδιορίζονται τόσο σε σχέση με την προέλευση (πηγές) των κεφαλαίων (δημόσια ή ιδιωτική χρηματοδότηση), όσο και σε σχέση με την κατανομή των δαπανών στις διάφορες φροντίδες.

Η προσπάθεια αυτή, βασίζεται στη σύνθεση όλων σχεδόν των διαθέσιμων πρωτογενών και δευτερογενών πηγών και αποσκοπεί στην άμεση και συστηματική διάθεση των στοιχείων για την υποβοήθηση του κρίσιμου έργου της λήψης αποφάσεων για το σύστημα υγείας.

## **ABSTRACT**

In the present work we attempt to determine of real height of expenses of health in Greece. The expenses are determined so much concerning the origin (sources) the capital (public or private financing), what concerning the distribution of expenses various cares.

This effort, is based on the composition of all almost the available primary and secondary sources and aims in the direct and systematic disposal of elements for the assistance of critical work of decision-making for the system of health.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ τους γονείς μου Μάκη και Δήμητρα για την υπομονή, την στήριξη (οικονομική και ηθική) και την εμπιστοσύνη τους όλα αυτά τα χρόνια.



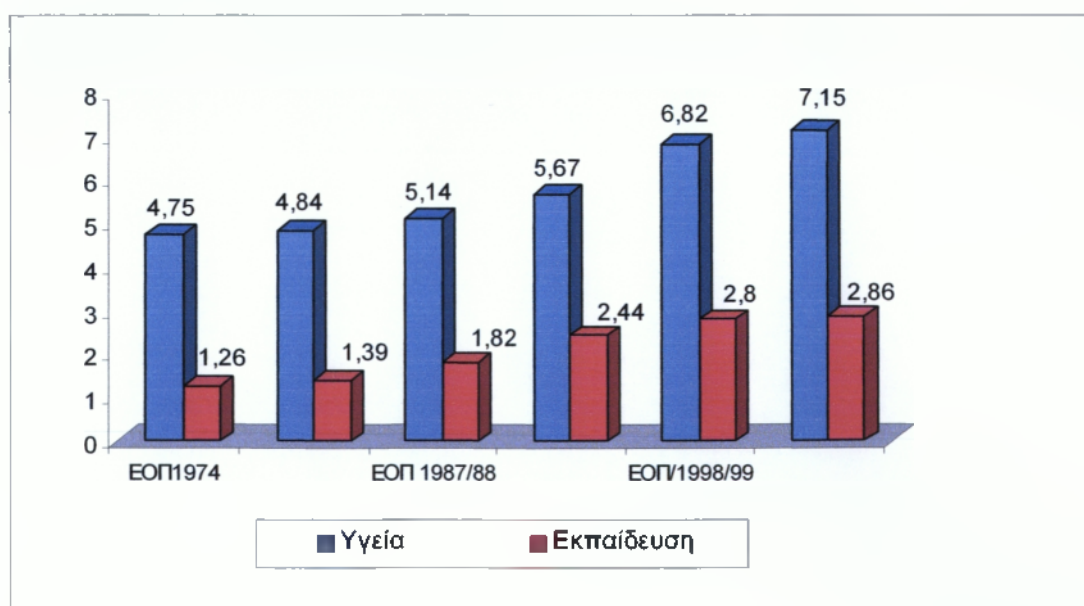
## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT .....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	9
1.1.1. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ .....	11
1.2. Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΩΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ.....	13
1.2.1. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ.....	13
1.2.2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ.....	15
1.3. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	16
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	26
3.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΦΤΩΧΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΦΤΩΧΩΝ .....	26
3.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	38
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται η δαπάνη για υγεία των ελληνικών νοικοκυριών με τη βοήθεια των απαντήσεών τους στην πιο πρόσφατη έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ). Η υγεία αποτελεί παράγοντα που βρίσκεται συνεχώς στο μυαλό των ελληνικών νοικοκυριών. Σε δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης, η υγεία ανέρχεται στον δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα ανησυχίας των ελληνικών νοικοκυριών για το 2007 μετά τις οικονομικές δυσκολίες (Λιαρόπουλος, 2007)<sup>1</sup>. Η σημασία της υγείας είναι εντονότερη διαχρονικά, όπως μαρτυρά το διαρκώς αυξανόμενο μερίδιο των δαπανών για υγεία στη συνολική καταναλωτική δαπάνη, που είναι μεγαλύτερο από το μερίδιο της δαπάνης για εκπαίδευση. Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 1.1** το ποσοστό αυτό αυξάνεται συνεχώς στις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) της ΕΣΥΕ από το 1974 και μετά, όπως αυξάνεται επίσης και η απόσταση από το αντίστοιχο μερίδιο των δαπανών για εκπαίδευση. Έτσι, η δαπάνη για υγεία συμβάλλει μέσω της κατανάλωσης στην επίσημη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα.

**Διάγραμμα 1.1** Ποσοστό δαπάνης για υγεία και εκπαίδευση ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών της χώρας



Πηγή: ΕΣΥΕ

<sup>1</sup> Λιαρόπουλος, Α., (2007), «Τι φοβάται ο Έλληνας σήμερα για το 2007;», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [http://chesme.nurs.uoa.portal/professor\\_message/323](http://chesme.nurs.uoa.portal/professor_message/323)

Επιπλέον, η υγεία συμβάλλει στη μη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα μέσω της φοροδιαφυγής. Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στη μελέτη Σίσκου (2006)<sup>2</sup>, η παραοικονομία στην υγεία ανέρχεται σε € 1.793,3 εκατ. Από το ποσό αυτό, το 11% αφορά άτυπες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας ή «φακελάκι» και το υπόλοιπο 89% αφορά πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη ή με μειωμένο καταγεγραμμένο ποσό στην απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με τον Schneider (2002), η παραοικονομία στην Ελλάδα υπολογίζεται στα € 51,8 δις και αντιστοιχεί στο 28,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Έτσι, το 3,6% της συνολικής παραοικονομίας στην Ελλάδα αποδίδεται στην Υγεία.<sup>3</sup> Σημαντική είναι και η συμβολή της μη καταγεγραμμένης δραστηριότητας στην υγεία στην πρόσφατη αναθεώρηση των εθνικών λογαριασμών από το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, η οποία αντιστοιχεί στο 3,8% της αναθεώρησης του ΑΕΠ.<sup>4</sup>

Μελέτες που έχουν γίνει για την υγεία στην Ελλάδα αφορούν κατά κύριο λόγο την ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων της αυτοαναφερόμενης υγείας των ηλικιωμένων και μη ηλικιωμένων νοικοκυριών, καθώς και την κοινωνική ανισότητα που υπάρχει στην παροχή των υπηρεσιών αυτών. Τέτοιες μελέτες είναι εκείνες των Κυριόπουλου, Γκρέγκορυ και Οικονόμου (2003), Μωυσίδη (2002), Koukouli, Vlachonicolis and Philalithis (2002)<sup>5</sup> και Μπαλούρδος, Τεπέρογλου και Φακιάλας

---

<sup>2</sup> Σίσκου, Ο., (2006), «Η παραοικονομία στην υγεία: τα πρώτα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313>.

<sup>3</sup> Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται από τη σχέση  $100 * \frac{€ 1,79 \text{ δις}}{€ 51,8 \text{ δις}}$ .

<sup>4</sup> Το ποσοστό αυτό για το 2005 υπολογίζεται με τη βοήθεια του ΑΕΠ πριν και μετά την αναθεώρηση ΑΕΠ<sub>Νέο</sub> και ΑΕΠ<sub>Παλαιό</sub> αντίστοιχα από τη σχέση  $100 * \left\{ \frac{\text{Παραοικονομία στην Υγεία}}{(\text{ΑΕΠ}_{\text{Νέο}}, \text{ΑΕΠ}_{\text{Παλαιό}})} \right\} = 100 * \left\{ \frac{€ 1,79 \text{ δις}}{(€ 228,2 \text{ δις} - € 181,1 \text{ δις})} \right\}$ .

<sup>5</sup> Koukouli, S., Vlachonicolis, I.G., Philalithis, A., (2002). «Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support», BMC Health Services Research, 2, 20-33.

(1999)<sup>6</sup>. Η μόνη παρεμφερής μελέτη με την παρούσα είναι των Ματσαγγάνη και Μητράκου (2000), σύμφωνα με την οποία η ηλικία, το βιοτικό επίπεδο και το μέγεθος του νοικοκυριού είναι οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της δαπάνης για υγεία των νοικοκυριών της ΕΟΠ 1993/94.

Στην ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιείται το πιο πρόσφατο δείγμα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διενήργησε η ΕΣΥΕ κατά την περίοδο 2004/05. Αναλύεται η σχέση μεταξύ της δαπάνης για υγεία των «φτωχών» και «μη φτωχών» νοικοκυριών και των αντίστοιχων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους, όπως η απασχόληση, η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική ασφάλιση, η εθνικότητα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, το μέγεθος και το ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας του νοικοκυριού. Στην παρούσα μελέτη «φτωχά» θεωρούνται τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας με συνολική καταναλωτική δαπάνη κάτω από το 60% της διαμέσου του δείγματος. Αντίθετα, «μη φτωχά» είναι τα νοικοκυριά με καταναλωτική δαπάνη μεγαλύτερη από το 60% της διαμέσου του δείγματος τα οποία δεν αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας.

Στη συνέχεια, οι δαπάνες για υγεία διαχωρίζονται ανάλογα με το δημόσιο ή ιδιωτικό τους χαρακτήρα και εξετάζεται η σχέση μεταξύ δημόσιας-ιδιωτικής δαπάνης και των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών, με τη βοήθεια των απαντήσεων σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

---

<sup>6</sup> Μπαλούρδος, Δ., Τελέρογλου, Α., Φακιάλας Ν., (1999), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο Καραντίνος Δ., Μαράτου-Αλιμπραντή Α., Φρονίμου Ε.,(Επιμ.), «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 77-111

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης, τα κράτη μέλη, δίνουν μεγάλη σημασία στην κοινωνική πολιτική. Στόχος της κοινωνικής πολιτικής είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενέστερων κοινωνικά τάξεων, εάν και η εφαρμογή της έχει πολλά μειονεκτήματα<sup>7</sup>

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης της υγείας είναι η φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές. Άλλοι επιμέρους τρόποι είναι οι Άμεσοι ή έμμεσοι, γενικοί ή ειδικοί και εθνικοί ή τοπικοί. Η χρηματοδότηση της κοινωνική ασφάλισης, επιτυγχάνεται από τις εισφορές υγείας που υπολογίζονται μέσω των κρατήσεων από το μισθό των εργαζομένων και μέσω της συμμετοχής των εργαζομένων από ένα ποσοστό του μισθού. Οι εργαζόμενοι και οι άλλοι δικαιούχοι των υγειονομικών παροχών είτε έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ασφαλιστικό που εκείνοι επιθυμούν, είτε εγγράφονται στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία βάση του επαγγέλματός τους και του τόπου διαμονής τους. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας επιλέγεται είτε από τους εργοδότες για λογαριασμό των εργαζομένων και το ασφαλιστρο βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό των ίδιων των ασφαλισμένων, στο ιατρικό ιστορικό των κατοίκων μιας γεωγραφικής περιοχής ή στο ιατρικό ιστορικό μιας ομάδας ασφαλισμένων που απασχολούνται στην ίδια επιχείρηση.

Άλλος τρόπος χρηματοδότησης είναι οι ιδιωτικές πληρωμές από τους ίδιους τους ιδιώτες και καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό υγείας που πληρώνεται από τους ιδιώτες διαφέρει μεταξύ των

---

<sup>7</sup> Feldman, H., (2002), «How social is European social policy?», *International Journal of Social Economics*, vol.29, no.7, pp.547-574

χωρών<sup>8</sup> Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις<sup>9</sup>

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι η αρχή της *μακρο-οικονομικής* αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

Η αρχή της *μικρο-οικονομικής* αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος

Η αρχή της *ισότητας στη χρηματοδότηση*, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του μεταξύ

---

<sup>8</sup> Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)

<sup>9</sup> Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)



του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη<sup>10</sup>

### 1.1.1. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης κατά φθίνουσα σειρά ισοτιμίας είναι η Άμεση φορολογία, η Κοινωνική ασφάλιση, η Έμμεση φορολογία, η Ιδιωτική Ασφάλιση και οι Πληρωμές των χρηστών

Η **άμεση φορολογία** περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η κοινωνική ασφάλιση είναι οι εισφορές που υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης

Η **έμμεση φορολογία** εφαρμόζεται επί των συναλλαγών (π.χ αγοροπωλησίες ακινήτων) και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική η οποία καλύπτει τις ανάγκες όλου του προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας, και ειδική ή υποθηκευμένη (hypothecated), η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό, και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού (γνωστοί και ως «φόροι αμαρτίας»-«sin taxes»)<sup>11</sup>

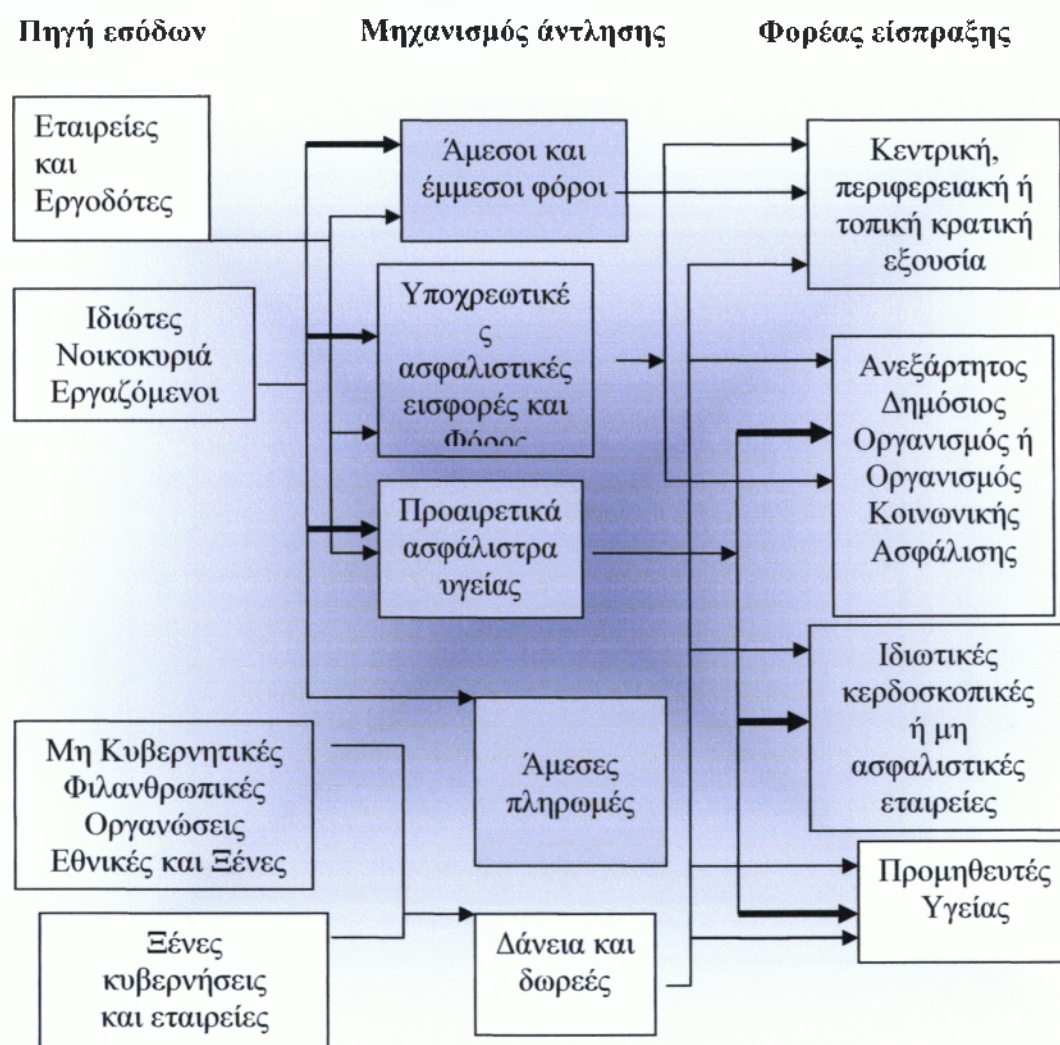
---

<sup>10</sup> Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)

<sup>11</sup> Μωυσίδης, Α. (2002), «Κοινωνικός αποκλεισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο. Το πρόβλημα των ηλικιωμένων», στο Δημουλάς,

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται διαγραμματικές οι κυριότερες πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα

**Σχήμα 1: Σχηματική παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα**



Τα έσοδα πηγάζουν κυρίως από τον πληθυσμό, φυσικά (άτομα, νοικοκυριά και εργαζόμενοι) και νομικά πρόσωπα (επιχειρήσεις, οργανισμοί και εργοδότες), μικρό δε αναλογικά μέρος προέρχεται από την κοινωνική οικονομία (φιλανθρωπικοί φορείς

Κ., Εξαρχος, Γ., Μουσουρού, Λ., Μωυσίδης, Α., Ρόμπολης, Σ., Τσαούσης, Δ., Τσιάκαλος Γ., Ψημμένος, Ι., (Επιμ.), «Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 121-150



και μη κυβερνητικές οργανώσεις) και από ξένη βοήθεια (διεθνείς οργανισμοί και εταιρίες).

Το είδος της πληρωμής περιλαμβάνει · Φόρους (άμεσους και έμμεσους), · Εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας, ασφάλιστρα εθελοντικής ασφάλισης υγείας (ιδιωτική ασφάλιση κερδοσκοπικής και μη μορφής), αποταμιεύσεις (σε ατομικό λογαριασμό υγείας), δωρεές (από την κοινωνική οικονομία - φιλανθρωπικοί φορείς και μη κυβερνητικές οργανώσεις) και Δάνεια (διεθνείς οργανισμοί και εταιρίες) <sup>12</sup>

## **1.2. Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΩΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ**

### **1.2.1. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ**

Βασικό αίτιο της φτώχειας είναι η ανεργία. Η αναδιάρθρωση των παραγωγικών δομών της χώρας δεν συνοδεύτηκε από έγκαιρη μέριμνα για άρση των συνεπειών που αυτή θα έχει στην απασχόληση. Αναγκαία είναι και η αναδιοργάνωση της εκπαίδευσης σε σχολικό και πανεπιστημιακό επίπεδο ώστε να αντιμετωπιστούν οι αλλαγές στην αγορά εργασίας και να προσανατολιστούν οι νέοι και το εργατικό δυναμικό της χώρας μέσω της επαγγελματικής κατάρτισής τους

Η αντιμετώπιση της φτώχειας γίνεται στην εποχή μας ακόμη δυσχερέστερη λόγω αλλαγής της δομής της οικογένειας εξαιτίας της οποίας η τελευταία δεν μπορεί να επιτελέσει όπως παλιότερα την αλληλοϋποστηρικτική λειτουργία της. Η αύξηση των πυρηνικών οικογενειών (γονείς και τέκνα) καθώς και των μονογονεϊκών οικογενειών και η αύξηση της κινητικότητας του πληθυσμού μετά την είσοδό του σε παραγωγική ηλικία μείωσε τη δυνατότητα στήριξης από τους γονείς προς τα ενήλικα τέκνα και αντίστροφα.

---

<sup>12</sup> Παρασκευόπουλος, 2009α, Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας: Κανονιστική ανάλυση της χρηματοδοτικής εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://195.130.95.12/eclass/DYGPR155/document/%C8%E5%EC%E1%F4%E9%EA%DD%F2%20%E5%ED%FC%F4%E7%F4%E5%F2/%C8%C5%CC%C1%D4%C9%CA%C7%20%C5%CD%CF%D4%C7%D4%C1%203.pdf>

Στην όξυνση του φαινομένου της φτώχειας συνέβαλε και η συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στην πρωτεύουσα. Όπως είναι φυσικό η διαβίωση των ανέργων στα αστικά κέντρα καθιστά πιο επώδυνες τις συνέπειες της φτώχειας καθώς στην ύπαιθρο συνήθως ήταν εξασφαλισμένα τα στοιχειώδη μέσα διαβίωσης (στέγη και διατροφή).

Έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Αν και τα διατιθέμενα κονδύλια για την κοινωνική πρόνοια, συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα άλλων μεσογειακών χωρών της ΕΕ δεν είναι χαμηλά ωστόσο το πρόβλημα βρίσκεται στον τρόπο διάθεσης των κονδυλίων αυτών και στο διοικητικό κόστος της κοινωνικής πολιτικής που είναι δυσανάλογα μεγάλο. Το αποτέλεσμα είναι ότι σημαντικό μέρος των πόρων να μη φτάνει ποτέ στους πραγματικούς αποδέκτες της που είναι οι φτωχοί.

Τα προβλήματα που εντοπίσαμε στο σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας εμφανίζονται και στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης όπου εντοπίζεται μια άλλη σημαντική κατηγορία φτωχών, οι ηλικιωμένοι, είτε ανασφάλιστοι είτε χαμηλοσυνταξιούχοι. Παράγοντας όξυνσης του φαινομένου της φτώχειας είναι ακόμη η χρόνια έλλειψη ασφαλιστικής συνείδησης και η εισφοροδιαφυγή.

Η αδυναμία του κρατικού μηχανισμού να συλλέξει πόρους πολύτιμους για την κοινωνική πολιτική της χώρας δεν εντοπίζεται μόνο στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης αλλά χαρακτηρίζει και το φορολογικό μας σύστημα, το οποίο δεν επιτελεί ικανοποιητικά τον αναδιανεμητικό του ρόλο.

Το χρηματοπιστωτικό σύστημα στην Ελλάδα δεν επιτέλεσε στον επιθυμητό βαθμό τον αναπτυξιακό του ρόλο καθώς τα δάνεια συχνά δίνονται με κριτήρια μη αναπτυξιακά. Η μη πρόσφορη αξιοποίηση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας (άτοκη δέσμευση ή εντοκισμός με πολύ χαμηλό επιτόκιο στην Τράπεζα της Ελλάδος) περιόρισε τις δυνατότητες μιας κοινωνικά δίκαιης αξιοποίησης των σημαντικών αυτών οικονομικών πόρων.

Σε όλα αυτά, που αποτελούν ενδογενείς παράγοντες της φτώχειας στη χώρα μας, υπάρχουν και δύο εξωγενείς παράγοντες που συμβάλλουν στην όξυνση του φαινομένου. Ο πρώτος είναι η μείωση των μεταναστών, των ανέργων και των εν

γίνει φτωχών Ελλήνων στο εξωτερικό γεγονός που στις πρώτες μεταπολεμικές περιόδους αλλά και παλαιότερα μείωνε την ανεργία και τη φτώχεια στην Ελλάδα.<sup>13</sup>

Ο δεύτερος παράγοντας – αντίστροφος του πρώτου – είναι η αύξηση της εισροής οικονομικών μεταναστών προς την Ελλάδα, οι οποίοι έρχονται συνήθως χωρίς να έχουν εκ των προτέρων εξασφαλίσει εργασία και στέγη με αποτέλεσμα να προστίθενται και αυτοί στα φτωχά στρώματα του πληθυσμού.

### **1.2.2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ**

Η φτώχεια εκτός από τις άμεσες συνέπειες για τους ίδιους τους φτωχούς (αδυναμία συντήρησης του ίδιου και της οικογένειάς του, αδυναμία πρόσβασης στα υλικά και πολιτιστικά αγαθά) επιφέρει και μια σειρά παράπλευρων συνεπειών που αντανακλούν στο κοινωνικό σύνολο και στην οικονομία της χώρας.

Το αίσθημα ανασφάλειας και η μείωση της αυτοεκτίμησης έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της δυνατότητας του φτωχού για δυναμική παρέμβαση στα πράγματα και τη σταδιακή απώλεια κάθε επαφής του με την παραγωγική διαδικασία αλλά και τα θεμελιώδη δικαιώματά του (αποκλεισμός από το δικαίωμα για μόρφωση, αξιοπρεπή στέγαση, πρόσβαση στη κοινωνική προστασία, περίθαλψη κλπ). Στην οικογένεια του φτωχού τα παιδιά έχουν λιγότερες δυνατότητες μόρφωσης και για επαγγελματική αποκατάσταση. Οι συνέπειες για την οικογένεια του φτωχού επιτείνονται όταν η φτώχεια συνδυάζεται και με την ανεργία, καθώς χάνεται το πλαίσιο της οικογένειας η εργασιοκεντρική θεώρηση της κοινωνίας και της ζωής και συνεπώς αναζητούνται εναλλακτικές μέθοδοι που δεν κινούνται στο πλαίσιο της νομιμότητας.

Οι συνέπειες όμως της φτώχειας δεν περιορίζονται μόνο στους φτωχούς, αλλά διαπερνούν το σύνολο της οικονομίας και της κοινωνίας. Σε οικονομικό επίπεδο, απομακρύνεται κατ' αρχήν από την αγορά εργασίας ένα σημαντικό τμήμα του

---

<sup>13</sup> Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας, (2003), «Ενημέρωση 2003», Θέσεις της ΓΣΕΕ για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, περιοδικό ΙΝΕΓΣΕΕ, Τεύχος 98, Σεπτέμβριος 2003

ενεργού πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μην αξιοποιείται το σύνολο του παραγωγικού δυναμικού της χώρας.

Σε δημοσιονομικό επίπεδο η φτώχεια στερεί από το κράτος έσοδα καθώς δεν υπάρχει εισόδημα για να φορολογήσει. Η παρατεταμένη φτώχεια όμως αποκόπτει τους φτωχούς και από τον κοινωνικό κορμό της χώρας καθώς τους εμποδίζει να συμμετέχουν στις κοινές αξίες της κοινωνίας και τους στερεί την απόλαυση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων που προβλέπονται από το Σύνταγμα, ενώ ο φτωχός στερείται κινήτρων για συμμετοχή στη πολιτική διαδικασία. Ο αποκλεισμός των φτωχών από τη πολιτική διαδικασία ανατρέπει τις λεπτές ισορροπίες του πολιτικού συστήματος καθώς επιτρέπει στις ισχυρότερες οικονομικά ομάδες να έχουν δυσανάλογα μεγάλη επιρροή στο πολιτικό γίγνεσθαι <sup>14</sup>

### **1.3. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στη σχετική βιβλιογραφία (Κυριόπουλος και Νιάκας 1991, Κυριόπουλος 1993, Σούλης 1998), η πορεία των δαπανών υγείας στη χώρα μας, παρουσιάζει σε σχέση με τη γενικότερη οικονομική συγκυρία μια «παράδοξη» πορεία, τουλάχιστον μέχρι τη δεκαετία του '90. Συγκεκριμένα, οι κοινωνικές δαπάνες και κατ' επέκταση οι δαπάνες υγείας, αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και ενώ ήδη το κράτος πρόνοιας περνά σημαντική κρίση στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες <sup>15</sup>

Η ιδιομορφία αυτή, ερμηνεύεται από το γεγονός ότι κατά τη μεταπολίτευση και τα χρόνια που ακολούθησαν, άρχισαν να ωριμάζουν οι πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες, για τη σταδιακή ικανοποίηση των συσσωρευμένων κοινωνικών αιτημάτων,

---

<sup>14</sup> Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας, (2003), «Ενημέρωση 2003», Θέσεις της ΓΣΕΕ για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, περιοδικό ΙΝΕΓΣΕΕ, Τεύχος 98, Σεπτέμβριος 2003

<sup>15</sup> Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003), «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

μεταξύ των οποίων και το αίτημα για δωρεάν υγεία και καθολική κάλυψη του πληθυσμού <sup>16</sup>

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι παρά τη σταθερή αύξηση που εμφανίζουν οι δαπάνες υγείας στη χώρα μας μετά το 1975, αυτές έφτασαν να προσεγγίζουν τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, στα μέσα της περασμένης δεκαετίας (Πίνακας 1)

**Πίνακας 1: δαπάνες υγείας**

<i>Χώρα</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>1997</i>
<i>Αυστραλία</i>	7,3	8,3	8,3
<i>Αυστρία</i>	7,7	7,2	7,9
<i>Βέλγιο</i>	6,5	7,5	7,6
<i>Καναδάς</i>	7,3	9,2	9,3
<i>Δανία</i>	8,7	8,2	7,7
<i>Φιλανδία</i>	6,5	8,0	7,3
<i>Γαλλία</i>	7,6	8,9	9,9
<i>Γερμανία</i>	8,8	8,7	10,4
<i>Ελλάδα</i>	6,6	7,6	8,5
<i>Ισλανδία</i>	6,2	7,9	8,0
<i>Ιρλανδία</i>	8,7	6,7	7,0
<i>Ιταλία</i>	7,0	8,1	7,8
<i>Ιαπωνία</i>	6,4	6,0	7,3
<i>Κορέα</i>	2,9	3,9	4,0
<i>Λουξεμβούργο</i>	6,2	6,6	7,1
<i>Ολλανδία</i>	7,9	8,3	8,5

<sup>16</sup> Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003), «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

<i>Νέα Ζηλανδία</i>	6,0	7,0	7,6
<i>Νορβηγία</i>	7,0	7,8	7,4
<i>Πορτογαλία</i>	5,8	6,5	8,2
<i>Ισπανία</i>	5,6	6,9	7,4
<i>Σουηδία</i>	9,4	8,8	8,6
<i>Ελβετία</i>	6,9	8,3	10,2
<i>Βρετανία</i>	5,6	6,0	

Πηγή: Schneider, F., (2002), «Size and measurement of the informal economy in 110 countries around the world», World Bank working paper, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[http://ru.worldbank.org/Documents/PapersLinks/informal\\_economy.pdf](http://ru.worldbank.org/Documents/PapersLinks/informal_economy.pdf)

Από την εξέταση των εν λόγω μεγεθών κατά το διάστημα 1989-2000 (Πίνακας 2), διαπιστώνεται μια ραγδαία αύξηση της συνολικής δαπάνης για την υγεία στη χώρα μας η οποία πλέον φθάνει στα 3,7 τρισ. δρχ. ήτοι 9,1% επί του ΑΕΠ1718 Το ποσοστό μάλιστα αυτό, ξεπερνά τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Πάντως, αξίζει να αναφερθεί ότι αντίστοιχη εξέλιξη εμφανίζεται σε όλα σχεδόν τα ανεπτυγμένα βιομηχανικά κράτη της δύσης, ως απόρροια της ανόδου του βιοτικού επιπέδου και επιπλέον της αλματώδους ανάπτυξης της βιομηχανικής παραγωγής ιατρικής τεχνολογίας<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Υπολογίστηκαν με βάση τα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών και των Οικογενειακών Προϋπολογισμών ως προς την ιδιωτική δαπάνη (\* Στην αναθεωρημένη τους έκδοση τα στοιχεία συμφωνούν και με τα αντίστοιχα του ΟΟΣΑ).

<sup>18</sup> Δεν περιλαμβάνονται οι παροχές σε χρήμα, εκτός των μεταβιβαστικών πληρωμών, που καταβάλλονται εκ των υστέρων ως επιστροφή.

<sup>19</sup> Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148



**Πίνακας 2: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας (σε εκατ. δρχ. και ως % επί του ΑΕΠ 1989-2000)**

Δαπάνες	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Συνολική δαπάνη υγείας</i>	1275718	1555710	1754264	2000232	2247461	2494607	2816689	2973461	3424927	3729813
<i>Δημόσια δαπάνη υγείας</i>	779064	913909	1020855	1175196	1313980	1464097	1624675	1689662	1980178	2138592
<i>Ιδιωτική δαπάνη υγείας</i>	496654	641801	733409	825036	927481	1030510	1192014	1283799	1444749	1591221
<i>Δημόσια δαπάνη υγείας ως % ΑΕΠ</i>	4,8	4,9	4,8	4,9	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
<i>Συν. δαπάνη υγείας(%ΑΕΠ)</i>	7,9	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1
<i>Ιδ. δαπάνη υγείας (%ΑΕΠ)</i>	3,1	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9

Πηγή: OECD, Health Data, (Σουλιώτης, 2001, σελ.68) ΕΣΥΕ Εθνικοί Λογαριασμοί (σειρά ετών) ΕΣΥΕ Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών

Αναφορικά με τη σύνθεση των δαπανών υγείας, είναι εμφανές ότι αποτυπώνει σε μεγάλο βαθμό τον άναρχο τρόπο δόμησης του συστήματος, καθώς και τις χωρίς συνέχεια και μακρόπνοο σχεδιασμό παρεμβάσεις της πολιτικής υγείας (Πίνακας 3). Συγκεκριμένα, κατά τη δεκαετία του '80 οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται σημαντικά, παράλληλα με την αύξηση της δημόσιας - και κυρίως της νοσοκομειακής υποδομής σε πόρους υγείας. Την ίδια στιγμή, ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει κάμψη, για να επανέλθει από τα μέσα της ίδιας δεκαετίας και πιο έντονα από τις αρχές της δεκαετίας του '90, αρχικά με την ανάπτυξη του κλάδου των διαγνωστικών κέντρων και έπειτα με τη δημιουργία μεγάλων επιχειρηματικών σχημάτων, που χαρακτηρίζονται από την καθετοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών<sup>20</sup>

Παράλληλα, μια σειρά από παράγοντες όπως η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η αύξηση των υγειονομικών πόρων κλπ, οδήγησαν στην αύξηση της ζήτησης και στην ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας. Με αυτά τα δεδομένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έφτασαν σε πολύ υψηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες χώρες που υιοθέτησαν εθνικά συστήματα υγείας

Σε παλαιότερη προσέγγιση, η παραοικονομία στην ιδιωτική δαπάνη υγείας είχε υπολογιστεί σε 143 δισ. δρχ. για το 1988 και σε 269 δισ. δρχ. για το 1994, ποσό που αναγόμενο στις συνολικές δαπάνες υγείας, μεταφράζεται σε ποσοστό της τάξης του 16,9% (Κυριόπουλος και Καραλής 1997). Μια βασική λοιπόν σταθερά του συστήματος υγείας της χώρας μας, είναι η ανάπτυξη άτυπων και παραοικονομικών συναλλαγών οι οποίες στην παρούσα μελέτη έχουν ενσωματωθεί στους υπολογισμούς, τουλάχιστον κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους

---

<sup>20</sup> Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148



**Πίνακας 3: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας (σε εκατ. δρχ. και ως % επί του ΑΕΠ 1989-2000)**

<i>Δαπάνες</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>
<i>Δημόσια Δαπάνη</i>	63,54	62,70	61,07	58,75	58,19	58,75
<i>Ιδιωτική Δαπάνη</i>	36,46	37,30	38,93	41,25	41,81	41,25
<i>Δαπάνες</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
<i>Δημόσια Δαπάνης (%)</i>	58,73	58,69	57,68	56,82	57,82	57,34
<i>Ιδιωτική Δαπάνη (%)</i>	41,27	41,31	42,32	43,18	42,18	42,66

Πηγή: OECD, Health Data, (Σουλιώτης, 2001, σελ.68)

**Πίνακας 4: Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως % επί του συνόλου των δαπανών (1989-2000)**

<i>Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως % επί του συνόλου των δαπανών (1989-2000)</i>												
<b>ΔΑΠΑΝΕΣ</b>	1999	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Δημόσια Δαπάνη</i>	63,54	62,70	61,07	58,75	58,19	58,75	58,73	58,69	57,68	56,82	57,82	57,34
<i>Ιδιωτική Δαπάνη</i>	36,46	37,30	38,93	41,25	41,81	41,25	41,27	41,31	42,32	43,18	42,18	42,66

*Πηγή: (α) OECD, Health Data, (β) ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί (σειρά ετών), (γ) ΕΣΥΕ, Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών*

Με δεδομένα τα παραπάνω, διαπιστώνεται (Πίνακας 3), ότι για το διάστημα 1989-2000 οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ οι ιδιωτικές κατά 1,2 ποσοστιαίες μονάδες. Αυτή η εξέλιξη, αιτιολογεί και την υψηλή συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών, οι οποίες όπως προαναφέρθηκε, υπερβαίνουν σταθερά τα τελευταία χρόνια το 40% του συνόλου των δαπανών υγείας <sup>21</sup>

Σημειώνεται ότι το φαινόμενο αυτό συνιστά ένα σημαντικό πεδίο προβληματισμού για την άσκηση της πολιτικής υγείας, αφού ουσιαστικά σημαίνει ότι ένα μεγάλο μέρος του κόστους των υπηρεσιών μετακυλύεται στα νοικοκυριά, επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα και ακυρώνοντας την ασφαλιστική κάλυψη.

Σύμφωνα με την έρευνα της ΕΣΥΕ για τις δαπάνες των νοικοκυριών το 2001 οι δαπάνες για την Υγεία στα Ελληνικά Νοικοκυριά κυμαίνονται στο 1,01% (πίνακας 5) του συνόλου των δαπανών. Με την έρευνα αυτή τα μη δειγματοληπτικά σφάλματα περιορίστηκαν σε παραδεκτά όρια, γιατί σε όλα τα στάδια διενέργειας της έρευνας είχαν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό στο ελάχιστο των σφαλμάτων αυτών, αν και για ορισμένα είδη δαπανών υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις, ότι είναι σημαντικά υποεκτιμημένες και αυτό οφείλεται, στην παροχή μη ακριβών πληροφοριών, ιδιαίτερα για δαπάνες προσωπικού χαρακτήρα. Τα μη δειγματοληπτικά σφάλματα είναι θετικά και ως εκ τούτου δημιουργούν μία μικρή υπερεκτίμηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Οι συγκεκριμένες υπερεκτιμήσεις σε ποσοστά επί τοις εκατό κυμαίνονται από 0,26% έως 2,02% και αναλυτικά είναι οι ακόλουθες <sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148

<sup>22</sup> Σίσκου, Ο., (2006), «Η παραοικονομία στην υγεία: τα πρώτα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313>.

**Πίνακας 5: Δαπάνες Νοικοκυριών**

A/a	ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	(%)
	Σύνολο αγορών	0,50
1	Είδη διατροφής	0,27
2	Οινοπνευματώδη ποτά και καπνός	0,26
3	Είδη ένδυσης και υπόδησης	0,55
4	Στέγαση - ηλεκτρισμός - ύδρευση - καύσιμα	0,34
5	Διαρκή αγαθά οικιακής χρήσεως	0,62
6	Υγεία	1,01
7	Μεταφορές	0,56
8	Επικοινωνίες	0,55
9	Αναψυχή και πολιτισμός	0,85
10	Εκπαίδευση	0,66
11	Ξενοδοχεία, εστιατόρια, καφενεία	0,62
12	Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες	2,02

Πηγή: ΕΣΥΕ, 2001

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα στατιστικά δεδομένα που χρησιμοποιούνται στην παρούσα ανασκόπηση αντλήθηκαν από την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ). Το δείγμα [6.555 νοικοκυριά] που χρησιμοποιήθηκε είναι το πιο πρόσφατο της Έρευνας των Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διενήργησε η ΕΣΥΕ κατά την περίοδο 2004/05. Το θέμα που αναλύεται αφορά τη σχέση μεταξύ της δαπάνης για την υγεία των «φτωχών» και «μη φτωχών» νοικοκυριών.

Το συγκεκριμένο θέμα αναλύθηκε με βάση συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως είναι: η απασχόληση, η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική ασφάλιση, η εθνικότητα του υπεύθυνου του νοικοκυριού και τέλος το μέγεθος και το ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας του νοικοκυριού. Μελετήθηκαν δαπάνες που αφορούσαν φαρμακευτικά είδη-θεραπευτικές συσκευές-εξοπλισμό, υπηρεσίες μη νοσοκομειακών ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη) και των δυο οικονομικών κατηγοριών (φτωχά και μη φτωχά νοικοκυριά).

Οι δαπάνες για την υγεία χωρίστηκαν σε 2 κατηγορίες: στην δημόσια περίθαλψη και την ιδιωτική και τα στοιχεία δόθηκαν από τις απαντήσεις σχετικά με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Τέλος, για τον υπολογισμό της γραμμής φτώχειας χρησιμοποιήθηκε η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, που ορίζεται ως η σταθμισμένη συνολική δαπάνη των μελών του νοικοκυριού με τις σταθμίσεις να προσδιορίζονται από την ηλικία του αντίστοιχου μέλους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

### 3.1. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΦΤΩΧΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΦΤΩΧΩΝ

Η ανάλυση της καταναλωτικής συμπεριφοράς των νοικοκυριών αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία γίνεται με τη βοήθεια της τελευταίας δειγματοληπτικής Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ 2004/05) που διενεργήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2004 - Ιανουάριος 2005. Στην έρευνα αυτή καταγράφονται μεταξύ άλλων, οι απαντήσεις 6.555 νοικοκυριών αναφορικά με δαπάνες για φαρμακευτικά είδη-θεραπευτικές συσκευές-εξοπλισμό, υπηρεσίες μη νοσοκομειακών ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη. Για να καταχωρηθούν οι δαπάνες υγείας, πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ή υπήρξαν μέλη του κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος π.χ. από ασφαλιστικό οργανισμό ή το κράτος και έχουν εκφραστεί ανά μέλος του νοικοκυριού.

Η καταναλωτική δαπάνη κάθε ατόμου προσδιορίζεται από την αγοραστική του δύναμη, δηλαδή τη δυνατότητα που του δίνει το εισόδημά του να καταναλώσει. Έτσι, άτομα με διαφορετικό εισόδημα διαφέρουν και ως προς την ποσότητα από το εκάστοτε αγαθό που καταναλώνουν. Επιπλέον, η οικονομική θεωρία διδάσκει ότι όταν το εισόδημα ενός πλούσιου καταναλωτή αυξάνεται, εκείνος δαπανά μικρότερο μέρος του επιπλέον εισοδήματος. Το αντίθετο συμβαίνει για τους καταναλωτές μικρότερων εισοδηματικών κατηγοριών. Οι παραπάνω διαφορές στην καταναλωτική συμπεριφορά μεταξύ φτωχών και μη φτωχών ενδέχεται να ισχύουν και αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία. Για παράδειγμα, οι φτωχοί μπορεί να ξοδεύουν λιγότερα για υγεία απ' ό,τι οι μη φτωχοί, καθώς τα εισοδήματά τους δεν επαρκούν για την πραγματοποίηση μεγάλου ύψους δαπάνης.

Στη συνέχεια οι δαπάνες για υγεία των φτωχών διαχωρίζονται από τις δαπάνες των μη φτωχών της έρευνας με τη βοήθεια της γραμμής της φτώχειας. Η γραμμή της φτώχειας ορίζεται από το 60% της διαμέσου της ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης. Τα νοικοκυριά με καταναλωτική δαπάνη κάτω από τη γραμμή αυτή είναι φτωχότερα συγκριτικά με το σύνολο των νοικοκυριών της έρευνας. Ο ορισμός αυτός

είναι συνεπής με έναν εκ των δύο ορισμών της φτώχειας που είναι η σχετική φτώχεια, δηλαδή το ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν με εισόδημα κατώτερο ενός ποσοστού του εισοδήματος - 60% για την Ελλάδα σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Ο εναλλακτικός ορισμός της φτώχειας είναι η απόλυτη φτώχεια, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού που ζει με λιγότερο από ένα καθορισμένο ποσό ευρώ την ημέρα.

Στην ανάλυση που ακολουθεί, για τον υπολογισμό της γραμμής φτώχειας χρησιμοποιήθηκε η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, που ορίζεται ως η σταθμισμένη συνολική δαπάνη των μελών του νοικοκυριού με τις σταθμίσεις να προσδιορίζονται από την ηλικία του αντίστοιχου μέλους. Η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη χρησιμοποιήθηκε καθώς ο διπλασιασμός των μελών ενός νοικοκυριού δεν συνεπάγεται απαραίτητα ότι θα διπλασιαστεί και το απαιτούμενο ύψος δαπάνης. Η συνολική δαπάνη χρησιμοποιήθηκε αντί του εισοδήματος γιατί η καταναλωτική δαπάνη αντιπροσωπεύει καλύτερα τη συνολική ευημερία του νοικοκυριού απ' ό,τι το εισόδημα. Επιπλέον, τα νοικοκυριά δηλώνουν με μεγαλύτερη ειλικρίνεια τη συνολική τους κατανάλωση απ' ό,τι το εισόδημά τους, καθώς αντιμετωπίζουν με καχυποψία ερωτήματα που αφορούν την εισοδηματική τους κατάσταση.

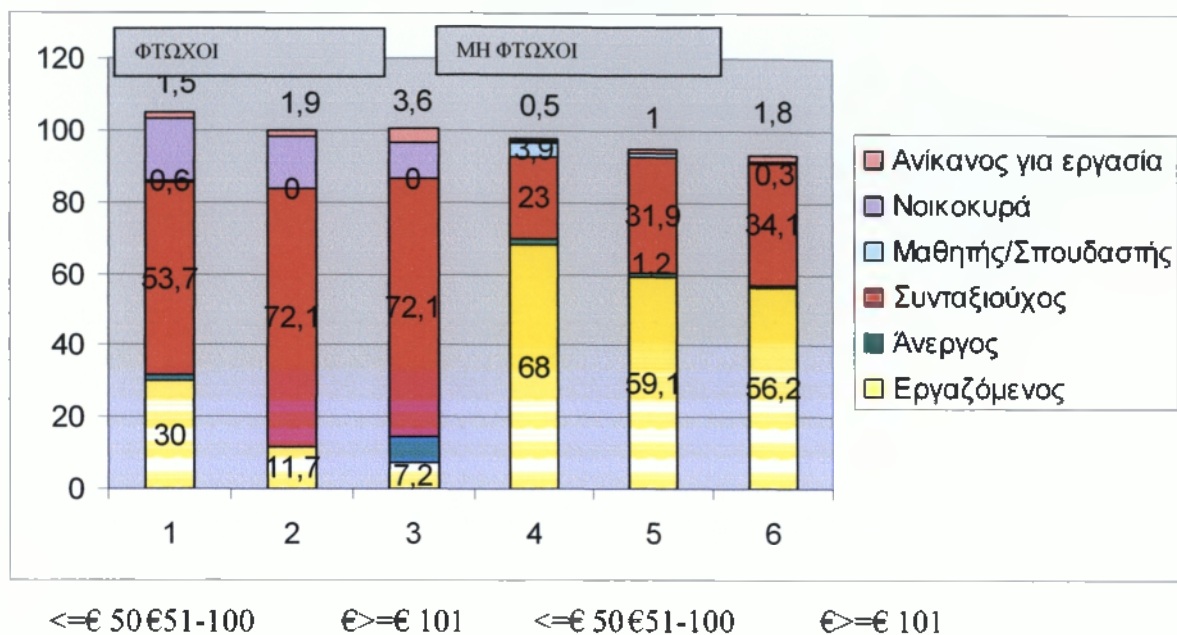
**Πίνακας 1:** Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και θέση του υπεύθυνου του νοικοκυριού στην απασχόληση

	Φτωχοί			Μη φτωχοί		
	Ύψος δαπάνης/άτομο			Ύψος δαπάνης/άτομο		
	≤€50	€ 51-100	€ 101	≤€50	€ 51-100	€ 101
Εργαζόμενος	30	11,7	7,2	66	59,1	56,2
Μαθητής /Σπουδαστής	0,8	0	0	3,9	1,2	0,3
Άνεργος	1,6	0	0,9	1,8	1,4	0,8
Νοικοκυρά	12,5	14,3	16,2	4,8	5,5	6,7
Συνταξιούχος	53,7	72,1	72,1	23	31,9	34,1
Ανίκανος για εργασία	1,5	1,9	3,6	0,5	1	1,8

Πηγή:ΕΠΟΠ 2004/05, Eurobank Research



**Διάγραμμα 1.2. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και θέση του υπεύθυνου του νοικοκυριού στην απασχόληση**



Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

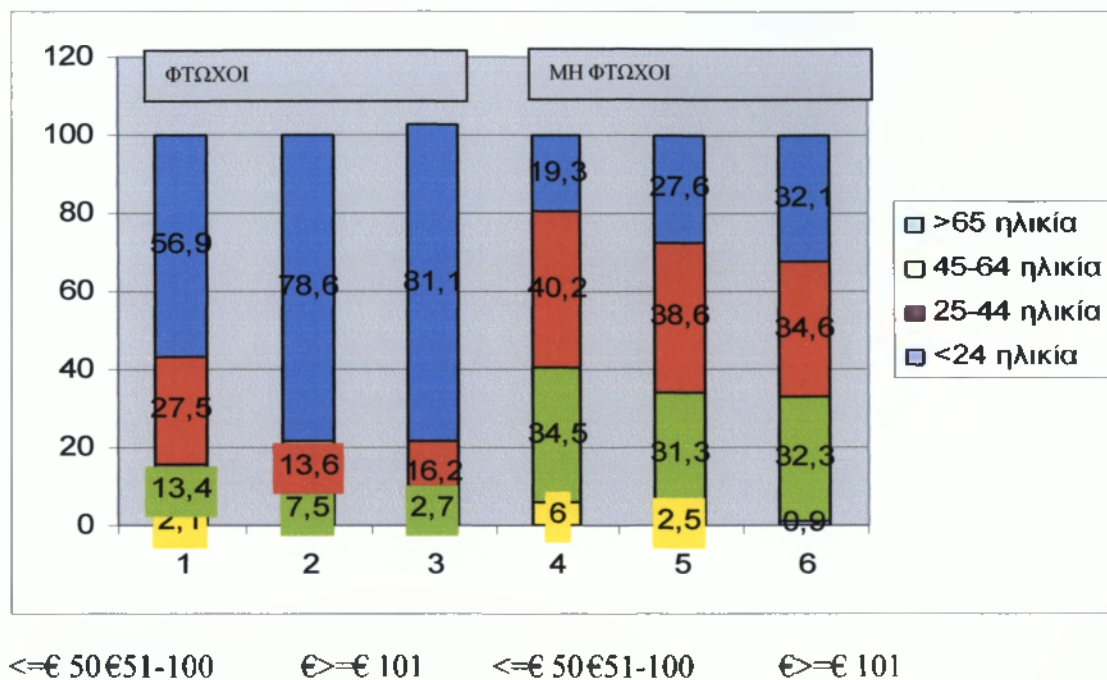
Στο **Διάγραμμα 1.2** οι περισσότεροι από τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι συνταξιούχοι. Ένα στα δύο φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία μέχρι € 50 ανά μέλος είναι συνταξιούχος. Καθώς το ύψος της δαπάνης αυξάνεται, η αναλογία αυξάνεται σε επτά στα δέκα για δαπάνες άνω των € 51 ανά μέλος. Ωστόσο, με την αύξηση της δαπάνης για υγεία, διαρκώς λιγότερα φτωχά νοικοκυριά των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος δαπανούν για υγεία. Αντιθέτως, στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι εκείνα των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος. Συγκεκριμένα, περίπου δύο στα τρία μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο. Καθώς η δαπάνη για υγεία αυξάνεται, τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο εργαζόμενο που δαπανούν μειώνονται, ενώ αυξάνονται τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο συνταξιούχο που δαπανούν για υγεία.

Τα συμπεράσματα της παραπάνω ανάλυσης επαληθεύονται και από την ανάλυση της σχέσης μεταξύ της δαπάνης για υγεία και της ηλικίας. Στο **Διάγραμμα 1.3**



αναλύονται οι δαπάνες των φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι υπεύθυνοί τους.

**Διάγραμμα 1.3. Δαπάνες φτωχών –μη φτωχών νοικοκυριών και ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



Υψος δαπάνης/άτομο

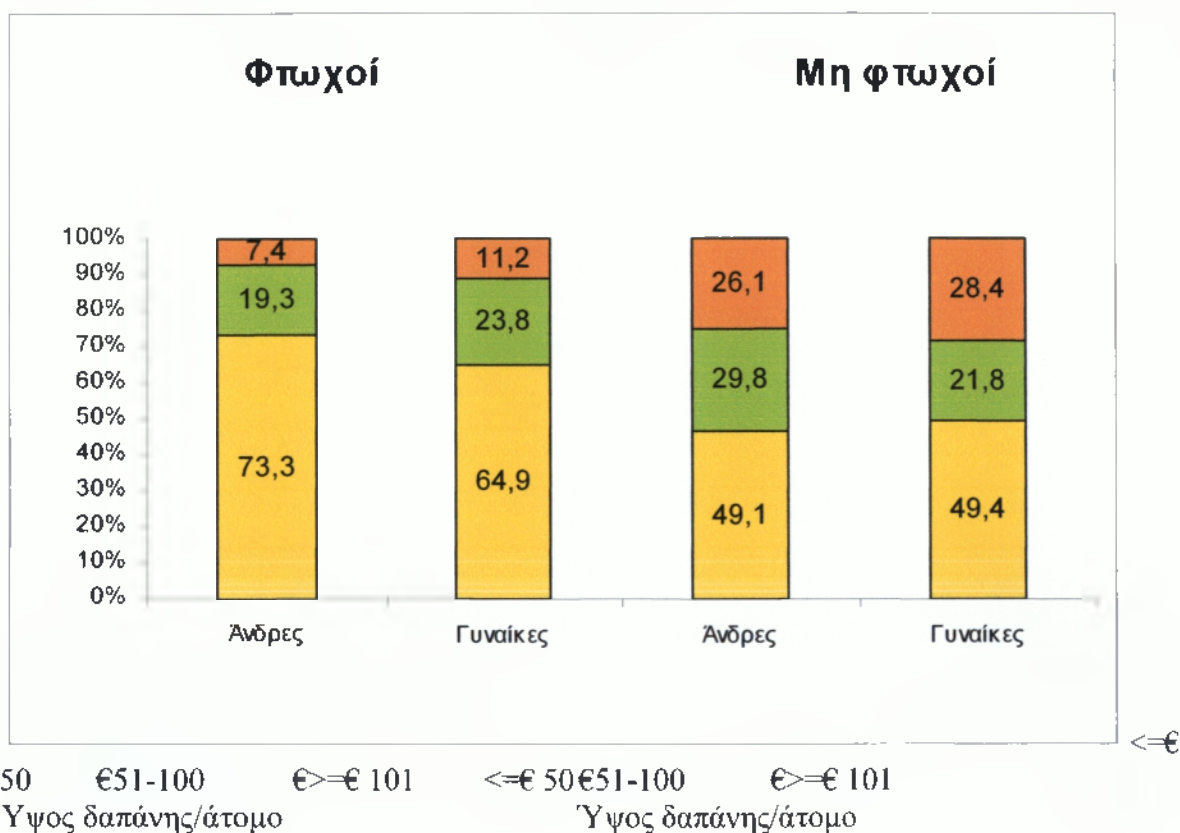
Υψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Σύμφωνα με το διάγραμμα, όσο μεγαλώνει η ηλικία των φτωχών νοικοκυριών περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Ανάλογη συμπεριφορά παρατηρείται για τα μη φτωχά νοικοκυριά μέχρι την ηλικία των 64 ετών. Από την ηλικία των 65 και μετά λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν. Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία στην ηλικία των 45-64 ετών, ενώ τα φτωχά νοικοκυριά όταν η ηλικία τους ξεπερνάει τα 65 χρόνια. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα. Στον αντίποδα βρίσκονται τα μη φτωχά νοικοκυριά τα οποία δαπανούν κυρίως σε μικρότερη ηλικία, καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Άλλωστε, τα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν και σε προληπτικές εξετάσεις πριν φτάσουν την ηλικία των 65 ετών για να προλάβουν τυχόν

ασθένειες που μπορεί να τους εμφανιστούν σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς η εισοδηματική τους κατάσταση το επιτρέπει.

**Διάγραμμα 1.4. Δαπάνες φτωχών –μη φτωχών νοικοκυριών και φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού**

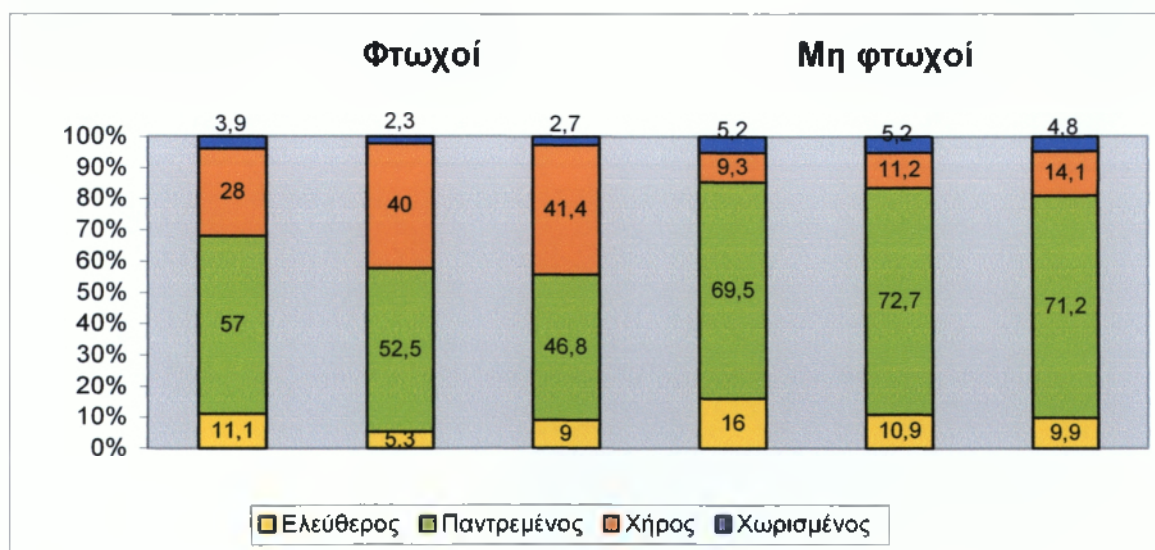


Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο Διάγραμμα 1.4 αναλύεται η συσχέτιση μεταξύ των δαπανών για υγεία ανά μέλος του νοικοκυριού και του φύλου του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 το μήνα. Το χαρακτηριστικό αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το αν το νοικοκυριό συγκαταλέγεται μεταξύ των φτωχών ή μη φτωχών νοικοκυριών, αν και οι φτωχοί που επιλέγουν αυτό το ύψος δαπάνης είναι 1 ½ φορές περίπου περισσότεροι από τους μη φτωχούς. Ακόμα, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που δαπανούν περισσότερα από € 50 το μήνα είναι περισσότερες απ' ό,τι οι άνδρες στα φτωχά νοικοκυριά. Το χαρακτηριστικό αυτό δεν ισχύει για τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου το ποσοστό των ανδρών και γυναικών που δαπανούν ποσά άνω των € 50 το μήνα είναι περίπου το ίδιο.

Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 1.5**, οι παντρεμένοι που ξοδεύουν για υγεία είναι περισσότεροι από τους ελεύθερους, τους χήρους και τους χωρισμένους είτε το νοικοκυριό ανήκει στα φτωχά είτε στα μη φτωχά νοικοκυριά. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου επτά στα δέκα παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν για υγεία, τη στιγμή που η αναλογία για τα φτωχά νοικοκυριά είναι ένα στα δύο. Καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης λιγότερα φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν, ενώ αντίθετα περισσότερα μη φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν. Επειδή τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κυρίως υπεύθυνο συνταξιούχο, έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα για δαπάνες υγείας. Έτσι, τα παντρεμένα φτωχά νοικοκυριά δεν έχουν αρκετά εισοδήματα για να χρηματοδοτήσουν υψηλές δαπάνες υγείας. Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν έχουν εργαζόμενο υπεύθυνο που κερδίζει περισσότερα απ' ό,τι ένας συνταξιούχος και άρα μπορούν να δαπανήσουν περισσότερα. Επιπλέον, περισσότερα φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο νοικοκυριού χήρο δαπανούν καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης συγκριτικά με τα μη φτωχά νοικοκυριά της έρευνας.

**Διάγραμμα 1.5. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών και οικογενειακή κατάσταση**



≤€ 50 €51-100

€>€ 101

≤€ 50 €51-100

€>€ 101

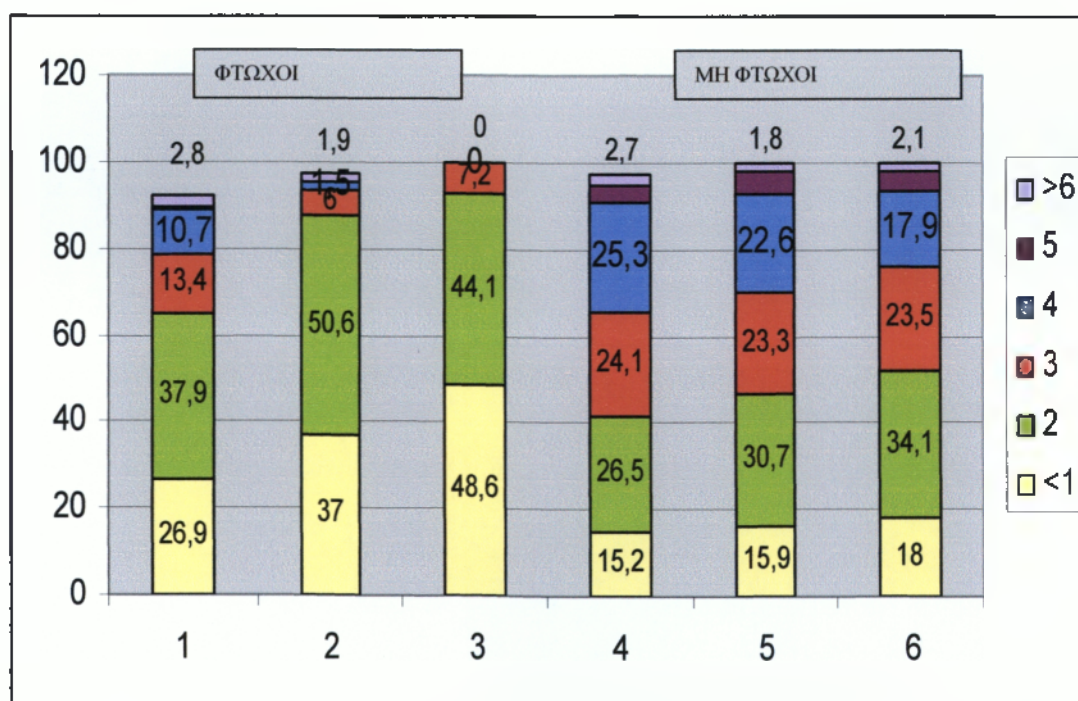
Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 1.6** τα μη φτωχά νοικοκυριά με δύο μέλη που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τα μη φτωχά νοικοκυριά με περισσότερα μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία - περίπου οκτώ στα δέκα - έχουν μέχρι δύο μέλη. Το συμπέρασμα αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Τα μη φτωχά νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη αποτελούν την πλειοψηφία για κατηγορίες δαπάνης μέχρι € 100 το μήνα. Για μεγαλύτερες δαπάνες, τα μη φτωχά νοικοκυριά είναι οριακά περισσότερα. Έτσι, η καλύτερη εισοδηματική κατάσταση των μη φτωχών νοικοκυριών τους επιτρέπει να δαπανούν για υγεία ακόμα και όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται, καθώς είναι σε θέση να συντηρήσουν τα επιπλέον μέλη. Περισσότερα νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη δαπανούν για υγεία όταν αυξάνεται η δαπάνη, ενώ λιγότερα νοικοκυριά με τρία ή τέσσερα μέλη δαπανούν όταν αυξάνεται το ύψος της δαπάνης.

**Διάγραμμα 1.6. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και μέγεθος νοικοκυριού**



≤€ 50 €51-100

€>€ 101

≤€ 50 €51-100

€>€ 101

Υψος δαπάνης/άτομο

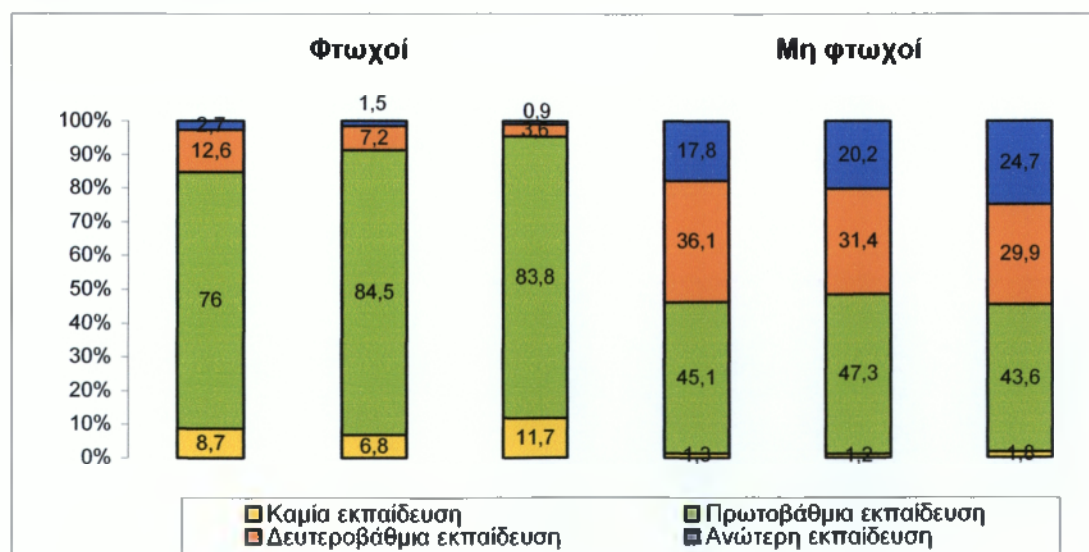
Υψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research



Το επίπεδο εκπαίδευσης προσεγγίζει την εισοδηματική κατάσταση και την αγοραστική δύναμη του νοικοκυριού. Νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης ίσως έχουν περισσότερα εισοδήματα που τους επιτρέπουν να δαπανούν περισσότερα. Η ανάλυση των απαντήσεων των φτωχών νοικοκυριών αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία και το επίπεδο εκπαίδευσης στο **Διάγραμμα 1.7** καταδεικνύει ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα φτωχά νοικοκυριά έχουν υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το συμπέρασμα αυτό είναι αναμενόμενο αν αναλογιστεί κανείς ότι στα φτωχά νοικοκυριά το επίπεδο εκπαίδευσης είναι χαμηλότερο συγκριτικά με εκείνο των μη φτωχών νοικοκυριών. Τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας και άνω εκπαίδευσης. Λιγότερα μη φτωχά και φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δαπανούν για υγεία καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης. Ακόμα, περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης δαπανούν για υγεία όταν αυξάνεται το επίπεδο δαπάνης. Έτσι, τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, με αποτέλεσμα να δαπανούν μεγαλύτερα ποσά όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης.

**Διάγραμμα 1.7. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και επίπεδο εκπαίδευσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



≤€ 50 € 51-100

€ ≥€ 101

≤€ 50 € 51-100

€ ≥€ 101

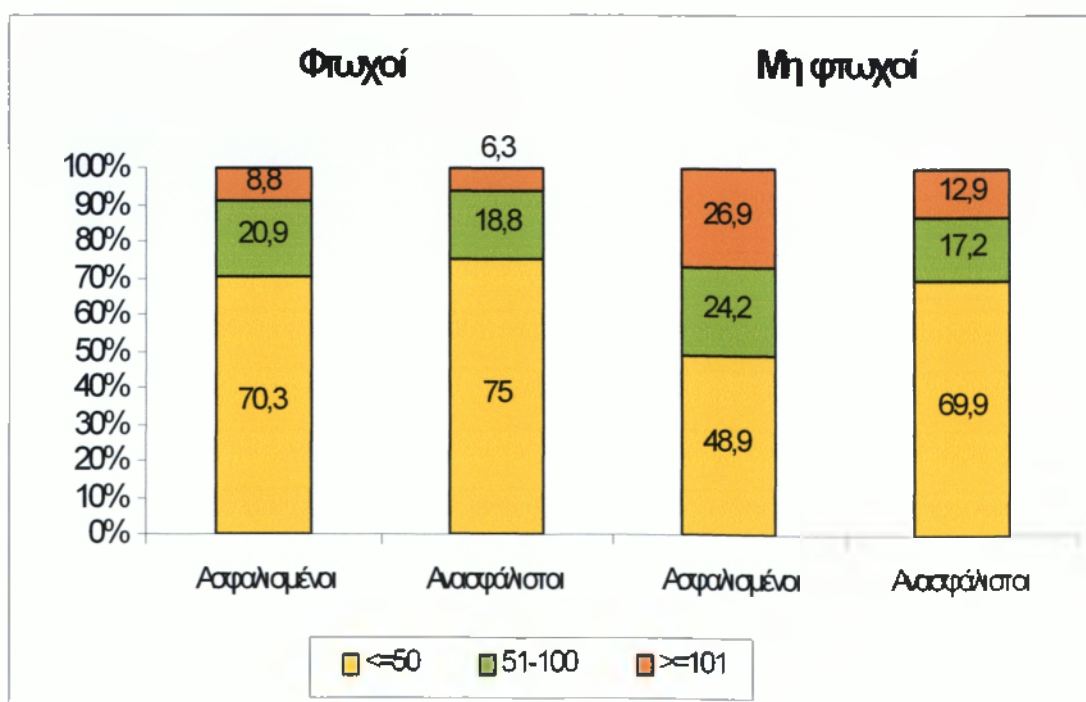
Υψος δαπάνης/άτομο

Υψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 1.8** περίπου επτά στα δέκα φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν μικρές δαπάνες μέχρι € 50 ανά μέλος είτε ο υπεύθυνος του νοικοκυριού είναι ασφαλισμένος είτε όχι. Περισσότερα φτωχά νοικοκυριά κάνουν υψηλότερες δαπάνες άνω των € 50 όταν ο υπεύθυνος είναι ασφαλισμένος απ' ότi όταν ο υπεύθυνος είναι ανασφάλιστος, καθώς οι ανασφάλιστοι δεν έχουν υψηλά εισοδήματα που να τους επιτρέπουν τη χρηματοδότηση μεγάλων δαπανών. Η δαπάνη για υγεία μέχρι € 50 ανά μέλος συγκεντρώνει την προτίμηση και των μη φτωχών νοικοκυριών του δείγματος αν και λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν αυτό το ύψος δαπάνης συγκριτικά με τα αντίστοιχα φτωχά νοικοκυριά. Μάλιστα, τα μισά μη φτωχά νοικοκυριά με ασφαλισμένο υπεύθυνο επιλέγουν δαπάνη μέχρι € 50 και τα υπόλοιπα νοικοκυριά επιλέγουν μεγαλύτερο ύψος δαπάνης. Επίσης, τα μη φτωχά νοικοκυριά με ασφαλισμένο υπεύθυνο που δαπανούν μεγαλύτερα ποσά άνω των 50€ είναι περισσότερα συγκριτικά με τα μη φτωχά νοικοκυριά με ανασφάλιστο υπεύθυνο.

**Διάγραμμα 1.8 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και κοινωνική ασφάλιση του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



<=€ 50

€51-100

€>€ 101

<=€ 50

€51-100

€>€ 101

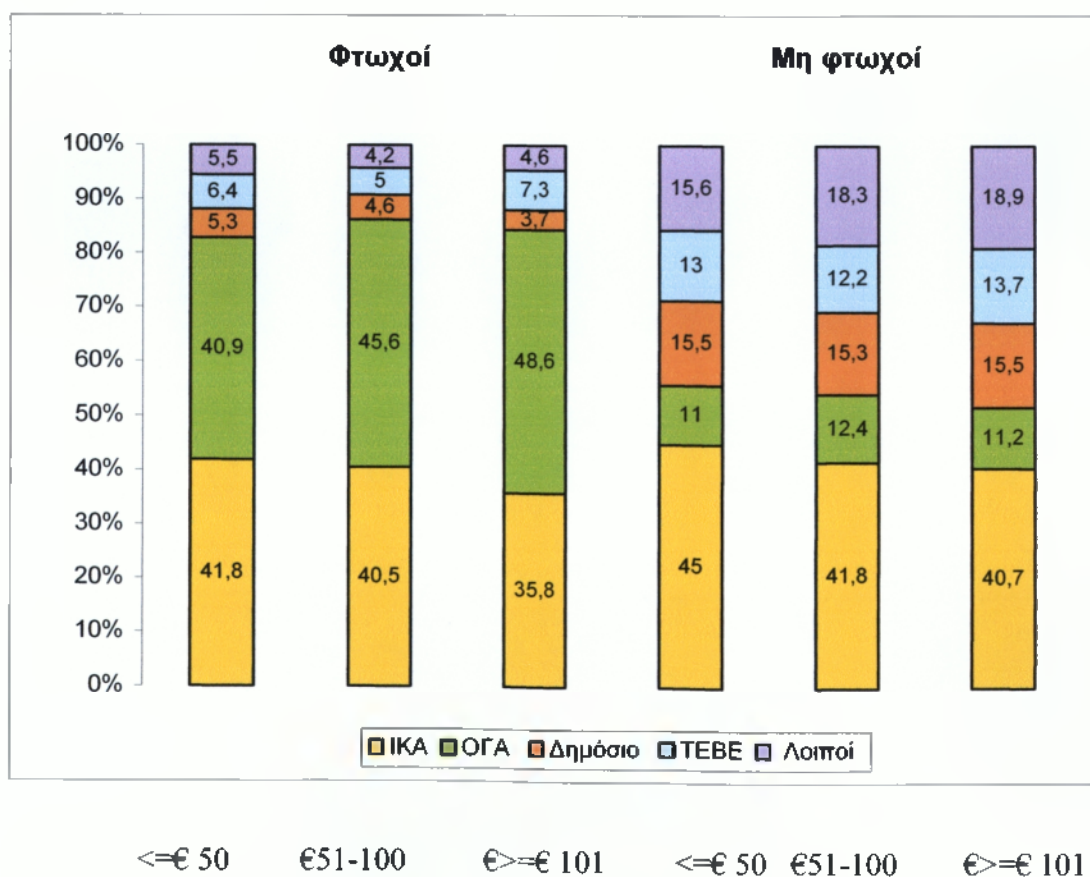
Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 1.9** τα περισσότερα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ενώ έπονται φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και τα λοιπά ταμεία. Με την αύξηση του ύψους της δαπάνης περισσότερα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν έχουν υπεύθυνο ασφαλισμένο στον ΟΓΑ, ενώ λιγότερα φτωχά νοικοκυριά έχουν υπεύθυνο ασφαλισμένο στο Ι.Κ.Α. Τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν, ως επί το πλείστον, υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος στο Ι.Κ.Α. Ακολουθούν νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο σε λοιπούς φορείς, το Δημόσιο, το Ταμείο Εμπόρων και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και τον ΟΓΑ. Η αύξηση της δαπάνης για υγεία συνοδεύεται από λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο στο Ι.Κ.Α.

**Διάγραμμα 1.9. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και φορέας κοινωνικής ασφάλισης υπεύθυνου νοικοκυριού**



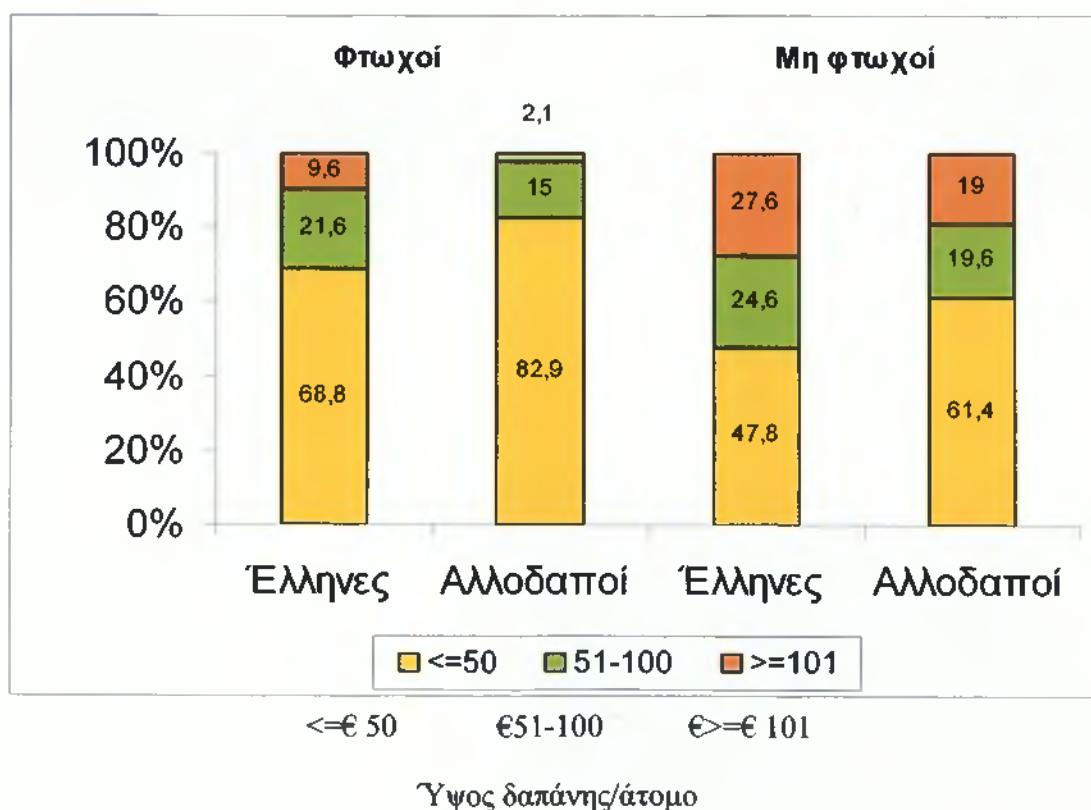
Υψος δαπάνης/άτομο

Υψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 1.10** αναλύονται οι δαπάνες για υγεία φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών σε σχέση με την εθνικότητά τους. Για το σκοπό αυτό, τα φτωχά και μη φτωχά νοικοκυριά της έρευνας χωρίζονται σε Έλληνες και αλλοδαπούς. Παρατηρείται ότι τόσο οι Έλληνες όσο και οι αλλοδαποί ανεξάρτητα από το αν ανήκουν σε φτωχό ή μη φτωχό νοικοκυριό, επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 ανά μέλος. Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα νοικοκυριά των αλλοδαπών, καθώς οι φτωχοί αλλοδαποί που δαπανούν για υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα είναι περισσότεροι από τους Έλληνες, γεγονός που φανερώνει την οικονομική δυσκολία των αλλοδαπών σε σχέση με τους Έλληνες. Αντίστοιχα, οι μη φτωχοί αλλοδαποί είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση απ' ό,τι οι Έλληνες, καθώς περισσότεροι αλλοδαποί παρά Έλληνες δαπανούν για υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα ανά μέλος, ενώ περισσότερα μη φτωχά ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία ποσά άνω των € 50. Η περιορισμένη οικονομική δυνατότητα των αλλοδαπών νοικοκυριών τα περιορίζει στην κατανάλωση μικρών χρηματικών ποσών για υγεία.

**Διάγραμμα 1.10. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και εθνικότητα**

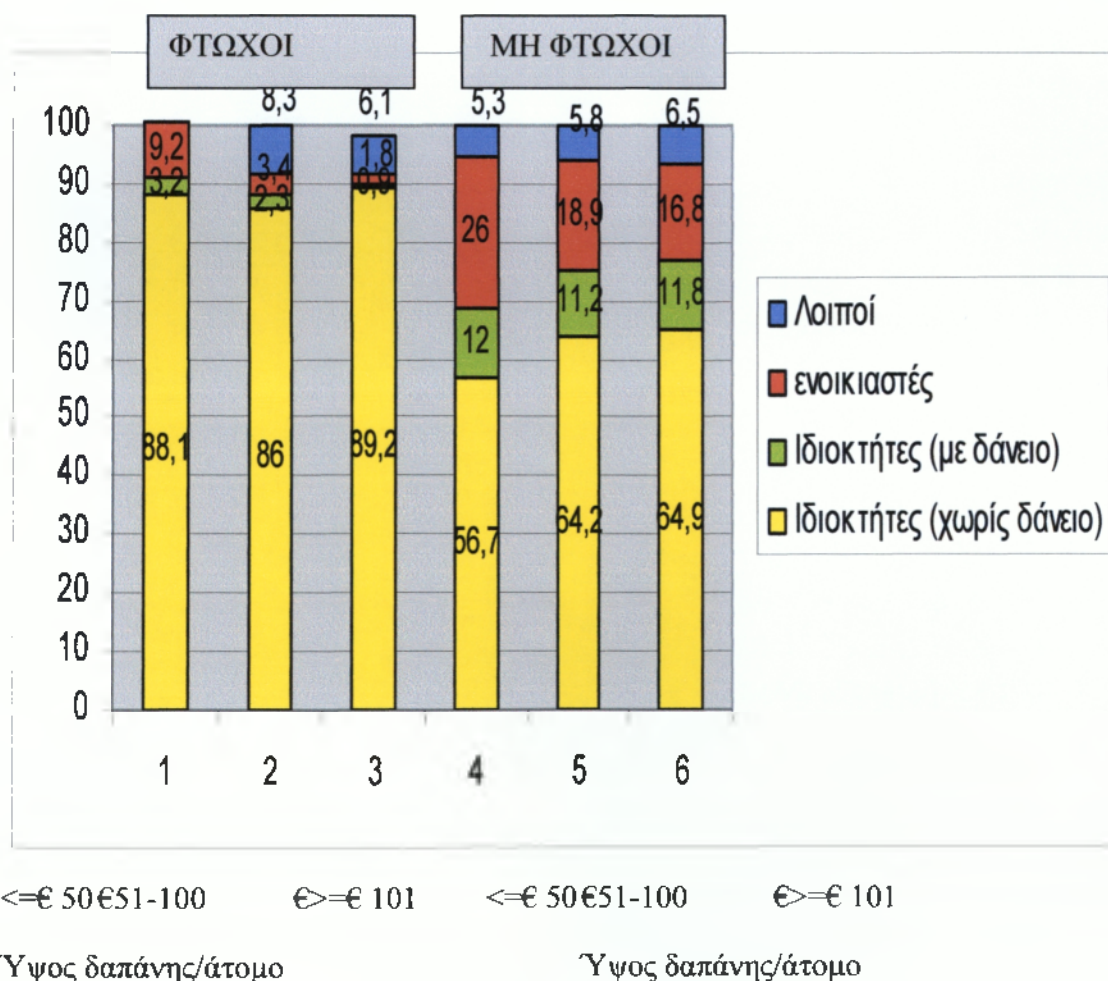


Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research



Στη συνέχεια, αναλύεται το ύψος δαπάνης για υγεία σε συνάρτηση με την οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά φτωχά και μη. Στην περίπτωση αυτή, η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει το νοικοκυριό προσεγγίζεται από το αν το νοικοκυριό μένει σε ιδιόκτητο σπίτι ή ενοικιάζει στέγη. Όσα νοικοκυριά μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι διαχωρίζονται παραπέρα σε εκείνα που αποπληρώνουν κάποιο στεγαστικό δάνειο που πήραν για την αγορά της κατοικίας τους και εκείνα που δεν αποπληρώνουν αντίστοιχο δάνειο. Το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κατοικίας προσεγγίζει το βαθμό οικονομικής πίεσης που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά καθώς νοικοκυριά που είτε μένουν σε ενοίκιο είτε σε ιδιόκτητο σπίτι για το οποίο αποπληρώνουν δάνειο πιέζονται οικονομικά, με αποτέλεσμα να δαπανούν λιγότερα ποσά για υγεία.

**Διάγραμμα 1.11. Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας**



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 1.11** παρατηρείται ότι ανεξαρτήτως του χαρακτηρισμού των νοικοκυριών σε φτωχά και μη, τα νοικοκυριά που μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και δεν πληρώνουν δάνειο αποτελούν την πλειοψηφία των νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία. Συγκεκριμένα, περίπου οκτώ στα δέκα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι και δεν πληρώνουν δάνειο. Η ίδια αναλογία στα μη φτωχά νοικοκυριά είναι περίπου έξι στα δέκα. Κατά συνέπεια, τα νοικοκυριά με ιδιόκτητη στέγη που δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο και δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τις λοιπές κατηγορίες γιατί η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν είναι μικρότερη. Αντίθετα, οι ενοικιαστές και ακόμα περισσότερο οι ιδιοκτήτες που αποπληρώνουν δάνειο αντιμετωπίζουν εντονότερη οικονομική πίεση, με αποτέλεσμα να μην δαπανούν σε μεγάλο βαθμό για υγεία.

Οι ενοικιαστές που δαπανούν για υγεία είναι περισσότεροι από τους ιδιοκτήτες κατοικίας που πληρώνουν δάνειο. Μάλιστα, η διαφορά αυτή είναι μεγαλύτερη για τα μη φτωχά νοικοκυριά απ' ό,τι τα φτωχά νοικοκυριά. Καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης, περισσότερα φτωχά και μη φτωχά νοικοκυριά που μένουν με ιδιόκτητη κατοικία και δεν πληρώνουν δάνειο δαπανούν για υγεία. Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα φτωχά νοικοκυριά. Επίσης, λιγότερα νοικοκυριά που είτε μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και πληρώνουν δάνειο είτε νοικιάζουν, δαπανούν για υγεία καθώς το ύψος της δαπάνης για υγεία αυξάνεται, ανεξάρτητα από το αν συγκαταλέγονται στα φτωχά ή μη νοικοκυριά.

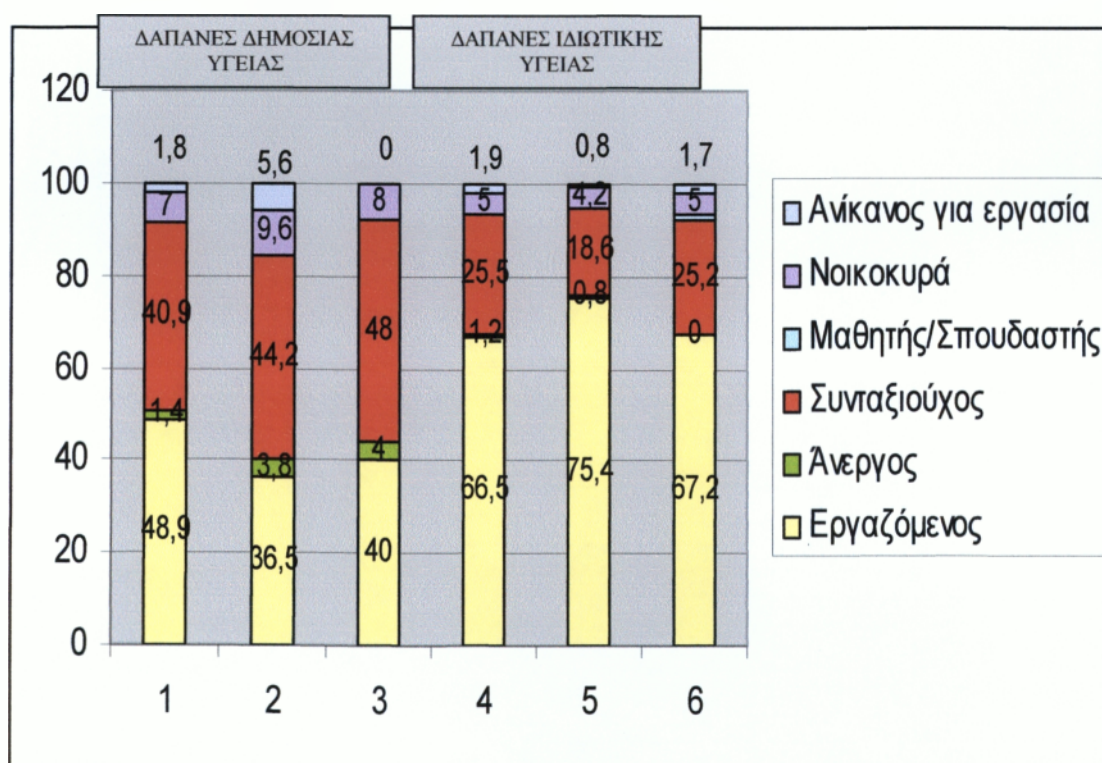
### **3.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Σε ηλεκτρονική δημοσκόπηση που βρίσκεται σε εξέλιξη από το εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης των υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι ερωτώμενοι της έρευνας στη συντριπτική τους πλειοψηφία (επτά στους δέκα) αποδίδουν τη συζήτηση στα Μ.Μ.Ε. για την ιδιωτική υγεία στις αδυναμίες του συστήματος δημόσιας υγείας.

Έχοντας περιγράψει τη συσχέτιση μεταξύ της συνολικής δαπάνης για υγεία και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών της έρευνας, αναρωτιέται κανείς αν η συσχέτιση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας. Στη συνέχεια της ανάλυσης, η δαπάνη για ιδιωτική υγεία προσεγγίζεται

από το τμήμα της συνολικής δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη που δεν αφορά την κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ιδιωτική υγεία στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνει τη δαπάνη για υπηρεσίες ιατρικού καταλύματος, ιατρικών και παραϊατρικών υπηρεσιών και τις δαπάνες όπου είναι δύσκολο να γίνει διαχωρισμός μεταξύ ιατρικού καταλύματος και υγειονομικών υπηρεσιών. Η συνολική δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη κάθε νοικοκυριού υπολογίζεται ως το άθροισμα της ιδιωτικής δαπάνης των αντίστοιχων μελών και εκφράζεται ανά αριθμό μελών. Για τον υπολογισμό της δαπάνης για ιδιωτική υγεία επελέγη η δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη και όχι οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ιατρών και φάρμακα. Για αυτές τις κατηγορίες δαπάνης η εξακρίβωση του ιδιωτικού ή δημόσιου χαρακτήρα της δαπάνης δεν είναι εφικτός, καθώς δε διαχωρίζονται σε δημόσιες και ιδιωτικές.

**Διάγραμμα 2.1. Δαπάνες για Ιδιωτική και Δημόσια Υγεία και θέση στην απασχόληση του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



<=€ 50 €51-100

€>=€ 101

<=€ 50 €51-100

€>=€ 101

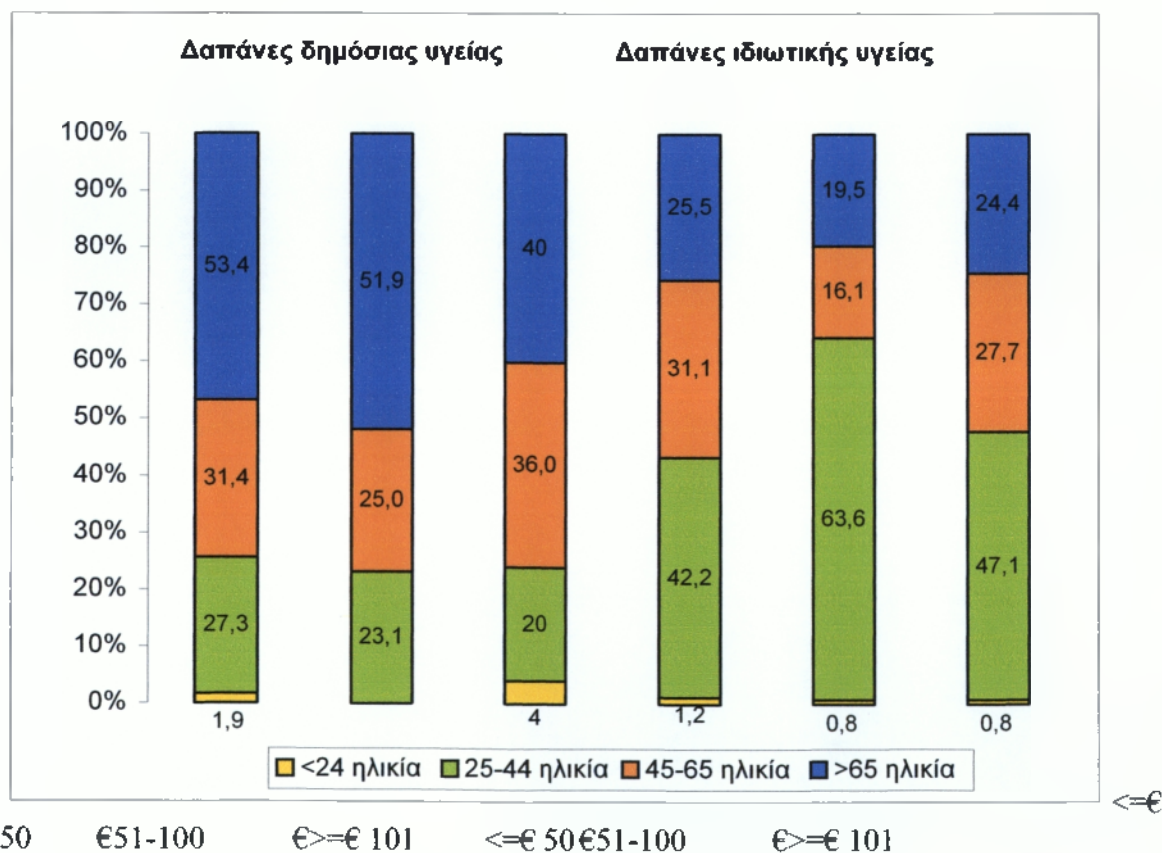
Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 2.1** αναλύεται η σχέση μεταξύ δαπανών για δημόσια-ιδιωτική υγεία και της θέσης στην απασχόληση του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κυρίως συνταξιούχοι. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως εργαζόμενοι ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Οι εργαζόμενοι που δαπανούν για ιδιωτική υγεία € 51-101 το μήνα είναι περισσότεροι από τους εργαζόμενους που δαπανούν για ιδιωτική υγεία κάποιο άλλο ποσό. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα νοικοκυριά με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι τα μισά περίπου των νοικοκυριών με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αυτό οφείλεται στο χαμηλό εισόδημα των συνταξιούχων που δεν είναι σε θέση να καλύψει τις κατά τεκμήριο ακριβότερες υπηρεσίες ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης.

**Διάγραμμα 2.2. Δαπάνες για Ιδιωτική-Δημόσια Υγεία και ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



Υψος δαπάνης/άτομο

Υψος δαπάνης/άτομο

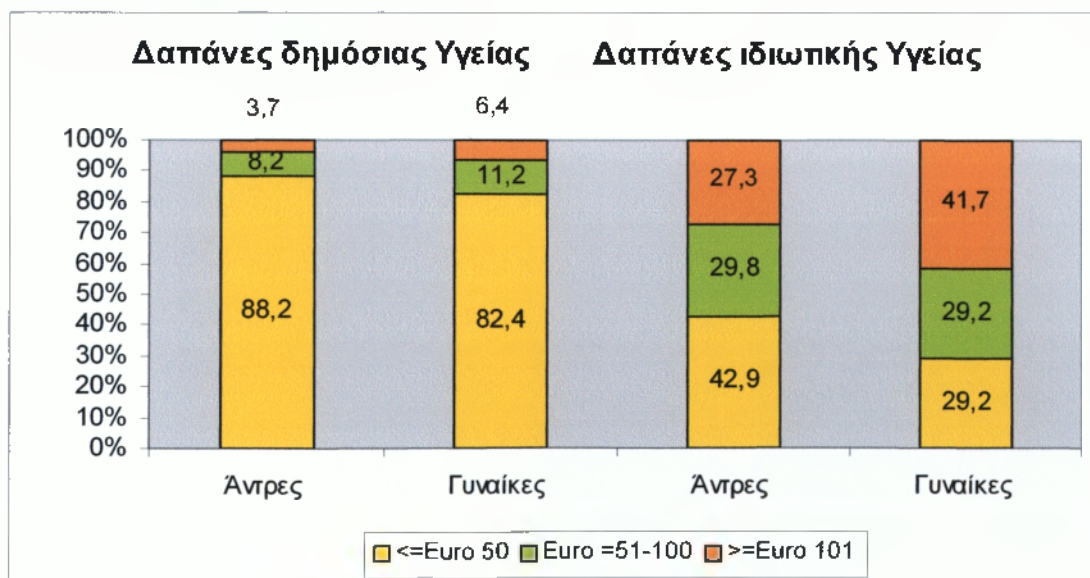
Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research



Συμπεράσματα του Διαγράμματος 2.2 ενισχύονται και από το Διάγραμμα 2.3, όπου αναλύεται η σχέση μεταξύ δαπάνης για ιδιωτική-δημόσια υγεία και ηλικίας. Στο διάγραμμα αυτό για δημόσια υγεία δαπανούν κυρίως νοικοκυριά ηλικίας άνω των 65 ετών. Τα άτομα της ηλικιακής αυτής ομάδας είναι κατά κανόνα συνταξιούχοι που δεν έχουν αρκετά χρήματα να δαπανήσουν για ιδιωτική υγεία. Αντίθετα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κατά κανόνα άτομα μικρής ηλικίας μέχρι 64 έτη που εργάζονται και έχουν μεγαλύτερο εισόδημα από τους συνταξιούχους, με αποτέλεσμα να μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά σε δαπάνες για ιδιωτική υγεία.

Στο Διάγραμμα 2.4 περισσότερες γυναίκες δαπανούν μεγάλα ποσά για ιδιωτική υγεία - δαπάνη άνω των €101 το μήνα απ' ό,τι άνδρες. Το ίδιο συμπέρασμα ισχύει και για τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία, αν και τα νοικοκυριά που δαπανούν ποσά μέχρι € 50 είναι περισσότερα ανεξάρτητα από το φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Είναι χαρακτηριστικό ότι εννέα στους δέκα άνδρες δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα, τη στιγμή που μόλις τέσσερις στους δέκα άνδρες δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα.

**Διάγραμμα 2.4. Δαπάνες για Ιδιωτική και Δημόσια Υγεία και φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού**

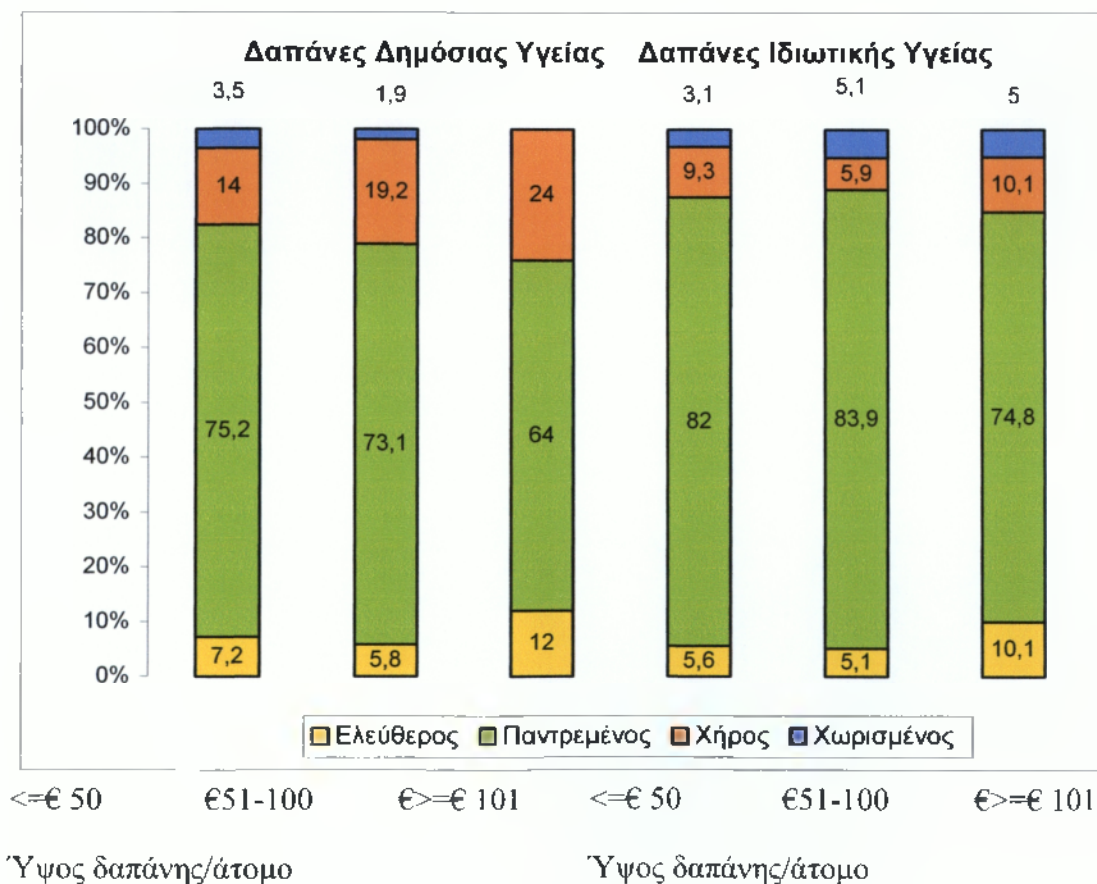


≤€ 50      €51-100      €>=€ 101      ≤€ 50      €51-100      €>=€ 101  
 Ύψος δαπάνης/άτομο      Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία με παντρεμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία, ανεξάρτητα από το ύψος δαπάνης, όπως προκύπτει από το **Διάγραμμα 2.5**. Συγκεκριμένα, περίπου οκτώ στα δέκα νοικοκυριά με υπεύθυνο νοικοκυριού παντρεμένο δαπανούν για ιδιωτική υγεία ενώ η σχετική αναλογία για νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι επτά στα δέκα. Παράλληλα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία και έχουν διαζευγμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αντίθετα, περισσότερα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο δαπανούν για δημόσια υγεία απ' ότι νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο που δαπανούν για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο έχουν λιγότερα εισοδήματα και δεν αντέχουν οικονομικά να δαπανήσουν υψηλά ποσά για ιδιωτική υγεία αλλά καταφεύγουν στη δημόσια υγεία.

**Διάγραμμα 2.5. Δαπάνες για Ιδιωτική-Δημόσια Υγεία και οικογενειακή κατάσταση του υπεύθυνου του νοικοκυριού**

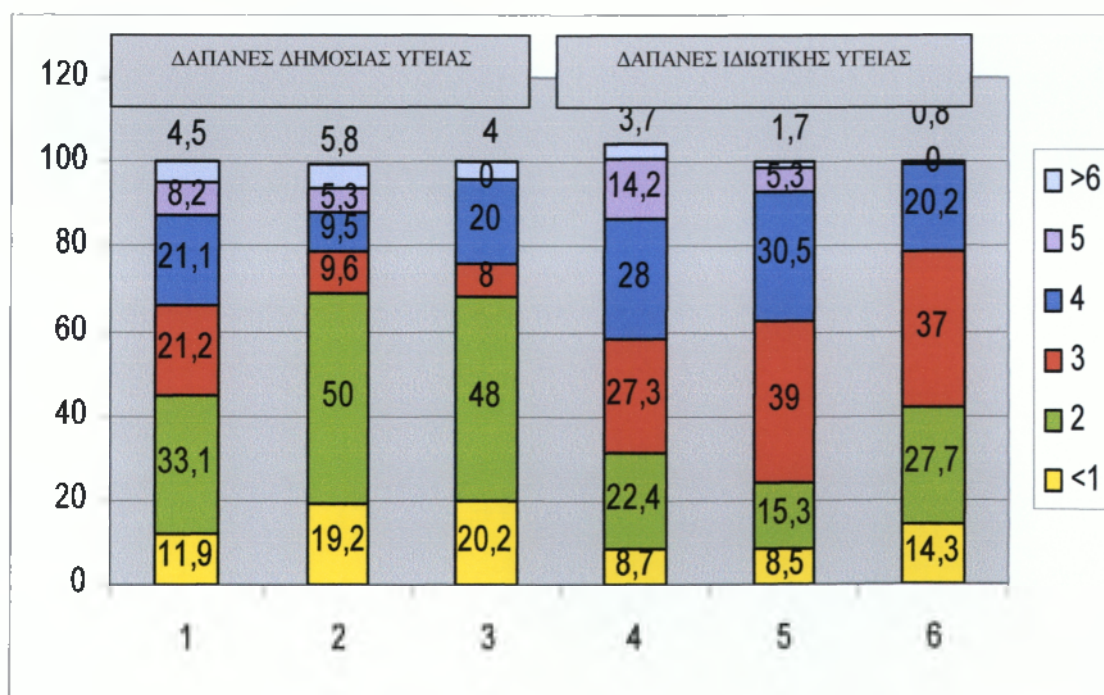


Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research



Τα νοικοκυριά με δύο μέλη κατά κύριο λόγο δαπανούν για δημόσια υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης, σύμφωνα με το **Διάγραμμα 2.6**. Στο ίδιο διάγραμμα, περισσότερα διμελή νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν κατά κύριο λόγο περισσότερα από δύο μέλη, ενώ καθώς αυξάνεται ο αριθμός των μελών και μέχρι τα τέσσερα μέλη περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Αντίθετα, λιγότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 50 το μήνα για ιδιωτική υγεία, όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται από δύο σε τρία και άνω μέλη. Το συμπέρασμα αυτό ισχύει και για τις δαπάνες για δημόσια υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Από την ανάλυση των προηγούμενων διαγραμμάτων προκύπτει ότι τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο εργαζόμενο, παντρεμένο και ηλικία μέχρι 64 ετών. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και ηλικία άνω των 65 ετών.

Διάγραμμα 2.6. Δαπάνες για Ιδιωτική-Δημόσια Υγεία και αριθμός μελών του νοικοκυριού



≤€ 50 €51-100

€>€ 101

≤€ 50 €51-100

€>€ 101

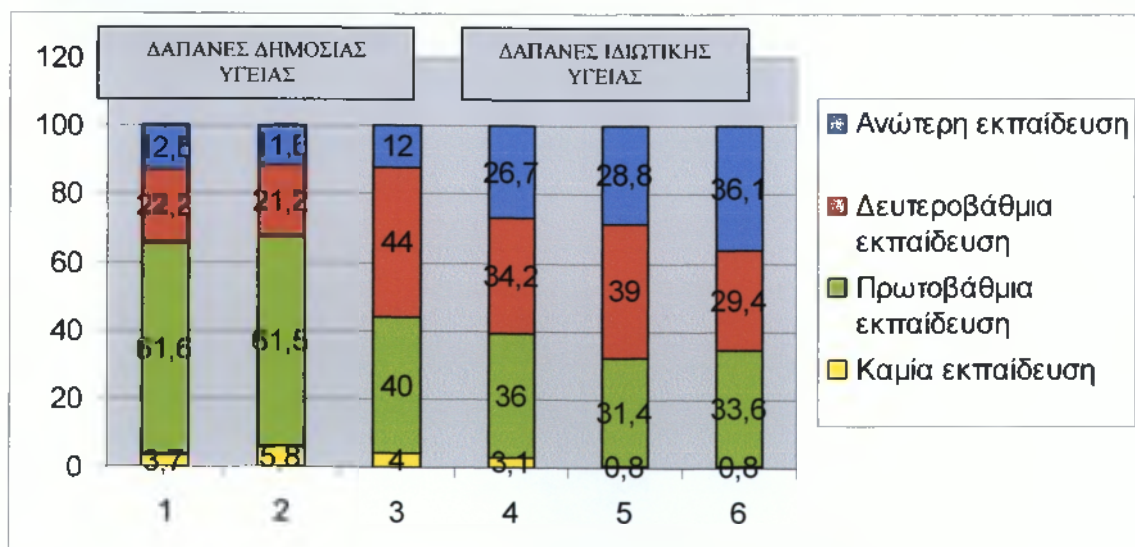
Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Το μορφωτικό επίπεδο των νοικοκυριών επηρεάζει και την επιλογή τους μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Επειδή τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο κερδίζουν γενικά περισσότερα χρήματα, τους είναι πιο εύκολο να υποστηρίξουν οικονομικά δαπάνες σε ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τους απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης που κερδίζουν λιγότερα. Στο **Διάγραμμα 2.7** παρατηρείται ότι τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν υπεύθυνο με δευτεροβάθμια και άνω εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι € 100 το μήνα ανά μέλος έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγαλύτερα ποσά για δημόσια υγεία - άνω των € 101 το μήνα -δαπανούν τα νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αναφορικά με την ιδιωτική υγεία, παρατηρείται ότι τα ποσά ιδιωτικής δαπάνης αυξάνονται με το μορφωτικό επίπεδο του νοικοκυριού. Έτσι, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα έχουν κυρίως υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μεγαλύτερα ποσά άνω των € 101 το μήνα δαπανούν νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης.

**Διάγραμμα 2.7 Δαπάνες για Ιδιωτική -Δημόσια Υγεία και επίπεδο εκπαίδευσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού**



≤€ 50 €51-100

€=>€ 101

≤€ 50 €51-100

€=>€ 101

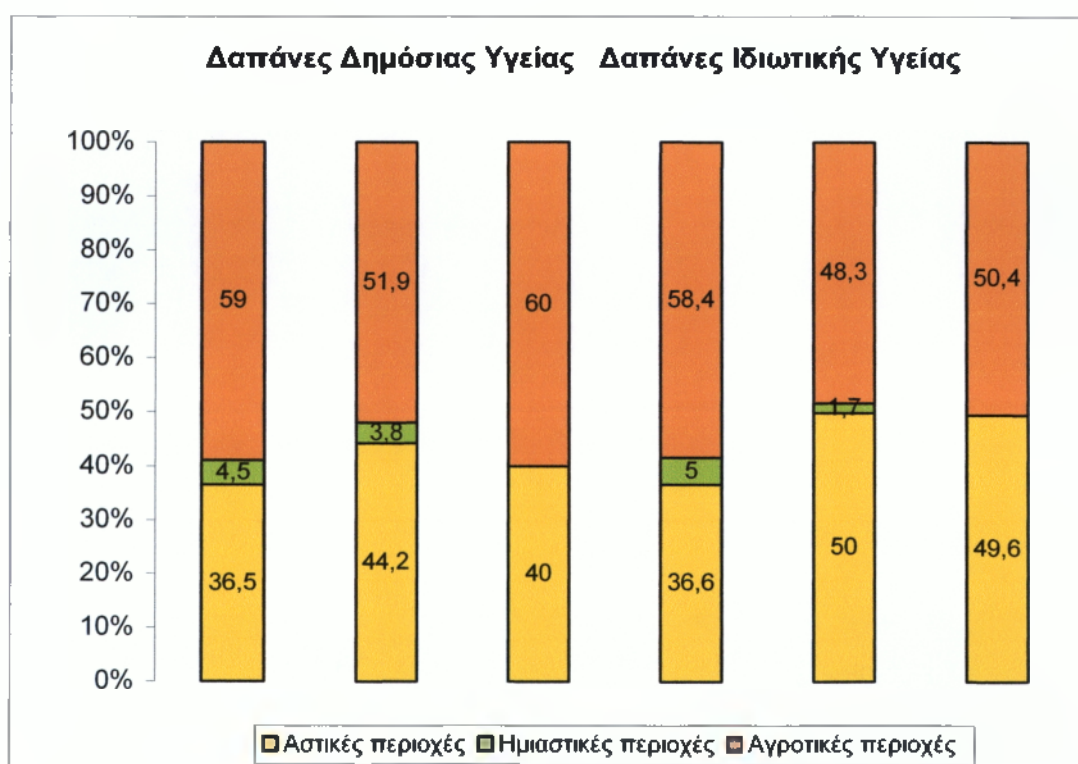
Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Η αστικότητα της περιοχής στην οποία μένει το νοικοκυριό επηρεάζει την επιλογή του μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, καθώς τα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές που κατά κανόνα βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι, επιλέγουν τα δημόσια νοσοκομεία για τη νοσηλεία τους. Στο Διάγραμμα 2.8 τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές, ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Επιπλέον, τα νοικοκυριά των αστικών κέντρων που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια υγεία. Παράλληλα, όσο αυξάνεται η δαπάνη για υγεία, δημόσια ή ιδιωτική, λιγότερα νοικοκυριά στις ημιαστικές περιοχές δαπανούν για υγεία.

**Διάγραμμα 2.8. Δαπάνες για Ιδιωτική –Δημόσια Υγεία και επίπεδο αστικότητας περιοχής κατοικίας**



≤€ 50 €51-100

€ >€ 101

≤€ 50 €51-100

€ >€ 101

Ύψος δαπάνης/άτομο

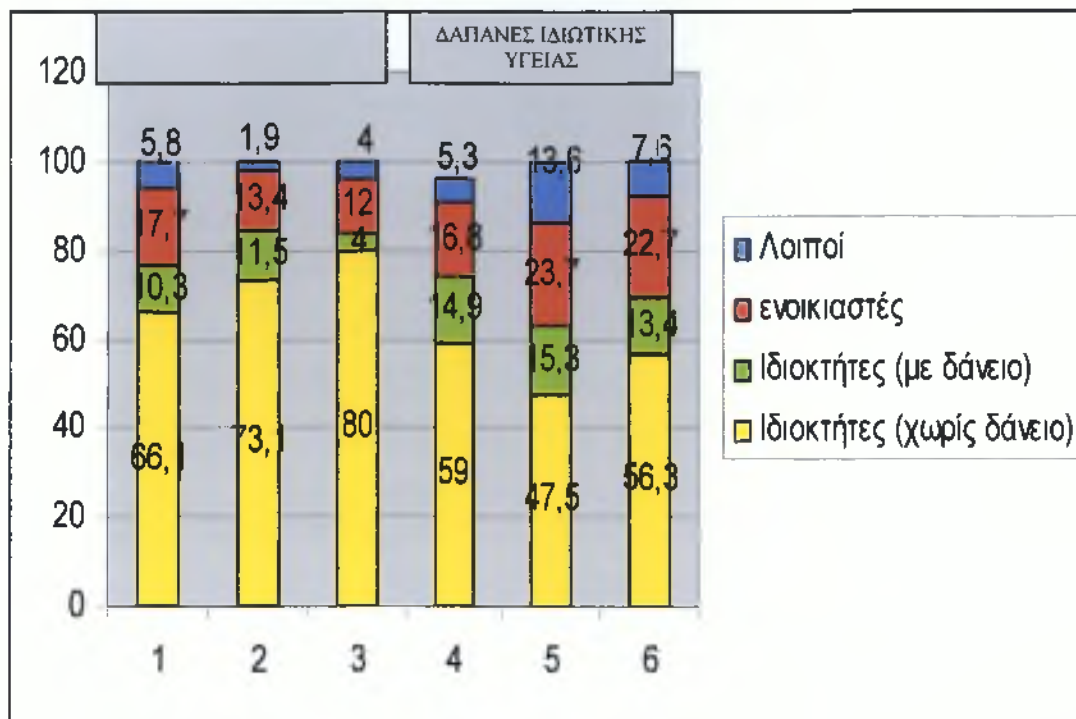
Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στη συνέχεια της ανάλυσης, εξετάζεται η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων σε συνάρτηση με την επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Για το σκοπό αυτό η οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού προσεγγίζεται από το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κύριας κατοικίας του και από το χαρακτηρισμό του ως φτωχό ή μη φτωχό. Περιμένει κανείς ότι όσο μικρότερη είναι η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει ένα νοικοκυριό τόσο πιο πιθανόν είναι να δαπανά για ιδιωτική υγεία που είναι ακριβότερη. Κάτι τέτοιο προκύπτει και από τις απαντήσεις των νοικοκυριών αναφορικά με τη δημόσια και ιδιωτική υγεία, όπως φαίνεται από το **Διάγραμμα 2.9**. Σε αυτό το διάγραμμα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση -δηλαδή νοικοκυριά με ιδιόκτητη κύρια κατοικία για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι εντονότερο για δαπάνες δημόσιας υγείας οπότε περισσότεροι ιδιοκτήτες χωρίς δάνειο δαπανούν όταν αυξάνεται η δαπάνη. Περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία όταν η κύρια κατοικία είτε είναι ιδιόκτητη αλλά αποπληρώνεται στεγαστικό δάνειο γι' αυτή είτε ενοικιάζεται. Τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική πίεση πρέπει να κάνουν πολύ προσεκτική διαχείριση των οικονομικών τους προκειμένου να αποπληρώσουν και το δάνειο τους, με αποτέλεσμα να μη δαπανούν μεγάλα ποσά. Όμως, όταν δαπανούν επιλέγουν υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας που είναι καλύτερης ποιότητας, περισσότερο αποτελεσματικές και απομακρύνουν το ενδεχόμενο νοσηλείας στο μέλλον.



**Διάγραμμα 2.9. Δαπάνες για Ιδιωτική-Δημόσια Υγεία και ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας**



<=€ 50

€ 51-100

<=€ 50

€ 51-100

Ύψος δαπάνης/άτομο

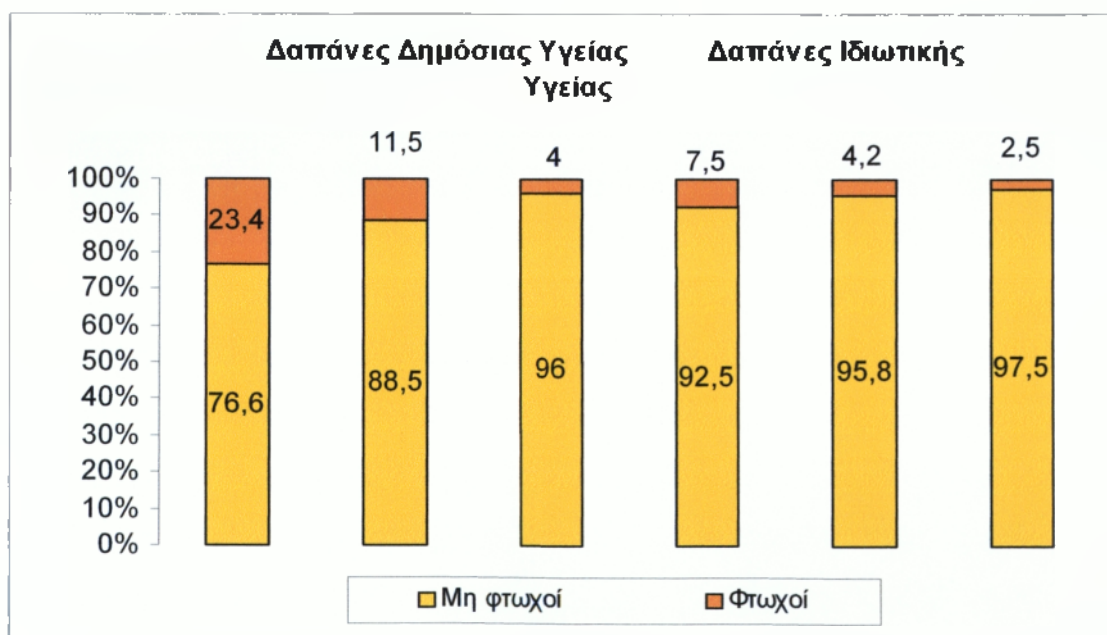
Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Η μέχρι τώρα ανάλυση αναδεικνύει ένα προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των νοικοκυριών που δαπανούν για δημόσια υγεία όμοιο με εκείνο των φτωχών νοικοκυριών. Έτσι, τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας άνω των 65 ετών. Αντίστοιχα, το προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των μη φτωχών νοικοκυριών είναι όμοιο με εκείνο των νοικοκυριών που δαπανούν για ιδιωτική υγεία. Δηλαδή, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο παντρεμένο, εργαζόμενο, ηλικίας μέχρι 64 ετών που είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω. Κατά συνέπεια θα πρέπει τα φτωχά νοικοκυριά κατά κύριο λόγο να προτιμούν τη δημόσια έναντι της ιδιωτικής υγείας, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά να προτιμούν τη δημόσια υγεία.

Πράγματι, στο Διάγραμμα 2.10 παρατηρείται ότι τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά ανεξάρτητα από το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας. Μάλιστα, το ποσοστό των μη φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία αυξάνεται, καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης ανεξάρτητα από το είδος της δαπάνης. Αντίθετα, το ποσοστό των φτωχών που δαπανούν για υγεία, δημόσια ή ιδιωτική, μειώνεται συνεχώς καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης. Επιπλέον, τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια. Το γνώρισμα αυτό είναι αναμενόμενο, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι μη φτωχοί συνήθως ανήκουν σε υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια και μπορούν να χρηματοδοτήσουν δαπάνες για ιδιωτική υγεία που είναι ακριβότερες συγκριτικά με τις δαπάνες για δημόσια νοσηλεία.

**Διάγραμμα 2.10. Δαπάνες για Ιδιωτική-Δημόσια Υγεία και σχετική φτώχεια νοικοκυριού**



≤€ 50

€51-100

≤€ 50

€51-100

Ύψος δαπάνης/άτομο

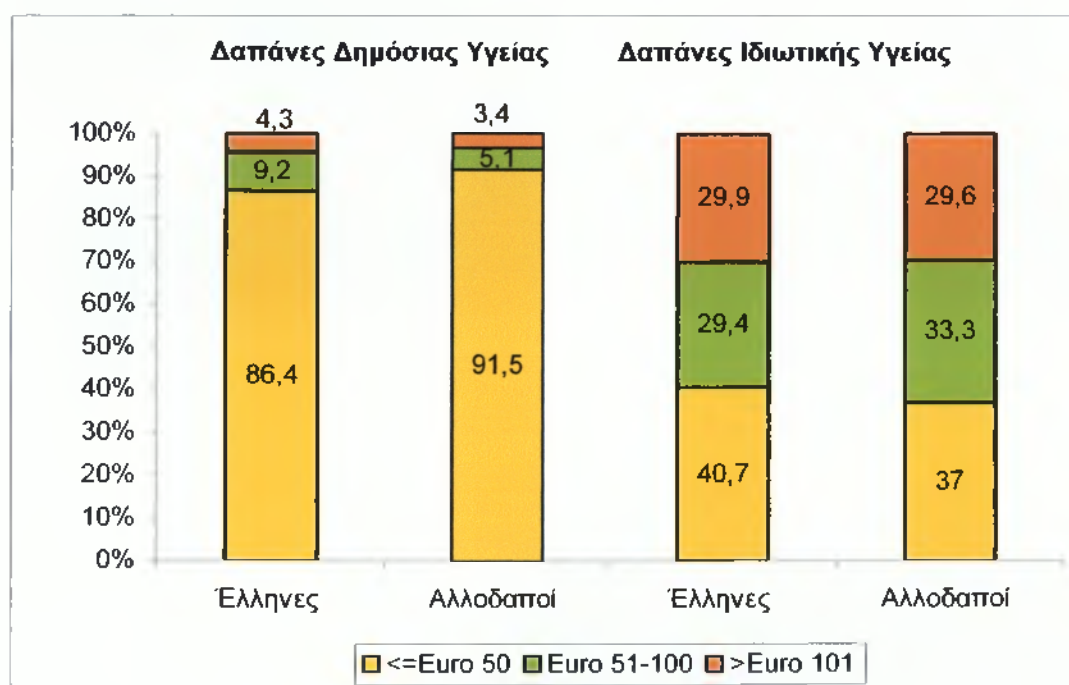
Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research



Στο **Διάγραμμα 2.11** εξετάζεται η σχέση μεταξύ εθνικότητας νοικοκυριού και του δημόσιου-ιδιωτικού χαρακτήρα της δαπάνης για υγεία. Τόσο τα αλλοδαπά όσο και τα ελληνικά νοικοκυριά επιλέγουν να δαπανούν για δημόσια και ιδιωτική υγεία κυρίως ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Παρατηρείται ότι περισσότερα αλλοδαπά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά αυτού του ύψους συγκριτικά με τα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπλέον, περισσότερα αλλοδαπά απ' ό,τι ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά άνω των € 51 το μήνα, ενώ περισσότερα ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 51 για δημόσια υγεία συγκριτικά με τους αλλοδαπούς. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα αλλοδαπά νοικοκυριά έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη δημόσια νοσηλεία όταν πρόκειται για μεγάλες δαπάνες και καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Η περιορισμένη πρόσβαση των αλλοδαπών νοικοκυριών στη δημόσια υγεία ενδεχομένως οφείλεται στα γραφειοκρατικά εμπόδια που εγείρονται στην εξακρίβωση των στοιχείων ταυτότητας, άδεια παραμονής κλπ.

**Διάγραμμα 2.11. Δαπάνες για Ιδιωτική -Δημόσια Υγεία και εθνικότητα**



≤€ 50 €51-100

€>€ 101

≤€ 50 €51-100

€>€ 101

Ύψος δαπάνης/άτομο

Ύψος δαπάνης/άτομο

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ανασκόπηση αναλύθηκε η σχέση μεταξύ των δαπανών για υγεία και των δημογραφικών-κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ελληνικών νοικοκυριών που συμμετείχαν στην πιο πρόσφατη Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΟΠ που διενήργησε η ΕΣΥΕ την περίοδο Φεβρουαρίου 2004-Ιανουαρίου 2005. Η παρούσα μελέτη δίνει έμφαση στη διάκριση του δείγματος των νοικοκυριών σε νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας («φτωχά» νοικοκυριά) και σε νοικοκυριά που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιο κίνδυνο («μη φτωχά» νοικοκυριά). Επίσης, η δαπάνη για υγεία διακρίνεται σε ιδιωτική και δημόσια με τη βοήθεια των απαντήσεων των νοικοκυριών αναφορικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Από την ανάλυση προκύπτει ότι ανεξάρτητα από το διαχωρισμό των νοικοκυριών σε φτωχά και μη φτωχά, τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία -95% του συνολικού δείγματος- είναι κυρίως νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση, έχουν δηλαδή ιδιόκτητη κύρια κατοικία για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο. Τα νοικοκυριά που είτε αποπληρώνουν δάνειο είτε ζουν σε ενοίκιο επλέγουν να δαπανούν λιγότερο λόγω των περισσότερων οικονομικών υποχρεώσεων που έχουν.

Η σχέση μεταξύ δαπάνης για υγεία και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (υγεία, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό μελών, θέση στην απασχόληση, εθνικότητα κλπ) δεν είναι ίδια για τα φτωχά και τα μη φτωχά νοικοκυριά. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά με υπεύθυνο συνταξιούχο αποτελούν την πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία, ενώ η πλειοψηφία των μη φτωχών νοικοκυριών έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο ηλικίας 45-64 έτη. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν σε μικρή ηλικία καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Για τον ίδιο λόγο τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά έχουν περισσότερα από δύο μέλη.

Ο υπεύθυνος των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία είναι κατά κύριο λόγο απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ασφαλισμένος στον ΟΓΑ, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου ο υπεύθυνος είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω και είναι ασφαλισμένος στο ΙΚΑ. Ακόμα,

παρατηρείται ότι στα φτωχά νοικοκυριά οι γυναίκες που δαπανούν περισσότερα από € 50 το μήνα είναι περισσότερες απ'2 ότι οι άνδρες.

Οι φτωχοί και οι μη φτωχοί αλλοδαποί είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση συγκριτικά με τους Έλληνες, αφού περισσότεροι αλλοδαποί ξοδεύουν για υγεία μικρά ποσά μέχρι € 50 το μήνα είτε πρόκειται για φτωχά είτε μη φτωχά νοικοκυριά.

Τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι τα ίδια με εκείνα των μη φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία. Αντίστοιχα, τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι όμοια με εκείνα των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία.

Εννέα στα δέκα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία, ενώ ένα στα δύο μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν τη δημόσια υγεία που είναι φθηνότερη απ' την ιδιωτική λόγω της περιορισμένης οικονομικής δυνατότητας που έχουν, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά που μπορούν να αγοράσουν τις ακριβές υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας λόγω της υψηλής αγοραστικής τους δύναμης.

Σύμφωνα με την παρούσα ανάλυση, περισσότερα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές δαπανούν για δημόσια παρά για ιδιωτική υγεία, καθώς η πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι περιορισμένη στην ύπαιθρο σε αντίθεση με τα νοικοκυριά των αστικών κέντρων. Τέλος, τα αλλοδαπά νοικοκυριά καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα όταν πρόκειται για μεγάλες δαπάνες, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης τους στη δημόσια υγεία εξαιτίας των γραφειοκρατικών εμποδίων που εγείρονται στην εξακρίβωση των στοιχείων ταυτότητας, άδεια παραμονής κλπ.

Συγκεκριμένα:

#### A) ΥΓΕΙΑ

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας βλέπουμε μέσα από τα 10 πρώτα Διαγράμματα ότι τόσο τα φτωχά νοικοκυριά όσο και τα μη φτωχά δαπανούν σημαντικό ποσό για την υγεία. Πιο αναλυτικά:

Στο Διάγραμμα 1.1.

Ένα στα δύο φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία μέχρι € 50 ανά μέλος είναι συνταξιούχος

Ωστόσο, με την αύξηση της δαπάνης για υγεία, διαρκώς λιγότερα φτωχά νοικοκυριά των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος δαπανούν για υγεία. Αντιθέτως, στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι εκείνα των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος. Συγκεκριμένα, περίπου δύο στα τρία μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο.

Στο Διάγραμμα 1.2.

Όσο μεγαλώνει η ηλικία των φτωχών νοικοκυριών περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Ανάλογη συμπεριφορά παρατηρείται για τα μη φτωχά νοικοκυριά μέχρι την ηλικία των 64 ετών. Από την ηλικία των 65 και μετά λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν.

Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία στην ηλικία των 45-64 ετών

Τα φτωχά νοικοκυριά όταν η ηλικία τους ξεπερνάει τα 65 χρόνια. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα

Τα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν κυρίως σε μικρότερη ηλικία, καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά.

Τα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν και σε προληπτικές εξετάσεις για να προλάβουν τυχόν ασθένειες που μπορεί να τους εμφανιστούν σε μεγαλύτερη ηλικία

Στο Διάγραμμα 1.3.

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 το μήνα. Το χαρακτηριστικό αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το αν το νοικοκυριό συγκαταλέγεται μεταξύ των φτωχών ή μη φτωχών νοικοκυριών

Ακόμα, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που δαπανούν περισσότερα από € 50 το μήνα είναι περισσότερες απ' ό,τι οι άνδρες στα φτωχά νοικοκυριά. Το χαρακτηριστικό

αυτό δεν ισχύει για τα μη φτωχά νοικοκυριά γιατί το ποσοστό των ανδρών και γυναικών που δαπανούν ποσά άνω των € 50 το μήνα είναι περίπου το ίδιο.

Στο Διάγραμμα 1.4.

Οι παντρεμένοι που ξοδεύουν για υγεία είναι περισσότεροι από τους ελεύθερους, τους χήρους και τους χωρισμένους είτε το νοικοκυριό ανήκει στα φτωχά είτε στα μη φτωχά νοικοκυριά

Καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης λιγότερα φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν, ενώ αντίθετα περισσότερα μη φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν. Επειδή τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κυρίως υπεύθυνο συνταξιούχο, έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα για δαπάνες υγείας. τα παντρεμένα φτωχά νοικοκυριά δεν έχουν αρκετά εισοδήματα για να χρηματοδοτήσουν υψηλές δαπάνες υγείας. Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν έχουν εργαζόμενο υπεύθυνο που κερδίζει περισσότερα απ' ό,τι ένας συνταξιούχος και άρα μπορούν να δαπανήσουν περισσότερα.

Στο Διάγραμμα 1.5.

Τα μη φτωχά νοικοκυριά με δύο μέλη που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από  
Τα μη φτωχά νοικοκυριά με περισσότερα μέλη

Η συντριπτική πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία έχουν μέχρι δύο μέλη

Η καλύτερη εισοδηματική κατάσταση των μη φτωχών νοικοκυριών τους επιτρέπει να δαπανούν για υγεία ακόμα και όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται

Περισσότερα νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη δαπανούν για υγεία όταν αυξάνεται η δαπάνη, ενώ λιγότερα νοικοκυριά με τρία ή τέσσερα μέλη δαπανούν όταν αυξάνεται το ύψος της δαπάνης

Στο Διάγραμμα 1.6.

Το επίπεδο εκπαίδευσης προσεγγίζει την εισοδηματική κατάσταση και την αγοραστική δύναμη του νοικοκυριού. Νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης ίσως έχουν περισσότερα εισοδήματα που τους επιτρέπουν να δαπανούν

περισσότερα. Επίσης στο **Διάγραμμα 1.6** καταδεικνύει ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα φτωχά νοικοκυριά έχουν υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας και άνω εκπαίδευσης

τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, με αποτέλεσμα να δαπανούν μεγαλύτερα ποσά όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης.

Στο **Διάγραμμα 1.7**

Περίπου επτά στα δέκα φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν μικρές δαπάνες μέχρι € 50 ανά μέλος είτε ο υπεύθυνος του νοικοκυριού είναι ασφαλισμένος είτε όχι. Περισσότερα φτωχά νοικοκυριά κάνουν υψηλότερες δαπάνες άνω των € 50 όταν ο υπεύθυνος είναι ασφαλισμένος απ' ό,τι όταν ο υπεύθυνος είναι ανασφάλιστος,

Η δαπάνη για υγεία μέχρι € 50 ανά μέλος συγκεντρώνει την προτίμηση και των μη φτωχών νοικοκυριών του δείγματος αν και λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν αυτό το ύψος δαπάνης συγκριτικά με τα αντίστοιχα φτωχά νοικοκυριά.

Στο **Διάγραμμα 1.8.**

Τα περισσότερα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος ΟΓΑ, ενώ έπονται φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο στο ΙΚΑ και τα λοιπά ταμεία.

Με την αύξηση του ύψους της δαπάνης περισσότερα φτωχά νοικοκυριά έχουν Ι.Κ.Α. Τα μη φτωχά νοικοκυριά έχουν, ως επί το πλείστον, υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος στο Ι.Κ.Α.

Ακολουθούν νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο σε λοιπούς φορείς, το Δημόσιο, το Ταμείο Εμπόρων και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και τον ΟΓΑ



Στο Διάγραμμα 1.9.

Παρατηρείται ότι τόσο οι Έλληνες όσο και οι αλλοδαποί ανεξάρτητα από το αν ανήκουν σε φτωχό ή μη φτωχό νοικοκυριό, επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 ανά μέλος.

Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο καθώς οι φτωχοί αλλοδαποί που δαπανούν για υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα είναι περισσότεροι από τους Έλληνες, γεγονός που φανερώνει την οικονομική δυσκολία των αλλοδαπών σε σχέση με τους Έλληνες

Η περιορισμένη οικονομική δυνατότητα των αλλοδαπών νοικοκυριών τα περιορίζει στην κατανάλωση μικρών χρηματικών ποσών για υγεία.

Διάγραμμα 1.10.

Στη συνέχεια, αναλύεται το ύψος δαπάνης για υγεία σε συνάρτηση με την οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά φτωχά και μη. Στην περίπτωση αυτή, η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει το νοικοκυριό προσεγγίζεται από το αν το νοικοκυριό μένει σε ιδιόκτητο σπίτι ή ενοικιάζει στέγη.

Όσα νοικοκυριά μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι διαχωρίζονται σε εκείνα που αποπληρώνουν κάποιο στεγαστικό δάνειο και εκείνα που δεν αποπληρώνουν αντίστοιχο δάνειο.

Παρατηρείται ότι ανεξαρτήτως του χαρακτηρισμού των νοικοκυριών σε φτωχά και μη, τα νοικοκυριά που μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και δεν πληρώνουν δάνειο αποτελούν την πλειοψηφία των νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία.

Τα νοικοκυριά με ιδιόκτητη στέγη που δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο και δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τις λοιπές κατηγορίες γιατί η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν είναι μικρότερη. Αντίθετα, οι ενοικιαστές και ακόμα περισσότερο οι ιδιοκτήτες που αποπληρώνουν δάνειο αντιμετωπίζουν εντονότερη οικονομική πίεση, με αποτέλεσμα να μην δαπανούν σε μεγάλο βαθμό για υγεία.

Αντίθετα, οι ενοικιαστές και ακόμα περισσότερο οι ιδιοκτήτες που αποπληρώνουν δάνειο αντιμετωπίζουν εντονότερη οικονομική πίεση, με αποτέλεσμα να μην δαπανούν σε μεγάλο βαθμό για υγεία.

## Β) ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Αρχικά περιγράψαμε τη συσχέτιση μεταξύ της συνολικής δαπάνης για υγεία και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών της έρευνας. Τώρα επιχειρείται σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα της υγείας ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο υπάρχει διαφοροποίηση όσον αφορά τον δημόσιο με τον ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας.

Η δαπάνη για ιδιωτική υγεία προσεγγίζεται από το τμήμα της συνολικής δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη που δεν αφορά την κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η ιδιωτική υγεία περιλαμβάνει τη δαπάνες για υπηρεσίες ιατρικού καταλύματος, ιατρικών και παραϊατρικών υπηρεσιών κ.λ.π.

Η συνολική δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη κάθε νοικοκυριού υπολογίζεται ως το άθροισμα της ιδιωτικής δαπάνης των αντίστοιχων μελών και εκφράζεται ανά αριθμό μελών. Για τον υπολογισμό της δαπάνης για ιδιωτική υγεία επελέγη η δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη και όχι οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ιατρών και φάρμακα.

Στο Διάγραμμα 2.1.

Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κυρίως συνταξιούχοι. Ενώ για την ιδιωτική υγεία είναι κυρίως εργαζόμενοι ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Οι εργαζόμενοι που δαπανούν για ιδιωτική υγεία € 51-101 το μήνα είναι περισσότεροι από τους εργαζόμενους που δαπανούν για ιδιωτική υγεία κάποιο άλλο ποσό.

Τα νοικοκυριά με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι τα μισά περίπου των νοικοκυριών με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αυτό οφείλεται στο χαμηλό εισόδημα των συνταξιούχων

Στο Διάγραμμα 2.2.

αναλύεται η σχέση μεταξύ δαπάνης για ιδιωτική-δημόσια υγεία και ηλικίας. Στο διάγραμμα αυτό για δημόσια υγεία δαπανούν κυρίως νοικοκυριά ηλικίας άνω των 65 ετών. Τα άτομα της ηλικιακής αυτής ομάδας είναι κατά κανόνα συνταξιούχοι που δεν έχουν αρκετά χρήματα να δαπανήσουν για ιδιωτική υγεία. Αντίθετα, τα νοικοκυριά

που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κατά κανόνα άτομα μικρής ηλικίας μέχρι 64 έτη

Στο Διάγραμμα 2.3.

περισσότερες γυναίκες δαπανούν μεγάλα ποσά για ιδιωτική υγεία - δαπάνη άνω των €101 το μήνα απ' ό,τι άνδρες

Είναι χαρακτηριστικό ότι εννέα στους δέκα άνδρες δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα, τη στιγμή που μόλις τέσσερις στους δέκα άνδρες δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα.

Στο Διάγραμμα 2.4.

Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία με παντρεμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία, ανεξάρτητα από το ύψος δαπάνης,

Παράλληλα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία και έχουν διαζευγμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αντίθετα, περισσότερα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο δαπανούν για δημόσια υγεία απ' ό,τι νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο που δαπανούν για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο έχουν λιγότερα εισοδήματα και δεν αντέχουν οικονομικά.

Στο Διάγραμμα 2.5.

Τα νοικοκυριά με δύο μέλη κατά κύριο λόγο δαπανούν για δημόσια υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης

Στο ίδιο διάγραμμα, περισσότερα διμελή νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν κατά κύριο λόγο περισσότερα από δύο μέλη, ενώ καθώς αυξάνεται ο αριθμός των μελών και μέχρι τα τέσσερα μέλη περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Αντίθετα, λιγότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 50 το μήνα για ιδιωτική υγεία, όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται από δύο σε τρία και άνω μέλη. τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο εργαζόμενο, παντρεμένο και

ηλικία μέχρι 64 ετών. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και ηλικία άνω των 65 ετών.

#### Στο Διάγραμμα 2.6

Το μορφωτικό επίπεδο των νοικοκυριών επηρεάζει και την επιλογή τους μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Επειδή τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο κερδίζουν γενικά περισσότερα χρήματα, τους είναι πιο εύκολο να υποστηρίξουν οικονομικά δαπάνες σε ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τους απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης που κερδίζουν λιγότερα.

τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αντιθέτως, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν υπεύθυνο με δευτεροβάθμια και άνω εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι € 100 το μήνα ανά μέλος έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγαλύτερα ποσά για δημόσια υγεία - άνω των € 101 το μήνα - δαπανούν τα νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Έτσι, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα έχουν κυρίως υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μεγαλύτερα ποσά άνω των € 101 το μήνα δαπανούν νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης.

#### Στο Διάγραμμα 2.7.

Η αστικότητα της περιοχής στην οποία μένει το νοικοκυριό επηρεάζει την επιλογή του μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, καθώς τα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές που κατά κανόνα βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι, επιλέγουν τα δημόσια νοσοκομεία για τη νοσηλεία τους. Επίσης τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές.

#### Στο Διάγραμμα 2.8.

Εδώ εξετάζεται η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων σε συνάρτηση με την επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας.

Προσεγγίζουμε το θέμα βάσει της οικονομικής κατάστασης του νοικοκυριού από το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κύριας κατοικίας του και από το χαρακτηρισμό του ως φτωχό ή μη φτωχό. Όσο μικρότερη είναι η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει ένα νοικοκυριό τόσο πιο πιθανόν είναι να δαπανά για ιδιωτική υγεία που είναι ακριβότερη.

τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση -δηλαδή νοικοκυριά με ιδιόκτητη κύρια κατοικία για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι εντονότερο για δαπάνες δημόσιας υγείας οπότε περισσότεροι ιδιοκτήτες χωρίς δάνειο δαπανούν όταν αυξάνεται η δαπάνη. Περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία όταν η κύρια κατοικία είτε είναι ιδιόκτητη αλλά αποπληρώνεται στεγαστικό δάνειο γι' αυτήν είτε ενοικιάζεται. Τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική κάνουν προσεκτική διαχείριση των οικονομικών, με αποτέλεσμα να μη δαπανούν μεγάλα ποσά. Όμως, όταν δαπανούν επιλέγουν υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας που είναι καλύτερης ποιότητας, περισσότερο αποτελεσματικές και απομακρύνουν το ενδεχόμενο νοσηλείας στο μέλλον.

Στο Διάγραμμα 2.9.

Το προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των νοικοκυριών που δαπανούν για δημόσια υγεία όμοιο με εκείνο των φτωχών νοικοκυριών. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας άνω των 65 ετών. Αντίστοιχα, το προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των μη φτωχών νοικοκυριών είναι όμοιο με εκείνο των νοικοκυριών που δαπανούν για ιδιωτική υγεία. τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο παντρεμένο, εργαζόμενο, ηλικίας μέχρι 64 ετών που είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω. τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά ανεξάρτητα από το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας. Επιπλέον, τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά που



δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια.

Στο Διάγραμμα 2.10.

Τόσο τα αλλοδαπά όσο και τα ελληνικά νοικοκυριά επιλέγουν να δαπανούν για δημόσια και ιδιωτική υγεία κυρίως ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Παρατηρείται ότι περισσότερα αλλοδαπά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά, συγκριτικά με τα ελληνικά νοικοκυριά.

Επιπλέον, περισσότερα αλλοδαπά απ' ότι ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά άνω των € 51 το μήνα, ενώ περισσότερα ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 51 για δημόσια υγεία συγκριτικά με τους αλλοδαπούς. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα αλλοδαπά νοικοκυριά έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη δημόσια νοσηλεία όταν πρόκειται για μεγάλες δαπάνες και καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα.

### Γ) ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της Γ' βάρθμιας περίθαλψης, αυτό που παρατηρείται είναι το εξής: τα φτωχά νοικοκυριά στρέφονται στην δημόσια περίθαλψη κυρίως γιατί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά για να πληρώσουν υπηρεσίες της ιδιωτικής περίθαλψης. Ωστόσο γνωρίζουν ότι η ιδιωτική περίθαλψη θα τους προσφέρει ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως τα μη φτωχά νοικοκυριά λόγω της οικονομικής τους δυνατότητας μπορούν άνετα να πληρώσουν για να απολαύσουν υπηρεσίες περίθαλψης υγείας έχοντας το προνόμιο αφενός ότι οικονομικά βρίσκονται φυσικά σε καλύτερη θέση και αφετέρου ότι οι υπηρεσίες που θα τους παραχθούν είναι καλύτερης ποιότητας.

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της ανασκόπησης είναι τα ακόλουθα:

- ↓ 9 στα 10 νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία λόγω της περιορισμένης οικονομικής τους δυνατότητας. Αντίθετα, ένα στα δυο μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία, ενώ προτιμούν την ιδιωτική γιατί παρέχει καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες περίθαλψης.



- ⬇ Τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι τα περισσότερο ευπαθή: νοικοκυριά μέχρι δυο μέλη, με υπεύθυνο συνταξιούχο, απόφοιτο υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ασφαλισμένο στον ΟΓΑ.
- ⬇ Τα νοικοκυριά της υπαίθρου δαπανούν περισσότερο για δημόσια παρά για ιδιωτική υγεία, πολύ πιθανόν λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.
- ⬇ Τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία -95% του δείγματος- είναι κυρίως νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση, που έχουν ιδιόκτητη κύρια κατοικία χωρίς στεγαστικό δάνειο.
- ⬇ Η καλύτερη οικονομική κατάσταση των μη φτωχών νοικοκυριών τους επιτρέπει να ξοδεύουν για υγεία πριν τη συνταξιοδότηση. Η πλειοψηφία τους έχει περισσότερα από δυο μέλη και υπεύθυνο εργαζόμενο ασφαλισμένο στο ΙΚΑ, ηλικίας 45-64 ετών που είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιαρόπουλος, Λ., (2007), «Τι φοβάται ο Έλληνας σήμερα για το 2007;», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[http://chesme.nurs.uoa.portal/professor\\_message/323](http://chesme.nurs.uoa.portal/professor_message/323)
2. Σίσκου, Ο., (2006), «Η παραοικονομία στην υγεία: τα πρώτα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313>.
3. Koukouli, S., Viachonicolis, I.G., Philalithis, A., (2002). «Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support», *BMC Health Services Research*, 2, 20-33.
4. Μπαλούρδος, Δ., Τεπέρογλου, Α., Φακιάλας Ν., (1999), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο Καραντίνας Δ., Μαράτου-Αλιμπραντή Α., Φρονίμου Ε.,(Επιμ.), «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 77-111
5. Feldman, H., (2002), «How social is European social policy?», *International Journal of Social Economics*, vol.29, no.7, pp.547-574
6. Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)
7. Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)

8. Mossialos et al, (2003), «Η χρηματοδότηση των συστημάτων Υγείας: Επιλογές από την Ευρώπη» στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, (2008), «Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας», Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140](http://chesme.nurs.uoa.gr/portal/common/getFile/?id=140)
9. Μωυσίδης, Α. (2002), «Κοινωνικός αποκλεισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο. Το πρόβλημα των ηλικιωμένων», στο Δημουλάς, Κ., Εξαρχος, Γ., Μουσούρου, Α., Μωυσίδης, Α., Ρόμπολης, Σ., Τσαούσης, Δ., Τσιάκαλος Γ., Ψημμένος, Ι., (Επιμ.), «Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 121-150
10. Παρασκευόπουλος, 2009α, Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας: Κανονιστική ανάλυση της χρηματοδοτικής εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://195.130.95.12/eclass/DYGPR155/document/%C8%E5%EC%E1%F4%E9%EA%DD%F2%20%E5%ED%FC%F4%E7%F4%E5%F2/%C8%C5%CC%C1%D4%C9%CA%C7%20%C5%CD%CF%D4%C7%D4%C1%203.pdf>
11. Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας, (2003), «Ενημέρωση 2003», Θέσεις της ΓΣΕΕ για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, περιοδικό ΙΝΕΓΣΕΕ, Τεύχος 98, Σεπτέμβριος 2003
12. Γενική Συνομοσπονδία Εργαζομένων Ελλάδας, (2003), «Ενημέρωση 2003», Θέσεις της ΓΣΕΕ για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας, περιοδικό ΙΝΕΓΣΕΕ, Τεύχος 98, Σεπτέμβριος 2003
13. Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003), «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
14. Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003), «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
15. Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα»,

Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148

16. Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148
17. Ματσαγγάνης, Μ., Μητράκος, Θ., (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5ο με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, 119-148
18. Σίσκου, Ο., (2006), «Η παραοικονομία στην υγεία: τα πρώτα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313>.