



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Ανισότητες στην Υγεία: Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας κατά
τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αναστάσιος Χριστάκης

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Κ. Σουλιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων
Ξ. Κοντιάδης, Καθηγητής
Μ. Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2017

Αναστάσιος Χριστάκης, Σεπτέμβριος 2017

Το παρόν υλικό υπόκειται σε άδειες χρήσης Creative Commons



Το έργο αυτό αδειοδοτείται από την Creative Commons Αναφορά Δημιουργού – Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή 4.0 Διεθνές Άδεια (CC BY-NC-SA 4.0).

Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής, επισκεφτείτε:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.el>

Η φτώχεια είναι πιο φρόνιμη αν νιώθει ότι φταίει

Γ. Αγγελάκας

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΟΠ: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΟΑΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΕΚΚΕ: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

ΙΣΑ: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

WHO: World Health Organization

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

DHSS: Department of Health and Social Security in United Kingdom

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Υγεία, κοινωνική ευημερία και οικονομική κρίση	
1.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της υγείας	15
1.2 Ο ρόλος του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	16
1.3 Οι δαπάνες υγείας	19
1.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας των νοικοκυριών	24
1.5 Οι Ανισότητες στην Υγεία	25
1.6 Η οικονομική κρίση ως παράγοντας επιβάρυνσης της υγείας και μεγέθυνσης των ανισοτήτων	27
1.7 Το μοντέλο δαπανών, οι μεταβολές και η συσχέτιση με χαρακτηριστικά των νοικοκυριών: Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις των Οικογενειακών Προϋπολογισμών	
2.1 Η Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ)	31
2.2 Εισοδήματα vs Δαπάνες	37
2.3 Οι παράτυπες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία και η επιλογή των οικογενειακών προϋπολογισμών	39
2.4 Δείκτες ανισοτήτων	41
2.5 Μεθοδολογία ανάλυσης	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Το καταναλωτικό πρότυπο των νοικοκυριών και οι δαπάνες υγείας	
3.1 Το Καταναλωτικό πρότυπο των νοικοκυριών	50
3.2 Οι Δαπάνες των Νοικοκυριών	51
3.3 Οι Ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών	55
3.4 Δαπάνες υγείας ανά τύπο περιοχής των νοικοκυριών	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Διαστάσεις ανισότητας και φτώχειας των νοικοκυριών: ο ρόλος των ιδιωτικών δαπανών υγείας	
4.1 Η διάρθρωση των νοικοκυριών σύμφωνα με τις δαπάνες τους	69
4.2 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα	76
4.3 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην φτώχεια	80

4.4 Η συμπληρωματικότητα των δεικτών ανισότητας και φτώχειας και ο δείκτης S80/S20	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Η ανισότητα της φτώχειας	
5.1 Σύνοψη των αποτελεσμάτων	86
5.2 Συμπερασματικές επισημάνσεις	89
5.3 Προτάσεις	92
5.4 Μελλοντική έρευνα	94
5.5 Περιορισμοί	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - Δαπάνες των νοικοκυριών ανά κατηγορία	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – Δαπάνες των νοικοκυριών ανά κατηγορία και τύπο περιοχής	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – Δεκατημόρια Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ – Δείκτες ανισοτήτων και καμπύλη Lorenz	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε – Υπολογισμός των ποσοστών σχετικής φτώχειας ανά έτος	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ - Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2008-215	127

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 Βασικά μεγέθη δειγματοληψίας των ΕΟΠ ανά έτος	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Μέση Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά έτος σε ευρώ	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 Ποσοστιαία Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά κατηγορία δαπάνης	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε ευρώ και σαν ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά υπόκατηγορία δαπάνης	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2008.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2015.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 Μέση ιδιωτική δαπάνη υγείας και ποσοτά δαπανών υγείας επί της συνολικής δαπάνης ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης, 2008.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 Μέση ιδιωτική δαπάνη υγείας και ποσοτά δαπανών υγείας επί της συνολικής δαπάνης ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης, 2015	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Λόγος του πλουσιότερου 10% επί των συνολικών δαπανών προς το φτωχότερο 10% επι των συνολικών δαπανών , 2008-2015.....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4 Δείκτες ανισοτήτων 2008.....	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5 Δείκτες ανισοτήτων 2015.....	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην φτώχεια, 2008-2015.....	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7 Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2008.....	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8 Στατιστικός έλεγχος Pearson Correlations (2-tailed) μεταξύ εισοδήματος και δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2008.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9 Δείκτης Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2015.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10 Στατιστικός έλεγχος Pearson Correlations (2-tailed) μεταξύ εισοδήματος και δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2015.....	85

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1.1 Η τριγωνική σχέση μεταξύ υγείας, πλούτου, συστήματος υγείας και κοινωνικής ευημερίας.....	18
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1 Μέση Δαπάνη των Νοικοκυριών και μεταβολή της συνολικής δαπάνης ανά έτος.....	52
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2 Ποσοστιαία Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά κατηγορία δαπάνης.....	54
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3 Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε ευρώ και σαν ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών.....	56
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4 Ποσοστιαία μεταβολή συνολικών δαπανών και δαπανών υγείας 2008-2015.....	57
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5 Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας ανά έτος (%).....	58
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6 Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας λιγότερες από 240 € ανά έτος (%).....	58
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.7 Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας μεγαλύτερες από 2400 € ανά έτος.....	59
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.8 Σύνθεση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών για το έτος 2008.....	61
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.9 Εξωνοσοκομειακές δαπάνες υγείας 2008.....	62
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.10 Φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός 2008 ...	62
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.11 Σύνθεση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών για το έτος 2015..	63
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.12 Εξωνοσοκομειακές δαπάνες υγείας 2015.....	63
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.13 Φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός 2015....	63
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.14 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2008...	66
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.15 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2015...	68
ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανα δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης και ανά κατηγορία δαπάνης για το έτος 2008.....	71
ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2 Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανα δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης και ανά κατηγορία δαπάνης για το έτος 2015.....	74
ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3 Απεικόνιση των καμπυλών Lorenz για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες και για τις δαπάνες υγείας για το έτος 2008.....	78
ΓΡΑΦΗΜΑ 4.4 Απεικόνιση των καμπυλών Lorenz για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες και για τις δαπάνες υγείας για το έτος 2015.....	79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα έρευνα μελετώνται οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία που πραγματοποιούν τα ελληνικά νοικοκυριά, πως αυτές κατανέμονται στην κοινωνική διαστρωμάτωση, πως την επηρεάζουν και κατά πόσο αποτελούν παράγοντα διεύρυνσης των ανισοτήτων και της φτώχειας. Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε προήλθε από την επεξεργασία των πρωτογενών δεδομένων των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών της περιόδου 2008-2015 που πραγματοποιεί η Ελληνική Στατιστική Αρχή σε ετήσια βάση. Οι συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών στην Ελλάδα μειώθηκαν δραματικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας οι οποίες επιβαρύνουν περισσότερο κάθε χρόνο τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, αποτελούν την μοναδική κατηγορία δαπάνης σε όλη την περίοδο αναφοράς η οποία σημείωσε αύξηση σε απόλυτους αριθμούς κατά την διετία 2014-2015. Ταυτόχρονα, ραγδαία ήταν η αύξηση στις ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη την ίδια στιγμή που οι δαπάνες για έξωνοσοκομειακή περίθαλψη σημειώνουν εκτεταμένη μείωση. Η περιοχή διαμονής των νοικοκυριών αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαφοροποίησης, με την διαχρονικά αυξημένη δαπάνη υγείας των νοικοκυριών σε ημιαστικές περιοχές να εντυπωσιάζει. Με την χρήση τεχνικών (δεκατημόρια δαπανών, μέτρηση της σχετικής φτώχειας κ.α.) και δεικτών μέτρησης των ανισοτήτων (Gini, Atkinson, Theil κ.α.) αποδεικνύεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούν παράγοντα αύξησης των ανισοτήτων και της φτώχειας ενώ σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να αποβούν καταστροφικές. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα εντείνουν τον ταξικό διαχωρισμό, με τους φτωχούς να δαπανούν όλο και περισσότερα για την ικανοποίηση των βασικών τους αναγκών την ίδια στιγμή που μόνο οι έχοντες μπορούν να γίνουν λήπτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις κλειδιά: ιδιωτικές δαπάνες υγείας, έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών, ανισότητες στην υγεία, φτώχεια, φαρμακευτικές δαπάνες

ABSTRACT

This research studies the private health expenditures, which are incurred by Greek households, how the expenditures are allocated to the social stratification, how this is affected by expenditures and whether they constitute an investigation factor of inequality and poverty. The product used was provided by the processing of primary data of Household Budget Survey for the period 2008-2015 carried out annually by the Greek Statistical Office. The total expenditures of households in Greece decreased dramatically during the economic crisis. Private expenditures on health that every year places a bigger burden on family budgets constitute the unique expenditure category over the entire reference period that was increased in absolute terms during 2014-2015. At the same time the private expenditures on medicinal products and hospital care have increased sharply while the expenditures on outpatient care experienced a large-scale decrease. The residence region of the households is also a significant diversification factor, with the overtime-increased expenditure on health of households in semi-urban areas to impress. By technical means (deciles of expenditures, measurement of relative poverty and others) and inequality indicators (Gini, Atkison, Theil and others) it has been established that the private expenditures on health constitute a factor in the increase of inequality and poverty while in many cases could prove disastrous. Private health expenditures in Greece escalate the social class division; poor expend more and more to satisfy their basic needs while only the wealthy can receive high quality health services.

Keywords: Private Health Expenditures, Household Budget Survey, Health Inequalities, Poverty, Medicines Expenditures

Εισαγωγή

Αποστολή της παρούσας έρευνας είναι η συμβολή της σε μια ευρύτερη κατανόηση των ζητημάτων κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης και ο εμπλουτισμός της σχετικής βιβλιογραφίας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία που πραγματοποιούν τα ελληνικά νοικοκυριά, πως αυτές οι δαπάνες κατανέμονται και κατά πόσο αποτελούν παράγοντα διεύρυνσης των ανισοτήτων. Οι ιδιωτικές πληρωμές, και κυρίως αυτές που αυξάνουν τις κοινωνικές ανισότητες, μετακυλύουν ένα σημαντικό βάρος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στα πιο αδύναμα οικονομικά νοικοκυριά με συνέπεια την καταστρατήγηση της έννοιας της ισότητας στην υγεία, η οποία αποτελεί τον θεμελιώδη στόχο όλων των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Η εξέταση των τάσεων και η εμβάθυνση των προβληματισμών επιχειρείται μέσω της ανάλυσης των δεδομένων των Ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διεξάγει η Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Η εργασία αφορά την μελέτη των δεδομένων της περιόδου 2008-2015 για δύο λόγους: Ο πρώτος είναι τεχνικός, καθώς από το 2008 και μετά, πραγματοποιείται για πρώτη φορά από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) η Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) σε ετήσια βάση και με ενιαία δομή στον τρόπο συλλογής των στοιχείων. Αποτελεί λοιπόν πρόκληση η διερεύνηση των διαθέσιμων μικροδεδομένων ιδιαίτερος σε μια τόσο κρίσιμη χρονική περίοδο. Έτσι, ο δεύτερος και περισσότερο ουσιαστικός λόγος είναι η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, οι απαρχές της οποίας αναγνωρίζονται με τον πλέον επίσημο τρόπο, για πρώτη φορά, στο τεράστιο δημοσιονομικό έλλειμμα του 2009. Μια οικονομική κρίση η οποία ταλανίζει την Ελληνική κοινωνία μέχρι και σήμερα, οι συνέπειες της οποίας γίνονται χρόνο με τον χρόνο περισσότερο έντονες στα νοικοκυριά της χώρας. Το έτος 2008 περιλαμβάνεται επίσης στην μελέτη, καθώς θεωρείται αντιπροσωπευτικό για την διακύμανση των βασικών οικονομικών μεγεθών των νοικοκυριών (εισοδήματα, δαπάνες κλπ) την περίοδο πριν από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και αποτελεί πολύ καλό μέτρο για τον εντοπισμό των διαφορών και την σύγκριση τόσο

της πορείας των αμιγώς οικονομικών δεικτών από τις εφαρμοζόμενες πολιτικές όσο και της μεταβολής στις στάσεις και τις συνήθειες των νοικοκυριών.

Κατά την περίοδο αναφοράς της μελέτης, 2008-2015, συντελέστηκαν θεμελιακές ανατροπές σε επίπεδο κοινωνίας, νοικοκυριού και ατόμου. Η απασχόληση, τα εισοδήματα και οι δαπάνες, η κοινωνική θέση, η έννοια της ιδιοκτησίας, το ιδεολογικό υπόβαθρο και σχεδόν οτιδήποτε μέχρι πριν λίγα χρόνια φαινόταν σταθερό και δεδομένο κλονίστηκε σε πρωτόγνωρο βαθμό. Μόνο η βαθιά κατανόηση των ραγδαίων αυτών μεταβολών σε κάθε πεδίο μελέτης χωριστά, όπως είναι και οι αλλαγές καταναλωτικών προτύπων και αναγκών στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, θα μπορέσουν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα απαραίτητα για την κατανόηση της κατάστασης που βρίσκεται αυτή την στιγμή ο ήδη κατακερματισμένος κοινωνικός ιστός και συνεπώς σε μια αλλαγή στον σχεδιασμό και την υλοποίηση της πολιτικής η οποία θα βασίζεται σε δεδομένα και επιβεβαιωμένα στοιχεία (evidence based policy).

Σε μια κοινωνία στην οποία το κυρίαρχο αφήγημα κατά τα τελευταία χρόνια είναι η παρατεταμένη οικονομική κρίση και οι απόρροιες της, η προσπάθεια ανάλυσης και ερμηνείας των δεδομένων της περιόδου αυτής είναι πολύ δύσκολο να παραμείνει αξιακά ουδέτερη και αυτό ήταν ένα από τα στοιχεία της παρούσας μελέτης: αυτό που αναλύεται τελικά δεν είναι άλλο παρά η ραγδαία επιδείνωση των συνθηκών στην κοινωνία που ζούμε και στα νοικοκυριά που διαβιούμε. Διαχρονικά, κάτι που θα αποδειχθεί και στην παρούσα εργασία, μια οικονομική κρίση αυξάνει τις ανισότητες όχι μόνο σε γενικά οικονομικά μεγέθη αλλά και στα επιμέρους ζητήματα της καθημερινότητας του πληθυσμού. Η τάση ωστόσο αυτή, της διεύρυνσης των ανισοτήτων, κυριαρχεί παγκοσμίως από την δεκαετία του '80. Αυτό όμως που “κατάφερε” η οικονομική κρίση είναι η διάρρηξη «του πέπλου της άγνοιας» όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Rosanvallon (2014), το γεγονός δηλαδή πως οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες είναι περισσότερο εμφανής από ποτέ και κανείς δεν δικαιούται πια το επιχείρημα της άγνοιας. Η διαίωση και η ένταση των ανισοτήτων αυτών, είναι ιστορικά αποδεδειγμένο και επιβεβαιωμένο από την σημερινή Ελληνική πραγματικότητα, σε μια ήδη εξαρθρωμένη κοινωνία μπορεί να αποτελέσει τον καταλύτη ώστε να ανθίσουν δυνάμεις και καταστάσεις που θέτουν εν αμφιβόλω τα ανθρώπινα δικαιώματα, το ισχνό έστω κράτος δικαίου, τις κατακτήσεις δεκαετιών και να φθάσουν ακόμα στο σημείο να αμφισβητήσουν την έννοια της δημοκρατίας. Οι δυνάμεις αυτές μπορούν να λειτουργήσουν καταστροφικά όχι μόνο για όσους

πίστεψαν ότι θα προκύψει λύση μέσα από αυτές αλλά και για το σύνολο της κοινωνίας. Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη της ανάσχεσης αυτής της πορείας, για κάθε ανισότητα που μπορεί να μετρηθεί και να ανατραπεί. Αυτός είναι και ο πρωταρχικός στόχος της παρούσας μελέτης: Να αναλύσει τα δεδομένα και να παρουσιάσει τις πληροφορίες που εξάγονται από τις ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία με τρόπο νηφάλιο, ώστε όχι μόνο να συνεισφέρει νέα γνώση σε ερευνητικό και ακαδημαϊκό επίπεδο, αλλά κυρίως να αποτελέσει ένα ακόμα βέλος στην φαρέτρα της κοινωνίας των πολιτών για την άσκηση μιας νέας πολιτικής στην υγεία για την Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση.

Όσον αφορά στη διάρθρωση της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση σε μια σειρά ζητημάτων που αφορούν τον εννοιολογικό προσδιορισμό της υγείας, τον ρόλο που έχει επιτελέσει διαχρονικά το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, μια θεωρητική προσέγγιση των δαπανών υγείας, την καταγραφή των ανισοτήτων της υγείας στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία καθώς και τον ρόλο της οικονομικής κρίσης ως παράγοντα διεύρυνσης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων. Στην τελευταία ενότητα του πρώτου κεφαλαίου διατυπώνονται με σαφήνεια τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα κληθεί να απαντήσει η παρούσα έρευνα. Το δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζει τα μεθοδολογικά ζητήματα που αφορούν την παρούσα έρευνα, την παρουσίαση των ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών, τον λόγο που επιλέγονται οι δαπάνες των νοικοκυριών έναντι του εισοδήματος για την μελέτη των κοινωνικό-οικονομικών μεταβολών και την μέτρηση των ανισοτήτων, τον τρόπο που γίνεται η ανάλυση των δεδομένων, την δομή που ακολουθούν οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και τέλος παρουσιάζονται οι δείκτες οι οποίοι μπορούν να μετρήσουν τις ανισότητες.

Στο τρίτο και στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων από τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών της περιόδου 2008-2015. Πιο συγκεκριμένα, το τρίτο κεφάλαιο αφορά το καταναλωτικό πρότυπο των ελληνικών νοικοκυριών, πως έχουν μεταβληθεί οι δαπάνες για τις διάφορες κατηγορίες κατά την διάρκεια της περιόδου αναφοράς καθώς και την κατανομή των δαπανών υγείας χωρισμένες σε υποκατηγορίες δαπανών αλλά και ανάλογα με τον τύπο της περιοχής του νοικοκυριού.

Το τέταρτο κεφάλαιο επιχειρεί μέσω της ανάλυσης των δεδομένων να παρουσιάσει τις διαστάσεις της ανισότητας και της φτώχειας των ελληνικών νοικοκυριών, μέσω μιας σειράς τεχνικών όπως είναι τα δεκατημόρια δαπανών, ο δείκτης S80/S20, η μέτρηση της σχετικής φτώχειας, η χρήση της καμπύλης Lorentz καθώς και την μέτρηση μια σειράς δεικτών ανισότητας όπως ο Gini, ο Ricci-Schutz (ή Pietra's measure), ο Atkinson, ο Theil και ο συντελεστής διακύμανσης. Για την πληρότητα της μελέτης γίνεται και ανάλυση με βάση τα πεμπτημόρια εισοδήματος, ωστόσο θα παρουσιαστούν στην συνέχεια οι λόγοι που καθιστούν τις δαπάνες προτιμότερες σαν μέτρο εκτίμησης των κοινωνικο-οικονομικών μεταβολών.

Για την ανάλυση των μικροδεδομένων από τις ΕΟΠ έγινε η χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS έκδοση 21 της IBM. Για τον υπολογισμό των τιμών των δεικτών ανισότητας και την γραφική απεικόνιση των καμπυλών Lorenz, χρησιμοποιήθηκε το πακέτο "ineq" της γλώσσας προγραμματισμού R έκδοση 3.3.3 πλατφόρμα i386.

Προκειμένου η μελέτη να γίνει πιο εύκολα αναγνώσιμη, στα κεφάλαια που ακολουθούν παρατίθενται τα αποτελέσματα κατά το πρώτο και το τελευταίο έτος της περιόδου αναφοράς (δηλαδή τα έτη 2008 και 2015). Τα αποτελέσματα σε μορφή πινάκων και γραφημάτων για όλα τα ενδιάμεσα έτη (2009-2014), παρατίθενται στο παράρτημα στο τέλος του συγγράμματος και ακολουθούν την ίδια σειρά όπως και στο κυρίως κείμενο.

Στο τελευταίο μέρος της εργασίας, ακολουθούν τα συμπεράσματα όπου χρησιμοποιώντας τα ευρήματα της έρευνας καθώς και την σχετική βιβλιογραφία που μελετήθηκε και παρουσιάστηκε, γίνεται η προσπάθεια εξαγωγής τεκμηριωμένων συμπερασμάτων σε συνδυασμό με την κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων σχετικά με τις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας στην χώρα. Ο αντίκτυπος των πολιτικών αυτών είναι ιδιαίτερος κρίσημος για την κοινωνική συνοχή και την ευημερία των πολιτών σε μια συγκυρία όπου το σύνολο σχεδόν της χώρας είναι φτωχότερο σε όλα τα επίπεδα συγκριτικά με την κατάσταση λίγα μόλις χρόνια νωρίτερα.

1. Υγεία, κοινωνική ευημερία και οικονομική κρίση

1.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις της υγείας

Η υγεία θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας άλλαξε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός που ζει (Σουρτζή, 1998). Ο όρος υγεία εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Η πρώτη συλλογική προσπάθεια να δοθεί ένας ορισμός έρχεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία σαν “*μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας*” (WHO, 1946). Αυτός βέβαια ο ορισμός, αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ένα στόχο παρά μια απλή σύλληψη της έννοιας της υγείας (Καραδήμας, 2005). Με βάση τα παραπάνω, θα ορίζαμε την υγεία σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες (Σαρής, 2001).

Αν και ένας πλήρης ορισμός της υγείας είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (πχ φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (πχ πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κλπ) (Cockerham, 2007).

Η υγεία και η αρρώστια εκφράζονται στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και την κοινωνική του λειτουργία (Kovacs, 1998). Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμό του ορίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το γεγονός ότι έννοιες όπως το “φυσιολογικό” επηρεάζονται από τα

εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία (Marx, 1867). Οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές μόνο κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, όταν η εργασία στο δυτικό κόσμο άρχισε να μετατρέπεται από αποκλειστικά χειρωνακτική σε περισσότερο νοητική (Τούντας, 2004).

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία (Χρυσάκης & Σουλιώτης, 2007). Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Χρυσάκης κ.α., 2005). Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, μιας και παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας (Τούντας, 2004).

1.2 Ο ρόλος του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η πολιτική υγείας είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας ενώ εξαρτάται τόσο από τις πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από άλλες παραμέτρους, όπως η κατάσταση υγείας του πληθυσμού και οι συνθήκες ζωής (Ιωαννίδης & Μάντης, 1999).

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα δεν αποτελείται από ένα ενιαίο σύνολο δομών και κανονισμών καθώς αναπτύχθηκε σταδιακά και σε βάθος χρόνου, χωρίς όμως να υπάρχει ιδιαίτερος σχεδιασμός και στοχοθεσία (Mossialos et al., 2005). Ακόμα και η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '80 το οποίο

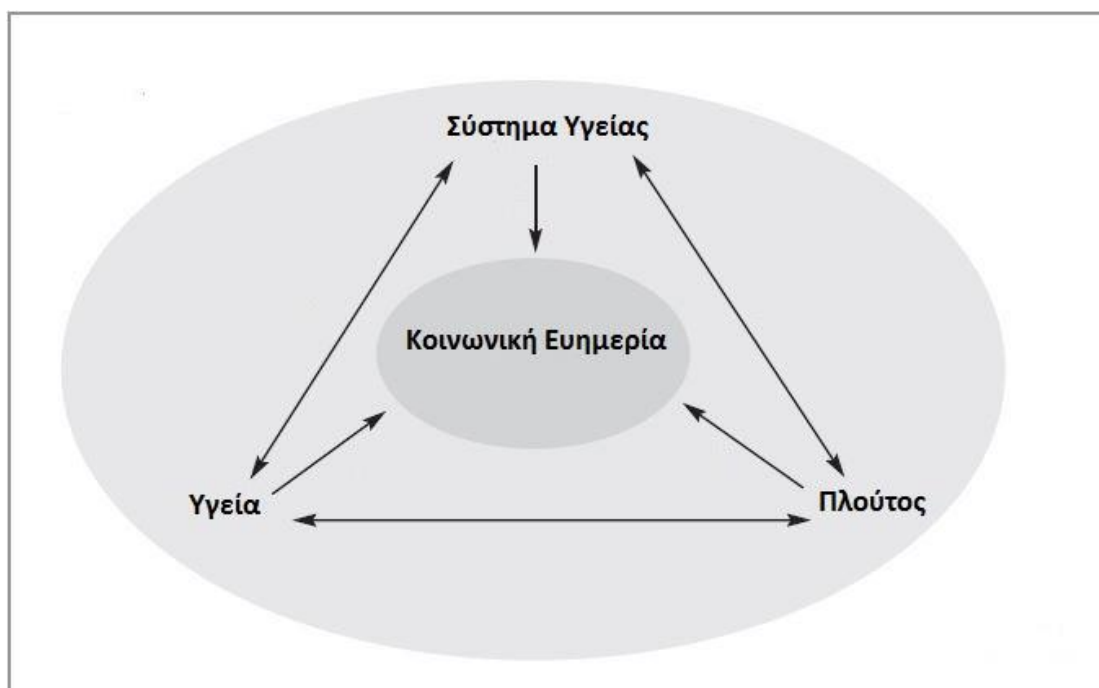
ήρθε να αντικαταστήσει το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης που επικρατούσε έως τότε, έμεινε ανολοκλήρωτο για μια σειρά από λόγους οι οποίοι αποτελούν ξεχωριστό πεδίο μελέτης (Σουλιώτης, 2000). Έτσι, η Ελλάδα δεν ακολουθεί πιστά κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας αλλά ένα μικτό σύστημα που εμπεριέχει στοιχεία εθνικού συστήματος υγείας (μοντέλο Beveridge) αλλά και κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismark) (Αντωνοπούλου, 2002).

Η αδυναμία του ελληνικού κράτους για την χάραξη και την υλοποίηση μιας ξεκάθαρης πολιτικής στην υγεία, έχει οδηγήσει σε κάτι που θα μπορούσε να περιγραφεί ως “ιδιωτικοποιημένο εθνικό σύστημα υγείας”, καθώς χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη του ΕΣΥ και ενός εξαιρετικά ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα, ο οποίος δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη (Σουλιώτης, 2000). Έτσι, η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στην χώρα κατά τις τελευταίες δεκαετίες είναι εξαιρετικά μεγάλη με τον αριθμό των ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων και φαρμακείων να έχει αυξηθεί κατά πολύ (Tountas et al., 2005). Είναι το λιγότερο προφανές, ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει μια σειρά προβλημάτων, πολλά από τα οποία επισημαίνονται ως χρόνια. Η χρηματοδότηση είναι οπισθοδρομική, με έντονη και αποδεκτή την παρουσία των άτυπων πληρωμών μέσα στο σύστημα καθώς επίσης και την ύπαρξη ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση, την παροχή και την ποιότητα των υπηρεσιών (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2002).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει επικρατήσει η άποψη ότι το σύστημα υγείας αναφέρεται σε μια έννοια ευρύτερη της ιατρικής περίθαλψης καθώς αναφέρεται και σε υπηρεσίες όπως η πρόληψη, η ενημέρωση, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η κανόνες υγιεινής και άλλα (Θεοδώρου κ.α., 1996). Έτσι, σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Σούλης, 1987). Καθώς η υγεία αντιμετωπίζεται πλέον ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων, το σύστημα υγείας δεν μπορεί παρά να εξαρτάται από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικού παράγοντες οι οποίοι λαμβάνουν χώρα σε κάθε σύστημα αναφοράς. Σύμφωνα και πάλι με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας αναφέρεται στην σύνθεση των στοιχείων που αποσκοπούν στην καθολική επίδραση

στην υγεία ενός πληθυσμού και μάλιστα σε όλους τους τομείς της ζωής, όπως η κατοικία, η εργασία, οι δημόσιοι χώροι και άλλα, στοιχειοθετώντας έναν ολοκληρωμένο μηχανισμό για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων του πληθυσμού μιας χώρας (WHO, 1989).

Όπως είναι ήδη γνωστό από την διεθνή βιβλιογραφία, η σχέση μεταξύ υγείας – πλούτου και των συστημάτων υγείας είναι σύνθετη και δυναμική (Figueras et al., 2008). Το πλαίσιο που συνδέει τα συστήματα υγείας με την υγεία, τον πλούτο και την κοινωνική ευημερία, με τις αιτιώδεις άμεσες και έμμεσες σχέσεις μεταξύ των βασικών στοιχείων αποτυπώνεται από το “εννοιολογικό τρίγωνο” το οποίο παρουσιάζεται με το γράφημα 1.1 και το οποίο σχεδιάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2007 στην Κοπεγχάγη.



Γράφημα 1.1 Η τριγωνική σχέση μεταξύ υγείας, πλούτου, συστήματος υγείας και κοινωνικής ευημερίας

Η τριγωνική αυτή σχέση δείχνει ότι τα συστήματα υγείας συμβάλλουν στην κοινωνική ευημερία με τρεις βασικούς τρόπους: Πρώτον και κυριότερο, τα συστήματα υγείας παράγουν υγεία, κάτι το οποίο είναι εγγενές συστατικό της ευημερίας. Δεύτερον, τα συστήματα υγείας έχουν άμεσο αντίκτυπο στον πλούτο ως σημαντικό στοιχείο της οικονομίας γεγονός που επηρεάζει και πάλι την κοινωνική ευημερία. Τρίτον, τα συστήματα υγείας συμβάλλουν άμεσα στην κοινωνική ευημερία, διότι οι κοινωνίες αποκομίζουν ικανοποίηση από την ύπαρξη των υγειονομικών υπηρεσιών

και της δυνατότητας πρόσβασης των ατόμων, ανεξάρτητα από το εάν οι υπηρεσίες είναι αποτελεσματικές ή όχι και εάν χρησιμοποιούνται ή όχι.

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν το γεγονός ότι το ίδιο το σύστημα υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο στηρίζεται η καλή κατάσταση της υγείας των πολιτών και κυρίως επιτελεί τον ρόλο του καταλύτη όσον αφορά την κοινωνική ευημερία τους, καθώς η τελευταία επηρεάζεται άμεσα, ποικιλοτρόπως και πολύ-παραγοντικά από το ίδιο το σύστημα υγείας. Όταν το ίδιο το σύστημα υγείας παρουσιάζει υστερήσεις και στρεβλώσεις μια σειρά προβλημάτων πηγάζουν από αυτές τις στρεβλώσεις. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας, μια περιγραφή του οποίου ακολουθεί.

1.3 Οι δαπάνες υγείας

Προκειμένου να είναι εφικτή και επιστημονικά τεκμηριωμένη η ανάλυση και η ερμηνεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών η οποία αποτελεί τον βασικό στόχο της παρούσας εργασίας και θα ακολουθήσει στα επόμενα κεφάλαια, θα πρέπει να γίνει μια σύντομη διερεύνηση των δαπανών υγείας γενικότερα. Όπως θα διαπιστωθεί και στην συνέχεια, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι άμεσα συσχετισμένες τόσο με τις δημόσιες δαπάνες υγείας (αρνητική σχέση μέχρι ενός ορίου), όσο και με το γενικότερο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον το οποίο μελετάται. Οι δαπάνες υγείας κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου παρουσίασαν εντυπωσιακή άνοδο ανακτώντας όλο και υψηλότερο μερίδιο από το ΑΕΠ των ανεπτυγμένων χωρών (Σούλης, 1999). Στις περισσότερες χώρες του ΟΑΣΑ, κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70, σημειώνεται σημαντική αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας ως επακόλουθο τόσο των ραγδαίων ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης αυτής της περιόδου όσο και του γενικότερου κοινωνικού και πολιτικού πλαισίου με την θεμελίωση του κράτους πρόνοιας (Νιάκας & Κυριόπουλος, 1989). Κατά τα επόμενα χρόνια παρατηρείται μια πιο ήπια αύξηση των δαπανών η οποία αντιστράφηκε για τις περισσότερες χώρες στα μέσα της δεκαετίας του '80, καθώς έγινε κατανοητό ότι από ένα σημείο και έπειτα η αύξηση των δαπανών υγείας δεν συνάδει με την αντίστοιχη βελτίωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Σουλιώτης, 2000). Οι περισσότερες απόψεις πάνω σε αυτό το θέμα συγκλίνουν στην διαπίστωση της απουσίας θετικής συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και των δαπανών υγείας από

ένα επίπεδο και πάνω, γεγονός που αποδίδεται κυρίως στην μη αποδοτική αξιοποίηση των τελευταίων (Luce et al, 1996). Έτσι, τα επόμενα χρόνια ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής των δαπανών υγείας αυξήθηκε με μικρότερους ρυθμούς, παρουσιάζοντας σταδιακά φθίνουσα πορεία, λόγω των μέτρων και των πολιτικών που εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο του κόστους και την βελτίωση της σχέσης κόστους αποδοτικότητας με σκοπό την αποκατάσταση του κοινωνικού οφέλους(Θεοδώρου κ.α., 1996).

Όταν αναφερόμαστε στις δαπάνες υγείας, αυτές περιλαμβάνουν τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες. Ο διαχωρισμός τους καθώς και η δομή των δαπανών αυτών για την Ελλάδα, θα γίνει σε επόμενη ενότητα της εργασίας.

Η ανοδική πορεία των δαπανών υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οφείλεται σε μια σειρά από λόγους, οι οποίοι για την χώρα μας συνοψίζονται στους εξής (Σούλης, 1999):

- Η αύξηση του εισοδήματος
- Τα νέα καταναλωτικά πρότυπα κάλυψης αναγκών
- Η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης
- Οι δημογραφικές εξελίξεις και η γήρανση του πληθυσμού
- Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα και η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες
- Η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου
- Ο σύγχρονος τρόπος ζωής
- Η μόλυνση του περιβάλλοντος και η διαταραχή της ισορροπίας των οικοσυστημάτων
- Η ιατρικοποίηση των ιατρικών προβλημάτων
- Οι αδυναμίες της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η αύξηση της προσφοράς των ανθρώπινων και υλικών πόρων του συστήματος υγείας καθώς και η ανάπτυξη του φαινομένου της προκλητής ζήτησης
- Η εισαγωγή της βιοιατρικής τεχνολογίας, τόσο στο θεραπευτικό όσο και στο διαγνωστικό πεδίο εφαρμογής της ιατρικής καθώς και η αντιμετώπιση της ασθένειας στα νοσοκομεία
- Η οργάνωση του συστήματος υγείας, η βελτίωση της προσβασιμότητας, η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων και η εξέλιξη του συστήματος σε επείγουσες περιπτώσεις

- Η έλλειψη ουσιαστικά της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η πολυφαρμακία
- Η αδυναμία αντιμετώπισης ορισμένων περιπτώσεων και η νοσηλεία αυτών στο εξωτερικό
- Η προκλητή ζήτηση που δημιουργεί το πλήθος ιατρών καθώς και φαρμακείων

Αν και τα παραπάνω αποτελούν λόγους αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, ορισμένες από τις αιτίες συναντώνται πολύ πιο έντονα στην περίπτωση της Ελλάδας (πχ απουσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας). Όταν γίνεται αναφορά σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας, σε γενικά πλαίσια αναφέρεται σε:

- Αμοιβές ιδιωτών ιατρών και διαγνωστικών κέντρων που δεν είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ.
- Στην θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ
- Στην θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων και ιατρικών ή παραϊατρικών προϊόντων.
- Στις νοσοκομειακές δαπάνες που γίνονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας θα πρέπει να υπολογίζονται και τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ιδιωτική ασφάλιση. Στην περίπτωση της παρούσας έρευνας, οι ιδιωτικές ασφαλίσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, αφενός διότι μεθοδολογικά η ΕΛΣΤΑΤ τις κατατάσσει σε λοιπές δαπάνες, αφετέρου λόγω του μικρού μεγέθους που καταλαμβάνει ακόμα η αγορά ιδιωτικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα –παρά την σημαντική αύξηση που έχει υποστεί ιδιαίτερα κατά τα τελευταία έτη- καθιστά αναξιόπιστο το δείγμα που περικλείεται στην έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών.
- Τέλος, θα πρέπει να γίνει αναφορά και στην καταβολή πρόσθετων άτυπων πληρωμών (φακελάκια, μαύρες και μη καταγεγραμμένες πληρωμές) οι οποίες στην χώρα μας είναι εξαιρετικά υψηλές και ταυτόχρονα πολύ δύσκολα μετρήσιμες καθώς γίνονται στα πλαίσια της παραοικονομίας. Οι λόγοι που έχουν διαμορφώσει το αυτό το μέγεθος παραοικονομίας στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, αποτελούν εδώ και δεκαετίες πεδίο ενδεδειγμένης μελέτης. Είναι

προφανές ότι το μεγαλύτερο μέρος αυτών των πληρωμών δεν περιλαμβάνεται στα δεδομένα της έρευνας οικογενειακών προϋπολογισμών.

Σε ένα σύστημα υγείας το οποίο ούτως ή άλλως εμπεριέχει μια σειρά από δομικές και λειτουργικές αστοχίες όπως το Ελληνικό, το κερασάκι στην τούρτα των δαπανών έρχεται από την κατανομή τους: δημόσια δαπάνη, ασφαλιστικές εισφορές και ιδιωτική δαπάνη συγκροτούσαν σχεδόν ισόποσα την συνολική δαπάνη υγείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, με τις ιδιωτικές δαπάνες μάλιστα τα τελευταία χρόνια να συνεισφέρουν το μεγαλύτερο ποσοστό. Μάλιστα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, κατά το έτος 2015 η κατανομή των δαπανών ήταν 30,3% η δημόσια δαπάνη, 28,8% η ασφαλιστικές εισφορές και 40,9% η ιδιωτική δαπάνη (ΕΛΣΤΑΤ, 2017). Αυτή η τριχοτόμηση των δαπανών υγείας σχεδόν ισόποσα, με μια τόσο υψηλή ιδιωτική δαπάνη σε ένα μικτό σύστημα υγείας που αντιπροσωπεύει αφενός τον δημόσιο χαρακτήρα μέσω του ΕΣΥ και αφετέρου τις ασφαλιστικές εισφορές, αποτελεί φαινόμενο παγκόσμιας ίσως πρωτοτυπίας και φανερώνει τον λανθασμένο σχεδιασμό καθώς και τις αδυναμίες δεκαετιών. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά από παράγοντες, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι:

- Ο πολυκερματισμός και η υπανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος(Σουλιώτης, 2000).
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη λόγω της σύνδεσης που υπάρχει με την εργασιακή κατάσταση, καθώς και ο κατακερματισμός και η πολυμορφία του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος ακόμα και μετά τις πρόσφατες παρεμβάσεις, που οδηγούν πολλές φορές στην μη χρήση των δημόσιων δομών υγείας (Σουλιώτης, 2013).
- Η χαμηλή ποιότητα και η έλλειψη αξιοπιστίας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009). Ξεχωρίζουν μεταξύ άλλων διάφορα οργανωτικά και διαρθρωτικά προβλήματα, η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις δημόσιες δομές, η γραφειοκρατική δυσκαμψία του συστήματος και οι ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό. Όλα τα ανωτέρω, έχουν συμβάλει στην έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών προς τον δημόσιο τομέα υγείας.

- Η πολιτική περιορισμού των τιμών στις υπηρεσίες υγείας, η οποία σε συνδυασμό με την ελλιπή ασφαλιστική κάλυψη, δημιούργησε τις προϋποθέσεις για πρόσθετες ιδιωτικές πληρωμές (Κυριόπουλος & Κτενάς, 1994).
- Η αύξηση των οικογενειακών προϋπολογισμών κατά τις προηγούμενες δεκαετίες η οποία οδήγησε στην αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων και την κουλτούρα των ασθενών, οι οποίοι συνηθίζουν πολλές φορές να εξαντλούν τα περιθώρια διάγνωσης και θεραπείας καταφεύγοντας σε διαφορετικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή η διαμορφωθείσα κουλτούρα είναι δύσκολο να αλλάξει ακόμα και και τώρα που έχει αντιστραφεί η πορεία και οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί μειώνονται ραγδαία (Θεοδώρου κ.α., 2001).
- Η εμφάνιση φαινομένων ιατρικού πληθωρισμού και η ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, που συνθέτουν ένα ιδιαίτερα διευρυμένο ιδιωτικό τομέα, ο οποίος βασισμένος στις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για αύξηση των κερδών του (ΙΣΑ, 1999).
- Τέλος, στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας συνετέλεσαν μια σειρά από άλλους παράγοντες που σχετίζονται κυρίως με τον ιδιωτικό τομέα: η σημαντική ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η τεχνολογική απαξίωση των ιατρικών μηχανημάτων και η αδυναμία αντικατάστασης τους από το δημόσιο τομέα, η περιοριστική πολιτική σχετικά με την δημιουργία ιδιωτικών κλινών, καθώς και η αύξηση του αριθμού των ιατρών η οποία δημιούργησε προϋποθέσεις προκλητής ζήτησης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και συνεπώς προσδοκίες υψηλής κερδοφορίας, αποτέλεσαν την αιτία της ιδιαίτερης έμφασης που δόθηκε από μέρους του ιδιωτικού τομέα στην ανάπτυξη της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της διαγνωστικής τεχνολογίας (Sissouras et al., 1999). Στο βαθμό μάλιστα που η ροπή για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας είναι θετικά συσχετισμένη με την προσφορά και τον τρόπο διάρθρωσης των υπηρεσιών υγείας (γεωγραφική κατανομή, κατανομή υπηρεσιών ανά επίπεδο περίθαλψης κλπ.), αιτιολογείται σε μεγάλο βαθμό οι αυξητική πορεία που παρουσιάζουν οι ιδιωτικές δαπάνες για πρωτοβάθμια περίθαλψη κατά τα προηγούμενα χρόνια και ταυτόχρονα η μείωση των δαπανών των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη (Σουλιώτης, 2000).

1.4 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 ένα σύγχρονο τρόπο ζωής και συνθέτουν διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα (Σούλης, 1999). Η εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία συνέβαλε στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου μέσα από την προαγωγή της πρόληψης, σε συνδυασμό με την αστικοποίηση, την μεταβολή στις παραγωγικές δομές και στη φύση της απασχόλησης και τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, δημιούργησε νέες ανάγκες υγείας (Πολύζος & Δρακόπουλος, 2008). Ταυτόχρονα, το ευρύτερο κοινωνικό-οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον επιδρά σημαντικά στην κατανάλωση των 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 (Piketty, 2014).

Εκτός όμως από τους παραπάνω γενικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον όγκο αλλά και το επίπεδο της ζητούμενης φροντίδας υγείας, μπορούμε στην περίπτωση της Ελλάδας να εντοπίσουμε και μια σειρά από ενδογενείς παράγοντες που συντελούν στην διαμόρφωση των αναγκών υγείας, αλλά και των καταναλωτικών προτύπων γενικότερα (Σουλιώτης κ.α, 2002).

Έτσι, το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας, σε συνδυασμό με την μεταβολή του παραδοσιακού ρόλου της οικογένειας, την έντονη αστικοποίηση, τους σύγχρονους ρυθμούς ζωής καθώς και την μεταβολή του διαθέσιμου εισοδήματος, συνέβαλλε στην αύξηση των υπηρεσιών υγείας (Σουλιώτης, 2001). Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο του πληθυσμού, οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, οι όροι οργάνωσης του ασφαλιστικού συστήματος, η ταχεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας και τα οργανωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας, το οποίο παρουσιάζει έντονες αδυναμίες κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αιτιολογούν εν ολίγοις την μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα (Σουλιώτης, 2000).

1.5 Οι Ανισότητες στην Υγεία

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από εκτεταμένες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες (Piketty, 2014). Οι κοινωνικοί παράγοντες που προκαλούν αυτές τις διευρυμένες ανισότητες επιδρούν και στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων στην υγεία τόσο σε επίπεδο χωρών και κοινωνιών όσο και μεταξύ ατόμων. Αυτή η πραγματικότητα εξάλλου, κατέστησε την αρχή της ισότητας θεμελιώδη στόχο στην ατζέντα της πολιτικής υγείας, τόσο σε επίπεδο κρατών όσο και σε επίπεδο διεθνών οργανισμών (Σουλιώτης, 2007). Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ορίζει ως «ανισότητα», οποιαδήποτε αθέμιτη και άδικη διαφορά στην υγεία, η οποία θα μπορούσε να αποφευχθεί (Whitehead, 1990).

Οι ανισότητες στην υγεία βρέθηκαν στο επίκεντρο της συζήτησης τόσο σε επίπεδο πολιτικής διαμάχης όσο και ακαδημαϊκής έρευνας μετά την δημοσίευση της έκθεσης “Black Report” το 1980 από το υπουργείο εργασίας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτή η συγκέντρωση δεδομένων για την σχέση μεταξύ της φυσικής και κοινωνικής κατάστασης και της θνησιμότητας στην Αγγλία και την Ουαλία μεταξύ 1950 μέχρι και την δεκαετία του 1980, έδειξε ότι οι πιθανότητες θανάτου ανεξαρτήτως ηλικίας ήταν ισχυρά συσχετισμένες με ένα μέτρο κοινωνικής και οικονομικής θέσης που αναφερόταν ως “κοινωνική τάξη” (social class) (DHSS, 1980). Έτσι, μια από τις σημαντικότερες διαπιστώσεις της Black Report, ήταν η καθοριστική σημασία της ταξικής διαστρωμάτωσης για την όξυνση των ανισοτήτων υγείας, καθώς τα άτομα υψηλού εισοδήματος τείνουν να έχουν καλύτερη υγεία και να λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου εισοδήματος (Townsend et al., 1982). Μετά από την δημοσίευση της έκθεσης, ο όρος κοινωνική τάξη εντός του Ηνωμένου Βασιλείου ήταν άμεσα συσχετισμένος με την υγεία του πληθυσμού και δεν απαιτούσε καμία περαιτέρω ερμηνεία. Τυπικά βέβαια, η κοινωνική τάξη, ορίστηκε πολύ νωρίτερα –το 1931- σε επίσημες Βρετανικές κυβερνητικές αναφορές ως “η διαίρεση της κοινότητας με βάση την κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου” (Bartley, 2003). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έκθεσης, η θνησιμότητα το 1971 για τις ηλικίες 15–64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων απ’ ό,τι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης.

Μεταγενέστερες έρευνες διαπιστώνουν ότι το διακριτό στοιχείο που περικλείει η έννοια των ανισοτήτων υγείας είναι η “κοινωνική διαβάθμιση” (social gradient) (Marmot, et al., 1991· Adler, et al., 1994· Adler & Stewart, 2010). Η διαβάθμιση αυτή δείχνει ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα δεν είναι υψηλή μόνο στους φτωχούς, αλλά καταγράφουν μια βαθμιαία αύξηση καθώς κινούμαστε από τα ανώτερα στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια (Smith et al., 1996). Συνεπώς, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στην υγεία, δεν εκφράζουν δυο διαφορετικούς κοινωνικούς πόλους με διακριτά γνωρίσματα υγείας, αλλά μια κοινωνική κλιμάκωση της υγείας με βάση το εισόδημα ατόμων, νοικοκυριών ή ευρύτερων πληθυσμών (Πετμεζίδου κ.α., 2015).

Ακόμα όμως και σε χώρες όπου ήταν λιγότερο έως καθόλου εξοικειωμένες με την έννοια της κοινωνικής τάξης, οι ανισότητες στην υγεία που παρουσιάζονταν μεταξύ ανθρώπων με λιγότερο ευνοϊκές καταστάσεις σε σχέση με το εισόδημα, το κύρος (η θέση που ο καθένας έχει στην κοινωνία) και την εκπαίδευση τους, συνέχισαν να διευρύνονται με ραγδαίους ρυθμούς και βρέθηκαν αναπόφευκτα στο προσκήνιο του πολιτικού και ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος. Οι Hyde, Jakub, Melchior, Van Oort & Weyers (2006), κάνοντας χρήση των διαθέσιμων δεδομένων από τέσσερις προηγμένες χώρες της Ευρώπης (Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία και Ολλανδία), διαπίστωσαν ότι γενικά υπάρχει συσχέτιση της υγείας των ατόμων με την κοινωνική και οικονομική κατάσταση τους. Οι Devaux, Jusot, Trannoy, & Tubeuf (2008), επεξεργάστηκαν τα στοιχεία της βάσης δεδομένων SHARE για την Γαλλία και έδειξαν ότι η υγεία των ενήλικων επηρεάζεται από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο τα άτομα έζησαν ως ανήλικοι. Οι Case, Fertig, & Paxson (2005), έδειξαν ότι τα άτομα που έχουν κακή υγεία ως ανήλικοι έχουν μειωμένες επιδόσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα και κακή υγεία ως ενήλικες, κάτι που ενδεχομένως να αποτελεί τον κρίκο ενός μηχανισμού αναπαραγωγής των κοινωνικών ανισοτήτων από γενεά σε γενεά. Αυτές οι νέες έρευνες, καταλήγουν στις ίδιες κεντρικές διαπιστώσεις στις οποίες είχε οδηγηθεί ο Myrdal (1952), πριν από 65 χρόνια περίπου, για την συστημική φύση των ανισοτήτων μέσω των οικονομικών της υγείας.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, σε χώρες με μεγάλη κοινωνική συνοχή και ισχυρή κοινωνική πολιτική, οι ανισότητες παρουσιάζουν πολύ μικρότερες διαφορές. Συγκρίνοντας τη βρεφική θνησιμότητα σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, είναι εμφανείς οι μειωμένες κοινωνικές ανισότητες στη Σουηδία σε σύγκριση με την Αγγλία και την

Ουαλία (Ostberg, 1992). Σύμφωνα με έρευνα που έλαβε χώρα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα, αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας απ' ό,τι τα άτομα από τα ανώτερα στρώματα. Στη δυτική Ευρώπη, ο κίνδυνος να νοσήσει κάποιος είναι 1,5–2,5 φορές μεγαλύτερος στο χαμηλότερο (από κοινωνικοοικονομική άποψη) ήμισυ του πληθυσμού σε σύγκριση με το ανώτερο ήμισυ (Anton et Al, 2004).

Είναι προφανές λοιπόν ότι το επίπεδο υγείας είναι μια σύνθετη παράμετρος η οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο (Τούντας & Φρισήρας, 1996). Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ύπαρξη ανισοτήτων στις κοινωνίες δεν είναι καινούριο φαινόμενο. Είναι όμως παγιωμένες και διαρκώς αυξανόμενες στις σύγχρονες καπιταλιστικές κοινωνίες και κατά συνέπεια οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν (Piketty, 2007).

1.6 Η οικονομική κρίση ως παράγοντας επιβάρυνσης της υγείας και μεγέθυνσης των ανισοτήτων

Στη σημερινή συγκυρία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις συνέπειες της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, η οποία αναπόφευκτα βαθαίνει τις ανισότητες, επηρεάζοντας πρωτίστως ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την ύφεση, όπως οι άνεργοι και γενικότερα τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα (Ιωακείμογλου, 2010· Παπαθεοδώρου κ.ά., 2008). Ο αντίκτυπος της στην κοινωνική ζωή των ατόμων είναι δραματικός, δεδομένου ότι η μείωση ή ακόμα και η πλήρης απουσία εισοδήματος, προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια (Marmot & Bell, 2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε τα άτομα της κατώτερης κοινωνικής τάξης να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Η αποτύπωση των ανισοτήτων στην υγεία, έχει βρεθεί στο επίκεντρο της έρευνας σε διεθνές επίπεδο, ιδιαίτερος μετά την πρωτοφανή έξαρση ασθενειών και θανάτων σε χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση. Κατά τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα παρουσιάζει αύξηση των κρουσμάτων του AIDS, των αυτοκτονιών, των ανθρωποκτονιών, των χρηστών ναρκωτικών ουσιών μέχρι και κρούσματα επανεμφάνιση της ελονοσίας (Stuckler & Basu, 2013). Ορισμένοι από τους σημαντικότερους ερευνητές του χώρου, αποδίδουν την δραματική αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στις νεοφιλελεύθερες πολιτικές, όπως η μείωση μισθών, η περικοπή κοινωνικών προγραμμάτων και η απορύθμιση των εργασιακών σχέσεων, που εφαρμόζονται στην πλειοψηφία των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών που έχουν ενταχθεί σε προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής υπό την εποπτεία οργανισμών όπως το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και η Παγκόσμια Τράπεζα (Coburn & Coburn, 2007· Piketty, 2007). Όπως υπογραμμίζουν οι Stuckler και Basu (2013), «ο πραγματικός κίνδυνος για την δημόσια υγεία δεν είναι η ύφεση αυτή καθαυτή, αλλά η λιτότητα». Αυτή είναι η γενεσιουργός αιτία που οδηγεί σε έκρηξη της ανεργίας, διεύρυνση των ανισοτήτων, όξυνση του κοινωνικού αποκλεισμού και άλλα φαινόμενα που σχετίζονται αρνητικά τόσο με το επίπεδο υγείας όσο και με το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας (συρρίκνωση των αναγκαίων υλικών και μη υλικών πόρων του συστήματος υγείας).

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ίσως η εντονότερη μεταβολή παρατηρείται στον τομέα της απασχόλησης. Έτσι, θεωρείται πως το ποσοστό της ανεργίας αντικατοπτρίζει σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας μιας χώρας (Ferrie et al, 2002). Στην Ελλάδα, το ποσοστό της ανεργίας έφτασε σε ιστορικό υψηλό της μεταπολεμικής περιόδου κατά το έτος 2013, με τα επίσημα στοιχεία να καταγράφουν ποσοστά ανεργίας που κυμαίνονται κοντά στο 28% του εργατικού δυναμικού (ΕΛΣΤΑΤ, 2017), με την πραγματική ανεργία να εκτιμάται ως αρκετά μεγαλύτερη και την ανεργία των νέων να φθάνει ή να ξεπερνάει το 50% (Χριστάκης, 2014). Γενικά, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία του ατόμου. Η απώλεια της εργασίας ή η υποβάθμιση της ποιότητας εργασίας, συνοδεύεται συχνά από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού, εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος (Burchell, 1994· Τούντας, 2004). Έρευνα που διενεργήθηκε σε 26

χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ (Stuckler et al, 2009). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν προηγούμενη μελέτη σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (Economou et al, 2007). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά μια μονάδα συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους ανά 100.000). Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (van Doorslaer et al, 1997· Wilkinson, 1996). Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία επιδρούν διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά (Bartley et al, 1997· Blane et al, 1997).

Οι εκθέσεις της UNICEF μαρτυρούν την επιδείνωση δεικτών σε πολλές χώρες οι οποίες βρέθηκαν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό σε συνθήκες οικονομικής κρίσης και στις οποίες εφαρμόστηκαν προγράμματα δημοσιονομικής σταθερότητας κατά τις δεκαετίες του '80 και του '90 (UNICEF & WHO, 2004). Η επιδείνωση αυτή σχετίζεται κυρίως με την ραγδαία πτώση των εισοδημάτων, την αύξηση των τιμών σε βασικά καταναλωτικά αγαθά, την μείωση των δημόσιων δαπανών για υπηρεσίες υγείας με την ταυτόχρονη επιβολή επιπλέον χρεώσεων στους χρήστες των υπηρεσιών και με περικοπές προγραμμάτων πρόληψης για την υγεία (πχ εμβολιασμοί) καθώς και πολλούς ακόμα ήσσονος σημασίας λόγους (Πετμεζίδου, 2015).

1.7 Το μοντέλο δαπανών, οι μεταβολές και η συσχέτιση με χαρακτηριστικά των νοικοκυριών: Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα

Αν και υπάρχει μια μακρά ιστορία της έρευνας σχετικά με τα πρότυπα των δαπανών των νοικοκυριών και τις μεταβολές τους με την πάροδο του χρόνου, η οποία χρονολογείται από τον 19ο αιώνα και το περίφημο έργο του Ernst Engel (1857), αυτά τα ερωτήματα έχουν προσελκύσει εντυπωσιακά μικρή προσοχή κατά τα τελευταία χρόνια. Οι διαθέσιμες μελέτες επικεντρώνονται συνήθως σε γενικότερα χαρακτηριστικά και όχι συγκεκριμένου τύπου δαπάνες (όπως εδώ αναφέρονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας) και παρουσιάζουν τα επίπεδα και τις δομές κατανάλωσης και τις αντίστοιχες τάσεις της αλλαγής τους (Blow, 2003; Blow & Oldfield, 2004; van Deelen & Schettkat, 2004; Herpin & Verger, 2000 a,b; Gardes, 2004; Kutsar, 2006). Άλλες έρευνες εξετάζουν τα ζητήματα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα πρότυπα κατανάλωσης καθορίζονται από το εισόδημα, τη σύνθεση και άλλα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών (Deaton et al., 1989; Langlois, 2003, 2005; Noll, 2006a) καθώς επίσης και σχετικά μεθοδολογικά ζητήματα (Blow et al., 2004).

Στα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία θα κληθεί να απαντήσει η παρούσα εργασία περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Σε ποιο βαθμό οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, τα επίπεδα κατανάλωσης και τα πρότυπα καθορίζονται από τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών σε σύγκριση με άλλες μεταβλητές;
- Ποιος είναι ο ρόλος του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου των νοικοκυριών καθώς και μεταβλητών όπως ο τύπος της περιοχής κατοικίας ως παράγοντες που εξηγούν τα επίπεδα και τις δομές των δαπανών υγείας;
- Πόσο διαφορετικά είναι τα επίπεδα και τα πρότυπα των δαπανών υγείας σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, ποιές οι διαφορές μεταξύ των πιο αδύναμων και των πιο πλούσιων νοικοκυριών;
- Οι διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων συγκλίνουν ή αποκλίνουν διαχρονικά;
- Ποια είναι τα επίπεδα ανισοτήτων με βάση τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και πώς αυτά μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της περιόδου αναφοράς;
- Πως επηρεάζονται τα επίπεδα της φτώχειας στην Ελλάδα από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών;

2. Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις των Οικογενειακών Προϋπολογισμών

2.1 Η Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ)

Η Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Household Budget Survey) είναι μία στατιστική εργασία η οποία υλοποιείται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), 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. Τα στοιχεία για τις δαπάνες που συγκεντρώνονται από τα νοικοκυριά είναι αναλυτικά για κάθε κατηγορία δαπάνης. Δεν συγκεντρώνονται δηλαδή πληροφορίες για κατηγορίες δαπανών συνολικά, όπως δαπάνες διατροφής, δαπάνες για υγεία κλπ., αλλά για κάθε δαπάνη χωριστά, π.χ. ψωμί άσπρο, γάλα νωπό πλήρες, μοσχάρι νωπό κλπ. ή φάρμακα, εξωνοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες κλπ. (ΕΛΣΤΑΤ, 2017).

Σύντομο Ιστορικό της ΕΟΠ

Μετά το πέρας του Β Παγκοσμίου Πολέμου και τις μεγάλες καταστροφές που υπέστη η χώρα και αμέσως μετά την ίδρυση της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (1956), υπήρξε επιτακτική η ανάγκη να καταρτιστούν οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες που να αποτυπώνουν την αναπτυξιακή πορεία της χώρας (Τσαούση & Ντούρος, 2002). Αυτός ήταν ο κύριος λόγος για την διενέργεια της πρώτης ΕΟΠ στην Ελλάδα κατά τα έτη 1957/58 η οποία είχε διάρκεια ένα χρόνο και το δείγμα ανήλθε σε 2.500 περίπου νοικοκυριά των αστικών περιοχών της χώρας. Η έρευνα αυτή συνεχίστηκε κατά τα επόμενα έτη και μέχρι το έτος 1972 μόνο σε δήμους άνω των 30.000 κατοίκων, σε μικρότερο όμως δείγμα νοικοκυριών. Τον Απρίλιο του έτους 1963, παράλληλα με την έρευνα στις αστικές περιοχές, άρχισε ευρείας έκτασης έρευνα στις ημιαστικές και στις αγροτικές περιοχές της χώρας, δηλαδή σε δήμους και κοινότητες με πληθυσμό κάτω των 10.000 κατοίκων. Διήρκεσε ένα χρόνο, περιελήφθησαν 3.755 νοικοκυριά των περιοχών αυτών και συνεχίστηκε μέχρι το έτος 1972 σε μικρότερο όμως δείγμα νοικοκυριών. Κατά τα έτη 1974, 1981/82, 1987/88, 1993/94, 1998/99 και 2004/05 πραγματοποιήθηκαν έρευνες Οικογενειακών

Προϋπολογισμών, οι οποίες κάλυψαν όλες τις περιοχές της χώρας, σε δείγμα περίπου 7.500 νοικοκυριών για την πρώτη και σε δείγμα περίπου 6.000 έως 6.800 νοικοκυριών για κάθε μια από τις πέντε επόμενες, και είχαν διάρκεια ένα έτος. Από το έτος 2008 αποφασίστηκε, για εθνικές ανάγκες η διενέργεια της έρευνας να είναι ετήσια και συνεχής, δηλαδή να έχει διάρκεια ένα χρόνο και να πραγματοποιείται κάθε χρόνο. Η συγκρισιμότητα των στοιχείων επιβάλλει σε όλες τις χώρες μέλη κατά το σχεδιασμό και την κατάρτιση των ερωτηματολογίων, να ληφθούν υπόψη οι συστάσεις της Eurostat για εναρμόνιση των ερευνών της, καθώς και η ταξινόμηση των αγαθών και υπηρεσιών που έχουν προταθεί από τη Eurostat, αφού προσαρμοστούν στις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας.

Σκοπός της Διενέργειας της ΕΟΠ

Με κάθε ΕΟΠ συγκεντρώνονται αναλυτικές πληροφορίες για την αξία των αγορών και των σε είδος απολαβών των νοικοκυριών, καθώς και για διάφορα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών και των κατοικιών τους. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις έρευνες από το 2008 και μετά, χρησιμοποιούνται κυρίως για τους παρακάτω αντικειμενικούς σκοπούς:

- Την αναθεώρηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή που καταρτίζεται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ).
- Τη συμπλήρωση των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων για την εκτίμηση της συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης.
- Τη μελέτη του ύψους και της διάρθρωσης των δαπανών των νοικοκυριών σε σχέση με το εισόδημα τους καθώς και με άλλα οικονομικά, κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.
- Την ανάλυση των μεταβολών του επιπέδου διαβίωσης των νοικοκυριών σε σχέση με τις προηγούμενες έρευνες.
- Τη μελέτη της σχέσης μεταξύ των αγορών και των σε είδος απολαβών των νοικοκυριών.
- Τη μελέτη των ορίων χαμηλού εισοδήματος κατά διάφορες κοινωνικό-οικονομικές κατηγορίες και ομάδες του πληθυσμού.
- Τη μελέτη των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες των νοικοκυριών της Χώρας.

Η έρευνα είναι δειγματοληπτική, με σχεδιασμό rotational integrated design που επιλέχθηκε ως ο πλέον κατάλληλος για ενιαία συγχρονική και διαχρονική έρευνα. Η διαχρονική δομή του δείγματος διακρίνεται σε τέσσερα εναλλασσόμενα υποδείγματα (panels), καθένα από τα οποία είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και διαρκεί τέσσερα χρόνια. Για κάθε δύο διαδοχικά χρόνια υπάρχει μερική επικάλυψη (75%) των panels. Κάθε χρόνο ένα panel εγκαταλείπει το δείγμα και ένα νέο panel επιλέγεται. Το σχήμα εναλλαγής άρχισε από το έτος 2008. Για να υπάρξει πλήρες δείγματα τέσσερα panels άρχισαν ταυτόχρονα. Για τη διαχρονική συνιστώσα της ΕΟΠ, τα άτομα που επιλέγονται, αρχικά ερευνώνται για περίοδο τεσσάρων ετών ίση με τη διάρκεια του κάθε panel. Τελική δειγματοληπτική μονάδα είναι το νοικοκυριό, ενώ μονάδες ανάλυσης είναι τα νοικοκυριά και τα μέλη τους.

Η έρευνα καλύπτει τα ιδιωτικά νοικοκυριά όλης της Χώρας, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή οποιαδήποτε οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Από την έρευνα εξαιρούνται:

- Οι κάθε είδους συλλογικές συμβιώσεις (οικοτροφεία, γηροκομεία, νοσοκομεία, φυλακές, αναμορφωτήρια, στρατόπεδα κλπ.).
- Τα νοικοκυριά που έχουν περισσότερους από πέντε (5) οικότροφους.
- Τα νοικοκυριά με μέλη ξένους υπηκόους που υπηρετούν σε ξένες διπλωματικές αποστολές.

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιείται κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου-Δεκεμβρίου κάθε έτους.

Στην έρευνα χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα όργανα :

- Ερευνητές, οι οποίοι είναι υπάλληλοι της ΕΛΣΤΑΤ και ιδιώτες συνεργάτες.
- Ελεγκτές, οι οποίοι θα είναι έμπειροι υπάλληλοι της διεύθυνσης Στατιστικών Πληθυσμού και Αγοράς Εργασίας.

Ως δαπάνες του νοικοκυριού θεωρούνται οι αξίες σε χρήμα των αγαθών και υπηρεσιών που αγόρασε το νοικοκυριό για να καλύψει τόσο τις οικογενειακές του ανάγκες, όσο και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις. Κατά την ανάλυση των δαπανών για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας λήφθηκαν υπόψη μόνο οι δαπάνες που

μετρούνται σε νομισματικές μονάδες και έγιναν εντός της Ελληνικής επικράτειας. Δεν λήφθηκαν υπόψη δαπάνες σε είδος (πχ από ίδια παραγωγή) ή δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλη χώρα. Επίσης δεν θεωρούνται δαπάνες:

- Οι πληρωμές που αυξάνουν τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού ή μειώνουν τα χρέη του προς τρίτους.
- Οι μεταβιβάσεις χρημάτων σε μέλη και μη μέλη των νοικοκυριών.
- Οι επαγγελματικές δαπάνες.
- Οι αμοιβές σε είδος που δίνονται από τον εργοδότη σαν αντιστάθμισμα των μειονεκτημάτων της εργασίας και τα μικρής αξίας δώρα.
- Οι υπηρεσίες που αποκτούν τα νοικοκυριά από δικά τους καταστήματα ή επιχειρήσεις.

Στις περιπτώσεις που οι επαγγελματικές δαπάνες είναι κοινές με τις οικογενειακές (πχ συστέγαση νοικοκυριού και οικογενειακής επιχείρησης κλπ), γίνεται προσπάθεια διαχωρισμού τους και υπολογισμός στο τμήμα της δαπάνης που αναλογεί στο νοικοκυριό.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υπόκεινται σε δειγματοληπτικά και μη δειγματοληπτικά σφάλματα. Τα δειγματοληπτικά σφάλματα οφείλονται στο γεγονός ότι οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από δείγμα νοικοκυριών και όχι από το σύνολο των νοικοκυριών της χώρας. Οι εκτιμήσεις των στατιστικών μεγεθών που παρουσιάζουν υψηλά σφάλματα δειγματοληψίας (πχ δαπάνες για μεταφορές) δύναται να γίνουν αποδεκτές, επειδή η διαχρονική τάση που παρουσιάζουν από έρευνα σε έρευνα παραμένει σταθερή. Τα μη δειγματοληπτικά σφάλματα προέρχονται κυρίως, από τους παρακάτω λόγους:

- Από το γεγονός ότι σε έρευνες όπως η ΕΟΠ, τα νοικοκυριά δεν παρέχουν πάντοτε πλήρεις και ακριβείς πληροφορίες και ιδιαίτερα για τις προσωπικού χαρακτήρα δαπάνες.
- Από τα σφάλματα μνήμης που αφορούν κυρίως για δαπάνες μικρής συχνότητας, που καταγράφονται με την μέθοδο της αναδρομικότητας.
- Από το γεγονός ότι στην ΕΟΠ τα νοικοκυριά ενημερώνονται πριν την διενέργεια της έρευνας, για την καταγραφή των καθημερινών τους δαπανών, με

αποτέλεσμα πολλές φορές να αλλάζουν τις καταναλωτικές τους συνήθειες κατά την διάρκεια της έρευνας.

Θεωρείται ωστόσο, ότι όλα τα παραπάνω μη δειγματοληπτικά σφάλματα περιορίζονται σε παραδεκτά όρια, γιατί σε όλα τα στάδια της έρευνας λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό στο ελάχιστο των σφαλμάτων αυτών. Έτσι, οι εκτιμήσεις των στατιστικών μεγεθών της έρευνας δύναται να γίνουν αποδεκτές διότι:

- Τα μη δειγματοληπτικά σφάλματα είναι μικρά και ως εκ τούτου προκαλούν μικρή μόνο αύξηση του συντελεστή μεταβλητότητας των εκτιμημένων μεγεθών της έρευνας σε σύνολο χώρας.
- Τα δειγματοληπτικά σφάλματα δε μεταβάλουν το ποσοστό του μέσου όρου κάθε είδους δαπάνης που πραγματοποιείται από τα νοικοκυριά.

Οι Δαπάνες Υγείας στην ΕΟΠ

Οι δαπάνες υγείας στην ΕΟΠ αποτελούν μια από τις δώδεκα βασικές κατηγορίες στις οποίες ταξινομούνται οι δαπάνες των νοικοκυριών. Οι κατηγορίες αυτές καθώς και ο κύριος κωδικός ταξινόμησης τους, φαίνεται στην λίστα που ακολουθεί:

01	Είδη διατροφής	07	Μεταφορές
02	Οινοπνευματώδη ποτά και καπνός	08	Επικοινωνίες
03	Είδη ένδυσης και υπόδησης	09	Αναψυχή και πολιτισμός
04	Στέγαση	10	Εκπαίδευση
05	Διαρκή αγαθά	11	Ξενοδοχεία, καφενεία και εστιατόρια
06	Υγεία	12	Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες

Ποιά συγκεκριμένα, οι δαπάνες υγείας είναι χωρισμένες σε 3 υποκατηγορίες σε κάποιες από τις οποίες γίνεται και περαιτέρω ανάλυση:

- Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός
 - Φαρμακευτικά προϊόντα
 - Λοιπά ιατρικά προϊόντα
 - Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός
- Υπηρεσίες Ιατρών
 - Ιατρικές υπηρεσίες
 - Οδοντιατρικές υπηρεσίες
 - Παραϊατρικές υπηρεσίες

- Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Είναι αυτονόητο ότι μιλώντας για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας αναφερόμαστε στις επίσημες πληρωμές των νοικοκυριών για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, την συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών και από τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Πρέπει να τονιστεί ότι σε αυτές τις δαπάνες δεν αναφέρονται στο μεγαλύτερο μέρος τους μια σειρά από άτυπες πληρωμές οι οποίες συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας που παρατηρείται έντονα στον υγειονομικό τομέα (Κυριόπουλος κ.ά., 1999· Souliotis et al. 2016). Επίσης δεν προσμετρείται σαν δαπάνη υγείας η ιδιωτική ασφάλιση (Σίσκου κ.ά., 2007).

Τέλος, παρακάτω ακολουθεί μια συνοπτική καταγραφή των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων του υλικού που περιλαμβάνεται στις ΕΟΠ:

Πλεονεκτήματα

- Μεθοδολογία και σχεδιασμός έρευνας (Rotating Sample Panel)
- Δυνατότητα πρόσβασης και επεξεργασίας των μικροδεδομένων της έρευνας
- Αναλυτική καταγραφή δαπανών (900 υποκατηγορίες) και εισοδημάτων
- Δημογραφικά, επαγγελματικά, κοινωνικό-οικονομικά και άλλα χαρακτηριστικά νοικοκυριών
- Δυνατότητα διερεύνησης προσδιοριστικών παραγόντων
- Χρηματικά και τεκμαρτά εισοδήματα και δαπάνες

Μειονεκτήματα

- Πληθυσμιακή κάλυψη (δεν περιλαμβάνονται άστεγοι, μετανάστες, ρομά κλπ)
- Δεν συνυπολογίζονται δωρεάν ή επιδοτούμενα από το κράτος αγαθά
- Υποεκτίμηση ορισμένων δαπανών (πχ ποτά, τσιγάρα) και εισοδημάτων
- Υπερεκτίμηση άλλων δαπανών (πχ δαπάνες για κρέας)

2.2 Εισοδήματα vs Δαπάνες

Είναι από δεκαετίες γνωστά τα πλεονεκτήματα αλλά και οι περιορισμοί που έχει η διερεύνηση των εισοδημάτων ατόμων ή νοικοκυριών ως προς την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο διαβίωσης τους. Στην παρούσα εργασία ωστόσο, η μεταβλητή που επιλέχθηκε να αναλυθεί είναι εκείνη που περιλαμβάνει τις καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών. Αυτή η επιλογή βασίστηκε στις πλέον πρόσφατες επιστημονικές αναφορές σχετικά με την μελέτη του επιπέδου διαβίωσης και των ανισοτήτων καθώς η κατανάλωση είναι το πιο άμεσο και ευρέως διαδεδομένο μέτρο του βιοτικού επιπέδου των ατόμων ή των νοικοκυριών, καθώς η κατανάλωση αφορά πόρους που πραγματικά καταναλώνονται (European Central Bank, 2016).

Οι δαπάνες των νοικοκυριών λαμβάνουν χώρα αφενός σαν το αποτέλεσμα των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων και αφετέρου με κριτήρια βάση των αναγκών, της ζήτησης ή της προσφοράς και των προτιμήσεων των νοικοκυριών. Οι δαπάνες αυτές μπορούν να θεωρηθούν ως οι εκδηλώσεις των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων καθώς και πολιτισμικών διαφορών και κοινωνικών διακρίσεων. Η μελέτη των μοτίβων, των ανισοτήτων και των παραγόντων που καθορίζουν τις δαπάνες των νοικοκυριών καθώς επίσης και των μεταβολών τους με το πέρασμα του χρόνου (με τη χρήση πληθυσμιακών ερευνών μεγάλης κλίμακας όπως είναι για την Ελλάδα η έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών) είναι πολλά υποσχόμενη από πολλές απόψεις (Noll, 2007):

- Σε γενικότερο επίπεδο, μπορεί να παρέχει πληροφορίες για τη γενική καταναλωτική συμπεριφορά ως σημαντική πηγή ανθρώπινης ευημερίας λαμβάνοντας υπόψη τις αντίστοιχες επιλογές και περιορισμούς.
- Η διερεύνηση των δαπανών και των μοτίβων κατανάλωσης των νοικοκυριών θεωρείται ότι είναι το κλειδί για την παρακολούθηση και την ερμηνεία των ανισοτήτων και των μεταβολών του βιοτικού επιπέδου και της γενικότερης ευημερίας.
- Η μελέτη των δαπανών και της συμπεριφοράς κατανάλωσης των νοικοκυριών είναι μια σημαντική και ελπιδοφόρα στρατηγική για την επέκταση και συμπλήρωση των γενικών προσεγγίσεων της μελέτης της ανισότητας ως βασικού θέματος της κοινωνιολογικής και οικονομικής έρευνας.

Οι αναλύσεις που βασίζονται στις καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών είναι πολύ δημοφιλής εδώ και δεκαετίες μεταξύ των οικονομολόγων: Η κατανάλωση μπορεί να θεωρηθεί ως ο τελικός σκοπός της οικονομικής συμπεριφοράς και επομένως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε κάθε οικονομική θεωρία, π.χ. τη μικροοικονομική θεωρία του νοικοκυριού (Stigler, 1954). Αντίθετα, οι κοινωνικοί επιστήμονες μόλις τα τελευταία χρόνια συνειδητοποίησαν την σπουδαιότητα που διαδραματίζουν τα καταναλωτικά μεγέθη των νοικοκυριών και ως εκ τούτου οι μελέτες σχετικά με την δομή και τις ανισότητες των δαπανών κατανάλωσης των νοικοκυριών είναι αρκετά περιορισμένες (Bögenhold & Fachinger, 2000· Langlois et al., 2000· Langlois, 2002· Langlois, 2003· Noll & Weick, 2005).

Σε σχέση με την παρούσα έρευνα, η μακροχρόνια επιστημονική συζήτηση σχετικά με το εάν τα εισοδήματα ή οι καταναλωτικές δαπάνες συνιστούν καλύτερα τους δείκτες ευημερίας και ανισότητας αποτέλεσε ζήτημα εξέχουσας σημασίας, όπως συμβαίνει άλλωστε σε κάθε παρόμοια έρευνα (Mitrakos & Tsakloglou, 1998). Το καλύτερο ίσως επιχείρημα υπέρ των δαπανών αποτελεί η λεγόμενη “υπόθεση σταθερού εισοδήματος / permanent income hypothesis ” (Friedman, 1957), σύμφωνα με την οποία οι δαπάνες των νοικοκυριών είναι πιο σταθερές διαχρονικά από τα τρέχοντα εισοδήματα, τα οποία μπορεί να κυμαίνονται σημαντικά όχι μόνο για πληθυσμιακές ομάδες όπως οι αυτοαπασχολούμενοι και τα άτομα με ευκαιριακή απασχόληση αλλά για το σύνολο του πληθυσμού εξαιτίας του τρόπου ζωής ή γεγονότων όπως η αποταμίευση ή η απόσβεση χρεών. Επομένως, οι δαπάνες αντικατοπτρίζουν καλύτερα το «μακροπρόθεσμο» ή το «μόνιμο» εισόδημα των νοικοκυριών και θεωρούνται από αυτή την άποψη ως ένα καλύτερο μέτρο της οικονομικής ευημερίας και των αντιστοίχων ανισοτήτων: Αν οι δαπάνες διατηρηθούν σε σταθερό επίπεδο με την πάροδο του χρόνου ακόμα και αν τα εισοδήματα είναι ακρετά ασταθή, είναι πιο πιθανό να αντιπροσωπεύουν καλύτερα το μέσο εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού. Εάν πράγματι αυτό ισχύει, τότε οι ανισότητες που προκύπτουν από τις δαπάνες αποτυπώνουν πιστά τις ανισότητες στο επίπεδο διαβίωσης και ευημερίας των ατόμων ή των νοικοκυριών, γεγονός που η διαφοροποίηση του μέσου εισοδήματος δεν μπορεί να αποτυπώσει (Brewer et al., 2006). Πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών τεκμηριώνουν τα πιο πάνω επιχειρήματα: Όπως αναφέρει ο Atkinson (1998) “σε μια προσέγγιση του βιοτικού επιπέδου πρέπει να θεωρείται αυτονόητο ότι η μεταβλητή που μελετήθηκε είναι η κατανάλωση” ή οι Zaidi &

de Vos (2001) “*Η κατανάλωση μπορεί να υποστηριχθεί ως ένα πιο συναφές μέτρο όταν κάποιος ενδιαφέρεται για την εκτίμηση προτύπων ή επιπέδων διαβίωσης*” ή τέλος οι Meyer & Sullivan (2006) “*Τα εννοιολογικά επιχειρήματα σχετικά με το αν το εισόδημα ή η κατανάλωση είναι ένα καλύτερο μέτρο της υλικής ευημερίας των φτωχών σχεδόν πάντοτε ευνοούν την κατανάλωση*”.

2.3 Οι παράτυπες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία και η επιλογή των οικογενειακών προϋπολογισμών

Από την βιβλιογραφία είναι γνωστό ότι το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας, είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναφέρεται στα επίσημα εθνικά στοιχεία (Souliotis et al., 2015). Οι δαπάνες αυτές αποτελούνται από τις επίσημες πληρωμές των νοικοκυριών για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, από την συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών και από τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και από μια σειρά από πρόσθετες άτυπες πληρωμές, οι οποίες συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας (Κυριόπουλος κ.α., 1999).

Στην Ελλάδα η διαφθορά που οδηγεί σε παράτυπες πληρωμές εντοπίζεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της οικονομίας, ωστόσο ο τομέας της υγείας είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε αυτό το φαινόμενο λόγω των εγγενών χαρακτηριστικών του, όπως είναι η ασυμμετρία της πληροφορίας και η σχέση εξουσίας μεταξύ του παρόχου και του καταναλωτή (δηλαδή μεταξύ ιατρού και ασθενή). Φυσικά, την κατάσταση εντείνουν και μια σειρά πρόσθετων λόγων όπως είναι η κατεπείγουσα φύση των αιτημάτων υγειονομικής περίθαλψης ή ιατρικών πράξεων και η υψηλή αξία της υγείας των ασθενών, ο περίπλοκος μηχανισμός τιμολόγησης των αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων με περίπλοκες σχέσεις και συμφέροντα στον τομέα της υγείας (European Commission, 2013).

Οι παράτυπες αυτές πληρωμές, προκύπτουν από μια σειρά οικονομικών δραστηριοτήτων οι οποίες διαφεύγουν από τις επίσημες μετρήσεις και ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την ακύρωση της έννοιας της δημόσιας υγείας, αφού μεταθέτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της περίθαλψης στα νοικοκυριά (Μπεαζόγλου κ.α., 1995). Πρέπει να επισημανθεί πως παρά το γεγονός ότι ο κύριος όγκος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, σημαντικού

μεγέθους παραοικονομικές δραστηριότητες συναντώνται και στην νοσοκομειακή περίθαλψη, αφού εκεί οι παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν προϋποθέσεις για την καταβολή πρόσθετων πληρωμών είναι περισσότεροι (Κυριόπουλος, 1992).

Μέχρι σήμερα δεν έχει καταστεί εφικτό να μετρηθούν οι παράτυπες πληρωμές με ακρίβεια στο σύνολο τους. Οι όποιες προσπάθειες ακριβούς μέτρησης των πληρωμών αυτών υπήρξαν ατελέσφορες, καθώς είναι αδύνατον να μετρηθούν από την πλευρά των αποδεκτών αυτού του τύπου των πληρωμών. Ωστόσο όπως προκύπτει και από την ελληνική βιβλιογραφία, οι οικογενειακοί προϋπολογισμοί ενσωματώνουν ένα μέρος αυτών των άτυπων πληρωμών μέσω της μέτρησης των δαπανών των νοικοκυριών εξασφαλίζοντας υψηλότερο βαθμό ακρίβειας και αξιοπιστίας των δεδομένων συγκριτικά με άλλες μετρήσεις (Γείτονα κ.α., 1997).

Συμπερασματικά, οι παράτυπες πληρωμές στον χώρο της υγείας μπορούν να ερμηνευθούν με διαρθρωτικούς και πολιτισμικούς όρους (Cohen, 2012). Οι ερμηνείες αυτές εντοπίζονται στις ειδικές συνθήκες και τους περιορισμούς ο οποίοι σχετίζονται με το σύστημα υγείας της χώρας όπως για παράδειγμα η κακή οργάνωση, η χαμηλή ποιότητα και οι συνθήκες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι ρυθμιστικές ελλείψεις και η έλλειψη λογοδοσίας στην δημόσια διοίκηση, η αδυναμία ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με τα δικαιώματά τους καθώς επίσης και η “έλλειψη πίστης” στο σύστημα υγείας και η παγιωμένη αντίληψη περί ύπαρξης διαφθοράς.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις από διάφορες μελέτες κατά την τελευταία εικοσαετία που δείχνουν ότι οι άτυπες πληρωμές χρησιμοποιούνται πολύ συχνά για την υποστήριξη των ανεπαρκών προϋπολογισμών για την υγειονομική περίθαλψη (Kaitelidou et al., 2013). Ωστόσο, αυτός είναι ίσως ο χειρότερος δυνατός τρόπος για την χρηματοδότηση του τομέα υγείας καθώς οδηγεί στην διεύρυνση των ανισοτήτων. Οι παράτυπες πληρωμές επηρεάζουν τα φτωχότερα νοικοκυριά περισσότερο και διευρύνουν τις ήδη υπαρκτές από την δημόσια χρηματοδότηση ανισότητες, καθώς δεν υπάρχει καν η δυνατότητα εφαρμογής πολιτικών απαλλαγής και προκαλούν την παροχή υπηρεσιών υγείας οι οποίες είναι πιο επικερδής για τους παρόχους αλλά σε καμία περίπτωση δεν αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικές. Σε αυτού του είδους την παράτυπη “αγοροπωλησία” για την παροχή υπηρεσιών υγείας, το βάρος δίνεται στους ασθενείς που έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν και όχι σε εκείνους που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη για την λήψη των υπηρεσιών αυτών.

2.4 Δείκτες ανισοτήτων

Προκειμένου να αποτυπωθεί ο βαθμός της ανισότητας και της φτώχειας που προκαλούνται από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας αλλά και να αποτυπωθεί με μετρήσιμο τρόπο η επίδραση τους κατά την περίοδο αναφοράς της μελέτης, θα χρησιμοποιηθούν μια σειρά δεικτών οι οποίοι είναι καταγεγραμμένοι στην ελληνική και την διεθνή βιβλιογραφία ως οι πλέον κατάλληλοι για την μέτρηση των κοινωνικών ανισοτήτων (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011· Frosini, 2012· Wagstaff & van Doorslaer· 2003· Contoyannis & Forster, 1999).

Η οικονομική μεταβλητή για τον προσδιορισμό της ανισότητας και της φτώχειας που χρησιμοποιείται στην ανάλυση που θα ακολουθήσει είναι η συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη. Πρόκειται ουσιαστικά για τη συνολική ετήσια καταναλωτική δαπάνη σε ευρώ για προϊόντα και υπηρεσίες που έχουν αγοράσει τα νοικοκυριά κατά την περίοδο αναφοράς της μελέτης, δηλαδή για τα έτη 2008 έως 2015. Η καταναλωτική δαπάνη χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια στην διεθνή βιβλιογραφία ως βασική οικονομική μεταβλητή στη μέτρηση της ανισότητας, στο επίπεδο διαβίωσης και της φτώχειας. Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό αναλύονται σε προηγούμενη ενότητα όπου γίνεται σύγκριση μεταξύ εισοδήματος και δαπάνης. Ως δημογραφική μονάδα ανάλυσης της καταναλωτικής δαπάνης θα χρησιμοποιηθεί το νοικοκυριό, το οποίο επιτελεί πολύ πιο ουσιαστικό ρόλο στην ελληνική πραγματικότητα σε σχέση με άλλες κοινωνίες όπου το άτομο βρίσκεται στο επίκεντρο της ανάλυσης.

Η μέτρηση της ανισότητας των νοικοκυριών ως προς την ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη θα γίνει με την χρήση ευρέως διαδεδομένων δεικτών ο οποίοι είναι:

- Gini coefficient
- Ricci-Schutz coefficient (RS) ή Pietra's measure
- Atkinson measure ($\epsilon=0,5$)
- Coefficient of variation (var.coeff)
- Squared coefficient of variation (sq_var.coeff)
- Theil's measure (parameter=0)

Όλοι αυτοί οι δείκτες ικανοποιούν τις βασικές ιδιότητες που οφείλουν να έχουν οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας, δηλαδή της ανωνυμίας, της ανεξαρτησίας από το μέγεθος του πληθυσμού, της ανεξαρτησίας από τη μονάδα μέτρησης της οικονομικής

μεταβλητής (εισόδημα ή κατανάλωση) και την αρχή της μετάβασης. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας δεν θα γίνει αναφορά στον υπολογισμό των δεικτών μέτρησης της ανισότητας και τις ιδιότητες τους καθώς αυτά μπορούν εύκολα να βρεθούν στην πρωτότυπη μορφή τους στην βιβλιογραφία (Atkinson, 1983· Jenkins, 1991· Cowell, 2000· Atkinson & Bourguignon, 2000· Cowell, 2015) και να χρησιμοποιηθούν από έτοιμα πακέτα στατιστικών εργαλείων χωρίς να χρειάζεται ο μαθηματικός υπολογισμός τους. Στην παρούσα εργασία, για τον υπολογισμό των τιμών των δεικτών ανισότητας, χρησιμοποιήθηκε το πακέτο “ineq” του στατιστικού προγράμματος R. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας δεν είναι αξιακά ουδέτεροι. Κάθε δείκτης εμφανίζει διαφορετική ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά σημεία της κατανομής και κατά συνέπεια, αντανακλά μια συγκεκριμένη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας (Piachaud, 1993· Παπαθεοδώρου, 2004). Έτσι ο δείκτης Gini εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που γίνονται στο μέσο της διανομής. Μεταξύ των δεικτών Theil και Coefficient of variation μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που πραγματοποιούνται στα χαμηλά εισοδήματα εμφανίζει ο πρώτος και στα υψηλά εισοδήματα ο δεύτερος. Η ευαισθησία του δείκτη Atkinson καθορίζεται από την τιμή της ϵ , που είναι η παράμετρος αποστροφής της ανισότητας και στην παρούσα έρευνα θα οριστεί σε $\epsilon=0,5$. Σε μεγαλύτερες τιμές της παραμέτρου ϵ αυξάνεται και η ευαισθησία του δείκτη σε αλλαγές στο κάτω άκρο της κατανομής. Η χρήση εναλλακτικών δεικτών στην αποτύπωση της ανισότητας μας βοηθάει να ελέγξουμε την εγκυρότητα των εκτιμήσεών μας και να διερευνήσουμε διαφορετικές πλευρές του φαινομένου.

Για τη διερεύνηση της κατανομής των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και τις επιδράσεις που έχουν σε διαφορετικά κλιμάκια του πληθυσμού, χωρίζουμε τον πληθυσμό σε δεκατημόρια με βάση το ύψος της συνολικής ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Κάθε δεκατημόριο περιλαμβάνει το 10% του συνόλου των ατόμων, με το πρώτο δεκατημόριο να περιλαμβάνει το 10% του φτωχότερου πληθυσμού (δηλαδή των ατόμων με την πιο χαμηλή καταναλωτική δαπάνη) και το 10ο δεκατημόριο το 10% του πλουσιότερου (δηλαδή των ατόμων με την πιο υψηλή καταναλωτική δαπάνη).

Για τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στη φτώχεια, χρησιμοποιούμε τον ευρέως διαδεδομένο ορισμό της σχετικής φτώχειας, σύμφωνα με τον οποίο το όριο φτώχειας ορίζεται στο 60% της διαμέσου της

ισοδύναμης κατανάλωσης. Πρόκειται για έναν σχετικά αυθαίρετο δείκτη που στερείται κάποιας ουσιαστικής θεωρητικής τεκμηρίωσης. Γίνεται όμως εύκολα κατανοητός ακόμα και από τους μη ειδικούς στον χώρο και μπορεί να υπολογιστεί με σχετική ευκολία, χωρίς να απαιτεί πολύπλοκα και υψηλού κόστους ως προς τη συλλογή και τεκμηρίωση δεδομένα (Παπαθεοδώρου κ.α., 2008).

Επίσης, ένας διαρθρωτικός δείκτης ο οποίος αποτελεί βασικό δείκτη μέτρησης της ανισότητας, είναι ο δείκτης S80/S20. Ο δείκτης S80/S20 είναι ο λόγος της δαπάνης των 20% περισσότερο εύπορων προς το εισόδημα των 20% λιγότερο εύπορων νοικοκυριών. Ο δείκτης S80/S20 είναι ευαίσθητος στις αλλαγές που συμβαίνουν στα ανώτερα και κατώτερα πεμπτημόρια του πληθυσμού, δηλαδή ανάμεσα στα “πλουσιότερα” και στα “φτωχότερα” τμήματα του πληθυσμού.

Τέλος, για την αποτύπωση των ανισοτήτων που αφορούν τις δαπάνες (υγείας και γενικές) στο σύνολο του πληθυσμού γίνεται χρήση της καμπύλης Lorenz, που αποτελεί το πιο γνωστό ίσως από την βιβλιογραφία μέτρο συγκέντρωσης (Cowell, 2009). Για την εφαρμογή της καμπύλης Lorenz, οι δαπάνες ταξινομούνται κατά φθίνουσα σειρά της πυκνότητας τους και υπολογίζεται η ποσοστιαία κατανομή, καθώς και η αθροιστική σειρά των ποσοστιαίων τούτων αναλογιών (Lorenz, 1905). Στη συνέχεια σε σύστημα ορθογώνιων συντεταγμένων χαράσσεται η γραφική παράσταση της καμπύλης Lorenz, στην οποία ο μεν άξονας των τετμημένων μετρά την αθροιστική σειρά της ποσοστιαίας κατανομής του πληθυσμού, ο δε άξονας των τεταγμένων της αθροιστική σειρά της ποσοστιαίας κατανομής των δαπανών και εντοπίζονται τα σημεία της αντιστοιχίας των αθροιστικών σειρών (%) δαπανών και πληθυσμού, τα οποία σχηματίζουν πολυγωνική γραμμή (απόκαλουμενη ως καμπύλη Lorenz), φέρεται δε και η διαγώνιος (45ο), καλούμενη διαγώνιος ισοκατανομής. Στην απεικόνιση αυτή παρατηρούνται τα εξής (Παπαδασκαλόπουλος, 2000):

- Αν ο πληθυσμός ήταν ομοιόμορφος κατανεμημένος σε όλες τις επιμέρους περιοχές (όλος ο πληθυσμός είχε σταθερές δαπάνες X), η αθροιστική καμπύλη του πληθυσμού θα ακολουθούσε τη διαγώνιο γραμμή της αθροιστικής σειράς των περιοχών (διαγώνιος ισοκατανομής).
- Εάν, αντιθέτως ο πληθυσμός ήταν κατανεμημένος με την μέγιστη δυνατή ανισότητα, τότε η αθροιστική καμπύλη του πληθυσμού θα συνέπιπτε με τον άξονα των τετμημένων.

- Ο βαθμός συγκεντρώσεως αντιπροσωπεύεται κατ' ακολουθία από την απόκλιση της καμπύλης μεταξύ των δύο αυτών άκρων.

2.5 Μεθοδολογία ανάλυσης

Για μια σειρά λόγων ο οποίοι αναλύθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών αποτελούν τις πλέον αξιόπιστες διαθέσιμες πηγές στατιστικών στοιχείων για την μελέτη των δαπανών των νοικοκυριών για συγκεκριμένες κατηγορίες καθώς και των φαινομένων της φτώχειας και της ανισότητας. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται το πρωτογενές υλικό (μικροδεδομένα) των ΕΟΠ για την περίοδο 2008 – 2015 οι οποίες διενεργήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και καλύπτουν το σύνολο των νοικοκυριών της χώρας. Στον πίνακα 2.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα βασικά μεγέθη των ΕΟΠ ανά έτος: ο τελικός αριθμός των νοικοκυριών που συμμετείχαν στην έρευνα (περίπου 3500 κατά τα πρώτα έτη και σχεδόν διπλάσιο για τα έτη 2015-16), το ποσοστό ανταπόκρισης (από 60% έως 70% περίπου), οι συντελεστές μεταβλητότητας για το σύνολο των αγαθών και υπηρεσιών (από 1,5% έως 2,6%) καθώς και για τις δαπάνες υγείας (από 2,8% έως 4,6%) και τέλος το κλάσμα της δειγματοληψίας επί του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 0,8% κατά τα πρώτα έτη μέχρι 1,5% για το 2015).

Πίνακας 2.1: Βασικά μεγέθη δειγματοληψίας των ΕΟΠ ανά έτος

ΕΟΠ	Νοικοκυριά			Συντελεστής Μεταβλητότητας %	
	Τελικό Δείγμα	Ποσοστό ανταπόκρισης	Δειγματοληψία επί του συνολικού πληθυσμού	Σύνολο Αγαθών και Υπηρεσιών	Υγεία
2008	3460	-	0,08%	-	-
2009	3524	-	0,08%	1,8%	2,8%
2010	3512	69,3%	0,08%	1,9%	3,7%
2011	3515	71,3%	0,08%	2,4%	4,6%
2012	3572	63,6%	0,08%	2,6%	4,6%
2013	3468	63,2%	0,08%	2,4%	4,3%
2014	5888	63,2%	1,42%	1,8%	2,8%
2015	6150	64,1%	1,50%	1,5%	3,0%

Τόσο για λόγους θεωρητικούς - όπως ήδη αναφέρθηκε η καταναλωτική δαπάνη θεωρείται ότι προσεγγίζει καλύτερα το “μόνιμο εισόδημα” των νοικοκυριών από ότι το τρέχον εισόδημα τους – όσο και επειδή τα στοιχεία εισοδήματος των ΕΟΠ θεωρούνται

από την ΕΛΣΤΑΤ λιγότερο αξιόπιστα σε σχέση με τα αντίστοιχα στοιχεία καταναλωτικών δαπανών, τα αποτελέσματα βασίζονται κυρίως στην χρήση κατανομών καταναλωτικής δαπάνης. Ο ορισμός της καταναλωτικής δαπάνης που χρησιμοποιείται στην μελέτη περιλαμβάνει τις δαπάνες σε χρήμα και όχι τις τεκμαρτές δαπάνες κατανάλωσης (κατανάλωση ίδιας παραγωγής, παροχές σε είδος κλπ) καθώς η φύση της έρευνας – δηλαδή η μελέτη των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών – είναι τέτοια η οποία αφορά μόνο τις πρώτες. Η μονάδα ανάλυσης που χρησιμοποιείται για την παρούσα μελέτη είναι τα νοικοκυριά καθώς κρίθηκε πως για την Ελληνική περίπτωση μπορούν να αποτυπώσουν καλύτερα την γενική εικόνα της κοινωνίας σε σχέση με τα άτομα.

Το κεφάλαιο 3 που ακολουθεί, έχει ως στόχο την αποτύπωση του καταναλωτικού προτύπου των νοικοκυριών καθώς και την παρουσίαση των βασικών μεγεθών που αφορούν τις δαπάνες, τόσο τις συνολικές όσο και τις δαπάνες υγείας. Έτσι αρχικά γίνεται ανάλυση και παρουσίαση των δαπανών των νοικοκυριών σε 12 βασικές κατηγορίες δαπάνης οι οποίες αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα. Οι δαπάνες ανά κατηγορία παρουσιάζονται τόσο σε νομισματικές μονάδες όσο και σαν ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών. Στην συνέχεια η έρευνα επικεντρώνεται στην ανάλυση των δαπανών υγείας καθ' όλη την περίοδο αναφοράς καθώς και τις τάσεις και τις μεταβολές των δαπανών αυτών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η παρατήρηση του ποσοστού των νοικοκυριών τα οποία έχουν πραγματοποιήσει δαπάνες υγείας σε κάθε έτος, αυτά που έχουν δαπάνες μικρότερες από 240 € ανά έτος (δηλαδή δαπάνες μικρότερες από 20 € τον μήνα κατά μέσο όρο) και τέλος αυτά που έχουν δαπάνες μεγαλύτερες από 2400 € ανά έτος (δηλαδή μεγαλύτερη από 200 € μηνιαία δαπάνη κατά μέσο όρο).

Ακολούθως, γίνεται εμβάθυνση της ανάλυσης των δαπανών υγείας ανά υποκατηγορία δαπάνης σε: i) Φαρμακευτικά Προϊόντα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός ii) Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας και iii) Νοσοκομειακή Περίθαλψη. Οι πρώτες δύο υποκατηγορίες αναλύονται περαιτέρω: Η κατηγορία που περιλαμβάνει τα φαρμακευτικά προϊόντα σε i) Φάρμακα ii) Άλλα ιατρικά προϊόντα και iii) Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός, ενώ η κατηγορία για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας σε i) Ιατρικές υπηρεσίες ii) Οδοντιατρικές υπηρεσίες και iii) Παραϊατρικές υπηρεσίες.

Εν συνεχεία, ακολουθεί η ανάλυση των δαπανών υγείας σε κάθε υποκατηγορία δαπάνης ανάλογα με την τύπο της περιοχής που διαμένει το νοικοκυριό. Οι περιοχές χωρίζονται σε: i) Αστικές (με πληθυσμό μεγαλύτερο από 10000) ii) Ημιαστικές (με πληθυσμό από 2000 έως 9999 κατοίκους) και iii) Αγροτικές (περιοχές με πληθυσμό έως 1999 κατοίκους). Επίσης εδώ πραγματοποιείται και ο κατάλληλος στατιστικός έλεγχος με την χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (Anova between groups) για τον προσδιορισμό της στατιστικής σημαντικότητας της σχέσης μεταξύ δαπανών υγείας και τύπου περιοχής των νοικοκυριών.

Το κεφάλαιο 4 αφορά πρωτίστως τον ρόλο που διαδραματίζουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μέσω της μέτρησης των ανισοτήτων και της φτώχειας των νοικοκυριών. Για αυτό τον λόγο, η ανάλυση ξεκινάει εδώ με την κατηγοριοποίηση των νοικοκυριών σε δεκατημόρια ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης με ταυτόχρονη παράθεση των δαπανών τους (συνολικών, υγείας και υποκατηγοριών της). Σε κάθε τέτοιο πίνακα που κατασκευάζεται υπολογίζεται στο τέλος του και ο λόγος 10/1, ο λόγος δηλαδή των τιμών που λαμβάνουν οι μεταβλητές ενδιαφέροντος μεταξύ των νοικοκυριών που συνθέτουν το ανώτερο 10% (δηλαδή τα νοικοκυριά που δαπανούν τα περισσότερα χρήματα) προς εκείνα τα νοικοκυριά που συνθέτουν το κατώτερο 10% (δηλαδή τα νοικοκυριά που δαπανούν τα λιγότερα χρήματα). Ο λόγος 10/1 αποτελεί έναν απλό αλλά αποτελεσματικό τρόπο για την εξέταση της ανισότητας των δαπανών και ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του λόγου είναι ότι επιτρέπει την ανάλυση ευαισθησίας μεταξύ των άκρων της κατανομής.

Στην συνέχεια, υπολογίζονται και παρουσιάζονται μια σειρά από δείκτες ανισοτήτων οι οποίοι παρατίθενται στην συνέχεια με τα κύρια χαρακτηριστικά τους. Οι τύποι υπολογισμού των δεικτών προτιμήθηκε να μην παρουσιαστούν καθώς αφενός κάποιος είναι σύνθετοι και δύσκολα κατανοητοί και αφετέρου ο υπολογισμός τους έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου R, το οποίο περιλαμβάνει το πακέτο “ineq” και αφορά τον υπολογισμό των συγκεκριμένων δεικτών. Λεπτομερή στοιχεία για το πακέτο καθώς και ο κώδικας που χρησιμοποιήθηκε στην R για τον υπολογισμό των δεικτών παρατίθεται στην αρχή του παραρτήματος Δ.

Ο συντελεστής Gini αποτελεί τον πιο δημοφιλή δείκτη μέτρησης της ανισότητας και ορίζεται ως λόγος των αθροιστικών μεριδίων του πληθυσμού, κατανεμημένου ανάλογα με το ύψος των δαπανών προς το αθροιστικό μερίδιο του συνολικού ποσού

που λαμβάνουν και η τιμή του κυμαίνεται από 0 (πλήρης ισότητα) έως 1 (πλήρης εισοδηματική ανισότητα). Υπολογίζεται από το πλαίσιο της καμπύλης Lorenz που απεικονίζεται στο σχήμα.

Η καμπύλη Lorenz δείχνει το ποσοστό του συνολικού εισοδήματος που κερδίζεται από το σωρευτικό ποσοστό του πληθυσμού. Σε μια απόλυτα ισότιμη κοινωνία, το «φτωχότερο» 25% του πληθυσμού θα κερδίσει το 25% του συνολικού εισοδήματος, το «φτωχότερο» 50% του πληθυσμού θα κερδίσει το 50% του συνολικού εισοδήματος και η καμπύλη Lorenz θα ακολουθήσει την πορεία τη γραμμή ισότητας 45 °. Καθώς αυξάνεται η ανισότητα, η καμπύλη Lorenz αποκλίνει από τη γραμμή ισότητας. Το "φτωχότερο" 25% του πληθυσμού μπορεί να κερδίσει το 10% του συνολικού εισοδήματος. Το "φτωχότερο" 50% του πληθυσμού μπορεί να κερδίσει το 20% του συνολικού εισοδήματος και ούτω καθεξής.

Ο συντελεστής Gini είναι ισοδύναμος με το μέγεθος της περιοχής μεταξύ της καμπύλης Lorenz και της γραμμής ισότητας 45 ° διαιρούμενης με τη συνολική έκταση κάτω από τη γραμμή ισότητας 45 °. Η κύρια αδυναμία του συντελεστή Gini ως μέτρο κατανομής του εισοδήματος είναι ότι δεν είναι σε θέση να διαφοροποιήσει διαφορετικά είδη ανισοτήτων. Οι καμπύλες Lorenz μπορεί να διασταυρώνονται, αντανακλώντας διαφορετικά πρότυπα κατανομής του εισοδήματος, αλλά παρόλα αυτά οδηγούν σε πολύ παρόμοιες τιμές συντελεστών Gini. Επίσης ο συντελεστής Gini είναι πιο ευαίσθητος στις ανισότητες στο μεσαίο τμήμα του φάσματος εισοδημάτων η δαπανών και κατά συνέπεια δεν είναι αξιακά ουδέτερος. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς αυτούς, ο συντελεστής Gini έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη βιβλιογραφία για την μέτρηση των κοινωνικών ανισοτήτων και ειδικά για ανισότητες στην υγεία.

Ο δείκτης Ricci-Schutz, γνωστός και ως Pietra measure, αντιπροσωπεύει τη μέγιστη κατακόρυφη απόσταση από την καμπύλη Lorenz έως τη γραμμή ισότητας 45°. Ονομάζεται και δείκτης Robin Hood επειδή μπορεί να ερμηνευτεί ως το ποσοστό του ποσού (εισοδήμα ή δαπάνη) που πρέπει να μεταφερθεί από εκείνα τα νοικοκυριά που υπερβαίνουν το μέσο όρο σε εκείνα που βρίσκονται κάτω από τον μέσο όρο για να επιτευχθεί ίση κατανομή. Ως εκ τούτου, οι υψηλότερες τιμές του Robin Hood δείχνουν μια πιο άνιση κοινωνία, όπου ένα μεγαλύτερο μερίδιο του εισοδήματος πρέπει να διανεμηθεί για να επιτευχθεί ισότητα. Ο δείκτης Robin Hood έχει χρησιμοποιηθεί

αποτελεσματικά σε αρκετές μελέτες ανισότητας. Σε αντίθεση άλλους δείκτες ο Robin Hood δεν ενσωματώνει μια παράμετρο ευαισθησίας.

Μέτρα όπως ο συντελεστής Gini δεν είναι καθαρά «στατιστικά» και εμπεριέχουν σιωπηρές κρίσεις σχετικά με το βάρος που πρέπει να αποδοθεί στην ανισότητα σε διάφορα σημεία της κλίμακας εισοδημάτων. Για αυτό τον λόγο ο δείκτης Atkinson ενσωματώνει μια παράμετρο ευαισθησίας η οποία μπορεί να κυμαίνεται από 0 (σημαίνει ότι ο ερευνητής είναι αδιάφορος για τη φύση της κατανομής του εισοδήματος ή της δαπάνης), στο άπειρο (όπου ο ερευνητής ενδιαφέρεται μόνο για την θέση της ομάδας των πολύ χαμηλών εισοδημάτων ή δαπανών). Ο Atkinson ισχυρίστηκε ότι αυτός ο δείκτης ήταν ένας τρόπος να ενσωματωθεί η αντίληψη του Rawls για την κοινωνική δικαιοσύνη στη μέτρηση της εισοδηματικής ανισότητας. Στην πράξη, χρησιμοποιήθηκε η τιμή $\epsilon = 0,5$. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή, τόσο πιο ευαίσθητος είναι ο δείκτης Atkinson στις ανισότητες στο κάτω μέρος της κατανομής του εισοδήματος. Μια διαισθητική ερμηνεία αυτού του δείκτη είναι δυνατή: οι τιμές Atkinson μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον υπολογισμό του ποσοστού του συνολικού εισοδήματος ή των δαπανών που θα χρειαζόταν για να επιτευχθεί ένα ίσο επίπεδο κοινωνικής ευημερίας. Για παράδειγμα, μια τιμή του δείκτη Atkinson 0,20 δείχνει ότι θα μπορούσαμε να επιτύχουμε το ίδιο επίπεδο κοινωνικής πρόνοιας με μόνο $1 - 0,20 = 80\%$ του εισοδήματος ή αντίστοιχα των δαπανών. Το θεωρητικό εύρος των τιμών του δείκτη Atkinson είναι 0 έως 1, με το 0 να είναι κατάσταση ισότιμης κατανομής.

Ο συντελεστής μεταβλητότητας (CV) υπολογίζεται με τη διαίρεση της τυπικής απόκλισης της κατανομής του εισοδήματος ή των δαπανών κατά μέσο όρο. Οι πιο ισότιμες κατανομές εισοδήματος ή δαπανών θα έχουν μικρότερες τυποποιημένες αποκλίσεις. Ως εκ τούτου, η τιμή CV θα είναι μικρότερη σε πιο ισότιμες κοινωνίες. Παρά το γεγονός ότι είναι ένα από τα απλούστερα μέτρα ανισότητας, η χρήση του συντελεστή μεταβλητότητας είναι αρκετά περιορισμένη στη βιβλιογραφία της δημόσιας υγείας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε σημαντικούς περιορισμούς του μέτρου CV: i) δεν έχει ανώτερο όριο, σε αντίθεση με το συντελεστή Gini, καθιστώντας κάπως πιο δύσκολη την ερμηνεία και τη σύγκριση και ii) τα δύο συστατικά του CV (η μέση και η τυπική απόκλιση) μπορούν να επηρεαστούν υπερβολικά από ακραίες τιμές. Με άλλα λόγια, ο συντελεστής μεταβλητότητας είναι κατάλληλος σαν μέτρο ανισότητας μόνο εάν η κατανομή των δεδομένων προσεγγίζει την κανονική κατανομή.

Ο δείκτης Theil αποτελεί το πιο γνωστό μέτρο εντροπίας. Αυτό σημαίνει ότι επιτρέπει την αποσύνθεση της ίδιας της ανισότητας στο τμήμα που πραγματικά οφείλεται η ανισότητα, για παράδειγμα εντός των περιοχών (π.χ. αστικές, ημιαστικές, αγροτικές) και το τμήμα που οφείλεται στις διαφορές μεταξύ περιοχών (π.χ. έλλειμμα αγροτικού-αστικού εισοδήματος). Τυπικά τουλάχιστον τα τρία τέταρτα της ανισότητας σε μια χώρα οφείλονται στην ανισότητα εντός των ίδιων των ομάδων και το υπόλοιπο ένα τέταρτο στις διαφορές μεταξύ των ομάδων.

Μετά τους δείκτες ανισότητας ακολουθεί ο υπολογισμός της σχετικής φτώχειας σαν το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ισοδύναμες καταναλωτικές δαπάνες κατώτερες από το κατώφλι φτώχειας το οποίο εδώ ορίζεται στο 60% της διαμέσου των συνολικών καταναλωτικών δαπανών. Μιας και η σχετική φτώχεια ορίζεται σχετικά αυθαίρετα και αποτελεί μέτρο σύγκρισης, για να γίνει περισσότερο ουσιαστική η συνεισφορά της στην παρούσα μελέτη υπολογίζεται και η ποσοστιαία μεταβολή του ποσοστού της σχετικής φτώχειας η οποία οφείλεται στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Έτσι δίνεται η δυνατότητα αντί να συγκριθούν απλά τα ποσοστά της σχετικής φτώχειας από χρόνο σε χρόνο, να συγκριθεί η μεταβολή του ποσοστού αυτού η οποία οφείλεται στις δαπάνες υγείας.

Τέλος, υπολογίζονται τα πεμπτημόρια εισοδήματος, δηλαδή ο δείκτης S80/S20 σαν το λόγο του ανώτατου 20% της κατανομής του εισοδήματος (πλουσιότερου) προς το κατώτατο 20% (φτωχότερο). Σε αυτό το σημείο και προκειμένου να ενισχυθεί η πληρότητα της παρούσας έρευνας γίνεται χρήση –παρ’ όλους τους περιορισμούς όπως έχουν ήδη αναφερθεί- της μεταβλητής του εισοδήματος των νοικοκυριών. Έτσι, δημιουργούνται τα πεμπτημόρια εισοδήματος και παρουσιάζονται συναρτήσει τόσο των συνολικών δαπανών όσο και των δαπανών υγείας και των υποκατηγοριών της. Επίσης γίνεται χρήση του στατιστικού ελέγχου Pearson Correlation (2-tailed) προκειμένου να επιβεβαιωθεί η βιβλιογραφία και να διαπιστωθεί κατά πόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εισοδήματος και των δαπανών υγείας.

Μετά το πέρας αυτών, ακολουθούν τα συμπεράσματα που εξάγονται από την ανάλυση των δεδομένων των ΕΟΠ σε συνδυασμό με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε. Τέλος, οι προτάσεις που ακολουθούν τα συμπεράσματα καθώς επίσης οι περιορισμοί και τα σημεία για τα οποία απαιτείται περαιτέρω έρευνα παρουσιάζονται στο τέλος της εργασίας.

3. Το καταναλωτικό πρότυπο των νοικοκυριών και οι δαπάνες υγείας

3.1 Το Καταναλωτικό πρότυπο των νοικοκυριών

Στο κεφάλαιο αυτό αρχικά θα παρουσιαστεί η σύνθεση των δαπανών των νοικοκυριών καθώς και ο τρόπος που μεταβλήθηκε το καταναλωτικό πρότυπο από το 2008 έως και το 2015. Η δραματική μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων σε συνδυασμό με την αύξηση της φορολογίας –άμεσης και έμμεσης- εξώθησαν τα νοικοκυριά να μειώσουν με βίαιο τρόπο τις καταναλωτικές τους δαπάνες. Ακόμα και αν σε ορισμένες κατηγορίες δαπάνης υπήρχε μεγάλο περιθώριο περικοπής δαπανών από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (π.χ. είδη ένδυσης και υπόδησης), δεν συνέβη το ίδιο και με άλλες κατηγορίες δαπάνης οι οποίες αποτελούν βασικούς παράγοντες επιβίωσης (π.χ. διατροφή). Επίσης σε κρίσιμες για το επίπεδο διαβίωσης και την ποιότητα ζωής κατηγορίες δαπάνης όπως η υγεία, η ανελαστικότητα της οποίας θα επιβεβαιωθεί για ακόμη μια φορά, εντυπωσιάζει η μεταβολή στην σύνθεση της ίδιας της δαπάνης κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών που ακολουθήθηκαν στην χώρα.

Στην συνέχεια ακολουθεί η παρουσίαση της κατανομής των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών για την υγεία. Είναι κρίσιμο οι δαπάνες αυτές να μελετηθούν ως προς την πορεία τους μέσα στην περίοδο αναφοράς της μελέτης και των αλλαγών που συντελέστηκαν σε επίπεδο πολιτικών κατά την περίοδο αυτή. Είναι η περίοδος όπου οι δημόσιες δαπάνες υγείας καταγράφουν ραγδαία πτώση ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των μνημονιακών πολιτικών, το σύστημα υγείας γενικότερα μοιάζει να αποσυντίθεται ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι δημόσιες δομές υγείας αδυνατούν να ανταποκριθούν ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η περίθαλψη -και ότι αυτή απαιτεί- θεωρείται αυτονόητη.

Η δραματική μείωση των δαπανών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (κυρίως ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες), την ίδια στιγμή όπου οι δαπάνες για φάρμακα και ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνονται είναι τα αποτελέσματα της πολιτικής που ακολούθησε η χώρα κατά τα τελευταία έτη. Εάν στα παραπάνω

προσθέσει κανείς πέρα από την συνεχώς ποσοστιαία αύξηση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και την ποσοτική αύξηση που λαμβάνει χώρα από το 2014 και μετά, αντιλαμβάνεται την ανάγκη για άμεση και εκ των βάρων παρέμβαση στην πολιτική υγείας που ακολουθείται καθώς η πραγματικότητα στον χώρο της υγείας διαφαίνεται αμείλικτη: Τα χειρότερα για τα νοικοκυριά, ιδίως τα πιο αδύναμα, είναι μπροστά και όχι πίσω.

Τέλος, έπειτα από μια σειρά περαιτέρω αναλύσεων ως προς την σύνθεση των δαπανών υγείας, παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και ανά τύπο περιοχής που διαμένει το νοικοκυριό. Αυτή η ανάλυση έρχεται να επιβεβαιώσει την στρέβλωση του ίδιου του συστήματος υγείας καθώς δείχνει τα νοικοκυριά των ημιαστικών περιοχών να δαπανούν περισσότερα χρήματα στο σύνολο τους για δαπάνες υγείας, την στιγμή που τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών ξοδεύουν αναλογικά πολύ μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας για φάρμακα.

3.2 Οι Δαπάνες των Νοικοκυριών

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιαστούν οι δαπάνες των νοικοκυριών ανά κατηγορία δαπάνης για το διάστημα αναφοράς της μελέτης (2008-2015). Οι συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών σε αυτή την περίοδο, κατά την οποία η χώρα έχει βρεθεί σε βαθιά ύφεση λόγω της οικονομικής κρίσης, σημείωσαν ραγδαία πτώση. Όπως είναι αναμενόμενο, οι δαπάνες από το 2009 και έπειτα σημειώνουν μείωση σε όλες τις κατηγορίες δαπάνης. Σε κάποιες κατηγορίες όπως είναι αναμενόμενο, ο περιορισμός των δαπανών είναι άμεσος και δραστικός (πχ είδη ένδυσης και υπόδησης) ενώ στις περισσότερες κατηγορίες η μείωση γίνεται με πιο αργούς ρυθμούς.

Πίνακας 3.1: Μέση Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά έτος σε ευρώ

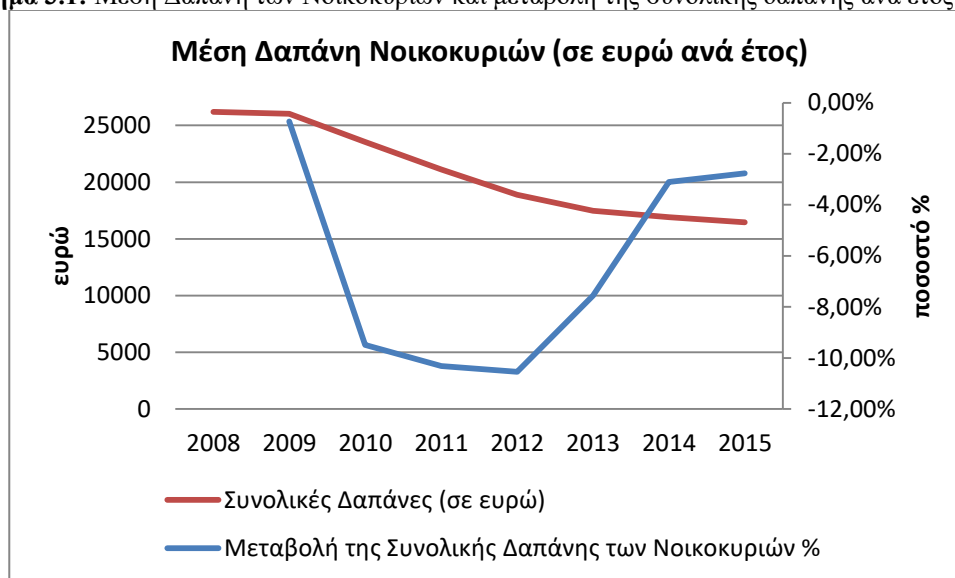
	Είδη διατροφής	Οινοπνευματώδη ποτά και καπνός	Είδη ένδυσης και υπόδησης	Στέγαση	Διαρκή αγαθά	Δαπάνες Υγείας	Μεταφορές
2008	4168,81	820,64	2090,85	3794,24	1793,35	1705,24	3400,37
2009	4279,15	823,52	1954,12	4024,67	1665,58	1611,26	3292,43
2010	4220,10	824,34	1690,14	3659,27	1565,59	1493,13	2966,99
2011	4260,56	798,20	1350,10	2743,36	1320,62	1375,00	2678,21
2012	3942,89	752,48	1144,07	2700,79	1139,59	1256,58	2308,72
2013	3688,01	753,65	1048,57	2458,77	1007,32	1253,27	2065,97
2014	3597,49	705,65	1028,41	2323,00	873,11	1269,07	2019,24
2015	3519,62	687,28	996,71	2253,52	797,90	1284,72	1978,95

	Επικοινωνίες	Αναψυχή και πολιτισμός	Εκπαίδευση	Ξενοδοχεία, καφενεία και εστιατόρια	Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες	Συνολικές Δαπάνες	Μεταβολή Συνολικής Δαπάνης
2008	1128,53	1224,65	777,82	2757,42	1852,15	26211,71	-
2009	1075,57	1202,23	801,63	2737,97	1849,85	26020,57	-0,73%
2010	941,46	1099,18	770,52	2516,94	1803,10	23550,77	-9,49%
2011	884,25	1028,63	764,53	2269,29	1648,95	21121,70	-10,31%
2012	818,28	874,49	687,94	1925,65	1342,88	18894,36	-10,55%
2013	742,92	825,81	609,98	1746,61	1264,61	17465,52	-7,56%
2014	720,92	824,52	610,05	1721,92	1229,78	16923,17	-3,11%
2015	701,55	815,43	560,40	1692,63	1166,64	16455,35	-2,76%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 3.1, από τα 26211 € που αποτελούσαν την μέση δαπάνη των ελληνικών νοικοκυριών το έτος 2008, κατά το έτος 2015 το ποσό αυτό ανήλθε σε 16455 €. Οι συνολικές δαπάνες είναι συνεχώς μειούμενες για όλη την περίοδο αναφοράς, μείωση η οποία εντείνεται κατά τα έτη 2010-2013 όπου σημειώνεται η μεγαλύτερη πτώση. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι η συνολική μείωση που σημείωσαν οι δαπάνες των νοικοκυριών είναι περίπου της τάξης του 40% μέσα σε μια περίοδο 8 ετών, πρωτόγνωρη δηλαδή πτώση για τα δεδομένα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών σε περίοδο ειρήνης.

Γράφημα 3.1: Μέση Δαπάνη των Νοικοκυριών και μεταβολή της συνολικής δαπάνης ανά έτος



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Είναι αυτονόητο ότι οι βίαιες αυτές μεταβολές στις δαπάνες των νοικοκυριών έχουν συντελέσει σε μια σειρά δομικών αλλαγών στην συνολική λειτουργία των νοικοκυριών σαν καταναλωτές και στον τρόπο που κατανέμεται το διαθέσιμο ή μη διαθέσιμο εισόδημα τους. Πολλές φορές είναι διαφορετική η ιεράρχηση των

προτιμήσεων των νοικοκυριών και η αναγκαιότητα για την πραγματοποίηση κάποιας δαπάνης. Ειδικότερα υπάρχουν οι δαπάνες εκείνες οι οποίες αποτελούν τι βασικές δαπάνες για την διαβίωση των νοικοκυριών (π.χ. δαπάνες διατροφής) αλλά και οι δαπάνες με μεγάλη ανελαστικότητα (π.χ. δαπάνες υγείας) για τις οποίες εάν προκύψει ανάγκη για κάποιο μέλος του νοικοκυριού, αυτή η ανάγκη θα πρέπει να καλυφθεί με κάθε τρόπο ακόμα και αν αυτό σημαίνει ότι θα περικοπούν άλλες βασικές ανάγκες για την διαβίωση του νοικοκυριού. Ηχούν ακόμα στα αυτιά μας απεγνωσμένες φωνές ανθρώπων –κυρίως ηλικιωμένων χαμηλοσυνταξιούχων- οι οποίοι βρέθηκαν προ του διλλήματος φάρμακα ή τρόφιμα καθώς το διαθέσιμο εισόδημα τους δεν έφθανε για να καλυφθούν και οι δύο ανάγκες στο σύνολο τους.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3.2, οι ποσοστιαίες δαπάνες ανά κατηγορία σημειώνουν μικρές μεταβολές από χρόνο σε χρόνο, μερικές από τις οποίες θα πρέπει να τονισθούν διαφορετικά από κάποιες άλλες καθώς έχουν διαφορετική βαρύτητα στον συνολικό οικογενειακό προϋπολογισμό.

Πίνακας 3.2: Ποσοστιαία Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά κατηγορία δαπάνης

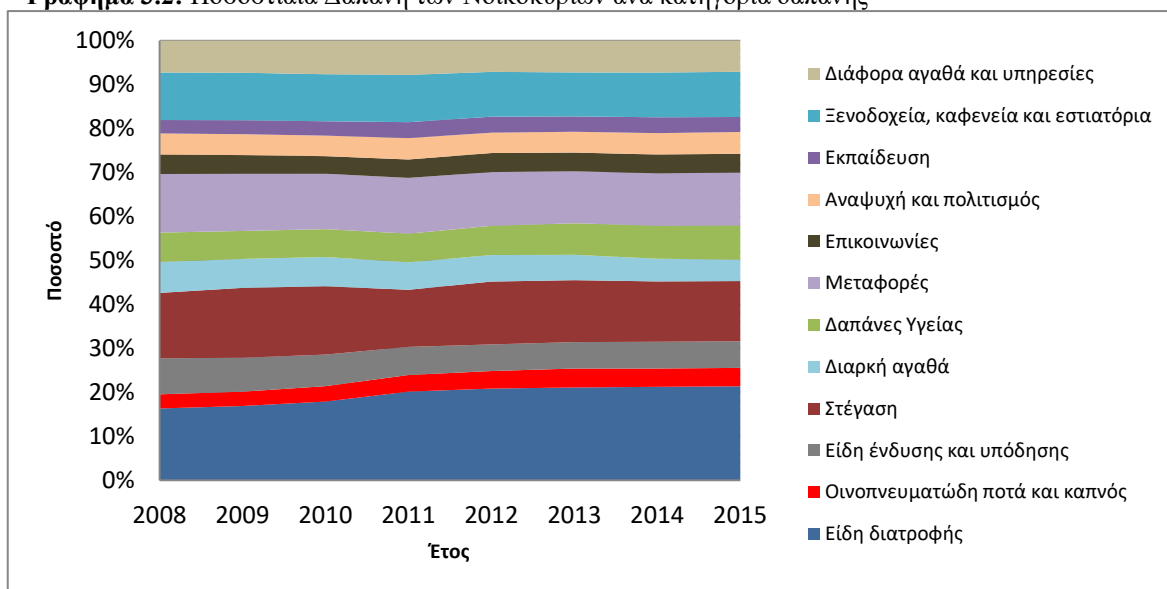
	Είδη διατροφής	Οινοπνευματώδη ποτά και καπνός	Είδη ένδυσης και υπόδησης	Στέγαση	Διαρκή αγαθά	Υγεία
2008	15,90%	3,13%	7,98%	14,48%	6,84%	6,51%
2009	16,45%	3,16%	7,51%	15,47%	6,40%	6,19%
2010	17,92%	3,50%	7,18%	15,54%	6,65%	6,34%
2011	20,17%	3,78%	6,39%	12,99%	6,25%	6,51%
2012	20,87%	3,98%	6,06%	14,29%	6,03%	6,65%
2013	21,12%	4,32%	6,00%	14,08%	5,77%	7,18%
2014	21,26%	4,17%	6,08%	13,73%	5,16%	7,50%
2015	21,39%	4,18%	6,06%	13,69%	4,85%	7,81%
	Μεταφορές	Επικοινωνίες	Αναψυχή και Πολιτισμός	Εκπαίδευση	Ξενοδοχεία, καφεενεία και εστιατόρια	Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες
2008	12,97%	4,31%	4,67%	2,97%	10,52%	7,07%
2009	12,65%	4,13%	4,62%	3,08%	10,52%	7,11%
2010	12,60%	4,00%	4,67%	3,27%	10,69%	7,66%
2011	12,68%	4,19%	4,87%	3,62%	10,74%	7,81%
2012	12,22%	4,33%	4,63%	3,64%	10,19%	7,11%
2013	11,83%	4,25%	4,73%	3,49%	10,00%	7,24%
2014	11,93%	4,26%	4,87%	3,60%	10,17%	7,27%
2015	12,03%	4,26%	4,96%	3,41%	10,29%	7,09%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Για παράδειγμα, τα νοικοκυριά ξόδευαν για είδη διατροφής λιγότερο από το 16% των συνολικών δαπανών τους το 2008 ενώ το ποσοστό αυτό ξεπέρασε το 21% κατά το έτος 2015. Αυτό σημαίνει ότι τα νοικοκυριά ξοδεύουν πλέον πολύ μεγαλύτερο μέρος του διαθέσιμου εισοδήματός τους για να καλύψουν τις ανάγκες διατροφής σε σχέση με μερικά χρόνια πριν και την ίδια στιγμή, αυτό δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη βελτίωση της ποιότητας της διατροφής, τουναντίον όλες οι σχετικές μελέτες υπογραμμίζουν πως οι διατροφικές συνήθειες κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα χειροτερεύουν σε σχέση με την σύνθεση, την ποιότητα και την ασφάλεια των τροφίμων που καταναλώνουν τα νοικοκυριά. Συνεπώς αυτή διαφορά προκύπτει εξαιτίας της πολύ μεγάλης μείωσης των συνολικών δαπανών, οι οποίες δεν συνοδεύτηκαν από αντίστοιχη μείωση των δαπανών διατροφής.

Το γράφημα 3.2, αποτελεί μια καλή αποτύπωση της κατανομής των δαπανών των νοικοκυριών ανά κατηγορία για ολόκληρη την περίοδο αναφοράς. Φαίνεται καθαρά από το ύψος της γραμμής κάθε κατανομής των δαπανών ποιες κατηγορίες αποτελούν εκείνες για τις οποίες δαπανάται το μεγαλύτερο μέρος από τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών. Παρατηρείται ότι μετά τις δαπάνες διατροφής οι οποίες αποτελούν διαχρονικά την πιο πολυδάπανη κατηγορία για τα νοικοκυριά, ακολουθούν οι δαπάνες για στέγαση και οι δαπάνες για μεταφορές.

Γράφημα 3.2: Ποσοστιαία Δαπάνη των Νοικοκυριών ανά κατηγορία δαπάνης



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Αντίθετα, η κατηγορία για την οποία τα νοικοκυριά δαπανούν τα λιγότερα χρήματα, είναι οι δαπάνες για εκπαίδευση αν και το 3-3,5% μπορεί να θεωρηθεί πολύ μεγάλο

ποσοστό για την συγκεκριμένη κατηγορία στην Ελλάδα όπου η δημόσια εκπαίδευση θεωρητικά είναι δωρεάν από την πρωτοβάθμια μέχρι και την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ακολουθούν οι δαπάνες για οινοπνευματώδη ποτά και καπνό καθώς και οι δαπάνες για επικοινωνίες.

Θα εξεταστεί βέβαια στην συνέχεια και με αφορμή τις δαπάνες υγείας, το ενδεχόμενο μια δαπάνη να είναι καταστροφική για τον προϋπολογισμό των νοικοκυριών ακόμα και αν δεν αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες ποσοστιαία δαπάνες για το ίδιο το νοικοκυριό.

3.3 Οι Ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών

Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάστηκαν οι κατηγορίες των δαπανών των νοικοκυριών καθώς και τα μερίδια που αυτές καταλαμβάνουν στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών. Σε αυτή την ενότητα θα γίνει χωριστά η παρουσίαση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών καθώς επίσης θα παρουσιαστούν και κάποια γενικά χαρακτηριστικά που έχουν αυτές οι δαπάνες.

Πίνακας 3.3: Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε ευρώ και σαν ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών

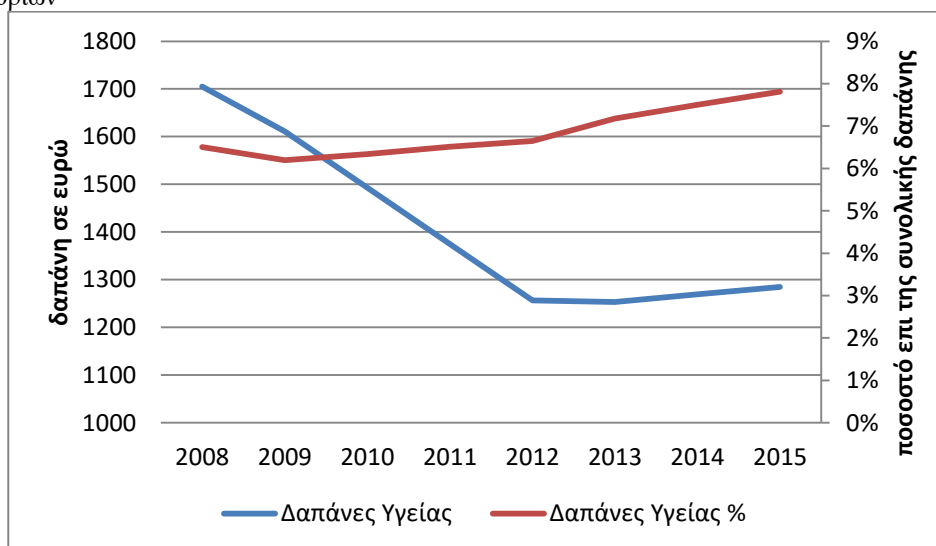
	Δαπάνες Υγείας (σε ευρώ)	Ποσοστό επί του συνόλου των δαπανών
2008	1705,24	6,51%
2009	1611,26	6,19%
2010	1493,13	6,34%
2011	1375,00	6,51%
2012	1256,58	6,65%
2013	1253,27	7,18%
2014	1269,07	7,50%
2015	1284,72	7,81%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Ξεκινώντας λοιπόν από τον πίνακα 3.3 όπου παρουσιάζονται οι δαπάνες αυτές φαίνεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας συρρικνώθηκαν όπως συνέβη με το σύνολο των δαπανών καθώς ενώ το 2008 τα νοικοκυριά δαπανούσαν περισσότερα από 1700 ευρώ, μερικά χρόνια αργότερα και συγκεκριμένα το 2015 οι δαπάνες αυτές είχαν περιοριστεί σε κάτι λιγότερο από 1300 ευρώ. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί βέβαια είναι πως σε καμία περίπτωση οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας δεν μειώθηκαν αναλογικά

με την συνολική μείωση των δαπανών και αυτό διαπιστώνεται εύκολα από το γεγονός ότι από το 6,5% που αποτελούσαν επί των συνολικών δαπανών το 2008, έφθασαν πάνω από το 7,8% το 2015. Αυτό προφανώς και μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι υπάρχει εκ φύσεως μια ανελαστικότητα των δαπανών υγείας και συνεπώς οι μείωση που μπορεί ένα νοικοκυριό να επιφέρει είναι περιορισμένη καθώς υπάρχει ένα κατώτερο όριο από το οποίο το νοικοκυριό δεν μπορεί να κατέβει χωρίς να θυσιάσει την υγεία των ίδιων των ατόμων που το αποτελούν. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η μεγάλη μείωση που επήλθε στις δημόσιες δαπάνες υγείας κατά την ίδια περίοδο, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την στέρηση βασικών παροχών υγείας για μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. Σε αντίθεση με άλλες κατηγορίες δαπάνης όπου το νοικοκυριό μπορεί να τις μειώσει όσο απαιτείται για να κατανείμει τις συνολικές του δαπάνες όσο πιο ορθολογικά γίνεται ή επιθυμεί, οι περισσότερες από τις δαπάνες υγείας είναι υποχρεωτικές και αναπόφευκτες, συνεπώς πρέπει να πραγματοποιηθούν με κάθε κόστος. Ακόμα και αν όπως συνήθως συμβαίνει το ίδιο το νοικοκυριό χρειαστεί να θυσιάσει άλλα αγαθά, υλικά ή άυλα, προκειμένου να εξοικονομήσει τους πόρους που απαιτούνται για τις δαπάνες υγείας.

Γράφημα 3.3: Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας σε ευρώ και σαν ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών



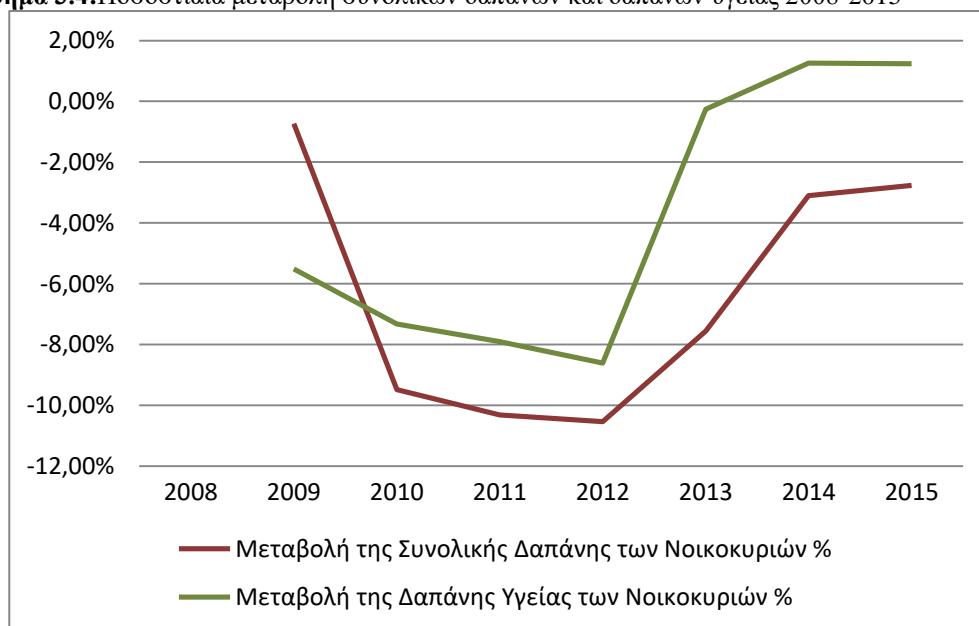
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Μια ακόμα σημαντική παρατήρηση που θα πρέπει να γίνει είναι η πορεία των δαπανών κατά τα τελευταία έτη της αναφοράς της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο γράφημα 3.3, ενώ το ποσοστό που δαπανούν τα νοικοκυριά για την υγεία είναι συνεχώς αυξανόμενο, για τα έτη 2014 και 2015 σημειώνεται έστω και οριακά αύξηση στις απόλυτες τιμές των δαπανών υγείας. Αυτό από μόνο του αποτελεί

ένα από τα εντυπωσιακότερα ευρήματα της ανάλυσης των δεδομένων της ΕΟΠ καθώς πρόκειται για την μοναδική κατηγορία στην οποία καταγράφεται αύξηση των απόλυτων τιμών των δαπανών από το 2009-2010, σημείο κατά το οποίο η Ελλάδα εντάχθηκε στα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής εξαιτίας την οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε λίγο νωρίτερα και συνεχίζεται έως και σήμερα.

Προκειμένου να αποτυπωθεί καλύτερα η πορεία της μεταβολής των ιδιωτικών δαπανών υγείας, παρουσιάζεται στο γράφημα 3.4 σε αντιπαράβολή με την μεταβολή των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών. Έτσι, μπορεί να γίνουν εύκολα κατανοητά τα εξής δύο συμπεράσματα: Πρώτον, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν πιο άμεσα αρχικά αλλά λόγω της ανελαστικότητας τους η μείωση αυτή είχε ένα κατώτερο όριο, σε αντίθεση με τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών οι οποίες ακολούθησαν διαφορετικό ρυθμό μείωσης. Το δεύτερο και πιο εντυπωσιακό συμπέρασμα είναι το γεγονός ότι από το έτος 2014 καταγράφεται αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, όχι μόνο ποσοστιαία όπως συνέβη για όλο το διάστημα αναφοράς της μελέτης γεγονός που προέρχεται από την μεγαλύτερη μείωση των συνολικών δαπανών, αλλά και σε όρους απόλυτων αριθμών. Έτσι στο γράφημα φαίνεται ότι η γραμμή της μεταβολής των δαπανών υγείας ξεπερνάει τον άξονα που διαχωρίζει την μεταβολή από αρνητική σε θετική και για τα έτη 2014 και 2015 καταγράφει ποσοστιαία αύξηση 1,2% περίπου.

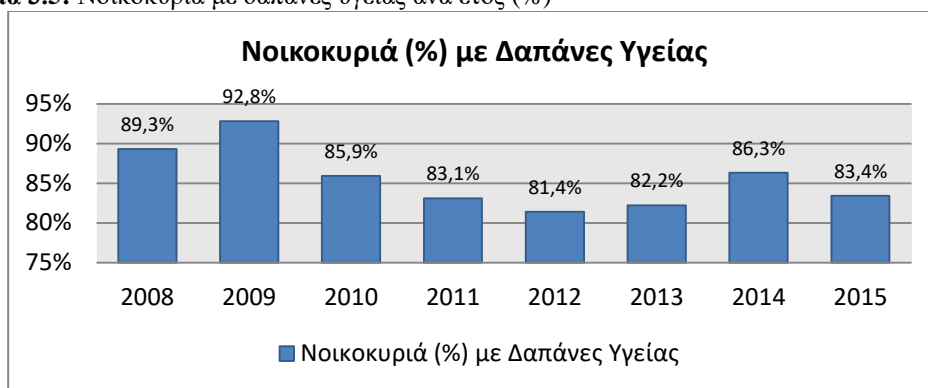
Γράφημα 3.4: Ποσοστιαία μεταβολή συνολικών δαπανών και δαπανών υγείας 2008-2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ιδιωτικών δαπανών υγείας που χρίζει προσοχής, είναι η κατανομή των νοικοκυριών που καταγράφουν δαπάνες υγείας. Στο γράφημα 3.5 παρουσιάζεται ανά έτος η κατανομή των νοικοκυριών που έχουν έστω και την ελάχιστη δαπάνη υγείας που θεωρείται το ένα ευρώ. Όπως εύκολα μπορεί να παρατηρήσει κάποιος, το ποσοστό των νοικοκυριών με δαπάνες υγείας είναι πολύ υψηλό καθ' όλη την περίοδο αναφοράς, σημειώνοντας την μέγιστη τιμή του κατά το έτος 2009 όπου το 92,8% των νοικοκυριών σημείωσαν κάποια δαπάνη υγείας.

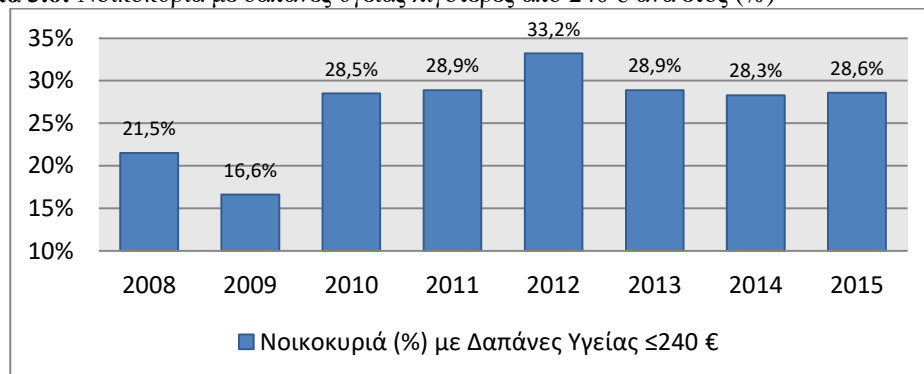
Γράφημα 3.5: Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας ανά έτος (%)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Προκειμένου να γίνει πιο ξεκάθαρη η διάρθρωση των δαπανών υγείας στα νοικοκυριά, στα γραφήματα 3.6 και 3.7 παρουσιάζονται τα νοικοκυριά που έχουν καταναλώσει λιγότερα από 240 ευρώ ή περισσότερα από 2400 ευρώ αντίστοιχα σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανά έτος. Η αναγωγή αυτών των ποσών ανά μήνα (δηλαδή 20 και 200 ευρώ αντίστοιχα), δίνει μια αποτύπωση των δαπανών των νοικοκυριών που κρίνεται ως απαραίτητη αφενός για να γίνει πιο ξεκάθαρο το βάρος που οι δαπάνες αυτές αποτελούν για τα νοικοκυριά και αφετέρου πως θα πρέπει να διαμορφωθούν οι κατάλληλες πολιτικές υγείας που θα ανακαταλείμουν τις δαπάνες αυτές εντός ή εκτός του συστήματος υγείας.

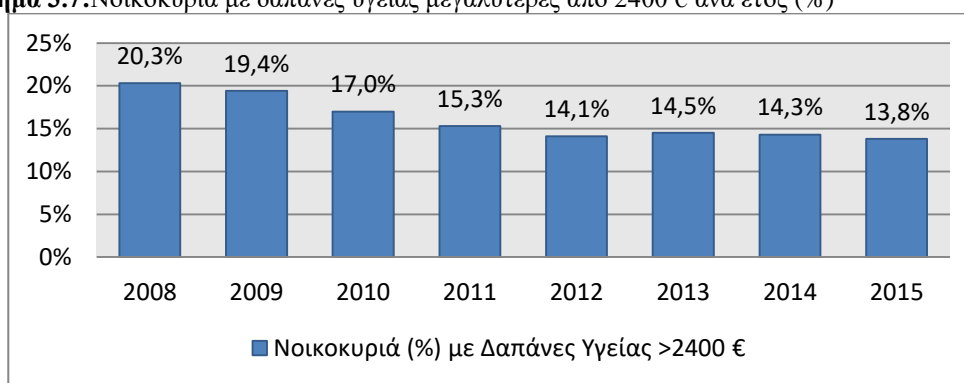
Γράφημα 3.6: Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας λιγότερες από 240 € ανά έτος (%)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Άξιο αναφοράς αποτελεί το εύρημα πως τα νοικοκυριά με ιδιωτικές δαπάνες υγείας μεγαλύτερες από 2400 € ανά έτος μειώνονται συστηματικά και από το 20% και πλέον που αποτελούσαν το 2008, έχουν φθάσει να αποτελούν το 14% περίπου των νοικοκυριών κατά το έτος 2015. Το συγκεκριμένο εύρημα αν και χρίζει περαιτέρω ανάλυσης, είναι πιθανό να υποδηλώνει την αδυναμία για την πραγματοποίηση δαπανών από σημαντικό μέρος του πληθυσμού. Αυτό συνάγεται από το γεγονός ότι πολύ μεγάλο μέρος της μείωσης των δαπανών απορροφήθηκε από το δημόσιο σύστημα υγείας ενώ από πουθενά δεν τεκμαίρεται βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών

Γράφημα 3.7:Νοικοκυριά με δαπάνες υγείας μεγαλύτερες από 2400 € ανά έτος (%)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Στην συνέχεια θα διερευνηθεί, η διάρθρωση των δαπανών υγείας ως προς τις υποκατηγορίες δαπάνης που περιλαμβάνονται σε αυτές. Έτσι, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατηγοριοποιούνται σε δαπάνες για “Φαρμακευτικά Προϊόντα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός” (με υποκατηγορίες τα φάρμακα που αποτελούν και το μεγαλύτερο μέρος της κατηγορίας αυτής, τις θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμοί και σε άλλα ιατρικά προϊόντα), σε “Εξωνοσοκομειακές Δαπάνες Υγείας” (που χωρίζονται σε ιατρικές, οδοντιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες) και τέλος στις δαπάνες για “Νοσοκομειακή Περίθαλψη” η οποία δεν περιλαμβάνει επιμέρους υποκατηγορίες.

Στον πίνακα 3.4, παρουσιάζονται οι δαπάνες των νοικοκυριών ανά έτος και ανά κατηγορία δαπάνης τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστό δαπάνης ανά κατηγορία σε σχέση με το σύνολο των δαπανών υγείας. Από την διάρθρωση των δαπανών δεν θα πρέπει να διαφύγουν της προσοχής δύο πολύ βασικά σημεία:

Το πρώτο είναι το ύψος της δαπάνης για φαρμακευτικά προϊόντα και για νοσοκομειακή περίθαλψη, έχει αυξηθεί όχι μόνο ποσοστιαία αλλά και σε απόλυτους αριθμούς. Πιο συγκεκριμένα, η δαπάνη για φαρμακευτικά προϊόντα, από τα 375 € περίπου κατά μέσο όρο ανά νοικοκυριό το 2009, ανέρχεται στα 475 € κατά το 2015. Ομοίως για δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη από τα 258 € του 2008 ξεπερνούν τα 408 € για το 2015. Σε αντιδιαστολή, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από τα 1050 € του 2008 φθάνουν στα 400 € κατά το 2015.

Το δεύτερο πολύ σημαντικό σημείο αποτελεί η μεταβολή που έχει υποστεί η διάρθρωση των δαπανών υγείας μέσα σε αυτή την περίοδο αναφοράς. Οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από το 62% σχεδόν των συνολικών δαπανών υγείας το 2008 έπεσαν περίπου στο μισό, καθώς κατά το έτος 2015 αποτελούν το 31% περίπου ευρισκόμενες μάλιστα ποσοστιαία στην τελευταία θέση της κατανομής των δαπανών καθώς για φαρμακευτικά προϊόντα και νοσοκομειακή περίθαλψη τα νοικοκυριά διαθέτουν μεγαλύτερο μέρος των δαπανών τους (37% και 32% αντίστοιχα).

Πίνακας 3.4: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά υπόκατηγορία δαπάνης

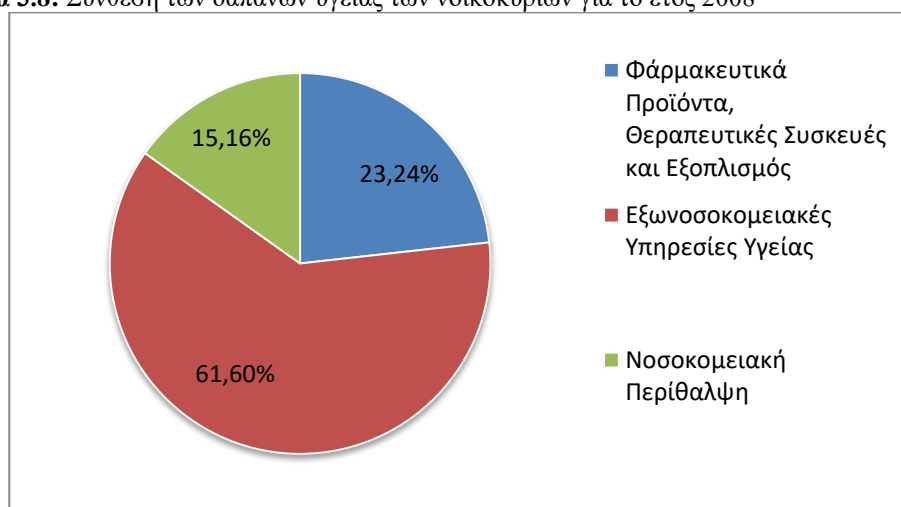
Έτος	Φαρμακευτικά Προϊόντα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Σύνολο Δαπανών Υγείας ανά Νοικοκυριό
2008	396,23	1050,50	258,51	1705,24
	23,24%	61,60%	15,16%	
2009	374,95	953,71	282,60	1611,26
	23,27%	59,19%	17,54%	
2010	386,74	807,58	298,82	1493,13
	25,90%	54,09%	20,01%	
2011	370,05	685,04	319,90	1375,00
	26,91%	49,82%	23,27%	
2012	390,20	522,45	343,93	1256,58
	31,05%	41,58%	27,37%	
2013	445,51	457,78	349,98	1253,27
	35,55%	36,53%	27,93%	
2014	470,58	426,16	372,34	1269,07
	37,08%	33,58%	29,34%	
2015	475,62	400,80	408,30	1284,72
	37,02%	31,20%	31,78%	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Η εντυπωσιακή μεταβολή στην σύνθεση των δαπανών υγείας όπου παρατηρείται ραγδαία άνοδος της δαπάνης για φαρμακευτικά προϊόντα καθώς και τεράστια μείωση της δαπάνης για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας- σε συνδυασμό με την κατάρρευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης- μπορεί να ερμηνευθεί από μια σειρά παραγόντων με σημαντικότερες την αλλαγή στην πολιτική της αποζημίωσης του φαρμάκου, τον εκμηδενισμό σχεδόν της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κυρίως της πλήρη έλλειψης προληπτικής ιατρικής καθώς και την έντονη μεταβολή του πρότυπου υγείας των νοικοκυριών.

Για να δοθεί μια πιο καθαρή εικόνα της διάρθρωσης των υπό-κατηγοριών των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, παρουσιάζονται στην συνέχεια τα γραφήματα με την σύνθεση αυτών των δαπανών για τα έτη 2008 και 2015. Στο παράρτημα της παρούσας εργασίας θα παρατεθούν τα γραφήματα και για όλα τα ενδιάμεσα έτη αναφοράς. Πιο συγκεκριμένα, το γράφημα 3.8, παρουσιάζει την σύνθεση των δαπανών υγείας στις τρεις βασικές κατηγορίες κατά το έτος 2008. Οι συνολικές δαπάνες υγείας κατά το έτος αυτό ανήλθαν σε 1705 € περίπου.

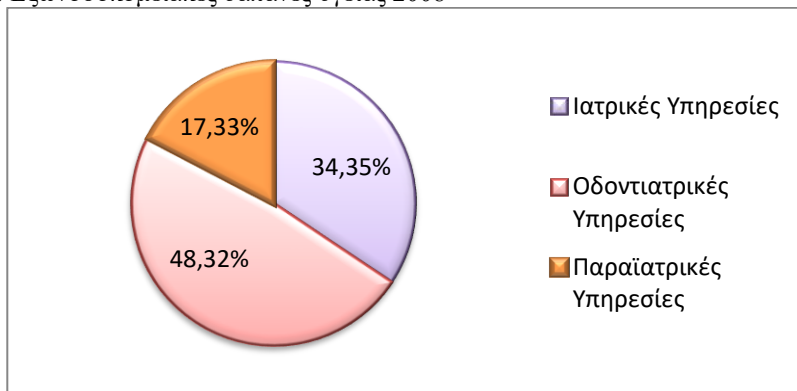
Γράφημα 3.8: Σύνθεση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών για το έτος 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Είναι εύκολο να παρατηρήσει κανείς ότι οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας κατέχουν την μερίδα του λέοντος των δαπανών υγείας. Στο επόμενο γράφημα (3.9) παρουσιάζεται πως αυτές συνθέτονται από τις τρεις υποκατηγορίες δηλαδή οδοντιατρικές υπηρεσίες (περίπου 48%), ιατρικές υπηρεσίες (34%) και παραϊατρικές υπηρεσίες (17%).

Γράφημα 3.9: Εξωνοσοκομειακές δαπάνες υγείας 2008

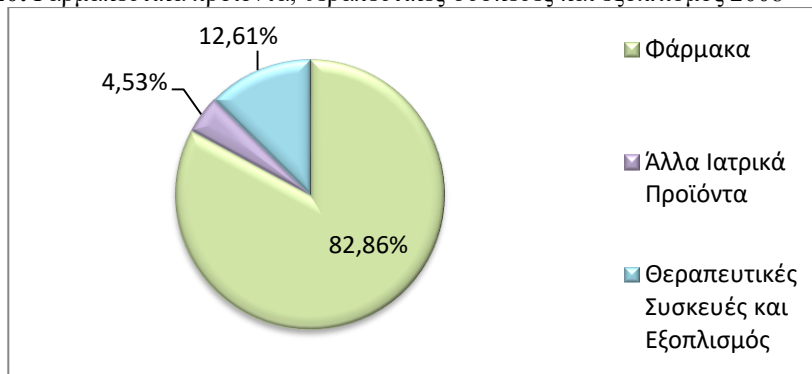


Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Είναι γνωστό και χρόνιο ζήτημα στην χάραξη της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα το έλλειμμα που υπάρχει όσον αφορά την κάλυψη από το σύστημα υγείας στις οδοντιατρικές δαπάνες. Έτσι αυτές αποτελούν διαχρονικά μια υψηλού κόστους δαπάνη για τα Ελληνικά νοικοκυριά η οποία όπως θα φανεί στην συνέχεια έχει μειωθεί δραματικά, φυσικά όχι επειδή τα άτομα δεν χρίζουν πλέον οδοντιατρικής φροντίδας αλλά επειδή φθάνουν σε σημείο να πραγματοποιήσουν μια τέτοια δαπάνη συνήθως μόνο όταν η όποια παρέμβαση είναι απολύτως αναγκαία αν και μερικές φορές η δαπάνη δεν πραγματοποιείται ούτε και τότε. Αυτό το γεγονός με την σειρά του δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στο άτομο και επηρεάζει σαφώς το συνολικό επίπεδο υγείας αλλά και την ποιότητα ζωής του.

Όσον αφορά τις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, όπως ήταν αναμενόμενο από το σύνολο της δαπάνης για αυτή την κατηγορία το 2008 (περίπου 400€) σχεδόν το 83% αντιστοιχεί σε φάρμακα, ενώ το υπόλοιπο μέρος της δαπάνης επιμερίζεται σε θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμούς (13%) και άλλα ιατρικά προϊόντα (4,5%).

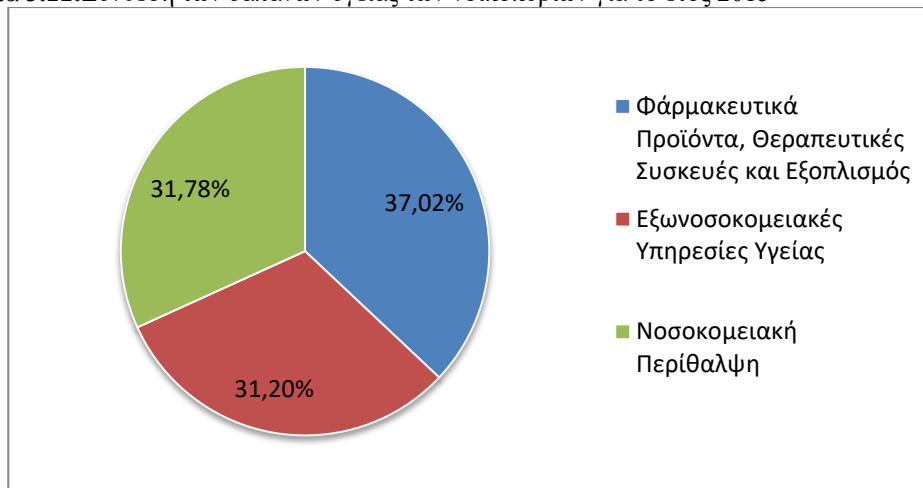
Γράφημα 3.10: Φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Εν συνεχεία, παρουσιάζεται με τον ίδιο τρόπο όπως και παραπάνω, η σύνθεση των δαπανών υγείας ανά κατηγορία δαπάνης για το έτος 2015. Οι συνολικές δαπάνες υγείας κατά το έτος αυτό ανήλθαν σε 1285 € περίπου.

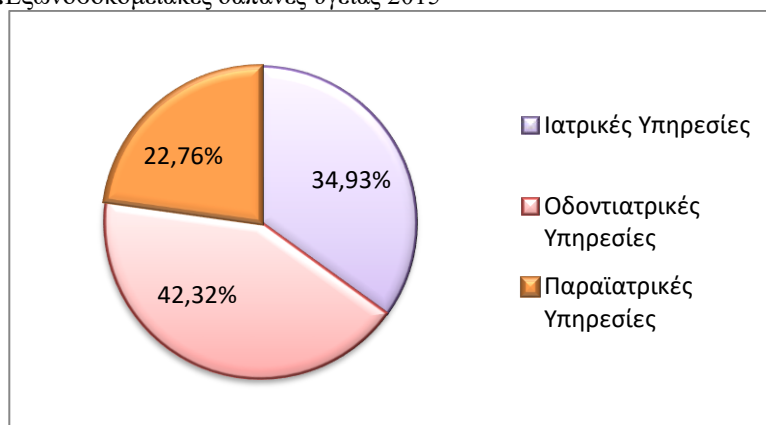
Γράφημα 3.11: Σύνθεση των δαπανών υγείας των νοικοκυριών για το έτος 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Παρατηρώντας την σύνθεση των δαπανών υγείας για το 2015 (γράφημα 3.11), μοιάζει εντελώς διαφορετική από εκείνη του 2008. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας έχουν πέσει στο μισό (31% περίπου) ενώ το μεγαλύτερο μέρος δαπανάται πλέον για φαρμακευτικά προϊόντα (37%). Στο γράφημα 3.12 παρουσιάζεται πως αναλύονται οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας. Σε μια κατά τα λοιπά δραματικά μειωμένη υποκατηγορία δαπάνης, εντύπωση προκαλεί η ποσοστιαία αύξηση των παραϊατρικών υπηρεσιών που φθάνει το 23%. Οι οδοντιατρικές δαπάνες είναι χαμηλότερες ποσοστιαία (42% περίπου) αλλά η εντυπωσιακή διαφορά βρίσκεται σε απόλυτους αριθμούς: Από τα 508 € περίπου που δαπανούσαν τα νοικοκυριά κατά μέσο όρο, κατακρημνίστηκαν στα 170 € περίπου.

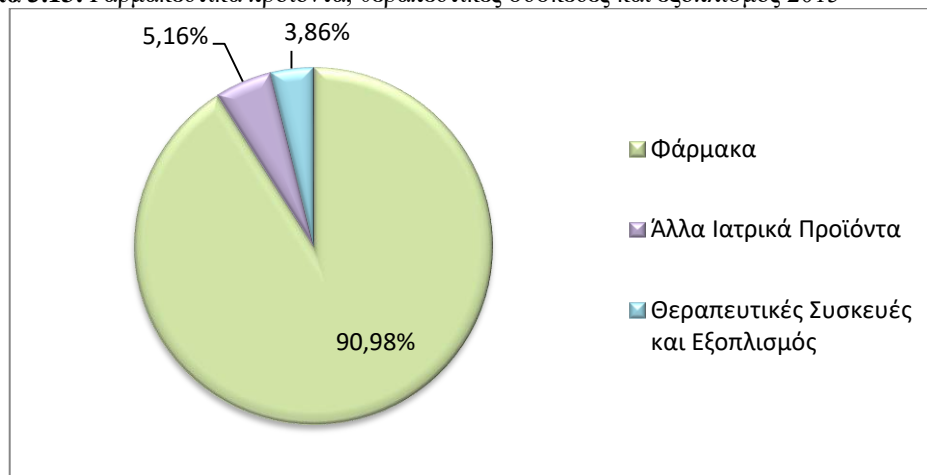
Γράφημα 3.12: Εξωνοσοκομειακές δαπάνες υγείας 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Τέλος, όσον αφορά τις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα κατά το έτος 2015 περισσότερο από το 90% αντιστοιχεί σε φάρμακα, ενώ το υπόλοιπο μέρος της δαπάνης επιμερίζεται σε θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμούς (4%) και άλλα ιατρικά προϊόντα (5%).

Γράφημα 3.13: Φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Στην επόμενη ενότητα θα διερευνηθεί ποια είναι τα χαρακτηριστικά αυτών των νοικοκυριών που δαπανούν λιγότερα ή περισσότερα ποσά από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς για την υγεία καθώς και για κάθε υποκατηγορία δαπάνης υγείας χωριστά, ώστε να εξαχθούν περισσότερα συμπεράσματα. Εξαιτίας του όγκου των δεδομένων, δεν θα γίνει αναλυτική παρουσίαση όλων των ερευνητικών δοκιμών που πραγματοποιήθηκαν αλλά θα παρουσιαστούν μόνο οι ενότητες εκείνες από τις οποίες συνάγονται ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

3.4 Δαπάνες υγείας ανά τύπο περιοχής των νοικοκυριών

Έτσι, σε αυτό το σημείο θα εξετασθούν οι δαπάνες υγείας με βάση τον τύπο της περιοχής που διαμένει κάθε νοικοκυριό. Σύμφωνα με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα νοικοκυριά χωρίζονται σε 3 τύπους ανάλογα με την περιοχή: Νοικοκυριά που διαμένουν σε αστική περιοχή, νοικοκυριά που διαμένουν σε ημιαστική περιοχή και τέλος νοικοκυριά που διαμένουν σε αγροτική περιοχή. Για λόγους οικονομίας του μεγέθους κάθε ενότητας, εδώ θα παρουσιαστούν οι δαπάνες για τα έτη 2008 και 2015 ώστε να δοθεί μια καλή εικόνα της μεταβολής που συνέβη κατά την διάρκεια της περιόδου αναφοράς. Στο παράρτημα στο τέλος της εργασίας, παρουσιάζεται κάθε έτος χωριστά. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί, είναι ότι για κάθε

έτος όπου έγινε η ανάλυση με βάση τις δαπάνες υγείας και με την χρήση ANOVA test του στατιστικού πακέτου SPSS, ο τύπος της περιοχής όπου διαμένει το νοικοκυριό είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορετική διάρθρωση αυτών των δαπανών ανάλογα με τον τύπο της περιοχής, όπου φαίνεται οι αγροτικές περιοχές να διαχωρίζονται περισσότερο σε σχέση με τις αστικές και τις ημιαστικές περιοχές. Αυτό αν και χρίζει περαιτέρω διερεύνησης σε παράγοντες όπως η ηλικιακή και η επαγγελματική σύνθεση αυτών των νοικοκυριών (π.χ. νοικοκυριά με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας κατά μέσο όρο και μεγάλο αριθμό αγροτών και χειρονακτών), θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως ένα βαθμό και σαν στρέβλωση του ίδιου του συστήματος υγείας, ως προς την κατανομή των δομών, το πλήθος των παρόχων και τον βαθμό εκπαίδευσης και ενημέρωσης που συνθέτουν την καταναλωτική κουλτούρα των ατόμων.

Πίνακας 3.5: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2008

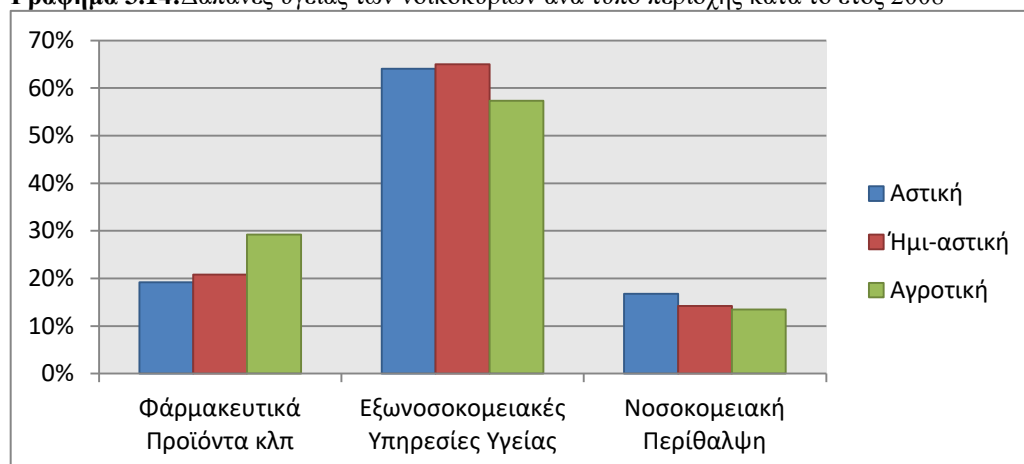
Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	348,29	1160,77	303,66	1812,71
	19,21%	64,04%	16,75%	
Ημιαστική	408,24	1275,85	279,09	1963,17
	20,79%	64,99%	14,22%	
Αγροτική	443,65	871,48	205,04	1520,18
	29,18%	57,33%	13,49%	
Σύνολο	396,23	1050,5	258,51	1705,24
	23,24%	61,60%	15,16%	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Για το έτος 2008, η μέση δαπάνη υγείας όλων των νοικοκυριών είναι 1705 €. Από τον πίνακα 3.5, φαίνεται ότι τα νοικοκυριά που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές δαπανούν περισσότερα χρήματα κατά μέσο όρο σε σχέση με τις άλλες περιοχές. Πιο συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά αυτά δαπάνησαν 1963 € κατά μέσο όρο και η διάρθρωση των δαπανών αυτών ήταν 20% περίπου για φαρμακευτικά προϊόντα, 65% για εξωνοσοκομειακές. Την χαμηλότερη δαπάνη υγείας για το έτος 2008, έχουν τα νοικοκυριά που βρίσκονται σε αγροτική περιοχή, με μέσο όρο δαπάνης τα 1520 €. Η διάρθρωση των δαπανών αυτών είναι κάτι λιγότερο από 30% για φαρμακευτικά προϊόντα, 57% για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας και 13% περίπου για

νοσοκομειακή περίθαλψη, υπηρεσίες υγείας και 15% περίπου για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Γράφημα 3.14: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Εντύπωση προκαλεί η ιδιαίτερος αυξημένη δαπάνη για φαρμακευτικά προϊόντα στις αγροτικές περιοχές όπως φαίνεται και από το γράφημα 3.14. Τα νοικοκυριά που βρίσκονται σε αστική περιοχή ακολουθούν την ίδια περίπου κατανομή στην διάρθρωση των δαπανών τους ωστόσο η συνολική δαπάνη είναι χαμηλότερη (1812 €) σε σχέση με εκείνα των ημιαστικών περιοχών.

Εικόνα 3.1: Στατιστικός έλεγχος ANOVA μεταξύ δαπανών υγείας των νοικοκυριών και του τύπου διαμονής τους, 2008

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	113128133006,167	2	56564066503,084	8745,243	0,000
Within Groups	26338726032304,200	4072171	6467981,338		
Total	26451854165310,400	4072173			

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Τέλος, όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της ενότητας, σύμφωνα με το ANOVA test που εκτελέστηκε (Εικόνα 3.1), φαίνεται ότι η περιοχή είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών. Αυτό σημαίνει ότι οι διαφορές που εντοπίζονται στα νοικοκυριά με βάση τον τύπο της διαμονής τους, δεν είναι συγκυριακές και απαιτούν περαιτέρω ανάλυση ως προς την δομή και την εξέλιξη τους προκειμένου να μπορούν να ερμηνευθούν τεκμηριωμένα με μεγαλύτερη ακρίβεια.

Στην συνέχεια παρατίθενται τα ίδια δεδομένα για το έτος 2015, όπου η μέση δαπάνη υγείας όλων των νοικοκυριών είναι 1284 €. Στον πίνακα 3.6, φαίνεται ότι τα νοικοκυριά που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές δαπανούν και πάλι περισσότερα χρήματα κατά μέσο όρο σε σχέση με τις άλλες περιοχές, αυτό το χαρακτηριστικό παρατηρείται σε όλα τα ενδιάμεσα έτη. Πιο συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά αυτά δαπάνησαν 1438 € για το έτος 2015 κατά μέσο όρο, με εντυπωσιακά διαφορετική διάρθρωση των δαπανών αυτών: 34% περίπου για φαρμακευτικά προϊόντα, 32% για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας και 33% περίπου για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Πίνακας 3.6: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2015

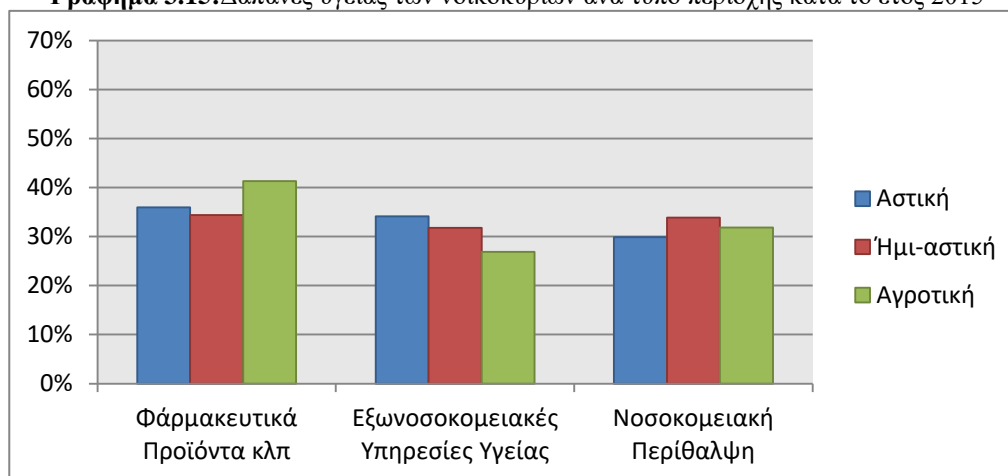
Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	406,2	385,16	337,59	1128,96
	35,98%	34,12%	29,90%	
Ημιαστική	494,83	456,45	486,91	1438,19
	34,41%	31,74%	33,86%	
Αγροτική	561,97	365,79	433,64	1361,4
	41,28%	26,87%	31,85%	
Σύνολο	475,62	400,8	408,3	1284,72
	37,02%	31,20%	31,78%	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Την χαμηλότερη δαπάνη υγείας για το έτος 2015, την έχουν πλέον τα νοικοκυριά που βρίσκονται σε αστική περιοχή, με κατά μέσο όρο δαπάνης τα 1129 €. Η διάρθρωση των δαπανών αυτών είναι κάτι 35% για φαρμακευτικά προϊόντα, 34% για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας και 30% περίπου για νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νοικοκυριά που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές ωστόσο, εξακολουθούν να δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος από τις συνολικές δαπάνες υγείας (1361 €) για φαρμακευτικά προϊόντα (πάνω από το 41% των δαπανών υγείας) και πολύ λιγότερα για ιατρούς και νοσοκομεία (περίπου 26 και 31 τοις εκατό αντίστοιχα) γεγονός που αποδεικνύει ακόμα μια φορά τις αστοχίες του συστήματος κυρίως όσον αφορά τον ρόλο της προληπτική ιατρικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι προφανές ότι η μελέτη των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε διαφορετικού τύπου περιοχές δεν μπορεί από μόνη της να απαντήσει σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα που

δημιουργούνται, αυτό θα απαιτούσε συνδυαστικά διατμηματικές και προοπτικές μελέτες ως προς την ανάλυση των δαπανών αυτών.

Γράφημα 3.15: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανά τύπο περιοχής κατά το έτος 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Τέλος, όπως και για το έτος 2008, σύμφωνα με το ANOVA test που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των δαπανών υγείας και του τύπου της περιοχής, φαίνεται ότι η περιοχή είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών παρόλο την αλλαγή στην σύνθεση εντός της ίδιας της κατηγορίας των δαπανών. Αυτό αποδεικνύει την διαχρονικότητα της συσχέτισης όπως έχει διαμορφωθεί και αποδεικνύει ότι στις ημιαστικές περιοχές, δηλαδή τις περισσότερες επαρχιακές πόλεις (πχ Κόρινθος), τα νοικοκυριά δαπανούν περισσότερα χρήματα για την υγεία, γεγονός που χρίζει επίσης περαιτέρω έρευνας.

Εικόνα 3.2: Στατιστικός έλεγχος ANOVA μεταξύ δαπανών υγείας των νοικοκυριών και του τύπου διαμονής τους, 2015

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	78326029769,147	2	39163014884,574	8112,672	0,000
Within Groups	19958730398888,100	4134478	4827388,221		
Total	20037056428657,200	4134480			

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

4. Διαστάσεις ανισότητας και φτώχειας των νοικοκυριών: ο ρόλος των ιδιωτικών δαπανών υγείας

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει χρήση όλων των τεχνικών, των μεθόδων και των δεικτών οι οποίοι σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία είναι οι πλέον κατάλληλοι για την μέτρηση των ανισοτήτων και της φτώχειας του πληθυσμού. Θα εξεταστεί δηλαδή πως οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας επηρεάζουν τα νοικοκυριά, ποια είναι αυτά τα νοικοκυριά τα οποία επιβαρύνονται περισσότερο από αυτές καθώς και με ποιόν τρόπο γίνεται η (άνιση) κατανομή των δαπανών υγείας. Το κεφάλαιο αυτό αποτελεί το πλέον κρίσιμο για την διερεύνηση των ανισοτήτων οι οποίες αναφέρονται στις δαπάνες υγείας των Ελληνικών νοικοκυριών κατά την περίοδο αναφοράς της παρούσας εργασίας.

4.1 Η διάρθρωση των νοικοκυριών σύμφωνα με τις δαπάνες τους

Αυτή η ενότητα αποτελεί την πρώτη από μια σειρά, όπου θα γίνει η διερεύνηση των ανισοτήτων των δαπανών των νοικοκυριών. Έτσι, το κεφάλαιο αυτό δεν θα μπορούσε παρά να ξεκινήσει παρουσιάζοντας τα δεκατημόρια δαπανών και πως αυτές κατανέμονται ανά κατηγορία δαπάνης. Η λογική είναι απλή: Τα νοικοκυριά χωρίζονται σε δεκατημόρια με βάση τις συνολικές τους δαπάνες. Έτσι στο πρώτο δεκατημόριο περιλαμβάνονται εκείνα τα νοικοκυριά τα οποία έχουν δαπανήσει κατά μέσο όρο τα λιγότερα χρήματα συνολικά κατά το έτος αναφοράς. Σε αυτό το δεκατημόριο συνεπώς βρίσκονται τα φτωχότερα νοικοκυριά καθώς όπως ήδη αναφέρθηκε οι δαπάνες δίνουν συνήθως μια πιο ρεαλιστική εικόνα για την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σε σχέση με τα εισοδήματα. Ακολουθούν στο δεύτερο δεκατημόριο τα νοικοκυριά που έχουν δαπανήσει λίγο περισσότερο και ομοίως για κάθε δεκατημόριο μέχρι το δέκατο όπου τοποθετούνται τα πλουσιότερα νοικοκυριά, αυτά δηλαδή που έχουν δαπανήσει συνολικά τα περισσότερα χρήματα στο έτος. Σε αυτή τη βάση, μετρούνται σε κάθε δεκατημόριο οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία

δαπάνης καθώς και το ποσοστό που αυτές αντιπροσωπεύουν επί των συνολικών δαπανών, καθώς όπως είναι εύκολα αντιληπτό διαφορετική βαρύτητα έχει μια δεδομένη δαπάνη για νοικοκυριά διαφορετικών οικονομικών δυνατοτήτων. Στο τέλος, παρουσιάζεται επίσης και ο λόγος 10/1, που δείχνει πόσες φορές μεγαλύτερη είναι η δαπάνη για τα πλουσιότερα νοικοκυριά (10^ο δεκατημόριο) σε σχέση με τα φτωχότερα (1^ο δεκατημόριο). Η πορεία της τάσης αυτού του λόγου κατά την διάρκεια των ετών αποτελεί ένα καλό συγκριτικό μέτρο για τις άκρες του πληθυσμού, φυσικά όμως δεν δίνει καμία πληροφορία για όλες τις ενδιάμεσες κατανομές.

Πίνακας 4.1: Μέση ιδιωτική δαπάνη υγείας και ποσοτά δαπανών υγείας επί της συνολικής δαπάνης ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης, 2008

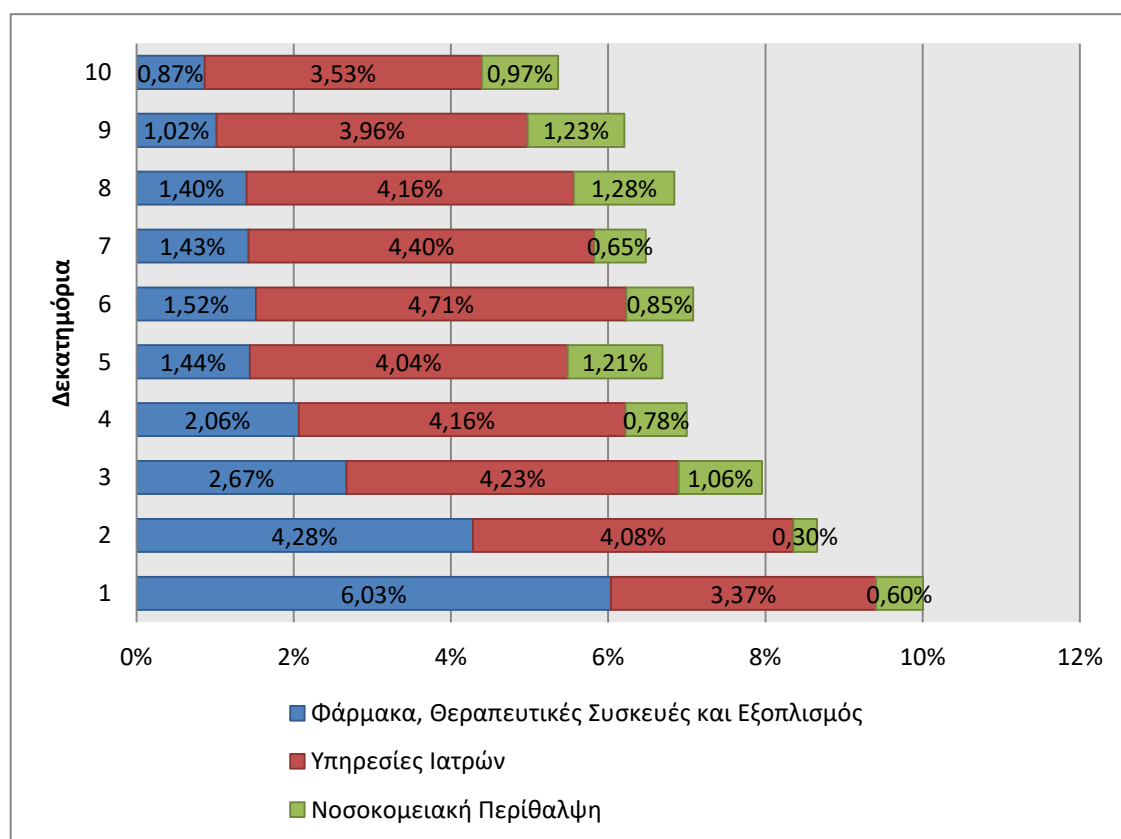
Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού (συνολικά)	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	5264,7	317,7	177,5	31,4	526,6
		6,03%	3,37%	0,60%	10,00%
2ο	9222,7	394,7	376,1	27,5	798,2
		4,28%	4,08%	0,30%	8,66%
3ο	12930,7	345,7	546,5	136,6	1028,9
		2,67%	4,23%	1,06%	7,96%
4ο	16302,9	336,6	677,8	126,9	1141,3
		2,06%	4,16%	0,78%	7,00%
5ο	19737,4	284,5	797,9	238,3	1320,7
		1,44%	4,04%	1,21%	6,69%
6ο	23785,1	361,6	1119,9	203,3	1684,8
		1,52%	4,71%	0,85%	7,08%
7ο	28205,0	402,2	1240,6	184,4	1827,3
		1,43%	4,40%	0,65%	6,48%
8ο	33815,4	474,4	1406,5	433,0	2313,9
		1,40%	4,16%	1,28%	6,84%
9ο	42324,2	432,0	1674,8	520,2	2627,0
		1,02%	3,96%	1,23%	6,21%
10ο (πλουσιότερο)	70671,4	613,1	2492,0	685,3	3790,3
		0,87%	3,53%	0,97%	5,36%
Σύνολο	26211,7	396,2	1050,5	258,5	1705,2
		1,51%	4,01%	0,99%	6,51%
Λόγος 10/1	13,4	1,9	14,0	21,8	7,2

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Στον πίνακα 4.1, φαίνεται η κατανομή των δαπανών υγείας ανά δεκατημόριο συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών για το έτος 2008. Το πρώτο στοιχείο που χρίζει παρατήρησης είναι το ποσοστό που αντιστοιχεί στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας για κάθε

δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης: Ενώ η μέση δαπάνη υγείας για το έτος ανέρχεται σε 6,51% επί των συνολικών δαπανών, για το φτωχότερο 10% των νοικοκυριών (1^ο δεκατημόριο), η ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 10% των συνολικών δαπανών. Αυτό το ποσοστό μικραίνει καθώς ανεβαίνουμε τα δεκατημόρια (με εξαίρεση το 6^ο και το 8^ο δεκατημόριο όπου εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό από το αμέσως προηγούμενο δεκατημόριο), μέχρι το 10^ο δεκατημόριο όπου οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αντιστοιχούν σε μόλις 5,36% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών αυτών. Φυσικά οι δαπάνες σε απόλυτους αριθμούς είναι κατά πολύ μεγαλύτερες στα ανώτερα δεκατημόρια όμως το κρίσιμο σημείο εδώ είναι η στέρηση που υφίστανται τα νοικοκυριά από άλλα αγαθά ή υπηρεσίες προκειμένου να πραγματοποιήσουν τις απαραίτητες δαπάνες υγείας.

Γράφημα 4.1: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανα δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης και ανά κατηγορία δαπάνης για το έτος 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο στα στοιχεία του έτους, είναι η κατανομή των δαπανών στις διαφορετικές κατηγορίες δαπάνης ανά δεκατημόριο ισοδύναμης δαπάνης. Μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι στα χαμηλότερα δεκατημόρια (φτωχότερα νοικοκυριά) οι δαπάνες που αντιστοιχούν στα φάρμακα είναι κατά πολύ

μεγαλύτερες στην ποσοστιαία συμμετοχή τους στις συνολικές δαπάνες σε σχέση με αυτές των υψηλότερων δεκατημορίων (πλουσιότερα νοικοκυριά). Τα φτωχότερα νοικοκυριά δαπανούν περισσότερο από το 6% επί των συνολικών δαπανών τους για φάρμακα σε αντίθεση με τα πλουσιότερα όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι μικρότερο του 1%. Αυτή η διαφορά, την οποία θα παρατηρήσουμε να αυξάνει στο πέρασ των χρόνων επιβεβαιώνει την ταξικότητα που εμπεριέχεται στις φαρμακευτικές δαπάνες.

Σχετικά με τις δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η κατανομή των δαπανών παρουσιάζει μια κανονικότητα με τα μεσαία δεκατημόρια να σημειώνουν ποσοστιαία τις υψηλότερες δαπάνες για υπηρεσίες γιατρών κλπ. Παρόμοια κατανομή παρουσιάζουν κατά το έτος 2008 και οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Όσον αφορά τον λόγο 10/1, παρατηρείται ότι το πλουσιότερο 10% των νοικοκυριών δαπανάει συνολικά 13,4 φορές περισσότερα χρήματα σε σχέση με το φτωχότερο 10% των νοικοκυριών. Ο λόγος αυτός όμως στις δαπάνες υγείας είναι κατά πολύ μικρότερος και έτσι τα πλουσιότερα νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτικές δαπάνες υγείας μόλις 7,2 φορές περισσότερα σε σχέση με τα φτωχότερα νοικοκυριά. Αυτή η ανισότητα στις κατανομή των δαπανών εμφανίζεται κυρίως στις δαπάνες για φάρμακα όπου τα πλουσιότερα νοικοκυριά δαπανούν μόλις 1,9 φορά περισσότερα από τα φτωχότερα. Ο λόγος 10/1 διαμορφώνεται για τις υπηρεσίες ιατρών σε 14 ενώ για την νοσοκομειακή περίθαλψη σε 21,8.

Όπως συνέβη και σε προηγούμενες ενότητες, παρακάτω θα παρουσιαστεί η κατανομή των δαπανών υγείας ανά δεκατημόριο συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών για το έτος 2015 και θα σχολιαστούν οι τάσεις για την μεσοπερίοδο. Οι πίνακες και τα γραφήματα από τα δεκατημόρια ισοδύναμων δαπανών που αντιστοιχούν σε κάθε έτος χωριστά θα παρουσιαστούν στο τέλος της εργασίας (παράρτημα Γ).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4.2, κατά το έτος 2015, τόσο οι συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών (16.455 €), όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (1.248 €) είναι αισθητά μικρότερες από τις αντίστοιχες του αρχικού έτους αναφοράς (2008). Βέβαια, όπως έχει ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών είναι ιδιαίτερος αυξημένες αφού αντιστοιχούν στο 7,81% των συνολικών δαπανών (αυξημένες κατά σχεδόν 20% σε σχέση με το 2008). Αυτό καταδεικνύει τις εγγενείς αδυναμίες του συστήματος υγείας όπου σε μια περίοδο έντονων αλλαγών και φτωχοποίησης του πληθυσμού αδυνατεί να

απορροφήσει τους κραδασμούς που δημιουργούνται και να εμποδίσει την μετακύλιση επιπλέον βάρους στα ήδη επιβαρυνόμενα από την παρατεταμένη οικονομική κρίση νοικοκυριά.

Πίνακας 4.2: Μέση ιδιωτική δαπάνη υγείας και ποσοτά δαπανών υγείας επί της συνολικής δαπάνης ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης, 2015

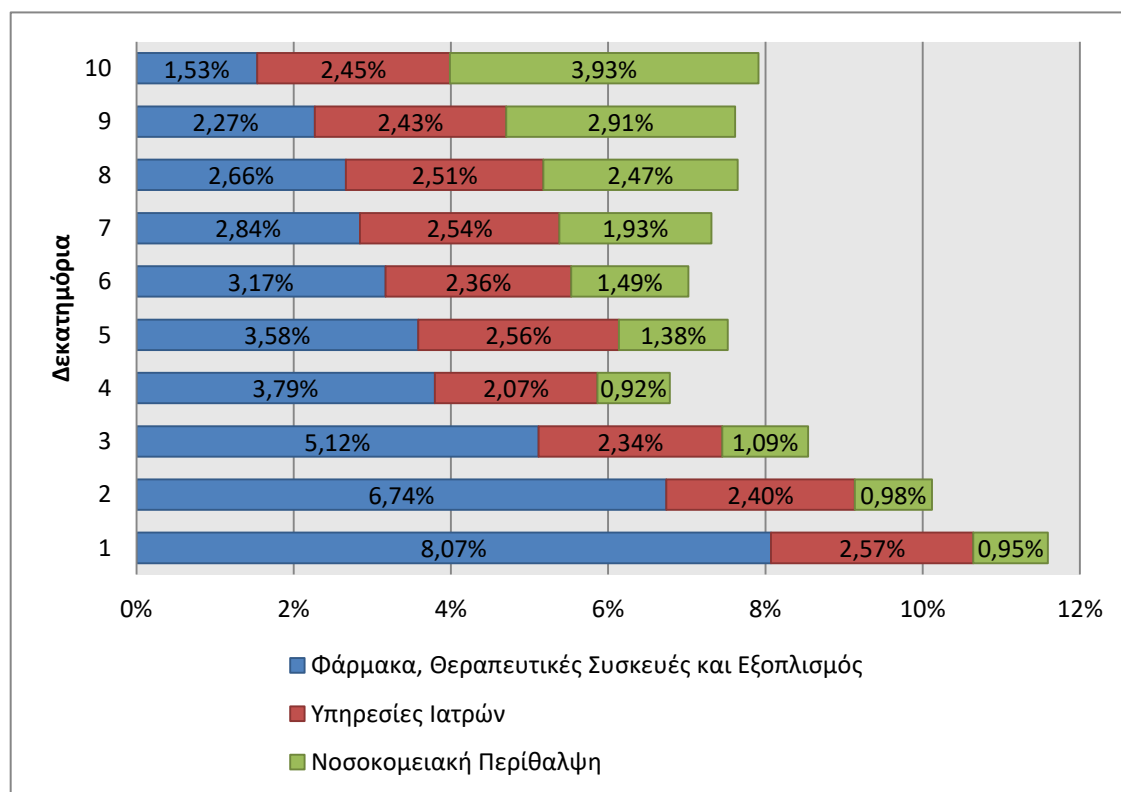
Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού (συνολικά)	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περιθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4007,1	323,5	103,0	38,1	464,6
		8,07%	2,57%	0,95%	11,59%
2ο	6462,2	435,6	154,8	63,6	654,0
		6,74%	2,40%	0,98%	10,12%
3ο	8262,2	422,6	193,1	90,2	705,9
		5,12%	2,34%	1,09%	8,54%
4ο	10073,7	382,3	208,3	92,7	683,3
		3,79%	2,07%	0,92%	6,78%
5ο	11945,1	428,0	305,3	165,3	898,6
		3,58%	2,56%	1,38%	7,52%
6ο	14084,8	446,0	332,9	210,0	988,9
		3,17%	2,36%	1,49%	7,02%
7ο	16769,6	477,0	425,3	324,0	1226,3
		2,84%	2,54%	1,93%	7,31%
8ο	20025,4	533,6	503,0	494,7	1531,3
		2,66%	2,51%	2,47%	7,65%
9ο	25557,4	580,0	621,6	744,3	1946,0
		2,27%	2,43%	2,91%	7,61%
10ο (πλουσιότερο)	47414,2	727,8	1162,0	1862,4	3752,2
		1,53%	2,45%	3,93%	7,91%
Σύνολο	16455,8	475,6	400,8	408,4	1284,8
		2,89%	2,44%	2,48%	7,81%
Λόγος 10/1	11,8	2,2	11,3	48,9	8,1

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, το 2015 σχεδόν όλα τα νοικοκυριά δαπανούν μεγαλύτερο μέρος από τις κατά πολύ μειωμένες συνολικές δαπάνες τους για ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Ιδιαίτερα για τα φτωχότερα νοικοκυριά (1^ο δεκατημόριο) φαίνεται ότι η δαπάνη για υγεία έχει ξεπεράσει κάθε προηγούμενο, καθώς δαπανούν σχεδόν το 12% των συνολικών δαπανών τους σε δαπάνες υγείας. Αντίστοιχα και για τα πλουσιότερα νοικοκυριά (10^ο δεκατημόριο) το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει σχεδόν το 8% των συνολικών δαπανών τους. Εντυπωσιακό εύρημα το γεγονός ότι το χαμηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας για το 2015 εντοπίζεται στο 4^ο και το 6^ο

δεκατημόριο. Φυσικά, πολύ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή των δαπανών ανά κατηγορία δαπάνης για κάθε δεκατημόριο όπου μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή από το γράφημα 4.2 που ακολουθεί.

Γράφημα 4.2: Δαπάνες υγείας των νοικοκυριών ανα δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης και ανά κατηγορία δαπάνης για το έτος 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Το πρώτο εύρημα που θα πρέπει να υπογραμμιστεί είναι ότι οι δαπάνες υγείας είναι ποσοστιαία αυξημένες για όλα σχεδόν τα νοικοκυριά κατά το έτος 2015. Βέβαια, από την γραφική απεικόνιση μπορεί κανείς να παρατηρήσει πως οι δαπάνες για φάρμακα που αντιστοιχούν στα φτωχότερα νοικοκυριά (1^ο δεκατημόριο) είναι ποσοστιαία περισσότερες από το σύνολο των δαπανών υγείας σχεδόν όλων των υπόλοιπων δεκατημορίων (δεκατημόρια 3-10), γεγονός που καταδεικνύει τις υπέρογκες δαπάνες για φάρμακα των φτωχότερων νοικοκυριών: Περισσότερο του 8% από τις συνολικές τους δαπάνες, δαπανάται για την αγορά φαρμάκων. Συγκρινόμενο με το 1,5% περίπου του δαπανάει το πλουσιότερο 10% επιβεβαιώνει την δυσβάσταχτη επιβάρυνση που υφίστανται τα φτωχότερα νοικοκυριά από τις φαρμακευτικές δαπάνες.

Αντίθετα, οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ιδιαίτερος αυξημένες στα ανώτερα δεκατημόρια, κάτι που επιβεβαιώνει πως η σχεδόν πλήρης κατάρρευση του

εθνικού συστήματος υγείας οδηγεί τον πληθυσμό που μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτού του είδους τις δαπάνες προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών παραμένουν ποσοστιαία σταθερές για όλα τα δεκατημόρια με ραγδαία πάντως πτώση των απόλυτων αριθμών των δαπανών όπως ήδη αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Τέλος, ο λόγος 10/1 δείχνει ότι τα πλουσιότερα νοικοκυριά δαπανούν συνολικά 11,8 φορές περισσότερα από τα φτωχότερα (μικρότερος λόγος από το 2008) ενώ για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ο λόγος διαμορφώνεται στο 8,1. Για τις επιμέρους κατηγορίες δαπάνης φαίνεται ότι τα πλουσιότερα νοικοκυριά δαπανούν περίπου 2 μόλις φορές περισσότερα για φάρμακα, 11 φορές περισσότερα για υπηρεσίες ιατρών και 49 φορές περισσότερα για νοσοκομειακή περίθαλψη, αναλογία που θα πρέπει να ταρακουνήσει κάθε αρμόδιο για την χάραξη πολιτικών υγείας, καθώς η κατάσταση στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα μοιάζει ταξική περισσότερο από ποτέ: Οι έχοντες μπορούν να πληρώνουν και να είναι λήπτες υψηλών υπηρεσιών υγείας σε ιδιωτικές δομές υγείας ενώ οι μη έχοντες να δαπανούν περισσότερα από τις δυνάμεις τους για να λάβουν τις απαραίτητες για την υγεία τους φαρμακευτικές αγωγές.

Πίνακας 4.3: Λόγος του πλουσιότερου 10% επί των συνολικών δαπανών προς το φτωχότερο 10% επί των συνολικών δαπανών, 2008-2015

Έτος	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
2008	13,4	1,9	14,0	21,8
2009	13,3	1,0	7,2	29,6
2010	12,5	2,5	11,4	69,1
2011	12,5	2,1	17,2	47,6
2012	13,3	2,2	17,0	90,3
2013	12,2	2,3	12,8	83,5
2014	12,5	2,5	13,4	33,6
2015	11,8	2,2	11,3	48,9

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Στον πίνακα 4.3 φαίνεται ο λόγος 10/1 (πλουσιότερα προς φτωχότερα νοικοκυριά με βάση την συνολική καταναλωτική δαπάνη) των δεκατημορίων των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών για μια σειρά από μεταβλητές κατά την περίοδο 2008-2015. Ο λόγος των συνολικών δαπανών φθίνει καθ' όλη την διάρκεια της περιόδου, χωρίς βέβαια αυτό να ερμηνεύεται ως άρση των ανισοτήτων. Η πτώση αυτή οφείλεται

περισσότερο στην ραγδαία μείωση των καταναλωτικών δαπανών που συνέβη στα πλουσιότερα δεκατημόρια και σε καμία περίπτωση σε αύξηση των δαπανών από τα φτωχότερα νοικοκυριά, για τα οποία επίσης μειώθηκαν οι καταναλωτικές δαπάνες αλλά με μικρότερους ρυθμούς.

Στις δαπάνες για φάρμακα, εμφανίζεται μια κοινωνικά άδικη κατανομή των δαπανών καθώς τα πλούσια νοικοκυριά δαπανούν κατά μέσο όρο μόλις 2 φορές περισσότερα από τα φτωχά την ίδια ώρα όπου η συνολική καταναλωτική τους δαπάνη είναι πολλαπλάσια. Για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες ιατρών, η κατανομή του λόγου 10/1 ακολουθεί αυξομειώσεις, οι οποίες στην πλειοψηφία τους φαίνεται να ακολουθούν την κατανομή των συνολικών καταναλωτικών δαπανών των νοικοκυριών.

Για την νοσοκομειακή περίθαλψη τέλος, είναι εμφανές ότι τα νοικοκυριά που έχουν την δυνατότητα καταναλώνουν πολύ περισσότερες υπηρεσίες και αυτό εμφανίζεται με τον πλέον ξεκάθαρο τρόπο στον λόγο 10/1 των φτωχών προς τους πλούσιους όπου η αναλογία για κάποια έτη ξεπερνάει το 90. Δηλαδή οι πλούσιοι δαπάνησαν 90 φορές περισσότερα από τους φτωχούς για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτό συνέβη όχι επειδή οι φτωχοί είναι περισσότερο υγιείς αλλά προφανώς επειδή οι πλούσιοι έχουν την δυνατότητα για τέτοιου είδους δαπάνες που οι φτωχοί δεν έχουν.

Συμπερασματικά, τα πιο αδύναμα νοικοκυριά (αυτά με τις μικρότερες καταναλωτικές δαπάνες), καταναλώνουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του διαθέσιμου προς ζόδεμα κεφαλαίου τους για τις δαπάνες υγείας και κυρίως για φαρμακευτικές δαπάνες. Ιδιαίτερα τα πλέον φτωχά νοικοκυριά δαπανούν το σύνολο του διαθέσιμου κεφαλαίου τους σε βασικά καταναλωτικά αγαθά. Λαμβάνοντας υπόψη την ανελαστικότητα των δαπανών για την υγεία, είναι προφανές ότι τα πιο αδύναμα νοικοκυριά στερούνται πόρους που θα μπορούσαν να καταναλώσουν για άλλα προϊόντα και υπηρεσίες με σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσης τους.

4.2 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα

Για την ανάλυση ανά δεκατημόριο των δαπανών υγείας που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκαν τα πλεονεκτήματα που φέρουν στην διερεύνηση των τάσεων των ανισοτήτων στην πορεία των χρόνων. Ωστόσο, η ανάλυση αυτή δεν μπορεί να δώσει μια σαφή εικόνα της επίδρασης που ασκούν στην συνολική ανισότητα

και στο επίπεδο διαβίωσης των νοικοκυριών οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Με άλλα λόγια, για να συμβεί αυτό χρειάζεται να γνωρίζουμε το μερίδιο το οποίο αντιπροσωπεύουν στην συνολικά δαπάνη των νοικοκυριών στα διάφορα τμήματα της διανομής. Δηλαδή να γνωρίζουμε εάν το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αυξάνεται, μειώνεται ή παραμένει σταθερό όσο αυξάνεται η συνολική καταναλωτική δαπάνη. Έτσι, εάν το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία παραμένει σταθερό, οι δαπάνες αυτές δεν έχουν κάποια επίπτωση στην συνολική ανισότητα. Στην περίπτωση που το μερίδιο αυξάνεται ή μειώνεται, τότε οι δαπάνες αυτές οδηγούν αντίστοιχα σε μείωση ή αύξηση της συνολικής ανισότητας. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, ανεξάρτητα από την επίδραση τους στην συνολική ανισότητα, επιβαρύνουν δυσανάλογο τον πληθυσμό στα χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια του πληθυσμού όπως αποδείχθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, επιφέροντας αρνητικές επιπτώσεις στην συνολική κοινωνική ευημερία.

Για να παρακολουθήσουμε την πορεία της ανισότητας των δαπανών υγείας θα χρησιμοποιηθούν οι δείκτες ανισότητας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, χρησιμοποιούνται οι δείκτες Gini, ο Ricci-Schutz (ή Pietra's measure ή Robin Hood Index), ο Atkinson, ο συντελεστής μεταβλητότητας (variation of coefficient και squared variation of coefficient) καθώς και ο Theil. Επίσης σε συνδυασμό με τους πιο πάνω δείκτες ανισοτήτων γίνεται χρήση και της καμπύλης Lorenz. Για να υπάρχει καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων των δεικτών, θα γίνει αντιπαραβολή των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά έτος με τις συνολικές ισοδύναμες καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών.

Πίνακας 4.4: Δείκτες ανισοτήτων 2008

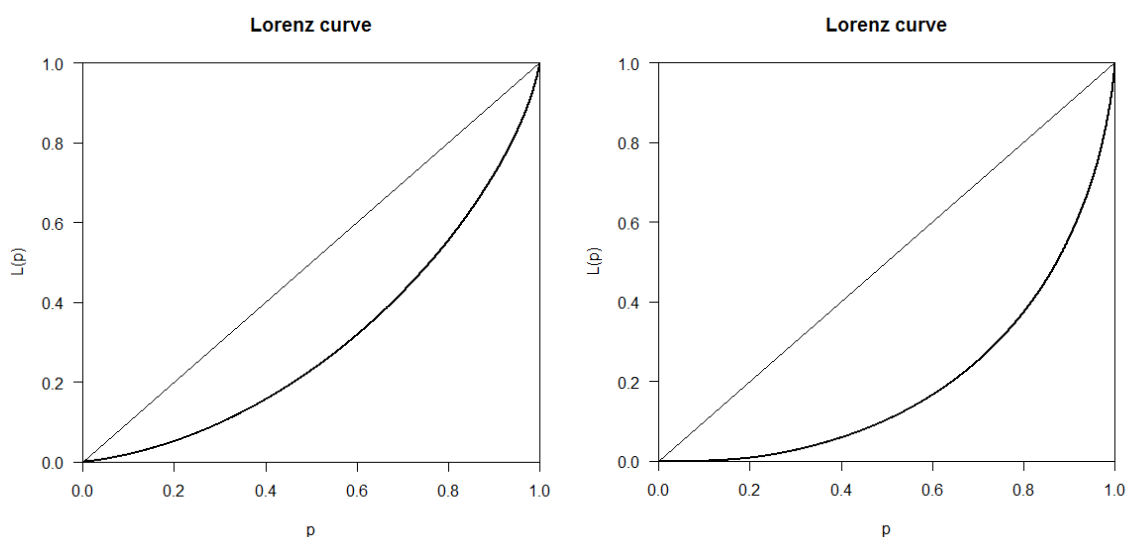
	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3921640	0,6047381
RS	0,2812597	0,4476639
Atkinson	0,1248684	0,3330615
Var. Coeff	0,7994067	1,4721170
Sq_Var.coeff	0,6390511	2,1671280
Theil	0,2589097	0,5768290

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Στον πίνακα 4.4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τους δείκτες ανισοτήτων που μετρήθηκαν για το έτος 2008, για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες και για τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι η διαφορά σε

όλους τους δείκτες μεταξύ των δύο κατηγοριών: Οι ανισότητες στις κατανομές των συνολικών καταναλωτικών δαπανών είναι σημαντικά μικρότερες για κάθε σημείο της κατανομής σε σχέση με τις ανισότητες που υπάρχουν στις δαπάνες υγείας. Αυτό δεν προκαλεί βέβαια εντύπωση από την στιγμή που είναι ήδη γνωστό το μέγεθος της ανελαστικότητας των δαπανών για την υγεία: Σε αντίθεση με σχεδόν κάθε άλλου είδους δαπάνη, στην υγεία έχει καθολική προτεραιότητα η κάλυψη των αναγκών με κάθε κόστος.

Γράφημα 4.3: Απεικόνιση των καμπυλών Lorenz για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και για τις δαπάνες υγείας (δεξιά) για το έτος 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Η διαφορά στην ανισότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών αποτυπώνεται και στις καμπύλες Lorenz που παρουσιάζονται στο γράφημα 4.3: Η καμπύλη που αφορά τις δαπάνες υγείας είναι αρκετά απομακρυσμένη από την διχοτόμο που δηλώνει την απόλυτη ισότητα (στην περίπτωση αυτή ο δείκτης gini θα ήταν ίσος με 0) και μάλιστα η κατανομή της είναι πιο κοντά στην μονάδα (εάν ο δείκτης gini ισούται με 1, τότε πρόκειται για την απόλυτη ανισότητα στις κατανομές των δαπανών). Αντίθετα, η καμπύλη που αφορά τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες, φαίνεται να βρίσκεται πιο κοντά στην διχοτόμο κάτι που αντικατοπτρίζεται και στις τιμές των δεικτών (πχ ο δείκτης gini ισούται με 0,37).

Για να συγκρίνουμε τους δείκτες για κάθε μεταβλητή, παρατίθεται στον πίνακα 4.5 ο υπολογισμός των ίδιων δεικτών για το έτος 2015. Αυτό που εύκολα συμπεραίνει κανείς, είναι το γεγονός ότι ενώ η ανισότητα για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες δείχνει μια τάση μείωσης σε όλους τους δείκτες—εύρημα που επιβεβαιώνεται και από

τον λόγο 10/1 των δεκατημορίων που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα- οι ανισότητες για τις δαπάνες υγείας διευρύνονται σύμφωνα με όλους τους δείκτες που χρησιμοποιούνται.

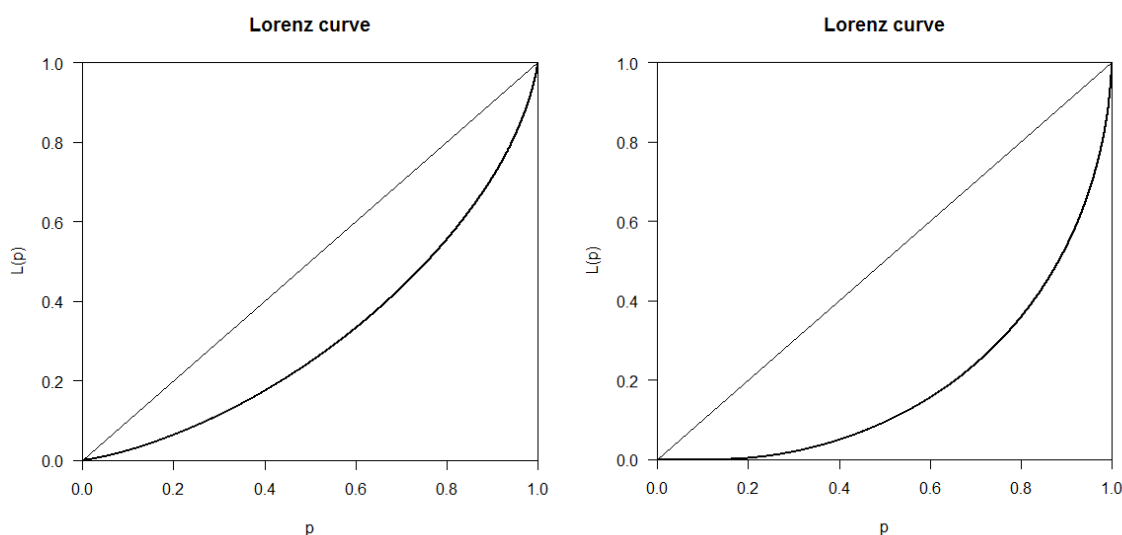
Πίνακας 4.5: Δείκτες ανισότητων 2015

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3763523	0,6259066
RS	0,2683866	0,4586289
Atkinson	0,1148642	0,3721766
Var. Coeff	0,8195147	1,6806980
Sq_Var.coeff	0,6716044	2,8247470
Theil	0,2484092	0,6000010

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Πιο συγκεκριμένα, εάν εξεταστεί η τιμή του δείκτη gini, από 0,605 που λαμβάνει το 2008 για το έτος 2015 η αντίστοιχη τιμή είναι 0,626. Η αυξητική αυτή τάση εμφανίζεται σε όλους τους δείκτες που μετρήθηκαν. Επίσης, στο γράφημα 4.4 παρουσιάζονται οι καμπύλες Lorenz για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες και για τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για το έτος 2015.

Γράφημα 4.4: Απεικόνιση των καμπυλών Lorenz για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και για τις δαπάνες υγείας (δεξιά) για το έτος 2015



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Για ακόμη μια φορά, για λόγους οικονομίας, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των δεικτών ανισότητας καθώς και των καμπυλών Lorenz για όλα τα ενδιάμεσα έτη γίνεται στο παράρτημα Δ.

4.3 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην φτώχεια

Οι δείκτες ανισότητας παρείχαν εκτιμήσεις για την επίδραση που ασκούν οι δαπάνες για την υγεία στα νοικοκυριά. Στις εκτιμήσεις αυτές επισημαίνεται ότι η επίδραση των δαπανών αυτών στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη στα άκρα της κατανομής. Από άποψη σχεδιασμού και αξιολόγησης πολιτικής, είναι κρίσιμης σημασίας η διερεύνηση των επιπτώσεων των δαπανών υγείας στα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού. Για τον σκοπό αυτό στον πίνακα 4.6 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις για το ποσοστό φτώχειας με βάση την συνολική καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών πριν από και μετά τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Όπως ήδη αναφέρθηκε, υιοθετώντας τον ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη σχετικής φτώχειας, το όριο της φτώχειας ορίζεται στο 60% της διαμέσου της ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι με αυτόν τον τρόπο δεν μετράται η φτώχεια έναντι κάποιου αντικειμενικού κριτηρίου αλλά αντίθετα υπάρχει το στοιχείο της σχετικότητας σε κάθε έτος (κάθε έτος είναι αυτοαναφορικό). Έτσι μείωση ή αύξηση στα ποσοστά φτώχειας δεν σημαίνει απαραίτητα επιδείνωση ή βελτίωση στο σύνολο της κοινωνίας αλλά περισσότερο μια μετατόπιση στην κατανομή των δαπανών. Για παράδειγμα η μείωση της σχετικής φτώχεια μεταξύ δυο ετών πιθανόν να οφείλεται όχι σε καλύτερευση της κατάστασης των φτωχών νοικοκυριών αλλά σε χειροτέρευση των πλούσιων.

Πίνακας 4.6: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην φτώχεια, 2008-2015 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό Σχετικής Φτώχειας (%)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	25,4	23,4	24	24,7	23,2	22,8	23,5	22,7
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη υγείας	25,9	24,5	24,9	25,5	24,5	23,9	24	23,2
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών υγείας	1,97	4,70	3,75	3,24	5,60	4,82	2,13	2,20

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί ήδη πολλές φορές, οι δαπάνες για την υγεία είναι ανελαστικές και κατά συνέπεια στερούν σημαντικούς πόρους από τα νοικοκυριά που θα μπορούσαν να καταναλωθούν σε άλλα αγαθά. Άρα, υπολογίζοντας το ποσοστό των

νοικοκυριών που θα βρεθεί κάτω από το όριο της φτώχειας εάν αφαιρεθούν από την συνολική τους κατανάλωση οι δαπάνες για την υγεία, μπορούμε να δούμε τις επιπτώσεις που έχουν οι δαπάνες αυτές στο επίπεδο διαβίωσης των πλέον ευάλωτων νοικοκυριών.

Διαπιστώνεται ότι, με βάση την συνολική καταναλωτική δαπάνη για το έτος 2015 το 22,7% των νοικοκυριών στη χώρα βρίσκεται κάτω από το όριο της σχετικής φτώχειας. Εάν από την συνολική κατανάλωση των νοικοκυριών αφαιρεθούν οι δαπάνες για την υγεία, τότε το ποσοστό των νοικοκυριών που πέφτει κάτω από το όριο της σχετικής φτώχειας ανέρχεται στο 23,2%. Δηλαδή το ποσοστό των “σχετικά φτωχών νοικοκυριών”, αυξάνεται κατά 2,2%. Παρόμοια και μεγαλύτερη αύξηση σημειώνεται για τα προηγούμενα έτη που περιλαμβάνονται στην περίοδο αναφοράς (εκτός των ετών 2008 και 2014 που η μεταβολή είναι οριακά μικρότερη).

Επιβεβαιώνεται έτσι η ύπαρξη καταστροφικών δαπανών στο σύστημα υγείας της χώρας που έχουν σαφώς δυσμενείς επιπτώσεις στην ευημερία των φτωχότερων νοικοκυριών και άρα των πιο αδύναμων τμημάτων του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει τα ευρήματα που έδωσε τόσο η ανάλυση των δεκατημορίων των ισοδύναμων καταναλωτικών δαπανών όσο και ο υπολογισμός των δεικτών ανισότητας που προηγήθηκαν.

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι οι εκτιμήσεις της σχετικής φτώχειας που γίνονται με βάση τις καταναλωτικές δαπάνες δείχνουν λίγο χαμηλότερα ποσοστά φτώχειας από αυτές που προκύπτουν με βάση το εισόδημα που είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος μέτρησης της σχετικής φτώχειας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση εμφανίζει μικρότερες διακυμάνσεις στο χρόνο απ’ ότι το εισόδημα, εφόσον τα νοικοκυριά τείνουν να εξομαλύνουν την κατανάλωση τους (μέσω δανεισμού ή αποταμιεύσεων) με τρόπο που να προσαρμόζεται καλύτερα στο μακροχρόνιο εισόδημα τους.

Ο αναλυτικός υπολογισμός των ποσοστών της σχετικής φτώχειας για κάθε έτος χωριστά, παρουσιάζεται σε πίνακα στο παράρτημα Ε.

4.4 Η συμπληρωματικότητα των δεικτών ανισότητας και φτώχειας και ο δείκτης S80/S20

Σε αυτή την τελική ενότητα της ανάλυσης δεδομένων και για λόγους πληρότητας της έρευνας, αν και αναλύθηκε νωρίτερα ο λόγος που είναι προτιμότερη η χρήση των δαπανών, θα χρησιμοποιηθεί η μεταβλητή του εισοδήματος των νοικοκυριών. Παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία λαμβάνονται δειγματοληπτικά από εθελοντική συμμετοχή των νοικοκυριών στην έρευνα και πάλι έχει επιβεβαιωθεί από την ελληνική βιβλιογραφία ότι η μεταβλητή του εισοδήματος είναι κατά πολύ υποεκτιμημένη στο σύνολο των νοικοκυριών. Εδώ ωστόσο η χρήση του εισοδήματος θα χρησιμοποιηθεί για την δημιουργία εισοδηματικών τάξεων έτσι ώστε τα νοικοκυριά να χωριστούν σε πέντε ίσες τάξεις βάση του εισοδήματος τους. Αυτός εξάλλου είναι και ένας τρόπος για να μετρηθεί η διανομή του εισοδήματος. Έτσι για κάθε τάξη εισοδήματος που προκύπτει από την ανάλυση, παρουσιάζεται το μέσο καθαρό εισόδημα, η μέση συνολική καταναλωτική δαπάνη, η μέση δαπάνη υγείας καθώς και αναλυτικά οι κατανομή των δαπανών υγείας στις τρεις βασικές κατηγορίες, δηλαδή φάρμακα θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός, υπηρεσίες ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη. Στην συνέχεια και για λόγους επιστημονικής τεκμηρίωσης, θα χρησιμοποιηθεί ο στατιστικός έλεγχος Pearson correlation 2-tailed test για να εξεταστεί εάν επιβεβαιώνεται η θεωρία πως οι δαπάνες υγείας συσχετίζονται θετικά με το εισόδημα των νοικοκυριών.

Στο τέλος, θα χρησιμοποιηθεί ένας διαρθρωτικός δείκτης ο οποίος αποτελεί βασικό δείκτη μέτρησης της ανισότητας, ο δείκτης S80/S20. Ουσιαστικά η τεχνική της ανάλυσης είναι παρόμοια με την ανάλυση που έγινε με βάση τα δεκατημόρια ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης. Ο δείκτης S80/S20 είναι ο λόγος του εισοδήματος ή της δαπάνης των 20% περισσότερο εύπορων νοικοκυριών προς το εισόδημα των 20% λιγότερο εύπορων νοικοκυριών. Ο δείκτης S80/S20 είναι ευαίσθητος στις αλλαγές που συμβαίνουν στα ανώτερα και κατώτερα πεμπτημόρια του πληθυσμού, δηλαδή ανάμεσα στα πλουσιότερα και στα φτωχότερα νοικοκυριά. Έτσι η χρήση του δείκτη S80/S20 σε συνδυασμό με την μέθοδο των δεκατημορίων, αποδίδει με λεπτομερή τρόπο την ανισοκατανομή που επικρατεί μέσα σε κάθε ομάδα νοικοκυριών.

Στον πίνακα 4.7 παρουσιάζονται τα νοικοκυριά χωρισμένα σε πεμπτημόρια συναρτήσει των ισοδύναμων καθαρών εισοδημάτων τους για το έτος 2008. Έτσι

μπορεί κανείς να παρατηρήσει πως το πλουσιότερο 20% των νοικοκυριών έχει 6,7 φορές μεγαλύτερα εισοδήματα από το φτωχότερο 20% του πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα δαπανάει μόνο 4,5 φορές περισσότερα για τις συνολικές καταναλωτικές του δαπάνες. Εντύπωση προκαλεί επίσης ότι ο δείκτης S80/S20 είναι μόνο 2,7 για τις δαπάνες υγείας γεγονός που δείχνει για μια ακόμη φορά αφενός την ανελαστικότητα των δαπανών υγείας και αφετέρου την βάρος που επωμίζονται τα φτωχότερα νοικοκυριά.

Πίνακας 4.7: Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2008

Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	8206,70	10500,03	954,76	369,83	441,67	143,26
		127,94%	11,63%	4,51%	5,38%	1,75%
2ο	14820,32	17858,99	1383,49	386,23	843,59	153,67
		120,50%	9,34%	2,61%	5,69%	1,04%
3ο	21585,47	24376,22	1633,31	373,75	1029,38	230,18
		112,93%	7,57%	1,73%	4,77%	1,07%
4ο	30505,55	31341,81	1944,17	368,84	1273,51	301,83
		102,74%	6,37%	1,21%	4,17%	0,99%
5ο (Πλουσιότερο)	55188,58	47141,05	2618,53	483,99	1667,96	466,58
		85,42%	4,74%	0,88%	3,02%	0,85%
Σύνολο	26022,62	26210,86	1705,51	396,50	1050,26	258,75
		100,72%	6,55%	1,52%	4,04%	0,99%
S80/S20	6,7	4,5	2,7	1,3	3,8	3,3

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ

Επίσης φαίνεται και εδώ ότι οι δαπάνες για φάρμακα είναι σχεδόν ισοδύναμες (S80/S20: 1,3) για το πλουσιότερο και το φτωχότερο πεμπτημόριο του πληθυσμού κάτι που τις καθιστά δεδομένα καταστροφικές για τα νοικοκυριά με τα χαμηλά εισοδήματα. Επίσης ο δείκτης S80/S20 παίρνει τιμή 3,8 για τις υπηρεσίες ιατρών και 3,3 για την νοσοκομειακή περίθαλψη. Το τελευταίο αποτελεί ιδιαίτερος ενδιαφέρον εύρημα καθώς η αντίστοιχη τιμή του λόγου 10/1 για το έτος 2008 ήταν σχεδόν 22. Αυτό σημαίνει ότι η μεγάλη διαφορά στις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη εντοπίζεται εξαιρετικά εντονότερη στα άκρα της κατανομής, συνεπώς η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη είναι πράγματι ένα ταξικό αγαθό.

Τέλος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η βιβλιογραφία κατά την οποία οι δαπάνες υγείας συσχετίζονται άμεσα και θετικά με το εισόδημα, πιο κάτω παρουσιάζονται τα

αποτελέσματα από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη της εν λόγω συσχέτισης.

Πίνακας 4.8: Στατιστικός έλεγχος Pearson Correlations (2-tailed) μεταξύ εισοδήματος και δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2008

		Correlations	
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,261**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4068443	4068443
HE06A	Pearson Correlation	,261**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4068443	4072175

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Από τον στατιστικό έλεγχο Pearson correlations test, αποδεικνύεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εισοδήματος και δαπάνης υγείας και μάλιστα σε επίπεδο σημαντικότητας $p=0,01$.

Σε συνέχεια της λογικής που ακολουθείται και στις προηγούμενες ενότητες, θα παρουσιαστούν εδώ τα αποτελέσματα της αντίστοιχης ανάλυσης των δεδομένων για το έτος 2015. Οι πίνακες καθώς και οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν για όλα τα ενδιάμεσα έτη της περιόδου θα παρατεθούν στο παράρτημα ΣΤ.

Από τον πίνακα 4.9 που ακολουθεί, παρατηρείται μια τάση αύξησης των ανισοτήτων, τόσο σε επίπεδο εισοδήματος όσο και σε επίπεδο δαπανών. Έτσι ο δείκτης S80/S20 μεγαλώνει για το εισόδημα (από 6,7 σε 7,8) κάτι που φανερώνει ότι τα πλουσιότερα νοικοκυριά έχουν ακόμα μεγαλύτερα έσοδα σε σχέση με τα φτωχότερα νοικοκυριά. Την ίδια στιγμή, ο δείκτης S80/S20 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες είναι 3,4 δηλαδή μικρότερος από τον αντίστοιχο του έτους 2008, δηλαδή για το έτος 2015 τα πλουσιότερα νοικοκυριά δαπανούν μόλις 3,4 φορές περισσότερα από τα φτωχότερα.

Εδώ πρέπει να γίνει κατανοητή η χρησιμότητα του δείκτη S80/S20: Όταν πρόκειται για εισοδήματα, η αύξηση του δηλώνει και διεύρυνση των ανισοτήτων. Αντιθέτως, όταν πρόκειται για δαπάνες, η διεύρυνση των ανισοτήτων συμβαίνει όταν ο δείκτης μειώνεται. Έτσι σε γενικές γραμμές αυτό που πάντα ενδιαφέρει είναι η συγκριτική παρουσίαση αυτών των δεικτών και όχι η απλή παράθεση τους σαν απόλυτοι αριθμοί.

Συνεχίζοντας, για τις δαπάνες υγείας επίσης ο δείκτης S80/S20 παρουσιάζει πολύ μικρή πτώση (από 2,7 σε 2,6), ενώ για τις υποκατηγορίες δαπανών ο δείκτης παίρνει τιμές 1,5 για φάρμακα, 3 για υπηρεσίες ιατρών και 4,2 για νοσοκομειακή περίθαλψη. Με λίγα λόγια, ο δείκτης S80/S20 ακολουθεί την πορεία του λόγου 10/1 που διερευνήθηκε σε προηγούμενη ενότητα, σημειώνοντας πάντως διαφορετική πορεία ανάλογα με το που μέσα στον πληθυσμό σημειώνονται οι αλλαγές στην κατανομή του.

Πίνακας 4.9: Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσεως των ισοδύναμων δαπανών 2015

Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού(σε νομισματικές μονάδες)	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	4655,87	8728,32	789,42	374,44	228,74	186,24
		187,47%	16,96%	8,04%	4,91%	4,00%
2ο	9409,33	10856,24	973,29	458,98	247,40	266,90
		115,38%	10,34%	4,88%	2,63%	2,84%
3ο	13321,52	14321,51	1184,86	478,28	374,47	332,11
		107,51%	8,89%	3,59%	2,81%	2,49%
4ο	19439,44	19034,21	1457,02	514,61	469,69	472,72
		97,92%	7,50%	2,65%	2,42%	2,43%
5ο (Πλουσιότερο)	36482,55	29575,49	2041,36	560,34	692,29	788,73
		81,07%	5,60%	1,54%	1,90%	2,16%
Σύνολο	16656,55	16499,87	1288,98	477,29	402,44	409,25
		99,06%	7,74%	2,87%	2,42%	2,46%
S80/S20	7,8	3,4	2,6	1,5	3,0	4,2

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Τέλος, ο στατιστικός έλεγχος που πραγματοποιήθηκε (Pearson correlations 2-tailed test) φανερώνει και εδώ με επίπεδο εμπιστοσύνης 99% την συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ εισοδήματος και δαπανών υγείας.

Πίνακας 4.10: Στατιστικός Pearson Correlations (2-tailed) μεταξύ εισοδήματος και δαπανών υγείας των νοικοκυριών 2015

		Correlations	
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,214**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4113163	4113163
HE06A	Pearson Correlation	,214**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4113163	4134481

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Η ανισότητα της φτώχειας

Η παρούσα μελέτη εξέτασε τις ποσοτικές διαστάσεις, τη δομή και τη διαχρονική μεταβολή των οικονομικών μεγεθών, των ανισοτήτων και της φτώχειας στην Ελλάδα που συνδέονται με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατά την περίοδο 2008-2015 χρησιμοποιώντας τα δεδομένα όλων των διαθέσιμων Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διεξήχθησαν στην περίοδο αυτή και καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της μελέτης παρατίθεται μια σύνοψη των αποτελεσμάτων που εξάγονται από τα κεφάλαια 3 και 4, ακολουθούν οι συμπερασματικές επισημάνσεις που τεκμαίρονται από την ανάλυση και μεταξύ άλλων απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα, οι προτάσεις που θεωρήθηκαν από το συγγραφέα ως οι πλέον κατάλληλες για την βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της υγείας και κατ' επέκταση της κοινωνικής ευημερίας, η ανάγκη για μελλοντική έρευνα που προέκυψε από την υλοποίηση της παρούσας εργασίας και τέλος οι περιορισμοί στους οποίους υφίσταται η παρούσα μελέτη. Θα πρέπει τέλος να αναφερθεί ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό, τα αποτελέσματα της μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία και συμπληρώνουν τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών, οι οποίες είτε χρησιμοποιούν διαφορετικές πηγές δεδομένων είτε εξετάζουν μικρότερες χρονολογικές περιόδους.

5.1 Σύνοψη των αποτελεσμάτων

Η Ελλάδα αποτελεί κλασικό παράδειγμα “ιδιωτικοποιημένου” εθνικού συστήματος υγείας καθώς χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη τόσο του ΕΣΥ όσο και ενός εξαιρετικά ανεπτυγμένου ιδιωτικού τομέα ο οποίος δραστηριοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αυτό το ιδιωτικοποιημένο εθνικό σύστημα σε συνδυασμό με μια σειρά άλλων λόγων έχουν εκτινάξει τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας στα ύψη καθώς η χώρα βρίσκεται διαχρονικά τα τελευταία χρόνια στην -θλιβερή- πρώτη θέση στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράδειγμα, για το έτος 2014 τη μεγαλύτερη ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του μέσου προϋπολογισμού των νοικοκυριών, παρουσιάζουν η Ελλάδα και η Βουλγαρία με 7,5%

και 6,5% αντίστοιχα, όταν στην Ιταλία διαθέτουν το 4,9%, στην Ισπανία το 3,5%, στη Νορβηγία το 2,6%, τη Δανία το 2,4% και στο Ηνωμένο Βασίλειο 1,6%.

Στην Ελλάδα η πορεία συμμετοχής των νοικοκυριών στις δαπάνες υγείας τείνει αυξανόμενη από το 2009 μέχρι και το 2015 σε ποσοστιαίους όρους ως προς το σύνολο των δαπανών (από 6,19% του 2009 σε 7,81% για το 2015). Αυτό εν πολλοίς οφείλεται στις συνεχώς μειούμενες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών σε συνδυασμό με την ανελαστικότητα που χαρακτηρίζει τον χώρο της υγείας. Η ετήσια ιδιωτική δαπάνη υγείας ανά νοικοκυριό ήταν το 2008 στα 1705,24 ενώ το 2015 έφθασε στα 1284,72 ευρώ με χαμηλότερη ετήσια δαπάνη να εντοπίζεται το 2013 στα 1253,27 ευρώ. Εντυπωσιάζει το εύρημα ότι κατά τα 2 τελευταία χρόνια (2014 και 2015) οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας μεγαλώνουν και με χρηματικούς όρους, όντας η μοναδική κατηγορία δαπάνης που συμβαίνει αυτό από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και έπειτα.

Το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών του μέσου προϋπολογισμού των ελληνικών νοικοκυριών αφορά στα είδη διατροφής (περισσότερο από 21% κατά τα τελευταία έτη) και ακολουθούν η στέγαση (13-14%) και οι μεταφορές (περίπου 12%), ενώ οι υπηρεσίες εκπαίδευσης αντιστοιχούν στο μικρότερο μερίδιο των δαπανών (λίγο πάνω από 3%). Αναλυτικότερα, σε τρέχουσες τιμές η ποσοστιαία κατανομή των δώδεκα κατηγοριών για το έτος 2015 έχει ως εξής: είδη διατροφής 21,4%, στέγαση 13,7%, μεταφορές 12%, ξενοδοχεία, καφενεία και εστιατόρια 10,3%, υγεία 7,8%, διάφορα αγαθά και υπηρεσίες 7,1%, είδη ένδυσης και υπόδησης 5,8%, διαρκή αγαθά 5,0%, αναψυχή και πολιτισμός 4,7%, επικοινωνίες 6,1%, αναψυχή και πολιτισμός 5%, διαρκή αγαθά 4,9%, επικοινωνίες 4,3%, οινοπνευματώδη ποτά και καπνός 4,2% και εκπαίδευση 3,4%. Σε σχέση το 2014, ένδεκα από τις δώδεκα κατηγορίες δαπανών παρουσιάζουν μείωση δαπανών, ενώ η μόνη κατηγορία για την οποία παρατηρείται αύξηση της μέσης μηνιαίας δαπάνης είναι η υγεία.

Σημαντική παράλειψη θα ήταν εάν δεν επισημανθεί η μεταβολή των δαπανών σε κάθε υποκατηγορία δαπανών υγείας: Το 2008 οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας αποτελούσαν περισσότερο από το 60% των δαπανών υγείας (με τις μισές σχεδόν να αφορούν οδοντιατρικές δαπάνες) ενώ το 2015 το ποσοστό αυτό ήταν σχεδόν το μισό 31% (με τις οδοντιατρικές δαπάνες να αφορούν περίπου τα 2/5 των δαπανών αυτών). Αντιθέτως έχει αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό συμμετοχής στις δαπάνες υγείας για

φαρμακευτικά προϊόντα και νοσοκομειακή περίθαλψη (από 23 και 15% περίπου το 2008 σε 37 και 32% περίπου το 2015).

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει και η κατανομή των δαπανών ανάλογα με τον τύπο της περιοχής στην οποία διαμένει το νοικοκυριό: Κατά το έτος 2008 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν μεγαλύτερες για τα νοικοκυριά που διαμένουν στις ημιαστικές περιοχές, λίγο πάνω από εκείνες των νοικοκυριών σε αστικές περιοχές ενώ τις μικρότερες δαπάνες κατέγραφαν τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές. Ο στατιστικός έλεγχος που έγινε επιβεβαίωσε την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις δαπάνες των νοικοκυριών που διαμένουν σε διαφορετικές περιοχές. Η κατανομή των δαπανών αυτών σε φαρμακευτικά προϊόντα, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας και νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν περίπου ίδια για τα νοικοκυριά σε αστικές και ημιαστικές περιοχές ενώ τα νοικοκυριά σε αγροτικές περιοχές παρατηρείται αυξημένη δαπάνη σε φαρμακευτικά προϊόντα (29% αντί για 19% και 21% περίπου), σημαντικά χαμηλότερη για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας (57%) και ελαφρώς χαμηλότερη για νοσοκομειακή περίθαλψη (13% περίπου). Η κατανομή αυτή έχει μεταβληθεί με εντυπωσιακό τρόπο κατά το έτος 2015 η οποία σε συνδυασμό με την πτώση στη μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη υγείας κατά 420 ευρώ περίπου δίνει μια εντελώς διαφορετική εικόνα. Ο στατιστικός έλεγχος και πάλι έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ιδιωτικών δαπανών υγείας και της περιοχής που διαμένει το νοικοκυριό. Πιο συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές συνεχίζουν να έχουν τις μεγαλύτερες δαπάνες κατά μέσο όρο ακολουθούμενα πια από εκείνα στις αγροτικές περιοχές με τελευταία σε μέση δαπάνη εκείνα τα νοικοκυριά που διαμένουν σε αστικές περιοχές. Από την δαπάνη αυτή, στις αστικές περιοχές δαπανάται το 36% για φάρμακα, το 34% για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας και το 30% για νοσοκομειακή περίθαλψη, στις ημιαστικές περιοχές 34%, 32% και 34% αντίστοιχα ενώ τέλος στις αγροτικές περιοχές 37%, 31% και 32% αντίστοιχα.

Συνεχίζοντας, παρατηρείται ότι το μερίδιο της μέσης ισοδύναμης δαπάνης (αγορές σε τρέχουσες τιμές) του πλουσιότερου 10% του πληθυσμού ήταν 13,4 φορές μεγαλύτερο από το μερίδιο της μέσης ισοδύναμης δαπάνης του φτωχότερου 10% του πληθυσμού κατά το έτος 2008. Η αναλογία αυτή είναι ελαφρώς μειούμενη για όλη την περίοδο αναφοράς και φθάνει στο 11,8 για το έτος 2015. Η αναλογία αυτή (10/1) για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας ωστόσο μεγάλωσε από 7,2 σε 8,1 για το 2015. Εντύπωση προκαλεί η χαμηλή τιμή που λαμβάνει η αναλογία για φάρμακα (το πλουσιότερο 10%

ξοδεύει μόλις 2,2 φορές περισσότερα το 2015 για φάρμακα από ότι το φτωχότερο 10%) καθώς και για την νοσοκομειακή περίθαλψη όπου η διαφορά είναι χαώδης: Σχεδόν 50 φορές περισσότερα ξοδεύει το πλουσιότερο 10% σε σχέση με το φτωχότερο 10% για το 2015 (με μέγιστη τιμή το 90,3 του 2012). Μιας και οι ανάγκες για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης δεν είναι πολλαπλάσιες για το πλουσιότερο τμήμα του πληθυσμού σε σχέση με το φτωχότερο (ισχύει ακριβώς το αντίθετο μάλιστα βάσει της βιβλιογραφίας), η διαφορά αυτή στις νοσοκομειακές δαπάνες δηλώνει με έμφαση την ταξικότητα της υγείας σήμερα στην Ελλάδα. Όποιος έχει τα χρήματα, μπορεί να έχει και την αντίστοιχη υγειονομική περίθαλψη, σε αντίθεση με τους μη έχοντες που πολλές φορές δεν καλύπτουν ούτε τις ζωτικής σημασίας ανάγκες για περίθαλψη.

Όλοι οι δείκτες ανισοτήτων που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση συνηγορούν στο γεγονός πως αν και οι ανισότητες στις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών εξομαλύνονται ελαφρώς με το πέρασμα των χρόνων, οι ανισότητες για τις δαπάνες υγείας διευρύνονται πλήττοντας ακόμα περισσότερο τα πιο αδύναμα νοικοκυριά.

Το ποσοστό σχετικής φτώχειας του πληθυσμού από το 25% περίπου του 2008 έφθασε στο 23% περίπου το 2015. Ωστόσο η μικρή αυτή πτώση δεν οφείλεται στην βελτίωση της κατάστασης των πιο αδύναμων νοικοκυριών αλλά στην επιδείνωση των νοικοκυριών που βρίσκονται στα ανώτερα κλιμάκια. Οι δαπάνες υγείας διαδραματίζουν στην επιδείνωση αυτή σημαντικό ρόλο -λόγω και της ανελαστικής φύσης τους- με τα έτη 2012 και 2013 να κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ της περιόδου αναφοράς σαν εκείνα που οι δαπάνες υγείας επηρέασαν περισσότερο το ποσοστό της σχετικής φτώχειας.

5.2 Συμπερασματικές επισημάνσεις

Στις σύγχρονες καπιταλιστικές οικονομίες παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες τόσο στην διανομή του πλούτου όσο και των καταναλωτικών δαπανών ατόμων και νοικοκυριών. Είναι μάλιστα τόσο έντονες που μοιάζουν να έχουν χαράξει την συλλογική συνείδηση, καθώς η συνεχής παρουσία τους σε κάθε τομέα της καθημερινότητας τις έχει καταστήσει σχεδόν φυσιολογικές. Οι ανισότητες αυτές ενισχύονται από την ελευθερία επιλογής του καταναλωτή, την κυριαρχία των αγορών, την επέκταση των ιδιωτικοποιήσεων και την συνακόλουθη συρρίκνωση της

κοινωνικής προστασίας και του ρόλου γενικότερα του κράτους πρόνοιας ακόμη και στον χώρο της υγείας η οποία αντιμετωπίζεται πλέον όλο και περισσότερο σαν εμπόρευμα και όχι σαν αγαθό. Οι ήδη διογκωμένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, συνεχίζουν να αυξάνονται ανησυχητικά προκαλώντας μια σειρά προβλημάτων στο σύνολο σχεδόν των νοικοκυριών της χώρας, πολλά προβλήματα από τα οποία είναι αδύνατο να μετρηθούν και να εκτιμηθούν σήμερα αλλά αναπόφευκτα η κοινωνία θα τα βρει μπροστά της αύριο.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία επιβαρύνουν δυσανάλογα τον πληθυσμό, πλήττοντας κατεξοχήν άτομα και νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα τα οποία, σε σύγκριση με τις πιο εύρωστες ομάδες, καταναλώνουν μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους σε δαπάνες υγείας. Το γεγονός αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική κοινωνική ευημερία και ταυτόχρονα συντείνει στη διεύρυνση των ανισοτήτων και της φτώχειας θέτοντας επιτακτικά το ζήτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης καθώς οι αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στερούν αναλογικά περισσότερους πόρους από τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα, τους οποίους θα μπορούσαν να διαθέσουν στην κάλυψη άλλων καταναλωτικών αναγκών, με προφανείς επιδράσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους.

Χρησιμοποιώντας εναλλακτικούς δείκτες ανισότητας, προκειμένου να ελέγξουμε την εγκυρότητα των εκτιμήσεών μας, διαπιστώσαμε ότι, μετά την αφαίρεση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αυξάνεται η ανισότητα ως προς το διαθέσιμο εισόδημα των ατόμων. Η επίδραση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στα χαμηλά εισοδήματα. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξάνουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας. Η ανάλυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας (συνολικές και ανά κατηγορία) ανά δεκατημόριο του πληθυσμού μάς επέτρεψε να εμβαθύνουμε στις επιδράσεις που ασκούν στα διάφορα κλιμάκια του πληθυσμού, με βάση το επίπεδο της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Διαπιστώθηκε ότι το ύψος και η σύνθεση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία αλλά και το μερίδιό τους στη συνολική καταναλωτική δαπάνη διαφοροποιούνται σημαντικά, ανάλογα με το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων. Οι δαπάνες αυτές αντιπροσωπεύουν ένα αρκετά υψηλό μερίδιο των συνολικών καταναλωτικών δαπανών στο φτωχότερο 10% του πληθυσμού σε σχέση με τα υπόλοιπα δεκατημόρια.

Η μέση ιδιωτική δαπάνη για φάρμακα έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια σαν αντιστάθμισμα των πολιτικών μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Η δαπάνη αυτή ωστόσο δεν εμφανίζει θετική σχέση με το ύψος του εισοδήματος και της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης των νοικοκυριών. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα ανελαστική δαπάνη που επιβαρύνει δυσανάλογα τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού, αντιπροσωπεύοντας το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών τους δαπανών για υγεία. Επίσης στην χώρα συναντάται και μια διαμορφωμένη κουλτούρα σε σχέση με την αυξημένη κατανάλωση φαρμάκων και κυρίως αντιβιοτικών. Οι διαφορές στις συνολικές ποσότητες κατανάλωσης αντιβιοτικών είναι πάνω από τετραπλάσιες στις χώρες του ΟΟΣΑ, με τη Χιλή, τις Κάτω Χώρες και την Εσθονία να αναφέρουν τις χαμηλότερες ποσότητες και την Τουρκία και την Ελλάδα τις υψηλότερες.

Παράλληλα τα φτωχότερα νοικοκυριά δαπανούν λιγότερο, τόσο σε απόλυτα νούμερα όσο και ως ποσοστό επί των δαπανών υγείας, σε άλλες κατηγορίες, όπως οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την πλημμελή κάλυψη αναγκών των νοικοκυριών αυτών σε άλλες υπηρεσίες υγείας, λόγω έλλειψης πόρων καθώς σε καμία περίπτωση δεν τεκμαίρεται πως τα “φτωχότερα” νοικοκυριά είναι πιο υγιή.

Οι διαφορές στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας που προκύπτουν ανάλογα με τον τύπο διαμονής των νοικοκυριών δείχνουν την ανισοκατανομή των δομών υγείας (πχ νοσοκομεία, κέντρα υγείας κλπ) ανά την επικράτεια, την διαφορά στο πλήθος της προσφοράς αγαθών και υπηρεσιών (πλήθος ιατρείων και φαρμακείων σε κάθε περιοχή) και τέλος την διαφορετική κουλτούρα με την οποία τα νοικοκυριά ανάλογα με την περιοχή που διαμένουν προσεγγίζουν την έννοια της υγείας. Χρίζει ωστόσο περαιτέρω διερεύνησης η διαφορετική σύνθεση αυτών των νοικοκυριών.

Η ύπαρξη τόσο υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα δεν μπορεί να εμηνευθεί μονοσήμαντα αλλά μπορεί να εντοπιστεί στην συνολική ανεπάρκεια – σχεδιασμού και εφαρμογής- του δημόσιου συστήματος υγείας της χώρας. Έννοιες όπως ποιότητα, αξιολόγηση και αξιοκρατία είναι άγνωστες στον χώρο της υγείας. Οι πολιτικές σοκ για την ραγδαία μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας έχουν μετακυλήσει με τρόπο άδικο μεγάλο μέρος της δαπάνης αυτής στα νοικοκυριά. Είναι γνωστό ότι το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας νοσεί με συνέπεια να νοσεί συνολικά ο χώρος της υγείας. Έχει χαθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών στο σύστημα

υγείας, δημιουργώντας μια πραγματικότητα πιο δύσκολα αναστρέψιμη ακόμα και από εκείνη που επιβάλλουν οι τρέχουσες οικονομικές συνθήκες της χώρας.

5.3 Προτάσεις

Προκειμένου να ανατραπεί αυτή η κατάσταση, απαιτείται άμεση παρέμβαση με στόχο τον επανασχεδιασμό και την ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας με γενναίες πολιτικές αποφάσεις ώστε να παρέχεται στους πολίτες δωρεάν και ποιοτική υγεία. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διακρίνονται από αρχές όπως η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα και η συνέχεια στην παροχή φροντίδας. Θα πρέπει επίσης να γίνουν αποδεκτές από τους χρήστες ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι έννοιες αυτές, δεν μπορούν να στηριχθούν από μόνες τους αν δεν συμπορευτούν με έννοιες περισσότερο αξιακές όπως είναι η κοινωνική μετρησιμότητα (social accountability) με όρους αξιολόγησης του συστήματος από τους ίδιους τους χρήστες. Σπουδαιότερο όλων, η όποια παρέμβαση θα πρέπει να στοχεύει –τόρα περισσότερο από ποτέ- στην αποκατάσταση της ισονομίας και τον περιορισμό των ανισοτήτων, με τελικό στόχο την μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και την άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Ο θεσμός της «πύλης εισόδου» (gate keeping) στο σύστημα (μέσω του «οικογενειακού γιατρού» ή «γιατρού αναφοράς») θα πρέπει επιτέλους να εφαρμοσθεί αν και με σχετική ευελιξία, για λόγους που έχουν σχέση με την ελευθερία επιλογής ειδικού γιατρού από την πλευρά των χρηστών, καθώς και με τη γεωγραφική ιδιομορφία συγκεκριμένων περιοχών, π.χ. απομονωμένες ή νησιωτικές περιοχές όπου δεν είναι εύκολο να εφαρμοσθεί ο θεσμός αυτός σε σταθερή βάση. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να υπάρχει σαφής διαχωρισμός μέσα στο σύστημα μεταξύ των βαθμίδων φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια) με σαφή και καθορισμένη πλοήγηση του πολίτη – ασθενή μέσα σε αυτό. Ο εξορθολογισμός αυτός, θα συνεισφέρει επίσης στην περαιτέρω μείωση των δαπανηρών εισαγωγών σε νοσοκομεία τόσο στο πλαίσιο της γήρανσης του πληθυσμού όσο και του αυξανόμενου αριθμού των ανθρώπων που πάσχουν από μία ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες ο οποίος έχει επιτευχθεί έως τώρα μόνο με την εφαρμογή πολιτικών επιβάρυνσης με τιμωρητικούς όρους προς τον πολίτη – ασθενή (εισιτήριο εισαγωγής στο νοσοκομείο κλπ).

Ταυτόχρονα, η μετάβαση σε ένα πλήρως καθολικό και ενιαίο σύστημα με την κατάργηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, εφόσον αυτά έχουν ήδη συγχωνευθεί στον ΕΟΠΥΥ, και τη χρηματοδότηση του συνόλου των δημόσια παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τη γενική φορολογία κρίνεται επιβεβλημένη. Δεδομένου μάλιστα του μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων ο οποίος έχει εκτοξευθεί κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, είναι απαραίτητη μια μεταρρυθμιστική τομή προς έναν ενιαίο σχεδιασμό καθολικής κάλυψης του πληθυσμού και την άμεση απαγκίστρωση της υγειονομικής κάλυψης από την εργασιακή κατάσταση. Προτείνεται να διατηρηθεί ένας ενιαίος ασφαλιστικός φόρος ο οποίος θα επιμερίζεται μεταξύ του εργοδότη και του εργαζόμενου – και από τον οποίο θα απαλλάσσονται όσοι έχουν πολύ χαμηλά εισοδήματα.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας θα πρέπει να ενισχύεται και από την απευθείας απορρόφηση μέρους των επιπλέον φόρων σε καταναλωτικά προϊόντα τα οποία εξ' ορισμού επιβαρύνουν το ίδιο το σύστημα (καπνός, αλκοόλ, λιπαρά κλπ). Η παρέμβαση αυτή κρίνεται απαραίτητη τόσο σε όρους δικαιοσύνης του συστήματος όσο και για την διαμόρφωση της κουλτούρας των πολιτών οι οποίοι θα κληθούν να αναστοχαστούν την υγεινιστική τους συμπεριφορά.

Θα πρέπει να επανασχεδιαστεί η πολιτική για το φάρμακο που ακολουθείται από την χώρα με κύριο προσανατολισμό τον περιορισμό της συνολικής δαπάνης φαρμάκου στην Ελλάδα μέσω της απαρέγκλιτης τήρησης δύο αξόνων:

- i) Τον περιορισμό της κατανάλωσης φαρμάκων (κυρίως αντιβιοτικών) στα απολύτως απαραίτητα για την βελτίωση της υγείας των πολιτών (αυστηροποίηση πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, περιορισμός διακίνησης ελεύθερων σκευασμάτων). Η μείωση της περιττής χρήσης αντιβιοτικών βέβαια συνιστά περίπλοκο πρόβλημα που απαιτεί την ανάληψη πολλαπλών συντονισμένων πρωτοβουλιών όπως η εποπτεία, η ρύθμιση και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.
- ii) Την ελάφρυνση από το κόστος των φαρμάκων των πιο ευάλωτων κατηγοριών του πληθυσμού. Η ελάφρυνση αυτή αναμένεται να είναι πολυσήμαντη εάν την εξοικονόμηση μεγάλου μέρους των διαθέσιμων πόρων των νοικοκυριών ακολουθήσει η υιοθέτηση πιο υγιεινών καταναλωτικών προτύπων από τα φτωχότερα κυρίως νοικοκυριά.

Τέλος, εκ των οποίων ουκ άνευ για την επιτυχή μεταρύθμιση του συστήματος υγείας είναι η αλλαγή στον τρόπο λήψης αποφάσεων πολιτικών υγείας με την ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών – ασθενών μέσω οργανομένων συλλογικοτήτων. Τα τελευταία χρόνια με τις ραγδαίες περικοπές και την βίαιη αλλαγή των κοινωνικών δομών, έχει διαμορφωθεί ένα νέο καθεστώς διαρκώς συρρικνούμενων προϋπολογισμών στο σύστημα υγείας και είναι πλέον αναγκαία μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση στην κατανομή των πόρων, η οποία δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη συμμετοχή των ίδιων των πολιτών - ασθενών. Εξάλλου, οι ίδιοι οι πολίτες αποτελούν τους βασικούς χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής εμπειρία έχει μόνο θετικά αποτελέσματα να παρουσιάσει από την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στην πολιτική υγείας και είναι πλέον καιρός η χώρα να ευθυγραμμιστεί με τις διεθνείς αυτές καλές πρακτικές.

5.4 Μελλοντική έρευνα

Οι διεθνείς συγκριτικές μελέτες σχετικά με τα πρότυπα των δαπανών των νοικοκυριών είναι αρκετά σπάνιες, αν και ο Houthakker (1957) αντιμετώπισε το θέμα αυτό ήδη από τη δεκαετία του 1950. Η Eurostat δημοσιεύει περιγραφικές εκθέσεις σχετικά με τις κατηγορίες αγαθών και υπηρεσιών για τις οποίες τα ιδιωτικά νοικοκυριά των κρατών μελών της ΕΕ δαπανούν τους οικονομικούς τους πόρους. Τα στοιχεία αυτά δεν έχουν αξιοποιηθεί επαρκώς για μια συγκριτική έρευνα σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Γενικά, το δυναμικό ανάλυσης που παρέχεται από τα αρχεία μικροδομημένων που είναι διαθέσιμα σε πολλές χώρες, καθώς και οι σύγχρονες τεχνικές για την ανάλυση δεδομένων δεν φαίνεται να έχουν πλήρως αξιοποιηθεί μέχρι στιγμής όσον αφορά τα προαναφερθέντα ερευνητικά ερωτήματα, είτε σε εθνικό ή σε διεθνές συγκριτικό επίπεδο.

Επίσης, μια νέα και καινοτόμος πτυχή της έρευνας σχετικά με τα πρότυπα ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών αφορά την κατανομή των δαπανών εντός του ίδιου του νοικοκυριού. Θα πρέπει δηλαδή να απαντήσουμε στην ερώτηση σχετικά με το «ποιός αγοράζει τι» σε ατομικό επίπεδο ώστε να μεγιστοποιηθεί η συνεισφορά και η αξιοποίηση των διαθέσιμων δεδομένων για τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας. Μια τέτοια ανάλυση εξάλλου θα απαντήσει και σε καίρια ερωτήματα που αφορούν την

σύνθεση των νοικοκυριών που κρίνονται απαραίτητα για την τεκμηριωμένη ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η παρακολούθηση των δεδομένων των ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών σε βάθος χρόνου θα αναδείξει τις μεταβολές στα πρότυπα κατανάλωσης ατόμων και νοικοκυριών και κυρίως θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί εν είδει αξιολόγησης των πολιτικών υγείας που εφαρμόζονται κατά την πάροδο των χρόνων.

5.5 Περιορισμοί

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν και συμπληρώνουν προηγούμενες μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και την επίδραση που αυτές έχουν στην διαβίωση των νοικοκυριών. Ωστόσο και πάλι θα πρέπει να επισημανθούν ορισμένες επιφυλάξεις σχετικά με την ακρίβεια του πρωτογενούς υλικού. Καταρχήν, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος των ΕΟΠ: Οι ΕΟΠ καλύπτουν μόνο τα ιδιωτικά νοικοκυριά και, επομένως, από τα στοιχεία τους αποκλείονται εξ ορισμού ορισμένα μικρά αλλά πιθανότατα ιδιαίτερος φτωχά τμήματα του πληθυσμού (άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα και άσυλα, άστεγοι κ.ά.). Επίσης, είναι σχεδόν βέβαιο ότι στο δείγμα υπό-αντιπροσωπεύεται η ομάδα των οικονομικών μεταναστών, το πλήθος των οποίων είναι προοδευτικά αυξανόμενο με το πέρασ των χρόνων, ιδιαίτερος κατά τα τελευταία έτη. Εξάλλου, οι διαθέσιμες μελέτες δείχνουν ότι το βιοτικό επίπεδο των μεταναστών είναι χαμηλότερο από αυτό του γηγενούς πληθυσμού. Επομένως, είναι πιθανόν να οδηγεί σε αποτύπωση επιπέδων ανισότητας και φτώχειας χαμηλότερων των πραγματικών και ταυτόχρονα την εμφάνιση επιπέδων ευημερίας υψηλότερων των πραγματικών. Επίσης δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για τον αριθμό των αστέγων, οι οποίοι απουσιάζουν εντελώς από τις έρευνες.

Ένας άλλος περιορισμός που προκύπτει αφορά την μεθοδολογία των μετρήσεων καθώς στα στοιχεία των ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών δεν περιλαμβάνονται:

- Μεταβιβάσεις προς άλλα νοικοκυριά
- Πρόστιμα από δικαστήρια, κλήσεις της τροχαίας κλπ.

- Τέλη κυκλοφορίας
- Ασφάλειες ζωής

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ οι παραπάνω δαπάνες δεν θεωρούνται καταναλωτικές δαπάνες, π.χ. η ασφάλεια ζωής θεωρείται επένδυση, τα τέλη κυκλοφορίας φόρος κλπ. Η έλλειψη ωστόσο αυτών των στοιχείων αλλοιώνει αρκετά την τελική εικόνα ιδιαίτερος κατά τα τελευταία έτη όπου αρκετές από τις πιο πάνω δαπάνες είναι συνεχώς αυξανόμενες (πχ τέλη κυκλοφορίας). Επίσης οι ασφάλειες ζωής οι οποίες αυξάνονται ραγδαία σε πλήθος κατά τα τελευταία έτη, συνδέονται άμεσα με τις ανεπάρκειες του δημόσιου συστήματος υγείας και αφορούν δαπάνες που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για την διασφάλιση της υγείας τους και την προστασία τους από πιθανές καταστροφικές δαπάνες υγείας.

Ένας ακόμα περιορισμός αφορά την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που παρέχονται δωρεάν από το κράτος και το ποσό της κρατικής επιδότησης για ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες. Η αξία των αγαθών αυτών δεν συμπεριλαμβάνεται στην καταναλωτική δαπάνη και στο εισόδημα των νοικοκυριών, παρότι αυτά αυξάνουν την ευημερία των μελών του πληθυσμού. Εάν τα εν λόγω αγαθά και υπηρεσίες χρησιμοποιούνταν στον ίδιο βαθμό από όλα τα νοικοκυριά ή εάν το θεσμικό πλαίσιο παροχής τους ήταν το ίδιο σε όλες τις περιπτώσεις, δεν θα είχε ουσιαστικές συνέπειες. Ωστόσο ο μη συνυπολογισμός των μη χρηματικών δημόσιων παροχών στον ορισμό του εισοδήματος και της δαπάνης πιθανότατα υπερεκτιμά το επίπεδο ανισότητας και τον κίνδυνο φτώχειας για το σύνολο του πληθυσμού, ενώ υποτιμά το επίπεδο ευημερίας του.

Τέλος, ο σημαντικότερος ίσως περιορισμός κάθε έρευνας σχετικής με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας έγκειται στην έλλειψη δεδομένων για τις άτυπες πληρωμές (φακελάκια κλπ) που συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας και εκτοξεύουν το ήδη μεγάλο πραγματικό ιδιωτικό κόστος για την υγεία σε ακόμα μεγαλύτερα επίπεδα. Αν και μέρος των άτυπων αυτών πληρωμών περιλαμβάνεται στις ΕΟΠ γεγονός που τις κάνει πιο αξιόπιστες σε σχέση με άλλες έρευνες (π.χ. βασισμένες σε φορολογικά στοιχεία), σε καμία περίπτωση δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό των πραγματικών μεγεθών.

Βιβλιογραφία / Bibliography

- Adler, N., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 5-23.
- Adler, N., Boyce, T., Chesney, M., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R., et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 15-24.
- Anton, K., & Vivian Bos, O. A. (2004). Kunst, A; Bos, V; Andersen, O; Cardano, M; Costa, G; Harding, S; Hemstrom, O; Layte, R; Regidor, E; Reid, A; Santana, P; Valkonen, T; Mackenbach, J. *Demographic Research*, 229-254.
- Atkinson, A. (1983). *The Economics of Inequality*. Oxford: Clarendon Press.
- Atkinson, A. (1998). *Poverty in Europe*. Oxford: Blackwell.
- Atkinson, A., & Bourguignon, F. (2000). *Handbook of Income Distribution*. Amsterdam: North Holland.
- Bank, E. C. (2016). *The Household Finance and Consumption Survey: results from the second wave*. Frankfurt: Household Finance and Consumption Network.
- Bartley, M. (2003). *Health inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Polity.
- Bartley, M., Blane, D., & Montgomery, S. (1997). Health and the life course: why safety nets matter. *British Medical Journal*, 1194–1196.
- Blane, D., Bartley, M., & Smith, G. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur J Public Health*, 385-391.
- Blow, L. (2003). *Explaining trends in household spending*. London: IFS Working Papers, Institute for Fiscal Studies.
- Blow, L., & Oldfield, Z. (2004). *Consumption Trends in the UK 1975-1999*. London: Institute for Fiscal Studies.
- Blow, L., Kalwij, A., & Ruiz-Castillo, J. (2004). *Methodological issues on the analysis of consumer demand patterns over time and across countries*. Amsterdam: DEMPATEM.
- Bögenhold, D., & Fachinger, U. (2000). *The Social Embeddedness of Consumption Towards the Relationship of Income and Expenditures over Time in Germany*. Bremen: University of Bremen (Zentrum für Sozialpolitik).
- Brewer, M., Goodman, A., & Leicester, A. (2006). *Household spending in Britain. What can it teach us about poverty?* London: Institute for Fiscal Studies.
- Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health. In D. Gallie, C. Marsh, & C. Volger, *Social Change and the Experience of Unemployment* (pp. 188-212). Oxford: Oxford University Press.

- Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 365-389.
- Coburn, D., & Coburn, E. (2007). Health and health inequalities in a neo-liberal global world. In D. McIntyre, & G. Mooney, *The Economics of Health Equity* (pp. 13-35). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cockerham, W. (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity.
- Cohen, N. (2012). Informal payments for health care - the phenomenon and its context. *Health Econ. Policy Law*, 285-308.
- Commission, E. (2013). *Study on corruption in the healthcare sector*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Contoyannis, P., & Forster, M. (1999). The distribution of health and income: a theoretical framework. *Journal of Health Economics*.
- Cowell, F. (2000). Measurement of inequality. In A. Atkinson, & F. Bourguignon, *Handbook of Income Distribution, volume 1*. Amsterdam: North-Holland.
- Cowell, F. (2009). *Measuring Inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- Cowell, F. (2015). Inequality Measurement. *Elsevier*, 899-907.
- Deaton, A., Ruiz-Castillo, J., & Thomas, D. (1989). The Influence of Household Composition on Household Expenditure Patterns: Theory and Spanish Evidence. *Journal of Political Economy*, vol. 97, no. 1, 179-200.
- Devaux, M., Jusot, F., Trannoy, A., & Tubeuf, S. (2008). *Inequality of Opportunities in Health in France: A first pass*. York: Health, Econometrics and Data Group Working Papers.
- DHSS. (1980). *Inequalities in Health*. London: Department of Health and Social Security of United Kingdom.
- Economou, A., Nikolaou, A., & Theodossiou, I. (2007). *Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union*. Aberdeen: Centre for European Labour Market Research.
- Engel, E. (1857). Die Productions- und Consumtionsverhältnisse der Königsreichs Sachsen. *Bulletin de l'institute international de statistique v.9*, 1.
- Ferrie, J., Shopley, M., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Epidemiol & Community Health*, 450-454.
- Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A., & Menabde, N. (2008). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Tallin: WHO.

- Friedman, M. (1957). *A Theory of the Consumption Function*. Princeton: Princeton University Press.
- Frosini, B. (2012). Approximation and decomposition of Gini, Pietra–Ricci and Theil inequality measures. *Empirical Economics*, 175–197.
- Gardes, F. S. (2004). *Household Demand Patterns in France 1980 – 1995*. Amsterdam: DEMPATEM.
- Herpin, N., & Verger, D. (2000a). *La consommation des Français. Tome 1 : Alimentation, habillement, logement*. Paris: Éditions la Découverte.
- Herpin, N., & Verger, D. (2000b). *La consommation des Français. Tome 2 : Transports, loisirs, santé*. Paris: Éditions la Découverte.
- Houthakker, H. (1957). An International Comparison of Household Expenditure Patterns, Commemoration the Centenary of Engel's Law. *Econometrica*, 532-551.
- Hyde, M., Jakub, H., Melchior, M., Van Oort, F., & Weyers, S. (2006). Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 882-886.
- Jenkins, S. (1991). *The measurement of income inequality*. New York: ME Sharpe Inc.
- Kaitelidou, D., Tsirona, C., Galanis, P., Siskou, O., Mladovsky, P., Kouli, E., et al. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 23-30.
- Kovacs. (1998). The concept of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 31-39.
- Kutsar, D. T. (2006). *On poverty research in Estonia*. Tartu: EQUALSOC: INCDIS.
- Langlois, S. (2002). Nouvelles orientations en sociologie de la consommation. *L'Année sociologique, numéro 1*, 83-104.
- Langlois, S. (2003). Structures de la consommation au Canada. Perspectives transversales et longitudinales. *Sociologie et Sociétés*, 221-242.
- Langlois, S. (2005). *Consommer En France*. Editions de l'Aube.
- Langlois, S., Gardes, F., & Gaubert, P. (2000). Pauvreté et convergence des structures de consommation au Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 1-27.
- Lorenz, M. (1905). Methods of measuring the concentration of wealth. *Publications of the American Statistical Association*, 209–219.

- Luce, B., Manning, W., Siegel, J., & Lipscomb, J. (1996). Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis. In M. Gold, J. Siegel, L. Russel, & M. Weinstein, *Cost-Effectiveness in Health and Medicine* (pp. 176-208). Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M., & Bell, R. (2009). How the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 858–860.
- Marmot, M., Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 1387-1393.
- Marx, K. (1867). *Capital, A Critique of Political Economy*. Chicago: Charles H. Kerr and Co.
- Meyer, B., & Sullivan, J. (2006). Three Decades of Consumption and Income Poverty. *Consumption, Income, and the Well-Being of Families and Children*. Washington: National Poverty Center.
- Mitrakos, T., & Tsakoglou, P. (1998). *Income, consumption or something else? Selecting a welfare indicator for distributional studies*. Athens: Athens University of Economics and Business, Department of International and European Economic Studies Discussion Paper No 98-05.
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 151-168.
- Myrdal, G. (1952). Les aspects économiques de la santé. *Revue économique*, 785-804.
- Noll, H.-H. (2007). *Household Consumption, Household Incomes and Living Standards: A review of related recent research activities*. Mannheim, : GESIS - ZUMA.
- Noll, H.-H. W. (2006a). Strukturen des privaten Verbrauchs in Deutschland - Ungleichheiten und temporärer Wandel. In K.-S. Rehberg, *Soziale Ungleichheit und kulturelle Unterschiede*. Frankfurt/New York: Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie.
- Noll, H.-H., & Weick, S. (2005). Relative Armut und Konzentration der Einkommen deutlich gestiegen. Indikatoren und Analysen zur Entwicklung der Ungleichheit von Einkommen und Ausgaben. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 1-6.
- Ostberg, V. (1992, October). Social class differences in child mortality, Sweden 1981-1986. *Journal of Epidemiology & Community Health*, pp. 480-484.
- Piachaud, D. (1993). The definition and measurement of poverty and inequality. In N. Barr, & D. Whynes, *Current Issues in the Economics of Welfare*. London: Macmillan.
- Piketty, T. (2007). *Η οικονομία των ανισοτήτων*. Αθήνα: Πόλις.
- Piketty, T. (2014). *Το Κεφάλαιο τον 21ο αιώνα*. Αθήνα: Πόλις.
- Rosanvallon, P. (2014). *Η κοινωνία των ίσων*. Αθήνα: Πόλις.

- Sissouras, A., Karokis, A., & Mossialos, E. (1999). Health care and cost containment in Greece. In E. Mossialos, & J. Le Grand, *Health care and cost containment in the European Union* (p. 365). Aldershot: Ashgate.
- Smith, G., Neaton, J., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *American Journal of Public Health*, 486-504.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2015). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 159–170.
- Stigler, G. (1954). The Early History of Empirical Studies of Consumer Behavior. *The Journal of Political Economy*, Vol. 62, No. 2, The University of Chicago Press, 95-113.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills - Recessions, Budget Battles, and The Politics of Life and Death*. New York: Basic Books.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & M, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 315-323.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 167-180.
- Townsend, P., Davinson, N., & Whitehead, M. (1982). *Inequalities in Health (The Black Report)*. London: Penguin Books.
- UNICEF, & WHO. (2004). *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimate*. New York: UNICEF.
- van Deelen, M., & Schettkat, R. (2004). *Household Demand Patterns in West Germany*. Utrecht: Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U., Gerfin, M., et al. (1997). Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal Health of Economics*, 93-112.
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 921-934.
- Whitehead, M. (1990). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequalities in Health*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference*. New York: World Health Organization.
- WHO. (1989). *Λεξιλόγιο της σειράς Υγεία για Όλους*. Γενεύη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

- Zaidi, A., & de Vos, K. (2001). Trends in consumption-based poverty and inequality in the European Union during the 1980s. *Journal of Population Economics*, 367 – 390.
- Αντωνοπούλου, Λ. (2002). *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- Γείτονα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., & Καραλής, Γ. (1997). Η Άτυπη Συμμετοχή στο Κόστος των Υπηρεσιών Υγείας από Ίδιες Πληρωμές και η Παραοικονομική Δραστηριότητα. In Γ. Κυριόπουλος, & Α. Σισσούρας, *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη* (pp. 284-297). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γιαννίτσης, Τ., & Ζωγραφάκης, Σ. (2016). *Ανισότητες, φτώχεια, οικονομικές ανατροπές στα χρόνια της κρίσης*. Αθήνα: Πόλις.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2017). *Ελληνική Στατιστική Αρχή*. Ανάκτηση 06 24, 2017, από statistics: <http://www.statistics.gr/el/home>
- ΕΛΣΤΑΤ. (2017). *Έρευνα Εργατικού Δυναμικού*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2017). *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας*. Πειραιάς: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Μ. (1996). *Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- ΙΣΑ. (1999). *Ιατρικός Πληθωρισμός. Ένα κοινωνικό πρόβλημα*. Αθήνα: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών.
- Ιωακείμογλου, Η. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας: Από το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Ιωαννίδης, Ε., & Μάντης, Π. (1999). *Υγεία και Περίθαλψη. Τόμος Α*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κυριόπουλος, Γ. (1992). Οικονομία και Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα. *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 3-10.
- Κυριόπουλος, Γ., & Κτενάς, Ε. (1994, Οκτώβριος-Δεκέμβριος). Πρόσθετη πληρωμή στις υπηρεσίες υγείας. Παράγοντες που επηρεάζουν. *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, pp. 185-194.
- Κυριόπουλος, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2002). *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και τις συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 834-840.

- Κυριόπουλος, Γ., Καραλής, Γ., & Οικονόμου, Μ. (1999, Απρίλιος - Ιούνιος). Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος). *Νοσοκομειακά Χρονικά, τομ. 61 τευχ. 2*, pp. 143-144.
- Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 380-400.
- Μπεαζόγλου, Τ., Heffley, D., & Κυριόπουλος, Γ. (1995). Βέλτιστη δομή της αγοράς υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη: Ορισμένα συμπεράσματα για την υγειονομική μεταρρύθμιση. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 5-30.
- Νιάκας, Δ., & Κυριόπουλος, Γ. (1989, Σεπτέμβριος). Πόσο κοστίζει η υγεία σήμερα. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ και η ελληνική εμπειρία. *Ιατρικό Βήμα*, pp. 18-19.
- Παπαδασκαλόπουλος, Α. (2000). *Μέθοδοι περιφερειακής ανάλυσης*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Παπαθεοδώρου, Χ. (2004). Εννοιολογικά και μεθοδολογικά ζητήματα στη μέτρηση της οικονομικής ανισότητας: Τι επίδραση έχουν οι εναλλακτικές παραδοχές και ερμηνείες;. In Μ. Πετμεζίδου, & Χ. Παπαθεοδώρου, *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*. Αθήνα: Εξάντας.
- Παπαθεοδώρου, Χ., & Μωυσίδου, Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.
- Παπαθεοδώρου, Χ., Δαφέρμος, Γ., Danchev, S., & Μαρσέλλου, Α. (2008). *Οικονομική Ανισότητα και Φτώχεια στην Ελλάδα: Συγκριτική Ανάλυση και Διαχρονικές Τάσεις*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων ΙΝΕ.
- Πολύζος, Ν., & Δρακόπουλος, Σ. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 121-136.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., & Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα - Το ελληνικό παράδοξο. *Οικονομικά της Υγείας*, pp. 663-670.
- Σούλης. (1987). Εισαγωγή στην οικονομική της υγείας. *1 Πανελλήνιο συνέδριο οικονομικών της υγείας* (pp. 10-11). Αθήνα: Πρακτικά προσυνεδριακού σεμιναρίου.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Η χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος: κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2001). Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα. *Τόπος*.
- Σουλιώτης, Κ. (2007). *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2013). *Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κοντός, Δ., & Οικονόμου, Χ. (2002). Η ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 114-118.
- Σουρτζή, Π. (1998). Προαγωγή υγείας: Ιστορική εξέλιξη. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 179–185.
- Τούντας, Γ. (2004). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσεάς / Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ., & Φρισηράς, Σ. (1996). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική*, 270-176.
- Τσαούση, Ι., & Ντούρος, Γ. (2002). Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών - Η Μέτρηση των Δαπανών Υγείας. *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, pp. 47-58.
- Χριστάκης, Α. (2014, Απρίλιος). Η αποασφάλιση της κοινωνίας. *Υ-magazine*, pp. 4-5.
- Χρυσάκης, Μ., & Σουλιώτης, Κ. (2007). Οικονομικές και Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας. In Κ. (. Σουλιώτης, *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Χρυσάκης, Μ., Φαγαδάκη, Ε., Παπαλιού, Ο., & Σιάτης, Η. (2005). Φτώχεια και Αποστέρηση στην Υγεία. *Πρακτικά του Διεθνούς Συνεδρίου Φτώχεια, Αποκλεισμός και Κοινωνικές Ανισότητες*. Λαύριο: ΙΝΚΠΟ/ ΕΚΚΕ.

Παράρτημα Α – Δαπάνες των νοικοκυριών ανά κατηγορία

Δαπάνες για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας 2008-2015

Έτος	Ιατρικές Υπηρεσίες	Οδοντιατρικές Υπηρεσίες	Παραϊατρικές Υπηρεσίες
2008	360,83	507,60	182,07
	34,35%	48,32%	17,33%
2009	323,49	473,36	156,86
	33,92%	49,63%	16,45%
2010	269,43	399,05	139,10
	33,36%	49,41%	17,22%
2011	238,13	319,85	127,07
	34,76%	46,69%	18,55%
2012	179,27	236,77	106,41
	34,31%	45,32%	20,37%
2013	147,19	201,69	108,90
	32,15%	44,06%	23,79%
2014	137,25	190,51	98,40
	32,21%	44,70%	23,09%
2015	139,99	169,60	91,21
	34,93%	42,32%	22,76%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό 2008-2015

Έτος	Φάρμακα	Άλλα Ιατρικά Προϊόντα	Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός
2008	328,30	17,96	49,97
	82,86%	4,53%	12,61%
2009	309,94	23,67	41,34
	82,66%	6,31%	11,02%
2010	329,33	22,48	34,92
	85,16%	5,81%	9,03%
2011	304,02	20,79	45,24
	82,16%	5,62%	12,23%
2012	344,27	17,09	28,84
	88,23%	4,38%	7,39%
2013	405,55	18,84	21,12
	91,03%	4,23%	4,74%
2014	422,20	28,94	19,44
	89,72%	6,15%	4,13%
2015	432,72	24,54	18,36
	90,98%	5,16%	3,86%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015,ΕΛΣΤΑΤ

Παράρτημα Β – Δαπάνες των νοικοκυριών ανά κατηγορία και τύπο περιοχής

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2008)				
Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	348,29	1160,77	303,66	1812,71
	19,21%	64,04%	16,75%	
Ήμι-αστική	408,24	1275,85	279,09	1963,17
	20,79%	64,99%	14,22%	
Αγροτική	443,65	871,48	205,04	1520,18
	29,18%	57,33%	13,49%	
Σύνολο	396,23	1050,5	258,51	1705,24
	23,24%	61,60%	15,16%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	113128133006,167	2	56564066503,084	8745,243	0,000
Within Groups	26338726032304,200	4072171	6467981,338		
Total	26451854165310,400	4072173			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2009)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	335,71	1022,95	300,68	1659,34
	20,23%	61,65%	18,12%	
Ήμι-αστική	429,8	782,94	250,12	1462,87
	29,38%	53,52%	17,10%	
Αγροτική	504,63	777,97	228	1510,6
	33,41%	51,50%	15,09%	
Σύνολο	374,95	953,71	282,6	1611,26
	23,27%	59,19%	17,54%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24501392441,126	2	12250696220,563	2179,301	0,000
Within Groups	23127221195074,900	4114147	5621389,123		
Total	23151722587516,000	4114149			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2010)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	350,63	878,95	311,81	1541,39
	22,75%	57,02%	20,23%	
Ήμι-αστική	427,43	854,6	362,63	1644,66
	25,99%	51,96%	22,05%	
Αγροτική	417,33	699,68	258,62	1375,63
	30,34%	50,86%	18,80%	
Σύνολο	386,74	807,58	298,82	1493,13
	25,90%	54,09%	20,01%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	39607376175,450	2	19803688087,725	3051,175	0,000
Within Groups	26813994899881,100	4131260	6490512,555		
Total	26853602276056,600	4131262			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2011)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	332,55	671,02	340,53	1344,1
	24,74%	49,92%	25,34%	
Ήμι-αστική	315,39	747,42	358,4	1421,21
	22,19%	52,59%	25,22%	
Αγροτική	427,41	678,2	285,48	1391,09
	30,72%	48,75%	20,52%	
Σύνολο	370,05	685,04	319,9	1375
	26,91%	49,82%	23,27%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3450039710,039	2	1725019855,019	296,342	,000
Within Groups	24150688273150,700	4148856	5821047,603		
Total	24154138312860,800	4148858			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2012)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	359,38	545,69	369,16	1274,23
	28,20%	42,83%	28,97%	
Ήμι-αστική	357,74	560,3	425,22	1343,27
	26,63%	41,71%	31,66%	
Αγροτική	432,97	485,46	289,52	1207,96
	35,84%	40,19%	23,97%	
Σύνολο	390,2	522,45	343,93	1256,58
	31,05%	41,58%	27,37%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9386682164,131	2	4693341082,066	852,874	0,000
Within Groups	22910144317456,100	4163232	5502970,845		
Total	22919530999620,300	4163234			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2013)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	420,29	479,01	407,29	1306,59
	32,17%	36,66%	31,17%	
Ήμι-αστική	368,8	484,23	297,37	1150,39
	32,06%	42,09%	25,85%	
Αγροτική	572,59	374,55	202,4	1149,54
	49,81%	32,58%	17,61%	
Σύνολο	445,51	457,78	349,98	1253,27
	35,55%	36,53%	27,93%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23035967305,175	2	11517983652,587	2518,324	0,000
Within Groups	19109310360917,200	4178113	4573670,066		
Total	19132346328222,300	4178115			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2014)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	407,19	466,84	384,04	1258,07
	32,37%	37,11%	30,53%	
Ήμι-αστική	469,02	414,5	435,71	1319,23
	35,55%	31,42%	33,03%	
Αγροτική	569,8	376,03	286,48	1232,31
	46,24%	30,51%	23,25%	
Σύνολο	470,58	426,16	372,34	1269,07
	37,08%	33,58%	29,34%	

ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4848030144,656	2	2424015072,328	560,256	,000
Within Groups	17895190592132,700	4136070	4326616,956		
Total	17900038622277,400	4136072			

Δαπάνες Υγείας ανά Κατηγορία και Τύπο Περιοχής (2015)

Περιοχή	Φαρμακευτικά Προϊόντα κλπ	Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες Υγείας	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
Αστική	406,2	385,16	337,59	1128,96
	35,98%	34,12%	29,90%	
Ήμι-αστική	494,83	456,45	486,91	1438,19
	34,41%	31,74%	33,86%	
Αγροτική	561,97	365,79	433,64	1361,4
	41,28%	26,87%	31,85%	
Σύνολο	475,62	400,8	408,3	1284,72
	37,02%	31,20%	31,78%	

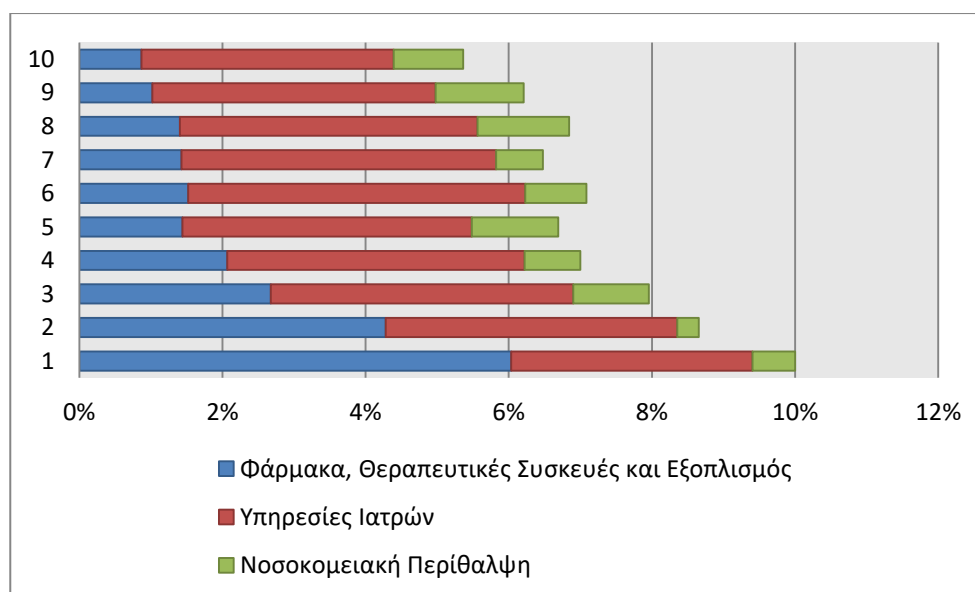
ANOVA

HE06A

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	78326029769,147	2	39163014884,574	8112,672	0,000
Within Groups	19958730398888,100	4134478	4827388,221		
Total	20037056428657,200	4134480			

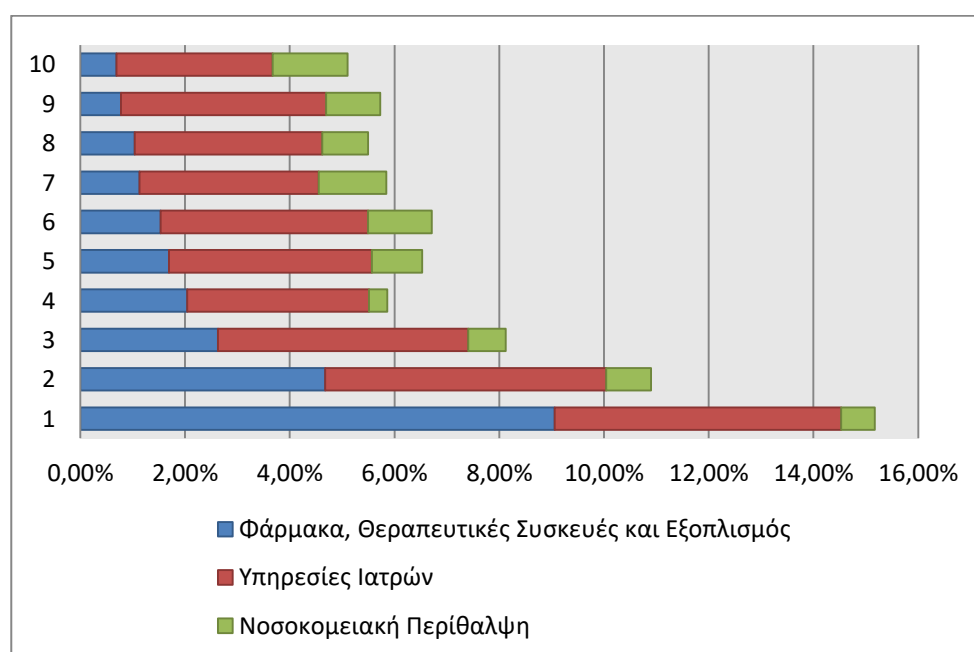
Παράρτημα Γ – Δεκατημόρια Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης

2008_Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης					
Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	5264,7	317,7	177,5	31,4	526,6
		6,03%	3,37%	0,60%	10,00%
2ο	9222,7	394,7	376,1	27,5	798,2
		4,28%	4,08%	0,30%	8,66%
3ο	12930,7	345,7	546,5	136,6	1028,9
		2,67%	4,23%	1,06%	7,96%
4ο	16302,9	336,6	677,8	126,9	1141,3
		2,06%	4,16%	0,78%	7,00%
5ο	19737,4	284,5	797,9	238,3	1320,7
		1,44%	4,04%	1,21%	6,69%
6ο	23785,1	361,6	1119,9	203,3	1684,8
		1,52%	4,71%	0,85%	7,08%
7ο	28205,0	402,2	1240,6	184,4	1827,3
		1,43%	4,40%	0,65%	6,48%
8ο	33815,4	474,4	1406,5	433,0	2313,9
		1,40%	4,16%	1,28%	6,84%
9ο	42324,2	432,0	1674,8	520,2	2627,0
		1,02%	3,96%	1,23%	6,21%
10ο (πλουσιότερο)	70671,4	613,1	2492,0	685,3	3790,3
		0,87%	3,53%	0,97%	5,36%
Σύνολο	26211,7	396,2	1050,5	258,5	1705,2
Λόγος 10/1	13,4	1,9	14,0	21,8	7,2



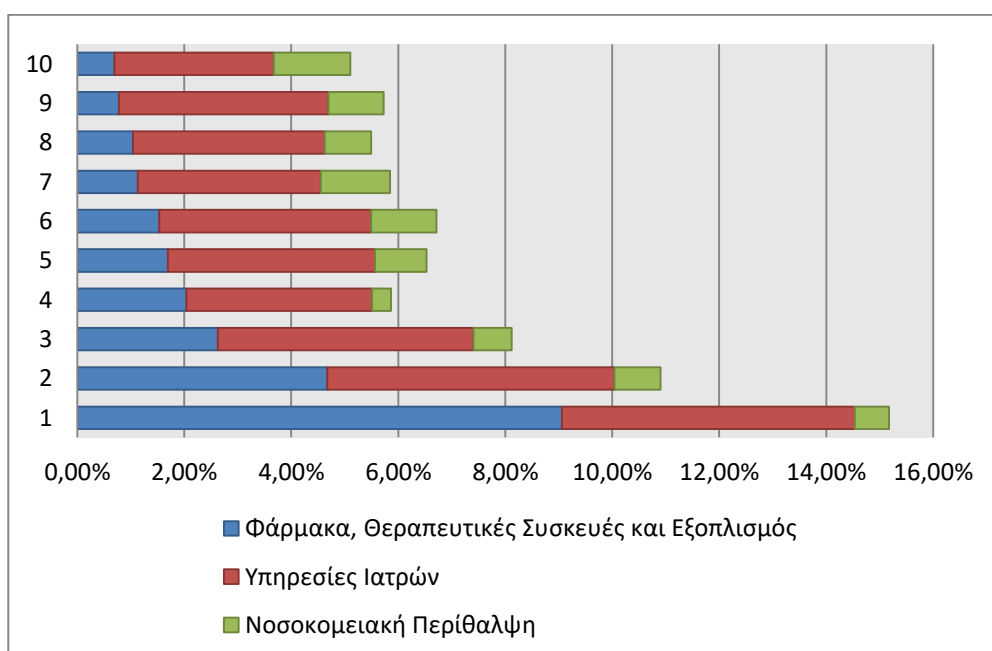
2009_ Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	5392,4	488,5	295,1	34,6	818,2
		9,06%	5,47%	0,64%	15,17%
2ο	9088,1	424,8	487,6	78,1	990,6
		4,67%	5,37%	0,86%	10,90%
3ο	13143,9	345,5	628,3	93,7	1067,5
		2,63%	4,78%	0,71%	8,12%
4ο	16209,3	331,1	562,6	56,4	950,1
		2,04%	3,47%	0,35%	5,86%
5ο	19422,3	329,3	751,9	186,5	1267,7
		1,70%	3,87%	0,96%	6,53%
6ο	23115,4	354,7	915,8	281,5	1552,0
		1,53%	3,96%	1,22%	6,71%
7ο	27391,4	309,7	937,5	353,8	1600,9
		1,13%	3,42%	1,29%	5,84%
8ο	32816,4	341,2	1175,9	285,6	1802,7
		1,04%	3,58%	0,87%	5,49%
9ο	42187,3	328,4	1653,0	434,8	2416,1
		0,78%	3,92%	1,03%	5,73%
10ο (πλουσιότερο)	71509,2	496,0	2132,1	1022,0	3650,1
		0,69%	2,98%	1,43%	5,10%
Σύνολο	26020,6	375,0	953,7	282,6	1611,3
Λόγος 10/1	13,3	1,0	7,2	29,6	4,5



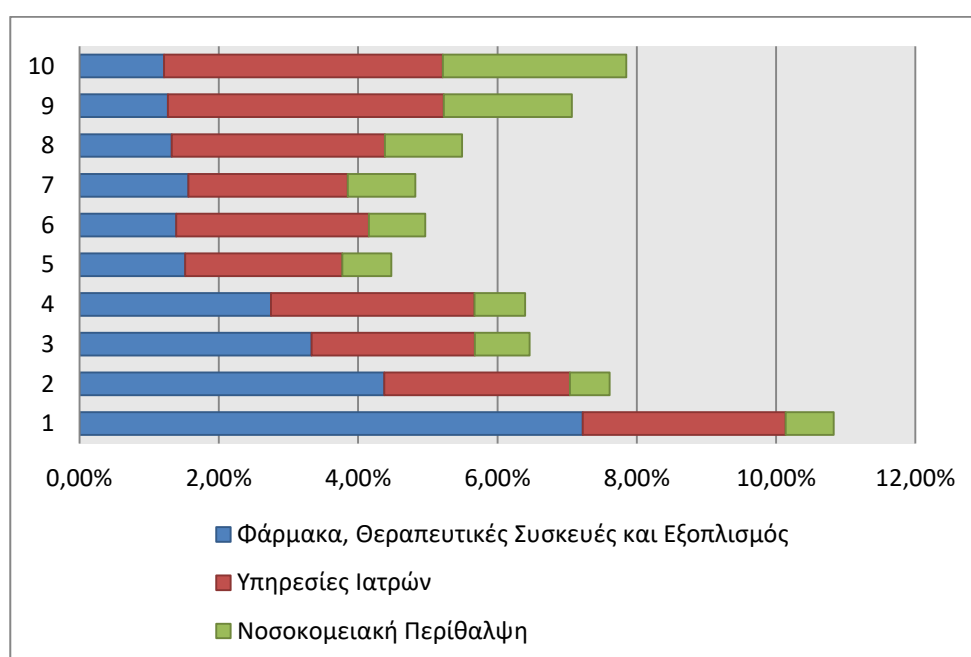
2010_Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	5118,9	316,0	209,2	16,6	541,7
		6,17%	4,09%	0,32%	10,58%
2ο	8406,7	458,8	325,8	19,1	803,7
		5,46%	3,88%	0,23%	9,56%
3ο	11237,5	284,7	365,9	38,9	689,4
		2,53%	3,26%	0,35%	6,14%
4ο	14146,5	334,4	512,3	124,0	970,7
		2,36%	3,62%	0,88%	6,86%
5ο	17034,0	331,1	553,6	146,6	1031,3
		1,94%	3,25%	0,86%	6,05%
6ο	20415,2	305,5	716,7	97,6	1119,9
		1,50%	3,51%	0,48%	5,49%
7ο	24980,9	292,4	889,1	258,2	1439,6
		1,17%	3,56%	1,03%	5,76%
8ο	30709,2	300,4	910,7	227,4	1438,4
		0,98%	2,97%	0,74%	4,68%
9ο	39643,9	455,5	1218,6	917,0	2591,1
		1,15%	3,07%	2,31%	6,54%
10ο (πλουσιότερο)	63948,8	789,6	2379,8	1144,4	4313,8
		1,23%	3,72%	1,79%	6,75%
Σύνολο	23550,8	386,7	807,6	298,8	1493,1
Λόγος 10/1	12,5	2,5	11,4	69,1	8,0



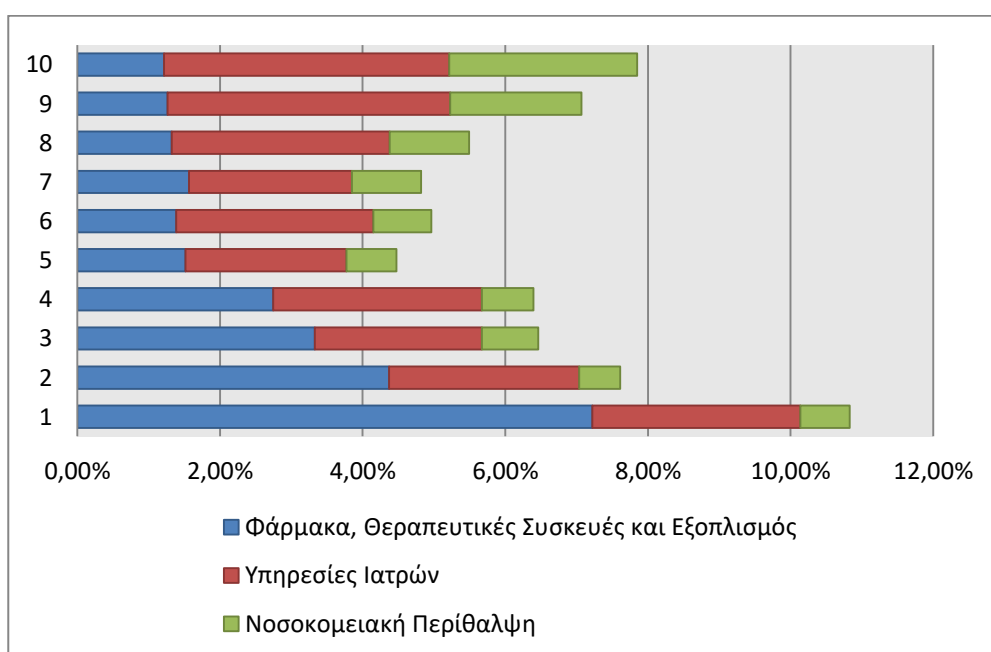
2011_ Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περιθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4686,8	338,5	136,6	32,4	507,5
		7,22%	2,92%	0,69%	10,83%
2ο	7674,1	335,6	204,6	43,8	584,0
		4,37%	2,67%	0,57%	7,61%
3ο	10090,2	336,0	236,6	79,4	652,0
		3,33%	2,35%	0,79%	6,46%
4ο	12558,8	345,0	367,4	90,9	803,3
		2,75%	2,93%	0,72%	6,40%
5ο	15227,2	231,1	343,3	107,3	681,7
		1,52%	2,25%	0,70%	4,48%
6ο	18350,8	254,6	507,6	148,7	910,9
		1,39%	2,77%	0,81%	4,96%
7ο	22267,4	348,4	509,3	215,7	1073,5
		1,56%	2,29%	0,97%	4,82%
8ο	27131,4	359,7	829,1	301,1	1489,9
		1,33%	3,06%	1,11%	5,49%
9ο	34745,3	440,1	1376,4	639,8	2456,3
		1,27%	3,96%	1,84%	7,07%
10ο (πλουσιότερο)	58634,0	712,2	2345,4	1544,1	4601,7
		1,21%	4,00%	2,63%	7,85%
Σύνολο	21121,7	370,1	685,0	319,9	1375,0
Λόγος 10/1	12,5	2,1	17,2	47,6	9,1



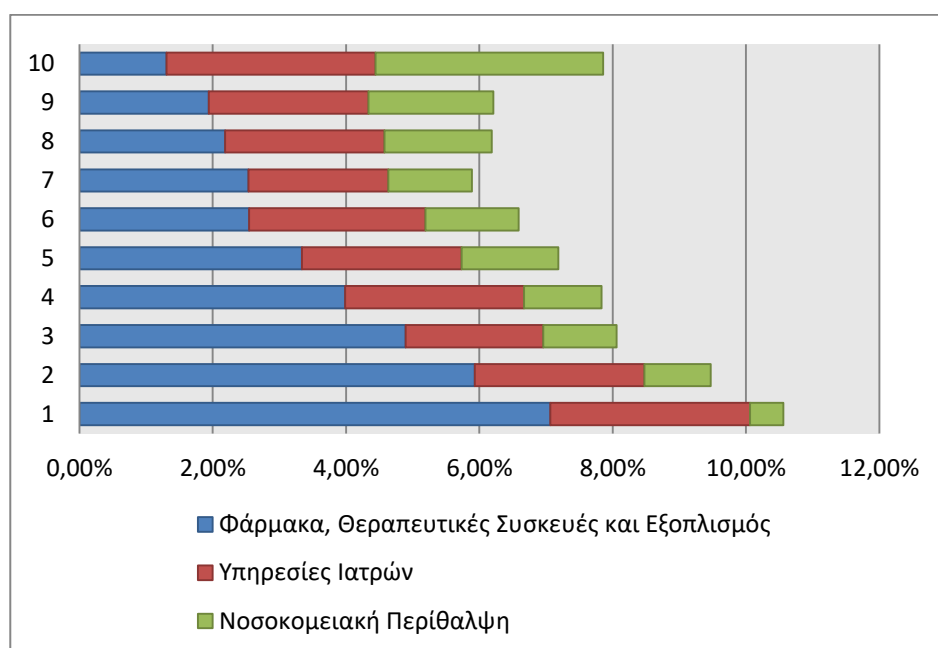
2012_ Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4174,1	285,6	99,2	22,5	407,4
		6,84%	2,38%	0,54%	9,76%
2ο	6954,8	364,9	124,5	49,3	538,7
		5,25%	1,79%	0,71%	7,75%
3ο	9106,3	336,5	194,8	43,0	574,4
		3,70%	2,14%	0,47%	6,31%
4ο	11133,6	361,0	301,4	73,5	735,9
		3,24%	2,71%	0,66%	6,61%
5ο	13555,3	358,8	354,1	115,7	828,5
		2,65%	2,61%	0,85%	6,11%
6ο	16109,6	336,3	402,5	138,3	877,1
		2,09%	2,50%	0,86%	5,44%
7ο	19254,5	319,0	493,5	222,9	1035,4
		1,66%	2,56%	1,16%	5,38%
8ο	23044,7	376,6	547,5	237,6	1161,7
		1,63%	2,38%	1,03%	5,04%
9ο	30168,7	532,0	1025,1	511,9	2069,1
		1,76%	3,40%	1,70%	6,86%
10ο (πλουσιότερο)	55623,1	631,9	1686,4	2032,6	4350,9
		1,14%	3,03%	3,65%	7,82%
Σύνολο	18894,4	390,2	522,5	343,9	1256,6
Λόγος 10/1	13,3	2,2	17,0	90,3	10,7



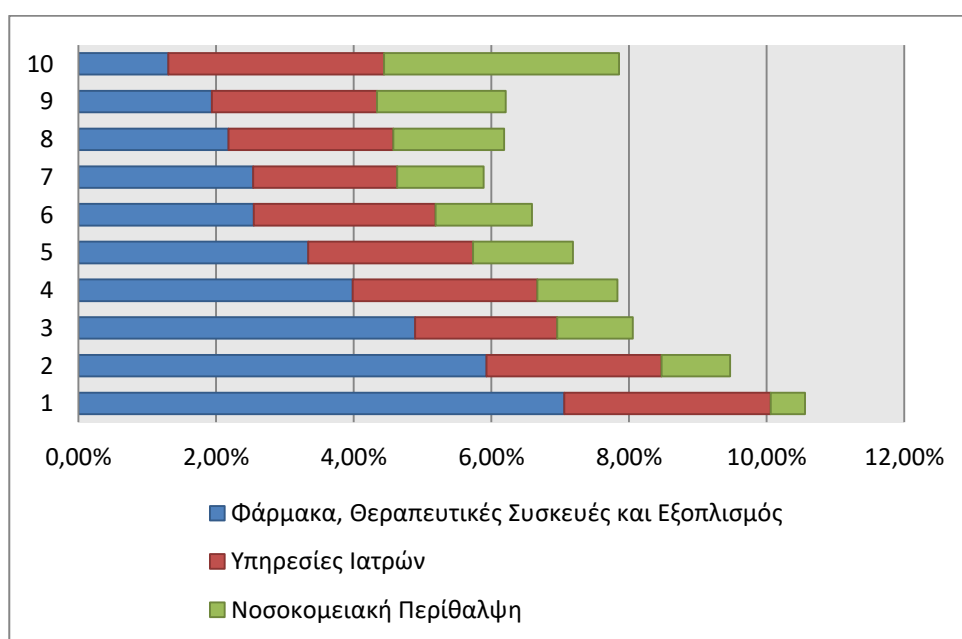
2013_ Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4149,0	293,0	124,3	20,7	438,0
		7,06%	3,00%	0,50%	10,56%
2ο	6791,3	402,7	172,9	67,4	643,0
		5,93%	2,55%	0,99%	9,47%
3ο	8756,7	428,6	180,7	96,1	705,4
		4,90%	2,06%	1,10%	8,06%
4ο	10638,0	424,0	285,6	123,5	833,0
		3,99%	2,68%	1,16%	7,83%
5ο	12719,5	424,8	304,6	184,4	913,9
		3,34%	2,40%	1,45%	7,18%
6ο	15132,8	385,4	400,1	211,6	997,1
		2,55%	2,64%	1,40%	6,59%
7ο	17597,5	446,5	368,7	221,1	1036,3
		2,54%	2,10%	1,26%	5,89%
8ο	21078,0	460,1	504,4	339,6	1304,2
		2,18%	2,39%	1,61%	6,19%
9ο	27227,7	528,2	652,8	509,1	1690,1
		1,94%	2,40%	1,87%	6,21%
10ο (πλουσιότερο)	50684,3	662,5	1587,9	1730,7	3981,1
		1,31%	3,13%	3,41%	7,85%
Σύνολο	17465,5	445,5	457,8	350,0	1253,3
Λόγος 10/1	12,2	2,3	12,8	83,5	9,1



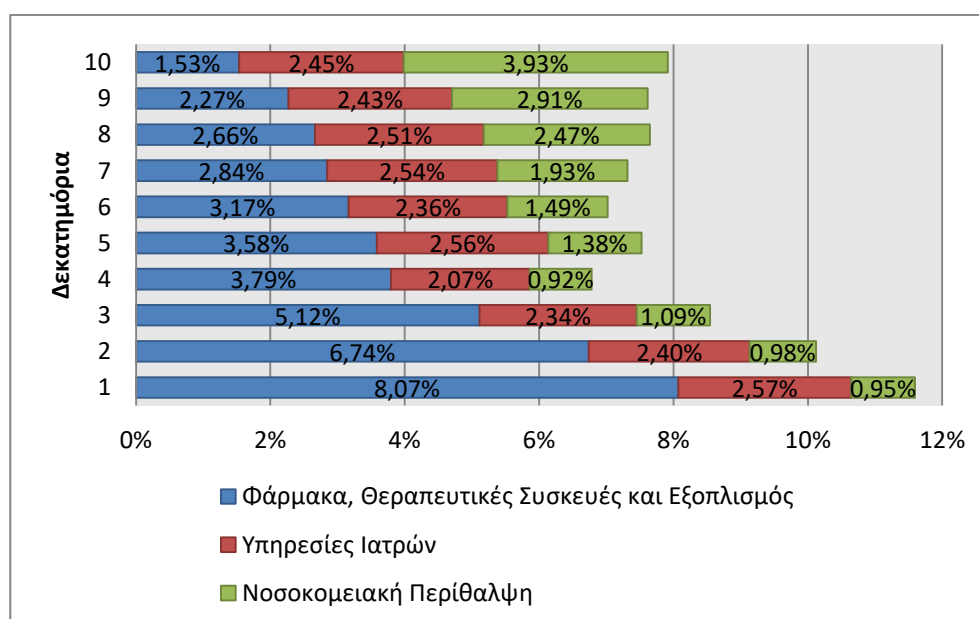
2014_Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4065,7	284,4	93,1	57,7	435,2
		7,00%	2,29%	1,42%	10,70%
2ο	6309,3	416,0	149,7	60,3	626,0
		6,59%	2,37%	0,96%	9,92%
3ο	8139,2	434,8	193,2	97,8	725,9
		5,34%	2,37%	1,20%	8,92%
4ο	9872,8	417,5	195,3	125,7	738,6
		4,23%	1,98%	1,27%	7,48%
5ο	11913,0	498,4	319,8	207,4	1025,6
		4,18%	2,68%	1,74%	8,61%
6ο	14270,4	452,6	361,8	234,4	1048,8
		3,17%	2,54%	1,64%	7,35%
7ο	16706,1	450,0	399,6	223,8	1073,5
		2,69%	2,39%	1,34%	6,43%
8ο	20169,3	482,2	554,0	245,3	1281,5
		2,39%	2,75%	1,22%	6,35%
9ο	27194,7	545,8	745,1	538,0	1829,0
		2,01%	2,74%	1,98%	6,73%
10ο (πλουσιότερο)	50649,4	724,5	1251,3	1935,3	3911,1
		1,43%	2,47%	3,82%	7,72%
Σύνολο	16923,2	470,6	426,2	372,3	1269,1
Λόγος 10/1	12,5	2,5	13,4	33,6	9,0



2015_ Μέση ετήσια ανά νοικοκυριό ιδιωτική δαπάνη υγείας και μερίδια δαπανών υγείας στη συνολική δαπάνη ανά δεκατημόριο συνολικής ισοδύναμης δαπάνης

Δεκατημόριο Συνολικής Ισοδύναμης Δαπάνης	Μέση Συνολική Δαπάνη Νοικοκυριού	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη	Συνολική Δαπάνη Υγείας
1ο (φτωχότερο)	4007,1	323,5	103,0	38,1	464,6
		8,07%	2,57%	0,95%	11,59%
2ο	6462,2	435,6	154,8	63,6	654,0
		6,74%	2,40%	0,98%	10,12%
3ο	8262,2	422,6	193,1	90,2	705,9
		5,12%	2,34%	1,09%	8,54%
4ο	10073,7	382,3	208,3	92,7	683,3
		3,79%	2,07%	0,92%	6,78%
5ο	11945,1	428,0	305,3	165,3	898,6
		3,58%	2,56%	1,38%	7,52%
6ο	14084,8	446,0	332,9	210,0	988,9
		3,17%	2,36%	1,49%	7,02%
7ο	16769,6	477,0	425,3	324,0	1226,3
		2,84%	2,54%	1,93%	7,31%
8ο	20025,4	533,6	503,0	494,7	1531,3
		2,66%	2,51%	2,47%	7,65%
9ο	25557,4	580,0	621,6	744,3	1946,0
		2,27%	2,43%	2,91%	7,61%
10ο (πλουσιότερο)	47414,2	727,8	1162,0	1862,4	3752,2
		1,53%	2,45%	3,93%	7,91%
Σύνολο	16455,8	475,6	400,8	408,4	1284,8
Λόγος 10/1	11,8	2,2	11,3	48,9	8,1



Παράρτημα Δ – Δείκτες ανισοτήτων και καμπύλη Lorenz

Package ‘ineq’, February 20, 2015 **Version** 0.2-13 **Date** 2014-07-21

Title Measuring Inequality, Concentration, and Poverty

Description Inequality, concentration, and poverty measures. Lorenz curves (empirical and theoretical).

Depends R (>= 2.10.0) **Imports** stats, graphics, grDevices

License GPL-2 | GPL-3 **Author** Achim Zeileis [aut, cre], Christian Kleiber [ctb]

Maintainer Achim Zeileis Achim.Zeileis@R-project.org **Needs Compilation** no

Repository CRAN **Date/Publication** 2014-07-21 20:10:45

Used Code:

```
ineq(x, parameter = NULL, type = c("Gini", "RS", "Atkinson", "Theil", "Kolm", "var",  
"square.var", "entropy"), na.rm = TRUE)
```

```
Gini(x, corr = FALSE, na.rm = TRUE)
```

```
RS(x, na.rm = TRUE)
```

```
Atkinson(x, parameter = 0.5, na.rm = TRUE)
```

```
Theil(x, parameter = 0, na.rm = TRUE)
```

```
var.coeff(x, square = FALSE, na.rm = TRUE)
```

```
entropy(x, parameter = 0.5, na.rm = TRUE)
```

where:

x a vector containing at least non-negative elements

parameter parameter of the inequality measure (if set to NULL the default parameter of the respective measure is used)

type character string giving the measure used to compute inequality. must be one of the strings in the default argument (the first character is sufficient).

corr logical. Argument of the function Gini specifying whether or not a finite sample correction should be applied.

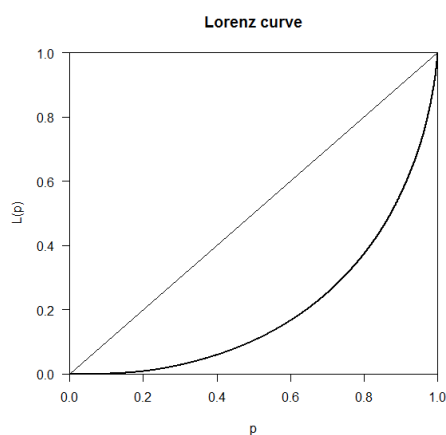
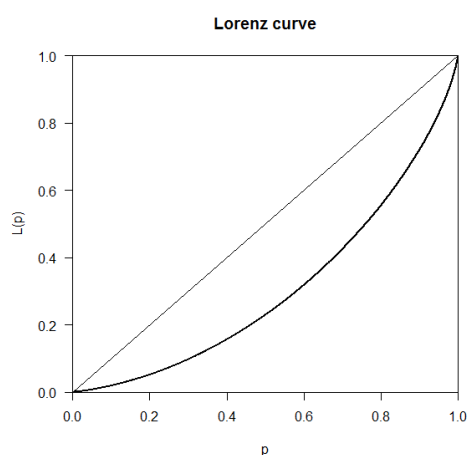
square logical. Argument of the function var.coeff, for details see below.

na.rm logical. Should missing values (NAs) be removed prior to computations? If set to FALSE the computations yield NA

Δείκτες ανισοτήτων 2008

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3921640	0,6047381
RS	0,2812597	0,4476639
Atkinson	0,1248684	0,3330615
Var. Coeff	0,7994067	1,4721170
Sq_Var.coeff	0,6390511	2,1671280
Theil	0,2589097	0,5768290

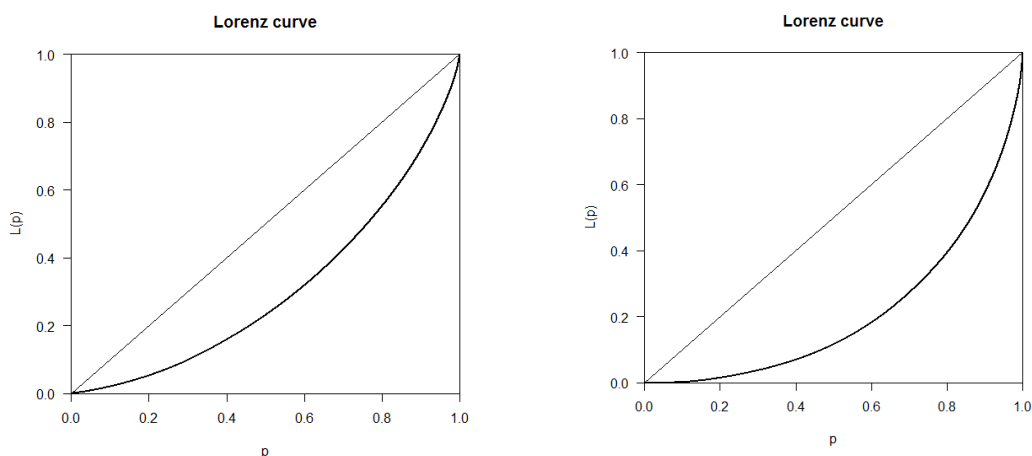
Καμπύλη Lorenz2008 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2009

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3922298	0,5822076
RS	0,2813180	0,4272188
Atkinson	0,1243489	0,3031133
Var. Coeff	0,8097169	1,4862470
Sq_Var.coeff	0,6556415	2,2089320
Theil	0,2604888	0,5642991

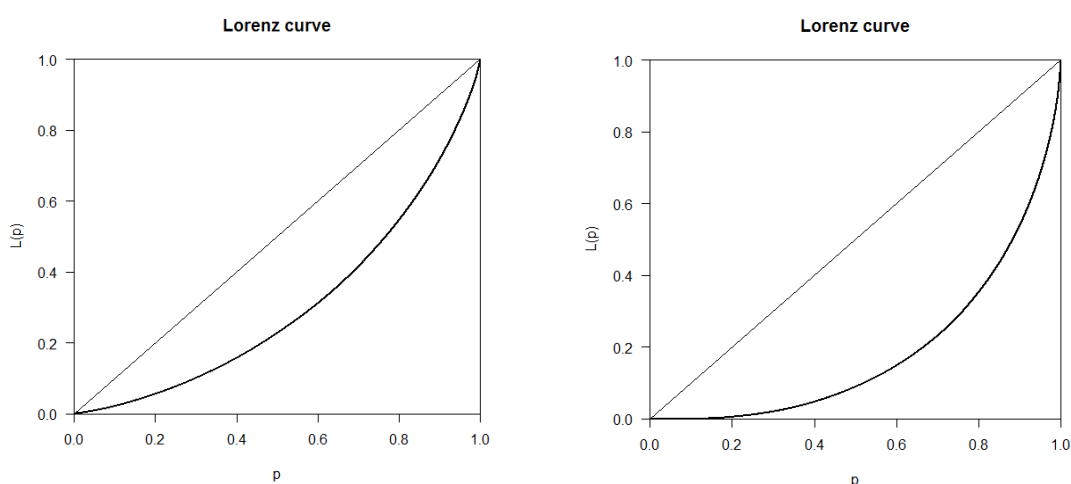
Καμπύλη Lorenz2009 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2010

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3960656	0,6303340
RS	0,2893183	0,4682977
Atkinson	0,1246504	0,3691509
Var. Coeff	0,7990759	1,6406970
Sq_Var.coeff	0,6385222	2,6918850
Theil	0,2606454	0,6176010

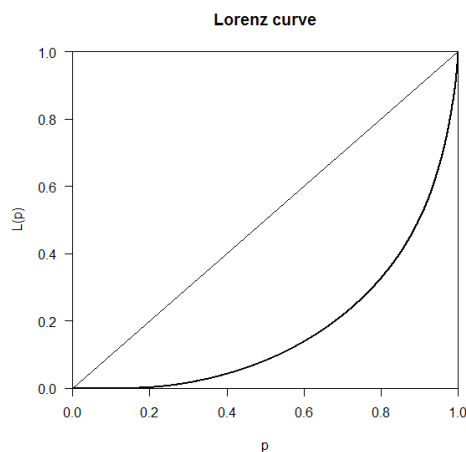
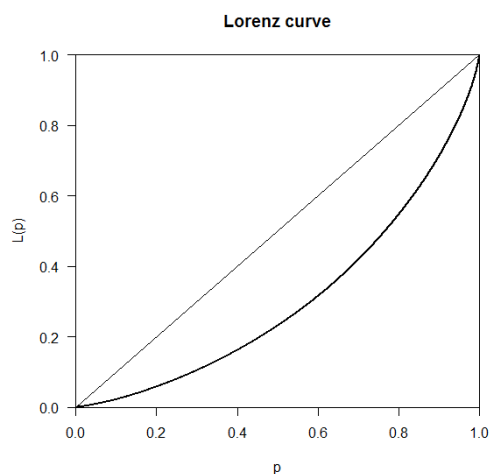
Καμπύλη Lorenz2010 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2011

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3924650	0,6526933
RS	0,2853217	0,4844755
Atkinson	0,1229583	0,3993155
Var. Coeff	0,8192978	1,7546360
Sq_Var.coeff	0,6712489	3,0787470
Theil	0,2612183	0,6535226

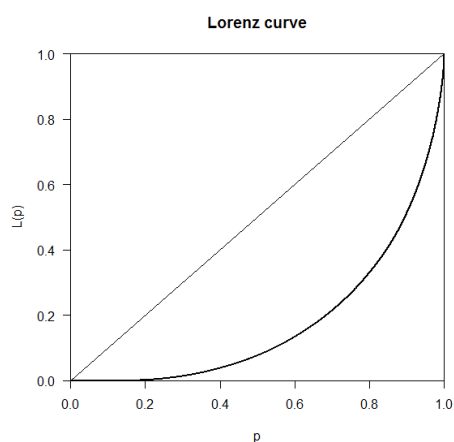
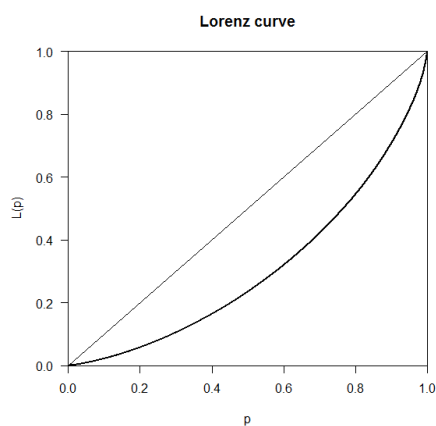
Καμπύλη Lorenz2011 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2012

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3921845	0,6542695
RS	0,2811378	0,4855335
Atkinson	0,1245556	0,4070579
Var. Coeff	0,8482197	1,9368660
Sq_Var.coeff	0,7194767	3,7514490
Theil	0,2676775	0,6544971

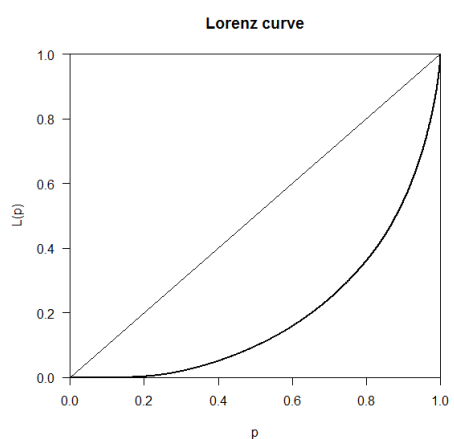
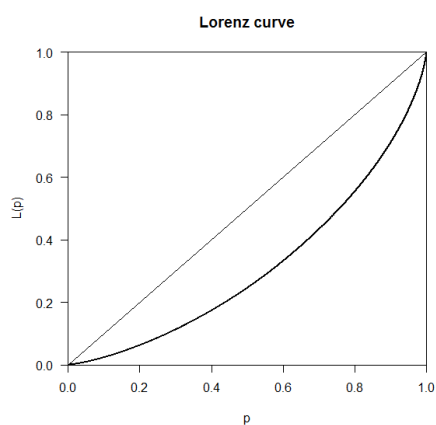
Καμπύλη Lorenz2012 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2013

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3779794	0,6204413
RS	0,2687329	0,4565306
Atkinson	0,1168671	0,3681509
Var. Coeff	0,8447082	1,5852600
Sq_Var.coeff	0,7135320	2,5130500
Theil	0,2542553	0,5594967

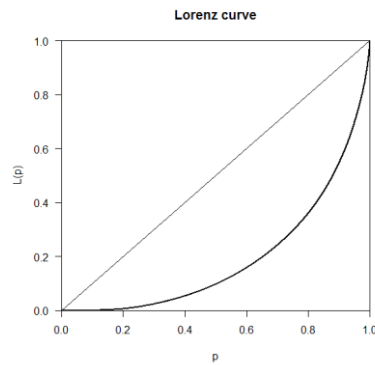
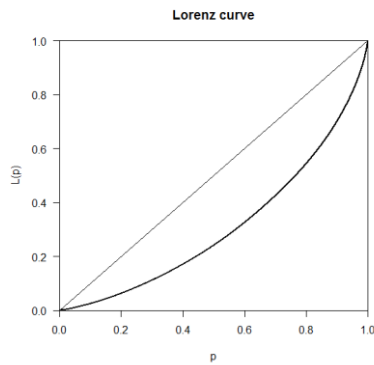
Καμπύλη Lorenz2013 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2014

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3865757	0,6183669
RS	0,2758883	0,4575990
Atkinson	0,1208326	0,3523597
Var. Coeff	0,8537935	1,6039310
Sq_Var.coeff	0,7289634	2,5725960
Theil	0,2641242	0,6030401

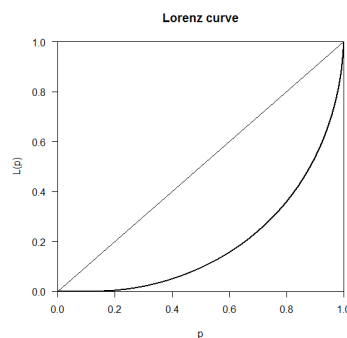
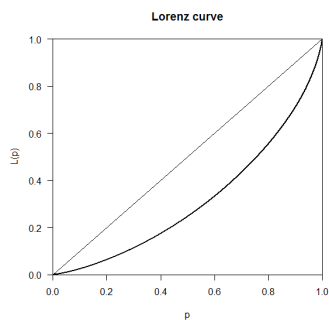
Καμπύλη Lorenz2014 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Δείκτες ανισοτήτων 2015

	Συνολικές Καταναλωτικές Δαπάνες	Δαπάνες Υγείας
Gini	0,3763523	0,6259066
RS	0,2683866	0,4586289
Atkinson	0,1148642	0,3721766
Var. Coeff	0,8195147	1,6806980
Sq_Var.coeff	0,6716044	2,8247470
Theil	0,2484092	0,6000010

Καμπύλη Lorenz2015 για τις συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (αριστερά) και τις δαπάνες υγείας (δεξιά)



Παράρτημα Ε – Υπολογισμός των ποσοστών σχετικής φτώχειας ανά έτος

2008	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	26211,7124	24506,4701
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	21825,24	20085,84
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	13095,144	12051,504
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	25,40%	25,90%

2009	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	26020,5719	24409,3086
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	21210,48	19718,88
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	12726,288	11831,328
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	23,40%	24,50%

2010	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	23550,7716	22057,6372
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	18406,32	17406,12
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	11043,792	10443,672
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	24,00%	24,90%

2011	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	21121,6969	19746,6977
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	16651,92	15824,52
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	9991,152	9494,712
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	24,70%	25,50%

2012	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	18894,3589	17637,7808
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	14712,96	13898,28
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	8827,776	8338,968
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	23,20%	24,50%

2013	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	17465,5213	16212,2493
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	13895,28	12936
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	8337,168	7761,6
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	22,80%	23,90%

2014	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	16923,1704	15654,0973
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	13126,08	12005,76
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	7875,648	7203,456
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	23,50%	24,00%

2015	Συνολικά	Χωρίς τις Δαπάνες Υγείας
Καταναλωτική Δαπάνη	16455,3484	15170,6316
Διάμεσος Ισοδύναμης Καταναλωτικής Δαπάνης	12932,64	11971,56
Όριο φτώχειας (60% της διαμέσου της ισ. Κατ. Δαπάνης)	7759,584	7182,936
Ποσοστό σχετικής Φτώχειας <60%	22,70%	23,20%

Παράρτημα ΣΤ - Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2008-215

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2008						
Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	8206,70	10500,03	954,76	369,83	441,67	143,26
		127,94%	11,63%	4,51%	5,38%	1,75%
2ο	14820,32	17858,99	1383,49	386,23	843,59	153,67
		120,50%	9,34%	2,61%	5,69%	1,04%
3ο	21585,47	24376,22	1633,31	373,75	1029,38	230,18
		112,93%	7,57%	1,73%	4,77%	1,07%
4ο	30505,55	31341,81	1944,17	368,84	1273,51	301,83
		102,74%	6,37%	1,21%	4,17%	0,99%
5ο (Πλουσιότερο)	55188,58	47141,05	2618,53	483,99	1667,96	466,58
		85,42%	4,74%	0,88%	3,02%	0,85%
Σύνολο	26022,62	26210,86	1705,51	396,50	1050,26	258,75
		100,72%	6,55%	1,52%	4,04%	0,99%
S80/S20	6,7	4,5	2,7	1,3	3,8	3,3

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,261 **
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4068443	4068443
HE06A	Pearson Correlation	,261 **	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4068443	4072175

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2009						
Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή ή Περιθαλψη
1ο (φτωχότερο)	8214,99	10446,34	1159,77	430,92	624,06	104,78
		127,16%	14,12%	5,25%	7,60%	1,28%
2ο	14798,51	17474,20	1284,23	378,50	701,49	204,24
		118,08%	8,68%	2,56%	4,74%	1,38%
3ο	21893,86	23097,86	1365,10	319,32	765,97	279,81
		105,50%	6,24%	1,46%	3,50%	1,28%
4ο	31672,17	31660,37	1802,99	355,88	1110,08	337,03
		99,96%	5,69%	1,12%	3,50%	1,06%
5ο (Πλουσιότερο)	62208,95	47582,12	2450,50	390,29	1571,59	488,62
		76,49%	3,94%	0,63%	2,53%	0,79%
Σύνολο	27710,35	26020,57	1611,26	374,95	953,71	282,60
		93,90%	5,81%	1,35%	3,44%	1,02%
S80/S20	7,6	4,6	2,1	0,9	2,5	4,7

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,200**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4114150	4114150
HE06A	Pearson Correlation	,200**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4114150	4114150

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2010						
Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή ή Περιθαλψη
1ο (φτωχότερο)	8170,12	10311,39	803,68	343,72	362,39	97,57
		126,21%	9,84%	4,21%	4,44%	1,19%
2ο	13968,01	14678,60	1018,28	338,47	588,25	91,56
		105,09%	7,29%	2,42%	4,21%	0,66%
3ο	20403,27	20278,04	1103,16	326,68	634,05	142,43
		99,39%	5,41%	1,60%	3,11%	0,70%
4ο	30244,36	27054,53	1655,31	434,22	876,71	344,37
		89,45%	5,47%	1,44%	2,90%	1,14%
5ο (Πλουσιότερο)	56692,00	45504,05	2889,67	490,81	1579,39	819,47
		80,27%	5,10%	0,87%	2,79%	1,45%
Σύνολο	25875,30	23550,77	1493,13	386,74	807,58	298,82
		91,02%	5,77%	1,49%	3,12%	1,15%
S80/S20	6,9	4,4	3,6	1,4	4,4	8,4

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,365**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4131264	4131264
HE06A	Pearson Correlation	,365**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4131264	4131264

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2011

Πεμπτημότητα Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	7088,06	10752,53	728,38	357,78	284,68	85,92
		151,70%	10,28%	5,05%	4,02%	1,21%
2ο	12577,79	13597,29	928,56	357,13	436,79	134,64
		108,11%	7,38%	2,84%	3,47%	1,07%
3ο	18492,81	17979,27	1179,52	392,40	551,65	235,47
		97,22%	6,38%	2,12%	2,98%	1,27%
4ο	27442,13	23697,03	1449,95	349,69	773,54	326,73
		86,35%	5,28%	1,27%	2,82%	1,19%
5ο (Πλουσιότερο)	53381,15	39625,82	2591,29	393,23	1380,32	817,74
		74,23%	4,85%	0,74%	2,59%	1,53%
Σύνολο	23782,08	21121,70	1375,00	370,05	685,04	319,90
		88,81%	5,78%	1,56%	2,88%	1,35%
S80/S20	7,5	3,7	3,6	1,1	4,8	9,5

		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,338**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4148860	4148860
HE06A	Pearson Correlation	,338**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4148860	4148860

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2012						
Πεμπτημότητα Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περιθαλψη
1ο (φτωχότερο)	7841,72	10241,26	559,90	283,98	195,09	80,83
		130,60%	7,14%	3,62%	2,49%	1,03%
2ο	14378,58	12953,15	1021,49	444,26	308,13	269,10
		90,09%	7,10%	3,09%	2,14%	1,87%
3ο	20309,01	16123,10	980,85	382,48	408,34	190,03
		79,39%	4,83%	1,88%	2,01%	0,94%
4ο	28052,44	21237,28	1260,69	369,82	592,56	298,31
		75,71%	4,49%	1,32%	2,11%	1,06%
5ο (Πλουσιότερο)	54777,72	33962,71	2463,44	470,86	1109,87	882,72
		62,00%	4,50%	0,86%	2,03%	1,61%
Σύνολο	25054,69	18894,36	1256,58	390,20	522,45	343,93
		75,41%	5,02%	1,56%	2,09%	1,37%
S80/S20	7,0	3,3	4,4	1,7	5,7	10,9

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,267**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4163236	4163236
HE06A	Pearson Correlation	,267**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4163236	4163236

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2013						
Πεμπτημόρια Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	6806,91	9972,40	739,95	357,14	218,75	164,07
		146,50%	10,87%	5,25%	3,21%	2,41%
2ο	12579,59	11517,98	901,37	441,81	287,10	172,47
		91,56%	7,17%	3,51%	2,28%	1,37%
3ο	17438,42	15145,45	1144,22	479,48	416,29	248,46
		86,85%	6,56%	2,75%	2,39%	1,42%
4ο	24143,10	19724,07	1370,26	482,95	508,20	379,12
		81,70%	5,68%	2,00%	2,10%	1,57%
5ο (Πλουσιότερο)	43061,98	30980,30	2111,42	466,32	858,98	786,13
		71,94%	4,90%	1,08%	1,99%	1,83%
Σύνολο	20801,11	17465,52	1253,27	445,51	457,78	349,98
		83,96%	6,03%	2,14%	2,20%	1,68%
S80/S20	6,3	3,1	2,9	1,3	3,9	4,8

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,349**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4178116	4178116
HE06A	Pearson Correlation	,349**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4178116	4178116

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2014

Πεμπτημότητα Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	6626,38	8323,78	654,40	371,99	179,81	102,59
		125,62%	9,88%	5,61%	2,71%	1,55%
2ο	12350,90	10864,95	953,36	477,91	270,83	204,63
		87,97%	7,72%	3,87%	2,19%	1,66%
3ο	17068,79	13763,85	1052,97	480,08	357,59	215,30
		80,64%	6,17%	2,81%	2,09%	1,26%
4ο	23928,13	19232,27	1389,07	479,45	517,02	392,61
		80,38%	5,81%	2,00%	2,16%	1,64%
5ο (Πλουσιότερο)	42387,85	32446,62	2296,82	543,70	805,97	947,15
		76,55%	5,42%	1,28%	1,90%	2,23%
Σύνολο	20467,26	16923,17	1269,07	470,58	426,16	372,34
		82,68%	6,20%	2,30%	2,08%	1,82%
S80/S20	6,4	3,9	3,5	1,5	4,5	9,2

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,306**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4136073	4136073
HE06A	Pearson Correlation	,306**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4136073	4136073

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Δείκτης Ανισότητας Εισοδήματος S80/S20 συναρτήσει των ισοδύναμων δαπανών 2015						
Πεμπτημότητα Εισοδήματος	Μέσο Καθαρό Εισόδημα Νοικοκυριού(σε νομισματικές μονάδες)	Μέση Δαπάνη Νοικοκυριού	Μέση Δαπάνη Υγείας	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Υπηρεσίες Ιατρών	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
1ο (φτωχότερο)	4655,87	8728,32	789,42	374,44	228,74	186,24
		187,47%	16,96%	8,04%	4,91%	4,00%
2ο	9409,33	10856,24	973,29	458,98	247,40	266,90
		115,38%	10,34%	4,88%	2,63%	2,84%
3ο	13321,52	14321,51	1184,86	478,28	374,47	332,11
		107,51%	8,89%	3,59%	2,81%	2,49%
4ο	19439,44	19034,21	1457,02	514,61	469,69	472,72
		97,92%	7,50%	2,65%	2,42%	2,43%
5ο (Πλουσιότερο)	36482,55	29575,49	2041,36	560,34	692,29	788,73
		81,07%	5,60%	1,54%	1,90%	2,16%
Σύνολο	16656,55	16499,87	1288,98	477,29	402,44	409,25
		99,06%	7,74%	2,87%	2,42%	2,46%
S80/S20	7,8	3,4	2,6	1,5	3,0	4,2

Correlations			
		HH095	HE06A
HH095	Pearson Correlation	1	,214**
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	4113163	4113163
HE06A	Pearson Correlation	,214**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	4113163	4134481

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).