



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Οικογενειακές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα”

Σπουδάστρια: Λυδία Βέσση

Επιβλέπων Καθηγητής Λεωνίδας Παρασκευόπουλος

Καλαμάτα 2009

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....σελ 1	σελ 1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....σελ 2	σελ 2
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : Η Κατανάλωση Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα</b> .....σελ 5	σελ 5
1.1 Εισαγωγή.....σελ 5	σελ 5
1.2 Οι ιδιομορφίες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την υπόλοιπη αγορά.....σελ 6	σελ 6
1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ζήτηση των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας.....σελ 7	σελ 7
1.4 Η μεθοδολογία έρευνας της μέτρησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών από τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς.....σελ 8	σελ 8
1.5 Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες ΟΟΣΑ.....σελ 9	σελ 9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : Οι Δαπάνες Υγείας των Νοικοκυριών</b> .....σελ 13	σελ 13
2.1. Εισαγωγή.....σελ 13	σελ 13
2.2. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών.....σελ 13	σελ 13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : Ανάλυση των Δαπανών Υγείας των Νοικοκυριών</b> .....σελ 19	σελ 19
3.1) Εισαγωγή.....σελ 19	σελ 19
3.2) Τρόπος συλλογής των δεδομένων.....σελ 19	σελ 19
3.3) Κατηγορίες Δαπανών Υγείας.....σελ 20	σελ 20
3.4) Ανάλυση των Αποτελεσμάτων.....σελ 22	σελ 22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : Δαπάνες Υγείας και Γεωγραφική Περιφέρεια</b> .....σελ 27	σελ 27
4.1) Εισαγωγή.....σελ 27	σελ 27
4.2) Ανάλυση των Δαπανών Υγείας ανά Κατηγορία Περιοχής.....σελ 27	σελ 27
4.3) Ανάλυση των Δαπανών Υγείας ανά Υπηρεσία Περιφερειακής Ανάπτυξης.....σελ 30	σελ 30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : Δαπάνες Υγείας και Εισόδημα</b> .....σελ 34	σελ 34
5.5) Εισαγωγή.....σελ 34	σελ 34
5. 2) Ανάλυση των αποτελεσμάτων ανά κατηγορία εισοδήματος.....σελ 35	σελ 35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο : Δαπάνες Υγείας και Μέγεθος Νοικοκυριού</b> .....σελ 45	σελ 45
6.1) Εισαγωγή.....σελ 45	σελ 45
6.1) Ανάλυση αποτελεσμάτων κατά μέγεθος νοικοκυριού.....σελ 45	σελ 45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: Δαπάνες Υγείας και Επάγγελμα</b> .....σελ 54	σελ 54
7.1) Εισαγωγή.....σελ 54	σελ 54
7.2) Ανάλυση δαπανών υγείας ανά επαγγελματική θέση υπευθύνου.....σελ 54	σελ 54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : Συμπεράσματα – Προτάσεις</b> .....σελ 60	σελ 60
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται διεθνώς μια συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία που στις περισσότερες χώρες αφορούσε κυρίως τις δημόσιες δαπάνες. Στην Ελλάδα, ενώ το ποσοστό των δημοσίων δαπανών ακολουθεί την ανάλογη πορεία, παρόλο που αρκετά χρόνια βρισκόταν στα χαμηλότερα επίπεδα πανευρωπαϊκά, παρατηρείται μια ολοένα και αυξανόμενη ιδιωτική συμμετοχή στις δαπάνες υγείας. Με βάση τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ θα επιχειρηθεί ανάλυση και σύγκριση της εξέλιξης των οικογενειακών δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 1981 έως το 2005.

Σύμφωνα με τις ΕΟΠ, οι οικογενειακές δαπάνες υγείας στη χώρα μας παρουσιάζουν συνεχή αύξηση σε σταθερές τιμές που φτάνει το 93% για το χρονικό διάστημα 1981-2005. Το τμήμα των αυξήσεων απορροφήθηκε κυρίως από την κατανάλωση φαρμάκων και την εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ΕΟΠ του 1994 για πρώτη φορά έχει καταγραφεί ξεχωριστά η δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη, η οποία στη συνέχεια των ερευνών συγκεντρώνει τις υψηλότερες ιδιωτικές πληρωμές. Έτσι φαίνεται ότι γι' αυτή την περίοδο κατέχει το 55% επί του συνόλου των δαπανών για εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη.

Από την ίδια μελέτη παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών με διαφορετικό τόπο κατοικίας π.χ. Αστικές, Ημιαστικές και Αγροτικές περιοχές. Οι διαφοροποιήσεις αυτές δεν σχετίζονται απόλυτα με παράγοντες όπως η νοσηρότητα του πληθυσμού, λόγω δηλαδή του τόπου κατοικίας τους, αλλά με **κοινωνικούς** (κουλτούρα, lifestyle, μορφωτικό επίπεδο) και **οικονομικούς** (εισόδημα) παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν τους **ρυθμιστές της ζήτησης** των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

Αναφέρονται ακόμα στοιχεία για τις ιδιομορφίες της αγοράς υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ελεύθερη ανταγωνιστική αγορά και πως αυτές επηρεάζουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Μελετώνται οι κυριότεροι παράγοντες της ιδιωτικής κατανάλωσης για υγειονομική φροντίδα για το ίδιο χρονικό διάστημα.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Αντικείμενο εργασίας είναι η μελέτη των οικογενειακών δαπανών υγείας της χώρας από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1983) έως την τελευταία καταγραφή (2005) των δαπανών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι ενώ θα περιμέναμε μετά την ίδρυση του ΕΣΥ να μειώνονται σταδιακά οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών από χρόνο σε χρόνο, αντιθέτως αυτές παρουσιάζουν αύξηση της ζήτησης κατά τη διάρκεια των ετών σε όλες τις κατηγορίες των νοικοκυριών και πολύ περισσότερο δε στα νοικοκυριά που βρίσκονται σε αστικές περιοχές.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση, καταγραφή και ανάλυση των δαπανών υγείας όλων των νοικοκυριών της Ελλάδας από το 1981 έως και το 2005.

Στόχος της εργασίας είναι η μελέτη και η αξιολόγηση των δαπανών υγείας και συγκεκριμένα των ιδιωτικών πληρωμών από τα ελληνικά νοικοκυριά τα τελευταία 26 χρόνια. Η προσέγγιση γίνεται από την πλευρά της ζήτησης όπου με την ανάλυση συγκεκριμένων κριτηρίων κατηγοριοποίησης των νοικοκυριών επιχειρείται η ερμηνεία του φαινομένου της προσφυγής σε ιδιωτικές πληρωμές, για την κατανάλωση ενός αγαθού που στα πλαίσια του ΕΣΥ παρέχεται δωρεάν. Η προσέγγιση αυτή αφορά τόσο στις συνολικές όσο και στις επιμέρους δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, τα οποία κατηγοριοποιούνται και αναλύονται στα παρακάτω κεφάλαια. Για τη μελέτη των δαπανών υγείας χρησιμοποιήθηκαν οι πρωτογενείς έρευνες της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ), που αφορούν τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στην κατανάλωση των ιδιαίτερα υψηλών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας της χώρας και την αλληλοεξαρτώμενη σχέση με την δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα και τα αίτια που αφορούν την διόγκωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Επίσης αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθείται για την μέτρηση των δαπανών αυτών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετάται το σύνολο των οικογενειακών δαπανών των νοικοκυριών για τις 9 βασικές ομάδες αγαθών και υπηρεσιών που περιλαμβάνουν: τις δαπάνες για είδη διατροφής, την κατανάλωση ποτών και καπνού, διάφορα οικιακά αγαθά, υγεία, εκπαίδευση και αναψυχή, μεταφορές και επικοινωνία και τέλος για διάφορα αγαθά και

υπηρεσίες. Σχολιάζοντας ταυτόχρονα την πορεία και την εξέλιξη των δαπανών αυτών στην διάρκεια των πέντε ΕΟΠ (Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών).

Στο **τρίτο** κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας, ο τρόπος συλλογής των στοιχείων από τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος, καθώς και η μεθοδολογία της ανάλυσης. Για το λόγο αυτό, απομονώνεται η ομάδα δαπάνης για υπηρεσίες υγείας και μελετάται η πορεία και η εξέλιξη των δαπανών υγείας και των ιδιωτικών πληρωμών το διάστημα 1981-2005. Οι δαπάνες αυτές αναλύονται σε υποομάδες όπως δαπάνες για φάρμακα, για ιατρική περίθαλψη, οδοντιατρικές υπηρεσίες και για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στο **τέταρτο** κεφάλαιο οι δαπάνες κατηγοριοποιούνται ως προς τη γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης των νοικοκυριών. Αρχικά η ανάλυση γίνεται ανά γεωγραφική περιφέρεια π.χ. Αστικές περιοχές, Ημιαστικές και Αγροτικές. Στη συνέχεια, η έρευνα προχωρά σε ανάλυση ανά Υγειονομική Περιφέρεια, όπως ΥΠ Στερεά Ελλάδα, Πελοποννήσου, Κρήτης κ. λ. π.

Στο **πέμπτο** κεφάλαιο αναλύονται διαχρονικά οι δαπάνες υγείας με βάση το μηνιαίο εισόδημα των νοικοκυριών. Αρχικά, χωρίστηκε σε κατηγορίες ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος, στη συνέχεια αναλύθηκε η συμπεριφορά των μελών των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας σε σχέση με τα εισοδήματά τους.

Στο **έκτο** κεφάλαιο αναλύονται οι οικογενειακές δαπάνες υγείας σε σχέση με το μέγεθος (δηλ. τον αριθμό των μελών) καθώς και τη σύνθεσή του νοικοκυριού. Εδώ θα μελετήσουμε το ρόλο του μεγέθους ενός νοικοκυριού και τα ποσά που δαπανά κάθε είδος νοικοκυριού. Η κυρίως ανάλυση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων θα γίνει πάνω στην ΕΟΠ του 2005.

Στο **έβδομο** και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας θα συζητηθεί ο βαθμός επίδρασης της επαγγελματικής θέσης του υπευθύνου του νοικοκυριού στις δαπάνες υγείας. Εδώ το δείγμα διαχωρίστηκε σε νοικοκυριό με υπεύθυνο σε θέση 'Εργοδότη', σε θέση 'Ελεύθερου Επαγγελματία', 'Μισθωτού' και 'Μη εργαζόμενου'.

Η μελέτη των παραπάνω στοιχείων αφορά στο διάστημα 1981-2005, η επιλογή του οποίου αφενός εξυπηρετεί τη σκοπιμότητα της απεικόνισης των τάσεων στην ιδιωτική κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας για όλο αυτό το κρίσιμο διάστημα των υγειονομικών μετασχηματισμών, προσπαθώντας ταυτόχρονα να συγκρίνουμε την προ-ευρώ εποχή (με τις Δραχμές) και τη μετά-ευρώ εποχή. Επίσης, δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης στοιχείων που εξετάζονται επί σειρά ετών, με σκοπό τη διερεύνηση των συσχετισμών της προσφοράς των υγειονομικών υπηρεσιών στα πλαίσια του ΕΣΥ και της ροπής προς την ιδιωτική κατανάλωση.

Ακόμα διερευνάται το κατά πόσο η αύξηση στη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας οφείλεται στον τρόπο κατανομής των υγειονομικών πόρων. Εδώ αναδεικνύονται οι αγεφύρωτες ανισότητες ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες και στις διάφορες περιφέρειες της χώρας. Επίσης, αναδεικνύεται η αδυναμία του χρηματοδοτικού συστήματος να συμβάλει στη μείωση του κόστους και στη διαχρονική έλλειψη πολιτικής για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας στη χώρα μας, οδηγώντας στην οικονομική αιμορραγία των οικογενειακών προϋπολογισμών των νοικοκυριών και την κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος σε υπηρεσίες υγείας που οι Έλληνες πολίτες δεν απολαμβάνουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 1.1 Εισαγωγή

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και παρουσιάζουν συνεχώς αυξητικές τάσεις, με αποτέλεσμα να υπολογίζεται πως αποτελούν το 50%<sup>1</sup> περίπου των συνολικών δαπανών υγείας. Το ύψος βέβαια των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι άμεσα εξαρτώμενο από την εκτεταμένη πλέον δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας και περισσότερο από τη διόγκωση της ζήτησης ιδιαίτερα για πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία δεν μπορεί να καλυφθεί επαρκώς από το δημόσιο τομέα.

Η αδυναμία αυτή του δημόσιου τομέα να καλύψει τις εκφρασμένες ανάγκες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συνδέεται κατά κύριο λόγο με την αδυναμία προσαρμογής του στα νέα δεδομένα τα οποία δημιουργήθηκαν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συντελέστηκε μετά τα μέσα της δεκαετίας του '80. Ενώ ταυτόχρονα, η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία συγκεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος προσαρμόστηκε με ταχείς ρυθμούς στις τεχνολογικές εξελίξεις και με κίνητρο τη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση και κατ' επέκταση τα υψηλά προσδοκώμενα ποσοστά κερδοφορίας, επεκτάθηκε σημαντικά κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ιδιωτικών κέντρων διαγνωστικής ιατρικής

Ο προσανατολισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας, αρχικά στις διαγνωστικές υπηρεσίες, οφείλεται αφενός στη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ και στην περιοριστική πολιτική που ακολουθήθηκε από το κράτος ως προς τη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή φροντίδα και αφετέρου στο υψηλό κόστος κατασκευής εξοπλισμού που συνεπάγεται η δημιουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τον μακροπρόθεσμο χαρακτήρα μιας τέτοιας επένδυσης και με τις ιδιαίτερα χαμηλές τιμές που προβλέπουν για το ημερήσιο νοσήλιο οι συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, καθιστούν μη ελκυστική την εμπλοκή ιδιωτών στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Μια σειρά από παράγοντες όπως η σημαντική ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η παράλληλη τεχνολογική απαξίωση των ιατρικών μηχανημάτων και η αδυναμία

---

<sup>1</sup> ΚΛΑΔΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2005

αντικατάστασής τους από το δημόσιο, η αύξηση των ιδιωτικών κλινικών και διαγνωστικών ιατρείων, καθώς και η αύξηση του αριθμού των ιατρών η οποία δημιουργούσε προϋποθέσεις **προκλητής ζήτησης** για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και συνεπώς προϋποθέσεις υψηλής κερδοφορίας, αποτέλεσαν την αιτία της ιδιαίτερης έμφασης που δόθηκε από μέρους των επιχειρηματιών στην ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της διαγνωστικής τεχνολογίας.

## **1.2 Οι ιδιομορφίες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την υπόλοιπη αγορά**

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν λειτουργεί όπως οι ανταγωνιστικές αγορές αγαθών και υπηρεσιών. Χαρακτηρίζεται από **ασυμμετρία πληροφόρησης** μεταξύ των προμηθευτών και των ασθενών. Το ιατρικό σώμα αποφασίζει για το είδος της περίθαλψης, της διαγνωστικής προσπέλασης, τη θεραπευτική αγωγή, τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας και των μονάδων εντατικής θεραπείας, το χρόνο παραμονής νοσηλείας κ.α.

Ο προμηθευτής είναι ο ειδικός, ενώ ο ασθενής είναι ο ελλιπώς πληροφορημένος εφόσον δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για να αποφασίσει που πρέπει να απευθυνθεί, σε ποιες εξετάσεις πρέπει να υποβληθεί και ποια μορφή θεραπείας πρέπει να ακολουθήσει. Δεν μπορεί επίσης να εκτιμήσει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα θεραπείας και να συζητήσει την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εκφράζει τα συμπτώματα που παρουσιάζει και ελπίζει πως ένας άλλος, ο γιατρός, ως αντιπρόσωπος του θα γνωρίζει να του πει τι θα πρέπει να πράξει.

Ο ιατρός είναι αυτός που καθορίζει τη ζήτηση και ελέγχει την προσφορά της οικονομικής περίθαλψης. Μια τέτοια κατάσταση δημιουργεί την πιθανότητα δημιουργίας προκλητής ζήτησης από τους ιατρούς που προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν το εισόδημά τους αλλά κυρίως από ιατρούς που δεν είναι σωστά ενημερωμένοι για τη σπουδαιότητα του ελέγχου του ύψους του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Έχει υπολογιστεί ότι οι ιατροί καθορίζουν το 70-80% των συνολικών δαπανών υγείας (ιδιωτικές δαπάνες και παροχές από τρίτους). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται συνοπτικά οι διαφορές των συστημάτων υγείας από τις ανταγωνιστικές αγορές.



### Οι διαφορές των συστημάτων υγείας από τις ανταγωνιστικές αγορές

	ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ
Η ζήτηση προέρχεται από τους καταναλωτές	ναι & όχι	ναι
Ο καταναλωτής είναι κυρίαρχος	όχι	ναι
Η προσφορά είναι φανερή στον καταναλωτή	όχι	ναι
Οι προσφέροντες βρίσκονται σε ανταγωνισμό μεταξύ τους	ναι & όχι	ναι
Ο καταναλωτής μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών / αγαθών	όχι	ναι
Ο καταναλωτής πληρώνει άμεσα	όχι	ναι
Οι τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών επηρεάζονται από τα ελλείμματα	όχι	ναι

Πηγή : Ν. Μπεσσής, ΙΟΒΕ, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, 1993

### **1.3 Παράγοντες που Επηρεάζουν τη Ζήτηση των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας**

Σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες της ICAP-Ιούλιος 2005 για τον κλάδο των ιδιωτικών δαπανών υγείας οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση είναι οι εξής:

- Αδυναμία του Ε.Σ.Υ. να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των ελλείψεων υλικοτεχνική υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρωπίνου παράγοντα
- Απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας
- Δημογραφικοί παράγοντες όπως: η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, γεωγραφική περιφέρεια, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η γήρανση του πληθυσμού
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως πολιτιστικό επίπεδο, κοινωνικό status
- Οικονομικοί παράγοντες όπως: εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση, τιμές των υπηρεσιών υγείας
- Ατομικές αξίες: ιδέες π.χ. η προτεραιότητα των ανθρώπων πάνω στα θέματα υγείας, η συμπεριφορά τους προς τις υπηρεσίες υγείας, η γνώση, η πληροφόρηση για την ασθένεια
- Ένας άλλος παράγοντας είναι η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης

- Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακροχρόνιες λίστες αναμονής (για κάποια επέμβαση ή εξειδικευμένη εξέταση) που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Ο παράγων τεχνολογία είναι βαρύνουσας σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό αυξάνει τα ποσοστά αποτελέσματος στη διάγνωση και στη θεραπεία.
- Επιπλέον οι ελλείψεις μερικών δημόσιων θεραπευτηρίων –ιδιαίτερα της επαρχίας– τόσο σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό όσο και σε κτιριακή υποδομή, σε επάρκεια κλινών και νοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

#### **1.4 Η μεθοδολογία έρευνας της μέτρησης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών από τους Οικογενειακούς Προϋπολογισμούς.**

Πριν όμως προχωρήσουμε στην αναλυτική παρουσίαση των παραμέτρων που καθορίζουν το ύψος, τη διάρθρωση και τους προσδιοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών – οι οποίες αποτελούν και τη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού μας συστήματος – οφείλουμε να αναφερθούμε στα κριτήρια επιλογής της δεδομένης μεθοδολογίας εκτίμησής τους, αφού όπως προαναφέραμε παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στα αποτελέσματα των εκτιμήσεων που βασίζονται σε στοιχεία διαφορετικών πηγών και χρησιμοποιούν διαφορετικό τρόπο υπολογισμού.

##### *Τι είναι η ΕΟΠ?*

Η Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών είναι μία στατιστική έρευνα με την οποία συγκεντρώνονται πληροφορίες από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών, για τη σύνθεσή τους, την απασχόληση των μελών τους, τις συνθήκες στέγασης και, κυρίως, για τις δαπάνες διαβίωσής τους, καθώς και για τα εισοδήματά τους. Οι πληροφορίες για τις δαπάνες που συγκεντρώνονται από τα νοικοκυριά είναι πολύ αναλυτικές.

Συγκεντρώνονται, δηλαδή, πληροφορίες για κατηγορίες δαπανών συνολικά, όπως δαπάνες διατροφής, είδη ένδυσης – υπόδησης, δαπάνες για υγεία κλπ., όχι όμως για καθεμία δαπάνη χωριστά, π.χ. ψωμί άσπρο, γάλα νωπό πλήρες, μοσχάρι νωπό κλπ., υποδήματα ανδρικά, γυναικεία κλπ., ή μικροβιολογικές εξετάσεις, φάρμακα κλπ.

Βέβαια, το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη χώρα μας είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναφέρεται στα επίσημα εθνικολογιστικά στοιχεία. Οι δαπάνες αυτές αποτελούνται από τις επίσημες πληρωμές των νοικοκυριών για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών και από τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση,<sup>2</sup> καθώς και από μια σειρά από πρόσθετες άτυπες πληρωμές, οι οποίες συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας ή υπόγειας οικονομίας που παρατηρείται στον υγειονομικό μας τομέα.<sup>3</sup>

Οι παράτυπες αυτές δαπάνες προκύπτουν από μια σειρά από οικονομικές δραστηριότητες που διαφεύγουν από την επίσημη καταμέτρηση και ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την ακύρωση της έννοιας της ασφάλισης, αφού μεταθέτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της περίθαλψης στα νοικοκυριά. Υπενθυμίζουμε μάλιστα πως η προσέγγιση του μεγέθους της παραοικονομίας μέσω της απόκλισης μεταξύ της ιδιωτικής κατανάλωσης των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας και των δηλωθέντων εισοδημάτων των επαγγελματιών υγείας, καταλήγει σε διαφορετικά αποτελέσματα, ανάλογα με τον τρόπο εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Έτσι, ενώ η «αποδεκτή παραοικονομία» η οποία βασίζεται στα δεδομένα των Εθνικών Λογαριασμών για την ιδιωτική δαπάνη υγείας, υπολογίζεται για το 1994 σε 139 περίπου δις δραχμές, η «πραγματική παραοικονομία» η οποία βασίζεται ως προς το μέγεθος της ιδιωτικής κατανάλωσης για την υγεία στα αποτελέσματα της δειγματοληπτικής έρευνας των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ, υπολογίζεται σε 269 περίπου δις δραχμές. Με δεδομένο όμως ότι το μέγεθος της παραοικονομικής δραστηριότητας πρέπει να ενσωματώνεται στην ιδιωτική δαπάνη υγείας, συμπεραίνουμε πως η ακριβέστερη εκτίμηση της τελευταίας προκύπτει από τα στοιχεία των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, αφού η τεχνική αυτή εξασφαλίζει υψηλότερο βαθμό ακρίβειας και αξιοπιστίας των δεδομένων.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Οι δαπάνες αυτές περιλαμβάνουν την πληρωμή της διαφοράς θέσης στα νοσοκομεία, τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης και τη συμμετοχή στο κόστος της διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων. Μπέσης Ν. (1993) «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» σελ. 80, IOBE, Αθήνα.

<sup>3</sup> Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ. (1991) «Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)» σελ. 143-144, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.

<sup>4</sup> Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα» σελ. 288-291, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα.

Σημειώνουμε πάντως πως ακόμη και με τη χρήση των Οικογενειακών Προϋπολογισμών προσεγγίζονται – με την έμμεση μέθοδο της απόκλισης δαπάνης και εισοδήματος – τα κατώτατα όρια της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα στη χώρα μας.<sup>5</sup> Τέλος, επισημαίνουμε πως παρά το γεγονός ότι ο κύριος όγκος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται προς την ανοικτή περίθαλψη, σημαντικού μεγέθους παραοικονομικές δραστηριότητες συναντάμε και στη νοσοκομειακή περίθαλψη, αφού εκεί οι παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν προϋποθέσεις για την καταβολή πρόσθετων πληρωμών είναι περισσότεροι. Οι παράγοντες που συνδράμουν στην άτυπη συμμετοχή των χρηστών στην κλειστή περίθαλψη είναι συνήθως η ασφαλιστική κάλυψη, το είδος του περιστατικού και ο χρόνος νοσηλείας, οι διαδικασίες που συνήθως απαιτούνται για την εξασφάλιση κλίνης, καθώς και η επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών.<sup>6</sup>

Η παρακάτω ανάλυση, βασίζεται στις στατιστικές έρευνες που έχουν γίνει από την ΕΣΥΕ κατά τα έτη 1981/1982, 1987/1988, 1993/1994, 1997/1998 και 2004/2005, κυρίως επειδή θεωρείται πως συμπεριλαμβάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις άτυπες και αντιδεοντολογικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. Σημειώνουμε πως οι πληρωμές αυτές μας ενδιαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, αφού σηματοδοτούν τη μετακύλιση ενός σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους ιδιώτες, με συνέπεια την καταστρατήγηση της έννοιας της ισότητας στην υγεία.<sup>7</sup>

Τέλος, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται αναφέρονται στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών εκφρασμένες σε δραχμές και σε ευρώ. Τα στοιχεία αυτά είναι με τη μορφή μηνιαίων μέσων όρων κατά νοικοκυριό και κατανέμονται σύμφωνα με βασικά κριτήρια ταξινόμησης των νοικοκυριών. Οι δειγματοληπτικές έρευνες για τα έτη 1981/82, 1987/88, 1993/94, 1997/1998 και 2004/2005 γνωρίζουμε ότι διενεργήθηκαν σε τελικό δείγμα 6.035, 6.489, 6.756, 6.555, 6.252 ιδιωτικών νοικοκυριών αλλά μόνο για το 2004 γνωρίζουμε ότι έγιναν σε 17.386 μέλη αυτών, σε ολόκληρη τη Χώρα. Δυστυχώς για τα προηγούμενα έτη δεν έχουμε ακριβή στοιχεία του δείγματος (π.χ. μέλη), μόνο του ότι έχουν γίνει στα ίδια νοικοκυριά.

<sup>5</sup> Κυριόπουλος Γ. (1992) «Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα» σελ. 3-10, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα.

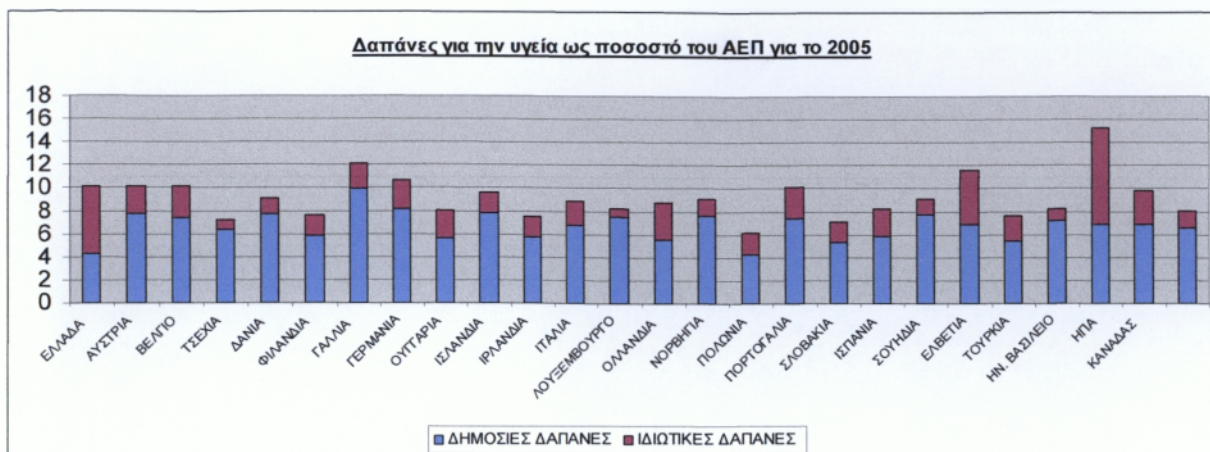
<sup>6</sup> Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) υποσημ. 11, σελ. 291.

## 1.5 Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες ΟΟΣΑ

Οι συνολικές δαπάνες υγείας της χώρας μας βρίσκονται ανάμεσα στις οχτώ υψηλότερες μεταξύ των χωρών – μελών της Οργανισμού Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας, ως ποσοστό του ΑΕΠ που πραγματοποιούνται ετησίως. Ενώ το ποσοστό της ιδιωτικής συμμετοχής φτάνει το 57% των συνολικών δαπανών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας<sup>8</sup> στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν από το 5,8% το 1990 στο 10,1% το 2005, σε μέσα επίπεδα στον ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες αυξήθηκαν αντίστοιχα από το 6,9% του ΑΕΠ στο 9%. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ανήλθαν στη χώρα μας το 2005 σε 2.981 δολάρια εκ των οποίων τα 2/3 περίπου αποτελούν ιδιωτική συμμετοχή.

<u>ΧΩΡΕΣ</u>	<u>ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</u>	<u>ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>4,3</b>	<b>5,8</b>	<b>10,1</b>
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,7	2,5	10,2
ΒΕΛΓΙΟ	7,4	2,8	10,2
ΤΣΕΧΙΑ	6,4	0,8	7,2
ΔΑΝΙΑ	7,7	1,4	9,1
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	5,9	1,7	7,6
ΓΑΛΛΙΑ	9,9	2,2	12,1
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	8,2	2,5	10,7
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	5,7	2,4	8,1
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	7,9	1,7	9,6
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	5,8	1,7	7,5
ΙΤΑΛΙΑ	6,8	2,1	8,9
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	7,5	0,8	8,3
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	5,5	3,3	8,8
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	7,6	1,5	9,1
ΠΟΛΩΝΙΑ	4,3	1,9	10,2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7,4	2,8	10,2
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	5,3	1,8	7,1
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,9	2,4	8,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	7,7	1,4	9,1
ΕΛΒΕΤΙΑ	6,9	4,7	11,6
ΤΟΥΡΚΙΑ	5,4	2,2	7,6
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	7,2	1,1	8,3
ΗΠΑ	6,9	8,4	15,3
ΚΑΝΑΔΑΣ	6,9	2,9	9,8
ΙΑΠΩΝΙΑ	6,6	1,5	8,1
ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ : Δαπάνες Υγείας 2005 , Health Data 2007			

<sup>7</sup> Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η ευκαιρία-τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας» σελ. 17-20 (Α' μέρος), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1995, Αθήνα.  
<sup>8</sup> Εφημερίδα ΕΞΠΡΕΣ, 20 Ιουλίου 2007



ΠΗΓΗ: ΟΟΣΑ :Δαπάνες Υγείας 2005 , Health Data 2007

Συνολικά οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στον ΟΟΣΑ έχουν αυξηθεί πάνω από 80% σε πραγματικά μεγέθη μεταξύ 1990 και 2005, ξεπερνώντας την αύξηση 37% του κατά κεφαλήν ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Το 1970 στις χώρες του ΟΟΣΑ είχε ανέλθει μόλις στο 5% του ΑΕΠ. Το 2005 το ποσοστό αυτό έχει ανέλθει στο 9% και το ένα τέταρτο των μελών του οργανισμού δαπανά πλέον πάνω από το 10% του εθνικού εισοδήματος στην υγεία. Ενώ, οι ΗΠΑ παραμένουν μακράν οι πλέον γενναιόδωρες, με δαπάνες στο 15,3% του ΑΕΠ το 2005.

Σύμφωνα με τη μελέτη, η αυξημένη ζήτηση για έξοδα υγείας σημαίνει ότι οι κυβερνήσεις πρέπει αυξήσουν τους φόρους ή τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης είτε να μειώσουν άλλες δαπάνες είτε να υποχρεωθούν οι πολίτες να βάζουν περισσότερα από την τσέπη τους. Ο ΟΟΣΑ επίσης προειδοποιεί ότι σε πολλές χώρες θα παρατηρηθεί μεγάλη ανάγκη για ιατρικό προσωπικό από το εξωτερικό, καθώς έχουν μειωθεί οι εισαγωγές στις ιατρικές σχολές στις χώρες αυτές, σε μια προσπάθεια να χαλιναγωγήσουν τις δαπάνες υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

#### 2.1 Εισαγωγή.

Ο όρος Δημόσια Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Αντίστοιχα, η Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων επίσης και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα.

#### 2.2) Οι προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών.

Η ζήτηση και η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τόσο στη χώρα μας όσο και γενικότερα, αντανakλούν σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές και πολιτιστικές μεταβολές που συντελέστηκαν τα τελευταία χρόνια, οι οποίες υπαγορεύουν έναν σύγχρονο τρόπο ζωής και συνθέτουν διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα. Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία συνέβαλε στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου μέσα από την προαγωγή της πρόληψης, σε συνδυασμό με την αστικοποίηση, τη μεταβολή στις παραγωγικές δομές και στη φύση της απασχόλησης και τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, δημιούργησαν νέες ανάγκες υγείας. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον επιδρά σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το επάγγελμα, οι οικογενειακές δομές κλπ., να θεωρούνται καθοριστικοί σε σχέση με την εκφρασμένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας..

Εκτός από τους παράγοντες που αναφέραμε παραπάνω οι οποίοι επηρεάζουν τον όγκο αλλά και το επίπεδο της ζητούμενης φροντίδας υγείας, μπορούμε στην περίπτωση της χώρας μας να εντοπίσουμε και μια σειρά από ενδογενείς παράγοντες, που συντελούν στη διαμόρφωση των αναγκών υγείας αλλά και των καταναλωτικών προτύπων γενικότερα.

Για παράδειγμα, θεωρείται πλέον δεδομένο πως τα άτομα υψηλού πολιτισμικού επιπέδου εκφράζουν ζήτηση κυρίως για προληπτικές-πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τα

άτομα χαμηλότερου πολιτισμικού επιπέδου, τα οποία στρέφονται κυρίως προς τη νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.<sup>9</sup>

Έτσι, το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας, σε συνδυασμό με τη μεταβολή του παραδοσιακού ρόλου της οικογένειας, την έντονη αστικοποίηση, τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής καθώς και την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, συνέβαλαν στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο του πληθυσμού, οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας, η υποβάθμιση του ασφαλιστικού συστήματος, η ταχεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα, η αύξηση του αριθμού των ιατρών και τα οργανωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας το οποίο παρουσιάζει έντονες αδυναμίες κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αιτιολογούν τη μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη χώρα μας.

Ενδεικτικά αναφέρουμε πως οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών παρουσιάζουν τις δύο τελευταίες δεκαετίες σημαντική αύξηση σε σχέση με τη συνολική ιδιωτική κατανάλωση, αφού το σχετικό ποσοστό κυμαίνεται από 4,8% το 1974 σε 7,9% το 1994, ενώ για το 1998 ήταν 6,8% και για το 2005 έφτασε το 7,15% του συνόλου των Οικογενειακών Δαπανών.<sup>10</sup> Γενικότερα, σχετικά με τη ροπή προς την κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη μεταβολή της συνολικής καταναλωτικής συμπεριφοράς στα πλαίσια της Ελληνικής οικογένειας κατά το διάστημα 1981 – 2005 (πίνακας 1), παρατηρούμε τα παρακάτω:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΑΓΟΡΩΝ ΤΩΝ 9 ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΑΓΑΘΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (1981-2005)										
ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΕΡΕΥΝΑ 1981-1982		ΕΡΕΥΝΑ 1987-1988		ΕΡΕΥΝΑ 1993-1994		ΕΡΕΥΝΑ 1998-1999		ΕΡΕΥΝΑ 2004-2005	
	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ	%	ΑΞΙΑ (σε €)	%
ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	16109δρχ/ 47,28€	33,9	4.131δρχ/ 12,12€	29,9	80774δρχ/ 237,05€	27,8	82000δρχ/ 240,65€	17,4	306.44	17.10
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΣ	1381δρχ/ 4,05€	2,9	4640δρχ/ 13,62€	3,4	10474δρχ/ 30,74€	3,6	17240δρχ/ 50,59€	3.66	71.52	3.99
ΕΙΔΗ ΕΝΔΥΣΕΩΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΗΣΕΩΣ	6253δρχ / 18,35€	13,1	19766δρχ/ 58,01€	14,3	30823δρχ/ 90,46€	10,6	43937δρχ/ 128,94€	9.32	150.15	9.32
ΣΤΕΓΑΣΗ-ΥΔΡΕΥΣΗ	5513 δρχ/ 16,18€	11,6	14081δρχ/ 41,32	10,2	34339δρχ/ 100,77€	11,9	47608δρχ/ 139,72€	10.0	191.59	10.68

<sup>9</sup> Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997) «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα» σελ. 285, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη» Θεμέλιο, Αθήνα.

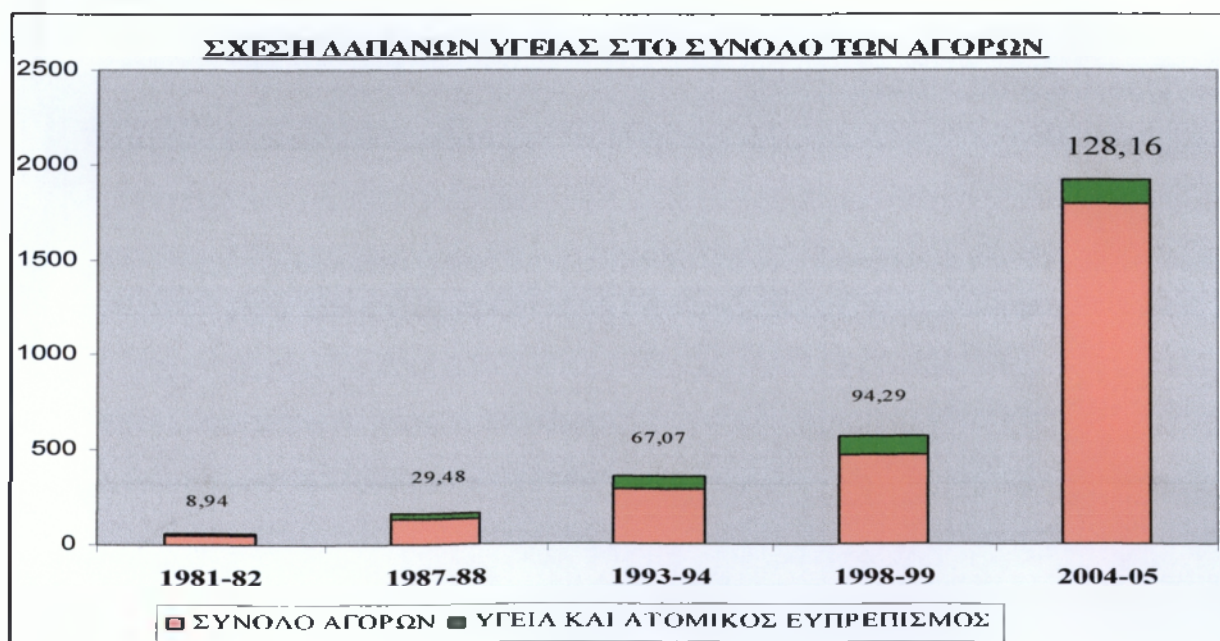
<sup>10</sup> Η αύξηση προκύπτει από ίδιους υπολογισμούς που βασίζονται στα στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών από το 1974 έως το 2005 και αφορά στην κατηγορία «υγεία και ατομικός ευπρεπισμός».



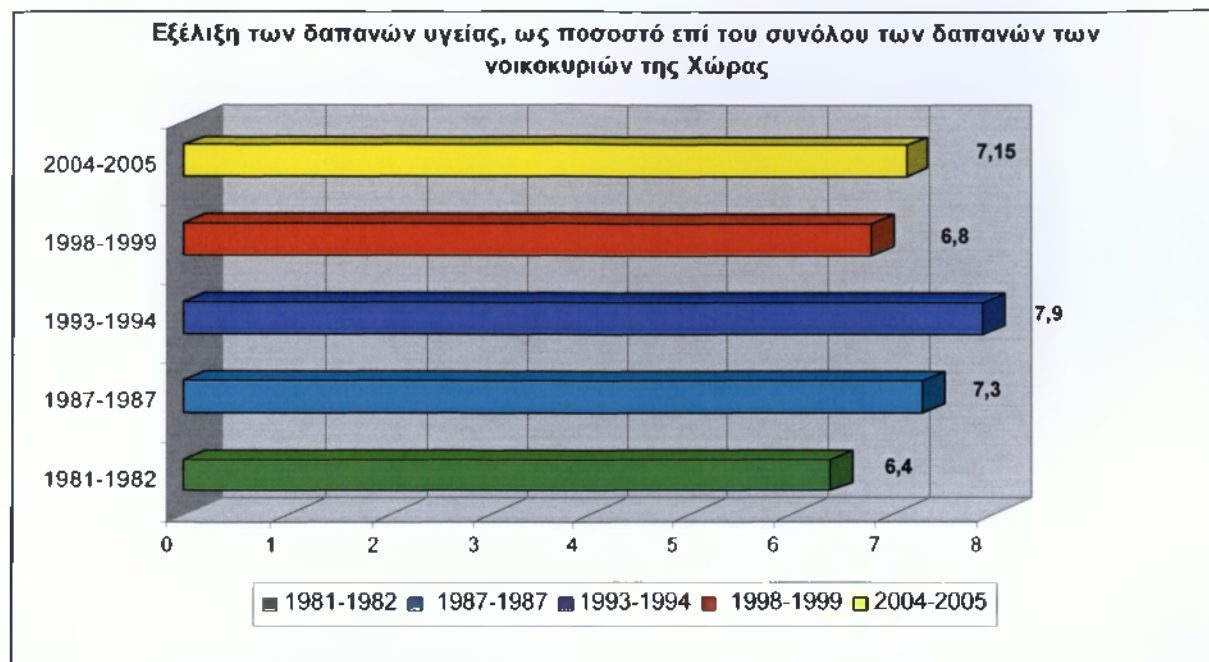
ΔΙΑΡΚΗ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΧΡΗΣΕΩΣ	ΑΓΑΘΑ	46258ργ/ 13,57€	9,7	124878ργ/ 36,65€	9,1	242108ργ/ 71,05€	8,4	383238ργ/ 112,47€	8,12	134,48	7,4
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΥΠΡΕΠΙΣΜΟΣ		30458ργ/ 8,94€	6,4	100448ργ/ 29,48€	7,3	228558ργ/ 67,07€	7,9	321318ργ/ 94,29€	6,81	128,16	7,14
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΜΟΡΦΩΣΗ-ΑΝΑΨΥΧΗ		27458ργ/ 8,06€	5,8	93468ργ/ 27,43€	6,8	208698ργ/ 61,24€	7,2	804478ργ/ 236,09€	17,07	313,68	17,49
ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ		54228ργ/ 15,91€	11,4	160408ργ/ 47,07€	11,6	427868ργ/ 125,56€	14,7	740368ργ/ 217,27€	16,69	306698ργ/ 90€	17,11
ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΓΑΘΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ		24868ργ/ 7,30€	5,2	102618ργ/ 30,11€	7,4	30148ργ/ 8,85€	7,9	556108ργ/ 163,20€	11,7	189,41	10,56
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΑΓΟΡΩΝ</b>		<b>475798ργ/ 139,63€</b>	<b>100</b>	<b>1378968ργ/ 404,68€</b>	<b>100</b>	<b>2901448ργ/ 851,40€</b>	<b>100</b>	<b>4713398ργ/ 1383,24€</b>	<b>100</b>	<b>1.792,27</b>	<b>100</b>
Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99, 2004-2005.											

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται, αρχικά (γράφημα 1.1), παρουσιάζετε το ύψος των οικογενειακών δαπανών για υπηρεσίες υγείας και ατομικού ευπρεπισμού των νοικοκυριών στο σύνολο των αγορών. Ενώ στο γράφημα 1.2 βλέπουμε την εξέλιξη των δαπανών ως ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών της χώρας.

ΓΡΑΦΗΜΑ: 1.1



ΓΡΑΦΗΜΑ 1.2



Τα αποτελέσματα του πίνακα 1 αναλύουν τις δαπάνες κατά τα έτη 1981-1982, 1987-1988, 1993-1994, 1998-1999 και 2004-2005, όπου αναφέρονται στο μέσο όρο των μηνιαίων αγορών των νοικοκυριών (σε δραχμές και σε ευρώ) και προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- i. Σύμφωνα με την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1981-82, την πρώτη θέση των μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών κατέχουν τα είδη διατροφής (16.109 δρχ., 33,9%), ενώ ακολουθεί, με μεγάλη ποσοστιαία απόκλιση, η κατηγορία των ειδών ενδύσεως και υποδήσεως (6.253 δρχ., 13,1%). Στη συνέχεια, έχουμε τις δαπάνες για μεταφορές και επικοινωνίες (5.422 δρχ., 11,4%). Η υγεία και ο ατομικός ευπρεπισμός βρίσκονται στην 6η θέση (3.045 δρχ., 6,4%).
- ii. Από την αντίστοιχη έρευνα του 1987-88, προκύπτει μια μεταβολή στις υψηλές δαπάνες των νοικοκυριών, έτσι ώστε η διαφορά μεταξύ της δαπάνης για τρόφιμα και αυτής για είδη ενδύσεως και υποδήσεως να μειώνεται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι δύο κατηγορίες δαπανών ακολούθησαν αντίθετη πορεία, με αποτέλεσμα το ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών για είδη διατροφής να μειωθεί στο 29,9%, τη στιγμή που η κατηγορία των ειδών ενδύσεως και υποδήσεως παρουσίαζε άνοδο στο 14,3%. Αξιοσημείωτη είναι και η αντιστροφή που παρατηρείται – πάντα σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα – στην ιεράρχηση μεταξύ των δαπανών στέγασης και

ύδρευσης και των αντίστοιχων για μεταφορές και επικοινωνίες. Συγκεκριμένα οι τελευταίες είναι πλέον τρίτες με ποσοστό επί του συνόλου 11,6%, ενώ οι δαπάνες στέγασης και ύδρευσης είναι τέταρτες με ποσοστό 10,2%. Η υγεία παραμένει στην 6η θέση, παρουσιάζοντας όμως αύξηση κατά μία ποσοστιαία μονάδα (7,3%). Η αυξητική αυτή πορεία είναι συνάρτηση κυρίως της αναβάθμισης του βιοτικού επιπέδου, καθώς και της ευρύτερης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, πάνω σε θέματα υγείας.

- iii. Η τελευταία Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1993-94), παρουσιάζει ιδιαίτερες ανακατατάξεις στην ιεράρχηση των δαπανών των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, τα είδη ενδύσεως και υποδήσεως βρίσκονται πλέον στην τέταρτη θέση (πτώση πάνω από τρεις ποσοστιαίες μονάδες, ποσοστό 10,6%) και τη δεύτερη θέση καταλαμβάνουν οι δαπάνες για μεταφορές και επικοινωνίες οι οποίες παρουσιάζουν σημαντική αύξηση πάνω από τρεις ποσοστιαίες μονάδες (14,7%). Σημαντική και εδώ θέση έχουν οι δαπάνες στέγασης και ύδρευσης (τρίτη κατά σειρά κατηγορία δαπανών με ποσοστό 11,9% και επιστροφή στα επίπεδα του 1981-82), όπως επίσης και οι δαπάνες για είδη διατροφής οι οποίες παραμένουν στην πρώτη θέση με ποσοστό 27,8%, παρουσιάζουν όμως αισθητή μείωση κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες από το 1987-88 και κατά έξι ποσοστιαίες μονάδες από το 1981-82. Οι δαπάνες υγείας παραμένουν στην έκτη θέση (ποσοστό 7,9%), συνεχίζοντας όμως την αυξητική τους πορεία, η οποία μπορεί να αποδοθεί στη μεγάλη αύξηση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας κατά το διάστημα αυτό, καθώς επίσης και στην ανάπτυξη της αγοράς των ιδιωτικών ασφαλίσεων ζωής και υγείας, οι οποίες προώθησαν αισθητά τις διαθέσιμες για την υγεία ιδιωτικές δαπάνες.
- iv. Τα αποτελέσματα του πίνακα που αναλύουν τις δαπάνες κατά τα έτη 1993/1994 και 2004/2005 όπου αναφέρονται στο μέσο όρο των μηνιαίων αγορών των νοικοκυριών, σε ευρώ και προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:
- α) Μείωση της ανοδικής τάσης της καταναλωτικής δαπάνης στη Χώρα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των αποτελεσμάτων της ΕΟΠ 2004/2005 με αυτά που προέκυψαν από την αντίστοιχη έρευνα για τα έτη 1998/99. Συγκεκριμένα, προκύπτει αύξηση της καταναλωτικής δαπάνης των νοικοκυριών μόνο κατά 12,15%, δεδομένου ότι η αντίστοιχη αύξηση για την περίοδο 1993/94 – 1998/99 ανήρχετο σε 22%, δηλαδή καταγράφεται μείωση της ανοδικής τάσης της καταναλωτικής δαπάνης. Η αύξηση αυτή

είναι σε πραγματικούς όρους, έχει, δηλαδή, ληφθεί υπόψη η μεταβολή των τιμών κατά το διάστημα 1998/99 – 2004/05.

β) Μεταβολή του καταναλωτικού προτύπου κατά μέσο όρο, η μηνιαία καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών με τρόπο κτήσεως «αγορά» ανέρχεται σε 1.792,28 ευρώ. Το σχετικά μεγαλύτερο μέρος των δαπανών αφορά σε είδη διατροφής (17,10%) και ακολουθούν οι δαπάνες για μεταφορές (12,60%), ενώ το μικρότερο μέρος των δαπανών αφορά στην εκπαίδευση (2,86%).

- v. Για τη χρονική περίοδο 1999 – 2004 παρατηρείται μεταβολή του καταναλωτικού προτύπου και, ειδικότερα, μετατόπιση των δαπανών για διατροφή, ένδυση – υπόδηση, διαρκή καταναλωτικά και λοιπά αγαθά προς τις υπόλοιπες κατηγορίες, κυρίως προς τις δαπάνες που αφορούν στις επικοινωνίες. Ειδικότερα, η κατανομή των δαπανών, σε ποσοστά επί του μέσου όρου δαπανών των νοικοκυριών της Χώρας, έχει ως εξής: είδη διατροφής 17,1%, οινοπνευματώδη ποτά 3,99%, ένδυση – υπόδηση 8,38%, στέγαση 10,69%, διαρκή αγαθά 7,50%, υγεία 7,15%, μεταφορές 12,60%, επικοινωνίες 4,52%, αναψυχή και πολιτισμός 5,03%, εκπαίδευση 2,86%, ξενοδοχεία, καφεενία και εστιατόρια 9,61%, και διάφορα αγαθά και υπηρεσίες 10,57% .
- vi. Επισημαίνεται ότι οι ιδιωτικές κοινωνικές δαπάνες, δηλαδή οι δαπάνες για υγεία και εκπαίδευση, εξακολουθούν να παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις. Ειδικότερα, από το 1974, οι δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών της Χώρας, αυξήθηκαν από 4,75% (1974) σε 7,15% (2004), ενώ οι δαπάνες εκπαίδευσης αυξήθηκαν από 1,26% (1974) σε 2,86% (2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

#### 3.1) Εισαγωγή

Από τη Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, κάθε πέντε χρόνια ανακοινώνονται τα αποτελέσματα που αφορούν στη μέση συνολική δαπάνη για υγεία, στη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας, καθώς και στη μέση μηνιαία δαπάνη για υγεία του φτωχού και μη φτωχού πληθυσμού. Τα στοιχεία προέρχονται από τη δειγματοληπτική Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) των ετών 1981/1982, 1987/1988, 1993/1994, 1997/1998 και 2004/2005. Η έρευνα διενεργήθηκε σε τελικό δείγμα 6.035 ιδιωτικών νοικοκυριών για το 1981-82, 6.489 για το 1987-88, 6.756 για το 1993/94 6.252 για το 1998/99 και τέλος 6.555 ιδιωτικών νοικοκυριών για το 2004/05, σε ολόκληρη τη Χώρα και τα αποτελέσματα αναφέρονται στο μέσο όρο των μηνιαίων αγορών των νοικοκυριών, σε δραχμές για τα πρώτα έτη, ενώ για το 2005 σε ευρώ.

Ορισμένες από τις κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι οι παρακάτω:

- οι δαπάνες των ανασφάλιστων
- οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων
- η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (διαφέρει αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα)
- η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού
- οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό

#### 3.2) Τρόπος συλλογής των δεδομένων

Οι δαπάνες υγείας, για να καταχωρηθούν, θα 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, και στην περίοδο της έρευνας τα άτομα αυτά δεν είναι μέλη κάποιου άλλου νοικοκυριού στη Χώρα, γιατί π.χ. ζουν

σε συλλογική συμβίωση ή στο εξωτερικό ή έχουν πεθάνει. 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 από ασφαλιστικό οργανισμό, κράτος κλπ.

### **3.3) Κατηγορίες Δαπανών Υγείας**

Ορισμοί ανά κατηγορία:

*Δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό*

Οι δαπάνες αυτές αφορούν σε φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, που πλήρωσε το νοικοκυριό αφού αφαιρέθηκε από τη συνολική αξία τους το ποσό που επιστρέφεται ή πρόκειται να επιστραφεί από τον ασφαλιστικό οργανισμό.

*Δαπάνες για ιατρική περίθαλψη εκτός νοσοκομείων*

Οι δαπάνες αυτές αφορούν σε ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς από ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να παρέχονται κατ' οίκον, σε ατομικά και συλλογικά ιατρεία, σε εξωτερικά ιατρεία, σε κλινικές νοσοκομείων για εξωτερικούς ασθενείς και σε παρόμοια ιδρύματα. Περιλαμβάνονται φάρμακα, λοιπά προϊόντα και υπηρεσίες του κλάδου υγείας, που παρέχονται στους εξωτερικούς ασθενείς από τις παραπάνω κατηγορίες προσωπικού, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Γίνεται διάκριση μεταξύ των υπηρεσιών που παρέχονται, αφενός από εργαστήρια ιατρικών αναλύσεων και κέντρων ακτινογραφίας και αφετέρου από ιατρικό προσωπικό. Συνήθως τα εργαστήρια/κέντρα πραγματοποιούν τις αναλύσεις/ακτινογραφίες και οι ιατροί/οδοντίατροι ερμηνεύουν τα αποτελέσματά τους. Τα έξοδα για τις αναλύσεις/ακτινογραφίες, τις οποίες αναλαμβάνουν τα εργαστήρια ιατρικών αναλύσεων και τα κέντρα ακτινογραφίας, περιλαμβάνονται στις παραϊατρικές εξετάσεις, ενώ τα έξοδα που καταβάλλονται για την ερμηνεία τους, περιλαμβάνονται στις δαπάνες για γιατρούς. Κατ' εξαίρεση, και για λόγους εύκολης καταγραφής, τα έξοδα για ιατρικές αναλύσεις, π.χ. καρδιολογικές αναλύσεις ή υπερηχογραφήματα, και τα έξοδα για ακτινογραφίες, π.χ. ακτινογραφίες θώρακα, τις οποίες εκτελούν οι ίδιοι οι ιατροί, περιλαμβάνονται στις δαπάνες για γιατρούς. Επίσης, καταγράφονται τα καθαρά ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό κατά τους τελευταίους 6 μήνες,

πριν τη λήξη της έρευνας, για ιατρικές επισκέψεις, ακτινογραφήσεις, υπερηχογραφήσεις, αναλύσεις, εξετάσεις, φυσιοθεραπείες, λουτροθεραπείες κλπ. σε ιατρεία κρατικά ή μη, καθώς και οι δαπάνες για υπηρεσίες πρώτων βοηθειών (εκτός νοσοκομείων) και πρακτικής ιατρικής.

#### *Δαπάνες σε οδοντιάτρους, στοματολόγους και λοιπό παραοδοντιατρικό προσωπικό*

Οι δαπάνες αυτές αφορούν στα καθαρά ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό, κατά τους τελευταίους 6 μήνες και πριν από τη λήξη της έρευνας, για οδοντιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις, επισκέψεις σε ορθοδοντικούς, στοματολόγους και λοιπό παραοδοντιατρικό προσωπικό, π.χ. δαπάνες για εμφύτευση οδόντων, τοποθέτηση οδοντοστοιχιών κλπ. Σημειώνεται ότι, δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τεχνητές οδοντοστοιχίες, αλλά μόνο η τοποθέτησή τους.

#### *Δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη*

Εδώ, καταγράφονται τα ποσά που πλήρωσε το νοικοκυριό, κατά τους τελευταίους 12 μήνες και πριν από τη λήξη της έρευνας, για νοσηλεία κάποιου μέλους του σε νοσοκομείο ή κλινική της Χώρας ή του Εξωτερικού, με την προϋπόθεση να είχε διανυκτερεύσει σε αυτό, τουλάχιστον, μία νύκτα και να είχε πληρώσει κάποιο ποσό. Η καταγραφή γίνεται με τη διάκριση κρατικό νοσοκομείο (κατάλυμα) -υγειονομικό προσωπικό κρατικού νοσοκομείου και ιδιωτική κλινική (κατάλυμα) - υγειονομικό προσωπικό ιδιωτικής κλινικής. Στις δαπάνες της κατηγορίας αυτής περιλαμβάνονται η ημερήσια φροντίδα σε νοσοκομεία και η κατ' οίκον νοσοκομειακή θεραπεία, καθώς και τα κέντρα φροντίδας για άτομα που βρίσκονται στην τελική φάση της νόσου. Τέλος, η κατηγορία αυτή καλύπτει τις υπηρεσίες ιδρυμάτων που εξυπηρετούν ηλικιωμένους, στα οποία η ιατρική παρακολούθηση αποτελεί ουσιαστικό συστατικό στοιχείο της εξυπηρέτησης, και τις υπηρεσίες των κέντρων αποκατάστασης, που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία αποκατάστασης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με σκοπό τη θεραπεία του ασθενούς και όχι την παροχή μακροπρόθεσμης υποστήριξης. Δεν καταγράφονται οι υπηρεσίες ιατρείων, κλινικών και εξωτερικών ιατρείων, που παρέχουν περίθαλψη αποκλειστικά σε εξωτερικούς ασθενείς, τα γηροκομεία, τα ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες και τα κέντρα αποκατάστασης που παρέχουν, κατά κύριο λόγο, μακροπρόθεσμη υποστήριξη.

Ως δαπάνες νοσηλείας θεωρούνται :

- Τα έξοδα παραμονής και σίτισης, εξετάσεων, αναλύσεων, φαρμακευτικής αγωγής και νοσηλείας
- Η πληρωμή των θεραπόντων γιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας, χειρουργών, αναισθησιολόγων, παθολόγων, παιδιάτρων κλπ.
- Η πληρωμή αποκλειστικής νοσοκόμας, φυσιοθεραπευτών, διερμηνέων για περίθαλψη στο εξωτερικό κλπ.
- Τα ποσά, που καταγράφονται στα παραπάνω ερωτήματα, είναι τα καθαρά ποσά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από ασφαλιστικό οργανισμό, κράτος κλπ.

Δε θεωρούνται δαπάνες περίθαλψης τα έξοδα των συνοδών των ασθενών (ξενοδοχεία, φαγητό, μεταφορικά) στις περιπτώσεις νοσηλείας άλλων μελών του νοικοκυριού στο εξωτερικό ή σε διαφορετικό νομό της Χώρας από το νομό που διαμένουν μόνιμα. Οι δαπάνες αυτές καταγράφονται στα ανάλογα τμήματα του ερωτηματολογίου, π.χ. τα εισιτήρια αεροπλάνου στις δαπάνες μεταφορών.

### 3.4) Ανάλυση των Αποτελεσμάτων

Όσο αφορά στην ανάλυση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ανά υποομάδα δαπάνης (πίνακας 2), η ιατρική περίθαλψη κατέχει πάνω από το μισό της συνολικής δαπάνης για υγεία, φαινόμενο το οποίο παρατηρείται και επιβεβαιώνεται σε όλες τις έρευνες, αλλά και σε όλες τις κατηγορίες περιοχών. Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να διευκρινιστεί πως στην ιατρική περίθαλψη συμπεριλαμβάνονται αμοιβές ιατρών κάθε ειδικότητας, οδοντιάτρων<sup>11</sup>, φυσιοθεραπευτών και άλλων ασχολούμενων με παραϊατρικά επαγγέλματα, καθώς και οι δαπάνες σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

<sup>11</sup> Για τις δαπάνες οδοντιάτρων δεν έχουν γίνει καταγραφές για τα έτη 1981-82 και 1987-88

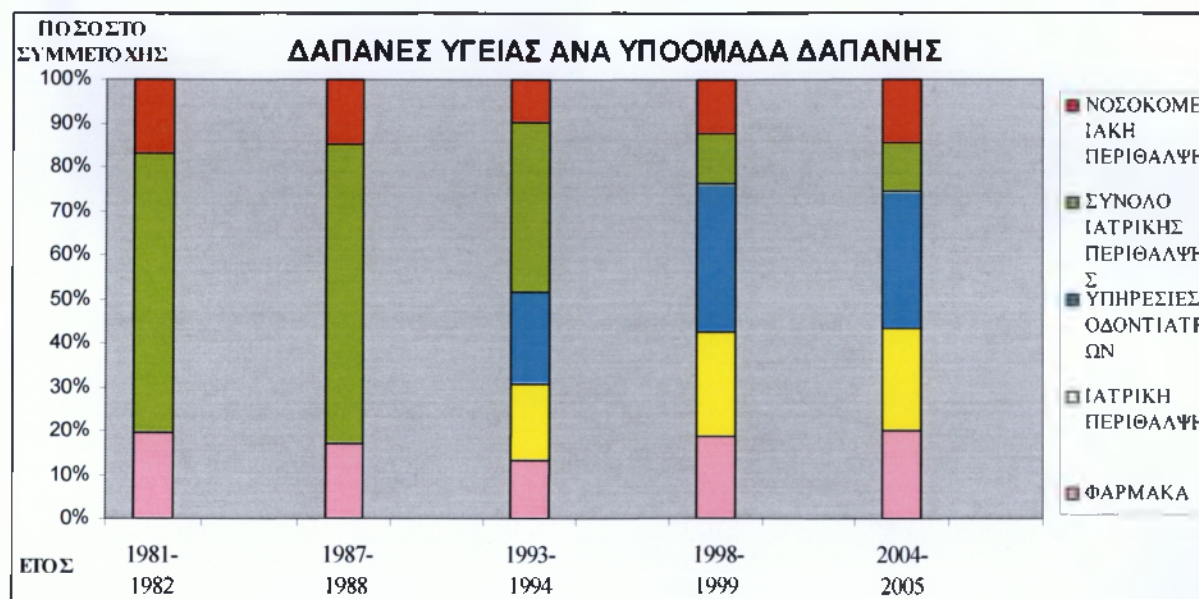


**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΥΠΟΜΑΔΑ ΔΑΠΑΝΗΣ (1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99, 2004-2005)**

ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΕΡΕΥΝΑ 1981-1982		ΕΡΕΥΝΑ 1987-1988		ΕΡΕΥΝΑ 1993-1994		ΕΡΕΥΝΑ 1998-1999		ΕΡΕΥΝΑ 2004-2005	
	ΔΑΠΑΝΗ	%	ΔΑΠΑΝΗ	%	ΔΑΠΑΝΗ	%	ΔΑΠΑΝΗ (σε €)	%	ΔΑΠΑΝΗ (σε €)	%
ΦΑΡΜΑΚΑ	448δρχ/ 1,3€	19,46	1.215δρχ/ 3,56€	17,16	3.548δρχ/ 10,4€	21,59	17,6	18,6	25,54	19,92
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	-	-	-	-	4.588δρχ/ 13,5€	27,92	22,38	24	29,85	23,28
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	-	-	5.641δρχ/ 16,5€	34,32	32,04	34	39,91	31,15
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	1.459δρχ / 4,28€	63,38	4.804δρχ/ 14€	67,83	10.229δρχ/ 30€	62,24	10,61	11,25	14,43	11,25
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395 δρχ/ 1,15€	17,16	1.063δρχ/ 3,10€	15	2.656δρχ/ 7,8€	16,16	11,66	12,41	18,44	14,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ</b>	<b>2.302δρχ / 6,75€</b>	<b>100</b>	<b>7.082δρχ/ 20€</b>	<b>100</b>	<b>16.433δρχ/ 49€</b>	<b>100</b>	<b>94,3</b>	<b>100</b>	<b>128,17</b>	<b>100</b>

\*στις έρευνες του 1981-82 και 1987-88 οι δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων συμπεριλαμβάνονταν στις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη

Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99, 2004-2005.



Από την απομόνωση των δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων στην έρευνα του 1993-94, 1997-98 και 2004-05, προκύπτει ότι οι δαπάνες αυτές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών για ιατρική περίθαλψη, ενώ απορροφούν και το μεγαλύτερο τμήμα των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών με ποσοστό για το 1993-94 34,32%, για το 1997-98 32,04% και για το 2004-05 39,91%. Αυτό μπορεί σε μεγάλο βαθμό να θεωρηθεί

αποτέλεσμα της εξαίρεσης των δαπανών αυτών από τις υπηρεσίες των ασφαλιστικών οργανισμών, αλλά και της ραγδαίας αύξησης των οδοντιάτρων, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων ασκεί όπως προαναφέραμε ιδιωτική ιατρική. Σημαντικότερος όμως παράγοντας της ζήτησης των οδοντιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί η αύξηση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και του επιπέδου μόρφωσης. Ακολουθούν οι δαπάνες για ιατρική περίθαλψη – εκτός οδοντιάτρων – με ποσοστό 27,92% για το 1993/94, για το 1997/98 με ποσοστό 24% και τέλος το έτος 2004/05 με μικρή μείωση του ποσοστού στο 23,28%. Οι οποίες μαζί με τις δαπάνες για υπηρεσίες οδοντιάτρων απορροφούν το 62,24% της συνολικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών για το 1993/34, το 58% για το 1997/98 και το 2004/05 με μείωση του ποσοστού στο 54,41%. Βλέπουμε δηλαδή με το πέρασμα των χρόνων μια τάση μείωσης των δαπανών των νοικοκυριών για ιατρική περίθαλψη, ίσως αυτό να συμβαίνει λόγω της εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, όπου κύριος ρόλος είναι να φιλτράρει και να καθοδηγεί τη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες.

Οι δαπάνες για φάρμακα στις οποίες περιλαμβάνονται φαρμακευτικές συσκευές και άλλα φαρμακευτικά είδη (π.χ. γυαλιά μυωπίας, ακουστικά, τεχνητά μέλη, επίδεσμοι, αναπηρικά καροτσάκια κλπ.) βρίσκονται στην τρίτη θέση των συνολικών δαπανών υγείας με βάση τα αποτελέσματα και των πέντε ερευνών (σε περίπτωση απομόνωσης των δαπανών για οδοντιατρική φροντίδα από τις δαπάνες για ιατρική περίθαλψη). Ειδικότερα, το ποσοστό των δαπανών των νοικοκυριών για φάρμακα ήταν το 1981-82 19,46% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης, το 1987-88 παρουσίασε μια μικρή πτώση (ποσοστό 17,6%), ενώ το 1993-94 το αντίστοιχο ποσοστό αυξήθηκε στο 21,59%. Στις τελευταίες έρευνες το 1997/98 η κατανάλωση των φαρμάκων παρουσιάζει μείωση με ποσοστό 18,6% και τέλος για το 2004/05 παρουσίασε τη μεγαλύτερη αύξηση που έφτασε το 19,92%.

Οι δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης τέλος περιλαμβάνουν δαπάνες νοσηλίων, εξετάσεων, φαρμάκων κλπ. σε νοσοκομεία και κλινικές που βρίσκονται σταθερά στην τελευταία θέση των συνολικών δαπανών υγείας και νοικοκυριών, καταλαμβάνοντας ποσοστό 17,16%, 15% και 16,16% για τις έρευνες του 1981-82, του 1987-88 και του 1993-94 αντίστοιχα. Ενώ για τις έρευνες 1997/98 και 2004/05, 12,41% και 14,4%. Η μικρή σχετικά ιδιωτική δαπάνη για νοσηλευτικές υπηρεσίες αιτιολογείται από τον περιορισμό της δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Επίσης, στη μείωση αυτή συμβάλλει και η ικανοποιητική κάλυψη του δημοσίου τομέα σε όλη την περιφέρεια της χώρας, με νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Κυρίως μετά το 1994 στα πλαίσια αύξησης των δημοσίων νοσοκομείων ΕΣΥ. Ενώ αυξάνεται με ποσοστό περίπου 2% τα τελευταία έτη (1997/98-2004/05), κυρίως λόγω της αύξησης της

προσφοράς στην αγορά των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και κατ' επέκταση των κλινών. Στην αύξηση αυτή συνέβαλε και η ανάπτυξη στην αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων ζωής και υγείας. Ακόμη προς την κατεύθυνση της μείωσης (όπου παρουσιάζεται αυτή) μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβάλλει και η σχετικά ελλιπής υποδομή των ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων ως προς την αντιμετώπιση βαρέων περιστατικών, με αποτέλεσμα αυτά να αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο στα δημόσια νοσοκομεία.

Συνοψίζοντας, οι δαπάνες υγείας ακολουθούν διαχρονικά από το 1981 μια ανοδική πορεία, αυξάνοντας σταδιακά την ποσοστιαία συμμετοχή τους στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας αφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και ειδικότερα στις υπηρεσίες οδοντιάτρων και άλλων ιατρών. Ακολουθούν οι δαπάνες για φάρμακα, ενώ σχετικά περιορισμένες είναι οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Η αύξηση αυτή της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, υπαγορεύεται από παράγοντες που σχετίζονται με την προσφορά των υπηρεσιών, οι οποίοι περιλαμβάνουν εκτός από την αύξηση των ιατρών και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και τις υφιστάμενες ελλείψεις και αδυναμίες των δημόσιων υπηρεσιών. Οι κυριότερες από αυτές, αφορούν στα διάφορα οργανωτικά και διαρθρωτικά προβλήματα των δημόσιων νοσοκομείων, στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, στη γραφειοκρατική δυσκαμψία του συστήματος παραπομπών σε διαγνωστικές εξετάσεις, στις ελλείψεις των δημόσιων θεραπευτηρίων σε υποδομή και τεχνολογικό εξοπλισμό και τελικά στην έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού προς τον δημόσιο τομέα υγείας. Επιπρόσθετα, ενισχυτικός παράγοντας της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας θεωρείται η πρακτική του ιατρικού σώματος να προβαίνει πολλές φορές σε ιατρικές πράξεις και να παραπέμπει σε εργαστηριακές εξετάσεις που δεν είναι απαραίτητες, δημιουργώντας έτσι προκλητή ζήτηση και τους προσανατολισμούς της δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα υγείας, όσο και από τις παραμέτρους που διαμορφώνουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, με επιβάρυνση των οικογενειακών εισοδημάτων.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε πως για την προσέγγιση των παραγόντων που καθορίζουν την πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας από την πλευρά της ζήτησης, απαιτείται μια ανάλυση των κυριότερων στοιχείων που συνθέτουν τους φορείς της ιδιωτικής αυτής κατανάλωσης, δηλαδή τα νοικοκυριά. Συνεπώς τα τελευταία αναλύονται στα πλαίσια της παρούσας μελέτης με κριτήρια γεωγραφικά, οικονομικά (κλιμάκια αγορών) και επαγγελματικά, καθώς και με βάση διάκριση τον αριθμό ή την ηλικία των μελών τους, σε μια

προσπάθεια εξήγησης της ροπής προς την ιδιωτική κατανάλωση υγείας, η οποία παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

#### 4.1 Εισαγωγή

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας τα τελευταία χρόνια είναι όπως αναφέραμε η υψηλή ιδιωτική συμμετοχή στις δαπάνες υγείας, η οποία είναι αποτέλεσμα της αύξησης της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας από τα νοικοκυριά. Με δεδομένο μάλιστα το ότι η αυξητική πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τις αδυναμίες του δημόσιου τομέα – ιδιαίτερα σε περιφερειακό επίπεδο – να καλύψει τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, θα επιχειρήσουμε μια εκτίμηση των περιφερειακών διαφορών στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αναλύοντας τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών με κριτήριο τη γεωγραφική περιοχή εγκατάστασής τους. Με τον τρόπο αυτό διερευνάται η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και ταυτόχρονα αξιολογείται η επάρκεια των δημοσίων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

#### 4.2 Ανάλυση Δαπανών Υγείας ανά κατηγορία περιοχής

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, διερευνάται ο βαθμός επιρροής διαφόρων παραμέτρων στη διαμόρφωση των περιφερειακών διαφορών στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, όπως οι υγειονομικές ανάγκες, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης και η προσφορά-διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Σημειώνουμε ότι η ανάλυση των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων στην ιδιωτική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά ξεκινά με βάση τη γενικότερη διάκριση των περιοχών σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές και επεκτείνεται στην ανάλυση κατά αναπτυξιακές περιφέρειες.

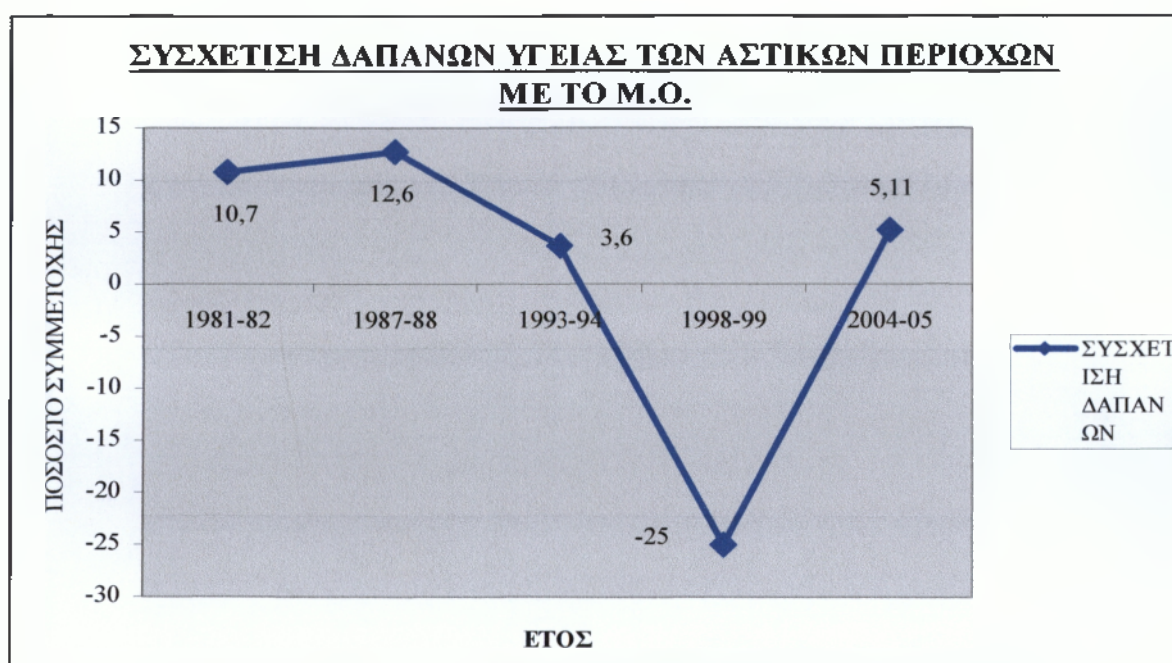
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ					
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΡΙΟΧΗΣ	1981-82	1987-88	1993-94	1999-99	2004-05
<b>ΑΣΤΙΚΕΣ</b>					
ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΑ	2977 δρχ/ 8,73 €	9293 δρχ/ 27,27 €	18977 δρχ/ 55,69 €	36337 δρχ / 106,63 €	138,84 €
ΦΑΡΜΑΚΑ	506 δρχ/ 1,42 €	1482 δρχ/ 4,34 €	4047 δρχ/ 11,87 €	61378δρχ /18,01€	24,36 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1911 δρχ/ 5,60 €	6339 δρχ/ 18,60 €	4984 δρχ/ 14,62 €	25362 δρχ /74,42 €	94,02 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5955 δρχ/ 17,47€		44,87 €

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	580 δρχ/ 1,70 €	1472 δρχ/ 4,31 €	3991 δρχ/ 11,72€	4838 δρχ/ 14,19€	20,46 €
<b>ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ</b>	<b>1696 δρχ/ 4,97€</b>	<b>6782 δρχ/ 19,90 €</b>	<b>11814 δρχ/ 34,67 €</b>	<b>31135 δρχ/ 91,37€</b>	<b>132,77 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	393 δρχ/ 1,15€	1193 δρχ/ 3,50 €	2968 δρχ/ 8,71 €	5355 δρχ/ 15,7€	23,89 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1071 δρχ/ 3,14 €	4681 δρχ/ 13,73€	2908 δρχ/ 6,15 €	23077 δρχ/67,72 €	95,32 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	4051 δρχ/ 11,90 €	-	45,51 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	233 δρχ/ 0,68€	905 δρχ/ 2,65 €	1887 δρχ/ 5,53 €	2703 δρχ/7,93€	13,56 €
<b>ΛΟΙΠΕΣ ΑΣΤΙΚΕΣ</b>	<b>2129 δρχ/ 6,24 €</b>	<b>6180 δρχ/ 18,13 €</b>	<b>15669 δρχ/ 45,98 €</b>	<b>24255 δρχ/71,18 €</b>	<b>129,11 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	394 δρχ/ 1,15 €	1244 δρχ/ 3,65 €	3408 δρχ/ 10 €	4843 δρχ/ 14,21€	24,22 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1347 δρχ/ 3,95 €	3982 δρχ/ 11,68 €	4178 δρχ/ 12,26 €	16162 δρχ/47,43 €	83,89 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	6655 δρχ/ 19,5 €	-	42,95 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	388 δρχ/ 1,13 €	954 δρχ/ 2,79 €	1428 δρχ/ 4,19 €	3250 δρχ/9,53 €	21,00 €
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΤΙΚΩΝ</b>	<b>2550 δρχ/ 7,48 €</b>	<b>7979 δρχ/ 23,41 €</b>	<b>17029 δρχ/ 49,97 €</b>	<b>36337 δρχ/106,6 €</b>	<b>134,73 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	457 δρχ/ 1,34 €	1368 δρχ/ 4,01 €	3675 δρχ/ 10,78 €	6137 δρχ/ 18 €	24,26 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1628 δρχ/ 4,77 €	5378 δρχ/ 15,78 €	4467 δρχ/ 13,10 €	25362 δρχ/ 74 €	90,68 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5970 δρχ/ 17,5 €	-	44,29 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	465 δρχ/ 1,36€	1233 δρχ/ 3,61 €	2917 δρχ/ 8,56 €	4838 δρχ/ 14,19€	19,79 €
<b>ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ</b>	<b>2182 δρχ/ 6,40€</b>	<b>6929 δρχ/ 20,33 €</b>	<b>15713 δρχ/ 46,11 €</b>	<b>25402 δρχ/74,54 €</b>	<b>119,18 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	404 δρχ/ 1,18 €	1110 δρχ/ 3,25 €	2964 δρχ/ 8,69 €	6162 δρχ/18,08 €	25,75 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1510 δρχ/ 4,43 €	4653 δρχ/ 13,65 €	4935 δρχ/ 14,48 €	16457 δρχ/48,29 €	77,08 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5222 δρχ/ 15,3 €	-	34,72 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	268 δρχ/ 0,78 €	1166 δρχ/ 3,42 €	2592 δρχ/ 7,6 €	2783 δρχ/ 8,16 €	16,35 €
<b>ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ</b>	<b>1812 δρχ/ 5,31 €</b>	<b>4850 δρχ/ 14,23 €</b>	<b>15150 δρχ/ 44,46 €</b>	<b>22533 δρχ/66,12€</b>	<b>112,03 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	445 δρχ/ 1,30 €	867 δρχ/ 2,54 €	3478 δρχ/ 10,20 €	5474 δρχ/ 16,06 €	29,64 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1078 δρχ/ 3,16 €	3396 δρχ/ 9,96 €	4755 δρχ/ 13,95 €	15168 δρχ/ 44,51 €	67,15 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	4943 δρχ/ 14,5 €	-	28,63 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	289 δρχ/ 0,84 €	587 δρχ/ 1,72 €	1974 δρχ/ 5,79 €	1891 δρχ/ 5,54 €	15,24 €
<b>ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΕΡΙΟΧΕΣ</b>	<b>2302 δρχ/ 6,75 €</b>	<b>7082 δρχ/ 20,78 €</b>	<b>16433 δρχ/ 48,22 €</b>	<b>32132 δρχ/ 94,30 €</b>	<b>128,17 €</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	448 δρχ/ 1,31 €	1215 δρχ/ 3,56 €	3548 δρχ/ 10,41 €	5998 δρχ/ 17,60 €	25,54 €
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1459 δρχ/ 4,28 €	4804 δρχ/ 14,09 €	4588 δρχ/ 13,46 €	22162 δρχ/ 65,03 €	84,19 €
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5641 δρχ/ 16,5 €	-	39,91 €
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395 δρχ/ 1,15 €	1063 δρχ/ 3,11 €	2656 δρχ/ 7,79 €	3972 δρχ/11,65 €	18,44 €

Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94 (υπό έκδοση)

Ξεκινώντας από την κατηγορία της περιοχής στην οποία είναι εγκατεστημένα τα νοικοκυριά (πίνακας 4), βλέπουμε καταρχήν ότι μόνο οι μηνιαίες δαπάνες υγείας στις αστικές περιοχές – κατά μέσο όρο – υπερβαίνουν τις αντίστοιχες του συνόλου των νοικοκυριών της χώρας και κατά συνέπεια οι δαπάνες στις περιοχές αυτές ασκούν αυξητικές πιέσεις στο σύνολο των δαπανών υγείας. Το φαινόμενο αυτό μάλιστα επιβεβαιώνεται και από τις τρεις Έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών, σύμφωνα με τις οποίες οι δαπάνες υγείας στις αστικές

περιοχές υπερβαίνουν το μέσο όρο της χώρας κατά 10,7% για το έτος 1981-82 , 12,6% για το έτος 1987-88, 3,6% για το έτος 1993-94, για το έτος 1998-99 παρατηρούμε πτώση με ποσοστό 24,5% και στη συνέχεια μικρή άνοδο το 2005 με ποσοστό 5,11%. Ενώ μείωση 24,5% από το μέσο όρο για το έτος 1998/99. Για το έτος 2004/05 βλέπουμε αύξηση των δαπανών των αστικών περιοχών στο 5,11%. Η μείωση αυτή της υπέρβασης υπέρ των αστικών περιοχών τα τελευταία χρόνια οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση της προσφοράς ιδιωτικών υπηρεσιών στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, καθώς και στη βελτίωση της πληροφόρησης και της τεχνολογίας (internet) γύρω από θέματα υγείας, η οποία μεταφράστηκε σε αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων των νοικοκυριών στις περιφέρειες αυτές.



**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΜΕ ΤΟ Μ.Ο. ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ**

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΣΟ ΟΡΟ
1981-82	+10,7
1987-88	+12,6
1993-94	+3,6
1998-99	-25
2004-05	+5,11

Στις έρευνες του 1998-99 και του 2004-05, από 13% (πάνω από το μ.ο.) παρουσιάζει μια μικρή πτώση 8,3%, που εξακολουθεί όμως να είναι πάνω από το μ.ο. Αντίθετα, η περιφέρεια της Θεσσαλονίκης παρουσιάζει χαμηλότερη δαπάνη σε σχέση με τον μέσο όρο των αστικών περιοχών αλλά και σε σύγκριση με τον μέσο όρο για το σύνολο της χώρας, από τον οποίο

υπολείπεται κατά 26,3%, 4,2% και 28,1% για τις περιόδους 1981-82, 1987-88 και 1993-94 αντίστοιχα. Λίγο μικρότερη καθοδική πορεία παρουσιάζει το 1998-99 με ποσοστό που φτάνει το -25% του μ.ο. ,ενώ το 2004-05 ανεβαίνει με χαμηλούς ρυθμούς παίρνοντας θετικό πρόσημο στο 3,6%.

Οι ημιαστικές περιοχές βρίσκονται κάτω του μέσου όρου των δαπανών υγείας όλων των νοικοκυριών στα πλαίσια και των πέντε ερευνών. Ενώ για τις αγροτικές περιοχές παρατηρούμε πως σύμφωνα με τις έρευνες βρίσκονται αισθητά κάτω από το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών και συγκεκριμένα υπολείπονται από αυτόν κατά ποσοστό 21,2% για το 1981-82 και 31,6% για το 1987-88. Αξιοσημείωτη όμως είναι η αύξηση που διαπιστώνεται στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στις αγροτικές περιοχές κατά την έρευνα του 2004-05, από την οποία προκύπτει μια αύξηση που φτάνει το 55%. Στις τελευταίες δύο έρευνες, αυτές του 1998-99 και 2004-05 παρουσιάζουν ακόμη μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση σχεδόν -30% για το 1998-99 και -12,5% για το 2004-05.

#### 4.3 Ανάλυση Δαπανών Υγείας ανά Περιφέρεια Ανάπτυξης

Εμβαθύνοντας περισσότερο στην περιφερειακή διάσταση του μεγέθους των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών, θα εξετάσουμε τις τελευταίες ανάλογα με την Υπηρεσία Περιφερειακής Ανάπτυξης στην οποία είναι εγκατεστημένα τα νοικοκυριά (πίνακας 4.3). με βάση λοιπόν την ανάλυση των δαπανών υγείας ανά ΥΠΑ, διαπιστώνουμε πως για όλο το υπό εξέταση διάστημα (1981-2005), ο μεγαλύτερος μέσος όρος εμφανίζεται στα νοικοκυριά της περιοχής της Ανατολικής Στερεάς και Νήσων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΥΠΑ					
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	1981-82	1987-88	1993-94	1998-99	2004-05
					Σε €
Ανατ. Στερεάς & Νήσων (1)	2744 δρχ/ 8,05€	8929 δρχ/ 26,2€	18675 δρχ/ 54,80€	43.562δρχ / 127,84€	140,36
ΦΑΡΜΑΚΑ	475 δρχ /1,4€	1463 δρχ/ 4,3€	3795 δρχ/ 11,1€	-	25,18
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1781 δρχ 5,2€	5967 δρχ/ 17,5€	5053 δρχ/ 15€	-	94,62
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5959 δρχ / 17,5€	-	45,32
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	518δρχ/ 1,5€	1.499δρχ/ 4,4€	3.868δρχ/ 11,35€	-	20,56
Κεντρ. & Δυτ. Μακεδονίας (2)	1.963δρχ/ 5,7€	6541δρχ/ 19,19€	12.222δρχ/ 36€	50.384δρχ/ 147,86	129,65
ΦΑΡΜΑΚΑ	407δρχ/ 1,2€	1.171δρχ/ 3,4€	2.534δρχ/ 7,4€	-	27,55



ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.329δρχ/ 4€	4.639δρχ/ 13,6€	3.622δρχ/ 10,6€	-	77,37
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	4.606δρχ/ 13,5€	-	39,98
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	227δρχ/ 0,66€	731δρχ/ 2,14€	1.460δρχ/ 4,3€	-	17,14
<b>Πελοποννήσου &amp; Δυτ. Στερεάς (3)</b>	<b>2.039δρχ/ 6€</b>	<b>5.534δρχ/ 16€</b>	<b>16.988δρχ/ 44,85€</b>	<b>23.983δρχ/ 70,40€</b>	<b>128,95</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	472δρχ/ 1,4€	839δρχ/ 2,45€	5.041δρχ/ 14,7€	-	20,23
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.181δρχ/ 3,5€	4.057δρχ/ 12€	6.084δρχ/ 17,8€	-	86,01
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	4.397δρχ/ 13€	-	43,11
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	386δρχ/ 1,13€	638δρχ/ 1,9€	1.466δρχ/ 4,3€	-	22,70
<b>Θεσσαλίας</b>	<b>2.426δρχ/ 7,11€</b>	<b>4.432δρχ/ 13€</b>	<b>12.923δρχ/ 38€</b>	<b>19.902δρχ/ 58,40€</b>	<b>104,37</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	419δρχ/ 1,22€	651δρχ/ 2€	3.052δρχ/ 9€	-	29,24
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1.693δρχ/ 5€	3.255δρχ/ 9,5€	3.617δρχ/ 10,6€	-	61,72
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5.012δρχ/ 14,7€	-	31,50
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	314δρχ/ 0,9€	526δρχ/ 1,5€	1.242δρχ/ 3,64€	-	13,40
<b>Ανατολικής Μακεδονίας (4)</b>	<b>1.451δρχ/ 4,25€</b>	<b>3.557δρχ/ 10,4€</b>	<b>13.291δρχ/ 39€</b>	<b>54.964δρχ/ 161,3€</b>	<b>117,30</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	441δρχ/ 1,3€	817δρχ/ 2,4€	2.938δρχ/ 8,6€	-	25,69
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	889δρχ/ 2,6€	2.360δρχ/ 7€	4.365δρχ/ 12,8	-	81,75
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5.259δρχ/ 15,4€	-	34,02
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	121δρχ/ 0,35€	380δρχ/ 1,1€	729δρχ/ 2,10€	-	9,86
<b>Κρήτης</b>	<b>1.537δρχ/ 4,5€</b>	<b>7.722δρχ/ 22,6€</b>	<b>15.110δρχ/ 44€</b>	<b>19.052δρχ/ 56€</b>	<b>114,48</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	382δρχ/ 1,12€	1.267δρχ/ 3,7€	3.149δρχ/ 9,2€	-	28,15
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	827δρχ/ 2,4€	5.572δρχ/ 16€	4.154δρχ/ 12€	-	71,65
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5.391δρχ/ 15,8€	-	36,16
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	328δρχ/ 2,4€	883δρχ/ 2,6€	2.416δρχ/ 7€	-	14,68
<b>Ηπείρου (5)</b>	<b>1.648δρχ/ 4,8€</b>	<b>4.260δρχ/ 12,5€</b>	<b>17.658δρχ/ 51,8€</b>	<b>24.393δρχ/ 71,6€</b>	<b>68,51</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	193δρχ/ 0,56€	854δρχ/ 2,5€	3.049δρχ/ 8,9	-	16,21
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1202δρχ/ 3,5€	2.112δρχ/ 6,2€	3.134δρχ/ 9,20€	-	42,17
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	8.719δρχ/ 25,6€	-	13,84
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	253δρχ/ 0,7€	1.294δρχ/ 3,8€	2.756δρχ/ 8€	-	10,13
<b>Θράκης</b>	<b>2.116δρχ/ 6,2€</b>	<b>4.012δρχ/ 11,8€</b>	<b>13.936δρχ/ 41€</b>	<b>36.229δρχ/ 106,32€</b>	<b>118,08</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	517δρχ/ 1,5€	1.368δρχ/ 4€	2.771δρχ/ 8,1€	-	22,34
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1004δρχ/ 3€	2.289δρχ/ 6,7	2.385δρχ/ 7€	-	77,37
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	7.894δρχ/ 23€	-	13,84
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	595δρχ/ 1,7€	357δρχ/ 1€	886δρχ/ 2,6	-	10,13
<b>Νήσων Αιγαίου</b>	<b>1.775δρχ/ 5,2€</b>	<b>6.160δρχ/ 18</b>	<b>16.826δρχ/ 49,3€</b>	<b>25.211δρχ/ 74€</b>	<b>171,69</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	620δρχ/ 1,8€	1.253δρχ/ 3,67€	3.911δρχ/ 11,5€	-	29,44
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	903δρχ/ 2,65€	3.840δρχ/ 11,2€	4.920δρχ/ 14,4€	-	110,50
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	6.552δρχ/ 19,2€	-	57,19

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	252δρχ/ 0,7€	1.067δρχ/ 3,10€	3.442δρχ/ 10,1€	-	31,74
<b>ΟΛΕΣ ΟΙ ΥΠΗ</b>	<b>2.302δρχ/ 6,75€</b>	<b>7.082δρχ/ 10,7€</b>	<b>16.433δρχ/ 48,2€</b>	<b>34.424δρχ/ 10,1€</b>	<b>128,17</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	448δρχ/ 1,3€	1.215δρχ/ 3,55€	3.546δρχ/ 10,4€	-	25,54
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1459δρχ/ 4,3€	4.804δρχ/ 14€	4.588δρχ/ 13,46€	-	84,19
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	-	-	5.641δρχ/ 16,55€	-	39,91
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395δρχ/ 1,15€	1.063δρχ/ 3,10€	2.655δρχ/ 7,8€	-	18,44
(1) Περιλαμβάνει τους Νομούς Στερεάς Ελλάδας (πλην του Νομού Αιτωλοακαρνανίας) και Κυκλάδων					
(2) Περιλαμβάνει τους Νομούς της Μακεδονίας, πλην των Νομών της Ανατολικής Μακεδονίας, βλ. (4)					
(3) Περιλαμβάνει την Πελοπόννησο και τους νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Ζακύνθου και Κεφαλλονιάς					
(4) Περιλαμβάνει τους Νομούς Δράμας, Καβάλας και Σερρών					
(5) Περιλαμβάνει την Ήπειρο και τους Νομούς Κέρκυρας και Λευκάδας					
Μ.Ο. ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (1998-99) ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΕΙΝΑΙ 559.046 δρχ.					
Μ.Ο. ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ (2004-05) ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΕΙΝΑΙ 1792,28 ευρώ.					
Πηγή: ΕΣΥΕ «Ερευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99 και 2004-05					

Φυσικά, ο υψηλός μέσος όρος που εμφανίζει η συγκεκριμένη περιφέρεια, οφείλεται στον Νομό Αττικής και ειδικότερα στην περιοχή της πρωτεύουσας, όπου παρατηρείται μια υψηλή συγκέντρωση πόρων υγείας, η οποία με τη σειρά της αναδεικνύεται σε καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Ειδικά μάλιστα για την αναλογία ιατρών και πληθυσμού, έχει επισημανθεί<sup>12</sup> η θετική συσχέτιση με το ύψος της συνολικής κατά κεφαλή δαπάνης υγείας, η οποία όπως αναμενόταν είναι πιο έκδηλη σε σχέση με τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Η αυξημένη δαπάνη υγείας των νοικοκυριών στην περιφέρεια της Αθήνας επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η περιφέρεια αυτή παρουσιάζει την υψηλότερη κατά κεφαλή δαπάνη υγείας τόσο συνολικά, όσο και σε κάθε επιμέρους κατηγορία.<sup>13</sup>

Αντίθετα, με βάση τα στοιχεία και των πέντε ερευνών, στην περιφέρεια της Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας, στην οποία εντάσσεται το δεύτερο μεγάλο αστικό κέντρο της χώρας (Θεσσαλονίκη), παρατηρούμε εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά. Έτσι η περιφέρεια αυτή παρουσιάζει για το 1981-82 μια χαμηλή κατά μέσο όρο δαπάνη υγείας, η οποία είναι μικρότερη όχι μόνο από το μέσο όρο της χώρας (κατά 14,7%), αλλά και από εκείνη αρκετών περιφερειών. Αντίθετα, τα επόμενα χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση, χωρίς όμως και πάλι να προσεγγίζεται ο εθνικός μέσος όρος.

<sup>12</sup> Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) «Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 181, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα.

<sup>13</sup> Σύμφωνα με την παραπάνω αντιστοιχη μελέτη των Ζηλίδη-Φιλαλήθη, στην περιφέρεια των Αθηνών η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας παρουσιάζει μεταξύ 1981-1988 την υψηλότερη τιμή της χώρας, υπερβαίνοντας τον εθνικό μέσο όρο κατά 40,4% (1981-82) και 38,9% (1987-88), ενώ η υπέρβαση για τις

<b>ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΝΗΣΩΝ ΜΕ ΤΟ Μ.Ο.</b>	
<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ</b>
<b>1981-82</b>	<b>+5,2</b>
<b>1987-88</b>	<b>+26</b>
<b>1993-94</b>	<b>+13,6</b>
<b>1998-99</b>	<b>+26,5</b>
<b>2004-05</b>	<b>+9,5</b>

Τις χαμηλότερες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας καταναλώνει η περιοχή της Κρήτης και των νησιών του Αιγαίου που βρίσκονται κατά το σύνολό τους και στις πέντε έρευνες κάτω από το μ.ο.

Τέλος, διαπιστώνουμε πως στις περισσότερες περιοχές και σύμφωνα και με τις πέντε έρευνες, το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών αντιστοιχεί σε υπηρεσίες οδοντιάτρων και κατά δεύτερο σε υπηρεσίες ιατρών, ενώ οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι σχετικά χαμηλότερες. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στην αντίστοιχη βελτίωση των παροχών του δημόσιου τομέα και ειδικότερα στην επέκταση της δωρεάν φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής υποδομής του ΕΣΥ, που συντελέστηκαν κατά την υπό εξέταση περίοδο.

Αντίθετα, η μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών ιατρικής περίθαλψης που συντελέστηκε με διαβαθμίσεις στις περισσότερες περιοχές, είχε σαν αποτέλεσμα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να απορροφά από το 1993 έως και το 2005, ποσοστό που κυμαίνεται στις διάφορες περιφέρειες γύρω στο 65% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης. Το γεγονός αυτό φαίνεται να υποδηλώνει ότι ο δημόσιος τομέας αποδείχθηκε ανεπαρκής ως προς την κάλυψη των αναγκών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.<sup>14</sup>

επιμέρους δαπάνες υγείας κυμαίνεται μεταξύ 23% και 54%. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994), βλ. Υποσ. 20, σελ. 171-182.

<sup>14</sup> Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1992) «Μέτρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα και εμπειρικά δεδομένα» σελ. 19-38, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

#### 5.1 Εισαγωγή.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθεί η σχέση των δαπανών υγείας με εισοδήματος στα νοικοκυριά.. Αρχικά διαχωρίσαμε τα νοικοκυριά σε 8 κατηγορίες με βάση το μηνιαίο εισόδημά τους. Στην πρώτη κατηγορία είναι τα νοικοκυριά με το χαμηλότερο εισόδημα, ενώ στην όγδοη κατηγορία Η σχέση αυτή είναι πολύ σημαντική γιατί οι δαπάνες υγείας συνδέονται και εξαρτώνται με το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών. Η παρακάτω ανάλυση επιχειρεί να αποδείξει πως όσο αυξάνεται το εισόδημα, τόσο αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας στα νοικοκυριά. Η σχέση δηλαδή εισοδήματος και δαπανών υγείας είναι αναλογική. Συχνά συνδέεται η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών που συντελέστηκε τις τελευταίες δεκαετίες, μεταξύ άλλων (δημογραφικές και κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβολές, αδυναμίες του δημόσιου συστήματος κλπ.) και με την αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος. Στο προηγούμενο κεφάλαιο (πίνακας 4.3), παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής κατανάλωσης των νοικοκυριών – η οποία βέβαια αντανακλά το διαθέσιμο εισόδημα – και του ύψους των δαπανών υγείας σε όλες τις περιφέρειες της χώρας.

Η εξέλιξη αυτή αιτιολογείται από το γεγονός ότι η αύξηση του εισοδήματος και η κάλυψη των βασικών αναγκών των νοικοκυριών για διατροφή, ένδυση και κατοικία, μετέβαλε τα καταναλωτικά τους πρότυπα και ώθησε στη διάθεση του εισοδήματός τους προς την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, η οποία εξασφαλίζεται μέσω της μόρφωσης, του πολιτισμού, της διασκέδασης και του επιπέδου υγείας.

Με δεδομένα λοιπόν: α) το ότι συνολικά η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική<sup>15</sup> και β) το ότι υπάρχει ποικιλία ιατρικών φροντίδων που προσφέρονται από διαφορετικούς προμηθευτές σε διαφορετική τιμή, σημειώνουμε πως στην περίπτωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η μεταβολή της τιμής μπορεί να επηρεάσει τη ζητούμενη ποσότητα του

<sup>15</sup> Κυριόπουλος Γ. (1999) «Η τιμολόγηση και η χρηματοδότηση της υγείας» σελ. 151, ανέκδοτο άρθρο. Αναφέρουμε βέβαια πως η έννοια της ελαστικότητας ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας έχει λιγότερο νόημα σε συστήματα όπως το Ελληνικό, όπου κυριαρχεί η δημόσια αντίληψη για το αγαθό υγεία και οι περισσότεροι πολίτες είναι ασφαλισμένοι. Σούλης Σ. (1998) βλ. υποσ. 28, σελ. 79.

καταναλωτή ή να τον στρέψει σε άλλο φορέα ή εναλλακτική θεραπεία – εφόσον υπάρχει διαθέσιμη.

Η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες είναι ελαστική ως προς το εισόδημα, δηλαδή η αύξηση του εισοδήματος επιφέρει αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και αντίστροφα. Στο σημείο μάλιστα αυτό αναφέρουμε πως η συμβολή του εισοδήματος στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας είναι ακόμη μεγαλύτερη, αν αναλογιστούμε πως το εισόδημα συνδέεται θετικά – μέσα από μια διαπλοκή άλλων παραγόντων (συνθήκες υγιεινής, επίπεδο εκπαίδευσης, τρόπος ζωής κλπ.) – και με το επίπεδο υγείας των ατόμων. Η παραπάνω διαπίστωση μας οδηγεί στην υπόθεση ότι η υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στο βαθμό που συνδέεται με την αύξηση του εισοδήματος, δεν αντανακλά πραγματικές ανάγκες, αλλά κυρίως καταναλωτικά πρότυπα, χωρίς όμως να μπορούμε να αναφερθούμε στο σύνολο της εκφρασμένης ζήτησης.

## 5.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων ανά κατηγορία εισοδήματος

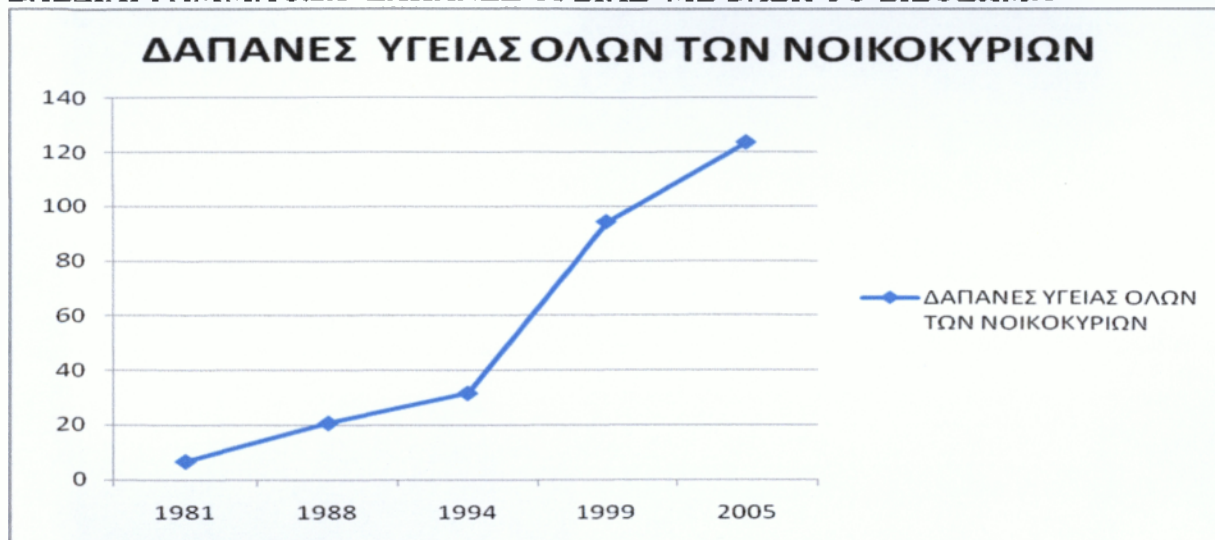
Μεθοδολογικά, κατηγοριοποιούμε τις καταναλωτικές δυνατότητες των νοικοκυριών – που έμμεσα αποτυπώνουν και το διαθέσιμο εισόδημα – κατά τάξεις μηνιαίας συνολικής αξίας αγορών, δημιουργώντας οκτώ διαφορετικές εισοδηματικές κατηγορίες, οι οποίες όπως θα διαπιστώσουμε παρακάτω (πίνακας 5) συμπεριφέρονται εντελώς διαφορετικά ως προς τις υπηρεσίες υγείας.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ</b>					
<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΑΝΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΑ ΑΓΟΡΩΝ</b>	<b>1981- 1982</b>	<b>1987- 1988</b>	<b>1993- 1994</b>	<b>1998- 1999</b>	<b>2004- 2005 (σε €)</b>
<b>1<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>340δρχ/ 0,99€</b>	<b>1138δρχ/ 3,33€</b>	<b>3706δρχ/ 10,88€</b>	<b>6238δρχ/ 18,3€</b>	<b>44,92</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	151δρχ/0,44€	544δρχ/ 1,59€	2627δρχ/ 7,7€	3897δρχ/ 11,43€	19,98
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	153δρχ/ 0,45€	493δρχ/1,44€	884δρχ/ 2,59 €	1973δρχ/ 5,79€	22,4
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	36δρχ/ 0,1 €	101 δρχ/0,29€	197δρχ/ 0,57€	368δρχ/ 1,07€	2,63
<b>2<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>782δρχ/ 2,29€</b>	<b>2395δρχ/ 7,02€</b>	<b>5117δρχ/ 15,01€</b>	<b>10289δρχ/ 30,19€</b>	<b>63,29</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	377δρχ/ 1,1€	825δρχ/ 2,42€	2585δρχ/ 7,58€	4821δρχ/ 14,14€	20,28
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	264δρχ/ 0,77€	1276 δρχ/ 3,74€	1993δρχ/ 5,84	4572δρχ/ 13,41€	37,49
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	141δρχ/ 0,46€	294δρχ/ 0,86€	539δρχ/ 1,58€	896δρχ/ 2,62€	5,52
<b>3<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>1007δρχ/ 2,95€</b>	<b>3577δρχ/ 10,49€</b>	<b>5914δρχ/ 17,35€</b>	<b>14024δρχ/ 41,15€</b>	<b>75,23</b>

ΦΑΡΜΑΚΑ	313δρχ/ 0,91€	882δρχ/ 2,58€	23165δρχ/ 6,79€	4919δρχ/ 14,43€	19,18
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	524δρχ/ 1,53€	2209δρχ/ 6,48€	2524δρχ/ 7,4€	7433δρχ/ 21,81€	47,65
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	170δρχ/ 0,49€	486δρχ/ 1,42€	1074δρχ/ 3,15€	1672δρχ/ 4,9€	8,4
<b>4<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>1367δρχ/ 4,01€</b>	<b>5022δρχ/ 14,73€</b>	<b>6842δρχ/ 20,07€</b>	<b>19376δρχ/ 56,86€</b>	<b>96,4</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	379δρχ/ 1,11€	12139δρχ/ 3,63€	2544δρχ/ 7,46€	5448δρχ/ 15,98€	18,96
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	726δρχ/ 2,13€	2978δρχ/ 8,73€	2774δρχ/ 8,14€	11636δρχ/ 34,14€	64,01
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	262δρχ/ 0,76€	805δρχ/ 2,36€	1524δρχ/ 4,47€	2292δρχ/ 6,72€	13,43
<b>5<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>2002δρχ/ 5,87€</b>	<b>8022δρχ/ 23,54€</b>	<b>8996δρχ/ 26,4€</b>	<b>25207δρχ/ 73,97€</b>	<b>113,39</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	439δρχ/ 1,28€	1579δρχ/ 4,63€	2984δρχ/ 8,75€	5626δρχ/ 16,51€	20,09
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1252δρχ/ 3,67€	5381δρχ/ 15,79€	3679δρχ/ 10,79€	16701δρχ/ 49,01€	73,89
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	311δρχ/ 0,91€	1062δρχ/ 3,11€	2333δρχ/ 6,84€	2880δρχ/ 6,7€	19,41
<b>6<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>2432δρχ/ 7,13€</b>	<b>10408δρχ/ 30,54€</b>	<b>9744δρχ/ 28,59€</b>	<b>32300δρχ/ 94,79€</b>	<b>129,23</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	471δρχ/ 1,38€	1579δρχ/ 4,63€	3046δρχ/ 8,93€	5947δρχ/ 17,45€	19,88
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1659δρχ/ 4,86€	7018δρχ/ 20,59€	4300δρχ/ 12,61€	22066δρχ/ 64,75€	86,62
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	302δρχ/ 0,88€	1811δρχ/ 5,31€	2398δρχ/ 7,03€	4287δρχ/ 12,58€	22,73
<b>7<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>4347δρχ/ 12,75€</b>	<b>16207δρχ/ 47,56€</b>	<b>9744δρχ/ 28,59€</b>	<b>52258δρχ/ 153,36€</b>	<b>157,62</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	819δρχ/ 2,4€	1737δρχ/ 5,09€	3046δρχ/ 8,93€	7207δρχ/ 21,15€	20,94
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2728δρχ/ 8€	11477δρχ/ 33,68€	4300δρχ/ 12,61€	38561δρχ/ 113,16€	112,26
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	800δρχ/ 2,34€	1993δρχ/ 5,84€	2398δρχ/ 7,03€	6490δρχ/ 19,04€	24,42
<b>8<sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>8190δρχ/ 24,03€</b>	<b>23885δρχ/ 70,09€</b>	<b>12887δρχ/ 37,81€</b>	<b>127951δρχ/ 375,49€</b>	<b>281,26</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	573δρχ/ 1,68€	2102δρχ/ 6,16€	3958δρχ/ 11,61€	11511δρχ/ 33,78€	27,89
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	6002δρχ/ 17,61€	18655δρχ/ 54,74€	5729δρχ/ 16,81€	99160δρχ/ 291€	207,41
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1615δρχ/ 4,73€	3128δρχ/ 9,17€	3200δρχ/ 9,39€	17280δρχ/ 50,71€	45,96
<b>ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ</b>	<b>2302 δρχ/6,75 €</b>	<b>7082 δρχ/ 20,78 €</b>	<b>10792δρχ/ 31,67€</b>	<b>32132 δρχ/94,29€</b>	<b>123,68</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	448 δρχ / 1,31€	1215δρχ/ 3,56€	3548δρχ/ 10,41€	5998δρχ/ 17,6€	21,05
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1459δρχ/ 4,28€	4804δρχ/ 14,09€	4588δρχ/ 13,46€	22162δρχ/ 65,03€	84,19
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395δρχ/1,15€	1063δρχ/ 3,11€	2656δρχ/ 7,79€	3972δρχ/ 11,65€	18,44
<b>ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΜΗΝΙΑΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ (1η κατηγορία χαμηλότερες μηνιαίες δαπάνες, 8η υψηλότερες)</b>					
(1) 0-999, 10000-19999, 20000-29999, 30000-39999, 40000-49999, 50000-69999, 70000-99999, 100000 και άνω (σε δρχ.)					
(2) 0-39999, 40000-69999, 70000-99999, 100000-139000, 140000-179999, 180000-229999, 230000-299999, 300000 και άνω (σε δρχ.)					
(3) 0-99999, 100000-149999, 150000-199999, 200000-249999, 250000-299999, 300000-349999, 350000-399999, 400000 και άνω (σε δρχ.)					
(4) 0-100.000, 100.001-200.000, 201.000-300.000, 301.000-400.000, 401.000-500.000, 501.000-600.000, 601.000-1.000.000, 1.000.001 και άνω (σε δρχ.)					
(5) 0- 293,47€, 293,48- 586,94€, 586,95- 880,41€, 880,42- 1173,88€, 1173,89- 1467,35€, 1467,36- 1760,82€, 1760,83- 2934,70€, 2934,71€ και άνω					
Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προϊπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99, 2004-2005					

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι τα νοικοκυριά σε αυτή την ενότητα χωρίζονται ανά κατηγορίες εισοδήματος, χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη παράγοντες όπως το μέγεθος και η σύνθεση των νοικοκυριών και ο αριθμός των μελών που συνεισφέρουν στο οικογενειακό εισόδημα, παράγοντες, οι οποίοι είναι πολύ σημαντικοί.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.1 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ**



Όπως παρατηρούμε στο παραπάνω σχεδιάγραμμα (5.2.1) οι δαπάνες υγείας όλων των νοικοκυριών με βάση το εισόδημα αυξάνονται αναλογικά σε σχέση με το χρόνο. Υπάρχει μία ραγδαία αύξηση από το 1994 έως το 1999, ενώ από το 1999 έως το 2005 η πορεία της συνεχίζει να είναι αυξητική, όχι όμως με τον ίδιο ρυθμό. Αυξητική τάση υπάρχει και στις δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα, όπως παρατηρούμε στο παρακάτω σχεδιάγραμμα (5.2.2) σε σχέση με το εισόδημα. Για τις χρονιές 1988, 1994 και 1999 υπάρχει ραγδαία αύξηση δαπανών για φάρμακα.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ**

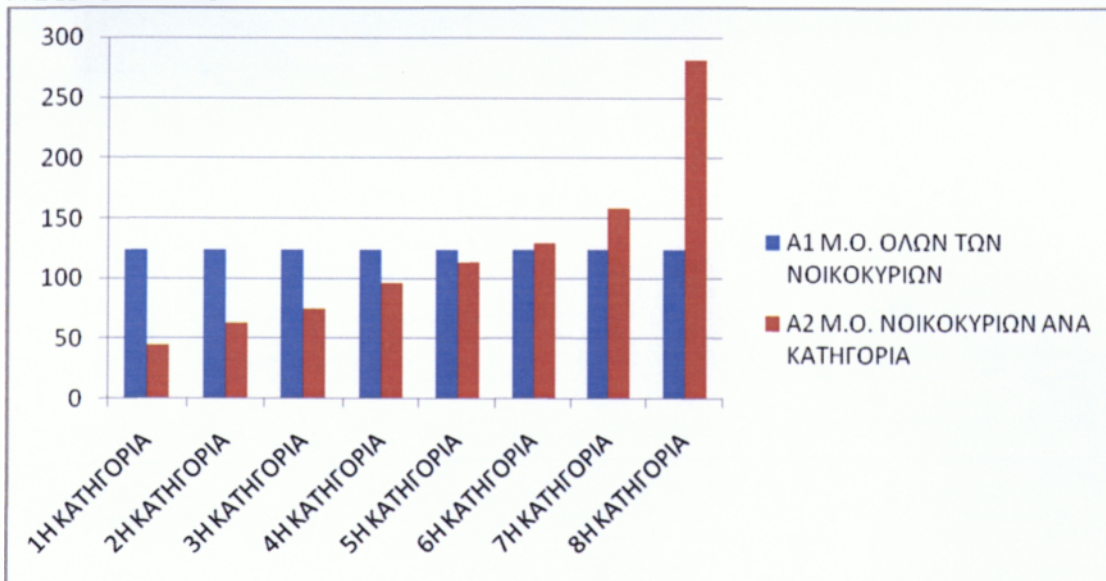


Μελετώντας τη σχέση εισοδήματος και δαπανών υγείας (πίνακας 5.2.2) παρατηρούμε ότι μέχρι την 5<sup>η</sup> κατηγορία νοικοκυριών υπάρχει αρνητική απόκλιση σε σχέση με το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών, ενώ στην όγδοη κατηγορία υπάρχει μία ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας της τάξεως του 127,4%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.2. ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	44,92	-78,76	-63,68%
2 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	63,29	-60,39	-48,82%
3 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	75,23	-48,45	-39,17%
4 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	96,40	-27,28	-22,05%
5 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	113,39	-10,29	-8,31%
6 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	129,23	5,55	4,48%
7 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	157,62	33,94	27,44%
8 <sup>η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	123,68	281,26	157,58	127,40%

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.2 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ**



Στη συνέχεια παρατηρούμε ότι και στις δαπάνες φαρμάκων ανά κατηγορία εισοδήματος νοικοκυριού (πίνακας 5.2.3) συμβαίνει ακριβώς το ίδιο με τις δαπάνες υγείας.

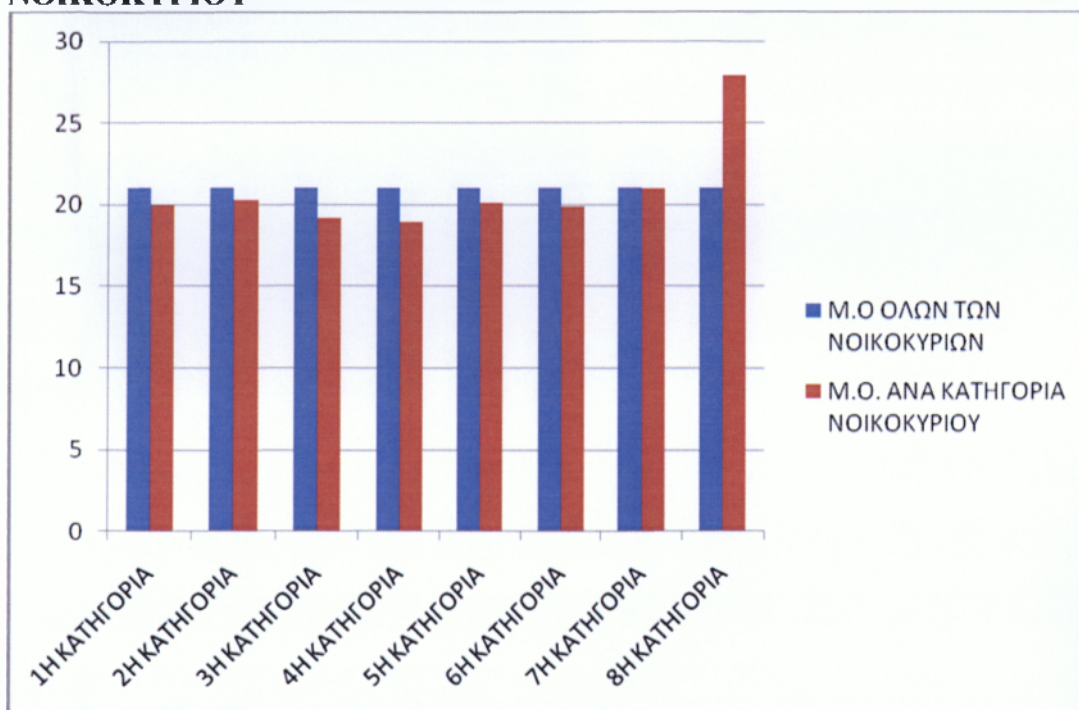


Δηλαδή πάλι έχουμε θετική απόκλιση στην έβδομη και όγδοη κατηγορία, στην οποία οι δαπάνες έχουν διαφορά από το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών 6,84€.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.3 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο.ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	19,98	-1,07	-5,08%
2 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	20,28	-0,77	-3,65%
3 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	19,18	-1,87	-9,74%
4 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	18,96	-2,09	-9,92%
5 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	20,09	-0,96	-4,56%
6 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	19,88	-1,17	-5,55%
7 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	20,94	-0,11	0,52%
8 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	21,05	27,89	6,84	32,49%

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.3 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ**



Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πρώτη κατηγορία νοικοκυριών βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο στις δαπάνες φαρμάκων κατά -5,08%, ενώ η απόκλιση της κατηγορίας αυτής από τον μέσο όρο των δαπανών υγείας στο σύνολό τους, ήταν -63,68%, γεγονός που δείχνει πως δεν οφείλεται κατά κύριο λόγο στις δαπάνες φαρμάκων η μεγάλη απόκλιση που παρατηρείται στις δαπάνες υγείας νοικοκυριών με διαφορετικό εισόδημα.

Το παραπάνω συμπέρασμα ενισχύεται και από το γεγονός ότι παρουσιάζεται αντίστροφη σχέση δαπανών για φάρμακα και εισοδήματος στην μέση περίπου της εισοδηματικής κλίμακας, με τα νοικοκυριά της τρίτης και τέταρτης κατηγορίας να δαπανούν λιγότερα από εκείνα της πρώτης και της δεύτερης κατηγορίας, τα οποία έχουν μεγαλύτερο διαθέσιμο εισόδημα. Αυτό ίσως ανατρέπει και την συνολική υπόθεση για αναλογία δαπανών και εισοδήματος μια και σ' αυτές τις ομάδες νοικοκυριών οι δαπάνες για φάρμακα φαίνονται ανελαστικές ως προς το εισόδημα, ενώ το γεγονός ότι η αναλογία προκύπτει κυρίως από τις δαπάνες των νοικοκυριών της 7ης και 8ης κατηγορίας, μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως μπορεί να αναφερόμαστε σε υπερκατανάλωση, που οφείλεται στην μη ύπαρξη οικονομικών περιορισμών και λιγότερο βέβαια στην ύπαρξη πραγματικής ανάγκης.

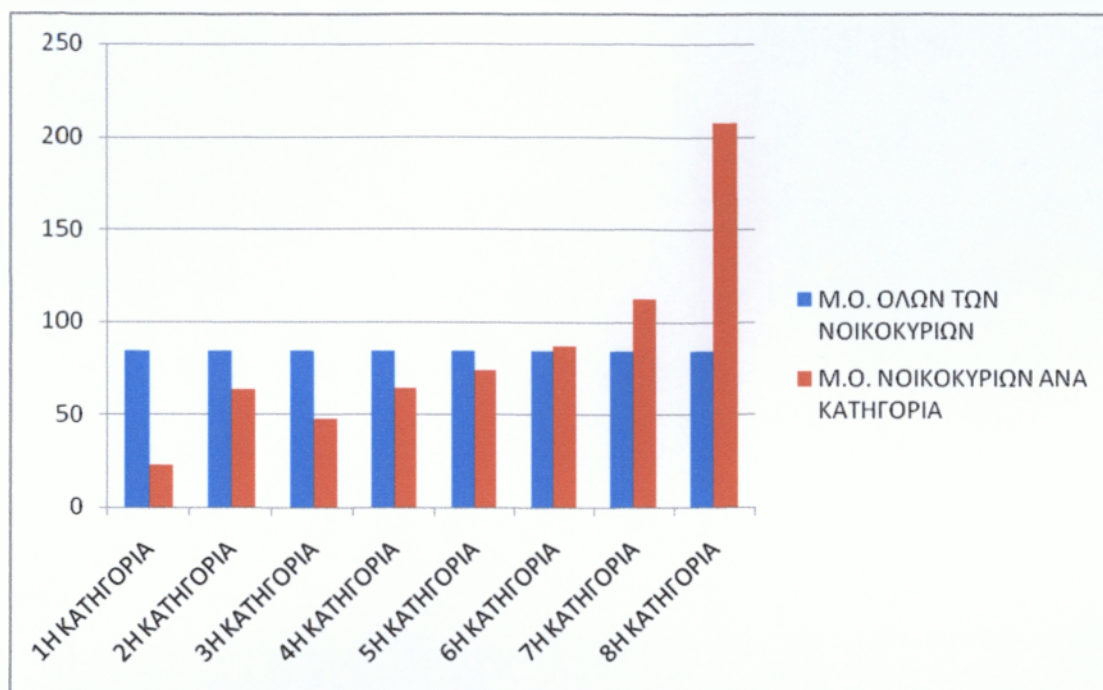
Οι παραπάνω διαπιστώσεις σχετικά με την ύπαρξη αντίθετων χαρακτηριστικών στην συσχέτιση φαρμακευτικής δαπάνης και εισοδήματος, σε σύγκριση με την αντίστοιχη εικόνα που παρουσιάζει η συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά, μας οδηγεί στην αναζήτηση άλλων δεδομένων που θα αιτιολογούν τις υφιστάμενες ισορροπίες μεταξύ δαπανών υγείας και εισοδηματικών κλιμακίων.

Στον παρακάτω πίνακα (5.2.4) μελετάμε τη σχέση μέσου όρου δαπανών ιατρικής περίθαλψης των νοικοκυριών σε σχέση με το εισόδημα. Όπως παρατηρούμε έως την πέμπτη κατηγορία υπάρχουν αρνητικές διαφορές των δαπανών ιατρικής περίθαλψης σε σχέση με το μέσο όρο των δαπανών που φτάνουν στο -73,39% (1η κατηγορία). Οι θετικές αποκλίσεις ξεκινούν από την έκτη κατηγορία και φτάνει στο μέγιστο στην όγδοη κατηγορία (146,35%) .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.4 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	22,4	-61,79	-73,39%
2 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	63,29	-209	-26,86%
3 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	47,65	-36,54	-43,40%
4 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	64,01	-20,18	-23,96%
5 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	73,89	-10,3	-12,23%
6 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	86,62	2,43	2,88%
7 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	112,26	28,07	33,34%
8 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	84,19	207,41	123,22	146,35%

## ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.4 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ



Στη μελέτη σχετικά με τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης και εισοδήματος, ο υψηλότερος μέσος όρος παρουσιάζεται στην όγδοη κατηγορία των νοικοκυριών (149,24% άνω των δαπανών όλων των νοικοκυριών), ενώ στην πρώτη κατηγορία βρίσκεται ο χαμηλότερος μέσος όρος (-85,73%).

Με δεδομένο το ότι συνήθως η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει την περίθαλψη σημαντικότερων ως προς την βαρύτητα περιστατικών, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε, πως η χαμηλή-λόγω έλλειψης χρημάτων- κατανάλωση στις παραπάνω κατηγορίες, μπορεί να έχει ανεπανόρθωτες συνέπειες στους πληθυσμούς αυτών των νοικοκυριών. Ένα άλλο θέμα που μπορεί να αναδυθεί στην περίπτωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, αφορά στις παραοικονομικές πληρωμές που μπορούν να δημιουργηθούν- λόγω της κρισιμότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης, ή απλά για την εξασφάλιση κλίνης -οι οποίες ενοχλούνται για την μετακύληση ενός ακόμη βάρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα νοικοκυριά.<sup>16</sup> Σημειώνουμε πάντως, πως η πρόσθετη πληρωμή που επιβάλλεται στους χρήστες νοσηλευτικών

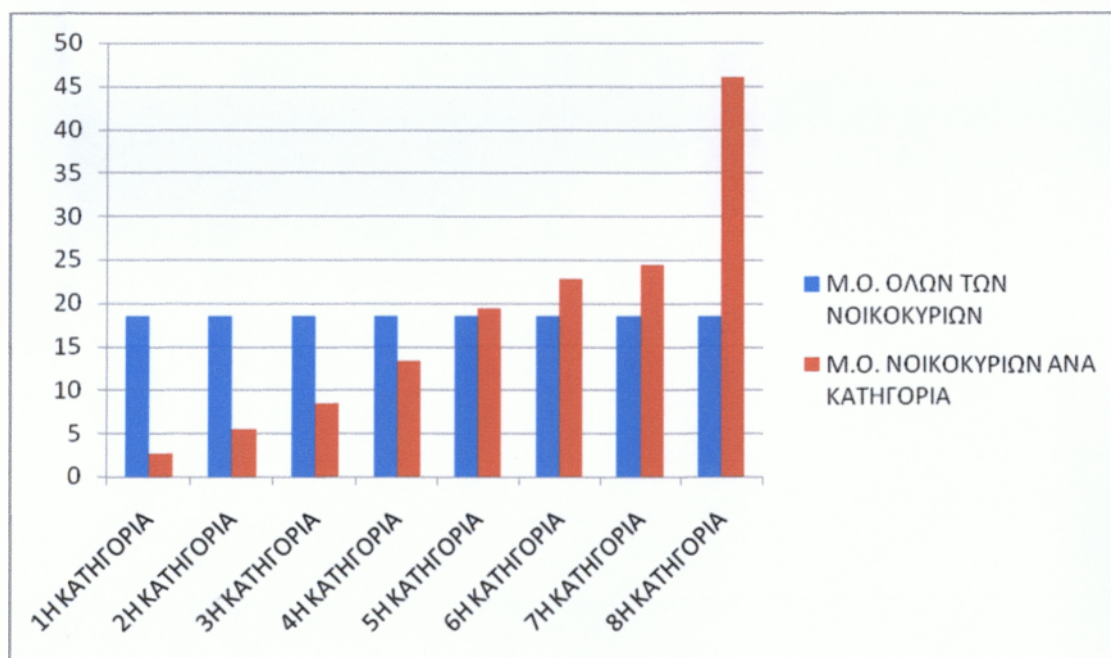
<sup>16</sup> Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1995) «Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η ευκαιρία-τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στην χώρα μας» σελ.17-20 (μέρος πρώτο), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 1995, Αθήνα.

υπηρεσιών, δεν σχετίζεται με το εισόδημα ή άλλα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια, όσο με το φύλο, το είδος του παραστατικού, την ασφαλιστική κάλυψη κλπ.<sup>17</sup>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2.5 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	2,63	-15,81	-85,73%
2 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	5,52	-12,92	-70,06%
3 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	8,40	-10,04	-54,44%
4 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	13,34	-5,1	-27,65%
5 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	19,41	0,97	5,26%
6 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	22,73	4,29	23,26%
7 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	24,42	5,98	32,42%
8 <sup>Η</sup> ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	18,44	45,96	27,52	149,24%

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.6 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ**



<sup>17</sup> Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. (1997) «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα» σελ.288-294, στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. επιμ. (1997) «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη» Θεμέλιο, Αθήνα.

Συμπερασματικά, αξιοσημείωτο είναι ότι η σχέση δαπανών και εισοδήματος νοικοκυριών είναι αναλογική. Σε όλες τις μελέτες που έγιναν (δαπάνες υγείας, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες ιατρικής περίθαλψης και δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης ) παρατηρούμε ότι υπάρχει μια έμμεση επίδραση του εισοδήματος στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, αφού όσο μεγαλώνει το εισόδημα , τόσο αυξάνονται και οι δαπάνες. Συγκεκριμένα από την 6η και 7η κατηγορία σε όλες τις μελέτες, οι μέσοι όροι των δαπανών υπερβαίνουν τους μέσους όρους όλων των νοικοκυριών. Ειδικά στην πρώτη κατηγορία, με τα νοικοκυριά που έχουν το χαμηλότερο εισόδημα παρατηρούμε δεκαπλασιασμό των δαπανών σε σχέση με την 8η κατηγορία.

Η μελέτη των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ανά εισοδηματική κατηγορία ή αλλιώς ανά καταναλωτικές δυνατότητες, οδηγεί στην διαπίστωση ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των δύο μεγεθών, γεγονός που επιτρέπει την διαπίστωση δύο επί μέρους υποθέσεων:

α) οι υψηλές δαπάνες υγείας σε νοικοκυριά με υψηλό εισόδημα τις καθιστούν δαπάνες πολυτελείας, οι οποίες υπόκεινται στις πιέσεις των γενικών καταναλωτικών προτύπων τέτοιων νοικοκυριών, οπότε μπορεί να πρόκειται για υπερκάλυψη των αναγκών ή ακόμη και για άσκοπες δαπάνες. Αυτό οφείλεται στην δυνατότητα που έχουν νοικοκυριά τέτοιων κατηγοριών, να προσφεύγουν τακτικά σε προληπτικό έλεγχο υγείας σε ιδιωτικούς φορείς, με αυξημένο τιμολόγιο.

β) τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, στερούνται λόγω των εισοδηματικών πιέσεων βασικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, με απρόβλεπτες συνέπειες στο επίπεδο υγείας των μελών τους. Η ασφαλιστική κάλυψη λειτουργεί σε κάποιο βαθμό αντισταθμιστικά ως προς τις συνέπειες αυτές, πιθανόν όμως οι τελευταίες να μην αποφεύγονται όταν πρόκειται για περιστατικά που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση ή για περιστατικά που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με σωστή πρόληψη.

Οι παραπάνω υποθέσεις, σε συνδυασμό με τις αναμφισβήτητες υγειονομικές διαφορές στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού διαφορετικών εισοδηματικών κατηγοριών, αποτελούν σαφείς ενδείξεις της δράσης του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στην διαμόρφωση του υγειονομικού προτύπου του πληθυσμού. Στην περίπτωση βέβαια των νοικοκυριών, οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας ότι το διαθέσιμο εισόδημα- το οποίο όπως φάνηκε είναι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας των δαπανών υγείας εκλαμβάνεται ως μετασχηματισμός των ατομικών εισοδημάτων των μελών τους. Υπό το πρίσμα αυτό, ο παραπάνω μετασχηματισμός επηρεάζεται από:

- Τον αριθμό των ατόμων που συνεισφέρουν στο οικογενειακό εισόδημα.
- Την βαρύτητα του κάθε ατομικού εισοδήματος.

- Τον τρόπο μετασχηματισμού των ατομικών εισοδημάτων και την μετέπειτα διαχείριση τους ως το συνολικό πλέον εισόδημα.
- Το μέγεθος του νοικοκυριού.

Η τελευταία αυτή παράμετρος, αποκτά ιδιαίτερη σημασία με δεδομένο ότι:

α) το μέγεθος του νοικοκυριού σχετίζεται θετικά με το ύψος του εισοδήματος, εφόσον στα πολυμελή νοικοκυριά εργάζονται συνήθως περισσότερα μέλη.

β) τα εξαρτώμενα μέλη (παιδιά – ηλικιωμένοι) των νοικοκυριών, δεν επηρεάζουν με την ίδια ένταση το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα. Αντίθετα, τα παιδιά είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος απ' ότι οι ηλικιωμένοι, πολλοί από τους οποίους λαμβάνουν κάποια σύνταξη. Επιπρόσθετα, είναι γνωστό πως τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν περισσότερα παιδιά, με αποτέλεσμα να κατανέμεται το εισόδημα σε περισσότερα άτομα, ώστε να σημειώνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση απ' ότι στα νοικοκυριά με λιγότερα παιδιά.

γ) όσο αφορά όμως στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι εκείνοι οι οποίοι έχουν συνταξιοδοτηθεί νωρίτερα – δηλαδή οι περισσότερο ηλικιωμένοι - καταλαμβάνουν χαμηλότερη θέση στην εισοδηματική κλίμακα, ενώ επιπρόσθετα, εκδηλώνουν αυξημένη ζήτηση για φροντίδα υγείας, λειτουργώντας έτσι ως πηγή ανισότητας και φτώχειας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

#### 6.1 Εισαγωγή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με την ανάλυση της παραμέτρου του μεγέθους του νοικοκυριού και το κατά πόσο παίζει ρόλο στη διαμόρφωση των δαπανών υγείας. Εμβαθύνοντας την ανάλυση των παραμέτρων που προσδιορίζουν τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, θα μελετήσουμε το ρόλο του μεγέθους (αριθμός μελών) και της σύνθεσης των τελευταίων, που άλλωστε αποτελούν τις βασικότερες δημογραφικές μεταβλητές στη διαμόρφωση και διανομή του εισοδήματος, καθώς επίσης και στη σκιαγράφηση των αναγκών υγείας των νοικοκυριών.

#### 6.2) Ανάλυση αποτελεσμάτων κατά μέγεθος νοικοκυριού

Ξεκινώντας από τη μελέτη των οικογενειακών δαπανών υγείας σε σχέση με το μέγεθος των νοικοκυριών, θα περιμέναμε με κριτήριο τις στοιχειώδεις αναμενόμενες ανάγκες κατά άτομο, να οδηγηθούμε στο λογικό αποτέλεσμα της άμεσης συσχέτισης του ύψους των δαπανών υγείας και του αριθμού των μελών των νοικοκυριών. Στην περίπτωση των δαπανών υγείας όμως κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Αντίθετα, παρατηρείται μια ανισοκατανομή των δαπανών σε σχέση με τον αριθμό των μελών των νοικοκυριών, η οποία ανατρέπει την παραπάνω υπόθεση. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2004-05, οι δαπάνες υγείας σε μια τριμελή οικογένεια είναι κατά μέσο όρο νοικοκυριού χαμηλότερες από τις αντίστοιχες δαπάνες σε μια διμελή (πίνακας 6). Ιδιαίτερα μάλιστα αν αναλογιστούμε τις ξεχωριστές υγειονομικές ανάγκες του τρίτου μέλους, που συνήθως ως τέκνο ή ως ηλικιωμένος έχει αυξημένες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας, οδηγούμαστε σε ένα παράδοξο στη σχέση μεγέθους του νοικοκυριού και δαπανών υγείας.

Αντίθετα, κρίνονται λογικά τα μεγέθη των δαπανών υγείας σε μονομελείς οικογένειες, καθώς και στις οικογένειες με 4 μέλη και άνω. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά με 1 μέλος, άρα και με τις λιγότερες ανάγκες, παρουσιάζουν το χαμηλότερο μέσο όρο δαπανών (42,23% κάτω από το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών), ενώ οι κατηγορίες των νοικοκυριών με 4, 5 και 6 και άνω μέλη, βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο κατά ποσοστό 11,17%, 28,62% και 36,06% αντίστοιχα.

Όπως θα δούμε παρακάτω με βάση τις έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών για τα έτη 1981,1988, 1994,1999 και 2005, δεν θα οδηγηθούμε στο λογικό συμπέρασμα ότι όσα περισσότερα άτομα έχει ένα νοικοκυριό, τόσο υψηλότερη είναι η δαπάνη υγείας. Ένας σημαντικός λόγος που οδηγούμαστε σε αυτό το συμπέρασμα είναι ότι ο αριθμός των μελών<sup>18</sup> ενός νοικοκυριού επηρεάζει το διαθέσιμο κατά κεφαλήν εισόδημα. Ως αποτέλεσμα το μέγεθος του νοικοκυριού με αυτό τον τρόπο προσδιορίζει τις καταναλωτικές δυνατότητες και κατ' επέκταση τις δαπάνες υγείας.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΗΝΙΑΙΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (1981-2005)</b>					
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ</b>	<b>1981-82</b>	<b>1987-88</b>	<b>1993-94</b>	<b>1998-999</b>	<b>2004-05</b>
<b>1 ΜΕΛΟΣ</b>	<b>1371δρχ/ 4 €</b>	<b>4948δρχ/ 14,52€</b>	<b>7468δρχ/ 21,91€</b>	<b>21102δρχ/ 61,93€</b>	<b>48,22</b>
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>	311δρχ/ 0,91€	883δρχ/ 2,59€	2790δρχ/ 8,18€	5591δρχ/ 16,4€	19,42
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	660δρχ/ 1,93€	3247δρχ/ 9,52€	2607δρχ/ 7,65€	13935δρχ/ 40,89€	19,83
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	380δρχ/ 1,11€	818δρχ/ 2,4€	2071δρχ/ 6,07€	1580δρχ/ 4,63€	8,97
<b>2 ΜΕΛΗ</b>	<b>1816δρχ/ 5,32€</b>	<b>6173δρχ/ 18,11€</b>	<b>12304δρχ/ 36,1€</b>	<b>27707δρχ/ 81,31€</b>	<b>71,6</b>
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>	423δρχ/ 1,24€	1272δρχ/ 3,73€	4349δρχ/ 12,76€	6752δρχ/ 19,81€	27,5
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	1054δρχ/ 3,09€	3915δρχ/ 11,48€	5038δρχ/ 14,78€	17515δρχ/ 51,4€	27,62
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	339δρχ/ 0,99€	986δρχ/ 2,89€	2917δρχ/ 8,56€	3440δρχ/ 10,09€	16,48
<b>3 ΜΕΛΗ</b>	<b>2377δρχ/ 6,97€</b>	<b>8053δρχ/ 23,63€</b>	<b>10149δρχ/ 29,78€</b>	<b>36199δρχ/ 106,23€</b>	<b>78,11</b>
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>	547δρχ/ 1,6€	1338δρχ/ 3,92€	3184δρχ/ 9,34€	5740δρχ/ 16,84€	17,86
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	1418δρχ/ 4,16€	5431δρχ/ 15,93€	4650δρχ/ 13,64€	24422δρχ/ 71,67€	33,68
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	412δρχ/ 1,2€	1284δρχ/ 3,76€	2314δρχ/ 6,79€	6037δρχ/ 17,71€	26,57
<b>4 ΜΕΛΗ</b>	<b>2469δρχ/ 7,24€</b>	<b>7780δρχ/ 22,83€</b>	<b>10860δρχ/ 31,87€</b>	<b>40926δρχ/ 120,1€</b>	<b>74,09</b>
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>	389δρχ/ 1,14€	1169δρχ/ 3,43€	3262δρχ/ 9,57€	5455δρχ/ 16€	16,32
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	1730δρχ/ 5,07€	5461δρχ/ 16,02€	4619δρχ/ 13,55€	30947δρχ/ 90,82€	35,83
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	350δρχ/ 1,02€	1150δρχ/ 3,37€	2979δρχ/ 8,74€	4524δρχ/ 13,27€	21,94
<b>5 ΜΕΛΗ</b>	<b>3235δρχ/ 9,49€</b>	<b>6847δρχ/ 20,09€</b>	<b>1186δρχ/ 34,88€</b>	<b>33442δρχ/ 98,14€</b>	<b>70,63</b>
<b>ΦΑΡΜΑΚΑ</b>	496δρχ/ 1,45€	1220δρχ/ 3,58€	3172δρχ/ 9,3€	5994δρχ/ 17,59€	19,76

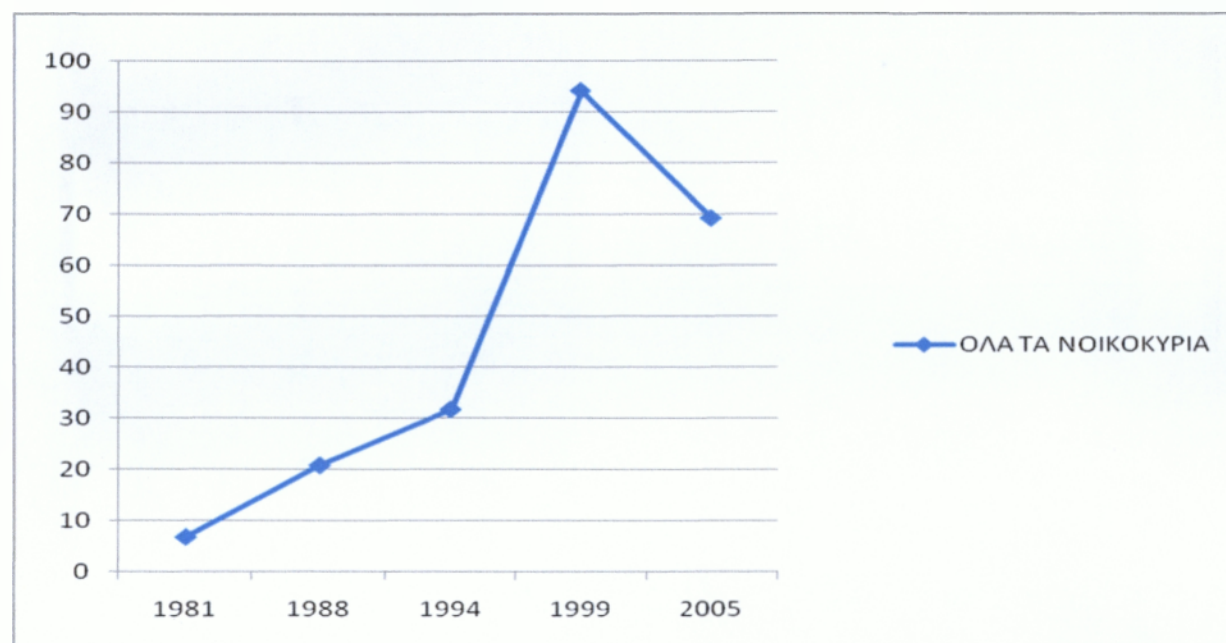
<sup>18</sup> Σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ (1993-1994), ως μέλη θεωρήθηκαν :α) τα άτομα – συγγενικά και μη- που διέμεναν μόνιμα μαζί, β) φιλοξενούμενοι του νοικοκυριού για διάστημα μεγαλύτερο από ένα μήνα, γ) άτομα που απουσίαζαν προσωρινά από την κατοικία τους ή κατά την διάρκεια της έρευνας αποχώρησαν οριστικά από το νοικοκυριό, εφόσον όμως διέμεναν σε αυτό τουλάχιστον 8 ημέρες κατά την περίοδο της έρευνας, δ) άτομα που εγκαταστάθηκαν μόνιμα στο νοικοκυριό κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας για διάστημα μεγαλύτερο από 1 μήνα, στ) συγγενικά ή μη άτομα που διέμεναν συνήθως στο νοικοκυριό, αλλά απουσίαζαν προσωρινά, για διάστημα μικρότερο από 1 μήνα. ΕΣΥΕ (1996) «Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1981-2005» Πρόλογος, Αθήνα



ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	2207δρχ/ 6,47€	4923δρχ/ 14,44€	5992δρχ/ 17,58€	24408δρχ/ 71,63€	36,3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	532δρχ/ 1,56€	704δρχ/ 2,06€	2722δρχ/ 7,98€	3040δρχ/ 8,92€	14,57
<b>ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ</b>	<b>2302δρχ/ 6,75€</b>	<b>7082δρχ/ 20,78€</b>	<b>10792δρχ/ 31,67€</b>	<b>32132δρχ/ 94,29€</b>	<b>69,34</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	448δρχ/ 1,31€	1215δρχ/ 3,56€	3548δρχ/ 10,41€	5998δρχ/ 17,6€	21,05
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1459δρχ/ 4,28€	4804δρχ/ 14,09€	4588δρχ/ 13,46€	22162δρχ/ 65,03€	29,85
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	395δρχ/ 1,15€	1063δρχ/ 3,11€	2656δρχ/ 7,79€	3972δρχ/ 11,65€	18,44
Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99 και 2004-05					

Όπως παρατηρούμε στο παρακάτω σχεδιάγραμμα, υπάρχει μια σταθερή ανοδική πορεία από το 1981 έως το 1999 ενώ από το 1999 έως το 2005 βλέπουμε μια **κατακόρυφη πτώση** στις δαπάνες υγείας όλων των νοικοκυριών.

#### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.1 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)



Εξαιτίας της κατακόρυφης πορείας από το 1999 έως το 2005 στις δαπάνες υγείας όλων των νοικοκυριών κρίναμε σημαντικό να παρατηρήσουμε και τις δαπάνες των φαρμάκων. Όπως παρατηρούμε στο παρακάτω σχεδιάγραμμα, η πορεία από το 1981 έως το 2005 είναι σταθερά ανοδική, επομένως η μείωση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών δεν οφείλεται στις δαπάνες των φαρμάκων.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

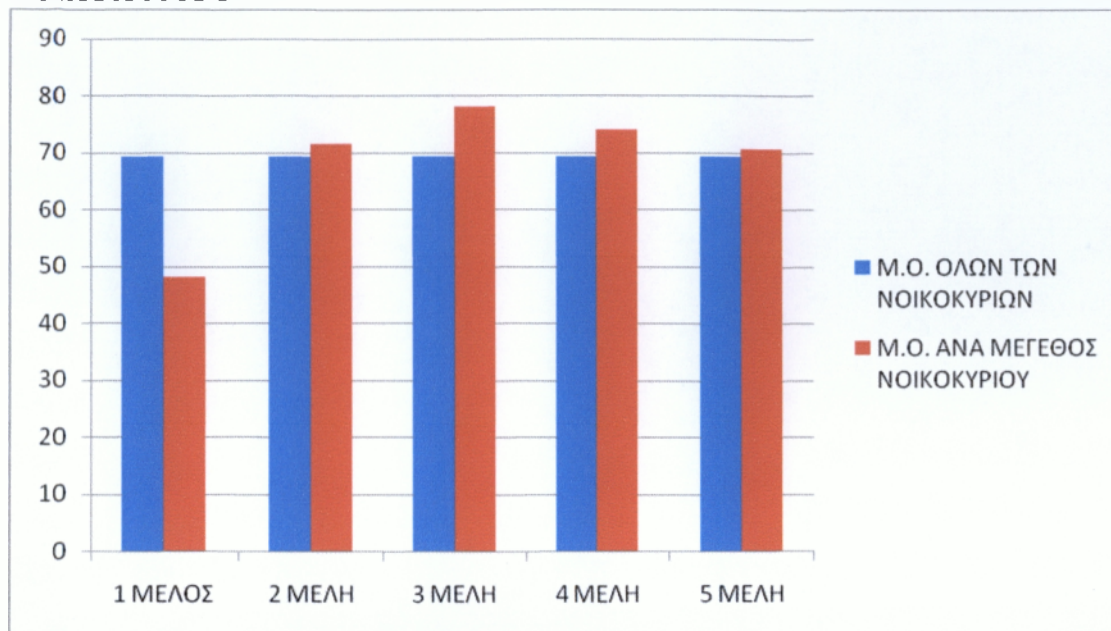


Στον παρακάτω παρατηρούμε ότι τα μεγέθη των δαπανών υγείας σχετίζονται με τον αριθμό των ατόμων του νοικοκυριού. Η χαμηλότερη απόκλιση είναι στα νοικοκυριά με ένα μέλος (-6,19%), συνεπώς έχει και μικρότερες ανάγκες, ενώ παρατηρούμε θετική απόκλιση στα νοικοκυριά από τρία μέλη και πάνω.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 ΜΕΛΟΣ	69,34	48,22	-21,12	-6,19%
2 ΜΕΛΗ	69,34	71,6	2,26	-2,26%
3 ΜΕΛΗ	69,34	78,11	8,77	12,64%
4 ΜΕΛΗ	69,34	74,09	4,75	1,39%
5 ΜΕΛΗ	69,34	70,63	1,29	0,37%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.3. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ



Στο σημείο αυτό, υπερβαίνοντας το πεδίο των εμπειρικών δοκιμασιών, οφείλουμε να προβούμε σε δύο σημαντικές για τον προσδιορισμό των δαπανών υγείας παρατηρήσεις, που σχετίζονται με το μέγεθος του νοικοκυριού:

α) στα νοικοκυριά με 1 μέλος δεν υπάρχει η δυνατότητα της παροχής ιατρικής φροντίδας – στα πλαίσια του εφικτού – από άλλα μέλη και συνεπώς είναι περισσότερο αναγκαία η προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας.

β) στα νοικοκυριά με παραπάνω από 4 μέλη όπου οι δαπάνες υγείας κρίνονται λογικές, θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στο αν θα αποδώσουμε το φαινόμενο αυτό στην αναλογία μελών και αναγκών υγείας και όχι στο ενδεχομένως μεγαλύτερο εισόδημα από την εργασία περισσότερων μελών.

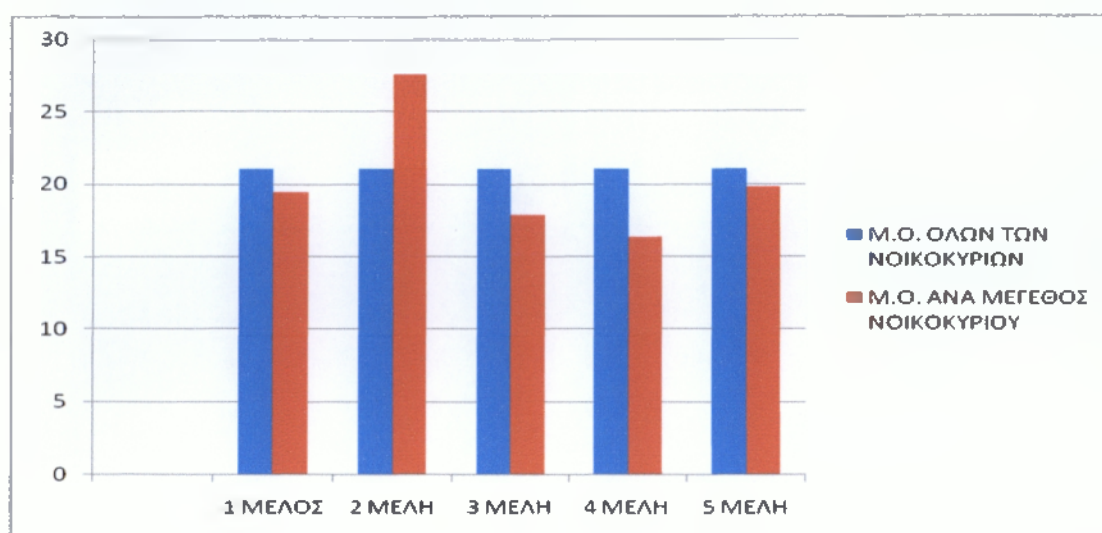
Στον παρακάτω πίνακα μελετάμε τη σχέση του μέσου όρου δαπανών για φάρμακα και του μεγέθους των νοικοκυριών. Η μέγιστη αρνητική απόκλιση είναι στα νοικοκυριά με ένα άτομο, ενώ η μέγιστη θετική απόκλιση είναι στα νοικοκυριά με 2 μέλη. Συνεπώς παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει αναλογική σχέση μεταξύ δαπανών για φάρμακα και μεγέθους νοικοκυριού, αν και είναι δεδομένο πως η ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε μία οικογένεια, πιέζει αυξητικά τις ανάγκες για φαρμακευτική περίθαλψη. Αντίθετα οι δαπάνες των φαρμάκων υπερβαίνουν τον σχετικό μέσο όρο μόνο όταν εξετάζονται στα πλαίσια νοικοκυριών με 2 μέλη, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί, στο ότι στις διμελείς οικογένειες υπάρχει δυνατότητα – και συνήθως παρατηρείται – εισροής εισοδήματος και από τα δύο μέλη, ιδιαίτερα μάλιστα στην

περίπτωση των γυναικών, θεωρείται πως η μη ύπαρξη παιδιών, συνδέεται θετικά με το εισόδημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A1 Μ.Ο ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
1 ΜΕΛΟΣ	21,05	19,42	-1,63	-7,74%
2 ΜΕΛΗ	21,05	27,50	6,45	30,64%
3 ΜΕΛΗ	21,05	17,86	-3,19	-0,93%
4 ΜΕΛΗ	21,05	16,32	-4,73	-1,38%
5 ΜΕΛΗ	21,05	19,76	-1,29	-0,37%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.2 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

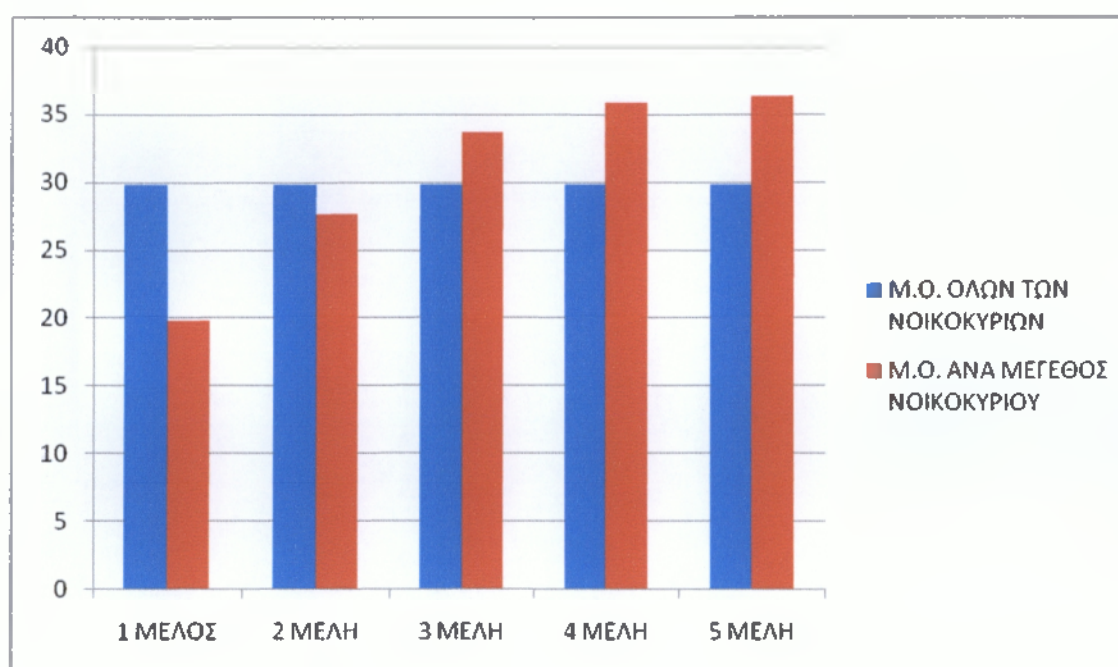


Στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με τη σχέση του μέσου όρου δαπανών των νοικοκυριών για ιατρική περίθαλψη και του μεγέθους των νοικοκυριών. Όπως παρατηρούμε στον παρακάτω πίνακα, η σχέση δαπανών για ιατρική περίθαλψη και μεγέθους νοικοκυριών είναι αναλογική. Η μέγιστη αρνητική απόκλιση (-33,56%) είναι στα μονομελή νοικοκυριά, ενώ η μέγιστη θετική απόκλιση παρατηρείται στα νοικοκυριά με 5 μέλη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Α2 Μ.Ο. ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α2-Α1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	Α2-Α1 %
1 ΜΕΛΟΣ	29,85	19,83	-10,02	-33,56%
2 ΜΕΛΗ	29,85	27,62	-2,23	-7,47%
3 ΜΕΛΗ	29,85	33,68	3,83	12,83%
4 ΜΕΛΗ	29,85	35,83	5,98	20,03%
5 ΜΕΛΗ	29,85	36,30	6,45	21,60%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

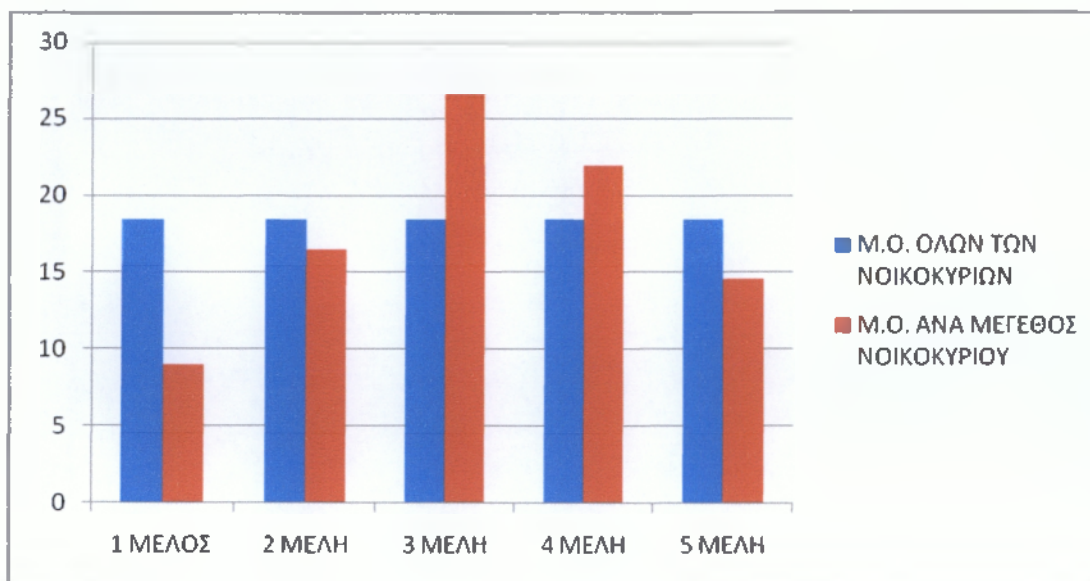


Ο τελευταίος παράγοντας που θα ασχοληθούμε είναι οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Από τον παρακάτω πίνακα μπορούμε να σημειώσουμε την μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ της χαμηλότερης δαπάνης με ποσοστό -51,35% (στα μονομελή νοικοκυριά) και της υψηλότερης δαπάνης με ποσοστό 44,08% που παρατηρείται στα τριμελή νοικοκυριά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α1 Μ.Ο ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	Α2 Μ.Ο. ΑΝΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	Α2-Α1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	Α2-Α1 %
1 ΜΕΛΟΣ	18,44	8,97	-9,47	-51,35%
2 ΜΕΛΗ	18,44	16,48	-1,96	-10,62%
3 ΜΕΛΗ	18,44	26,57	8,13	44,08%
4 ΜΕΛΗ	18,44	21,94	3,5	18,98%
5 ΜΕΛΗ	18,44	14,57	-3,87	-20,98%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.5 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΤΑ ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ



Συνοψίζοντας από την ανάλυση που έγινε σε αυτό το κεφάλαιο, το μέγεθος του νοικοκυριού, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας των δαπανών υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποια ακολουθία στην σχέση της δαπάνης υγείας και μεγέθους νοικοκυριού.

Στον παρακάτω παρατηρούμε ότι τα μεγέθη των δαπανών υγείας σχετίζονται με τον αριθμό των ατόμων του νοικοκυριού. Η χαμηλότερη απόκλιση είναι στα νοικοκυριά με ένα μέλος (-6,19%), συνεπώς έχει και μικρότερες ανάγκες, ενώ παρατηρούμε θετική απόκλιση στα νοικοκυριά από τρία μέλη και πάνω.

Από την άλλη, ο αριθμός των μελών ενός νοικοκυριού επηρεάζει – είτε αυξητικά είτε περιοριστικά – το διαθέσιμο κατά κεφαλήν εισόδημα, οπότε μπορούμε να υποθέσουμε πως με αυτόν τον έμμεσο τρόπο το μέγεθος του νοικοκυριού προσδιορίζει τις καταναλωτικές δυνατότητες και κατ' επέκταση τις δαπάνες υγείας. Η επιβεβαίωση βέβαια της παραπάνω υπόθεσης, θέτει το ερώτημα σχετικά με την έκταση της συμμετοχής της ηλικίας των μελών και της γενικότερης δομής ενός νοικοκυριού, στη διαμόρφωση του εισοδήματος<sup>19</sup> – αλλά και των αναγκών υγείας – οπότε είναι απαραίτητο να συμπεριλάβουμε στην ανάλυσή μας στοιχεία σχετικά με τη σύνθεση του νοικοκυριού.

---

<sup>19</sup> Το ερώτημα τίθεται στη βάση των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στην εισοδηματική κατάσταση των ατόμων με την πάροδο του χρόνου, είτε λόγω θεσμικών (πιέσεις συνδικαλιστικών ενώσεων), είτε λόγω οικονομικών παραγόντων (αύξηση της παραγωγικότητας λόγω εκμάθησης και μακρόχρονης εμπειρίας). Η κανονικότητα βέβαια που διαφαίνεται στη δημιουργία εισοδήματος δια μέσου του χρόνου μετριάζεται από τα σημαντικά οφέλη που αποκτούν τα νέα άτομα με τις βελτιώσεις του εκπαιδευτικού συστήματος, καθώς και από την μεταβίβαση πόρων από τους γονείς στα παιδιά. Βλ. Λαζαρίδης Π., Παπαηλίας Θ., Σακέλλης Μ. (1989) «Κατανομή του Εισοδήματος στην Ελλάδα» σελ. 42-43, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

#### 7.1 Εισαγωγή.

Η επαγγελματική θέση του υπευθύνου του νοικοκυριού αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της συνολικής καταναλωτικής συμπεριφοράς και κατ' επέκταση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, η οποία αντανακλά την έμμεση επίδραση μιας σειράς άλλων επιμέρους παραγόντων. Ως υπεύθυνος του νοικοκυριού θεωρήθηκε σε όλες τις έρευνες, το μέλος εκείνο το οποίο αναγνώριζαν ως υπεύθυνο όλα τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού και το οποίο έφερε την κύρια ευθύνη στην λήψη σημαντικών αποφάσεων που αφορούσαν το νοικοκυριό.

Η επαγγελματική θέση είναι συνάρτηση της κοινωνικής θέσης του ατόμου<sup>20</sup>, καθώς ταυτόχρονα και σε μεγάλο βαθμό εκφράζει και τις οικονομικές του δυνατότητες. Έχει διαπιστωθεί μια διαβάθμιση στη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό τόσο με τη φύση του επαγγέλματος (επικινδυνότητα), όσο και με το εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και την προσφορά των υπηρεσιών.

#### 7.2) Ανάλυση δαπανών υγείας ανά επαγγελματική θέση υπευθύνου

Η επίδραση της επαγγελματικής θέσης παρουσιάζει αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων υποομάδων δαπάνης υγείας. Παρατηρώντας την διακύμανση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών μεταξύ 1981-2005 (πίνακας 7), διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις χρονιές υπερισχύει η δαπάνη για ιατρική περίθαλψη. Επιπλέον είναι αξιοσημείωτο ότι υπάρχει μια σταθερή υπερίσχυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών με υπεύθυνο εργοδότη, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες των νοικοκυριών κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.

Αξιοσημείωτο είναι σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι ο λόγος της συγκεκριμένης κατηγοριοποίησης των νοικοκυριών, είναι ότι εκφράζει το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, η οποία επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό χρήσης των ασφαλιστικών ταμείων για υπηρεσίες υγείας.

---

<sup>20</sup> Όλοι οι παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους, προκαλώντας μια «αλυσιδωτή αντίδραση». Για παράδειγμα, είναι αποδεδειγμένο πως τα νοικοκυριά με υπεύθυνο χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, συνήθως έχουν περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, οι οποίες επηρεάζουν και τα παιδιά της οικογένειας τα οποία λόγω της έλλειψης πόρων, οδηγούνται σε πρόωρη διακοπή της εκπαίδευσής τους. Με το χαμηλό όμως εκπαιδευτικό τους επίπεδο, καταλήγουν στην αγορά εργασίας σε επαγγέλματα με χαμηλές αμοιβές, δίνοντας έτσι μια διαχρονικότητα στην διαπλοκή: εκπαίδευση – επαγγελματική θέση – εισόδημα. ΕΚΚΕ (1996) «Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα» σελ. 63-64, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Αθήνα.



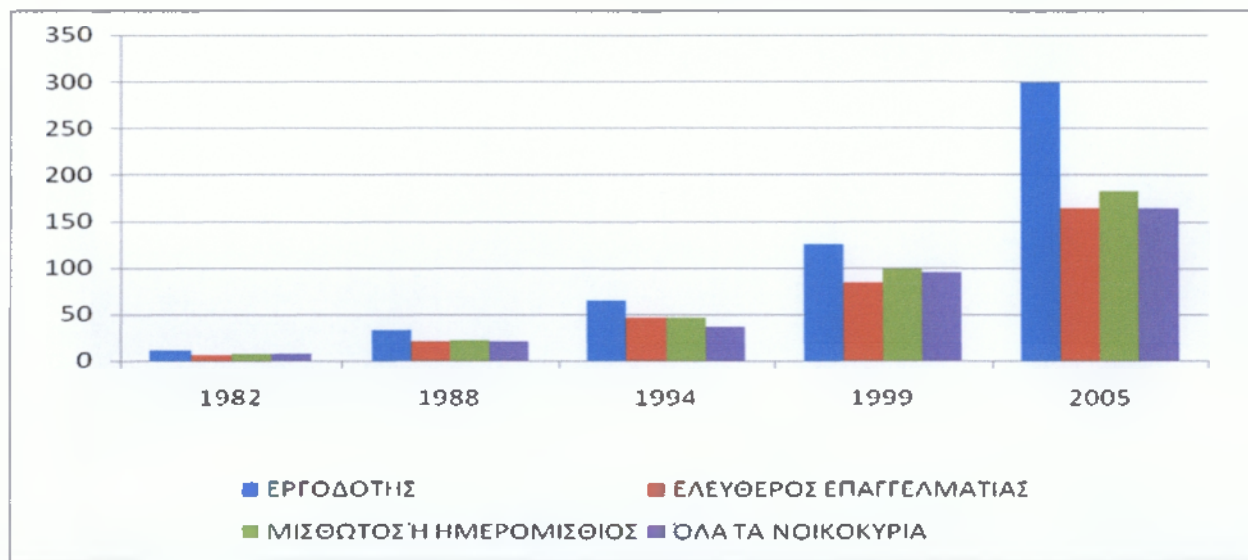
**ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (1981-2005)**

	<u>1981</u>	<u>1987</u>	<u>1993</u>	<u>1999</u>	<u>2005</u>
<b>ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ</b>	<b>10,63</b>	<b>33,08</b>	<b>64,53</b>	<b>125,28</b>	<b>299,5</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	462	1579	2822	5924	24,27
	1,35	4,63	8,28	17,38	
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>2306 6,76</b>	<b>8343 24,48</b>	<b>6793</b>	<b>30848 90,52</b>	<b>164,1</b>
			19,73		
<b>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8131</b>	<b>-</b>	<b>86,87</b>
			23,86		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>859</b>	<b>1356</b>	<b>4314</b>	<b>5923</b>	<b>24,26</b>
	2,52	3,97	12,66	17,38	
<b>ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ</b>	<b>6,31</b>	<b>21,16</b>	<b>46,41</b>	<b>84,24</b>	<b>164,5</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	407	1122	3159	4558	14,46
	1,19	3,29	9,27	13,37	
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>1371 4,02</b>	<b>5266 15,45</b>	<b>5065</b>	<b>20908 61,35</b>	<b>85,93</b>
			14,86		
<b>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5129</b>	<b>-</b>	<b>44,35</b>
			15,05		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>376</b>	<b>828</b>	<b>2466</b>	<b>3244</b>	<b>19,76</b>
	1,1	2,42	7,23	9,52	
<b>ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ</b>	<b>6,72</b>	<b>21,49</b>	<b>46,06</b>	<b>97,94</b>	<b>181,92</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	387	987	3008	4872	14,02
	1,13	2,89	8,82	14,29	
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>1550 4,54</b>	<b>5436 15,95</b>	<b>4390</b>	<b>24090 70,69</b>	<b>96,9</b>
			12,88		
<b>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6795</b>	<b>-</b>	<b>49,25</b>
			19,94		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>359</b>	<b>905</b>	<b>2189</b>	<b>4418</b>	<b>21,75</b>
	1,05	2,65	4,42	12,96	
<b>ΜΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ (1)</b>	<b>6,4</b>	<b>18,35</b>	<b>46,18</b>	<b>91,63</b>	<b>-</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	558	1457	4327	7536	-
	1,63	4,27	12,69	22,11	
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>1263 3,70</b>	<b>3457 10,14</b>	<b>4211 12,35</b>	<b>19996 58,68</b>	<b>-</b>
<b>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4442</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
			13,03		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>366</b>	<b>1345</b>	<b>2766</b>	<b>3694</b>	<b>-</b>
	1,07	3,94	8,11	10,84	
<b>ΟΛΑ ΤΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ</b>	<b>6,74</b>	<b>20,76</b>	<b>36,47</b>	<b>94,28</b>	<b>163,59</b>
ΦΑΡΜΑΚΑ	448	1215	3548	5998	
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	<b>1,31</b>	<b>3,56</b>	<b>10,41</b>	<b>17,6</b>	<b>21,05</b>
	1459 4,28	4804 14,09	4588 13,46	22162 65,03	84,19
<b>ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5641</b>	<b>-</b>	<b>39,91</b>

			4,81		
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	395	1063	2656	3972	18,44
	1,15	3,11	7,79	11,65	
Πηγή: ΕΣΥΕ «Έρευνες Οικογενειακών Προβλημάτων» 1981-82, 1987-88, 1993-94, 1998-99, 2004-05. (1) Δεν έχει καταγραφή δαπανών για αυτή την κατηγορία από την ΕΣΥΕ					

Στον παρακάτω πίνακα 7.1 παρατηρείται ότι σχεδόν οι διαφορές που προκύπτουν για μια δεκαετία είναι αναλογικές. Η κατηγορία των εργοδοτών πάντα υπερισχύει σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες.

#### ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.1 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ



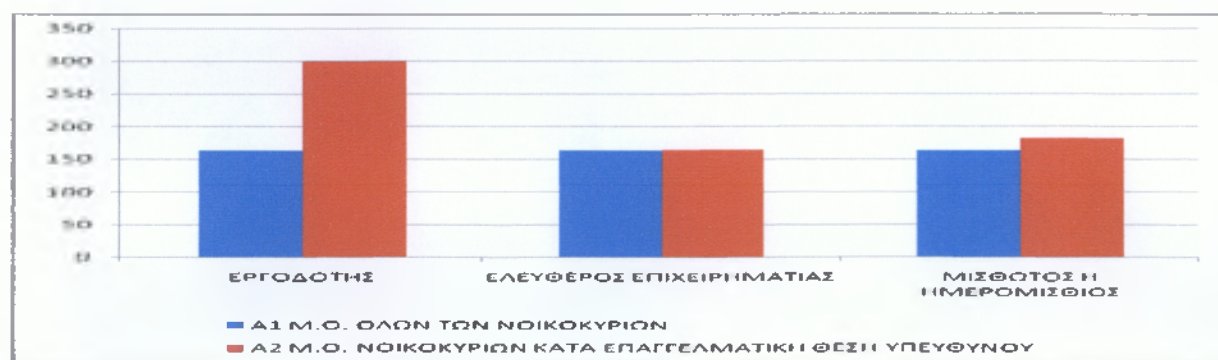
Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό, πως οι δαπάνες υγείας δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη και τον όγκο των υπηρεσιών που καταναλώνονται, αφού είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	163,59	299,5	65,91	40,28%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	163,59	164,5	0,91	0,55%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	163,59	181,92	18,33	11,20%

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.2**

**ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**



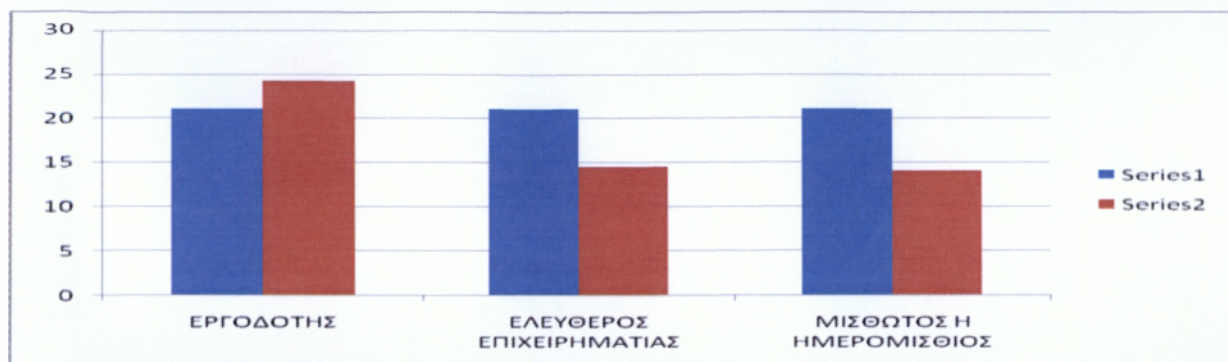
Έντονα διαφοροποιημένη από τα παραπάνω είναι η εικόνα που παρουσιάζουν οι δαπάνες για φάρμακα (πίνακας 7.3), οι οποίες φαίνονται πως δεν συνδέονται με τη επαγγελματική θέση του υπευθύνου του νοικοκυριού. Συγκεκριμένα, μόνο οι εργοδότες έχουν σημαντικές διακυμάνσεις από τις άλλες κατηγορίες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.3 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚ/ΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓ/ΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	21,05	24,27	3,22	15,29%

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	21,05	14,46	-6,59	-31,30%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	21,05	14,02	-7,03	-33,39%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.3 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)

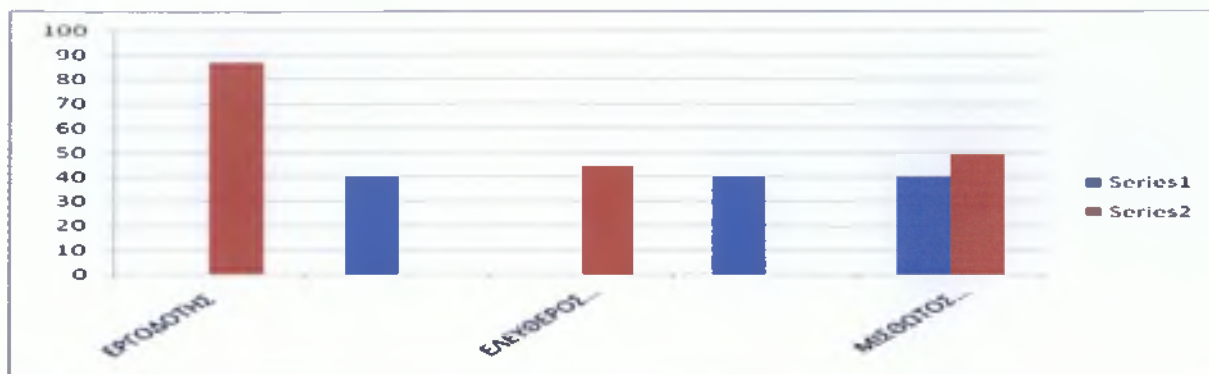


Οι δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη (πίνακας 7.4) εμφανίζουν σχεδόν τα ίδια χαρακτηριστικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Στις δαπάνες οδοντιατρικής περίθαλψης πάλι υπερिशύουν οι εργοδότες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.4 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A1 Μ.Ο. ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ	A2 Μ.Ο. ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ	A2-A1 ΑΠΟΚΛΙΣΗ	A2-A1 %
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ	39,91	86,87	46,96	117,66%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	39,91	44,35	4,44	11,12%
ΜΙΣΘΩΤΟΣ Η ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ	39,91	49,25	9,34	23,40%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.4 ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΤΑ ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΕΡΕΥΝΑ 2005)



Συμπερασματικά διαπιστώνουμε μια σαφή διαφοροποίηση του ύψους των δαπανών υγείας ανά επαγγελματική θέση. Η υψηλότερη δαπάνη είναι των εργοδοτών σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί λόγω του διαθέσιμου εισοδήματος, το οποίο είναι συνήθως υψηλότερο σε αυτή την κατηγορία. Εκτός από το υψηλότερο εισόδημα, ένας άλλος παράγοντας είναι το υψηλό εναλλακτικό κόστος του χρόνου, που με δεδομένες τις αδυναμίες και την δυσκαμψία που χαρακτηρίζει την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα, ωθεί τα άτομα αυτά στον ιδιωτικό τομέα της υγείας.

Τέλος, η ιδιωτική δαπάνη υγείας μπορεί να δέχεται αυξητικές πιέσεις και από την καταβολή πρόσθετων πληρωμών, το ύψος και η συχνότητα των οποίων εξαρτάται από το επάγγελμα, αλλά κυρίως από τον βαθμό της ασφαλιστικής κάλυψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τη σχέση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών με τα διάφορα χαρακτηριστικά τους όπως η γεωγραφική περιοχή εγκατάστασης, το εισόδημα – όπως διαφαίνεται από το ύψος των συνολικών δαπανών – το μέγεθος, η σύνθεση, η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του νοικοκυριού, διαφαίνεται η ύπαρξη μιας εξάρτησης μεταξύ των παραγόντων αυτών, σε διαφορετική όμως ένταση. Σημειώνουμε πως οι δαπάνες υγείας λαμβάνονται ως παράμετροι χρήσης των υπηρεσιών, με την επιφύλαξη όμως που προκύπτει λόγω της διαφοροποίησης των τιμών στον ιδιωτικό τομέα – ειδικά στη νοσοκομειακή περίθαλψη – καθώς και της διαφοροποίησης του είδους περίθαλψης που καταναλώνουν νοικοκυριά διαφορετικών κατηγοριών.

Από την ανάλυση λοιπόν που προηγήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι πλέον προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών είναι το εισόδημα, η γεωγραφική περιοχή, η επαγγελματική θέση και το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων με το μέγεθος των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, διαπιστώνουμε τα παρακάτω:

α) Το **εισόδημα** αποτελεί τον κύριο παράγοντα διαμόρφωσης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, αφού οι αποκλίσεις που παρατηρούνται στα διάφορα εισοδηματικά κλίμακα σε σχέση με το μέσο όρο όλων των νοικοκυριών κυμαίνονται από -76,37% έως +98,56% για τις κατηγορίες με τη μικρότερη και τη μεγαλύτερη συνολική δαπάνη αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση παρατηρείται στην κατηγορία των δαπανών για υπηρεσίες οδοντιάτρων (-96,89% ως προς το συνολικό μέσο όρο για τη χαμηλότερη κατηγορία στην κλίμακα των συνολικών δαπανών και +156,74% για την υψηλότερη κατηγορία αντίστοιχα), οι οποίες απορροφούν και το μεγαλύτερο ποσοστό από το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών.

Το παραπάνω συμπέρασμα σχετικά με το σημαντικό ρόλο του εισοδήματος στη διαμόρφωση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών ενισχύεται και από τη διαφανόμενη επίδραση του μεγέθους και της σύνθεσής τους, που όπως ήδη σχολιάστηκε καθορίζεται από το βαθμό κατά τον οποίο οι παράγοντες αυτοί προσδιορίζουν περισσότερο το διαθέσιμο εισόδημα και λιγότερο τις ανάγκες υγείας ενός νοικοκυριού. Πάντως διευκρινίζουμε πως για τη διερεύνηση της επίδρασης του εισοδήματος στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών

χρησιμοποιήθηκε – λόγω έλλειψης στοιχείων – η κατηγοριοποίηση των τελευταίων από την ΕΣΥΕ, με κριτήριο τις συνολικές κατά μέσο όρο μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών, οι οποίες θεωρείται ότι αντανakλούν σε μεγάλο βαθμό το ύψος του διαθέσιμου εισοδήματος. Η εξέλιξη των δαπανών αιτιολογείται από το γεγονός ότι, η αύξηση του εισοδήματος και η κάλυψη των βασικών αναγκών των νοικοκυριών για διατροφή, ένδυση και κατοικία, μετέβαλε τα καταναλωτικά τους πρότυπα και ώθησε στη διάθεση του εισοδήματός τους προς την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, η οποία εξασφαλίζεται μέσω της μόρφωσης, του πολιτισμού, της διασκέδασης και του επιπέδου υγείας. Με βάση την παραπάνω έρευνα η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες είναι ελαστική ως προς το εισόδημα, δηλαδή η αύξηση του εισοδήματος επιφέρει αύξηση της ζήτησης και αντίστροφα. Η διαπίστωση αυτή μας οδηγεί στην υπόθεση ότι η υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (κυρίως στις αστικές περιοχές) στο βαθμό που συνδέονται με την αύξηση του εισοδήματος, δεν αντανakλά πραγματικές ανάγκες, αλλά κυρίως καταναλωτικά πρότυπα, χωρίς όμως να μπορούμε να αναφερθούμε στο σύνολο της εκφρασμένης ζήτησης.

β) Ιδιαίτερα σημαντική ως προς τις δαπάνες υγείας ενός νοικοκυριού είναι η επίδραση της *γεωγραφικής περιφέρειας* στην οποία είναι εγκατεστημένο, με την παραπάνω όμως παράμετρο να αναλύεται σε πολλαπλές κάθε φορά συνιστώσες. Έτσι, η διαφοροποίηση της κατανάλωσης υπέρ των αστικών περιοχών – και ειδικότερα της περιφέρειας των Αθηνών – και αντίθετα η χαμηλή ανά νοικοκυριό δαπάνη υγείας στις αγροτικές περιοχές – με περισσότερο χαρακτηριστικές τις περιφέρειες της Θράκης, της Ηπείρου και της Ανατολικής Μακεδονίας – μπορούν να αναχθούν σε μια σειρά από παράγοντες όπως:

- στη διαφοροποίηση στους δείκτες διαθεσιμότητας των υπηρεσιών και ειδικότερα στην αναλογία των ιατρών προς τον πληθυσμό, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας
- στο επίπεδο ανάπτυξης μια περιφέρειας και ειδικότερα στο οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού, το οποίο όσον αφορά στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της προσφοράς, αφού όπως έχουμε ήδη επισημάνει στις περιφέρειες όπου η καταναλωτική δύναμη των νοικοκυριών είναι υψηλή, παρατηρείται έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα υγείας

- στη διαφορά στο φάσμα νοσηρότητας στον πληθυσμό διαφορετικών περιοχών, η οποία αποτελεί ένδειξη των υγειονομικών αναγκών και σε κάποιο βαθμό επηρεάζει και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Για τον προσδιορισμό όμως μιας τέτοιας συσχέτισης απαιτείται πιο σύνθετη στατιστική ανάλυση, η οποία θα σταθμίσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας – όπως εκφράζεται από το ύψος των αντίστοιχων δαπανών – με τους δείκτες νοσηρότητας ανά περιφέρεια, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη των επιπέδων υγειονομικής ανάγκης
- στο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο των νοικοκυριών, το οποίο διαμορφώνεται από την επίδραση του επαγγέλματος, του μορφωτικού επιπέδου, του εισοδήματος κλπ., καθώς και στη γενικότερη ενημέρωση και αντίληψη πάνω σε θέματα υγείας.

Έχοντας υπόψη το ότι ο βαθμός επίδρασης των παραπάνω παραγόντων δεν είναι δυνατό να επιμεριστεί και ότι συνήθως η καταναλωτική συμπεριφορά των νοικοκυριών ως προς τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τη συνισταμένη των παραπάνω επιδράσεων, καταλήγουμε απλά στη διαπίστωση ότι οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών είναι διαφοροποιημένες σε επίπεδο περιφερειών, εξαιτίας της επίδρασης συγκεκριμένων παραγόντων. Οι παράγοντες δε αυτοί, σχετίζονται με την οργάνωση του συστήματος υγείας και την προσφορά των υπηρεσιών (περιφερειακή κατανομή των πόρων υγείας), καθώς και με μια σειρά από παραμέτρους που καθορίζουν τη ζήτηση από την πλευρά των χρηστών (εισόδημα, προτιμήσεις, εναλλακτικό κόστος χρόνου, καταναλωτικά πρότυπα κλπ.).

γ) Η επαγγελματική θέση και ειδικότερα το επάγγελμα του υπεύθυνου του νοικοκυριού αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των δαπανών υγείας και σε μεγάλο βαθμό συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Με δεδομένες μάλιστα τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων – οι οποίες έχουν απόλυτα τεκμηριωθεί στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία – αποκτά ιδιαίτερη σημασία η διερεύνηση αντίστοιχης διαφοροποίησης στη χρήση των υπηρεσιών, αφού επιδεινώνει ακόμη περισσότερο το επίπεδο υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Έτσι, όσο αφορά στην επαγγελματική θέση, διαπιστώνουμε μια σημαντική διαφοροποίηση υπέρ των νοικοκυριών με υπεύθυνο εργοδότη, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα. Συγκεκριμένα, η δαπάνη των εν λόγω νοικοκυριών υπερβαίνει κατά 34,24% τον συνολικό μέσο όρο, με την υψηλότερη απόκλιση να παρατηρείται στις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης, όπου η απόκλιση είναι της τάξης του 62,42% πάνω



από τον αντίστοιχο μέσο όρο όλων των νοικοκυριών. Η διαφοροποίηση βέβαια αυτή συνδέεται με τα γενικότερα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών αυτών κατηγοριών, τα οποία συνοψίζονται στο υψηλό εισόδημα, στην υψηλή εκπαιδευτική στάθμη, στο υψηλό εναλλακτικό κόστος χρόνου, στην υιοθέτηση συγκεκριμένου τρόπου ζωής κλπ.

Η ανάλυση επίσης των διακυμάνσεων στο ύψος της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών με κριτήριο το επάγγελμα του υπεύθυνου, ανάγει το τελευταίο σε έναν από τους κυριότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, τη μεγαλύτερη δαπάνη για υπηρεσίες υγείας την εντοπίζουμε στα νοικοκυριά με υπεύθυνο διευθυντή ή ανώτερο διοικητικό στέλεχος, ενώ τη χαμηλότερη στα νοικοκυριά με υπεύθυνο γεωργό-κτηνοτρόφο και τεχνίτη-εργάτη. Όπως τονίσαμε και για την προηγούμενη κατηγοριοποίηση με κριτήριο τη θέση στο επάγγελμα, οι διάφορες επαγγελματικές ομάδες περικλείουν τα γενικότερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που τις συνθέτουν (εκπαίδευση, οικογενειακό εισόδημα, προϋπάρχουσα κοινωνική θέση κλπ.), καθώς και τα χαρακτηριστικά που απορρέουν από την άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής δραστηριότητας (εισόδημα, επαγγελματικές υποχρεώσεις, κόστος χρόνου, τρόπος ζωής κλπ.).

Επίσης, όπως έχει επισημανθεί από πολλούς μελετητές (Κυριόπουλος – Κτενάς 1994, Σισσούρας κ.α. 1996, Θεοδώρου 1993 κλπ.), ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών έχει ο βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης και ο ασφαλιστικός φορέας, οι οποίοι συνδέονται με τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων. Ακόμη, η κοινωνική ασφάλιση εμπλέκεται και στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας μέσα από μηχανισμούς καταβολής «πρόσθετων πληρωμών» και παραοικονομικών «αμοιβών διαμεσολάβησης», ενώ παράλληλα δημιουργεί προϋποθέσεις υπερβάλλουσας ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Αξίζει να αναφέρουμε πως λόγω ανυπαρξίας δημοσιευμένων στοιχείων για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας, καθώς και λόγω του ότι τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής-Υγείας, δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε με ακρίβεια τη συμβολή της ιδιωτικής ασφάλισης στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά. Άλλωστε η ανάπτυξη της αγοράς ασφαλίσεων ζωής και υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται συγκριτικά με τις χώρες της Δυτικής

Ευρώπης σε χαμηλά επίπεδα και έτσι είναι πλέον αποδεκτή η άποψη ότι η λειτουργία της Ιδιωτικής Ασφάλισης στη χώρα μας είναι σαφώς συμπληρωματική.<sup>21</sup>

Η παρούσα έρευνα στο σύνολό της μας δίνει μια γενική εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο καθορίζεται το ύψος των δαπανών υγείας των νοικοκυριών στη χώρα μας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η διαφοροποίηση στη χρήση των υπηρεσιών δεν συμβαδίζει με τη διαφοροποίηση στη νοσηρότητα, οπότε γίνεται αντιληπτό πως η επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών για υπηρεσίες υγείας **δεν γίνεται με γνώμονα την υγειονομική ανάγκη, αλλά ακολουθεί διάφορα άλλα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.** Η γενική αίσθηση λοιπόν που δημιουργείται από τα παραπάνω, συνίσταται στο ότι ο ιδιωτικός τομέας υγείας μπορεί να συντελέσει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας των χρηστών που ανήκουν όμως σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Έτσι, με δεδομένες αφενός τις δυσλειτουργίες του δημόσιου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο συγκεντρώνει τη ζήτηση κυρίως των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και αφετέρου τη γενικά ικανοποιητική ποιοτική στάθμη του ιδιωτικού τομέα στον οποίο καταφεύγουν κυρίως οι υψηλές κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες του πληθυσμού, καταλήγουμε σε μια διαπίστωση που αιτιολογεί την έκταση του προβληματισμού γύρω από τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία. Η διαπίστωση αυτή συνίσταται στο γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν στα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πιο αποτελεσματικά και κινούνται λιγότερο μεταξύ των διαφόρων οργανωτικών επιπέδων περίθαλψης, απολαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο αυξημένη ποιότητα συνθηκών παροχής περίθαλψης, με χαμηλότερο κόστος χρόνου.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την Ελλάδα με τίτλο 'Health Care System in Greece', που εκπονήθηκε για την αξιολόγηση του δημοσίου τομέα υγείας, οι ξένοι εμπειρογνώμονες για το ΕΣΥ το χαρακτηρίζει ως **αδικαιολόγητα γραφειοκρατικό, πολύπλοκο, σπάταλο, υπερσυγκεντρωτικό, άδικο, αναποτελεσματικό και διεφθαρμένο. Το πιο δυσάρεστο είναι ότι δεν διέκριναν ίχνη εσωτερικών πολιτικών και κοινωνικών δυνάμεων οι οποίες να μπορούν να οδηγήσουν το σύστημα σε μια σημαντική αλλαγή.** Όλα αυτά έχουν σαν

---

<sup>21</sup> Κυριάκος Σουλιώτης, Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος, Πάντειο Πανεπιστήμιο, ΑΘΗΝΑ 2000, σελ. 428

αποτέλεσμα οι ασθενείς να στρέφονται καθημερινά προς τον ιδιωτικό τομέα και τις ιδιωτικές πληρωμές για την εξυπηρέτησή τους.

Με την παραπάνω μελέτη του ΟΟΣΑ, για να μπορέσει η χώρα να μειώσει την άσκοπη δαπάνη των νοικοκυριών και την αλόγιστη χρήση για υπηρεσίες υγείας από τους ασθενείς και επιτέλους να απολαύσουν οι πολίτες το αγαθό που δικαιούνται και δεν είναι άλλο από τη δωρεάν υγεία, πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα για τη ριζική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ.

Οι τομείς οι οποίοι προτείνονται είναι οι εξής:

- 1. Η συλλογή πληροφοριών.** Προτείνουν τη συλλογή δεδομένων σε τακτική βάση για τη νοσηρότητα του πληθυσμού, καθώς και για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (εισαγωγές σε νοσοκομεία, επισκέψεις ασθενών, σε νοσοκομειακές υπηρεσίες κ.λ.π.). Ακόμη συστήνουν τον έλεγχο της ποιότητας των στατιστικών στοιχείων, που αφορούν τη θνησιμότητα.
- 2. Προγραμματισμός των πόρων σύμφωνα με τις ιατρικές και υγειονομικές ανάγκες.** Στον τομέα αυτό, τονίζεται ότι χρειάζεται προγραμματισμός των ανθρωπίνων πόρων: ιατρών, νοσηλευτών, ειδικών δημόσιας υγείας, λογιστών, ιατρικών μηχανημάτων και ειδικών λογισμικού. Ακόμα, απαιτείται σχεδιασμός αλλαγής των ιατρικών υπηρεσιών, σύμφωνα τόσο με τις στατιστικές δημόσιας υγείας όσο και της ιατρικής τεχνολογίας.<sup>22</sup>
- 3. Εφαρμογή Πληροφοριακών Συστημάτων ERP σε όλους τους υγειονομικούς φορείς**  
Με τη βοήθεια της τεχνολογίας προτείνεται η ευρεία χρήση λογιστικού συστήματος σε κάθε υγειονομικό φορέα. Το ERP (Enterprise Resource Planning) είναι ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα για την ορθολογική διαχείριση όλων των λειτουργιών και των πόρων ενός οργανισμού. Με την εφαρμογή και χρήση ενός ERP γίνεται συστηματική και αποτελεσματική διαχείριση όλων των διεργασιών, που σχετίζονται με τους τομείς: Προμηθειών, Αποθήκης, Διανομών, Οικονομικής Διαχείρισης, Ποιοτικού Ελέγχου και Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Αλλά κυρίως στη διαχείριση των φαρμάκων και των υλικών σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα. Επίσης η εφαρμογή ενός ERP χρησιμοποιείτε και ως μέσω ελέγχου των διαδικασιών και λειτουργιών σε όλους τους τομείς.

---

<sup>22</sup> [www.healthview.gr](http://www.healthview.gr), , 25/5/2009, Έκθεση – σοκ του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ελλάδα.

**4.Εφαρμογή Πιστοποίησης Ποιότητας ISO.** Δηλαδή, τη δημιουργία πιστοποίησης ποιότητας όλων των δημοσίων καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων, υποχρεωτικά. Επίσης να δημιουργηθεί ένας ανεξάρτητος δημόσιος φορέας, ο οποίος θα αναλάβει την υλοποίηση της πιστοποίησης. Η διασφάλιση της ποιότητας μπορεί να οριστεί ως η εισαγωγή ενός συστήματος παρακολούθησης για να αξιολογηθεί η λειτουργία σε σχέση με τις προδιαγραφές ποιότητας που έχουν τεθεί γι αυτήν. Ο κλινικός έλεγχος είναι ένας από τους τρόπους διασφάλισης ποιότητας.<sup>23</sup>

Στόχος όλων των παραπάνω είναι η αναβάθμιση και η επανίδρυση του ΕΣΥ. Κύριος σκοπός είναι να κερδίσει ξανά το κράτος την **εμπιστοσύνη των πολιτών** και να αναζητήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας **προς όφελος των εισοδημάτων τους**. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η μείωση των μηνιαίων οικογενειακών δαπανών των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

#### ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ

Κάνοντας μια μικρή έρευνα στις τάσεις της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας θα παρατηρήσουμε μεγάλη κινητικότητα στις επενδύσεις τους. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, παρατηρώντας την πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών που ολοένα και αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων, προσπαθούν με διάφορους τρόπους να καρπωθούν αυτές τις ιδιωτικές πληρωμές, που κατά ένα μεγάλο μέρος οφείλονται σε παραοικονομικές δραστηριότητες. Έτσι καταφέρνουν να διαφοροποιήσουν τα ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά τους τόσο σε ποσοτικό όσο και ποιοτικό επίπεδο. Τα βασικά σημεία ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών είναι τα εξής:

α) Ποιοτικά χαρακτηριστικά: μεγάλες επενδύσεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, αυξάνουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους (ISO) των υπηρεσιών τους, συνεργασίες με ασφαλιστικούς φορείς (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα),

β) Ποσοτικά χαρακτηριστικά: διεύρυνση των δραστηριοτήτων τους και εκτός Αττικής. Στους στόχους ιδιαίτερα των μεγάλων ιδιωτικών φορέων περιλαμβάνονται και η ανάπτυξη υποκαταστημάτων – με τη μορφή δικτύου- διάσπαρτων σε διαφορετικές γεωγραφικές περιφέρειες, έτσι ώστε οι υπηρεσίες τους να είναι διαθέσιμες σε ολοένα και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού [π.χ. Ιασώ Θεσσαλίας, Ολύμπιον Πάτρα, Euromedica Ρόδου κ.α.].

<sup>23</sup> Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σελ.83-84, ΘΕΜΕΛΙΟ, 2003

Παρόλο που από την έρευνα παρατηρήσαμε ότι οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας είναι μικρότερες ή ακόμα και κάτω από το Μ.Ο. όλης της χώρας, στις ημιαστικές και στις αγροτικές περιοχές, παρόλα ταύτα οι επιχειρηματίες τις βρίσκουν σαν αγορές αρκετά ελκυστικές και με μεγάλα περιθώρια αύξησης των κερδών τους.

Παράλληλα αξίζει να αναφερθεί ότι με βάση την παρούσα έρευνα, οι κύριοι λόγοι αύξησης της ζήτησης των υπηρεσιών από τα νοικοκυριά, όπως αναφέραμε και στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο της επίδρασης επιβεβαιώνεται η θεωρία της προκλητής ζήτησης από πλευράς προμηθευτών – ιατρών και της ηθικής βλάβης από πλευράς ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΠΗΓΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

#### ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

[www.statistics.gr](http://www.statistics.gr) Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών, Οικογενειακές Δαπάνες, 1981/82, 1987/88, 1993/34, 1998/99 και 2004/05, ΑΘΗΝΑ

[www.healthview.gr](http://www.healthview.gr), 25/5/2009. Έκθεση – σοκ του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ελλάδα.

[www.oecd.org](http://www.oecd.org) /Greece

[www.syn-europe.gr](http://www.syn-europe.gr)

#### ΚΛΑΔΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

1. Κλαδική Μελέτη ICAP, *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα Ιούλιος 2005
2. Κλαδική Μελέτη ΙΟΒΕ, Μπέσης Ν., *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα 1993

#### ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ – ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1994) «Περιφερειακές Διαφοροποιήσεις των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα» σελ. 181, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3, τεύχ. 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1994, Αθήνα
2. Κυριόπουλος Γ. «Οικονομία και υπόγεια οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα» σελ. 3-10, τόμ. 1, τεύχ. 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992, Αθήνα. (1992)
3. Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ., Οικονόμου Μ., «Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος)», Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμ. 61, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα.
4. Σισσούρας Α., Καρόκης Α., «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Η ευκαιρία-τομή για την άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας», (Α' μέρος), Επιθεώρηση Υγείας, τόμ. 6, τεύχ. 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1995, Αθήνα.
5. Εφημερίδα ΕΞΠΡΕΣ, «Ο Έλληνας πληρώνει για την υγεία όσος κανένας άλλος στις χώρες ΟΟΣΑ», 20 Ιουλίου 2007

6. Εφημερίδα Η Καθημερινή, «Πιο κοντά στην Ευρωπαϊκή Δημόσια Υγεία», 10 Μαρτίου 2007
7. Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος , «1,8δισ. € το μαύρο χρήμα στην Υγεία», 15 Μαρτίου 2007
8. Εφημερίδα Το Βήμα, «Μεταρρύθμιση του ΕΣΥ ζητούν οι Βρυξέλες», 18 Μαρτίου 2007
9. Εφημερίδα Ριζοσπάστης, «Τα χαράτσια στα νοικοκυριά», 7 Οκτωβρίου 2008
10. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία , «Περικοπές στις δαπάνες υγείας σε 4 βήματα», 8 Νοεμβρίου 2009

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα», Αθήνα 1997
2. Γείτονα Μ. , «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας», ΕΞΑΝΤΑΣ, Αθήνα 1997
3. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., «Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα», ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα 1997
4. Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., «Ισότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας», ΘΕΜΕΛΙΟ
5. Ζηλίδης Χ., Φιλαλήθης Α. (1992) «Μέτρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα και εμπειρικά δεδομένα», Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τόμ. 1, τεύχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1992, Αθήνα.
6. Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο, Αθήνα 1997.
7. Κυριόπουλος Γ. (1999) «Η τιμολόγηση και η χρηματοδότηση της υγείας» σελ. 151, ανέκδοτο άρθρο. Σούλης Σ. (1998)
8. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Κ. Σουλιώτης, Τσάκος Γ., «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», ΘΕΜΕΛΙΟ, 2003

9. Ντόγια Ειρήνη, «Ποσοστό Οικογενειακού Προϋπολογισμού που δαπανάται σε υπηρεσίες υγείας και παράγοντες που το επηρεάζουν», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, Οκτώβριος 1998
10. Λαζαρίδης Π., Παπαηλίας Θ., Σακέλλης Μ. «Κατανομή του Εισοδήματος στην Ελλάδα» σελ. 42-43, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα 1989
11. Σουλιώτης Κ., «Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα», Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα 2002
12. Σουλιώτης Κ., «Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα 2000
13. Σουλιώτης Κ., «Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2000