
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γιαννοπούλου Αικατερίνη - Καλή

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γιαννοπούλου Αικατερίνη - Καλή, Α.Μ.: ΟΔΥ/1609

Επιβλέπων: Βοζίκης Αθανάσιος / Αναπληρωτής Καθηγητής /Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES

Giannopoulou Aikaterini - Kali

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019

Στην μνήμη του πατέρα μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Βοζίκη Αθανάσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την καθοδήγηση και την βοήθειά του. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους σε κάθε μου προσπάθεια και για την αδιάκοπη πίστη που μου δείχνουν.

Καταστροφικές Δαπάνες Υγείας

Σημαντικοί Όροι: δαπάνες υγείας, επιπτώσεις οικονομικής κρίσης, άμεσες πληρωμές υγείας, ανεπίσημες πληρωμές υγείας, δαπάνες υγείας νοικοκυριών, μη ικανοποιούμενη ανάγκη φροντίδας υγείας, καταστροφικές δαπάνες υγείας, καθολική κάλυψη υγείας, οικονομική προστασία

Περίληψη

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει διαχρονικά ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά, ενώ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, υπήρξε και μεγάλη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, παράγοντες που αυξάνουν τον οικονομικό κίνδυνο και την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών, αλλά και το επίπεδο φτωχοποίησής τους. Η επιδείνωση διαφόρων κοινωνικό-οικονομικών δεικτών και η αύξηση των καταστροφικών δαπανών υγείας, υποδηλώνουν πως οι μηχανισμοί οικονομικής προστασίας των πολιτών έναντι έκτακτων ζητημάτων υγείας είναι ελλιπείς στην Ελλάδα. Ο νόμος του 2016 για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού αποτέλεσε σημαντικό βήμα, ωστόσο, οι επιπτώσεις του θα αρχίσουν να διαφαίνονται στα δεδομένα του 2017 κι έπειτα, περίοδο για την οποία δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες για την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας. Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να χρησιμοποιήσει τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα για την καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών, τα οποία προέρχονται από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ για το 2017, ώστε να μετρήσει την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά και την επίπτωση της φτωχοποίησής τους μετά την καταβολή άμεσων πληρωμών υγείας. Παράλληλα, διερευνήθηκε η συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία των νοικοκυριών, καθώς και με τις κατηγορίες υγειονομικών υπηρεσιών για τις οποίες πλήρωσαν τα νοικοκυριά από την τσέπη τους.

Catastrophic Health Expenditures

Keywords: health expenditures, financial crisis impact, out-of-pocket health expenditures, informal/under-the-table health payments, household health expenditure, unmet health care needs, catastrophic health payments, universal health coverage, financial protection

Abstract

The Greek health system is characterized traditionally by the high levels of out-of-pocket health payments by the households while, during the economic crisis, there has been a significant decrease in the public health spending. Both factors increase the financial risk and financial burden of households as well as their impoverishment due the out-of-pocket health payments. The deterioration of several socio-economic indicators and the increase of the catastrophic health spending indicate that the financial protection mechanisms placed to protect households from health shocks are actually weak. The Law of 2016 concerning the universal health coverage of the population was a positive step, but the effects of that law will be reflected in the data of 2017 onwards. To the best of the author's knowledge, the incidence of catastrophic health spending in Greece has not been measured for that particular period. The goal of this research study is to draw on the most recent available data about household consumption, which are available from the Household Budget Survey 2017 conducted by the Hellenic Statistical Authority, in order to measure the incidence of catastrophic health spending and impoverishment and to examine whether they are correlated to particular socio-economic household characteristics as well as the payment for specific health services.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	XI
ABSTRACT.....	XIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	XVII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XXV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	1
1.1 Οικονομικό περιβάλλον και κοινωνικές εξελίξεις στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης	1
1.2 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα και η οικονομική κρίση.....	23
1.2.1 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας προ κρίσης.....	23
1.2.2 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας κατά την οικονομική κρίση.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	43
2.1 Βασικές έννοιες δαπανών υγείας	43
2.2 Συνολική χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας.....	45
2.2.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη	45
2.2.2 Ελλάδα.....	53
2.3 Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και φορείς χρηματοδότησης.....	57
2.3.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη	57
2.3.2 Ελλάδα.....	61
2.4 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία.....	69
2.4.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη	69
2.3.2 Ελλάδα.....	74
2.5 Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή υγείας.....	77
2.5.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη	77
2.5.2 Ελλάδα.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΜΕΣΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	117
5.1 Καθολική Κάλυψη Υγείας	117
5.2. Οικονομική προστασία	121
5.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την οικονομική προστασία	125
5.2.2 Μέθοδοι μέτρησης καταστροφικών δαπανών υγείας	132
5.2.3 Χαρακτηριστικά ερευνών για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας	141
5.2.4 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας	146
5.2.5 Καθοριστικοί παράγοντες καταστροφικών δαπανών υγείας	160
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	165
6.1 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις	165
6.2. Υλικό	168
6.3 Μέθοδος	173
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	183
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	209
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	219
Ελληνική βιβλιογραφία	219
Ξένη βιβλιογραφία	221

Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν της Ελλάδας σε αγοραίες τιμές (σε εκατ. €), 2008-2018 -----	2
1.2 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ετήσιες μεταβολές όγκου %) 2008-2018 -----	3
1.3 Κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην Ε.Ε. σε τρέχουσες τιμές αγοράς, 2007 & 2017 -----	5
(ΕΕ-28 = 100 - με βάση τη Μονάδα Αγοραστικής Δύναμης [PPS] ανά κάτοικο) -----	5
1.4 Κατανομή εισοδήματος στην Ε.Ε. σε τρέχουσες τιμές αγοράς, 2017 (% ποσοστό του ΑΕΠ)-----	6
1.5 Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα στο σύνολο του πληθυσμού (μέσοι ετήσιοι όροι), 2008-2018-----	7
1.6 Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα, 2005, 2008 – 2017 -----	8
1.7 Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις στην Ελλάδα, 2005, 2008 – 2017 -----	9
1.8 Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα πριν & μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, 2017 -----	10
1.9 Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό σε χώρες της Ε.Ε. που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το 2017 (2008-2017)-----	11
1.10 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις στην Ελλάδα, 2009, 2012, 2014-2017 -----	12
1.11 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις στην Ελλάδα, στην Ε.Ε.-28 & στην Ε.Ε.-19, 2008 - 2017 -----	13
1.12 Δείκτες οικονομικής ανισότητας (S80/S20 & Gini), 2005, 2009, 2011-2017 -----	14
1.13 Δείκτης κατανομής ισοδύναμου εισοδήματος σε πεντημόρια (S80/S20) σε ευρωπαϊκές χώρες με διαθέσιμα στοιχεία για το 2017: 2008-2017-----	15

1.14 Δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini) σε ευρωπαϊκές χώρες με διαθέσιμα στοιχεία για το 2017: 2008-2017-----	15
1.15 Infographic για τον κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα, 2017 -----	16
1.16 Infographic για την υλική στέρηση στην Ελλάδα, 2017 -----	17
1.17 Infographic για την οικονομική ανισότητα στην Ελλάδα, 2017 -----	17
1.18 Μέση μηνιαία δαπάνη νοικοκυριών στην Ελλάδα σε ευρώ (σταθερές τιμές 2017), 2008 - 2017 -----	18
1.19 Ποσοστιαία μεταβολή της μέσης μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών στην Ελλάδα για αγαθά & υπηρεσίες (σταθερές τιμές 2017), 2008 & 2017-----	19
1.20 Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία στην Ελλάδα, 2005 – 2016-----	20
1.21 Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία (σε τιμές 2015) ανά υγειονομική υπηρεσία στην Ελλάδα, 2005 - 2016-----	21
1.22 Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα ανά υγειονομική υπηρεσία, 2009 - 2017-----	22
1.23 Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία (σε € & ως % των συνολικών δαπανών) στην Ελλάδα, 2009 - 2017 -----	23
2.1 Ετήσια ανάπτυξη των δαπανών υγείας και του ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000 - 2017-----	46
2.2 Δαπάνες υγείας κατά κεφαλήν (USD PPP) και ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2017 -----	47
2.3 Τρέχουσες Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 ----	48
2.4 Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. (% του ΑΕΠ) για το έτος 2016 -----	50
2.5 Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. (€ ανά κάτοικο) για το έτος 2016 -----	50
2.6 Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρώπη για το 2017 (ή το πλησιέστερο έτος)-----	51

2.7 Ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης σε τρέχουσες τιμές της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στην Ευρώπη (PPP) για τις περιόδους 2009-2013 και 2013-2017 -----	52
2.8 Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ευρώπη για το 2017 (ή το πλησιέστερο έτος) 53	
2.9 Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες χώρες, 2009 – 2017 -----	54
2.10 Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ) στην Ελλάδα, 2012-2017 -----	54
2.11 Τρέχουσες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως % του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν US\$, 2000 - 2016 -----	55
2.12 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (σε €) στην Ελλάδα και στην Ε.Ε., 2005 - 2015---	56
2.13 Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (σε €), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες Χώρες, σύγκριση 2009 με 2017 -----	56
2.14 Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε σύγκριση με τους μέσους όρους της Ε.Ε. -----	57
2.15 Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2016 (ή πλησιέστερο έτος)-----	58
2.16 Δαπάνες υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το 2015-----	59
2.17 Δαπάνες για την υγεία ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το έτος 2016 -	61
2.18 Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) ανά φορέα χρηματοδότησης, 2012 - 2017 -----	63
2.19 Ποσοστιαία συμμετοχή φορέων χρηματοδότησης στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 2013 - 2017 -----	65
2.20 Κρατικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, ως % του ΑΕΠ και ως % των συνολικών κρατικών δαπανών, 2000 – 2016 -----	66

2.21 Κρατικές δαπάνες για την υγεία για το 2016 στην Ε.Ε.28 ως % του ΑΕΠ και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ US\$-----	66
2.22 Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες χώρες, 2009 - 2017-----	68
2.23 Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% της συνολικής), Ελλάδα, ΕΕ27, Νότιες χώρες, 2009 - 2017-----	69
2.24 Μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του μέσου όρου του ΟΟΣΑ για δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2004-08, 2008-12, 2012-16-----	71
2.25 Δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (% των τρεχουσών δαπανών υγείας) στις χώρες της Ε.Ε. για το 2016 -----	73
2.26 Ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία, μέσος όρος Ε.Ε., 2004-08, 2008-12, 2012-16 -----	74
2.27 Χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017 -----	75
2.28 Δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή (% των τρεχουσών δαπανών) στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2015-----	78
2.29 Νοσοκομειακή δαπάνη ανά υγειονομική δραστηριότητα (% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης) στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2015-----	79
2.30 Νοσοκομειακή δαπάνη ανά υγειονομική δραστηριότητα (% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης) στην Ε.Ε. για το 2016 -----	81
2.31 Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών & υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017-----	83
2.32 Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών & υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017-----	84
2.33 Infographic με τα βασικά στοιχεία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας για την Ελλάδα, 2017 -----	85

3.1 Άμεσες πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών στις χώρες του ΟΟΣΑ-34, για το 2015 (ή πλησιέστερο έτος)-----	88
3.2 Άμεσες πληρωμές για την υγεία ανά υγειονομική υπηρεσία και προϊόντα στις χώρες του ΟΟΣΑ-31, για το 2015 (ή πλησιέστερο έτος)-----	89
3.3 Ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που χρηματοδοτούνται από άμεσες πληρωμές στην Ε.Ε.-28, για το 2016-----	91
3.4 Άμεσες πληρωμές για την υγεία (% συνολικών δαπανών), σύγκριση Ελλάδας με μ.ο. της Ε.Ε.-28 για το 2016-----	92
3.5 Άμεσες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (US\$) στην Ευρώπη για το 2016-----	92
3.6 Τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ανά πηγή χρηματοδότησης, 2000-2016 ---	94
3.7 Άμεσες πληρωμές για την υγεία (% τρεχουσών δαπανών υγείας) στην Ελλάδα, 2008-2016-----	95
3.8 Άμεσες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης-PPP (current international \$), 2008-2016-----	95
3.9 Τρόποι κάλυψης εξόδων για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο μήνα, 2006, 2011, 2016-----	97
3.10 Τρόποι κάλυψης εξόδων για νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο, 2006, 2011, 2015, 2016 -----	98
3.11 Ποσό που ξόδεψαν κατά μέσο όρο το μήνα από την τσέπη τους για συνταγογραφούμενα φάρμακα το τελευταίο έτος-----	99
4.1 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος), 2015 -----	104
4.2 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2016 -----	106

4.3 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος)-σύγκριση ποσοστών Ελλάδας με μέγιστο, ελάχιστο & μέσους όρους της Ε.Ε., 2016 -----	107
4.4 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2016 -----	108
4.5 Αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους στην Ελλάδα, ανά πεντημόρια εισοδήματος, 2008 - 2015 -----	109
4.6 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2008 - 2016-----	109
4.7 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2008 - 2016-----	110
4.8 Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. ανά αιτία (σύγκριση ποσοστών Ελλάδας με μέγιστο, ελάχιστο & μέσους όρους της Ε.Ε.), 2016 -----	112
4.9 Αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. ανά βαθμό αστικοποίησης, 2016 -----	112
4.10 Αναλογία ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ε.Ε. σε σχέση με τον πληθυσμό, 2015 (ή πλησιέστερο έτος)-----	116
5.1 Διαγραμματική απεικόνιση στοιχείων Καθολικής Κάλυψης Υγείας -----	120
5.2 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας και άμεσες πληρωμές υγείας ως % των τρεχουσών δαπανών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	127
5.3 Συσχέτιση δημόσιας χρηματοδότησης υγείας ως % του ΑΕΠ και των άμεσων πληρωμών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ, 2016 -----	128
5.4 Ποσοστό πολιτών που δικαιούνται υπηρεσίες υγείας καλυπτόμενες από δημόσια χρηματοδότηση και ποσοστό νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)	130

5.5 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας και σχεδιασμός συν-πληρωμών για εξωνοσοκομειακά φάρμακα σε χώρες υψηλού εισοδήματος στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ-----	131
5.6 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όρια στο 10% & στο 25%)-----	147
5.7 Ποσοστό νοικοκυριών στην Ε.Ε. με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	151
5.8 Ποσοστό νοικοκυριών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ με καταστροφικές δαπάνες υγείας (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	152
5.9 Ποσοστό νοικοκυριών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ με καταστροφικές δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο και στο χαμηλότερο πεντημόριο δαπάνης (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	153
5.10 Ποσοστό καταστροφικών δαπανών υγείας και μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική φροντίδα (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	154
5.11 Ποσοστό καταστροφικών δαπανών υγείας και μη ικανοποιούμενης ανάγκης για οδοντιατρική φροντίδα (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	155
5.12 Καταστροφικές δαπάνες υγείας και μη ικανοποιούμενη ανάγκη (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ελλάδα, 2009-2016 -----	156
5.13 Καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, 2010-2015 (thresholds: 10%, 15%, 20%, 25%) -----	158
5.14 Επιμερισμός καταστροφικών δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία στο σύνολο των νοικοκυριών, Ευρωπαϊκή Περιφέρεια ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)-----	163
5.15 Επιμερισμός καταστροφικών δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία στα νοικοκυριά του χαμηλότερου πεντημορίου δαπάνης, Ευρωπαϊκή Περιφέρεια ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα) -----	164

6.1 Φύλο του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017 -----	183
6.2 Ηλικία του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017-----	184
6.3 Ύπαρξη ασφάλισης υγείας, ΕΟΠ 2017 -----	184
6.4 Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση προσώπου αναφοράς, ΕΟΠ 2017 -----	185
6.5 Οι περιφέρειες στις οποίες διαμένουν τα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 -----	187
6.6 Σύνθεση νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017 -----	188
6.7 Ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας τα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017-----	191
6.8 Ύπαρξη φτωχοποίησης στα νοικοκυριά μετά την καταβολή άμεσων πληρωμών για υγεία, ΕΟΠ 2017 -----	191
6.9 Άμεσες πληρωμές υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης των νοικοκυριών -----	195
6.10 Οι άμεσες πληρωμές ως μέρος της δυνατότητας πληρωμής για υγεία από τα νοικοκυριά σε σχέση με την ύπαρξη φτωχοποίησης-----	197
6.11 Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών-----	198
6.12 Φύλο του προσώπου αναφοράς στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας -----	201
6.13 Ηλικία του προσώπου αναφοράς στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας -----	201
6.14 Σύνθεση νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας -----	203
6.15 Νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης -----	205
6.16 Άμεσες πληρωμές υγείας για ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου), ως % των συνολικών άμεσων πληρωμών, & ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας-----	206

Κατάλογος Πινάκων

1.1 Αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ στην Ε.Ε., 2007-2017 (% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος)-----	4
2.1 Τρέχουσες Δαπάνες στην Ε.Ε. για το 2015 (€ εκατ., €/κάτοικο, PPS/κάτοικο, % ΑΕΠ)-----	48
2.2 Δαπάνες υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το 2015 -----	60
2.3 Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) ανά φορέα χρηματοδότησης, 2012 - 2017 -----	62
2.4 Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή φορέων χρηματοδότησης, 2013 - 2017 -----	64
2.5 Συνολικές κρατικές δαπάνες υγείας το 2017 (% του ΑΕΠ και % συνολικών δαπανών) -----	67
2.6 Δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (% των τρεχουσών δαπανών υγείας) στις χώρες της Ε.Ε. για το 2015 -----	72
2.7 Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. €)-----	76
2.8 Κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. €) -----	77
2.9 Δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή υγείας (& της τρέχουσας δαπάνης υγείας) στην Ε.Ε. για το 2015 -----	80
2.10 Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. €)-----	82
4.1 Ποσοστό αυτό-αναφερόμενης μη ικανοποιούμενης ανάγκης για συνταγογραφούμενα φάρμακα λόγω κόστους στην Ε.Ε., 2014 (ή πλησιέστερο έτος) -----	111
5.1 Συγκριτική παρουσίαση κυριότερων μεθόδων μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας-----	140

5.2 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όρια στο 10% & στο 25%)-----	148
5.3 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όριο στο 40% των συνολικών δαπανών πλην αυτών για τρόφιμα)	149
6.1 Ταξινόμηση δαπανών υγείας των νοικοκυριών βάσει COICOP-HBS, ΕΟΠ 2017	171
6.2 Βασικές διαστάσεις της μεθόδου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας της παρούσας έρευνας -----	173
6.3 Ετήσιο κόστος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ΕΟΠ 2017 -----	184
6.4 Συγκεντρωτικός πίνακας βασικών δημογραφικών στοιχείων των προσώπων αναφοράς και των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017 -----	186
6.5 Πληροφορίες για τον τόπο διαμονής των νοικοκυριών (περιφέρεια & βαθμός πυκνότητας πληθυσμού), ΕΟΠ, 2017 -----	187
6.6 Ύπαρξη μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων κάτω των 15 ετών & άνω των 65 ετών στα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 (N, %)-----	188
6.7 Ύπαρξη μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων κάτω των 15 ετών & άνω των 65 ετών στα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 (μέση τιμή, διάμεσος)-----	189
6.8 Περιγραφικά στοιχεία βασικών μεταβλητών της μεθόδου μέτρησης καταστροφικών δαπανών υγείας-----	189
6.9 Περιγραφικά στοιχεία βασικών μεταβλητών της μεθόδου μέτρησης καταστροφικών δαπανών υγείας-----	190
6.10 Ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας και φτωχοποίησης στα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 -----	191
6.11 Δείκτης Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (FFC)-----	192
6.12 Συσχέτιση των πεντημορίων δαπάνης που ανήκουν τα νοικοκυριά με παράγοντες του μοντέλου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας-----	193

6.13 Συσχέτιση των πεντημορίων δαπάνης που ανήκουν τα νοικοκυριά με παράγοντες του μοντέλου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας-----	194
6.14 Οι άμεσες πληρωμές ως μέρος της δυνατότητας πληρωμής για υγεία από τα νοικοκυριά σε σχέση με την ύπαρξη φτωχοποίησης-----	196
6.15 Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών-----	198
6.16 Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία (ως % των συνολικών άμεσων πληρωμών) και πεντημόριο δαπάνης στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας-----	199
6.17 Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών -----	200
6.18 Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με χαρακτηριστικά της σύνθεσης των νοικοκυριών-----	202
6.19 Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με την περιφέρεια διαμονής των νοικοκυριών και τον βαθμό πυκνότητας πληθυσμού της περιοχής-----	204
6.20 Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με τα πεντημόρια δαπάνης -----	204
6.21 Άμεσες πληρωμές ανά υγειονομική υπηρεσία, ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών, στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας.-----	205
6.22 Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης -----	20707

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Οικονομικό περιβάλλον και κοινωνικές εξελίξεις στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης

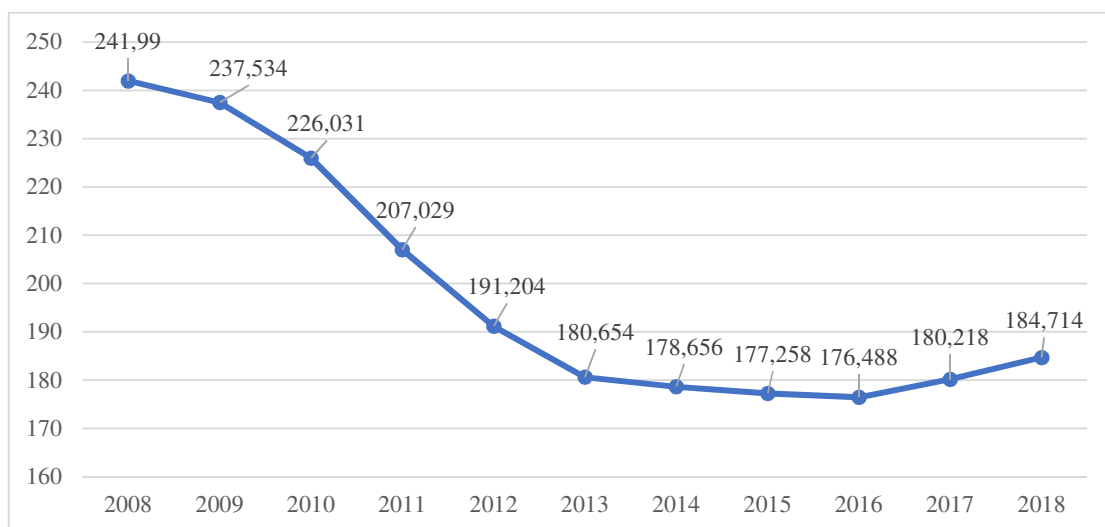
Η Ελλάδα εισήλθε, στο τέλος του 2009, σε μία πολύπλευρη και βαθύτατη οικονομική κρίση, η οποία είχε ως κύρια χαρακτηριστικά της το υψηλό δημόσιο χρέος και το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα (Economou et al., 2014). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα παρουσιάζει, επίσης, μία άνευ προηγουμένου διάρκεια και ένταση, μία από τις χειρότερες στις χώρες του ΟΟΣΑ μετά την μεταπολεμική περίοδο, ενώ η χώρα ακόμη προσπαθεί να ανακάμψει (Kygiopoulos et al., 2019).

Η ελληνική οικονομία βέβαια, ακόμη και πριν το 2008, αντιμετώπιζε ήδη σοβαρά ζητήματα, τα οποία επιδεινώθηκαν σημαντικά με την έλευση της οικονομικής κρίσης. Τα νοικοκυριά από την άλλη δεν ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν το μεγάλο και ξαφνικό οικονομικό σοκ της κρίσης (Economou et al, 2015). Το σύστημα κοινωνικής προστασίας, που αναμένεται να παρέμβει σε αυτές τις περιπτώσεις για να απορροφήσει το μεγαλύτερο μέρος των συνεπειών, λόγω των μεγάλων περικοπών στους προϋπολογισμούς, επέδειξε μειωμένη δυνατότητα αποτελεσματικής ανταπόκρισης στις κρίσιμες κοινωνικές προκλήσεις που έθεσε η έλευση της οικονομική κρίσης (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Συνεπώς, οι επιπτώσεις και σε κοινωνικό επίπεδο είναι εμφανείς, με όλους τους κοινωνικούς δείκτες να σημειώνουν επιδείνωση (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Το αποτέλεσμα ήταν η όξυνση φαινομένων, όπως η μείωση του ΑΕΠ, η αύξηση στα ποσοστά ανεργίας, η επισφαλής εργασία, η άνοδος της φτώχειας και του αριθμού των ανασφάλιστων και η επιδείνωση της οικονομικής ανισότητας, να συνθέτουν το κοινωνικό-οικονομικό κλίμα της χώρας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Stylianidis & Souliotis, 2019).

Στο Διάγραμμα 1.1 παρουσιάζεται η σημαντική πτώση στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) της χώρας μετά το 2008, το οποίο ακολουθεί πτωτική πορεία έως και το

2016, όπου μετά σημειώνει αύξηση, παραμένοντας, ωστόσο, ακόμη σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από αυτά που ίσχυαν προ κρίσης.



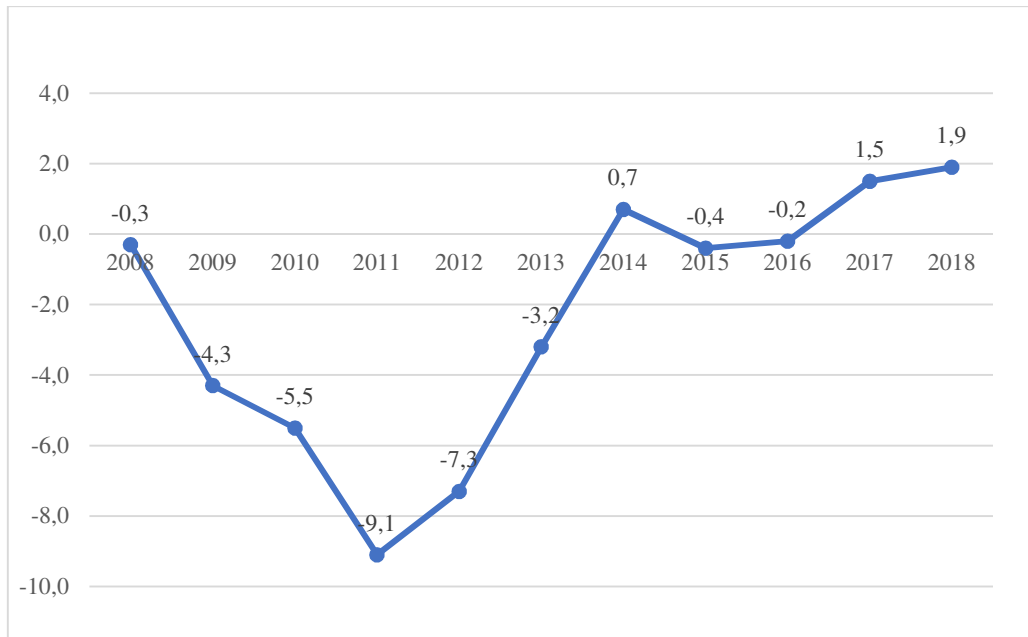
(2011-2018: προσωρινά στοιχεία)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019α

Διάγραμμα 1.1

Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν της Ελλάδας σε αγοραίες τιμές (σε εκατ. €), 2008-2018

Στο Διάγραμμα 1.2 παρουσιάζονται τα ποσοστά ετήσιων μεταβολών όγκου του ΑΕΠ της Ελλάδας, όπου φαίνεται πόσο ραγδαία μειωνόταν, κυρίως κατά την περίοδο 2009 με 2013.



(2011-2018: προσωρινά στοιχεία)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019α

Διάγραμμα 1.2

Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ετήσιες μεταβολές όγκου %) 2008-2018

Σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ε.Ε. η Ελλάδα ήταν το μοναδικό κράτος με αρνητικό ποσοστό μεταβολής του ΑΕΠ το 2015 και το 2016, ενώ ήταν ένα από τα κράτη-μέλη, μαζί με την Ιταλία, την Κροατία και την Πορτογαλία, που η εξέλιξη του πραγματικού ΑΕΠ ήταν αρνητική από το 2007 έως και το 2017 (Πίνακας 1.1) (Eurostat, 2018a).

Πίνακας 1.1

Αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ στην Ε.Ε., 2007-2017 (% μεταβολής σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Average 2007- 2017
EU-28	3.1	0.5	-4.3	2.1	1.8	-0.4	0.3	1.7	2.3	1.9	2.4	0.8
Euro area (EA-19)	3.1	0.5	-4.5	2.1	1.6	-0.9	-0.2	1.3	2.1	1.8	2.4	0.6
Belgium	3.4	0.8	-2.3	2.7	1.8	0.2	0.2	1.3	1.4	1.4	1.7	0.9
Bulgaria	7.3	6.0	-3.6	1.3	1.9	0.0	0.9	1.3	3.6	3.9	3.6	1.9
Czech Republic	5.6	2.7	-4.8	2.3	1.8	-0.8	-0.5	2.7	5.3	2.5	4.3	1.5
Denmark	0.9	-0.5	-4.9	1.9	1.3	0.2	0.9	1.6	1.6	2.0	2.3	0.6
Germany	3.3	1.1	-5.6	4.1	3.7	0.5	0.5	1.9	1.7	1.9	2.2	1.2
Estonia	7.7	-5.4	-14.7	2.3	7.6	4.3	1.9	2.9	1.7	2.1	4.9	0.6
Ireland	5.3	-4.4	-5.0	1.9	3.7	0.2	1.3	8.8	25.1	5.0	7.2	4.1
Greece	3.3	-0.3	-4.3	-5.5	-9.1	-7.3	-3.2	0.7	-0.3	-0.2	1.4	-2.9
Spain	3.8	1.1	-3.6	0.0	-1.0	-2.9	-1.7	1.4	3.4	3.3	3.1	0.3
France	2.4	0.3	-2.9	1.9	2.2	0.3	0.6	1.0	1.1	1.2	2.2	0.8
Croatia	5.3	2.0	-7.3	-1.5	-0.3	-2.3	-0.5	-0.1	2.4	3.5	2.9	-0.2
Italy	1.5	-1.1	-5.5	1.7	0.6	-2.8	-1.7	0.1	1.0	0.9	1.5	-0.6
Cyprus	4.8	3.9	-1.8	1.3	0.3	-3.1	-5.9	-1.4	2.0	3.4	3.9	0.2
Latvia	10.0	-3.5	-14.4	-3.9	6.4	4.0	2.4	1.9	3.0	2.2	4.5	0.1
Lithuania	11.1	2.6	-14.8	1.6	6.0	3.8	3.5	3.5	2.0	2.3	3.8	1.3
Luxembourg	8.4	-1.3	-4.4	4.9	2.5	-0.4	3.7	5.8	2.9	3.1	2.3	1.9
Hungary	0.4	0.9	-6.6	0.7	1.7	-1.6	2.1	4.2	3.4	2.2	4.0	1.0
Malta	4.0	3.3	-2.5	3.5	1.3	2.7	4.6	8.1	9.6	5.2	6.4	4.2
Netherlands	3.8	2.2	-3.7	1.3	1.6	-1.0	-0.1	1.4	2.0	2.2	2.9	0.8
Austria	3.7	1.5	-3.8	1.8	2.9	0.7	0.0	0.8	1.1	1.5	3.0	0.9
Poland	7.0	4.2	2.8	3.6	5.0	1.6	1.4	3.3	3.8	3.0	4.6	3.3
Portugal	2.5	0.2	-3.0	1.9	-1.8	-4.0	-1.1	0.9	1.8	1.6	2.7	-0.1
Romania	6.9	8.3	-5.9	-2.8	2.0	1.2	3.5	3.4	3.9	4.8	6.9	2.5
Slovenia	6.9	3.3	-7.8	1.2	0.6	-2.7	-1.1	3.0	2.3	3.1	5.0	0.6
Slovakia	10.8	5.6	-5.4	5.0	2.8	1.7	1.5	2.8	3.9	3.3	3.4	2.4
Finland	5.2	0.7	-8.3	3.0	2.6	-1.4	-0.8	-0.6	0.1	2.1	2.6	0.0
Sweden	3.4	-0.6	-5.2	6.0	2.7	-0.3	1.2	2.6	4.5	3.2	2.3	1.6
United Kingdom	2.5	-0.3	-4.2	1.7	1.6	1.4	2.0	2.9	2.3	1.8	1.7	1.1
Iceland	9.4	1.7	-6.5	-3.6	2.0	1.3	4.3	2.2	4.3	7.5	3.6	1.6
Norway	3.0	0.5	-1.7	0.7	1.0	2.7	1.0	2.0	2.0	1.1	1.9	1.1
Switzerland	4.1	2.2	-2.2	3.0	1.7	1.0	1.9	2.4	1.2	1.4	1.1	1.4
Montenegro (*)	:	7.2	-5.8	2.7	3.2	-2.7	3.5	1.8	3.4	2.9	:	1.8
Former Yugoslav Republic of Macedonia (*)	6.5	5.5	-0.4	3.4	2.3	-0.5	2.9	3.6	3.9	2.9	0.0	2.4
Albania	6.0	7.5	3.4	3.7	2.5	1.4	1.0	1.8	2.2	3.4	3.8	3.1
Serbia	5.9	5.4	-3.1	0.6	1.4	-1.0	2.6	-1.8	0.8	2.8	1.9	0.9
Turkey (*)	5.0	0.8	-4.7	8.5	11.1	4.8	8.5	5.2	6.1	3.2	:	4.7
Bosnia and Herzegovina (*)	5.9	5.4	-3.0	0.9	1.0	-0.8	2.3	1.1	3.1	3.1	:	1.4
Kosovo (*) (*)	:	:	3.6	3.3	4.4	2.8	3.4	1.2	4.1	4.1	:	3.4
China (including Hong Kong) (*)	14.2	9.7	9.4	10.6	9.5	7.9	7.8	7.3	6.9	6.7	:	8.4
Japan	1.7	-1.1	-5.4	4.2	-0.1	1.5	2.0	0.4	1.4	0.9	1.7	0.5
United States	1.8	-0.3	-2.8	2.5	1.6	2.2	1.7	2.6	2.9	1.5	2.3	1.4

Note: based on chain linked volumes.

(*) Average 2008-2016 instead of 2007-2017.

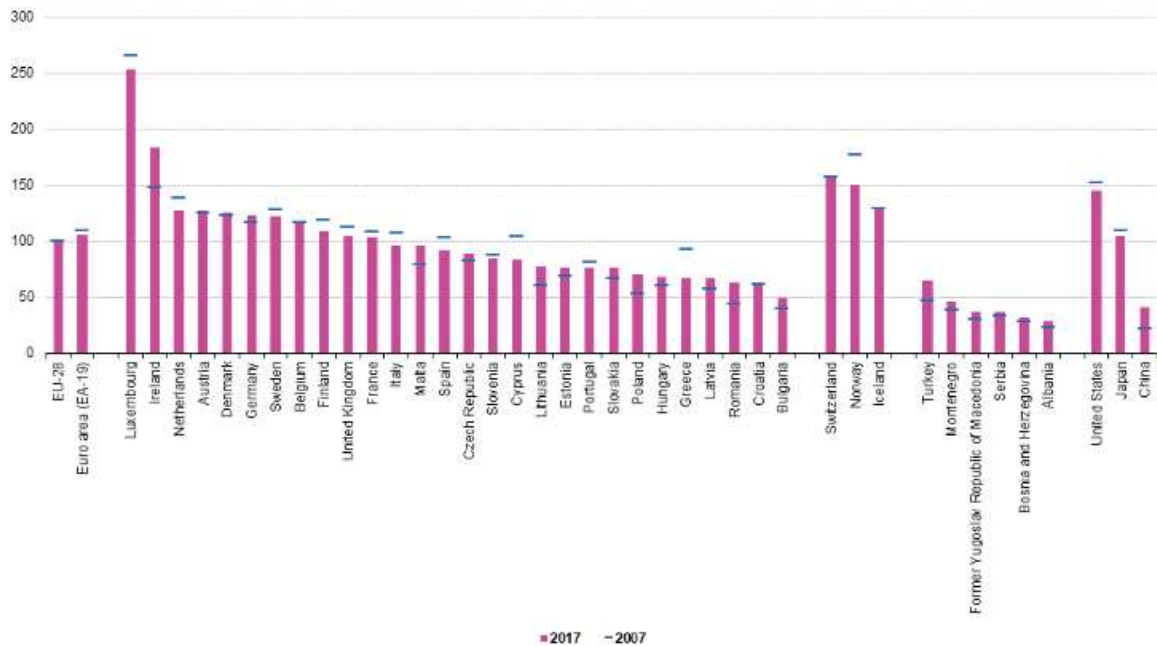
(*) Average 2007-2016 instead of 2007-2017.

(*) This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo declaration of independence.

(*) Average 2009-2016 instead of 2007-2017.

Πηγή: Eurostat, 2018a

Η Ελλάδα, επίσης, κατά την ίδια χρονική περίοδο, μετακινήθηκε ακόμη χαμηλότερα σε σύγκριση τον μέσο όρο της Ε.Ε. ως προς το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Διάγραμμα 1.2) (Eurostat, 2018a).



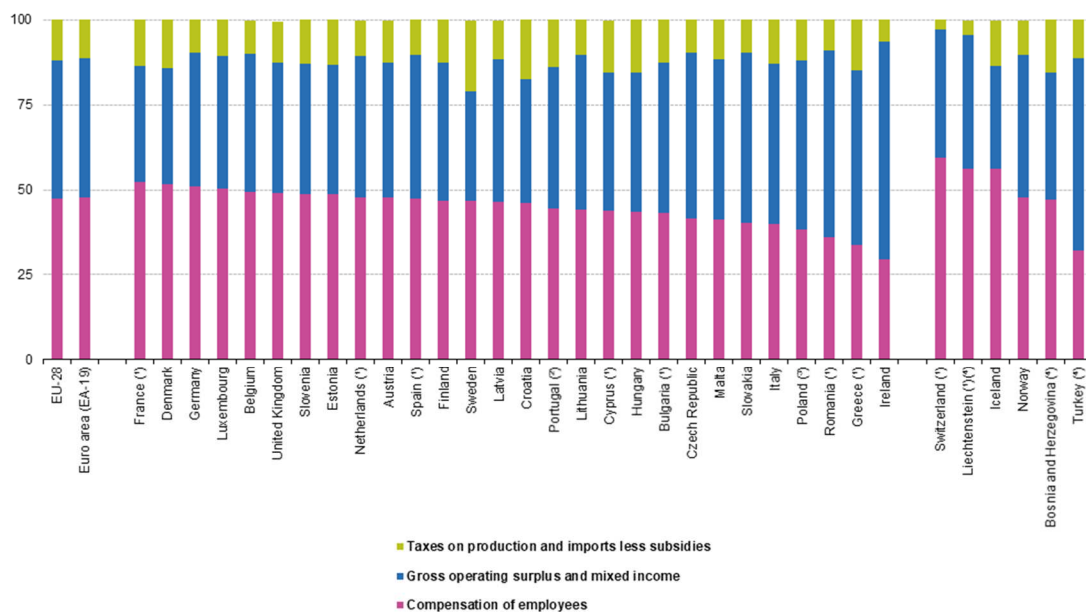
Πηγή: Eurostat, 2018a

Διάγραμμα 1.3

Κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην Ε.Ε. σε τρέχουσες τιμές αγοράς, 2007 & 2017

(ΕΕ-28 = 100 - με βάση τη Μονάδα Αγοραστικής Δύναμης [PPS] ανά κάτοικο)

Εξετάζοντας το ΑΕΠ από πλευράς εισοδήματος στην Ε.Ε.-28 για το 2017, παρατηρείται πως, ενώ στις περισσότερες χώρες κυριαρχεί το εισόδημα εξαρτημένης εργασίας μεταξύ των συντελεστών παραγωγής, η Ελλάδα σημείωσε το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό (33,6%), με τον μέσο όρο της Ε.Ε. να ανέρχεται στο 47,3% (Διάγραμμα 1.4) (Eurostat, 2018a).



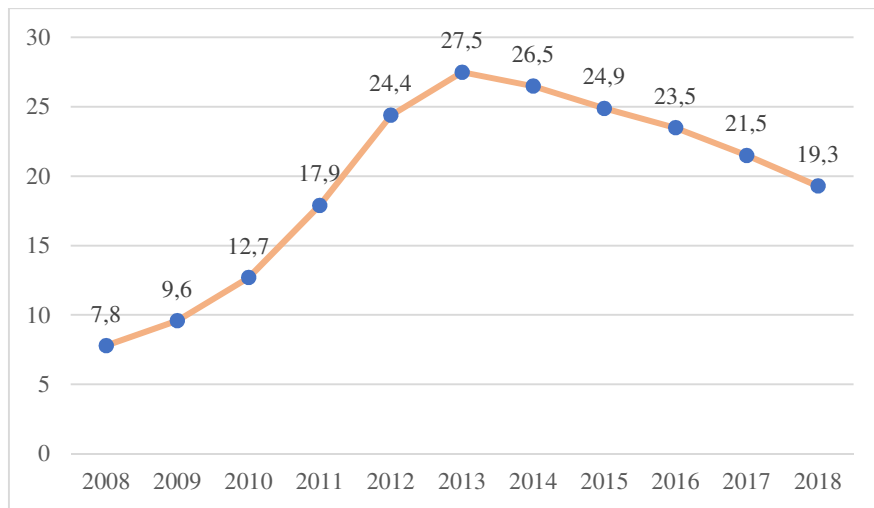
(*) Provisional.
 (*) Estimate.
 (*) 2016.
 (*) 2015.

Πηγή: Eurostat, 2018a

Διάγραμμα 1.4

Κατανομή εισοδήματος στην Ε.Ε. σε τρέχουσες τιμές αγοράς, 2017 (% ποσοστό του ΑΕΠ)

Αυτό είναι αναμενόμενο, καθώς, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1.5, το ποσοστό ανεργίας στο σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα εκτινάχθηκε μετά το 2008, όπου κορυφώθηκε το 2013 (27,5%) και εν συνεχεία σημείωσε πτωτική τάση, παραμένοντας, ωστόσο, σε υψηλά επίπεδα έως και το 2018.

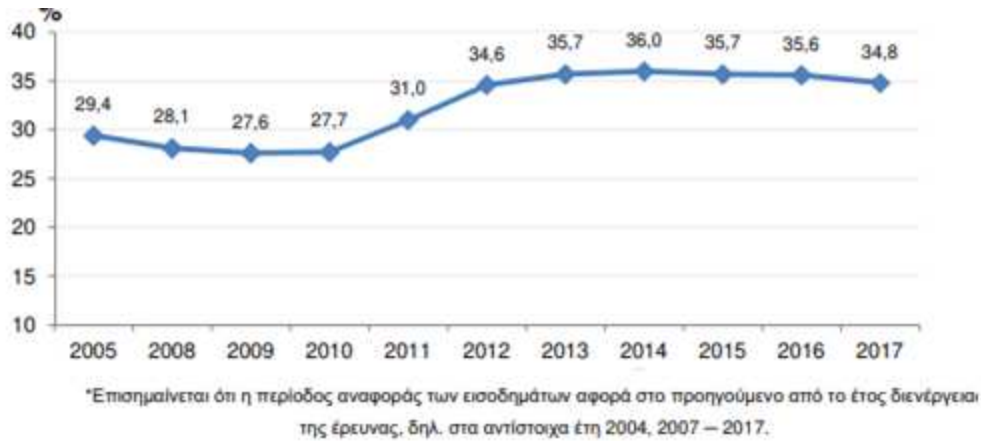


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019α

Διάγραμμα 1.5

Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα στο σύνολο του πληθυσμού (μέσοι ετήσιοι όροι), 2008-2018

Στο Διάγραμμα 1.6 παρουσιάζεται η εξέλιξη του δείκτη που αφορά στον πληθυσμό που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα, για την χρονική περίοδο από το 2005 έως το 2017, σύμφωνα με τα στοιχεία Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών. Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό είναι ο πληθυσμός που έχει εισόδημα μικρότερο ή ίσο από το κατώφλι της φτώχειας ή βιώνει υλικές στερήσεις, δηλαδή στερείται τουλάχιστον τέσσερα αγαθά ή υπηρεσίες από έναν κατάλογο συνολικά εννέα αγαθών και υπηρεσιών, ή διαμένει σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α). Ο δείκτης παρουσιάζει ανοδική τάση από το 2010 κι έπειτα, ενώ μειώνεται ελαφρώς για πρώτη φορά από το 2015 και μετά (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α).

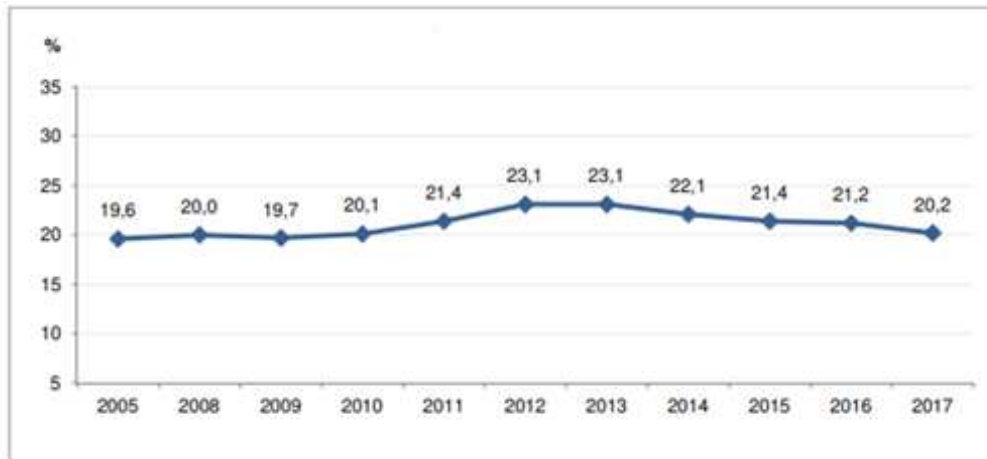


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Διάγραμμα 1.6

Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό στην Ελλάδα, 2005, 2008 – 2017

Ο κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, ορίζεται ως το ποσοστό των πολιτών που διαμένουν σε νοικοκυριά, των οποίων το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα (δηλαδή συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών επιδομάτων και των συντάξεων στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα) είναι χαμηλότερο από το 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α). Εξετάζοντας τον κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, βλέπουμε ότι από το 2005, με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το 2004, ο δείκτης άρχισε να αυξάνεται έως και το 2012 και το 2013, στα οποία έτη σημείωσε το υψηλότερο ποσοστό και εν συνεχεία άρχισε να μειώνεται από το 2014 κι έπειτα. Για το 2017, το 20,2% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας ήταν σε κίνδυνο φτώχειας, που παραμένει υψηλό ποσοστό, ιδιαίτερα εφόσον ληφθεί υπόψη ότι υπό-ομάδες του πληθυσμού, όπως άστεγοι, άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα, παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, κλπ, υπό-εκπροσωπούνται στην Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (Διάγραμμα 1.7) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α).



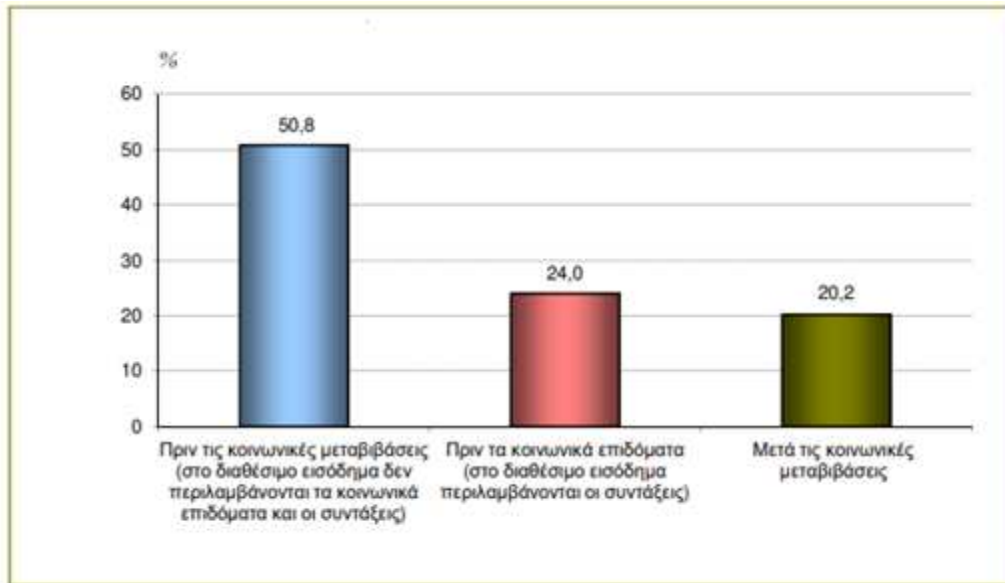
*Επισημαίνεται ότι η περίοδος αναφοράς των εισοδημάτων αφορά στο προηγούμενο από το έτος διενέργειας της έρευνας, δηλ. στα αντίστοιχα έτη 2004, 2007 – 2016.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Διάγραμμα 1.7

Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις στην Ελλάδα, 2005, 2008 – 2017

Για το 2017, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας πριν από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ανήλθε στο 50,8%, ενώ, όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό αυτό μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις είναι 20,2%, που σημαίνει ότι οι κοινωνικές μεταβιβάσεις μειώνουν το ποσοστό κινδύνου φτώχειας κατά 30,6 ποσοστιαίες μονάδες (ΕΛΣΤΑΤ, 2018α). Είναι, συνεπώς, σαφής ο αρνητικός αντίκτυπος που είχαν για τον πληθυσμό οι περικοπές των επιδομάτων και των συντάξεων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (Διάγραμμα 1.8).

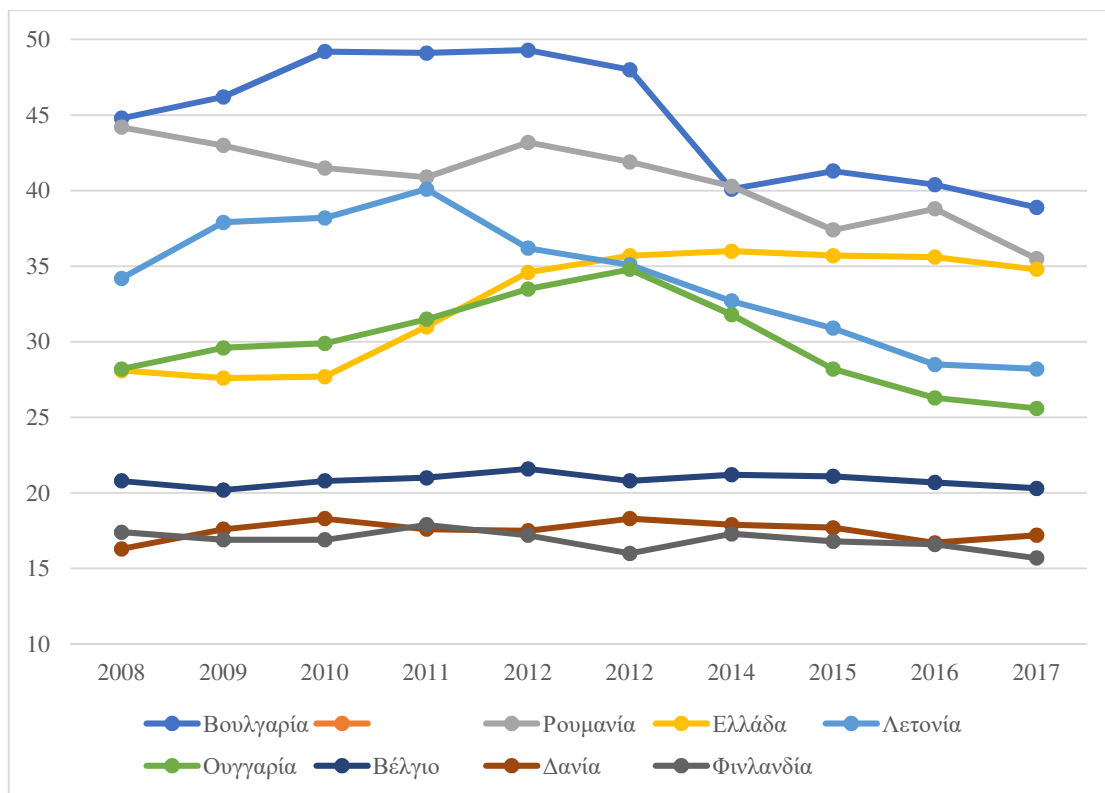


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Διάγραμμα 1.8

Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα πριν & μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, 2017

Συγκρίνοντας την Ελλάδα με άλλες ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, η χώρα μας παρουσιάζει διαχρονικά υψηλότερα ποσοστά από χώρες, όπως η Φινλανδία, η Δανία και το Βέλγιο. Έχει χαμηλότερα, ωστόσο, ποσοστά από τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία, ενώ έχει, επίσης, χαμηλότερα από τη Λετονία και την Ουγγαρία, κάτι που ισχύει, όμως, για τις δύο τελευταίες χώρες έως το 2011. Από το 2012 κι έως το 2017, η Ελλάδα έχει πλέον υψηλότερα ποσοστά από τις δύο αυτές χώρες (Διάγραμμα 1.9).

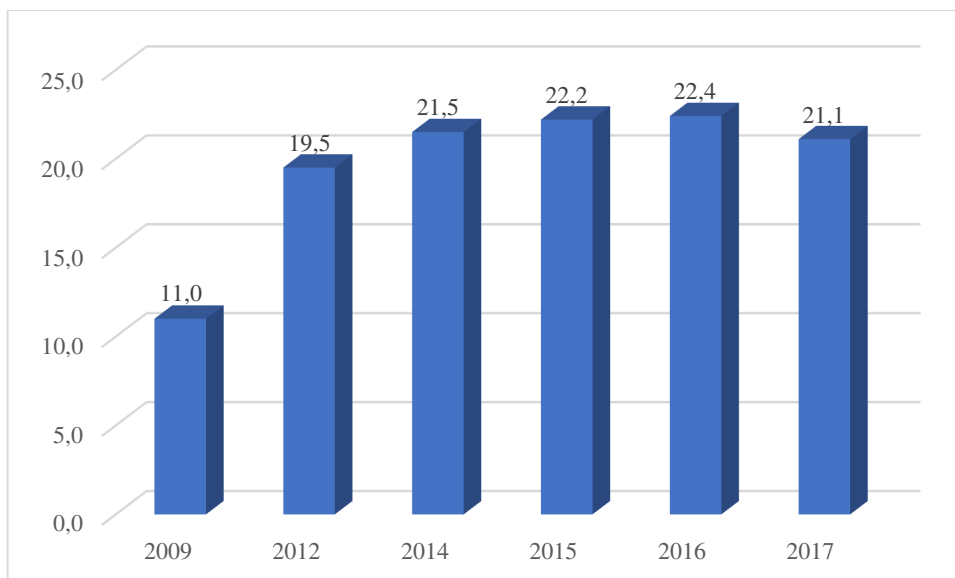


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Διάγραμμα 1.9

Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό σε χώρες της Ε.Ε. που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το 2017 (2008-2017)

Από το 2012 έως και το 2016, συνεχιζόμενη αύξηση παρουσίαζε και το ποσοστό των ατόμων του πληθυσμού στην Ελλάδα, που αντιμετωπίζουν στέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών, ενώ το 2017 παρουσιάζεται για πρώτη φορά μείωση μετά από αυτή την χρονική περίοδο (Διάγραμμα 1.10).

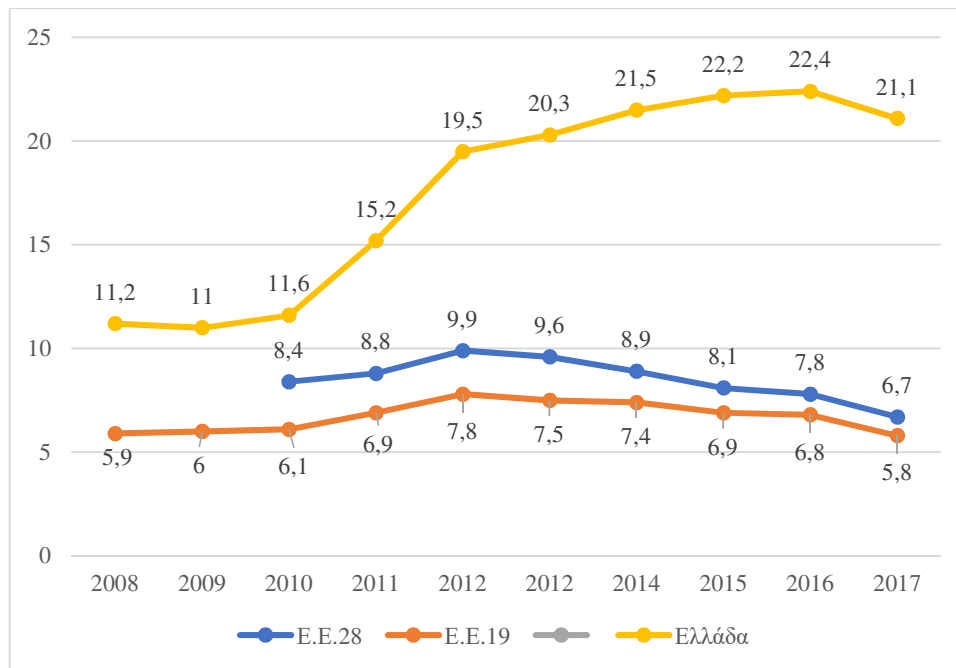


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018β

Διάγραμμα 1.10

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις στην Ελλάδα, 2009, 2012, 2014-2017

Αντίστοιχα, η χώρα μας, αναφορικά με τον συγκεκριμένο δείκτη, παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ε.Ε., τόσο στις 28 χώρες όσο και στις 19, αλλά από το 2011 και έως το 2016, η διαφορά αυτή αυξήθηκε σημαντικά ενώ μεγάλωνε όλο και περισσότερο κάθε έτος (Διάγραμμα 1.11).



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018β

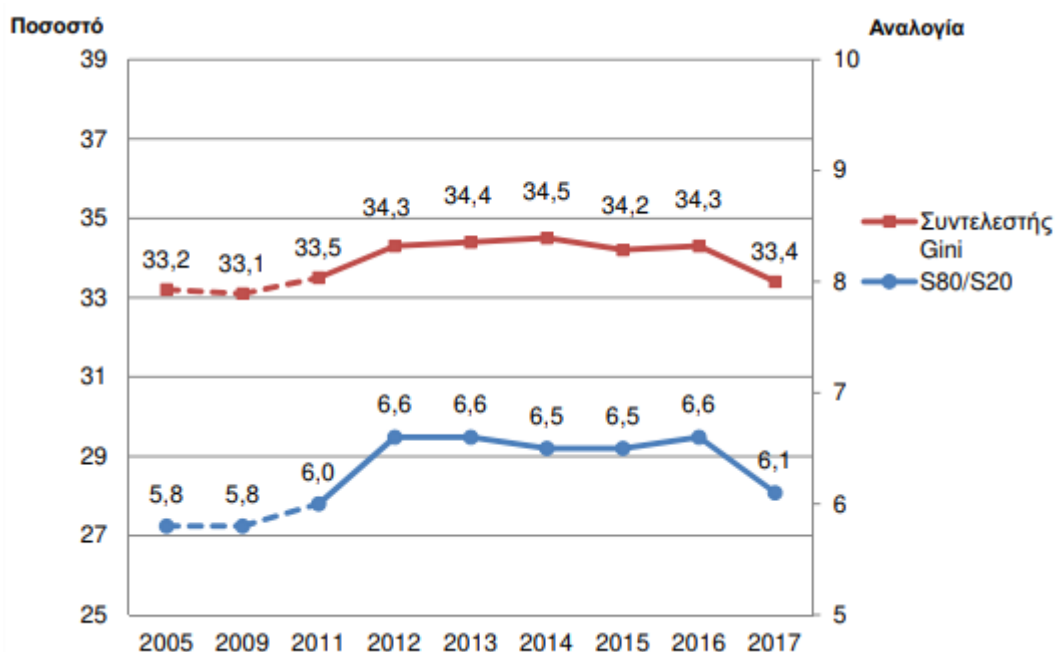
Διάγραμμα 1.11

Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις στην Ελλάδα, στην E.E.-28 & στην E.E.-19, 2008 - 2017

Μία ακόμη κοινωνική παράμετρος που επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι αυτή της οικονομικής ανισότητας, η οποία εκφράζεται, κυρίως, με δύο δείκτες: τον δείκτη κατανομής εισοδήματος σε πεντημόρια (S80/S20) και τον δείκτη άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018γ). Ο δείκτης κατανομής εισοδήματος σε πεντημόρια συγκρίνει το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα του 20% των πλουσιότερων ατόμων με το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα του 20% των φτωχότερων (ΕΛΣΤΑΤ, 2018γ). Για το 2017 (με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το 2016), ο δείκτης ανήλθε στο 6,1, που σημαίνει πως το μερίδιο του εισοδήματος που είναι στην κατοχή του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού είναι 6,1 φορές μεγαλύτερο εκείνο του φτωχότερου 20% του πληθυσμού (ΕΛΣΤΑΤ, 2018γ). Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1.12, η διαφορά στο μερίδιο εισοδήματος μεταξύ των δύο αυτών ομάδων του πληθυσμού σημείωσε αυξητική τάση από το 2011 και έως το 2013, ενώ μετά σημειώνει αυξομειώσεις.

Ο δεύτερος δείκτης οικονομικής ανισότητας, που είναι ο συντελεστής Gini, κυμαίνεται από 0%, που αντιστοιχεί σε πλήρη εισοδηματική ισότητα, έως το 100%, που αντιστοιχεί

σε πλήρη εισοδηματική ανισότητα (ΕΛΣΤΑΤ, 2018γ). Για το 2017, ο συντελεστής ανήλθε στο 33,4%, που σημαίνει πως εάν επιλέγονταν τυχαία δύο άτομα από τον πληθυσμό της Ελλάδας, αναμένεται ότι το εισόδημά τους θα διαφέρει κατά 33,4% από το μέσο ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα (ΕΛΣΤΑΤ, 2018γ). Και αυτός ο δείκτης παρουσιάζει αύξηση από το 2011 έως το 2014, ενώ μετά σημειώνει αυξομειώσεις (Διάγραμμα 1.12).

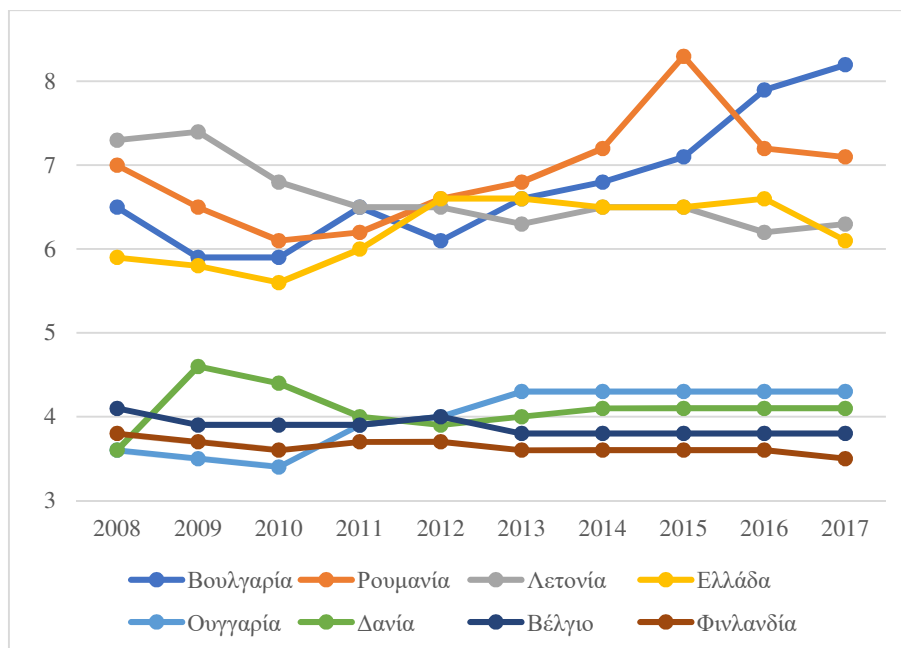


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018β

Διάγραμμα 1.12

Δείκτες οικονομικής ανισότητας (S80/S20 & Gini), 2005, 2009, 2011-2017

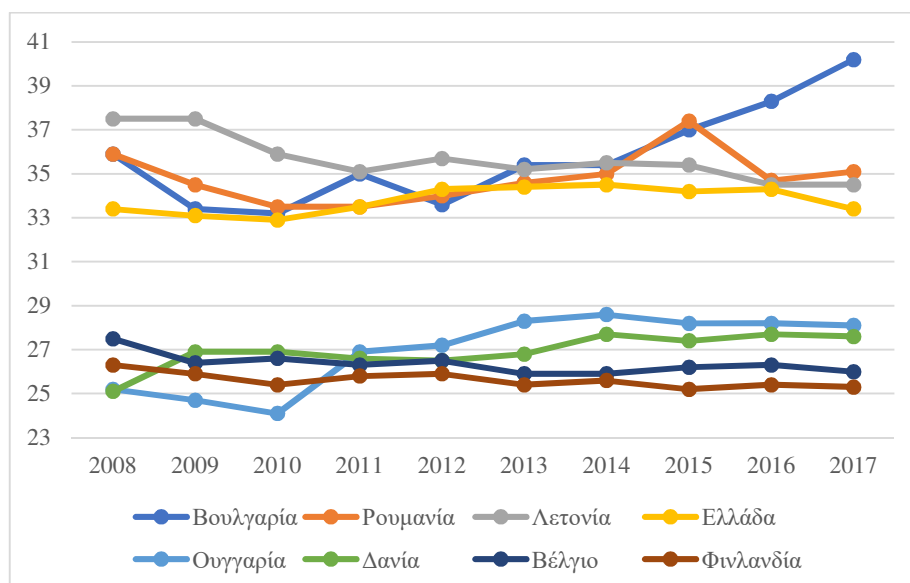
Στα Διαγράμματα 1.13 και 1.14, φαίνεται η διαφορά που παρουσιάζει διαχρονικά η Ελλάδα τόσο στον δείκτη κατανομής εισοδήματος σε πεντημόρια όσο και στον δείκτη άνισης κατανομής εισοδήματος σε σύγκριση με ορισμένες χώρες της Ε.Ε., ενώ συγκεκριμένα με την Ρουμανία, την Βουλγαρία και την Λετονία έχει παραπλήσια ποσοστά για την πλειοψηφία των ετών μεταξύ 2008 και 2017.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018β

Διάγραμμα 1.13

Δείκτης κατανομής ισοδύναμου εισοδήματος σε πεντημόρια (S80/S20) σε ευρωπαϊκές χώρες με διαθέσιμα στοιχεία για το 2017: 2008-2017



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018β

Διάγραμμα 1.14

Δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini) σε ευρωπαϊκές χώρες με διαθέσιμα στοιχεία για το 2017: 2008-2017

Στα παρακάτω infographics της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα στοιχεία σχετικά με τον κίνδυνο φτώχειας, την υλική στέρηση και την οικονομική ανισότητα στην Ελλάδα για το έτος 2017.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ., n.d.

Διάγραμμα 1.15

Infographic για τον κίνδυνο φτώχειας στην Ελλάδα, 2017



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ., n.d.

Διάγραμμα 1.16

Infographic για την υλική στέρηση στην Ελλάδα, 2017

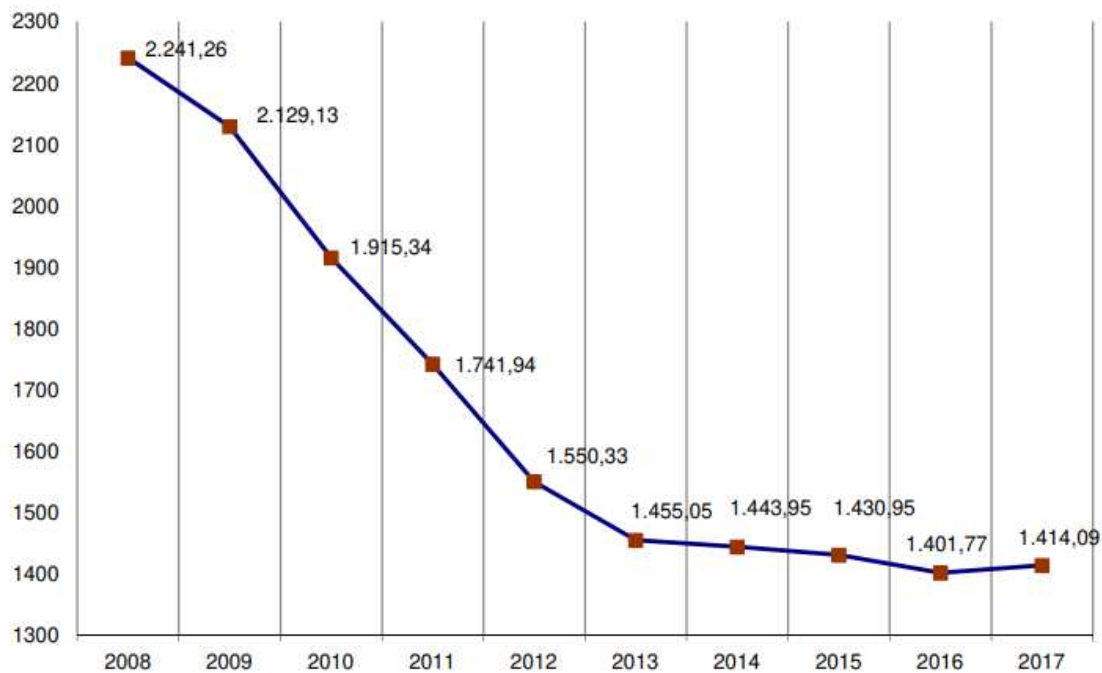


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ., n.d.

Διάγραμμα 1.17

Infographic για την οικονομική ανισότητα στην Ελλάδα, 2017

Όπως ήταν αναμενόμενο, εν μέσω του οικονομικού και κοινωνικού κλίματος, που παρουσιάστηκε παραπάνω, μειώθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο την οικονομικής κρίσης και οι δαπάνες των νοικοκυριών, με ραγδαία πτώση στην περίοδο 2008 με 2012, ενώ συνεχίζεται η πτωτική πορεία τους έως και το 2016, αν και με μικρότερες διαφορές. Μόνο το 2017 σημειώνεται μία μικρή αύξηση για πρώτη φορά μετά το 2008 (Διάγραμμα 1.18).

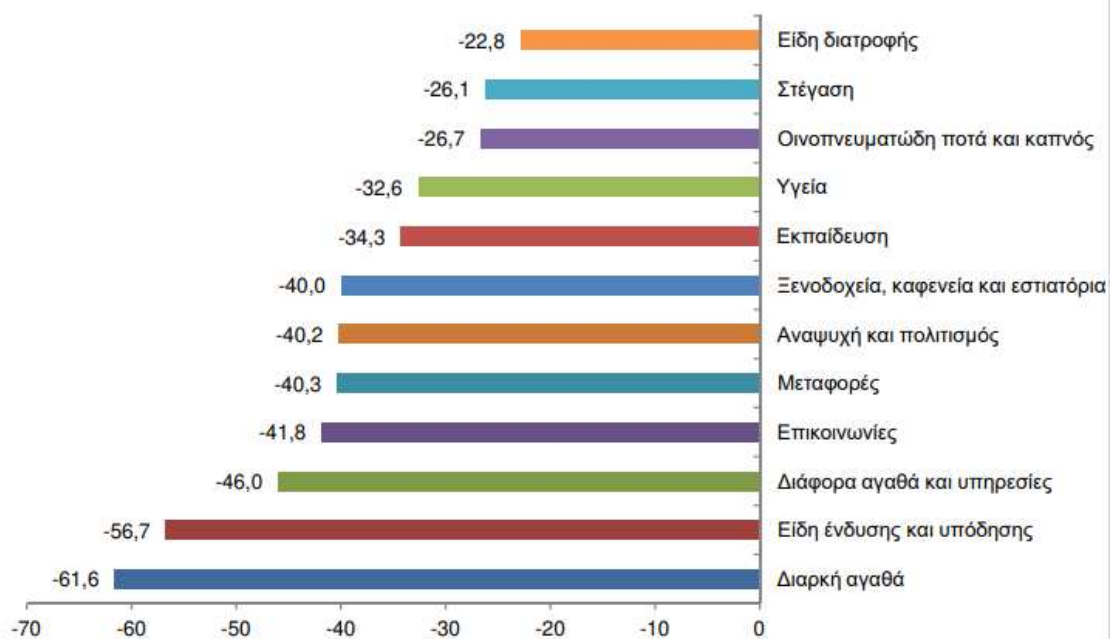


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ

Διάγραμμα 1.18

**Μέση μηνιαία δαπάνη νοικοκυριών στην Ελλάδα σε ευρώ (σταθερές τιμές 2017),
2008 - 2017**

Στο Διάγραμμα 1.19 παρουσιάζεται η ποσοστιαία μεταβολή των μηνιαίων δαπανών των νοικοκυριών για αγαθά και υπηρεσίες σε σταθερές τιμές μεταξύ 2008 και 2017. Σημειώνεται μείωση ουσιαστικά για όλες τις κατηγορίες αγαθών, με τη μεγαλύτερη να αφορά στις δαπάνες για διαρκή αγαθά και τη μικρότερη για τα είδη διατροφής (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ).

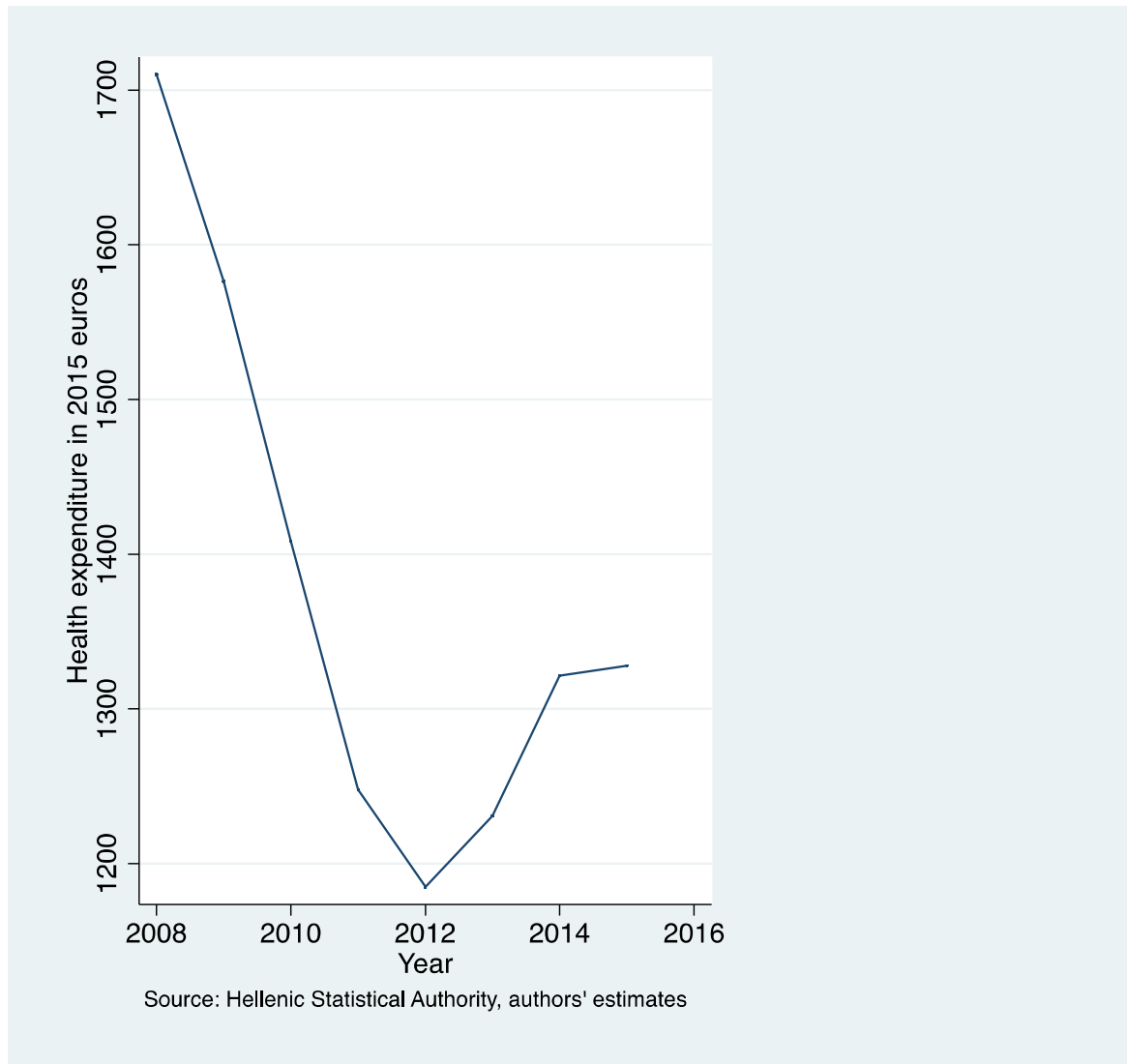


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ

Διάγραμμα 1.19

Ποσοστιαία μεταβολή της μέσης μηνιαίας δαπάνης των νοικοκυριών στην Ελλάδα για αγαθά & υπηρεσίες (σταθερές τιμές 2017), 2008 & 2017

Οι δαπάνες των νοικοκυριών που αφορούν συγκεκριμένα στην υγεία παρουσίασαν μεγάλη πτώση έως και το 2012, ενώ μετά άρχισαν να ανακάμπτουν, παραμένοντας σε χαμηλότερα, ωστόσο, επίπεδα από αυτά που ίσχυαν πριν το 2009 (Διάγραμμα 1.20).

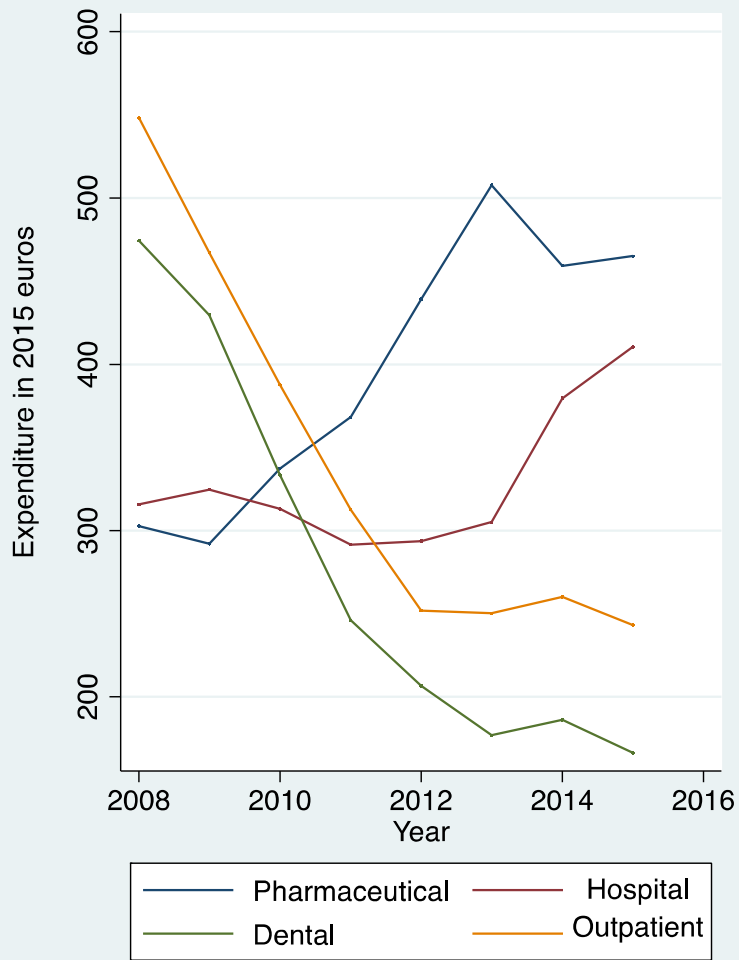


Πηγή: Kyriopoulos et al., 2019

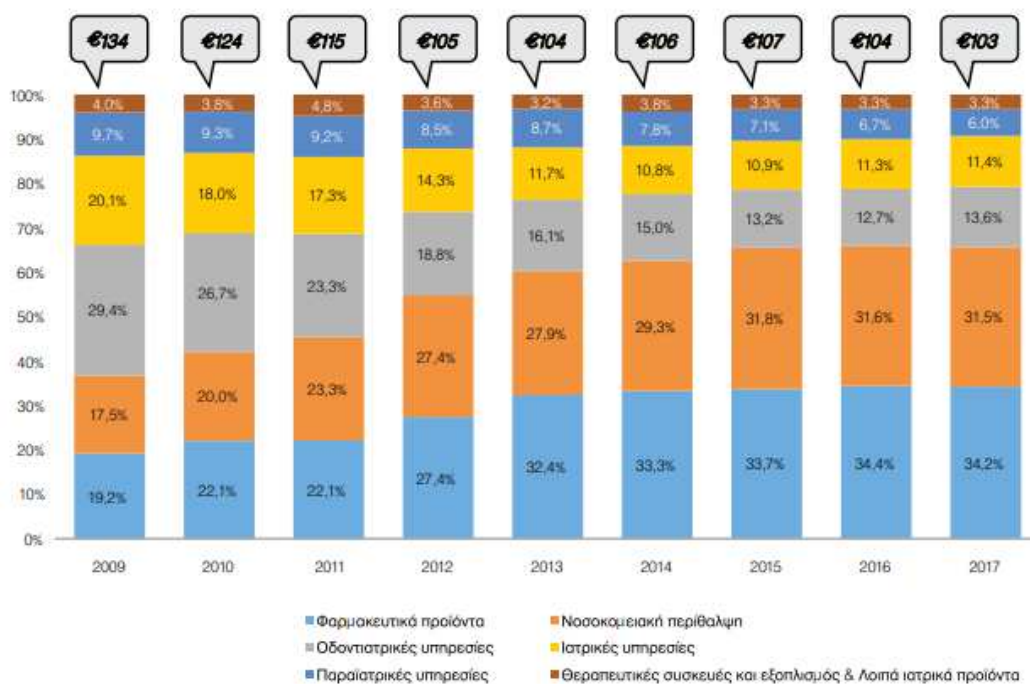
Διάγραμμα 1.20

Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία στην Ελλάδα, 2005 – 2016

Όπως φαίνεται και από τα Διαγράμματα 1.21 και 1.22, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών που γίνονται από τα νοικοκυριά για την υγεία πηγαίνουν στα φάρμακα και στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ενδεικτικό του συστήματος υγείας που είναι επικεντρωμένο και διαρθρωμένο γύρω από τα νοσοκομεία (Economou et al., 2017), αλλά και εξαιτίας των αυξήσεων στις συν-πληρωμές στα φάρμακα που ίσχυσαν μετά το 2010 (Economou, 2015).



Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία (σε τιμές 2015) ανά υγειονομική υπηρεσία στην Ελλάδα, 2005 - 2016



Πηγή: IOBE, 2019

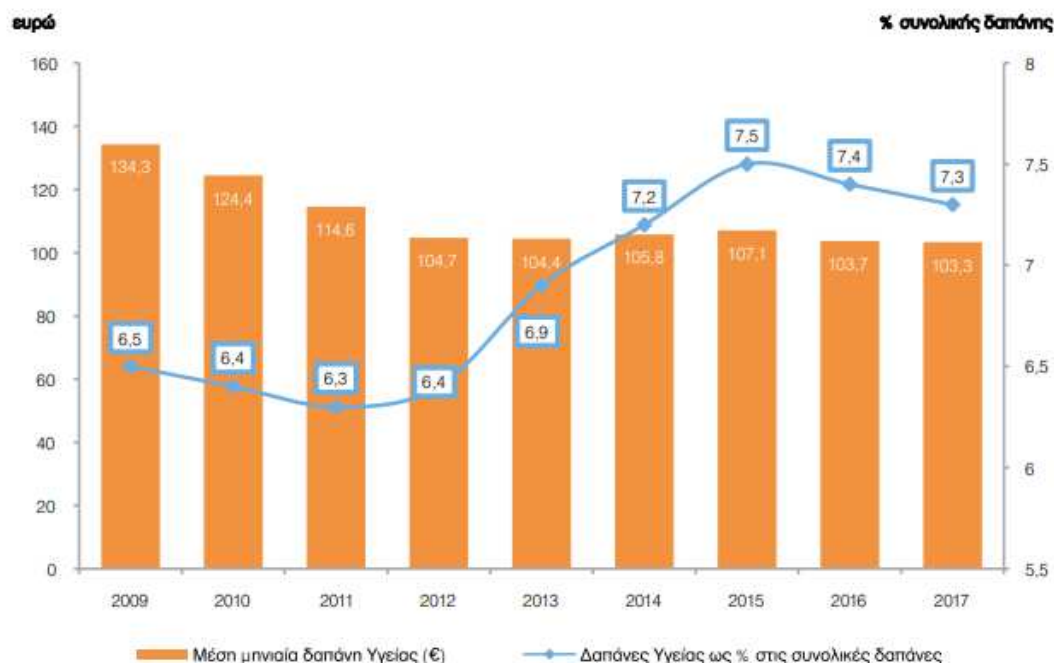
Διάγραμμα 1.22

Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα ανά υγειονομική υπηρεσία, 2009 - 2017

Οι δαπάνες των νοικοκυριών για την εξωνοσοκομειακή και την οδοντιατρική φροντίδα ήταν σημαντικά υψηλότερες από τα φάρμακα και την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη στα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης, εξαιτίας κυρίως των χαμηλών δημοσίων δαπανών για την υγεία, του κατακερματισμένου και αναποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και της ελλιπούς κάλυψης για οδοντιατρική φροντίδα από την κοινωνική ασφάλιση, με αποτέλεσμα οι πολίτες να στρέφονται κατά βάση στον ιδιωτικό τομέα (Economou, 2015). Όσο συνεχιζόταν και εντεινόταν η οικονομική κρίση, οι δαπάνες αυτές σημείωσαν σημαντική πτώση, πιθανόν λόγω της αντίστοιχης μείωσης της δυνατότητας των νοικοκυριών να πληρώνουν από την τσέπη τους για μη επείγουσες ιατρικές επισκέψεις και προληπτικές υπηρεσίες (Economou et al., 2017).

Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης για την υγεία από τα νοικοκυριά, σε απόλυτα μεγέθη, σημείωσε μείωση από το 2009 έως το 2017 (Διάγραμμα 1.22), οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών αυξάνονται από το 2013 έως το 2015, ενώ μετά παρουσιάζουν μία μικρή μείωση το 2016 και 2017 (Διάγραμμα 1.23), κάτι που μπορεί να αποδοθεί στην μειωμένη οικονομική δυνατότητα των

νοικοκυριών για πληρωμές και υποδεικνύει την ανελαστικότητα στις συγκεκριμένες δαπάνες (IOBE, 2019).



Πηγή: IOBE, 2019

Διάγραμμα 1.23

Μέση δαπάνη νοικοκυριών για την υγεία (σε € & ως % των συνολικών δαπανών) στην Ελλάδα, 2009 - 2017

1.2 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα και η οικονομική κρίση

1.2.1 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας προ κρίσης

Την τελευταία δεκαετία τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με παραπλήσιες προκλήσεις, οι οποίες συνίστανται στην γήρανση του πληθυσμού και, συνεπώς, στην αύξηση των ατόμων με χρόνιες ασθένειες που αναζητούν υπηρεσίες υγείας, στην αύξηση του κόστους νέων ιατρικών τεχνολογιών και φαρμάκων, στην ανισοκατανομή των επαγγελματιών υγείας, που δημιουργεί κενά και ελλείψεις στην κάλυψη, και στις ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών σε υγειονομικές υπηρεσίες

και προϊόντα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, ωστόσο, παρουσιάζει κάποιες επιπλέον ιδιαιτερότητες και προβλήματα, τα οποία προϋπήρχαν της έλευσης της οικονομικής κρίσης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, καθώς συνυπάρχουν η κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ), σύμφωνα με το πρότυπο Bismark, και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο, μέσω της φορολογίας, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), σύμφωνα με το πρότυπο Beveridge (OECD, 2017b, Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ το 1983 θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, δεν καταργήθηκε η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας που προϋπήρχε χρονικά, κι έτσι τα δύο συστήματα συνέχισαν να λειτουργούν παράλληλα. Το αποτέλεσμα ήταν να δημιουργηθεί μία πληθώρα διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων υγείας και δομών, που ήταν μη αποδοτικά στη λειτουργία τους και παρουσίαζαν άνισα αποτελέσματα, λόγω των διαφορών τους στις καταβαλλόμενες εισφορές, στην κάλυψη του πληθυσμού και στη δέσμη παροχών (WHO, 2016).

Αν και το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσπίστηκε με κύριο στόχο την καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας, που χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος για τους χρήστες, παραμένει, παρόλα αυτά, ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας της Ευρώπης (Σίσκου και συν., 2008). Από την πλευρά της προσφοράς, η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥ και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα από τα κέντρα υγείας. Από την πλευρά της ζήτησης, υπήρχαν, έως και το 2011, συνολικά 39 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (Σίσκου και συν., 2008). Ωστόσο, μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας καλύπτονται από ιδιωτικές πηγές, οι οποίες συνίστανται κυρίως στις άμεσες πληρωμές που καταβάλλουν νόμιμα οι χρήστες, στις πληρωμές που αφορούν την συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων, αλλά και στις ανεπίσημες πληρωμές (Σίσκου και συν., 2008). Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας ήταν διαχρονικά ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ελλάδας, (Kaitelidou & Kouli, 2012), οι οποίες γίνονται κυρίως για την επίσπευση λήψης θεραπείας ή την καλύτερη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Burki, 2018, Kaitelidou & Kouli, 2012).

Συνεπώς, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύπλοκο και κατακερματισμένο, ενώ ιστορικά έχει αποδειχθεί δύσκολη η υλοποίηση μεταρρυθμίσεων σε αυτό (WHO, 2016). Πολλές από αυτές είτε έμειναν απλά στα χαρτιά ή υλοποιήθηκαν ατελώς, επιφέροντας σημαντικά προβλήματα στη διάρθρωση και λειτουργία του υγειονομικού τομέα (WHO, 2016).

Ακόμη και πριν την εμφάνιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, το ελληνικό σύστημα υγείας βρισκόταν σε κατάσταση αυξανόμενης κρίσης, έχοντας πολλές ανεπάρκειες, αντιμετωπίζοντας πληθώρα δομικών και οργανωτικών προβλημάτων και βρισκόμενο σε επείγουσα ανάγκη για την υλοποίηση σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών (Economou et al., 2015, Kaitelidou & Kouli, 2012). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να είναι ιδιαίτερα ευάλωτο σε οικονομικές διακυμάνσεις, αναποτελεσματικό στην κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών υγείας των πολιτών (Economou et al., 2015), ενώ αντιμετώπιζε ήδη οικονομικά προβλήματα από την ύπαρξη υψηλών ελλειμμάτων (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Το σύστημα υγείας χαρακτηριζόταν από ένα παρωχημένο τρόπο σχεδιασμού και οργάνωσης, δίνοντας το κύριο βάρος στην κλινική ιατρική και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, ενώ η δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν παραγκωνισμένες. Παράλληλα, δεν υπήρχε καμία συστηματική προσπάθεια συλλογής αξιόπιστων πληροφοριών σχετικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα καθοδηγούσαν αντίστοιχα την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με τέτοιον τρόπο που θα ανταποκρινόταν στις ανάγκες των πολιτών (Economou et al., 2015). Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που ίσχυε έως και το 2011 και χαρακτηριζόταν από την ύπαρξη πολλών διαφορετικών ταμείων, όπως προαναφέρθηκε, είχε ως αποτέλεσμα στην κατακερματισμένη και ασυντόνιστη προσφορά υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2015). Υπήρχαν σημαντικά φαινόμενα προκλητής ζήτησης, λόγω του ότι οι ιδιώτες γιατροί μπορούσαν να συμβάλλονται με πολλαπλά ασφαλιστικά ταμεία και να αμείβονται κατά πράξη (fee for service), καθώς και του μεγάλου αριθμού γιατρών που είχε, και συνεχίζει να έχει μέχρι και σήμερα, η Ελλάδα (Economou et al., 2015). Παράλληλα, δεν ασκούνταν κανένας έλεγχος επί των ιδιωτών γιατρών από τους οποίους δεν απαιτούνταν να λειτουργούν ως ρυθμιστές παραπομπών (gatekeeping) προς τα νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα, ενώ ο

φαρμακευτικός κλάδος συνέβαλλε, επίσης, στην προκλητή ζήτηση ενισχύοντας τους γιατρούς να υπέρ-συνταγογραφούν φάρμακα (Economou et al., 2015).

Παρά τον μεγάλο αριθμό γιατρών της χώρας, υπάρχει δυσανάλογα μικρός αριθμός γενικών γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού (Σουλιώτης και συν., 2018, Niakas, 2013), ενώ συνολικά το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγείας είναι ανισομερώς κατανομημένο (Σουλιώτης και συν., 2018, Niakas, 2013, Kaitelidou & Kouli, 2012). Επίσης, υπήρχαν σημαντικές ανεπάρκειες στη λειτουργία των νοσοκομείων (Niakas, 2013), ενώ η διαφθορά ήταν διαδεδομένη (Burki, 2018, Niakas, 2013).

Όταν η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 έφτασε στη χώρα μας, η Ελλάδα δεν είχε την δυνατότητα να δανειστεί με λογικά επιτόκια, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις οικονομικές υποχρεώσεις που είχε, ερχόμενη έτσι αντιμέτωπη με τον κίνδυνο πτώχευσης και στάσης πληρωμών (Νιάκας, 2014). Συνεπώς, το 2010 η Ελλάδα περιήλθε σε μία μακρά περίοδο βαθιάς και πολύπλευρης κρίσης με βαρύτατες συνέπειες, μη μπορώντας να αντιμετωπίσει το μεγάλο δημοσιονομικό της έλλειμμα και το υψηλό δημόσιο χρέος (Σουλιώτης και συν., 2018, Economou et al., 2014).

Κατόπιν διαπραγματεύσεων, η χώρα κατέφυγε στην λήψη χρηματοδότησης, με χαμηλό επιτόκιο, από εξωτερικό μηχανισμό στήριξης, που συνίσταντο από χώρες της Ε.Ε., την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Ο στόχος ήταν να καλυφθούν τόσο οι τρέχουσες όσο και οι μελλοντικές ανάγκες της χώρας για την αποφυγή της επίσημης χρεοκοπίας, με την προϋπόθεση ότι η Ελλάδα θα υλοποιούσε μία σειρά μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, που στόχευαν κυρίως στην μείωση της δημόσιας δαπάνης με την εφαρμογή διαθρωτικών μεταρρυθμίσεων σε όλο τον δημόσιο τομέα (Σουλιώτης και συν., 2018, Νιάκας, 2014) και θα κατάφερναν να βάλουν ξανά την χώρα σε τροχιά ανάπτυξης (Νιάκας, 2014). Κύριες τέτοιες μεταρρυθμίσεις αποτέλεσαν η μείωση του μισθολογικού κόστους, η αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης των εργαζομένων, η αύξηση της φορολογίας και οι περικοπές στα κοινωνικά επιδόματα (Σουλιώτης και συν., 2018).

Όπως ήταν αναμενόμενο, η έλευση της οικονομικής κρίσης έκανε εντονότερα τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα τα συστήματος υγείας, το οποίο και αποτέλεσε ένα σημαντικό παράγοντα στην οικονομική επιδείνωση της χώρας και συνεπώς τέθηκε στο «στόχαστρο» του μηχανισμού στήριξης (Economou et al., 2015) ως έναν από τους τομείς προτεραιότητας του Προγράμματος Προσαρμογής (Kygiopoulos et al., 2019). Οι βασικές υποχρεώσεις στο πλαίσιο του μνημονίου, αναφορικά με το σύστημα υγείας, ήταν η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας από το 7% του ΑΕΠ που ήταν το 2009 στο 6% του ΑΕΠ κατά μέγιστο (Σουλιώτης και συν., 2018, Νιάκας, 2014) και να υλοποιηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, που θα καθιστούσαν το δημόσιο σύστημα υγείας αποδοτικότερο (Νιάκας, 2014).

Λόγω των δομικών, οργανωτικών και διοικητικών προβλημάτων στο σύστημα υγείας, που προϋπήρχαν, ήταν προφανώς σαφής η ανάγκη για διαθρωτικές μεταρρυθμίσεις (Economou et al., 2015). Αν και πολλά από τα μέτρα που εισήχθησαν από το 2010 κι έπειτα καθορίστηκαν από τον μηχανισμό στήριξης, άλλα είχαν προταθεί στο παρελθόν αλλά δεν είχαν υλοποιηθεί έως τότε. Αν και αδιαμφισβήτητα ορισμένα από τα μέτρα αποτέλεσαν σημαντικό βήμα προς μία θετικότερη κατεύθυνση αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας, πολλά από αυτά κατακρίθηκαν ότι επικεντρώνονται στον περιορισμό του κόστους, αφορούν κατά βάση περικοπές και δεν λαμβάνουν επαρκώς υπόψη πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρουν (Economou et al., 2015, Economou et al., 2014), ενώ η ταχύτητα υλοποίησης και ο ανεπαρκής σχεδιασμός τους υπονόμωσαν την επιτυχία τους στο να ανταποκριθούν στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού (Σουλιώτης και συν., 2018). Παράλληλα, η μείωση των δαπανών υγείας, ως μέτρο στο πλαίσιο του Μνημονίου, κατακρίθηκε ότι δεν συμπεριέλαβε ειδικές ρυθμίσεις για την προστασία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators, 2018).

1.2.2 Χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας κατά την οικονομική κρίση

1.2.1.1 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Σύστημα Υγείας

Η οικονομική κρίση, αλλά και ορισμένα από τα μέτρα που ελήφθησαν εν μέσω αυτής αναφορικά με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, επέφεραν μία σειρά από αρνητικές επιπτώσεις. Η χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας από δημόσιες πηγές συνεχώς μειώνεται, οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες συγχωνεύονται στο πλαίσιο των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ενώ, παράλληλα περιορίζονται οι δυνατότητες στελέχωσής τους (Σουλιώτης και συν., 2018). Γίνονται οριζόντιες περικοπές των δημοσίων υπαλλήλων, και κατά συνέπεια και των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι προσλήψεις ελαχιστοποιούνται, ή και σταματούν τελείως, και κάποιοι εργαζόμενοι επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση (Σουλιώτης και συν., 2018). Λόγω της μείωσης των δαπανών υγείας, σημειώνονται και σημαντικές ελλείψεις σε αναλώσιμα στα νοσοκομεία (Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators, 2018).

Τα νοικοκυριά, εν μέσω της οικονομικής κρίσης και του συρρικνωμένου εισοδήματός τους, δεν έχουν τη δυνατότητα να αντισταθμίσουν τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας (WHO, 2016) και να καλύψουν με ιδιωτικές δαπάνες το κόστος για την υγειονομική τους περίθαλψη, κάτι που δυσχεραίνει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και έχει δυσμενείς συνέπειες στο επίπεδο υγείας τους (Σουλιώτης και συν., 2018). Το κοινωνικό κράτος, το οποίο ήταν αυτό που θα απορροφούσε το μεγαλύτερο μέρος των συνεπειών της κρίσης εκ μέρους των πολιτών, φαίνεται αδύναμο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, λόγω της μείωσης των εσόδων του και της αύξησης του αριθμού των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, μεταθέτοντας το οικονομικό βάρος κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης στα νοικοκυριά (Σουλιώτης και συν., 2018). Είναι ενδεικτικό ότι, κατά τα πρώτα έξι έτη της οικονομικής κρίσης, οι κοινωνικές δαπάνες για την υγεία εμφάνισαν μέση ετήσια μείωση 6,6% (Σουλιώτης και συν., 2018).

Συνεπώς, οι πολίτες και, κυρίως, οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι άνεργοι και οι ηλικιωμένοι, στρέφονται στις δημόσιες υπηρεσίες, και κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, για να μειώσουν τις ιδιωτικές τους δαπάνες για την υγεία (Σουλιώτης και συν., 2018), καθώς το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών μειώνεται λόγω περικοπών στους μισθούς, της αύξησης της ανεργίας και της φορολογίας και έχουν πλέον μειωμένη αγοραστική δύναμη (Kyriopoulos et al., 2019). Το γεγονός αυτό θέτει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο λειτουργεί πλέον υπό συνθήκες σημαντικών δημοσιονομικών περιορισμών (OECD, 2017b) και καλείται να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειωμένους οικονομικούς πόρους (Economidou et al., 2015). Το αποτέλεσμα ήταν τα άτομα που δηλώνουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάζονται από το 2010, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να αναφέρουν το κόστος ως την βασική αιτία (Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators, 2018).

Αν και η ενοποίηση, το 2011, των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης σε ένα ενιαίο ταμείο, τον ΕΟΠΥΥ, και η τυποποίηση της δέσμης παροχών αποτέλεσε σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα, μία από τις άμεσες επιπτώσεις του μέτρου ήταν η μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, τόσο ως προς το ποσοστό των πολιτών που καλύπτονται, λόγω της αυξανόμενης ανεργίας, όσο και ως προς την δέσμη των παροχών που δικαιούνται (WHO, 2016). Για την πλειοψηφία των πολιτών που έμεναν άνεργοι ή δεν είχαν τη δυνατότητα να καλύπτουν πλέον το κόστος των ασφαλιστικών εισφορών τους, η ασφάλισή τους έληγε μετά το πέρας δύο ετών το μέγιστο (Burki, 2018). Κατά συνέπεια, το 2015 η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού μειώθηκε από το 100%, που ήταν το 2008, στο 86% (Stylianidis & Souliotis, 2019). Η σημαντική αύξηση της ανεργίας από το 2009 και μετά, εκτός από τη μείωση του βιοτικού επιπέδου των νοικοκυριών και την απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης των ατόμων (Σουλιώτης και συν., 2018), επέφερε, επίσης, σημαντική μείωση στις καταβαλλόμενες ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες αποτελούν βασική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, θέτοντας σε κίνδυνο ουσιαστικά την οικονομική βιωσιμότητά του (Σουλιώτης και συν., 2018).

Επιπλέον, λόγω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, αν και αποτέλεσε, επίσης, σημαντικό βήμα για τον εξορθολογισμό των δαπανών στο τομέα της υγείας, παρατηρήθηκαν φαινόμενα ελλείψεων σε φάρμακα και εμβόλια, ενώ ασθενείς χρειαζόταν να αλλάξουν τα θεραπευτικά τους πρωτόκολλα καθώς πολλά φάρμακα έπαψαν να κυκλοφορούν πλέον στην Ελλάδα (Burki, 2018). Παράλληλα, οι προσπάθειες μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ήταν ατελής, καθώς είχε ως αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των ιατρών σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αλλά και των παροχών που καλύπτονταν από την κοινωνική ασφάλεια σε ιδιώτες γιατρούς (Σουλιώτης και συν., 2018).

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι μεταρρυθμίσεις και τα μέτρα που ελήφθησαν αναφορικά με το σύστημα υγείας, καθώς και των προβλημάτων που προέκυψαν κατά την υλοποίησή τους και των επιπτώσεων που επέφεραν.

1.2.2.2 Μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας

Πληθώρα μέτρων ελήφθησαν και μεταρρυθμίσεις υλοποιήθηκαν, που στόχευαν στην αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Το 2010 τροποποιήθηκε η διαδικασία προμήθειας ιατρικών αναλωσίμων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018) με τη χρήση ενός κεντρικού συστήματος σύναψης συμβάσεων, με στόχο την εξοικονόμηση πόρων (OECD, 2017b). Το 2010 τέθηκε σε ισχύ η υποχρεωτική ολοήμερη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, όπου τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία παρέχουν στον πληθυσμό υπηρεσίες υγείας με αμοιβή που κυμαινόταν από €30 έως και €90, ανάλογα με την βαθμίδα του εκάστοτε γιατρού (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Ωστόσο, οι επισκέψεις των πολιτών στα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκε κατά 6% το 2010 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, κατά 19% το 2011 και επιπλέον 7% το 2012, πιθανόν λόγω των χρηματικών ποσών που έπρεπε να καταβάλλουν οι πολίτες από την τσέπη τους (Economou et al., 2014). Το 2013 έγιναν, ωστόσο, οριζόντιες περικοπές σε όλες τις σχετικές αμοιβές, που ανήλθε στο 20% (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Επίσης, τέθηκαν στην διάθεση πελατών από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες 500 κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία με την προσδοκία της αύξησης των εσόδων τους (OECD, 2017b).

Το 2012 εισήχθη στα δημόσια νοσοκομεία διπλογραφικό λογιστικό σύστημα και βελτιώθηκαν τα πληροφοριακά συστήματα που χρησιμοποιούνταν, ενώ παράλληλα δημοσιεύονται ετήσια οι ελεγχθέντες ισολογισμοί τους για την αύξηση της διαφάνειας (OECD, 2017b) και για την ενίσχυση της δημοσιονομικής και λειτουργικής παρακολούθησης των δαπανών στα νοσοκομεία (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Επίσης, ορίστηκαν δείκτες αποδοτικότητας με βάσει τους οποίους αξιολογούνται τα νοσοκομεία με στόχο την βελτίωση της ποιότητας (OECD, 2017b). Το 2012 έγινε, επίσης, υποχρεωτική η ηλεκτρονική συνταγογράφηση για το σύνολο των ιατρικών δραστηριοτήτων, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το 90% συνταγογράφησης για φάρμακα, παραπομπές, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία, που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Για την περαιτέρω μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης, το 2013 αποφασίστηκε η εισαγωγή ενός συστήματος αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάσει τα DRGs (Σύστημα Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων) (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018), καθώς έρευνες σε άλλες χώρες αναφέρουν πως συμβάλλει σημαντικά στον περιορισμό του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης, αυξάνοντας την ανταγωνιστικότητα και την αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Μπακόλα και συν., 2018). Είναι απαραίτητη, όμως, η προσαρμογή του συστήματος πληρωμής βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων στα δεδομένα και χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας (Μπακόλα και συν., 2018), συνεπώς η ανάπτυξη του συγκεκριμένου συστήματος ακόμη σε εξέλιξη στη χώρα μας (OECD, 2017b).

Τα δημόσια νοσοκομεία, ωστόσο, λόγω του ότι πολλά από τα μέτρα που τους αφορούσαν ήταν οριζόντια και υλοποιήθηκαν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, βρέθηκαν να λειτουργούν με περιορισμένους πόρους. Η χρηματοδότησή τους μειώθηκε περισσότερο από το μισό μεταξύ του 2009 και 2015 (Burki, 2018) και έγιναν περικοπές στους μισθούς του προσωπικού υγείας στον δημόσιο τομέα δύο φορές μέσα στο 2010 (Burki, 2018, Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Παράλληλα, έγινε αναστολή των προσλήψεων νέου προσωπικού με αποτέλεσμα να μην αντικαθίσταται το προσωπικό που είχε αποχωρήσει και το ολοένα και λιγότερο προσωπικό να καλείται να καλύψει τον αυξανόμενο όγκο προσέλευσης ασθενών λόγω της οικονομικής κρίσης (Μπακόλα

και συν., 2018, Νιάκας, 2014). Κατά τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης, σημειώθηκε αύξηση στις εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία, στο ποσοστό κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών, στον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων και στις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονταν σε δημόσια νοσοκομεία, καθώς και οι επισκέψεις στα οδοντιατρικά, γυναικολογικά και επείγοντα τμήματά τους (Economou et al., 2014, Kaitelidou & Kouli, 2012).

Εξαιτίας των παραπάνω, εκτιμάται ότι αντίστοιχα αυξήθηκαν και οι λίστες αναμονής (Economou et al., 2014, Kaitelidou & Kouli, 2012). Καθώς ο υπό-χρηματοδοτούμενος και υπό-στελεχωμένος δημόσιος τομέας υγείας δυσκολευόταν να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών, κάποιες ΜΚΟ άρχισαν να αναπτύσσουν προγράμματα και δράσεις προσφέροντας ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες σε ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού (Economou et al., 2014).

Ως μέτρο για την μείωση των δαπανών υγείας, τη βελτίωση της κατανομής των νοσοκομειακών μονάδων και την βελτιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους, προτάθηκε, επίσης, ως μέτρο η συγχώνευση ορισμένων εξ' αυτών. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μέτρου, μπορούσαν να συνενωθούν οι κλινικές διαφορετικών νοσοκομείων, να συγχωνευθούν νοσοκομεία ή να γίνει μόνο διοικητική συγχώνευσή τους, κατά την οποία θα καταργούνταν τα διοικητικά συμβούλια που προϋπήρχαν, ή να μετατραπούν νοσοκομεία σε κέντρα υγείας ή μονάδες βραχείας νοσηλείας (Μπακόλα και συν., 2018). Ωστόσο, το συγκεκριμένο μέτρο δεν εφαρμόστηκε ποτέ πλήρως και, στο μέτρο που υλοποιήθηκε, δεν φάνηκε να επιφέρει τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα (Μπακόλα και συν., 2018).

Παράλληλα, ελήφθησαν μέτρα για την αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, έχοντας ως κύριο στόχο την μείωση της δημόσιας δαπάνης (Νιάκας, 2014), συνεπώς παρατηρήθηκε αύξηση των χρεώσεων και θεραπευτικές διαδικασίες και διαγνωστικές εξετάσεις σε ιδιωτικές δομές υγείας και ιδιωτικά εργαστήρια συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ και καταργήθηκαν για ορισμένα τμήματα του πληθυσμού οι απαλλαγές (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Η συνεισφορά των ατόμων που είναι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ για εξετάσεις σε συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ορίστηκε στο 15%, ενώ πριν την ενοποίηση των διαφορετικών

ταμείων σε ένα, η συνεισφορά των χρηστών κυμαινόταν από 0% έως και 25%, με σχεδόν το 60% των πολιτών να μην καταβάλλουν κάποιο χρηματικό ποσό για τέτοιες εξετάσεις (Kaitelidou & Kouli, 2012).

Η πάγια αμοιβή για την λήψη εξωνοσοκομειακής φροντίδας σε δημόσιο νοσοκομείο, αυξήθηκε το 2011 από τα €3 στα €5, έως ότου το 2015 καταργήθηκε τελείως (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, Economou, 2015). Το 2014 εφαρμόστηκε η καταβολή €25 ανά εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο, το μέτρο, όμως, επίσης, ανακλήθηκε, λόγω των έντονων κοινωνικών και πολιτικών αντιδράσεων που προκάλεσε (Economou, 2015). Επίσης, αυξήθηκε η συμμετοχή των αγροτών στο 50% εφόσον έκαναν χρήση ιδιωτικών δομών υγείας (Νιάκας, 2014). Οι παραπάνω επιβαρύνσεις, ωστόσο, των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν φαίνεται να επέφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα είτε αναφορικά με την μείωση των δημοσίων δαπανών είτε με τη βελτίωση των εσόδων του ΕΟΠΥΥ και των νοσοκομείων (Νιάκας, 2014). Οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση υγείας αποτέλεσαν έναν ακόμη στόχο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας, για τον περιορισμό της κρατικής συνεισφοράς στο ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων (Economou et al., 2015). Το 2013 οι εισφορές του εργοδότη, δηλαδή του κράτους, διαμορφώθηκε στο 5,1% του μισθού των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ το ποσοστό εισφορών των συνταξιούχων αυξήθηκε σταδιακά το 2013 από 2,55% σε 4% (Economou et al., 2015, Kaitelidou & Kouli, 2012).

Ενώ τα μέτρα για την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος δεν επέφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, οι μεταρρυθμίσεις εξορθολογιστικού χαρακτήρα για την κατανάλωση και την τιμολογιακή πολιτική του φαρμάκου συνέβαλλαν σημαντικά στη μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης (Νιάκας, 2014), η οποία από €5,1 δισ. το 2009 έφτασε τα €9,1 δισ. το 2016 (Σουλιώτης και συν., 2018). Με νόμο του 2010, όλοι οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με δομές κοινωνικής ασφάλισης ή που εργάζονται σε δημόσιες δομές υγείας, αλλά και οι φαρμακοποιοί είναι υποχρεωμένοι να χρησιμοποιούν το εθνικό ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης, για την παρακολούθηση των μοτίβων συνταγογράφησης (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, OECD, 2017b). Επίσης, το 2011 θεσπίστηκε νέο σύστημα τιμολόγησης φαρμάκων, το οποίο βασίζεται στη μέση τιμή των τριών χαμηλότερων τιμών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, OECD, 2017b), καθώς και

θετική λίστα αποζημιούμενων φαρμάκων (OECD, 2017b), που ενημερώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Μπακόλα και συν., 2018).

Παράλληλα, το 2012 θεσπίστηκαν κίνητρα και υποχρεώσεις προώθησης των γενοσήμων φαρμάκων με στόχο την αύξηση της αποδοχής τους από το κοινό και τη μεγαλύτερη διείσδυσή τους στην ελληνική αγορά (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, OECD, 2017b), που έως τότε καταλάμβαναν μικρό ποσοστό αυτής (Μπακόλα και συν., 2018). Προς αυτή την κατεύθυνση, υλοποιήθηκε μία σειρά από μέτρα, όπως ο καθορισμός της μέγιστης τιμής των γενοσήμων στο 40% της τιμή των αντίστοιχων πρωτοτύπων φαρμάκων (Kaitelidou & Kouli, 2012), ενώ μειώθηκαν και οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων κατά 10% ανά κατηγορία φαρμάκου (Μπακόλα και συν., 2018), ενώ έγινε υποχρεωτική για τους γιατρούς η συνταγογράφηση σύμφωνα με την δραστική ουσία και όχι την επωνυμία του φαρμάκου (Kaitelidou & Kouli, 2012). Παράλληλα, ορίστηκε πως το 40% των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία θα πρέπει να είναι γενόσημα (Kaitelidou & Kouli, 2012) και, το 2011, μειώθηκε το ΦΠΑ για τα φαρμακευτικά σκευάσματα, από 11% σε 6,5%, με στόχο την μείωση των τιμών αγοράς τους τόσο για τους πολίτες όσο και για τα ασφαλιστικά ταμεία (Kaitelidou & Kouli, 2012)

Επιπλέον, ελήφθησαν μέτρα, το 2011 και 2012, για τον περιορισμό των περιθωρίων κέρδους των φαρμακείων και φαρμακευτικών εταιρειών, με επιβαλλόμενες αυτόματες εκπτώσεις (rebate) βάσει ενός προκαθορισμένου ορίου στα πρώτα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, Kaitelidou & Kouli, 2012) και την εισαγωγή μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) στις δεύτερες, εφόσον η φαρμακευτική δαπάνη υπερέβαινε το προσυμφωνημένο πλαφόν (OECD, 2017b).

Παράλληλα, για την αποτελεσματικότερη διοίκηση και λήψη αποφάσεων, η ευθύνη τιμολόγησης των φαρμάκων μετατέθηκε από την Γενική Γραμματεία Εμπορίου στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), ενώ οι λοιπές δραστηριότητες που αφορούν στην φαρμακευτική πολιτική περιήλθαν υπό την αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Economou et al., 2015)

Για την αντιμετώπιση της υπερσυνταγογράφησης, το 2014 καθορίστηκε μηνιαίο πλαφόν στις δαπάνες και στην συνταγογράφηση των γιατρών (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, Economidou, 2015), κάτι όμως που υποχρέωνε τελικά πολλούς ασθενείς να επισκέπτονται αρκετούς διαφορετικούς γιατρούς έως ότου καταφέρουν να βρουν κάποιον που δεν είχε φτάσει το όριο συνταγογράφησης (Economidou, 2015). Εξαιτίας αυτού, εισήχθησαν στην πορεία εξαιρέσεις για ορισμένες κατηγορίες γιατρών, όπως για εκείνους που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, σε οίκους ευγηρίας και σε μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) (Economidou, 2015).

Αρκετά από τα μέτρα που υλοποιήθηκαν για την μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, αφορούσαν, ωστόσο, στην αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. Το 2011 η αρνητική λίστα φαρμάκων που καθιερώθηκε αφείρεσε την δυνατότητα αποζημίωσης για πολλά φάρμακα, ενώ μεταξύ 2012 και 2013 αυξήθηκε το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών για πολλές χρόνιες ασθένειες (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Η συν-πληρωμή για φάρμακα για τις νόσους Alzheimer's, άνοια, επιληψία και διαβήτη τύπου 2 αυξήθηκε από 0% σε 10%, ενώ για εκείνα που είναι για την στεφανιαία νόσο, την υπερλιπιδαιμία, την ψωριασική αρθρίτιδα, την ρευματοειδή αρθρίτιδα, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την οστεοπόρωση, τη νόσο Paget, την ασθένεια Crohn και την κίρρωση του ήπατος είχαν αύξηση στην συν-πληρωμή από 10% σε 25% (Economidou, 2015). Επιπλέον, αυξήθηκε συνολικά ο αριθμός των φαρμάκων για τα οποία επιβλήθηκε επιμερισμός του κόστους της τάξεως του 25% (Economidou, 2015). Παράλληλα, το 2012 θεσπίστηκε νέο σύστημα αποζημίωσης για το κόστος φαρμάκων βάσει ενός εσωτερικού συστήματος τιμών αναφοράς, κατά το οποίο στην περίπτωση που η λιανική τιμή του σκευάσματος είναι υψηλότερη από την τιμή αποζημίωσης, οι ασθενείς καλούνται να καλύψουν την διαφορά της τιμής (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Από το 2014, για κάθε συνταγή οι ασθενείς καταβάλλουν, επίσης, ως συν-πληρωμή το ποσό του €1 (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Εξαιτίας των παραπάνω, εκφράζονται φόβοι πως αυξάνεται συστηματικά η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης, οι οποίοι τελικά επωμίζονται μεγάλο μέρος από το κόστος του φαρμάκου (Νιάκας, 2014), κάτι που πιθανόν να δυσχεραίνει την απρόσκοπτη πρόσβασή τους σε αυτό, κυρίως, για τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Ενδεικτικά αναφέρεται πως η θεσμοθετημένη συμμετοχή των

ασθενών ήταν 14,8% το 2012 και 26,4% το 2014, ενώ η ιδιωτική συμμετοχή στην φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε στο 29,3% το 2014 από 20% που ήταν το 2009 (Σουλιώτης και συν., 2018).

Μία άλλη πολύ σημαντική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας αποτέλεσε η δημιουργία το 2011 του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), κατόπιν της συγχώνευσης, μέσω αντικατάστασης, των κλάδων υγείας των κύριων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ και Κοινής Ωφέλειας-Ιδιωτικών Τραπεζών) και ο οποίος καλύπτει πλέον το 98% του πληθυσμού (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, OECD, 2017b, Νιάκας, 2014). Θεσπίστηκε, παράλληλα, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως μονοψώνιο (Economou et al., 2017), αγοράζοντας πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Έτσι το κατακερματισμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που υπήρχε πριν τον ΕΟΠΥΥ, τώρα υπόκειται συνολικά στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) (Baeten et al., 2018).

Κατά τη μεταβατική περίοδο της ενοποίησης, τα άτομα που ήταν ήδη ασφαλισμένα στα ταμεία που προϋπήρχαν του ΕΟΠΥΥ συνέχισαν να καταβάλλουν τις εισφορές για την υγεία που όριζαν τα εν λόγω ταμεία και, αξιοποιώντας την υφιστάμενη διοικητική δομή, συνέλεξαν τα επιμέρους ταμεία τις προαναφερθείσες εισφορές, τις οποίες μετά έδιναν στον ΕΟΠΥΥ. Τα άτομα που ασφαλίστηκαν μετά το 2011, εντάχθηκαν απευθείας στον ΕΟΠΥΥ και κατέβαλαν τον προκαθορισμένη συνεισφορά για την κοινωνική ασφάλιση υγείας (Economou et al., 2017). Αυτό δυσκόλευε τον έλεγχο των δαπανών, καθώς τα ταμεία υγείας εξακολουθούσαν να λειτουργούν παράλληλα και να διατηρούν υπηρεσίες και διοικητικές δομές (Νιάκας, 2014). Ωστόσο, από το 2017 η συλλογή των εισφορών υγείας και συντάξεων περιήλθε στην ευθύνη ενός και μόνο οργανισμού, του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) (Economou et al., 2017).

Ορισμένα μέτρα που έλαβε ο ΕΟΠΥΥ για τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης από τον ιδιωτικό τομέα υγείας ήταν η χαμηλή αποζημίωση των συμβεβλημένων ιατρών, που τέθηκε στα €10 ανά επίσκεψη, το ανώτατο όριο των 300 επισκέψεων ανά συμβεβλημένο γιατρό, και η εφαρμογή εκπτώσεων rebate και επανάκτησης (clawback)

στις ετήσιες απαιτήσεις των δομών και εργαστηρίων του ιδιωτικού τομέα (Νιάκας, 2014).

Μετά την ενοποίηση, τα πακέτα παροχών των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας τυποποιήθηκαν και ενοποιήθηκαν για να αποζημιώνουν τις ίδιες υπηρεσίες για όλους (Economou, 2015). Βασικό, όμως, χαρακτηριστικό της ενιαίας, πλέον, δέσμης παροχών ήταν η μείωση του αριθμού των αποζημιούμενων παροχών τις οποίες δικαιούταν ο πληθυσμός, που πλέον έπρεπε να καλυφθούν από την τσέπη των νοικοκυριών, ενώ, παράλληλα, έγιναν πιο αυστηρά τα κριτήρια για τους δικαιούχους σε ορισμένες περιπτώσεις (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Δεδομένου, επίσης, ότι ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει ασφαλιστική κάλυψη σε εργαζομένους, από διάφορες επαγγελματικές ομάδες, καθώς και τα εξαρτώμενα μέλη αυτών, με την προϋπόθεση ότι οι εισφορές τους καταβάλλονται συστηματικά και ανανεώνουν την εγγραφή τους σε ετήσια βάση (Niakas, 2013), ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προέκυψαν ήταν ότι δεν είχε γίνει καμία πρόβλεψη εντός του νέου φορέα για τα άτομα που έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης (Νιάκας, 2014). Κατά συνέπεια, προσωρινά ή μακροχρόνια άνεργοι ή άτομα που δεν είχαν πλέον την οικονομική δυνατότητα να πληρώνουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, περιπτώσεις που αναλογούν σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού της χώρας εν μέσω οικονομικής κρίσης, έμειναν ανασφάλιστοι, αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση και στη χρήση υπηρεσιών υγείας (Niakas, 2013).

Για την αντιμετώπιση του ζητήματος της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και των οικογενειών τους, υλοποιήθηκε το 2013, με κύρια χρηματοδότηση από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ), το «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης» σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Health Voucher) (Μπακόλα και συν., 2018). Το Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης είχε ως στόχο να καλύψει τα άτομα που ήταν άνεργοι άνω των δύο ετών και ήταν ασφαλισμένοι σε ταμεία υγείας τα οποία ενοποιήθηκαν με τον ΕΟΠΥΥ (Economou, 2015). Επίσης, οι δικαιούχοι έπρεπε να έχουν ατομικό εισόδημα έως και €12.000 ή οικογενειακό εισόδημα έως και €25.000 (Economou, 2015). Το Εισιτήριο Ελεύθερης

Πρόσβασης είχε δύο μορφές, στη μία περίπτωση ήταν για άτομα όλων των ηλικιών και κάλυπτε έως και τρεις επισκέψεις σε γιατρό ή διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, χωρίς να περιλαμβάνει όμως φαρμακευτική αγωγή ή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, και στην άλλη περίπτωση αφορούσε έγκυες γυναίκες προσφέροντας έως και επτά επισκέψεις, εφόσον είχε εκδοθεί κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, σε γιατρό ή διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, αποκλείοντας και πάλι την ενδονοσοκομειακή φροντίδα (Economidou, 2015). Αρχικά είχε τετράμηνη ισχύ, η οποία όμως επεκτάθηκε το 2014 στους οκτώ μήνες για τον γενικό πληθυσμό και στους εννέα για τις έγκυες γυναίκες (Economidou, 2015). Ο μικρός αριθμός δικαιούχων που εξέδωσαν Εισιτήρια Ελεύθερης Πρόσβασης έως το 2014 έγειρε αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος και συνέβαλε στην επέκταση διάρκειας του προγράμματος και στην κατάργηση των περιορισμών στον αριθμό των επισκέψεων (Economidou, 2015).

Αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), το 2014 εγκρίθηκε από το ελληνικό κοινοβούλιο νέα νομοθεσία βάσει της οποίας διαχωρίζεται πλέον η ζήτηση/χρηματοδότηση από την προσφορά/παροχή, καθώς δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο θα έχει την δικαιοδοσία για όλες τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΕΟΠΥΥ και θα συντονίζεται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες, ενώ ο ΕΟΠΥΥ θα έχει τον ρόλο του αποκλειστικού χρηματοδότη, αλλά δεν θα παρέχει υπηρεσίες υγείας (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018, Economidou, 2015, Νιάκας, 2014). Στόχος ήταν οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υπό το νέο καθεστώς να λειτουργήσουν σε εικοσιτετράωρη βάση καθόλη τη διάρκεια της εβδομάδας. Επιπλέον, ο νόμος προέβλεπε την καθιέρωση συστήματος παραπομπής μέσω οικογενειακών γενικών ιατρών.

Το ίδιο έτος με δύο κοινές υπουργικές αποφάσεις ορίστηκαν τα δικαιώματα όλων των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών και νόμιμων κατοίκων της χώρας, που δεν διέθεταν κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας, δεν πληρούσαν τα κριτήρια για βιβλιάριο απορίας ή είχαν χάσει τα ασφαλιστικά τους δικαιώματα λόγω αδυναμίας καταβολής των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (Economidou, 2015). Οι ίδιοι και τα εξαρτώμενα μέλη καλύπτονται πλέον για:

- δωρεάν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν λάβει παραπομπή από γιατρό του ΠΕΔΥ ή από εξωτερικό ιατρείο δημόσιου νοσοκομείου και την ειδική τριμελή επιτροπή που θα συσταθεί σε κάθε νοσοκομείο, που πιστοποιεί την ανάγκη νοσηλείας του ασθενούς (Economidou, 2015).
- φαρμακευτικά προϊόντα εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, υπό την προϋπόθεση ότι συνταγογραφήθηκαν από ιατρό του ΠΕΔΥ ή από δημόσιο νοσοκομείο - ωστόσο, οι δικαιούχοι οφείλουν να καταβάλουν τις συν-πληρωμές που ισχύουν για τον ασφαλισμένους (Economidou, 2015).

Ο ανασχεδιασμός της ΠΦΥ αποδείχθηκε, ωστόσο, ανεπιτυχής σε πολλούς τομείς και συνάντησε διάφορα προβλήματα κατά την υλοποίησή του. Το σύστημα παραπομπών μέσω των οικογενειακών γιατρών δεν κατάφερε ποτέ να υλοποιηθεί (Economidou, 2015), ενώ η προϋπόθεση να πιστοποιεί επιτροπή την ανάγκη των ανασφαλιστών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην στιγματοποίηση του συγκεκριμένου πληθυσμού (Economidou, 2015) και δεν φάνηκε να συμβάλλει στην ίση πρόσβαση των πολιτών (Νιάκας, 2014). Η πληρωμή από τους ανασφάλιστους πολίτες των ίδιων συν-πληρωμών για φάρμακα με αυτές που καταβάλλουν και οι ασφαλισμένοι πολίτες θέτει, επίσης, ερωτήματα για την απρόσκοπτη πρόσβαση στο φάρμακο των ατόμων που ανήκουν σε χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα (Economidou, 2015). Οι προσπάθειες για μεταβίβαση μεγαλύτερου όγκου αρμοδιοτήτων στις ΥΠΕ δεν φάνηκε, επίσης, να πραγματοποιείται με επιτυχία και ο τομέας υγείας συνεχίζει να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης (OECD, 2017b). Παράλληλα, η νομοθετικές ρυθμίσεις του 2014 για την κάλυψη των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού αφορά μόνο τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, αφήνοντας εκτός παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες. Παράλληλα, τέθηκε ως προϋπόθεση στους γιατρούς, για να ενταχθούν στο νεοσύστατο ΠΕΔΥ, η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση, κάτι που προκάλεσε μεγάλες αντιδράσεις και σχεδόν οι μισοί από τους 5.000 γιατρούς, που απασχολούνταν στα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, να αρνούνται να ενταχθούν στη νέα δομή ή να καταφεύγουν στα δικαστήρια. Το αποτέλεσμα ήταν, για αρκετό καιρό μετά, το ΠΕΔΥ να αντιμετωπίζει σημαντικό πρόβλημα στελέχωσης και να υπό-λειτουργεί (Νιάκας, 2014).

Τα παραπάνω οδήγησαν στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, που κατοχυρώνει την καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, καθώς παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό της χώρας, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων και των παράτυπων μεταναστών και των προσφύγων (OECD, 2017b), αν και δικαιούνται κάλυψη μόνο σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ μπορούν να απευθυνθούν και σε συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς ή ιδιωτικές υγειονομικές δομές. Ωστόσο, η δέσμη των δημοσίων χρηματοδοτούμενων παροχών έγινε ακόμη πιο ευρεία και προστέθηκαν και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (OECD, 2017b).

Υπήρξε, επίσης, νέο σχέδιο για την ΠΦΥ, που ξεκίνησε το 2017 και βρίσκεται σε εξέλιξη, και το οποίο προέβλεπε τη δημιουργία Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ), με στόχο να στελεχώνονται από ολιγάριθμες διεπιστημονικές ομάδες υγείας ιατρικών και κοινωνικών ειδικοτήτων (Baeten et al., 2018), καθώς και τη δημιουργία συστήματος παραπομπών (gatekeeping) μέσω οικογενειακών γιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ ζητείται από τους πολίτες να εγγράφονται στο ΤΟ.Μ.Υ. της περιοχής τους (OECD, 2017b). Οι ΥΠΕ θα συντονίζουν τις υπηρεσίες, ενώ στόχο του νέου σχεδίου αποτελεί και η ενίσχυση των προγραμμάτων και δράσεων δημόσιας υγείας και προαγωγής της υγείας (OECD, 2017b).

Αν και αποτελεί σημαντικότατο και θετικό βήμα η καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού, η πρόοδος υλοποίησης του πρόσφατου σχεδίου είναι αργή, ενώ ζητήματα ελλειπών στελέχωσης θέτουν συνεχή προκλήσεις και πάλι στην ολοκληρωμένη παροχή της ΠΦΥ (Baeten et al., 2018). Η επάρκεια των πόρων και το επίπεδο στελέχωσης αποτελούν καίριους παράγοντες στην επιτυχία μεταρρύθμισης της ΠΦΥ (OECD, 2017b). Προς το παρόν έχουν τεθεί σε λειτουργία λιγότερα ΤΟ.Μ.Υ. από τον αρχικό σχεδιασμό και ο αριθμός γιατρών που έχουν προσληφθεί είναι χαμηλότερος του αναμενόμενου. Επίσης, ελάχιστοι, αναλογικά, πολίτες έχουν πραγματοποιήσει την εγγραφή τους σε οικογενειακό γιατρό. Σε έρευνα που πραγματοποίησε η εταιρεία ALCO, για λογαριασμό του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας, σε τυχαίο, πανελλαδικό και αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.000 ατόμων, το 50% των συμμετεχόντων δηλώνουν δύσπιστοι προς το δημόσιο σύστημα υγείας και θεωρούν ότι θα πρέπει να πληρώσουν από την τσέπη τους για να καλύψουν τις ανάγκες υγείας που έχουν, το 86% δεν έχει

πραγματοποιήσει εγγραφή στον γιατρό που τους παρακολουθεί και μόνο το 16% σκοπεύει προβεί σε αυτή την ενέργεια (ALCO, 2018). Το 66% των συμμετεχόντων μάλιστα δεν έχει ενημερωθεί για το νέο σύστημα ΠΦΥ (ALCO, 2018). Παράλληλα, από την συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει πως 7 στους 10 γιατρούς είναι αρνητικοί στη συνεργασία με το νέο σύστημα ΠΦΥ (ALCO, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ, ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Βασικές έννοιες δαπανών υγείας

Σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts), οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία (current health expenditure) συνιστούν τη συνολική κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών και προϊόντων, και, συνεπώς, αφορούν τις δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες και προϊόντα, όπως για θεραπεία, αποκατάσταση, μακροχρόνια φροντίδα, υποστηρικτικές υπηρεσίες και υγειονομικά αγαθά (δαπάνη ατομικής φροντίδας υγείας), αλλά και για προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας, καθώς και τα διοικητικά κόστη που απαιτούνται, ανεξαρτήτως από το είδος της χρηματοδότησης, εξαιρώντας τις δαπάνες για επενδύσεις (δαπάνη συλλογικής φροντίδας υγείας (OECD, 2019, OECD, 2018b). Η τρέχουσα δαπάνη υγείας μαζί με τις επενδύσεις για την υγεία (gross capital formation) συνιστούν τη συνολική δαπάνη υγείας (total health expenditure) (IOBE, 2011). Οι δαπάνες για την υγεία αφορούν κατά κύριο λόγο τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας που καταναλώνονται από τους κατοίκους της κάθε χώρας, ανεξάρτητα εάν αυτή η κατανάλωση γίνεται εντός ή εκτός της εκάστοτε χώρας ή από το ποιος πληρώνει για αυτές. Συνεπώς, από τον υπολογισμό των δαπανών υγείας εξαιρούνται οι εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε μη κατοίκους της χώρας, αλλά περιλαμβάνονται οι αντίστοιχες εισαγωγές (Eurostat, 2018b).

Οι Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας συνιστούν μία τυποποιημένη μεθοδολογία για τα την καταγραφή και παρακολούθηση των δαπανών υγείας σε ένα σύστημα υγείας, την οποία υιοθέτησε ο ΟΟΣΑ από το 1976, αλλά η ευρεία χρήση τους στις χώρες έγινε μετά το 1990 (IOBE, 2011). Στην Ελλάδα, η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) δημοσιεύει σε ετήσια βάση στατιστικά στοιχεία για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, ενώ, παράλληλα, διεξάγει σε ετήσια πάλι βάση τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), που αφορούν στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών (IOBE, 2011, ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας διακρίνεται στη δημόσια και στην ιδιωτική, εκπροσωπώντας την πλευρά της ζήτησης (Μπακόλα και συν, 2018). Η δημόσια χρηματοδότηση στην Ελλάδα αντλείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της γενικής φορολογίας και την επιβολή ειδικών φόρων σε συγκεκριμένα καταναλωτικά προϊόντα, καθώς και από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων (Μπακόλα και συν., 2018, OECD, 2019). Η ιδιωτική χρηματοδότηση προέρχεται από τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών, τις οποίες καλύπτουν από το οικογενειακό εισόδημά τους (out-of-pocket payments), την προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ μικρό ποσοστό αποτελούν οι δαπάνες από ΜΚΟ και ιδιωτικές εταιρείες (OECD, 2019). Οι συγκεκριμένοι πόροι μπορούν να αντληθούν, ως χρήματα ή είδος, και ως εξωτερική βοήθεια από άλλες χώρες ή διεθνείς φορείς (Μπακόλα και συν, 2018). Οι άμεσες πληρωμές για την υγεία των νοικοκυριών βαρύνουν τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς γίνονται από τον χρήστη την ίδια στιγμή που αγοράζει ένα υγειονομικό προϊόν ή κάνει χρήση μίας υπηρεσίας υγείας και προέρχονται απευθείας από το πρωτογενές εισόδημα ή τις αποταμιεύσεις των νοικοκυριών, χωρίς να αποζημιώνεται το ποσό από κάποιο οργανωμένο σύστημα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017, OECD, 2018b).

Από την πλευρά της κατανάλωσης, εξετάζονται οι δαπάνες που καταβάλλουν οι φορείς, δημόσιοι και ιδιωτικοί, της εγχώριας οικονομίας προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2019), στους οποίους συμπεριλαμβάνονται φορείς που η παροχή υγειονομικών αγαθών και υπηρεσιών υγείας είναι η κύρια δραστηριότητά τους και φορείς όπου αυτό αποτελεί μόνο μία από τις δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκονται (OECD, 2017a). Οι λοιπές δραστηριότητες αυτών των φορέων μπορεί να σχετίζονται με τον τομέα της υγείας ή και όχι (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017). Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα νοσοκομεία, οι δομές νοσηλευτικής φροντίδας υποβοηθούμενης διαβίωσης, οι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας, όπως γενικοί γιατροί και ειδικοί, οδοντίατροι, κέντρα υγείας, κλπ), οι πάροχοι υποστηρικτικών υπηρεσιών (π.χ. υπηρεσίες ασθενοφόρου, εργαστήρια) και οι έμποροι λιανικής (π.χ. φαρμακεία) (Μπακόλα και συν., 2018, OECD, 2017a).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν, μεταξύ άλλων, οι πάροχοι διαχείρισης, διοίκησης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στο σύνολό του, όπως είναι για παράδειγμα οι

δραστηριότητες του Υπουργείου Υγείας, αλλά και τα νοικοκυριά που συχνά προσφέρουν υπηρεσίες υγειονομική περίθαλψης εντός οικίας απευθείας στα μέλη της οικογένειας (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017).

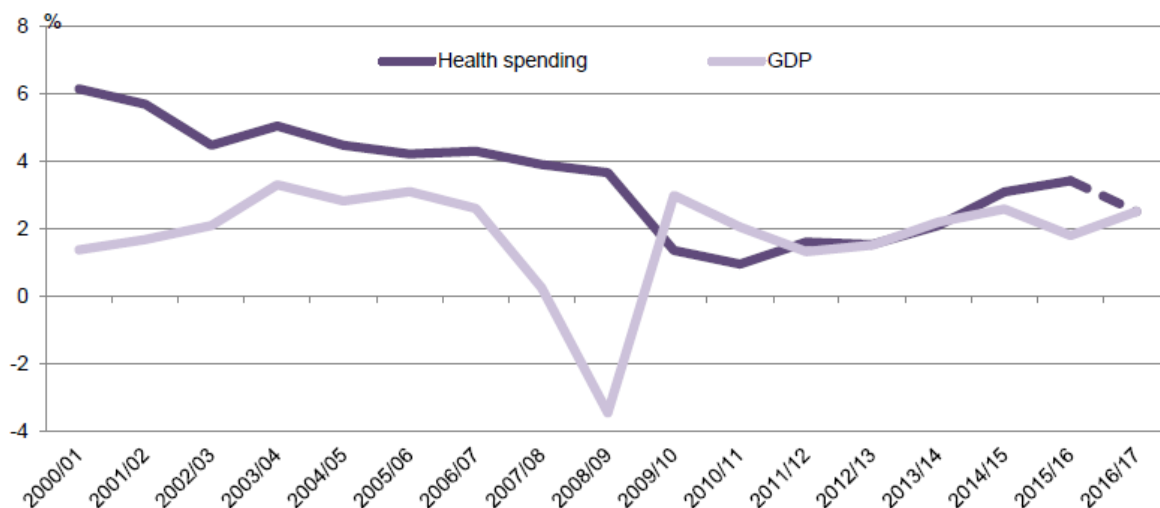
Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα αποτελεί την πλευρά της προσφοράς και περιλαμβάνει τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης (ενδονοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και μακροχρόνια φροντίδα), τις επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, όπως είναι τα φάρμακα, τα βοηθήματα ακοής και οι φακοί οράσεως (Μπακόλα και συν., 2018, ΕΛΣΤΑΤ, 2019), τις υπηρεσίες πρόληψης, καθώς και τη διακυβέρνηση και διοίκηση του συστήματος υγείας (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017).

2.2 Συνολική χρηματοδότησης για δαπάνες υγείας

2.2.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, πολλές χώρες, κυρίως στην Ευρώπη, αναγκάστηκαν να προβούν σε σημαντικές περικοπές και πληθώρα μέτρων με στόχο των περιορισμό των δαπανών υγείας. Σε χώρες εκτός Ευρώπης, ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών υγείας επιβραδύνθηκε, αλλά κατάφερε να παραμείνει με θετικό πρόσημο. Στην Κορέα η κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2017 είναι κατά 55% υψηλότερες από τις αντίστοιχες του 2009, ενώ στις Η.Π.Α., στην Αυστραλία και στον Καναδά 10% με 20% υψηλότερες από αυτές προ κρίσης (OECD, 2018a).

Οι δαπάνες για την υγεία το 2016 σημείωσαν τον ταχύτερο ρυθμό αύξησης από το 2009, καθώς στις χώρες του ΟΟΣΑ αυξήθηκαν κατά μέσο όρο 3,4%. Ωστόσο, δεν έχουν καταφέρει να φτάσουν ακόμη τα επίπεδα που ίσχυαν πριν το 2009, όπου οι δαπάνες αυξάνονταν με ταχύτατους ρυθμούς ξεπερνώντας την αντίστοιχη αύξηση του ΑΕΠ των χωρών, ενώ από το 2012 ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών υγείας και του ΑΕΠ συγκλίνουν περισσότερο (Διάγραμμα 2.1) (OECD, 2018a).



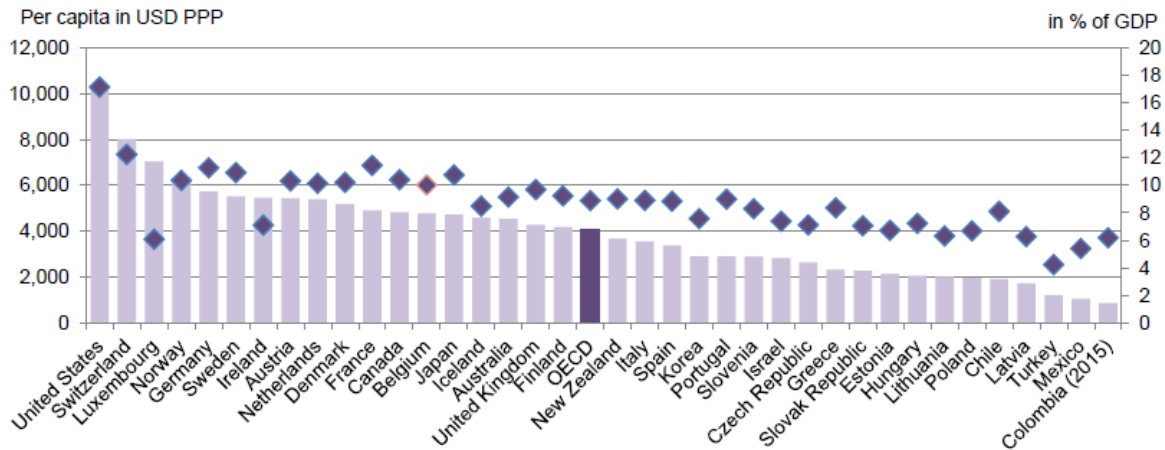
Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 2.1

Ετήσια ανάπτυξη των δαπανών υγείας και του ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000 - 2017

Το 2017, οι Η.Π.Α. δαπάνησαν το 17,2% του ΑΕΠ τους για την υγεία, ποσοστό που ξεπερνά κατά πολύ τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ για το συγκεκριμένο έτος που είναι 8,9% (OECD, 2018a). Ακολουθούν, αλλά με μεγάλη απόσταση, η Ελβετία με 12,3% και η Γαλλία με 11,5%. Αντίθετα, οι δαπάνες υγείας στο Μεξικό αποτέλεσαν το 5,4% του ΑΕΠ της χώρας και στην Τουρκία το 4,2% (Διάγραμμα 2.2) (OECD, 2018a).

Ως προς την κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, υπολογίζεται πως ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ για το 2017 ανήλθε στα \$4.069, αφού έγινε προσαρμογή για διαφορές στις τιμές μεταξύ χωρών. Οι Η.Π.Α. είναι και πάλι στην πρώτη θέση με \$10.000, ενώ η Ελβετία έχει κατά κεφαλήν δαπάνες \$8.009, το Λουξεμβούργο \$7.049 και η Νορβηγία \$6.351. Η Τουρκία, το Μεξικό είναι και πάλι στις τελευταίες θέσεις, σε αυτή την περίπτωση μαζί με την Κολομβία, όπου και στις τρεις χώρες η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας κυμάνθηκε γύρω στα \$1.000 (Διάγραμμα 2.2) (OECD, 2018a).



Note: Data for 2017 was estimated by the Secretariat for those countries that were not able to provide this information. PPP stands for Purchasing Power Parities and adjusts health expenditure for differences in price levels between countries.

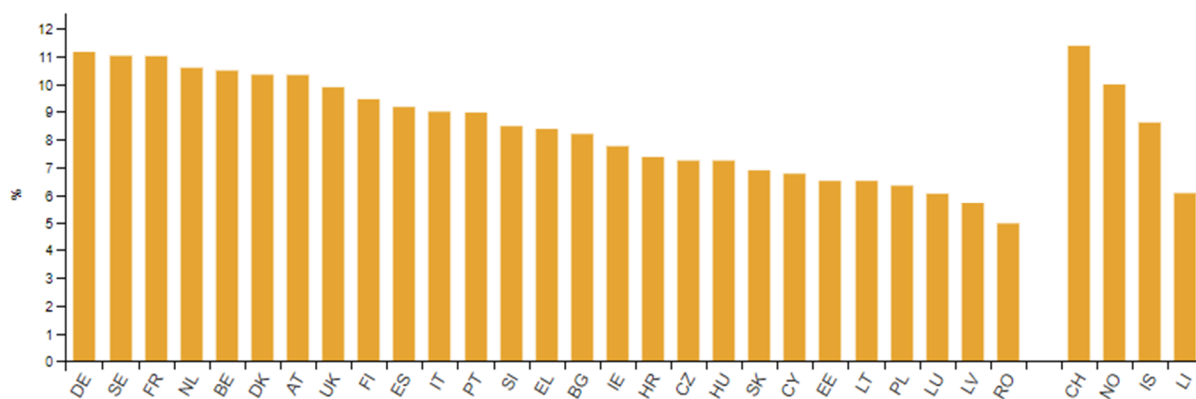
Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 2.2

Δαπάνες υγείας κατά κεφαλήν (USD PPP) και ως ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2017

Τα συστήματα υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε. διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο που οργανώνονται, λειτουργούν και χρηματοδοτούνται, χωρίς αυτό, ωστόσο, να αναιρεί το γεγονός πως η καθολική πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινή ανάγκη και στόχο όλων των συστημάτων (Eurostat, 2018b). Εξετάζοντας αναλυτικά τα στατιστικά δεδομένα ενός συστήματος υγείας για τις δαπάνες υγείας και τη χρηματοδότηση αυτών, αλλά και το πώς κατανέμονται αυτοί οι πόροι, μπορούν να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα για το κατά πόσο το εν λόγω σύστημα υγείας επιτυγχάνει ως προς τον στόχο που προαναφέρθηκε (Eurostat, 2018b).

Εξετάζοντας τα δεδομένα της Eurostat (2018b) για το έτος 2015, βλέπουμε πως, μεταξύ των κρατών-μελών, η Γερμανία, η Σουηδία και η Γαλλία παρουσιάζουν τις υψηλότερες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, με 11,15%, 11,01% και 11% αντίστοιχα. Η Ελλάδα βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα με 8,38%, ενώ τα πιο χαμηλά ποσοστά μεταξύ των κρατών-μελών σημειώθηκαν στην Πολωνία (6,34%), στο Λουξεμβούργο (6,05%), στην Λετονία (5,7%), ενώ το χαμηλότερο όλης της Ε.Ε. εμφανίζεται στη Ρουμανία (4,95%). (Διάγραμμα 2.3) (Eurostat, 2018b).



Πηγή: Eurostat, 2018c

Διάγραμμα 2.3

Τρέχουσες Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015

Οι υψηλότερες τρέχουσες δαπάνες για το 2015 στην Ε.Ε. σε ευρώ παρατηρούνται στην Γερμανία (338 δισ.), η οποία, όπως προαναφέρθηκε είχε και το υψηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο με 255 δισ. και τη Γαλλία με 241 δισ. (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1

Τρέχουσες Δαπάνες στην Ε.Ε. για το 2015 (€ εκατ., €/κάτοικο, PPS/κάτοικο, % ΑΕΠ)

	Million EUR	EUR per inhabitant	PPS per inhabitant	% of GDP
Belgium	42 982	3 812	3 546	10.5
Bulgaria	3 715	518	1 224	8.2
Czech Republic	12 202	1 157	1 992	7.2
Denmark	28 065	4 938	3 623	10.3
Germany	338 207	4 140	4 113	11.2
Estonia	1 319	1 003	1 458	6.5
Ireland	19 855	4 273	3 489	7.8
Greece	14 732	1 361	1 639	8.4
Spain	98 586	2 123	2 320	9.2
France	241 366	3 623	3 505	11.0
Croatia	3 246	771	1 245	7.4
Italy	148 029	2 437	2 459	9.0
Cyprus	1 193	1 408	1 590	6.8
Latvia	1 389	702	1 090	5.7
Lithuania	2 432	837	1 483	6.5
Luxembourg	3 165	5 557	4 131	6.1
Hungary	7 936	806	1 532	7.2
Malta
Netherlands	72 323	4 269	3 857	10.6
Austria	35 077	4 063	3 765	10.3
Poland	27 280	718	1 396	6.3
Portugal	16 106	1 555	1 959	9.0
Romania	7 925	400	865	5.0
Slovenia	3 295	1 597	2 000	8.5
Slovakia	5 418	999	1 619	6.9
Finland	19 790	3 612	3 000	9.5
Sweden	49 225	5 023	3 835	11.0
United Kingdom	254 827	3 913	2 910	9.9
Iceland (*)	1 303	3 938	2 978	8.6
Liechtenstein	340	9 073	.	6.1
Norway	34 748	6 697	4 499	10.0
Switzerland (*)	60 276	7 361	4 710	11.4

(*) Definition differs.

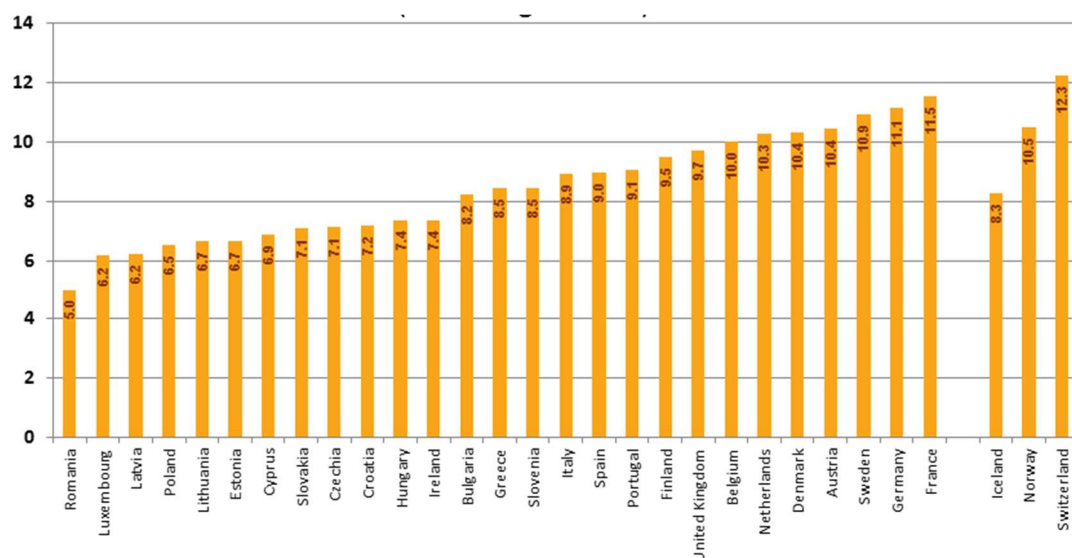
(*) 2014.

Πηγή: Eurostat, 2018b

Αξίζει να σημειωθεί για το Λουξεμβούργο, ωστόσο, ότι οι τρέχουσες δαπάνες υγείας της χώρας, σε ευρώ και αναλογικά με τον πληθυσμό της, ήταν οι υψηλότερες στην Ε.Ε. (€5.557 ανά κάτοικο). Αμέσως μετά είναι η Σουηδία με €5.023 ανά κάτοικο και η Δανία με €4.938 ανά κάτοικο (Πίνακας 2.1) (Eurostat, 2018b). Στην αντίθετη πλευρά, το χαμηλότερο επίπεδο δαπανών υγείας ανά κάτοικο σημειώθηκε στην Βουλγαρία και στην Ρουμανία, με €518 ανά κάτοικο και €400 ανά κάτοικο αντίστοιχα (Πίνακας 2.1) (Eurostat, 2018b).

Η προσαρμογή των διαφορών μεταξύ των τιμών στις διάφορες χώρες, με ισοδυναμία αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Standard - PPS), εξομαλύνει σε ένα βαθμό τις έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών (Eurostat, 2018b). Παρατηρώντας τις δαπάνες εκφρασμένες ως PPS ανά κάτοικο βλέπουμε πως η Λετονία (1.090 PPS ανά κάτοικο) και η Βουλγαρία (865 PPS ανά κάτοικο) έχουν τα χαμηλότερα ποσά που είναι, ωστόσο, και οι μόνες χώρες της Ε.Ε. που σημειώνουν δαπάνες υγείας χαμηλότερες από PPS 1.200 ανά κάτοικο (Eurostat, 2018b).

Το 2016, η Γαλλία ήταν η πρώτη χώρα στην Ε.Ε. σε δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ με 11,5%, ακολουθούμενη από την Γερμανία με 11,1% και τη Σουηδία με 10,9%, ενώ στις τελευταίες θέσεις, όπως και το 2015, παρέμειναν το Λουξεμβούργο (6,2%), η Λετονία (6,2%) και η Ρουμανία, η οποία είχε και πάλι το χαμηλότερο ποσοστό στην Ε.Ε. (5,0%) (Διάγραμμα 2.4) (Eurostat, 2018c).

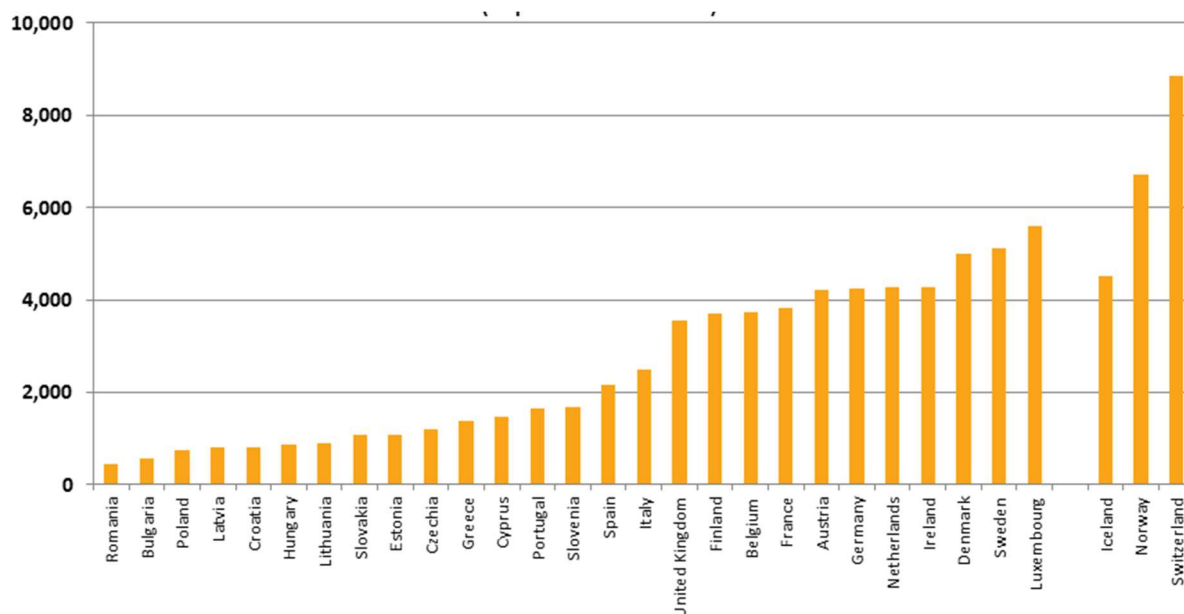


Πηγή: Eurostat, 2018c

Διάγραμμα 2.4

Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. (% του ΑΕΠ) για το έτος 2016

Σχετικά με τις δαπάνες υγείας σε ευρώ ανά κάτοικο για το 2016, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία και η Δανία παραμένουν οι χώρες της Ε.Ε. με τις υψηλότερες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, με €5.600, €5.100 και €5.000 αντίστοιχα, ενώ και η Βουλγαρία (€600 ανά κάτοικο) με την Ρουμανία (€400 ανά κάτοικο) παραμένουν οι χώρες με τις χαμηλότερες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο (Διάγραμμα 2.5) (Eurostat, 2018c).



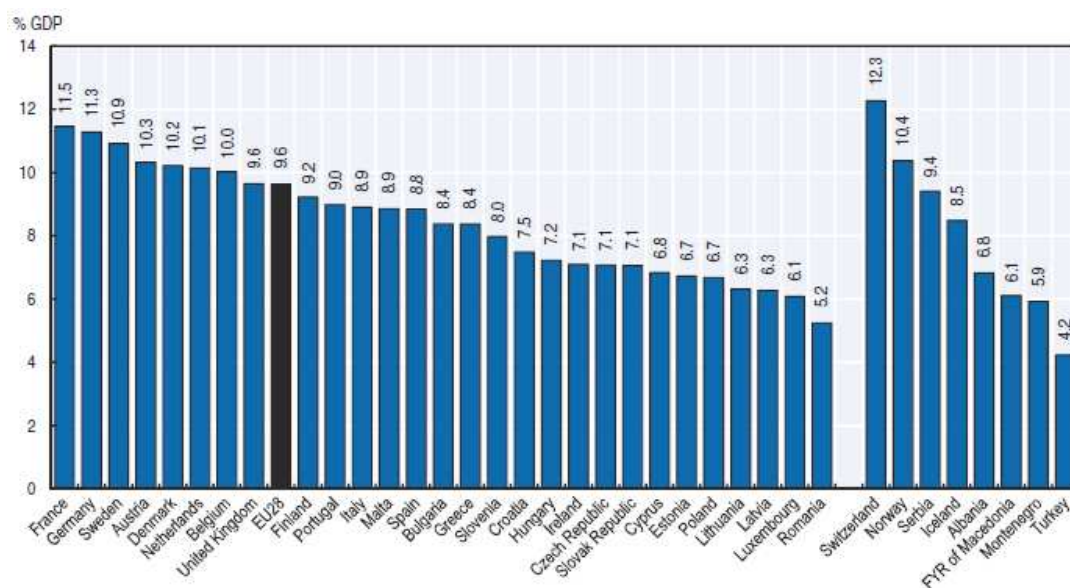
Πηγή: Eurostat, 2018c

Διάγραμμα 2.5

Δαπάνες Υγείας στην Ε.Ε. (€ ανά κάτοικο) για το έτος 2016

Οι δαπάνες υγείας στην Ε.Ε., δεν σημείωσαν σημαντικές αλλαγές το 2017 σε σύγκριση με το 2016 και το 2015, καθώς μεταβλήθηκαν σε συνάρτηση με την οικονομική ανάπτυξη στην Ευρώπη (Διάγραμμα 2.6). Ο μέσος όρος δαπανών υγείας της Ε.Ε. ως ποσοστό του ΑΕΠ για το 2017 ανήλθε στο 9,6% (OECD, 2018b). Εκτός από την Ελλάδα, την Ουγγαρία και την Ρουμανία, το ποσοστό δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκε σε όλες τις χώρες της Ε.Ε..

Η Γαλλία και η Γερμανία σημείωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά (11,5% και 11,3% αντίστοιχα), ενώ το Λουξεμβούργο (6,1%) και η Ρουμανία (5,2%) είχαν τα χαμηλότερα. Εκτός των χωρών της Ε.Ε., η Ελβετία δαπάνησε το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ της για την υγεία (12,3%) και η Τουρκία το μικρότερο (4,2%) (OECD, 2018b).



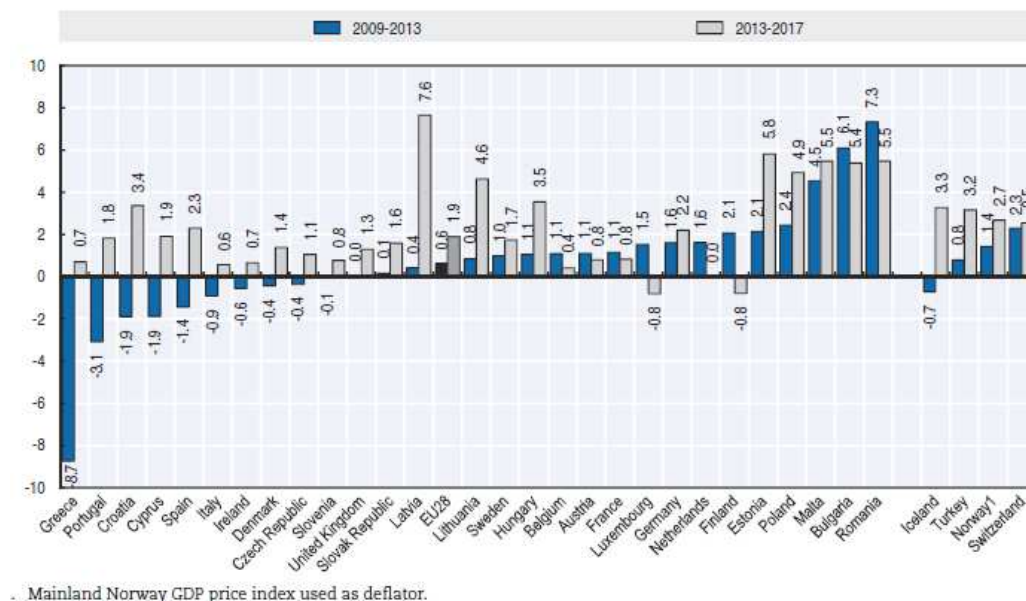
Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.6

Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρώπη για το 2017 (ή το πλησιέστερο έτος)

Ο μέσος όρος της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας της Ε.Ε. σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity - PPP) ανήλθε το 2017 στα €2.773 (OECD, 2018b). Λαμβάνοντάς υπόψη την Ευρώπη ως σύνολο, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, σε PPP, αυξήθηκε κάθε έτος της περιόδου 2013 με 2017 κατά 1,9% περίπου σε τρέχουσες τιμές

και όλες οι χώρες σημείωσαν αυξήσεις, εκτός από το Λουξεμβούργο και την Φιλανδία (Διάγραμμα 2.7) (OECD, 2018b).



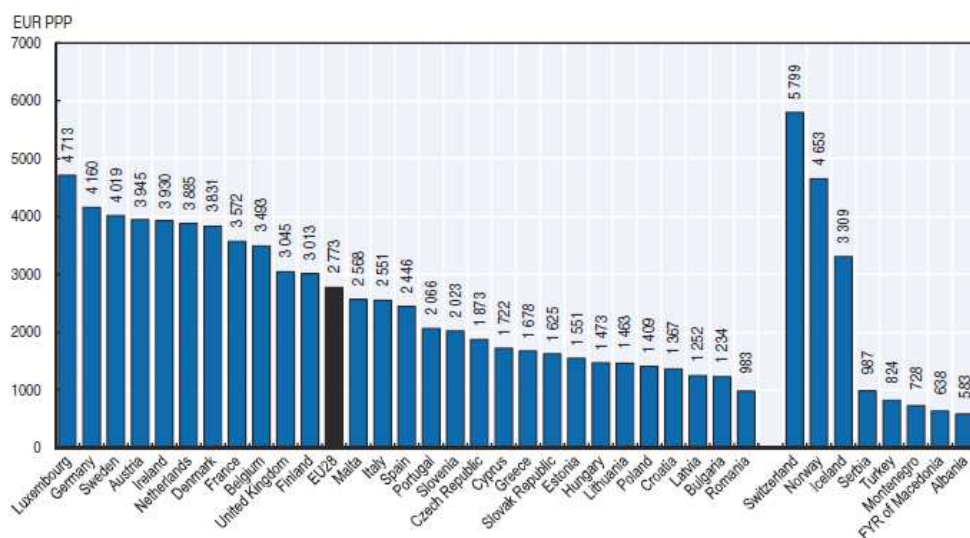
Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.7

Ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης σε τρέχουσες τιμές της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας στην Ευρώπη (PPP) για τις περιόδους 2009-2013 και 2013-2017

Από το Διάγραμμα 2.7 φαίνεται, ωστόσο, πως κατά την περίοδο 2009 με 2013 η Ελλάδα είχε τη μεγαλύτερη μείωση στο ρυθμό ανάπτυξης των δαπανών υγείας μεταξύ των χωρών της Ευρώπης με πτώση 8,7% κατά μέσο όρο το έτος, ενώ ακολουθούν με αρκετή διαφορά η Πορτογαλία με πτώση της τάξεως του 3,1%, η Κροατία και η Κύπρος με 1,9% και η Ισπανία με 1,4% (OECD, 2018b).

Παρατηρώντας τις κατά κεφαλήν δαπάνες της κάθε χώρας τώρα, σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης (PPP), για το 2017, το Λουξεμβούργο έχει τις υψηλότερες (€4.713) και ακολουθούν η Γερμανία (€4.160), η Σουηδία (€4.019) και η Αυστρία (€3.945), ενώ οι χαμηλότερες καταγράφηκαν στην Βουλγαρία (€1.234) και στην Ρουμανία (€983) (OECD, 2018b). Εκτός χωρών της Ε.Ε., η Ελβετία και η Νορβηγία είχαν €5.799 και €4.653 αντίστοιχα και την χαμηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε όλη την Ευρώπη είχε η Αλβανία με €583 (Διάγραμμα 2.8) (OECD, 2018b).



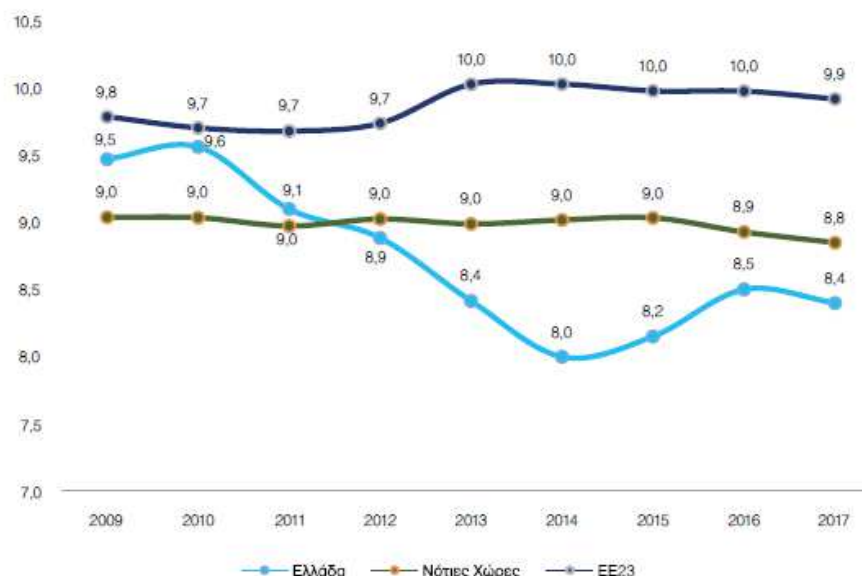
Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.8

Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ευρώπη για το 2017 (ή το πλησιέστερο έτος)

2.2.2 Ελλάδα

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα σημείωσαν, κατά την περίοδο 2009 με 2016, μία πτώση της τάξεως του 36,5%, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης, (Deloitte, 2017, Baeten et al., 2018). Το 2009 η συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ήταν 9,5% ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ το 2017 μειώθηκε στο 8,4% ως ποσοστό του ΑΕΠ (IOBE, 2019). Από το 2012 κι έπειτα παραμένει σταθερά χαμηλότερη από τις υπόλοιπες Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) (Διάγραμμα 2.9). Σε απόλυτους αριθμούς, η συνολική χρηματοδότηση υγείας μειώθηκε από €16,1 δισ. το 2009 σε €9 δισ. το 2016, ενώ σημειώνε πτωτική τάση έως και το 2014, με μία μικρή ανάκαμψη το 2015 και 2016 (Baeten et al., 2018).



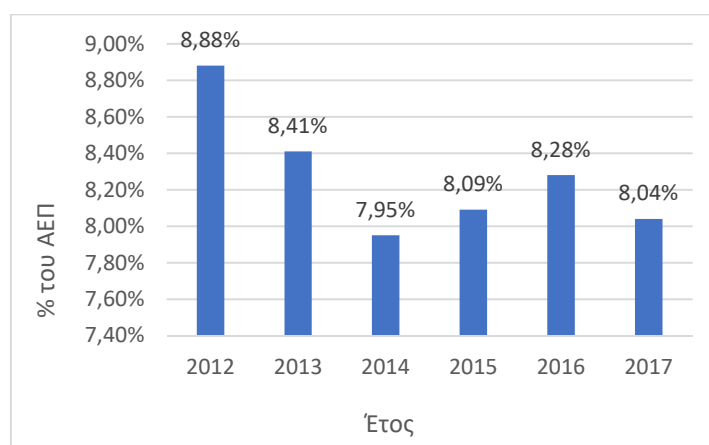
(*Νότιες Χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Πηγή: IOBE, 2019

Διάγραμμα 2.9

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες χώρες, 2009 – 2017

Συγκρίνοντας το 2016 με το 2017, τα πιο πρόσφατα έτη με διαθέσιμα δεδομένα, παρατηρείται πως η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2017 ήταν 8,04%, ενώ το 2016 ήταν 8,28%, και κατά την περίοδο 2012 με 2017 το χαμηλότερο ποσοστό σημειώθηκε το 2014 (7,95% του ΑΕΠ) (Διάγραμμα 2.10) (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

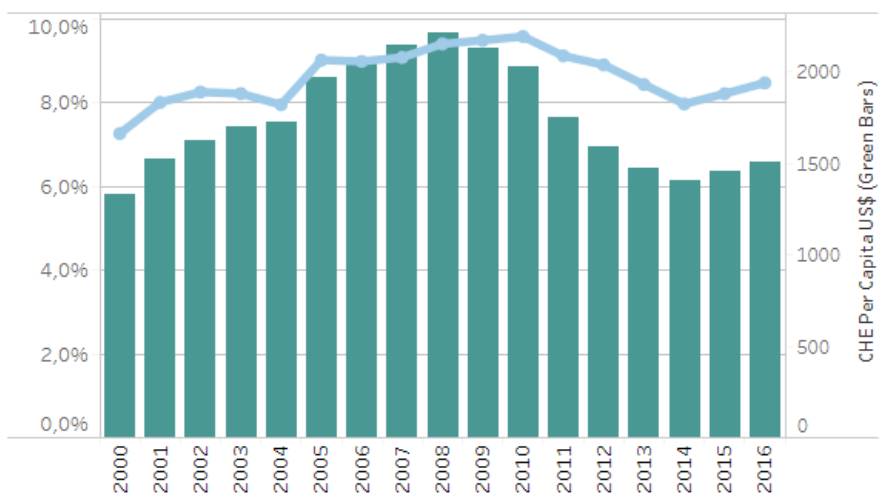


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019, ΕΛΣΤΑΤ, 2018ε

Διάγραμμα 2.10

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ) στην Ελλάδα, 2012-2017

Οι αυξομειώσεις στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ θα πρέπει να εξετάζονται σε συνάρτηση με τις μεταβολές στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Μία πιθανή αύξηση στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, μπορεί να οφείλεται στην πραγματικότητα σε μείωση τόσο των δαπανών υγείας όσο και του ΑΕΠ, με το δεύτερο, ωστόσο, να μειώνεται με ταχύτερους ρυθμούς. Συνεπώς, μία μείωση στις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, ενώ οι δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξάνονται, συνηγορεί στην ύπαρξη του προαναφερθέντος φαινομένου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017) (Διάγραμμα 2.11).



Πηγή: WHO, n.d., http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Διάγραμμα 2.11

Τρέχουσες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως % του ΑΕΠ και κατά κεφαλήν US\$, 2000 - 2016

Η κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία στην Ελλάδα το 2017 (σε τιμές 2010) ήταν περίπου 30% χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτήν του 2009 (OECD, 2018a), καθώς, στο πλαίσιο της συρρικνούμενης οικονομίας της χώρας και των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής, σημειώνουν πτώση από το 2009 κι έπειτα, όντας χαμηλότερη από τους αντίστοιχους μέσους όρους της Ε.Ε. (Διάγραμμα 2.12) (OECD, 2017b).

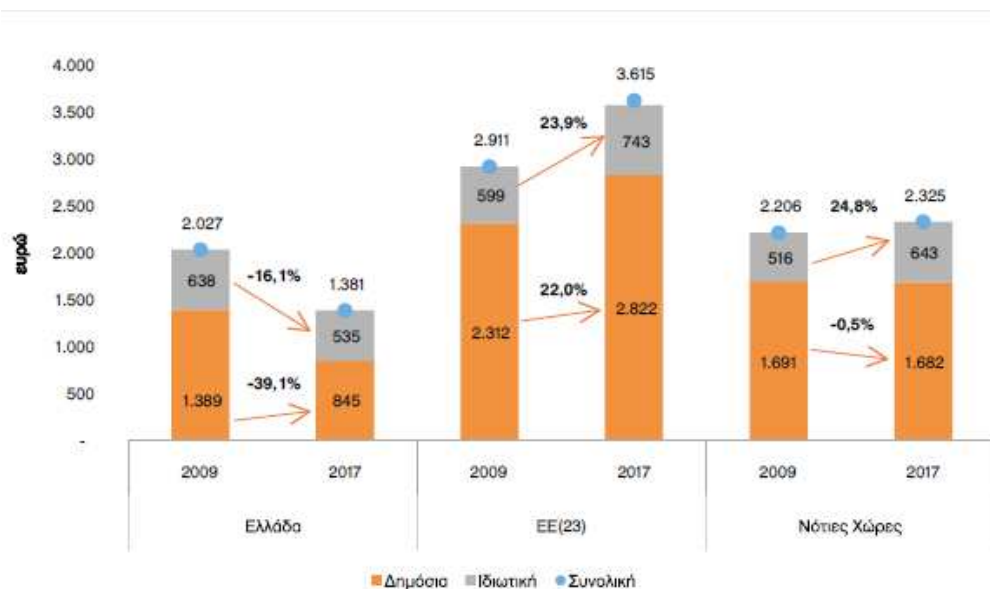


Πηγή: OECD, 2017b

Διάγραμμα 2.12

Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (σε €) στην Ελλάδα και στην Ε.Ε., 2005 - 2015

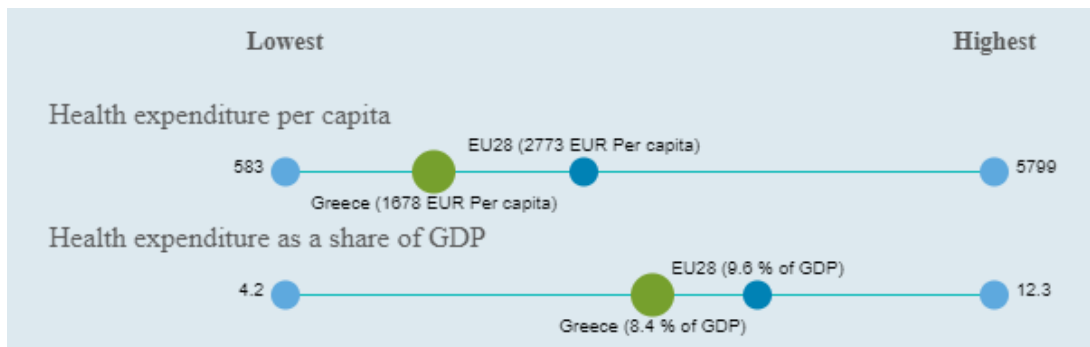
Το 2017 η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ανήλθε στα €1.381, ενώ το 2009 ήταν €2.027, και παραμένει χαμηλότερη από αυτή των Νότιων Χωρών κατά €944 (IOBE, 2019) (Διάγραμμα 2.13).



(*Νότιες Χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Διάγραμμα 2.13

Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (σε €), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες Χώρες, σύγκριση 2009 με 2017



(όλα τα δεδομένα αφορούν το 2017 ή το πλησιέστερο έτος)

Πηγή: European Commission. (n.d.), https://ec.europa.eu/health/state/glance_en

Διάγραμμα 2.14

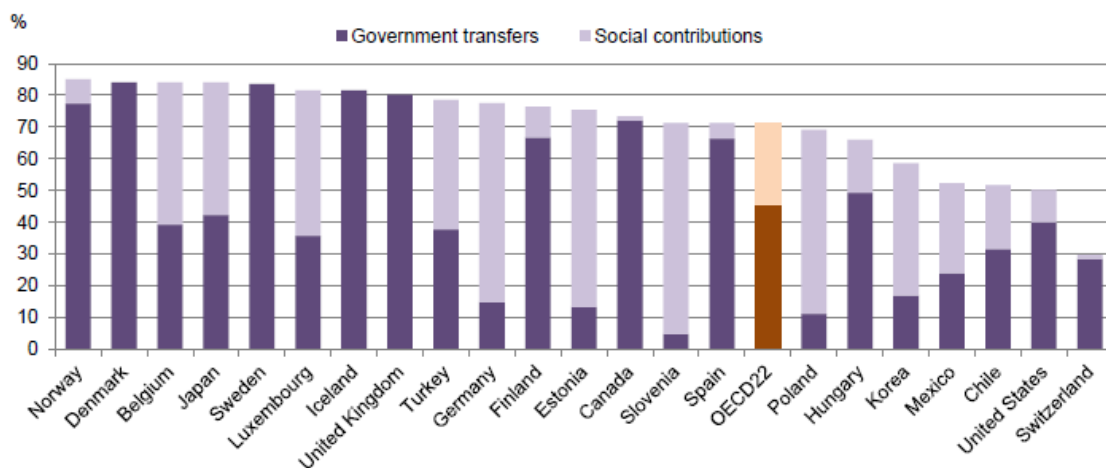
Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε σύγκριση με τους μέσους όρους της Ε.Ε.

Στο Διάγραμμα 2.14 παρουσιάζεται η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα για το 2017, κατά κεφαλήν και ως ποσοστό του ΑΕΠ, και συγκρίνεται με τον μέσο όρο της Ε.Ε.-28. Είναι εμφανές πως η χώρα μας υπολείπεται των ευρωπαϊκών μέσων όρων και στους δύο δείκτες.

2.3 Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας και φορείς χρηματοδότησης

2.3.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη

Σχεδόν σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ η πλειοψηφία των υπηρεσιών υγείας καλύπτονται μέσω ενός συνδυασμού κρατικών δαπανών και κάποιας μορφής υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, όπου, αναλόγως με την εκάστοτε χώρα, διαφέρει το ποσοστό που καλύπτει ο κάθε φορέας χρηματοδότησης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα της πρώτης περίπτωσης αποτελούν το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισλανδία, η Δανία και η Σουηδία όπου εθνικά ή περιφερειακά κυβερνητικά συστήματα χρηματοδοτούν περίπου το 80% των δαπανών υγείας. Ενώ στην Τσεχία, στη Γερμανία, στην Γαλλία, στην Ιαπωνία, στο Λουξεμβούργο και στην Σλοβακία η κοινωνική ασφάλιση υγείας χρηματοδοτεί την υγεία σε ποσοστό περίπου 70% (OECD, 2018a). Αντίθετα, οι προαναφερθείσες πηγές χρηματοδότησης καλύπτουν περίπου το 50% των δαπανών υγείας στο Μεξικό, την Χιλή και τις Η.Π.Α. (Διάγραμμα 2.15) (OECD, 2018a).



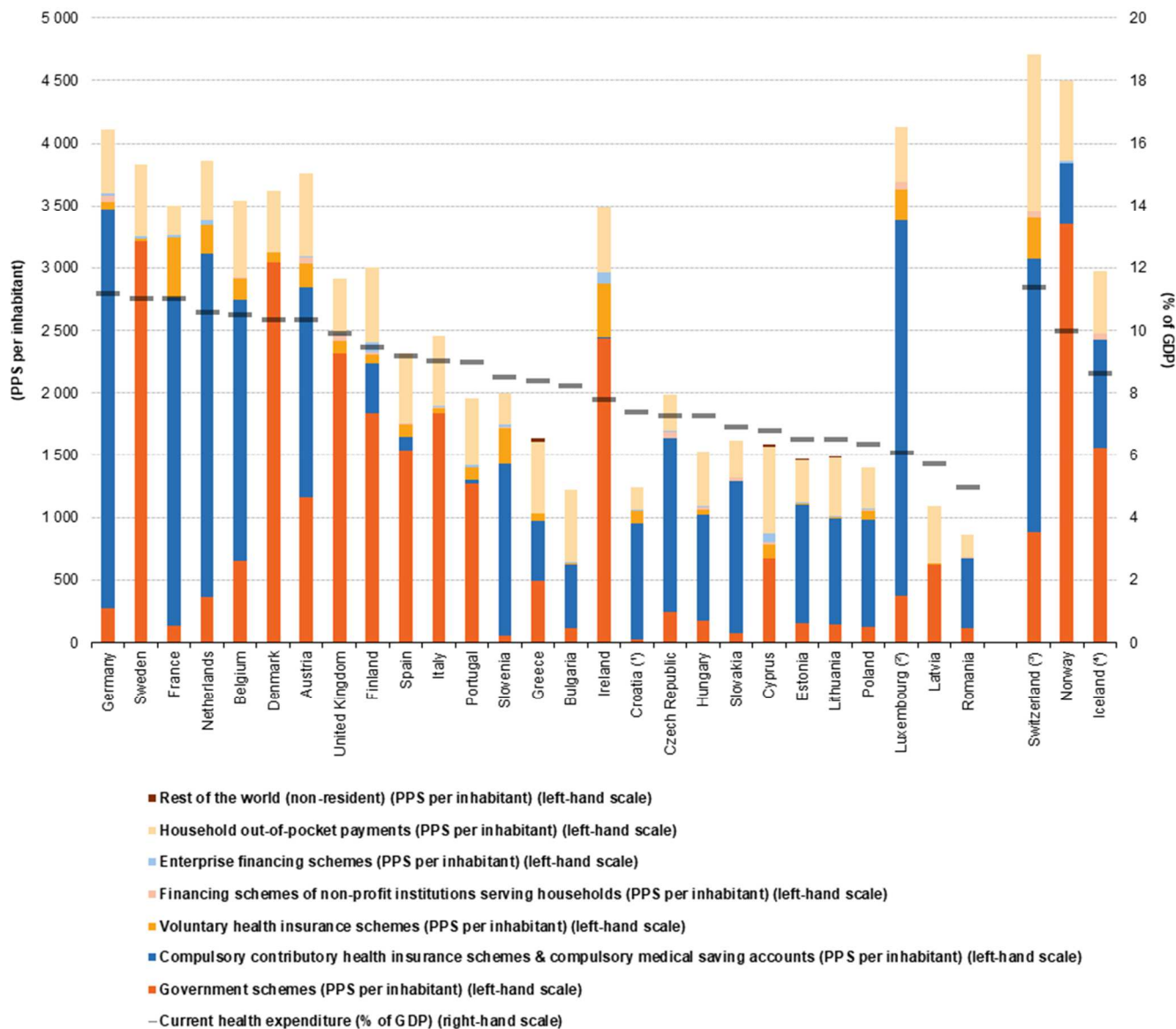
Note: Contributions to compulsory private health insurance schemes (and not Social Health Insurance) are usually considered as funded from private sources.

Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 2.15

Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2016 (ή πλησιέστερο έτος)

Εξετάζοντας τα αντίστοιχα δεδομένα του 2015 για την Ε.Ε., παρατηρείται ένα αντίστοιχο μοτίβο όπου, επίσης, η κύρια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας προέρχεται κατά βάση από κρατικές δαπάνες ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και συνήθως μία από τις δύο πηγές χρηματοδότησης φέρει σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης. Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην οποία το ποσοστό χρηματοδότησης μοιράζεται σχεδόν ισομερώς μεταξύ των δύο πηγών χρηματοδότησης (Διάγραμμα 2.16) (OECD, 2018a).



Note: countries are ranked on total healthcare expenditure in PPS per inhabitant. Malta: not available. Different scales on the left and right axes.

(*) Household out-of-pocket payments: estimate.

(*) Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts and current healthcare expenditure (% of GDP): provisional.

(*) Definitions differ.

(*) 2014.

Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 2.16

Δαπάνες υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το 2015

Όπως και στην περίπτωση που εξετάζονταν οι φορείς χρηματοδότησης δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, παρατηρείται και στην Ε.Ε. πως σε ορισμένες χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και τους αποταμιευτικούς λογαριασμούς υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στη Γερμανία καλύπτεται με

αυτόν τον τρόπο το 77,9% των δαπανών υγείας, στην Σλοβακία το 75,4%, στη Γαλλία το 75% και στην Κροατία το 74,4% (Πίνακας 2.2) (OECD, 2018a). Αντίθετα, οι κρατικές δαπάνες κάλυψαν το 84,1% των δαπανών υγείας στη Δανία, το 83,7% στη Σουηδία, το 79,5% στο Ηνωμένο Βασίλειο και 74,6% στην Ιταλία (Πίνακας 2.2) (OECD, 2018a).

Οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών (out-of-pocket payments) για την υγεία αποτέλεσαν, επίσης, σημαντική πηγή χρηματοδότησης για ορισμένες χώρες, ωστόσο, αυτό θα αναλυθεί εκτενέστερα σε επόμενη ενότητα. Η προαιρετική ασφάλιση υγείας στην πλειοψηφία των χωρών χρηματοδοτεί ένα πολύ μικρό ποσοστό των δαπανών υγείας (Πίνακας 2.2) (OECD, 2018a).

Πίνακας 2.2

Δαπάνες υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το 2015

	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts	Voluntary health insurance schemes	Financing schemes of non-profit institutions serving households	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payments	Rest of the world (non-resident)
Belgium	18.3	59.2	4.8	0.2	0.0	17.6	:
Bulgaria	9.2	41.9	0.4	0.6	0.3	47.7	:
Czech Republic	12.0	70.4	0.1	2.4	0.3	14.8	:
Denmark	84.1	0.0	2.1	0.1	0.0	13.7	0.0
Germany	6.6	77.9	1.5	1.1	0.4	12.5	:
Estonia	10.8	64.9	0.2	0.1	1.3	22.8	0.0
Ireland	69.7	0.3	12.3	:	2.6	15.2	0.0
Greece	30.3	28.8	3.7	0.1	0.1	35.5	1.6
Spain	66.3	4.7	4.4	0.4	:	24.2	:
France	4.0	75.0	13.6	0.0	0.7	6.8	:
Croatia	2.4	74.4	8.0	0.0	0.0	15.2	:
Italy	74.6	0.3	1.5	0.4	0.4	22.8	:
Cyprus	42.3	0.3	6.9	0.7	4.6	43.9	1.3
Latvia	57.0	0.0	0.8	0.1	0.0	42.1	0.0
Lithuania	9.9	57.0	0.9	0.0	0.1	32.1	0.1
Luxembourg	9.1	72.9	6.0	1.3	0.0	10.6	0.0
Hungary	11.1	55.6	2.3	1.3	0.6	29.0	0.0
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	9.3	71.4	5.9	0.2	1.0	12.3	:
Austria	30.8	44.8	4.9	1.4	0.2	17.9	0.0
Poland	9.3	60.7	5.0	1.1	0.7	23.3	0.0
Portugal	65.0	1.2	5.2	0.1	0.8	27.7	:
Romania	13.5	64.5	0.3	0.4	0.1	21.3	:
Slovenia	3.0	68.7	14.5	0.1	1.2	12.5	:
Slovakia	4.3	75.4	:	1.6	0.3	18.4	:
Finland	61.1	13.3	2.6	0.7	2.4	19.9	:
Sweden	83.7	0.0	0.6	0.1	0.4	15.2	:
United Kingdom	79.5	0.1	3.4	1.6	0.5	14.8	0.0
Iceland (*)	52.3	29.2	0.0	1.5	0.0	17.0	:
Liechtenstein	14.3	48.5	12.3	0.2	0.7	24.1	0.0
Norway	74.4	11.0	0.0	0.0	0.3	14.3	0.0
Switzerland (*)	18.6	46.5	7.1	1.0	:	26.7	:

(*) Definitions differ.

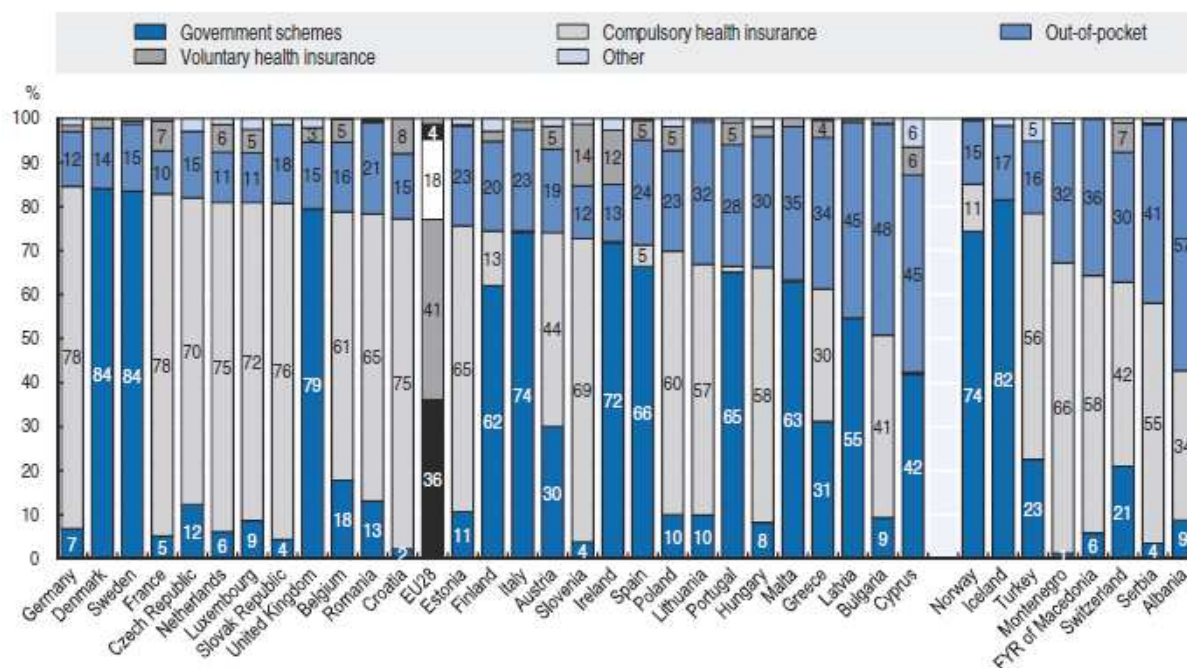
(*) 2014.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

Πηγή: OECD, 2018a

Τα αντίστοιχα στοιχεία για το έτος 2016, παρουσιάζουν την ίδια εικόνα αναφορικά με τις πηγές χρηματοδότησης των δαπανών υγείας στις χώρες της Ε.Ε.. Αξίζει να σημειωθεί πως στη Μάλτα, στην Ελλάδα, στη Λετονία, στην Βουλγαρία και στην

Κύπρο οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών αποτέλεσαν κάτι περισσότερο από το 1/3 της συνολικής δαπάνης για την υγεία (Διάγραμμα 2.17) (OECD, 2018b).



ote: Countries are ranked by government schemes and compulsory health insurance as a share of current health expenditure.

Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.17

Δαπάνες για την υγεία ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ε.Ε. για το έτος 2016

2.3.2 Ελλάδα

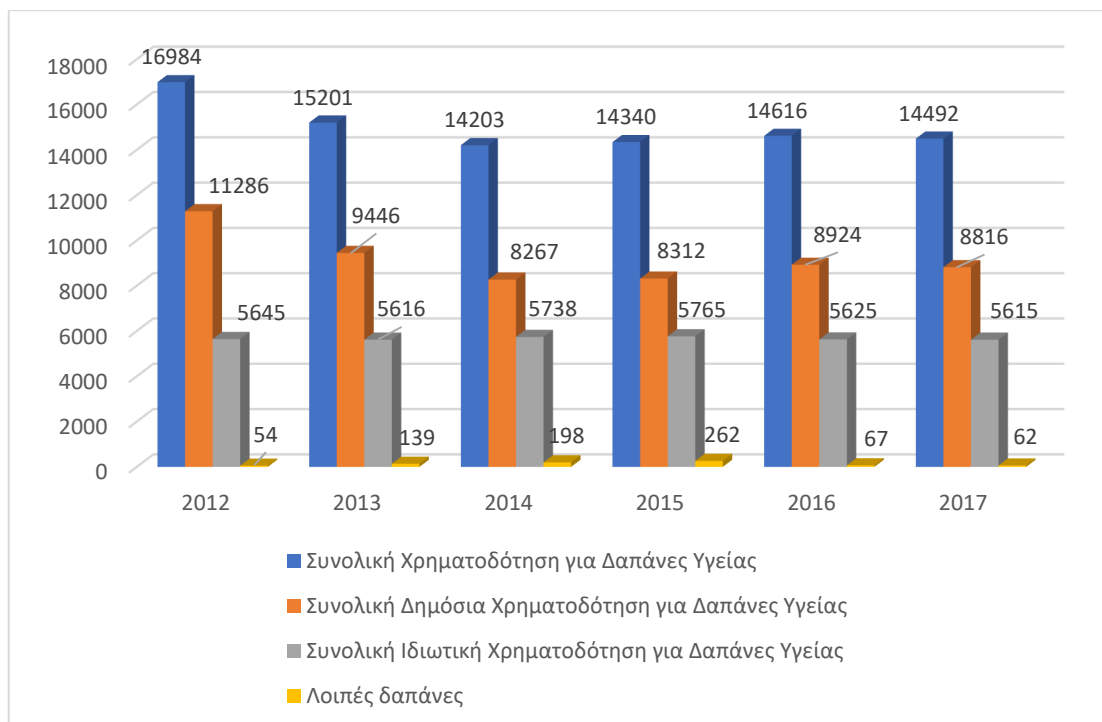
Το 2017 η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μειώθηκε κατά 1,2% σε σύγκριση με το 2016, ενώ η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση μειώθηκε κατά 0,2% σε σχέση με το προηγούμενο έτος (Πίνακας 2.3 & Διάγραμμα 2.18) (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Σε απόλυτους αριθμούς, η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση μειώθηκε από €7 δισ. το 2009 σε €5,6 δισ. το 2016 (Baeten et al., 2018).

Πίνακας 2.3

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) ανά φορέα
χρηματοδότησης, 2012 - 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Γενική κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)	5.082,1	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9
ΟΚΑ	6.204,0	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας	11.286,1	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,8	8.815,8
Ιδιωτική ασφάλιση	525,7	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
Ιδιωτικές πληρωμές	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας	5.644,6	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,7
Λοιπές δαπάνες	53,6	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
Συνολική Χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας	16.984,3	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,3

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019, ΕΛΣΤΑΤ, 2018ε



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019, ΕΛΣΤΑΤ, 2018ε

Διάγραμμα 2.18

Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) ανά φορέα χρηματοδότησης, 2012 - 2017

Η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ήταν διαχρονικά χαμηλότερη από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ε.Ε., ωστόσο, μετά την οικονομική κρίση, αποτέλεσε κύριο πεδίο υλοποίησης των μέτρων εξοικονόμησης πόρων στο πλαίσιο του προγράμματος προσαρμογής (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αυξάνονταν με ρυθμό μεγαλύτερο από αυτόν του ΑΕΠ, με αποτέλεσμα τα μεγάλα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς του συστήματος υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων (Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής, 2016). Κατά το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής, ως ανώτατο όριο των δημοσίων δαπανών τέθηκε το 6% του ΑΕΠ και, ενώ στα επόμενα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής δεν συμπεριλαμβανόταν ως στόχος, συνέχισε να καθορίζει την υλοποίηση των αντίστοιχων μέτρων (OECD, 2017b).

Αναφορικά με την συμβολή που έχει ο δημόσιος τομέας στη συνολική χρηματοδότηση της υγείας, υπάρχει μείωση από 61,1% το 2016 σε 60,8% το 2017, ενώ συνολικότερα οι δημόσιες δαπάνες υγείας σημείωσαν μείωση κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

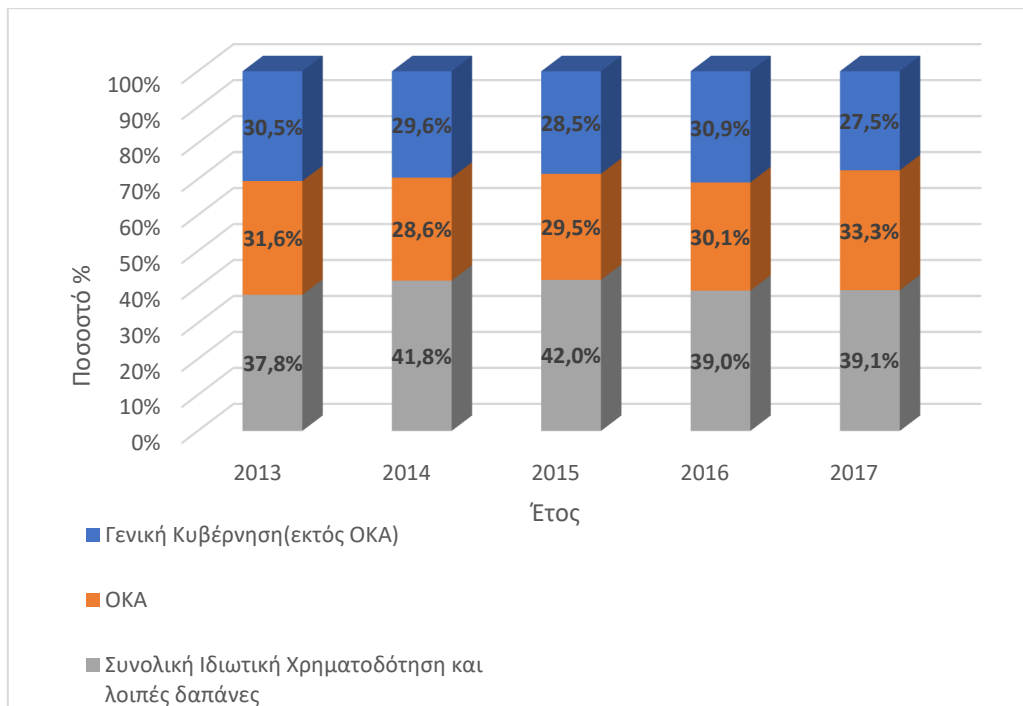
Εκτός από τα μέτρα στο πλαίσιο των προγραμμάτων στήριξης που αναφέρθηκαν, συνέβαλλε σε αυτό και η άνοδος της ανεργίας που επέφερε μείωση των πόρων από την κοινωνική ασφάλιση (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία σημειώνουν αύξηση, καθώς από 38,5% το 2016 ανήλθαν στο 38,7% το 2017, κυρίως λόγω της αύξησης των ιδιωτικών πληρωμών (Πίνακας 2.4 & Διάγραμμα 2.19) (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Παρά το ότι στην Ελλάδα συνυπάρχουν οι δύο βασικές πηγές δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας, που είναι η φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση, το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης στην χώρα μας είναι ένα από τα υψηλότερα του ΟΟΣΑ (Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Πίνακας 2.4

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (σε εκατ. €) και ποσοστιαία συμμετοχή φορέων χρηματοδότησης, 2013 - 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Γενική Κυβέρνηση	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9
(% της συνολικής)	30,5%	29,6%	28,5%	30,9%	27,5%
ΟΚΑ	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9
(% της συνολικής)	31,6%	28,6%	29,5%	30,1%	33,3%
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,7	8.815,8
(% της συνολικής)	62,1%	58,2%	58,0%	61,1%	60,8%
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης	5.616,3	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6
(% της συνολικής)	36,9%	40,4%	40,2%	38,5%	38,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
(% της συνολικής)	3,3%	3,8%	3,8%	3,9%	4,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3
(% της συνολικής)	33,7%	36,6%	36,4%	34,6%	34,8%
Λοιπές Δαπάνες	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
(% της συνολικής)	0,9%	1,4%	1,8%	0,5%	0,4%
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

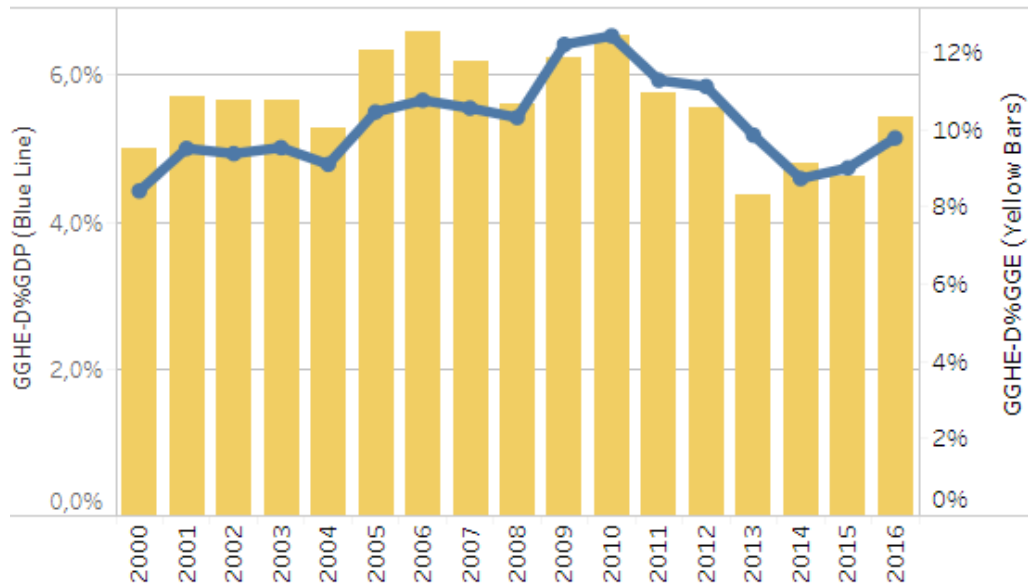


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Διάγραμμα 2.19

Ποσοστιαία συμμετοχή φορέων χρηματοδότησης στη χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 2013 - 2017

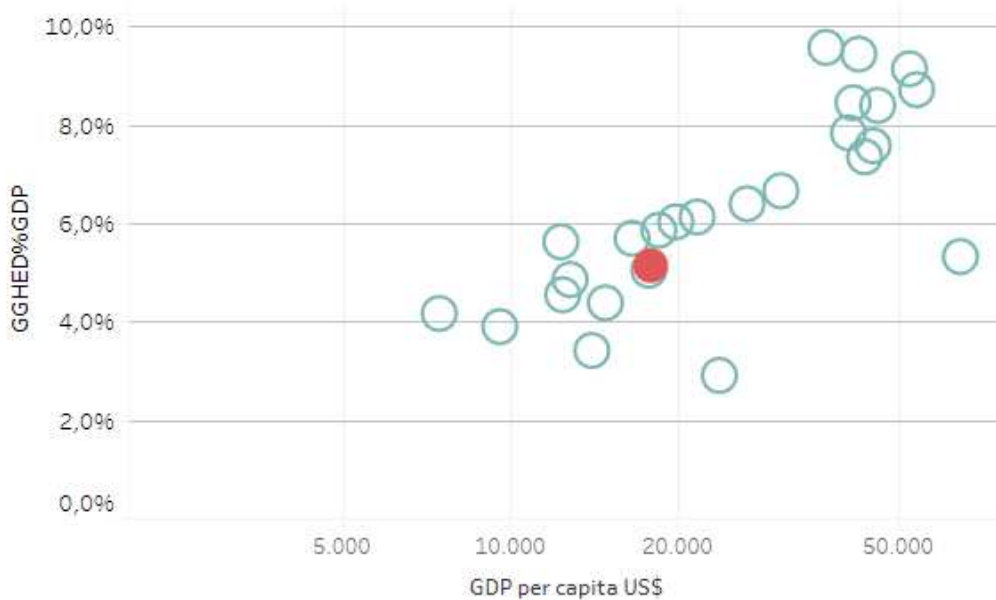
Η Ελλάδα παρουσιάζει, επίσης, ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δημοσίων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών (Economou et al., 2017). Οι κρατικές δαπάνες για την υγεία σημειώνουν σημαντική πτώση μετά το 2010, τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ, αλλά και ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών (Διάγραμμα 2.20) και σε σύγκριση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη, η Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά σε αυτόν τον τομέα (Διάγραμμα 2.21). Για το 2017, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 5,2% (μέσος όρος Ε.Ε.-28: 7%), ενώ ως ποσοστό των συνολικών δαπανών ήταν 11,1% (μέσος όρος Ε.Ε.-28: 15,3%) (Πίνακας 2.5).



Πηγή: WHO, n.d., http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Διάγραμμα 2.20

Κρατικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, ως % του ΑΕΠ και ως % των συνολικών κρατικών δαπανών, 2000 – 2016



(Ελλάδα: με κόκκινο χρώμα)

Πηγή: WHO, n.d., http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Διάγραμμα 2.21

Κρατικές δαπάνες για την υγεία για το 2016 στην Ε.Ε.28 ως % του ΑΕΠ και το κατά κεφαλήν ΑΕΠ US\$

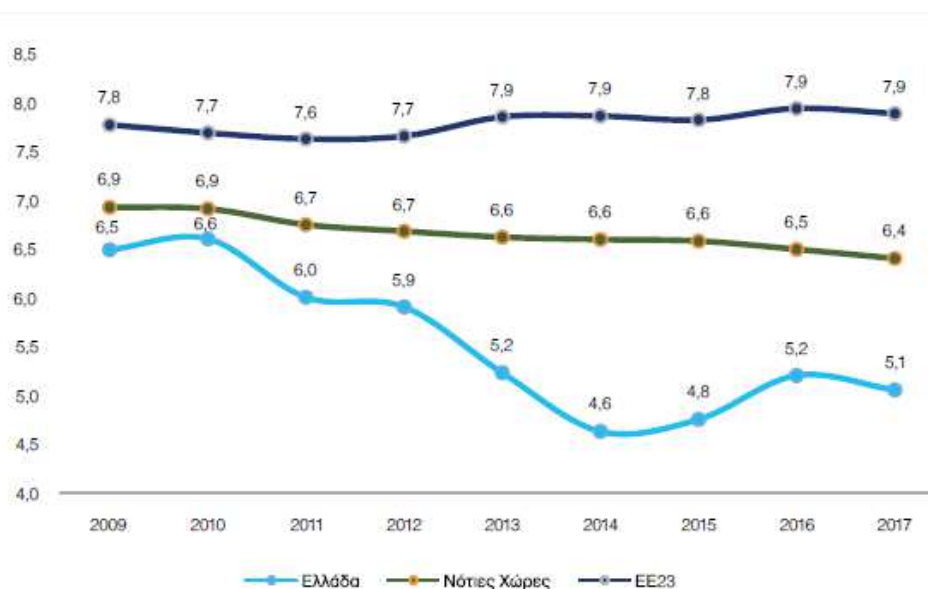
Πίνακας 2.5

Συνολικές κρατικές δαπάνες υγείας το 2017 (% του ΑΕΠ και % συνολικών δαπανών)

	percentage of GDP	percentage of total expenditure
EU-28	7,0	15,3
EA-19	7,1	15,0
BE	7,7	14,7
BG	4,9	14,1
CZ	7,5	19,2
DK	8,4	16,4
DE	7,1	16,2
EE	5,0	12,8
IE	5,1	19,6
EL	5,2	11,1
ES (p)	6,0	14,5
FR	8,0	14,2
HR (p)	6,3	14,0
IT	6,8	14,0
CY	2,6	6,9
LV	3,5	9,3
LT	5,7	17,1
LU	4,9	11,3
HU	4,8	10,2
MT	5,4	15,1
NL	7,6	17,8
AT	8,2	16,6
PL	4,7	11,4
PT	6,0	13,1
RO	4,3	12,9
SI	6,6	15,2
SK (p)	7,1	17,7
FI	7,1	13,1
SE	6,9	14,0
UK	7,4	18,2
IS (p)	7,6	17,5
NO	8,5	17,1
CH (p)	2,2	6,4

Πηγή: Eurostat, 2019

Εξετάζοντας τη δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό του ΑΕΠ και συγκρίνοντάς την κατά τη χρονική περίοδο από το 2009 έως και 2017, είναι σαφές πως έχει σημειώσει σημαντική μείωση, καθώς από 6,5% που ήταν το 2009, το 2017 ανήλθε στο 5,1%, σημειώνοντας μεγαλύτερη πτώση από το 2011 κι έπειτα σε σύγκριση με τις λοιπές νότιες χώρες της Ευρώπης (Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία), που, επίσης, εφάρμοσαν προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής. Παράλληλα, τόσο η Ελλάδα όσο και οι νότιες χώρες έχουν, κατά τη διάρκεια όλης της χρονικής περιόδου από το 2009 έως το 2017, πολύ χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε σύγκριση με τους μέσους όρους της Ε.Ε.-23 (Διάγραμμα 2.22) (IOBE, 2019).

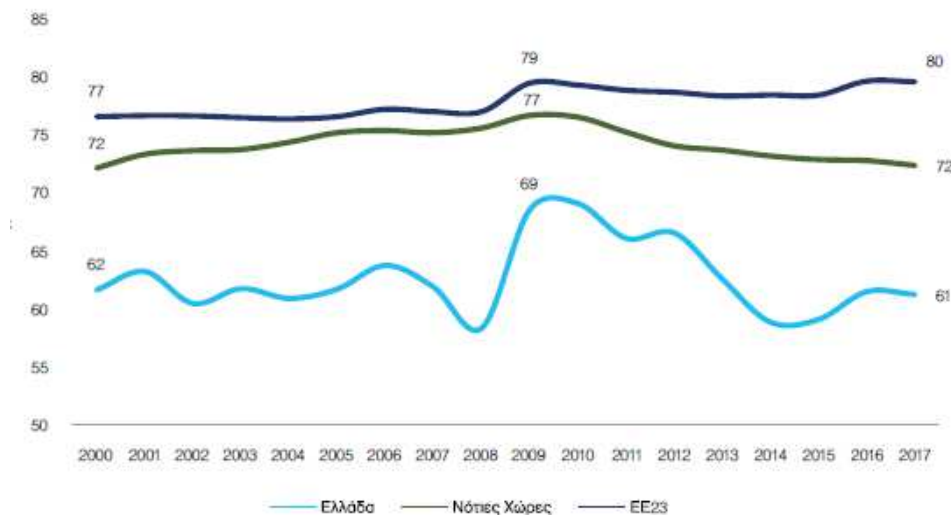


(*Νότιες Χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Πηγή: IOBE, 2019

Διάγραμμα 2.22

Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ), Ελλάδα, ΕΕ23, Νότιες χώρες, 2009 - 2017



(*Νότιες Χώρες: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία)

Πηγή: IOBE, 2019

Διάγραμμα 2.23

Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% της συνολικής), Ελλάδα, ΕΕ27, Νότιες χώρες, 2009 - 2017

Αντίστοιχα, η δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης στην Ελλάδα το 2017 είναι 61%, ποσοστό χαμηλότερο τόσο του μέσου όρου των νοτιών χωρών όσο και αυτού της Ε.Ε.(23) (Διάγραμμα 2.23) (IOBE, 2019).

2.4 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία

2.4.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη

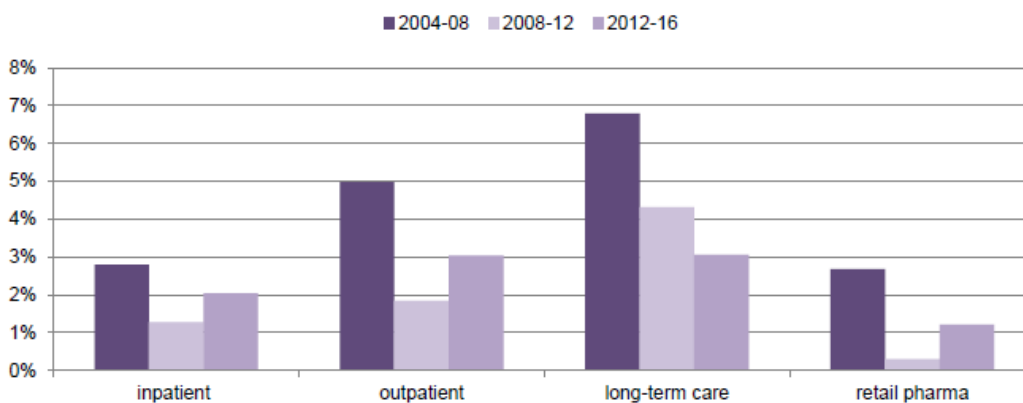
Οι κατηγορίες υγειονομικών υπηρεσιών, σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας διαχωρίζονται ως εξής: 1) υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης, που περιλαμβάνουν την ενδονοσοκομειακή -δημόσια και ιδιωτική- και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και τις υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας, 2) επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα είναι οι εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, οι υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης, 3) διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, όπως είναι τα φάρμακα, βοηθήματα ακοής, γυαλιά

οράσεως, κλπ, και 4) υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, διοίκηση του τομέα υγείας, και άλλες μη εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (Μπακόλα και συν., 2018, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016).

Η συνολική ανάπτυξη των δαπανών υγείας το 2016 στις χώρες του ΟΟΣΑ αποδίδεται, κυρίως σε αντίστοιχη αύξηση δαπανών για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας (outpatient care) (+4,4%), καθώς οι δαπάνες για την μακροχρόνια φροντίδα (long-term care), τα φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής πώλησης (retail pharmaceuticals) και την ενδονοσοκομειακή φροντίδα (inpatient care) παρουσίασαν μικρότερη αύξηση (OECD, 2018a). Κατά την περίοδο 2004 με 2008, οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα αυξάνονταν με σχεδόν διπλάσιο ρυθμό σε σύγκριση με τις αντίστοιχες δαπάνες για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, αλλά την περίοδο της κρίσης και έως το 2012 υπήρξε σημαντική επιβράδυνση και στα δύο είδη δαπανών (OECD, 2018a). Τα επόμενα χρόνια οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα ξεπέρασαν αυτές της ενδονοσοκομειακής χωρίς, ωστόσο, να φτάσουν αμφοτέρως τα επίπεδα προ κρίσης (Διάγραμμα 2.24) (OECD, 2018a). Αυτή η αύξηση των δαπανών για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα πιθανότατα οφείλεται στην επέκταση της κάλυψης και σε ανασφάλιστους πολίτες, καθώς και σε προσπάθειες πολλών κρατών να ενισχύσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα (OECD, 2018a).

Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας αναπτύσσονταν με τους ταχύτερους ρυθμούς πριν την οικονομική κρίση. Η αύξηση των δαπανών, ωστόσο, μειώθηκε σημαντικά κατά την περίοδο της κρίσης και συνέχισε να μειώνεται σταθερά έως και το 2016 (Διάγραμμα 2.24) (OECD, 2018a).

Πληθώρα κρατών αναγκάστηκαν, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, να εφαρμόσουν μέτρα και για τη σημαντική μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, κάτι που οδήγησε τις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής πώλησης να σημειώνουν σχεδόν μηδενική ή αρνητική ανάπτυξη (OECD, 2018a). Ωστόσο, το 2016 σημειώθηκε αύξηση των συγκεκριμένων δαπανών πιθανόν λόγω της εισαγωγής ορισμένων θεραπευτικών σκευασμάτων υψηλού κόστους (Διάγραμμα 2.24) (OECD, 2018a).



Note: Retail pharmaceuticals exclude the costs of pharmaceuticals used as part of an inpatient treatment episode.

Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 2.24

Μέσος ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του μέσου όρου του ΟΟΣΑ για δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα, 2004-08, 2008-12, 2012-16

Στην Ε.Ε. για το έτος 2015, οι δαπάνες για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης (curative and rehabilitative care) αποτέλεσαν περίπου το μισό των συνολικών δαπανών στα περισσότερα κράτη-μέλη (Eurostat, 2018b). Οι δαπάνες για ιατρικά προϊόντα (medical goods) ήταν για τις περισσότερες χώρες το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας, αν και παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών ως προς τα επιμέρους ποσοστά (Eurostat, 2018b). Οι δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες (ancillary services) είχαν μεγάλο εύρος διαφοράς μεταξύ των χωρών, που κυμαινόταν από 1,8% στο Ηνωμένο Βασίλειο έως και 11,5% στην Κύπρο, ενώ οι δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης παρουσίασαν μεγαλύτερη ομοιομορφία μεταξύ των χωρών (Πίνακας 2.6) (Eurostat, 2018b).

Αναφορικά με τις δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα (long-term care), στις μισές χώρες της Ε.Ε. αποτέλεσαν λιγότερο από το 10% των συνολικών δαπανών υγείας. Για την Ελλάδα και την Κύπρο, μάλιστα, οι συγκεκριμένες δαπάνες ανήλθαν μόλις στο 0,2% του ΑΕΠ και για την Σλοβακία και την Βουλγαρία ήταν μεταξύ 0,01 – 0,02% του ΑΕΠ. Για άλλες χώρες οι συγκεκριμένες δαπάνες για το 2015 συνιστούσαν, ωστόσο, περίπου το 1/5 των συνολικών τους δαπανών για την υγεία (Eurostat, 2018b). Είναι σημαντικό να τονισθεί, ωστόσο, ότι η σύγκριση των δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα μεταξύ των χωρών και η εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων δεν είναι εύκολη, καθώς περιορισμοί που αφορούν στα συλλεχθέντα δεδομένα των χωρών δεν καθιστούν

εφικτό των διαχωρισμό των ιατρικών και κοινωνικών διαστάσεων των συγκεκριμένων δαπανών (Eurostat, 2018b).

Πίνακας 2.6

Δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (% των τρεχουσών δαπανών υγείας) στις χώρες της Ε.Ε. για το 2015

	Curative care and rehabilitative care	Long-term care (health)	Ancillary services (non-specified by function)	Medical goods (non-specified by function)	Preventive care	Governance and health system and financing administration	Other health care services
Belgium	49.4	24.3	5.0	16.2	1.7	3.4	:
Bulgaria	47.7	0.1	4.2	43.5	2.6	1.3	0.6
Czech Republic	53.7	12.8	5.2	20.4	2.7	2.6	2.7
Denmark	55.8	24.5	4.7	10.2	2.5	2.4	0.0
Germany	51.3	16.3	4.9	19.8	3.0	4.8	:
Estonia	57.7	5.7	10.8	20.9	3.2	1.9	0.0
Ireland	53.9	22.7	2.9	14.1	2.7	2.9	0.8
Greece	61.7	2.1	4.0	28.3	1.3	2.6	0.0
Spain	58.7	9.2	5.0	22.3	2.0	2.9	0.0
France	55.9	10.7	5.4	20.1	1.9	6.0	:
Croatia	53.5	2.8	9.1	28.5	2.8	2.7	0.6
Italy	55.1	10.1	8.2	20.7	4.0	1.9	0.0
Cyprus (*)	63.6	3.4	11.5	19.3	0.7	1.5	0.0
Latvia	49.3	5.2	10.9	30.5	2.0	2.0	0.0
Lithuania	52.1	8.6	5.2	30.1	1.9	2.0	0.0
Luxembourg	52.9	23.5	5.9	11.0	2.4	4.3	0.0
Hungary	53.6	3.9	5.2	32.1	2.7	2.1	0.4
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	51.9	24.8	1.8	12.7	3.6	3.9	1.3
Austria	59.3	14.9	3.0	16.9	2.2	3.8	:
Poland	61.3	5.9	4.7	23.4	2.7	1.7	0.4
Portugal	65.8	2.6	8.3	19.6	1.8	1.9	0.1
Romania	42.9	6.4	5.2	39.6	2.1	2.5	1.3
Slovenia	57.8	9.9	3.7	22.4	2.7	3.5	0.0
Slovakia	52.2	0.3	6.9	35.3	2.1	3.2	:
Finland	59.9	17.0	3.3	14.9	4.0	0.9	0.1
Sweden	52.2	26.3	3.7	12.3	3.1	1.7	0.7
United Kingdom	56.7	18.2	1.8	14.5	5.2	2.2	1.5
Iceland (*)	59.1	20.5	2.4	14.5	2.4	1.3	0.0
Liechtenstein	60.4	14.0	5.0	13.5	1.2	5.9	0.0
Norway (*)	50.0	27.9	7.8	10.9	2.9	0.6	0.0
Switzerland (*)	57.9	19.2	3.4	13.2	2.2	4.1	:

(*) Long-term care: definitions differ.

(*) Definitions differ.

(*) Ancillary services: definitions differ.

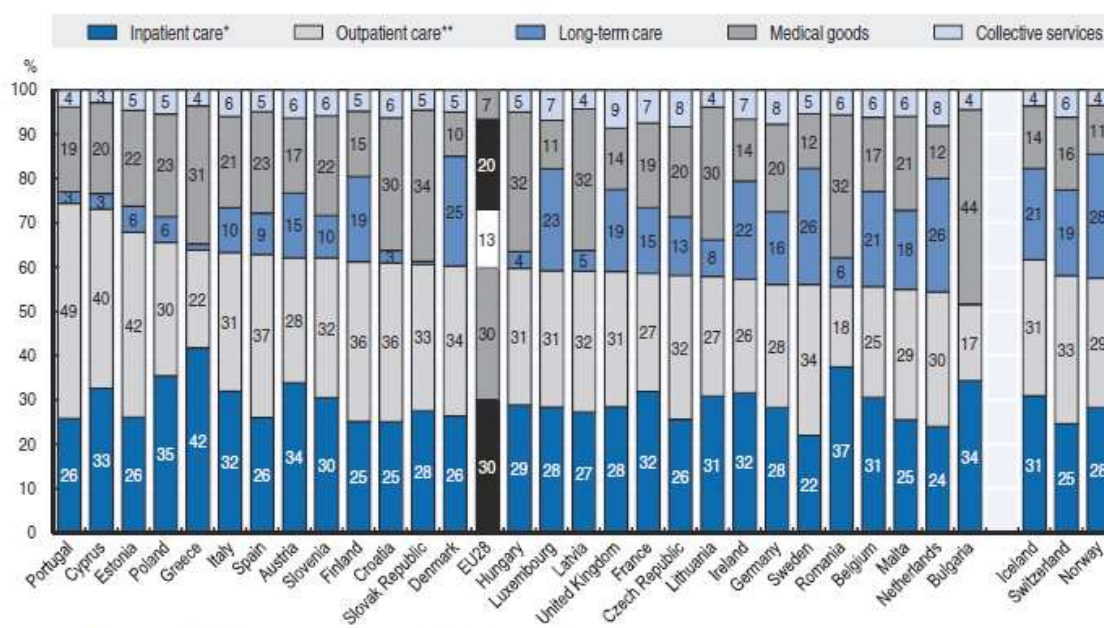
(*) 2014.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hc)

Πηγή: Eurostat, 2018b

Για το έτος 2016, παρατηρείται και πάλι ότι οι δαπάνες για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης κατέλαβαν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών για τις περισσότερες χώρες, και ακολούθησαν οι δαπάνες για ιατρικά προϊόντα προς εξωνοσοκομειακούς ασθενείς και για την μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Η Ελλάδα παρουσίασε τις υψηλότερες δαπάνες για ενδονοσοκομειακή φροντίδα (νοσοκομεία και ημερήσια φροντίδα) μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. με ποσοστό 42% των συνολικών δαπανών υγείας. Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, περιλαμβάνοντας την κατ' οίκον θεραπεία, τις υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης και τις επικουρικές υπηρεσίες, ήταν υψηλότερες από αυτές για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα (OECD, 2018b). Οι δαπάνες για ιατρικά προϊόντα προς εξωνοσοκομειακούς ασθενείς ήταν υψηλότερες στις χώρες της κεντρικής και νότιας

Ευρώπης και χαμηλότερες στις χώρες της δυτικής Ευρώπης και την Σκανδιναβία (Διάγραμμα 2.25) (OECD, 2018b).



* Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings.

** Includes home care and ancillary services.

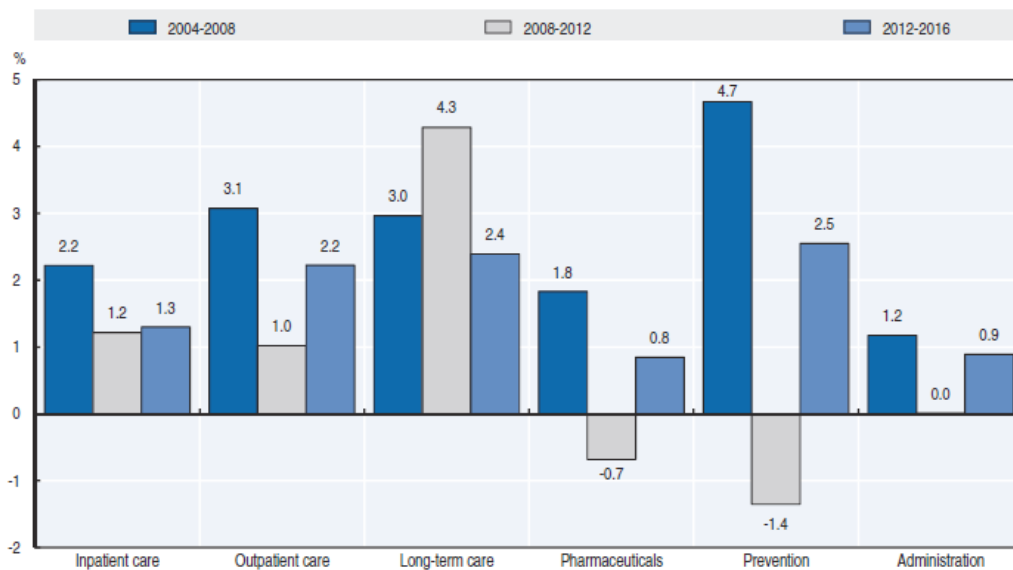
Note: Countries are ranked by the sum of inpatient and outpatient care as a share of current health expenditure.

Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.25

Δαπάνες υγείας ανά υγειονομική δραστηριότητα (% των τρεχουσών δαπανών υγείας) στις χώρες της Ε.Ε. για το 2016

Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης και έως το 2012, ο ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών για όλες τις υγειονομικές δραστηριότητες, πλην της μακροχρόνιας φροντίδας, μειώθηκε σημαντικά, αλλά επηρεάστηκε σημαντικά ο ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών για τα φαρμακευτικά προϊόντα και την πρόληψη. Μετά το 2012 και έως το 2016, ο ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών άρχισε να αυξάνεται και πάλι για όλες τις υγειονομικές δραστηριότητες (πλην αυτού για την μακροχρόνια φροντίδα), χωρίς όμως να καταφέρει να φτάσει το επίπεδο προ κρίσης (Διάγραμμα 2.26) (OECD, 2018b).



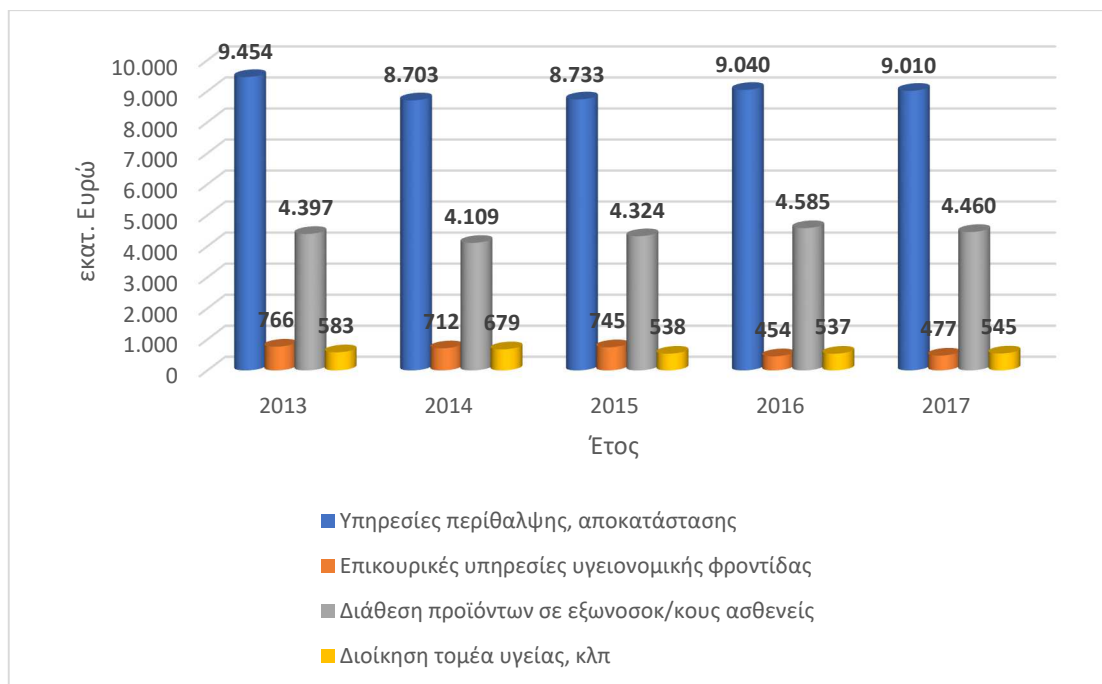
Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.26

Ρυθμός ανάπτυξης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία, μέσος όρος Ε.Ε., 2004-08, 2008-12, 2012-16

2.3.2 Ελλάδα

Συγκρίνοντας τα έτη της περιόδου 2013 με 2017, οι υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης και η διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς αποτέλεσαν το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, όπου και οι δύο κατηγορίες υπηρεσιών παρουσίασαν αύξηση το 2015 και 2016 και να εν συνεχεία μειώθηκαν το 2017. Οι επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας το 2016 και 2017 σημείωσαν σημαντική μείωση σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη (Διάγραμμα 2.27).



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Διάγραμμα 2.27

Χρηματοδότηση υγειονομικής δαπάνης ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017

Στον Πίνακα 2.7 παρουσιάζεται η χρηματοδότηση από τους φορείς χρηματοδότησης ανά υγειονομική δραστηριότητα (υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης, προϊόντα λιανικής, κλπ), μαζί με τις ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ των ετών. Το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας χρηματοδότησης διατίθεται για υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης και για διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Και οι δύο κατηγορίες υγειονομικών υπηρεσιών παρουσίασαν σημαντική πτώση μεταξύ των ετών 2013 και 2014, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για επικουρικές υπηρεσίες είχαν μεγάλη μείωση μεταξύ 2015 και 2016. Γενικότερα, στο σύστημα υγείας της Ελλάδας παρατηρείται μία έμφαση στην παροχή φροντίδας για οξείες παθήσεις, σε αντίθεση με την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, δημόσιας υγείας και ψυχικής υγείας (Baeten et al., 2018).

Η χρηματοδότηση μέσω την πληρωμών των νοικοκυριών αφορά, κυρίως τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης, καθώς και τη διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, όπου σημειώνονται αυξητικές τάσεις μεταξύ των ετών, με εξαίρεση το 2016 όπου υπήρξε μείωση σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά. Αξίζει

να σημειωθεί πως στις επικουρικές υπηρεσίες οι πληρωμές από τα νοικοκυριά μειώνονται σε όλα τα έτη σύγκρισης (Πίνακας 2.7).

Πίνακας 2.7

Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. €)

	2013	2014	2015*	2016*	2017	14/13 %	15/14 %	16/15 %	17/16 %
1.Χρηματοδότηση δαπάνης υγείας (2+3+4) (HF.1.1-HF.4) σε :	15.201,4	14.203,2	14.339,9	14.818,4	14.492,2	-6,8	1,0	1,9	-0,8
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	9.454,3	8.703,1	8.733,0	9.040,1	9.009,9	-7,9	0,3	3,5	-0,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	766,3	712,4	744,9	454,2	477,4	-7,0	4,6	-39,0	5,1
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	4.397,4	4.108,6	4.323,8	4.584,7	4.460,2	-6,8	5,2	6,0	-2,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	583,3	679,1	537,8	537,4	544,7	16,4	-20,8	-0,1	1,4
2.Χρηματοδότηση δημόσιας δαπάνης (2A+2B) (HF.1.1, HF.1.2)	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,8	8.815,8	-12,5	0,5	7,4	-1,2
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	5.913,1	5.047,2	5.002,6	5.606,3	5.528,9	-14,8	-0,9	12,1	-1,4
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	422,4	414,1	463,6	190,2	266,6	-2,0	12,0	-59,0	41,7
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	2.612,5	2.211,8	2.408,0	2.689,4	2.579,9	-15,3	8,9	11,7	-4,1
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	497,9	593,9	437,9	435,9	437,4	19,3	-26,3	-0,5	0,3
2A.Χρηματοδότηση από την Κεντρική Διοίκηση (HF.1.1)	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9	-9,2	-2,9	10,6	-11,8
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	4.352,8	3.852,7	3.813,0	4.227,2	3.714,0	-11,5	-1,0	10,9	-12,1
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	60,1	57,7	60,8	77,6	64,0	-4,0	5,4	27,6	-17,5
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	10,8	11,5	13,3	14,3	15,2	6,7	15,7	7,5	6,3
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	214,9	288,6	200,5	199,9	191,7	34,3	-30,5	-0,3	-4,1
2B.Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ (HF.1.2)	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9	-15,6	4,1	4,3	9,7
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	1.580,3	1.194,5	1.189,6	1.381,1	1.814,9	-23,4	-0,4	16,1	31,4
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	362,3	356,4	402,8	112,6	205,6	-1,6	13,0	-72,0	82,6
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	2.601,7	2.200,3	2.394,7	2.675,1	2.564,7	-15,4	8,8	11,7	-4,1
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	283,0	305,3	237,4	236,0	245,7	7,9	-22,2	-0,6	4,1
3.Ιδιωτικός τομέας (3A+3B) (HF.2.1, HF.3.1)	5.616,2	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6	2,2	0,5	-2,4	-0,2
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	3.405,5	3.480,9	3.486,4	3.384,6	3.441,6	1,6	0,7	-2,9	1,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	343,9	298,3	281,3	264,0	207,8	-13,3	-5,7	-6,2	-21,3
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	1.784,9	1.896,8	1.915,8	1.895,3	1.880,3	6,3	1,0	-1,1	-0,8
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	81,9	81,9	81,9	81,5	84,9	0,0	0,0	-0,5	4,2
3A.Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	495,1	535,0	541,3	567,5	578,3	8,1	1,2	4,8	1,9
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	413,2	453,1	459,4	486,0	493,4	9,7	1,4	5,8	1,5
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	81,9	81,9	81,9	81,5	84,9	0,0	0,0	-0,5	4,2
3B.Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών (HF.3.1)	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3	1,6	0,4	-3,2	-0,4
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	2.992,3	3.007,8	3.027,0	2.898,6	2.948,2	0,5	0,6	-4,2	1,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	343,9	298,3	281,3	264,0	207,8	-13,3	-5,7	-6,2	-21,3
Διάθεση προϊόντων σε έξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (HC.5)	1.784,9	1.896,8	1.915,8	1.895,3	1.880,3	6,3	1,0	-1,1	-0,8
4.Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	139,3	198,3	262,0	67,2	61,8	42,4	32,1	-74,4	-8,0
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	135,8	195,0	244,0	47,2	39,4	43,6	25,1	-80,7	-16,5
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	3,5	3,3	18,0	20,0	22,4	-5,7	445,5	11,1	12,0

*αναθεωρημένα στοιχεία

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Στον Πίνακα 2.8 καταγράφεται η κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγείας ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα, καθώς και οι ποσοστιαίες μεταβολές μεταξύ των ετών.

Πίνακας 2.8

Κατεύθυνση της χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα (σε εκατ. €)

	2013	2014	2015*	2016*	2017	14/13 %	15/14 %	16/15 %	17/16 %
Σύνολο προμηθευτών υγείας (HP.1-HP.9)	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.816,4	14.492,2	-6,6	1,0	1,9	-0,8
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	9.454,4	8.703,1	8.733,0	9.040,1	9.009,8	-7,9	0,3	3,5	-0,3
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	786,3	712,4	744,9	454,2	477,4	-7,0	4,6	-39,0	5,1
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	4.397,4	4.108,6	4.323,8	4.584,7	4.460,2	-6,6	5,2	6,0	-2,7
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	583,3	679,2	537,9	537,4	544,8	16,4	-20,8	-0,1	1,4
Νοσοκομεία (HP.1)	6.578,5	6.089,5	6.065,4	6.519,8	6.206,9	-7,4	-0,4	7,5	-4,8
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	6.570,4	6.089,2	6.065,4	6.519,8	6.206,9	-7,3	-0,4	7,5	-4,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	8,1	0,4	0,0	0,0	0,0	-95,7	-	-	-
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.2)	102,6	84,0	159,5	177,3	253,3	-18,1	89,8	11,2	42,9
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	102,6	84,0	159,5	177,3	253,3	-18,1	89,8	11,2	42,9
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	2.918,2	2.674,3	2.629,6	2.450,2	2.575,9	-8,4	-1,7	-6,8	5,1
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	2.744,9	2.501,5	2.480,7	2.287,7	2.419,2	-8,9	-0,8	-7,8	5,7
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	47,8	20,3	17,6	18,7	16,8	-57,5	-13,3	6,3	-10,2
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	125,5	152,6	131,3	143,8	139,9	21,6	-14,0	9,6	-2,7
Προμηθευτές βοηθητικών υπηρεσιών (HP.4)	710,4	691,7	727,3	435,5	460,6	-2,6	5,1	-40,1	5,8
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	710,4	691,7	727,3	435,5	460,6	-2,6	5,1	-40,1	5,8
Έμποροι λιανικής (HP.5)	4.397,4	4.108,6	4.323,8	4.584,7	4.460,2	-6,6	5,2	6,0	-2,7
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.5)	4.397,4	4.108,6	4.323,8	4.584,7	4.460,2	-6,6	5,2	6,0	-2,7
Φορείς διοίκησης δημόσιας υγείας και λοιποί φορείς (HP.6-HP.9)	494,3	555,0	434,0	448,9	535,3	12,3	-21,8	3,4	19,2
Υπηρεσίες περιθαλψής, αποκατάστασης (HC.1,HC.2,HC.3)	36,5	28,4	27,4	55,3	130,4	-22,2	-3,5	101,8	135,8
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομικούς ασθενείς (HC.4,HC.5)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.0)	457,8	526,6	406,6	393,6	404,9	15,0	-22,8	-3,2	2,9

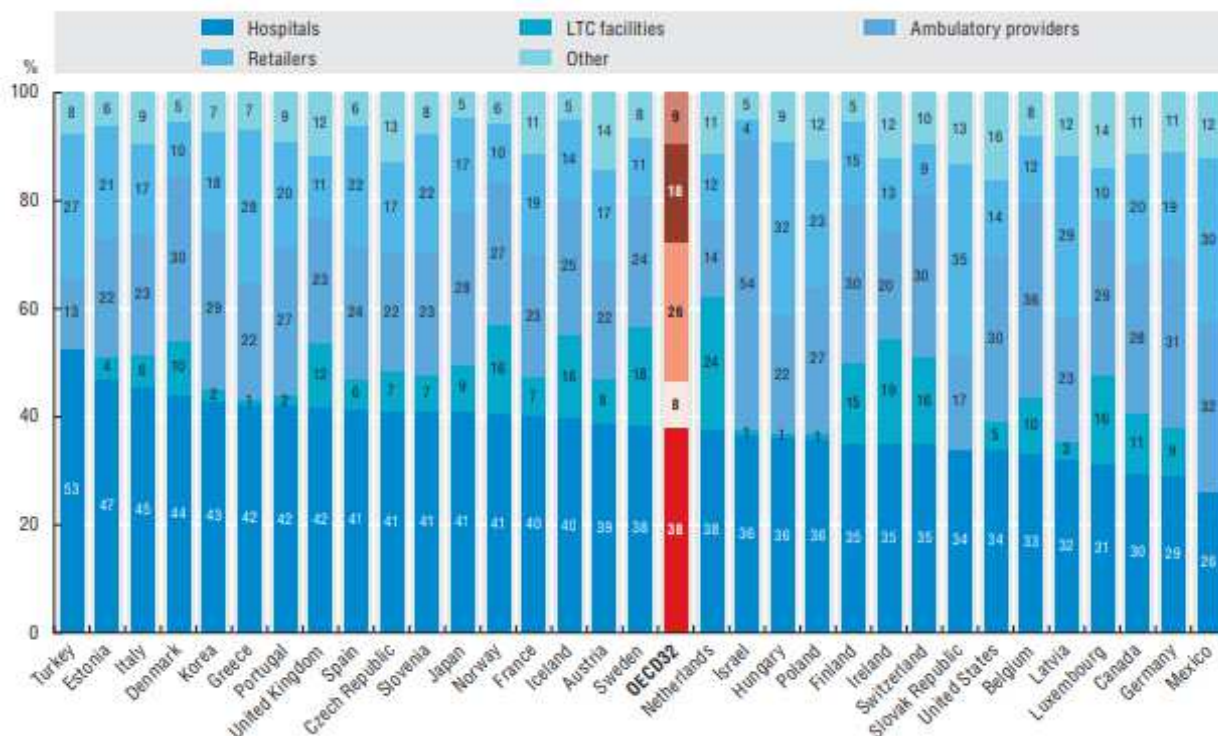
*αναθεωρημένα στοιχεία

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

2.5 Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή υγείας

2.5.1 Χώρες του ΟΟΣΑ και Ευρώπη

Παρά το γεγονός ότι οι χώρες του ΟΟΣΑ παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο που οργανώνουν την παροχή υγείας, τα νοσοκομεία, ως προμηθευτής υγείας, εκπροσωπούν το 2015 το μεγαλύτερο ποσοστό αναφορικά με τις τρέχουσες δαπάνες υγείας στην συντριπτική πλειοψηφία των χωρών (μέσος όρος ΟΟΣΑ 38%), ενώ ακολουθούν οι εξωνοσοκομειακές δομές (ambulatory services) (μέσος όρος ΟΟΣΑ 28%) (OECD, 2017a). Βασικές κατηγορίες προμηθευτών είναι, επίσης, οι έμποροι λιανικής, με κύριο εκπρόσωπο τα φαρμακεία που πωλούν μη-συνταγογραφούμενα φάρμακα (μέσος όρος ΟΟΣΑ 18%), και οι δομές μακροχρόνιας φροντίδας για εσωτερικούς ασθενείς που είναι εξαρτώμενα άτομα σε μακροχρόνια βάση (μέσος όρος ΟΟΣΑ 8%) (Διάγραμμα 2.28) (OECD, 2017a).

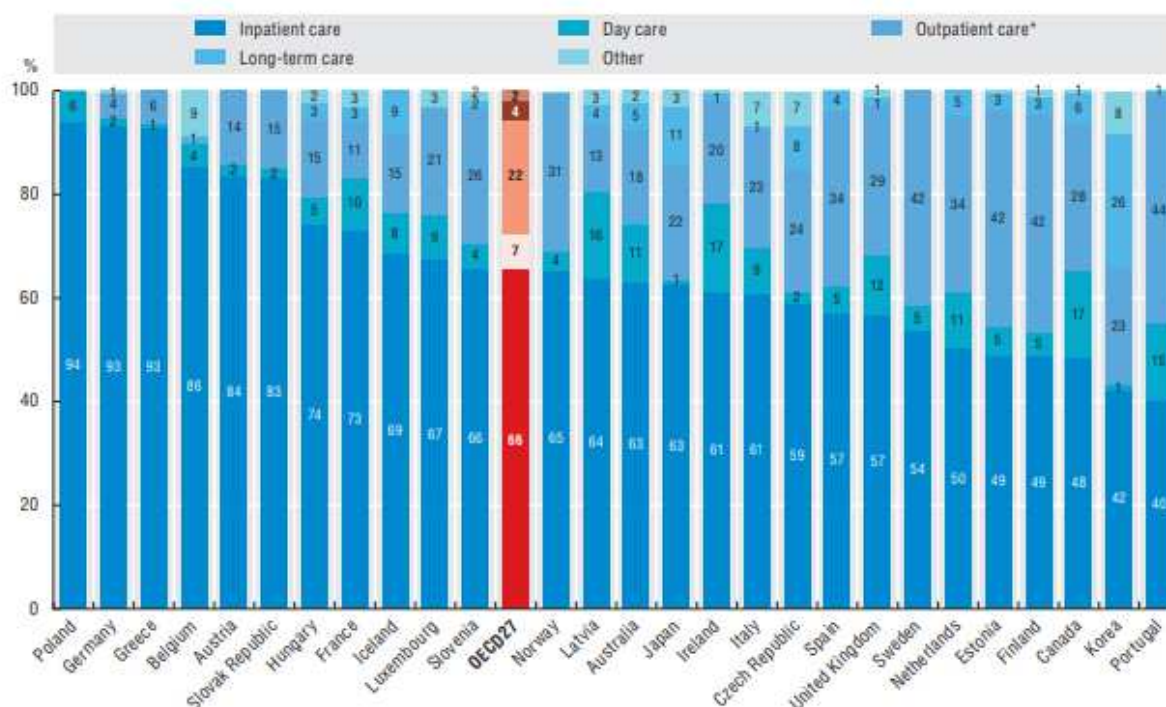


Πηγή: OECD, 2017a

Διάγραμμα 2.28

Δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή (% των τρεχουσών δαπανών) στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2015

Το 2015 η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και αποκατάστασης από τα νοσοκομεία για εσωτερικούς ασθενείς αποτελεί για τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ την κύρια νοσοκομειακή δαπάνη. Ωστόσο, αναφορικά με τη δαπάνη για εξωνοσοκομειακή φροντίδα από τα νοσοκομεία υπάρχουν πιο έντονες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Για την Πορτογαλία, τη Σουηδία, την Εσθονία και την Φιλανδία η εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί το 44% των νοσοκομειακών δαπανών για των πρώτη και 42% για τις άλλες τρεις χώρες (OECD, 2017a). Αντίθετα, στην Ελλάδα, στη Γερμανία και στο Βέλγιο, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα συνιστά το 6%, 4% το 1% της νοσοκομειακής δαπάνης αντίστοιχα. Οι μέσοι όροι του ΟΟΣΑ για τη νοσοκομειακή δαπάνη είναι 66% για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, 22% για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, 7% για ημερήσια φροντίδα (day care) και 4% για μακροχρόνια φροντίδα (Διάγραμμα 2.29) (OECD, 2017a).



Countries are ranked by inpatient curative-rehabilitative care as a share of hospital expenditure, includes ancillary services.

Πηγή: OECD, 2017a

Διάγραμμα 2.29

Νοσοκομειακή δαπάνη ανά υγειονομική δραστηριότητα (% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης) στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2015

Το 2015 στις χώρες της Ε.Ε., τα νοσοκομεία αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο ποσοστό της τρέχουσας δαπάνης υγείας για όλες πλην τεσσάρων χωρών. Οι δύο εξ' αυτών ήταν το Βέλγιο και η Γερμανία, όπου οι προμηθευτές υπηρεσιών για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (ambulatory health care providers) παρουσίασαν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών με 36,3%, το υψηλότερο στην Ε.Ε., και 31,4% αντίστοιχα. Οι άλλες δύο χώρες ήταν η Βουλγαρία και η Σλοβακία όπου εκεί οι έμποροι λιανικής και άλλοι πάροχοι ιατρικών προϊόντων είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό των τρεχουσών δαπανών (43,2% και 35,3% αντίστοιχα) (Πίνακας 2.9) (Eurostat, 2018b).

Πίνακας 2.9

Δαπάνες υγείας ανά προμηθευτή υγείας (& της τρέχουσας δαπάνης υγείας) στην Ε.Ε. για το 2015

	Hospitals	Residential long-term care facilities	Providers of ambulatory health care	Providers of ancillary services	Retailers and other providers of medical goods	Providers of preventive care	Providers of health care system administration and financing	Rest of the economy	Rest of the world
Belgium	33.2	10.3	36.3	2.6	12.3	0.9	4.0	0.4	:
Bulgaria	33.6	0.4	14.9	3.7	43.2	0.6	1.3	1.8	0.4
Czech Republic	41.1	7.4	21.8	3.7	17.0	0.4	2.7	1.9	0.0
Denmark	44.1	10.1	30.4	1.6	10.2	1.2	2.4	0.0	0.0
Germany	29.2	8.9	31.4	1.3	19.5	0.6	5.4	3.3	0.5
Estonia	47.2	3.8	21.8	1.8	20.9	1.1	1.9	0.5	1.0
Ireland	35.2	19.3	19.9	1.5	13.4	1.2	2.8	5.8	0.2
Greece	42.3	0.8	21.5	3.9	28.3	0.4	2.6	0.0	0.2
Spain	41.5	5.6	24.4	1.6	22.3	0.7	2.9	1.1	0.0
France	40.2	6.9	22.7	2.9	18.9	1.2	6.0	1.0	:
Croatia	42.2	0.4	20.1	3.7	28.2	1.7	2.6	0.4	0.5
Italy	45.5	6.0	22.5	4.4	16.6	3.1	1.9	0.0	0.1
Cyprus	43.5	1.4	26.1	8.4	16.0	0.5	1.5	0.0	2.6
Latvia	32.6	3.3	23.5	7.6	29.8	0.3	2.3	0.6	0.2
Lithuania	34.2	1.5	21.6	2.8	30.3	0.7	2.0	6.4	0.5
Luxembourg	31.5	16.3	28.6	3.8	9.6	0.9	4.5	2.8	2.2
Hungary	36.0	0.7	22.2	3.0	32.1	0.4	2.1	3.1	0.4
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	37.6	24.5	14.4	2.1	12.2	1.9	5.1	1.3	0.9
Austria	38.7	8.4	21.9	3.0	16.8	0.8	3.8	6.2	0.4
Poland	35.7	1.4	27.3	4.6	23.2	0.1	2.9	4.3	0.5
Portugal	42.0	2.0	27.5	5.0	19.6	0.1	1.9	1.3	0.6
Romania	39.1	1.5	15.4	5.2	32.9	0.4	2.5	1.7	1.2
Slovenia	41.1	6.7	22.6	1.0	21.9	0.4	3.6	2.1	0.7
Slovakia	34.1	0.0	17.2	6.9	35.3	1.8	3.2	1.2	0.4
Finland	35.2	14.7	29.5	1.8	15.3	0.1	0.8	2.5	:
Sweden	38.4	18.4	24.1	0.0	10.8	1.6	1.7	2.1	0.1
United Kingdom	41.8	11.6	23.5	1.8	11.5	1.8	2.1	4.5	0.2
Iceland (*)	39.7	15.6	25.1	2.4	14.5	0.6	1.3	:	0.9
Liechtenstein	8.4	9.9	31.6	3.1	3.6	0.8	5.9	2.6	34.2
Norway	40.5	16.4	26.7	1.0	10.5	2.6	0.6	1.7	0.2
Switzerland (*)	36.2	16.8	27.5	3.1	8.9	2.2	4.1	0.5	0.6

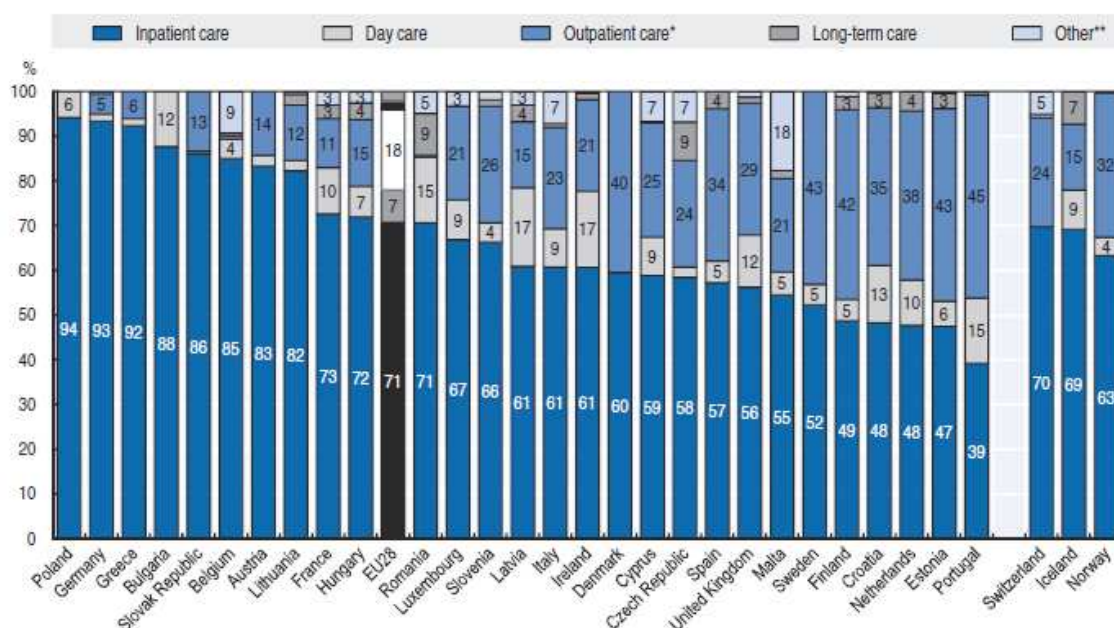
(*) Definitions differ.

(†) 2014.

Πηγή: Eurostat, 2018b

Το 2016 στις χώρες τις Ε.Ε. παρατηρείται πως η ενδονοσοκομειακή και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη συνιστούν τους υγειονομικούς τομείς που καταλαμβάνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά από την συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης. Η Πολωνία, η Γερμανία και η Ελλάδα σημείωσαν τα υψηλότερα ποσοστά νοσοκομειακής δαπάνης για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης με 94%, 93% και 92% αντίστοιχα (Διάγραμμα 2.30) (OECD, 2018b). Οι δαπάνες για ημερήσια φροντίδα σημειώνουν, γενικά, αυξητικές τάσεις στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. και κατά συνέπεια, μαζί με τη δαπάνη για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, αποτελούν περίπου το ήμισυ της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης (OECD, 2018b). Η δαπάνη για την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας από τα νοσοκομεία, σημείωσε τα υψηλότερα ποσοστά στην Πορτογαλία (45%), στη Σουηδία (43%), στην Εσθονία(43%), στην Φιλανδία (42%) και στη Δανία (40%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στην Ελλάδα (6%), στη Γερμανία

(5%), στο Βέλγιο (1%), στην Πολωνία (0%), στη Βουλγαρία (0%) και στη Ρουμανία (0%) (Διάγραμμα 2.30) (OECD, 2018b).



* Refers to curative-rehabilitative care in outpatient and home-based settings and ancillary services.

** Includes medical goods and collective health services.

Note: Countries are ranked by inpatient care as a share of hospital expenditure.

Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 2.30

Νοσοκομειακή δαπάνη ανά υγειονομική δραστηριότητα (% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης) στην Ε.Ε. για το 2016

2.5.2 Ελλάδα

Στον Πίνακα 2.10 παρουσιάζεται η χρηματοδότηση από τους κύριους χρηματοδοτικούς φορείς προς τους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή νοσοκομεία, παρόχους εξωνοσοκομειακής φροντίδας (ιατροί, οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, κλπ) και τους εμπόρους λιανικής (φαρμακεία, έμποροι οπτικών ειδών, βοηθημάτων ακοής, κλπ). Παρατηρείται ότι η δημόσια δαπάνη για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων μειώνεται κατά την περίοδο 2013 με 2017. Το 2016 σημειώνεται μία μικρή αύξηση, αλλά το 2017 υπάρχει και πάλι μείωση. Οι πληρωμές των ιδιωτών, ωστόσο, για υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία αυξάνουν κατά την περίοδο 2013 με

2017. Το 2015 και 2017 υπάρχει μία μικρή μείωση, αλλά και πάλι οι δαπάνες παραμένουν υψηλότερες από αυτές του 2013.

Πίνακας 2.10

**Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας
(σε εκατ. €)**

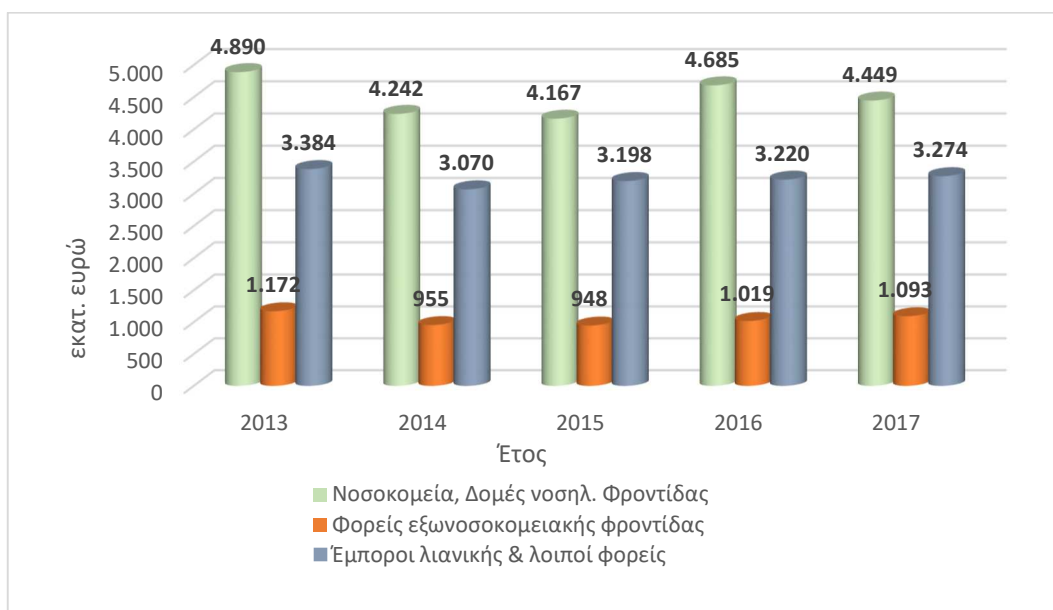
	2013	2014	2015*	2016*	2017	14/13 %	15/14 %	16/15 %	17/16 %
1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4)	15.201,4	14.203,2	14.339,6	14.616,4	14.492,2	-6,6	1,0	1,9	-0,8
2.Χρηματοδότηση για δημόσια δαπάνη (2Α+2Β)	9.445,9	8.267,0	8.312,2	8.923,8	8.815,8	-12,5	0,5	7,4	-1,2
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	4.890,2	4.242,2	4.166,6	4.684,8	4.448,9	-13,3	-1,8	12,4	-5,0
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.171,5	954,7	947,5	1.019,4	1.092,8	-18,5	-0,7	7,6	7,2
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.384,2	3.070,1	3.198,1	3.219,6	3.274,1	-9,3	4,2	0,7	1,7
2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	4.638,6	4.210,5	4.087,6	4.519,0	3.984,9	-9,2	-2,9	10,6	-11,8
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	4.064,8	3.606,7	3.341,3	3.660,2	3.167,7	-11,3	-7,4	9,5	-13,5
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	410,8	393,2	601,8	708,5	679,7	-4,3	53,1	17,7	-4,1
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	163,0	210,6	144,5	150,3	137,5	29,2	-31,4	4,0	-8,5
2Β.ΟΚΑ (HF.1.2)	4.807,3	4.056,5	4.224,6	4.404,8	4.830,9	-15,6	4,1	4,3	9,7
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	825,4	635,5	825,3	1024,6	1281,2	-23,0	29,9	24,1	25,0
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	760,7	561,5	345,7	310,9	413,1	-26,2	-38,4	-10,1	32,9
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.221,2	2.859,5	3.053,6	3.069,3	3.136,6	-11,2	6,8	0,5	2,2
3.Ιδιωτικός τομέας(3Α+3Β)	5.616,2	5.737,9	5.765,4	5.625,4	5.614,6	2,2	0,5	-2,4	-0,2
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.779,8	1.919,0	2.047,9	2.002,9	1.997,7	7,8	6,7	-2,2	-0,3
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.618,4	1.533,9	1.430,4	1.373,2	1.434,9	-5,2	-6,7	-4,0	4,5
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.218,1	2.285,0	2.287,1	2.249,3	2.182,0	3,0	0,1	-1,7	-3,0
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)	495,1	535,0	541,3	567,5	578,3	8,1	1,2	4,8	1,9
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	358,2	395,1	394,1	423,0	434,6	10,3	-0,3	7,3	2,7
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	47,7	50,0	57,2	54,4	49,9	4,8	14,4	-4,9	-8,3
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	89,2	89,9	90,0	90,1	93,8	0,8	0,1	0,1	4,1
3Β.Πληρωμές ιδιωτών (HF.3.1)	5.121,2	5.202,9	5.224,1	5.057,9	5.036,3	1,6	0,4	-3,2	-0,4
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.421,6	1.523,9	1.653,8	1.579,9	1.563,1	7,2	8,5	-4,5	-1,1
Φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.570,7	1.483,9	1.373,2	1.318,8	1.385,0	-5,5	-7,5	-4,0	5,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2128,9	2195,1	2.197,1	2.159,2	2.088,2	3,1	0,1	-1,7	-3,3
4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	139,3	198,3	262,0	67,2	61,8	42,4	32,1	-74,4	-8,0

*αναθεωρημένα στοιχεία

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Η δημόσια χρηματοδότηση προς τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής φροντίδας, προς τους φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας και προς τους εμπόρους λιανικής και τους λοιπούς φορείς παρουσιάζει μείωση κατά την περίοδο 2013 με 2015. Από το 2016, σημειώνεται μικρή αύξηση και στις τρεις κατηγορίες προμηθευτών, ενώ το 2017 υπάρχει μικρή μείωση των δαπανών προς τα νοσοκομεία και τις δομές νοσηλευτικής

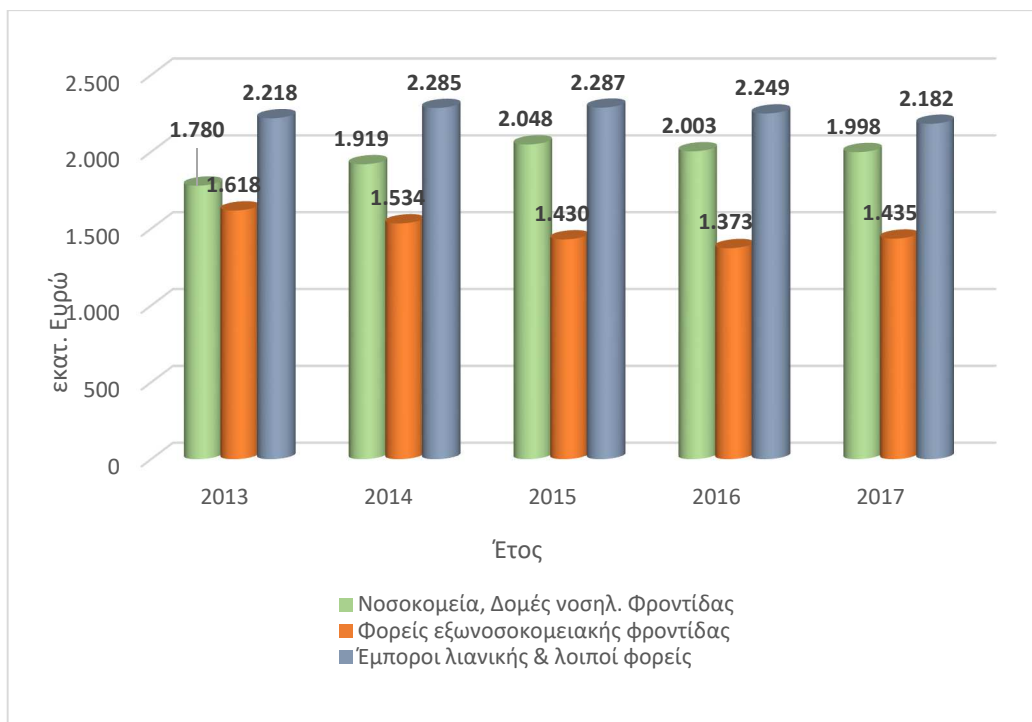
φροντίδας, αλλά στις άλλες δύο κατηγορίες προμηθευτών υπάρχει και πάλι μικρή αύξηση (Διάγραμμα 2.31).



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Διάγραμμα 2.31

Κατανομή χρηματοδότησης δημοσίων δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών & υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017

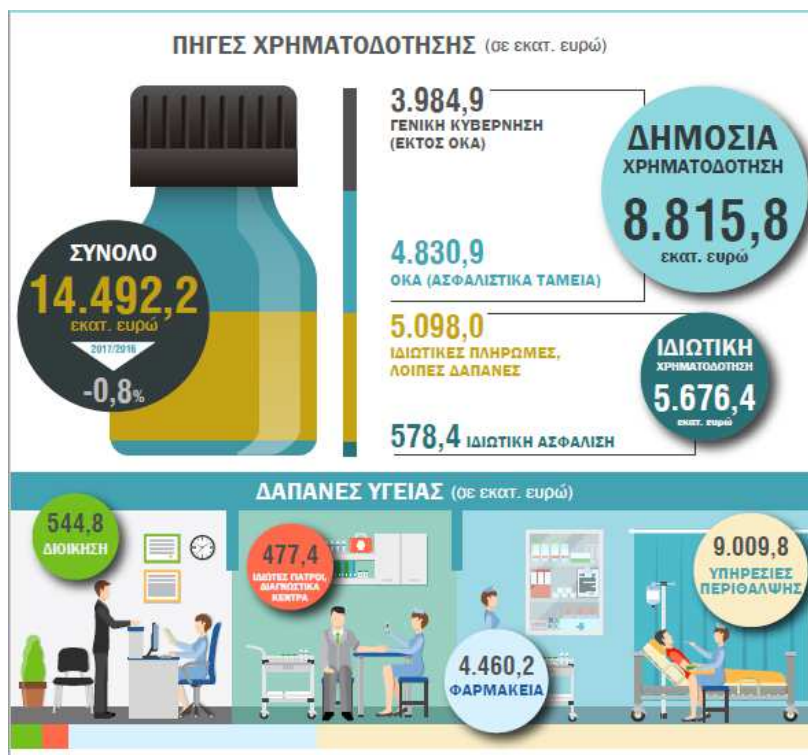


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Διάγραμμα 2.32

Κατανομή χρηματοδότησης ιδιωτικών δαπανών υγείας στους προμηθευτές αγαθών & υπηρεσιών υγείας (σε εκατ. ευρώ), 2013-2017

Αναφορικά με την χρηματοδότηση των φορέων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, δεδομένου ότι οι πόροι παρέχονται όχι μόνο από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και από τις δαπάνες των ιδιωτών, δηλαδή από πληρωμές των νοικοκυριών, κυρίως, για οδοντιατρική φροντίδα (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2016), παρατηρείται μείωση στην ιδιωτική δαπάνη κατά την περίοδο 2013 με 2015, καθώς μειώνονταν τα εισοδήματα των νοικοκυριών και τα μοντέλα κατανάλωσης αυτών (Διάγραμμα 2.32). Η ιδιωτική χρηματοδότηση των εμπόρων λιανικής, σημείωσε αύξηση έως το 2015, πιθανόν λόγω αύξησης της συμμετοχής των πολιτών στην αγορά φαρμάκων, ενώ από το 2016 εμφανίζει πτωτική τάση.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, n.d.

Διάγραμμα 2.33

Infographic με τα βασικά στοιχεία του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας για την Ελλάδα, 2017

Στο παραπάνω infographic της ΕΛΣΤΑΤ παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά στοιχεία για την χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα για το έτος 2017, όπου είναι εμφανές ότι η γενική κυβέρνηση συμβάλλει σε μικρότερο βαθμό στην δημόσια χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης αποτελείται από τις πληρωμές ιδιωτών. Αναφορικά με την κατεύθυνση της χρηματοδότησης, οι υπηρεσίες περίθαλψης και τα φαρμακεία αντλούν το μεγαλύτερο μέρος αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΜΕΣΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

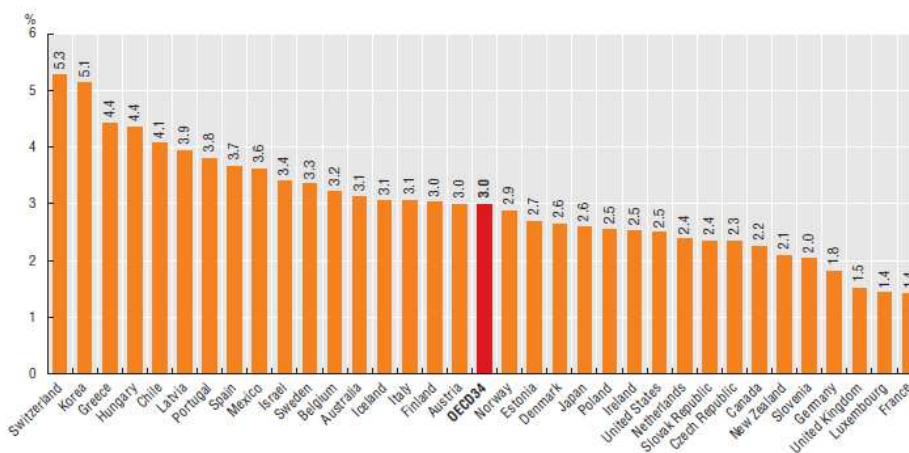
Το κύριο χαρακτηριστικό των άμεσων πληρωμών για την υγεία (out-of-pocket payments) είναι πως προέρχονται απευθείας από το πρωτογενές εισόδημα ή τις αποταμιεύσεις των νοικοκυριών, χωρίς να εμπλέκονται πληρωμές ή αποζημιώσεις από τρίτους, και γίνονται από τον χρήστη την στιγμή που χρησιμοποιεί την υπηρεσία υγείας ή αγοράζει το υγειονομικό προϊόν (Eurostat, n.d., OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017). Περιλαμβάνουν τις απευθείας πληρωμές (direct payments), τον επίσημο επιμερισμό του κόστους με τον ασθενή (cost sharing) και τις ανεπίσημες πληρωμές (informal payments / under the table payments), τόσο σε μετρητά όσο και σε είδος (Grigorakis et al., 2014). Οι απευθείας πληρωμές για υπηρεσίες υγείας αφορούν ποσά που δεν καλύπτονται από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό (Grigorakis et al., 2014). Ο επιμερισμός του κόστους αφορά ένα ποσοστό του κόστους μίας υπηρεσίας υγείας, το οποίο πληρώνει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ το υπολειπόμενο ποσό του συνολικού κόστους της παρεχόμενης υπηρεσίας το καλύπτει ο - δημόσιος ή ιδιωτικός - ασφαλιστικός φορέας (Grigorakis et al., 2014). Οι ανεπίσημες πληρωμές είναι πληρωμές προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας εν είδει δώρου, σε είδος ή ως χρηματικό ποσό (Grigorakis et al., 2014, OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017).

Βασικά στοιχεία των άμεσων πληρωμών είναι ότι βασίζονται στην προθυμία και στη δυνατότητα του ατόμου ή του νοικοκυριού να πληρώσουν, αν και στην περίπτωση του επιμερισμού του κόστους, το ποσό πληρωμής καθορίζεται από τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα, καθώς και στην απόφαση του νοικοκυριού εάν θέλει να χρησιμοποιήσει την εκάστοτε υπηρεσία και άρα να πληρώσει γι' αυτήν (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017). Επίσης, η υπηρεσία υγείας ή το υγειονομικό προϊόν μπορούν να ληφθούν από τον χρήστη μόνο εφόσον πληρώσει (OECD, Eurostat & World Health Organization, 2017).

Όλα τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν άμεσες πληρωμές για την υγεία, άλλα σε μεγαλύτερο βαθμό και άλλα σε μικρότερο. Ανάλογα με το μέγεθος αυτών, όμως, και το κατά πόσο τα κράτη προστατεύουν ή όχι οικονομικά τους πολίτες ιδιαίτερα τα πιο

φτωχά νοικοκυριά, μπορεί οι άμεσες πληρωμές να αποτελέσουν σημαντικό πρόβλημα (OECD, 2018b). Όπως προαναφέρθηκε, οι άμεσες πληρωμές εξαρτώνται άμεσα από τη δυνατότητα των νοικοκυριών να πληρώσουν από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγείας. Επομένως, οι άμεσες πληρωμές μπορεί να επιβαρύνουν σημαντικά τα φτωχά κυρίως νοικοκυριά και αυτά που χρειάζεται να καλύπτουν μακροχρόνιες θεραπείες, επιφέροντας ανισότητες στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και, κατά συνέπεια, στην επιδείνωση της υγείας των πολιτών και του επιπέδου φτώχειας (OECD, 2018b).

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.1, οι άμεσες πληρωμές για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ για το 2015, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών, παρουσίασε μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των χωρών. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ-34 για τις άμεσες πληρωμές υγείας των νοικοκυριών ήταν 3%. Τις χαμηλότερες δαπάνες σημείωσαν το Ηνωμένο Βασίλειο (1,5%), το Λουξεμβούργο και η Γαλλία (1,4% και οι δύο), ενώ το υψηλότερο ποσοστό είχε η Ελβετία (5,3%), ακολουθούμενη από την Κορέα (5,1%) και την Ελλάδα (4,4%). Συγκρίνοντας της άμεσες πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών και στην Ε.Ε.-28, η Ελλάδα έχει και πάλι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά (4%), σχεδόν διπλάσιο από τον μέσο όρο της Ε.Ε.-28 (2,3%) (Baeten et al., 2018).



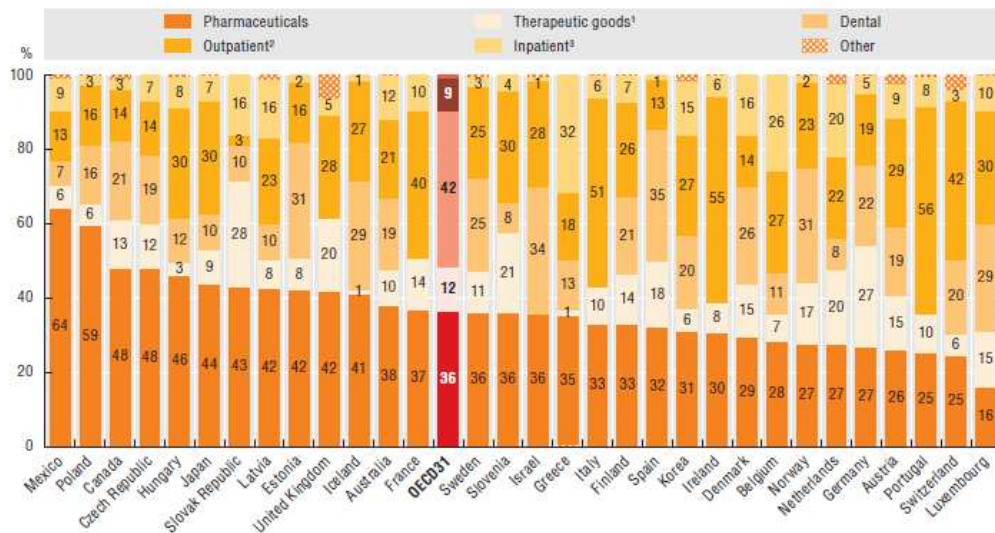
Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.

Πηγή: OECD, 2017a

Διάγραμμα 3.1

Άμεσες πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών στις χώρες του ΟΟΣΑ-34, για το 2015 (ή πλησιέστερο έτος)

Εκτός από το ποσοστό των άμεσων πληρωμών για την υγεία που πληρώνουν τα νοικοκυριά, διαφορές υπάρχουν, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και στις κατηγορίες υγειονομικών υπηρεσιών για τις οποίες γίνονται αυτές οι δαπάνες. Αυτό είναι σε ένα βαθμό αναμενόμενο, βέβαια, λόγω του διαφορετικού ποσοστού κάλυψης για διαφορετικές υγειονομικές υπηρεσίες και προϊόντα που ισχύουν στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας (OECD, 2017a).



Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.
 1. Including eye care products, hearing aids, wheelchairs, etc.
 2. Includes home care and ancillary services (and dental if not shown separately).
 3. Including day care.

Πηγή: OECD, 2017a

Διάγραμμα 3.2

Άμεσες πληρωμές για την υγεία ανά υγειονομική υπηρεσία και προϊόντα στις χώρες του ΟΟΣΑ-31, για το 2015 (ή πλησιέστερο έτος)

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ το 2015, το μεγαλύτερο ποσοστό των άμεσων πληρωμών αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, συμπεριλαμβάνοντας και την οδοντιατρική φροντίδα (Διάγραμμα 3.2) (OECD, 2017a). Για ορισμένες χώρες, όπως είναι η Πολωνία, η Τσεχία, η Ουγγαρία, το Μεξικό και ο Καναδάς, η άμεσες πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα αναλογούν περίπου στο μισό των συνολικών άμεσων πληρωμών, που πιθανόν ερμηνεύεται από τις συν-πληρωμές για συνταγογραφούμενα φάρμακα, αλλά και από τις υψηλές άμεσες πληρωμές για τα μη-συνταγογραφούμενα. Και στην Ελλάδα, οι άμεσες πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών με 35%, πολύ κοντά στον μέσο όρο του ΟΟΣΑ-31, που είναι 36% (OECD, 2017a). Το ποσοστό της

συν-πληρωμής στην Ελλάδα για μια συνταγή, στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, κυμαίνεται μεταξύ 0%, στις περιπτώσεις που υπάρχει απαλλαγή, και 25%, που είναι και το τυπικό τέλος συν-πληρωμής, ανάλογα με το εκάστοτε ασθένεια και την πληθυσμιακή ομάδα που αφορά η συν-πληρωμή (Economou et al., 2017). Οι απευθείας δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα σημείωσαν αύξηση μεταξύ του 2009 και 2015 στην Ελλάδα, κυρίως λόγω του ότι οι απαλλαγές έγιναν πιο αυστηρές και εξαιτίας των αυξήσεων στη συν-ασφάλιση για συγκεκριμένα φάρμακα (Economou et al., 2017).

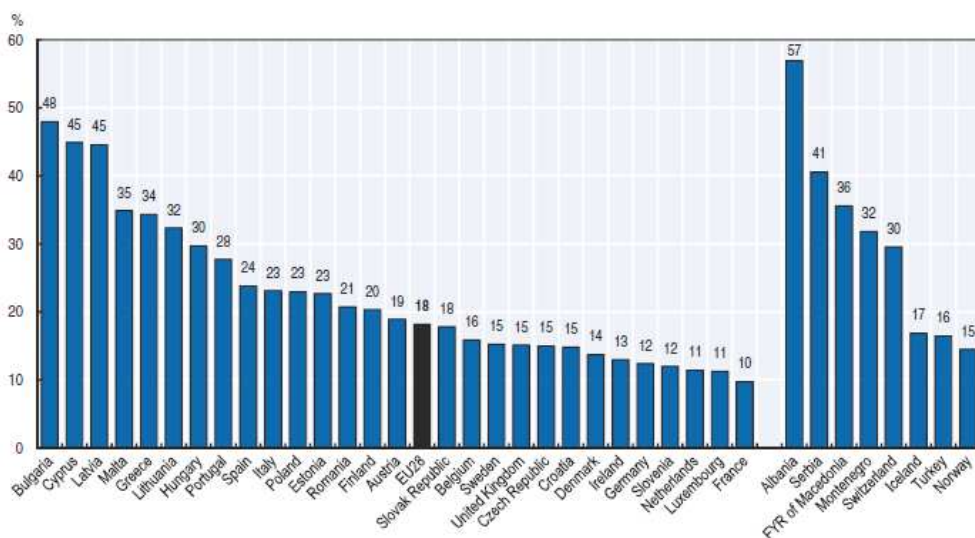
Το ποσοστό των άμεσων πληρωμών για οδοντιατρική φροντίδα είναι συστηματικά υψηλό σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3.2), με μέσο όρο 20%, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζει η Ισπανία (35%), η Νορβηγία (31%) και η Εσθονία (31%) (OECD, 2017a). Το φαινόμενο αυτό εξηγείται, εν μέρει, από το γεγονός πως στις περισσότερες χώρες η υποχρεωτική κάλυψη για οδοντιατρική φροντίδα είναι περιορισμένη. Στην Ελλάδα, αν και οι άμεσες πληρωμές για οδοντιατρική κάλυψη ανέρχονται στο 13%, ποσοστό που είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, λόγω, επίσης, της έλλειψης πλήρους κάλυψης, είτε από τον ΕΟΠΥΥ είτε από την ιδιωτική ασφάλιση, αποτελούν σημαντικό ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών για την υγεία (Economou et al., 2017).

Οι άμεσες πληρωμές για θεραπευτικά προϊόντα αποτελούν, επίσης, μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 3.2), λόγω και πάλι της περιορισμένης κάλυψης που ισχύει συχνά για προϊόντα, όπως είναι τα οφθαλμολογικά και τα βοηθήματα ακοής. Ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ για τη συγκεκριμένη κατηγορία είναι 12%, ενώ υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν η Γερμανία (27%) και η Σλοβακία (28%) (OECD, 2017a).

Αν και, όπως προαναφέρθηκε, οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν υψηλές πληρωμές δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ορισμένες χώρες παρουσιάζουν, αντίθετα, πολύ υψηλά ποσοστά άμεσων πληρωμών για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, με πρώτη την Ελλάδα (32%) και μετά το Βέλγιο (26%) και την Ολλανδία (20%) (OECD, 2017a). Σε αυτό μπορεί να συμβάλλουν οι συν-πληρωμές και οι επιπλέον υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας που βαρύνουν τα νοικοκυριά (OECD, 2017a). Στην Ελλάδα, αν και δεν υπάρχουν χρεώσεις στους χρήστες για νοσοκομειακή περίθαλψη σε

δημόσια νοσοκομεία, μπορούν να προκύψουν χρεώσεις για επιπρόσθετες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, όπως είναι επιπλέον χρέωση για δωμάτιο νοσοκομείου με καλύτερες παροχές, για ορισμένα φαρμακευτικά σκευάσματα και συμπληρωμές ή απευθείας πληρωμές για κάποιες διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις (Econoμου et al., 2017). Στον ιδιωτικό τομέα, οι χρεώσεις των χρηστών για νοσηλεία σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές έχει οριστεί στο 30% του κόστους των υπηρεσιών (Econoμου et al., 2017). Γενικότερα, τα ποσοστά άμεσων πληρωμών για νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα σημείωσαν αύξηση κατά την περίοδο 2009 με 2015, το οποίο μπορεί να εξηγηθεί, εκτός από τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω, και από την αύξηση των ανασφάλιστων σε αυτή την χρονική περίοδο, οι οποίοι έπρεπε να καλύψουν οι ίδιοι το κόστος νοσηλείας (Econoμου et al., 2017).

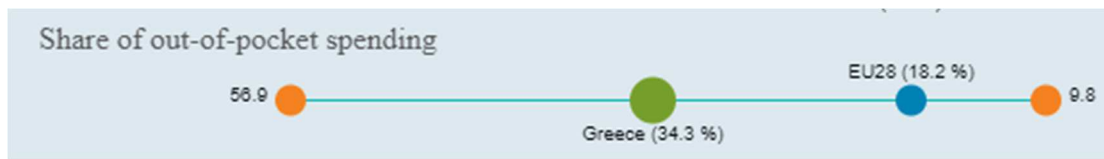
Για το 2016, συγκρίνοντας τις άμεσες πληρωμές για την υγεία στην Ε.Ε.-28, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, παρατηρείται πως η Ελλάδα εμφανίζει και πάλι ένα υψηλό ποσοστό (34%), αποκλίνοντας πολύ από τον μέσο όρο της Ε.Ε.-28, ο οποίος είναι 18% (Διάγραμμα 3.3 & Διάγραμμα 3.4).



Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 3.3

Ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία που χρηματοδοτούνται από άμεσες πληρωμές στην Ε.Ε.-28, για το 2016



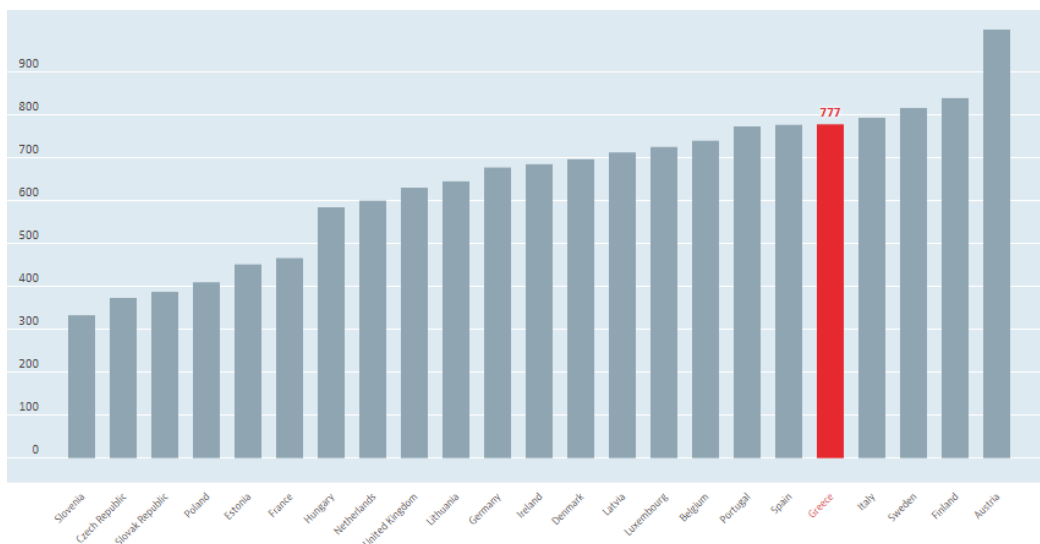
(τα δεδομένα αφορούν το 2016 ή το πλησιέστερο έτος)

Πηγή: European Commission. (n.d.), https://ec.europa.eu/health/state/glance_en

Διάγραμμα 3.4

Άμεσες πληρωμές για την υγεία (% συνολικών δαπανών), σύγκριση Ελλάδας με μ.ο. της Ε.Ε.-28 για το 2016

Αλλά και οι κατά κεφαλήν άμεσες πληρωμές για την υγεία (σε US\$) στην Ελλάδα ήταν, επίσης, από τις υψηλότερες στην Ευρώπη για το 2016, ανερχόμενες στα \$777 (Διάγραμμα 3.5).



Πηγή: OECD, 2019

Διάγραμμα 3.5

Άμεσες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας (US\$) στην Ευρώπη για το 2016

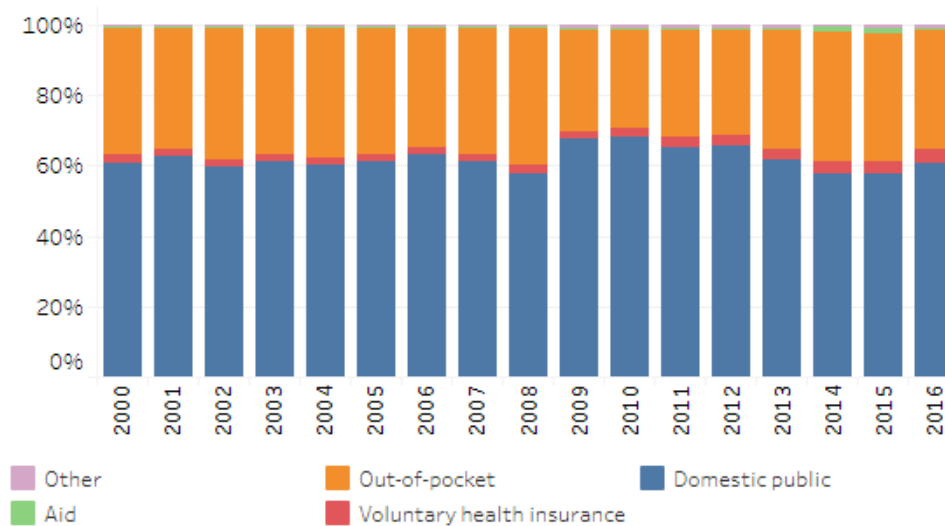
Από τα παραπάνω γραφήματα, βλέπουμε, επίσης, πως όλες οι χώρες της Μεσογείου παρουσιάζουν υψηλές άμεσες δαπάνες για την υγεία. Πρόσφατη έρευνα (Grima et al., 2018) που μελέτησε το φαινόμενο στην Ισπανία, την Κύπρο, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Μάλτα και την Πορτογαλία, βρήκε πως οι συγκεκριμένες χώρες έχουν, σε σύγκριση με τους μέσους όρους της Ε.Ε., τις χαμηλότερες συνολικές δαπάνες για την υγεία, αλλά και ως ποσοστό του ΑΕΠ και ως κατά κεφαλήν δαπάνη. Αυτό οφείλεται, κυρίως, στις

μειωμένες δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε αυτές της χώρας, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών προσαρμογών, στις οποίες έπρεπε να προβούν. Οι προμηθευτές υγείας του ιδιωτικού τομέα, ωστόσο, έχουν ισχυρή παρουσία στις εν λόγω χώρες, με συνεπακόλουθο τις υψηλές άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία (Grima et al., 2018).

Στην Ε.Ε. συνολικότερα, φαίνεται να υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ των δημοσίων δαπανών για την υγεία και των άμεσων πληρωμών για την υγεία, που υποδηλώνει ότι σε αυτή την περίπτωση οι άμεσες πληρωμές λειτουργούν συμπληρωματικά των πρώτων (Grima et al., 2018). Στις χώρες που εξετάζει η συγκεκριμένη μελέτη όμως, αυτή η τάση είναι αντίστροφη, όσο μειώνονται, δηλαδή, οι δημόσιες δαπάνες και τόσο αυξάνονται οι άμεσες πληρωμές υγείας. Αυτό υποδηλώνει ότι σε αυτή την περίπτωση οι άμεσες πληρωμές λειτουργούν ως αντικατάσταση των δημοσίων δαπανών, με το οικονομικό βάρος της υγειονομικής περίθαλψης να μετατίθεται από το κράτος στα άτομα και στα νοικοκυριά (Grima et al., 2018).

Στην Ελλάδα, υπήρχαν πάντα υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως με την μορφή άμεσων πληρωμών, κάτι που αποτελεί χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας της χώρας (Διαγράμματα 3.6, 3.7, 3.8) (OECD, 2017b). Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των δαπανών αφορά στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, ενώ ένα πολύ μικρότερο αφορά τη συμμετοχή στο κόστος από πλευράς των ασθενών. Μεγάλο μέρος αυτών είναι, επίσης, ανεπίσημες πληρωμές, που δίνονται για να επιταχυνθεί η πρόσβαση στην υπηρεσία ή για να λάβει ο χρήσης καλύτερη ποιότητα φροντίδας (OECD, 2017b). Το φαινόμενο των διαχρονικά υψηλών άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες που αφορούν κατά βάση προβληματικές πτυχές οργάνωσης του συστήματος υγείας (Siskou et al., 2008). Η ανεπαρκής δημόσια χρηματοδότηση και οι ανεπάρκειες της κατακερματισμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κάποιες από αυτές (Siskou et al., 2008). Άλλοι παράγοντες που μπορεί να είναι η επιπλέον χρέωση, που προκύπτει για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, από τις μεγάλες διαφορές που συχνά υφίστανται μεταξύ της επίσημης αποζημίωσης και της πραγματικής αμοιβής, που τελικά καταβάλλεται στον συμβεβλημένο ιατρό, καθώς και το μηνιαίο όριο που ισχύει για τον αριθμό επισκέψεων σε γιατρούς, που πιθανόν να ωθεί τα άτομα προς τις ιδιωτικές δομές, ο μεγάλος αριθμός ιδιωτών γιατρών, με την

παράλληλη έλλειψη ενός οργανωμένου συστήματος παραπομπών μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων περίθαλψης, η καταβολή αμοιβής για την επίσκεψη σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και τα προβλήματα στην τιμολόγηση και στους μηχανισμούς αποζημίωσης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας (OECD, 2017b, Economou et al., 2017).



Πηγή: WHO, n.d.,

http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Διάγραμμα 3.6

Τρέχουσα δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ανά πηγή χρηματοδότησης, 2000-2016

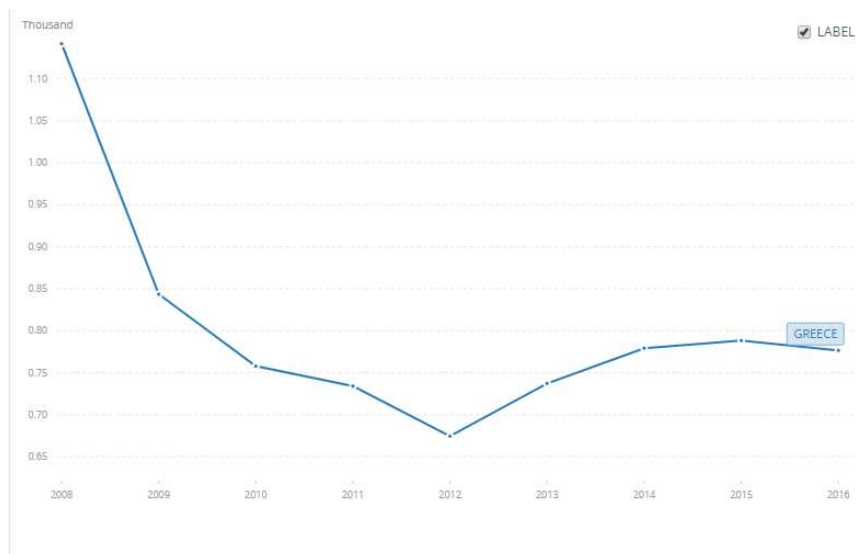


Πηγή: World Bank, n.d.-a,

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=GR&name_desc=true

Διάγραμμα 3.7

Άμεσες πληρωμές για την υγεία (% τρεχουσών δαπανών υγείας) στην Ελλάδα, 2008-2016



Πηγή: World Bank, n.d.-b,

https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?locations=GR&name_desc=true

Διάγραμμα 3.8

Άμεσες κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα σε όρους κοινής αγοραστικής δύναμης-PPP (current international \$), 2008-2016

Η Ελλάδα έχει ένα σύστημα υγείας που έχει συσταθεί με σκοπό να προσφέρει πλήρη υγειονομική κάλυψη σε όλους τους πολίτες με ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ενώ υπάρχει

καθολική κάλυψη από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα με χαμηλή συμμετοχή στο κόστους από πλευράς των χρηστών. Παρόλα αυτά παραμένει ένα από το πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας της Ευρώπης, με τους ερευνητές να το αποκαλούν το «Ελληνικό παράδοξο» (Σίσκου και συν., 2008, Siskou et al., 2008). Το υψηλό ποσοστό των άμεσων πληρωμών για την υγεία στην Ελλάδα είναι συγκρίσιμο με εκείνο των κρατών που έχουν ανεπαρκή κοινωνική ασφάλιση υγείας (Grigorakis et al., 2016). Η χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε μετάβαση (health financing transition), αφορά σε αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο επίπεδο και στη σύνθεσή της και σχετίζονται με την οικονομική ανάπτυξη (Global Burden of Disease Financing Collaborator Network, 2017). Τα δύο βασικότερα χαρακτηριστικά είναι ότι οι χώρες, όσο αναπτύσσονται οικονομικά, αυξάνουν τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, ενώ το ποσοστό αυτών των δαπανών που αντιστοιχεί σε άμεσες πληρωμές από πλευράς των χρηστών μειώνεται (Global Burden of Disease Financing Collaborator Network, 2017). Είναι εμφανές ότι αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση της Ελλάδας, κυρίως μετά και την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Σε έρευνα κοινής γνώμης που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το 2016 σε πανελλαδικό δείγμα 2.005 ατόμων, βρέθηκε πως για την κάλυψη των εξόδων για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, έχει αυξηθεί το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι πλήρωσαν όλο το ποσό από την τσέπη τους το 2016 σε σύγκριση με το 2009, ενώ αντίθετα το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι τους κάλυψε πλήρως το ταμείο τους μειώθηκε (Διάγραμμα 3.9) (ΕΣΔΥ, 2016).

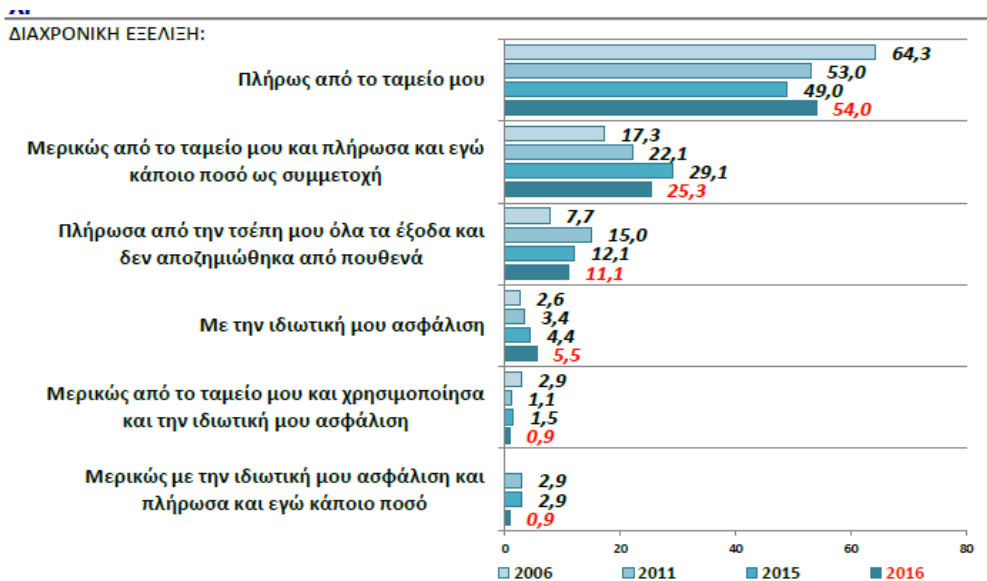


Πηγή: ΕΣΔΥ, 2016

Διάγραμμα 3.9

Τρόποι κάλυψης εξόδων για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο μήνα, 2006, 2011, 2016

Από την ίδια έρευνα, παρατηρείται η ίδια τάση μεταξύ 2009 και 2016 για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, με αύξηση στα ποσοστά των ατόμων που δηλώνουν την κάλυψη των εξόδων από τους ίδιους και μείωση των ποσοστών όσων δήλωσαν ότι καλύφθηκαν πλήρως από το ασφαλιστικό τους ταμείο (Διάγραμμα 3.10).

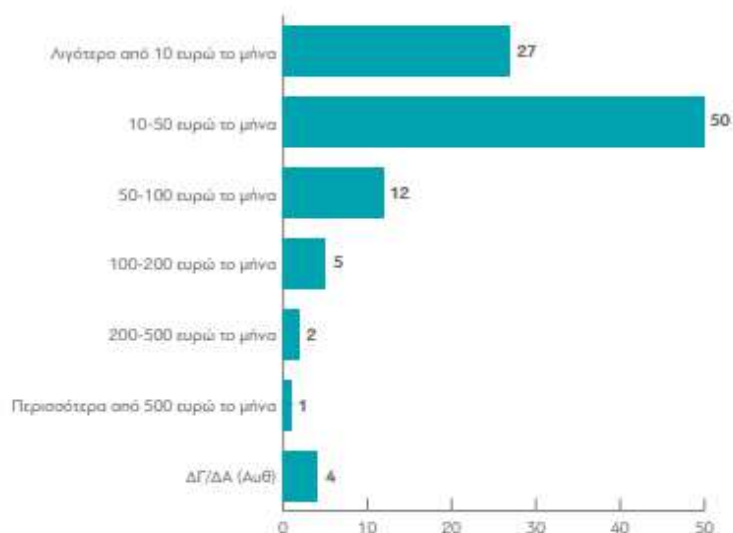


Πηγή: ΕΣΔΥ, 2016

Διάγραμμα 3.10

Τρόποι κάλυψης εξόδων για νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο, 2006, 2011, 2015, 2016

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015 (Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, 2016), σε δείγμα 1.001 ατόμων, αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού, στην ερώτηση για το ποσό που ξόδεψαν κατά μέσο όρο το τελευταίο έτος για συνταγογραφούμενα φάρμακα, οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν €10 έως €50 κατά μέσο όρο το μήνα και το 12% δήλωσαν ότι ξόδεψαν €50 με €100 κατά μέσο όρο το μήνα (Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, 2016) (Διάγραμμα 3.11). Στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας, το 24% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι μείωσαν άλλα είδη πρώτης ανάγκης για να καταφέρουν να πληρώσουν για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το 13% δήλωσαν ότι καθυστέρησαν να εκτελέσουν μία συνταγή ή δεν πήραν μία συνταγή, επειδή δεν είχαν αρκετά χρήματα για να πληρώσουν γι' αυτήν (Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, 2016).



Πηγή: Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, 2016

Διάγραμμα 3.11

Ποσό που ξόδεψαν κατά μέσο όρο το μήνα από την τσέπη τους για συνταγογραφούμενα φάρμακα το τελευταίο έτος

Οι υψηλές άμεσες πληρωμές για την υγεία επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στο εισόδημα των νοικοκυριών, οδηγώντας σε οικονομική ανασφάλεια, μείωση της συνολικής κατανάλωσης ή υπονομεύοντας τις δαπάνες για βασικά αγαθά, αποβαίνοντας μακροπρόθεσμα καταστρεπτικές για την οικονομία ενός νοικοκυριού και κατ' επέκταση επιβαρυντικές και για την ευρύτερη οικονομία (Grigorakis et al., 2016).

Εκτός από τις άμεσες πληρωμές για την υγεία από τα νοικοκυριά και οι ανεπίσημες πληρωμές αποτελούν, επίσης, ένα διαχρονικό πρόβλημα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (Grigorakis et al., 2016), εγείροντας σοβαρές ανησυχίες σχετικά με τα πιθανά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Economou et al., 2017) και δημιουργώντας μία μαύρη οικονομία εντός του τομέα υγείας (Economou, 2015). Οι ανεπίσημες πληρωμές τυπικά αφορούν το ποσό που πληρώνει ένας ασθενής στον γιατρό για μία υπηρεσία θα έπρεπε να προσφέρεται δωρεάν ή το επιπλέον ποσό που μπορεί να πληρώσει πέραν της επίσημης χρέωσης που ισχύει για μία υπηρεσία. Μπορεί, ωστόσο, να αφορά συνεισφορές σε είδος, όπως για παράδειγμα για καθαρά σεντόνια, σύριγγες, ιατρικά αναλώσιμα, κλπ, τα οποία θα έπρεπε να διαθέτει ο πάροχος φροντίδας κι όχι ο ίδιος ο ασθενής (WHO, 2018). Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν πως οι ανεπίσημες πληρωμές καταλαμβάνουν σημαντικό μέρος των

συνολικών δαπανών των νοικοκυριών και επιβαρύνουν δυσανάλογα εκείνα που είναι φτωχότερα (WHO, 2018).

Οι παράγοντες που έχουν συμβάλει στο φαινόμενο των ανεπίσημων πληρωμών είναι, όπως και στην περίπτωση των άμεσων πληρωμών, δομικά ζητήματα εντός του συστήματος υγείας και αφορούν την ελλιπή πληροφόρηση των χρηστών, τις μεγάλες λίστες αναμονής που πηγάζουν από την προβληματική κατανομή των - ανθρώπινων και οικονομικών - πόρων, τις αναποτελεσματικές δομές και στρατηγικές διοίκησης, την έλλειψη εποπτικών μηχανισμών, την προβληματική πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης και τους χαμηλούς μισθούς των επαγγελματιών υγείας στον δημόσιο τομέα (Economou, 2015).

Ανάλογα, επίσης, με το κίνητρο που βρίσκεται πίσω από αυτές από πλευράς των χρηστών, οι ανεπίσημες πληρωμές μπορεί να οφείλονται σε έλλειψη γνώσης από πλευράς του χρήστη σχετικά με τα δικαιώματα που έχει στην υγειονομική περίθαλψη, να δίνεται ως δώρο προς το άτομο που ήταν υπεύθυνο της θεραπείας, ως αμοιβή για να λάβει ο χρήστης επαρκή φροντίδα ή ως δωροδοκία για να πάρει προτεραιότητα (WHO, 2018). Στην Ελλάδα φαίνεται να κυριαρχούν οι δύο τελευταίες κατηγορίες, αλλά δεν λείπουν και οι περιπτώσεις όπου οι ανεπίσημες πληρωμές οφείλονται στην άγνοια σχετικά με το τι δικαιούνται οι χρήστες, κυρίως στα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού και στις αγροτικές περιοχές της χώρας (WHO, 2018).

Πρόσφατη μελέτη, που διεξήχθη το 2013 σε δείγμα 413 ασφαλισμένων που νοσηλεύτηκαν σε συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές κλινικές, δείχνει ότι οι άτυπες πληρωμές για την υγεία στην Ελλάδα συμβαίνουν όχι μόνο σε δημόσια, αλλά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, κάτι που συνεπάγεται μεγάλη απώλεια εσόδων για το κράτος (Grigorakis et al., 2016). Από τα ευρήματα της μελέτης προέκυψε πως το 43,32%, από τις 217 περιπτώσεις που έχρηζαν χειρουργικής επέμβασης, δήλωσαν την ύπαρξη ανεπίσημων πληρωμών προς χειρουργούς και αναισθησιολόγους (Grigorakis et al., 2014). Γενικότερα, φαίνεται πως στον δημόσιο τομέα, το προσωπικό λαμβάνει ανεπίσημες πληρωμές από τους ασθενείς για να διασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα φροντίδας ή να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής. Στον ιδιωτικό τομέα, οι ανεπίσημες αμοιβές αφορούν συχνά την καταβολή ενός ποσού τον χρήστη και την μη έκδοση

απόδειξης από τον πάροχο ή την έκδοσή της για μικρότερο ποσό από αυτό που κατεβλήθη (Grigorakis et al., 2014).

Άλλη έρευνα που έγινε σε πανελλαδικό δείγμα 4.738 ατόμων, βρήκε πως, από τους 336 συμμετέχοντες που χρειάστηκαν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο, 36% δήλωσαν ότι έκαναν τουλάχιστον μία ανεπίσημη πληρωμή σε γιατρό, είτε από φόβο ότι δεν θα λάβουν ποιοτική φροντίδα εάν δεν πληρώσουν (42%) είτε επειδή, όπως ανέφεραν, κατ' απαίτηση του ίδιου του γιατρού (20%). Η πιθανότητα για επιπλέον πληρωμή από τον χρήστη ήταν 72% για εκείνους που ήθελαν να επισπεύσουν τη διαδικασία και να μην περιμένουν στη λίστα αναμονής, ενώ οι χειρουργικές περιπτώσεις είχαν 137% μεγαλύτερη πιθανότητα για ανεπίσημη πληρωμή από εκείνες που δεν απαιτούσαν χειρουργείο (Liaropoulos et al., 2008).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Δεκεμβρίου του 2011 και Φεβρουαρίου του 2012 σε πανελλαδικό δείγμα 2.741 ατόμων βρήκε πως γίνονται οι ανεπίσημες πληρωμές λαμβάνουν χώρα στο 32,4% των εισαγωγών σε δημόσια νοσοκομεία (Souliotis et al., 2016). Αν και στα ιδιωτικά νοσοκομεία σημειώνονται οι υψηλότερες άμεσες πληρωμές, οι ανεπίσημες πληρωμές είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες υγείας. Το υψηλότερο ποσοστό ανεπίσημων πληρωμών (36%), ωστόσο, στον ιδιωτικό τομέα ήταν για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς και οδοντιάτρους, οι οποίοι δεν εξέδιδαν απόδειξη για το ποσό που κατέβαλλαν οι ασθενείς (Souliotis et al., 2016). Οι ανεπίσημες πληρωμές γίνονταν ως επί το πλείστον προ της παροχής της υπηρεσίας για να διευκολυνθεί η πρόσβαση, για την μείωση της αναμονής και για την διασφάλιση ποιοτικότερης φροντίδας, ενώ πάντα γίνονταν κατόπιν αιτήματος από τον πάροχο της υπηρεσίας. Το 58% των συμμετεχόντων, που κατά το τελευταίο έτος χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας, πραγματοποίησαν ανεπίσημες πληρωμές, με το 46,6% εξ' αυτών να θεωρούν πως οι επιπτώσεις αυτών των πληρωμών ήταν σημαντικές στο εισόδημα και στις συνθήκες διαβίωσής τους (Souliotis et al., 2016). Οι ανεπίσημες δαπάνες επιβαρύνουν τα πιο φτωχά νοικοκυριά περισσότερο από τις επίσημες χρεώσεις, καθώς στην πρώτη περίπτωση δεν υπάρχει η δυνατότητα για πολιτικές απαλλαγής βάσει κριτηρίων, ενώ η έμφαση δίνεται έτσι σε υπηρεσίες που είναι πιο ακριβές κι όχι απαραίτητα οι πιο αποτελεσματικές και σε εκείνες που είναι σε θέση να αγοράσουν οι χρήστες, που έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν (Souliotis et al., 2016).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 160 γυναίκες, που μόλις είχαν γεννήσει σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, βρήκε πως το 74,4% αυτών είχε προβεί σε ανεπίσημη πληρωμή, ο μέσος όρος των οποίων ανερχόταν στα €848. Το 56,3% των γυναικών δήλωσε ότι η πληρωμή έλαβε χώρα κατόπιν αιτήματος του μαιευτήρα, συμπληρωματικά της επίσημης πληρωμής που κατέβαλαν (Kaitelidou et al., 2013).

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, φαίνεται πως το η έκταση των ανεπίσημων πληρωμών μειώνεται σε κάποιο βαθμό, λόγω κυρίως της αυξανόμενης απροθυμίας, αλλά και αδυναμίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας να πληρώσουν ανεπίσημα. Από την άλλη, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας φαίνεται ότι εντείνουν τη ζήτηση για τέτοιες πληρωμές (WHO, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

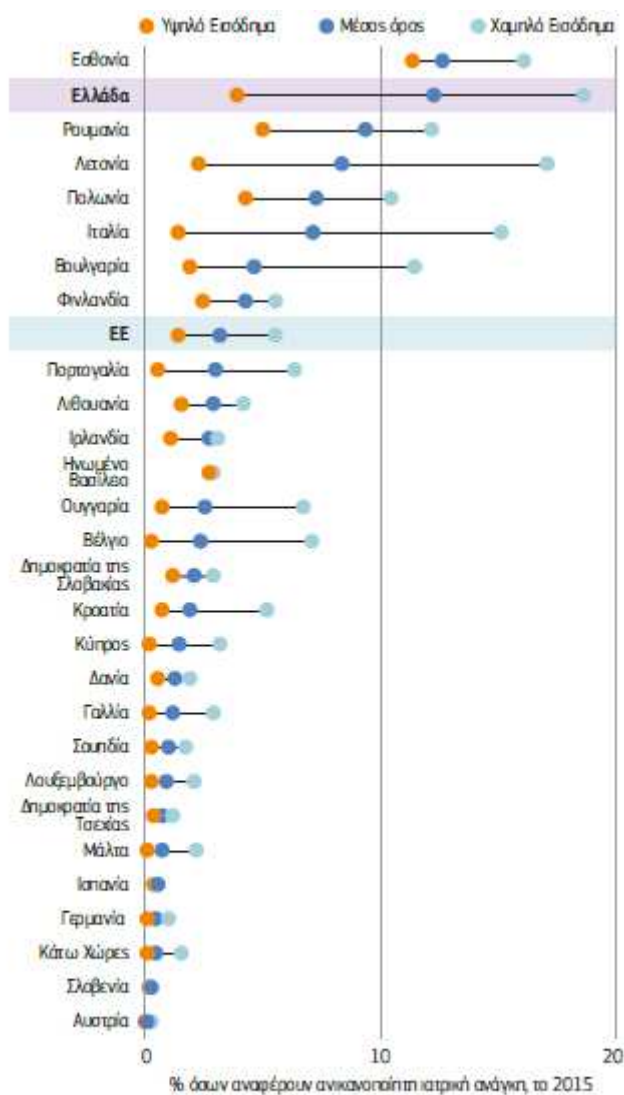
ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι χώρες που εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά, τείνουν να έχουν και μεγαλύτερο ποσοστό αυτό-αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη στις αντίστοιχες έρευνες για την μέτρηση του φαινομένου (Eurofound, 2013), κάτι που φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στην περίπτωση της Ελλάδας. Η αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη συνιστά την εκτίμηση του ίδιου του ατόμου για το εάν χρειάστηκε ιατρική εξέταση ή φροντίδα και είτε δεν κατάφερε να την λάβει είτε δεν την αναζήτησε καθόλου. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους ένας πολίτης μπορεί να δηλώσει μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα, όπως είναι το κόστος, εφόσον θεωρεί ότι η υπηρεσία είναι πολύ ακριβή, η μεγάλη απόσταση έως την δομή που παρέχει την φροντίδα υγείας, οι μεγάλες λίστες αναμονής ή η έλλειψη πολιτισμικής ευαισθησίας και οι διακρίσεις (Kotzeva et al., 2018).

Ιδιαίτερα η μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους αποτελεί ζήτημα με ιδιαίτερη βαρύτητα, κυρίως για τις ομάδες του πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα. Γι' αυτό τον λόγο όλο και περισσότερες χώρες συλλέγουν συστηματικά δεδομένα καταγραφής των μη ικανοποιούμενων αναγκών για να σχηματίζουν σαφέστερη εικόνα για τις περιπτώσεις που δεν λαμβάνεται ιατρική φροντίδα από πολίτες που το έχουν ανάγκη (OECD, 2017a).

Στην Ελλάδα, η αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία. Το 2015 έφτασε στο 12,3%, το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην Ε.Ε. και σχεδόν τετραπλάσιο από τον μέσο όρο της Ε.Ε., ο οποίος ανήλθε στο 3,3% (OECD, 2017b, Burki, 2017). Κατά το διάστημα 2011 με 2016, η αύξηση της μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική φροντίδα ήταν αυξανόμενη και με μεγαλύτερη ανοδική πορεία ακόμη και μεταξύ άλλων ευρωπαϊκών χωρών που παρουσίασαν, επίσης, αυξητικές τάσεις κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Baeten et al., 2018).

Το 2015 στην Ελλάδα σημειώθηκαν, επίσης, σημαντικές διαφορές στην μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη μεταξύ του υψηλότερου πεντημόριου εισοδήματος, με ποσοστό 3,9%, και του χαμηλότερου, με ποσοστό 18,7% (Διάγραμμα 4.1) (OECD, 2017b). Γενικότερα, τα άτομα και τα νοικοκυριά του πληθυσμού που ανήκουν στα χαμηλότερα πεντημόρια εισοδήματος συγκαταλέγονται στις πιο μειονεκτούσες ομάδες αναφορικά με την πρόσβασή τους στην περίθαλψη υγείας (Baeten et al., 2018).



Σημείωση: Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη ικανοποιούμενες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. Κατά τη σύγκριση στοιχείων μεταξύ χωρών απαιτείται προσοχή, καθώς υπάρχουν ορισμένες διαφοροποιήσεις στο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται.

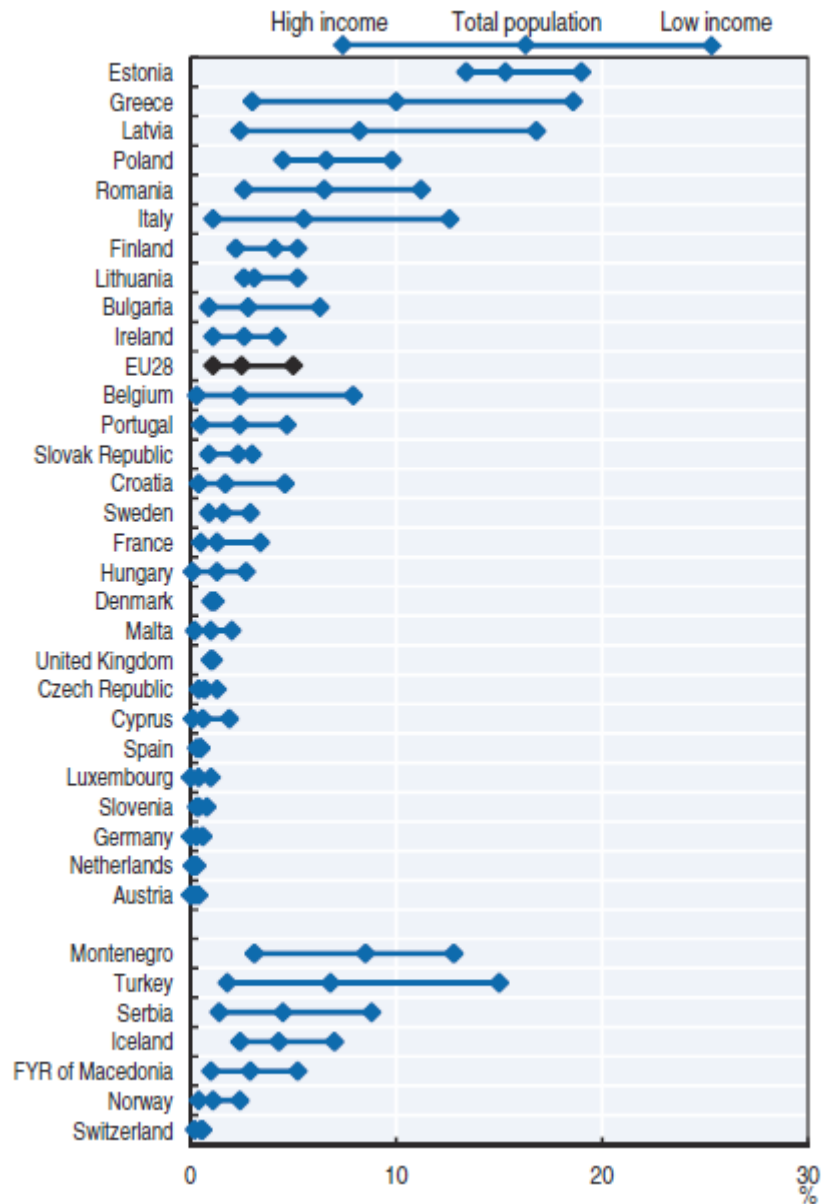
Πηγή: OECD, 2017b

Διάγραμμα 4.1

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόριο εισοδήματος), 2015

Η πιο συχνή αιτία που αναφέρεται στην Ελλάδα, το 2015, για την μη ικανοποιούμενη ανάγκη ιατρικής περίθαλψης είναι το κόστος, κάτι που, πέραν της οικονομικής δυσχέρειας, πιθανόν να αντανακλά και την μεταβολή στο εισόδημα των νοικοκυριών, στα μοντέλα που αυτά καταναλώνουν και την τροποποίηση στις προτιμήσεις των χρηστών (OECD, 2017b). Μεταξύ της περιόδου 2010 με 2015, το ποσοστό των πολιτών που αναφέρει το κόστος ως βασική αιτία μη ικανοποιούμενων αναγκών αυξήθηκε από 4,2% σε 10,9%, ενώ στο χαμηλότερο πεντημέριο εισοδήματος αυτό το ποσοστό ήταν 17,4%, το υψηλότερο στην Ε.Ε. (OECD, 2017b). Το 2016, το 2,5% των ενήλικου πληθυσμού της Ε.Ε.-28 δήλωσε ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική φροντίδα λόγω κόστους, λόγω απόστασης ή μεγάλης λίστας αναμονής (Kotzeva et al., 2018). Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ήταν τέσσερις φορές υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ε.Ε.(28) (10%) και δεύτερο υψηλότερο στην Ε.Ε. (Διάγραμμα 4.2).

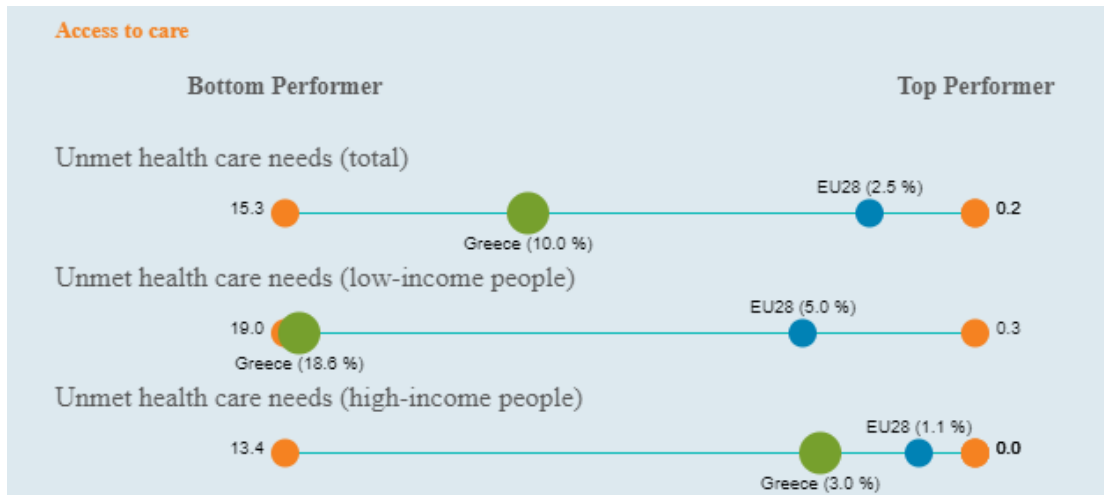
Τα άτομα που ανήκουν στην χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα εμφάνιζαν, όπως και το 2015, σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη (18,6%) σε σύγκριση με την υψηλότερο πεντημέριο εισοδήματος (3%) (Διαγράμματα 4.2, 4.3). (OECD, 2018a). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους το 2016 στην Ελλάδα ήταν οι άνεργοι και τα άτομα άνω των 65 ετών (Economidou et al., 2017). Ωστόσο, η πλειοψηφία των ανέργων στην Ελλάδα καλύπτονται για ιατρική περίθαλψη από το 2016 κι έπειτα, επομένως είναι πιθανόν να μην έχει προλάβει ακόμη να αντικατοπτριστεί αυτό στα δεδομένα του 2016 (Baeten et al, 2018). Οι γυναίκες, επίσης, στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. όπως και στην Ελλάδα, αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη σε σύγκριση με τους άνδρες (Baeten et al, 2018).



Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 4.2

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2016



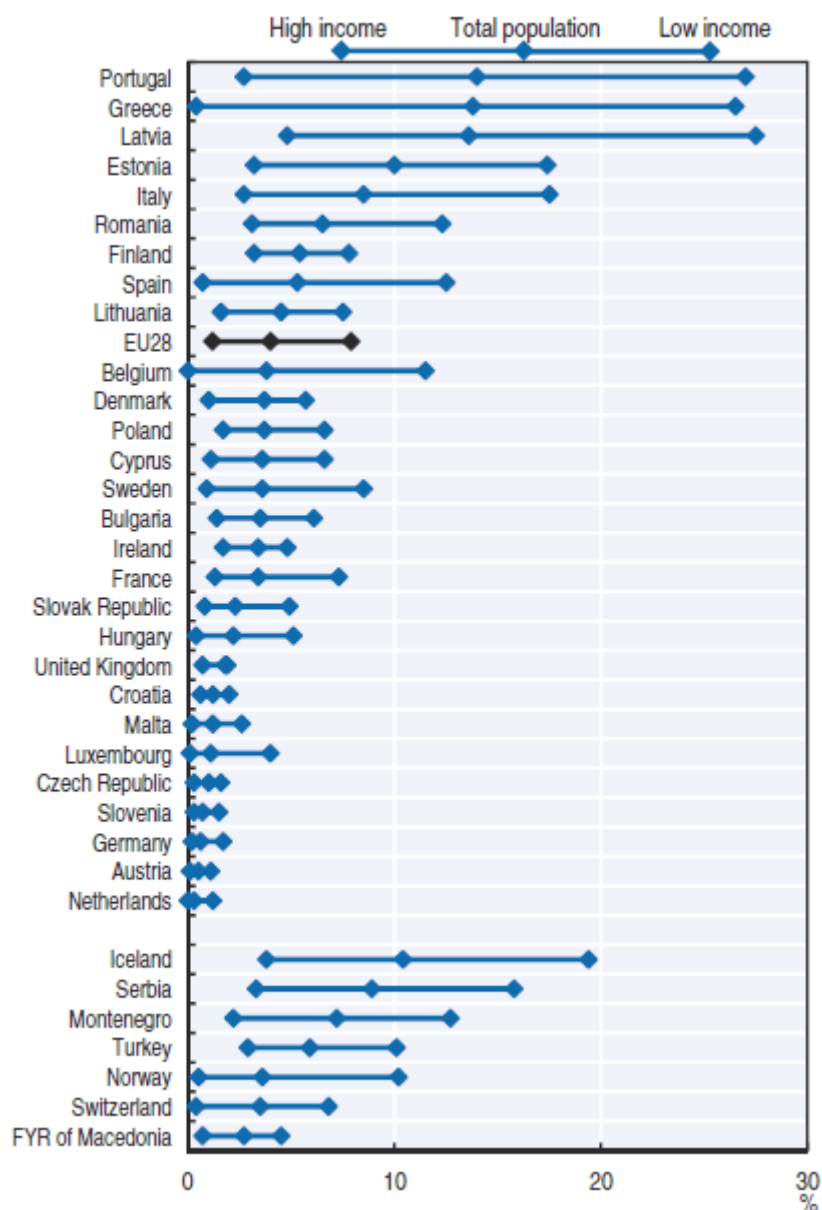
(τα δεδομένα αφορούν το 2016 ή το πλησιέστερο έτος)

Πηγή: European Commission, n.d.

Διάγραμμα 4.3

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος)-σύγκριση ποσοστών Ελλάδας με μέγιστο, ελάχιστο & μέσους όρους της Ε.Ε., 2016

Αναφορικά με την αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική φροντίδα το 2016, η Ελλάδα συγκεντρώνει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην Ε.Ε. (13,8%), κυρίως λόγω κόστους. Ιδιαίτερα μεγάλο είναι το χάσμα μεταξύ του χαμηλού πεντημορίου εισοδήματος (26,5%) και του υψηλότερου (0,4%) (Διάγραμμα 4.4) (OECD, 2018a).



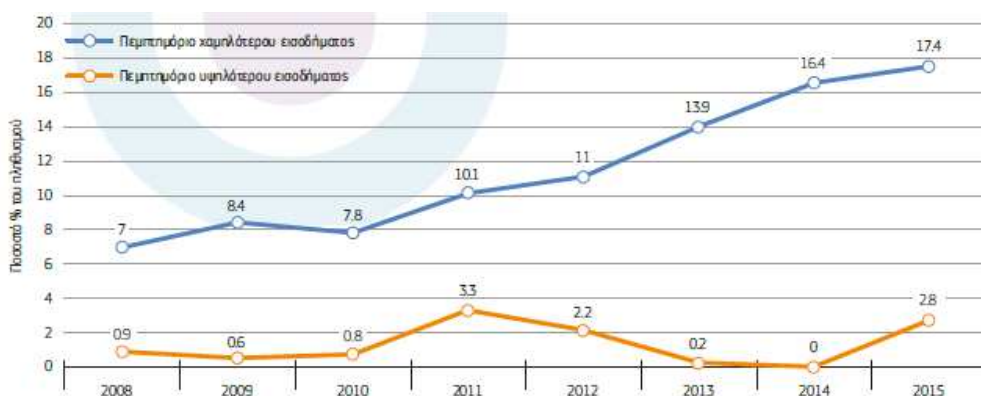
Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 4.4

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2016

Αν και μεταξύ του 2015 και 2016, παρατηρείται μία σχετική μείωση των μη ικανοποιούμενων αναγκών σε αρκετές χώρες της Ε.Ε., ωστόσο, το χάσμα μεταξύ του πληθυσμού στο χαμηλότερο πεντημόριο εισοδήματος και αυτού στο υψηλότερο παραμένουν, με τους πρώτους να έχουν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για οδοντιατρική φροντίδα (Διαγράμματα 4.5, 4.6, 4.7) (OECD, 2018a).

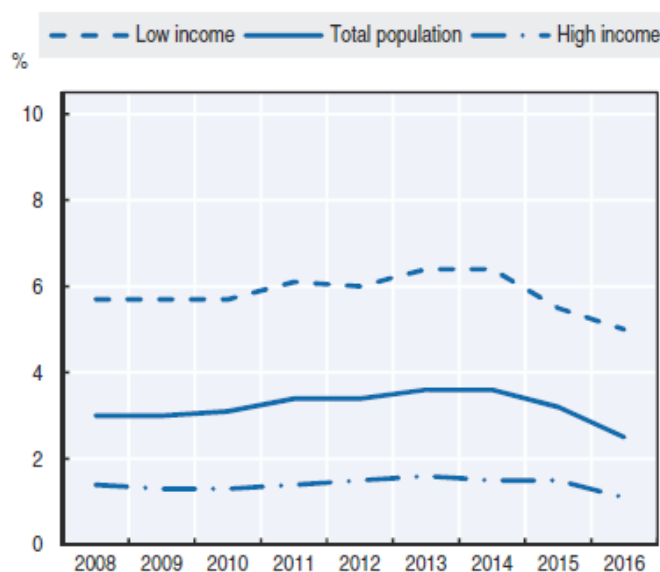
Στην Ελλάδα μάλιστα αυτό το χάσμα όχι μόνο παραμένει, αλλά και μεγαλώνει από το 2011 κι έπειτα.



Πηγή: OECD, 2017b

Διάγραμμα 4.5

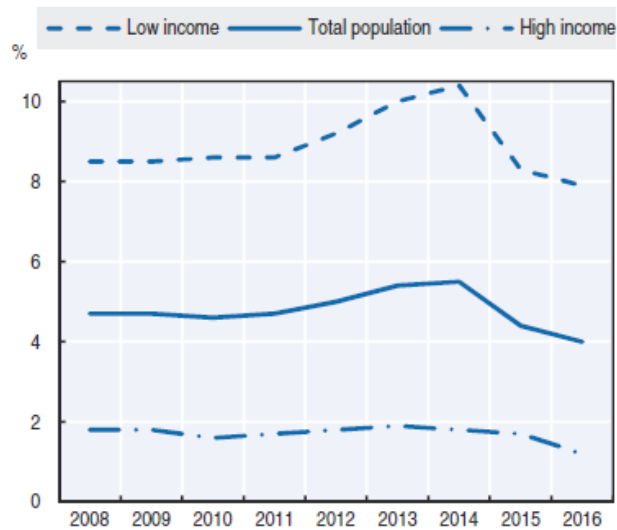
Αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους στην Ελλάδα, ανά πεντημόρια εισοδήματος, 2008 - 2015



Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 4.6

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2008 - 2016



Πηγή: OECD, 2018a

Διάγραμμα 4.7

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική εξέταση στην Ε.Ε. (συνολική & ανά πεντημόρια εισοδήματος) λόγω κόστους, απόστασης ή αναμονής, 2008 - 2016

Σχετικά με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, η Ελλάδα το 2014 παρουσίασε, επίσης, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ε.Ε. αυτό-αναφερόμενης μη ικανοποιούμενης ανάγκης (14,9%), απέχοντας σημαντικά από τον μέσο όρο της Ε.Ε. (4,6%) (Πίνακας 4.1) (Eurostat, 2018d).

Πίνακας 4.1

Ποσοστό αυτό-αναφερόμενης μη ικανοποιούμενης ανάγκης για συνταγογραφούμενα φάρμακα λόγω κόστους στην Ε.Ε., 2014 (ή πλησιέστερο έτος)

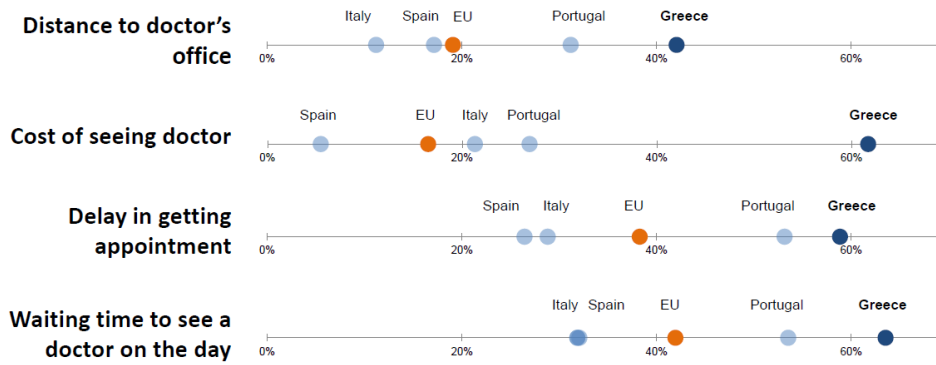
	Prescribed medicines		
	Total	Males	Females
EU-28	4.6	4.0	5.1
Bulgaria	9.6	8.0	10.7
Czech Republic	3.2	2.5	3.8
Denmark	4.4	4.7	4.2
Germany	3.7	3.3	4.1
Estonia	6.6	5.9	7.2
Ireland (*)	19.4	21.1	17.9
Greece	14.9	13.5	16.0
Spain	3.2	2.5	3.8
Croatia	5.7	4.6	6.6
Italy	7.2	6.5	7.8
Cyprus	2.0	1.8	2.2
Latvia	17.3	13.0	20.2
Lithuania	3.8	3.2	4.3
Luxembourg	6.9	7.9	6.0
Hungary	5.9	5.0	6.6
Malta	3.4	2.9	3.8
Netherlands	1.9	1.8	2.0
Austria	2.2	1.7	2.8
Poland	9.4	8.4	10.2
Portugal	10.0	7.6	11.8
Romania	6.7	6.1	7.2
Slovenia	5.8	5.0	6.6
Slovakia	4.3	4.1	4.6
Finland	10.6	12.8	8.9
Sweden	4.5	4.2	4.8
United Kingdom	1.3	0.9	1.6
Iceland	9.5	7.6	11.1
Norway	3.2	2.5	3.9
Turkey	11.5	9.6	13.1

(*) Unreliable data for mental health care.

Note: Data not available for Belgium and France.

Πηγή: Eurostat, 2018d).

Αν και το κόστος είναι ο συχνότερα δηλούμενος λόγος για την μη ικανοποιούμενη ανάγκη ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, η χώρα παρουσιάζει υψηλά ποσοστά, με σημαντική διαφορά από τους μέσους όρους της Ε.Ε., και στις λοιπές αιτίες, που είναι η απόσταση, η αναμονή για να κλείσει κάποιος ραντεβού, αλλά και αναμονή όταν πλέον πηγαίνει ο χρήστης στο κλεισμένο ραντεβού (Διάγραμμα 4.8). Για τις μεγάλες λίστες αναμονής πιθανόν ευθύνονται παράγοντες όπως η υπό-χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και οι ελλείψεις στο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα (Baeten et al., 2018).

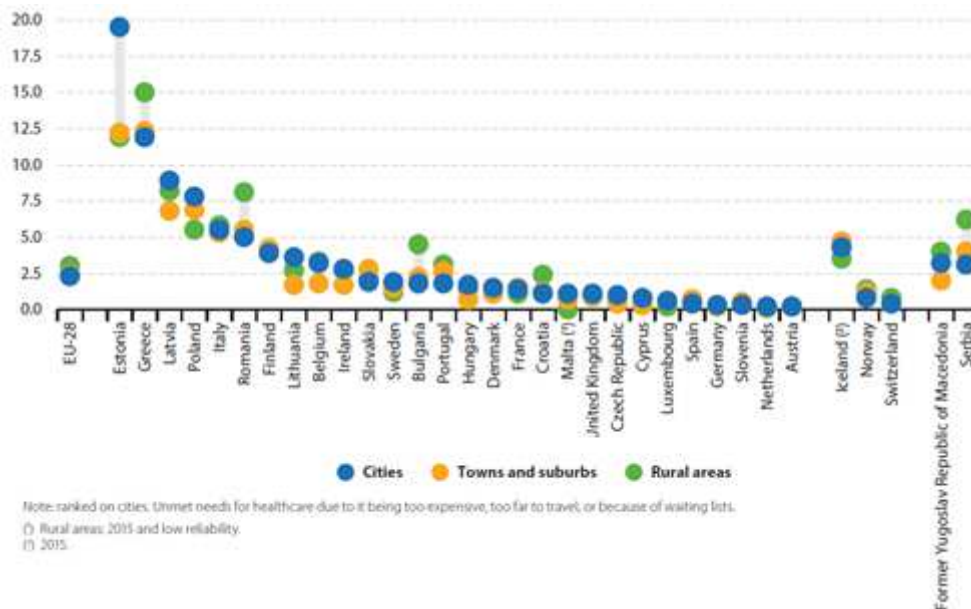


Πηγή: Lafortune, 2018

Διάγραμμα 4.8

Μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. ανά αιτία (σύγκριση ποσοστών Ελλάδας με μέγιστο, ελάχιστο & μέσους όρους της Ε.Ε.), 2016

Αναφορικά με τον βαθμό αστικοποίησης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.9, στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες της Ε.Ε., το ποσοστό μη ικανοποιούμενων αναγκών είναι υψηλότερο στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τα αστικά κέντρα, τις κωμοπόλεις και τα προάστια (Kotzeva et al., 2018), όπου παρουσιάζονται και οι μεγαλύτερες ελλείψεις σε προσωπικό υγείας, κυρίως σε δημόσιες δομές (Baeten et al., 2018).



Πηγή: Kotzeva et al., 2018

Διάγραμμα 4.9

Αυτό-αναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ε.Ε. ανά βαθμό αστικοποίησης, 2016

Τα παραπάνω δεδομένα που αφορούν στη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα, συμπληρώνονται και από εθνικές έρευνες, οι οποίες έγιναν, κυρίως, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ή συγκρίνουν την περίοδο προ και μετά κρίσης.

Σε έρευνα των Zavras et al. (2016), έγινε ανάλυση χρονοσειράς δεδομένων για την Ελλάδα από την βάση EU-SILC, ενώ συνέκριναν, παράλληλα, και τις αυτό-αναφερόμενες μη ικανοποιούμενες ανάγκες από εθνική έρευνα που έγινε το 2006 και μετά ξανά το 2011. Αυτό που βρήκαν είναι ότι η πιθανότητα μη χρήσης υπηρεσιών υγείας λόγω κόστους ήταν 44% πιο υψηλή το 2011 σε σύγκριση με το 2006 (Zavras et al., 2016). Οι χρήστες που ανήκαν στην χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα και οι οποίοι έχρηζαν ιατρικής φροντίδας ήταν 2,65 φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους, ενώ όσο χαμηλότερο ήταν το εισόδημα των συμμετεχόντων τόσο αυξάνονταν οι πιθανότητες μη ικανοποιούμενων αναγκών. Επίσης, βρέθηκε πως η πιθανότητα μη ικανοποιούμενης ανάγκης λόγω κόστους αυξήθηκε κατά 49% για τους συμμετέχοντες που ήταν άνεργοι σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονταν (Zavras et al., 2016).

Σε συγχρονική μελέτη του 2010 των Pappa et al. (2013), που ανέλυσε δεδομένα 1.000 ατόμων 18 ετών και άνω, το 9,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη κατά τους τελευταίους 12 μήνες προ της μελέτης. Το κόστος και η έλλειψη χρόνου ήταν οι πιο συχνοί λόγοι που αναφέρθηκαν.

Το 2014-2015 πραγματοποιήθηκε άλλη μία συγχρονική έρευνα σε δείγμα ατόμων 15 ετών και άνω που διαμένουν στην Αττική, στο πλαίσιο της οποίας το 10,1% των συμμετεχόντων δήλωσε τουλάχιστον μία περίπτωση μη ικανοποιούμενης ανάγκης για φάρμακα κατά τη διάρκεια του έτους προ της μελέτης (Yfantopoulos et al., 2017). Η αδυναμία κάλυψης του κόστους ήταν η δεύτερος κατά σειρά αιτία που δηλώθηκε για την μη ικανοποιούμενη ανάγκη (51,8%) (Yfantopoulos et al., 2017).

Σε έρευνα που έγινε τον Μάιο του 2015 σε πανελλαδικό δείγμα 1.001 ενηλίκων, και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν πως μεταβλήθηκε, σε σύγκριση με

το 2009, η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, το 28% αυτών δήλωσαν πως χειροτέρευσε και 12% πως χειροτέρευσε πολύ. Αναφορικά με την πρόσβαση σε φάρμακα, 18% δήλωσαν πως χειροτέρευσε και 6% πως χειροτέρευσε πολύ (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis, 2016).

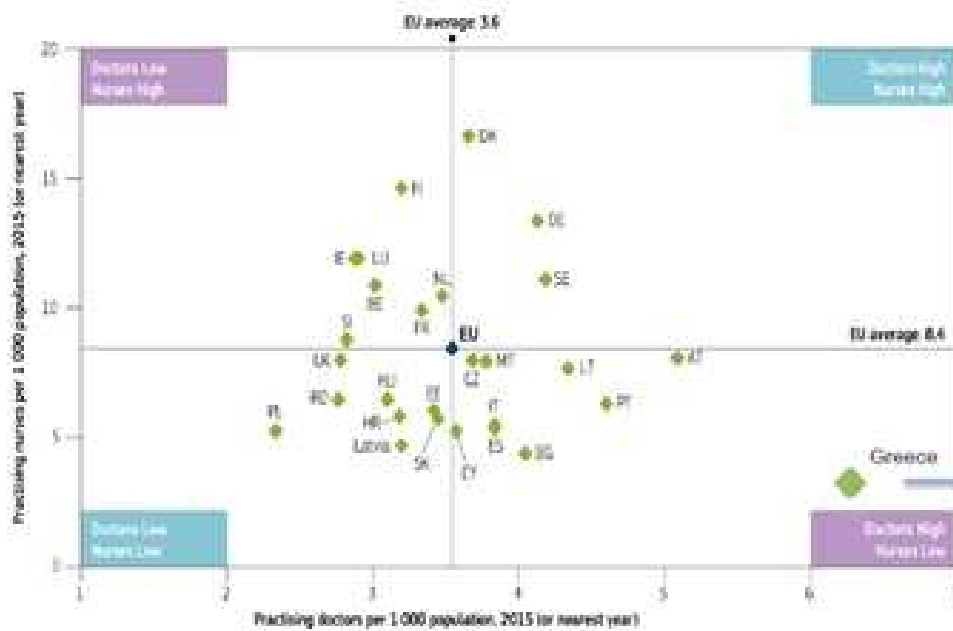
Άλλη έρευνα συνέκρινε δεδομένα του 2010 και του 2016, τα οποία προήλθαν από τις πανελλαδικές έρευνες Hellas Health. Το ποσοστό των ατόμων (>18 ετών) που δήλωσαν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα αυξήθηκε από 10% το 2010 σε 21,9% το 2015. Το ποσοστό εξ' αυτών που ανέφεραν το κόστος ως βασική αιτία αυξήθηκε από 3,4% το 2010 σε 12,2% το 2015, ενώ εκείνοι που ανέφεραν ζητήματα προσβασιμότητας αυξήθηκαν, επίσης, από 2,8% σε 4,5% κατά τα αντίστοιχα έτη (Filippidis et al., 2017).

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους η Ελλάδα εμφανίζει τόσο υψηλά ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη, οφείλονται σε χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της χώρας, καθώς και στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μέτρων που ελήφθησαν εν μέσω αυτής. Έως και πρόσφατα, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη βασιζόταν ως επί το πλείστον στην ύπαρξη εργασιακής απασχόλησης των πολιτών (Karaniolos & Kentikelenis, 2016). Η οικονομική κρίση αύξησε σημαντικά τα ποσοστά ανεργίας στη χώρα με αποτέλεσμα να χάσουν περισσότεροι από 2,5εκατ. πολίτες τα δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Economou, 2015, Karaniolos & Kentikelenis, 2016). Εξαιτίας αυτού, ψηφίστηκε νέος νόμος το 2016 για την καθολική κάλυψη όλου του πληθυσμού της χώρας, όπως αναλύθηκε εκτενέστερα στο Κεφάλαιο 1.

Στο κλάδο υγείας ελήφθησαν, επίσης, πολλά μέτρα με στόχο τον περιορισμό των δημοσιών δαπανών για την υγεία, όπως η επιβολή χρεώσεων στους χρήστες για νοσοκομειακές υπηρεσίες και οι αυξήσεις στην συν-πληρωμή για φάρμακα (Karaniolos & Kentikelenis, 2016), που συνόδευσαν την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011, λόγω της οικονομικής κρίσης (Economou, 2015). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2011 η συν-πληρωμή για εξωνοσοκομειακή φροντίδα σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας αυξήθηκε από €3 σε €5 και το 2014 ορίστηκε η καταβολή €25 για εισαγωγή σε νοσοκομεία, ωστόσο εν

συνεχία ανακλήθηκε λόγω των έντονων αντιδράσεων που προκλήθηκαν (Eurofound, 2014). Περικοπές σε επιδόματα και μειώσεις στις συντάξεις, επέφεραν περαιτέρω δυσκολίες πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας (Eurofound, 2014).

Στο ελληνικό σύστημα υγείας υπάρχει, παράλληλα, μεγάλη ανισοκατανομή στις δομές υπηρεσιών υγείας, στο υγειονομικό προσωπικό και στον ιατρικό εξοπλισμό, οι οποίες συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές, κυρίως στην Αττική και στην Κεντρική Μακεδονία, αφήνοντας κενά στην κάλυψη των αγροτικών περιοχών (OECD, 2017b, Economidou, 2015). Η Ελλάδα εμφανίζει την μεγαλύτερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό στην Ε.Ε. (5 γιατροί ανά 1.000 άτομα), οι οποίοι είναι συγκεντρωμένοι κυρίως στα αστικά κέντρα, ενώ αντίθετα η αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς τον πληθυσμό είναι η χαμηλότερη στην Ε.Ε. (OECD, 2017a, OECD, 2017b). Αναφέρεται, ωστόσο, πως ο παραπάνω αριθμός των γιατρών μπορεί να υπερεκτιμάται, καθώς περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς με άδεια ασκήσεων επαγγέλματος, και ο αριθμός των νοσηλευτών πιθανόν υποεκτιμάται γιατί περιλαμβάνει μόνο το προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία (Διάγραμμα 4.10) (Lafortune, 2018). Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, πως η πλειοψηφία των γιατρών στην Ελλάδα είναι ειδικοί γιατροί (75%), ενώ οι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί είναι ελάχιστοι (6%) (OECD, 2017b, Lafortune, 2018, Baeten et al., 2018).



Πηγή: Lafortune, 2018

Διάγραμμα 4.10

Αναλογία ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού στην Ε.Ε. σε σχέση με τον πληθυσμό, 2015 (ή πλησιέστερο έτος)

Την παραπάνω κατάσταση επιβάρυνε το γεγονός πως το 2010 επιβλήθηκε το πάγωμα των προσλήψεων των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οδηγώντας σε υποστελέχωση πολλών δημόσιων νοσοκομείων σε ιατρικό προσωπικό, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πάντα ελλιπές λόγω του χαμηλού αριθμού των συγκεκριμένων επαγγελματιών (OECD, 2017b).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Καθολική Κάλυψη Υγείας

Καθολική Κάλυψη Υγείας (Universal Health Coverage – UHC) σημαίνει να δίνεται σε όλους τους ανθρώπους, ως άτομα και ως κοινότητες και ανεξαρτήτως συνθηκών, η δυνατότητα να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση και δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας που έχουν ανάγκη χωρίς τον κίνδυνο να αντιμετωπίσουν οικονομική δυσκολία (financial hardship) (WHO & World Bank, 2017, Boerma et al., 2014). Οι οικονομικές δυσκολίες προκύπτουν όταν οι άνθρωποι χρειάζεται να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και να πληρώσουν γι' αυτές στο σημείο χρήσης. Οι άμεσες πληρωμές για την υγεία δεν προκαλούν οικονομικές δυσκολίες όταν κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα και καταβάλλονται από εκείνους που είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, αλλά για τα φτωχότερα στρώματα και για τα άτομα που καλούνται να καλύψουν, μερικώς ή εξολοκλήρου, το κόστος μίας μακροχρόνιας θεραπείας ακόμη και μικρά ποσά που δίνονται από την τσέπη τους μπορούν να επιφέρουν σημαντικές οικονομικές δυσκολίες (Thomson et al., 2016). Συνεπώς, η οικονομική επιβάρυνση προκύπτει όταν οι άμεσες πληρωμές για την υγεία, που καλούνται να πληρώσουν τα άτομα, ξεπερνούν την οικονομική δυνατότά τους να τις καλύψουν (WHO, 2019b).

Η Καθολική Κάλυψη Υγείας περιλαμβάνει, επίσης, ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας, όπως για παράδειγμα αντικαπνιστικές εκστρατείες και εμβολιαστικά προγράμματα, καθώς και υπηρεσίες θεραπείας, αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας, προσφέροντας επαρκές επίπεδο ποιότητας, ώστε να καθίστανται αποτελεσματικές (WHO & World Bank, 2017, Thomson et al., 2016, Boerma et al., 2014). Δεν αφορά, ωστόσο, μόνο την κάλυψη των ανθρώπων για ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας, αλλά στοχεύει στην σταδιακή επέκταση των υπηρεσιών, που περιλαμβάνονται σε αυτό, και στην οικονομική προστασία που προσφέρεται στους πολίτες έναντι του κινδύνου που μπορεί να προκύψει από δαπάνες υγείας, καθώς προοδευτικά είναι διαθέσιμοι περισσότεροι πόροι από τα κράτη (WHO, 2019a).

Κατά την τελευταία δεκαετία, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι εκκλήσεις για την ενίσχυση της προσπάθειας των χωρών ως προς την επίτευξη της καθολικής κάλυψης υγείας (WHO & World Bank, 2017). Σχεδόν ο μισός πληθυσμός του πλανήτη συνεχίζει να μην έχει πλήρη κάλυψη για απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 800 εκατομμύρια πολίτες δαπανούν τουλάχιστον το 10% του οικογενειακού τους προϋπολογισμού για να καλύψουν δαπάνες υγείας (WHO, 2019a). Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, πως το 2015 η Γενική Συνέλευση των Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών αποφάσισε την υιοθέτηση της υγείας ως έναν εκ των 17 Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goals – SDGs) και την καθολική κάλυψη υγείας ως επιμέρους στόχο (WHO & World Bank, 2017). Η ύπαρξη καλής υγείας στον πληθυσμό συνεπάγεται ότι οι ενήλικες είναι παραγωγικοί και τα παιδιά μπορούν να παραμένουν στην εκπαιδευτική διαδικασία, κάτι που βοηθά τους ανθρώπους να φεύγουν από τις συνθήκες φτώχειας και συμβάλλει στην μακροπρόθεσμη οικονομική ανάπτυξη των χωρών (WHO, 2019a).

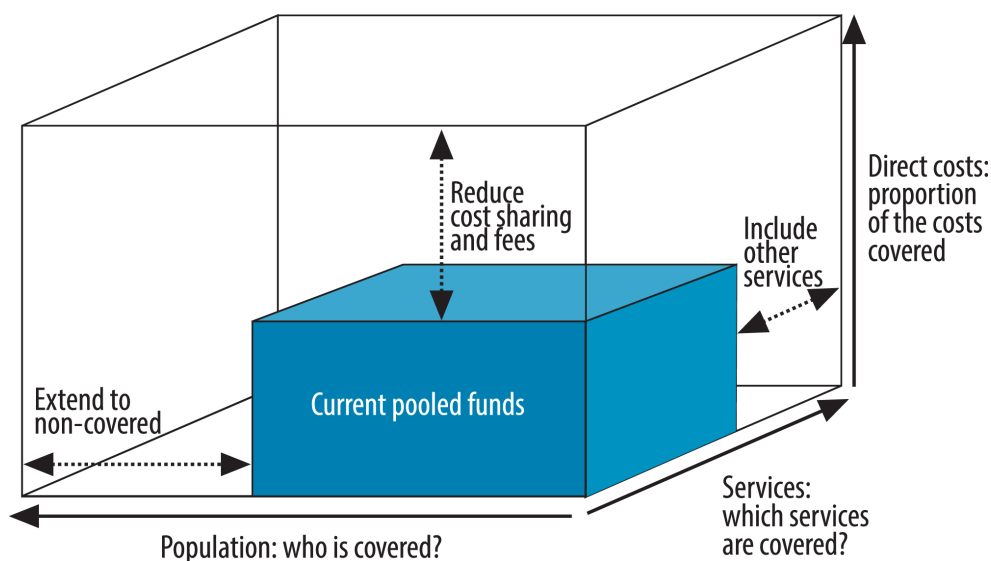
Η Καθολική Κάλυψη Υγείας περιλαμβάνει, συνεπώς, ως έννοια την προστασία των ανθρώπων από τις δυσμενείς οικονομικές επιπτώσεις (financial protection), που μπορούν να προκύψουν όταν καλούνται να καλύψουν από την τσέπη τους τις δαπάνες υγείας. Σε αυτή την περίπτωση, οι οικονομικές απαιτήσεις που προκύπτουν από την απροσδόκητη εμφάνιση μίας ασθένειας, μπορούν να τους οδηγήσουν στην φτώχεια, καθώς είναι πιθανό να χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν τις οικονομίες τους, να πουλήσουν περιουσιακά στοιχεία ή να δανειστούν για να ανταπεξέλθουν (WHO, 2019a) και να μην είναι σε θέση να καλύψουν άλλες βασικές ανάγκες της οικογένειάς τους σε τρόφιμα, στέγαση ή θέρμανση (WHO & World Bank, 2017, Thomson et al., 2016).

Παράλληλα, στο πλαίσιο της Καθολικής Κάλυψης Υγείας διασφαλίζεται ότι κυρίως τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού, που διατρέχουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο να μην λάβουν αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, θα έχουν πρόσβαση σε αυτές, μειώνοντας τα αντίστοιχα εμπόδια, όπως είναι για παράδειγμα η καταβολή άμεσων πληρωμών, η απόσταση και οι ελλείψεις στον εξοπλισμό των δομών περίθαλψης (WHO & World Bank, 2017). Αυτό δεν σημαίνει, ωστόσο, ότι η παροχή φροντίδας υγείας για όλες τις πιθανές ιατρικές παρεμβάσεις, ανεξαρτήτως του κόστους, θα είναι εντελώς δωρεάν για όλους, καθώς κανένα κράτος δεν θα μπορούσε να υποστηρίξει κάτι τέτοιο σε μία

βιώσιμη βάση (WHO, 2019a, WHO & World Bank, 2017). Αντίθετα, σημαίνει πως οι άμεσες πληρωμές υγείας που θα καλούνται να καταβάλουν τα νοικοκυριά οφείλουν να φτάνουν έως το σημείο που δεν αποτελούν εμπόδιο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και δεν επιφέρουν οικονομική επιβάρυνση στους πολίτες (WHO & World Bank, 2017).

Η Καθολική Κάλυψη Υγείας περιλαμβάνει, επίσης, το σύνολο των στοιχείων που συνιστούν ένα σύστημα υγείας, όπως είναι τα συστήματα και οι εγκαταστάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, το εργατικό δυναμικό των υγειονομικών δομών, οι τεχνολογίες υγείας, τα πληροφοριακά συστήματα, οι μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας, καθώς και η διακυβέρνηση και η νομοθεσία στον τομέα της υγείας (WHO, 2019a). Δεν περιορίζεται, όμως, αποκλειστικά και μόνο στην υγεία, αλλά επεκτείνεται και σε ευρύτερα θέματα ισότητας, ανάπτυξης και κοινωνικής ένταξης και συνοχής (WHO, 2019a). Έχει, παράλληλα, δύο αλληλοεξαρτώμενα δομικά στοιχεία. Το πρώτο είναι η παροχή των απαραίτητων, ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και το δεύτερο η προστασία του πληθυσμού από την οικονομική επιβάρυνση και την φτωχοποίηση που μπορεί να προκύψει από την καταβολή άμεσων πληρωμών για την υγεία (Boerma et al., 2014, WHO, 2013). Ποια υπηρεσία υγείας θεωρείται απαραίτητη διαφέρει από χώρα σε χώρα, καθώς η καθεμία αποφασίζει ποιες θα πρέπει να είναι οι άμεσα διαθέσιμες υπηρεσίες προς όλους (Boerma et al., 2014). Καθώς το πρώτο στοιχείο δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο να λαμβάνουν όλοι οι πολίτες τις υπηρεσίες υγείας που έχουν ανάγκη, καθίσταται σαφές πως η Καθολική Κάλυψη Υγείας ενέχει μία σημαντική διάσταση δικαιοσύνης και ισότητας (WHO, 2013).

Αυτές οι δύο διαστάσεις της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, συνήθως, παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία με την μορφή κύβου, όπου ένας άξονας αφορά τον πληθυσμό που χρειάζεται υπηρεσίες υγείας, ο άλλος άξονας παρουσιάζει τις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη ο πληθυσμός, ενώ ο κάθετος άξονας απεικονίζει το ποσοστό από το συνολικό κόστος παροχής αυτών των υπηρεσιών, το οποίο χρηματοδοτείται από πόρους που έχουν συγκεντρωθεί (pooled funds) κι όχι από άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά (Διάγραμμα 5.1) (Boerma et al., 2014).



Πηγή: Boerma et al., 2014

Διάγραμμα 5.1

Διαγραμματική απεικόνιση στοιχείων Καθολικής Κάλυψης Υγείας

Αν και ο στόχος της Καθολικής Κάλυψης Υγείας οφείλει να είναι κοινός για όλες τις χώρες, καθεμία από αυτές μπορεί να στοχεύσει σε διαφορετικές διαστάσεις αυτού του κύβου, ανάλογα με τις προτιμήσεις και τους περιορισμούς που υπάρχουν, τα διαφορετικά θέματα υγείας που απασχολούν την καθεμία, το εκάστοτε σύστημα υγείας και τους πόρους που είναι διαθέσιμοι. Σε κάθε περίπτωση, η Καθολική Κάλυψη Υγείας δεν είναι μία στατική έννοια. Ο άξονας των υπηρεσιών υγείας συνεχώς εμπλουτίζεται και διευρύνεται με τις νέες ιατρικές τεχνολογίες και τα προϊόντα που αναπτύσσονται, τα οποία όμως έχουν αυξημένο κόστος. Η ζήτηση από την άλλη αποτελεσματικότερων μεθόδων ιατρικής παρέμβασης συνεχώς αυξάνεται από πλευράς του πληθυσμού, δυσχεραίνοντας τη δυνατότητα κάλυψής τους από τα συγκεντρωμένα κονδύλια (Boerma et al., 2014). Συνεπώς, η συνεχής προσπάθεια για την επίτευξη, αλλά και τη διατήρηση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας αφορά όλες τις χώρες, συμπεριλαμβανομένων αυτών υψηλού εισοδήματος, καθώς, ιδίως εν μέσω οικονομικών κρίσεων όπως η υπάρχουσα, η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της επαρκούς κάλυψης του πληθυσμού με ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και των χαμηλών άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά παρουσιάζει ιδιαίτερες προκλήσεις (Boerma et al., 2014).

Για να μπορέσουν οι χώρες, σε κάθε περίπτωση, να πλησιάσουν τους στόχους της Καθολικής Κάλυψης Υγείας σημαίνει πως θα πρέπει να φροντίσουν να παρέχουν

υπηρεσίες υγείας στους πολίτες που τις χρειάζονται αλλά δεν τις λαμβάνουν, να διευρύνουν την δέσμη παροχών για όσους λαμβάνουν λιγότερες απ' όσες χρειάζονται και να αυξήσουν το ποσοστό της χρηματοδότησης υγείας, που καλύπτεται από την συγκέντρωση πόρων, ώστε να μειωθεί αντίστοιχα η καταβολή άμεσων πληρωμών από τους πολίτες (Boerma et al., 2014). Συνεπώς, η Καθολική Κάλυψη Υγείας δεν περιορίζεται στο είδος των υπηρεσιών που θα καλύπτονται, αλλά και πως αυτές χρηματοδοτούνται, οργανώνονται και παρέχονται στους τελικούς αποδέκτες (WHO, 2019a).

Η παρακολούθηση από πλευράς των χωρών για την πρόοδο που έχει επιτύχει η καθεμία αναφορικά με την Καθολική Κάλυψη Υγείας απαιτεί τη συστηματική συλλογή και καταγραφή δεδομένων σε δύο συγκεκριμένους τομείς. Ο πρώτος αφορά την πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, εξετάζοντας κατά πόσο έχουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για φροντίδα υγείας λόγω εμποδίων που σχετίζονται με το κόστος, τις λίστες αναμονής ή την απόσταση (Thomson et al., 2016). Στις χώρες της Ε.Ε. αυτό γίνεται από το 2005 μέσω της ετήσιας διενέργειας της έρευνας για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU SILC) στα 28 κράτη-μέλη, καθώς και στη Νορβηγία, την Ισλανδία και την Ελβετία (Thomson et al., 2016).

Ο δεύτερος βασικός τομέας παρακολούθησης σχετικά με πρόοδο των χωρών στην Καθολική Κάλυψη Υγείας, ο οποίος μπορεί να προσφέρει να σημαντικές προτάσεις για την τροποποίηση σχετικών στρατηγικών υγείας, είναι η οικονομική προστασία. Ωστόσο, παρά την καίρια σημασία που έχει και την ύπαρξη καλά τεκμηριωμένων δεικτών για την μέτρησή της, υπάρχουν ελάχιστες πρόσφατες σχετικές μελέτες τόσο στην Ευρώπη όσο και στον υπόλοιπο κόσμο, ενώ οι έρευνες αυτές δεν υλοποιούνται σε συστηματική βάση (Thomson et al., 2016).

5.2. Οικονομική προστασία

Η οικονομική προστασία (financial protection) στην τομέα της υγείας αφορά στην προστασία των ατόμων από την οικονομική επιβάρυνση που συνδέεται με την πληρωμή για χρήση υπηρεσιών υγείας (WHO, 2019b, Saksena, et al., 2014). Η απουσία οικονομικής προστασίας του πληθυσμού μπορεί να επιφέρει πληθώρα δυσμενών

επιπτώσεων, όπως είναι η χειροτέρευση του επιπέδου υγείας, η επιδείνωση της κοινωνικής και οικονομικής ανισότητας, η μείωση της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα και η διεύρυνση της φτώχειας (WHO, 2019b).

Για το φαινόμενο αυτό ευθύνεται η έντονη παρουσία άμεσων πληρωμών σε ένα σύστημα υγείας, καθώς οι πολίτες που δεν αντέχουν οικονομικά να πληρώσουν για να λάβουν φροντίδα υγείας είτε θα αποκλειστούν εντελώς από την πρόσβαση και θα έχουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη ή θα χρησιμοποιήσουν τελικά την υπηρεσία υγείας αλλά να βιώσουν οικονομική επιβάρυνση (financial hardship) (WHO, 2019b). Ωστόσο, εκτός από τις άμεσες πληρωμές, και μη οικονομικοί παράγοντες, που αφορούν στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας, όπως προβλήματα στη διαθεσιμότητα, στο επίπεδο ποιότητας και στην έγκαιρη παροχή τους, δύνανται να προκαλέσουν μη ικανοποιούμενη ανάγκη για φροντίδα υγείας και οικονομική επιβάρυνση, εφόσον τα άτομα οδηγούνται, λόγω των παραπάνω ζητημάτων, στην αναζήτηση φροντίδας υγείας σε μη συμβεβλημένους ή ιδιωτικούς παρόχους υγείας (WHO, 2019b). Συνεπώς, η οικονομική προστασία εξυπηρετεί έναν διττό σκοπό που είναι από τη μία να ελαχιστοποιήσει την αβεβαιότητα που συνδέεται με τη μελλοντική ανάγκη για υπηρεσίες υγείας και τη δυνατότητα πληρωμής για αυτές, καθώς η ίδια η αβεβαιότητα επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην ευεξία των ατόμων, και από την άλλη να διασφαλίσει ότι κανένας δεν θα χρειαστεί να επιλέξει μεταξύ της λήψης φροντίδας υγείας και της κάλυψης άλλων βασικών αναγκών (Cylus & Papanicolas, 2015).

Δεδομένου ότι οι άμεσες πληρωμές για την υγεία είναι παρούσες, αν και σε διαφορετικό βαθμό, σε όλα τα συστήματα υγείας, αυτό συνεπάγεται πως η οικονομική επιβάρυνση από την χρήση υπηρεσιών υγείας αποτελεί, εν δυνάμει, κοινό πρόβλημα σε όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως με το εάν είναι υψηλού, μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος (WHO, 2019b, Thomson et al., 2016). Η σημασία που έχει η οικονομική προστασία σε παγκόσμιο επίπεδο, καθίσταται σαφής από το γεγονός ότι αποτελεί έναν από τους στόχους της Χάρτας του Ταλλίν (Tallinn Charter), που υπεγράφη το 2008 από όλα τα μέλη της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και τον έναν από τους δύο συνολικά δείκτες για την μέτρηση της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, που περιλαμβάνονται στους Στόχους για την Βιώσιμη Ανάπτυξη (Sustainable Development

Goals) που υιοθέτησε ο Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών το 2015 και όλες οι χώρες έχουν δεσμευτεί ότι θα τον παρακολουθούν και θα τον καταγράφουν συστηματικά (WHO, 2019b).

Παράλληλα, η οικονομική προστασία αποτελεί σημαντικό ζήτημα και στις χώρες υψηλού εισοδήματος, γιατί σε πολλές από αυτές οι άμεσες πληρωμές συνιστούν μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, ορισμένες δεν προσφέρουν ακόμη καθολική κάλυψη υγείας στον πληθυσμό τους, σχεδόν όλες απαιτούν από τους ασθενείς την καταβολή συν-πληρωμής στο σημείο χρήσης, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις είναι ανεπαρκής η δημόσια χρηματοδότηση για την κάλυψη φαρμάκων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (Thomson et al., 2016). Αντιμετωπίζουν, επίσης, οικονομικούς περιορισμούς ως προς την διάθεση των πόρων για την υγεία, κυρίως μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, ενώ στον πληθυσμό τους υπάρχουν και ευάλωτες ομάδες στις οποίες θα πρέπει να φροντίσουν να παρέχουν αποτελεσματική προστασία (Thomson et al., 2016).

Η μέτρηση της οικονομικής προστασίας γίνεται με τη χρήση δύο δεικτών, την **πτωχευτική δαπάνη υγείας** (improverishing health expenditure) και την **καταστροφική δαπάνη υγείας** (catastrophic health expenditure). Η πτωχοποίηση (improverishment) προκύπτει, όταν οι άμεσες πληρωμές υγείας ωθούν τα νοικοκυριά κάτω από το όριο της φτώχειας ή, όταν βρίσκονται ήδη κάτω από αυτό, τα ωθούν ακόμη χαμηλότερα (Saksena, et al., 2014). Το όριο της φτώχειας είναι ένα προκαθορισμένο επίπεδο είτε ατομικού είτε οικογενειακού εισοδήματος ή κατανάλωσης, κάτω του οποίου εάν βρεθεί ένας άνθρωπος ή μία οικογένεια τότε θεωρούνται φτωχοί (WHO, 2019b), που σημαίνει ότι δεν διασφαλίζεται ούτε το πιο βασικό βιοτικό επίπεδο (Saksena, et al., 2014).

Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης της πτωχευτικής δαπάνης υγείας αξιολογεί τις άμεσες πληρωμές υγείας των νοικοκυριών σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο όριο (threshold) και οι μέθοδοι μέτρησης διαφοροποιούνται σύμφωνα με το ανάλογο όριο που θα επιλεγεί (WHO, 2019b). Αυτό το όριο ονομάζεται, όπως προαναφέρθηκε, όριο φτώχειας και μπορεί να οριστεί με ποικίλους τρόπους (Thomson et al., 2016). Ορισμένες μελέτες επιλέγουν να θέσουν το ίδιο όριο απόλυτης φτώχειας μεταξύ όλων

των χωρών, προσαρμοσμένο σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης, ή χρησιμοποιούν εθνικά όρια φτώχειας. Άλλες έρευνες επιλέγουν σχετικά όρια φτώχειας, που αντικατοπτρίζουν τα πραγματικά πρότυπα δαπανών που ισχύουν για τα νοικοκυριά ως προς ένα ή περισσότερα είδη βασικής ανάγκης, ενώ άλλες χρησιμοποιούν σχετικά όρια φτώχειας που τίθενται ως το ποσοστό της διάμεσης κατανάλωσης ή του διάμεσου εισοδήματος (WHO, 2019b). Ένα βασικό πλεονέκτημα των απόλυτων ορίων φτώχειας είναι ότι διευκολύνουν την παρακολούθηση του επιπέδου φτώχειας σε βάθος χρόνου, αλλά από την άλλη μπορούν να επηρεαστούν από πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Saksena et al., 2014), κάτι που δεν ισχύει για τα σχετικά όρια φτώχειας, τα οποία έχουν και το επιπρόσθετο πλεονέκτημα ότι αντικατοπτρίζουν τα διαφορετικά πρότυπα δαπάνης που ισχύουν στις διάφορες χώρες (Saksena et al., 2014).

Ο βασικός στόχος της μέτρησης της πτωχευτικής δαπάνης υγείας είναι να βρεθούν τα νοικοκυριά που ήταν αρχικά άνω του ορίου φτώχειας και έπεσαν κάτω από αυτό αφού πλήρωσαν από την τσέπη τους για δαπάνες υγείας, τα φτωχοποιημένα δηλαδή νοικοκυριά (improverished households) (WHO, 2019b, Thomson et al., 2016). Αυτό αναφέρεται και ως η καταμέτρηση της φτώχειας (poverty headcount). Το μειονέκτημα της συγκεκριμένης μέτρησης είναι ότι δεν λαμβάνει υπόψη τα νοικοκυριά που ήταν εξαρχής φτωχά, πριν καταβάλλουν δηλαδή τις άμεσες πληρωμές υγείας, και τα οποία μετά ωθούνται ακόμη βαθύτερα σε κατάσταση φτώχειας (further improverished households) (WHO, 2019b). Για την αντιμετώπιση αυτού του μειονεκτήματος μπορεί να μετρηθεί, επιπλέον, το βάθος της φτώχειας (depth of poverty), που αξιολογεί κατά πόσο ένα ήδη φτωχό νοικοκυριό ωθείται περαιτέρω στην φτώχεια λόγω των άμεσων πληρωμών που κατέβαλε (Saksena et al., 2014).

Η καταστροφική δαπάνη υγείας, που είναι και το επίκεντρο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, συμβαίνει όταν οι άμεσες πληρωμές υγείας, που καλούνται να καταβάλουν τα άτομα ή τα νοικοκυριά, ξεπερνούν τους πόρους που διαθέτουν, κάτι που μπορεί να τους οδηγήσει στο να δυσκολεύονται να καλύψουν άλλες βασικές ανάγκες για αγαθά και υπηρεσίες, όπως για σίτιση, ένδυση και εκπαίδευση (Saksena, et al., 2014, Xu et al., 2005). Εκτός αυτού, ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να καταλήξουν να μην χρησιμοποιήσουν καθόλου μία υπηρεσία υγείας, είτε γιατί δεν μπορούν να καλύψουν οικονομικά τα άμεσα κόστη που συνδέονται με αυτήν, είτε γιατί δεν έχουν την

δυνατότητα να πληρώσουν τα έμμεσα κόστη, όπως για παράδειγμα το κόστος μετακίνησης προς μία υγειονομική δομή (Xu et al., 2005). Τα ήδη φτωχά νοικοκυριά μπορεί να βιώσουν πιο βαθιά φτώχεια λόγω των οικονομικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει μία ασθένεια στα εισοδήματά τους (Xu et al., 2005), αν και η καταστροφική δαπάνη υγείας δεν είναι απαραίτητα και πτωχευτική, καθώς ορισμένα νοικοκυριά παραμένουν άνω του ορίου φτώχειας παρά την ύπαρξη καταστροφικών γι' αυτά δαπανών υγείας (WHO, 2019b).

Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας μπορούν να προκύψουν σε όλες τις χώρες και σε κάθε στάδιο της οικονομικής τους ανάπτυξης. Συνήθως, οι χώρες που απαιτούν λιγότερες άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς προσφέρουν καλύτερη προστασία του πληθυσμού έναντι των καταστροφικών δαπανών. Σε γενικές γραμμές, η ύπαρξη υπηρεσιών υγείας που απαιτούν την καταβολή άμεσων πληρωμών από τους χρήστες, η μικρή δυνατότητα των νοικοκυριών για δαπάνες και η έλλειψη συστημάτων προπληρωμής (pre-payment), όπου η συλλογή φόρων ή εισφορών γίνεται για όλους πριν την χρήση των υπηρεσιών υγείας και ανεξάρτητα από αυτήν, ώστε να υπάρχει διάχυση του οικονομικού κινδύνου (risk pooling), είναι παράγοντες που ευνοούν την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών για την υγεία (Xu et al., 2005).

Καθώς η καταστροφική δαπάνη υγείας είναι δείκτης μέτρησης της Καθολικής Κάλυψης Υγείας, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ύπαρξη ανισοτήτων, είναι σημαντικό να εξετάζεται όχι μόνο πόσα νοικοκυριά βιώνουν καταστροφικές δαπάνες υγείας, αλλά και ποια είναι τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά αυτών, ώστε να μπορεί να διαπιστωθεί ποιες υπό-ομάδες του πληθυσμού χρήζουν οικονομικής προστασίας (Saksena, et al., 2014). Υπάρχουν ποικίλες μέθοδοι μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας, οι οποίες αναλύονται στην υποενότητα 5.2.2.

5.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την οικονομική προστασία

Οι χώρες που προσφέρουν οικονομική προστασία στον πληθυσμό τους κρατούν τις άμεσες πληρωμές υγείας σε χαμηλά επίπεδα, προστατεύοντας τις ευάλωτες ομάδες, διασφαλίζοντας επαρκή δημόσια χρηματοδότηση, καθολική κάλυψη υγείας με μία

ευρεία δέσμη παροχών, με περιορισμένες συν-πληρωμές και εξασφαλίζοντας την έγκαιρη και απρόσκοπτη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Thomson et al., 2016). Πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής του Περιφέρειας (WHO, 2019b) μελέτησε κατά πόσο οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν και με ποιον τρόπο στην ενίσχυση της οικονομικής προστασίας των πολιτών. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αναλύονται παρακάτω.

Υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των άμεσων πληρωμών υγείας και των καταστροφικών δαπανών υγείας, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.2, ώστε μάλιστα οι άμεσες πληρωμές να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτης μέτρησης της οικονομικής προστασίας, όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας σε μία χώρα (WHO, 2019b). Ωστόσο, συναντώνται μεγάλες διαφορές στην επίπτωση (incidence) που εμφανίζουν οι καταστροφικές δαπάνες υγείας σε χώρες που έχουν παραπλήσια ποσοστά άμεσων πληρωμών υγείας (WHO, 2019b).

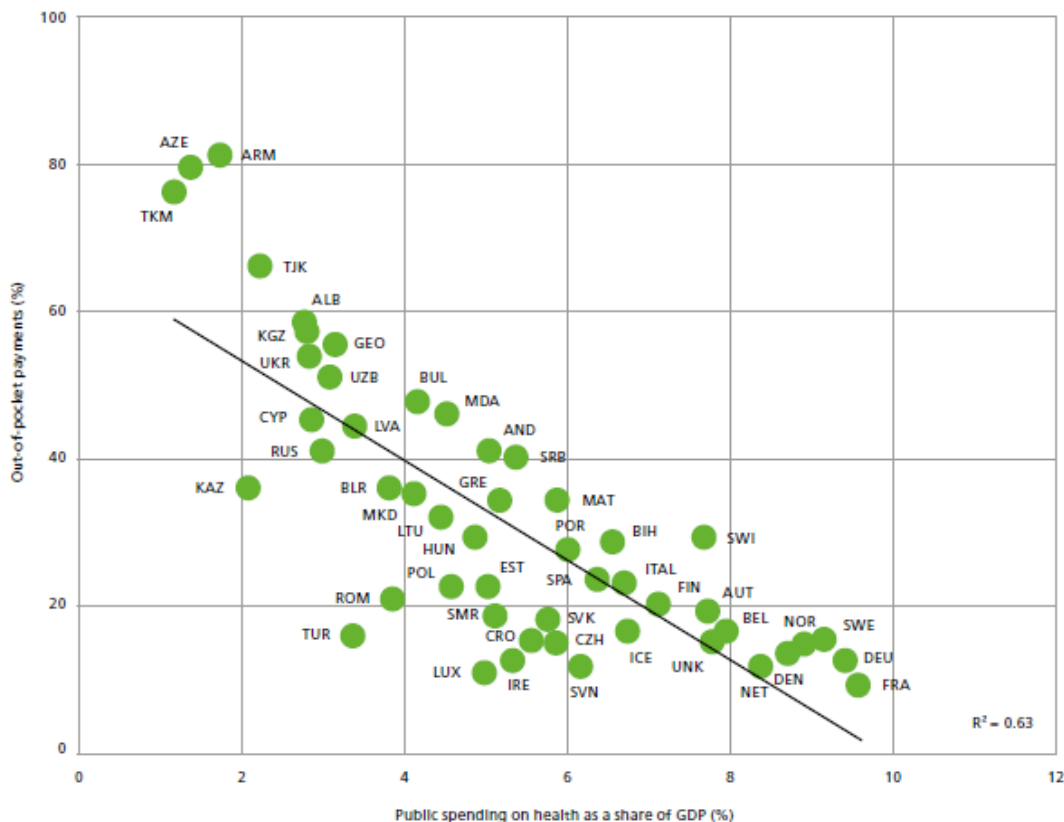


Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.2

Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας και άμεσες πληρωμές υγείας ως % των τρεχουσών δαπανών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Οι άμεσες πληρωμές για την υγεία μπορούν να μειωθούν σε μία χώρα μέσω της αύξησης της δημόσιας δαπάνης της για την υγεία (Διάγραμμα 5.3) (WHO, 2019b). Εξαιτίας αυτού, η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας τείνει να είναι υψηλότερη στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, καθώς σε αυτές οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι χαμηλότερες (Thomson et al., 2016).



Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.3

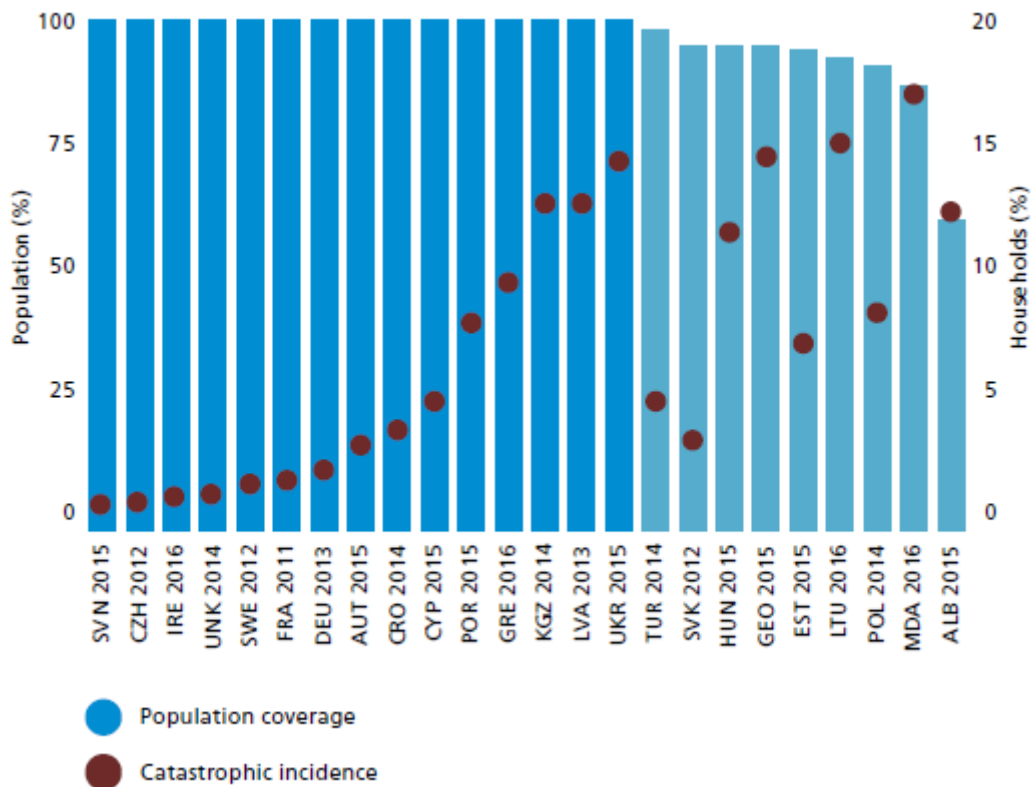
Συσχέτιση δημόσιας χρηματοδότησης υγείας ως % του ΑΕΠ και των άμεσων πληρωμών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ, 2016

Αλλά και αναφορικά με την δημόσια χρηματοδότηση παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις στην επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας σε χώρες που έχουν παρόμοια ποσοστά δημόσιας χρηματοδότησης υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ τους (WHO, 2019b). Αυτό σημαίνει ότι πολιτικές που στοχεύουν αποκλειστικά στην χρηματοδότηση της υγείας σε μία χώρα δεν αρκούν για να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα σχετικά με την οικονομική προστασία του πληθυσμού και θα πρέπει να ληφθούν μέτρα και στο πεδίο της κάλυψης του πληθυσμού, καθώς όταν υπάρχουν κενά σε αυτήν, οι χρήστες ωθούνται στις άμεσες πληρωμές για να λάβουν υπηρεσίες υγείας (WHO, 2019b).

Η κάλυψη του πληθυσμού αφορά στο εύρος που αυτή επεκτείνεται, δηλαδή πόσοι δικαιούνται κάλυψης και ποιο όχι και με βάση ποια κριτήρια (entitlement), καθώς και

στη δέσμη παροχών που χρηματοδοτείται από δημόσιες πηγές (benefit package) και κατά πόσο αυτή είναι διαθέσιμη και με υψηλή ποιότητα (WHO, 2019b). Εάν η δέσμη παροχών είναι πολύ μικρή ή υπάρχουν προβλήματα με τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών, μπορεί οι ανεπίσημες πληρωμές για γίνουν χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συστήματος υγείας (WHO, 2019b). Αν και οι ανεπίσημες δαπάνες δεν αποτελούν την σημαντικότερη πηγή οικονομικής επιβάρυνσης για τα νοικοκυριά, πλήττουν, ωστόσο, σημαντικά τα φτωχότερα στρώματα και άλλες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, γιατί δεν είναι εφικτό να τεθούν πολιτικές εξαιρέσης, ενώ ο απρόβλεπτος χαρακτήρας τους είναι επιβαρυντικός για τα νοικοκυριά (WHO, 2019b).

Το να έχει δικαίωμα κάλυψης ο πληθυσμός σε δημόσια χρηματοδοτούμενη περίθαλψη υγείας, αν και είναι προαπαιτούμενο για την ύπαρξη οικονομικής προστασίας, δεν αρκεί για να την εγγυηθεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας κυμαίνεται από 1% έως και 14% στις χώρες που καλύπτουν στο 100% τον πληθυσμό τους, ενώ σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται και στις χώρες που δεν τον καλύπτουν πλήρως (Διάγραμμα 5.4) (WHO, 2019b).



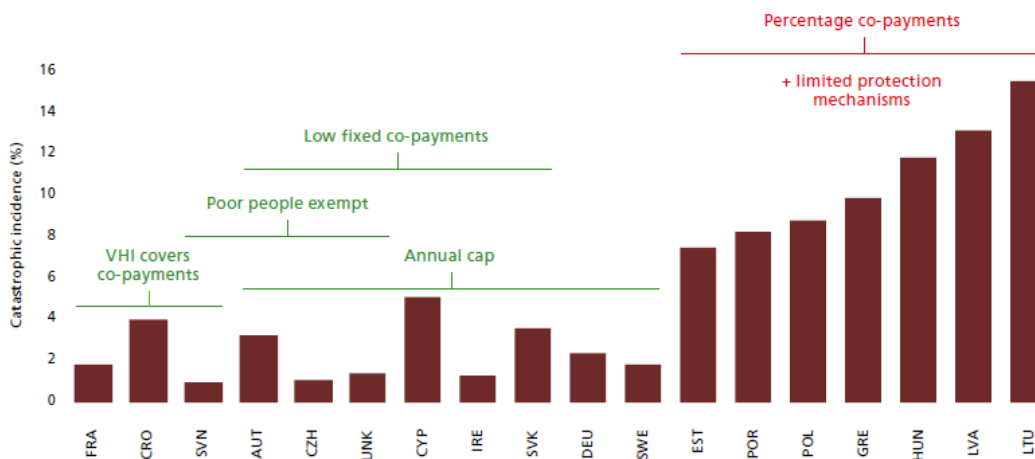
Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.4

Ποσοστό πολιτών που δικαιούνται υπηρεσίες υγείας καλυπτόμενες από δημόσια χρηματοδότηση και ποσοστό νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Παράλληλα, τα κενά στην κάλυψη προκύπτουν, κυρίως, στις χώρες που βασίζονται στα κριτήρια, βάσει των οποίων δικαιούται κάποιος κάλυψη, στην εργασιακή απασχόληση ή στην καταβολή εισφορών, ενώ ταυτόχρονα δεν διαθέτουν τους κατάλληλους μηχανισμούς για την είσπραξή τους, κάτι που οδηγεί σε συστηματικό αποκλεισμό ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (WHO, 2019b). Η διεύρυνση της κάλυψης του πληθυσμού θα διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και, συνεπώς, θα μειώσει την μη ικανοποιούμενη ανάγκη για περίθαλψη, στην περίπτωση όμως που υπάρχει παράλληλα ισχυρή οικονομική προστασία, η οποία θα στοχεύσει στη μείωση καταβολής άμεσων πληρωμών υγείας, κυρίως για τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού (WHO, 2019b).

Ο τρόπος που μία χώρα έχει σχεδιάσει τους μηχανισμούς συν-πληρωμών (co-payments), που καταβάλλουν οι ασθενείς, είναι καίριας σημασίας για την ύπαρξη οικονομικής προστασίας των πολιτών της. Θα πρέπει σε μία χώρα να λαμβάνονται ταυτόχρονα υπόψη και οι τρεις σχετικοί μηχανισμοί, που συνίστανται στις εξαιρέσεις (exemptions), στα ανώτατα όρια στις συν-πληρωμές (caps) και στις χαμηλές πάγιες συν-πληρωμές (low fixed co-payments). Οι εξαιρέσεις οφείλουν να περιλαμβάνουν τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού, ενώ ο ορισμός ανώτατων ορίων είναι αποτελεσματικός εφόσον εφαρμόζεται στο σύνολο των συν-πληρωμών κι όχι σε συγκεκριμένους είδος υγειονομικών υπηρεσιών ή αγαθών (WHO, 2019b). Τέλος, πρέπει να προτιμώνται οι χαμηλές πάγιες συν-πληρωμές έναντι των ποσοστιαίων συν-πληρωμών (percentage co-payments), καθώς οι τελευταίες μεταθέτουν τον οικονομικό κίνδυνο στα νοικοκυριά (WHO, 2019b). Φαίνεται χαρακτηριστικά στο Διάγραμμα 5.5 η διαφορά μεταξύ των χωρών που έχουν χαμηλή επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας, χρησιμοποιούν χαμηλές πάγιες συν-πληρωμές και εκμεταλλεύονται ποικίλους μηχανισμούς οικονομικής προστασίας σε σύγκριση με τις χώρες, μεταξύ των οποίων βρίσκεται και η Ελλάδα, που έχουν αντίθετα υψηλή επίπτωση καταστροφικών δαπανών, εφαρμόζουν ποσοστιαίες συν-πληρωμές για τους ασθενείς και η οικονομική προστασία είναι αδύναμη (WHO, 2019b).



Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.5

Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας και σχεδιασμός συν-πληρωμών για εξωνοσοκομειακά φάρμακα σε χώρες υψηλού εισοδήματος στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ

Από την άλλη, η προαιρετική ασφάλιση υγείας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες επιδεινώνει τις ανισότητες, καθώς είναι πιο πιθανό να έχουν τη δυνατότητα να την αγοράσουν τα πιο εύρωστα οικονομικά νοικοκυριά (WHO, 2019b). Μπορεί να συμβάλλει θετικά στην οικονομική προστασία των πολιτών μόνο στις περιπτώσεις που καλύπτει τις συν-πληρωμές, προσφέρεται σε προσιτή τιμή και επιδοτείται από το κράτος για τα φτωχά νοικοκυριά (WHO, 2019b). Και πάλι, όμως, είναι λιγότερο αποτελεσματική στη μείωση των άμεσων πληρωμών υγείας σε σύγκριση με την αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης (WHO, 2019b).

5.2.2 Μέθοδοι μέτρησης καταστροφικών δαπανών υγείας

Οι δαπάνες υγείας είναι καταστροφικές όταν οι άμεσες πληρωμές υγείας των νοικοκυριών είναι τόσο υψηλές σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους τους, ώστε αναγκάζονται να παραλείπουν άλλες απαραίτητες υπηρεσίες ή αγαθά (Saksena et al., 2014). Ο αριθμητής σε όλες τις μεθόδους μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας είναι οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία, οι οποίες γίνονται την ώρα που λαμβάνουν οποιαδήποτε είδος υπηρεσίας υγείας που μπορεί να παρέχεται από οποιονδήποτε προμηθευτή/πάροχο υπηρεσιών ή προϊόντων υγείας (WHO & World Bank, 2017). Οι πληρωμές αυτές περιλαμβάνουν τον επιμερισμό του κόστους με τον χρήστη, το οποίο δεν καλύπτεται από κάποιον τρίτο φορέα (cost sharing), και τις ανεπίσημες πληρωμές (informal payments), ενώ αφαιρούνται τα ποσά που επιδοτούνται ή αποζημιώνονται, είτε από το κράτος είτε από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, δημόσιο ή ιδιωτικό (WHO & World Bank, 2017).

Αυτό που τροποποιείται μεταξύ των διαφορετικών μεθόδων μέτρησης, είναι η επιλογή του παρονομαστή, δηλαδή ο τρόπος που θα οριστούν οι διαθέσιμοι πόροι του νοικοκυριού για να πληρώσουν για την υγεία, αλλά και του ορίου (threshold) που θα χρησιμοποιηθεί για να κριθεί το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας που είναι καταστροφικές για το νοικοκυριό (Hsu et al., 2018). Η ερευνητική κοινότητα δεν έχει καταλήξει με σαφήνεια σε κάποια επικρατέστερη μεθοδολογία ή ορίου καταστροφικών δαπανών, καθώς η κάθε επιλογή περιλαμβάνει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα,

συνεπώς πολλές έρευνες χρησιμοποιούν, παράλληλα, διαφορετικές μεθόδους και όρια ανάλυσης των καταστροφικών δαπανών (Hsu et al., 2018).

Για την μέτρηση των διαθέσιμων πόρων του κάθε νοικοκυριού μπορούν να χρησιμοποιηθούν το εισόδημα (income), οι δαπάνες (expenditure) ή η κατανάλωση (consumption) (O' Donnell et al., 2008). Από τις τρεις αυτές επιλογές, μόνο το εισόδημα δεν είναι ευαίσθητο στην δαπάνη για την υγεία, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί μειονέκτημα. Στην περίπτωση, για παράδειγμα, δύο νοικοκυριών με ίδιο εισόδημα και ίδιες δαπάνες υγείας, που όμως το ένα έχει αποταμιεύσεις τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει για να καλύψει τις δαπάνες υγείας, ενώ το άλλο δεν έχει και θα πρέπει να μειώσει άλλες δαπάνες για να ανταπεξέλθει, η αναλογία των άμεσων δαπανών υγείας προς το εισόδημα των δύο νοικοκυριών παραμένει ίδια, χάνοντας πλήρως την πληροφορία ότι για το δεύτερο νοικοκυριό η «καταστροφική επίδραση» των δαπανών υγείας θα είναι μεγαλύτερη, θεωρώντας ότι το κόστος ευκαιρίας της παρούσας δαπάνης είναι, επίσης, μεγαλύτερο (O' Donnell et al., 2008). Αυτό μπορεί να λυθεί χρησιμοποιώντας την κατανάλωση στον παρονομαστή, εξετάζοντας τι καταναλώνει το νοικοκυριό κι όχι τι εισόδημα εισπράττει, το οποίο, όμως, με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει στην εξής στρέβλωση: το νοικοκυριό, για παράδειγμα, που δανείζεται για καλύψει το κόστος της ιατρικής περίθαλψής του εμφανίζεται να είναι σε καλύτερη κατάσταση από εκείνο που έχει παραπλήσιο εισόδημα, αλλά δεν χρειάζεται να δαπανήσει για την υγεία των μελών του και άρα να δανειστεί (WHO & World Bank, 2017).

Ωστόσο, όταν η μέτρηση των διαθέσιμων πόρων αφορά μικρές χρονικές περιόδους, όπως είναι ένα έτος, ο διαχωρισμός μεταξύ εισοδήματος (income) και κατανάλωσης (consumption) δεν έχει ουσιαστικά ιδιαίτερη σημασία. Στην περίπτωση που μελετάται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, η κατανάλωση είναι προτιμότερη καθώς εξομαλύνει τις διακυμάνσεις που προκύπτουν σε περιόδους υψηλού ή χαμηλού εισοδήματος (Deaton & Zaidi, 2002). Επίσης, η επιλογή έχει μικρότερη σημασία όταν εξετάζεται η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών σε εθνικό επίπεδο απ' ότι όταν μετρούνται οι ανισότητες μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικό-οικονομικών ομάδων του πληθυσμού (Hsu et al., 2018), καθώς η επιλογή της κατανάλωσης μπορεί να αναδείξει τις καταστροφικές δαπάνες, οι οποίες συμβαίνουν σε νοικοκυριά που φαίνεται να σε καλή οικονομική

κατάσταση, αλλά στην πραγματικότητα δανείζονται για να ανταπεξέλθουν στα κόστη της ιατρικής περίθαλψής τους (WHO & World Bank, 2017). Ουσιαστικά ούτε το εισόδημα αλλά ούτε και η κατανάλωση αποτυπώνουν με ακρίβεια τους διαθέσιμους πόρους των νοικοκυριών, αλλά πολλοί ερευνητές προτιμούν την κατανάλωση, ή την δαπάνη, των νοικοκυριών ως παρονομαστή, καθώς θεωρείται καλύτερος δείκτης μέτρησης της ευημερίας σε σύγκριση με το εισόδημα (Yerramilli et al., 2018), ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλότερου εισοδήματος, ενώ είναι και πιο εύκολο να καταγραφεί με μεγαλύτερη ακρίβεια (Cylus et al., 2018).

Η κατανάλωση των νοικοκυριών μπορεί, επίσης, να διαφέρει από τις δαπάνες τους, καθώς η πρώτη μπορεί να αφορά και είδη τα οποία είναι ίδιας παραγωγής ή από επιχείρηση που ανήκει στο νοικοκυριό (WHO & World Bank, 2017). Συνεπώς, η κατανάλωση συνίσταται στη νομισματική αξία όλων των ειδών που καταναλώνονται από ένα νοικοκυριό στη διάρκεια μιας δεδομένης περιόδου, συμπεριλαμβάνοντας και την τεκμαρτή αξία των υπηρεσιών ή αγαθών, που έχει προμηθευτεί το νοικοκυριό, με όλους τους τρόπους κτήσης (WHO, 2019b). Σε πολλές έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών διαφόρων χωρών γίνεται προσπάθεια για καταγραφή της κατανάλωσης από όλους τους διαφορετικούς τρόπους κτήσης (WHO & World Bank, 2017). Αλλά και η μέτρηση του οικογενειακού εισοδήματος μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες, κυρίως σε χώρες όπου υπάρχει μεγάλο ποσοστό μαύρης εργασίας (WHO & World Bank, 2017).

Άλλες μελέτες, ωστόσο, δεν εξετάζουν τις άμεσες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών σε σχέση με τη συνολική δαπάνη ή το συνολικό τους εισόδημα, αλλά σε σχέση με τη συνολική δαπάνη αφού αφαιρεθεί από αυτήν ένα ποσό χρημάτων που έχει οριστεί ως απαραίτητο για τη διασφάλιση των ειδών βασικής διαβίωσης, όπως είναι τα τρόφιμα και η στέγαση. Με αυτό τον τρόπο θεωρείται ότι αντικατοπτρίζεται καλύτερα η δυνατότητα πληρωμής του νοικοκυριού για δαπάνες υγείας (capacity to pay), καθώς πηγάζει από την επιχείρημα πως όλα τα νοικοκυριά χρειάζεται να ξοδεύουν τουλάχιστον ένα μικρό ποσό σε είδη βασικής ανάγκης. Αυτό το ποσό καταλαμβάνει μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών για τα φτωχά νοικοκυριά και σημαίνει ότι μπορεί να μην περισσεύει επαρκές ποσό, ή και καθόλου, για να δαπανήσουν στην υγεία (WHO & World Bank, 2017). Το ποσό αυτό που αφαιρείται από την συνολική κατανάλωση όλων

των νοικοκυριών ονομάζεται «όριο φτώχειας» (poverty line) ή «όριο βασικών αναγκών» (basic needs line) (WHO, 2019b).

Όσον αφορά στην επιλογή του ποσοστού, που θα λειτουργήσει ως το όριο άνω του οποίου οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών θα θεωρηθούν καταστροφικές (threshold), αποτελεί μία κανονιστική επιλογή, ενώ θεωρείται από πολλούς ερευνητές και ως αυθαίρετη (Hsu et al., 2018, Murray et al., 2003). Γι' αυτό το λόγο, αν και οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας τείνουν να χρησιμοποιούν ένα συγκεκριμένο όριο, πολλοί ερευνητές προτιμούν να εξετάζουν διάφορα όρια ταυτόχρονα, καθώς η οικονομική προστασία περιλαμβάνει διαβαθμίσεις κάλυψης του πληθυσμού και δεν περιορίζεται στην απλοϊκή δυαδικότητα που ορίζει το ένα και μοναδικό όριο. Έτσι διασφαλίζεται ότι δεν θα υπάρχει απώλεια σημαντικής πληροφόρησης για τα διαφορετικά επίπεδα οικονομικής δυσχέρειας, που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός και τα οποία εκτείνονται σε ένα συνεχές που μπορεί να αποδοθεί μόνο μέσω της υιοθέτησης διαφορετικών ορίων (Hsu et al., 2018).

Βάσει, λοιπόν, του τρόπου που ορίζονται οι διαθέσιμοι πόροι του νοικοκυριού και των ορίων που τίθενται για τον χαρακτηρισμό των δαπανών ως καταστροφικών, έχουν αναδειχθεί τέσσερις βασικές μεθοδολογίες μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας, οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω.

Οι έρευνες που ακολουθούν την μέθοδο “budget share” (WHO, 2019b, Cylus et al., 2018), ορίζουν τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία ως καταστροφικές, όταν αυτές ξεπερνούν ένα συγκεκριμένο ποσοστό του εισοδήματος ή της συνολικής κατανάλωσης, χρησιμοποιώντας δηλαδή το σύνολο των διαθέσιμων πόρων του νοικοκυριού, και αποτελεί τον δείκτη παρακολούθησης των καταστροφικών δαπανών υγείας που χρησιμοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (WHO & World Bank, 2017). Έχει φανεί, ωστόσο, από τα ευρήματα σχετικών μελετών πως με τη συγκεκριμένη μεθοδολογία οι καταστροφικές δαπάνες εμφανίζουν υψηλότερη συγκέντρωση μεταξύ των πλουσιότερων στρωμάτων του πληθυσμού (WHO & World Bank, 2017). Όταν χρησιμοποιείται η συνολική δαπάνη του νοικοκυριού ως παρονομαστής για την μέτρηση των καταστροφικών δαπανών υγείας, το συνηθέστερο όριο που

χρησιμοποιείται είναι το 10%, θεωρώντας ότι αντανακλά το σημείο από το οποίο κι έπειτα το νοικοκυριό θα χρειαστεί να μειώσει την κάλυψη άλλων βασικών αναγκών, να πουλήσει περιουσιακά στοιχεία, να δανειστεί ή να φτωχοποιηθεί (O’ Donnell et al., 2008), ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιείται και το 25% (Cylus et al., 2018).

Οι υπόλοιπες τρεις μέθοδοι, που παρουσιάζονται παρακάτω, ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία της προσέγγισης “capacity to pay”. Ενώ στην προηγούμενη μέθοδο θεωρείται πως όλοι οι διαθέσιμοι πόροι του νοικοκυριού είναι διαθέσιμοι για να δαπανηθούν εν δυνάμει σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας, στις μεθόδους της προσέγγισης “capacity to pay” θεωρείται πως τα νοικοκυριά πρέπει πρώτα να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες πριν μπορέσουν να πραγματοποιήσουν δαπάνες υγείας (Cylus et al., 2018).

Στην μέθοδο “actual food spending” (WHO, 2019b, Cylus et al., 2018) αφαιρούνται, για κάθε νοικοκυριό, οι πραγματικές δαπάνες που έχουν πραγματοποιήσει για τρόφιμα από τη συνολική τους κατανάλωση (Wagstaff & van Doorslaer, 2003), καθώς βασίζεται στην άποψη πως οι δαπάνες για τρόφιμα δεν θα πρέπει να θεωρούνται μέρος των διαθέσιμων πόρων του νοικοκυριού για την υγεία (Hsu et al., 2018). Τα όρια (thresholds) που χρησιμοποιεί, συνήθως, η συγκεκριμένη μέθοδος για να ορίσει τις καταστροφικές δαπάνες υγείας είναι το 25% και το 40% (Cylus et al., 2018). Οι δαπάνες, όμως, για φαγητό μπορεί από μόνες να μην είναι κατάλληλος δείκτης για τα έξοδα βασικής διαβίωσης, ενώ, παράλληλα, αντικατοπτρίζουν και τις συγκεκριμένες προτιμήσεις του κάθε νοικοκυριού, καθώς τα νοικοκυριά που ξοδεύουν λιγότερο σε τρόφιμα, γιατί χρειάζεται να εξοικονομήσουν χρήματα για την υγεία, θα φαίνεται πως έχουν καλύτερη δυνατότητα πληρωμής για την υγεία από νοικοκυριά με παραπλήσια χαρακτηριστικά, που όμως ξοδεύουν περισσότερο για τρόφιμα (WHO & World Bank, 2017). Τα πλουσιότερα νοικοκυριά τείνουν να δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό των διαθέσιμων πόρων τους για υπηρεσίες υγείας από ότι τα φτωχότερα (Saksena et al., 2014). Επίσης, η μέθοδος δεν λαμβάνει υπόψη πως ορισμένες δαπάνες για τρόφιμα δεν αφορούν είδη βασικής διαβίωσης, αλλά είναι στην διακριτική ευχέρεια του κάθε νοικοκυριού να προβεί σε αυτές ή όχι (Hsu et al., 2018).

Προσπαθώντας να αντιμετωπίσει το ζήτημα των προτιμήσεων των νοικοκυριών αναφορικά με τις δαπάνες σε τρόφιμα, η μέθοδος “partial normative food spending” (WHO, 2019b, Cylus et al., 2018) αφαιρεί ένα σταθερό ποσό από τη συνολική κατανάλωση ενός νοικοκυριού, το οποίο ορίζει τις δαπάνες βασικής διαβίωσης σε τρόφιμα (Xu et al, 2007, Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003). Το ποσό αυτό ορίζεται ως η μέση δαπάνη, ανά ισοδύναμο μέλος του νοικοκυριού, των νοικοκυριών που το ποσοστό των δαπανών τους για τρόφιμα προς τη συνολική τους κατανάλωση κυμαίνεται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} εκατοστημορίου (Hsu et al., 2018). Είναι ουσιαστικά μία μερική προσαρμογή της προηγούμενης μεθόδου, γιατί η παραπάνω διαδικασία γίνεται μόνο για τα νοικοκυριά των οποίων οι πραγματικές δαπάνες για τρόφιμα είναι μεγαλύτερες από αυτό το ποσό. Για τα νοικοκυριά των οποίων οι δαπάνες για τρόφιμα είναι χαμηλότερες από αυτό το σταθερό ποσό, αφαιρούνται οι πραγματικές δαπάνες τους για τρόφιμα από τη συνολική τους κατανάλωση για να βρεθεί η δυνατότητα πληρωμής για την υγεία (capacity to pay), όπως ακριβώς γίνεται και στην μέθοδο “actual food spending” (WHO & World Bank, 2017), ώστε να διασφαλιστεί ότι κανένα νοικοκυριό δεν θα εμφανίζει αρνητική δυνατότητα πληρωμής (Cylus et al., 2018). Με την συγκεκριμένη μεθοδολογία η συγκέντρωση των καταστροφικών δαπανών μπορεί να εμφανίζει μικρότερη συγκέντρωση μεταξύ των πλουσιότερων στρωμάτων του πληθυσμού (WHO & World Bank, 2017) σε σύγκριση με την μέθοδο “budget share” και λόγω του ότι ορίζει με μεγαλύτερη λεπτομέρεια το ποσό που αποτελεί το όριο βασικής διαβίωσης, υποστηρίζεται ότι, σε σύγκριση με την “actual food spending” μέθοδο, εκτιμά με μεγαλύτερη ακρίβεια την δυνατότητα πληρωμής για δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στις χαμηλότερες εισοδηματικές κλίμακες (Hsu et al., 2018). Επικριτές της συγκεκριμένης μεθόδου αναφέρουν από την άλλη πως, επειδή δεν βασίζει τον υπολογισμό του σταθερού ποσού σε ένα πρότυπο, όπως για παράδειγμα το καλάθι αγαθών, υπολογίζει μεγαλύτερη δυνατότητα πληρωμής για τα φτωχότερα νοικοκυριά απ’ ότι για τα πλούσια (Hsu et al., 2018).

Σύμφωνα με τη μέθοδο “normative food spending” (WHO, 2019b, Cylus et al., 2018), ένα σταθερό ποσό που αντιπροσωπεύει τις βασικές δαπάνες διαβίωσης, για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, (νερό, ηλεκτρισμό, φυσικό αέριο και άλλα καύσιμα) αφαιρείται, για όλα τα νοικοκυριά, από την συνολική τους κατανάλωση. Με την συγκεκριμένη μέθοδο η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας είναι πιο

πιθανό να είναι συγκεντρωμένη στα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεθόδους, ενώ τα νοικοκυριά κατατάσσονται επιπρόσθετα, βάσει του συγκεκριμένου ποσού που λειτουργεί ως το όριο φτώχειας, σύμφωνα με τον κίνδυνο φτωχοποίησης μετά την καταβολή των άμεσων πληρωμών υγείας (WHO & World Bank, 2017). Πιο συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το εάν βρίσκονται κοντά στον κίνδυνο φτωχοποίησης, εάν φτωχοποιήθηκαν μετά την καταβολή των άμεσων πληρωμών ή εάν οδηγήθηκαν ακόμα βαθύτερα στη φτώχεια (Thomson et al., 2016). Στο πλαίσιο αυτής της μεθόδου είναι εφικτό η δυνατότητα πληρωμής ενός νοικοκυριού να εμφανίζεται αρνητική (Cylus et al., 2018), σε αντίθεση με την μέθοδο “partial normative food spending”. Τα νοικοκυριά των οποίων οι διαθέσιμοι πόροι είναι χαμηλότεροι από το ποσό που έχει τεθεί ως όριο βασικής διαβίωσης, θεωρείται ότι έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας, εφόσον έχουν πραγματοποιήσει οποιοδήποτε άμεση πληρωμή για υπηρεσίες υγείας (Cylus et al., 2018), κάτι που, ωστόσο, μπορεί να υποστηριχθεί ότι πιθανόν να αυξάνει τεχνητά την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας (Thomson et al., 2016). Όσον αφορά στο όριο (threshold) που χρησιμοποιείται για να οριστούν οι δαπάνες υγείας ως καταστροφικές, τόσο στη μέθοδο “partial normative food spending” όσο και στη “normative food spending” συνήθως είναι το 40% (Cylus et al., 2018).

Θα μπορούσε να ειπωθεί πως η βασική διαφορά μεταξύ της μεθόδου “budget share” και των άλλων τριών, που κατατάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των μεθόδων “capacity to pay”, είναι ότι ξεκινούν από μία διαφορετική αντίληψη του τι είναι δίκαιο. Στην πρώτη, δεδομένου ότι το όριο (threshold) τίθεται στην συνολική κατανάλωση των νοικοκυριών, σημαίνει ότι αντιπροσωπεύει την αντίληψη πως όλα τα νοικοκυριά θα πρέπει να δαπανούν το ίδιο ποσοστό των πόρων τους για να θεωρηθεί ότι έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας (WHO, 2019b). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μέθοδο, δηλαδή, τα νοικοκυριά που είναι ήδη κάτω από το όριο της φτώχειας και δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, θα πρέπει να δαπανούν το 10% του οικογενειακού τους προϋπολογισμού για να θεωρηθεί ότι έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας, βάζοντας στην ίδια ακριβώς μοίρα τα φτωχά με τα πλούσια νοικοκυριά. (WHO, 2019b). Έτσι υπερεκτιμά την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας στα πλούσια νοικοκυριά, που σημαίνει ότι, σε επίπεδο πολιτικής υγείας, εάν αυτό εμφανίζεται, κυρίως, ως πρόβλημα των πλουσιότερων νοικοκυριών, τα

μέτρα και οι ρυθμίσεις που θα ληφθούν θα αφορούν αυτή την υπό-ομάδα του πληθυσμού, αποκλείοντας έτσι πιθανότατα τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού (WHO, 2019b).

Στις μεθόδους “capacity to pay” παίζουν ρόλο όχι μόνο οι διαφορές μεταξύ των νοικοκυριών ως προς τη συνολική κατανάλωση, αλλά και οι διαφορές τους ως προς την κατανάλωση για είδη βασικής διαβίωσης. Συνεπώς, βασίζονται στην ιδέα πως οι κοινωνίες αναμένουν οι δαπάνες υγείας να κατανομούνται με δίκαιο τρόπο και θα πρέπει να εξετάζονται ως ξεχωριστή οντότητα ανεξάρτητα από τον προσδιορισμό του εισοδήματος (Murray et al., 2003). Αναγνωρίζουν έτσι ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό των διαθέσιμων πόρων τους για είδη βασικής ανάγκης (Hsu et al., 2018) και εκπροσωπούν την άποψη ότι αντίστοιχα θα πρέπει να ξοδεύουν μικρότερο ποσοστό των διαθέσιμων πόρων τους για την υγεία από τα πλουσιότερα νοικοκυριά, κάτι που προσπαθούν οι συγκεκριμένες μέθοδοι να συμπεριλάβουν στον τρόπο μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας (WHO, 2019b). Αυτό σημαίνει πως η επιλογή της μεθόδου μέτρησής τους έχει σημαντικές επιπτώσεις στο ζήτημα της δικαιοσύνης και στις αντίστοιχες πολιτικές που πιθανόν να σχεδιαστούν βάσει αυτών των ευρημάτων (WHO, 2019b, Yerramilli et al., 2018).

Ως βασικοί περιορισμοί που είναι κοινοί σε όλες τις μεθόδους μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας αναφέρονται το ότι, βασιζόμενες σε συγχρονικά δεδομένα, δεν μπορούν να διαχωρίσουν το κόστος ευκαιρίας που προκύπτει βραχυπρόθεσμα, εάν οι δαπάνες υγείας καλυφθούν μέσω της μείωσης της δαπάνης σε άλλα αγαθά και υπηρεσίες, ή μακροπρόθεσμα, εάν καλυφθούν μέσω των αποταμιεύσεων του νοικοκυριού, τον δανεισμό ή την πώληση περιουσιακών στοιχείων (O’ Donnell et al., 2008). Επίσης, δεν αναγνωρίζουν τα νοικοκυριά, τα οποία δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις δαπάνες για την υγεία τους και γι’ αυτό το λόγο δεν κάνουν χρήση των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη, ούτε καταγράφουν τις ευρύτερες συνέπειες μίας ξαφνικής ασθένειας, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια εισοδήματος (O’ Donnell et al., 2008). Σε κάθε περίπτωση, οι μέθοδοι μέτρησης της καταστροφικής δαπάνης υγείας παρέχουν ένα μέρος της εικόνας των οικονομικών επιπτώσεων που επιφέρει η παρουσία της ασθένειας στα νοικοκυριά, χωρίς να καλύπτει πλήρως τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχει συνολικά η έλλειψη οικονομικής προστασίας στην

ενημερία των νοικοκυριών (O' Donnell et al., 2008). Στον Πίνακα 5.1 παρουσιάζονται συνοπτικά όλα τα βασικά στοιχεία των τεσσάρων μεθόδων μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας, που παρουσιάστηκαν στην παρούσα ενότητα.

Πίνακας 5.1
Συγκριτική παρουσίαση κυριότερων μεθόδων μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας

Budget share	Actual food spending	Partial normative food spending	Normative spending on food, housing and utilities
Παρονομαστής			
Συνολική κατανάλωση ή συνολικό εισόδημα (εάν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα κατανάλωσης)	Συνολική κατανάλωση μείον τις πραγματικές δαπάνες για τρόφιμα	Συνολική κατανάλωση μείον ενός σταθερού ποσού που αντιπροσωπεύει της βασικές δαπάνες διαβίωσης για τρόφιμα. Εάν οι δαπάνες ενός νοικοκυριού για τρόφιμα είναι χαμηλότερες από το ποσό που έχει οριστεί ως το όριο βασικής διαβίωσης, αφαιρούνται οι πραγματικές δαπάνες για τα τρόφιμα του συγκεκριμένου νοικοκυριού	Για όλα τα νοικοκυριά: συνολική κατανάλωση μείον ενός σταθερού ποσού που αντιπροσωπεύει τις βασικές δαπάνες διαβίωσης, για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, (νερό, ηλεκτρισμό, φυσικό αέριο και άλλα καύσιμα)
Βασικά είδη για τον υπολογισμό της δυνατότητας πληρωμής του νοικοκυριού (capacity to pay)			
Κανένα	Δαπάνες νοικοκυριού για τρόφιμα	Μέση ισοδύναμη κατά κεφαλήν δαπάνη για τρόφιμα στα νοικοκυριά που το ποσοστό των δαπανών για τρόφιμα προς τη συνολική τους καταναλωτική δαπάνη είναι μεταξύ του 45 ^{ου} και 55 ^{ου} εκατοστημορίου	Μέση δαπάνη για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας ανά ισοδύναμο άτομο στα νοικοκυριά που η συνολική ισοδύναμη κατά κεφαλήν κατανάλωση είναι μεταξύ 25 ^{ου} και 35 ^{ου} εκατοστημορίου
Προκαθορισμένο όριο που συνήθως χρησιμοποιείται για να ορίσει τις καταστροφικές δαπάνες υγείας (threshold)			
10% (ή 25%)	25% και 40%	40%	40%
Περιορισμοί και συνέπειες των μεθοδολογιών αναφορικά με την δικαιοσύνη (equity) μεταξύ νοικοκυριών			
Υπό-εκτιμά την οικονομική επιβάρυνση στα φτωχότερα στρώματα	Οι καταστροφικές δαπάνες εμφανίζουν, συνήθως, μεγαλύτερη συγκέντρωση στα πλουσιότερους σε σύγκριση με τους φτωχότερους, αλλά σε ελαφρώς μικρότερο βαθμό από την “budget share” στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος	Γίνεται μία μερική προσαρμογή σε σύγκριση με την “actual food spending”, καθώς το σταθερό ποσό βασικής διαβίωσης αφαιρείται μόνο για τα νοικοκυριά των οποίων η δαπάνη τροφίμων είναι μεγαλύτερη από το ποσό αυτό	Οι καταστροφικές δαπάνες εμφανίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση στους φτωχότερους σε σύγκριση με τους πλουσιότερους
Υπέρ-εκτιμά την οικονομική επιβάρυνση στα πλουσιότερα στρώματα	Το φαγητό μπορεί να μην είναι κατάλληλος δείκτης για τις βασικές ανάγκες διαβίωσης		Αναγνωρίζει τα φτωχά νοικοκυριά που έχουν υποστεί οικονομική επιβάρυνση, ακόμα και στην περίπτωση που έχουν δαπανήσει μικρά ποσά σε άμεσες πληρωμές υγείας

Οι καταστροφικές δαπάνες εμφανίζουν, συνήθως, μεγαλύτερη συγκέντρωση στους πλουσιότερους σε σύγκριση με τους φτωχότερους	Οι δαπάνες σε τρόφιμα αντικατοπτρίζουν και προτιμήσεις: τα νοικοκυριά που ξοδεύουν λιγότερο σε τρόφιμα γιατί χρειάζεται να εξοικονομήσουν χρήματα για την υγεία, θα φαίνεται να έχουν καλύτερη δυνατότητα πληρωμής για την υγεία από νοικοκυριά με παραπλήσια χαρακτηριστικά, που όμως ξοδεύουν περισσότερο για τρόφιμα		Πιθανόν να αυξάνει τεχνητά την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας
--	---	--	--

Πηγή: WHO, 2019b

Επειδή οι παραπάνω μέθοδοι καταγράφουν την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών αλλά όχι την ένταση του φαινομένου, ορισμένοι ερευνητές προτείνουν εκτός από την καταμέτρηση (headcount) του ποσοστού των νοικοκυριών που έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας, να συμπεριλαμβάνεται στην ανάλυση και η μέτρηση της υπέρβασης (overshoot), των ποσοστιαίων, δηλαδή, μονάδων κατά τις οποίες οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών υπερβαίνουν το όριο (threshold) που έχει τεθεί για να θεωρούνται καταστροφικές (O' Donnell et al., 2008, Wagstaff & van Doorslaer, 2003).

5.2.3 Χαρακτηριστικά ερευνών για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας

Οι Yerramilli et al. (2018) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν και έχουν ως αντικείμενο την οικονομική προστασία, με στόχο να διαπιστώσουν τα χαρακτηριστικά των ερευνών αυτών, καθώς και τη γενικότερη διαθεσιμότητα των σχετικών δεδομένων για την υλοποίηση τέτοιου είδους μελετών. Τα δεδομένα της ανασκόπησης αντλήθηκαν από 54 συνολικά δημοσιευμένες έρευνες, που συμπεριελάμβαναν αποκλειστικά ευρωπαϊκές χώρες ή και ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ άλλων στην ανάλυσή τους.

Οι έρευνες αυτές είχαν δημοσιευθεί μεταξύ 2003 και 2017 και οι περισσότερες επικέντρωναν την ανάλυση σε μία μόνο χώρα. Από τις 44 έρευνες που εξέτασαν τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, μόνο οι 13 χρησιμοποίησαν σχετικά πρόσφατα δεδομένα, ήτοι από το 2010 κι έπειτα, ενώ καμία δεν είχε δεδομένα μετά το 2011, κάτι

που δημιουργεί ελλείψεις στην ερευνητική βιβλιογραφία σχετικά με την μέτρηση των καταστροφικών δαπανών στην Ευρώπη (Yerramilli et al., 2018).

Ορισμένες ανέλυναν τις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών μόνο για μία συγκεκριμένη υγειονομική υπηρεσία, άλλες στόχευαν σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως για παράδειγμα στους ηλικιωμένους ή σε υπό-ομάδες ασθενών, ενώ κάποιες χρησιμοποίησαν πρωτογενή δεδομένα από μικρά δείγματα (Yerramilli et al., 2018). Ωστόσο, δεν προτείνεται οι μελέτες για την οικονομική προστασία να βασίζονται εξ' ολοκλήρου την ανάλυσή τους σε υπό-ομάδες δεδομένων ή πληθυσμού, καθώς, συνήθως, τα δείγματα αυτά είναι μικρά κι όχι αντιπροσωπευτικά, ενώ οι προτάσεις που θα προκύψουν, σε επίπεδο πολιτικής, από αυτό το είδος ερευνών και θα αφορούν στη βελτίωση της οικονομικής προστασίας, δεν θα διαφέρουν από εκείνες που θα προκύψουν από έρευνες στον γενικό πληθυσμό (Yerramilli et al., 2018).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποίησαν αυτές οι έρευνες για τη μέτρηση των καταστροφικών δαπανών υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους, ωστόσο οι δύο μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν στη συντριπτική πλειοψηφία αυτών είναι η “budget share method” και η “partial normative food spending” (Yerramilli et al., 2018). Όσον αφορά στα όρια (thresholds) που χρησιμοποιήθηκαν, άνω των οποίων οι άμεσες πληρωμές ορίζονταν ως καταστροφικές, παρατηρείται, επίσης, μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των ερευνών. Στις έρευνες που χρησιμοποίησαν την μέθοδο “partial normative food spending” υπάρχει ελαφρώς μεγαλύτερη συνοχή, καθώς πολλές χρησιμοποιούν το 40% ως όριο, ενώ ορισμένες έρευνες πραγματοποιούν την ανάλυση με πολλαπλά όρια (Yerramilli et al., 2018). Σε κάθε περίπτωση είναι εμφανές από τη συγκεκριμένη ανασκόπηση πως οι έρευνες διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ τους ως προς τις μεθόδους μέτρησης και ανάλυσης των καταστροφικών δαπανών, τα όρια (thresholds) που θέτουν, στα έτη για τα οποία αντλούν δεδομένα και στις πηγές των δεδομένων αυτών, δυσχεραίνοντας τη δυνατότητα συγκρίσεων τόσο μεταξύ χωρών όσο και εντός χωρών (Yerramilli et al., 2018).

Λιγότερες από τις μισές έρευνες (οι 23 από τις 53) συγκρίνουν τις καταστροφικές δαπάνες υγείας μεταξύ διαφορετικών ετών, ενώ λίγο παραπάνω από τις μισές (οι 31 από τις 53) περιλαμβάνουν και ανάλυση ισότητας (equity analysis), εξετάζοντας την

κατανομή των καταστροφικών δαπανών στα πεντημόρια δαπάνης εντός των οποίων κατατάσσονται τα νοικοκυριά (Yerramilli et al., 2018). Μόνο επτά έρευνες, ωστόσο, κατανέμουν τις καταστροφικές δαπάνες ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν και, στο σύνολο των 54 ερευνών, μόνο τέσσερις συνδυάζουν και τα τρία παραπάνω είδη ανάλυσης (Yerramilli et al., 2018). Οι περισσότερες έρευνες, επίσης, μετρούν τις καταστροφικές δαπάνες υγείας χωρίς να συμπεριλαμβάνουν τον άλλο δείκτη της οικονομικής προστασίας που είναι η φτωχοποίηση (Yerramilli et al., 2018).

Η ανάλυση των καταστροφικών δαπανών για την υγεία σε εθνικό επίπεδο περιλαμβάνει τη χρήση αντιπροσωπευτικών δεδομένων της κάθε χώρας για την αξιολόγηση της επίπτωσης (πόσα νοικοκυριά έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας λόγω των άμεσων πληρωμών για την υγεία), της κατανομής (ποια νοικοκυριά και με ποια χαρακτηριστικά έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας και εάν ορισμένες υποομάδες του πληθυσμού βρίσκονται συστηματικά σε μειονεκτική θέση) και των παραγόντων που οδηγούν σε καταστροφικές δαπάνες υγείας (ποιες υπηρεσίες υγείας οδηγούν σε καταστροφικές δαπάνες υγείας) (Thomson et al., 2016). Τα διαθέσιμα δεδομένα σε ευρωπαϊκό επίπεδο αντλούνται, για την πλειοψηφία των ερευνών της ανασκόπησης των Yerramilli et al. (2018), από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών/Δαπανών (ΕΟΠ). Αυτές οι έρευνες υλοποιούνται σε όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., εκτός του Μονακό, τουλάχιστον μία φορά ανά πενταετία, ενώ ορισμένες χώρες πραγματοποιούν τις ΕΟΠ σε ετήσια βάση. Άλλη πηγή δεδομένων αποτελεί η Έρευνα Μέτρησης του Βιοτικού Επιπέδου (Living Standards Measurement Survey – LSMS), που πραγματοποιείται από την Παγκόσμια Τράπεζα σε 10 χώρες, οι οποίες ανήκουν στα Βαλκάνια, τον Καύκασο και την Κεντρική Ασία. Σχετικά δεδομένα παρέχει, επίσης, η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και την Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe – SHARE), που επικεντρώνεται σε άτομα 50 ετών και άνω από 27 ευρωπαϊκές χώρες. Η συγκεκριμένη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί επτά φορές μεταξύ 2004 και 2017. Τέλος, πηγή σχετικών δεδομένων αποτελεί και η Παγκόσμια Έρευνα Υγείας (World Health Survey), που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2002 και 2004, περιλαμβάνοντας 30 ευρωπαϊκές χώρες (Yerramilli et al., 2018).

Για την ανάλυση της οικονομικής προστασίας απαιτούνται δεδομένα που πληρούν τα εξής κριτήρια: αντιπροσωπευτικά δεδομένα σε εθνικό επίπεδο για τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών, τις άμεσες πληρωμές για την υγεία κατανεμημένες ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν, δεδομένα δαπανών των νοικοκυριών για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, ώστε να μπορεί να υπολογιστεί η δυνατότητα πληρωμής του κάθε νοικοκυριού, δεδομένα για το μέγεθος και τη σύνθεση του κάθε νοικοκυριού και δημογραφικά στοιχεία, σε ατομικό επίπεδο ή σε επίπεδο νοικοκυριού (Yerramilli et al., 2018). Από τα τέσσερα είδη ερευνών, που προαναφέρθηκαν και που είναι διαθέσιμα στην Ευρώπη για την παροχή στοιχείων σχετικών με την οικονομική προστασία, μόνο οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών είναι αυτές που πληρούν όλα τα παραπάνω κριτήρια (Yerramilli et al., 2018). Η Έρευνα Μέτρησης του Βιοτικού Επιπέδου της Παγκόσμιας Τράπεζας πληροί μεν τα κριτήρια, αλλά δεν διεξάγεται σε συστηματική βάση, ενώ περιλαμβάνει μόνο χώρες μεσαίου εισοδήματος. Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και την Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη δεν περιλαμβάνει αντιπροσωπευτικά δεδομένα σε εθνικό επίπεδο και δεν συλλέγει λεπτομερείς πληροφορίες για τις δαπάνες των νοικοκυριών (Yerramilli et al., 2018). Οι ΕΟΠ συλλέγουν λεπτομερείς πληροφορίες για τις δαπάνες που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά σε αγαθά και υπηρεσίες σε μία δεδομένη χρονική περίοδο και παρέχουν σημαντική πληροφόρηση για το πώς οι πολίτες της κάθε χώρας ικανοποιούν έτσι τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους (WHO, 2019b).

Ωστόσο, δεν φέρουν και κάποια μειονεκτήματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω. Ιδανικά, για να διαπιστωθεί το μέγεθος της διατάραξης του βιοτικού επιπέδου των νοικοκυριών από την αγορά ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων, θα χρειαζόνταν διαχρονικά δεδομένα από την παρακολούθηση των νοικοκυριών σε βάθος χρόνου (Ο' Donnell et al., 2008). Αυτό θα ήταν πολύ σημαντικό για την βαθύτερη κατανόηση του τι συμβαίνει στα νοικοκυριά αφού υποστούν καταστροφικές δαπάνες, του κατά πόσο καταφέρνουν να ανακάμψουν και, εφόσον συμβαίνει αυτό, πόσο καιρό τους παίρνει να τα καταφέρουν. Η διαχρονική παρακολούθησή τους, όμως, θα είχε υψηλό κόστος και θα αποτελούσε μία πολύπλοκη διαδικασία (Saksena et al., 2014), με αποτέλεσμα στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα διαθέσιμα δεδομένα να προέρχονται από συγχρονικές μελέτες (Ο' Donnell et al., 2008), όπως είναι οι ΕΟΠ.

Αν και, όπως προαναφέρθηκε, οι ΕΟΠ πραγματοποιούνται σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη, παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφορές στη δομή και στην υλοποίησή τους, κάτι που σημαίνει ότι η σύγκριση ερευνών διαφορετικών χωρών που βασίστηκαν στις ΕΟΠ είναι εφικτή, αλλά οφείλει να γίνεται με προσοχή (Yerramilli et al., 2018), καθώς η διαφοροποίηση στα εργαλεία μεταξύ των χωρών μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα δαπανών που καταγράφονται και την κατανομή τους μεταξύ των νοικοκυριών (WHO, 2019b). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Lu et al. (2009), οι οποίοι εξέτασαν τον τρόπο με τον οποίο ο αριθμός των ερωτήσεων και η περίοδος ανάκλησης, ως χαρακτηριστικά των ερευνών οικογενειακών προϋπολογισμών, επηρεάζουν τη μέτρηση των άμεσων πληρωμών υγείας και των καταστροφικών δαπανών υγείας. Αυτό που βρήκαν είναι ότι μετρήσεις των δαπανών υγείας για το ίδιο έτος με διαφορετικά ερωτηματολόγια μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Συνήθως, η μικρότερη περίοδος ανάκλησης και ο μεγαλύτερος αριθμός ερωτήσεων σχετικά με τις δαπάνες υγείας οδηγούν σε υψηλότερο εκτιμώμενο μέσο όρο αυτών (Lu et al., 2009). Συνεπώς, οι συγκρίσεις μεταξύ χωρών, αλλά και εντός αυτών, οφείλουν να ερμηνεύονται με επιφύλαξη λόγω της μεταβλητότητας στα διάφορα εργαλεία μέτρησης και της διαφορετικής λειτουργίας που έχουν οι ερωτήσεις ανάλογα με το κάθε εργαλείο (Lu et al., 2009).

Παράλληλα, στις αντίστοιχες έρευνες ορισμένων χωρών δεν είναι σαφές εάν έχουν αφαιρεθεί από τις άμεσες πληρωμές υγείας των νοικοκυριών τα ποσά που έχουν αποζημιωθεί από τρίτους φορείς, δεν περιλαμβάνουν όλες τόσο λεπτομερείς ερωτήσεις για το σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών (φάρμακα, ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και παραϊατρικές υπηρεσίες) (WHO & World Bank, 2017), ενώ έχει παρατηρηθεί πως οι δαπάνες υγείας που συλλέγονται με έρευνες που έχουν ως επίκεντρό τους την υγεία τείνουν να είναι υψηλότερες από αυτές που συλλέγονται με έρευνες στις οποίες η υγεία είναι μόνο ένα από τα θέματα που αξιολογεί (Saksena et al., 2014). Επίσης, σχεδόν καμία από αυτές τις έρευνες δεν περιλαμβάνει τα έμμεσα κόστη της χρήσης υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα έξοδα μετακίνησης, ή το κόστος ευκαιρίας από την αναζήτηση φροντίδας, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια εισοδήματος (WHO & World Bank, 2017), ούτε καταγράφουν τη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για λήψη φροντίδας υγείας (WHO, 2019b).

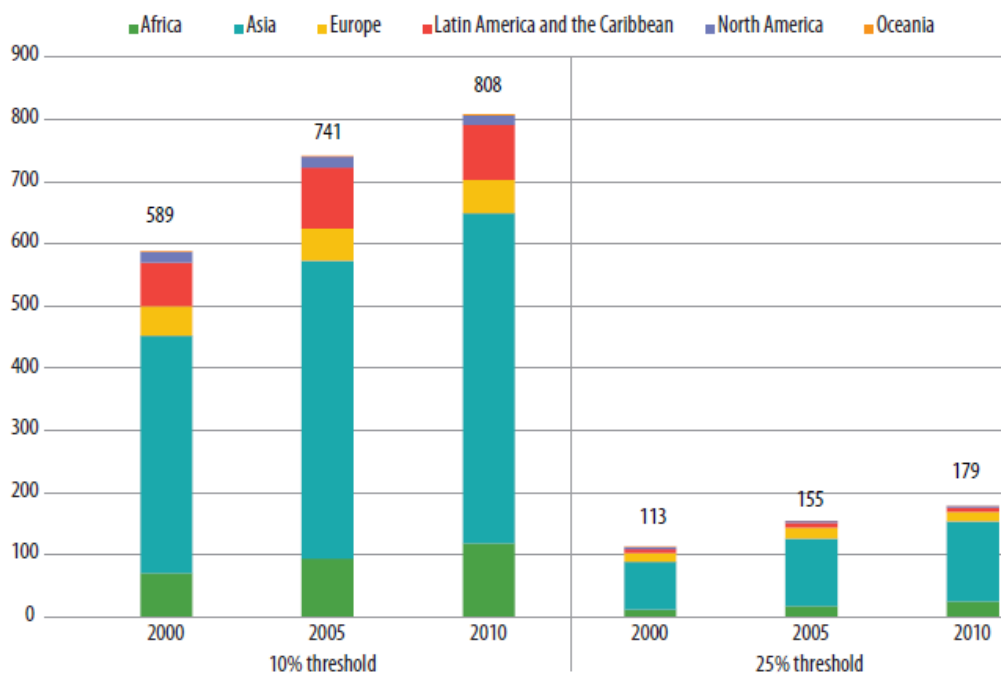
Παρά τα όποια μειονεκτήματά τους, ωστόσο, η χρήση δεδομένων που προέρχονται από τις ΕΟΠ για την μέτρηση της οικονομικής προστασίας είναι ευρέως αποδεκτή από την ερευνητική κοινότητα και αποτελούν την κύρια πηγή δεδομένων όλων των διεθνών οργανισμών που έχουν ως αντικείμενό τους την υγεία (WHO, 2019b).

5.2.4 Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, η ερευνητική βιβλιογραφία για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας παρουσιάζει σημαντικά κενά ως προς την γεωγραφική κάλυψη και τη συστηματικότητα παρακολούθησης του δείκτη. Η έρευνα των Wagstaff et al. (2018) ήταν μία από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν διεξαχθεί και περιλαμβάνουν συγκριτικά δεδομένα μεγάλου αριθμού χωρών από όλο τον κόσμο. Ο στόχος της ήταν να υπολογιστεί η παγκόσμια επίπτωση των καταστροφικών δαπανών για την χρονική περίοδο μεταξύ 2000 και 2010. Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη παρατήρησης χρησιμοποιώντας δεδομένα δαπανών υγείας που προήλθαν από εθνικές έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών (Wagstaff et al., 2018). Οι μελέτες οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια που τέθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας ανήλθαν στις 553, οι οποίες περιλάμβαναν δεδομένα από 133 χώρες. Η καταστροφική δαπάνη ορίστηκε ως οι δαπάνες υγείας που ξεπερνούν το 10% ή το 25% της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών (Wagstaff et al., 2018). Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, η παγκόσμια επίπτωση της καταστροφικής δαπάνης (με όριο στο 10%) ανήλθε στο 9,7% το 2000, στο 11,4% το 2005 και στο 11,7% το 2010, που μεταφράζεται σε 808 εκατομμύρια ανθρώπους για το 2010 (Wagstaff et al., 2018). Η επίπτωση της καταστροφικής δαπάνης εμφάνισε θετική συσχέτιση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ και το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία, ενώ είχε αρνητική συσχέτιση με το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που διοχετεύονται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και άλλων κρατικών δομών (Wagstaff et al., 2018).

Η τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Τράπεζας για την καθολική κάλυψη υγείας (WHO & World Bank, 2017) αποτελεί, επίσης, μία πρόσφατη έκδοση που περιλαμβάνει την παρουσίαση δεδομένων από 183 χώρες σχετικά με την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών. Η καταστροφική δαπάνη υγείας ορίζεται, στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έκθεσης, ως το ποσοστό των άμεσων

πληρωμών που ξεπερνούν το 10% και 25% του συνολικού εισοδήματος ή δαπανών των νοικοκυριών. Με όριο το 10%, η μέση επίπτωση για το 2010 ανέρχεται στο 9,2%, ενώ για το όριο 25% μειώνεται στο 1,8%, που μεταφράζεται σε περίπου 808εκ. ανθρώπους παγκοσμίως στην πρώτη περίπτωση και σε 179εκ. στη δεύτερη (WHO & World Bank, 2017). Σε κάθε περίπτωση, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.6, οι καταστροφικές δαπάνες υγείας σημειώνουν αυξητικές τάσεις από το 2000 έως το 2010 και για τα δύο όρια (10% και 15%). Η αύξηση σημειώθηκε τόσο στο ποσοστό όσο και στο μέγεθος του πληθυσμού που πλήττεται από καταστροφικές δαπάνες υγείας, με τον μεγαλύτερο μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης στην Αφρική (+5,9%), για το όριο 10%, και εν συνεχεία στην Ασία (+3,6% μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης) (WHO & World Bank, 2017).



Πηγή: WHO & World Bank, 2017

Διάγραμμα 5.6

Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όρια στο 10% & στο 25%)

Το 2010 η Ασία είναι η περιοχή που εμφανίζει τον περισσότερο πληθυσμό με καταστροφικές δαπάνες υγείας με ποσοστά 66% και 77%, αναλόγως με το όριο (threshold) που λαμβάνεται υπόψη, του πληθυσμού που έχει υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας να προέρχεται από την συγκεκριμένη περιοχή. Ως προς τα ποσοστά

επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών, με όριο στο 10%, η Λατινική Αμερική και η Καραϊβική παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό (14,8%) για το 2010 (Πίνακας 5.2) (WHO & World Bank, 2017).

Πίνακας 5.2

Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όρια στο 10% & στο 25%)

10% threshold

	2000		2005		2010	
	% Population	Million	% Population	Million	% Population	Million
Global	9.7%	588.5	11.4%	741.3	11.7%	808.4
Africa	8.7%	70.7	10.3%	94.1	11.4%	118.7
Asia	10.4%	381.6	12.2%	479.2	12.8%	531.1
Latin America and the Caribbean	13.4%	70.5	17.5%	98.3	14.8%	88.3
Northern America and Europe	6.2%	64.6	6.5%	68.6	6.4%	68.8
Northern America	5.5%	17.2	5.3%	17.4	4.6%	15.6
Europe	6.5%	47.4	7.0%	51.2	7.2%	53.2
Oceania	3.5%	1.1	3.4%	1.1	3.9%	1.4

25% threshold

	2000		2005		2010	
	% Population	Million	% Population	Million	% Population	Million
Global	1.9%	112.8	2.4%	154.9	2.6%	179.3
Africa	1.5%	12.3	1.9%	17.7	2.5%	25.6
Asia	2.1%	77.1	2.8%	108.7	3.1%	128.7
Latin America and the Caribbean	2.6%	13.6	3.2%	18.0	2.5%	14.9
Northern America and Europe	0.9%	9.6	1.0%	10.3	0.9%	9.8
Northern America	1.0%	3.1	0.9%	3.0	0.8%	2.6
Europe	0.9%	6.5	1.0%	7.3	1.0%	7.2
Oceania	0.5%	0.1	0.4%	0.1	0.5%	0.2

Notes: The World Bank and WHO estimated values are based on standard definitions and methods to ensure cross-country comparability which may not correspond to the methods used at regional and/or national level to monitor catastrophic spending on health. Global estimates are based on data available for global monitoring which may not necessarily align with availability of data at national or regional levels.

Πηγή: WHO & World Bank, 2017

Χρησιμοποιώντας διαφορετικό ορισμό για την καταστροφική δαπάνη υγείας, θέτοντάς της στο 40% του συνόλου της δαπάνης των νοικοκυριών, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες για τρόφιμα, υπολογίζεται πως το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού (208,2εκ. άνθρωποι) έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας. Αύξηση στην επίπτωση των καταστροφικών δαπανών μεταξύ 2000 και 2010 παρουσιάζουν η Ασία (+2,6% μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης) και η Αφρική (+4,9% μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης), ενώ στην Ωκεανία είναι σταθερή η επίπτωση, ενώ στην Ευρώπη, την Λατινική Αμερική και Καραϊβική και στην Βόρεια Αμερική παρουσιάζει μείωση (Πίνακας 5.3) (WHO & World Bank, 2017).

Πίνακας 5.3

Επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο, 2000, 2005, 2010 (όριο στο 40% των συνολικών δαπανών πλην αυτών για τρόφιμα)

	2000		2005		2010	
	% Population	Million	% Population	Million	% Population	Million
Global	2.7%	166.8	3.0%	193.1	3.0%	208.2
Africa	2.6%	21.1	3.1%	28.6	3.3%	34.0
Asia	3.4%	124.3	3.7%	146.4	3.9%	160.8
Latin America and the Caribbean	1.9%	10.2	1.8%	9.8	1.1%	6.8
Northern America and Europe	1.1%	11.2	0.8%	8.2	0.6%	6.4
Northern America	0.5%	1.5	0.4%	1.2	0.3%	1.1
Europe	1.3%	9.7	1.0%	7.0	0.7%	5.3
Oceania	0.3%	0.1	0.2%	0.1	0.2%	0.1

Notes: WHO and World Bank estimated values are based on standard definitions and methods to ensure cross-country comparability which may not correspond to the methods used at regional and/or national level to monitor catastrophic spending on health. Global estimates are based on a data availability for global monitoring which may not necessarily align with availability of data at national or regional levels.

Source: Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank.

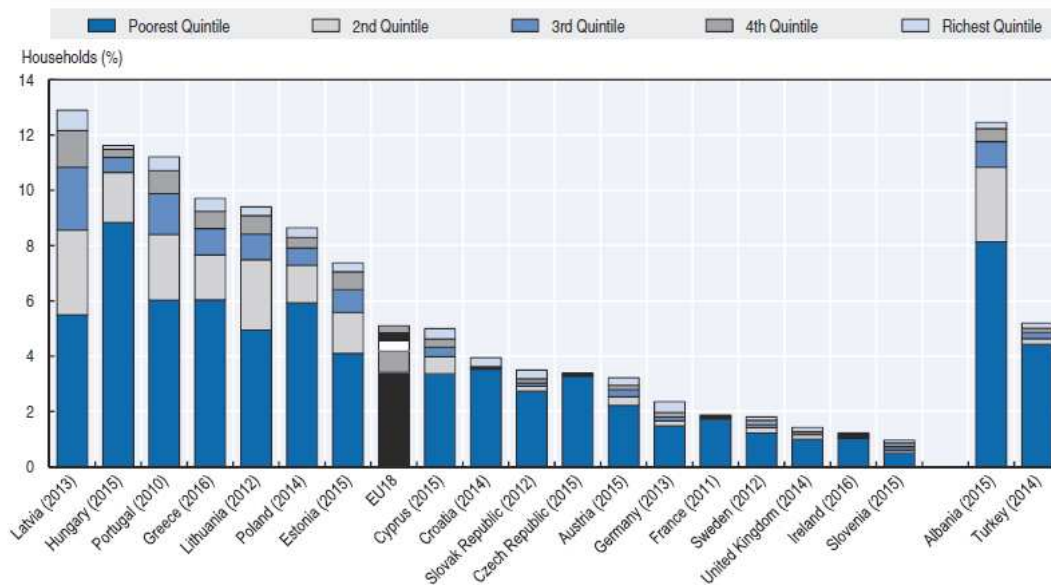
Πηγή: WHO & World Bank, 2017

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έκθεσης για τους δύο διαφορετικούς ορισμούς της καταστροφικής δαπάνης, με τον έναν να την ορίζει στο 10% ή 25% της συνολικής δαπάνης και τον άλλον στο 40% της συνολικής δαπάνης αφαιρώντας την δαπάνη για τρόφιμα, παρατηρείται πως στην πρώτη περίπτωση φαίνεται να αυξάνονται οι καταστροφικές δαπάνες μεταξύ 2000 και 2010, ενώ στην δεύτερη περίπτωση δεν παρατηρείται αλλαγή στην επίπτωση μεταξύ 2005 και 2010 (WHO & World Bank, 2017).

Όσον αφορά στις ευρωπαϊκές χώρες συγκεκριμένα, εκτός από την πιο πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που έγινε στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ (WHO, 2019b), οι συγκριτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί έως τώρα και συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων και χώρες της Ευρώπης, στοχεύουν κατά βάση σε μικρό αριθμό χωρών μεσαίου εισοδήματος ή σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, ενώ καμία δεν περιλαμβάνει δεδομένα μετά το 2011 (WHO, 2019b). Η πλειοψηφία των ερευνών δεν επεκτείνει την ανάλυση πέραν της επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών, ενώ γίνονται κυρίως σε μία μόνο χώρα, οι οποίες, συχνά, είναι μεσαίου εισοδήματος (Yerramilli et al., 2018). Επίσης, οι διάφορες μελέτες παρέχουν αντιπροσωπευτικά ευρήματα σε εθνικό επίπεδο, αλλά επειδή διαφέρει μεταξύ τους η μεθοδολογία ανάλυσης, ο ορισμός των καταστροφικών

δαπανών υγείας, τα όρια (thresholds) που έχουν χρησιμοποιηθεί, καθώς και οι πηγές των δεδομένων προς ανάλυση, υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στη δυνατότητα της μεταξύ τους σύγκρισης (Yerramilli et al., 2018).

Στην πιο πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ευρώπη (OECD, 2018b), παρουσιάζεται η επίπτωση που παρουσιάζουν οι καταστροφικές δαπάνες στην Ευρώπη για το πιο πρόσφατο έτος που υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα για κάθε χώρα, βάσει μικροδεδομένων από τις εθνικές έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών. Η καταστροφική δαπάνη μελετήθηκε με βάση τη δυνατότητα για πληρωμή των νοικοκυριών (capacity to pay) και ορίστηκε ως οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία, η οποία ξεπερνά το 40% των συνολικών τους δαπανών, αφαιρώντας ένα σταθερό ποσό που αντιστοιχεί στις βασικές δαπάνες διαβίωσης, δηλαδή για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, όπως νερό, ηλεκτρισμό, φυσικό αέριο και άλλα καύσιμα (OECD, 2018b). Η επίπτωση που παρουσιάζουν οι καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ε.Ε., με την συγκεκριμένη μεθοδολογία, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στη Λετονία (12,9%), στην Ουγγαρία (11,6%), στην Πορτογαλία (11,2%), στην Ελλάδα (9,7%), στην Λιθουανία (9,4%) και στην Πολωνία (8,6%). Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά καταστροφικών δαπανών έχουν η Γαλλία (1,9%), η Σουηδία (1,4%), το Ηνωμένο Βασίλειο (1,4%), η Ιρλανδία (1,0%) και η Σλοβενία (1,0%) (Διάγραμμα 5.7) (OECD, 2018b). Αυτό που έχουν κοινό, ωστόσο, όλες οι χώρες είναι πως τα φτωχότερα νοικοκυριά, εκείνα δηλαδή που ανήκουν στο κατώτερο πεντημόριο με βάση τις δαπάνες τους, πλήττονται περισσότερο από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, παρά τους έως τώρα μηχανισμούς οικονομικής προστασίας που έχουν θέσει όλα τα κράτη (OECD, 2018b).

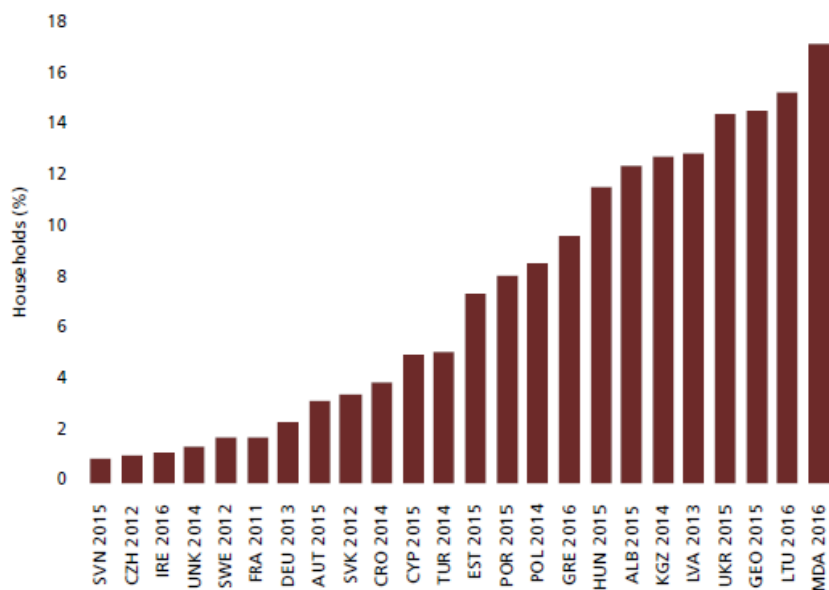


Πηγή: OECD, 2018b

Διάγραμμα 5.7

Ποσοστό νοικοκυριών στην Ε.Ε. με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Τα παρακάτω δεδομένα προήλθαν από μελέτη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ για την μελέτη των καταστροφικών δαπανών για την υγεία, που αποτελεί και την πιο πρόσφατη ερευνητική προσπάθεια για το συγκεκριμένο θέμα σε χώρες της Ευρώπης (WHO, 2019b). Η μελέτη βασίζεται στα πιο πρόσφατα εθνικά διαθέσιμα δεδομένα, τα οποία είναι κυρίως του 2016, 2015 και 2014. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η επίπτωση που εμφανίζουν οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία διαφοροποιούνται πάρα πολύ μεταξύ των 18 χωρών της Ε.Ε. που περιλαμβάνονται στην ανάλυση, ακόμα και μεταξύ των χωρών που προσχώρησαν μετά το 2004, ενώ μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που δεν ανήκουν στην Ε.Ε. οι καταστροφικές δαπάνες είναι συστηματικά υψηλές, με μοναδική εξαίρεση την Τουρκία (Διάγραμμα 5.8) (WHO, 2019b).

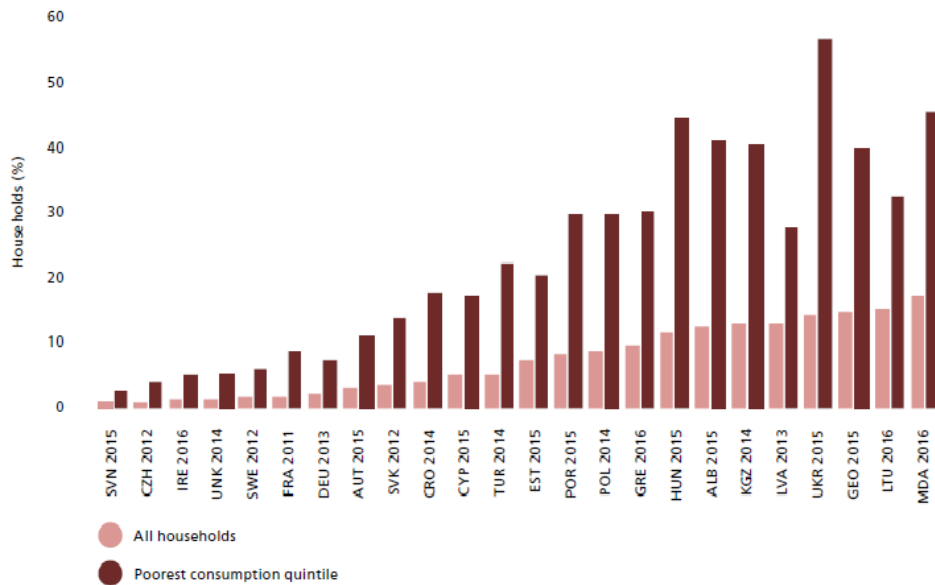


Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.8

Ποσοστό νοικοκυριών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ με καταστροφικές δαπάνες υγείας (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών για την υγεία στα νοικοκυριά που ανήκουν στο φτωχότερο πεμπτημόριο δαπάνης είναι σε όλες τις χώρες υψηλότερη από τη μέση επίπτωση των καταστροφικών δαπανών. Στην Ελλάδα, την Πολωνία και την Πορτογαλία περίπου το 30% των νοικοκυριών στο φτωχότερο πεμπτημόριο αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, ενώ στην Ουκρανία, στην Δημοκρατία της Μολδαβίας, στην Ουγγαρία, στην Αλβανία, το Κιργιστάν και στη Γεωργία αυτό το ποσοστό ανέρχεται στο 40% (Διάγραμμα 5.9) (WHO, 2019b).



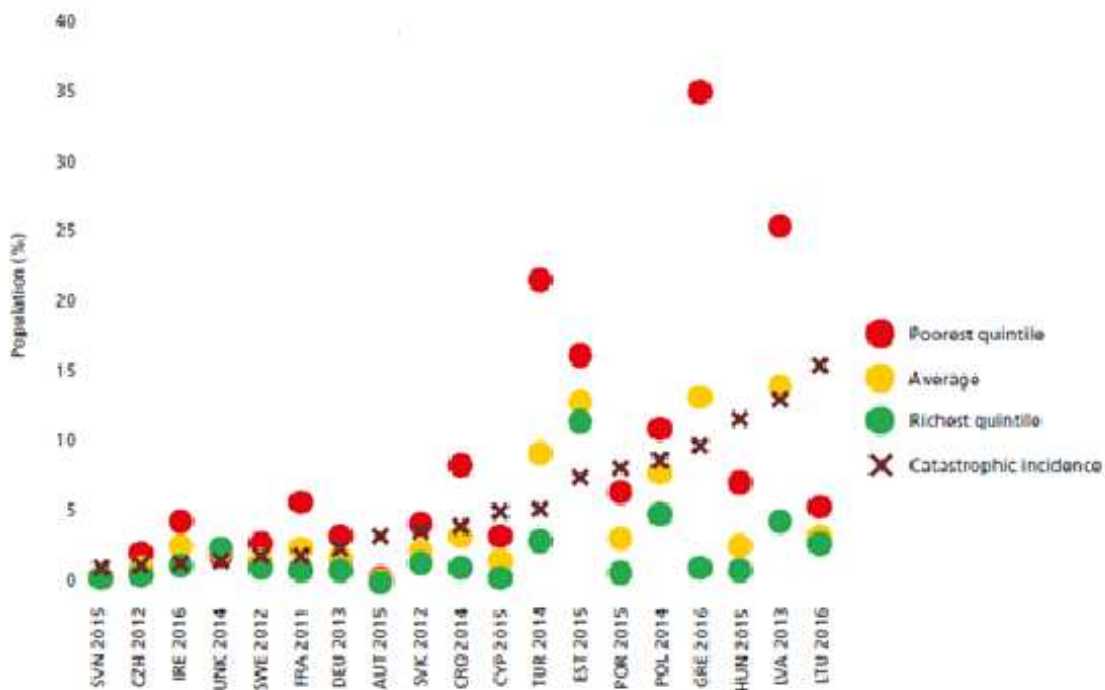
Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.9

Ποσοστό νοικοκυριών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ με καταστροφικές δαπάνες υγείας κατά μέσο όρο και στο χαμηλότερο πεντημόριο δαπάνης (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Καθώς οι δείκτες μέτρησης της οικονομικής προστασίας παρουσιάζουν την οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από την χρήση υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν αξιολογούν το κατά πόσο οι άμεσες πληρωμές για την υγεία μπορεί να αποτελούν εμπόδιο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και καταλήγουν σε μη ικανοποιούμενη ανάγκη, η παραπάνω μελέτη του ΠΟΥ προσπάθησε να συνδέσει τα δύο φαινόμενα στην ανάλυσή της.

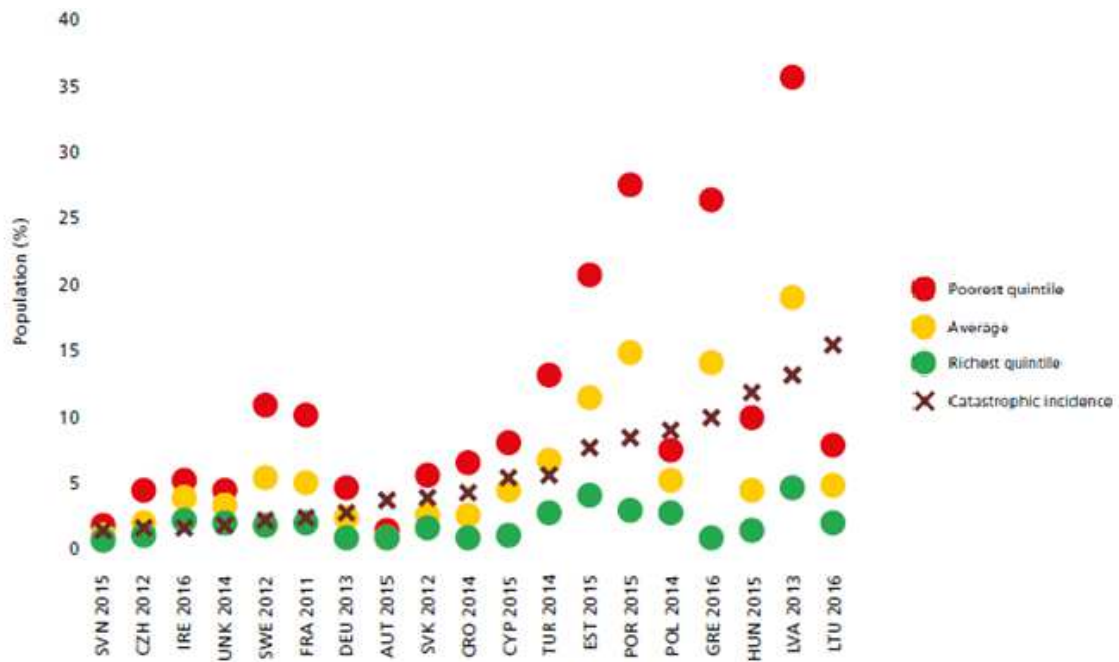
Η μη ικανοποιούμενη ανάγκη, αλλά και οι ανισότητες στην μη ικανοποιούμενη ανάγκη τείνουν να είναι χαμηλότερες στις χώρες που παρουσιάζουν και χαμηλότερη επίπτωση καταστροφικών δαπανών για την υγεία, ενώ φαίνεται πως ο πληθυσμός των ευρωπαϊκών χωρών έχει γενικά καλύτερη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα και με λιγότερες ανισότητες, δδσε σύγκριση με την οδοντιατρική φροντίδα (Διαγράμματα 5.10 και 5.11) (WHO, 2019b).



Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.10

Ποσοστό καταστροφικών δαπανών υγείας και μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική φροντίδα (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)



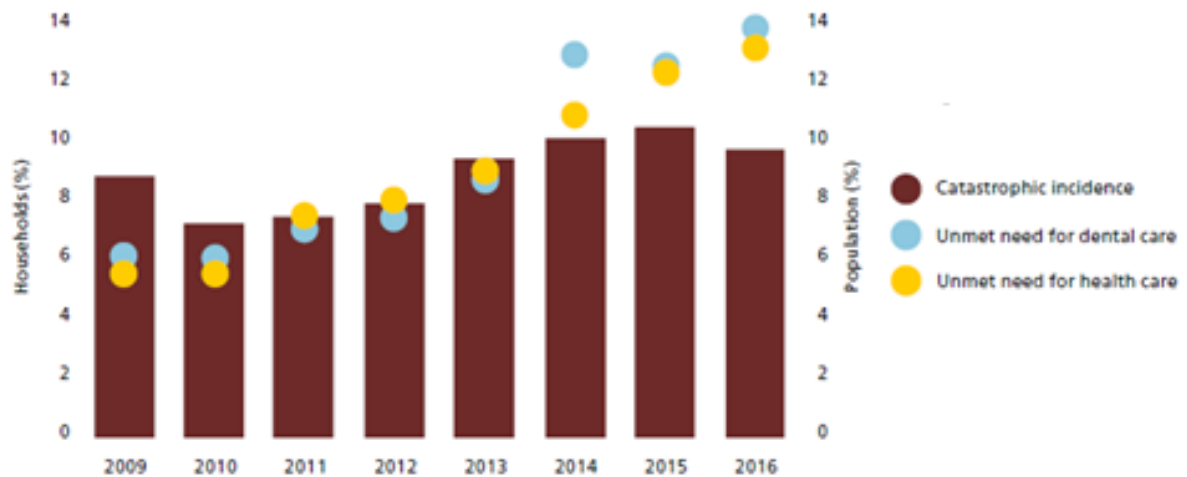
Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.11

Ποσοστό καταστροφικών δαπανών υγείας και μη ικανοποιούμενης ανάγκης για οδοντιατρική φροντίδα (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Αξίζει να σημειωθεί πως στη συγκεκριμένη έκθεση του ΠΟΥ αναφέρεται χαρακτηριστικά πως η Ελλάδα, η Λετονία και η Τουρκία έχουν υψηλή μη ικανοποιούμενη ανάγκη υγείας, η οποία παρουσιάζει και μεγάλη εισοδηματική ανισότητα, που υποδηλώνει πως εάν δεν υπήρχαν εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι καταστροφικές δαπάνες θα ήταν ακόμη υψηλότερες (OECD, 2019b). Συγκεκριμένα για την Ελλάδα, εκφράζονται σοβαρές ανησυχίες πως, παρά την αλλαγή στη νομοθεσία για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού το 2016, οι σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση παραμένουν, καθώς τα άτομα που καλύπτονται από τον καινούριο νόμο δεν έχουν τα ίδια δικαιώματα κάλυψης με όσους είναι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ. Οι πρώτοι μπορούν να απευθυνθούν μόνο σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ οι δεύτεροι μπορούν να καλυφθούν και για χρήση υπηρεσιών υγείας σε συμβεβλημένους ιδιωτικούς παρόχους. Παρατηρήθηκε, κυρίως στα φτωχότερα στρώματα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, σημαντική μείωση των άμεσων πληρωμών από τα νοικοκυριά, που συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση της μη

ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, αλλά και οδοντιατρική φροντίδα, ενώ οι καταστροφικές δαπάνες αυξάνονταν, επίσης, σταθερά μεταξύ 2012 και 2015 (Διάγραμμα 5.12) (WHO, 2019b). Οι άμεσες πληρωμές νοικοκυριών άρχισαν, επίσης, εν μέσω κρίσης να αλλάζουν κατεύθυνση, από την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τις διαγνωστικές εξετάσεις, προς την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και τα πλουσιότερα νοικοκυριά και τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα για τα φτωχότερα. Η αύξηση των καταστροφικών δαπανών επήλθε στο δεύτερο, τρίτο, τέταρτο και πέμπτο (πλουσιότερο) πεντημόριο δαπάνης και η αύξηση της μη ικανοποιούμενης δαπάνης ήταν σημαντικά υψηλότερη στο φτωχότερο πεντημόριο δαπάνης (WHO, 2019b).



Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.12

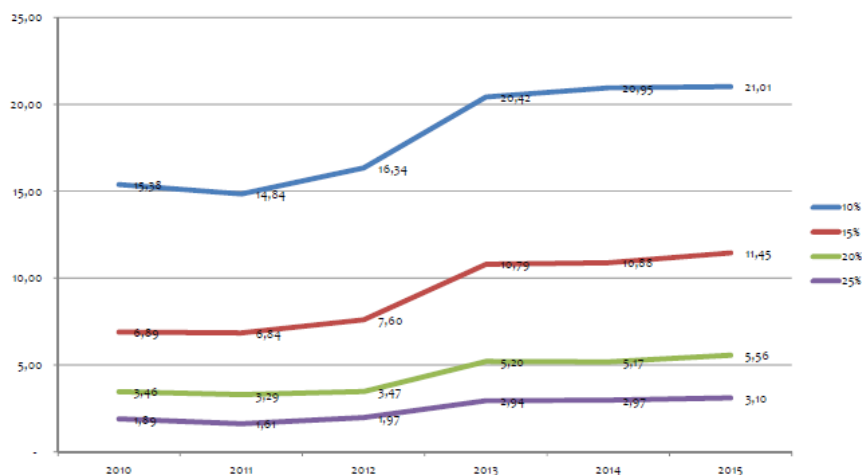
Καταστροφικές δαπάνες υγείας και μη ικανοποιούμενη ανάγκη (λόγω κόστους, απόστασης & αναμονής) στην Ελλάδα, 2009-2016

Αν και ο νέος νόμος του 2016 στην Ελλάδα ήταν ένα πολύ θετικό βήμα, εκφράζονται ανησυχίες ότι δεν αντιμετωπίζει τα βαθύτερα αίτια των κενών στην κάλυψη του πληθυσμού και, εξαιτίας αυτού, αναμένεται ότι οι ανισότητες στην οικονομική επιβάρυνση και την μη ικανοποιούμενη ανάγκη θα παραμείνουν σε μεγάλο βαθμό (WHO, 2019b).

Παρά το γεγονός ότι η καταστροφικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν υψηλή επίπτωση στην Ελλάδα και από τις υψηλότερες στην Ε.Ε., υπάρχουν ελάχιστες σχετικά πρόσφατες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο, ενώ ορισμένες από αυτές δεν εξετάζουν το φαινόμενο στο σύνολο της χώρας, καθώς αφορούν συγκεκριμένες υπό-ομάδες του πληθυσμού. Παρακάτω παρουσιάζονται συνοπτικά τα βασικά ευρήματα αυτών των μελετών.

Μία συγκριτική μελέτη των καταστροφικών δαπανών υγείας για τα έτη 2008-2015 διεξήχθη το 2018 (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018) σε πανελλαδικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 33.091 νοικοκυριών. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών, που διεξάγει σε ετήσια βάση η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Η καταστροφική δαπάνη υγείας, στο πλαίσιο της μελέτης, μελετήθηκε με βάση τη δυνατότητα για πληρωμή των νοικοκυριών (capacity to pay), η οποία ορίστηκε ως το σύνολο της δαπάνης των νοικοκυριών μείον του ποσοστού της δαπάνης για τρόφιμα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών για την υγεία μειώθηκαν μεταξύ 2008 και 2015 κατά 23,5%. Ωστόσο, το ποσοστό που καταλάμβαναν αυτές οι πληρωμές στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών αυξήθηκε από 6,9% σε 7,8% (2008 και 2015 αντίστοιχα), με την αυξητική τάση να σημειώνεται κυρίως από το 2012 κι έπειτα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Οι άμεσες δαπάνες υγείας που πραγματοποίησαν τα νοικοκυριά σημείωσαν αύξηση για τα ιατρικά προϊόντα (20,2%) και για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (63%), ενώ αντίθετα οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή φροντίδα μειώθηκαν ραγδαία (-62%) (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά αυξήθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών της υπό εξέταση χρονικής περιόδου για όλα τα όρια (thresholds), που συμπεριέλαβε η μελέτη. Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών, φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά οι εξής παράγοντες: το μεγαλύτερο μέγεθος του νοικοκυριού, το χαμηλότερο πεντημόριο δαπάνης, η διαμονή σε αστικές περιοχές, η μη ύπαρξη μέλους με αναπηρία ή ηλικιωμένου ή μικρών παιδιών και η ύπαρξη προσώπου αναφοράς της οικογένειας που είναι μικρότερης ηλικίας ή συνταξιούχος και έχει ανώτερη εκπαίδευση (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Άλλη πρόσφατη έρευνα (Kyriopoulos, 2018), εξέτασε την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα για τα έτη 2010 έως 2015. Οι δαπάνες υγείας ορίστηκαν, στο πλαίσιο της μελέτης, ως καταστροφικές εφόσον, εκφρασμένες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών του νοικοκυριού, ξεπερνούσαν ένα προκαθορισμένο όριο (threshold). Μελετήθηκε η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών για τα όρια 10%, 15%, 20% και 25% (Kyriopoulos, 2018). Όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 5.13, η έρευνα βρήκε πως οι καταστροφικές δαπάνες σημείωσαν αύξηση στην Ελλάδα από το 2012 κι έπειτα, ενώ η αυξητική τάση είναι ανεξάρτητη από το όριο (threshold) που χρησιμοποιείται (Kyriopoulos, 2018).



Πηγή: Kyriopoulos, 2018

Διάγραμμα 5.13

Καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, 2010-2015 (thresholds: 10%, 15%, 20%, 25%)

Τα νοικοκυριά που βρέθηκε ότι διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών ήταν εκείνα που ανήκαν στα χαμηλότερα πεντημόρια δαπάνης, που το πρόσωπο αναφοράς ήταν γυναίκα, ηλικιωμένο άτομο, είχε χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ή εργαζόταν ως αυτό-απασχολούμενος/η, γεωργός ή ήταν συνταξιούχος και στην περίπτωση που υπήρχαν στην οικογένεια μέλη κάτω των 4 ετών ή άνω των 65 ετών (Kyriopoulos, 2018).

Το 2013 διεξήχθη μία συγχρονική μελέτη σε 1.600 ασθενείς που έπασχαν από διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και νόσο Alzheimer και η οποία κατέγραψε τις δαπάνες των συμμετεχόντων για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας και φάρμακα. Η καταστροφική δαπάνη υγείας ορίστηκε ως κάθε δαπάνη υγείας που ξεπερνά το 20% του συνολικού οικογενειακού εισοδήματος (Skroumpelos et al., 2014). Βρέθηκε πως, το 2013 το 7,8% των νοικοκυριών που είχαν τουλάχιστον ένα μέλος που ήταν χρόνιος ασθενής είχαν υποστεί καταστροφική δαπάνη υγείας, ενώ το 2010 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 3,6%. Η αύξηση στις καταστροφικές δαπάνες υγείας σημειώθηκε και ανά, υπό μελέτη, ασθένεια μεταξύ του 2010 και του 2013 (Αλτσχάιμερ: 6,2% το 2010 και 11,4% το 2013, ΧΑΠ: 2,9% το 2010 και 8,7% το 2013, διαβήτης: 3,4% το 2010 και 7,1% το 2013, υπέρταση: 1,7% το 2010 και 4,2% το 2013) (Skroumpelos et al., 2014). Το 2013 ήταν καταστροφικές οι δαπάνες υγείας για το 4,6% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ το 2010 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 1,6% (Skroumpelos et al., 2014).

Άλλη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε, επίσης, το 2013 σε δείγμα 413 ασφαλισμένων, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές κλινικές με στόχο να διερευνήσει κατά πόσο η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα προστατεύει τα άτομα έναντι έκτακτων ζητημάτων υγείας και της νοσηλείας σε ιδιωτική δομή. Η καταστροφική δαπάνη υγείας ορίστηκε ως οι άμεσες πληρωμές που ξεπερνούν το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα των νοικοκυριών σε όρια (thresholds) που κυμαίνονταν από 5% έως 25% (Grigorakis et al., 2016, Grigorakis et al., 2014). Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, το ποσοστό του δείγματος που εμφάνιζε καταστροφικές δαπάνες υγείας μειωνόταν όσο αυξάνονταν τα όρια (thresholds): 69% των ασφαλισμένων πλήρωναν περισσότερο από το 5% του ετήσιου ακαθάριστου εισοδήματός τους για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε ιδιωτικούς παρόχους, το 37,80% πλήρωναν περισσότερο από το 10% και το 9,75% δαπανούσαν το 25% του ετήσιου ακαθάριστου εισοδήματός τους (Grigorakis et al., 2016, Grigorakis et al., 2014). Οι συμμετέχοντες από τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα βρέθηκε ότι δαπανούν περισσότερα, από εκείνους στα υψηλότερα, για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε ιδιωτικούς παρόχους (Grigorakis et al., 2016, Grigorakis et al., 2014).

5.2.5 Καθοριστικοί παράγοντες καταστροφικών δαπανών υγείας

Αναφορικά με τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, έχουν μελετηθεί διάφοροι καθοριστικοί παράγοντες, εκ των οποίων άλλοι δρουν προστατευτικά και άλλοι επιβαρυντικά. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν τα χαρακτηριστικά και τη σύνθεση των νοικοκυριών, τα κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσώπου αναφοράς του κάθε νοικοκυριού (head of household), αλλά και τις επιμέρους υπηρεσίες υγείας στις οποίες τα νοικοκυριά πραγματοποίησαν άμεσες πληρωμές και οι οποίες ήταν «καταστροφικές» γι' αυτά. Με αυτό τον τρόπο η ερευνητική κοινότητα προσπαθεί να δώσει μία πιο σαφή εικόνα όχι μόνο για τον αριθμό των νοικοκυριών που εμφανίζουν καταστροφικές δαπάνες υγείας, αλλά και για τις ποιες ομάδες του πληθυσμού πλήττονται περισσότερο και ποιες είναι οι υπηρεσίες υγείας και τα υγειονομικά αγαθά που συμβάλλουν περισσότερο σε αυτό.

Διενεργήθηκε πρόσφατα μία συστηματική ανασκόπηση των μελετών που έχουν διενεργηθεί για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, σε χώρες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος, και οι οποίες διερευνούν παράλληλα και τους σχετικούς καθοριστικούς παράγοντες (determinants) (Azzani et al., 2019). Τα κριτήρια της ανασκόπησης πληρούσαν συνολικά 38 έρευνας, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται παρακάτω. Σχετικά με τον βαθμό αστικότητας, από τις 18 έρευνες που τον συμπεριέλαβαν στην ανάλυσή τους, οι 6 βρήκαν πως δεν είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας, αλλά η πλειοψηφία των ερευνών βρήκαν πως τα νοικοκυριά που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν καταστροφικές δαπάνες υγείας. Μόνο μία έρευνα βρήκε πως η διαμονή της οικογένειας σε αγροτική περιοχή αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι των καταστροφικών δαπανών για την υγεία (Azzani et al., 2019). Το μέγεθος της οικογένειας μελέτησαν συνολικά 25 έρευνες, αλλά τα αποτελέσματα είναι πιο ασαφή. Από αυτές, 10 έρευνες βρήκαν ότι το μεγάλο μέγεθος της οικογένειας είναι παράγοντες κινδύνου, άλλες 10 βρήκαν, αντίθετα, ότι το μικρό μέγεθος της οικογένειας αυξάνει τον κίνδυνο καταστροφικών δαπανών υγείας, ενώ 5 δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Azzani et al., 2019).

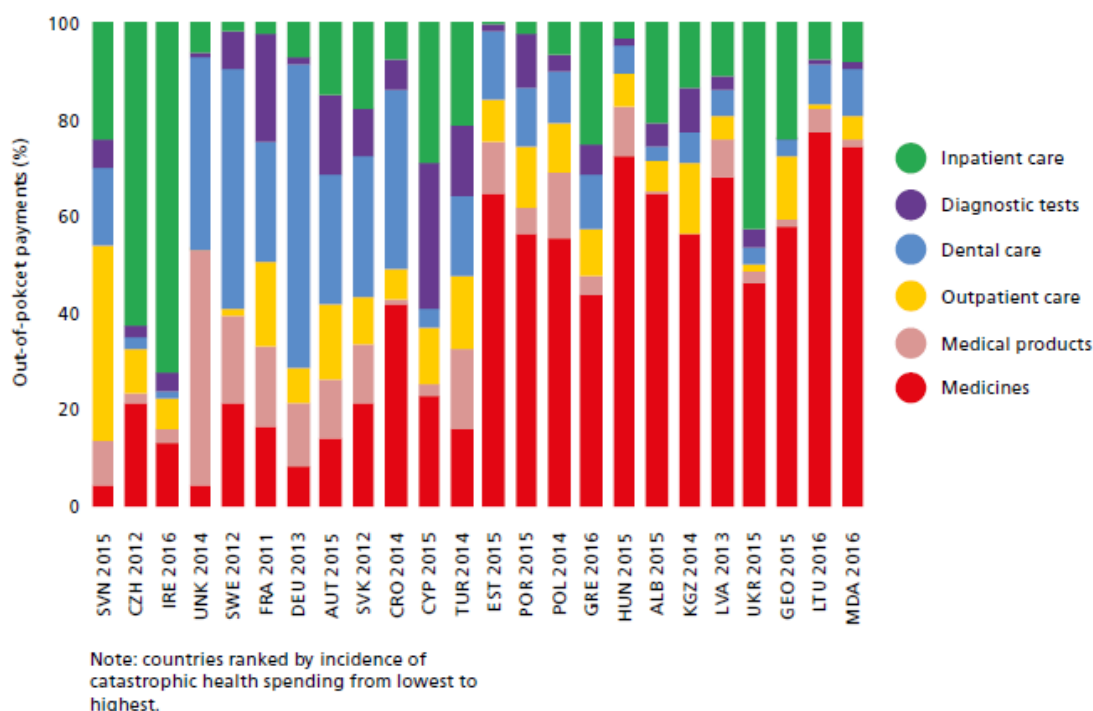
Ωστόσο, η παρουσία ηλικιωμένου μέλους στην οικογένεια βρέθηκε σημαντικός παράγοντας και στις 19 έρευνες που τον μελέτησαν. Από την άλλη, τα αποτελέσματα των ερευνών για την παρουσία παιδιών κάτω των 5 ετών στην οικογένεια, ως καθοριστικού παράγοντα καταστροφικών δαπανών υγείας, δεν συμφωνούν μεταξύ τους. Από τις 16 μελέτες, οι 6 δεν τον βρήκαν στατιστικά σημαντικό παράγοντα, 3 βρήκαν ότι δρα προστατευτικά, ενώ 7 ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Azzani et al., 2019).

Αναφορικά με την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, από τις 33 έρευνες, οι 28 βρήκαν πως τα νοικοκυριά στα χαμηλότερα πεντημόρια ή τεταρτημόρια δαπάνης ή στις χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν καταστροφικές δαπάνες υγείας. Ωστόσο, 5 μελέτες βρήκαν πως αυτά που ξοδεύουν τα νοικοκυριά στο υψηλότερο πεντημόριο ή τεταρτημόριο δαπάνης για την υγεία ξεπερνούν το όριο (threshold) της δυνατότητάς τους για πληρωμή (capacity to pay) (Azzani et al., 2019).

Ως προς τα χαρακτηριστικά του προσώπου αναφοράς της οικογένειας, το φύλο δεν βρέθηκε ως σημαντικός παράγοντας στις 16 από τις 27 έρευνες που το διερεύνησαν, αλλά 11 εξ' αυτών βρήκαν πως όταν το πρόσωπο αναφοράς είναι γυναίκα αυτό αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Azzani et al., 2019). Συνολικά 12 έρευνες εξέτασαν την ηλικία του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, εκ των οποίων οι 5 δεν βρήκαν πως αποτελεί σημαντικό παράγοντα, αλλά οι 7 βρήκαν πως όσο πιο μεγάλη η ηλικία τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για να νοικοκυριά να υποστούν καταστροφικές δαπάνες υγείας (Azzani et al., 2019). Παράλληλα, 11 έρευνες κατέληξαν πως είναι παράγοντας κινδύνου όταν το πρόσωπο αναφοράς είναι άνεργο (Azzani et al., 2019). Τέλος, 15 μελέτες βρήκαν πως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του προσώπου αναφοράς αυξάνει τον κίνδυνο καταστροφικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά, ενώ 6 έρευνες δεν βρήκαν στατιστική σημαντικότητα για τον παράγοντα αυτόν (Azzani et al., 2019). Από τη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, προέκυψε, επίσης, πως η νοσηλεία ενός μέλους της οικογένειας αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, όπως και η ύπαρξη ενός μέλους με αναπηρία ή χρόνια ασθένεια (Azzani et al., 2019). Ορισμένα από τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν και με μία παλαιότερη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η οποία χρησιμοποίησε

δεδομένα από 51 χώρες, που συλλέχθηκαν μέσω της Παγκόσμιας Έρευνας Υγείας (World Health Survey), η οποία υλοποιήθηκε μεταξύ 2002 με 2004 σε 71 χώρες (Saksena et al., 2010). Η συγκεκριμένη έρευνα βρήκε, επίσης, ότι η ύπαρξη ενός ηλικιωμένου μέλους ή με αναπηρία, παιδιών κάτω των 5 ετών και η διαμονή σε αγροτικές περιοχές είναι παράγοντες που καθιστούν τα νοικοκυριά πιο ευάλωτα στις καταστροφικές δαπάνες υγείας. Το γεγονός ότι τα νοικοκυριά που έχουν κάποιο μέλος ηλικιωμένο ή με αναπηρία ή που πάσχει από χρόνια ασθένεια διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών υγείας μπορεί να αποδοθεί στο ότι τα συνήθως αυτές οι ομάδες του πληθυσμού έχουν αυξημένες ανάγκες για χρήση υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα μπορεί να μην διαθέτουν τους αντίστοιχους οικονομικούς πόρους. Στην περίπτωση που δεν έχουν τεθεί κατάλληλοι προστατευτικοί μηχανισμοί από το κράτος, αντιμετωπίζουν συνεχώς τον κίνδυνο της οικονομικής δυσχέρειας και της επιδείνωσης του επιπέδου της υγείας τους (Xu et al., 2005). Παράλληλα, η έρευνα βρήκε πως το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο του προσώπου αναφοράς δρα προστατευτικά, πιθανόν λόγω καλύτερης δυνατότητας διαχείρισης του οικογενειακού προϋπολογισμού και της καλύτερης διασύνδεσης για την εύρεση επιπλέον πόρων σε περιστάσεις που προκύπτει ανάγκη (Saksena et al., 2010).

Η πρόσφατη μελέτη που διενεργήθηκε στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2019b) σχετικά με τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, διερεύνησε, μεταξύ άλλων, το πως αυτές επιμερίζονται σύμφωνα με την υπηρεσία υγείας ή το υγειονομικό προϊόν που αφορούν. Στο σύνολο των νοικοκυριών που έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας, τα φάρμακα είναι η κύρια αιτία άμεσων πληρωμών και μετά ακολουθούν η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και η οδοντιατρική φροντίδα. Ωστόσο, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 5.14, οι χώρες που βρίσκονται στην αριστερή πλευρά είναι εκείνες που προσφέρουν ισχυρότερη οικονομική προστασία στον πληθυσμό και στις οποίες οι καταστροφικές δαπάνες υγείας είναι κατά βάση εξαιτίας της οδοντιατρικής φροντίδας και μετά για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και τα φάρμακα, ενώ οι χώρες που εμφανίζονται στην δεξιά πλευρά, και στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, έχουν πιο αδύναμα συστήματα οικονομικής προστασίας και σε αυτές οι καταστροφικές δαπάνες υγείας αφορούν κυρίως τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα και δευτερευόντως την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και σε αρκετά μικρότερο βαθμό την οδοντιατρική φροντίδα (WHO, 2019b).

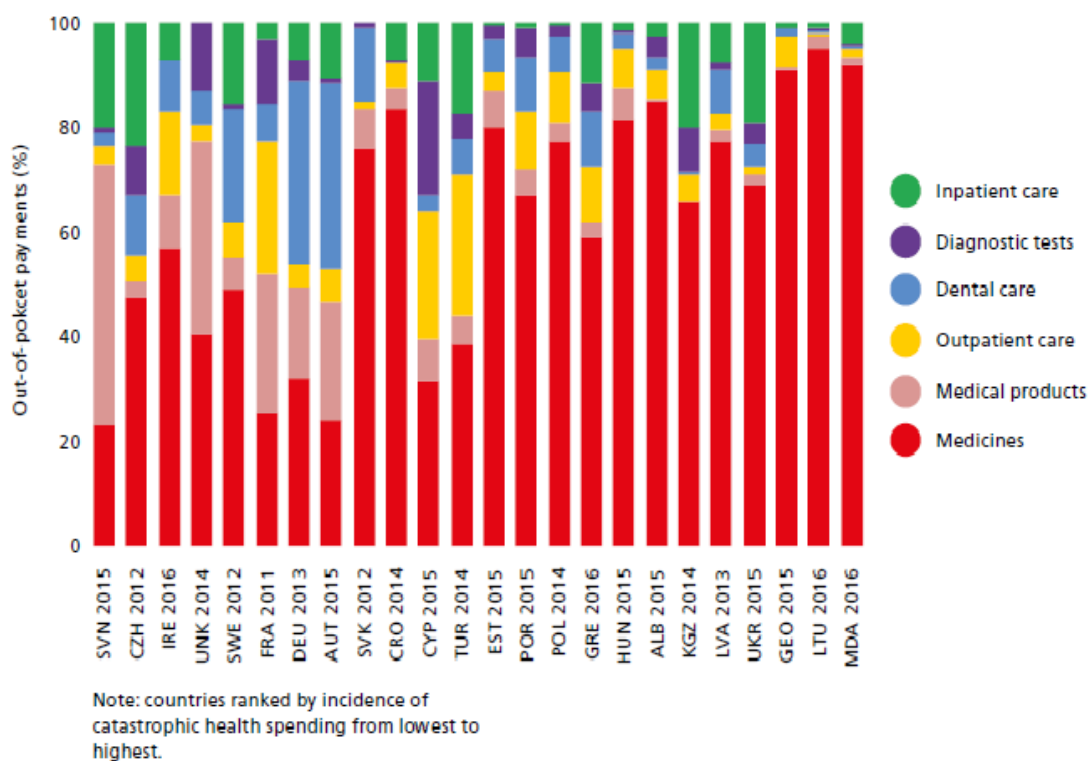


Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.14

Επιμερισμός καταστροφικών δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία στο σύνολο των νοικοκυριών, Ευρωπαϊκή Περιφέρεια ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Από την ίδια έρευνα προκύπτει, επίσης, ότι στα φτωχότερα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας, οι άμεσες πληρωμές που κάνουν για την υγεία αφορούν κυρίως τα φάρμακα (Διάγραμμα 5.15), ενώ στα πλουσιότερα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας, οι άμεσες δαπάνες που κάνουν γίνονται για την οδοντιατρική τους φροντίδα (WHO, 2019b). Σε πολλές χώρες της Ευρώπης, η κάλυψη του πληθυσμού για οδοντιατρική φροντίδα είναι αρκετά περιορισμένη με αποτέλεσμα να επιφέρει καταστροφικές δαπάνες στα πλουσιότερα νοικοκυριά που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν άμεσες πληρωμές για να την λάβουν, ενώ στο φτωχότερα νοικοκυριά, που δεν μπορούν να πληρώσουν, εκδηλώνεται ως μη ικανοποιούμενη ανάγκη (WHO, 2019b).



Πηγή: WHO, 2019b

Διάγραμμα 5.15

Επιμερισμός καταστροφικών δαπανών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία στα νοικοκυριά του χαμηλότερου πεντημορίου δαπάνης, Ευρωπαϊκή Περιφέρεια ΠΟΥ (πιο πρόσφατο έτος με διαθέσιμα δεδομένα)

Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν εν πολλοίς και με την παλαιότερη μελέτη του ΠΟΥ, που προαναφέρθηκε (Saksena et al., 2010), σύμφωνα με την οποία οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και φάρμακα επιφέρουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Αν και το κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης για τις οικογένειες είναι πιο μεγάλο σε σύγκριση με αυτό των φαρμάκων, τα ποσά που δαπανώνται για φάρμακα μπορούν να συσσωρευτούν σε σύντομο χρονικό διάστημα, όπως για παράδειγμα στις περιπτώσεις των χρονίως πασχόντων (Saksena et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Στα κεφάλαια που προηγήθηκαν έγινε σαφές ότι το σύστημα υγείας της Ελλάδας παρουσιάζει διαχρονικά υψηλά ποσοστά άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά, που μάλιστα είναι από τα υψηλότερα τόσο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ όσο και της Ε.Ε.. Όταν υπάρχει μεγάλο ποσοστό άμεσων δαπανών υγείας οι υπηρεσίες υγείας δεν παρέχονται σύμφωνα με την ανάγκη που υπάρχει στον πληθυσμό, αλλά με την δυνατότητα για πληρωμή. Συνεπώς, οι φτωχότεροι πολίτες μπορεί να μην αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη ή να την διακόψουν στην περίπτωση χρόνιων παθήσεων, ενώ στην περίπτωση που δεν θα έχουν άλλη επιλογή από το να λάβουν μία υπηρεσία υγείας, βρίσκονται υπό τον κίνδυνο της φτωχοποίησης αφού θα χρειαστεί να πληρώσουν γι' αυτήν (WHO, 2013). Όταν, λοιπόν, ένα σύστημα υγείας βασίζεται για την χρηματοδότησή του σε μεγάλο βαθμό στις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών και λιγότερο στις κρατικές δαπάνες για την υγεία, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα, αυτό αυξάνει τον οικονομικό κίνδυνο για τα νοικοκυριά και το επίπεδο φτωχοποίησής τους (Xu et al., 2010). Στο πλαίσιο και του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής, τα νοικοκυριά ήρθαν αντιμέτωπα με τη μειωμένη διαθεσιμότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, λόγω των μειώσεων στις δημόσιες δαπάνες, και με την αύξηση στις χρεώσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, το διαθέσιμο εισόδημα τους μειώθηκε λόγω των περικοπών στους μισθούς, της αύξησης της φορολογίας και της αύξησης της ανεργίας, το οποίο οδήγησε σε μείωση της αγοραστικής τους δύναμης και της δυνατότητά τους να πραγματοποιούν δαπάνες υγείας.

Οι άμεσες πληρωμές για την υγεία έχουν ισχυρή συσχέτιση με τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, σε βαθμό που οι πρώτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτης της οικονομικής προστασίας μίας χώρας, όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τις καταστροφικές δαπάνες (WHO, 2019b). Φαίνεται οι καταστροφικές δαπάνες υγείας και η φτωχοποίηση να παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα για χώρες που οι άμεσες πληρωμές για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας της χώρας δεν ξεπερνούν το 15% με 20% (Xu et al., 2010). Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό το 2016 ανήλθε στο 34%

και ήταν ένα από τα υψηλότερα στην Ε.Ε. (OECD, 2018b), ενώ ερευνητές αναφέρουν ότι είναι συγκρίσιμο με αυτό χωρών με ανεπαρκή κοινωνική ασφάλιση υγείας (Grigorakis et al., 2016).

Ωστόσο, εκτός από τις άμεσες πληρωμές υγείας, σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες των καταστροφικών δαπανών είναι και η φτώχεια, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η χρήση αυτών και η αποτυχία των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας στην διάχυση του οικονομικού κινδύνου (Xu et al., 2003), παράγοντες στους οποίους η χώρα μας παρουσιάζει επιδείνωση κυρίως μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης, όπως αναλύθηκε στις προηγούμενες ενότητες. Παράγοντες που ενδυναμώνουν την οικονομική προστασία στις χώρες είναι, εκτός από τις χαμηλές άμεσες πληρωμές υγείας (<15% της συνολικής δαπάνης υγείας), η υψηλή δημόσια δαπάνη υγείας σε σύγκριση με τον ΑΕΠ, οι μηχανισμοί κάλυψης του πληθυσμού είναι προσεκτικά σχεδιασμένοι για να ελαχιστοποιούν όσο είναι εφικτό τις άμεσες πληρωμές υγείας και προστατεύουν τις ευάλωτες ομάδες από τις συν-πληρωμές και η χαμηλή μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα (WHO, 2019b). Η επίδοση της χώρας μας στους συγκεκριμένους τομείς υποδηλώνει ότι οι μηχανισμοί οικονομικής προστασίας των πολιτών είναι ελλιπείς.

Το 2016 η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καταστροφικών δαπανών (9,7%) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ στα νοικοκυριά που ανήκουν στο φτωχότερο πεντημόριο δαπάνης το ποσοστό αυτό ήταν περίπου 30% (WHO, 2019b). Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε, κυρίως στα φτωχότερα στρώματα, σημαντική μείωση των άμεσων πληρωμών από τα νοικοκυριά, που συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση της μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, αλλά και οδοντιατρική φροντίδα (WHO, 2019b). Το 2016 η χώρα παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική φροντίδα στην Ε.Ε., με το κόστος να αναφέρεται ως η κυριότερη αιτία, ενώ υψηλά ποσοστά καταγράφονται για τους ανέργους και τους ανθρώπους άνω των 65 ετών (Economou et al., 2017). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μάλιστα σε έκθεσή του αναφέρει για την Ελλάδα ότι η υψηλή μη ικανοποιούμενη ανάγκη υγείας και η μεγάλη εισοδηματική ανισότητα που παρουσιάζει η χώρα υποδηλώνει πως, εάν δεν υπήρχαν

εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι καταστροφικές δαπάνες που θα καταγράφονταν θα ήταν ακόμη υψηλότερες (OECD, 2019b).

Αν και ο νέος νόμος του 2016 στην Ελλάδα, για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, ήταν ένα πολύ θετικό βήμα, εκφράζονται ανησυχίες ότι δεν αντιμετωπίζει τα βαθύτερα αίτια των κενών στην κάλυψη του πληθυσμού και, εξαιτίας αυτού, αναμένεται ότι οι ανισότητες στην οικονομική επιβάρυνση και την μη ικανοποιούμενη ανάγκη θα παραμείνουν σε μεγάλο βαθμό (WHO, 2019b). Η μείωση ή κατάργηση ορισμένων χρεώσεων που καταβάλουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας δεν αρκεί για να αυξήσει την οικονομική προστασία, εάν απλά αντικατασταθούν από τις ανεπίσημες πληρωμές ή εάν μειωθεί η ποιότητα, αλλά χρειάζεται να μειωθεί η ανάγκη να πληρώνουν οι πολίτες από την τσέπη τους (WHO, 2013).

Συνεπώς, λόγω όλων των παραπάνω παραγόντων, η μέτρηση και καταγραφή των καταστροφικών δαπανών υγείας στη χώρα μας είναι καίριας σημασίας για την οικονομική προστασία του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων που έχουν πληγεί ιδιαίτερα μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης. Οι ερευνητές τονίζουν τη σημασία να γίνουν αντίστοιχες έρευνες με πρόσφατα δεδομένα (Economou, 2015), ενώ σημειώνουν, παράλληλα, ότι οι όποιες συνέπειες του νέου νόμου για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού δεν θα έχουν πιθανόν προλάβει να φανούν σε έρευνες που βασίστηκαν σε δεδομένα του 2016 (Baeten et al., 2018, Burki, 2018).

Η παρούσα έρευνα, χρησιμοποιώντας τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2017 στοχεύει στην εις βάθος μελέτη και ανάλυση του φαινομένου των καταστροφικών δαπανών υγείας στη χώρα για το συγκεκριμένο έτος, απαντώντας σε μία σειρά ερευνητικών ερωτημάτων:

- Πόσοι άνθρωποι έχουν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας το 2017
- Πόσα νοικοκυριά έχουν φτωχοποιηθεί από την καταβολή άμεσων πληρωμών για την υγεία το 2017
- Πως αλλάζει η κατανομή των καταστροφικών δαπανών υγείας, της φτωχοποίησης και των άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών ως ποσοστού της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών (household capacity to pay) μεταξύ των πεντημορίων δαπάνης

- Ποια είναι τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών που συσχετίζονται με την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών που συσχετίζονται με την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας
- Ποιες κατηγορίες υπηρεσιών υγείας και υγειονομικών προϊόντων σχετίζονται με την επίπτωση καταστροφικών δαπανών για την υγεία
- Ποια είναι η τιμή που λαμβάνει το ελληνικό σύστημα υγείας στον Δείκτη Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (Fairness in Financial Contribution Index - FFC) με βάση τα στοιχεία του παρόντος δείγματος

6.2. Υλικό

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση της παρούσας έρευνας προήλθαν από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) για το έτος 2017, που είναι και η πιο πρόσφατη σχετική έρευνα. Παρά τα όποια μειονεκτήματα παρουσιάζει το συγκεκριμένο είδος ερευνών, έχει και σημαντικά πλεονεκτήματα, τα οποία αναλύθηκαν διεξοδικά στην υπό-ενότητα 5.2.3, ενώ, παράλληλα, αποτελούν την κύρια πηγή δεδομένων για την διεξαγωγή μελετών σχετικά με την οικονομική προστασία, που χρησιμοποιείται από όλους τους διεθνείς οργανισμούς που έχουν ως αντικείμενό τους την υγεία (WHO, 2019b).

Οι Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών διενεργούνται στην Ελλάδα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπου μετά το 2008 αυτό γίνεται σε ετήσια βάση, ενώ η διεξαγωγή της έρευνας διαρκεί καθ' όλη τη διάρκεια του εκάστοτε έτους (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Η συνολική διάρκεια της έρευνας σε κάθε νοικοκυριό είναι δεκατέσσερις συνεχόμενες ημέρες (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Τα δεδομένα που συγκεντρώνονται συνιστούν αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη σύνθεση των νοικοκυριών, την απασχόληση των μελών τους, τις συνθήκες στέγασης, με έμφαση στις δαπάνες διαβίωσης και τα εισοδήματα των νοικοκυριών (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Οι πληροφορίες συγκεντρώνονται μέσω τριών ερωτηματολογίων: το ερωτηματολόγιο νοικοκυριού, στο οποίο καταγράφονται τα στοιχεία κατοικίας και των δαπανών του νοικοκυριού, το

ερωτηματολόγιο μέλους ηλικίας 14 ετών και άνω, που καταγράφονται οι προσωπικές δαπάνες του μέλους, η απασχόληση και το εισόδημα, και το ερωτηματολόγιο μέλους ηλικίας κάτω των 14 ετών, όπου συγκεντρώνονται πληροφορίες για τις προσωπικές δαπάνες του μέλους (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια είναι προσβάσιμα από την ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (<http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA05/2017>).

Η έρευνα ΕΟΠ ακολουθεί τον σχεδιασμό rotational integrated design, ο οποίος θεωρείται κατάλληλος για ενιαία συγχρονική και διαχρονική έρευνα. Στο πλαίσιο της διαχρονικής πτυχής της έρευνας, το δείγμα που επιλέγεται, διαχωρίζεται σε τέσσερα, αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, εναλλασσόμενα υπό-δείγματα (panels), όπου το καθένα διαρκεί για τέσσερα χρόνια. Κάθε χρόνο ένα υπό-δείγμα φεύγει από το δείγμα και ένα νέο παίρνει την θέση του (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Την τελική δειγματοληπτική μονάδα αποτελούν τα νοικοκυριά, ενώ οι μονάδες ανάλυσης είναι τα νοικοκυριά αλλά και τα μέλη τους (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Το τελικό δείγμα ισό-κατανέμεται εντός του έτους με στόχο να επιλεγούν τέσσερα ισοδύναμα ανεξάρτητα δείγματα, τα οποία αντιστοιχούν στα αντίστοιχα τέσσερα τρίμηνα του έτους (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ).

Η ΕΟΠ του 2017 διενεργήθηκε σε τελικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.176 ιδιωτικών νοικοκυριών όλων των περιοχών της Ελλάδας, το οποίο επελέγη με δισταδιακή στρωματοποιημένη δειγματοληψία (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ), από το δειγματοληπτικό πλαίσιο, που δημιουργήθηκε βάσει των στοιχείων του μόνιμου πληθυσμού που συλλέχθηκαν στην Απογραφή 2011 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Η μέθοδος δειγματοληψίας συμπεριέλαβε ως πρώτο κριτήριο στρωματοποίησης την γεωγραφική διαίρεση και ως δεύτερο την αστικότητα (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Κατά το πρώτο στάδιο δειγματοληψίας επιλέγονται από κάθε στρώμα οι πρωτογενείς μονάδες ή επιφάνειες και από το δεύτερο επιλέγεται από κάθε επιφάνεια το δείγμα των νοικοκυριών, τα οποία θα αποτελέσουν τις μονάδες ανάλυσης (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Εξαιρούνται από την δειγματοληψία οι συλλογικές κατοικίες, όπως τα γηροκομεία, οι πανσιόν, τα νοσοκομεία, τα στρατόπεδα, κλπ, ή κατοικίες που προσφέρουν στέγη με διατροφή σε πέντε ή περισσότερα άτομα (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Εξαιρούνται, επίσης, τα νοικοκυριά στα οποία διαμένουν ξένοι υπήκοοι, οι οποίοι εργάζονται σε ξένες διπλωματικές αποστολές (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ).

Η κατηγοριοποίηση των ειδών και των υπηρεσιών, που καταναλώνουν τα νοικοκυριά, έγινε σύμφωνα με την μεθοδολογία COICOP – HBS (Classification of Individual Consumption by Purpose Adapted to the Needs of Household Budget Surveys) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ), που προτάθηκε από την Eurostat και κατά την οποία τα αγαθά και οι υπηρεσίες ταξινομούνται στο επίπεδο βασικών τμημάτων με διψήφιους κωδικούς, σε επιμέρους ομάδες με τριψήφιους κωδικούς, σε τάξεις με τετραψήφιους κωδικούς, σε υποκατηγορίες με πενταψήφιους κωδικούς και σε συγκεκριμένα είδη με επταψήφιους κωδικούς (Αθανασιάδης & Σταυράκη, 2017). Τα βασικά τμήματα αγαθών και υπηρεσιών είναι τα εξής:

- 01: Είδη διατροφής και μη αλκοολούχα ποτά
- 02: Αλκοολούχα ποτά και καπνός
- 03: Είδη ένδυσης και υπόδησης
- 04: Στέγαση, ύδρευση, καύσιμα και φωτισμός κύριας και δευτερεύουσας ή εξοχικής κατοικίας
- 05: Διαρκή αγαθά οικιακής χρήσης – οικιακά είδη άμεσης κατανάλωσης και οικιακές υπηρεσίες
- 06: Υγεία
- 07: Μεταφορές
- 08: Επικοινωνίες
- 09: Αναψυχή και πολιτισμός
- 10: Εκπαίδευση
- 11: Ξενοδοχεία, καφενεία και εστιατόρια
- 12: Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ).

Στην ΕΟΠ χρησιμοποιούνται διάφορες περίοδοι αναφοράς, σε συνάρτηση με την συχνότητα που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά δαπάνες για τα συγκεκριμένα αγαθά ή υπηρεσίες ή που λαμβάνουν τα εισοδήματα, ώστε να ελαχιστοποιούνται τα δειγματοληπτικά σφάλματα μνήμης (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Για τις δαπάνες υγείας συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ως περίοδοι αναφοράς οι τρεις μήνες, οι έξι μήνες και οι δώδεκα μήνες (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ), ενώ για τα φαρμακευτικά είδη οι δεκατέσσερις ημέρες της έρευνας (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Στις τελικές βάσεις ανωνυμοποιημένων μικροδεδομένων που συντάσσει η Ελληνική Στατιστική Αρχή όλες οι δαπάνες που έχουν δηλωθεί από τα νοικοκυριά έχουν αναχθεί σε ετήσια βάση.

Η έρευνα συγκεντρώνει πληροφορίες, εκτός για το ύψος των δαπανών των νοικοκυριών και τα προϊόντα και τις υπηρεσίες, μέσω των οποίων καλύπτουν τις ανάγκες τους, και για τον τρόπο απόκτησης αυτών των αγαθών και υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω αγοράς ή να τα έχουν αποκτήσει από δική τους παραγωγή ή δική τους επιχείρηση, από το κράτος, από άλλα νοικοκυριά ή από τον εργοδότη (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Στον τρόπο κτήσης από αγορά καταγράφονται οι δαπάνες, που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για αγαθά και υπηρεσίες και για τις οποίες καταβάλλουν την αξία τους είτε με μετρητά είτε μέσω δόσεων (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Για να διαχωριστούν οι τρόποι απόκτησης στα δεδομένα της βάσης ανωνυμοποιημένων μικροδεδομένων, γίνεται η εξής υποκατηγοριοποίηση στην κωδικοποίηση της ίδιας μεταβλητής: όταν εμφανίζεται ως ΗΕxx υποδεικνύει δαπάνη για το συγκεκριμένο αγαθό ή υπηρεσία με όλους τους τρόπους κτήσης, όταν είναι ΗΕxxΑ είναι δαπάνη μέσω αγοράς, ενώ όταν είναι ΗΕxxΒ είναι δαπάνη με όλους τους άλλους τρόπους κτήσης εκτός της αγοράς (ΕΛΣΤΑΤ, 2107β). Στον Πίνακα 6.1 παρουσιάζονται οι κωδικοί ταξινόμησης και η κατηγοριοποίηση των δαπανών που πραγματοποίησαν τα νοικοκυριά για την υγεία τους, σύμφωνα με την ΕΟΠ 2017.

Πίνακας 6.1

Ταξινόμηση δαπανών υγείας των νοικοκυριών βάσει COICOP-HBS, ΕΟΠ 2017

Ταξινόμηση COICOP – HBS			Είδη - ομάδες-υποομάδες
06			ΥΓΕΙΑ
	061		Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός
		<i>0611</i>	<i>Φαρμακευτικά προϊόντα</i>
		<i>0612</i>	<i>Λοιπά ιατρικά προϊόντα</i>
			06121 Τεστ εγκυμοσύνης και μηχανικά μέσα αντισύλληψης
			06129 Λοιπά ιατρικά προϊόντα
		<i>0613</i>	<i>Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός</i>
			06131 Γυαλιά μυωπίας και φακοί επαφής
			06132 Ακουστικά βαρηκοΐας
			06133 Επισκευή θεραπευτικών συσκευών και εξοπλισμού
			06139 Λοιπές θεραπευτικές συσκευές
	062		Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας (εκτός νοσοκομείου)

		0621		Ιατρικές υπηρεσίες
			06211	Υπηρεσίες ιατρού παθολόγου
			06212	Υπηρεσίες ιατρών όλων των ειδικοτήτων πλην παθολόγου
		0622		Οδοντιατρικές υπηρεσίες
		0623		Παραϊατρικές υπηρεσίες
			06231	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων
			06232	Θεραπευτικά λουτρά, φυσιοθεραπείες, υπηρεσίες ασθενοφόρου και ενοικίαση θεραπευτικού εξοπλισμού
			06239	Λοιπές παραϊατρικές υπηρεσίες
	063			Νοσοκομειακή περίθαλψη

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017β

Στην επιμέρους ομάδα «061: Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός» περιλαμβάνονται φάρμακα, ιατρικός εξοπλισμός και ιατρικές συσκευές, καθώς και το σύνολο των υπόλοιπων προϊόντων του κλάδου υγείας, τα οποία αγοράζουν τα άτομα, με ή χωρίς συνταγή. Όλα τα προϊόντα και υπηρεσίες αυτής την επιμέρους ομάδας προορίζονται για χρήση εκτός δομών υγειονομικής περίθαλψης (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Η επιμέρους ομάδα «062: Υπηρεσίες ιατρών κάθε ειδικότητας (εκτός νοσοκομείου)» περιλαμβάνει την παροχή ιατρικών, οδοντιατρικών και παραϊατρικών υπηρεσιών σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, κατ' οίκον, σε ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία και κλινικές νοσοκομείων για εξωτερικούς ασθενείς, κλπ (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Εντός της συγκεκριμένης επιμέρους ομάδας καταγράφονται οι δαπάνες για φάρμακα και όποια άλλα προϊόντα του κλάδου της υγείας παρέχονται στους εξωτερικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια του είδους των εξετάσεων που αναφέρθηκαν παραπάνω (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Η επιμέρους ομάδα «063: Νοσοκομειακή περίθαλψη» περιλαμβάνει τις δαπάνες σε όλα τα εξειδικευμένα νοσοκομεία, μαιευτήρια, ιατρικά κέντρα, νοσηλευτήρια και αναρρωτήρια, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς που έχουν κάνει εισαγωγή και διαμένουν εκεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Περιλαμβάνει όμως και την ημερήσια ή κατ' οίκον νοσοκομειακή περίθαλψη, τα κέντρα φροντίδας για τους ασθενείς, που βρίσκονται σε τελικό στάδιο της νόσου, και τα κέντρα

αποκατάστασης που στοχεύουν στην θεραπεία του ασθενούς κι όχι στην μακροχρόνια υποστήριξη του (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Παράλληλα, αφορά και τις υπηρεσίες δομών που εξυπηρετούν ηλικιωμένους και στις οποίες η ιατρική παρακολούθηση είναι αναπόσπαστο κομμάτι των παροχών τους (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Ωστόσο, σε αυτή την κατηγορία δεν καλύπτονται τα γηροκομεία, τα ιδρύματα για ΑΜεΑ και τα κέντρα αποκατάστασης που παρέχουν κατά βάση μακροπρόθεσμη υποστήριξη (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

6.3 Μέθοδος

Η μέθοδος μέτρησης των καταστροφικών δαπανών για την υγεία που επιλέχθηκε για την παρούσα ερευνητική εργασία είναι η “partial normative food spending” (Xu et al, 2007, Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003), λόγω των πλεονεκτημάτων που φέρει έναντι των μεθόδων “budget share” και “actual food spending”, τα οποία αναλύθηκαν διεξοδικά στην υπό-ενότητα 5.2.2. Επίσης, είναι μία καλά τεκμηριωμένη μέθοδος, για την οποία η βιβλιογραφία περιλαμβάνει λεπτομερείς οδηγίες προς τους ερευνητές που θέλουν να την χρησιμοποιήσουν, ενώ είναι, έως σήμερα, μία εκ των δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενων μεθόδων μέτρησης των καταστροφικών δαπανών για την υγεία (Yerramilli et al., 2018).

Πίνακας 6.2

Βασικές διαστάσεις της μεθόδου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας της παρούσας έρευνας

Ορισμός	Το ποσοστό των νοικοκυριών των οποίων οι άμεσες πληρωμές για την υγεία (out-of-pocket payments) είναι μεγαλύτερες του 40% της δυνατότητας πληρωμής για την υγεία (capacity to pay for health care) που διαθέτει το νοικοκυριό
Αριθμητής	Οι άμεσες πληρωμές για την υγεία των νοικοκυριών
Παρονομαστής	Συνολική καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών μείον ενός σταθερού ποσού που αντιπροσωπεύει της βασικές δαπάνες διαβίωσης για τρόφιμα, το οποίο ορίζεται ως η μέση δαπάνη για τρόφιμα ανά ισοδύναμο άτομο στα νοικοκυριά που το ποσοστό των δαπανών για τρόφιμα προς τη συνολική τους κατανάλωση είναι μεταξύ του 45 ^{ου} και 55 ^{ου} εκατοστημορίου. Εάν οι δαπάνες ενός νοικοκυριού για τρόφιμα είναι χαμηλότερες από το ποσό που έχει οριστεί ως το όριο βασικής διαβίωσης, αφαιρούνται οι πραγματικές δαπάνες που έχει πραγματοποιήσει το συγκεκριμένο νοικοκυριό για τρόφιμα.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικές μεταβλητές στο πλαίσιο της μεθόδους και ο τρόπος που υπολογίστηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία.

1. Άμεσες πληρωμές για την υγεία από τα νοικοκυριά (OOP)

Είναι οι πληρωμές που κάνουν από την τσέπη τους τα νοικοκυριά στο σημείο που λαμβάνουν την υπηρεσία υγείας, όπως αμοιβές επισκέψεων σε γιατρούς, αγορές φαρμακευτικών σκευασμάτων και νοσήλια νοσοκομείων, αφαιρώντας οποιοδήποτε ποσό που αποζημιώθηκε από κάποιον οργανισμό ή φορέα (Xu, 2005, (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003). Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας χρησιμοποιήθηκε από την ΕΟΠ 2017 η μεταβλητή με τον κωδικό HE06A, που περιλαμβάνει όλες τις δαπάνες που πραγματοποίησε το κάθε νοικοκυριό για προϊόντα και υπηρεσίες υγείας με την αγορά ως τρόπο κτήσης, όπου καταγράφονται οι δαπάνες που δεν αποζημιώνονται με κάποιον τρόπο (ΕΛΣΤΑΤ, 2017β).

2. Συνολική καταναλωτική δαπάνη νοικοκυριού (EXP)

Στην συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση, χρησιμοποιείται η καταναλωτική δαπάνη έναντι του εισοδήματος, καθώς η διακύμανση της τρέχουσας δαπάνης είναι μικρότερη από αυτή του εισοδήματος με την πάροδο του χρόνου, καθώς το εισόδημα αντανακλά τα τυχαία και αναπάντεχα γεγονότα, που μπορεί να προκύψουν και να αλλάξουν τα δεδομένα του κάθε νοικοκυριού (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003). Επίσης, η καταγραφή των δαπανών στις έρευνες των νοικοκυριών θεωρείται πιο αξιόπιστη από αυτή του εισοδήματος, ιδιαίτερα σε χώρες με υψηλά ποσοστά μαύρης εργασίας (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003).

Η συνολική καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού χρησιμοποιείται, λοιπόν, ως δείκτης του τεκμαρτού εισοδήματος (effective income) του νοικοκυριού (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003) και περιλαμβάνει τις χρηματικές πληρωμές ή σε είδος για αγαθά και υπηρεσίες, καθώς και την χρηματική αξία της κατανάλωσης προϊόντων που έλαβε σε είδος, από δική του παραγωγή, δική του κατάσταση, τον εργοδότη ή από αλλού. Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, ως συνολική καταναλωτική δαπάνη του κάθε νοικοκυριού θεωρήθηκε το άθροισμα των δαπανών του, όπως καταγράφηκε στην

ΕΟΠ 2017, στα βασικά τμήματα των αγαθών και υπηρεσιών, τα οποία αποκτήθηκαν με όλους τους τρόπους κτήσης (ΕΛΣΤΑΤ, 2017β):

- 01: Είδη διατροφής και μη αλκοολούχα ποτά
- 02: Αλκοολούχα ποτά και καπνός
- 03: Είδη ένδυσης και υπόδησης
- 04: Στέγαση, ύδρευση, καύσιμα και φωτισμός κύριας και δευτερεύουσας ή εξοχικής κατοικίας
- 05: Διαρκή αγαθά οικιακής χρήσης – οικιακά είδη άμεσης κατανάλωσης και οικιακές υπηρεσίες
- 06: Υγεία
- 07: Μεταφορές
- 08: Επικοινωνίες
- 09: Αναψυχή και πολιτισμός
- 10: Εκπαίδευση
- 11: Ξενοδοχεία, καφενεία και εστιατόρια
- 12: Διάφορα αγαθά και υπηρεσίες (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ).

3. Δαπάνες για τρόφιμα (food)

Οι δαπάνες του νοικοκυριού σε τρόφιμα περιλαμβάνουν το ποσό που ξόδεψε το νοικοκυριό για το σύνολο των φαγώσιμων, συμπεριλαμβανομένης της αξίας αυτών που το νοικοκυριό έλαβε από δική του παραγωγή, δικό του κατάστημα ή αλλού, αλλά αποκλείει τις δαπάνες για αλκοολούχα ποτά, για καπνό και για κατανάλωση τροφίμων εκτός οικίας (εστιατόρια, ξενοδοχεία, κλπ) (Xu, 2005). Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, χρησιμοποιήθηκε για κάθε νοικοκυριό η μεταβλητή HE01 της ΕΟΠ 2017, η οποία περιλαμβάνει τις δαπάνες του νοικοκυριού για είδη διατροφής με όλους τους τρόπους κτήσης, ενώ αποκλείει τις δαπάνες για οινοπνευματώδη ποτά, για καπνό και για κατανάλωση τροφίμων εκτός οικίας (οι δαπάνες αυτές καταγράφονται σε ξεχωριστές μεταβλητές στην ΕΟΠ) (ΕΛΣΤΑΤ, 2017β). Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας η μεταβλητή αυτή ονομάστηκε **food**.

4. Όριο φτώχειας (pl) και δαπάνες βασικής διαβίωσης των νοικοκυριών (se)

Οι δαπάνες βασικής διαβίωσης είναι το ελάχιστο όριο για την διατήρηση των βασικών συνθηκών διαβίωσης εντός μίας κοινωνίας, ενώ το όριο φτώχειας χρησιμοποιείται στην

μέτρηση των δαπανών βασικής διαβίωσης (Xu, 2005). Σύμφωνα με την παρούσα μεθοδολογία, χρησιμοποιείται ένα όριο φτώχειας, που βασίζεται στο ποσοστό δαπανών για τρόφιμα, για να υπολογιστεί το επίπεδο βασικής διαβίωσης των νοικοκυριών (Xu, 2005), αφαιρείται, δηλαδή, ένα σταθερό ποσό από τη συνολική κατανάλωση ενός νοικοκυριού, το οποίο ορίζει τις δαπάνες βασικής διαβίωσης σε τρόφιμα (Xu et al, 2007, Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003). Το ποσό αυτό ορίζεται ως η μέση ισοδύναμη κατά κεφαλήν δαπάνη, των νοικοκυριών που το ποσοστό των δαπανών τους για τρόφιμα προς τη συνολική τους κατανάλωση κυμαίνεται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} εκατοστημορίου (Hsu et al., 2018, Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003). Λαμβάνοντας υπόψη τις οικονομίες κλίμακας της κατανάλωσης των νοικοκυριών, δεν χρησιμοποιείται το πραγματικό μέγεθος του νοικοκυριού, αλλά η κλίμακα ισοδυναμίας του νοικοκυριού (Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003). Ο συγκεκριμένος ορισμός του ορίου φτώχειας προσομοιάζει σε αυτόν που χρησιμοποιείται για να συσταθούν τα όρια φτώχειας των χωρών σε εθνικό επίπεδο και βασίζεται στην παρατήρηση πως οι δαπάνες για τρόφιμα, ως ποσοστό της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης, αυξάνεται όσο αυξάνονται και τα επίπεδα φτώχειας (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003).

Στο πλαίσιο της ΕΟΠ 2017, η Ελληνική Στατιστική Αρχή χρησιμοποιεί την τροποποιημένη κλίμακα ισοδυναμίας του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία ορίζεται ο συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για τον δεύτερο ενήλικα και τα παιδιά άνω των 14 ετών και ο συντελεστής 0,3 για τα παιδιά κάτω των 14 ετών (ΕΛΣΤΑΤ, 2018δ). Συνεπώς, αυτή η κλίμακα στάθμισης χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα ερευνητική εργασία (μεταβλητή με κωδικό HB062 στην βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ για την ΕΟΠ02017, ενώ για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας ονομάστηκε **eqsize**).

Για το υπολογισμό των μεταβλητών «όριο φτώχειας» (**pl**) και «δαπάνες βασικής διαβίωσης των νοικοκυριών» (**se**) ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα:

α) Υπολογίστηκε για κάθε νοικοκυριό η δαπάνη για τρόφιμα τροφίμων (μεταβλητή **food**) ως ποσοστό της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης (μεταβλητή **exp**), διαιρώντας τις δύο αυτές μεταβλητές μεταξύ τους, ώστε να προκύψει το ποσοστό (**foodexp**) (Xu, 2005):

$$food\ exp = \frac{food}{exp} \quad [1]$$

β) Διαιρέθηκε η δαπάνη κάθε νοικοκυριού με την κλίμακα ισοδυναμίας, που αντιστοιχεί στο καθένα για να υπολογιστεί η ισοδύναμη δαπάνη του για τρόφιμα (**eqfood**) (Xu, 2005):

$$eqfood = \frac{food}{eqsize} \quad [2]$$

γ) Βρέθηκε η μεταβλητή *foodexp* που αντιστοιχεί στο 45^ο και στο 55^ο εκατοστημόριο στο σύνολο του δείγματος (μεταβλητές **food45** και **food55**) (Xu, 2005).

δ) Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των ισοδύναμων δαπανών για τα τρόφιμα (*eqfood*) για τα νοικοκυριά των οποίων οι δαπάνες για τρόφιμα βρίσκονται μεταξύ του 45^{ου} και του 55^{ου} εκατοστημορίου. Με αυτό τον τρόπο βρίσκουμε τις δαπάνες βασικής διαβίωσης ανά ισοδύναμο μέλος, που αποτελεί και το όριο της φτώχειας (μεταβλητή **pl**) (Xu, 2005).

$$pl = \frac{\sum_{i=1}^n eqfood_i}{n} \quad \text{για όσα νοικοκυριά είχαν } food45 < foodexp < food55 \quad [3]$$

ε) Υπολογίστηκε η δαπάνη βασικής διαβίωσης (**se**) για κάθε νοικοκυριό πολλαπλασιάζοντας το όριο φτώχειας με την κλίμακα ισοδυναμίας του κάθε νοικοκυριού ως εξής (Xu, 2005):

$$se = pl * eqsize \quad [4]$$

Ένα νοικοκυριό θεωρείται φτωχό (**poor**) εφόσον η συνολική καταναλωτική του δαπάνη (**exp**) είναι μικρότερη από την δαπάνη βασικής διαβίωσης (**se**) (Xu, 2005, Xu, Evans, Kawabata et al., 2003):

$$poor = 1, \text{ if } exp < se \quad [5]$$

$$poor = 0, \text{ if } exp \geq se \quad [6]$$

5. Δυνατότητα πληρωμής του νοικοκυριού (capacity to pay – ctp)

Η δυνατότητα πληρωμής του νοικοκυριού συνίσταται, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, στο τεκμαρτό εισόδημα (effective income) του νοικοκυριού αφού έχει αφαιρεθεί το ποσό που έχει υπολογιστεί ως δαπάνη βασικής διαβίωσης (se) (Xu, 2005). Η έννοια του τεκμαρτού εισοδήματος στοχεύει στο να συμπεριλάβει τις τάσεις των νοικοκυριών να εξομαλύνουν την κατανάλωση με την πάροδο του χρόνου, λαμβάνοντας υπόψη τις αναμενόμενες διακυμάνσεις στο εισόδημα, τα περιουσιακά στοιχεία, που έχει στην κατοχή του το νοικοκυριό, καθώς την πιθανότητα για μελλοντικά κέρδη (Xu, Klavus, Kawabata et al., 2003). Ωστόσο, ορισμένα νοικοκυριά μπορεί να έχουν χαμηλότερες δαπάνες για τρόφιμα από το ποσό που υπολογίστηκε ως δαπάνη βασικής διαβίωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις νοικοκυριών, χρησιμοποιείται η πραγματική τους δαπάνη για τρόφιμα ως η δαπάνη βασικής διαβίωσης (Xu, 2005), δηλαδή:

$$ctp = exp - se \quad \text{if } se \leq food \quad [7]$$

$$ctp = exp - food \quad \text{if } se > food \quad [8]$$

6. Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών (oopctp)

Η συγκεκριμένη μεταβλητή αντικατοπτρίζει την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών από τις άμεσες δαπάνες για την υγεία, που πραγματοποιούν, και υπολογίζεται ως εξής (Xu, 2005):

$$oopctp = \frac{oop}{ctp} \quad [9]$$

7. Καταστροφικές δαπάνες υγείας (cata)

Οι άμεσες πληρωμές υγείας ενός νοικοκυριού είναι καταστροφικές, σύμφωνα με την συγκεκριμένη μεθοδολογία, όταν είναι ίσες οι ξεπερνούν το 40% της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών. Το όριο 40% είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο στην συγκεκριμένη μέθοδο μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας (Yerramilli et al., 2018), ενώ είναι και αυτό που προτείνεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

(WHO, 2019b), αλλά στο πλαίσιο διεξαγωγής εθνικών ερευνών μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις συνθήκες που ισχύουν στην εκάστοτε χώρα (Xu, 2005):

$$cata = 1, \text{ if } \frac{oop}{ctp} \geq 0,4 \quad [10]$$

$$cata = 0, \text{ if } \frac{oop}{ctp} < 0,4 \quad [11]$$

8. Δείκτης δικαιοσύνης στην οικονομική συνεισφορά (FFC – Fairness in Financial Contribution index)

Ο συγκεκριμένος δείκτης έχει προταθεί από το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως το κατάλληλο εργαλείο για την μέτρηση της κατανομής της οικονομικής συνεισφοράς των νοικοκυριών (HFC- Household Financial Contribution) στην υγεία, η οποία συνίσταται στην αναλογία των πληρωμών για την υγεία των νοικοκυριών προς την δυνατότητα πληρωμής που έχουν (Xu, Klavus, Aguilar-Rivera et al., 2003). Εξετάζονται, δηλαδή, μέσω του δείκτη οι ανισότητες που υφίστανται στην οικονομική συνεισφορά των νοικοκυριών προς το σύστημα υγείας και αντανακλά ουσιαστικά την ύπαρξη νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας (Xu, 2005). Οι τιμές που παίρνει ο δείκτης κυμαίνονται από 0 έως 1, που σημαίνει ότι όσο πιο δίκαιο είναι εάν σύστημα υγείας τόσο πιο πολύ θα τείνει προς το 1 (Xu, 2005, Murray et al., 2003). Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης τείνει προς το μηδέν όταν τα νοικοκυριά με την χαμηλότερη συνεισφορά στο σύστημα υγείας έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα πληρωμής (capacity to pay) από τα νοικοκυριά που έχουν μεγαλύτερη συνεισφορά σε σχέση με την δυνατότητα πληρωμής τους (Murray et al., 2003). Ο τρόπος που έχει αναπτυχθεί ο δείκτης αυτός δίνει έμφαση σε τρία βασικά ζητήματα: την προστασία των νοικοκυριών από τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, την οριζόντια ισότητα, δηλαδή ίσες πληρωμές από νοικοκυριά με ίση δυνατότητα πληρωμής, και την κάθετη ισότητα, που συνεπάγεται ότι τα πλουσιότερα νοικοκυριά θα πρέπει να συνεισφέρουν περισσότερο από το συνολικό εισόδημά τους απ' ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά (Murray et al., 2003). Ωστόσο, ως μειονέκτημα του δείκτη αναφέρεται ο μη διαχωρισμός μεταξύ οριζόντιας και κάθετης ανισότητας, ενώ σε επίπεδο πολιτικής υγείας τα δύο φαινόμενα έχουν πολύ διαφορετικές επιπτώσεις (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Ο υπολογισμός του δείκτη βασίζεται στον μέσο όρο της απόλυτης διαφοράς, υψωμένης στον κύβο, μεταξύ

της μεταβλητής $oorctp$, που έχει ένα καθένα από τα νοικοκυριό και της νόρμας της μεταβλητής $oorctp$, που υπολογίζεται βάσει όλου του δείγματος (Xu, 2005):

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{i=1}^n |oorctp_i - oorctp_0|^3}{n}}, \quad \text{όπου } oorctp_0 = \frac{\sum_{i=1}^n oorp_i}{\sum_{i=1}^n ctp_i} \quad [12]$$

9. Φτωχοποίηση (*impoor – impoverishment*)

Ένα μη φτωχό νοικοκυριό θεωρείται φτωχοποιημένο από τις δαπάνες υγείας, όταν γίνεται φτωχό μετά την καταβολή πληρωμών για την υγεία από την τσέπη του. Η παρούσα μεταβλητή που δημιουργήθηκε για να αντιπροσωπεύει την φτωχοποίηση των νοικοκυριών του δείγματος, παίρνει την τιμή 1, όταν η συνολική καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού είναι ίση ή μεγαλύτερη από την δαπάνη βασικής διαβίωσης, αλλά γίνεται μικρότερη αυτής όταν αφαιρεθούν οι άμεσες πληρωμές υγείας. Παίρνει την τιμή 0, όταν η συνολική καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού είναι ίση ή μεγαλύτερη από την δαπάνη βασικής διαβίωσης και παραμένει ίση ή μεγαλύτερη αυτής αφού αφαιρεθούν οι άμεσες πληρωμές υγείας (Xu, 2005):

$$impoor = 1, \text{ if } exp \geq se \text{ and } exp - oor < se \quad [13]$$

$$impoor = 0, \text{ if } exp \geq se \text{ and } exp - oor \geq se \quad [14]$$

10. Πεντημόρια δαπάνης (*quintile*)

Τα νοικοκυριά διαχωρίστηκαν σε πεντημόρια δαπάνης κατατάσσοντάς τα σύμφωνα με τις ισοδύναμες κατά κεφαλήν συνολικές καταναλωτικές δαπάνες (**eqexp**), ως εξής (Xu, 2005):

$$eqexp = \frac{exp}{eqsize} \quad [15]$$

Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, αναλύθηκαν περιγραφικά δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών και των χαρακτηριστικών της σύνθεσης των νοικοκυριών, εξετάστηκε η συσχέτιση μεταξύ των πεντημορίων δαπάνης, στα οποία ανήκαν τα νοικοκυριά, με τις άμεσες πληρωμές για την υγεία, την ύπαρξη φτωχών και φτωχοποιημένων νοικοκυριών

και των καταστροφικών δαπανών υγείας. Διερευνήθηκε, επίσης, η συσχέτιση των άμεσων πληρωμών υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής και της ύπαρξης φτωχοποίησης. Εξετάστηκαν, παράλληλα, οι άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία και προϊόν ως προς τα πεντημόρια δαπάνης, στα οποία ανήκουν τα νοικοκυριά του δείγματος. Επιπλέον, έγινε συσχέτιση και των καταστροφικών δαπανών υγείας με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών, με τα χαρακτηριστικά σύνθεσης του νοικοκυριού, την περιφέρεια διαμονής των νοικοκυριών, τον βαθμό πυκνότητας πληθυσμού της περιοχής διαμονής και με τα πεντημόρια δαπάνης.

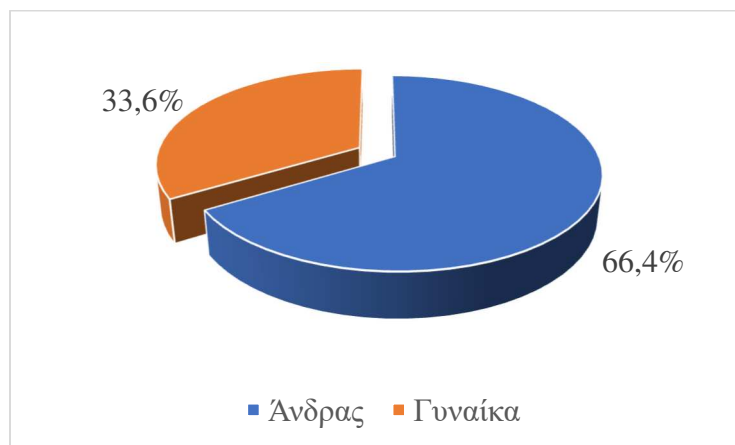
Αναφορικά με την στατιστική ανάλυση, που διενεργήθηκε, για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation - SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων, που σχετίζονται με την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (odds ratio) με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

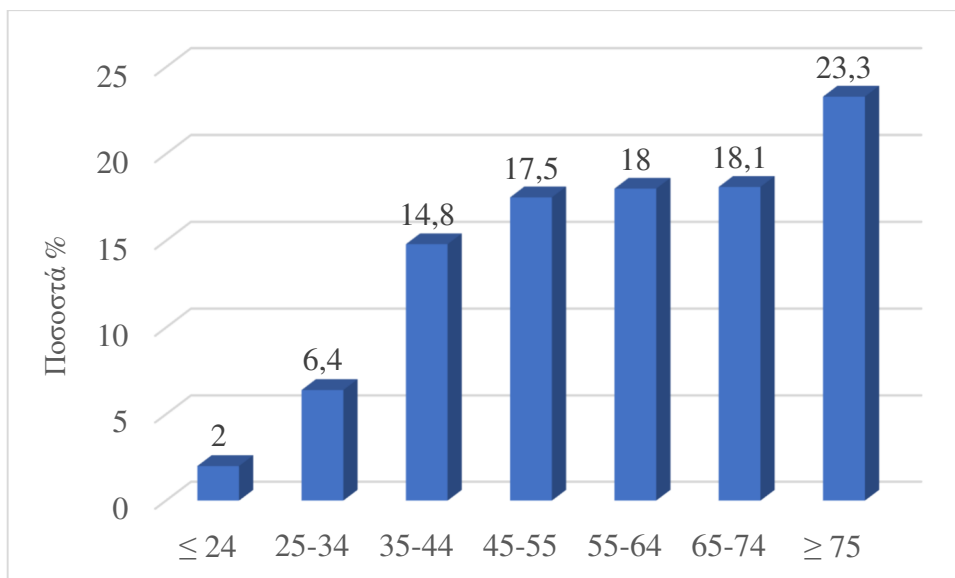
Το δείγμα της ΕΟΠ 2017 αποτελείται από 6.176 νοικοκυριά από όλη την Ελλάδα. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένα δημογραφικά στοιχεία του προσώπου αναφοράς και των νοικοκυριών αυτών. Ως πρόσωπο αναφοράς του νοικοκυριού θεωρείται ο υπεύθυνος του νοικοκυριού, εφόσον εργάζεται ήδη ή αναζητεί εργασία. Εάν δεν συμβαίνει τίποτα από αυτά τα δύο, για να θεωρηθεί πρόσωπο αναφοράς θα πρέπει να μην υπάρχει άλλο οικονομικά ενεργό μέλος εντός του νοικοκυριού (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Υπεύθυνος του νοικοκυριού είναι εκείνο το μέλος που αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος από τα λοιπά μέλη και φέρει την ευθύνη για την λήψη αποφάσεων. Σε οικογένειες που αποτελούνται από γονείς και παιδιά, είναι, συνήθως, ο πατέρας (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α). Σε οικογένειες που αποτελούνται από συγγενικά ή μη πρόσωπα, εφόσον υπάρχουν ενεργά οικονομικά μέλη, είναι το μεγαλύτερο σε ηλικία εργαζόμενο μέλος, ενώ ένα δεν υπάρχουν οικονομικά ενεργά μέλη, είναι το μέλος που είναι μεγαλύτερο σε ηλικία (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α).

Εάν ο υπεύθυνος του νοικοκυριού δεν είναι οικονομικά ενεργός, αλλά ο/η σύζυγος/σύντροφος, εργάζεται ή αναζητεί εργασία, τότε θεωρείται εκείνος/εκείνη το πρόσωπο αναφοράς του νοικοκυριού. Εφόσον, ούτε ο/η σύζυγος/σύντροφος του υπευθύνου του νοικοκυριού ανήκει στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό, το πρόσωπο αναφοράς του νοικοκυριού θεωρείται το μεγαλύτερο σε ηλικία ενήλικο μέλος του νοικοκυριού που εργάζεται (ΕΛΣΤΑΤ, 2017α).



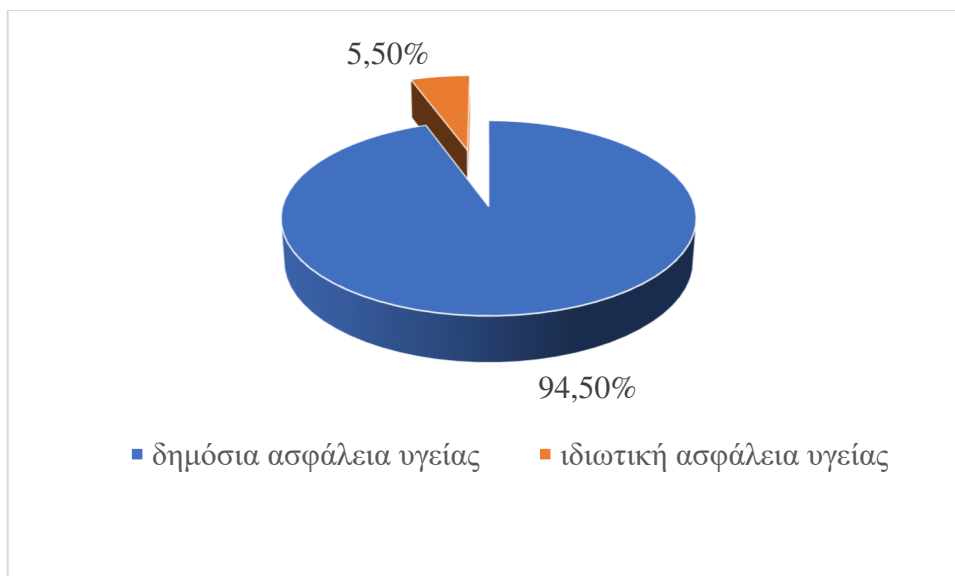
Διάγραμμα 6.1

Φύλο του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017



Διάγραμμα 6.2

Ηλικία του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017



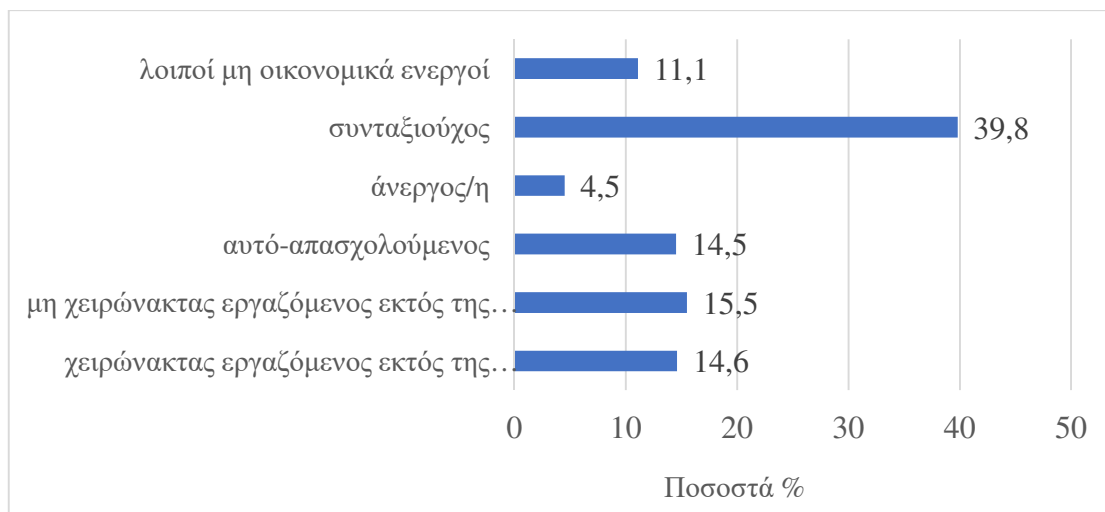
Διάγραμμα 6.3

Ύπαρξη ασφάλισης υγείας, ΕΟΠ 2017

Πίνακας 6.3

Ετήσιο κόστος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ΕΟΠ 2017

Μέση τιμή	SD	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος
1.274,55€	1.101,44€	999,96€	(500,04€-1.700,04€)



Διάγραμμα 6.4

Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση προσώπου αναφοράς, ΕΟΠ 2017

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω Διαγράμματα 6.1 έως 6.3, αλλά και από τους Πίνακες 6.3 και 6.4, το 66,4% των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών ήταν άντρες και το 33,6% γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των προσώπων αναφοράς ήταν 75 ετών και άνω (23,3%), ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 65-74 ετών (18,1%), 55-64 ετών (18%) και 45-54 ετών (17,5%). Το 94,5% είχαν δημόσια ασφάλιση υγείας, ενώ το 5,5% είχε επιπλέον και ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με το μέσο ετήσιο ποσό δαπάνης γι' αυτήν να ανέρχεται σε 1.274,55€ (SD=1.101,44€). Ως προς την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των προσώπων αναφοράς, το 39,8% ήταν συνταξιούχοι.

Πίνακας 6.4

Συγκεντρωτικός πίνακας βασικών δημογραφικών στοιχείων των προσώπων αναφοράς και των νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017

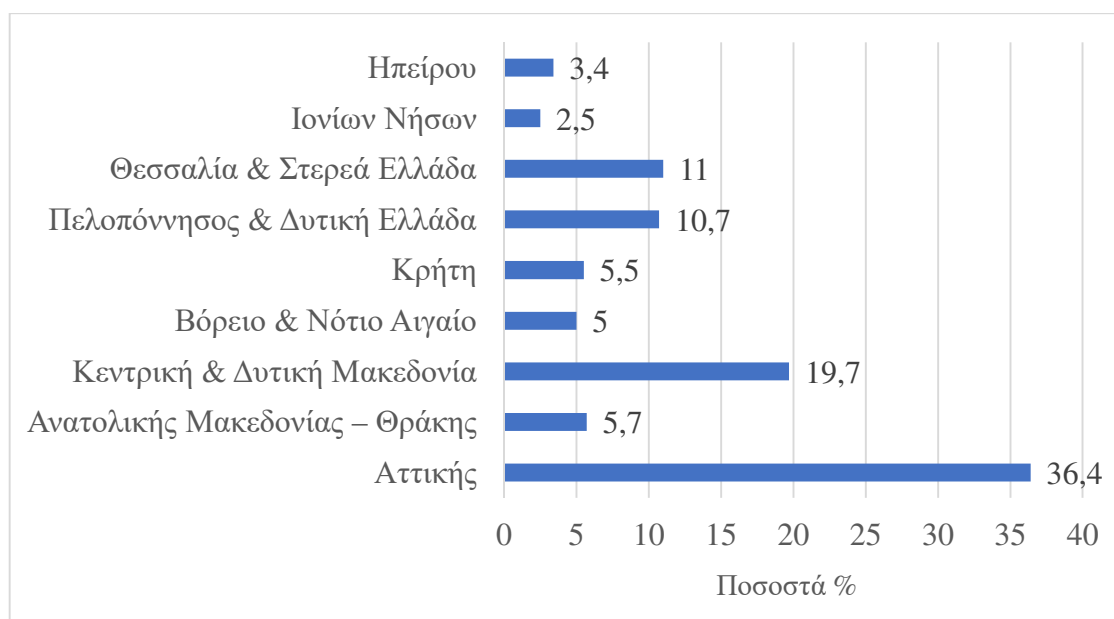
		N	%
Φύλο	Ανδρας	4.098	66,4
	Γυναίκα	2.078	33,6
Ηλικία	Έως 24 ετών	121	2,0
	25-34	394	6,4
	35-44	914	14,8
	45-54	1.080	17,5
	55-64	1.113	18,0
	65-74	1.118	18,1
	75 ετών και άνω	1.436	23,3
Ασφάλιση υγείας	Δημόσια	5.835	94,5
	Ιδιωτική	341	5,5
Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση	Χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	899	14,6
	Μη χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	960	15,5
	Αυτοαπασχολούμενος	898	14,5
	Άνεργοι	276	4,5
	Συνταξιούχος	2.458	39,8
	Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί	685	11,1

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.5 και στο Διάγραμμα 6.5, η πλειονότητα των νοικοκυριών του δείγματος της ΕΟΠ 2017 διαμένουν στην Αττική, με το ποσοστό να φτάνει το 36,4%. Επίσης, το 38,5% των νοικοκυριών διαμένει σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, το 32,0% σε περιοχές μέσης πυκνότητας και το 29,5% σε αραιοκατοικημένες περιοχές.

Πίνακας 6.5

Πληροφορίες για τον τόπο διαμονής των νοικοκυρών (περιφέρεια & βαθμός πυκνότητας πληθυσμού), ΕΟΠ, 2017

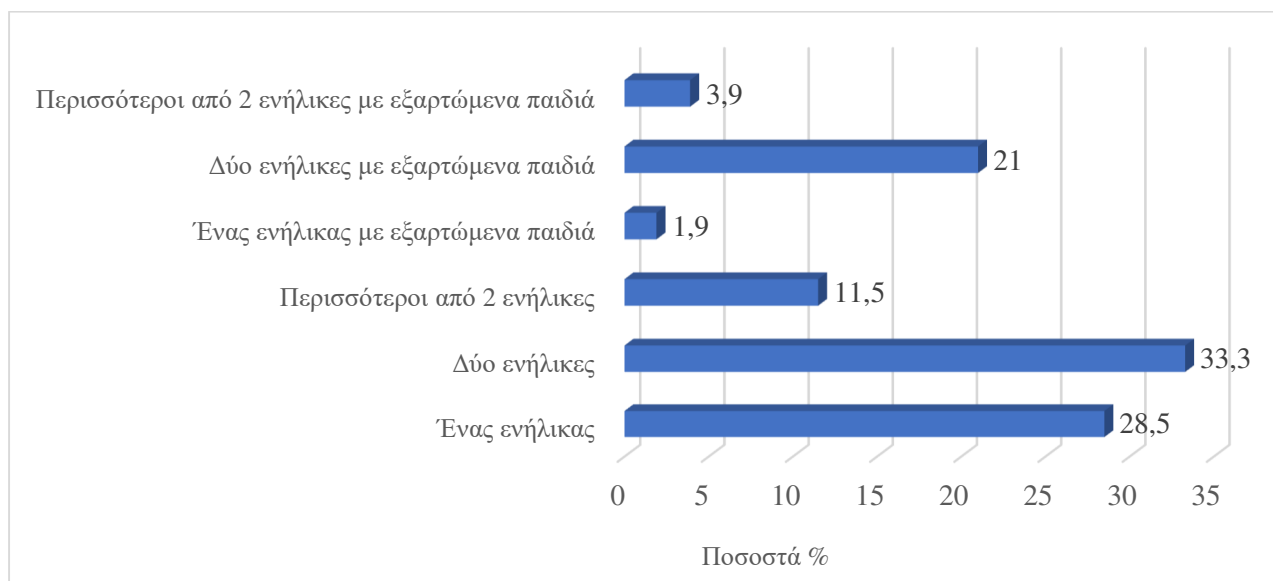
		N	%
Περιφέρεια	Αττικής	2.249	36,4
	Ανατολικής Μακεδονίας – Θράκης	354	5,7
	Κεντρική & Δυτική Μακεδονία	1.217	19,7
	Βόρειο & Νότιο Αιγαίο	309	5,0
	Κρήτη	339	5,5
	Πελοπόννησος & Δυτική Ελλάδα	662	10,7
	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	677	11,0
	Ιονίων Νήσων	157	2,5
	Ηπείρου	212	3,4
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού περιοχής	Πυκνοκατοικημένες περιοχές	2.375	38,5
	Μέσης πυκνότητας περιοχές	1.979	32,0
	Αραιοκατοικημένες περιοχές	1.822	29,5

**Διάγραμμα 6.5**

Οι περιφέρειες στις οποίες διαμένουν τα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 6.6 και τους Πίνακες 6.6 και 6.7, 1 στα 3 νοικοκυριά αποτελείται από 2 ενήλικες (33.3%). Το 28,5% των νοικοκυριών αποτελούνταν από έναν ενήλικα και το 21% από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά. Οι υπόλοιποι τύποι νοικοκυριών είχαν αρκετά μικρότερα ποσοστά. Στο 86,9% των νοικοκυριών υπήρχε

τουλάχιστον ένα μη οικονομικά ενεργό άτομο και στο 52,4% τουλάχιστον ένα άτομο άνω των 65 ετών.



Διάγραμμα 6.6
Σύνθεση νοικοκυριών, ΕΟΠ 2017

Πίνακας 6.6
Ύπαρξη μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων κάτω των 15 ετών & άνω των 65 ετών στα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 (N, %)

		N	%
Αριθμός μη οικονομικά ενεργών ατόμων	0	810	13,1
	≥1	5366	86,9
Αριθμός ατόμων ηλικίας μέχρι 4 ετών	0	5806	94,0
	≥1	370	6,0
Αριθμός ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών	0	5285	85,6
	≥1	891	14,4
Αριθμός ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών	0	5926	96,0
	≥1	250	4,0
Αριθμός ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών	0	2938	47,6
	≥1	3238	52,4

Πίνακας 6.7

Ύπαρξη μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων κάτω των 15 ετών & άνω των 65 ετών στα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017 (μέση τιμή, διάμεσος)

	μέση τιμή (SD)	διάμεσος (ενδ. εύρος)
Αριθμός μη οικονομικά ενεργών ατόμων	1,35 (0,81)	1 (1 – 2)
Αριθμός ατόμων ηλικίας μέχρι 4 ετών	0,07 (0,28)	0 (0 – 0)
Αριθμός ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών	0,2 (0,54)	0 (0 – 0)
Αριθμός ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών	0,04 (0,22)	0 (0 – 0)
Αριθμός ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών	0,7 (0,76)	1 (0 – 1)

Το όριο φτώχειας των νοικοκυριών που συμμετείχαν στη μελέτη (μεταβλητή pl) υπολογίστηκε στα **3.615€**.

Στους Πίνακες 6.8 και 6.9, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία και ο υπολογισμός όλων των βασικών μεταβλητών της μεθοδολογίας, που ακολουθείται στην παρούσα εργασία για την μέτρηση των καταστροφικών δαπανών υγείας, και οι οποίες παρουσιάστηκαν αναλυτικά στην υπό-ενότητα 6.3.

Πίνακας 6.8

Περιγραφικά στοιχεία βασικών μεταβλητών της μεθόδου μέτρησης καταστροφικών δαπανών υγείας

	Μέση τιμή	SD	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος
Άμεσες πληρωμές υγείας (oop)	1.215,9	2.025,5	627,9	208,7 – 1.352,1
Συνολική καταναλωτική δαπάνη (exp)	19.365,4	13.637,9	15.857,6	10.957 – 23.338,7
Δαπάνες νοικοκυριού για τρόφιμα (food)	3.632,8	2.030,6	3.291,1	2.186,9 – 4.697
Δαπάνες βασικής διαβίωσης (se)	5.825,4	1.916,1	5.422,5	3.615 – 7.230
Δυνατότητα πληρωμής του νοικοκυριού (ctr)	15.848,3	12.593	12.443,8	8.310,1 – 18.936,5
Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής του νοικοκυριού (oopctr)	0,08	0,08	0,05	0,02 – 0,11

Πίνακας 6.9
Περιγραφικά στοιχεία βασικών μεταβλητών της μεθόδου μέτρησης
καταστροφικών δαπανών υγείας

		N	%
Φτωχές οικογένειες (poor)	Όχι	6.125	99,2
	Ναι	51	0,8
Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής του νοικοκυριού (oorctr)	0-10%	4.504	72,9
	11-20%	1.142	18,5
	21-40%	482	7,8
	>40%	48	0,8
Πεντημόρια δαπάνης (eqexr)	1ο (<7.291,16)	1.235	20,0
	2ο (7.291,16 – 9.297,33)	1.235	20,0
	3ο (9.297,33 – 11.574,31)	1.236	20,0
	4ο (11.574,31 – 15.192,25)	1.235	20,0
	5ο (> 15.192,25)	1.235	20,0

Όπως φαίνεται στους Πίνακες 6.8 και 6.9, το διάμεσο ετήσιο ποσό των άμεσων πληρωμών για την υγεία από τα νοικοκυριά ήταν 627,9€ (ενδ. εύρος: 208,7€ – 1.352,1€). Η μέση ετήσια συνολική δαπάνη των νοικοκυριών ήταν 19.365,4€ (SD=13.637,9€) και η μέση ετήσια δαπάνη των νοικοκυριών για τρόφιμα ήταν 3.632,8€ (SD=2.030,6€). Η μέση ετήσια δαπάνη βασικής διαβίωσης νοικοκυριών ήταν 5.825,4 € (SD=1.916,1€) και η μέση ετήσια δυνατότητα πληρωμής του νοικοκυριού ήταν 15.848,3€ (SD=12.593€). Το μέσο ποσοστό των ετήσιων άμεσων πληρωμών υγείας ως προς την δυνατότητα πληρωμής των νοικοκυριών ανήλθε στο 8%.

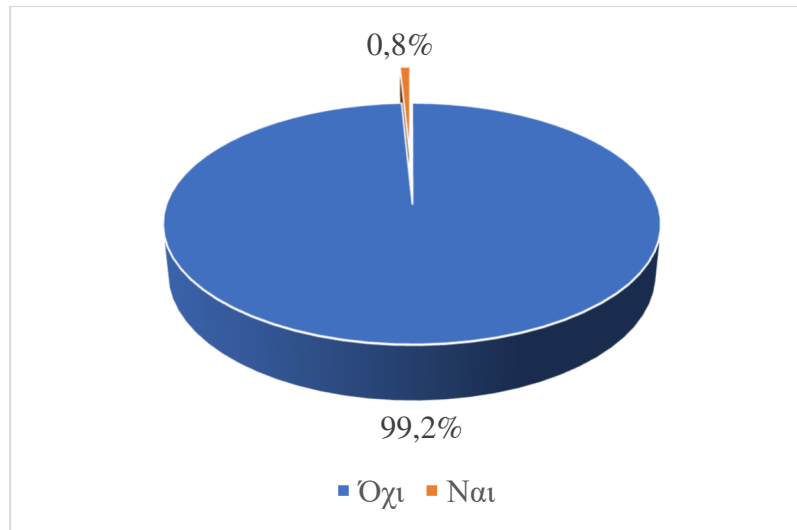
Το 0,8% των νοικοκυριών υπέστη καταστροφικές δαπάνες υγείας στο όριο του 40%, δηλαδή οι άμεσες πληρωμών υγείας που κατέβαλλαν το 2017 ξεπερνούν το 40% της δυνατότητάς του για πληρωμή (capacity to pay). Όταν το όριο αυτό τίθεται στο >10%, το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανέρχεται στο 27,1%, ενώ στο όριο >21% το ποσοστό αυτό είναι 8,6% (Πίνακας 6.8).

Το 0,8% των νοικοκυριών, που συμμετείχαν ήταν ήδη φτωχά πριν την καταβολή των άμεσων πληρωμών υγείας, ενώ το 0,3% των νοικοκυριών φτωχοποιήθηκαν μετά την καταβολή των άμεσων πληρωμών για την υγεία (Πίνακες 6.9 & 6.10, Διαγράμματα 6.7 & 6.8).

Πίνακας 6.10

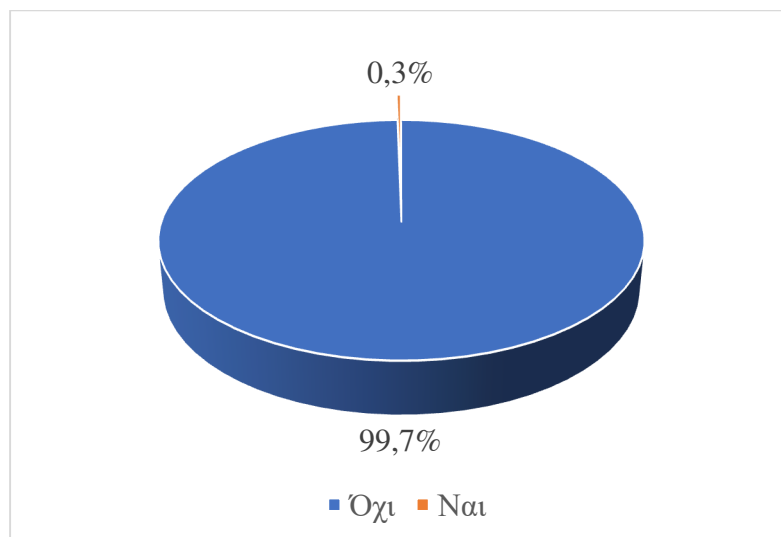
Υπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας και φτωχοποίησης στα νοικοκυριά, ΕΟΠ
2017

		N	%
Καταστροφικές δαπάνες υγείας (cata)	Όχι	6.128	99,2
	Ναι	48	0,8
Φτωχοποίηση νοικοκυριών (improor)	Όχι	6.108	99,7
	Ναι	17	0,3



Διάγραμμα 6.7

Υπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας τα νοικοκυριά, ΕΟΠ 2017



Διάγραμμα 6.8

Υπαρξη φτωχοποίησης στα νοικοκυριά μετά την καταβολή άμεσων πληρωμών για
υγεία, ΕΟΠ 2017

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.11, το σύστημα υγείας της Ελλάδας, βάσει των στοιχείων της ΕΟΠ 2017, έχει την τιμή 0,94 στον Δείκτη Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (FFC).

Πίνακας 6.11

Δείκτης Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (FFC)

	Μέση τιμή	SD	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος
Δείκτης Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (FFC)	0,94	0,06	0,95	0,92 – 0,97

Πραγματοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Pearson's χ^2 για να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ του πεντημορίου δαπάνης, στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά, και της ύπαρξης φτωχών και φτωχοποιημένων νοικοκυριών, της ύπαρξης καταστροφικών δαπανών υγείας, καθώς και των άμεσων πληρωμών υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών για τις εξής κατηγορίες ποσοστών: 0-10%, 11-20%, 21-40% και > 40% (Πίνακας 6.12). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$).

Πίνακας 6.12

Συσχέτιση των πεντημορίων δαπάνης που ανήκουν τα νοικοκυριά με παράγοντες του μοντέλου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας

		Πεντημόρια δαπάνης										P
		1ο		2ο		3ο		4ο		5ο		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φτωχά νοικοκυριά (poor)	Όχι	1184	95,9	1235	100,0	1236	100,0	1235	100,0	1235	100,0	<0,001+
	Ναι	51	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών (oorctr)	0-10%	882	71,4	885	71,7	901	72,9	919	74,4	917	74,3	<0,001+
	11-20%	247	20,0	262	21,2	236	19,1	202	16,4	195	15,8	
	21-40%	105	8,5	82	6,6	94	7,6	98	7,9	103	8,3	
	>40%	1	0,1	6	0,5	5	0,4	16	1,3	20	1,6	
Φτωχοποίηση (impoor)	Όχι	1167	98,6	1235	100,0	1236	100,0	1235	100,0	1235	100,0	<0,001+
	Ναι	17	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Καταστροφικές δαπάνες υγείας (cata)	Όχι	1234	99,9	1229	99,5	1231	99,6	1219	98,7	1215	98,4	<0,001+
	Ναι	1	0,1	6	0,5	5	0,4	16	1,3	20	1,6	

+Pearson's χ^2 test

Πραγματοποιήθηκε, επίσης, το στατιστικό τεστ Kruskal-Wallis για να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ του πεντημορίου δαπάνης, στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά, και των άμεσων πληρωμών υγείας, καθώς και των άμεσων πληρωμών υγείας ως ποσοστό της δυνατότητάς τους για πληρωμή (Πίνακας 6.13). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$).

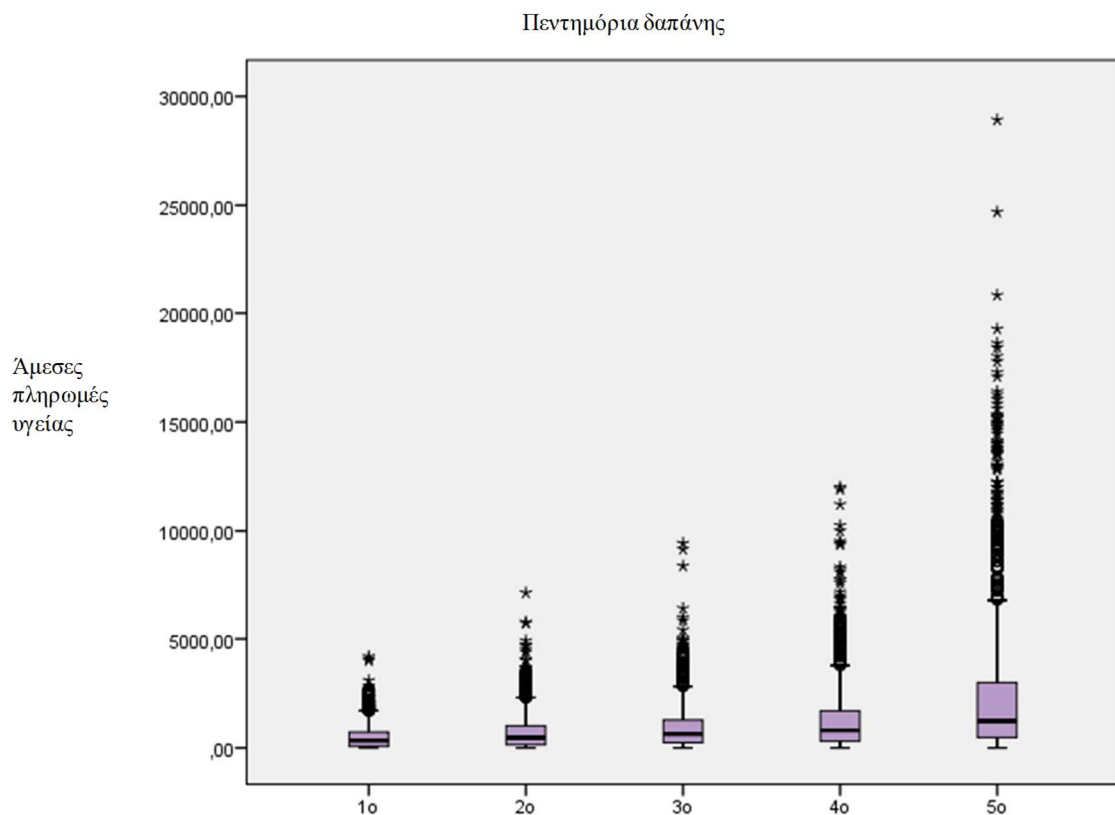
Πίνακας 6.13

Συσχέτιση των πεντημορίων δαπάνης που ανήκουν τα νοικοκυριά με παράγοντες του μοντέλου μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας

	Πεντημόρια δαπάνης																				P
	1ο				2ο				3ο				4ο				5ο				
	μέση τιμή	SD	διάρθρωση	εγδ. εύρος	μέση τιμή	SD	διάρθρωση	εγδ. εύρος	μέση τιμή	SD	διάρθρωση	εγδ. εύρος	μέση τιμή	SD	διάρθρωση	εγδ. εύρος	μέση τιμή	SD	διάρθρωση	εγδ. εύρος	
Άμεσες πληρωμές υγείας (oorp)	497,3	558,3	333,8	65,2 – 725	714,1	807,7	466,9	140 – 1.012,9	944,1	1.066,5	642,1	240 – 1.276,4	1.295,8	1.565,5	800	307,3 – 1.702,3	2.628,3	3.623,6	1.231,2	477,4 – 3000	<0,001‡
Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών (oorcpr)	0,07	0,08	0,05	0,01 – 0,11	0,07	0,08	0,05	0,01 – 0,11	0,07	0,08	0,05	0,02 – 0,11	0,08	0,09	0,05	0,02 – 0,1	0,08	0,09	0,05	0,02 – 0,1	0,355‡

‡Kruskal-Wallis test

Σε όσο πιο υψηλό (πλουσιότερο) πεντημόριο δαπάνης κατατάσσονταν τα νοικοκυριά τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσό των άμεσων πληρωμών υγείας που πραγματοποιούσαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0.001$) (Πίνακας 6.13, Διάγραμμα 6.9). Όπως αναμενόταν, το ποσοστό των ήδη φτωχών νοικοκυριών ήταν σημαντικά υψηλότερο στο 1^ο πεντημόριο δαπάνης, όπως και το ποσοστό φτωχοποίησης ($p < 0.001$). Το ποσοστό των νοικοκυριών που είχε άμεσες πληρωμές ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής άνω του 40%, καθώς και το ποσοστό αυτών με καταστροφικές δαπάνες υγείας αυξάνεται όσο υψηλότερο είναι και το πεντημόριο δαπάνης στο οποίο ανήκουν ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 6.9

Άμεσες πληρωμές υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης των νοικοκυριών

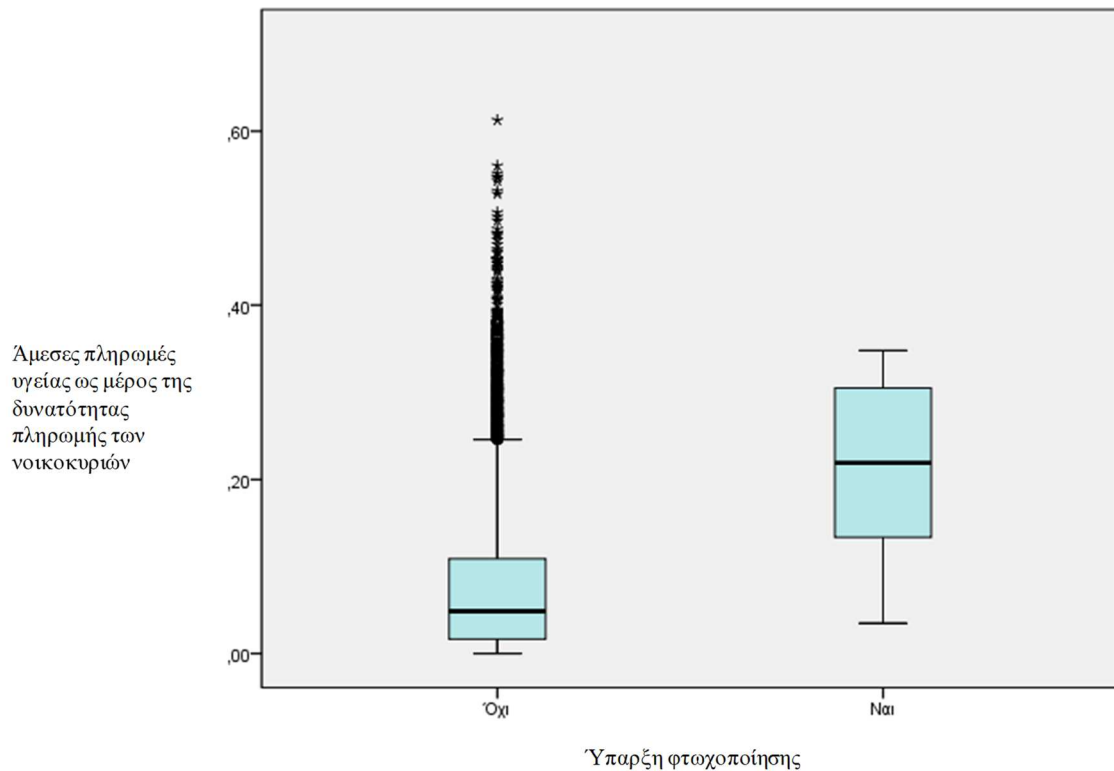
Εξετάστηκε, επίσης, η συσχέτιση μεταξύ των άμεσων πληρωμών ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών και της ύπαρξης φτωχοποίησης, με τη διενέργεια του τεστ Mann-Whitney. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$). Το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας ως

μέρος της δυνατότητας πληρωμής ήταν υψηλότερο στα φτωχοποιημένα νοικοκυριά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό (Πίνακας 6.14 & Διάγραμμα 6.10), καθώς το μέσο ποσοστό των ετήσιων άμεσων πληρωμών υγείας στα φτωχοποιημένα νοικοκυριά ανέρχεται στο 22% της δυνατότητάς τους για πληρωμές υγείας, ενώ για τα μη φτωχοποιημένα νοικοκυριά το αντίστοιχο ποσοστό είναι 8%.

Πίνακας 6.14

Οι άμεσες πληρωμές ως μέρος της δυνατότητας πληρωμής για υγεία από τα νοικοκυριά σε σχέση με την ύπαρξη φτωχοποίησης

	Φτωχοποίηση				P
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών	0,08 (0,08)	0,05 (0,02 – 0,11)	0,22 (0,11)	0,22 (0,13 – 0,3)	<0,001



6.10 Διάγραμμα

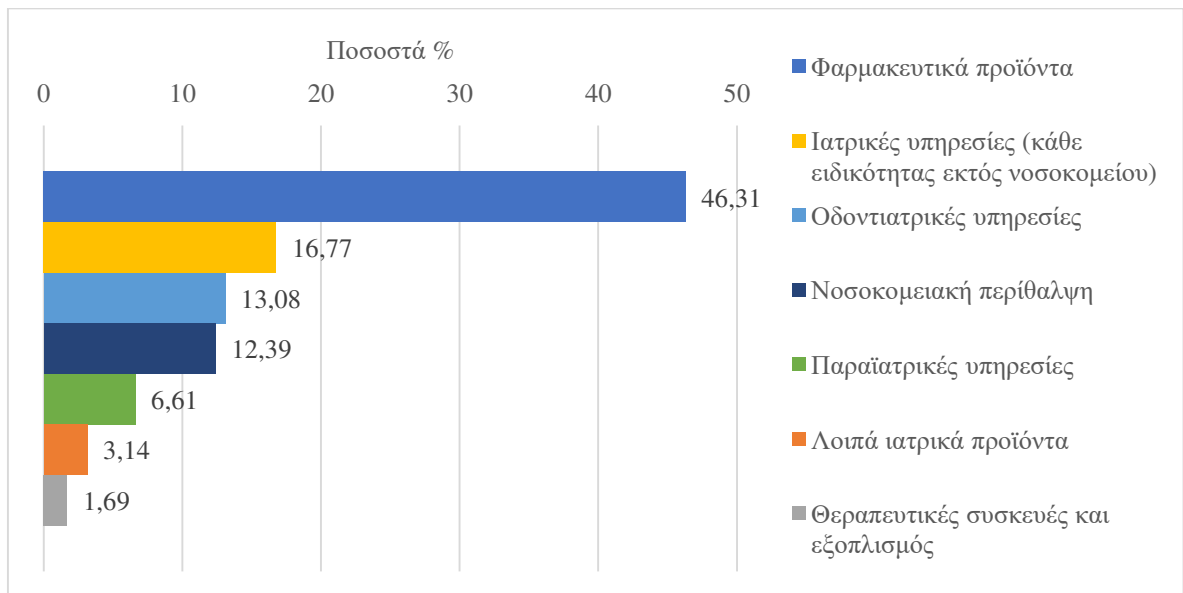
Οι άμεσες πληρωμές ως μέρος της δυνατότητας πληρωμής για υγεία από τα νοικοκυριά σε σχέση με την ύπαρξη φτωχοποίησης

Αναφορικά με την κατανομή των άμεσων πληρωμών υγείας, ως ποσοστό των συνολικών άμεσων δαπανών υγείας, στις επιμέρους ομάδες προϊόντων και υπηρεσιών, το μεγαλύτερο ποσοστό που δαπανούν από την τσέπη τους τα νοικοκυριά είναι για φαρμακευτικά προϊόντα και ακολουθούν οι ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου), οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και η νοσοκομειακή περίθαλψη (Πίνακας 6.15 & Διάγραμμα 6.11).

Πίνακας 6.15

Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών

	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Φαρμακευτικά προϊόντα	46,31 (36,73)	47,78 (0 – 79,65)
Λοιπά ιατρικά προϊόντα	3,14 (12,6)	0 (0 – 0)
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	1,69 (8,57)	0 (0 – 0)
Ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου)	16,77 (23,67)	8,74 (0 – 22,33)
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	13,08 (26,07)	0 (0 – 12,73)
Παραϊατρικές υπηρεσίες	6,61 (15,61)	0 (0 – 5,8)
Νοσοκομειακή περίθαλψη	12,39 (24,64)	0 (0 – 12,21)



Διάγραμμα 6.11

Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία ή προϊόν ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών

Στον Πίνακα 6.16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με το τεστ Kruskal-Wallis για τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των άμεσων πληρωμών υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία, ως ποσοστό του συνόλου των άμεσων πληρωμών, στα πεντημόρια δαπάνης, για τα νοικοκυριά που έχουν καταστροφικές δαπάνες υγείας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$). Από την συγκεκριμένη ανάλυση δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικά ευρήματα.

Πίνακας 6.16

Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία (ως % των συνολικών άμεσων πληρωμών) και πεντημόριο δαπάνης στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας

	Πεντημόρια δαπάνης										P Kruskal- Wallis test
	1ο (N=1)		2ο (N=6)		3ο (N=5)		4ο (N=16)		5ο (N=20)		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φαρμακευτικά προϊόντα	91,25 ()	91,25 (91,25 – 91,25)	62,5 (27,37)	61,85 (35,59 – 92,37)	41,7 (34,55)	22,32 (14,57 – 70,31)	34,98 (33,53)	24 (8,58 – 64,38)	26,16 (32,75)	11,7 (3,23 – 40,89)	0,077
Λοιπά ιατρικά προϊόντα	0 ()	0 (0 – 0)	1,9 (4,66)	0 (0 – 0)	0 (0)	0 (0 – 0)	0,63 (1,22)	0 (0 – 0,61)	0,41 (1,33)	0 (0 – 0)	0,650
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0 ()	0 (0 – 0)	0 (0)	0 (0 – 0)	0 (0)	0 (0 – 0)	0,41 (0,86)	0 (0 – 0,35)	0,89 (3,28)	0 (0 – 0)	0,506
Ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου)	0 ()	0 (0 – 0)	5,62 (2,24)	5,53 (5,07 – 7,63)	10,45 (12,53)	7,19 (2,25 – 8,54)	3,72 (3,99)	2,09 (0 – 6,28)	6,89 (12,55)	1,71 (0 – 8,75)	0,229
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	0 ()	0 (0 – 0)	9,1 (22,28)	0 (0 – 0)	25,11 (33,29)	3,35 (0 – 53,74)	17,19 (31,83)	0 (0 – 26,85)	30,64 (38,29)	5,33 (0 – 71,75)	0,420
Παραϊατρικές υπηρεσίες	0 ()	0 (0 – 0)	5,85 (13,1)	0,6 (0 – 1,35)	1,31 (1,1)	1,31 (0,49 – 2,05)	2,85 (4,07)	0,84 (0 – 4,96)	3,59 (10,01)	0 (0 – 2,31)	0,678
Νοσοκομειακή περίθαλψη	8,75 ()	8,75 (8,75 – 8,75)	15,03 (26,61)	4,22 (0 – 13,3)	21,44 (32,25)	4,68 (0 – 26,95)	40,21 (40,44)	15,17 (4,05 – 82,46)	31,42 (39,29)	5,44 (1,28 – 59,46)	0,590

Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας, έγινε συσχέτιση των καταστροφικών δαπανών υγείας με τα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του προσώπου αναφοράς και του νοικοκυριού (Πίνακας 6.17), χρησιμοποιώντας τα τεστ Pearson's χ^2 , Fisher's exact test και Mann-Whitney. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$).

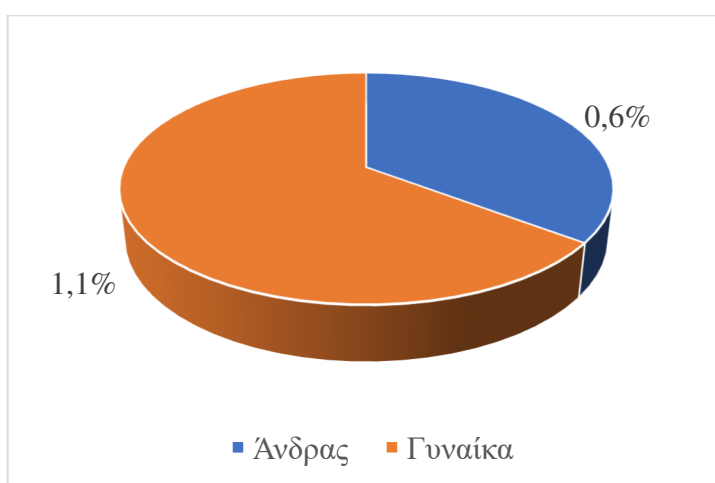
Πίνακας 6.17

Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών

		Καταστροφικές δαπάνες υγείας				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο προσώπου αναφοράς	Άνδρας	4073	99,4	25	0,6	0,036*
	Γυναίκα	2055	98,9	23	1,1	
Ηλικία προσώπου αναφοράς	Έως 24 ετών	121	100,0	0	0,0	<0,001*
	25-34	394	100,0	0	0,0	
	35-44	914	100,0	0	0,0	
	45-54	1074	99,4	6	0,6	
	55-64	1109	99,6	4	0,4	
	65-74	1104	98,7	14	1,3	
	75 και άνω	1412	98,3	24	1,7	
Ασφάλεια υγείας	Δημόσια	5792	99,3	43	0,7	0,188+
	Δημόσια & Ιδιωτική	336	98,5	5	1,5	
Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς	Χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	895	99,6	4	0,4	0,004*
	Μη χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	958	99,8	2	0,2	
	Αυτοαπασχολούμενος	895	99,7	3	0,3	
	Άνεργοι	275	99,6	1	0,4	
	Συνταξιούχος	2426	98,7	32	1,3	
	Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί	679	99,1	6	0,9	
Κόστος ιδιωτικής ασφάλειας, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)	Όχι		Ναι		P	
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)		
	1.279,1 (1108,3)	1.000 (500 — 1700)	972 (349,2)	1.000 (960 — 1200)		

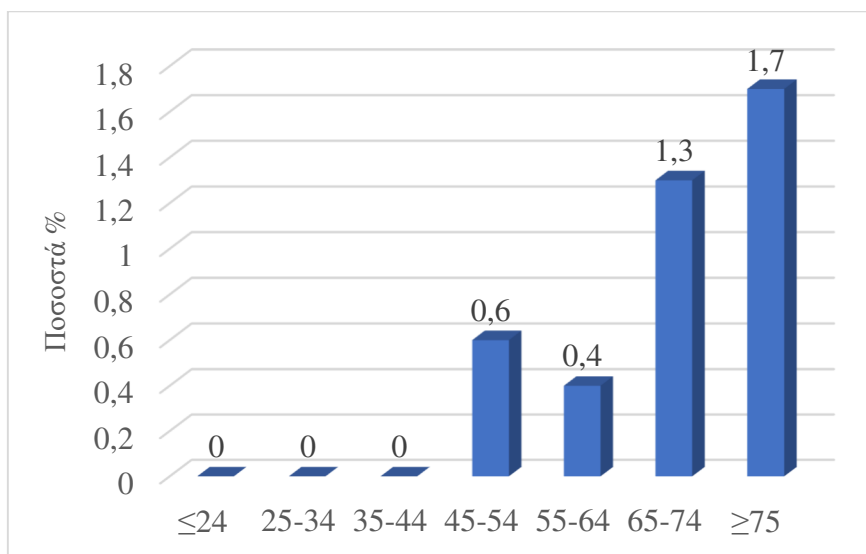
*Pearson's χ^2 test †Fisher's exact test ‡Mann-Whitney test

Το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας διέφερε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών που συμμετείχαν στην ΕΟΠ 2017. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερο στα νοικοκυριά, που είχαν ως πρόσωπο αναφοράς γυναίκα, ενώ αυξάνονταν όσο αυξανόταν και η ηλικία του προσώπου αναφοράς. Επίσης, το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν υψηλότερο στα πρόσωπα αναφοράς των νοικοκυριών που ήταν συνταξιούχοι και χαμηλότερο σε εκείνα που ήταν μη χειρώνακτες εργαζόμενοι εκτός της γεωργίας (Πίνακας 6.17 & Διαγράμματα 6.12 & 6.13).



Διάγραμμα 6.12

Φύλο του προσώπου αναφοράς στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας



Διάγραμμα 6.13

Ηλικία του προσώπου αναφοράς στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας

Η ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας συσχετίστηκε, επίσης, με χαρακτηριστικά της σύνθεσης του νοικοκυριού, χρησιμοποιώντας τα τεστ Pearson's χ^2 , Fisher's exact test και Mann-Whitney. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$) (Πίνακας 6.18).

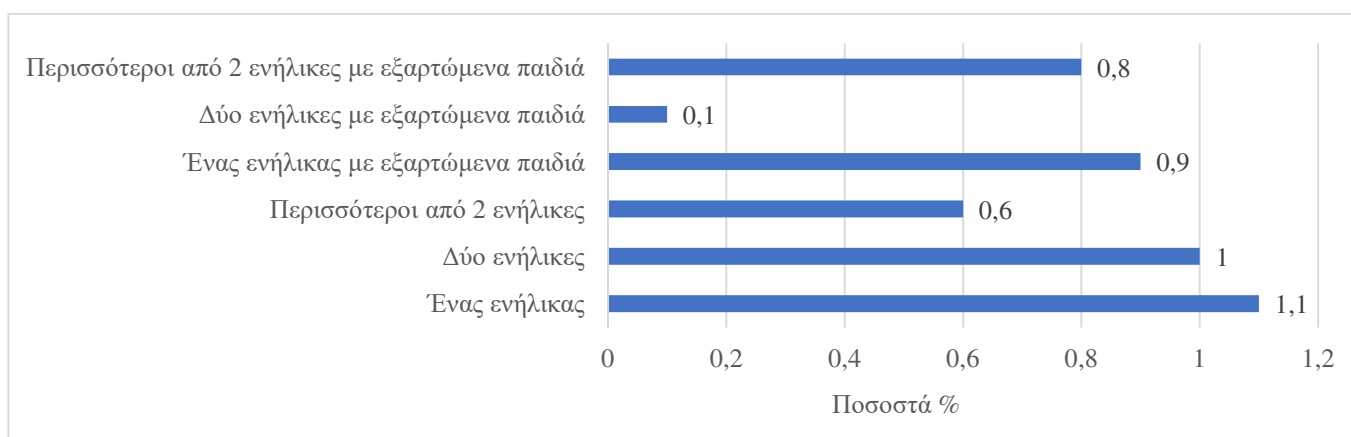
Πίνακας 6.18

Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με χαρακτηριστικά της σύνθεσης των νοικοκυριών

		Καταστροφικές δαπάνες υγείας				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Τύπος νοικοκυριού	Ένας ενήλικας	1.740	98,9	19	1,1	0,030+
	Δύο ενήλικες	2.035	99	21	1,0	
	Περισσότεροι από 2 ενήλικες	708	99,4	4	0,6	
	Ένας ενήλικας με εξαρτώμενα παιδιά	115	99,1	1	0,9	
	Δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά	1.293	99,9	1	0,1	
	Περισσότεροι από 2 ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά	237	99,2	2	0,8	
Αριθμός μη οικονομικά ενεργών ατόμων, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,35 (0,81)	1 (1 – 2)	1,23 (0,78)	1 (1 – 2)	0,014‡
Αριθμός μη οικονομικά ενεργών ατόμων	0	803	99,1	7	0,9	0,762+
	≥1	5.325	99,2	41	0,8	
Αριθμός ατόμων ηλικίας μέχρι 4 ετών, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,07 (0,29)	0 (0 – 0)	0 (0)	0 (0 – 0)	0,153‡
Αριθμός ατόμων ηλικίας μέχρι 4 ετών	0	5.758	99,2	48	0,8	0,116++
	≥1	370	100,0	0	0,0	
Αριθμός ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,2 (0,54)	0 (0 – 0)	0,02 (0,14)	0 (0 – 0)	<0,001‡
Αριθμός ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών	0	5.238	99,1	47	0,9	0,015+
	≥1	890	99,9	1	0,1	
Αριθμός ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,04 (0,22)	0 (0 – 0)	0 (0)	0 (0 – 0)	<0,001‡
Αριθμός ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών	0	5.878	99,2	48	0,8	0,265++
	≥1	250	100,0	0	0,0	
Αριθμός ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, μέση τιμή (SD), διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,7 (0,76)	1 (0 – 1)	1,15 (0,65)	1 (1 – 2)	<0,001‡
Αριθμός ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών	0	2.931	99,8	7	0,2	<0,001+
	≥1	3.197	98,7	41	1,3	

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test ‡Mann-Whitney test

Το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της σύνθεσης των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, οι καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν υψηλότερες, όταν το νοικοκυριό αποτελούταν από έναν ή δύο ενήλικες και χαμηλότερες όταν αποτελούταν από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα τέκνα. Επίσης, τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας είχαν σημαντικά χαμηλότερο αριθμό μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών και ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών. Αντίθετα, τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερο αριθμό ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών. Ακόμα, το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν σημαντικά χαμηλότερο, όταν υπήρχε τουλάχιστον ένα άτομο ηλικίας 5-13 ετών και σημαντικά υψηλότερο όταν υπήρχε τουλάχιστον ένα άτομο άνω των 65 ετών (Πίνακας 6.18 & Διάγραμμα 6.14).



Διάγραμμα 6.14

Σύνθεση νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας

Εξετάστηκε, επίσης, η συσχέτιση των καταστροφικών δαπανών υγείας με την περιφέρεια που διαμένουν τα νοικοκυριά και τον βαθμό της πυκνότητας πληθυσμού της περιοχής που μένουν. Για την πρώτη περίπτωση χρησιμοποιήθηκε το Fisher's exact test και για την δεύτερη το Pearson's χ^2 test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$). Τα ποσοστά των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας δεν βρέθηκε να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε συνάρτηση με τις παραπάνω μεταβλητές (Πίνακας 6.19).

Πίνακας 6.19

Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με την περιφέρεια διαμονής των νοικοκυριών και τον βαθμό πυκνότητας πληθυσμού της περιοχής

		Καταστροφικές δαπάνες υγείας				P
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Περιφέρεια	Αττικής	2233	99,3	16	0,7	0,251+
	Ανατολικής Μακεδονίας – Θράκης	353	99,7	1	0,3	
	Κεντρική και Δυτική Μακεδονία	1207	99,2	10	0,8	
	Βόρειο και Νότιο Αιγαίο	306	99,0	3	1,0	
	Κρήτη	337	99,4	2	0,6	
	Πελοπόννησος & Δυτική Ελλάδα	660	99,7	2	0,3	
	Θεσσαλία & Στερεά Ελλάδα	666	98,4	11	1,6	
	Ιονίων Νήσων	155	98,7	2	1,3	
Ηπείρου	211	99,5	1	0,5		
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού περιοχής	Πυκνοκατοικημένες περιοχές	2359	99,3	16	0,7	0,633++
	Μέσης πυκνότητας περιοχές	1964	99,2	15	0,8	
	Αραιοκατοικημένες περιοχές	1805	99,1	17	0,9	

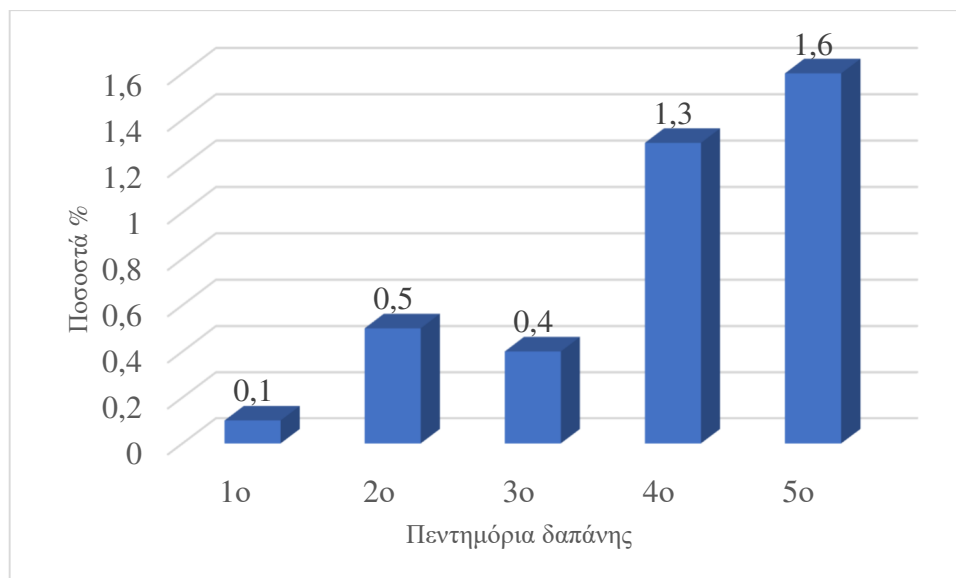
+Fisher's exact test ++Pearson's χ^2 test

Η ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας συσχετίστηκε, επίσης, με το πεντημόριο δαπάνης στο οποία ανήκαν τα νοικοκυριά. Χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως ίσο ή μικρότερο του 0,05 ($p \leq 0.005$). Βρέθηκε πως το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών υγείας αυξάνεται, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, όσο μεγαλύτερο είναι το πεντημόριο δαπάνης, στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά (Πίνακας 6.20 & Διάγραμμα 6.15).

Πίνακας 6.20

Συσχέτιση καταστροφικών δαπανών υγείας με τα πεντημόρια δαπάνης

Πεντημόρια δαπάνης	Καταστροφικές δαπάνες υγείας				P Pearson's χ^2 test
	Όχι		Ναι		
	N	%	N	%	
1 ^ο (φτωχότερο)	1234	99,9	1	0,1	<0,001
2 ^ο	1229	99,5	6	0,5	
3 ^ο	1231	99,6	5	0,4	
4 ^ο	1219	98,7	16	1,3	
5 ^ο (πλουσιότερο)	1215	98,4	20	1,6	



Διάγραμμα 6.15

Νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας ανά πεντημόριο δαπάνης

Στον Πίνακα 6.21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που διεξήχθη με το τεστ Mann-Whitney, για τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ των άμεσων πληρωμών ανά υγειονομική υπηρεσία, ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών, στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας.

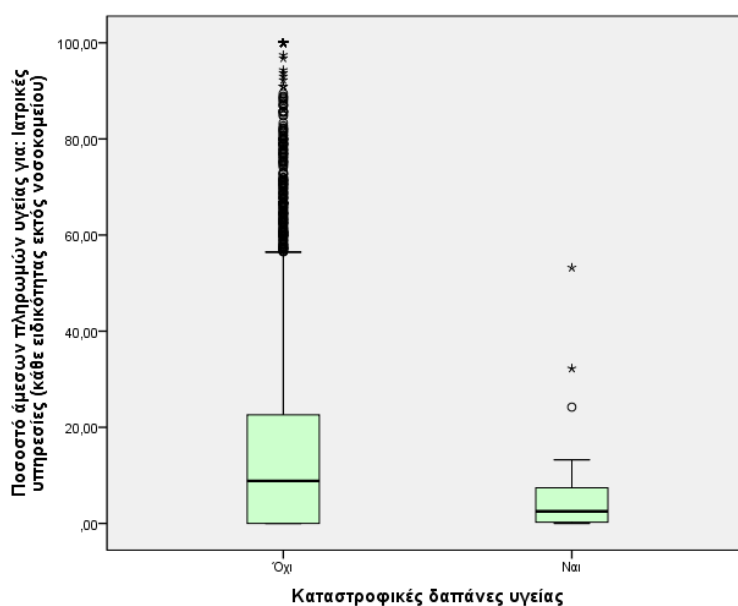
Πίνακας 6.21

Άμεσες πληρωμές ανά υγειονομική υπηρεσία, ως ποσοστό των συνολικών άμεσων πληρωμών, στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας.

	Καταστροφικές δαπάνες υγείας				P Mann-Whitney test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φαρμακευτικά προϊόντα	46,4 (36,74)	48,23 (0 – 79,66)	36,62 (34,25)	23,45 (7,24 – 69,04)	0,216
Λοιπά ιατρικά προϊόντα	3,17 (12,66)	0 (0 – 0)	0,62 (1,94)	0 (0 – 0)	0,803
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	1,71 (8,61)	0 (0 – 0)	0,51 (2,17)	0 (0 – 0)	0,267
Ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου)	16,87 (23,73)	8,84 (0 – 22,63)	5,9 (9,36)	2,5 (0,26 – 7,41)	0,015
Οδοντιατρικές υπηρεσίες	13 (25,98)	0 (0 – 12,59)	22,25 (33,69)	0 (0 – 52,06)	0,098
Παραϊατρικές υπηρεσίες	6,64 (15,66)	0 (0 – 5,82)	3,31 (8,11)	0,69 (0 – 2,52)	0,582
Νοσοκομειακή περίθαλψη	12,22 (24,44)	0 (0 – 11,87)	30,79 (37,3)	7,31 (2,74 – 72)	<0,001

Τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας ξόδευαν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό των άμεσων πληρωμών σε ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου) και σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των άμεσων πληρωμών σε νοσοκομειακή περίθαλψη (Πίνακας 6.21).

Το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας των νοικοκυριών για ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου) από το συνολικό ποσό άμεσων πληρωμών, ανάλογα με την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας, δίνονται στο Διάγραμμα 6.16.



Διάγραμμα 6.16

Άμεσες πληρωμές υγείας για ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου), ως % των συνολικών άμεσων πληρωμών, & ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη καταστροφικών δαπανών υγείας (όριο >40%) και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και οικονομικά στοιχεία των νοικοκυριών. Στον Πίνακα 6.22 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

Πίνακας 6.22

Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης

		OR (95% ΔΕ)⁺	P
Φύλο προσώπου αναφοράς	Άρρεν (αναφορά)		
	Θήλυ	2,55 (1,24 – 5,24)	0,011
Ηλικία προσώπου αναφοράς		2,54 (1,64 – 3,93)	<0,001
	Ένας ενήλικας (αναφορά)		
Σύνθεση νοικοκυριού	Δύο ενήλικες	1,16 (0,55 – 2,43)	0,703
	Περισσότεροι από 2 ενήλικες	0,87 (0,26 – 2,89)	0,824
	Ένας ενήλικας με εξαρτώμενα παιδιά	1,61 (0,17 – 15,29)	0,677
	Δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά	0,19 (0,02 – 1,64)	0,132
	Περισσότεροι από 2 ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά	2,06 (0,39 – 10,76)	0,391
Ασφάλεια υγείας	Δημόσια (αναφορά)		
	Δημόσια και Ιδιωτική	1,06 (0,36 – 3,11)	0,920
Βαθμός πυκνότητας πληθυσμού περιοχής	Πυκνοκατοικημένες περιοχές (αναφορά)		
	Μέσης πυκνότητας περιοχές	1,34 (0,64 – 2,82)	0,439
	Αραιοκατοικημένες περιοχές	1,93 (0,91 – 4,08)	0,087
Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς	Συνταξιούχος (αναφορά)		
	Χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	4,14 (0,97 – 17,73)	0,056
	Μη χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας	0,65 (0,12 – 3,64)	0,625
	Αυτοαπασχολούμενος	0,87 (0,21 – 3,67)	0,849
	Άνεργοι	1,86 (0,2 – 17,64)	0,589
	Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί	0,68 (0,25 – 1,86)	0,452
Πεντημόρια δαπάνης	5ο (αναφορά)		
	1ο	0,04 (0 – 0,31)	0,002
	2ο	0,24 (0,09 – 0,66)	0,006
	3ο	0,23 (0,08 – 0,64)	0,005
	4ο	0,68 (0,34 – 1,4)	0,297
Άμεσες πληρωμές υγείας ανά υγειονομική υπηρεσία, ως % των συνολικών άμεσων πληρωμών:	Φαρμακευτικά προϊόντα	0,68 (0,14 – 3,32)	0,637
	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	0,93 (0,85 – 1,02)	0,110
	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	0,92 (0,81 – 1,05)	0,221
	Ιατρικές υπηρεσίες (κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου)	0,94 (0,91 – 0,98)	0,001
	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	1 (0,99 – 1,01)	0,674
	Παραϊατρικές υπηρεσίες	0,97 (0,93 – 1)	0,061
	Νοσοκομειακή περίθαλψη	1 (0,99 – 1,01)	0,756

+σχετικός κίνδυνος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Το φύλο, η ηλικία, το πεντημόριο δαπάνης στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά, καθώς και το ποσοστό των άμεσων πληρωμών που δαπανούν για ιατρικές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τις καταστροφικές δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν 2,55 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκπροσωπούν νοικοκυριό με καταστροφικές δαπάνες υγείας.
- Όσο αυξάνεται η ηλικία των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα καταστροφικών δαπανών υγείας.
- Τα νοικοκυριά που ήταν στο 1^ο πεντημόριο δαπάνης είχαν κατά 96% μικρότερη πιθανότητα να έχουν καταστροφικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με τα νοικοκυριά που ήταν στο 5^ο πεντημόριο.
- Τα νοικοκυριά που ήταν στο 2^ο πεντημόριο δαπάνης είχαν κατά 76% μικρότερη πιθανότητα να έχουν καταστροφικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με τα νοικοκυριά που ήταν στο 5^ο πεντημόριο.
- Τα νοικοκυριά που ήταν στο 3^ο πεντημόριο δαπάνης είχαν κατά 77% μικρότερη πιθανότητα να έχουν καταστροφικές δαπάνες υγείας σε σύγκριση με τα νοικοκυριά που ήταν στο 5^ο πεντημόριο.
- Όσο μεγαλύτερο το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας που δαπανούν τα νοικοκυριά για ιατρικές υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ύπαρξης καταστροφικών δαπανών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως προς το δείγμα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, αξίζει να σημειωθεί πως το 23,3% των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών ήταν άνω των 75 ετών και 18,1% ήταν μεταξύ 65 και 74 ετών, ενώ το 39,8% ήταν συνταξιούχοι. Το 94,5% των νοικοκυριών είχε δημόσια ασφάλεια υγείας. Ένα στα 3 νοικοκυριά αποτελείται από δύο ενήλικες, το 28,5% από έναν ενήλικα και το 21% από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά. Στο 86,9% των νοικοκυριών υπήρχε τουλάχιστον ένα μη οικονομικά ενεργό άτομο και στο 52,4% τουλάχιστον ένα άτομο άνω των 65 ετών.

Στο πλαίσιο της παρούσας ερευνητικής εργασίας βρέθηκε πως το 0,8% των νοικοκυριών του δείγματος είχαν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας, δηλαδή οι άμεσες πληρωμές υγείας, που κατέβαλλαν το 2017, ήταν άνω του 40% της δυνατότητας τους για την πραγματοποίηση δαπανών (capacity to pay). Το 0,3% των νοικοκυριών φτωχοποιήθηκε μετά την καταβολή των άμεσων δαπανών υγείας, δηλαδή πριν τις πληρωμές υγείας δεν κατατάσσονταν στα φτωχά νοικοκυριά και μετά την καταβολή τους έπεσαν κάτω από το όριο της φτώχειας, έτσι όπως αυτό ορίζεται από την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία. Το διάμεσο ετήσιο ποσό που δαπάνησαν τα νοικοκυριά ως άμεσες πληρωμές υγείας ανήλθε σε 627,9€, η μέση ετήσια δυνατότητα πληρωμής (capacity to pay) των νοικοκυριών ήταν 15.848,3€, ενώ το μέσο ετήσιο ποσοστό άμεσων δαπανών υγείας προς τη δυνατότητα πληρωμής των νοικοκυριών ήταν 8%. Ο Δείκτης Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά (Financial Fairness Contribution index) υπολογίστηκε στο 0,94.

Όπως αναφέρθηκε και στις προηγούμενες ενότητες, η σύγκριση μεταξύ ερευνών, που αφορούν στη μέτρηση της οικονομικής προστασίας, τόσο μεταξύ όσο και εντός χωρών, παρουσιάζει ιδιαίτερες προκλήσεις λόγω της ετερογένειας στο σχεδιασμό και την επιλεγείσα μεθοδολογία, όσο και εξαιτίας σημαντικών κενών που υπάρχουν στη γεωγραφική κάλυψη και στη συστηματικότητα διεξαγωγής τέτοιων ερευνών μεταξύ των ετών. Αναφορικά με την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας που βρήκε η παρούσα έρευνα, αξίζει να σημειωθεί πως, αν και φαίνεται χαμηλή, η πλειοψηφία των αντίστοιχων ερευνών σε άλλες -κυρίως υψηλού εισοδήματος- χώρες, οι οποίες

χρησιμοποίησαν τη συγκεκριμένη μεθοδολογική προσέγγιση (partial normative food spending), βρήκαν την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών κάτω του 1% (Yerramilli et al., 2018). Το φαινόμενο αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η συγκεκριμένη μεθοδολογία μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας χρησιμοποιεί τις δαπάνες για τρόφιμα ως δείκτη για να ορίσει τις δαπάνες βασικής διαβίωσης. Το στοιχείο αυτό έχει επικριθεί από ορισμένους ερευνητές, καθώς μπορεί να μην ενδείκνυται η χρήση του, κυρίως σε χώρες υψηλού και μεσαίου εισοδήματος, και, συνεπώς, μπορεί να υποτιμά την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας σε αυτές τις χώρες (Thomson et al., 2016).

Από όσο είναι σε θέση να γνωρίζει η συγγραφέας της παρούσας ερευνητικής εργασίας, η πιο πρόσφατη μελέτη, που αφορά στην οικονομική προστασία στην Ελλάδα και χρησιμοποιεί την ίδια μεθοδολογική προσέγγιση με την παρούσα εργασία, είναι αυτή των Chantzaras & Yfantopoulos (2018). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές χρησιμοποίησαν, επίσης, δεδομένα από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών για τη χρονική περίοδο από το 2008 έως το 2015. Ως προς τις συνολικές άμεσες πληρωμές για την υγεία, βρήκαν πως το 2008 ήταν 1.085,66€, παρουσίασαν μείωση τα πρώτα χρόνια της κρίσης, αλλά από το 2012 κι έπειτα ότι παρουσίασαν αυξητικές τάσεις και έφτασαν το 2015 τα 830,72€ (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Στην παρούσα ερευνητική εργασία το διάμεσο ετήσιο ποσό των άμεσων πληρωμές υγείας ανήλθε σε 627,9€, που είναι σημαντικά μικρότερο από εκείνα της έρευνας των Chantzaras & Yfantopoulos. Στην ίδια έρευνα, οι άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών ήταν 6,93% το 2008 και, αφού παρουσίασαν ορισμένες αυξομειώσεις τα επόμενα έτη, κατέληξαν στο 7,77% το 2015 (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018), ενώ στην παρούσα έρευνα βρέθηκε το αντίστοιχο ποσοστό για το 2017 στο 8%. Τα παραπάνω δεδομένα πιθανόν να υποδεικνύουν ότι οι άμεσες πληρωμές υγείας μειώνονται, λόγω της μείωσης της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, αλλά από την άλλη αυξάνεται το ποσοστό που καταλαμβάνουν από τον διαθέσιμο προϋπολογισμό, που διαθέτουν τα νοικοκυριά για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Ενδεικτικό αυτού είναι, επίσης, ότι η δυνατότητα πληρωμής (capacity to pay), αφού έχει αφαιρεθεί το σταθερό ποσό για τις βασικές δαπάνες διαβίωσης, υπολογίστηκε στην έρευνα των Chantzaras & Yfantopoulos στις 29.656,48€ το 2008 και έφτασε στις 17.094,66€ το 2015. Στην παρούσα εργασία, το αντίστοιχο ποσό ανήλθε στις 15.848,3€,

που αντικατοπτρίζει την μείωση στον διαθέσιμο προϋπολογισμό των νοικοκυριών. Το ποσοστό των νοικοκυριών που βρήκαν οι Chantzaras & Yfantopoulos ότι είχαν υποστεί καταστροφικές δαπάνες υγείας το 2015 ανήλθε στο 1,2% (άνω του ορίου 40%), ποσοστό υψηλότερο από αυτό που βρήκε η παρούσα εργασία (0,8%), ενώ, αντίθετα, βρήκαν πως το 0,06% των νοικοκυριών φτωχοποιήθηκαν από τις άμεσες πληρωμές υγείας το ίδιο έτος, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το αντίστοιχο της παρούσας έρευνας (0.3%).

Ο Δείκτης Δικαιοσύνης στην Οικονομική Συνεισφορά, υπολογίστηκε στο 0,94, που είναι υψηλότερο από την αντίστοιχη τιμή που βρέθηκε στην έρευνα των Chantzaras & Yfantopoulos (2018) για το 2015 (0,916). Όσο ο δείκτης πλησιάζει το 1, υποδεικνύει μεγαλύτερη, οριζόντια και κάθετη, ισότητα που σημαίνει πως πιθανόν οι ανισότητες ως προς την οικονομική συνεισφορά των πολιτών προς το σύστημα υγείας της χώρας να βελτιώνονται.

Λόγω της έλλειψης πρόσφατων ερευνών στην Ελλάδα, γίνεται μία προσπάθεια σύγκρισης του ποσοστού των καταστροφικών δαπανών υγείας, που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα, με αντίστοιχα ερευνών από άλλες χώρες, οι οποίες χρησιμοποιούν την ίδια μεθοδολογία και εξετάζουν έτη τα οποία είναι εντός της περιόδου της οικονομικής κρίσης. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία για τα έτη 2004 έως 2010, βρέθηκε πως η επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας ήταν 0,62% για το 2008, 0,77% για το 2009 και 0,75% για το 2010 (Özgen Narcı et al., 2014), ποσοστά που προσομοιάζουν με αυτά της παρούσας έρευνας. Παράλληλα, η επίπτωση της φτωχοποίησης στα νοικοκυριά ήταν χαμηλότερη του 1% για όλα τα έτη (Özgen Narcı et al., 2014). Αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Εσθονία, αναφέρει πως για την περίοδο 2000 με 2012, το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας (όριο 40%) κυμαινόταν μεταξύ 1% με 4% (Võrk et al., 2014), ενώ άλλη έρευνα στην Πορτογαλία βρήκε το αντίστοιχο ποσοστό για το 2010 στο 2,1% (Quintal & Lopes, 2016). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, η οποία συνέκρινε την επίπτωση των καταστροφικών δαπανών υγείας για τα έτη 2003, 2006 και 2009, βρήκε πως αυτές ανήλθαν στο 0,75%, στο 0,59% και 0,48% αντίστοιχα (Yardim et al., 2014). Επίσης, για το 2010, το 8,8% των νοικοκυριών της Πολωνίας είχαν υποστεί

καταστροφικές δαπάνες υγείας, ενώ το ποσοστό αυτό για το ίδιο έτος στη Γερμανία ήταν 0,4% και στην Δανία 0,8% (Zawada et al., 2017).

Από τη μονομεταβλητή ανάλυση της παρούσας εργασίας προέκυψε ότι όσο υψηλότερο το πεντημόριο δαπάνης, στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά, τόσο υψηλότερο είναι και το ποσό των άμεσων δαπανών υγείας ($p \leq 0.005$). Επίσης, βρέθηκε ότι το ποσοστό των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας, στο όριο (threshold) του >40%, αυξάνεται όσο υψηλότερο είναι το πεντημόριο δαπάνης, στο οποίο ανήκουν τα νοικοκυριά ($p \leq 0.005$). Όπως αναμενόταν, τα ήδη φτωχά νοικοκυριά, αλλά και εκείνα που φτωχοποιήθηκαν μετά την καταβολή των άμεσων πληρωμών υγείας ανήκαν στο 1^ο (φτωχότερο) πεντημόριο δαπάνης ($p \leq 0.005$). Παράλληλα, οι άμεσες πληρωμές υγείας ως ποσοστό της δυνατότητας πληρωμής των νοικοκυριών ήταν σημαντικά υψηλότερες στα φτωχοποιημένα νοικοκυριά σε σύγκριση με τα μη φτωχοποιημένα ($p \leq 0.005$), που σημαίνει ότι οι άμεσες πληρωμές καταλάμβαναν σημαντικό μέρος από τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό.

Αν και η πλειοψηφία των ερευνών για τις καταστροφικές δαπάνες υγείας βρίσκουν πως αυτές εμφανίζονται κυρίως στα φτωχότερα νοικοκυριά, υπάρχουν και έρευνες που έχουν καταλήξει στο αντίθετο εύρημα (Yerramilli et al., 2018). Η έρευνα των Chantzaras & Yfantopoulos (2018) βρήκε πως τα πλουσιότερα νοικοκυριά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καταστροφικών δαπανών υγείας σε σύγκριση με τα φτωχότερα. Έρευνες από άλλες χώρες, που χρησιμοποίησαν την μέθοδο partial normative food spending για τη μέτρηση των καταστροφικών δαπανών υγείας, βρήκαν, επίσης, πως τα φτωχότερα νοικοκυριά ήταν λιγότερο πιθανό να υποστούν καταστροφικές δαπάνες υγείας (Özgen Narci et al., 2014, Shiskin & Jowett, 2012).

Πιθανόν, το εύρημα της μεγαλύτερης επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών υγείας στα πλουσιότερα νοικοκυριά να οφείλεται στη χρήση της συγκεκριμένης μεθοδολογίας μέτρησής τους, καθώς οι επικριτές της αναφέρουν πως, καθώς δεν βασίζει τον υπολογισμό του σταθερού ποσού βασικής διαβίωσης σε ένα πρότυπο, όπως είναι για παράδειγμα το καλάθι αγαθών, υπολογίζει μεγαλύτερη δυνατότητα πληρωμής για τα φτωχότερα νοικοκυριά απ' ό,τι για τα πλούσια (Hsu et al., 2018).

Από την άλλη, η ύπαρξη υψηλότερου εισοδήματος στα πλουσιότερα νοικοκυριά, πιθανόν, να συνδέεται και με μεγαλύτερη πιθανότητα αναζήτησης φροντίδας υγείας, σε σύγκριση με τα φτωχότερα νοικοκυριά, η οποία συνεπάγεται συχνά και τη χρήση υπηρεσιών ή αγαθών, που δεν καλύπτονται από τη δημόσια δέσμη παροχών και άρα τα νοικοκυριά αυτά καλούνται να καλύψουν το κόστος από την τσέπη τους (Shiskin & Jowett, 2012). Αυτό σχετίζεται και με το γεγονός πως κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μείωση των άμεσων πληρωμών υγείας στα φτωχότερα νοικοκυριά, η οποία συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση στη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα (WHO, 2019b).

Βρέθηκε, επίσης, στην παρούσα εργασία πως τα νοικοκυριά δαπάνησαν το μεγαλύτερο ποσοστό των άμεσων πληρωμών, που πραγματοποίησαν, για φαρμακευτικά προϊόντα (46,31%), ακολουθεί η εξωνοσοκομειακή φροντίδα (16,77%), οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (13,08%) και η νοσοκομειακή περίθαλψη (12,39%). Επίσης, τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας ξόδεψαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο ποσοστό άμεσων πληρωμών για νοσοκομειακή περίθαλψη και σημαντικά χαμηλότερο για εξωνοσοκομειακή φροντίδα ($p \leq 0.005$).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ για το 2015, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό άμεσων πληρωμών υγείας στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας, δαπανάται από τα νοικοκυριά για την αγορά φαρμακευτικών προϊόντων (OECD, 2017a), αλλά και με εκείνα πρόσφατης μελέτης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2019b). Αυτό μπορεί να ερμηνεύεται, για τη χώρα μας, από τις αυξήσεις στις συν-πληρωμές, που έχουν λάβει χώρα για συγκεκριμένα φάρμακα μετά το 2010 (Economou et al., 2017). Ωστόσο, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το 2015 στην Ελλάδα κατείχε το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό άμεσων πληρωμών υγείας για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ενώ ακολουθούσαν η εξωνοσοκομειακή και η οδοντιατρική φροντίδα (OECD, 2017a), που δεν συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας.

Στην έρευνα των Chantzaras & Yfantopoulos (2018) βρέθηκε ότι οι άμεσες πληρωμές υγείας μειώνονται στα φτωχότερα νοικοκυριά κατά τη χρονική περίοδο 2008 με 2015. Σε όλα τα νοικοκυριά, ωστόσο, οι άμεσες πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα

αυξάνεται συστηματικά από το 2012 κι έπειτα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Στα υψηλότερα πεντημόρια δαπάνης οι Chantzaras & Yfantopoulos βρήκαν ότι οι άμεσες πληρωμές υγείας σημειώνουν αυξητικές τάσεις, κυρίως λόγω της αύξησης των δαπανών στη νοσοκομειακή φροντίδα, κάτι που συμφωνεί και με την παρούσα εργασία.

Το ότι στην παρούσα εργασία βρέθηκε, αν και όχι σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό, ότι αυξάνουν οι άμεσες πληρωμές υγείας για οδοντιατρική φροντίδα όσο υψηλότερο είναι το πεντημόριο δαπάνης, πιθανόν να συνδέεται με τη σημαντική μη ικανοποιούμενη ανάγκη για οδοντιατρική φροντίδα που εμφανίζει το φτωχότερο κυρίως πεντημόριο στην Ελλάδα (OECD, 2018a). Δεδομένου ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν από την τσέπη τους για τέτοιου είδους υπηρεσίες, αυτό εκδηλώνεται ως μη ικανοποιούμενη ανάγκη. Επίσης, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, τα ποσοστά των άμεσων πληρωμών υγείας για φαρμακευτικά προϊόντα μειώνονται στα υψηλότερα πεντημόρια δαπάνης, ενώ, αντίθετα, οι άμεσες πληρωμές για οδοντιατρικές υπηρεσίες και νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνονται, αν κι όχι πάλι σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό. Ωστόσο, αυτό φαίνεται να συμφωνεί με την έρευνα που διεξήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις χώρες της Ευρώπης για την οικονομική προστασία. Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι το 2016, στα φτωχότερα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας, οι άμεσες πληρωμές που πραγματοποίησαν για την υγεία αφορούσαν κυρίως τα φάρμακα, ενώ στα πλουσιότερα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας, αυτές οι δαπάνες έγιναν κυρίως για την οδοντιατρική τους φροντίδα (WHO, 2019b). Τέλος, το εύρημα της παρούσας εργασίας ότι οι άμεσες πληρωμές υγείας για την νοσοκομειακή φροντίδα συσχετίζονται με την επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας συμφωνούν με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών (WHO, 2019b, Azzani et al., 2019, Saksena et al., 2010).

Τόσο από τη μονομεταβλητή ανάλυση όσο και από την ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης βρέθηκε πως το φύλο και η ηλικία του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών είναι καθοριστικοί παράγοντες στην επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν 2,55 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκπροσωπούν νοικοκυριό με καταστροφικές δαπάνες υγείας, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία των προσώπων αναφοράς των νοικοκυριών, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα καταστροφικών δαπανών υγείας. Επίσης, από την ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε ότι

όσο μεγαλύτερο το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας, που δαπανούν τα νοικοκυριά για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ύπαρξης καταστροφικών δαπανών υγείας. Οι υπόλοιπες μεταβλητές, που εξετάστηκαν στην ανάλυση παλινδρόμησης, οι οποίες είναι η σύνθεση του νοικοκυριού, η ασφάλεια υγείας, ο βαθμός πυκνότητας του πληθυσμού στην περιοχή διαμονής του νοικοκυριού και η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά ευρήματα. Αξίζει, να σημειωθεί ότι στη μονομεταβλητή ανάλυση βρέθηκε πως το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών υγείας ήταν σημαντικά χαμηλότερο για τα πρόσωπα αναφοράς που ήταν μη χειρωνακτες εργαζομένοι ($p \leq 0.005$). Επίσης, οι καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν υψηλότερες, όταν το νοικοκυριό αποτελούταν από έναν ή δύο ενήλικες και χαμηλότερες όταν αποτελούταν από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα τέκνα ($p \leq 0.005$). Επίσης, τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας είχαν σημαντικά χαμηλότερο αριθμό μη οικονομικά ενεργών ατόμων, ατόμων ηλικίας 5 έως 13 ετών και ατόμων ηλικίας 14 έως 15 ετών ($p \leq 0.005$). Αντίθετα, τα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας είχαν σημαντικά υψηλότερο αριθμό ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών ($p \leq 0.005$).

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 38 μελετών, που έχουν διενεργηθεί για την μελέτη των καταστροφικών δαπανών υγείας, και εξετάζουν, παράλληλα, τους σχετικούς καθοριστικούς παράγοντες αυτών, βρέθηκε πως η παρουσία ηλικιωμένου μέλους στην οικογένεια ήταν σημαντικός παράγοντας και στις 19 έρευνες που τον μελέτησαν (Azzani et al., 2019), κάτι που συμφωνεί με το εύρημα της παρούσας έρευνας. Το γεγονός ότι τα νοικοκυριά, που έχουν κάποιο ηλικιωμένο μέλος, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο καταστροφικών δαπανών υγείας μπορεί να αποδοθεί στο ότι, συνήθως, αυτές οι ομάδες του πληθυσμού έχουν αυξημένες ανάγκες για χρήση υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα μπορεί να μην διαθέτουν τους αντίστοιχους οικονομικούς πόρους (Saksena et al., 2010). Επίσης, οι 11 από τις 27 έρευνες, της προαναφερθείσας ανασκόπησης, που εξέτασαν το φύλο του προσώπου αναφοράς των νοικοκυριών, βρήκαν πως όταν το πρόσωπο αναφοράς είναι γυναίκα αυτό αποτελεί παράγοντα κινδύνου (Azzani et al., 2019), κάτι που προέκυψε και από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Επίσης, 7 από τις 12 έρευνες που διερεύνησαν την ηλικία του προσώπου αναφοράς, βρήκαν πως όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος των καταστροφικών δαπανών υγείας (Azzani et al., 2019), που συμφωνεί, επίσης, με το

εύρημα της παρούσας εργασίας. Η παρούσα έρευνα βρήκε, παράλληλα, πως το μικρό μέγεθος του νοικοκυριού φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου, κάτι που συμφωνεί με ορισμένες έρευνες, ενώ άλλες έχουν βρει πως το μεγάλο μέγεθος του νοικοκυριού είναι επιβαρυντικός παράγοντας και κάποιες ότι το μέγεθος του νοικοκυριού δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα (Azzani et al., 2019).

Το εύρημα ότι το ποσοστό των καταστροφικών δαπανών υγείας ήταν σημαντικά χαμηλότερο για τα πρόσωπα αναφοράς που ήταν μη χειρώνακτες εργαζόμενοι, πιθανόν να υποδηλώνει συσχέτιση με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, που μπορεί να έχει η συγκριμένη ομάδα εργαζομένων. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο του προσώπου αναφοράς δρα προστατευτικά έναντι των καταστροφικών δαπανών υγείας, πιθανόν λόγω καλύτερης δυνατότητας διαχείρισης του οικογενειακού προϋπολογισμού και της καλύτερης διασύνδεσης για την εύρεση επιπλέον πόρων σε περιστάσεις που προκύπτει ανάγκη (Saksena et al., 2010).

Δύο ευρήματα της παρούσας εργασίας δεν κατέστη δυνατόν να ερμηνευτούν με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς δεν έχουν αναφερθεί ως αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Συνεπώς θα γίνει μία προσπάθεια επεξήγησής τους από την συγγραφέα της παρούσας εργασίας, με όποιους περιορισμούς αυτό ενέχει. Το ένα από αυτά είναι η ύπαρξη σημαντικά χαμηλότερου αριθμού μη οικονομικά ενεργών ατόμων στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας, ενώ θα αναμενόταν το αντίθετο. Μία πιθανή ερμηνεία είναι πως τα μη οικονομικά ενεργά άτομα δεν έχουν μεγάλη δυνατότητα καταβολής άμεσων πληρωμών υγείας, συνεπώς, αποθαρρύνονται από την χρήση υπηρεσιών υγείας και δεν εμφανίζουν μεγάλη επίπτωση καταστροφικών δαπανών υγείας. Πιθανόν αυτό να εκδηλώνεται ως μη ικανοποιούμενη ανάγκη σε αυτή την ομάδα του πληθυσμού, καθώς το 2016 η Ελλάδα είχε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική φροντίδα στην Ε.Ε., με το κόστος να αναφέρεται ως η κυριότερη αιτία, με υψηλά ποσοστά να καταγράφονται στους ανέργους και τους ανθρώπους άνω των 65 ετών (Economou et al., 2017). Παράλληλα, η ύπαρξη σημαντικά χαμηλότερου αριθμού μη οικονομικά ενεργών ατόμων στα νοικοκυριά με καταστροφικές δαπάνες υγείας μπορεί να σχετίζεται και με το γεγονός πως τα νοικοκυριά αυτά ανήκαν στα υψηλότερα πεντημόρια δαπάνης.

Το δεύτερο εύρημα είναι ότι όσο μεγαλύτερο το ποσοστό των άμεσων πληρωμών υγείας, που δαπανούν τα νοικοκυριά για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ύπαρξης καταστροφικών δαπανών υγείας. Πιθανόν, λόγω του ότι οι άμεσες πληρωμές για νοσοκομειακή φροντίδα αποτελούν σημαντικό παράγοντα ύπαρξης καταστροφικών δαπανών υγείας, η χρήση της εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας για τη διαχείριση των βασικότερων προβλημάτων υγείας, συμβάλλει στην αποφυγή περιττών εισαγωγών σε νοσοκομειακές δομές και άρα στην καταβολή των αντίστοιχων άμεσων πληρωμών, που, συνήθως, είναι αρκετά υψηλές και μπορεί να επιβαρύνουν άμεσα το νοικοκυριό.

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας συμπεριλαμβάνεται η μη διενέργεια συγκριτικής ανάλυσης της επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών υγείας μεταξύ διαφορετικών ετών, ενώ δεν εξετάζεται ενδελεχώς η φτωχοποίηση σε συνάρτηση με τις άμεσες πληρωμές υγείας, παρά μόνο ως προς το ποσοστό των μη φτωχών νοικοκυριών που φτωχοποιούνται μετά την καταβολή των άμεσων πληρωμών υγείας. Η έρευνα, επίσης, δεν συμπεριέλαβε στην ανάλυσή της την μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική φροντίδα, αλλά ούτε και τα έμμεσα κόστη που συνδέονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι το κόστος μετακίνησης ή το κόστος ευκαιρίας, που προκύπτει από την αναζήτηση φροντίδας υγείας, όπως για παράδειγμα η απώλεια εισοδήματος.

Ως πλεονεκτήματα της μελέτης μπορούν να αναφερθούν η χρήση των πιο πρόσφατων διαθέσιμων δεδομένων για την καταναλωτική δαπάνη των νοικοκυριών στην Ελλάδα και το γεγονός πως, στο μέτρο που είναι σε θέση να γνωρίζει η συγγραφέας, δεν έχει διεξαχθεί άλλη αντίστοιχη έρευνα έως τώρα βασιζόμενη σε αυτά τα δεδομένα. Επίσης, η μεθοδολογία μέτρησης των καταστροφικών δαπανών υγείας, που χρησιμοποιήθηκε, είναι καλά τεκμηριωμένη, παρουσιάζει σαφή πλεονεκτήματα έναντι άλλων μεθόδων, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί από μεγάλο ποσοστό αντίστοιχων ερευνών. Τέλος, η παρούσα έρευνα δεν περιορίζεται μόνο την μέτρηση της επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών υγείας, αλλά εξετάζει και την πιθανή συσχέτισή της με κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών, καθώς και με συγκεκριμένες υγειονομικές υπηρεσίες και προϊόντα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αθανασιάδης, Α., & Σταυράκη, Σ. (2017). *Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών.

ΕΛΣΤΑΤ. (2019α). *Η Ελληνική Οικονομία. 29 Μαρτίου 2019*. Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2019β). *Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2018α). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος Φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2017 (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2016)*. 7. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2018β). *Δελτίο Τύπου. Υλική στέρηση και συνθήκες Διαβίωσης. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2017 (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2016)*. 7. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2018γ). *Δελτίο Τύπου. Οικονομική ανισότητα. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2017 (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2016)*. 7. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2018δ). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2017*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

ΕΛΣΤΑΤ. (2018ε). *Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

- ΕΛΣΤΑΤ. (2017α). *Οδηγίες προς τους ερευνητές της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2017*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2017β). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2017. Περιγραφή μεταβλητών αρχείου δημόσιας χρήσης*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2016). *Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2016. Κωδικοί ειδών και υπηρεσιών, χαρακτηριστικών του νοικοκυριού και της κατοικίας, εισοδημάτων, νομών και χωρών*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- ΕΛΣΤΑΤ. (n.d.). Infographics. Retrieved from <http://www.statistics.gr/elstat-infographics>
- ΕΣΔΥ. (2016). *Πανελλαδική Έρευνα Κοινής Γνώμης: «Διαχρονική ανάλυση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας στην Ελλάδα: Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στις συμπεριφορές υγείας»*, 3η Φάση, Συνοπτική Παρουσίαση. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2017). *Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου: Συστήματα Υγείας*. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/thematic-factsheets/social-protection-and-cohesion_en
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Metron Analysis. (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση: ποσοτική έρευνα*. Αθήνα: διαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. (2016). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας*. Αθήνα: διαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.

- ΙΟΒΕ. (2019). *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2018*. Αθήνα: ΣΦΕΕ.
- ΙΟΒΕ. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας την περίοδο του μνημονίου στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών.
- Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε., & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4), 549-557.
- Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), 3 – 7.
- Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φ. Π. (2016). Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 8(2), 48 – 56.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, (25)5, 663-672.
- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(Συμπλ 1), 9 – 16.

Ξένη βιβλιογραφία

- ALCO. (2018). Έρευνα για την Υγεία. Retrieved from: <http://www.isathens.gr/images/eggrafa/parousiasi-erevna-alco.pdf>
- Azzani, M., Roslani, A. C., & Su, T. T. (2019). Determinants of Household Catastrophic Health Expenditure: A Systematic Review. *The Malaysian journal of medical sciences*, 26(1), 15–43.

- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN)*. Brussels: European Commission.
- Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, M., & Wagstaff, A. (2014). Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels. *PLoS Med*, *11*(9): e1001731.
- Burki, T. (2018). Health under austerity in Greece. *The Lancet*, *391*(10120), 525 – 526.
- Chantzaras, A. E., & Yfantopoulos, J. N. (2018). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, *211*, 338-351.
- Cylus, J., Thomson, S., & Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*, *96*(9), 599–609.
- Cylus, J., & Papanicolas, I. (2015). An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage? *Health Policy*, *119*(9), 1133-1144.
- Deaton, A., & Zaidi, S. (2002). *Guidelines for Constructing Consumption Aggregates for Welfare Analysis. LSMS Working Paper, No. 135*. World Bank.
- Deloitte. (2017). *Healthcare in Greece. Overview and Trends*. Athens: Deloitte.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *19*(5), 1-166.
- Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissuras, A. (2015). Chapter 4: The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In A., Maresso, P., Mladovsky, S., Thomson, A., Sagan, M., Karanikolos, E., Richardson, J., Cylus, T., Evetovits, M., Jowett, J., Figueras, & H., Kluge (Eds.), *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience* (pp. 103 – 142). Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99 – 115.

Eurofound. (2014). *Access to healthcare in times of crisis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound. (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

European Commission. (n.d.). Health at a Glance: Interactive country viewer. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/state/glance_en

Eurostat. (2019). Government expenditure on health. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health#Expenditure_on_.27health.27

Eurostat. (2018a). National accounts and GDP. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=National_accounts_and_GDP

- Eurostat. (2018b). Healthcare expenditure statistics, 2015. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Health_care_expenditure
- Eurostat. (2018c). Health care expenditure in the EU, 2016. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20181129-2>
- Eurostat. (2018d). Unmet health care needs statistics. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
- Eurostat. (n.d.). Dataset details: Out-of-pocket expenditure on healthcare. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tepsr_sp310
- Filippidis, T. F., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *International Journal of Scientific Reports*, 7, 46423.
- Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators. (2018). The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000-16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Public Health*, 3(8):e395-e406.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 1981 – 2004.
- Grigorakis, N., & Floros, C., & Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2016). Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy*, 120(8), 948-959.

- Grigorakis, N., & Floros, C., & Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2014). The effect of out of pocket payments on the income of hospitalized patients. Evidence from Greece. In D. Vrontis, Y. Weber, & E. Tsoukatos (Eds.), *Conference proceedings from the 7th Annual Conference of the EuroMed Academy of Business. The Future of Entrepreneurship*, At Kristiansand, Norway. EuroMed Press.
- Grima, S., Spiteri, J. V., Jakovljevic, M., Camilleri, C., Buttigieg, S. C. (2018). High Out-of-Pocket Health Spending in Countries with a Mediterranean Connection. *Frontiers in Public Health*, (6)145.
- Hsu. J., Flores, G., Evans, D., Mills, A., & Hanson, K. (2018). Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *Int J Equity Health*, 17(1), 69.
- Kaitelidou, D., & Kouli, E. (2012). Greece: The health system in a time of crisis. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 18(1), 12 – 14.
- Kaitelidou, D. C., Tsirona, C. S., Galanis, P. A., Siskou, O. C., Mladovsky, P., Kouli, E. G., Prezerakos, P. E., Theodorou, M., Sourtzi, P. A., & Liaropoulos, L. L. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 109(1), 23-30.
- Karanikolos, M. & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal for Equity in Health*, 15, 83.
- Kotzeva, M., Brandmuller, T., Onnerfors, A., & Reinecke, P. (Eds.). (2018). *Eurostat regional yearbook 2018 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Kyriopoulos, I., Nikoloski, Z., & Mossialos, E. (2019). The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure. *Social Science & Medicine*, 222, 274-284.

- Kyriopoulos, I. (2018, June). *Paying out-of-pocket for health care: implications for financial protection*. Presented at the 17th Healthworld, American-Hellenic Chamber of Commerce in Athens, Greece. Retrieved from <https://www.amcham.gr/wp-content/uploads/2018/05/KYRIOPOULOS-ILIAS.pdf>
- Lafortune, G. (2018, March). *State of Health in the EU: Where does Greece stand compared with other EU countries?* Presented at the Annual Conference on the Future of Healthcare in Greece, Athens, Greece. Retrieved from <https://www.healthcareconference.gr/presentations-2018/>
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., & Katostarar, T. (2008). Informal payments in the public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1), 72-81.
- Lu, C., Chin, B., Li, G., Murray, C. J. (2009). Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bull World Health Organ*, 87(3), 238-244.
- Murray, L. J. C., Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Hanvoravongchai, P., Zeramdini, R., Aguilar-Rivera, M. A., & Evans, B. D. (2003). Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In C. J. L. Murray, D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism* (pp 513 – 531). World Health Organization.
- Niakas, D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), 597-602.
- OECD. (2019), Health spending (Out-of-pocket, US dollars/capita, 2016). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 8 May 2019, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

- OECD. (2018a). *Focus on Spending on Health: Latest Trends*. Organization for Economic Co-operation and Development. www.oecd.org/health
- OECD. (2018b). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- OECD. (2017a). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD. (2017b). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>
- OECD, Eurostat & World Health Organization. (2017). *A System of Health Accounts 2011. Revised Edition*. Paris: OECD Publishing.
- O' Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing health equity using household survey data. A guide to techniques and their implementation*. Washington, DC: World Bank.
- Özgen Narci, H., Şahin, İ., & Yildirim, H. H. (2014). Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. *Eur J Health Econ*, 16(3), 255-270.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017–2027.
- Quintal, C., & Lopes, J. (2016). Equity in health care financing in Portugal: findings from the Household Budget Survey 2010/2011. *Health Econ Policy Law*, 11(3), 233-52.

- Saksena, P., Xu, K., & Durairaj, V. (2010). *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines? World Health Report (2010), Background Paper, No 21*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Siskou, O., kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., & Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2-3), 282-293.
- Shiskin, S., & Jowett, M. (2012). A review of health financing reforms in the Republic of Moldova (2012) Health Financing Policy Paper 2012/1. WHO Regional Office for Europe,
- Skroumpelos, A., Pavi, E., Pasaloglou, S., & Kyriopoulos, J. (2014). Catastrophic Health Expenditures and Chronic Condition Patients in Greece. *Value Health*, 17(7), A501-2.
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siksou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die hard. *European Journal of Health Economics*, 17(2), 159-170.
- Stylianidis, S., & Souliotis, K. (2019). The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych International*, 16(1), 16–18.
- Thomson, S., Evetovits, T., Cylus, J., & Jakab, M. (2016). Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*, 2(3), 357-366.
- Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M., Habicht, T. (2014). Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. WHO Regional Office for Europe.
- Wagstaff, A., Flores, G.V., Hsu, J., Smitz, M., Chepynoga, K., Buisman, L.R., Wilgenburg, K.V., & Eozenou, P.H. (2018). Progress on catastrophic health

spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global health*, 6, e169-e179.

Wagstaff, A., & van Doorslaer E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ*, 12(11), 921-934.

WHO. (2019a, January 24). Universal health coverage (UHC). Retrieved from [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

WHO. (2019b). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2018). *Addressing informal payments in the Greek health system*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2016). *Greece: Highlights on Health and Well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2013). *Arguing for universal health coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO. (n.d.). Global Health Expenditure Database. Health Expenditure Profile: Greece. Retrieved from http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

WHO & World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global Monitoring Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Bank. (n.d.-a). World Bank Open Data, Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). (Accessed on 8 May 2019, https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=GR&name_desc=true)

- World Bank. (n.d.-b). World Bank Open Data, Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). (Accessed on 8 May 2019, https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?locations=GR&name_desc=true).
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., & Evans, D. B. (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World health report, Background Paper, 19*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs (Millwood)*, 26(4), 972-83.
- Xu, K. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology. Discussion paper Number 2*. Geneva: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., & Aguilar-Rivera, A. M. (2005). *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical brief for policy-makers, Number 2/2005*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Xu, K. Klavus, J., Aguilar-Rivera, M. A., Carrin, G., Zeramdini, R., & Murray, L. J. C. (2003). Summary measures of the distribution of household contributions to health. In C. J. L. Murray, D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism* (pp 543 – 555). World Health Organization.

- Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Evans, B. D., Hanvoravongchai, P., Ortiz, P. J., Zeramdini, R., & Murray, L. J. C. (2003). Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. In C. J. L. Murray, D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism* (pp 533 – 542). World Health Organization.
- Yardim, M. S., Cilingiroglu, N., Yardim, N. (2014). Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. *Health Policy Plan*, 29(2), 177-92.
- Yerramilli, P., Fernández, Ó., & Thomson, S. (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy*, 122(5), 493-508.
- Yfantopoulos, J., Chantzaras, A., & Ollandezos, M. (2017, November). *Unmet pharmaceutical needs during the economic crisis*. Paper presented at the ISPOR 20th Annual European Congress, Glasgow, Scotland.
- Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I. I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC health services research*, 16(309).
- Zawada, A., Kolasa, K., Kronborg, C., Rabczenko, D., Rybnik, T., Lauridsen, J., Ceglowska, U., & Hermanowski, T. (2017). A Comparison of the Burden of Out-of-Pocket Health Payments in Denmark, Germany and Poland. *Global Policy*, 8(2).