



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**«Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και οι  
επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας των  
νοικοκυριών. Σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες»**

**ΖΗΚΙΔΟΥ Χ. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

**Η Διατριβή υποβάλλεται στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς σε μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων για  
την απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος**

**Πειραιάς, 2019**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**UNIVERSITY OF PIRAEUS**

**SCHOOL OF ECONOMICS, BUSINESS AND  
INTERNATIONAL STUDIES  
DEPARTMENT OF ECONOMICS**

**Ph.D. THESIS**

**“The time-course of health expenditure in Greece and  
the impact of financial crisis on household health expenditure.  
Comparison to other European countries”**

**ZIKIDOU CH. STAVROULA**

**A Dissertation submitted to the Department of Economics of  
University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements for the  
Degree of Doctor of Philosophy**

**Piraeus, 2019**

## **ΧΩΡΟΣ ΓΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ**

της υπ' αριθμ. 202073/07.10.2020 ορισθείσας ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ  
ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ για την αξιολόγηση της διατριβής της υποψ. διδάκτορος Σ.Ζηκίδου

28/09/2020

**Σ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ**, Καθηγήτρια

Τμήμα Οικονομικών Επιστημών,  
Σχολή Οικονομικών και Περιφερειακών Σπουδών,  
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

**Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ**, Καθηγήτρια

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών  
Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Π. ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ**, Αναπληρ. Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών  
Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Σ. ΧΑΤΖΗΔΗΜΑ (Επιβλέπουσα)** Καθηγήτρια

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών  
Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Α. ΒΟΖΙΚΗΣ**, Αναπληρ. Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών  
και Διεθνών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Μ. ΡΑΪΚΟΥ**, Αναπληρ. Καθηγήτρια

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών  
Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ**, Επίκουρος Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης,  
Σχολή Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών  
Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιώς



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**«Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών. Σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες»**

**ΖΗΚΙΔΟΥ Χ. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

*Επιβλέπουσα:* Χατζηδήμα Σταματίνα, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς  
*Supervisor:* Hadjidema Stamatina, Professor, University of Piraeus

**Μελέτη για την απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος,  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς**

**Πειραιάς, 2019**

Εγκρίθηκε από την τριμελή εξεταστική επιτροπή την 28<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου 2020.

Καθηγήτρια

Καθηγητής

Αναπλ. Καθηγήτρια

ΧΑΤΖΗΔΗΜΑ  
ΣΤΑΜΑΤΙΝΑ  
Επιβλέπουσα καθηγήτρια

ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ  
ΠΑΝΤΕΛΗΣ  
Μέλος Τριμελούς

ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ  
ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ  
Μέλος Τριμελούς

.....

Ζηκίδου Χ. Σταυρούλα

Copyright © Ζηκίδου Χ. Σταυρούλα, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό, πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευτεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

## Άγρια Δύση

Χώμα, νερό που από το κόσκινό τους  
πέταξαν τόσο απερίσκεπτα  
για ένα μικροσκοπικό κόκκο χρυσού  
οι χρυσοθήρες.

Αν θες να δεις πότε μπερδεύτηκε ο άνθρωπος  
-δεν ντρέπονται-  
θα σου το δείξουν αυτοί.

Μπροστά στο φωτογράφο  
έτσι σκυθρωποί που στέκουνε.  
Ένα ολόκληρο χαμόγελο θυσίασαν για να 'χουνε μέσα στο στόμα τους  
καλά κρυμμένο και  
χρυσό τον τραπεζίτη.



Από την ποιητική συλλογή της *Κωνσταντίνας Σκουφή*,  
*«Συγχορδία Συγγνώμης»*  
ISBN: 978-960-408-193-6, εκδόσεις ΕΚΑΤΗ, Αθήνα 2015

**Την ευχαριστώ θερμά**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ηθική υποχρέωση να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου, κα *Χατζηδήμα Σταματίνα*, για την πολύτιμη υποστήριξη, τις επιστημονικές κατευθύνσεις της και τα χρονικά περιθώρια που γενναϊόδωρα μου παρέτεινε όταν υπήρξε ανάγκη. Της χρωστώ ένα επιπρόσθετο μεγάλο ευχαριστώ για το ανθρώπινο πρόσωπο που επέδειξε, τόσο σε ερευνητικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Το ήθος και η δύναμή της, ως άνθρωπος, σπανίζουν. Ήταν πραγματική ευλογία να τύχω μιας τέτοιας αντιμετώπισης από Καθηγήτρια, πόσο μάλλον όταν πρόκειται για την Επιβλέπουσά μου.

Ευχαριστώ θερμά και τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής μου, την Καθηγήτρια κα *Οικονομίδου Κλαίρη* για τις κατευθυντήριες γραμμές στο οικονομετρικό μέρος και την εκμάθηση του προγράμματος STATA και τον Αντιπρύτανη, Καθηγητή κο *Παντελή Παντελίδη* για τη στήριξή του.

Θα ήθελα, ακόμα, να πω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. *Παπαηλία Θεόδωρο*, για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου, την προτροπή να συνεχίσω το ερευνητικό μου έργο και την πολύτιμη υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη την μετεκπαιδευτική και ερευνητική μου πορεία. Θα παραμείνει ο Μέντοράς μου.

Θερμές ευχαριστίες στη διοίκηση και τους συνεργάτες μου στο *Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (Ι.ΙΒ.Ε.Α.Α.)*, για την έμπρακτη διευκόλυνση στην ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής μου διατριβής, και κυρίως στην ελεύθερη πρόσβαση που μου παρείχε η Ακαδημία σε όλες τις συλλογές περιοδικών και βιβλίων των εκδοτικών οίκων από τις ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, που απαιτούσαν ανανεωμένη συνδρομή από τη Βιβλιοθήκη.

Να μην παραλείψω να ευχαριστήσω τους *φίλους* μου, ιδιαιτέρως τον *Θάνο Αθανασιάδη*, *Υπεύθυνο Έρευνας Παρατηρητήριου Οικονομικών της Υγείας του Ι.Ο.Β.Ε.* για τη βοήθεια του στη συλλογή δεδομένων, αλλά και καθέναν ξεχωριστά για τη συμπαράσταση και την ανοχή του. Τελευταίους σε σειρά, αλλά με τη μέγιστη σημαντικότητα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, *Χρήστο* και *Παναγιώτα*, καθώς και την αδερφή μου, *Βιργινία*, για την πίστη και την αμέριστη στήριξη σε όλα τα επίπεδα, προκειμένου να φέρω εις πέρας επιτυχώς ένα ακόμη στόχο μου, ιδίως σε στιγμές που το είχα πραγματικά ανάγκη.

**Είμαι ευγνώμων και εύχομαι να είναι όλοι πάντα καλά.**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει κενό στη δημόσια χρηματοδότησή του ως αποτέλεσμα της πρόσφατης οικονομικής κρίσης και των σχετικών επιβληθέντων μέτρων λιτότητας. Επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ αποδεικνύουν ότι το ΑΕΠ της Ελλάδας έχει συρρικνωθεί κατά 25%<sup>1</sup> μέσα στην τελευταία δεκαετία και αυτό είχε αντίκτυπο στις δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών (των ήδη υψηλών άτυπων πληρωμών). Από τη στιγμή, λοιπόν, που η Υγεία αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα, τα νοικοκυριά κλήθηκαν να «κλείσουν» αυτό το κενό.

Η **επισκόπηση της βιβλιογραφίας** έδειξε ότι οι περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. ακολούθησαν, λίγο έως πολύ, την ίδια πορεία: την αύξηση των προ-κρίσεως δαπανών και τη φθίνουσα μετέπειτα πορεία τους.

Η **υπόθεση** της παρούσας διατριβής είναι ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αυξήθηκαν.

Η παρούσα μελέτη **στοχεύει** να ερευνήσει την σχέση μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας (μακροοικονομική και μικροοικονομική προσέγγιση) διαχρονικά και κατά τη διάρκεια της ύφεσης και της περιόδου δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα. Μέσα από την ερμηνεία της συμπεριφοράς των Ελλήνων στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας διαχρονικά, **αντικείμενο** της μελέτης είναι να επισημάνει την διαφοροποίηση του μοντέλου ανάπτυξης του ελληνικού κράτους. Υπό αυτήν την οπτική μέσω οικονομετρικών εργαλείων και συγκεκριμένα της τεχνικής της **πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης και συνολοκλήρωσης** στα πρωτογενή μικρο-δεδομένα των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.) των ετών 1988 έως 2018, καθώς και χρησιμοποιώντας στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. σχετικά με τη δημόσια δαπάνη στο λογισμικό STATA vs 13 στηρίχθηκε η υπόθεση της εργασίας.

Η **ανάλυση έδειξε ότι** οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών αυξήθηκαν ραγδαία μεταξύ των ετών 1988-2008 και μετά άρχισαν να μειώνονται. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η συνολική ιδιωτική και συνολική δημόσια δαπάνη υγείας φαίνεται να έχει αμφίδρομη, μακροπρόθεσμη σχέση και σημαντική συνολοκλήρωση. Το ίδιο και η δημόσια δαπάνη με την δαπάνη για ιατρικές υπηρεσίες και φάρμακα των νοικοκυριών. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια της ύφεσης, η μηνιαία δαπάνη υγείας των

---

<sup>1</sup> Από 242 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008, σε 184,70 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018 (ΕΛΣΤΑΤ, 9/2019).



νοικοκυριών μειώθηκε, λόγω της δήμευσης του εισοδήματος της μεσαίας τάξης, η οποία οδήγησε σε καταναλωτικό περιορισμό. Ωστόσο, εφόσον τα νοικοκυριά ξοδεύουν, πλέον, μεγαλύτερο ποσοστό από το συρρικνωμένο τους εισόδημα για Υγεία, οι δαπάνες υγείας, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών, έχουν τελικώς αυξηθεί.

Κατόπιν σύντομης **ανασκόπησης και σύγκρισης** μεταξύ των χωρών: **Ισπανίας, Πορτογαλίας, Ιταλίας και Ιρλανδίας**, χώρες οι οποίες αντιμετώπισαν αξιοσημείωτη οικονομική αστάθεια ή στις οποίες εφαρμόστηκαν μνημόνια, καταλήγουμε ότι η Ελλάδα είχε διαφορετικό σημείο αφετηρίας ή παρεκκλίνουσα πορεία προς την έξοδο από τα Μνημόνια. Ο τρόπος της εθνικής ολοκλήρωσης και λειτουργίας του ελληνικού κράτους, με τα έντονα κοινωνικά ζητήματα (εμφύλιος πόλεμος, μετανάστευση, δικτατορία) συνετέλεσαν στην αργοπορημένη εγκαθίδρυση και την φτωχή (άναρχη) δόμηση ενός κράτους- πρόνοιας, με πολλές ελλείψεις και προβλήματα.

Δεδομένου ότι η δαπάνη υγείας θα αρχίσει δειλά-δειλά να αυξάνεται στο **άμεσο μέλλον**, γίνεται σαφές ότι κατά το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ο σοβαρός αντίκτυπος της γήρανσης του πληθυσμού, με την ταυτόχρονη συρρίκνωση του ενεργού πληθυσμού, πράγμα που σημαίνει σημαντική μείωση στα έσοδα και δυσκολία στη χρηματοδότηση της υγείας.

Θα ήταν χρήσιμη η επέκταση της παρούσης, σε ό,τι αφορά στον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας της Ελλάδος, δεδομένου ότι αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης φαίνονται πιο καθαρά σε βάθος χρόνου.

#### **Λέξεις- κλειδιά:**

Δαπάνες υγείας & περίθαλψης, Ελλάδα, Δαπάνες υγείας νοικοκυριών, ύφεση, λιτότητα, αντίκτυπος οικονομικής κρίσης, δημοσιονομική προσαρμογή, Έρευνα Οικογενειακού Προϋπολογισμού (Ε.Ο.Π.), Πολλαπλή- Συνολοκλήρωση, Ε.Σ.Υ.

## ABSTRACT

The Greek healthcare system faces public funding gap, as a result of the current financial crisis and relevant austerity measures being forced. Official data have shown that GDP of Greece has been contracted by 25%<sup>2</sup> within the last decade, and this has had an impact on the health expenditure of Greek households (of high OPP), as well. Households have been asked to close this gap, since health takes top priority for them.

Based on a review of the literature, it was clear that most OECD countries followed, more or less, the same route: increase in spending during pro crisis period and declining afterwards.

This thesis **hypothesis** is that during the recession and austerity measures in Greece, health expenditures of Greek households (HHE), as a proportion of total private expenditure, were increased.

This study **aims** to investigate the relationship between public and private (household) health expenditure (macroeconomic and microeconomic approach) over time and within recession and austerity period in Greece. Through the interpretation of Greeks' behavior on health services consumption over time, the **objective** of this study is to highlight the differentiation of Greece's development model.

In this context, **by using econometric tools** such as multiple regression and co-integration analysis on the raw micro-data of Household Budget Surveys of 1987/88 till 2018, as well as using data of public expenditure of OECD- Health Statistics 2019, in the STATA vs 13, the above mentioned statement is defended.

**Analysis demonstrated that** the Greek HHE was rapidly increasing during 1988-2008, when it started decreasing. The results indicate that the total Private and the total Public Health expenditure seems to have a bidirectional long run relationship and significant co-integration. So does also the public expenditure with the household medical services expenditure and pharmaceuticals. Furthermore, the results indicate that over the years of recession, the monthly household health expenditure decreases, due to confiscation of middle class income which led to consumerism restrictions. However, as households are now spending a bigger portion of their shrunken income for health (as health is an inelastic commodity), HHE, as a proportion of total private expenditure, has eventually risen.

Based on a short review (through health data) and **comparison among Spain, Portugal, Italy and Ireland**, countries that faced considerable economic instability or had

---

<sup>2</sup> from 242 billion euro in 2008, to 184,70 billion euro in 2018 (ELSTAT, 9/2019)

memorandums implemented, we conclude that Greece had had a different starting point and diverging paths to exit the Memorandum. The way of national integration and state's operation with strong social matters (civil war, immigration, dictatorship) resulted in a belated and poorly (sprawled) structured welfare state establishment with considerable weaknesses and difficulties.

On that basis, Health Expenditure will sparingly begin to rise, in the foreseeable future, **it is recommended that** Health Policy planning should consider the severe impact of population ageing, with simultaneous smaller share of active population, which means significant revenue shortfalls and healthcare funding difficulties.

**Further research** and comparative analysis is needed, to indentify the impact of Greece's financial crisis on HHE, whereas the effect of economic crisis appears clearer over the longer periods of time.

**Key- words:**

Health & healthcare spending, Greece, Household health expenditure, Recession, Austerity, Economic Crisis Impact, Economic Adjustment, Household Budget Survey (E.O.P), Multiple co-intergation, N.H.S.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

## Contents

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT .....	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	6
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ .....	9
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ   ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>20</b>
• 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΕΙΣ .....	20
• 1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	24
• 1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- Σ.Λ.Υ. (SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS- S.H.A.) .....	25
• 1.4 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	28
• 1.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ   Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ</b>	
<b>ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ Ε.Σ.Υ. ....</b>	<b>43</b>
• 2.1 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΑΣ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ (ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ ΤΗΣ ΔΥΣΗΣ) ΚΑΙ ΤΗΣ	
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΦΗΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ. ....	43
2.1.1. <i>Η περίπτωση της Ελλάδας και το ευρύτερο διεθνές κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο .....</i>	<i>44</i>
2.1.2. <i>Η άνοδος και η πτώση του Κράτους- Πρόνοιας σε παγκόσμιο επίπεδο.....</i>	<i>49</i>
2.1.3. <i>Κοινωνική Πολιτική και Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....</i>	<i>51</i>
2.1.4. <i>Η Παραοικονομία στην Υγεία ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ελληνικής περίπτωσης.....</i>	<i>57</i>
• 2.2 ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ Ε.Σ.Υ. (ΕΠΙ ΤΗ ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ	
ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ) .....	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ   ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ Ε.Ο.Π. ....</b>	<b>65</b>
• 3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ Ε.Ο.Π., ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ & ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΝ.....	65
• 3.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	70
• 3.3 ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	72
3.3.1 <i>Σκοπός.....</i>	<i>72</i>
3.3.2 <i>Μεθοδολογία της έρευνας.....</i>	<i>72</i>
3.3.3 <i>Αποτελέσματα .....</i>	<i>74</i>

• 3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ   Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2008 ΚΑΙ Η ΕΛΛΑΔΑ .....</b>	<b>102</b>
• 4.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ 2008.....	102
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ  Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....</b>	<b>115</b>
• 5.1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ .....	116
• 5.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	120
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΚΤΟ   ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΣΕ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>134</b>
• 6.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	134
6.1.1. Η έννοια της συνολοκλήρωσης .....	134
6.1.2 Έλεγχος συνολοκλήρωσης.....	136
• 6.2 ΟΙΚΟΝΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	141
6.2.1 Σκοπός.....	142
6.2.2 Μεθοδολογία της έρευνας .....	142
6.2.3 Δοκιμή συνολοκλήρωσης .....	144
• 6.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	145
6.3.1 Περιγραφική παρουσίαση κατηγοριών δαπάνης υγείας νοικοκυριών .....	145
6.3.2 Περιγραφική παρουσίαση συνολικών δαπανών υγείας.....	152
6.3.3 Περιγραφική παρουσίαση δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	154
6.3.4 Από κοινού παρουσίαση της εξέλιξης των δαπανών των νοικοκυριών και των δημοσίων δαπανών υγείας (multiple co-integration) .....	155
6.3.5 Έλεγχος συνολοκλήρωσης.....	156
• 6.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	159
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΒΔΟΜΟ   Η ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ.....</b>	<b>160</b>
• 7.1 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	160
• 7.2 Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ .....	162
• 7.3 Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	164
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΌΓΔΩΟ  ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.....</b>	<b>169</b>
• 8.1 ΙΡΛΑΝΔΙΑ .....	179
• 8.2 ΙΣΠΑΝΙΑ.....	183
• 8.3 ΙΤΑΛΙΑ.....	186
• 8.4 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ.....	190
• 8.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΛΛΑΔΑ .....	194

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ   ΣΥΝΟΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ &amp; ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 2050 .....</b>	<b>206</b>
• 9.1 ΣΥΝΟΨΗ .....	206
• 9.2 ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ-ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 2050 .....	218
• 9.3 ΕΠΙΛΟΓΟΣ/ ΕΠΙΜΕΤΡΟ .....	221
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>223</b>
• ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....	223
• ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	233
• ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ.....	238

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Συντομογραφία	Επεξήγηση
D.R.G.	Diagnosis-Related Group
E.S.M.	European Stability Mechanism
I.C.H.A.	International Classification of Health Accounts
I.D.U.s	Injecting Drug Users
N.H.S.	National Health System
O.O.Ps	Out- of- Pocket (Payments)
P.S.I.	Private Sector Involvement
S.H.A.	System of Health Accounts
S.R.H.	Self-Rated Health
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
V.E.C.	Vector Error Correction
W.H.O.	World Health Organization
A.E.Π.	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Δ.Ν.Τ.	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
(Δ.)Υ.ΠΕ.	(Διοίκηση) Υγειονομική(ς) Περιφέρεια(ς)
E.KE.B.ΥΛ.	Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών
E.K.T.	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛ.ΣΤΑΤ.	Ελληνική Στατιστική Αρχή
E.O.Π.	Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
E.O.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
E.Π.Υ.	Επιτροπή Κρατικών Προμηθειών
E.Σ.Δ.Υ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
E.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
E.T.X.Σ.	Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας
E.Φ.Κ.Α.	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
K.E.N.	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
M.O.X.Π.	Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής
O.K.A.	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
O.O.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
O.Π.Σ.	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα
ΠΕ.Σ.Υ.(Π.)	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας & Πρόνοιας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
M. Σ.Π.Ο.Π.	Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής
T.M.Σ.	Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης
T.OM.Y.	Τοπική Ομάδα Υγείας

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Γραφημάτων</b>	<b>Σελίδα</b>
Γράφημα 1:	<i>Πληθυσμός άνω των 65 ετών που αναφέρουν ότι είναι καλά στην υγεία τους, 2011&amp; 2015</i>	30
Γράφημα 2:	<i>Σύνθεση πληθυσμού Ελλάδας, ανά ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2013</i>	36
Γράφημα 3:	<i>Σύνθεση πληθυσμού Ελλάδας, ανά ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2018</i>	36
Γράφημα 4:	<i>Μερίδιο του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών το 2010 και 2050, ανά χώρα</i>	38
Γράφημα 5:	<i>Η εξέλιξη της αναλογίας του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού) στην Ελλάδα και σε σχέση με το μέσο όρο EU28 κατά την τελευταία δεκαετία</i>	39
Γράφημα 6:	<i>Η εξέλιξη των συνολικών γεννήσεων στην Ελλάδα, ανά έτος (1980-2012)</i>	40
Γράφημα 7:	<i>Η εξέλιξη του δείκτη εξάρτησης πληθυσμού Ελλάδας μέχρι το 2060</i>	41
Γράφημα 8:	<i>Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού Ελλάδας, σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2018</i>	41
Γράφημα 9:	<i>Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2009</i>	54
Γράφημα 10:	<i>Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, επιλεγμένες χώρες Ο.Ο.Σ.Α. κατά το διάστημα 2003-2016</i>	55
Γράφημα 11:	<i>Δαπάνες υγείας χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ως ποσοστό του ΑΕΠ (1970-2013)</i>	57
Γράφημα 12:	<i>Η παραοικονομία των χωρών της Ευρώπης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2013 (EU27, εκτός από: Κύπρο, Μάλτα, Λουξεμβούργο αλλά με: Νορβηγία, Ελβετία, Κροατία και Τουρκία)</i>	59
Γράφημα 13:	<i>Η διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού της «σκιάδους οικονομίας» την τελευταία δεκαετία στην Ευρώπη, 2013 (EU27, συν: Νορβηγία, Ελβετία, Κροατία και Τουρκία)</i>	60
Γράφημα 14:	<i>Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με το μ.ό. των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (% ΑΕΠ), 1970-2018</i>	63
Γράφημα 15:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2008</i>	75
Γράφημα 16:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και υπο-κατηγορίες ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2008</i>	76
Γράφημα 17:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2013</i>	77
Γράφημα 18:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και υπο-κατηγορίες ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2013</i>	77
Γράφημα 19:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2018</i>	78



Γράφημα 20:	<i>Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας για το έτος 2018</i>	78
Γράφημα 21:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή</i>	81
Γράφημα 22:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018</i>	82
Γράφημα 23:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018</i>	83
Γράφημα 24:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε ιατρικές υπηρεσίες</i>	84
Γράφημα 25:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε ιατρικές υπηρεσίες, 2008-2018</i>	84
Γράφημα 26:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε νοσοκομειακή περίθαλψη</i>	85
Γράφημα 27:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη, ανά περιοχή, 2008-2018</i>	86
Γράφημα 28:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, 2008-2018</i>	88
Γράφημα 29:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018</i>	90
Γράφημα 30:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, ιατρικές υπηρεσίες, 2008-2018</i>	91
Γράφημα 31:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, 2008-2018</i>	92
Γράφημα 32:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά τύπο του νοικοκυριού, 2008-2018</i>	93
Γράφημα 33:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018</i>	96
Γράφημα 34:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε ιατρικές υπηρεσίες, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018</i>	97
Γράφημα 35:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018</i>	98
Γράφημα 37:	<i>Η εξέλιξη του ΑΕΠ κατά την περίοδο 2009-2018</i>	110
Γράφημα 38:	<i>Η εξέλιξη του χρέους της Γενικής Κυβέρνησης κατά την περίοδο 2007-2018</i>	110
Γράφημα 39:	<i>Η εξέλιξη του ελλείμματος της Γενικής Κυβέρνησης κατά την περίοδο 2009-2018</i>	110
Γράφημα 40:	<i>Η εξέλιξη των εσόδων και των δαπανών της Γενικής Κυβέρνηση, ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά την περίοδο 2007-2018.</i>	113
Γράφημα 41:	<i>Η συνολική εκτιμώμενη κατάσταση υγείας πληθυσμού Ελλάδας από 2004 έως το 2017</i>	119
Γράφημα 42:	<i>Ρυθμός Ανάπτυξης Δαπανών Υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. 2002-2012</i>	125

Γράφημα 43:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας (δημοσίων και συνολικών) της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	126
Γράφημα 44:	<i>Μεταβολή out-of-pocket πληρωμών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, 2009 έως 2015</i>	131
Γράφημα 45α:	<i>Η εξέλιξη των πληρωμών OOP στην Ελλάδα ως ποσοστό της τρέχουσας δαπάνης για υγεία κατά την τελευταία δεκαετία.</i>	131
Γράφημα 45β:	<i>Η εξέλιξη των πληρωμών OOP στην Ελλάδα (ανά κεφαλήν / τρέχουσες τιμές USD PPPs)</i>	132
Γράφημα 46:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών σε Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό των ελληνικών νοικοκυριών, 1988-2018, σε ευρώ</i>	146
Γράφημα 47:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπανών ιατρικών υπηρεσιών (εκτός νοσοκομείου) των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018</i>	148
Γράφημα 48:	<i>Διαχρονική εξέλιξη παραϊατρικών δαπανών και υποκατηγοριών των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018, σε ευρώ</i>	150
Γράφημα 49:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018</i>	152
Γράφημα 50:	<i>Διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας των ελληνικών νοικοκυριών και των βασικών υποκατηγοριών αυτής (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή δαπάνη), σε ευρώ, 1988-2018</i>	153
Γράφημα 51:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1988-2018, Ελλάδα</i>	154
Γράφημα 52:	<i>Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, 1988-2018</i>	155
Γράφημα 53:	<i>Μέση δαπάνη των νοικοκυριών και μεταβολή της συνολικής δαπάνης ανά έτος (2008-2015)</i>	165
Γράφημα 54:	<i>Economic crisis and health care utilization (Οικονομική κρίση και χρήση υπηρεσιών υγείας)</i>	167
Γράφημα 55:	<i>Διαβάθμιση σοβαρότητας οικονομικής ύφεσης ανά χώρα, 2009</i>	172
Γράφημα 56:	<i>Διαβάθμιση σοβαρότητας οικονομικής ύφεσης ανά χώρα και συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2009</i>	173
Γράφημα 57:	<i>Δείκτης ανεργίας ανά χώρα, 2008-2018 (%)</i>	176
Γράφημα 58:	<i>Δείκτης ανάπτυξης Ιρλανδίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Ιταλίας κατά την χρονική περίοδο 1980-2019</i>	178
Γράφημα 59:	<i>Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ιρλανδίας(2000-2012)</i>	180
Γράφημα 60:	<i>Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ιρλανδία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.</i>	181
Γράφημα 61:	<i>Συνολικές δαπάνες για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ της Ισπανίας (2000-2012)</i>	184
Γράφημα 62:	<i>Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ισπανία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.</i>	185
Γράφημα 63:	<i>Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ιταλίας (2000-2012)</i>	188

Γράφημα 64:	<i>Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ιταλία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.</i>	190
Γράφημα 65:	<i>Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Πορτογαλίας (2000-2012)</i>	192
Γράφημα 66:	<i>Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Πορτογαλία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.</i>	193
Γράφημα 67:	<i>Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ(2000-2018)</i>	196
Γράφημα 68:	<i>Ιδία δαπάνη νοικοκυριών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία</i>	198
Γράφημα 69:	<i>Δημόσια δαπάνη για υγεία συγκρινόμενων χωρών, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία</i>	200
Γράφημα 70:	<i>Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αναλώσιμα, σε ποσοστό τρέχουσας δαπάνης για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας</i>	202
Γράφημα 71:	<i>Δημόσια και Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2016)</i>	204
Γράφημα 72:	<i>Ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών, 2015 και 2050</i>	220

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Εικόνων</b>	<b>Σελίδα</b>
Εικόνα 1α:	<i>Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης Ελλήνων (κατά τη γέννηση, ανά φύλο και ηλικία) σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.</i>	33
Εικόνα 1β:	<i>Προσδόκιμο επιβίωσης στα 65 στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (1970 και 2015)</i>	34
Εικόνα 2:	<i>Η πορεία του χρέους της Ελλάδας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) σε σχέση με το μέσο όρο χρέους της Ευρωζώνης</i>	106
Εικόνα 3:	<i>Χρονική εξέλιξη της οικονομικής δραστηριότητας</i>	220

<b>α/α</b>	<b>Τίτλος Πινάκων</b>	<b>Σελίδα</b>
Πίνακας 1:	<i>Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων – παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή ελληνικού πληθυσμού ανά ομάδα ηλικιών</i>	32
Πίνακας 2:	<i>Δείκτες ανάπτυξης πληθυσμού Ελλάδας βάσει Παγκόσμιας Τράπεζας</i>	35
Πίνακας 3:	<i>Η μεταβολή του υπέργηρου πληθυσμού άνω των 80 ετών ανά χώρα και δεκαετία.</i>	37
Πίνακας 4:	<i>Η διαχρονική εξέλιξη της τρέχουσας δαπάνης υγείας της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ (1988-2018)</i>	64
Πίνακας 5:	<i>Δημόσια Δαπάνη Υγείας και Χρηματοδότηση ως ποσοστό του ΑΕΠ Ελλάδας και επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ κατά τα έτη 1970-2018</i>	65
Πίνακας 6:	<i>Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών &amp; υποκατηγορίες τους, 2008-2018, σε ευρώ</i>	75
Πίνακας 7:	<i>Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς την περιοχή διαμονής, σε ευρώ</i>	81

Πίνακας 8:	<i>Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, σε ευρώ</i>	90
Πίνακας 9:	<i>Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς τη σύνθεση του νοικοκυριού, σε ευρώ</i>	95
Πίνακας 10:	<i>Αποτελέσματα παλινδρομήσεων</i>	100
Πίνακας 11:	<i>Η εξέλιξη του ΑΕΠ, των εσόδων, των δαπανών, του ελλείμματος και του χρέους της Γενικής Κυβέρνησης κατά την περίοδο 2007-2018.</i>	110
Πίνακας 12:	<i>Μέση μηνιαία δαπάνη για Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018</i>	146
Πίνακας 13:	<i>Μέση μηνιαία δαπάνη για ιατρικές υπηρεσίες (εκτός νοσοκομείου) των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018</i>	148
Πίνακας 14:	<i>Μέση μηνιαία δαπάνη για παραϊατρικές υπηρεσίες των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018, σε ευρώ</i>	150
Πίνακας 15:	<i>Μέση μηνιαία δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018, σε ευρώ</i>	152
Πίνακας 16:	<i>Αποτελέσματα ανάλυσης συνολοκλήρωσης μεταξύ δημοσίων δαπανών υγείας και δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών</i>	157
Πίνακας 17:	<i>Αποτελέσματα εξίσωσης συνολοκλήρωσης και μοντέλου VEC μεταξύ κρατικών δαπανών και δαπανών ελληνικών νοικοκυριών</i>	159
Πίνακας 18:	<i>Χρέος Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ισπανίας, Ιταλίας και Πορτογαλίας σε εκατ. ευρώ κατά το πρώτο τετράμηνο των ετών 2017, 2018 και 2019</i>	176
Πίνακας 19:	<i>Δείκτης ανάπτυξης Ιρλανδίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Ιταλίας, 1980-2020</i>	177
Πίνακας 20:	<i>Συνολική δαπάνη για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)</i>	196
Πίνακας 21:	<i>Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)</i>	197
Πίνακας 22:	<i>Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά τη μελετώμενη περίοδο κρίσης (2007-2018)</i>	198
Πίνακας 23:	<i>Ιδία δαπάνη νοικοκυριών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας (2000-2012)</i>	199
Πίνακας 24:	<i>Δημόσια δαπάνη για υγεία, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία</i>	201
Πίνακας 25:	<i>Δημόσια δαπάνη για υγεία συγκρινόμενων χωρών, ως ποσοστό του ΑΕΠ</i>	202

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε στα πλαίσια μελέτης για την απόκτηση διδακτορικού διπλώματος από το Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης της Σχολής Οικονομικών, Επιχειρηματικών και Διεθνών Σπουδών του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Εφαλτήριο για την επιλογή του θέματος αποτέλεσε η έντονη προσωπική επιθυμία της ερευνήτριας να πραγματευθεί ένα ζήτημα που αφορά κάθε φορολογούμενο πολίτη-εκπρόσωπο νοικοκυριού με διευρυμένες προσδοκίες και να εξαγάγει τα αντίστοιχα συμπεράσματα για την πολιτική υγείας που ακολουθείται στην Ελλάδα.

Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει συστηματικά τις επιπτώσεις της ύφεσης στην Ελλάδα, μιας χώρας με πολλές ιδιαιτερότητες, στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αυξήθηκαν.

Η μελέτη αυτή επιχειρεί να προβληματίσει και να συνεισφέρει στην ανάπτυξη καταλληλότερων πολιτικών υγείας για την εξάλειψη των παρενεργειών της κρίσης, αλλά και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ήδη υπάρχοντων προ ύφεσης προβλημάτων του κλάδου.

Ερευνητικός στόχος της μελέτης είναι να εντοπιστεί και να συσχετισθεί η επίδραση της οικονομικής ύφεσης και των πολιτικών υγείας του μνημονίου, με τις δαπάνες υγείας σε επίπεδο νοικοκυριού, μέσω των εργαλείων της οικονομικής επιστήμης και της χρήσης στατιστικών δεδομένων σε επίπεδο νοικοκυριού (με βάση τα πρωτογενή μικρο-στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών των ετών 1987, 1994, 1999, 2004, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 και 2018).

Δευτερεύοντες, αλλά εξίσου σημαντικοί, στόχοι είναι η ερμηνεία της συμπεριφοράς των Ελλήνων στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας διαχρονικά, αλλά και η εξέταση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών.

Η κύρια συνεισφορά αυτής της διδακτορικής διατριβής είναι ότι έρχεται να καλύψει μια ουσιώδη έλλειψη. Προσπαθεί, αρχικά, να εντοπίσει και να αξιολογήσει τους παράγοντες που προσδιορίζουν τη διαφοροποίηση της ελληνικής περίπτωσης από εκείνους των άλλων ευρωπαϊκών κρατών προ της οικονομικής κρίσης.

Οι παράγοντες αυτοί αναζητούνται σε δύο κυρίως άξονες:

*Πρώτο*, στη διαφοροποίηση του ελληνικού μοντέλου ανάπτυξης από εκείνο των άλλων δυτικοευρωπαϊκών κρατών. Το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα άρχισε να κτίζεται όταν κατεδαφίζετο ή, εν πάση περιπτώσει, αποδομείτο το αντίστοιχο στη Δύση.

*Δεύτερο*, στην ιδιαιτερότητα της οικονομικής και κοινωνικής υφής της χώρας. Ο τρόπος της εθνικής ολοκλήρωσης και η λειτουργία του κράτους μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο με τα έντονα κοινωνικά ζητήματα (εμφύλιος, μετανάστευση, δικτατορία κλπ.) που ανέκυψαν, διεχώρησαν την ελληνική περίπτωση από τις άλλες, τόσο της δυτικής όσο και της ανατολικής Ευρώπης.

Υπό αυτήν την έννοια, το κύριο αντικείμενο της διατριβής είναι η οικονομική προσέγγιση, χωρίς να παραλείπεται μια κοινωνιολογική ανίχνευση της δομής του ελληνικού καταναλωτικού προτύπου (και γενικότερα της υφής της νεοελληνικής κοινωνίας).

Ακολούθως, εξετάζεται πως λειτούργησε το ελληνικό παράδειγμα σε σχέση με αντίστοιχες χώρες που αντιμετωπίζουν κρίση (Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία). Ανιχνεύεται, παράλληλα, πόσο και με τι τρόπο επηρέασε η κρίση το ελληνικό σύστημα υγείας (τις δαπάνες του δημοσίου και των νοικοκυριών, αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες). Επιπλέον, το έτος 1983, που σηματοδότησε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας, θα γίνει προσπάθεια να αποτελέσει έτος αναφοράς, ώστε να οδηγήσει σε κρίσιμα συμπεράσματα σχετικά με τον αντίκτυπο της μεγάλης αυτής μεταρρύθμισης του τομέα υγείας στα ελληνικά νοικοκυριά.

Αρκετές δημοσιευμένες μελέτες έχουν κάνει την εμφάνισή τους από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι την κατάθεση της παρούσας, ωστόσο, οι μελέτες αυτές έχουν γενικά περιορισμένο πεδίο εφαρμογής, συμπεριλαμβανομένου του περιορισμού της εξέτασης μόνο μερικών αιτιών ασθένειας ή θνησιμότητας, καθώς επίσης της διερεύνησης επισήμων στατιστικών που δεν συνεχίζονται πέρα από τα πρώτα χρόνια της λιτότητας.

Η καινοτομία, τέλος, της παρούσας μελέτης εντοπίζεται στον τρόπο σύνδεσης του αποδεικτικού υλικού. Αρχικά, μακροοικονομική προσέγγιση και ακολούθως, ανάλυση των δεδομένων των οικογενειακών προϋπολογισμών (μικροοικονομική προσέγγιση). Η διερεύνηση του κοινωνικού και πολιτικού κλίματος (αποκλίσεις από τις κοινωνίες της Δύσης) θα εμβαθύνει στη διατύπωση των αιτίων της ελληνικής ιδιαιτερότητας.

Επιπρόσθετο στοιχείο, στο οποίο πρωτοτυπεί η μελέτη αυτή, είναι η μεθοδολογική προσέγγιση: η χρήση της τεχνικής "*Πολλαπλής Συνολοκλήρωσης*" (Multiple Co-integration) στη χρονολογική εξέταση της σχέσης δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Η παρούσα εργασία είναι δομημένη σε οκτώ κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα για τη σύνοψη:

Το **Κεφάλαιο 1** περιλαμβάνει τα εισαγωγικά, που είναι απαραίτητα για την κατανόηση της έννοιας των δαπανών υγείας και των παραγόντων που καθορίζουν τη ζήτηση αυτών, σύντομη παρουσίαση της ιδιαιτερότητας του ελληνικού συστήματος υγείας και των δημογραφικών χαρακτηριστικών - προφίλ υγείας των Ελλήνων, ενώ στο **Κεφάλαιο 2** γίνεται προσπάθεια παρουσίασης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά το Ε.Σ.Υ. με όλες τις ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις της χώρας από άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Επιπλέον, στο ίδιο κεφάλαιο, επιχειρείται να ανιχνευτεί κοινωνιολογικά το ελληνικό καταναλωτικό πρότυπο, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης στο ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο που θα εξεταστεί ακολούθως στο Κεφάλαιο 7.

Στη συνέχεια, στο **Κεφάλαιο 3** χρησιμοποιούνται τα πρωτογενή μικρο-στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ., για να παρουσιαστούν οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών από το 1988 έως και το 2018 με την τεχνική της της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης (multiple regression analysis).

Στο **Κεφάλαιο 4** περιγράφεται συντόμως το θέμα της οικονομικής κρίσης του 2008 και το πώς βρέθηκε η Ελλάδα στη δυσμενή αυτή θέση, ώστε να γίνει κατανοητή η επίδραση της ύφεσης στην υγεία, τόσο σε επίπεδο υγείας των Ελλήνων, όσο και στο σύστημα υγείας της χώρας, θέμα που παρατίθεται ακολούθως στο **Κεφάλαιο 5**.

Στο **Κεφάλαιο 6**, που (μαζί με το Κεφάλαιο 3) αποτελεί και το οικονομετρικό μέρος της παρούσας μελέτης, επιχειρείται η διαχρονική συσχέτιση των δημοσίων δαπανών υγείας του κράτους με τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, προκειμένου να εντοπιστεί κατά πόσο οι περιοριστικές πολιτικές υγείας του μνημονίου μετακυλίνουν το κόστος υγείας στον τελικό χρήστη υπηρεσιών υγείας, ήτοι το ελληνικό νοικοκυριό.

Στη συνέχεια, το **Κεφάλαιο 7**, όπως προαναφέρθηκε, περιγράφει τις επιπτώσεις της κρίσης στο ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο, ενώ στο **Κεφάλαιο 8** παρατίθενται συγκρίσεις με τη διεθνή εμπειρία.

Τέλος, ύστερα από μια μικρή σύνοψη, παρατίθενται προβλέψεις και εκτιμήσεις περί των δαπανών υγείας μέχρι το 2050 και ακολουθούν τα συμπεράσματα της μελέτης.

Η παρούσα διατριβή θα κλείσει με την ελπίδα να κάλυψε με σφαιρικότητα και σαφήνεια το θέμα, αλλά και την προσδοκία να ωθήσει τον αναγνώστη σε περαιτέρω προβληματισμό γύρω από το αντικείμενο της μελέτης.

### **Μεθοδολογία προσέγγισης του ερευνητικού αντικειμένου**

Η μελέτη βασίστηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση πρωτογενών και δευτερογενών πηγών, όπως επιστημονικών συγγραμμάτων, άρθρων, ευρημάτων αντίστοιχων ερευνών και ανάλυση της μέχρι σήμερα εξέλιξής της.

Πιο συγκεκριμένα, κύριες πηγές άντλησης δεδομένων αποτέλεσαν τα πρωτογενή δεδομένα των Ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) από το 1987/88 μέχρι και το 2017 (δημοσίευση τελευταίας Ε.Ο.Π για χρήση στην παρούσα: τον Οκτώβρη του 2018), που κάλυψαν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, καθώς και δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α. (Health data, 2019), του Π.Ο.Υ. και της Παγκόσμιας Τράπεζας. Η οικονομετρική προσέγγιση πραγματοποιήθηκε με χρήση των διαχρονικών δεδομένων (time series analysis) και των τομεακών, δηλαδή της διάρθρωσης των δαπανών συγκεκριμένων περιόδων, ώστε μέσω της σύγκρισης των αποτελεσμάτων της έρευνας να επιχειρηθεί μορφοποίηση των ιδιοτήτων της ελληνικής περίπτωσης. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό STATA version 13 και για το σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της ανάλυσης συνολοκλήρωσης (co-integration), καθώς και της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης (multiple regression analysis).

Η ανεύρεση βιβλιογραφικών στοιχείων πλαισιώθηκε, τέλος, από την άντληση πληροφοριών από ελληνικές και διεθνείς διαδικτυακές βάσεις δεδομένων και επιστημονικές συλλογές, η οποία έλαβε χώρα μεταξύ των ετών 2013-2014 και επικαιροποιήθηκε το 2019.

### **Περιορισμοί**

Στην παρούσα μελέτη, μεταξύ άλλων, παρουσιάζονται απόψεις από την επιστημονική κοινότητα, οι οποίες ενδέχεται να εμπεριέχουν προσωπικά βιώματα ή προκαταλήψεις (personal bias), που μπορεί να προέκυψαν λόγω των δυσκολιών της κρίσης. Παρουσιάζονται, επίσης, στατιστικά στοιχεία που, ωστόσο, μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν πλήρως και με ακρίβεια τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στα ελληνικά νοικοκυριά ή το εθνικό σύστημα υγείας, λόγω του σχετικά περιορισμένου χρονικού διαστήματος μελέτης της κρίσης μέχρι την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Επιπρόσθετα, ο σημαντικότερος ίσως περιορισμός κάθε έρευνας σχετικής με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας έγκειται στην έλλειψη δεδομένων για τις άτυπες πληρωμές (φακελάκια κ.λ.π.), που συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας και εκτοξεύουν το ήδη μεγάλο πραγματικό ιδιωτικό κόστος για την υγεία σε ακόμα μεγαλύτερα επίπεδα. Αν και μέρος των άτυπων αυτών πληρωμών περιλαμβάνεται στις Ε.Ο.Π., γεγονός που τις κάνει πιο



αξιόπιστες σε σχέση με άλλες έρευνες, σε καμία περίπτωση δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό των πραγματικών μεγεθών.

Τέλος, η αναντιστοιχία μεταξύ των πηγών των στατιστικών δεδομένων (ακόμη κι από τις ίδιες πλατφόρμες των ίδιων φορέων παροχής πληροφοριών) ανά τα έτη, καθώς και η διαφοροποίηση των υποκατηγοριών των δαπανών από την ΕΛΣΤΑΤ, περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων. Παρόλα αυτά, η έρευνα μπορεί να συνεχιστεί από το σημείο όπου σταμάτησε η παρούσα, ώστε να επεκταθεί και να επιβεβαιωθούν ή να καταρριφθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τα ευρήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ | Εννοιολογική προσέγγιση του θέματος

«Η επιθυμία να ζήσουμε περισσότερο μπορεί να είναι ακόρεστη, αλλά το να ξοδεύουμε περισσότερα για την υγεία δεν είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος για να πετύχουμε το σκοπό αυτό.»

**Scitovsky, 1976<sup>3</sup>**

Λόγω της φύσης του αγαθού «Υγεία» και της σημαντικότητας που οι άνθρωποι προσδίδουν σε αυτό, οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ποσοστό του Α.Ε.Π. της κάθε χώρας. Κατά κοινή παραδοχή, δεν υπάρχει υγειονομικό σύστημα παγκοσμίως που να μην αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες από την διόγκωση των δαπανών και γενικότερα του κόστους για την υγεία. Πόσο μάλλον όταν συντρέχουν δυσμενείς καταστάσεις, όπως αυτή της πρόσφατης παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης του 2009 με τις αναπόφευκτες δυσάρεστες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, αλλά και τον αντίκτυπο στους τελικούς χρήστες υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τα νοικοκυριά. Προτού όμως εξετάσουμε εκτενέστερα το θέμα αυτό, κρίνεται ζωτικής σημασίας η αποσαφήνιση του όρου «δαπάνη υγείας» και η διερεύνηση των συνιστωσών αυτής, καθώς ο προσδιορισμός και η εκτίμηση των δαπανών υγείας με διεθνή πρότυπα είναι κάτι που απασχόλησε έντονα την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα των Οικονομικών της Υγείας.

### 1.1 Ορισμός δαπάνης Υγείας, μέτρηση και κατηγοριοποιήσεις

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης- Ο.Ο.Σ.Α. (Ο.Ε.Κ.Δ. Library)<sup>4</sup> αναφέρει ως *Δαπάνη Υγείας* την τελική κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας μαζί με τις επενδύσεις κεφαλαίου στις υγειονομικές υποδομές. Περιλαμβάνει τις δαπάνες από δημόσιες<sup>5</sup> και ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών) σε ιατρικά αγαθά (πχ. φάρμακα κ.λ.π.) και υπηρεσίες για θεραπεία, αποκατάσταση και μακροχρόνια φροντίδα,

<sup>3</sup> Scitovsky T. (1976), *The Joyless economy*, ed: Oxford University Press, New York.

<sup>4</sup> OECD (2014), *Health spending (indicator)*. doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 August 2014) και <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2011-en/12/03/03/index.html?/ns/Chapter&itemId=/content/chapter/factbook-2011-112-en>

<sup>5</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 14 του Νόμου υπ' αριθμ. 4270 (ΦΕΚ 143/ Α' / 28.06.2014), ο **Δημόσιος τομέας** περιλαμβάνει τη *Γενική Κυβέρνηση*, τα εκτός αυτής *Ν.Π.Δ.Δ.* και *Δημόσιες Επιχειρήσεις*. Πιο συγκεκριμένα, η Γενική Κυβέρνηση περιλαμβάνει την Κεντρική Κυβέρνηση (Κεντρική Διοίκηση και Ν.Π.Δ.Δ. & Ν.Π.Ι.Δ. που δεν περιλαμβάνονται στις άλλες κατηγορίες), τους Ο.Τ.Α. (Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, βαθμού Α' - Δήμοι και Β'-Περιφέρειες και κάποια ΝΠΔΔ & ΝΠΔΔ) και τους Ο.Κ.Α. (Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης: Ασφαλιστικά Ταμεία, Οργανισμοί Απασχόλησης και Οργανισμοί Παροχής Υπηρεσιών Υγείας).

για προγράμματα δημόσιας υγείας και πρόληψης, καθώς και διοικητικές δαπάνες. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζεται ως συνολική δαπάνη υγείας και ως προς τον χρηματοδοτικό του φορέα (δημόσιο, ιδιωτικό και out-of-pocket). Καταμετράται δε ως ποσοστό του Α.Ε.Π. και σε κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (US dollars per capita, PPP<sup>6</sup>).

Η Παγκόσμια Τράπεζα (The World Bank)<sup>7</sup> ορίζει, από την πλευρά της, ως *Συνολική Δαπάνη Υγείας* το σύνολο των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας ως αναλογία στο συνολικό πληθυσμό. Καλύπτει την παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτικές και θεραπευτικές), δραστηριότητες οικογενειακού προγραμματισμού, διατροφικές ενέργειες και επείγουσα βοήθεια για υγεία, χωρίς να περιλαμβάνει, ωστόσο, την παροχή νερού και διατροφής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- Π.Ο.Υ. (World Health Organization-W.H.O.)<sup>8</sup>, από την άλλη μεριά, υπολογίζοντας τη *Συνολική Δαπάνη Υγείας* αναφέρεται στο σύνολο των δαπανών υγείας της γενικής κυβέρνησης και τις ιδιωτικές δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός έτους, υπολογισμένη στο αντίστοιχο εθνικό νόμισμα σε τρέχουσες τιμές. Περιλαμβάνει τα έξοδα που προορίζονται για φροντίδα υγείας, αποκατάσταση ή βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τα οποία έχουν πληρωθεί σε χρήμα ή είδος.

Πιο συγκεκριμένα, ο Π.Ο.Υ. κατηγοριοποιεί της δαπάνες υγείας σε:

1. *Δαπάνες Υγείας Γενικής Κυβέρνησης (General Government Expenditure on Health-GGHE)*: είναι το σύνολο των εξόδων των κρατικών φορέων για την αγορά υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Αποτελούνται από τα έξοδα για υγεία που πραγματοποιούνται σε όλα τα επίπεδα της κυβέρνησης, κοινωνικά ασφαλιστικά ταμεία και άμεσα έξοδα των φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα και των δημοσίων εταιρειών. Οι δαπάνες για υγεία περιλαμβάνουν την τελική κατανάλωση, επιχορηγήσεις σε παραγωγούς και επιδόματα στα νοικοκυριά (κυρίως αποζημιώσεις για αγορά ιατρικών ειδών και φαρμάκων). Περιλαμβάνουν τόσο περιοδικές, όσο και επενδυτικές δαπάνες (μεταφορά

---

<sup>6</sup> *Ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity/ PPP)* είναι μια οικονομική θεωρία και μια τεχνική που χρησιμοποιείται στα πλαίσια της οικονομικής θεωρίας για να καθορίσει τη σχετική αξία των νομισμάτων, τον υπολογισμό του ποσού της προσαρμογής που απαιτείται για την ισοτιμία μεταξύ των χωρών, προκειμένου η ανταλλαγή να είναι ισοδύναμη με (ή στο ίδιο επίπεδο με) κάθε νόμισμα. Η μονάδα αυτή, που συνήθως έχει ως νόμισμα αναφοράς το δολάριο (US Dollar) αποτελεί, με άλλα λόγια, το μέτρο που ελαχιστοποιεί τις δυσμενείς επιπτώσεις από τις διαφορές των ισοτιμιών των νομισμάτων μεταξύ χωρών.

<sup>7</sup> The World Bank, on-line διαθέσιμο σε: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>

<sup>8</sup> WHO Associated terms, διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/whosis/whostat2006HealthFinancing.pdf>

κεφαλαίων) που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους. Εκτός από εγχώρια κεφάλαια, περιλαμβάνει, επίσης, εξωτερικές πηγές (κυρίως χρηματοδοτήσεις που περιήλθαν μέσω του κράτους ή δάνεια που διοχετεύθηκαν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού).

2. *Δαπάνες Υγείας Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Expenditure on Health-SSHE)*: περιλαμβάνονται τα έξοδα για αγαθά υγείας και υπηρεσίες που επιβάλλονται και υποχρεωτικά ελέγχονται από την κυβέρνηση. Συστήματα κοινωνικής ασφάλειας που προορίζονται για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως δημόσιοι υπάλληλοι, περιλαμβάνονται επίσης σε αυτήν την κατηγορία.
3. *Δαπάνες Υγείας από Εξωτερικές Πηγές (External Resources- ExtHE)*: αφορούν όλες τις επιχορηγήσεις και δάνεια, τα οποία περνούν είτε από το κράτος, είτε από ιδιωτικές οντότητες για αγαθά και υπηρεσίες υγείας, σε χρήμα ή σε είδος.
4. *Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας (Private Health Expenditure- PvtHE)*: ορίζονται ως το σύνολο των δαπανών υγείας των ακόλουθων οντοτήτων:
  - *Προπληρωμένα προγράμματα κάλυψης δαπανών και ρυθμίσεις για την κάλυψη ορισμένων ασφαλιστικών κινδύνων (Prepaid plans and risk-pooling arrangements- PrepaidHE)*: είναι τα έξοδα των ιδιωτικών προγραμμάτων ασφάλισης (χωρίς κρατικό έλεγχο πάνω στα ασφάλιστρα και τους συμμετέχοντες προμηθευτές, αλλά με ευρύ σκέλος κρατικών οδηγιών).
  - *Εταιρικές Δαπάνες Υγείας (Firms' expenditure on health)*: περιλαμβάνουν τις δαπάνες των ιδιωτικών επιχειρήσεων για ιατρική περίθαλψη-φροντίδα και προνόμια βελτίωσης της υγείας των εργαζομένων, πέραν όμως των ασφαλιστικών εισφορών στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης ή άλλων προπληρωμένων προγραμμάτων.
  - *Μη κερδοσκοπικά Ιδρύματα με υπηρεσίες κυρίως προς νοικοκυριά (Non-profit institutions serving mainly households- NGO's)*: αφορούν σε έξοδα των οντοτήτων εκείνων των οποίων το καθεστώς δεν τους επιτρέπει να πραγματοποιούν κέρδη. Περιλαμβάνεται, επίσης, χρηματοδότηση από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές.
  - *«Εκτός Τσέπης» Δαπάνες Νοικοκυριών (Household out-of-pocket spending-OOPs)*: είναι τα άμεσα έξοδα των νοικοκυριών, συμπεριλαμβανομένων φιλοδωρημάτων και πληρωμών σε είδος που γίνονται προς ιατρούς (τα λεγόμενα «φακελάκια»), προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών συσκευών και άλλων αγαθών και υπηρεσιών. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών σε δημόσιους και ιδιωτικούς προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, μη-κερδοσκοπικά

ιδρύματα και μη-επιστρεπτέες συμμετοχές στο κόστος, όπως παρακρατήσεις, συνεισφορές και φόρους συναλλαγών.

- Σε ό,τι αφορά την τελευταία κατηγορία, όπως διασαφηνίζει ο Οικονόμου Χ. (2013), η έννοια του cost sharing στον ασθενή αναφέρεται στην εφαρμογή μιας σειράς συγκεκριμένων πολιτικών, στην πλευρά της Ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Συνήθως, τα μέτρα επιβάλλονται εντός των πλαισίων δράσης της δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ή στα πλαίσια δράσης ενός εθνικού συστήματος υγείας. Οι τρεις κυριότερες μορφές μηχανισμών που ενεργοποιούνται προκειμένου να γίνει cost sharing στον ασθενή είναι:

**Εκπρωτέο ποσό:** είναι ένα ποσό χρημάτων που ο ασθενής πρέπει να καταβάλει ο ίδιος, πριν την δραστηριοποίηση του ασφαλιστικού σχήματος που τον καλύπτει.

**Συμμετοχή στο κόστος:** είναι ένα πάγιο ποσό που ο δικαιούχος θα πρέπει να καταβάλει για κάθε υπηρεσία υγείας που χρησιμοποιεί. Το ποσό αυτό συνήθως είναι ποσοστιαίο ή πάγιο.

**Συν-ασφάλιση:** είναι ποσοστό επί των συνολικών χρεώσεων για μια υπηρεσία. Το ποσό αυτό πρέπει να καταβληθεί από τον ασφαλισμένο. Πρόβλημα προκύπτει, καθώς είναι δύσκολο να καθοριστεί ο βαθμός συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος των υπηρεσιών, εφόσον τελικά δεν φαίνεται να υπάρχει κάποιος που έχει αρμοδιότητα να καθορίσει τον βαθμό αυτό. Ποιός είναι αυτός που θα αποφασίσει σχετικά με την οικονομική δυνατότητα του πολίτη και θα καθορίσει τα όρια συμμετοχής, ώστε να μην θίγεται η ισότητα στην πρόσβαση και παροχή των υπηρεσιών; Το κοινωνικό κράτος, ο γιατρός, ο φαρμακοποιός ή ο ίδιος ο ασθενής; (Οικονόμου, 2013).

Σχετικά με την **κατηγοριοποίηση** των δαπανών υγείας, η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει πολλές υποδιαιρέσεις. Μια από αυτές είναι και η κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας ανάλογα με τη φύση ή το σκοπό που εξυπηρετούν. Για παράδειγμα, οι τρεις βασικές κατηγορίες δαπανών που καταγράφονται στη βιβλιογραφία είναι οι ιατρικές (αμοιβές ιατρών, έξοδα για εργαστηριακές αναλύσεις, έξοδα για διάφορες θεραπείες, έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών κ.λ.π.), οι νοσοκομειακές (δαπάνες για νοσηλεία, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων, δαπάνες επεμβάσεων, φαρμάκων, δαπάνες για εξωτερικά ιατρεία κλπ) και οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων (πχ. οπτικά, ορθοπεδικά). Αν θέλουμε να εκτιμήσουμε τις συνολικές δαπάνες υγείας, θα πρέπει να συνυπολογίσουμε και τις δαπάνες για σχολική ιατρική, δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, δαπάνες για

ιατρική της εργασίας, δαπάνες για κατάρτιση, πρόληψη, έρευνα και λειτουργικές δαπάνες (Σούλης, 1998, σελ.139).

Γενικότερα, ο ακριβής προσδιορισμός, παρακολούθηση και μέτρηση των δαπανών υγείας μιας χώρας δεν είναι εύκολη υπόθεση και έχει απασχολήσει εκτενώς τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Παράλληλα, το πρόβλημα εκτίμησης των συνολικών δαπανών υγείας κάθε χώρας επιτείνεται, καθώς δεν γίνεται διάκριση των δαπανών ανά βαθμίδα περίθαλψης. Πράγματι, υπάρχει αδυναμία στην προσπάθεια περιγραφής της πορείας ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας σε όλη την διάρκεια της ζωής του, ενώ πολλές φορές απαιτείται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής- εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του ασθενούς<sup>9</sup>. Για την επίλυση τέτοιων προβλημάτων σχεδιάστηκε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, που περιγράφεται στη συνέχεια. Προτού, όμως, γίνει σχετική μνεία, θα πρέπει να αναφερθούν συντόμως οι προσδιοριστικοί παράγοντες (determinants) που καθορίζουν τη δαπάνη Υγείας.

## **1.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν τη δαπάνη Υγείας**

Οι συνιστώσες που καθορίζουν το βαθμό χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών, σύμφωνα με μελέτη οικονομικών υγείας της Ε.Σ.Δ.Υ. (Οικονόμου και συν., Απρίλιος 2002)<sup>10</sup>, είναι οι δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές. Η ηλικία, δηλαδή, η εκπαίδευση, το εισόδημα και το επίπεδο υγείας αποτελούν τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες χρήσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η αύξηση της ηλικίας και η χειροτέρευση του επιπέδου υγείας συνεπιφέρουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, η βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου και η αύξηση του εισοδήματος σχετίζονται με μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Οι Baltagi και Moscone (2010)<sup>11</sup> αναφέρουν, από την πλευρά τους, το εισόδημα ως τον πλέον καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει τις δαπάνες υγείας και τις διαφοροποιεί ανά χώρα. Ακολουθεί η ηλικιακή δομή του πληθυσμού, ο βαθμός στον οποίο η δαπάνη

---

<sup>9</sup> Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, «Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στην μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας»

<sup>10</sup> Οικονόμου Χ. και συν. (2002), «Μελέτη οικονομικών υγείας», on-line διαθέσιμη στο: [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Meleti.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Meleti.pdf)

<sup>11</sup> Baltagi B. και Moscone F. (2010), "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data", Elsevier, Economic Modelling 27 (2010) 804-811

χρηματοδοτείται από το κράτος, η παραγωγικότητα του τομέα υγείας και η τεχνολογική πρόοδος (εξειδικευμένος ιατρικός εξοπλισμός, δαπάνες για ιατροβιολογική έρευνα και ανάπτυξη, επίδραση αυτής στο προσδόκιμο επιβίωσης και στην παιδική θνησιμότητα).

Ένα υψηλό εισόδημα, ωστόσο, δε συνεπάγεται καλό επίπεδο υγείας, αφού η έννοια της υγείας είναι από μόνη της άνιση<sup>12</sup>. Η φύσει κατανομή της υγείας δεν είναι δίκαιη και ένα καλό επίπεδο υγείας δεν συνδέεται με το ύψος του ατομικού εισοδήματος (Getzen, 1997)<sup>13</sup>.

### 1.3 Σύστημα Λογαριασμών Υγείας- Σ.Λ.Υ. (System of Health Accounts- S.H.A.)

Όπως προαναφέρθηκε, προκειμένου να υπάρχει μια ενοποιημένη κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας και παράλληλα, να γίνεται εφικτή η διεθνής συγκρισιμότητα και ανάλυση ομοειδών μεγεθών, ανά χώρα και έτος, σχεδιάστηκε από τον Ο.Ο.Σ.Α., τη Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένα νέο σύστημα διεθνούς αναφοράς, καταγραφής, ταξινόμησης και σύγκρισης των δαπανών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, θεσπίστηκε και αναθεωρήθηκε το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts- S.H.A., O.E.C.D. 2000<sup>14</sup> και 2011<sup>15</sup> αντιστοίχως). Κατ' αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η παρακολούθηση και καταγραφή όλων των ροών δαπανών ενός συστήματος υγείας, σύμφωνα με διεθνή πρότυπα καταγραφής (International Classification of Health Accounts- I.C.H.A.) και τυποποιημένη μεθοδολογία και αφορούν:

- **στη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας:** Εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός Ο.Κ.Α., Ο.Κ.Α., νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες (Μ.Κ.Ο., Εκκλησία, κλπ) προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ),

---

<sup>12</sup> Κάποιοι άνθρωποι εργάζονται παραγωγικά για χρόνια και πεθαίνουν όντας σε βαθειά γηρατειά, ευτυχισμένοι και εύρωστοι οικονομικά, ενώ άλλοι άνθρωποι αγωνιούν για μερικούς μήνες ή χρόνια και πεθαίνουν πρόωρα. Getzen (1997) σε ΕΚΔΔ, «Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στην μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας»

<sup>13</sup> Getzen T. (2000), "Forecasting health expenditures: Short, medium, and long (long) term", Journal of health care finance, Vol.26: 56-72

<sup>14</sup> OECD (2000), S.H.A., version 1.0, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>

<sup>15</sup> OECD (2011), S.H.A., version 2011, on-line διαθέσιμο σε: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF)

- **στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα:** Εμφανίζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, Ο.Κ.Α., νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) και λοιπές δαπάνες (Μ.Κ.Ο., Εκκλησία, κλπ) ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα, κλπ.),
- **στην κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα:** Εμφανίζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα κλπ).

Έτσι, οι δαπάνες ομαδοποιούνται ουσιαστικά στο τρίπτυχο: χρηματοδότηση, παραγωγή και κατανάλωση. Σύμφωνα με το αναθεωρημένο Σ.Λ.Υ. (S.H.A., 2011), όλες οι λειτουργίες του συστήματος υγείας (κυβέρνηση, δημιουργία πόρων, χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών) μπορούν να συνδεθούν με το προαναφερθέν τρίπτυχο και παρουσιάζονται με τη μορφή πινάκων<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Τα στοιχεία δαπανών υγείας παρουσιάζονται σύμφωνα με την δομή των πινάκων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας και ταξινομούνται ως ακολούθως (OECD, 2011):

Δαπάνες κατά Είδος Υπηρεσιών Υγείας HC (Health Care)

HC-1 Υπηρεσίες Θεραπευτικής Φροντίδας-Περίθαλψης (ενδο-νοσοκομειακή δημόσια και ιδιωτική και εξω-νοσοκομειακή π.χ υπηρεσίες ιατρών, οδοντιάτρων)

HC-2 Υπηρεσίες Αποκατάστασης

HC-3 Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας

HC-4 Επικουρικές Υπηρεσίες Υγειονομικής Φροντίδας (π.χ υπηρεσίες εργαστηρίων κλινικών και διαγνωστικής απεικόνισης, υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών και επείγουσας διάσωσης)

HC-5 Διάθεση ιατρικών προϊόντων σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς (π.χ φάρμακα, γυαλιά οράσεως, ακουστικά βαρηκοΐας, ορθοπεδικές ζώνες κ.α.)

HC-6 Υπηρεσίες Πρόληψης και Δημόσιας Υγείας

HC-7 Διοίκηση του τομέα Υγείας και Ασφάλιση Υγείας

HC-9 Άλλες υπηρεσίες υγείας που δεν εντάσσονται κάπου αλλού

Οι επενδύσεις, όπως και οι υπόλοιπες δαπάνες οι σχετιζόμενες με την υγεία (π.χ. έρευνα, εκπαίδευση), δεν περιλαμβάνονται στην παραπάνω τρέχουσα δαπάνη υγείας και φέρουν τη κωδικοποίηση HCR.

Δαπάνες κατά Φορέα Χρηματοδότησης – HF (Health Financing)

HF-1 -Γενική Κυβέρνηση: διακρίνεται σε: HF 1.1 Φορείς της Γενικής Κυβέρνησης πλην της Κοινωνικής Ασφάλισης και HF1.2 Κοινωνική Ασφάλιση

HF-2 -Ιδιωτικός Τομέας: Νοικοκυριά, Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, ΜΚΟ

HF-3 -Υπόλοιπος Κόσμος

HF-0 -Όλοι οι υπόλοιποι φορείς χρηματοδότησης που δεν εντάσσονται κάπου αλλού

Δαπάνες κατά γενική κατηγορία Παρόχου HP (Health Provider)

HP-1 Νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά)

HP -2 Δομές Νοσηλευτικής Φροντίδας και Υποβοηθούμενης Διαβίωσης

HP-3 Φορείς Παροχής Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας (π.χ κέντρα υγείας, ιατρεία, οδοντιατρεία, εργαστήρια, γραφεία άλλων επαγγελματιών υγείας)



Στόχος του Σ.Λ.Υ. , όπως προαναφέρθηκε, είναι ο προσδιορισμός του συνόλου της υγειονομικής δαπάνης, η οποία είναι απαραίτητη πληροφορία για την άσκηση αποτελεσματικής δημόσια πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, η χώρα μας είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που το έχουν εφαρμόσει. Να επισημάνουμε ότι υπεύθυνη για την κατάρτιση ετήσιων στοιχείων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας είναι η ΕΛΣΤΑΤ, η οποία το Φεβρουάριο του 2013 παρέλαβε για πρώτη φορά πίνακες του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας για τα έτη 2009 έως 2011 από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, προβαίνοντας στην διενέργεια των απαραίτητων ελέγχων συμβατότητας με συναφή στοιχεία από άλλες στατιστικές εργασίες της ΕΛΣΤΑΤ<sup>17, 18</sup>.

Η ΕΛΣΤΑΤ εφεξής δημοσιεύει τα στοιχεία Σ.Λ.Υ. σε ετήσια βάση, εντός του πρώτου τριμήνου του μεθεπόμενου έτους από το έτος αναφοράς των στοιχείων, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα δημοσιεύσεων του Ο.Ο.Σ.Α. και της Eurostat. Μέχρι το Μάρτιο του 2015, η αποστολή των στοιχείων της Ελλάδας στους ανωτέρω Οργανισμούς ήταν σε εθελοντική βάση<sup>19</sup>. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, καθώς και του αντίστοιχου Εφαρμοστικού Κανονισμού 359/2015, η παραγωγή των στοιχείων του Σ.Λ.Υ. και αποστολή των στοιχείων του Σ.Λ.Υ. στη Eurostat και τους Διεθνείς Οργανισμούς (Ο.Ο.Σ.Α. & Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) έγινε υποχρεωτική<sup>20</sup>.

---

HP-4 Έμποροι Λιανικής και άλλοι φορείς παροχής ιατρικών προϊόντων

HP-5 Φορείς που ασχολούνται με την Παροχή και Διοίκηση Προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας

HP-6 Φορείς που ασχολούνται με τη διοίκηση του τομέα της υγείας και την ασφάλιση υγείας

HP-7 Άλλες βιομηχανίες (π.χ νοικοκυριά ως φορείς παροχής φροντίδας υγείας στο σπίτι)

HP-9 Υπόλοιπος Κόσμος

HP-0 Όλοι οι υπόλοιποι φορείς παροχής φροντίδας που δεν εντάσσονται κάπου αλλού

<sup>17</sup> ΕΛΣΤΑΤ (2014), on-line διαθέσιμο σε:

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SHE35\\_DT\\_AN\\_00\\_2012\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf)

<sup>18</sup> Σημειώνεται ότι η Ελλάδα μετά το 2007 και μέχρι την κατάρτιση των πρώτων πινάκων του ΣΛΥ το 2013, δεν έδινε στοιχεία δαπάνης υγείας.

<sup>19</sup> Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ απορρέει από την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ.1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του υπό ψήφιση Εφαρμοστικού Κανονισμού αυτού. Η ΕΛΣΤΑΤ, μετά την ψήφιση του ανωτέρω Εφαρμοστικού Κανονισμού, υποχρεούται για την αποστολή των στοιχείων του ΣΛΥ στη Eurostat και τους Διεθνείς Οργανισμούς (ΟΟΣΑ & Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας). Μέχρι το Μάρτιο του 2015, η αποστολή των στοιχείων στους ανωτέρω Οργανισμούς ήταν σε εθελοντική βάση. (ΕΛΣΤΑΤ, 2013)

<sup>20</sup> Περισσότερες πληροφορίες στην: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/>

## 1.4 Κατανομή χρηματοδοτικού βάρους υπηρεσιών υγείας

Εν συντομία, να αναφερθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, από πλευράς οργάνωσης και χρηματοδότησης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο του *Beveridge*, με την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο του *Bismarck*, με έσοδα από τις εισφορές εργαζομένων- εργοδοτών (για την περίπτωση εξαρτημένης εργασίας) και των ίδιων των ασφαλισμένων (για την περίπτωση της αυτοαπασχόλησης) μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης<sup>21</sup>. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα σύστημα το οποίο προσπαθεί να «ισορροπήσει» μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού. Βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) αποτελούν, συνεπώς, ο κρατικός προϋπολογισμός και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας υπό τον έλεγχο του Κράτους), ενώ ιδιαίτερα σημαντικό μερίδιο κατέχουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Μωραΐτης, 2004)<sup>22</sup>.

Και είναι λογικό να συμβαίνει κάτι τέτοιο (αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες υγείας), αφού οι πολιτικές υγείας εξαρτώνται κατά βάση από τον τρόπο αντιμετώπισης του αγαθού «Υγεία»: ως **δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό**. Πεποίθηση πολλών (Marshall, Mill) είναι ότι εκτός από τις «ιδιαιτερότητες» της αγοράς υγείας, ο ρόλος του κράτους ή της πολιτείας στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η φύση του αγαθού «υγεία» αποτελεί κοινωνικό αγαθό, που οδηγεί στην αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης για τη διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης<sup>23</sup>. Έτσι, οι κυβερνήσεις θεωρούν χρέος τους να παρεμβαίνουν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επειδή αυτές δεν λειτουργούν με τις προϋποθέσεις της ελεύθερης αγοράς, γεγονός που δεν τους επιτρέπει να κατανέμουν την ποσότητα και την σύνθεση των πόρων στην υγεία με τον «άριστο» για την κοινωνία τρόπο (Arrow, 1963)<sup>24</sup>. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και οι θιασώτες της ελεύθερης αγοράς

<sup>21</sup> Ο Ο.Γ.Α. αποτελεί εξαίρεση, αφού χρηματοδοτείται εξολοκλήρου από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

<sup>22</sup> Μωραΐτης Ε. (2004), "Το ελληνικό σύστημα υγείας", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του ΤΕΙ Πειραιά & Πανεπιστημίου Πειραιώς

<sup>23</sup> Υγεία ως δημόσιο αγαθό: δικαίωμα προστατευμένο από το κράτος, παρεχόμενο δίχως όρους και αγοραίες συνθήκες, πηγάζοντας από την ανθρώπινη ύπαρξη ή και την υπόσταση του πολίτη (citizenship), που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσα από την υπό τους ίδιους όρους πρόσβαση σε ένα αγαθό που η απουσία ή η διακύβευση του θα υπέσκαπτε αυτόν τον ίδιο τον πολιτισμό (Mill),σε Μακαρώνης (2010).

<sup>24</sup> Arrow K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53, pg. 941–973

(Hayek, Buchanan, Friedman, Lees), η οποία, λειτουργώντας με μη περιοριστικούς από τον κρατικό πατερναλισμό όρους, επιτυγχάνει από μόνη της να βρει τις ισορροπίες μέσω της υγιούς ανταγωνιστικότητας των επιχειρηματικών μονάδων (μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση μας), χωρίς να κατακλύζεται από τη γραφειοκρατία και την ανελαστικότητα των κρατικών συστημάτων.

Στο πλαίσιο του «Κοινωνικού αγαθού Υγείας» και ακολουθώντας φυσικά τη διεθνή τάση των ανεπτυγμένων χωρών, ιδρύθηκε και λειτούργησε στην Ελλάδα Εθνικό Σύστημα Υγείας το έτος 1983, την ιδιαιτερότητα του οποίου θα εξετάσουμε στη συνέχεια στο Κεφάλαιο 2.

Κλείνοντας και εφόσον, όπως προαναφέρθηκε, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτελούν καθοριστικό παράγοντα των δαπανών υγείας, αφού μεταβάλλουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, στη συνέχεια θα γίνει μια πολύ σύντομη αναφορά στο προφίλ υγείας των Ελλήνων.

### **1.5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και προφίλ υγείας των Ελλήνων**

Σε γενικές γραμμές, οι Έλληνες διαθέτουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας και μάλιστα, το αυτοπροσδιορίζουν ως καλό (self-rated health), σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD Health Statistics, 2017)<sup>25</sup>. Πράγματι, το 75,44% (μ.ό.) του συνολικού πληθυσμού, ανδρών και γυναικών, άνω των 15 ετών εκτιμά το επίπεδο της υγείας του, μεταξύ των ετών 2004-2017, ως καλό/πολύ καλό, με αντίστοιχο ποσοστό 9,64% (μ.ό.) να το αξιολογεί ως κακό/έως πολύ κακό. Το υπόλοιπο 15% (μ.ό.) του συνολικού πληθυσμού, ανδρών και γυναικών, άνω των 15 ετών αυτοπροσδιορίζει το επίπεδο υγείας του ως μέτριο (ούτε καλό, ούτε κακό). Στο Κεφάλαιο 5 της παρούσης, αποτυπώνεται η επίδραση της οικονομικής ύφεσης στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού (και της εικόνας που οι ίδιοι οι χρήστες έχουν για αυτήν- self-rated health).

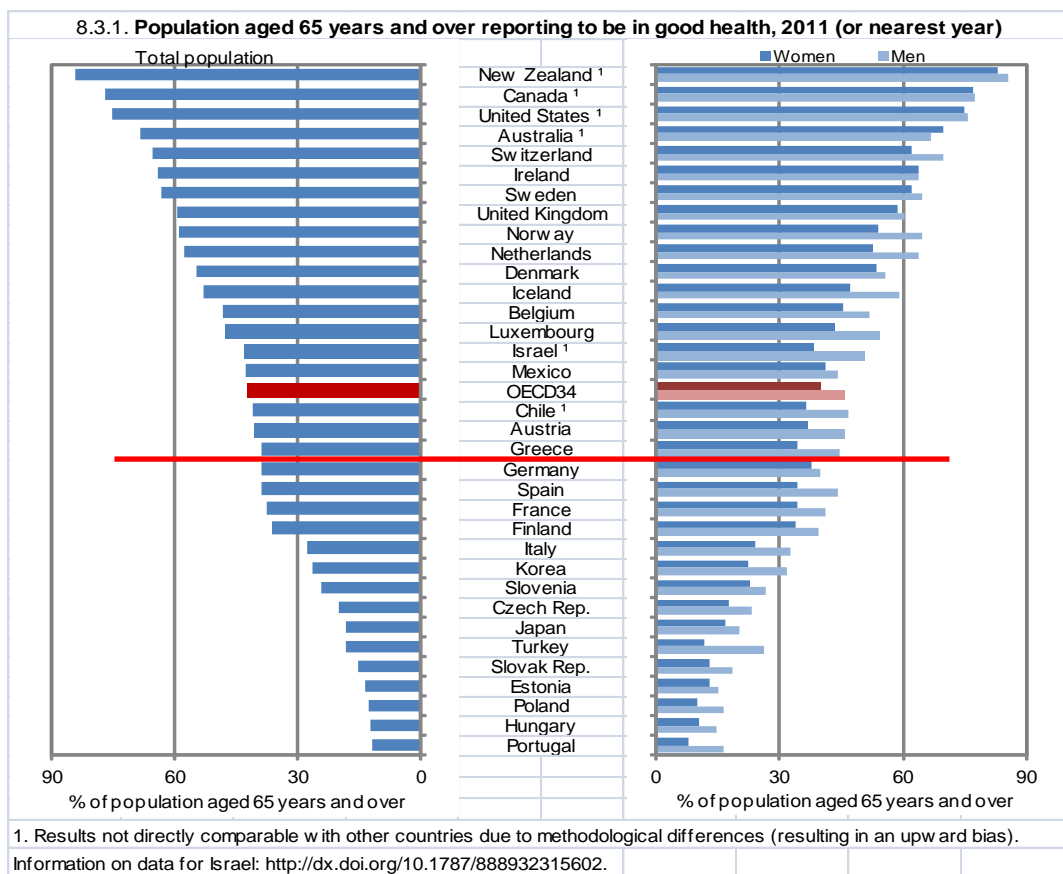
Άλλωστε, όπως παρατηρείται και στο Γράφημα 1, σχετικά με τον πληθυσμό άνω των 65 ετών, που αναφέρουν ότι είναι καλά στην υγεία τους, η Ελλάδα βρίσκεται πολύ κοντά στον μέσο όρο των 34 χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (42,2%), με ποσοστό συνολικού πληθυσμού 38,8% το

---

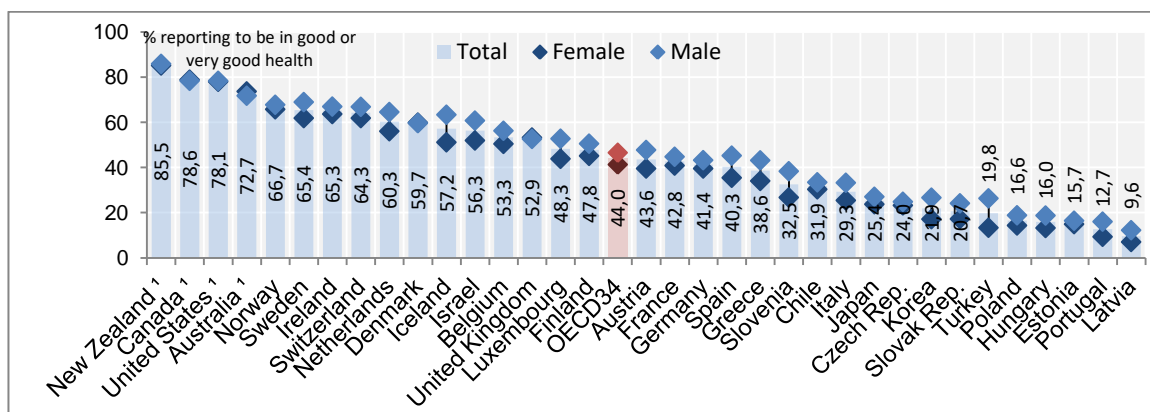
<sup>25</sup> On-line διαθέσιμα σε: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117#> και <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#>

2011 (που μεταβλήθηκε οριακά σε 38,6% το 2015) και ποσοστιαία διαφορά 6,1 ανάμεσα στα δύο φύλα, υπέρ των ανδρών (44,5% έναντι 34,3%) ακολουθώντας την τάση του Ο.Ο.Σ.Α.

Γράφημα 1: Πληθυσμός άνω των 65 ετών που αναφέρουν ότι είναι καλά στην υγεία τους, 2011 & 2015



**Perceived health status in adults aged 65 years and over, 2015 (or nearest year)**



Note: Numbers are close together for males and females for New Zealand, the United States, Canada, the United Kingdom and Denmark. Data for New Zealand, Canada, the United States and Australia are biased upwards relative to other countries and so are not directly comparable.

Source: OECD Health Statistics 2013<sup>26</sup> & OECD Health Statistics 2017 (Version 1 - Last updated: 09-Oct-2017)<sup>27</sup>

<sup>26</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Ειδικότερα, περί προφίλ υγείας των Ελλήνων, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2004)<sup>28</sup>, η βρεφική και νεογνική θνησιμότητα είναι υψηλότερη από το μέσο όρο των χωρών της Ευρώπης (γκρουπ Eur-A<sup>29</sup>), λόγω του υψηλού κόστους της προγεννητικής φροντίδας, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να αποδειχθεί περιττή ή/και μη απαραίτητη. Το Διεθνές Παρατηρητήριο Υγείας αναφέρει ότι η πιθανότητα θανάτου νηπίων (κάτω των 5 ετών) είναι 5 ‰, ενώ η πιθανότητα θανάτου μεταξύ 15 και 60 ετών ανά 1000 κατοίκους είναι 105/46 (2012) για άνδρες/ γυναίκες, αντίστοιχα.

Δε θα γίνει ανάλυση στον επιπολασμό των νοσημάτων του ελληνικού πληθυσμού (βλ. Πίνακα 1), αρκεί να αναφερθεί ότι ασθένειες του πνευμονικού, καρδιαγγειακού και εγκεφαλικά αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου των Ελλήνων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., 49% των συνολικών θανάτων οφείλονται σε καρδιοαγγειακές ασθένειες, 25% σε καρκίνους και περίπου 6% σε εξωγενείς αιτίες (εκούσιους και ακούσιους τραυματισμούς). Οι θάνατοι που οφείλονται σε μεταδοτικά νοσήματα στην Ελλάδα είναι περιορισμένοι. Επιπλέον, περίπου μισά από τα πρόσφατα περιστατικά μολύνσεων από τον ιό του HIV είχαν να κάνουν με ανθρώπους που ήταν, οι ίδιοι ή οι σύντροφοί τους, από χώρες με γενικευμένη επιδημία HIV.

Σε ό,τι αφορά την παχυσαρκία, το 28% των ανδρών και το 30% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Το 28% των 15χρονων αγοριών είναι υπέρβαρα, εκ των οποίων το 3% παχύσαρκα. Αντιστοίχως, το 8% των κοριτσιών της ίδιας ηλικιακής ομάδας είναι υπέρβαρα, εκ των οποίων το 1% παχύσαρκα.

Επίσης, η καπνιστική συνήθεια στους ενήλικες, άνδρες και γυναίκες, είναι πολύ υψηλή στην Ελλάδα. Μάλιστα, οι θάνατοι που προήλθαν από καρκίνο του πνεύμονα και η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από αυτόν είναι πάνω από το μέσο όρο των χωρών Eur-A. Από την άλλη πλευρά, η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα είναι κατά 14% χαμηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Eur-A average). Προς τούτοις, ο ΠΟΥ αναφέρει ότι η θνησιμότητα

---

27 On-line διαθέσιμο σε: [dx.doi.org/10.1787/888933605749](http://dx.doi.org/10.1787/888933605749)

28 On-line διαθέσιμο σε:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/103220/GRE\\_Highlights.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/103220/GRE_Highlights.pdf?ua=1)

29 Το γκρουπ του Π.Ο.Υ. "Eur-A" περιλαμβάνει τις ακόλουθες χώρες: Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Germany, Greece, Finland, France, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, the Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland και UK.

από κίρρωση του ήπατος λόγω αλκοόλ, ως ποσοστό των συνολικών θανάτων από κίρρωση, είναι μεταξύ των χαμηλότερων στο γκρουπ χωρών Eur-A.

Τέλος, αναφορικά με την ψυχική υγεία των Ελλήνων (προ κρίσεως), οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο συχνά νευρο-ψυχιατρικές διαταραχές έναντι των ανδρών. Για την επίπτωση της κρίσης στην ψυχική υγεία των Ελλήνων θα γίνει μνεία στο Κεφάλαιο 5.

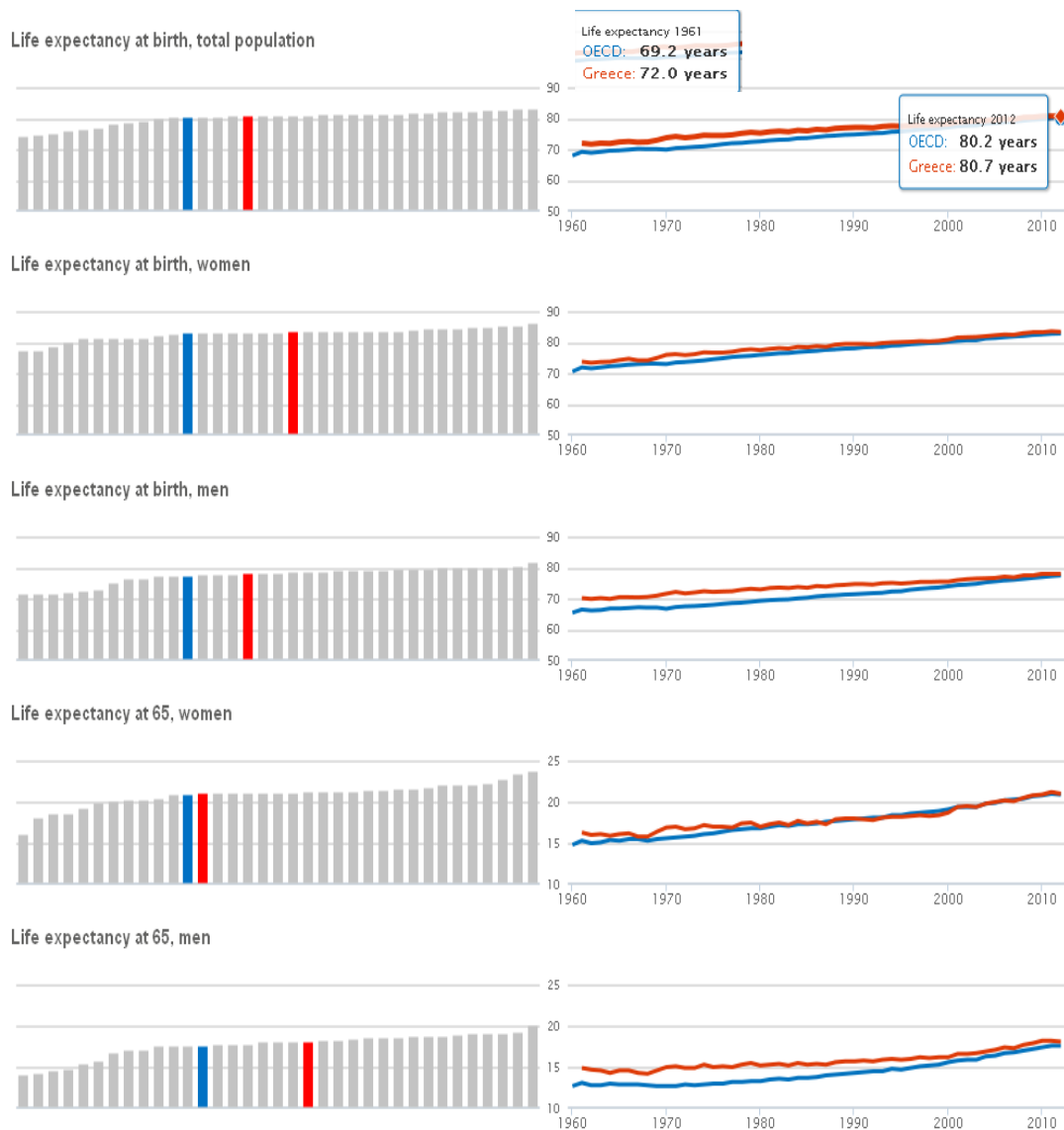
Πίνακας 1: *Επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων – παθήσεων: ποσοστιαία κατανομή ελληνικού πληθυσμού ανά ομάδα ηλικιών*

Χρόνιο νόσημα - πάθηση	Ομάδες ηλικιών						
	15-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	45-54 ετών	55-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών
Ασθμα (συμπεριλαμβανομένου του αλλεργικού άσθματος)	3,1	2,4	2,7	4,7	3,8	6,3	9,1
Εμφραγμα μυοκαρδίου	0,0	0,0	0,2	1,6	2,6	4,7	6,9
Υπέρταση	0,9	1,1	4,2	12,7	30,5	51,1	57,3
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή χρόνιες συνέπειες παλαιού εγκεφαλικού	0,0	0,0	0,1	0,7	2,5	4,4	8,2
Σακχαρώδης διαβήτης	0,4	0,9	1,9	4,5	13,5	22,9	26,0
Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα	0,9	2,6	5,3	12,7	22,8	35,1	34,6
Κατάθλιψη	1,5	2,1	3,7	3,7	5,0	7,6	10,0

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014

Το ικανοποιητικό επίπεδο υγείας των Ελλήνων αποδεικνύεται, επιπροσθέτως, και από το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy) του πληθυσμού της χώρας. Όπως παρατηρείται στο ακόλουθο διάγραμμα (βλ. Εικόνα 1α), το προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. αυξήθηκε μεταξύ των ετών 1961-2012 κατά 11 χρόνια, δηλαδή από 69,2 έτη σε 80,2 λόγω της προόδου της ιατροβιολογικής επιστήμης και τεχνολογίας. Σε πιο πρόσφατη μελέτη του Ο.Ο.Σ.Α. (Health at a Glance, 2017) το προσδόκιμο των χωρών αυτών (μ.ό.) αυξήθηκε κι άλλο αγγίζοντας τα 84,5 έτη (βλ. Εικόνα 1β).

Εικόνα 1α: Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης Ελλήνων (κατά τη γέννηση, ανά φύλο και ηλικία) σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.



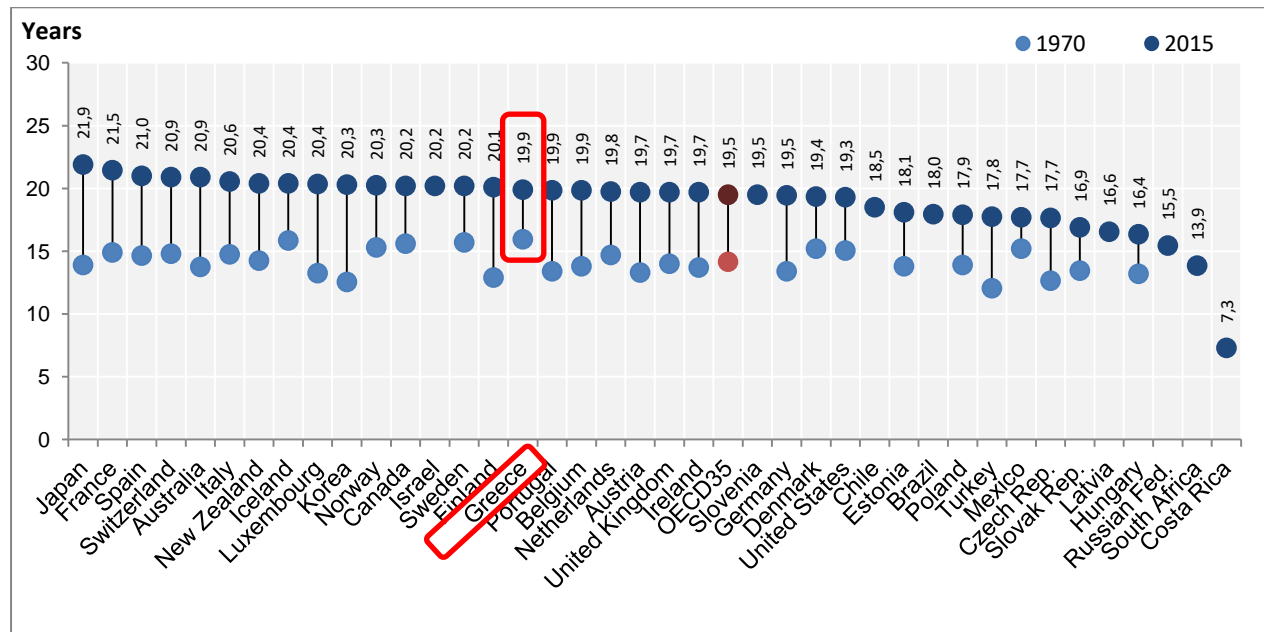
Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α. (OECD 2014)

Στην Ελλάδα, η αντίστοιχη διαφορά άγγιξε τα 8,7 χρόνια, διατηρώντας, ωστόσο, ένα αρκετά υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης που φτάνει τα 80,7 έτη από 72,0 ΠΟΥ ήταν το 1961. Στη μελέτη Health at a Glance του Ο.Ο.Σ.Α. το **2017** το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες αυξήθηκε σε **83,5 έτη**, για τις γυναίκες σε **86,3 έτη** και συνολικά για τον πληθυσμό των Ελλήνων σε 84,9%.

Το αντίστοιχο προσδόκιμο ζωής ανδρών και γυναικών, κατά τη γέννηση, βάσει του Διεθνούς Παρατηρητηρίου Υγείας (Global Health Observatory, WHO) του Π.Ο.Υ. (2012)<sup>30</sup> είναι 78 και 83 χρόνια, αντίστοιχα.

Εικόνα 1β: Προσδόκιμο επιβίωσης στα 65 στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. (1970 και 2015)

**Life expectancy at age 65, 1970 and 2015 (or nearest year)**



Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α. (OECD 2017), <http://dx.doi.org/10.1787/888933605692>

Μπορεί ο πληθυσμός της Ελλάδας να μην έχει μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο, έχει αλλάξει η ηλικιακή σύσταση του πληθυσμού, ακολουθώντας την προοδευτική γήρανση του πληθυσμού της ΕΕ-27 (έναρξη της συνταξιοδότησης της γενιάς του «baby-boom» μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο). Στατιστικά στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας του 2014 (βλ. Γράφημα 4) δείχνουν ότι η Ελλάδα, συμπορευόμενη με την Ευρώπη (Euro area), διαθέτει ενεργό πληθυσμό ηλικίας 16-64 ετών σε ποσοστό 66% του συνολικού της πληθυσμού, ενώ το 15% το αποτελούν παιδιά 0-14 ετών και το 20% άτομα άνω των 65 ετών. Σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο (πλην της Ευρώπης), διαπιστώνεται υπογεννητικότητα και μεγάλος αριθμός γηραιού πληθυσμού.

Πρόσφατα ενημερωμένα στατιστικά στοιχεία της ίδιας πλατφόρμας της Παγκόσμιας Τράπεζας επιβεβαιώνουν τα ως άνω στοιχεία, αφού παρουσιάζεται απόκλιση μόλις μιας

<sup>30</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/countries/grc/en/>



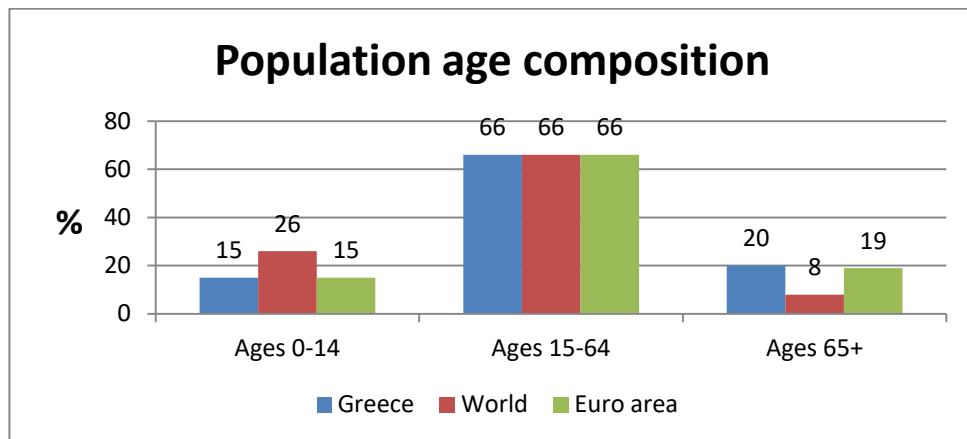
ποσοστιαίας μονάδας υπέρ του γηράσκοντος πληθυσμού ως προς το σύνολο του πληθυσμού της χώρας μας (βλ. Πίνακα 1 και Γράφημα 4 & 5).

Πίνακας 2: Δείκτες ανάπτυξης πληθυσμού Ελλάδας βάσει Παγκόσμιας Τράπεζας

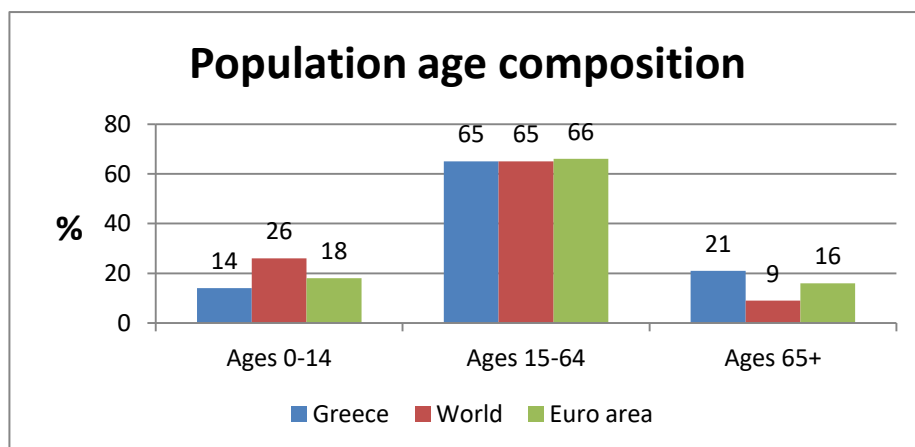
POPULATION DYNAMICS  *****  THE WORLD BANK	Population		Average annual populati on  growth %	Population age composition			Dependency ratio		Crude death rate	Crude birth rate
	millions			Ages 0-14	Ages 15-64	Ages 65+	young	old		
	2000	2018		2000- 2018	%	%	%	% of working - age population		per 1,000 people
	2000	2018	2000- 2018	2018	2018	2018	2018	2018	2017	2017
Greece	10.8	10.7	0	14	65	21	22	32	12	8
World	6,115.10	7,594.30	1.2	26	65	9	40	14	8	19
East Asia & Pacific	2,047.60	2,328.20	0.7	20	69	11	28	16	7	14
Europe & Central Asia	862	918.8	0.4	18	66	16	27	25	10	12
Latin America & Caribbean	521	641.4	1.2	25	67	8	37	12	6	17
Middle East & North Africa	315.3	448.9	2	30	65	5	46	8	5	22
North America	312.9	364.3	0.8	19	65	16	28	24	8	12
South Asia	1,390.90	1,814.40	1.5	29	66	6	44	9	7	20
Sub-Saharan Africa	665.3	1,078.30	2.7	42	54	3	78	6	9	36
Low income	438.8	705.4	2.6	42	55	3	76	6	8	35
Lower middle income	2,281.20	3,022.90	1.6	30	64	6	47	9	7	22
Upper middle income	2,317.30	2,655.60	0.8	21	69	10	30	15	7	14
High income	1,077.80	1,210.30	0.6	17	65	18	25	27	9	11

Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα, World Development Indicators 2018, THE WORLD BANK, Last updated date 28.06.2019)<sup>31</sup>, Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα.

Γράφημα 2: Σύνθεση πληθυσμού Ελλάδας, ανά ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2013



Γράφημα 3: Σύνθεση πληθυσμού Ελλάδας, ανά ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2018



Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα (World Development Indicators, THE WORLD BANK, last updated date 09/04/2014 και 28.06.2019)<sup>32</sup>, Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα.

<sup>31</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1#>

<sup>32</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1#>

Μάλιστα, εκτιμήσεις της Eurostat δείχνουν ότι από τη δεκαετία του 1960 μέχρι σήμερα ο υπέργηρος πληθυσμός της Ελλάδας άνω των 80 ετών αυξάνεται, με μεταβολή που το 2050 θα αγγίξει το 2,4 (βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3: Η μεταβολή του υπέργηρου πληθυσμού άνω των 80 ετών ανά χώρα και δεκαετία.

	1960s	1970s	1980s	1990s	2000s	2010s	2020s	2030s	2040s	2050s	Overall
BE	0.3	0.5	0.9	0.0	1.4	0.7	0.8	1.8	1.4	0.3	8.1
BG	0.4	0.1	0.6	0.0	1.7	1.0	1.7	1.9	1.5	<b>2.8</b>	11.8
CZ	0.3	0.3	0.6	-0.1	1.2	0.4	2.4	1.6	0.7	<b>3.5</b>	10.9
DK	0.4	0.8	0.9	0.2	0.2	0.5	<b>2.3</b>	1.0	1.6	0.6	8.5
DE	0.4	0.6	1.1	-0.1	1.5	2.1	0.9	2.4	<b>3.9</b>	-0.9	12.0
EE	n.a.	0.2	0.4	0.1	1.4	1.4	0.8	<b>2.0</b>	1.2	1.6	9.2
IE	0.0	-0.1	0.3	0.4	0.3	0.5	1.3	1.4	1.4	<b>1.6</b>	7.1
→ EL	n.a.	n.a.	0.7	0.1	1.5	1.8	0.5	1.7	2.3	<b>2.4</b>	11.1
ES	0.3	0.2	1.1	0.9	1.1	1.0	1.0	1.8	2.7	<b>2.9</b>	13.1
FR	0.3	0.5	0.9	-0.1	1.6	0.8	1.3	<b>2.0</b>	1.2	0.4	9.0
IT	0.4	0.3	1.1	0.8	1.8	1.4	1.1	1.4	<b>2.9</b>	1.6	12.8
CY	n.a.	n.a.	n.a.	0.3	0.3	0.8	1.5	<b>1.8</b>	0.9	1.2	6.9
LV	n.a.	0.2	0.5	-0.2	1.4	1.5	0.8	<b>2.2</b>	2.2	2.1	10.6
LT	n.a.	0.5	0.7	-0.4	1.3	1.3	0.6	2.1	<b>2.4</b>	0.7	9.2
LU	0.2	0.5	0.9	0.0	0.6	0.7	0.7	1.8	<b>2.3</b>	1.1	8.6
HU	0.4	0.5	0.5	0.0	1.4	0.8	1.4	2.1	0.7	<b>3.5</b>	11.5
MT	n.a.	n.a.	1.0	0.4	1.0	1.4	<b>2.6</b>	2.2	0.1	1.5	10.3
NL	0.4	0.5	0.7	0.3	0.8	0.9	<b>2.2</b>	2.1	2.2	-0.1	9.8
AT	0.4	0.5	0.9	-0.1	1.4	0.7	1.5	1.7	<b>3.1</b>	-0.2	9.8
PL	0.3	0.3	0.6	0.0	1.4	1.0	1.2	<b>3.6</b>	0.5	2.8	11.6
PT	0.2	0.3	0.9	0.8	1.2	1.4	1.1	1.8	2.2	<b>2.5</b>	12.4
RO	n.a.	0.1	0.5	0.0	1.3	1.2	0.7	2.5	2.0	<b>3.7</b>	12.0
SI	n.a.	n.a.	n.a.	0.0	1.7	1.3	1.1	<b>2.8</b>	1.8	1.7	10.5
SK	0.2	0.3	0.6	-0.2	0.9	0.4	1.4	2.8	1.3	<b>3.4</b>	11.1
FI	0.2	0.6	1.1	0.5	1.3	1.0	<b>2.4</b>	1.8	0.5	0.0	9.4
SE	0.4	0.8	1.1	0.7	0.4	0.1	<b>2.2</b>	0.7	1.1	0.5	8.1
UK	0.3	0.4	0.9	0.3	0.7	0.6	1.4	1.1	<b>1.7</b>	-0.1	7.4
IS	0.0	0.7	0.3	0.2	0.7	0.5	1.2	<b>2.1</b>	0.8	-0.2	6.3
LI	0.0	0.2	0.7	0.3	0.9	1.1	<b>3.2</b>	3.1	3.1	-0.4	12.2
NO	0.2	0.7	0.8	0.6	0.3	-0.3	<b>1.8</b>	1.5	1.4	0.7	7.6
CH	0.2	0.8	1.1	0.3	0.8	0.6	1.7	1.8	<b>2.7</b>	0.7	10.8
Average	0.3	0.4	0.8	0.2	1.1	0.9	1.4	<b>2.0</b>	1.7	1.4	

Notes: 1960s-2000s: estimated values; 2010s-2050s: projected values; max value for each country in bold; overall change for incomplete series in italics; n.a.: not available.

Πηγή: Eurostat (data 2011)<sup>33</sup>

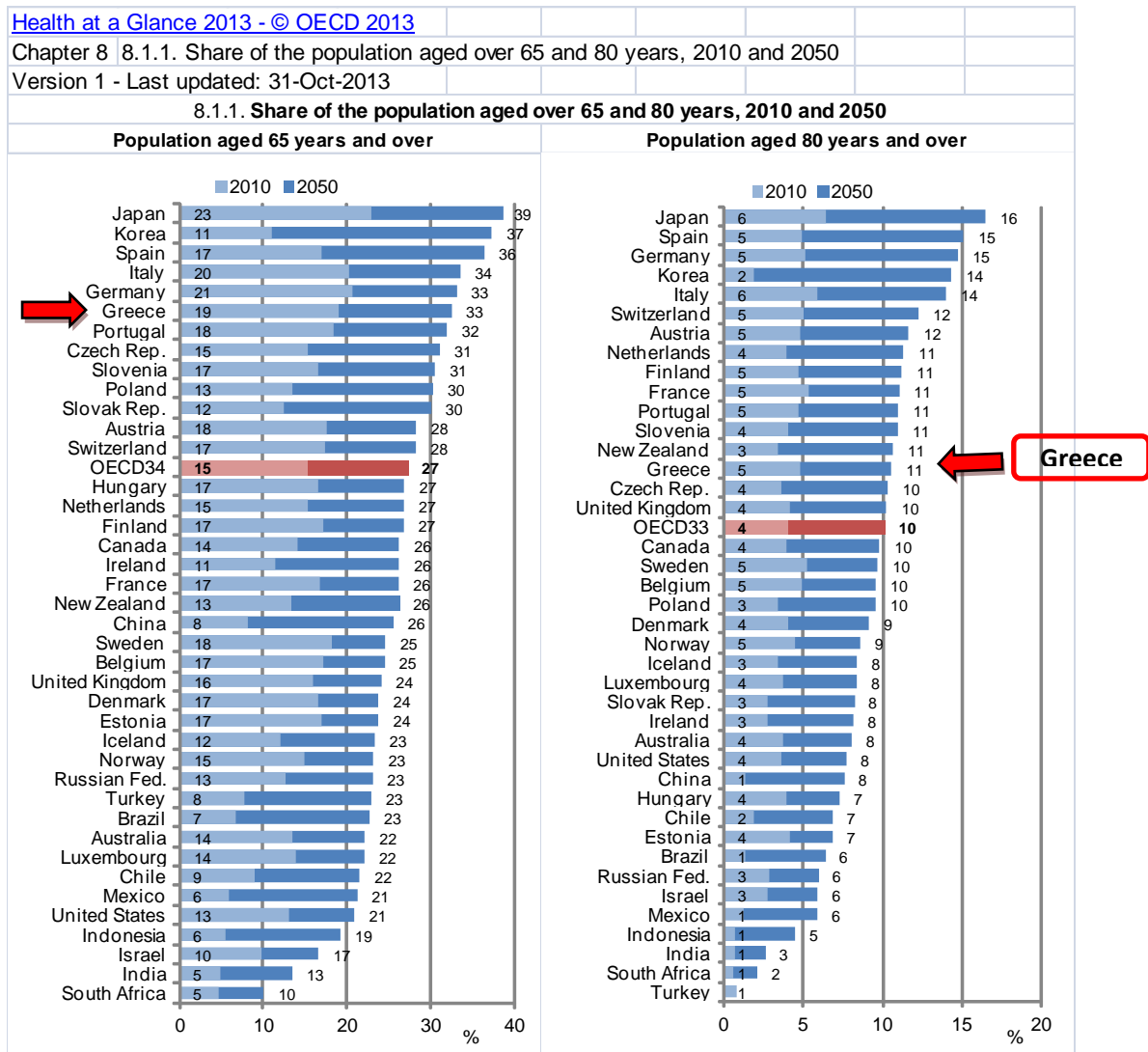
Να σημειωθεί, παράλληλα, ότι μεταξύ 2020-2050 θα παρατηρηθεί η μεγαλύτερη μεταβολή του πληθυσμού άνω των 80 ετών σε όλες στις χώρες της ΕΕ.

<sup>33</sup> On-line διαθέσιμο σε:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/File:Change\\_in\\_the\\_percentage\\_of\\_population\\_aged\\_80\\_years\\_and\\_over\\_by\\_decade.PNG](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Change_in_the_percentage_of_population_aged_80_years_and_over_by_decade.PNG)

Παράλληλα, το Γράφημα 4 από στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2013) δείχνει το μερίδιο του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών το 2010 και 2050 (εκτιμώμενο). Στην Ελλάδα, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 19% και 5% το 2010 και 33% και 11% το 2050.

Γράφημα 4: Μερίδιο του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών το 2010 και 2050, ανά χώρα

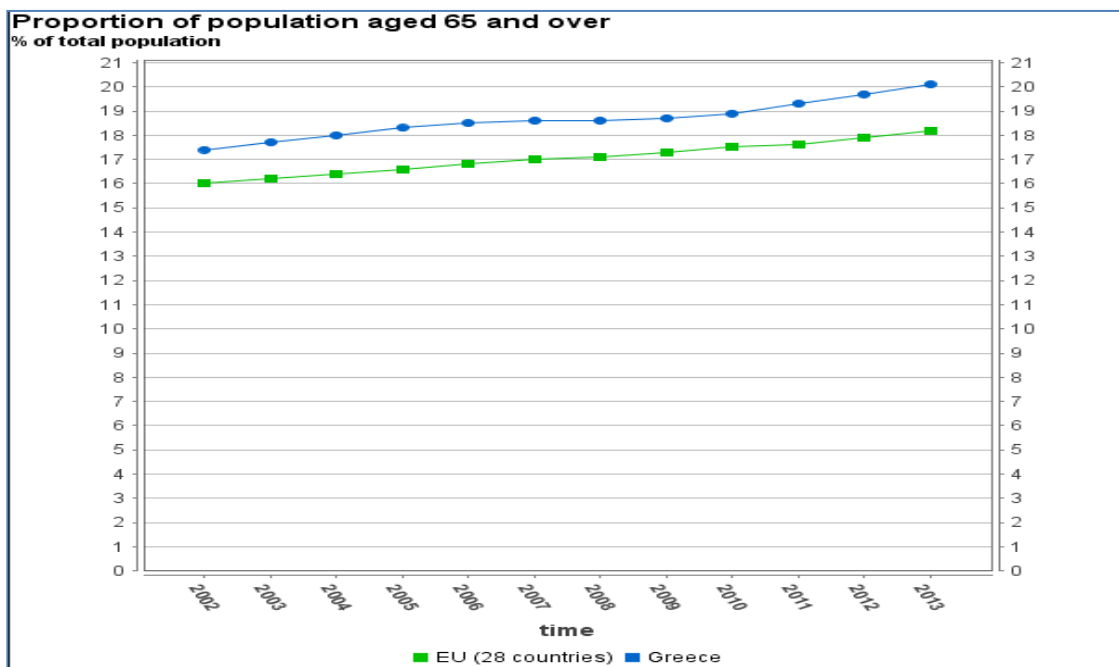


Πηγή: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2013<sup>34</sup>.

34 On-line διαθέσιμο σε: <http://www.oecd-ilibrary.org/>

Εκτός από τα δεδομένα της Παγκόσμιας Τράπεζας, η γηράσκουσα συνθετική πορεία του πληθυσμού της Ελλάδας και της Ευρώπης επιβεβαιώνεται και από τα αντίστοιχα της Eurostat (βλ.Γράφημα 5, ακολούθως).

Γράφημα 5: Η εξέλιξη της αναλογίας του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού) στην Ελλάδα και σε σχέση με το μέσο όρο EU28 κατά την τελευταία δεκαετία.



Πηγή: Eurostat (last update 13.08.2014, extracted on 04.09.2014)<sup>35</sup>

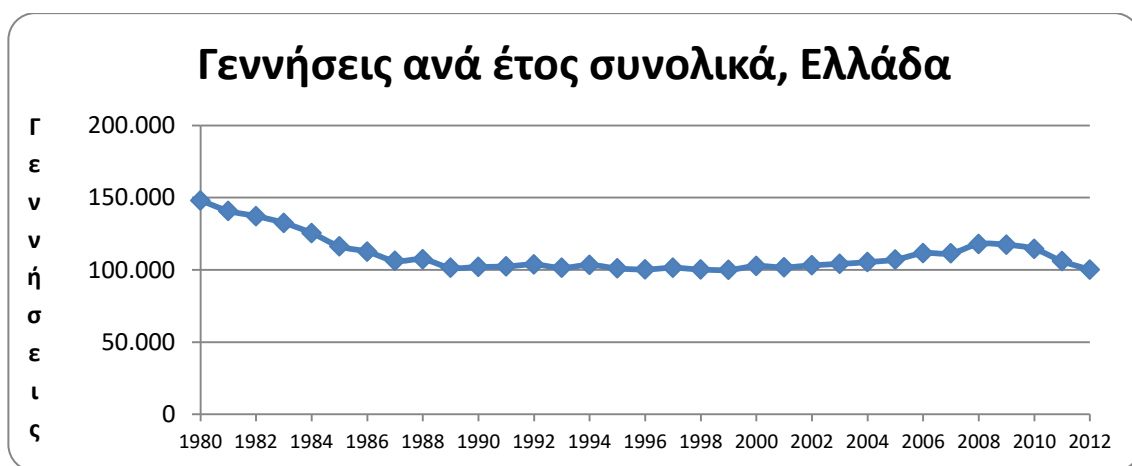
Αυτό σημαίνει ότι ασκούνται συνακόλουθες ασφυκτικές πιέσεις στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, αφού, όπως προαναφέρθηκε, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τα λοιπά δημογραφικά δεδομένα (αύξηση πληθυσμού άνω των 65, επιβράδυνση γεννήσεων, αύξηση αριθμού εξαρτώμενων μελών μιας οικογένειας-δείκτης εξάρτησης πληθυσμού) επηρεάζουν την εξέλιξη των δαπανών υγείας.

Και ενώ το ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται με γρήγορο και σταθερό ρυθμό (βλ. Γράφημα 5, 2002 έως 2013), οι γεννήσεις στην Ελλάδα

<sup>35</sup> On-line διαθέσιμο σε:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graphDownload.do?tab=graph&language=en&plugin=1&pcode=tps00028>

επιβραδύνονται (βλ. Γράφημα 6). Πράγματι, από 148.030 γεννήσεις που ήταν το 1980, μειώθηκαν σε 100.187 το 2012 και συνεχίζουν την άκρως ανησυχητική πτωτική τους πορεία. Η έλευση της οικονομικής κρίσης, δυστυχώς, αποτέλεσε ενισχυτικό παράγοντα στην επιβράδυνση των γεννήσεων λόγω της οικονομικής ανασφάλειας. Επομένως, ο πληθυσμός της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από συνεχή μείωση της φυσικής αύξησης, λόγω της μείωσης του δείκτη της γεννητικότητας και αύξησης του γενικού δείκτη της θνησιμότητας που οφείλεται στην γήρανση του πληθυσμού.

Γράφημα 6: Η εξέλιξη των συνολικών γεννήσεων στην Ελλάδα, ανά έτος (1980-2012)



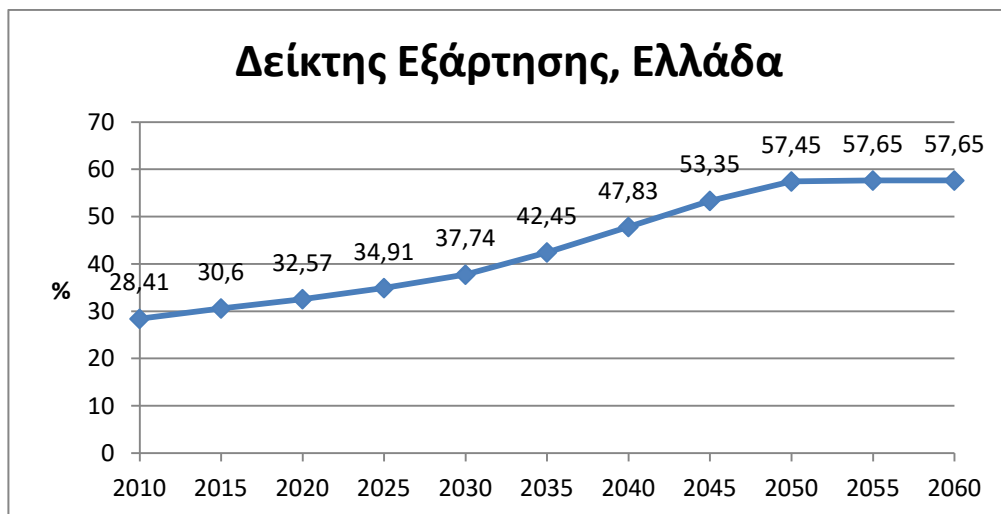
Πηγή: Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων - e-demography.gr.  
Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα

Οι Ρομπόλης και Μπέτσης (2013)<sup>36</sup> σε έκθεση του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ για τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού αναφέρουν ότι το αναμενόμενο μέγεθος του πληθυσμού της Ελλάδος στο καταληκτικό έτος 2060, εκτιμάται ότι δεν θα ξεπεράσει τα 11,3εκ. άτομα. Στο χρονικό πέρας της προβολής εκτιμάται ότι ο φυσικός πληθυσμός θα αρχίσει να μειώνεται. Ταυτόχρονα με την δυσμενή εξέλιξη του συνολικού πληθυσμού μέχρι το 2060, αναμένεται η επιτάχυνση της γήρανσης και η σημαντική επιδείνωση του δείκτη εξάρτησης. Ο δείκτης εξάρτησης (dependency ratio) δείχνει την αναλογία των ατόμων άνω των 65 ετών προς τον παραγωγικό πληθυσμό 14-65 ετών. Είναι αυτονόητο, ότι όσο πιο μεγάλος είναι το δείκτης

<sup>36</sup> Ρομπόλης και Μπέτσης (2013), «Κοινωνική ασφάλιση και οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος 2013-2050», Αθήνα, on-line διαθέσιμο σε: [https://etapmme.files.wordpress.com/2013/12/ageingpopulationpensions\\_inegsee20132050.pdf](https://etapmme.files.wordpress.com/2013/12/ageingpopulationpensions_inegsee20132050.pdf)

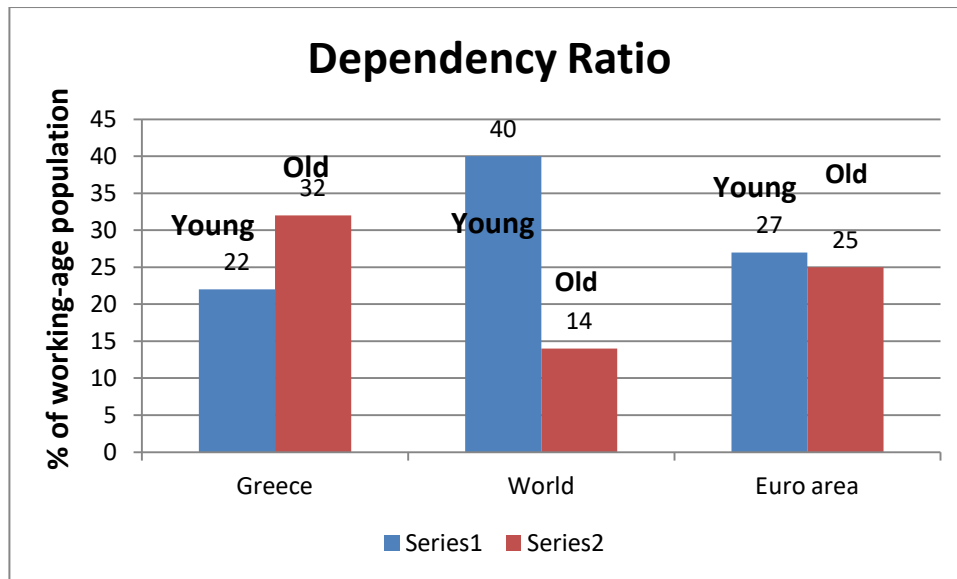
αυτός σε μια χώρα, τόσο δυσμενέστερα είναι τα αποτελέσματα σε μακροοικονομικό (σύστημα κοινωνικής ασφάλισης) και μικροοικονομικό επίπεδο (βάρος στα νοικοκυριά). Πράγματι, ο δείκτης εξάρτησης από 28,4 το 2010 εκτιμάται να φτάσει στο 57,65 το 2060, σχεδόν 100% αύξηση (δηλαδή διπλασιασμός), ενώ θα έχει τριπλασιαστεί συγκρινόμενος με τα επίπεδα του 1971 από 18,8 το 1971 σε 57,65 το 2060 (βλ. Γράφημα 7). Συγκρινόμενος με το Ευρωπαϊκό επίπεδο, ο δείκτης εξάρτησης της Ελλάδας ακολουθεί παρόμοια τάση, ενώ διαφέρει σε σχέση με το διεθνές επίπεδο (βλ. Γράφημα 8).

Γράφημα 7: Η εξέλιξη του δείκτη εξάρτησης πληθυσμού Ελλάδας μέχρι το 2060



Πηγή: Eurostat (last update: 30.10.2013) σε Ρομπόλης και Μπέτσης (2013)

Γράφημα 8: Δείκτης εξάρτησης πληθυσμού Ελλάδας, σε σχέση με το διεθνές και το ευρωπαϊκό επίπεδο, 2018



Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα, World Development Indicators 2018, THE WORLD BANK, Last updated date 28.06.2019)<sup>37</sup>, Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα.

Κλείνοντας, θα αναφερθούμε στον Γ. Υφαντόπουλο (1988)<sup>38</sup>, ο οποίος υποστηρίζει ότι η υγεία του ελληνικού πληθυσμού, γενικότερα, εξαρτάται από τον τρόπο ζωής, την εκπαίδευση και την οικονομική ανάπτυξη, ενώ στην μελέτη των Καράγιωργα και συν. (1990)<sup>39</sup> για τις διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, διαπιστώνονται διαφορές στο φάσμα νοσηρότητας μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών και στους δείκτες, τη διάρκεια και την έκβαση της νοσηλείας μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικών ταμείων και μεταξύ απόρων και μη απόρων ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω δημογραφικά δεδομένα και το προφίλ υγείας των Ελλήνων, το οποίο χαρακτηρίζεται εν γένει ικανοποιητικό, συμπεραίνουμε ότι το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να στραφεί προς την πρόληψη υγείας και τη γηριατρική φροντίδα, καθώς υφίσταται ήδη εξαιρετικές πιέσεις από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, την αύξηση των υπερηλίκων και την υπογεννητικότητα. Οι ασφυκτικές αυτές πιέσεις, η ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας (Matsas, 2012), σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, πρόκειται να κλιμακωθούν τις επόμενες δεκαετίες.

<sup>37</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1#>

<sup>38</sup> Υφαντόπουλος Γ., (1988), "Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις", Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα

<sup>39</sup> Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990), "Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα", Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ | Η ελληνική ιδιαιτερότητα και οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά το Ε.Σ.Υ.**

### **2.1 Αποτύπωση των αιτίων της ελληνικής ιδιαιτερότητας: διερεύνηση του κοινωνικοπολιτικού κλίματος (αποκλίσεις από τις κοινωνίες της Δύσης) και της οικονομικής και κοινωνικής υφής της χώρας.**

Οποιαδήποτε συμπεράσματα σχετικά με τη λειτουργία του Συστήματος Υγείας<sup>40</sup> μιας χώρας θα ήταν ανυπόστατα, αν διαχωριζόντουσαν από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό κλίμα που επικρατεί. Κι αυτό, γιατί ο Τομέας της Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την Κοινωνική Πολιτική και το Κράτος-Πρόνοιας που η πολιτεία έχει θεσπίσει και ακολουθεί. Υπό αυτή την άποψη, κρίνεται σκόπιμο να ανιχνευθεί η ιδιαιτερότητα της Ελλάδας σε ό,τι αφορά την οικονομική της ανάπτυξη με τα συνδεδεμένα κοινωνικά της χαρακτηριστικά.

Η διαφοροποίηση του ελληνικού μοντέλου ανάπτυξης από εκείνο των άλλων δυτικοευρωπαϊκών κρατών έγκειται στο γεγονός, ότι το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα άρχισε να κτίζεται όταν κατεδαφίζετο ή, εν πάση περιπτώσει, αποδομείτο το αντίστοιχο στη Δύση. Ο τρόπος της εθνικής ολοκλήρωσης και η λειτουργία του κράτους μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο με τα έντονα κοινωνικά ζητήματα (εμφύλιος, μετανάστευση, δικτατορία κλπ.) που ανέκυψαν, διεχώρησαν την ελληνική περίπτωση από τις άλλες, τόσο της δυτικής όσο και της ανατολικής Ευρώπης.

Επομένως, η ενότητα που ακολουθεί αποτελεί μια διεισδυτική ματιά στην κοινωνικοοικονομική αρχική κατάσταση και ανάπτυξη του ελληνικού κράτους, εντασσόμενο στο ευρύτερο διεθνές περιβάλλον της εποχής.

Ας δούμε, όμως, αναλυτικότερα τα δεδομένα.

---

<sup>40</sup> Ένα σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., συνίσταται από:

- α) τους ανθρώπινους πόρους
- β) τις κτηριακές και πάσης φύσεως υποδομές και εξοπλισμό
- γ) τους χρηματικούς πόρους, δηλαδή τη χρηματοδότηση του συστήματος
- δ) την τεχνολογία (χρησιμοποίηση μεθόδων και προϊόντων τεχνολογικών καινοτομιών) και
- ε) τη διοίκηση του συστήματος.

### 2.1.1. Η περίπτωση της Ελλάδας και το ευρύτερο διεθνές κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο

Η Ελλάδα του 1830 είναι αγροτική και αραιοκατοικημένη. Οι ανυπέβλητες δυσκολίες προέκυπταν από την ίδια τη δομή της παραδοσιακής κοινωνίας της Ελλάδας του 1830 (ρυθμοί οικονομίας του χωριού –αυτάρκεια-αυτοκαταναλωτική οικονομία, άρα πρόβλημα χαμηλής ζήτησης) και φυσικά την έλλειψη άμεσης χρηματοδότησης των επιχειρήσεων, αφού τα οικονομικά του νέου κράτους ήταν σε κακή κατάσταση. Γενικότερα, υπήρχε δομική αδυναμία της κοινωνίας που γεννιόταν, χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης των παραδοσιακών βιοτεχνιών και των τοπικών τεχνικών (πχ. κατεργασίας μετάλλων). Ωστόσο, το κράτος εξασφάλισε, στο βαθμό που μπορούσε, τις θεσμικές προϋποθέσεις (καθιέρωση ατομικής ιδιοκτησίας, ελευθερίας της επιχείρησης και της ελεύθερης κυκλοφορίας των συντελεστών παραγωγής) για εκσυγχρονισμό.

Η παραχώρηση προνομίων (1840), στη συνέχεια, οδήγησε στη δημιουργία μονοπωλίων. Οι κρατικές παραχωρήσεις προς τους επίδοξους εργοστασιάρχες ήταν σημαντικές (παραχώρηση αγροτικών-"εθνικών" γαιών, αποκλειστικών δικαιωμάτων παραγωγής έναντι "φόρου")<sup>41</sup>, αλλά ανεπαρκείς, αφού εξέλιπε ο συντελεστής εργασία.

Στις *απαρχές εκβιομηχάνισης* στην Ελλάδα, λίγο αργότερα, παρατηρείται μετάβαση από τη διάσπαρτη *οικιακή βιοτεχνία* των ανεξάρτητων παραγωγών, στο συγκεντρωμένο εργοστασιακό σύστημα (μεταξοϋφαντική, ζαχαροποιία) που όμως αποδυναμώθηκε στη συνέχεια από τις εσωτερικές οικονομικές και κοινωνικές δομές (την παραδοσιακή αγροτική βιοτεχνία, διάσπαρτη στις μικρές οικογενειακές εκμεταλλεύσεις, υπό την έλλειψη εξοπλισμού και βελτιωμένων τεχνικών για την αντιμετώπιση του εξωτερικού ανταγωνισμού).

Ανταποκρινόμενη στις ανάγκες του εξωτερικού εμπορίου (πχ. επιδημία σηροτροφίας και σταφιδοπαραγωγής<sup>42</sup> της Γαλλίας, 1850), η Ελλάδα αρχίζει να τροφοδοτεί την

---

<sup>41</sup> "Μετά την απελευθέρωση (1828), οι γαίες που ανήκαν στους Τούρκους έγιναν κρατικά κτήματα. Από το ενοίκιο που εισέπραττε το κράτος κάλυπτε μεγάλο μέρος των εσόδων του. Το ζήτημα της διανομής των εθνικών γαιών, που επιδεινώθηκε από την προσάρτηση της Θεσσαλίας (1881), της Μακεδονίας, της Ηπείρου και της Θράκης (μετά τους Βαλκανικούς πολέμους του 1912 και 1913 και τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο), αποτέλεσε αντικείμενο κοινωνικών αναταραχών. Η είσοδος των προσφύγων μετά την μικρασιατική καταστροφή (1922) οδήγησε τις κυβερνήσεις σε εκτεταμένο αναδασμό". Praelias Theodore (2011), "Globalization and Welfare State: The effect on Health Systems", SPOUDAI Journal, Vol. 61 (2011), Issue 3-4, pp. 48-64

<sup>42</sup> Η σταφίδα αντιπροσωπεύει το 1/3 περίπου της αξίας των ελληνικών εξαγωγών το 1845 και το μισό σχεδόν στα 1870-74. Η Αγγλία και η Γαλλία αποτελούν τους σχεδόν αποκλειστικούς αγοραστές του ελληνικού προϊόντος.

ευρωπαϊκή μεταξοβιομηχανία<sup>43</sup> με την πρώτη ύλη της, εγκαταλείποντας την επί τόπου κατεργασία (περίοδος "αποβιομηχάνισης"). Στην πορεία, όμως, παρατηρείται προοδευτική ίδρυση μεταξουργείων στη χώρα, για να απορροφήσουν τις ποσότητες πρώτων υλών που δεν εξάγονται. Επομένως, η αγροτική βιοτεχνία παρακμάζει. Από το τέλος του 1860, ολόκληρη η εθνική οικονομία εκσυγχρονίζεται με τα επιδοτούμενα δάνεια από την κρατική Αγροτική Τράπεζα (1850-80) για τον εκσυγχρονισμό της γεωργίας (εκμηχάνιση, βελτιωμένοι σπόροι, φυτοφάρμακα κλπ).

Ουσιαστικά, ο 19ος αιώνας στο σύνολό του και ένα μεγάλο μέρος του 20ου μπορεί να θεωρηθεί περίοδος "μετάβασης" από μια κοινωνία αγροτική σε μια κοινωνία βιομηχανική<sup>44</sup>, με την αστικοποίηση να εμφανίζεται δειλά- δειλά και να επιταχύνεται κατά τις δεκαετίες 1870-1880. Η Αθήνα, ο Πειραιάς, η Ερμούπολη και η Κέρκυρα γνωρίζουν την πιο αξιοσημείωτη βιομηχανική ανάπτυξη, με λιγότερο από 10% αγροτικές απασχολήσεις.

Επομένως, διαφαίνεται ότι η ανάπτυξη της οικονομίας της Ελλάδας (1860-1900) είχε κυκλική πορεία (απογείωση-επιβράδυνση/ κρίση- ανάκαμψη/ επιτάχυνση), ενώ σύμφωνα με τους ιστορικούς, μπορούν να διακριθούν τρεις περίοδοι:

- 1) **1866/67-1874/75**: πρώτη φάση ταχύρυθμης ανάπτυξης με τα πρώτα μηχανικά εργοστάσια στην Ελλάδα και εξοπλισμό με ατμομηχανές. Όλες οι βιομηχανίες, που δημιουργούνται στην περίοδο της απογείωσης, απευθύνονται στην εγχώρια αγορά (πλην της βυρσοδεψίας και της μεταξουργίας που είναι εξαγωγικές), αφού διπλασιάστηκε ο συνολικός πληθυσμός λόγω προσαρτήσεων. Καινοτομία του 19ου αιώνα ήταν η διεύρυνση της εσωτερικής αγοράς με την προοδευτική εγκατάλειψη της παραδοσιακής πολυκαλλιέργειας, που αποσκοπούσε στην αυτάρκεια και την εξειδίκευση στις εμπορευματικές καλλιέργειες που προορίζονται για εξαγωγή. Η σταδιακή διεύρυνση της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος (Ε.Τ.Ε.) στην οικονομία της χώρας (χωρίς, ωστόσο, να έχει διαμορφώσει μια αυστηρά βιομηχανική πολιτική)

---

<sup>43</sup> "Η μεταξοκλωστική είναι η πρώτη βιομηχανία, με την έννοια μιας συστηματικής μεταποιητικής δραστηριότητας που στεγάζεται για πρώτη φορά σε συγκεντρωμένες μονάδες παραγωγής, που εισάγει δηλαδή στη χώρα το εργοστασιακό σύστημα", Αγριαντώνη Χριστίνα, "Οι απαρχές της εκβιομηχάνισης στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα", Ιστορικό Αρχείο- Εμπορική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα, 1986

<sup>44</sup> Μικρή ανάπτυξη αστικού τομέα, αλλά οριστική απαρχή του εκσυγχρονισμού της οικονομίας με τη δημιουργία, μέσα σε λίγα χρόνια, εκατό περίπου εργοστασίων που λειτουργούν με τη δύναμη του ατμού και περιλαμβάνουν τους ακόλουθους κλάδους: βιομηχανία τροφίμων (αλευροβιομηχανία, ελαιοβιομηχανία, οινοπνευματοποιία), κλωστοϋφαντουργία (βαμβάκι, μετάξι, μαλλί), κατεργασία μετάλλων (σιδηρουργεία, χυτήρια, καρφοβελοποιεία), βιομηχανία δερμάτων, ξύλου (μηχανικά σχιστήρια και εργοστάσια αντικειμένων σε σειρές), χημική βιομηχανία (σαπούνι, πυρίτιδα, χρώματα), διάφορες βιομηχανίες (υαλοργάνια, χαρτοβιομηχανία, σχοινοποιία, υλικά οικοδομών).

δημιούργησε ευνοϊκό κλίμα για την επιτάχυνση και απογείωση της βιομηχανίας. Άλλωστε, την αστικοποίηση ακολούθησε ένας σημαντικός παράγοντας βιομηχανικής επένδυσης, ο σχηματισμός της εργατικής τάξης, με χαμηλή συσσώρευση τεχνικών δεξιοτήτων και με συνεπακόλουθες αλλαγές στα ήθη, στις νοοτροπίες και την ιεράρχηση κοινωνικών αξιών.

- 2) **1875-1890:** κάμψη- στασιμότητα στη δημιουργία νέων εγκαταστάσεων. Η ελληνική βιομηχανία απευθύνεται κυρίως στην εγχώρια αγορά (παραγωγή αγαθών τρέχουσας κατανάλωσης), της οποίας η απορροφητική ικανότητα είναι χαμηλή κι έτσι οι τιμές των προϊόντων διαμορφώνονται σε χαμηλά επίπεδα. Αυτό συνεπάγεται χαμηλή επεξεργασία-κατεργασία, χαμηλή προστιθέμενη αξία, περιορισμένη ποικιλία λόγω και του χαμηλού επιπέδου τεχνικών γνώσεων, αλλά και μεγαλύτερη κατ' αναλογία συμμετοχή των πρώτων υλών στην τιμή του κόστους (πάνω από 60% στην ακαθάριστη αξία της παραγωγής).
- 3) **1890-1899:** ανάκαμψη, η οποία ακολούθησε μετά τη δημοσιονομική κρίση του 1893 (πτώχευση του κράτους) και την αγροτική κρίση του 1892 (υπερπαραγωγή-κατάρρευση του εμπορίου της σταφιδοπαραγωγής<sup>45</sup>, σιτοπαραγωγής και καπνού της Θεσσαλίας, ανάγκη προστασίας της εγχώριας παραγωγής), αλλά και τις παλαιότερες πετρελαϊκές κρίσεις του 1970. Ανησυχητικό σημείο της περιόδου: η Ελλάδα άρχιζε να ζει ξοδεύοντας περισσότερα από τα πραγματικά εισοδήματά της<sup>46</sup>. Εμφάνιση κερδοσκοπίας. Νέα ισορροπία στην ελληνική βιομηχανία, ο χαρακτήρας της οποίας μετατράπηκε σε εντάσεως εργασίας, αφού δόθηκε προτεραιότητα στο συντελεστή εργασία. Η έλλειψη και το υψηλό κόστος των εργατικών χεριών στη βιομηχανία υπήρξε μόνιμο φαινόμενο των ετών 1883-85, ενώ ο καινούριος αιώνας (20<sup>ος</sup>) βρίσκει την Ελλάδα με μεγαλύτερο αριθμό μηχανικών εγκαταστάσεων και εργατών εργοστασίου.

Από την άλλη πλευρά, χαρακτηριστικά του 19ου αιώνα σε διεθνές επίπεδο ήταν η εξάπλωση του καπιταλισμού, η διεύρυνση της βιομηχανικής επανάστασης, η βελτίωση των μέσων μεταφοράς, η ανακάλυψη νέων πηγών ενέργειας, η αύξηση των διαθέσιμων

---

<sup>45</sup> Σταφιδοπαραγωγή: ένα εμπόριο που δεν ήταν πλέον ο "μοχλός" της οικονομικής ανάπτυξης όπως την προηγούμενη περίοδο, αλλά αντιθέτως εξακολουθούσε να διοχετεύει καταχρηστικά σημαντικούς ανθρώπινους και χρηματικούς πόρους, πλήττοντας την εθνική οικονομία, κατά την περίοδο 1880-1900. ό.π., σελ.277

<sup>46</sup> Αγριαντώνη Χριστίνα (1986), "Οι απαρχές της εκβιομηχάνισης στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα", Ιστορικό Αρχείο Εμπορική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα, 1986, σελ.228

πολύτιμων μετάλλων και η εδραίωση μιας διεθνούς οικονομικής τάξης πραγμάτων. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, και με όλες τις ιδιομορφίες που την χαρακτήριζαν, η Ελλάδα επιχειρούσε όχι μόνο να ενταχθεί, αλλά και να εδραιωθεί στη διεθνή αγορά.

Σύμφωνα με τους ιστορικούς, *όλες οι χώρες της ευρωπαϊκής "περιφέρειας" συμμετέχουν στη γενικευμένη αυτή κίνηση, η κάθε μία με τον τρόπο της. Ανάλογα με τις εσωτερικές συνθήκες και με το δικό τους επίπεδο ανάπτυξης, άλλες γνωρίζουν κοινωνικές αναστατώσεις, απαρχές εκσυγχρονισμού ή εκβιομηχάνισης, ενώ σε άλλες αφυπνίζεται η εθνική συνείδηση*<sup>47</sup>. Συγκεκριμένα, στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ξεκινά η διαδικασία της αποσύνθεσης των φεουδαλικών συστημάτων παραγωγής (κατάργηση δουλοπαροικίας στη Ρωσία το 1861, στη Ρουμανία το 1864). Οι Σκανδιναβικές χώρες, η Ουγγαρία και οι Τσέχικες επαρχίες παίρνουν οριστικά το δρόμο της εκβιομηχάνισης, ενώ στα Βαλκάνια κυριαρχεί το φαινόμενο της κατάκτησης της ανεξαρτησίας και η δημιουργία εθνικών κρατών με παράλληλη κάποια, λιγότερο ή περισσότερο αισθητή, οικονομική ανάπτυξη. Επομένως, η κατάσταση στην Ελλάδα την περίοδο αυτή αποτελεί απόρροια ευρύτερης τάσης που ξεπερνά τα εθνικά σύνορα<sup>48</sup>.

Ειδικότερα, η περίοδος 1875-1890 χαρακτηρίζεται ως περίοδος "μαρασμού" και κάμψης στην οικονομική ιστορία της Ευρώπης. Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες επηρεάστηκαν από τη "Μεγάλη Ύφεση", πόσο μάλλον το νεοσύστατο ελληνικό κράτος, που πάσχιζε να βρει ισορροπίες προσανατολισμένο στο εξωτερικό εμπόριο. Έτσι, το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου επιδεινώθηκε σημαντικά. Η πτώση των αγροτικών τιμών υπό την πίεση του ανταγωνισμού, η πτώση των βιομηχανικών τιμών, η άνοδος του κρατικού προστατευτισμού (με την ενίσχυση των τελωνειακών φραγμών- φορολογικής πίεσης και των επενδύσεων στην υποδομή πχ. συγκοινωνιακά έργα, μεγάλα δημόσια έργα όπως η διώρυγα της Κορίνθου) και τέλος, η μαζική τάση προς εξαγωγή των κεφαλαίων από τις ανεπτυγμένες χώρες αποτελούσαν τα κύρια χαρακτηριστικά της Μεγάλης Ύφεσης.

Στην Ελλάδα, οι στρατιωτικές προετοιμασίες και οι διαδοχικές προσαρτήσεις διαμόρφωναν το νέο πολιτικό χάρτη: το 1881 στην ελληνική επικράτεια προστέθηκε η Θεσσαλία, το 1913 μετά τους Βαλκανικούς Πολέμους, η Μακεδονία, το 1920 η Ανατολική Θράκη και η περιοχή της Σμύρνης που επέστρεψαν στην τουρκική κυριαρχία μετά την Μικρασιατική Καταστροφή. Το 1919 προστέθηκε στην Ελλάδα η Θράκη και μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο το 1947 τα Δωδεκάνησα. Κι έτσι οι κυβερνήσεις αναγκαζόντουσαν να προσφεύγουν στον εξωτερικό δανεισμό και να εντείνουν τη φορολογική πίεση. *Παράλληλα,*

---

<sup>47</sup> Η Ελλάς, η Σερβία, η Βουλγαρία στη Βαλκανική, η Ιταλία και η Γερμανία στο κέντρο της Ευρώπης δημιούργησαν κράτη κατά τον 19ο αιώνα.

<sup>48</sup> ό.π., σελ.140

οι επιστρατεύσεις και ο κοινωνικός αναβρασμός, που μοιραία συνόδευε τις αλληπάλληλες κρίσεις των σχέσεων της Ελλάδας με τους γείτονές της, προκαλούσαν συνεχείς διαταραχές στην καθημερινή οικονομική ζωή. Τα χρόνια 1876/77 και 1885/86, με τον πολιτικό αναβρασμό, τις καθημερινές διαδηλώσεις και επιστρατεύσεις που τα συνόδευαν, αποτέλεσαν κρίσιμες στιγμές υποβάθμισης του οικονομικού περιβάλλοντος. Επιπλέον, η σταδιακή διείσδυση των ευρωπαϊκών βιομηχανιών στις αγορές της περιοχής, οι ανερχόμενοι βαλκανικοί εθνικισμοί και η διαρκής επιδείνωση των σχέσεων με την Αυτοκρατορία τροποποιούσαν αισθητά τους κανόνες του παιχνιδιού. Συνεπώς, σε τέτοιο ρευστό περιβάλλον με οξυμένο ανταγωνισμό ήταν αδύνατο για την Ελλάδα να εδραιώσει τη θέση της, να κυριαρχήσει οικονομικά (εξασφαλίζοντας εναλλακτικές εμπορικές διεξόδους στην περιοχή) και να αναπτυχθεί βιομηχανικά, αφού οι αντίπαλοί της δεν ήταν μόνο πολιτικοί, αλλά και οικονομικοί. (Οι χώρες των Βαλκανίων ακολουθούν τα βήματα της Ελλάδας, σε επίπεδο εκβιομηχάνισης και προστατευτικής τελωνειακής πολιτικής)<sup>49</sup>.

Επομένως, η ιδιαίτερη μορφή σύστασης του ελληνικού κράτους με τα προβλήματα που τη συνόδευαν (πολιτική αστάθεια, χρέη-πτωχεύσεις, εξυπηρέτηση του εξωτερικού δανεισμού, διεθνής αναξιοπιστία, διαδοχικές εδαφικές προσαρτήσεις-πολιτική αλυτρωτισμού, διώξεις πληθυσμών και αποκατάσταση των προσφύγων, σε συνδυασμό με την απουσία συγκεκριμένης κοινωνικοοικονομικής πολιτικής και σχεδιασμού, εντασσόταν σε ένα πλαίσιο που οδηγούσε αναπόφευκτα σε σημαντικές αποκλίσεις από τις κοινωνίες της Δύσης. Ας μην ξεχνάμε ότι, πέρα από τον Α' και Β' Βαλκανικό πόλεμο (1912-1913), η Ελλάδα είχε να αντιμετωπίσει τον ελληνοτουρκικό πόλεμο του 1897 και του 1918-22, που οδήγησε τελικά στη Μικρασιατική Καταστροφή. Επιπλέον, εκτός από τον Α' και Β' Παγκόσμιο πόλεμο, τάχθηκε αντιμέτωπη με τον Ελληνικό Εμφύλιο πόλεμο του 1946-1949 και των καταστροφικών του συνεπειών, καθώς και την στρατιωτική δικτατορία των συνταγματαρχών (1967-1974). Είναι ευνόητο ότι όλα τα παραπάνω σημάδεψαν την μετέπειτα πορεία της Ελλάδας σε όλες τις πτυχές της, κοινωνικές και οικονομικές, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συμβαδίσει με το κοινωνικοπολιτικό κλίμα και ανάπτυξη των κοινωνιών της Δύσης, αλλά να κατασκευάσει ένα δικό της ιδιαίτερο μόρφωμα.

---

<sup>49</sup> ό.π., σελ.264

### 2.1.2. Η άνοδος και η πτώση του Κράτους- Πρόνοιας σε παγκόσμιο επίπεδο

Μετά τον 16ο αιώνα είναι εμφανής η γενικότερη, διεθνής τάση να κυριαρχήσει ο εμπορικός καπιταλισμός με την ανάδυση των ολιγοπωλίων. Οι οικονομικοί μετασχηματισμοί συνεχίστηκαν, όπως είδαμε, με μεγαλύτερες ταχύτητες μετά τον 18ο αιώνα. Αρχικά (18ος, 19ος αιώνας), η εκβιομηχάνιση επικράτησε στη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική, ενώ στο πρώτο ήμισυ του 20ου αιώνα επεκτάθηκε στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σε ό,τι αφορά τον τομέα της Υγείας, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ξεκίνησαν σε παγκόσμιο επίπεδο να ανέρχονται μετά τη δεκαετία 1880 εξαιτίας των μεταρρυθμίσεων του Bismarck<sup>50</sup>, αφού η ένωση των γερμανικών λαών (1871) και η ταυτόχρονη προσπάθεια για ταχεία εκβιομηχάνιση, ώστε να προσεγγίσει ή να υπερβεί την υπόλοιπη Ευρώπη, δημιούργησε οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα.

Η κρίση της περιόδου 1929-33, με τα κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε, διέυρνε την προβληματική για την ανάγκη επέκτασης των κρατικών δαπανών. Στη Γερμανία το καθεστώς του Εθνικοσοσιαλισμού, για να κερδίσει τις μάζες, προχώρησε σε συνέχιση της προηγούμενης πολιτικής. Το κράτος πρόνοιας ανεδύθη στη δεκαετία 1880 και γρήγορα η λογική του άρχισε να επηρεάζει όλη την ήπειρο. Πράγματι, στην ΕΣΣΔ ανεφάνησαν σταδιακά αξιόλογες βελτιώσεις στην υγειονομική κατάσταση. Ακολούθως, οι πληγές του πολέμου και η αμφισβήτηση που ανέκυψε μεταπολεμικά (Ψυχρός Πόλεμος) είχαν ως απόρροια την ενδυνάμωση της πίεσης για ευρύτερες κοινωνικές παροχές. Το υπόδειγμα Beveridge (1948) δεν αποτέλεσε μια απλή αλλαγή στην εφαρμοζόμενη πολιτική στον τομέα της υγείας, αλλά διαχύθηκε σε όλη την επονομασθείσα «κοινωνική οικονομία». Έτσι, πέραν του πολλαπλασιασμού των ωφελειών που απήλαυσαν οι μάζες από τη βελτίωση των συνθηκών στην υγεία, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά πληθώρα παροχών. Η κοινωνική αυτή πολιτική ήρθε ως συμπλήρωμα ή ακριβέστερα αποκορύφωμα των συζητήσεων από τα τέλη του 19ου αιώνα και των αρχών του 20ου περί της Οικονομικής της Ενημερίας<sup>51</sup>.

Η πίεση, λοιπόν, που ασκούσε η ανερχόμενη μεσαία τάξη και ένα σημαντικό τμήμα των διανοουμένων, από το ένα μέρος, και η διεύρυνση της απήχησης της ιδεολογίας του υπαρκτού σοσιαλισμού στην περίοδο 1945-60, από το άλλο, είχαν ως απόρροια την ανάδυση του κράτους-πρόνοιας (1950-1980) και του κρατικού παρεμβατισμού (σε όλη την Ευρώπη στο διάστημα 1936-1980).

---

<sup>50</sup> Να σημειωθεί, ότι η βιομηχανική επανάσταση ξεκίνησε κάπως αθόρυβα αρχικά (με την έννοια ότι δεν προβλέπονταν οι κοινωνικές εξελίξεις).

<sup>51</sup> και ιδιαίτερα των συμβολών του Pareto και του Pigou.

Η κρίση των ετών 1973 και 1979 έφερε στην εξουσία πολιτικές (Thatcher, Reagan), στον Αγγλοσαξωνικό αρχικά κόσμο, που αμφισβητούσαν τη λογική του κράτους-πρόνοιας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων πολιτικών η ανάδυση φιλελεύθερων ή ανοικτών Συστημάτων Υγείας (παρότι δεν αναγνωρίζονται από πολλούς ως συστήματα υγείας), τα οποία λειτουργούν επί τη βάσει του μηχανισμού της αγοράς (κλασική περίπτωση οι ΗΠΑ<sup>52</sup>). Σταδιακά, οι απόψεις περί λιγότερου κράτους, άρα περί μικρότερης παρέμβασης, άρχισαν να επεκτείνονται και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Η συνθήκη του Maastricht (1993) φανερώνει πόσο πολύ απείχε η κοινωνική πολιτική στη δεκαετία 1990 σε σχέση με αυτή του 1970. Πεποίθηση πολλών είναι ότι το *κράτος πρόνοιας*, ως απότοκο της εκβιομηχάνισης και της αστικής αντίληψης για ισότητα, που προήλθε από τον εμπορικό καπιταλισμό, την όξυνση ανισοτήτων και τη φτώχεια, δημιουργήθηκε για να συρρικνώσει αυτές ακριβώς τις αδυναμίες του αστικού συστήματος.

Η κρίση του 2008 διεύρυνε τα μέγιστα αυτήν την πορεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η κατάρρευση του υπαρκτού σοσιαλισμού το 1990 κατήργησε τον ένα βραχίονα πίεσης στις δυτικές κοινωνίες, ενώ η σταδιακή επικράτηση της παγκοσμιοποίησης συρρίκνωσε τις κοινωνικές αμφισβητήσεις. Στο διάστημα αυτό, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν, φθάνοντας στο 10% περίπου του ΑΕΠ, παραμένοντας εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όμως, το διευρυνόμενο κόστος υγείας και η απόσυρση του κράτους λόγω της φιλελεύθερης πολιτικής δημιούργησαν την ανάγκη και για άνοδο των ιδιωτικών δαπανών και την τάση ελάττωσης της κρατικής συμμετοχής για δαπάνες υγείας.

Η ραγδαία αύξηση των τελευταίων, ωστόσο, έχει σύνθετες αιτίες. Η σημαντική βελτίωση της οικονομικής κατάστασης της μεσαίας τάξης διαμόρφωσε και ανάλογο καταναλωτικό πρότυπο. Τα συνταξιοδοτικά προγράμματα του δημοσίου, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας, θεωρήθηκαν φτωχές για το επίπεδο διαβίωσής τους. Έτσι, από το 1960 ξεκίνησε εντυπωσιακά να καθιερώνεται η ιδιωτική ασφάλιση. Μεγάλο μέρος των ατόμων της μεσαίας και φυσικά της ανώτερης τάξης απέκτησαν ιδιωτική ασφάλιση (στη Γαλλία παραδείγματος χάριν το 90% του πληθυσμού).

---

<sup>52</sup> Τα βασικά χαρακτηριστικά:

- Ο καταναλωτής- ασθενής επιλέγει τον φορέα ασφάλισης και περίθαλψης (*συνεπώς δύναται να μην ασφαλισθεί καθόλου*),
- οι συντελεστές παραγωγής ανήκουν στους ιδιώτες,
- η ιδιωτική ασφάλιση κυριαρχεί,
- η υγειονομική κάλυψη χρηματοδοτείται από προσωπικές ή εργοδοτικές εισφορές,
- οι τιμές των υπηρεσιών, κλπ καθορίζονται ανάλογα με τη ζήτηση και προσφορά,
- ο προμηθευτής είναι ελεύθερος στο ύψος της αμοιβής, στον τόπο εγκατάστασης κλπ. για την κατάσταση στις ΗΠΑ μεταξύ άλλων: Department of Health & Human services (2009)



Άλλη αιτία, εξίσου σημαντική, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο Κεφάλαιο, υπήρξε η δημογραφική γήρανση [βλέπε Εικόνα 1: *Εξέλιξη προσδόκιμου επιβίωσης Ελλήνων (κατά τη γέννηση, ανά φύλο και ηλικία) σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. και Γράφημα 5: Η εξέλιξη της αναλογίας του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών (ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού) στην Ελλάδα και σε σχέση με το μέσο όρο EU28 κατά την τελευταία δεκαετία]. Το αίτιο αυτό, σε συνδυασμό με το προηγούμενο, ανέτρεψε ουσιωδώς την μέχρι τότε κοινωνική πολιτική. Επομένως, οι ανάγκες σε υγεία και πρόνοια πολλαπλασιάστηκαν αναπόφευκτα.*

### **2.1.3. Κοινωνική Πολιτική και Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα**

Η κοινωνική πολιτική καθυστέρησε να εμφανιστεί στην Ελλάδα. Μολονότι, προ των βαλκανικών πολέμων υπήρχαν οι σχετικές συζητήσεις, εντούτοις, στη δεκαετία 1920 φάνηκε ότι είχαν ωριμάσει οι συνθήκες. Η Μικρασιατική Καταστροφή και η πρόνοια για τους πρόσφυγες πίεσαν για συστηματικότερες θέσεις. Στη δεκαετία του 1930 ιδρύθηκε και λειτούργησε το ΙΚΑ. Μεταπολεμικά, οι τάσεις αυτές πήραν εντατικότερη μορφή, όπως φάνηκε από τη νομοθεσία (ίδρυση του ΟΓΑ, κλπ) και διεύρυνση τόσο των παροχών του ΙΚΑ, όσο και των άλλων ταμείων. Παρ' όλα αυτά, μόλις το 1983 θα ψηφισθεί και θα αρχίσει, με μερική επιτυχία, να εφαρμόζεται Σύστημα Υγείας στη χώρα. Όπως σημειώθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο (1.4) το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, παρόλο που σχηματικά ακολουθεί το πρότυπο του Beveridge, όσον αφορά στην προσφορά (βασίζεται στην άμεση και έμμεση φορολογία των πολιτών) και λειτουργεί σύμφωνα με το πρότυπο του Bismarck, όσον αφορά στη ζήτηση (βασίζεται στην υποχρεωτική ασφάλιση), γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως **μεικτό**, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ένα μεγάλο μέρος από τις ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού, τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Συνοπτικά, η εξέλιξη της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν η ακόλουθη:

1. **1828 - 1922:** υποτυπώδης ιατρική προστασία
2. **1922 - 1953:** ίδρυση Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης  
Ν. 5733/32 περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων από τους φιλελεύθερους

Ν. 6298/34 περί Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων από τους λαϊκούς. Υλοποιείται από τον Μεταξά.

Ίδρυση Ε.Ε.Σ.(1931), Λαϊκό (1933), Άγιος Σάββας (1935) κλπ.

2639/40: Σύσταση Προσωρινών Νοσοκομείων

3. **1953-1983:** 2592/53 περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως. Ανάμεσα στα άλλα: προεβλέπετο ενιαίο ταμείο Υγείας, Πρωτοβάθμια φροντίδα (δεν εφαρμόστηκε) 3487/55 Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών

4169/61 ίδρυση ΟΓΑ

4. **1983- σήμερα:** 1397/83 ίδρυση ΕΣΥ,

Ν. 1316/83 ΕΟΦ, 2889/01 σύσταση των Πε.Σ.Υ., 3106/2003 ενσωμάτωση των προνοιακών μονάδων στα Πε.Σ.Υ., 3329/2005 σύσταση των Δ.Υ.ΠΕ., 3527/2007, συγχώνευση των Δ.Υ.ΠΕ., 3918/11 ενοποίηση πολυϊατρείων ΕΟΠΥΥ, 4387/16 σύσταση ΕΦΚΑ, 4486/17 μεταρρύθμιση ΠΦΥ (ΤΟΜΥ) κλπ

Το εθνικό σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.) θεσπίστηκε με σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος. Ωστόσο, οι αδυναμίες που ενυπήρχαν στην προσπάθεια σύστασης και ιδιαίτερα λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. δημιούργησαν το μοναδικό φαινόμενο στην υφήλιο να υπάρχει και σύστημα υγείας και ταυτόχρονα υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Είναι, εντούτοις, παράδοξο ότι, περίπου 30 χρόνια μετά, το ελληνικό σύστημα είναι σήμερα το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.). Μάλιστα, το παράδοξο της ελληνικής περίπτωσης καταγράφεται σε έκθεση του ΟΟΣΑ με τίτλο «*Η υγεία με μια ματιά -2007*»<sup>53</sup>, όπου συναντάται πρωτοπορία της Ελλάδας στις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αγγίζουν το 57%, το οποίο καταβάλλεται από τους ίδιους τους πολίτες, ενώ μόνο το 43% έχει δημόσια χρηματοδότηση. Το ρεκόρ αυτό είναι ακόμη πιο σημαντικό, γιατί ξεπερνά ακόμη και τις ΗΠΑ και το Μεξικό, οι οποίες έχουν βασίσει το σύστημα υγείας τους στην ιδιωτική ασφάλιση, ενώ στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι απλώς επιπρόσθετη.

---

53 On-line διαθέσιμο σε:

[http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html)

Σε όλες τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) η ιδιωτική πληρωμή της περίθαλψης δεν ξεπερνά το 28%, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 25%. Το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, που ανέρχονται μόλις στο 5% του ΑΕΠ, είναι οι χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ανατρέπει κάθε έννοια δωρεάν και ισότιμης περίθαλψης (Τούντας, 2007). Σε πιο πρόσφατη έρευνα των Ι.Κυριόπουλος και συν. (2019)<sup>54</sup> αναφέρεται ότι το 2016 οι ιδιωτικές πληρωμές (ΟΟΡΕ), ως ποσοστό ως συνολικών δαπανών υγείας, στην Ελλάδα είναι 35%, ενώ ο μέσος όρος στην Ε.Ε. δεν υπερβαίνει το 15%, που αποδίδεται στις ελλείψεις στο δημόσιο σύστημα υγείας, τις λίστες αναμονής, τη χαμηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και τη μη ικανοποίηση των ασθενών.

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι οι επιμέρους πολιτικές υγείας κάθε χώρας εξαρτώνται από τον τρόπο που αυτές αντιμετωπίζουν το **αγαθό «Υγεία»**: ως **Ιδιωτικό ή Δημόσιο Αγαθό**. Πεποίθηση πολλών είναι ότι, εκτός από τις «ιδιαιτερότητες» της αγοράς υγείας, ο ρόλος του κράτους ή της πολιτείας στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η φύση του αγαθού «υγεία» αποτελεί κοινωνικό αγαθό, που οδηγεί στην αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης για τη διασφάλισή του και στην ανάληψη της σχετικής ευθύνης, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι επιπτώσεις από την αβεβαιότητα και να επιτυγχάνεται η σωστή ανάπτυξη και η εξέλιξη του συστήματος υγείας. Έτσι, οι κυβερνήσεις θεωρούν χρέος τους να παρεμβαίνουν στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επειδή αυτές δεν λειτουργούν με τις προϋποθέσεις της ελεύθερης αγοράς, γεγονός που δεν τους επιτρέπει να κατανέμουν την ποσότητα και την σύνθεση των πόρων στην υγεία με τον «άριστο» για την κοινωνία τρόπο (Arrow, 1963, σελ.941–973).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και οι θιασώτες της ελεύθερης αγοράς, η οποία, λειτουργώντας με μη περιοριστικούς από τον κρατικό πατερναλισμό όρους, επιτυγχάνει από μόνη της να βρει της ισορροπίες μέσω της υγιούς ανταγωνιστικότητας των επιχειρηματικών μονάδων (μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση μας). Συνεπώς, στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας, το κυρίαρχο στοιχείο είναι ο συνδυασμός των κανόνων της αγοράς και του κρατικού σχεδιασμού και ελέγχου.

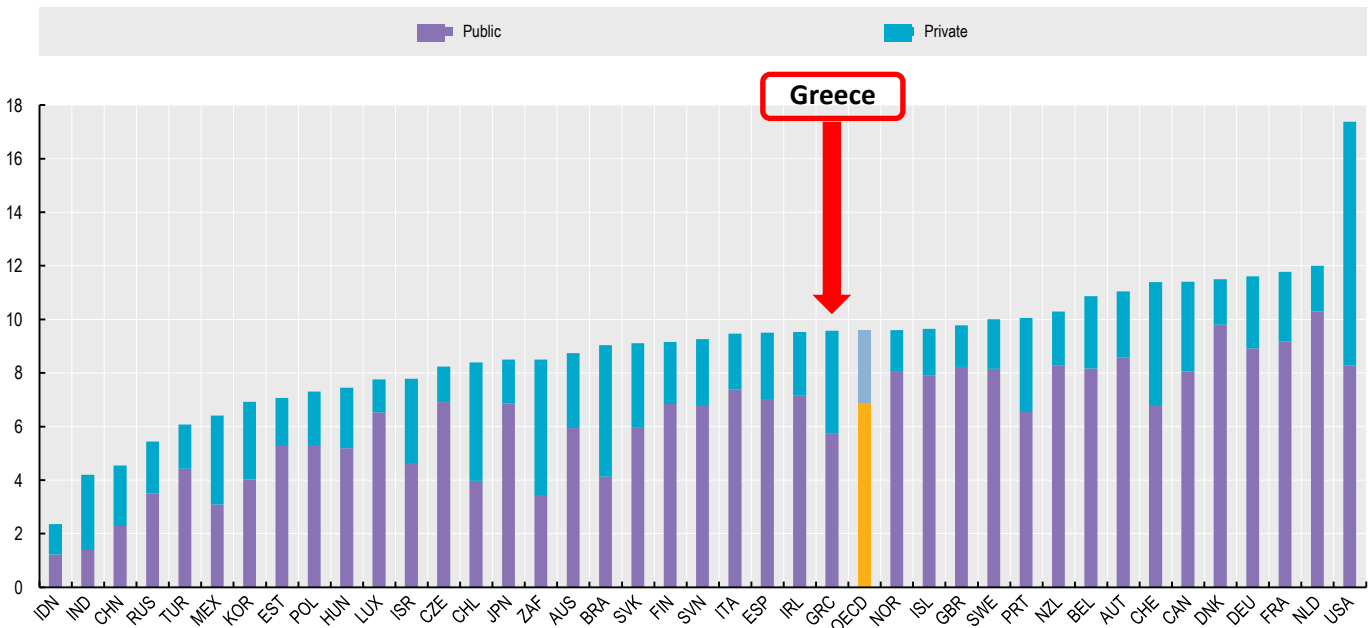
---

<sup>54</sup> Kyriopoulos I., Nikoloski Z., Mossialos E. (2019), “The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure” Social Science and Medicine, Volume 222, February 2019, Pages 274-284, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.021>

Γράφημα 9: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2009

**Public and private expenditure on health**

As a percentage of GDP, 2009 or latest available year



Πηγή: OECD Factbook 2011: Economic, Environmental and Social Statistics

Health - Resources - Health expenditure

Πράγματι, στο παραπάνω διάγραμμα του Ο.Ο.Σ.Α. (Γράφημα 9) για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας των χωρών, παρατηρείται το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών της Ελλάδας, μιας χώρας που διαθέτει εδώ και τριακονταετία Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι Κυριόπουλος και συν. (2001)<sup>55</sup> αναφέρουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αγγίζουν το 42% του συνόλου των δαπανών υγείας, οι οποίες σε συνδυασμό με την εκτεταμένη παραοικονομία (16,9% των δαπανών υγείας) και την άνιση κατανομή του φορολογικού βάρους, η οποία οφείλεται στην κυριαρχία των έμμεσων φόρων (Καράγιωργας και Πάκος 1988)<sup>56</sup>, δημιουργούν κοινωνικές ανισότητες στο υποσύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα της Ελλάδας και μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα στο σύστημα (Φέτση, 1990)<sup>57</sup> (Οικονόμου και συν., 2002)<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Κυριόπουλος J., Economou Ch., Dolgeras A., (2001), "Side payments in Greece: The dilemma of equity and efficiency", in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., (eds.), "Health economics in the new era", Exandas, Athens

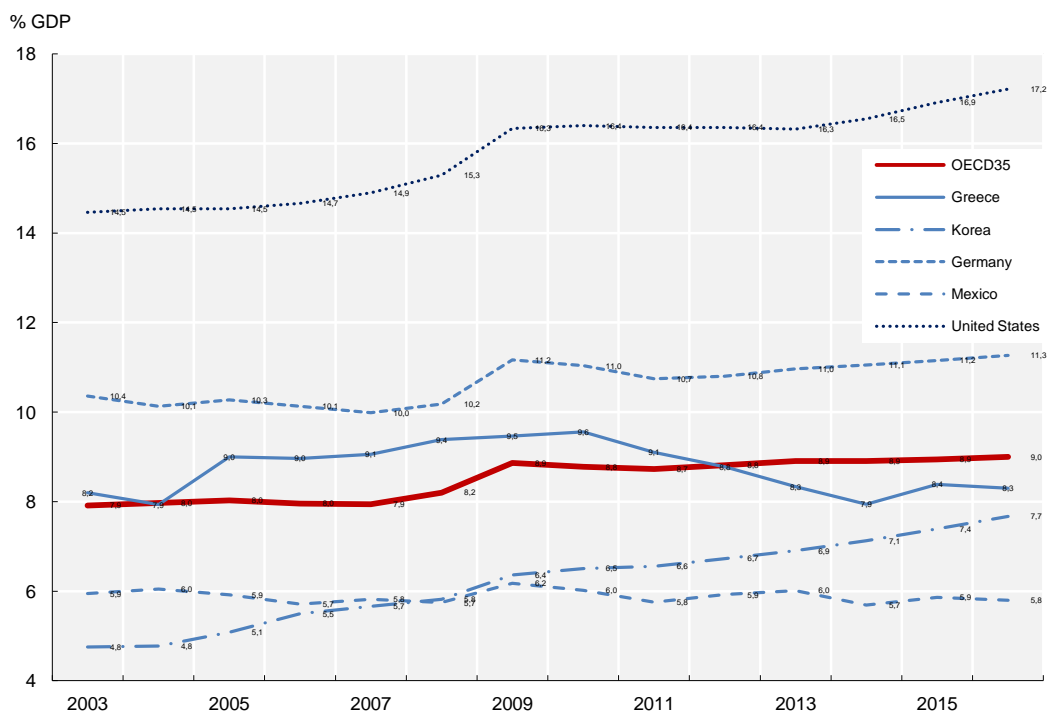
<sup>56</sup> Καράγιωργας Σ., Πάκος Θ., (1988), "Η κατανομή του φορολογικού βάρους στην Ελλάδα: 1982", Τιμητικός Τόμος στη Μνήμη Σ. Καράγιωργα, Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης Παντείου Πανεπιστημίου, Αθήνα

<sup>57</sup> Φέτση Α., (1990), "Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών", Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, ειδικό τεύχος 73Α, ΕΚΚΕ 1990

Στο Γράφημα 10 που ακολουθεί απεικονίζεται η Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και συγκεκριμένα την Ελλάδα, Κορέα, Γερμανία, Μεξικό και Η.Π.Α κατά την περίοδο 2003-2016. Είναι αξιοσημείωτο ότι μετά το 2012 η Ελλάδα έχει μικρότερο ποσοστό δαπανών υγείας από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (Η Κορέα και το Μεξικό είναι επίσης χώρες με χαμηλό ποσοστό δαπάνης υγείας καθ' όλη αυτήν τη χρονική περίοδο).

Γράφημα 10: Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, επιλεγμένες χώρες Ο.Ο.Σ.Α. κατά το διάστημα 2003-2016

### Health expenditure as a share of GDP, selected OECD countries, 2003-16



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Germany	10,4	10,1	10,3	10,1	10,0	10,2	11,2	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3
<b>Greece</b>	<b>8,2</b>	<b>7,9</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>	<b>9,1</b>	<b>9,4</b>	<b>9,5</b>	<b>9,6</b>	<b>9,1</b>	<b>8,8</b>	<b>8,3</b>	<b>7,9</b>	<b>8,4</b>	<b>8,3</b>
Korea	4,8	4,8	5,1	5,5	5,7	5,8	6,4	6,5	6,6	6,7	6,9	7,1	7,4	7,7
Mexico	5,9	6,0	5,9	5,7	5,8	5,7	6,2	6,0	5,8	5,9	6,0	5,7	5,9	5,8
United States	14,5	14,5	14,5	14,7	14,9	15,3	16,3	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,9	17,2
<b>OECD35</b>	<b>7,9</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,9</b>	<b>8,2</b>	<b>8,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,7</b>	<b>8,8</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>9,0</b>

Πηγή: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

<sup>58</sup> Οικονόμου Χ. και συν. (2002), «Μελέτη οικονομικών υγείας», on-line διαθέσιμη στο: [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Meleti.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Meleti.pdf)

Επιπλέον, σε άρθρο του Kose A. (2017)<sup>59</sup> αναφέρεται ότι ο μεγαλύτερος ρυθμός ανάπτυξης στις δαπάνες υγείας είναι στα κράτη της περιοχής του Δυτικού Ειρηνικού, συμπεριλαμβανομένης της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας.

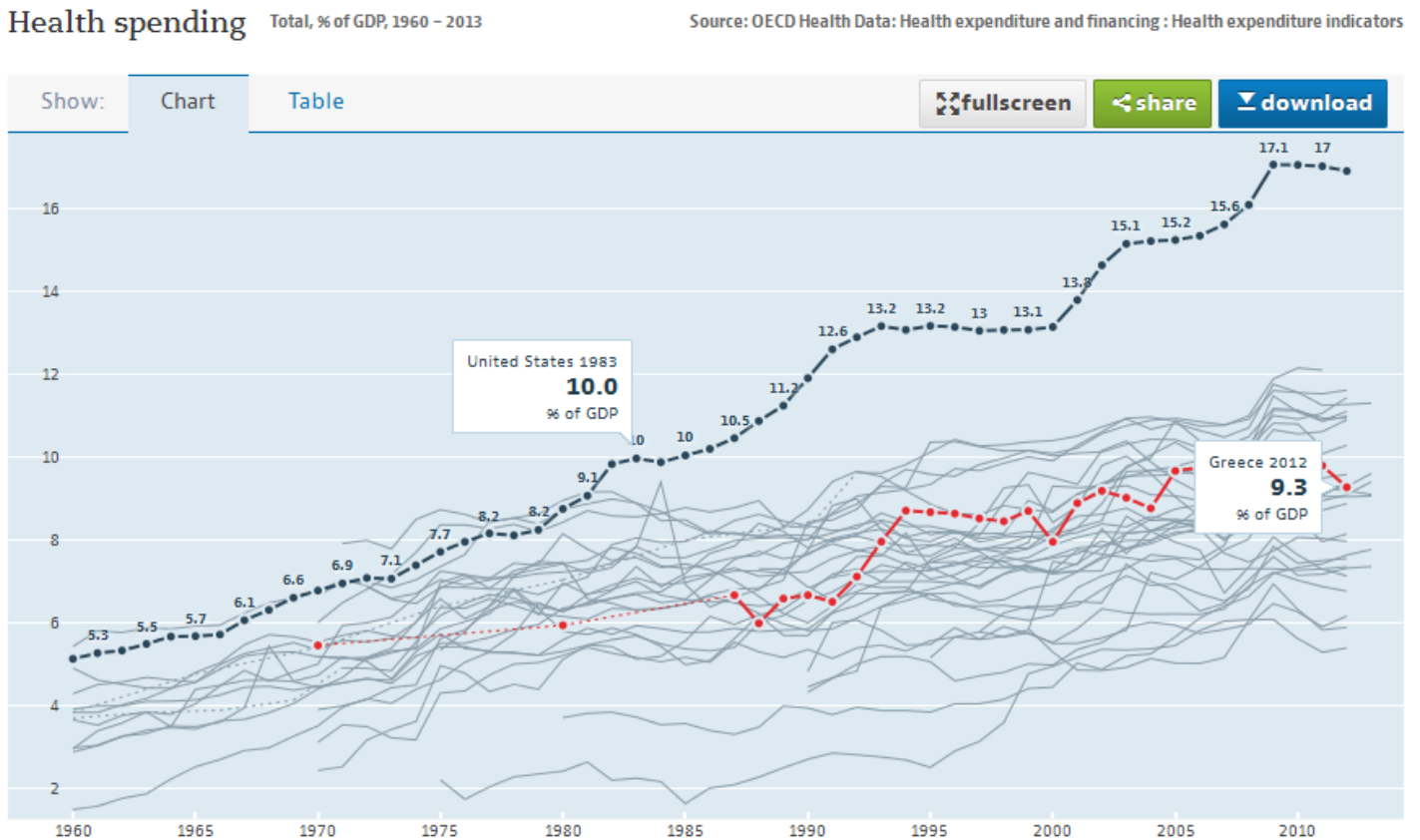
Τέλος, για πληρέστερη εικόνα και συσχέτιση της Ελλάδας στο διεθνές γίνεσθαι, ενώ στο ακόλουθο Γράφημα 11 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (ομοιογενείς βιομηχανοποιημένες οικονομίες) από το 1970 έως και το 2013, όπου παρατηρείται ευκρινώς η αύξουσα πορεία των δαπανών υγείας σε όλες, ανεξαιρέτως, τις χώρες με εξαιρετική εκτίναξη αυτών των Η.Π.Α. (από 6,8% του ΑΕΠ το 1970 έφτασε το 16,4% το 2012 και 17,2 το 2016!). Σ' αυτό βέβαια, συνέβαλε και η οικονομική ύφεση που διόγκωσε τα χρέη, αύξησε τα ελλείμματα και σμίκρυνε το ΑΕΠ κάποιων χωρών. (Από το 3ο τρίμηνο του 2009 μέχρι το 2ο τρίμηνο του 2010, το ΑΕΠ των Η.Π.Α. μειώθηκε κατά 15%, παρά την τεράστια αύξηση της προσφοράς χρήματος<sup>60</sup>).

---

<sup>59</sup> Kose A. (2017), "Big emerging market economies versus the G7: which group will drive the upswing in global growth?" The Brookings Institution, on-line available at: <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2017/07/14/big-emerging-market-economies-versus-the-g-7-which-group-will-drive-the-upswing-in-global-growth/> [Accessed on 10.11.2019]

<sup>60</sup> Ελληνικό Κέντρο Ευρωπαϊκών Μελετών- ΕΚΕΜ (2014), on-line διαθέσιμο σε: [http://www.ekem.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249](http://www.ekem.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249)

Γράφημα 11: Δαπάνες υγείας χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ως ποσοστό του ΑΕΠ (1970-2013)



Πηγή: OECD (2014), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 August 2014)

#### 2.1.4. Η Παραοικονομία στην Υγεία ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ελληνικής περίπτωσης

Άλλο ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό (όχι μόνο) της οικονομίας της Ελλάδος, που κάνει τον τομέα της υγείας να χωλαίνει, αποτελεί η ύπαρξη της παραοικονομίας. Κι αυτό, γιατί το έργο της ακριβούς καταγραφής των δαπανών υγείας δυσχεραίνεται σημαντικά από την ύπαρξη της παραοικονομίας (underground economy), η οποία στον κλάδο της υγείας, δυστυχώς, λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματά της.

Η μέτρηση της παραοικονομίας στην υγεία αποτελεί μια εξαιρετικά ακανθώδη διαδικασία που, ωστόσο, στην περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Καταρχήν, ύπαρξη της παραοικονομίας στην υγεία σημαίνει μετακύλιση του κόστους των δαπανών στον ασθενή, αφού «εθιμοτυπικά» καλούνται να προσφέρουν, εκουσίως ή ακουσίως,

πρόσθετες αμοιβές στο ιατρικο-νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να πετύχουν καλύτερη ποιότητα στη φροντίδα υγείας, άμεση ανταπόκριση, προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας κ.ο.κ. Πιο συγκεκριμένα, οι Αντώνογλου και συν. (2013)<sup>61</sup> προσδιορίζουν ως παραοικονομία στην υγεία τις άτυπες - υπόγειες πληρωμές στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, καθώς και το μέρος εκείνων των πρόσθετων και απευθείας πληρωμών οι οποίες διαφεύγουν των φορολογικών καταγραφών (φοροδιαφυγή). Πρόκειται για φαινόμενο απάτης, που πραγματοποιείται όταν κάποιος εσκεμμένα προκαλεί ή βοηθά κάποιον να προκαλέσει οικονομική ζημιά, σχετιζόμενη με τις παροχές φορέων υπηρεσιών υγείας. Οι πρόσθετες αμοιβές αφορούν τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, μαιές, οδοντοτεχνίτες κλπ., οι οποίες συνδυάζονται, σχεδόν πάντα, με υψηλό επίπεδο φοροδιαφυγής, διαφθοράς και παραοικονομίας, οδηγώντας το κάθε υγειονομικό σύστημα σε αμφισβήτηση και υποχρηματοδότηση, τόσο ανά τον κόσμο όσο και στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με έκθεση του Institute of Economic Affairs (IEA, Ινστιτούτο Οικονομικών Θεμάτων), στην Ελλάδα η παραοικονομία κινείται διαχρονικά μεταξύ του 22,6% του ΑΕΠ της (1989-1990) και του 29% του ΑΕΠ (1997-1998). Το 2001, η «σκιάδης» οικονομία ήταν στο 28,2% του ΑΕΠ της χώρας ή σε απόλυτους αριθμούς στα 41,2 δισ. ευρώ. Το 2012, μπορεί να υποχώρησε στο 24% του ΑΕΠ, αλλά δεδομένης της αύξησης του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) το μέγεθος της παραοικονομίας υπολογιζόταν σε 46,4 δισ. ευρώ. Σύμφωνα με το ΙΕΑ, το διάστημα 1999-2007 η παραοικονομία στην Ελλάδα ήταν κατά μέσο όρο στο 27,5% του ΑΕΠ<sup>62</sup>, ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι περίπου 22% του ΑΕΠ, που κατήλθε στο 18,5% το 2013. Στο Γράφημα 13 παρατηρείται η διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού της «σκιάδους οικονομίας» την τελευταία δεκαετία στην Ευρώπη, ενώ στο Γράφημα 12 παρατίθεται το ποσοστό παραοικονομίας των χωρών σε σχέση με το ΑΕΠ κατά γεωγραφική περιοχή της Ευρώπης.

---

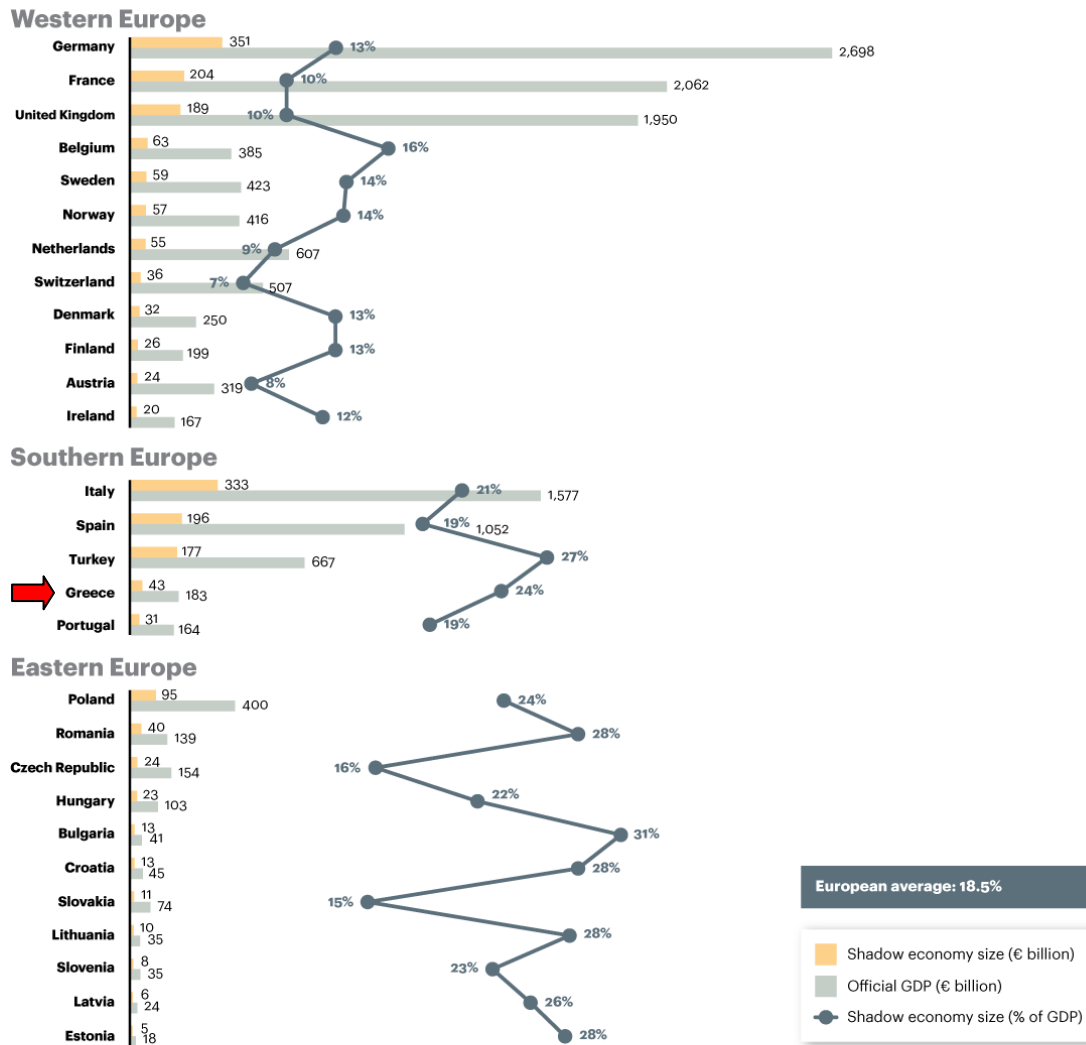
<sup>61</sup> Αντώνογλου Δ., Κουφοπούλου Π., Βοζίκης Α. (2013), «Παραοικονομία στην Υγεία: Τάσεις ανά τον κόσμο & προοπτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας 'Αριστεία & Διαφάνεια στα Δημόσια Νοσοκομεία'

<sup>62</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://www.kathimerini.gr/41908/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/sta-yyh-paraoikonomia-mayrh-ergasia-kai-paranomoi-metanastes>



Γράφημα 12: Η παραοικονομία των χωρών της Ευρώπης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2013 (EU27, εκτός από: Κύπρο, Μάλτα, Λουξεμβούργο αλλά με: Νορβηγία, Ελβετία, Κροατία και Τουρκία)

### The shadow economy in relation to GDP



Notes: Data for EU-27 (excluding Cyprus, Luxemburg, and Malta) plus Norway, Switzerland, Croatia, and Turkey. The size of the shadow economy is calculated using the MIMIC method.

Source: Dr. Friedrich Schneider, Johannes Kepler University of Linz, Austria; Eurostat; A.T. Kearney analysis

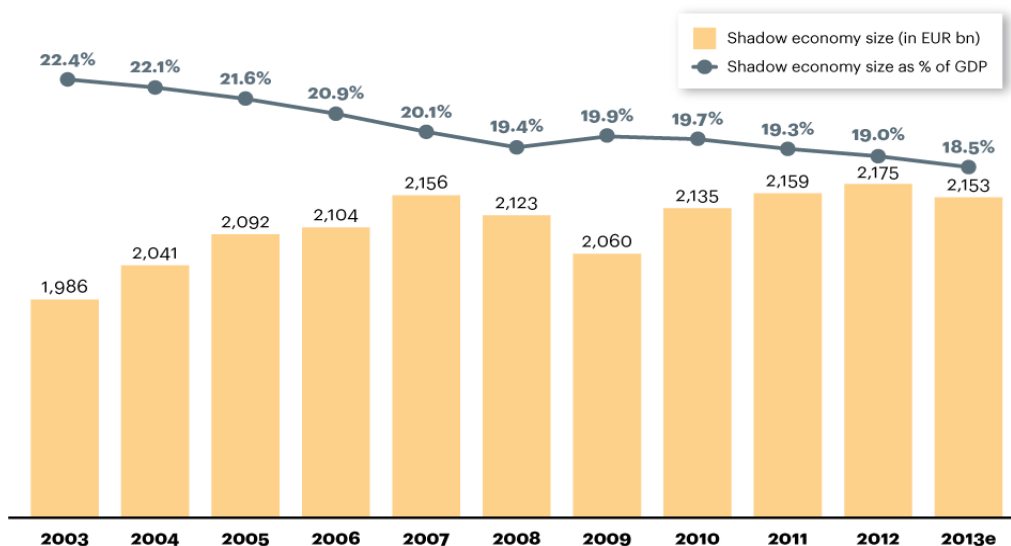
Πηγή: Schneider F. et al., Johannes Kepler University of Linz<sup>63</sup>

<sup>63</sup> On-line διαθέσιμο σε: [http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset\\_publisher/j8lucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192](http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset_publisher/j8lucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192)

Γράφημα 13: Η διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού της «σκιάδους οικονομίας» την τελευταία δεκαετία στην Ευρώπη, 2013 (EU27, συν: Νορβηγία, Ελβετία, Κροατία και Τουρκία)

2

### The development of the shadow economy in Europe



Notes: Data for EU-27 plus Norway, Switzerland, Croatia, and Turkey. The size of the shadow economy is calculated using the MIMIC method.  
Source: Dr. Friedrich Schneider, Johannes Kepler University of Linz, Austria; Eurostat; A.T. Kearney analysis

Πηγή: Schneider F. et al., Johannes Kepler University of Linz<sup>64</sup>

Όπως αναφέρθηκε, το σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ως αρκετά «διωτικοποιημένο», αφενός λόγω των υψηλών άτυπων πληρωμών- OOP (out-of-pocket), τη στιγμή που η χώρα διαθέτει σύστημα υγείας με καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, αφετέρου, λόγω της χαμηλής δημόσιας χρηματοδότησης του τομέα, που μειώθηκε κι άλλο κατ' εφαρμογήν της μνημονιακής πολιτικής. Όταν κάνουν την εμφάνισή τους φαινόμενα διαφθοράς στον τομέα της υγείας, η κατάσταση δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο. Πράγματι, σύμφωνα με μελέτη του Λιαρόπουλου και συν. (2008)<sup>65</sup>, 4 στους 10 ερωτηθέντες ανέφεραν ότι χρημάτισαν άτυπως ιατρούς δημοσίων νοσοκομείων, εκούσια ή ακούσια, ενώ μόλις το 4% των ιατρών αρνήθηκε να παραλάβει το λεγόμενο «φακελάκι». Παράλληλα, ιδιαίτερα χαμηλό (4%) ήταν και το ποσοστό των Ελλήνων που αρνήθηκαν να δώσουν «φακελάκι», ακόμη κι όταν αυτό τους ζητήθηκε.

<sup>64</sup> On-line διαθέσιμο σε: [http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset\\_publisher/j8lucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192](http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset_publisher/j8lucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192)

<sup>65</sup> Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece", Elsevier, Health Policy 87 (2008) 72–81, on-line available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Σε αντίστοιχη έρευνα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, επισημαίνεται ότι οι παραοικονομικές συναλλαγές στα δημόσια νοσοκομεία ανέρχονται σε 32,4% των περιπτώσεων, ενώ όλα τα χρήματα που καταβάλλονται στις δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας του ΕΣΥ και πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων) διαφεύγουν των επίσημων καταγραφών, δεδομένου ότι δεν προβλέπεται τιμολόγηση υπηρεσιών. Έτσι, στα κέντρα υγείας η παραοικονομία αγγίζει το 12,2% και στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων το 10,6%. Παράλληλα, 3 στους 10 πολίτες που χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας αναγκάστηκαν να καταβάλουν «μαύρο χρήμα» από την τσέπη τους, δηλαδή φακελάκι, προκειμένου να εξυπηρετηθούν, στις περισσότερες μάλιστα περιπτώσεις έπειτα από απαίτηση των ιατρών<sup>66</sup>.

Η μελέτη των Grigorakis N., Floros C., Tsangari H., Tsoukatos E. (2016)<sup>67</sup> επιβεβαιώνει ότι οι λεγόμενες “out of pocket payments” των ασθενών είχαν καταστροφικό αντίκτυπο ιδίως στα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού, παρά την ύπαρξη καθολικού συστήματος υγειονομικής και κοινωνικοασφαλιστικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ωστόσο, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, υψηλά επίπεδα σε πληρωμές μαύρου χρήματος έκαναν την εμφάνισή τους και σε άλλες χώρες όπως η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Ιταλία, η Λεττονία, η Λιθουανία, τη Ρουμανία, η Πολωνία και η Σλοβακία.

Είναι ευνόητο ότι οι συνθήκες οικονομικής ύφεσης και οι πολιτικές λιτότητας με τις μειώσεις των μισθών στα επαγγέλματα υγείας και όλες τις επακόλουθες περικοπές στις πρόσθετες αμοιβές και παροχές τους, ευνοούν τη διατήρηση και όξυνση της παραοικονομίας στον κλάδο της Υγείας.

Αφού εξετάστηκαν, στο βαθμό που επιτρεπόταν, οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής περίπτωσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος που διαδραμάτισε η ίδρυση του Ε.Σ.Υ. στη χώρα μας. Θα εξετάσουμε, δηλαδή, ακολούθως πώς επηρέασε τις δαπάνες υγείας η ριζοσπαστική για τα δεδομένα της τότε εποχής μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα.

---

<sup>66</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://www.arcadiaportal.gr/news/fakelaki-basileuei-kai-se-periodo-oikonomikis-krisis>

<sup>67</sup> 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, Volume 120, Issue 8, August 2016, Pages 948-959, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.011>

## **2.2 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα πριν και μετά το Ε.Σ.Υ. (επί τη βάση των μακροοικονομικών δεδομένων)**

Όπως προαναφέρθηκε στο Α' μέρος του παρόντος Κεφαλαίου, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.) θεσπίστηκε το 1983, με σκοπό να παρέχει καθολική υγειονομική κάλυψη στον πληθυσμό της χώρας.

Αρχικός σκοπός της ενότητας αυτής είναι να εμβαθύνει στις δαπάνες υγείας της Ελλάδας, πραγματοποιώντας μια σύγκριση μεταξύ των δαπανών υγείας της χώρας πριν και μετά την θέσπιση και εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. Ωστόσο, η αναζήτηση επίσημων δεδομένων στην πλατφόρμα της ΕΛΣΤΑΤ, του Ο.Ο.Σ.Α. και της Παγκόσμιας Τράπεζας δεν απέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, αφού, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5 και στο Γράφημα 14, όπου παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών υγείας της Ελλάδας συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (σε ποσοστό του ΑΕΠ), μόλις μετά το 1988 υπάρχουν δεδομένα για την Ελλάδα. Ενώ, λοιπόν, αρκετές χώρες παραχωρούσαν στοιχεία προς στατιστική χρήση ήδη από το 1970, η χώρα μας άρχισε να το κάνει περίπου είκοσι χρόνια αργότερα και σε μη υποχρεωτικό πλαίσιο.

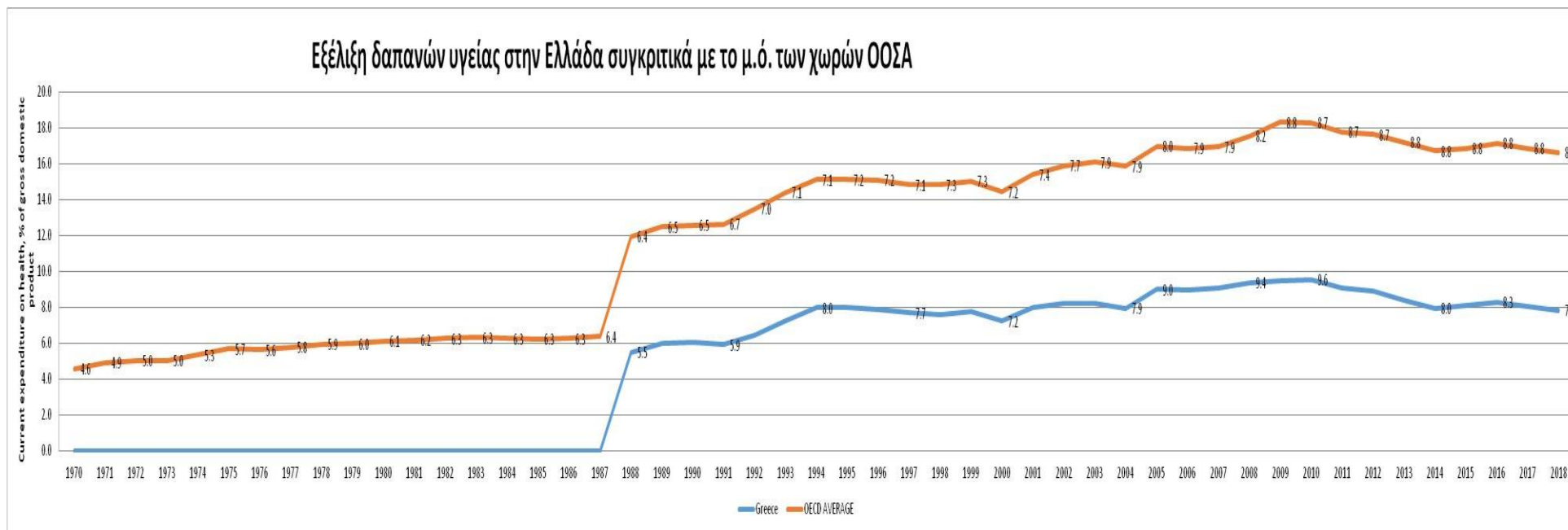
Δεν είναι εφικτή, επομένως, η σύγκριση επί τη βάση μακροοικονομικών δεδομένων των δύο περιόδων πριν και μετά το Ε.Σ.Υ. Ωστόσο, από τα διαθέσιμα στοιχεία μπορούμε να εξάγουμε κάποια χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία θα αναλυθούν στο Κεφάλαιο 5 για την επίδραση της ύφεσης στην υγεία.

Πίνακας 4: Η διαχρονική εξέλιξη της τρέχουσας δαπάνης υγείας της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ (1988-2018)

HEALTH EXPENDITURE Current expenditure on health, % of gross domestic product																															
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Greece	5.5	6.0	6.1	5.9	6.5	7.3	8.0	8.0	7.9	7.7	7.6	7.8	7.2	8.0	8.2	8.2	7.9	9.0	9.0	9.1	9.4	9.5	9.6	9.1	8.9	8.4	8.0	8.1	8.3	8.0	7.8
OECD	6.4	6.5	6.5	6.7	7.0	7.1	7.1	7.2	7.2	7.1	7.3	7.3	7.2	7.4	7.7	7.9	7.9	8.0	7.9	7.9	8.2	8.8	8.7	8.7	8.7	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8

Πηγή: OECD Health Statistics 2019

Γράφημα 14: Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με το μ.ό. των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (% ΑΕΠ), 1970-2018



Πηγή: OECD Health Statistics 2019

Πίνακας 5: Δημόσια Δαπάνη Υγείας και Χρηματοδότηση ως ποσοστό του ΑΕΠ Ελλάδας και επιλεγμένων χωρών του ΟΟΣΑ κατά τα έτη 1970-2018

(Public Health expenditure and financing/ Share of gross domestic product (%))

Year	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
<b>Country</b>																		
Austria	2.9	2.9	2.9	3.0	3.2	4.4	4.6	4.6	4.7	4.6	4.7	4.5	4.4	4.3	4.3	4.5	4.6	4.8
Canada	4.4	4.8	4.8	4.6	4.6	5.0	5.0	5.0	4.9	4.8	5.0	5.2	5.8	5.9	5.7	5.7	5.9	5.8
Denmark	..	6.4	6.5	6.4	7.1	7.3	7.3	7.1	7.3	7.4	7.3	7.5	7.5	7.3	6.8	6.8	6.5	6.8
Finland	3.6	3.8	3.8	3.8	3.8	4.3	4.6	4.8	4.7	4.6	4.6	4.7	4.8	4.8	4.8	5.2	5.3	5.4
Germany	4.1	4.5	4.8	5.2	5.7	6.3	6.3	6.2	6.3	6.1	6.3	6.5	6.4	6.3	6.4	6.5	6.4	6.5
<b>Greece</b>	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hungary	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Iceland	3.1	3.4	4.1	3.8	4.6	4.9	4.6	4.6	5.0	5.7	5.2	5.3	5.6	6.2	5.6	5.8	6.2	6.4
Ireland	3.7	4.0	4.2	4.5	5.0	5.5	5.3	4.9	5.2	5.6	6.1	5.8	5.7	5.6	5.3	5.2	5.1	4.7
Japan	3.0	2.9	3.1	3.1	3.6	3.9	4.1	4.0	4.4	4.4	4.5	4.5	4.6	4.8	4.6	4.6	4.6	4.7
Korea	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.5	0.7	0.7	0.9	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0
Portugal	1.3	1.4	1.7	1.9	2.1	2.7	3.0	2.8	2.7	2.8	3.0	3.1	2.7	2.4	2.5	2.9	3.1	2.9
Spain	2.0	2.3	2.5	2.8	2.9	3.2	3.4	3.7	3.9	3.9	4.0	4.0	4.1	4.5	4.2	4.1	4.0	4.0
Sweden	4.6	5.1	5.1	5.1	5.6	5.8	6.1	6.9	6.9	6.8	7.2	7.2	7.3	7.2	7.0	6.6	6.4	6.4
United Kingdo	3.4	3.5	3.6	3.5	4.1	4.5	4.5	4.4	4.4	4.3	4.5	4.7	4.5	4.7	4.6	4.4	4.4	4.4
United States	2.3	2.4	2.5	2.5	2.8	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	3.5	3.6	3.8	3.9	3.8	3.8	4.0	4.1

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4.7	4.7	5.7	5.8	6.0	6.5	6.8	6.7	6.7	6.8	6.9	7.0	7.0	7.0	7.0	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.3	7.7	7.6	7.5	7.6	7.6	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7
5.8	5.9	6.2	6.7	6.9	6.7	6.3	6.1	5.9	5.8	6.0	5.8	5.8	6.0	6.1	6.3	6.3	6.3	6.5	6.6	6.8	7.6	7.5	7.4	7.4	7.3	7.2	7.5	7.6	7.4	7.5
6.9	6.8	6.6	6.6	6.6	6.8	6.6	6.4	6.4	6.3	6.1	6.9	6.7	7.0	7.3	7.5	7.5	7.6	7.7	7.8	8.0	9.0	8.7	8.5	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.5	8.8
5.3	5.3	5.8	6.7	6.7	5.9	5.4	5.2	5.3	5.1	4.9	4.8	4.9	5.0	5.4	5.8	5.9	6.1	6.0	5.9	6.1	6.7	6.6	6.7	7.0	7.2	7.1	7.4	7.1	6.9	6.8
6.6	6.1	6.1	..	7.2	7.1	7.3	7.6	7.9	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.9	8.0	7.6	7.7	7.6	7.5	7.6	9.3	9.2	8.9	9.0	9.2	9.2	9.3	9.4	9.5	9.5
3.0	3.4	3.3	3.2	3.6	4.0	4.1	4.2	4.3	4.1	4.0	4.3	4.5	5.0	5.0	5.1	4.8	5.6	5.7	5.6	5.5	6.5	6.6	6.0	5.9	5.2	4.6	4.7	5.1	4.9	4.7
..	..	..	5.6	6.0	6.0	6.4	5.6	5.4	5.0	4.9	4.9	4.7	4.6	4.9	5.7	5.5	5.7	5.5	5.0	4.9	5.0	5.0	5.0	4.9	4.8	4.8	4.8	4.9	4.8	4.6
6.9	6.7	6.4	6.6	6.6	6.5	6.4	6.6	6.6	6.3	6.8	7.2	7.2	7.1	7.7	8.1	7.7	7.4	7.2	7.1	7.1	7.3	6.9	6.6	6.6	6.6	6.7	6.6	6.7	6.8	6.8
4.4	4.3	4.1	4.5	4.7	4.8	4.7	4.5	4.4	4.4	4.2	4.2	4.6	5.0	5.3	5.5	5.7	6.0	5.8	6.2	7.2	8.1	8.0	7.7	7.7	7.3	6.9	5.3	5.4	5.3	5.2
4.6	4.5	4.5	4.5	4.7	5.0	5.2	5.1	5.0	5.2	5.3	5.6	5.8	6.0	6.0	6.1	6.1	6.3	6.3	6.4	6.7	7.4	7.5	8.9	9.1	9.1	9.1	9.2	9.1	9.2	9.2
1.1	1.3	1.5	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.6	1.7	2.0	2.1	2.2	2.7	2.5	2.7	2.7	2.9	3.2	3.3	3.3	3.7	3.8	3.8	3.8	3.9	4.0	4.1	4.3	4.5	4.8
3.2	2.9	3.6	3.7	3.6	4.0	4.0	4.4	4.8	4.8	4.9	5.1	5.9	6.0	6.2	6.3	6.6	6.7	6.3	6.2	6.4	6.9	6.9	6.5	6.1	6.1	6.0	5.9	6.0	5.9	6.0
4.5	4.5	4.8	4.8	5.1	5.3	5.2	5.1	5.1	5.0	5.0	5.0	4.9	4.8	4.8	5.4	5.5	5.5	5.6	5.7	6.1	6.8	6.7	6.7	6.5	6.4	6.4	6.5	6.4	6.3	6.2
6.3	6.4	5.8	5.6	6.6	6.8	6.4	6.3	6.5	6.3	6.3	6.4	6.3	6.6	6.9	7.0	6.8	6.8	6.7	6.6	6.8	7.3	6.9	9.0	9.1	9.2	9.3	9.2	9.2	9.2	9.3
4.3	4.2	4.3	4.6	5.0	5.1	5.1	4.7	4.7	4.3	4.4	4.6	4.7	5.0	5.2	5.4	5.7	5.9	6.0	6.1	6.3	7.1	7.0	6.9	6.9	7.8	7.8	7.7	7.7	7.6	7.5
4.1	4.3	4.5	5.0	5.3	5.5	5.7	5.8	5.8	5.7	5.6	5.5	5.5	6.0	6.3	6.5	6.6	6.6	6.8	6.9	7.2	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	13.8	14.2	14.5	14.4	14.3

Πηγή: OECD Health Statistics 2019

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ | Οι δαπάνες υγείας μέσω Ε.Ο.Π.

*"Η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και  
το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια.  
Όπου εμφανίζεται δομική φτώχεια  
και χαμηλό επίπεδο υγείας,  
θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης  
και χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων"*

**Dr. Gro Harlem Brundtland, 1998**

(κατά την ομιλία της για την 50η Επέτειο της Οικουμενικής  
Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Παρίσι)

Στο εγχείρημα του προσδιορισμού της επίδρασης της κρίσης στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στην περίοδο της κρίσης, στο βαθμό που αυτές εξαρτώνται από την πολιτική υγείας και τη διακύμανση των δημοσίων δαπανών του κράτους για υγεία, επιβάλλεται να εξεταστούν τα πρωτογενή δεδομένα των οικογενειακών προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.), αφού, όπως αναφέρει ο Κυριόπουλος και συν. (2019)<sup>68</sup>, τα ελληνικά νοικοκυριά έπρεπε να αντιμετωπίσουν «τριπλό χτύπημα» (“triple hit”) κατά τη διάρκεια της κρίσης, με τη συρρίκνωση του δημοσίου προϋπολογισμού, την αυξημένη συμμετοχή των χρηστών και τη μεγάλη μείωση στο διαθέσιμο εισόδημα και την αγοραστική τους δύναμη.

### 3.1 Τι είναι οι Ε.Ο.Π., σύντομο ιστορικό & κατηγορίες δαπανών που περιλαμβάνουν

Οι *Ερευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών* αποτελούν τις πλέον αξιόπιστες διαθέσιμες πηγές στατιστικών στοιχείων για την μελέτη των δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών (μικροοικονομική προσέγγιση), μολονότι πεποιθήση πολλών (Souliotis et al., 2015)<sup>69</sup> είναι ότι το πραγματικό μέγεθος των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην χώρα μας, είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναφέρεται στα επίσημα εθνικά στοιχεία. Άλλοι πάλι, διατείνονται ότι οι

<sup>68</sup> Kyriopoulos I., Nikoloski Z., Mossialos E. (2019), “The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure” *Social Science and Medicine*, Volume 222, February 2019, Pages 274-284, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.021>

<sup>69</sup> Souliotis K., Golna C., Tountas Y., Siskou O., Kaitelidou D. & Liaropoulos L.(2015): “Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...”, *The European Journal of Health Economics*, Vol 17, Issue 2, pp. 159-170

Ε.Ο.Π. αποτελούν περισσότερο μια διαρθρωτική ανάλυση των δαπανών ενός νοικοκυριού κατά τη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, παρά μια διαχρονική απεικόνιση της τάσης των μεγεθών. Το σίγουρο πάντως είναι, ότι με τη χρήση των μικροδεδομένων των Ε.Ο.Π., τα μη δειγματοληπτικά σφάλματα είναι μικρά και ως εκ τούτου προκαλούν μικρή μόνο αύξηση του συντελεστή μεταβλητότητας των εκτιμημένων μεγεθών της έρευνας σε σύνολο χώρας, ενώ τα δειγματοληπτικά σφάλματα δε μεταβάλλουν το ποσοστό του μέσου όρου κάθε είδους δαπάνης που πραγματοποιείται από τα νοικοκυριά, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία τους (Χριστάκης, 2017)<sup>70</sup>.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται το πρωτογενές υλικό των Ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών από το 1987/88 μέχρι και το 2017 (δημοσίευση τελευταίας Ε.Ο.Π. για χρήση στην παρούσα: τον Οκτώβρη του 2018), οι οποίες διενεργήθηκαν και χορηγήθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) και καλύπτουν το σύνολο των νοικοκυριών της χώρας.

Στο σημείο αυτό, η σύντομη αναφορά στην πηγή των πρωτογενών δεδομένων, ώστε να γίνει πιο σαφές το προς μελέτη αντικείμενο, είναι αναγκαία. Σε γενικές γραμμές, με τις *Έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών* (Ε.Ο.Π.) που πραγματοποιεί δειγματοληπτικά (αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 2/1000 των νοικοκυριών της χώρας) η Ελληνική Στατιστική Αρχή στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας σε τακτά χρονικά διαστήματα, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τις καταναλωτικές δαπάνες (πραγματικές και τεκμαρτές), τα εισοδήματα, τις ανέσεις κατοικίας, τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών και των μελών τους, ανεξάρτητα από το μέγεθος ή οποιαδήποτε οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, για την κατάρτιση του Δείκτη Τιμών του Καταναλωτή και λοιπούς ερευνητικούς σκοπούς.

Ιστορικά, η πρώτη Ε.Ο.Π. στην Ελλάδα διενεργήθηκε κατά τα έτη 1957/58, είχε διάρκεια ένα χρόνο και το δείγμα ανήλθε σε 2.500 περίπου νοικοκυριά των αστικών περιοχών της χώρας. Η έρευνα αυτή συνεχίστηκε κατά τα επόμενα έτη και μέχρι το έτος 1972 μόνο σε δήμους άνω των 30.000 κατοίκων, σε μικρότερο όμως δείγμα νοικοκυριών. Τον Απρίλιο του έτους 1963, παράλληλα με την έρευνα στις αστικές περιοχές, άρχισε ευρείας έκτασης έρευνα

---

<sup>70</sup> Χριστάκης Α. (2017), «Ανισότητες στην Υγεία: Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας κατά τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα», on-line διαθέσιμο σε: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.el>



στις ημιαστικές και στις αγροτικές περιοχές της χώρας, δηλαδή σε δήμους και κοινότητες με πληθυσμό κάτω των 10.000 κατοίκων, διήρκεσε ένα χρόνο, περιελήφθησαν 3.755 νοικοκυριά των περιοχών αυτών και συνεχίστηκε μέχρι το έτος 1972, σε μικρότερο όμως δείγμα νοικοκυριών. Κατά τα έτη 1974, 1981/82, 1987/88, 1993/94 και 1998/99 πραγματοποιήθηκαν έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών, οι οποίες κάλυψαν όλες τις περιοχές της χώρας, σε δείγμα περίπου 7.500 νοικοκυριών για την πρώτη και σε δείγμα περίπου 6.000 έως 6.800 νοικοκυριών για καθεμία από τις τέσσερις επόμενες, και είχαν διάρκεια ένα έτος. Από το έτος 2008 αποφασίστηκε, για εθνικές ανάγκες, η διενέργεια της έρευνας να είναι ετήσια και συνεχής, δηλ. να έχει διάρκεια ένα χρόνο και να πραγματοποιείται κάθε χρόνο, να γίνεται σε δείγμα περίπου 4.000 νοικοκυριών<sup>71</sup>.

Να σημειωθεί, ότι ως «*Νοικοκυριό*» η ΕΛ.ΣΤΑΤ. ορίζει «*ένα άτομο που ζει μόνο του σε μία κατοικία ή μία ομάδα ατόμων συγγενικών ή μη, τα οποία διαμένουν στην ίδια κατοικία και εξασφαλίζουν από κοινό προϋπολογισμό τη διατροφή τους και άλλα είδη που είναι απαραίτητα για τη διαβίωσή τους*». Διαθέτουν τουλάχιστον ένα μέλος ηλικίας 16-74 ετών και μπορεί να είναι είτε μονοπρόσωπα, είτε πολυπρόσωπα. Από την Έρευνα των Οικογενειακών Προϋπολογισμών εξαιρούνται:

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

Επίσης, ως «*δαπάνες του νοικοκυριού*» θεωρούνται οι αξίες σε χρήμα (που μετρούνται σε νομισματικές μονάδες) των αγαθών και υπηρεσιών που αγόρασε το νοικοκυριό, εντός της Ελληνικής επικράτειας, για να καλύψει τόσο τις οικογενειακές του ανάγκες, όσο και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις.

Δεν λήφθηκαν υπόψη:

- Οι δαπάνες σε είδος (πχ από ίδια παραγωγή) ή δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλη χώρα.

---

<sup>71</sup> Ελληνική Στατιστική Αρχή, Μεθοδολογικό σημείωμα- έννοιες και ορισμοί Ε.Ο.Π., on-line διαθέσιμα στην ιστοσελίδα της ΕΛ.ΣΤΑΤ.: [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p\\_param=A0801&r\\_param=SFA01&y\\_param=MT&mytabs=0](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A0801&r_param=SFA01&y_param=MT&mytabs=0)

- Οι πληρωμές που αυξάνουν τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού ή μειώνουν τα χρέη του προς τρίτους.
- Οι μεταβιβάσεις χρημάτων σε μέλη και μη μέλη των νοικοκυριών.
- Οι επαγγελματικές δαπάνες.
- Οι αμοιβές σε είδος που δίνονται από τον εργοδότη ως αντιστάθμισμα των μειονεκτημάτων της εργασίας και τα μικρής αξίας δώρα.
- Οι υπηρεσίες που αποκτούν τα νοικοκυριά από δικά τους καταστήματα ή επιχειρήσεις.
- Στις περιπτώσεις που οι επαγγελματικές δαπάνες είναι κοινές με τις οικογενειακές (πχ συστέγαση νοικοκυριού και οικογενειακής επιχείρησης κλπ), γίνεται προσπάθεια διαχωρισμού τους και υπολογισμός στο τμήμα της δαπάνης που αναλογεί στο νοικοκυριό.

Οι κατηγορίες δαπανών σύμφωνα με τις *Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών* είναι οι ακόλουθες:

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

Πιο συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά τις «*δαπάνες υγείας*», στις **Ε.Ο.Π.** καταγράφονται, μεταξύ άλλων, οι απαντήσεις νοικοκυριών αναφορικά με τις ακόλουθες κατηγορίες δαπανών και τις υποκατηγορίες τους:

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

Πρέπει να γίνει σαφές, ότι οι έρευνες αυτές δεν καταγράφουν τις δαπάνες υγείας σε ατομικό επίπεδο, αλλά σε επίπεδο νοικοκυριού, αφού ο υπεύθυνος νοικοκυριού αντικατοπτρίζει τις δαπάνες και καταναλωτικές συμπεριφορές ολόκληρου του νοικοκυριού.

Ο όρος «ιδιωτικές δαπάνες υγείας» αναφέρεται στις επίσημες πληρωμές των νοικοκυριών για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών, την συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών και από τις δαπάνες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Πρέπει να τονιστεί ότι σε αυτές τις δαπάνες δεν περιλαμβάνονται, στο μεγαλύτερο μέρος τους, μια σειρά από άτυπες πληρωμές, οι οποίες συνιστούν το φαινόμενο της παραοικονομίας που παρατηρείται έντονα στην Υγεία (Κυριόπουλος κ.ά. 1999, Souliotis et al., 2015)<sup>72</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Διαφάνειας Ελλάδος (Μάρτιος 2012), που παρουσίασε ο Αυστριακός καθηγητής Friedrich Schneider<sup>73, 74</sup>, το 41,9% των πολιτών, που χρειάστηκαν τις υπηρεσίες κάποιου νοσοκομείου το 2011, δήλωσαν ότι τους ζητήθηκε κάποιο «φακελάκι» για να εξυπηρετηθούν ταχύτερα ή για να διευθετηθούν τα ζητήματά τους. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά αυξημένο σε σχέση, τόσο με το 2010 (35,4%), όσο και με το 2009 (33,5%), παρά την μικρή συρρίκνωση της συνολικής σκιάδους οικονομίας στην Ελλάδα το 2012, στο 24% του επίσημου ΑΕΠ, έναντι 25,8% το 2011 και 25,4% το

<sup>72</sup> ό.π.

<sup>73</sup> Δημοσίευμα εφημερίδας ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ με τίτλο «Στο 24% του ΑΕΠ η παραοικονομία στην Ελλάδα», 18.5.2012, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.kathimerini.gr/1526/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/sto-24-toy-aep-h-paraoikonomia-sthn-ellada>

<sup>74</sup> Σύμφωνα με τον Schneider (2002), η παραοικονομία στην Ελλάδα υπολογίζεται στα €51,8 δις και αντιστοιχεί στο 28,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Έτσι, το 3,6% της συνολικής παραοικονομίας στην Ελλάδα αποδίδεται στην Υγεία (Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται από τη σχέση  $100 * \frac{€1,79 \text{ δις}}{€51,8 \text{ δις}}$ ). Σε Δαβραδάκης Ε. και Κοσμά Ό. (2007).

2010, που και πάλι είναι αρκετά υψηλό όταν στην Ε.Ε. ο αντίστοιχος μέσος όρος είναι στο 15% (Bloomberg, Απρίλιος 2014).

Επίσης δεν προσμετρείται ως δαπάνη υγείας η ιδιωτική ασφάλιση (Σίσκου κ.ά., 2007). Προϋπόθεση για να λογιστεί μια δαπάνη ως «δαπάνη υγείας νοικοκυριού», είναι οι υπηρεσίες να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας ή υπήρξαν μέλη του κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης και στην περίοδο της έρευνας δεν είναι μέλη κάποιου άλλου νοικοκυριού στην Ελλάδα. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας.

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη μεθοδολογία, η Ε.Ο.Π. βασίζεται σε δισταδιακή στρωματοποιημένη, πλήρως αντιπροσωπευτική δειγματοληψία, εναλλασσόμενου δείγματος νοικοκυριών (rotational integrated design), από πλαίσιο που έχει δημιουργηθεί από τα στοιχεία των Απογραφών του μόνιμου Πληθυσμού.

### **3.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης για υπηρεσίες υγείας**

Όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1 (§1.2) και σύμφωνα με τους Ματσαγγάνη και Μητράκο (2000)<sup>75</sup>, οι προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης για υπηρεσίες υγείας είναι:

- ✓ το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού (εισόδημα)
- ✓ το επίπεδο ευημερίας του ατόμου (εξαρτάται από τη σύνθεση νοικοκυριού: αριθμός μελών, φύλο, ηλικία μελών, ύπαρξη μικρών παιδιών)
- ✓ η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας (γεωγραφική κλπ)
- ✓ η τιμή των υπηρεσιών υγείας έναντι άλλων αγαθών (εξαρτάται από το φορέα κοινωνικής ασφάλισης του ατόμου, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την έκταση της κάλυψης των δαπανών και την εναλλακτική κάλυψη υγείας από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς).

Φυσικά, η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με το Νόμο 3918/2011 και η ενσωμάτωση σε αυτόν πολλών φορέων κοινωνικής ασφάλισης

---

<sup>75</sup> Ματσαγγάνης Μ, Μητράκος Θ. (2000) «Προσδιοριστικοί παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα», on-line διαθέσιμο σε: <http://www.aueb.gr/users/mitrakos/imopm.html>

(01.01.2012) διαφοροποιεί, πλέον, την παραπάνω εκτίμηση περί ύψους δαπανών ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

Από τους παραπάνω προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, όπως προκύπτει από την προαναφερθείσα μελέτη των Ματσαγγάνη και Μητράκου, η ηλικία, το βιοτικό επίπεδο και το μέγεθος του νοικοκυριού είναι οι πιο σημαντικοί της δαπάνης για Υγεία των νοικοκυριών. Σε παρεμφερή μελέτη των Δαβραδάκη και Κοσμά (2007)<sup>76</sup>, σχετικά με τον προσδιορισμό δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών με τη χρήση των δεδομένων της Ε.Ο.Π. 2004/05, αναλύεται η σχέση μεταξύ της δαπάνης για υγεία των «φτωχών» και «μη φτωχών» νοικοκυριών και των αντίστοιχων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους, όπως η απασχόληση, η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική ασφάλιση, η εθνικότητα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, το μέγεθος και το ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας του νοικοκυριού<sup>77</sup>. Παράλληλα, στη μελέτη των Faramarzi et al. (2018)<sup>78</sup> αναλύεται πώς η ανεργία επιδρά στις ΟΟΡ και στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου<sup>79</sup> κατά την περίοδο των ετών 2005-2013, αφού η ανεργία αποτελεί, επίσης, σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα των δαπανών υγείας.

Αναμφισβήτητα, το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού (εισόδημα) αλληλεπιδρά τόσο με τις δαπάνες υγείας, όσο και με την οικονομική κρίση, γενικότερα. Καθώς μειώνεται το Α.Ε.Π.

---

<sup>76</sup> Δαβραδάκης Ε., Κοσμά Ό. (2007), «Οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών», Eurobank Research-Οικονομία & Αγορές, Τόμος ΙΙ, Τεύχος 2, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.euro2day.gr/dm\\_documents/140307\\_eurobank\\_oikonomiki\\_analisi.pdf](http://www.euro2day.gr/dm_documents/140307_eurobank_oikonomiki_analisi.pdf)

<sup>77</sup> Τα ευρήματα έδειξαν ότι το 95% του δείγματος των νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία, δεν έχουν μεγάλη οικονομική πίεση (δηλαδή διαθέτουν ιδιόκτητη κύρια κατοικία, για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο). Σε ό,τι αφορά τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, η πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο νοικοκυριού συνταξιούχο, ενώ η πλειοψηφία των μη φτωχών νοικοκυριών έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο ηλικίας 45-64 έτη. Αυτό σημαίνει ότι τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία, όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά, που δαπανούν σε μικρή ηλικία, καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Οι αλλοδαποί είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση συγκριτικά με τους Έλληνες, αφού οι περισσότεροι αλλοδαποί ξοδεύουν για υγεία μικρά ποσά. Ωστόσο, απευθύνονται στη δημόσια περίθαλψη για σοβαρά προβλήματα υγείας, λόγω των γραφειοκρατικών προβλημάτων που προκύπτουν από τα αναγνωριστικά τους έγγραφα. Τέλος, οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών απευθύνονται, κατά κύριο λόγο, σε κρατικές παροχές υπηρεσιών υγείας λόγω έλλειψης προσφοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

<sup>78</sup> Faramarzi A., Noughabi-Javan J., Sadeghi A., Rezapour A. (2018), "Impact of the economic crisis on healthcare resources: A panel data analysis in Eastern Mediterranean countries during 2005 to 2013", *Clinical Epidemiology and Global Health*, Elsevier, Volume 7, Issue 1, March 2019, Pages 98-101, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.02.004>

<sup>79</sup> Afghanistan, Bahrain, Arab Republic of Egypt, Islamic Republic of Iran, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Qatar, Pakistan, Saudi Arabia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, and the Republic of Yemen.

της χώρας, κατά την κρίσιμη αυτή περίοδο, είναι λογικό να μειωθούν και οι δαπάνες για δημόσια υγεία. Στα Κεφάλαια που ακολουθούν θα εξετάσουμε πιο αναλυτικά την οικονομική κρίση του 2008 στην Ελλάδα, καθώς και για την επίδραση αυτής στην Υγεία. Μια σημαντική συνέπεια της μείωσης των δαπανών για τη δημόσια υγεία είναι η μεταβολή των τάσεων των δαπανών για την υγεία των νοικοκυριών. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., από το 2003 έως το 2008, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία των νοικοκυριών ακολούθησαν μια θετική τάση. Στο πλαίσιο της μείωσης των δαπανών για τη δημόσια υγεία, οι όροι του Μνημονίου απαιτούσαν τον επιλήψιμο περιορισμό των νοσοκομειακών και φαρμακευτικών δαπανών. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, η κρατική χρηματοδότηση προς τα δημόσια νοσοκομεία μειώθηκε. Συνολικά, ως αποτέλεσμα της κρίσης, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη περιορίστηκαν σημαντικά οδηγώντας, ωστόσο, σε σωρεία προβλημάτων, τόσο για το ιατρικό- λοιπό προσωπικό, όσο και για τους ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Οι ακανθώδεις αυτές συνθήκες δημιουργούν την ανάγκη για πρόσθετη χρηματοδότηση, αν όχι από το κράτος, τότε από τους ίδιους τους ασθενείς (αυτοχρηματοδότηση- ιδιωτικές δαπάνες).

### **3.3 Οικονομετρική Ανάλυση**

#### **3.3.1 Σκοπός**

Στο παρόν Κεφάλαιο διερευνάται το επίπεδο των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2008-2018. Επιπρόσθετα, διερευνάται η διαφοροποίηση του επιπέδου ιδιωτικών δαπανών κατά την περίοδο 1988-2018 ως προς τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, δηλαδή τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους (όπως η ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, ο τόπος διαμονής, ο τύπος/ σύνθεση νοικοκυριού), δηλαδή κατά πόσο οι ιδιωτικές δαπάνες προβλέπονται από κάποια χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρέχουν μια διαφωτιστική εικόνα ως προς τη διαχρονική εξέλιξη των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα των τελευταίων δέκα ετών, ενώ παράλληλα, προκύπτουν συμπεράσματα, τόσο για τις ομάδες νοικοκυριών που επηρεάστηκαν περισσότερο, όσο και για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Υγείας γενικότερα.

#### **3.3.2 Μεθοδολογία της έρευνας**

Στην παρούσα έρευνα, όπως προαναφέρθηκε, αντλήθηκαν - χορηγήθηκαν δεδομένα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας διαχρονικά,

στο σύνολό τους, καθώς και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών της χώρας. Τα δεδομένα των ΕΟΠ αντικατοπτρίζουν τη μέση μηνιαία δαπάνη του νοικοκυριού στην ελληνική επικράτεια. Συνεπώς, τα δεδομένα των πινάκων που ακολουθούν αναφέρονται στη μέση μηνιαία δαπάνη υγείας ολόκληρου του νοικοκυριού σε ευρώ. Η μετατροπή του νομίσματος από δραχμές σε ευρώ πραγματοποιήθηκε επισήμως από την ΕΛ.ΣΤΑΤ<sup>80</sup>. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό STATA version 13 και για το σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της *ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης (multiple regression analysis)*. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση των δεδομένων.

### ***Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση***

Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης αναφέρεται σε ένα σύνολο τεχνικών για τη μελέτη των γραμμικών σχέσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Η πολλαπλή παλινδρόμηση υπολογίζει τους συντελεστές β στην εξίσωση:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_n X_n$$

Οι  $X_i$  είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Το  $Y$  είναι η εξαρτημένη μεταβλητή. Οι β είναι οι άγνωστοι συντελεστές παλινδρόμησης. Οι εκτιμήσεις τους αντιπροσωπεύονται από το  $b$ . Κάθε β αντιπροσωπεύει την αρχική άγνωστη (πληθυσμιακή) παράμετρο, ενώ το  $b$  είναι μια εκτίμηση αυτού του β. Αν και το πρόβλημα παλινδρόμησης μπορεί να επιλυθεί με διάφορες τεχνικές, η πιο χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι των ελαχίστων τετραγώνων. Στην ανάλυση παλινδρόμησης ελαχίστων τετραγώνων (OLS- Ordinary Least Square), τα  $b$  επιλέγονται έτσι ώστε να ελαχιστοποιείται το άθροισμα των τετραγώνων των σφαλμάτων.

**Στην παρούσα έρευνα, ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε να είναι η μεταβλητή που αφορά στις συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών και ως ανεξάρτητες μεταβλητές ορίστηκαν τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών.** Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δείχνουν αν και ποια από τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών ερμηνεύουν τις συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών.

---

<sup>80</sup> Η Ελλάδα υιοθέτησε το νόμισμα του ευρώ το 2001, αφού ορίστηκε αμετακλήτως η ισοτιμία του ευρώ προς τη δραχμή τον Ιούνιο του 2000 σε 1 ευρώ= 340,75 δρχ. Την 01.01.2002 κέρματα και χαρτονομίσματα του ευρώ εισήχθησαν στην κυκλοφορία με μεταβατική περίοδο μέχρι το τέλος του Φεβρουαρίου 2002. Έκτοτε το επίσημο νόμισμα της Ελλάδας είναι το ευρώ. (Τράπεζα της Ελλάδος, on-line available at: <https://www.bankofgreece.gr/euro/h-istoria-toy-eyrw>)

### 3.3.3 Αποτελέσματα

#### Δαπάνες υγείας

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών συνολικά και ανά υποκατηγορία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι μέσες μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν από 142,1 ευρώ το 2008 σε 107,99 ευρώ το 2018. Το ποσοστό που αφορά στις δαπάνες υγείας, ως ποσοστό επί του εισοδήματος, κυμάνθηκε από 6,71% το 2008 σε 7,49% το 2018. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι, παρά το γεγονός ότι οι μέσες δαπάνες υγείας μειώθηκαν διαχρονικά, το ποσοστό επί του εισοδήματος αυξήθηκε. Αυτό είναι ένδειξη ότι τα νοικοκυριά με την πάροδο του χρόνου είχαν μικρότερο εισόδημα και ξόδεψαν μεγαλύτερο ποσοστό αυτού σε δαπάνες υγείας.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό αυξήθηκαν από 33,02 ευρώ το 2008 σε 38,96 ευρώ το 2018. Παρόμοια, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκε από 21,54 ευρώ το 2008 σε 35,85 ευρώ το 2018. Αντίθετα, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για υπηρεσίες ιατρών μειώθηκε από 87,54 ευρώ το 2008 σε 33,18 ευρώ το 2018.

Πίνακας 6: Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών & υποκατηγορίες τους, 2008-2018, σε ευρώ

	Σύνολο δαπανών			Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός		Υπηρεσίες ιατρών		Νοσοκομειακή περίθαλψη	
	Ποσό/ μήνα σε €	Ποσοστό επί το σύνολο των δαπανών	Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος	Ποσό/ μήνα σε €	Ποσοστό επί το σύνολο δαπανών υγείας	Ποσό/ μήνα σε €	Ποσοστό επί το σύνολο δαπανών υγείας	Ποσό/ μήνα σε €	Ποσοστό επί το σύνολο δαπανών υγείας
<b>2008</b>	142.1	5.56%	6.71%	33.02	23.24%	87.54	61.60%	21.54	15.16%
<b>2009</b>	134.27	5.41%	6.50%	31.25	23.27%	79.48	59.19%	23.55	17.54%
<b>2010</b>	124.43	5.29%	6.36%	32.23	25.90%	67.3	54.09%	24.9	20.01%

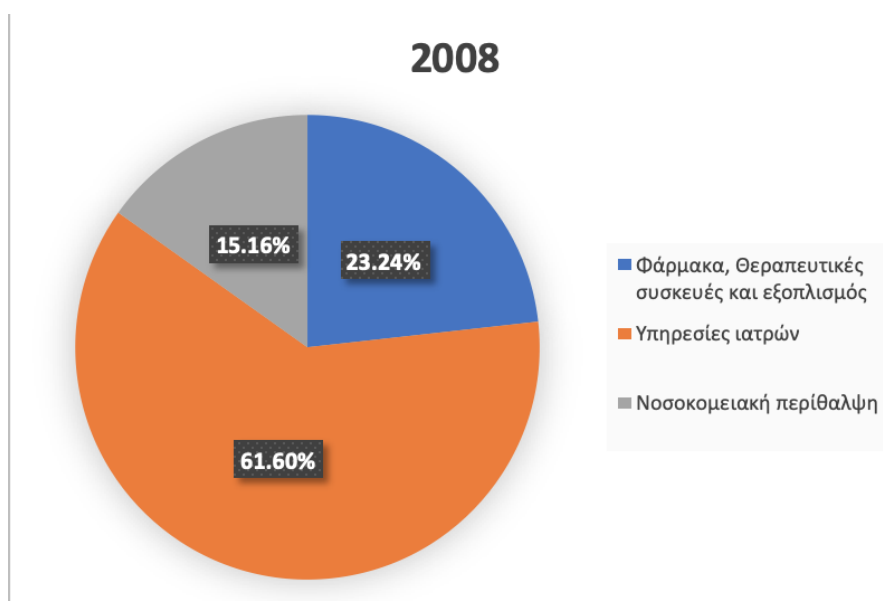


<b>2011</b>	114.58	5.17%	6.28%	30.84	26.92%	57.09	49.83%	26.66	23.27%
<b>2012</b>	104.71	5.21%	6.40%	32.52	31.06%	43.54	41.58%	28.66	27.37%
<b>2013</b>	104.44	5.62%	6.92%	37.13	35.55%	38.15	36.53%	29.16	27.92%
<b>2014</b>	106.72	5.94%	7.32%	39.85	37.34%	35.63	33.39%	31.25	29.28%
<b>2015</b>	107.36	6.09%	7.56%	39.6	36.89%	33.54	31.24%	34.22	31.87%
<b>2016</b>	103.68	5.98%	7.45%	39.1	37.71%	31.83	30.70%	32.75	31.59%
<b>2017</b>	103.33	5.87%	7.31%	38.78	37.53%	32.03	31.00%	32.51	31.46%
<b>2018</b>	107.99	6.04%	7.49%	38.96	36.08%	33.18	30.73%	35.85	33.20%

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

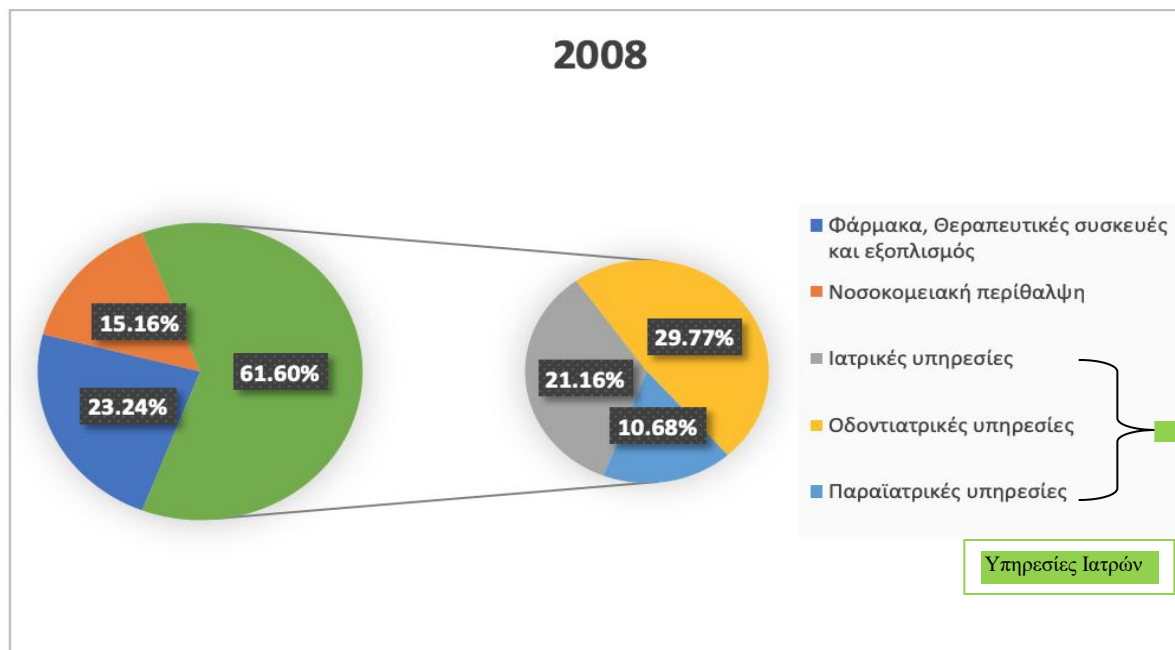
Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών ανά κατηγορία δαπανών, ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας, δίνεται στα Γραφήματα 15 έως 20. Όπως απεικονίζεται στο Γράφημα 15 και 16, το **2008** η κύρια κατηγορία δαπανών υγείας ήταν οι δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών (61,6%), ακολούθησαν οι δαπάνες για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό (23,24%) και η κατηγορία με τις λιγότερες δαπάνες ήταν αυτή της νοσοκομειακής περίθαλψης (15,16%). Επιπρόσθετα, από τις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών, η σημαντικότερη κατηγορία φάνηκε να είναι οι οδοντιατρικές υπηρεσίες με ποσοστό 29,77% επί του συνόλου των δαπανών, ενώ μικρό ποσοστό είχαν οι δαπάνες για παραϊατρικές υπηρεσίες (10,68%).

Γράφημα 15: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2008



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

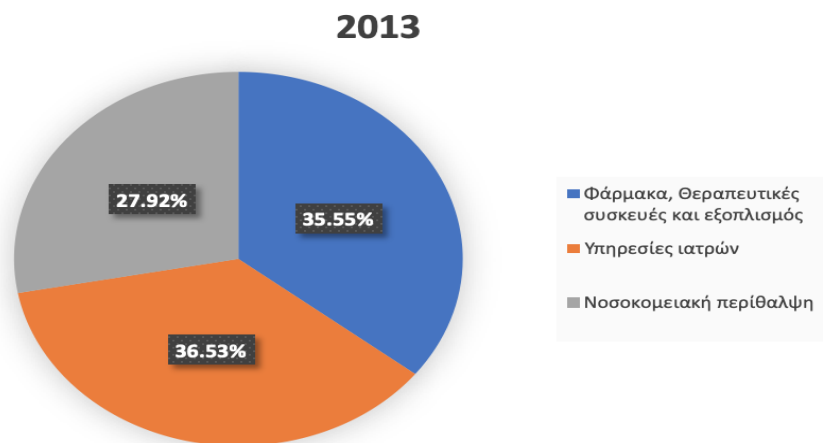
Γράφημα 16: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και υπο-κατηγορίες ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2008



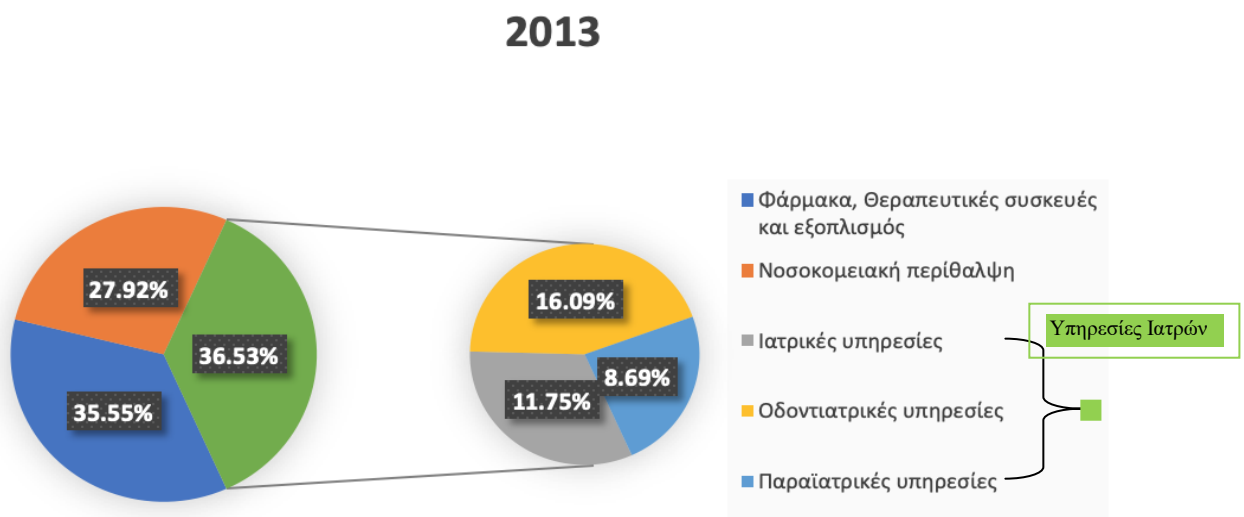
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018)

Επιπλέον, από τα Γραφήματα 17 και 18 προκύπτει ότι το **2013** η κύρια κατηγορία δαπανών υγείας εξακολουθούσε να είναι οι δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών (35,56%), ακολούθησαν οι δαπάνες για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό (35,55%) και η κατηγορία με τις λιγότερες δαπάνες ήταν αυτή της νοσοκομειακής περίθαλψης (27,92%). Επιπρόσθετα, από τις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών, η σημαντικότερη κατηγορία φάνηκε να είναι πάλι οι οδοντιατρικές υπηρεσίες με ποσοστό 16,09% επί του συνόλου των δαπανών, ενώ το ποσοστό των δαπανών για παραϊατρικές υπηρεσίες μειώθηκε ελαφρώς (8,69%). Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν άνοδο του ποσοστού για δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό και νοσοκομειακής περίθαλψης και μείωση στις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών.

Γράφημα 17: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2013



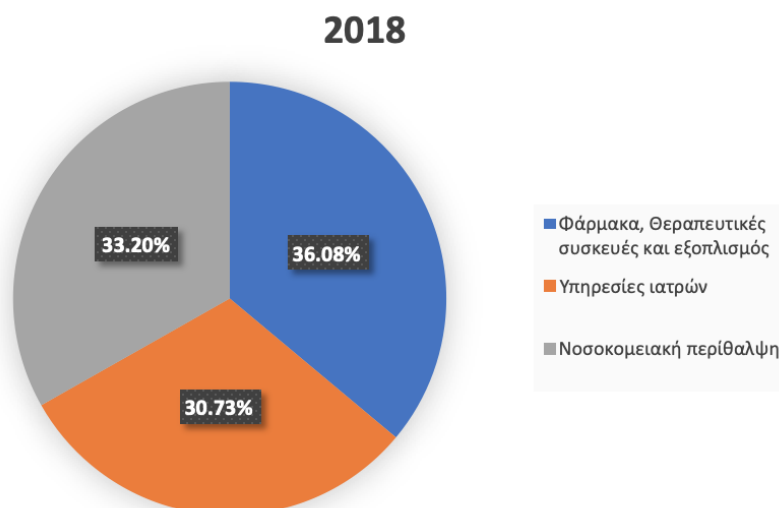
Γράφημα 18: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και υπο-κατηγορίες ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας για το έτος 2013



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

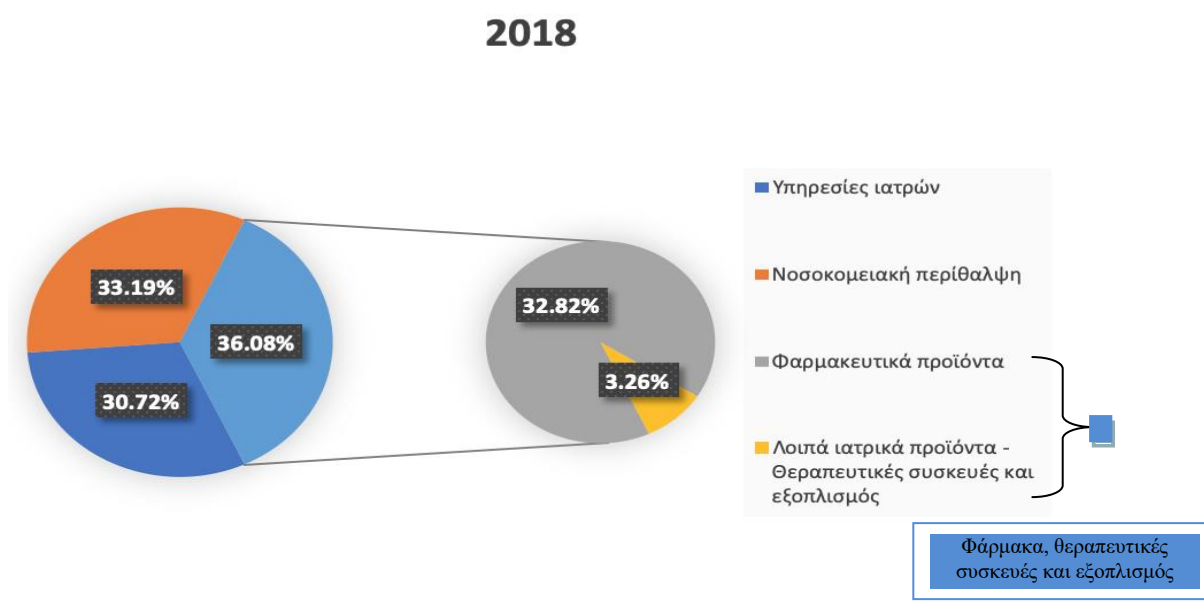
Τέλος, από τα Γραφήματα 19 και 20 προκύπτει ότι το **2018** η κύρια κατηγορία δαπανών υγείας είναι πλέον τα φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός (36,08%), ακολούθησαν οι δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης (33,2%) και η κατηγορία με τις λιγότερες δαπάνες ήταν οι υπηρεσίες ιατρών (30,73%). Επιπρόσθετα, από τις δαπάνες για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, η σημαντικότερη κατηγορία φάνηκε να είναι τα φαρμακευτικά προϊόντα με ποσοστό 32,82% επί του συνόλου των δαπανών, ενώ μικρό ποσοστό είχαν οι δαπάνες για λοιπά ιατρικά προϊόντα και θεραπευτικές συσκευές/ εξοπλισμό (αθροιστικά 3,26%).

Γράφημα 19: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία, ως ποσοστό συνολικών δαπανών υγείας, 2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Γράφημα 20: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία, ως ποσοστό του συνόλου δαπανών υγείας, για το έτος 2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π.)

### Δαπάνες υγείας ως προς την περιοχή διαμονής

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης ως προς την περιοχή διαμονής των νοικοκυριών. Πιο συγκεκριμένα, στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα στοιχεία αναφορικά με τις μέσες μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018. Σύμφωνα με αυτά, **οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών στις αστικές περιοχές**

το **2008** ήταν 147,98, ευρώ που αντιστοιχούσε σε 5,45% επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών και 6,57% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις αστικές περιοχές, οι μηνιαίες δαπάνες υγείας μειώθηκαν με την πάροδο των ετών και έφτασαν στα 112,09 ευρώ το 2018, που αντιστοιχούσε σε 6,57% επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών και 7,48% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών στις **αγροτικές περιοχές** το **2008** ήταν 120,27 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 6,22% επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών και 7,60% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις αγροτικές περιοχές, οι μηνιαίες δαπάνες μειώθηκαν με την πάροδο των ετών και έφτασαν στα 89,91 ευρώ το 2018, που αντιστοιχούσε σε 5,87% επί του συνόλου των δαπανών των νοικοκυριών και 7,55% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών.

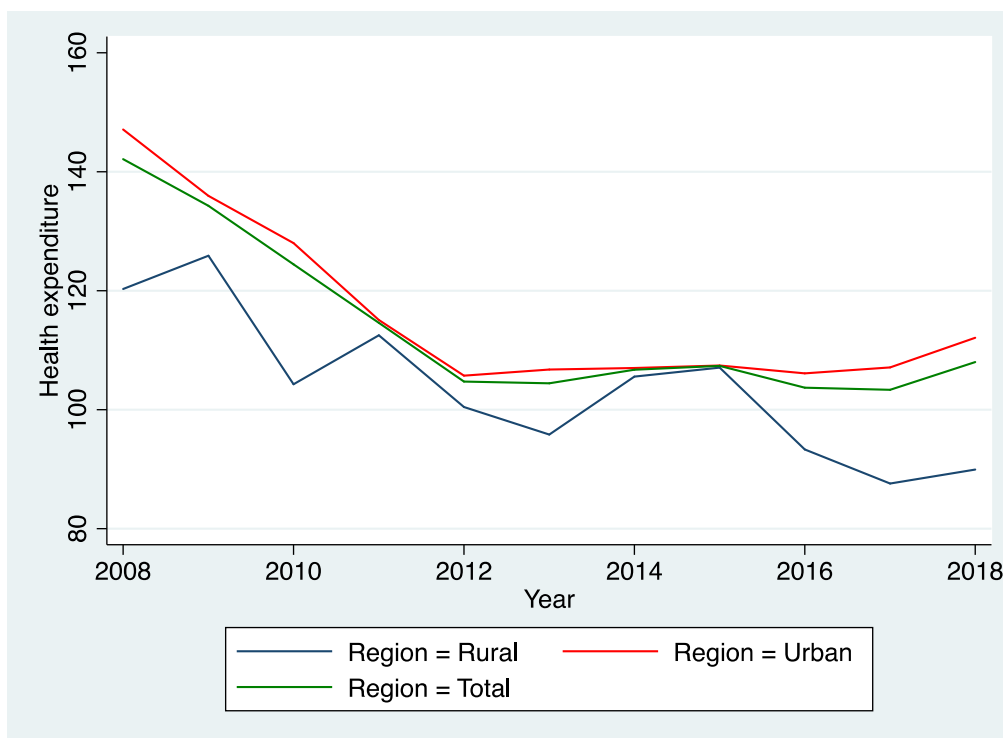
Πίνακας 7: Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς την περιοχή διαμονής

Έτος	Όλες οι περιοχές			Αστικές περιοχές			Αγροτικές περιοχές		
	Δαπάνες υγείας σε €	Ποσοστό επί το σύνολο των δαπανών	Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος	Δαπάνες υγείας σε €	Ποσοστό επί το σύνολο των δαπανών	Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος	Δαπάνες υγείας σε €	Ποσοστό επί το σύνολο των δαπανών	Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος
<b>2008</b>	142.1	5.56%	6.71%	147.08	5.45%	6.57%	120.27	6.22%	7.60%
<b>2009</b>	134.27	5.41%	6.50%	135.94	5.21%	6.24%	125.88	6.78%	8.38%
<b>2010</b>	124.43	5.29%	6.36%	127.99	5.25%	6.27%	104.25	5.63%	7.04%
<b>2011</b>	114.58	5.17%	6.28%	115.06	4.95%	5.99%	112.48	6.45%	8.05%
<b>2012</b>	104.71	5.21%	6.40%	105.72	5.03%	6.16%	100.45	6.16%	7.74%
<b>2013</b>	104.44	5.62%	6.92%	106.73	5.53%	6.76%	95.8	6.02%	7.66%
<b>2014</b>	106.72	5.94%	7.32%	107.01	5.78%	7.09%	105.55	6.69%	8.46%
<b>2015</b>	107.36	6.09%	7.56%	107.43	5.90%	7.26%	107.07	7.02%	9.02%
<b>2016</b>	103.68	5.98%	7.45%	106.11	5.92%	7.31%	93.3	6.32%	8.23%
<b>2017</b>	103.33	5.87%	7.31%	107.1	5.88%	7.27%	87.59	5.78%	7.51%
<b>2018</b>	107.99	6.04%	7.49%	112.09	6.07%	7.48%	89.91	5.87%	7.55%

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα στοιχεία του Πίνακα 7 αναφορικά με τις μηνιαίες συνολικές δαπάνες παρουσιάζονται και διαγραμματικά στο Γράφημα 21.

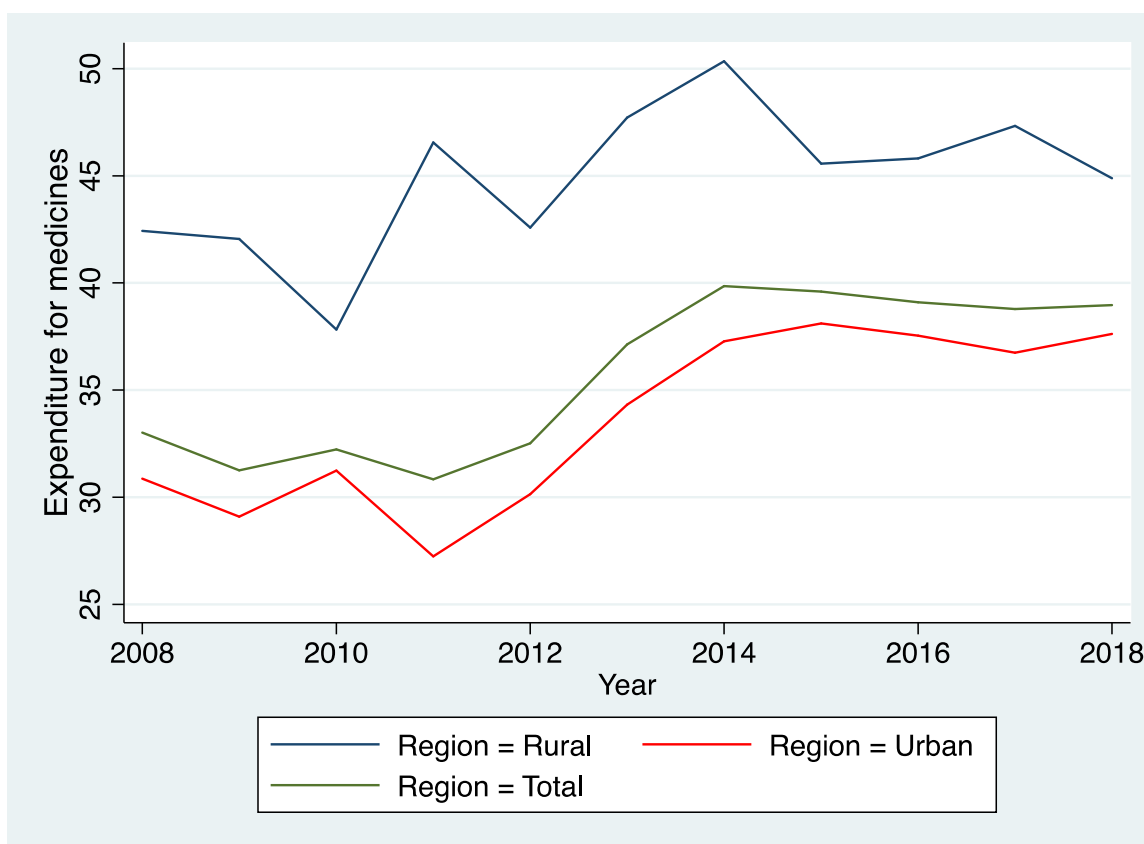
Γράφημα 21: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε **φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό**, απεικονίζονται ακολούθως στο Γράφημα 22, σύμφωνα με τα οποία οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών στις **αστικές περιοχές** από 30,87 ευρώ το 2008 αυξήθηκαν σε 37,62 ευρώ το 2018. Παρόμοια, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών στις **αγροτικές περιοχές** από 42,43 ευρώ το 2008 αυξήθηκαν σε 44,88 ευρώ το 2018. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές.

Γράφημα 22: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018

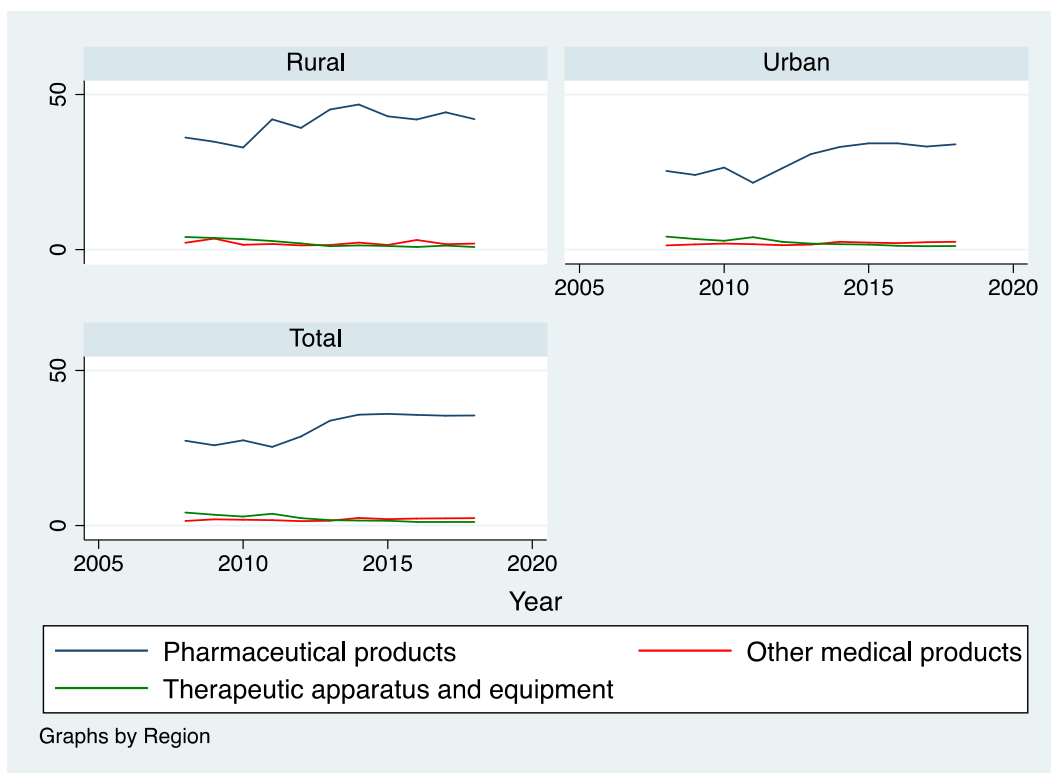


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις υποκατηγορίες δαπανών υγείας των νοικοκυριών, συγκεκριμένα σε **φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό**, παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 23. Παρατηρείται ότι διαχρονικά, τόσο στις αστικές, όσο και στις αγροτικές περιοχές, τα νοικοκυριά, κατά κύριο λόγο, πραγματοποιούσαν δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, ενώ σε πολύ μικρό βαθμό οι δαπάνες τους αφορούσαν σε λοιπά ιατρικά προϊόντα και θεραπευτικές συσκευές/ εξοπλισμό.



Γράφημα 23: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018

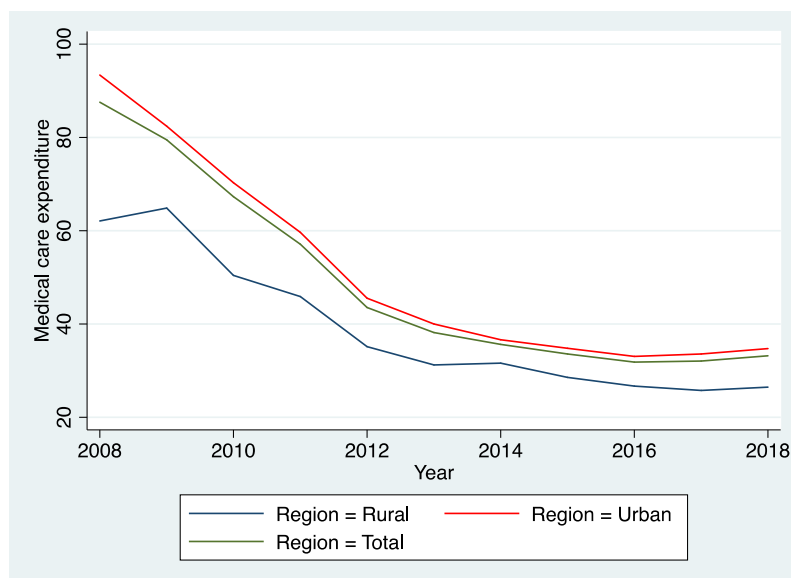


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε **ιατρικές υπηρεσίες**, παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 24 και υποδηλώνουν ότι οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών **στις αστικές περιοχές** από 93,35 ευρώ το 2008 μειώθηκαν σε 34,7 ευρώ το 2018. Παρόμοια, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών **στις αγροτικές περιοχές** για ιατρικές υπηρεσίες από 62,09 ευρώ το 2008 μειώθηκαν σε 26,46 ευρώ το 2018.

Επιπλέον, παρατηρείται ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε ιατρικές υπηρεσίες σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές.

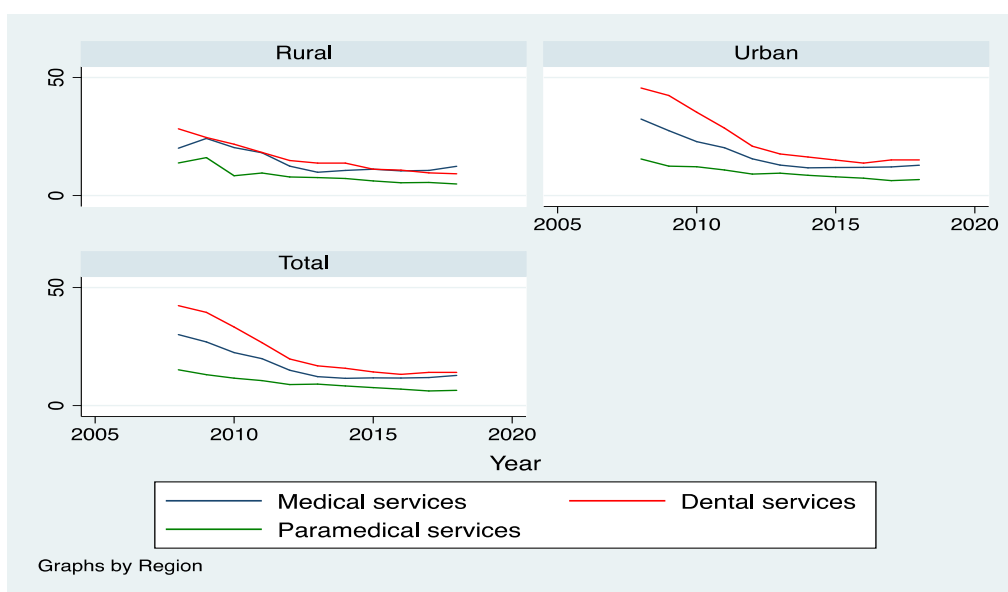
Γράφημα 24: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε ιατρικές υπηρεσίες



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με την υποκατηγορία (δαπάνης) των ιατρικών υπηρεσιών των νοικοκυριών, απεικονίζονται στο Γράφημα 25. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι διαχρονικά, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές, τα νοικοκυριά κατά κύριο λόγο πραγματοποιούσαν δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες και σε μικρότερο βαθμό για παραϊατρικές υπηρεσίες.

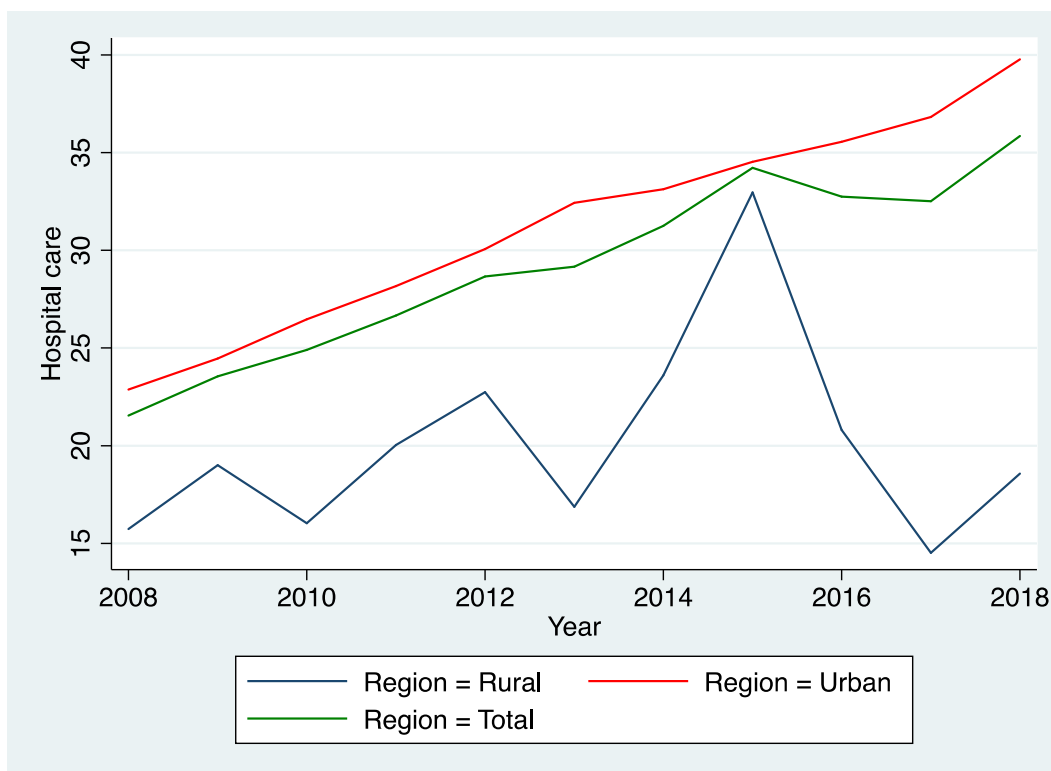
Γράφημα 25: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε ιατρικές υπηρεσίες, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε **νοσοκομειακή περίθαλψη**, απεικονίζονται στο Γράφημα 26. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών **στις αστικές περιοχές** από 22,87 ευρώ το 2008 αυξήθηκαν σε 39,77 ευρώ το 2018. Παρόμοια, οι μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών **στις αγροτικές περιοχές** για νοσοκομειακή περίθαλψη από 15,74 ευρώ το 2008 αυξήθηκαν σε 18,57 ευρώ το 2018. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές.

Γράφημα 26: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά περιοχή, σε νοσοκομειακή περίθαλψη

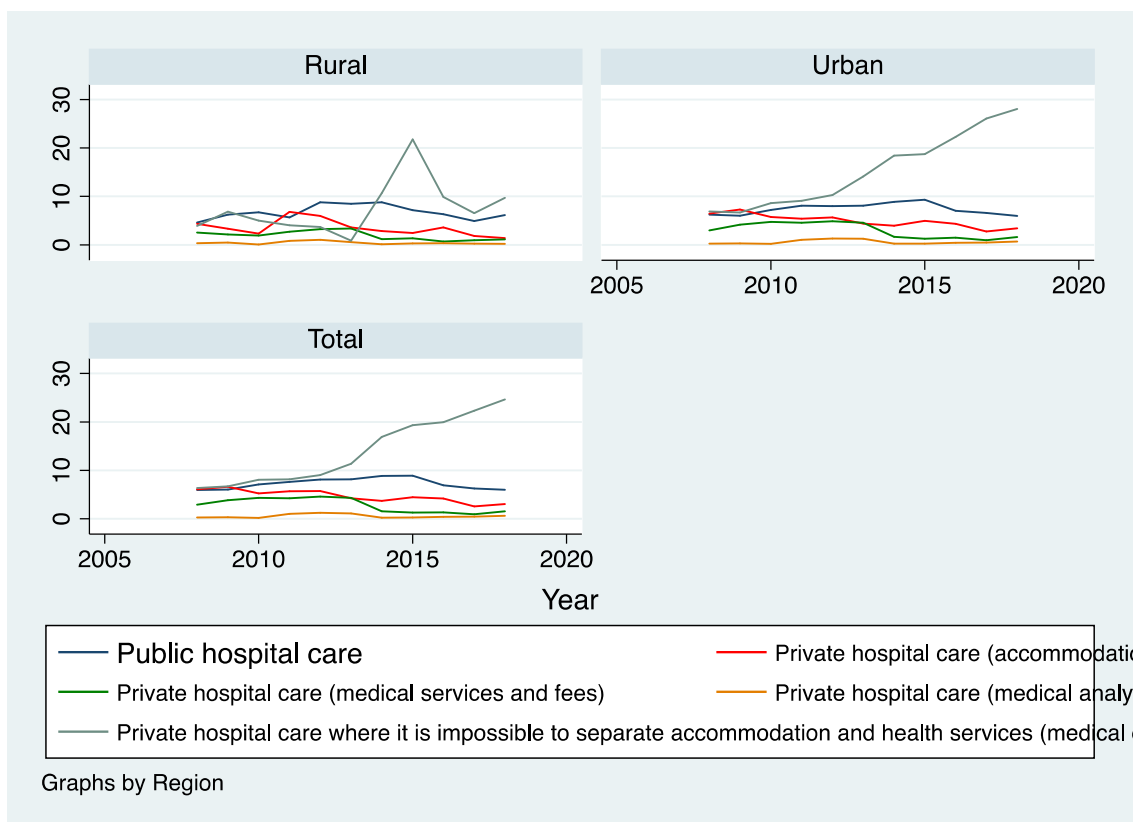


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με την υποκατηγορία δαπάνης υγείας των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη, παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 27. Όπως προκύπτει, στις αστικές περιοχές, κατά τα έτη 2008 και 2009, τα έξοδα για νοσοκομειακή περίθαλψη αφορούσαν κατά κύριο λόγο σε δαπάνες για δημόσια και ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.). Από το 2010 και έπειτα αυξήθηκαν ραγδαία οι δαπάνες των νοικοκυριών στις αστικές περιοχές σε ό,τι αφορά την ιδιωτική νοσοκομειακή

περίθαλψη που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών). Αντίθετα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στις αγροτικές περιοχές τα έξοδα για νοσοκομειακή περίθαλψη αφορούσαν κατά κύριο λόγο δαπάνες για κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ από το 2013 και έπειτα αυξήθηκαν ραγδαία τα έξοδα των νοικοκυριών στις αστικές περιοχές αναφορικά με την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών).

Γράφημα 27: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη, ανά περιοχή, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

### Δαπάνες υγείας ως προς την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού

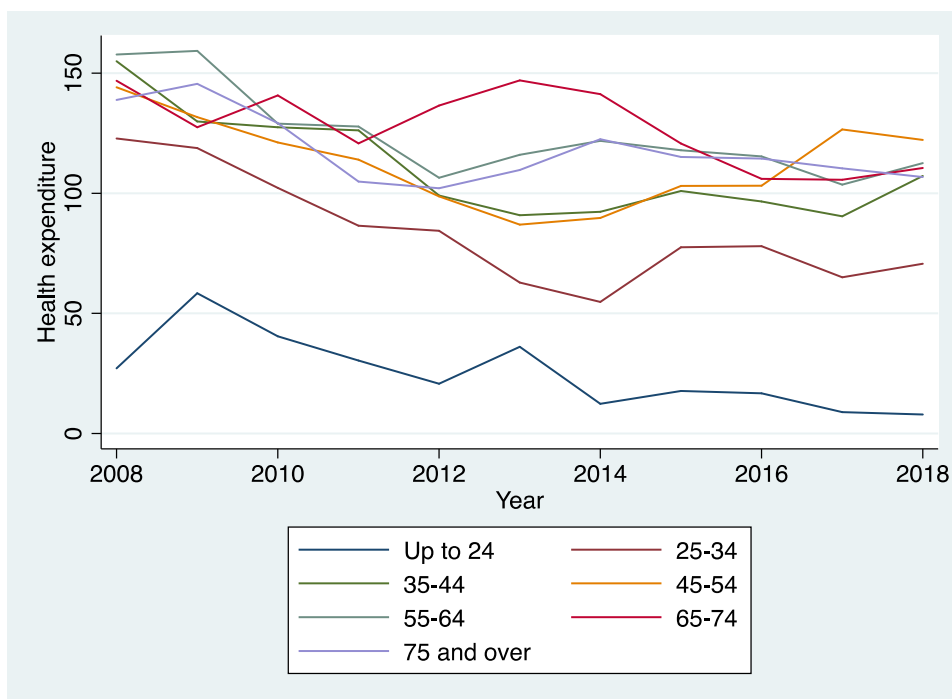
Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης ως προς την ηλικία του υπεύθυνου (αρχηγού) των νοικοκυριών. Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα στοιχεία αναφορικά με τις μέσες μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς την ηλικία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των

νοικοκυριών των οποίων ο υπεύθυνος είχε ηλικία **έως 24 ετών** το 2008 ήταν 27,13 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 2,07% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Τα αντίστοιχα ποσοστά το 2018 ανήρθαν σε 7,96 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 0,84% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών όπου ο υπεύθυνος του νοικοκυριού τους είχε ηλικία **25 έως 34 ετών** το 2008 ήταν 122,76 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 5,21% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 70,68 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 4,36% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών.

Αντιστοίχως, οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών που ο υπεύθυνος του νοικοκυριού τους είχε ηλικία **35 έως 44 ετών** το 2008 ήταν 154,91 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 4,52% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 107,19 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 5,31% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών των οποίων ο υπεύθυνος είχε ηλικία **45 έως 54 ετών** το 2008 ήταν 144,11 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 4,52% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 122,19 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 5,31% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών των οποίων ο υπεύθυνος του νοικοκυριού είχε ηλικία **55 έως 64 ετών** το 2008 ήταν 157,76 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 5,22% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 112,52 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 5,47% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών που ο υπεύθυνος του νοικοκυριού τους ήταν **65 έως 74 ετών** το 2008 ανήλθαν σε 146,82 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 7,39% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 110,47 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 7,18% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών. Τέλος, οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών που ο υπεύθυνος του νοικοκυριού τους ήταν **άνω των 75 ετών** το 2008 ήταν 138,84 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 9,54% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών και το 2018 ήταν 106,77 ευρώ, που αντιστοιχούσε σε 8,94% επί του συνόλου του εισοδήματος των νοικοκυριών.

Τα αποτελέσματα που περιγράφηκαν απεικονίζονται στο Γράφημα 28.

Γράφημα 28: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Πίνακας 8: Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού σε €

Έτος	Έως 24		25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 και άνω	
	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]
2008	27.13	2.07%	122.76	5.21%	154.91	4.95%	144.11	4.52%	157.76	5.22%	146.82	7.39%	138.84	9.54%
2009	58.36	3.86%	118.82	5.23%	129.89	4.54%	131.63	3.98%	159.27	5.53%	127.48	6.51%	145.56	10.45%
2010	40.45	2.70%	102.24	4.87%	127.46	4.86%	121.15	4.04%	128.97	4.76%	140.68	7.00%	129.21	8.92%
2011	30.38	2.13%	86.5	4.42%	126.18	4.72%	113.94	4.14%	127.72	4.95%	120.72	6.67%	104.88	8.39%
2012	20.77	1.76%	84.39	4.74%	99.08	4.24%	98.71	4.02%	106.41	4.59%	136.5	7.87%	102.06	8.50%
2013	36.11	2.96%	62.87	3.66%	90.85	4.46%	86.93	3.83%	116.01	5.51%	146.98	8.34%	109.66	9.42%
2014	12.36	1.27%	54.78	3.36%	92.31	4.42%	89.71	4.00%	121.83	5.86%	141.22	8.88%	122.45	10.94%
2015	17.74	1.42%	77.5	4.47%	100.92	4.94%	103.06	4.77%	117.86	5.92%	120.67	7.95%	115.07	10.13%
2016	16.75	1.82%	77.98	4.79%	96.59	4.83%	103.14	4.80%	115.31	5.83%	106.02	7.06%	114.44	9.87%
2017	8.92	1.02%	65.04	4.04%	90.41	4.56%	126.57	5.60%	103.56	5.24%	105.62	6.79%	110.34	9.23%
2018	7.96	0.84%	70.68	4.36%	107.19	5.39%	122.19	5.31%	112.52	5.47%	110.47	7.18%	106.77	8.94%

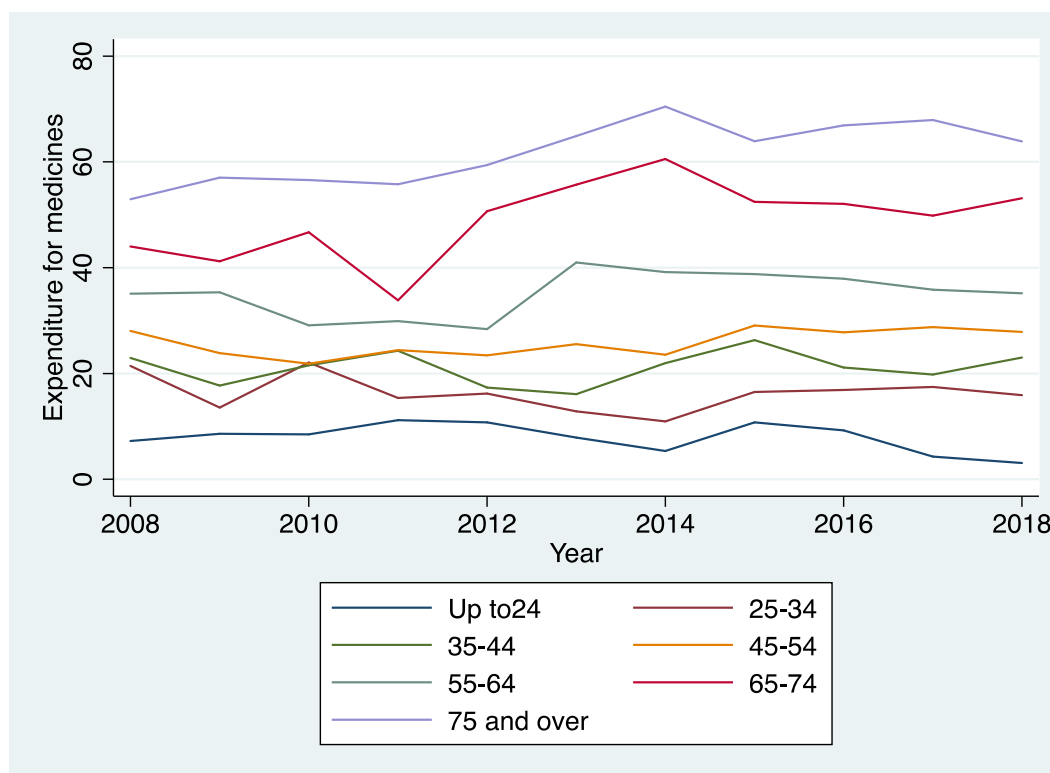
[1]= Δαπάνες υγείας

[2]= Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ως προς την ηλικία του υπεύθυνου των νοικοκυριών, παρουσιάζονται στο Γράφημα 29, όπου δείχνουν ότι διαχρονικά οι μηνιαίες δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό των νοικοκυριών ήταν υψηλότερες στα νοικοκυριά που ο υπεύθυνός τους είχε ηλικία άνω των 75 ετών. Είναι λογικό να συμβαίνει κάτι τέτοιο, αν λάβουμε υπόψη το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης που διαχρονικά έχουν αποκτήσει οι Έλληνες (όπως περιγράφηκε στα προηγούμενα Κεφάλαια) και τις συνακόλουθες αυξημένες ανάγκες τους για διατήρηση του επιπέδου υγείας τους μέσω φαρμακευτικής αγωγής και λοιπών θεραπευτικών συσκευών.

Γράφημα 29: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, 2008-2018



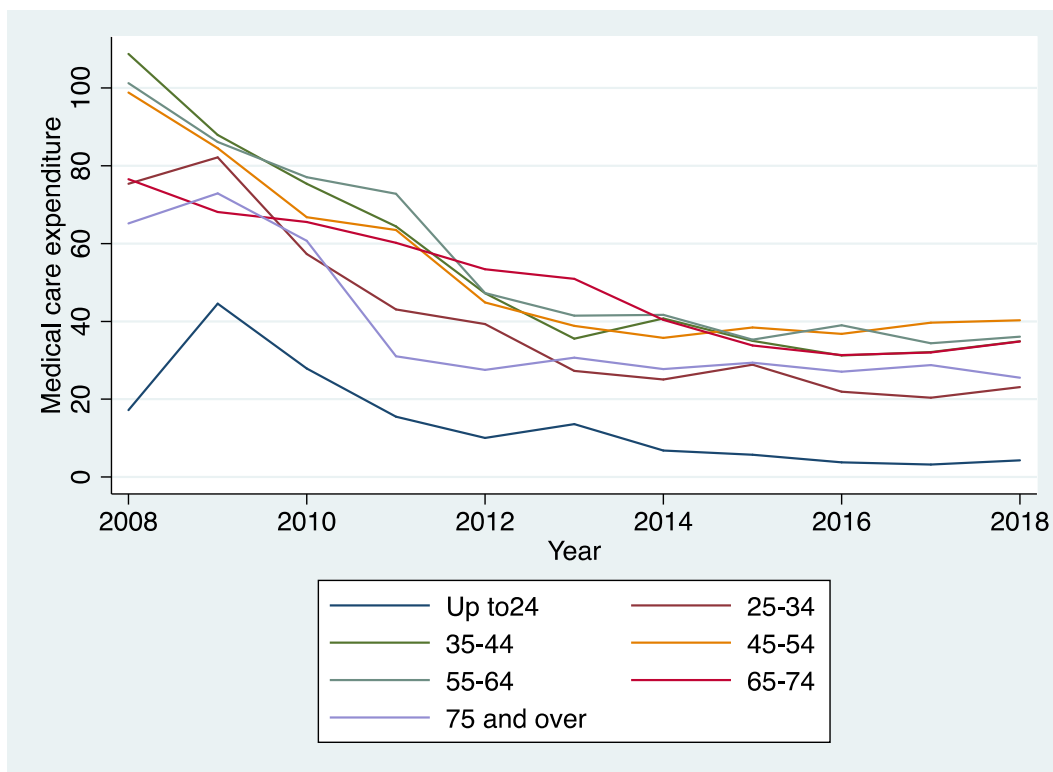
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε ιατρικές υπηρεσίες ως προς την ηλικία του υπεύθυνου των νοικοκυριών, παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 30. Σύμφωνα με αυτά, οι μηνιαίες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες μειώθηκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, προκύπτει ότι τις περισσότερες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες τις είχαν οι ηλικιακές ομάδες από 35 έως 74 ετών. Αναλυτικότερα, για το 2018 τις



υψηλότερες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες τις είχαν νοικοκυριά με υπεύθυνο ηλικίας 45 έως 54 ετών και ακολούθησαν νοικοκυριά με υπεύθυνο 35 έως 44 ετών και νοικοκυριά με υπεύθυνο ηλικίας 65 έως 74 ετών.

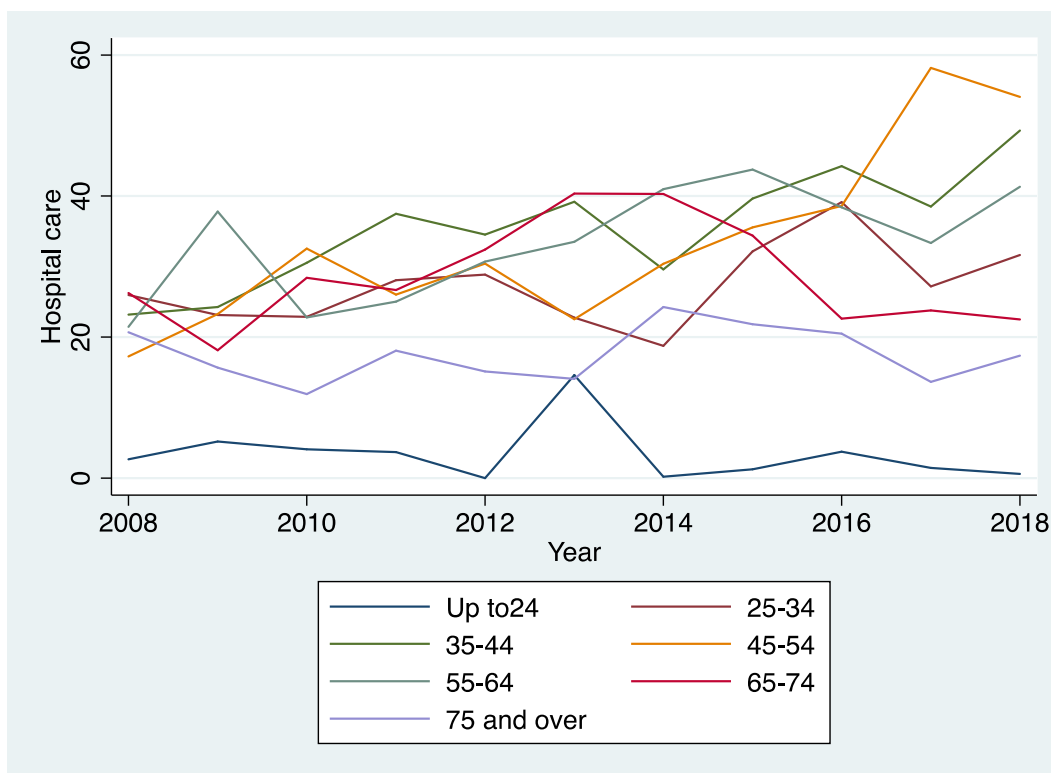
Γράφημα 30: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, ιατρικές υπηρεσίες, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε νοσοκομειακή περίθαλψη ως προς την ηλικία του υπεύθυνου των νοικοκυριών, παρουσιάζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 31. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι διαχρονικά οι μηνιαίες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν για ηλικίες από 45 έως 74 ετών. Επιπλέον, προκύπτει ότι τις περισσότερες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη τις είχαν οι ηλικιακές ομάδες από 45 έως 74 ετών. Αναλυτικότερα, για το 2018 τις υψηλότερες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη τις είχαν νοικοκυριά με υπεύθυνο 45 έως 54 ετών και ακολούθησαν νοικοκυριά με υπεύθυνο 35 έως 44 ετών και νοικοκυριά με υπεύθυνο 55 έως 64 ετών.

Γράφημα 31: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη ανά ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

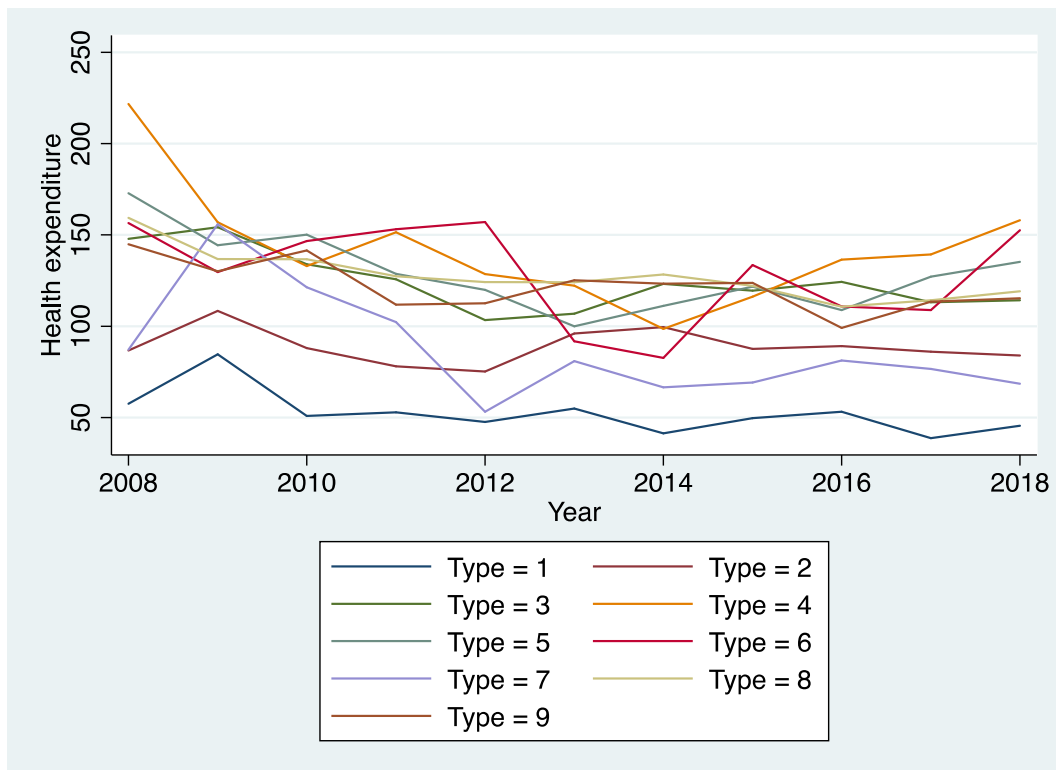
### Δαπάνες υγείας ως προς τον τύπο (σύνθεση) του νοικοκυριού

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης ως προς τη σύνθεση των νοικοκυριών. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα στοιχεία, αναφορικά με τις μέσες μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών, για την περίοδο 2008-2018 ως προς την σύνθεσή τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τις υψηλότερες μέσες συνολικές δαπάνες διαχρονικά τις είχαν νοικοκυριά που αποτελούνταν από ένα ζευγάρι και ένα παιδί έως 16 ετών. Η μέση δαπάνη για αυτού του τύπου τα νοικοκυριά το 2008 ήταν 221,68 ευρώ (6,92% επί του εισοδήματος) και μειώθηκε σε 157,99 ευρώ (6,77% επί του εισοδήματος το 2018). Παρόμοια, υψηλές δαπάνες υγείας είχαν νοικοκυριά που αποτελούνταν από ένα ζευγάρι με δύο παιδιά έως και 16 ετών. Η μέση μηνιαία δαπάνη για αυτού του τύπου τα νοικοκυριά το 2008 ήταν 172,85 ευρώ (5,2% επί του εισοδήματος) και μειώθηκε σε 135,27 ευρώ (5,31% επί του εισοδήματος το 2018). Τέλος, υψηλές δαπάνες υγείας είχαν νοικοκυριά που αποτελούνταν από ένα ζευγάρι με τρία παιδιά έως και 16 ετών. Η μέση μηνιαία δαπάνη για αυτού του τύπου τα

νοικοκυριά το 2008 ήταν 156,55 ευρώ (4,4% επί του εισοδήματος) και μειώθηκε σε 152,51 ευρώ (5,70% επί του εισοδήματος το 2018).

Τα νοικοκυριά που διαχρονικά είχαν τη μικρότερη μέση δαπάνη υγείας ήταν όσα αποτελούνταν (1) από ένα άτομο ηλικίας κάτω των 65 ετών, (2) από ένα άτομο ηλικίας άνω των 65 ετών και (3) ένας γονέας με ένα παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών. Τα αποτελέσματα δίνονται και διαγραμματικά στο Γράφημα 32.

Γράφημα 32: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας ανά τύπο του νοικοκυριού, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

([1]=Άτομο μόνο ηλικίας κάτω των 65 ετών, [2]=Άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, [3]= Ζευγάρι μόνο του, [4]=Ζευγάρι με 1 παιδί έως και 16 ετών, [5]=Ζευγάρι με 2 παιδιά έως και 16 ετών, [6]=Ζευγάρι με 3 παιδιά και άνω έως και 16 ετών, [7]=Ένας γονέας με 1 παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών, [8]=Ζευγάρι ή ένας γονέας με παιδιά άνω των 16 ετών, [9]=Άλλο είδος νοικοκυριού)

Πίνακας 9: Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς τη σύνθεση του νοικοκυριού, σε €

Έτος	Άτομο μόνο ηλικίας κάτω των 65 ετών		Άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω		Ζευγάρι μόνο του		Ζευγάρι με 1 παιδί έως και 16 ετών		Ζευγάρι με 2 παιδιά έως και 16 ετών		Ζευγάρι με 3 παιδιά και άνω έως και 16 ετών	
	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]
2008	57.6	3.46%	86.71	8.24%	147.89	7.07%	221.68	6.92%	172.85	5.20%	156.55	4.40%
2009	84.64	5.01%	108.36	10.06%	154.23	7.37%	156.95	5.38%	144.36	4.52%	129.63	4.09%
2010	50.89	3.35%	88.05	8.16%	133.96	7.05%	132.94	4.78%	150.16	5.01%	146.63	5.00%
2011	52.84	3.53%	78.09	7.80%	125.69	7.00%	151.46	5.22%	128.64	4.41%	153.13	5.30%
2012	47.56	3.50%	75.17	7.80%	103.34	6.37%	128.57	5.16%	119.94	4.47%	157.08	5.67%
2013	54.94	3.92%	96.04	9.91%	106.81	6.51%	122.23	5.25%	100.02	3.92%	91.79	3.99%
2014	41.39	3.26%	99.51	10.73%	123.2	7.99%	98.5	4.42%	111.12	4.43%	82.61	3.27%
2015	49.64	3.86%	87.59	9.19%	119.47	7.52%	116.18	4.98%	121.70	4.95%	133.48	5.21%
2016	53.17	4.48%	89.13	9.71%	124.30	7.64%	136.50	6.15%	108.85	4.73%	110.87	4.33%
2017	38.76	3.32%	86.08	9.14%	113.14	6.89%	139.28	6.37%	127.17	5.27%	108.83	3.87%
2018	45.49	3.85%	84.01	8.99%	114.25	7.16%	157.99	6.77%	135.27	5.31%	152.51	5.70%

[1] = Δαπάνες υγείας

[2] = Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Συνέχεια Πίνακα 9: Μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 2008-2018 ως προς τη *σύνθεση* του νοικοκυριού (€)

Έτος	Ένας γονέας με 1 παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών		Ζευγάρι ή ένας γονέας με παιδιά άνω των 16 ετών		Άλλο είδος νοικοκυριού	
	[1]	[2]	[1]	[2]	[1]	[2]
2008	87.2	3.77%	159.39	5.26%	144.92	4.79%
2009	155.88	5.38%	136.81	4.51%	130.10	4.59%
2010	121.27	4.75%	136.66	4.58%	141.49	5.31%
2011	102.31	4.07%	127.36	4.64%	111.78	4.75%
2012	53.19	3.28%	124.13	5.01%	112.53	5.18%
2013	80.9	4.55%	124.06	5.60%	125.19	5.56%
2014	66.51	3.55%	128.3	5.92%	123.3	5.47%
2015	69.24	3.50%	122.15	5.95%	123.74	6.15%
2016	81.18	4.95%	110.66	5.42%	99.14	4.84%
2017	76.65	5.07%	114.24	5.49%	113.45	5.41%
2018	68.51	4.42%	119.09	5.55%	115.26	5.35%

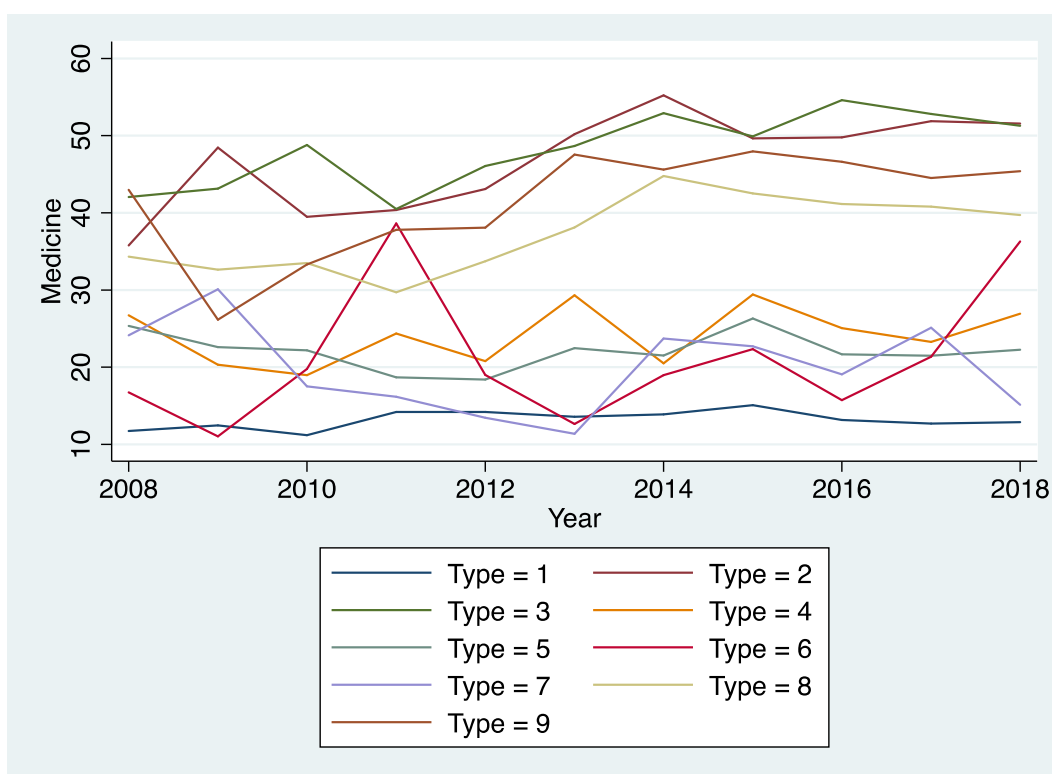
[1]= Δαπάνες υγείας

[2]= Ποσοστό επί το σύνολο του εισοδήματος

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ως προς τον τύπο του νοικοκυριού, απεικονίζονται στο Γράφημα 33. Σύμφωνα με αυτά, **διαχρονικά οι μηνιαίες δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ήταν υψηλότερες στα νοικοκυριά που αποτελούνταν (1) από ένα άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, (2) ζευγάρι μόνο του και (3) άλλο είδος νοικοκυριού.** Αντίθετα, τα νοικοκυριά με τις μικρότερες μηνιαίες δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ήταν αυτά που αποτελούνταν (1) από ένα άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, (2) έναν γονέα με ένα παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών, (3) ζευγάρι με ένα παιδί έως και 16 ετών και (4) ζευγάρι με τρία παιδιά και άνω έως και 16 ετών.

Γράφημα 33: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018

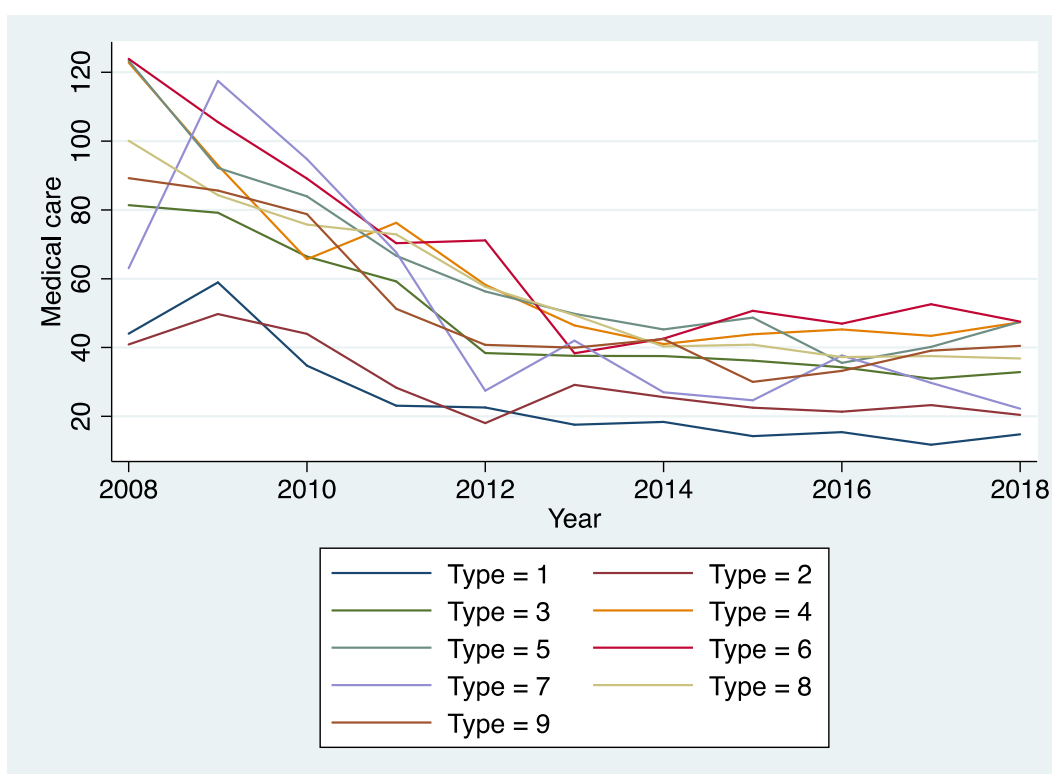


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

([1]=Άτομο μόνο ηλικίας κάτω των 65 ετών, [2]=Άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, [3]= Ζευγάρι μόνο του, [4]=Ζευγάρι με 1 παιδί έως και 16 ετών, [5]=Ζευγάρι με 2 παιδιά έως και 16 ετών, [6]=Ζευγάρι με 3 παιδιά και άνω έως και 16 ετών, [7]=Ένας γονέας με 1 παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών, [8]=Ζευγάρι ή ένας γονέας με παιδιά άνω των 16 ετών, [9]=Άλλο είδος νοικοκυριού)

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών για ιατρικές υπηρεσίες ως προς τον τύπο των νοικοκυριών, παρουσιάζονται στο Γράφημα 34, όπου φαίνεται ότι **διαχρονικά οι μηνιαίες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες μειώθηκαν σε όλους τους τύπους νοικοκυριών**. Επιπλέον, προκύπτει ότι **τις περισσότερες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες τις είχαν τα νοικοκυριά που αποτελούνταν (1) από ένα ζευγάρι με ένα παιδί έως και 16 ετών, (2) ένα ζευγάρι με δύο παιδιά έως και 16 ετών και (3) ένα ζευγάρι με τρία παιδιά και άνω έως και 16 ετών**.

Γράφημα 34: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε ιατρικές υπηρεσίες, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018



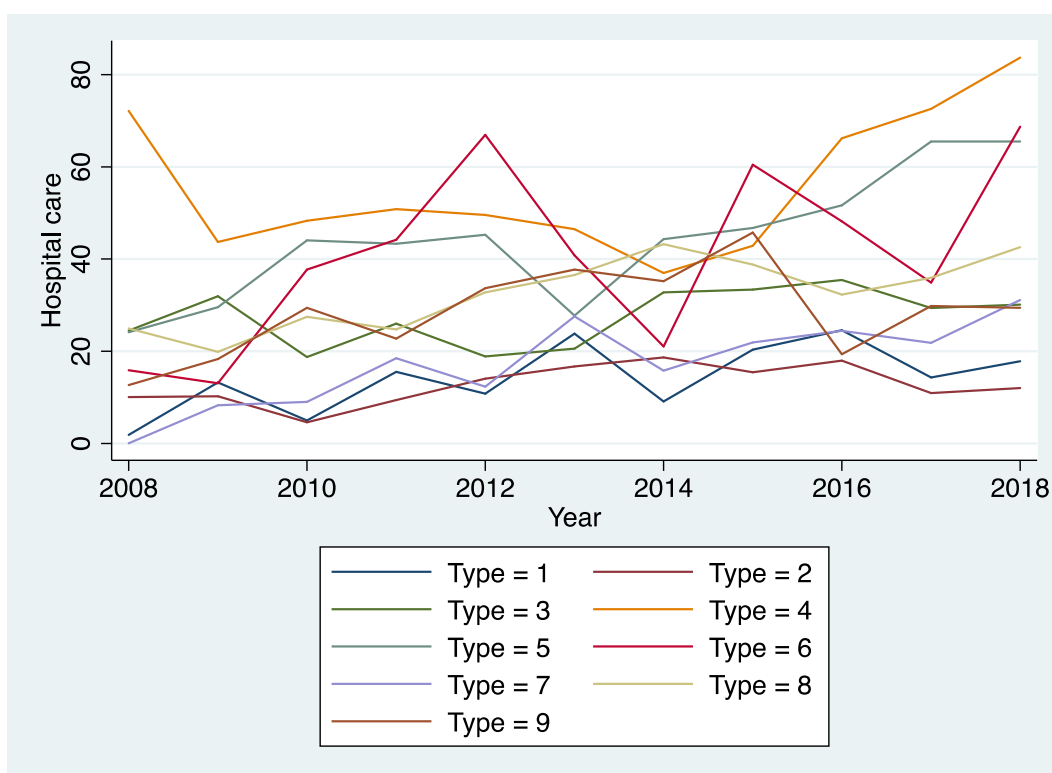
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

*([1]=Άτομο μόνο ηλικίας κάτω των 65 ετών , [2]=Άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, [3]= Ζευγάρι μόνο του, [4]=Ζευγάρι με 1 παιδί έως και 16 ετών, [5]=Ζευγάρι με 2 παιδιά έως και 16 ετών, [6]=Ζευγάρι με 3 παιδιά και άνω έως και 16 ετών, [7]=Ένας γονέας με 1 παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών , [8]=Ζευγάρι ή ένας γονέας με παιδιά άνω των 16 ετών, [9]=Άλλο είδος νοικοκυριού)*

Τα αποτελέσματα, αναφορικά με τις δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη ως προς τον τύπο των νοικοκυριών, παρουσιάζονται στο Γράφημα 35, όπου

όπως φαίνεται οι μηνιαίες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν διαχρονικά για νοικοκυριά που αποτελούνται από ζευγάρι με τρία παιδιά και άνω έως και 16 ετών και για νοικοκυριά που αποτελούνται από ζευγάρι με δυο παιδιά έως και 16 ετών και για νοικοκυριά που αποτελούνται από ζευγάρι με ένα παιδί έως και 16 ετών.

Γράφημα 35: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας σε νοσοκομειακή περίθαλψη, ανά τύπο νοικοκυριού, 2008-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (μικρο-δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

([1]=Άτομο μόνο ηλικίας κάτω των 65 ετών, [2]=Άτομο μόνο ηλικίας 65 ετών και άνω, [3]= Ζευγάρι μόνο του, [4]=Ζευγάρι με 1 παιδί έως και 16 ετών, [5]=Ζευγάρι με 2 παιδιά έως και 16 ετών, [6]=Ζευγάρι με 3 παιδιά και άνω έως και 16 ετών, [7]=Ένας γονέας με 1 παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών, [8]=Ζευγάρι ή ένας γονέας με παιδιά άνω των 16 ετών, [9]=Άλλο είδος νοικοκυριού)

Αποτελέσματα παλινδρόμησης



Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Από την ανάλυση προέκυψε ότι **το σύνολο των δαπανών υγείας μπορεί να προβλεφθεί σε σημαντικό βαθμό από την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού και τον τύπο νοικοκυριού**. Επιπλέον, προέκυψε ότι οι δαπάνες υγείας που αφορούν σε **φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό** μπορούν να προβλεφθούν σε σημαντικό βαθμό **από την περιοχή των νοικοκυριών και την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού**. Τέλος, οι δαπάνες υγείας που αφορούν **νοσοκομειακή περίθαλψη** μπορούν να προβλεφθούν σε σημαντικό βαθμό από την **περιοχή των νοικοκυριών, την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού και τον τύπο του νοικοκυριού**. Από τα πρόσημα των συντελεστών b προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου νοικοκυριού τόσο περισσότερες είναι οι συνολικές δαπάνες υγείας ( $b=13.56$ ,  $p<0.05$ ). Παρόμοια, προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου νοικοκυριού τόσο περισσότερες είναι οι δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ( $b=8.61$ ,  $p<0.05$ ), για ιατρικές υπηρεσίες ( $b=3.40$ ,  $p<0.05$ ) και νοσοκομειακή περίθαλψη ( $b=1.55$ ,  $p<0.05$ ). Επιπρόσθετα, από τους συντελεστές για την περιοχή προκύπτει ότι στις αγροτικές περιοχές, κατά μέσο όρο, τα νοικοκυριά ξοδεύουν 4,53 χιλιάδες ευρώ περισσότερα σε φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό ( $b=-4.53$ ,  $p<0.05$ ) σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές. Αντίθετα, προκύπτει ότι στις αστικές περιοχές, κατά μέσο όρο, τα νοικοκυριά ξοδεύουν 4,55 χιλιάδες ευρώ περισσότερα σε νοσοκομειακή περίθαλψη ( $b=4.55$ ,  $p<0.05$ ) σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές. Τέλος, τα νοικοκυριά με παιδιά έχουν υψηλότερες συνολικές δαπάνες ( $b=5.12$ ,  $p<0.05$ ), υψηλότερες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες ( $b=3.34$ ,  $p<0.05$ ) και υψηλότερες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη ( $b=1.37$ ,  $p<0.05$ ).

Πίνακας 10: Αποτελέσματα παλινδρομήσεων

Ερμηνευτικές μεταβλητές	Δαπάνη υγείας	Φάρμακα	Ιατρικές υπηρεσίες	Νοσοκομειακή περίθαλψη
Περιοχή	5.04	-4.53**	5.03	4.55**
Ηλικία	13.56**	8.61**	3.40**	1.55*
Τύπος νοικοκυριού	5.12**	.0412	3.34*	1.37*

### 3.4 Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τα νοικοκυριά με την πάροδο του χρόνου διέθεταν μικρότερο εισόδημα και επομένως, λόγω της ανελαστικότητας της ζήτησης του αγαθού Υγεία, ξόδεψαν μεγαλύτερο ποσοστό αυτού σε δαπάνες υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν, επίσης, άνοδο του ποσοστού για δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό και νοσοκομειακή περίθαλψη και μείωση στις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών. Επιπλέον, μέχρι το 2013 το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας ξοδευόταν από τα νοικοκυριά σε υπηρεσίες ιατρών (ποσοστά που κυμάνθηκαν από 61,6% έως 36,53%), ενώ από το 2013 έως 2018, το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας διοχετεύονταν από τα νοικοκυριά σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό (ποσοστά που κυμάνθηκαν από 37,34% έως 37,71%), ενώ σταθερά στη δεύτερη θέση των δαπανών κυμάνθηκαν οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Από την ανάλυση των δεδομένων ως προς την περιοχή των νοικοκυριών προέκυψε ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές δαπανούν περισσότερα χρήματα για υγεία σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι, **τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές, το μηνιαίο ποσό δαπανών υγείας μειώθηκε σημαντικά μέσα στην δεκαετία, αλλά το ποσοστό επί του εισοδήματος παρέμεινε σταθερό.** Είναι λογικό να παρατηρείται κάτι τέτοιο, αφού το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε κι επομένως, τα νοικοκυριά, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές, μείωσαν μεν το ποσό που δαπανούν, αλλά το ποσοστό επί του εισοδήματός τους παρέμεινε το ίδιο. Ουσιαστικά, το νοικοκυριό δαπανά πλέον το ίδιο ποσοστό επί του εισοδήματός του για υγεία, αλλά σε απόλυτες τιμές το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο λόγω του μικρότερου εισοδήματος.

Πέραν τούτων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές δαπανούν περισσότερα χρήματα σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές, ενώ αντίθετα τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε ιατρικές υπηρεσίες και νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές.

Από την ανάλυση των δεδομένων ως προς την ηλικία του υπεύθυνου των νοικοκυριών προέκυψε ότι οι μέσες συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών μειώθηκαν

ανεξάρτητα από την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού. **Διαχρονικά, οι ηλικίες που φαίνεται να ξοδεύουν μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους για υγεία είναι αυτές από 65 ετών και άνω. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι διαχρονικά η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με υψηλότερες μηνιαίες δαπάνες για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό.** Κάτι τέτοιο είναι απόλυτα λογικό, αν ληφθεί υπόψη το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης που διαχρονικά η ανθρωπότητα έχει κατακτήσει, με τις συνακόλουθες αυξημένες ανάγκες των ανθρώπων για διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας μέσω φαρμακευτικών αγωγών και λοιπών θεραπευτικών συσκευών. Επίσης, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι μέσες μηνιαίες δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε κάθε ηλικιακή ομάδα ήταν σταθερές κατά την περίοδο αναφοράς με ελαφρά αυξητική τάση.

Τέλος, από την ανάλυση των δεδομένων ως προς τον τύπο των ελληνικών νοικοκυριών προέκυψε ότι τα νοικοκυριά που διαχρονικά είχαν τη μικρότερη μέση δαπάνη υγείας ήταν όσα αποτελούνταν από ένα άτομο ηλικίας κάτω των 65 ετών, από ένα άτομο ηλικίας άνω των 65 ετών και από έναν γονέα με ένα παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ | Η οικονομική κρίση του 2008 και η Ελλάδα

### 4.1 Η οικονομική κρίση του 2008

Η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια βαθιά οικονομική ύφεση, τη χειρότερη της μεταπολεμικής περιόδου, που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2007 ως χρηματοοικονομική κρίση (οικονομική ύφεση στον ευρύτερο χρηματοπιστωτικό και τραπεζικό τομέα) και οδήγησε σε μια παγκόσμια οικονομική ύφεση που απειλεί πολλές υπερχρεωμένες χώρες της Ευρώπης, όπως η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Ισπανία, αλλά και τις πάλαι ποτέ ισχυρές, βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες. Για πολλούς μελετητές της ελληνικής περίπτωσης, πρόκειται για την πιο έντονη και βαθιά ύφεση μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. της μεταπολεμικής περιόδου (Ανδριοπούλου και συν., 2017), αλλά και μία από τις χειρότερες της σύγχρονης ιστορίας (Κυριόπουλος και συν., 2019)<sup>81</sup>.

Οι γενεσιουργές αιτίες της ελληνικής κρίσης, σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος (2012)<sup>82</sup>, είναι η προοδευτική απώλεια δημοσιονομικής πειθαρχίας, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες από την εισαγωγή κοινού νομίσματος. Η ανεξέλεγκτη πιστωτική επέκταση (ξέφρενος δανεισμός, επιδοτήσεις), οι μακροοικονομικές ανισοροπίες, η απώλεια ανταγωνιστικότητας (μιας χώρας με ήδη περιορισμένη βιομηχανική ανάπτυξη και χαμηλές επενδύσεις)<sup>83</sup> και οι υπερβολικές μισθολογικές απαιτήσεις σε σχέση με το παραγόμενο προϊόν της χώρας επέτειναν την κατάρρευση της ελληνικής οικονομίας. Συστημικές αιτίες κρίσης αποτέλεσαν, παράλληλα, η κακή διακυβέρνηση (υπερτροφικό και πελατειακό κράτος, ανεπαρκής επαγγελματική συνείδηση, έλλειψη καινοτόμων επιχειρηματιών, κερδοσκοπία τραπεζών, ύπαρξη ευθυνοφοβίας, διαπλοκής και διαφθοράς του εμπορικού κεφαλαίου με πολιτικές

---

<sup>81</sup> Kyriopoulos I., Nikoloski Z., Mossialos E. (2019), "The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure" *Social Science and Medicine*, Volume 222, February 2019, Pages 274-284, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.021>

<sup>82</sup> Τράπεζα της Ελλάδος (2012), «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: αίτια και επιπτώσεις», 08.06.12, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION\\_harris\\_vitas.pdf](http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION_harris_vitas.pdf)

<sup>83</sup> σε αντιπαράθεση με την εξαιρετική οικονομική ανάπτυξη της Κίνας. Ο Stiglitz (2002, 2006) αναφέρει ότι αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία, η Βραζιλία και άλλες με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτήν τη βελτίωση και έχει θέσει σε κριτική επανεξέταση το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης και αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών.

διασυνδέσεις) σε συνδυασμό με μια αναποτελεσματική επιτήρηση από Ε.Ε., Eurogroup, Ε.Κ.Τ. και Δ.Ν.Τ.<sup>84,4</sup>.

Πεποίθηση πολλών είναι ότι η κρίση θα επερχόταν νωρίτερα στην Ελλάδα, αν δεν υπήρχε το κύμα της μετανάστευσης των ελλήνων προς το εξωτερικό (δεκαετία 1950 και μέσα 1970), η πολιτική καταπίεση λόγω του εμφυλίου, η προσπάθεια «συμμαζέματος» των εσωτερικών υποθέσεων της δεκαετίας του 1990 και η κατάρρευση του υπαρκτού σοσιαλισμού που έστρεψε αλλού το ενδιαφέρον. Η χρεωκοπία δεν ήταν τυχαία κατάληξη, αλλά η αδυναμία μιας χώρας να μεταβεί από την καθυστέρηση (σε εκπαίδευση, υγεία, κρατικές δομές, ιδεολογία κ.λπ.) στο επίπεδο των μεταβιομηχανικών κοινωνιών (Παπαηλίας, 2013)<sup>85</sup>.

Αναμφίβολα, η παγκόσμια οικονομία είχε πάνω από 80 χρόνια να βρεθεί αντιμέτωπη με έναν τέτοιο κίνδυνο, από την περίοδο που οι ιστορικοί ονόμασαν «Μεγάλη Ύφεση» (1929-1934)<sup>86</sup>. Πολλά κοινά σημεία με την ύφεση του 2008, όπως πτώχευση τραπεζών, συρρίκνωση διεθνούς εμπορίου, μείωση κατανάλωσης και μεγέθους ΑΕΠ, αύξηση ανεργίας, έδωσαν το άλλοθι σε πολλούς μελετητές να κάνουν λόγο για μια νέα «Μεγάλη Ύφεση». Ωστόσο, το 1929 η μείωση του ΑΕΠ, του επιπέδου των τιμών και του πλούτου των νοικοκυριών ήταν ασύγκριτα μεγαλύτερη<sup>87</sup>. Η νομισματική και δημοσιονομική πολιτική που ακολουθήθηκε ήταν διαφορετική και η διάχυση της κρίσης είχε χρονική διαφοροποίηση (αστραπιαία στην περίπτωση του 2008 λόγω της παγκοσμιοποίησης). Το σίγουρο είναι, κατά πεποίθηση πολλών, ότι η κρίση οφείλεται σε συνδυασμό αρνητικών παραγόντων, ο καθένας από τους οποίους από μόνος του δύσκολα μπορεί να φέρει μια χρηματοοικονομική κρίση, αλλά σε συνδυασμό με τους υπολοίπους καθίσταται

---

<sup>84</sup> ό.π.

<sup>85</sup> Παπαηλίας Θεόδωρος (2013), «Οι ρίζες της χρεωκοπίας: η ελληνική περίπτωση», Το Ποντίκι, Τεύχος 1791, 19.12.2013, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.topontiki.gr/article/63313>

<sup>86</sup> Ο Χ. Οικονόμου (2013) αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια του 20ου και τις αρχές του 21ου αιώνα, τέσσερις οικονομικές κρίσεις και οι επιπτώσεις τους στον τομέα της υγείας έχουν διερευνηθεί: (α) η μεγάλη ύφεση του 1929, (β) η κρίση στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80 στις χώρες του τρίτου κόσμου, (γ) η κατάρρευση των πρώην σοσιαλιστικών Ευρωπαϊκών χωρών το 1989 και (δ) η οικονομική κρίση στην Ανατολική Ασία το 1997 και στη Λ. Αμερική στις αρχές της δεκαετίας του 2000.

<sup>87</sup> Κολλίντζας Τ., Ψαλλιδόπουλος Μ. (2009), «Από την Κρίση του 1929 στην Κρίση του 2009», στο Eurobank EFG Economic Research: «Η Κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές» Τόμος IV, Τεύχ.8, σελ.6, Δεκέμβριος 2009

επικίνδυνος<sup>88</sup>. Πόσο μάλλον, αν η χώρα, η οικονομία της οποίας αντιμετωπίζει ύφεση, είναι μικρή, όπως η Ελλάδα, με διογκωμένα προβλήματα σαν αυτά που προαναφέρθηκαν.

Μάλιστα, σύμφωνα με το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας (2013), ενώ στις ΗΠΑ την περίοδο της Μεγάλης Ύφεσης το ΑΕΠ ξεκίνησε να ανακάμπτει έπειτα από τέσσερα χρόνια ύφεσης που συρρίκνωσαν την οικονομία κατά περίπου 25%, στην Ελλάδα η οικονομία συνεχίζει να συρρικνώνεται, παρά το γεγονός ότι βρίσκεται σε ύφεση από το 2008, με το ΑΕΠ να είναι ήδη σχεδόν 25% χαμηλότερο σε σχέση με το έτος έναρξης της κρίσης<sup>89</sup>.

Ο τρόπος με τον οποίο αντέδρασαν οι κυβερνήσεις στην επέλαση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης διέφερε από χώρα σε χώρα, αναγνωρίζοντας, ωστόσο, τη βαρύτητα του συντονιστικού ρόλου των ισχυροτέρων χωρών (G-20)<sup>90</sup> και τη σημασία της ενίσχυσης του Δ.Ν.Τ. ως κύριο μέσο χρηματοδότησης των οικονομιών.

Στην Ελλάδα, η λύση που δόθηκε, ύστερα από ατέρμονες πολιτικές προσπάθειες (και με υποβαθμισμένη πιστοληπτική ικανότητα με συνεχώς αυξανόμενο κόστος δανεισμού της χώρας), ήταν η καταφυγή σε διεθνή συντονισμό και βοήθεια. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να αποφευχθεί ο ορατός κίνδυνος στάσης πληρωμών του Ελληνικού Δημοσίου, καθώς το δημόσιο χρέος είχε εκτιναχθεί στα ύψη (βλ. ακολούθως την Εικόνα 2 για την πορεία του ελληνικού χρέους), η Ελλάδα κατέφυγε στον κοινό μηχανισμό βοήθειας της "τρόικα", η οποία αποτελείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τη Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Σε αντιστάθμισμα της χρηματοδότησης από το μηχανισμό στήριξης ήταν τα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και εξυγίανσης, τα οποία έπρεπε η Ελλάδα να εφαρμόσει από το 2010 και έπειτα και μάλιστα αποτελεσματικά, ώστε να αποκαταστήσει το ζήτημα της αξιοπιστίας της προς την Ε.Ε..

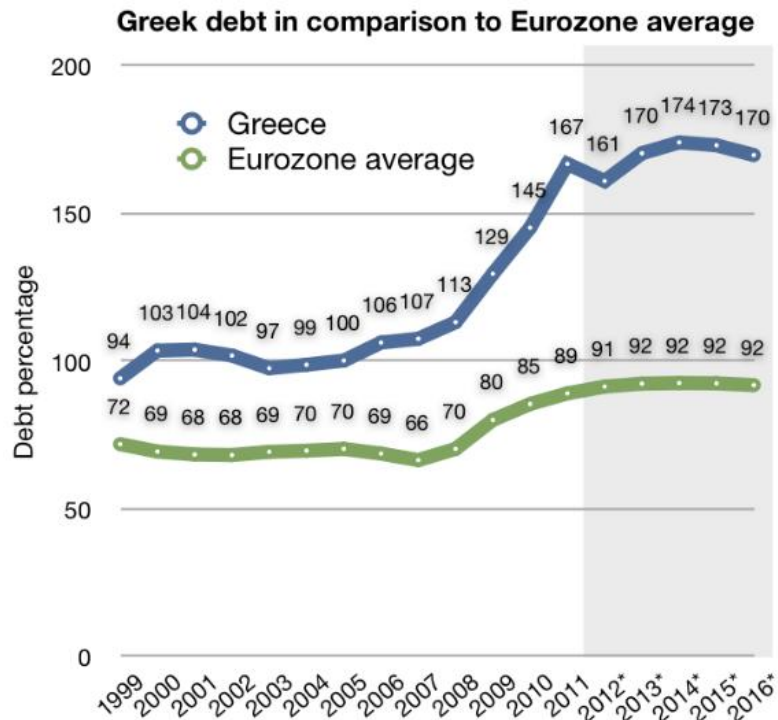
---

<sup>88</sup> Χαρδούβελλης Α. Γ. (2009), «Η χρηματοοικονομική κρίση και το μέλλον της παγκόσμιας οικονομίας», στο Eurobank EFG Economic Research: «Η Κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές» Τόμος IV, Τεύχ.8, σελ.19, Δεκέμβριος 2009

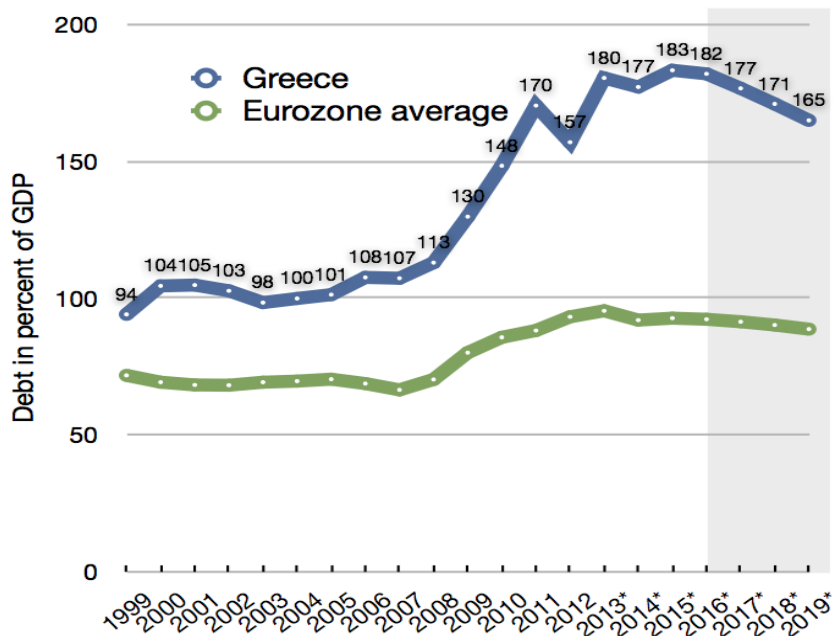
<sup>89</sup> Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (ΙΝΕ) (2013), Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs): "Οικονομική κρίση και πολιτικές λιτότητας στην Ελλάδα: Ποιες είναι οι προοπτικές;"

<sup>90</sup> Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Cha (2009): "Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed", on-line available at: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial\\_crisis\\_20090401/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/en/)

Εικόνα 2: Η πορεία του χρέους της Ελλάδας (ως ποσοστό του ΑΕΠ) σε σχέση με το μέσο όρο χρέους της Ευρωζώνης.



Source: Eurostat  
\*estimates



Source: Eurostat  
\* Ernst & Young using data from Oxford Economics

[updated version] Πηγή: Eurostat<sup>91</sup>

<sup>91</sup> On-line διαθέσιμο σε: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AGreece\\_public\\_debt\\_1999-2010.svg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AGreece_public_debt_1999-2010.svg) και [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Greek\\_debt\\_and\\_EU\\_average.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Greek_debt_and_EU_average.png)

Πράγματι, όπως παρατηρείται και από το διάγραμμα, μέχρι το έτος 2007 το χρέος, ως ποσοστό του ΑΕΠ, διαγράφεται αυξητικό, αλλά ιδιαίτερα από το φθινόπωρο του 2008, έτος έναρξης της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, το έλλειμμα και το χρέος αρχίζουν να αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς (αφού το ετήσιο έλλειμμα προστίθεται στο χρέος) και παραμένουν σε υψηλά επίπεδα. (Η πρωτική του πορεία ξεκινά από το 2015).

Στην όψη της χρεοκοπίας και θεωρώντας τη λύση αυτή ως μονόδρομο, στις 3 Μαΐου 2010, λοιπόν, η Ελλάδα αιτήθηκε **80 δις ευρώ** από τις υπόλοιπες (15) χώρες του Ευρώ και €30δις από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ). Την αίτηση συνόδευαν 3 συνημμένα μνημόνια:

- "Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής" (ΜΟΧΠ),
- "Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης" (ΤΜΣ) και
- "Μνημόνιο Συνεννόησης στις Συγκεκριμένες Προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής" (ΣΠΟΠ).

Το σύνολο αυτών των συμφωνιών ονομάζεται συχνά για συντομία *«1<sup>ο</sup> Μνημόνιο»*, το οποίο υπερψηφίστηκε επί της αρχής από την Ελληνική Βουλή στις **6 Μαΐου 2010**.

Η τρόικα εφάρμοσε νεοφιλελεύθερες πολιτικές για την επίλυση των οικονομικών δυσχερειών της Ελλάδας, μεταξύ των οποίων η περικοπή των δημόσιων δαπανών, η μείωση των μισθών, η αύξηση των φόρων, η καταπολέμηση της φοροδιαφυγής, η εκποίηση μέρους της δημόσιας περιουσίας (αποκρατικοποιήσεις) κλπ. Σύμφωνα με την Επιτροπή, βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης, η οποία λαμβάνει τη μορφή στασιμοπληθωρισμού στη χώρα μας<sup>92</sup>, αλλά και τη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση της οικονομίας πρέπει να είναι: η τόνωση της ζήτησης, η προώθηση των επενδύσεων και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας. Ωστόσο, βασική προϋπόθεση για την εκταμίευση κάθε δόσης του δανείου είναι η τριμηνιαία αξιολόγηση της προόδου του προγράμματος εφαρμογής των όρων του "Μνημονίου" (ΜΟΧΠ και ΣΠΟΠ).

Ένα χρόνο μετά, τον Ιούνιο του 2011 και ύστερα από επαναδιαπραγματεύσεις, οι οποίες επέφεραν συμφωνία για μείωση του ποσοστού δανεισμού κατά μία ποσοστιαία μονάδα

---

<sup>92</sup> European Commission (2009), "Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses", European Economy 7, ISSN 0379-0991, on-line available at: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication15887\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15887_en.pdf)



και επιμήκυνση του χρόνου απόσβεσης στα 7,5 χρόνια<sup>93</sup>, η Κυβέρνηση κατέφυγε στην ψήφιση του μεσοπρόθεσμου προγράμματος (*Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015*), που περιλάμβανε νέα μέτρα λιτότητας και περικοπές με σκοπό τον περιορισμό δαπανών, την αύξηση των εσόδων και την επίτευξη της πολυπόθητης ισορροπίας στην οικονομία.

Η Σύνοδος Κορυφής του Οκτωβρίου του 2011 επικύρωσε "κούρεμα" του ελληνικού χρέους κατά 50%, με παράλληλη αντίστοιχη εθελούσια συμφωνία των ιδιωτών να αποδεχτούν τη μείωση της αξίας των ελληνικών ομολόγων που διαθέτουν. Το πρόσθετο πακέτο βοήθειας προς την Ελλάδα, ύψους **130 δις ευρώ**, δόθηκε με αντάλλαγμα την εφαρμογή προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής μέχρι το 2021, καθώς και τη μόνιμη εποπτεία της χώρας (αποφάσεις που για πολλούς ισοδυναμούσαν με ελεγχόμενη χρεοκοπία της Ελλάδας). Κατόπιν τούτων, στις 13 Φεβρουαρίου του 2012 ψηφίστηκε από τη Βουλή το «*2ο Μνημόνιο*»<sup>94</sup>. Το PSI (*Private Sector Involvement* - Συμμετοχή του Ιδιωτικού Τομέα)<sup>95</sup> ολοκληρώθηκε επιτυχώς με τεράστια συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Ακολούθησε το *Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016* με πολλά πρόσθετα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής. Τα κεφάλαια εκταμιεύτηκαν από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), το οποίο δημιουργήθηκε τον Ιούνιο του 2010 ως προσωρινός μηχανισμός επίλυσης κρίσεων.

Αναπόφευκτα, ύστερα από το 1ο και 2ο πακέτο στήριξης, το Μάιο του 2010 και το Φεβρουάριο του 2012 αντιστοίχως, και τα υπέρμετρα δημοσιονομικά και διαρθρωτικά μέτρα συμμόρφωσης, επιτεύχθηκε για πρώτη φορά μείωση του πρωτογενούς ελλείμματος. Πράγματι, σύμφωνα με το IOBE, το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης

<sup>93</sup> "Ανάσα με επιμήκυνση και μείωση επιτοκίου", Δημοσίευμα Εφημερίδας "ΤΟ ΒΗΜΑ", 12.03.2011, online διαθέσιμο σε: <http://www.tovima.gr/politics/article/?aid=389322>

<sup>94</sup> «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας»

<sup>95</sup> Το PSI (ακρωνύμιο του *Private Sector Involvement* - Συμμετοχή του Ιδιωτικού Τομέα) είναι όρος που χρησιμοποιείται στις διαδικασίες αναδιάρθρωσης κρατικού χρέους. Αφορά τη συμμετοχή του Ιδιωτικού τομέα (τραπεζών, επενδυτικών ταμείων) στη διαδικασία απομείωσης του δημοσίου χρέους κυρίαρχων κρατών, με τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η αποδοχή της διαδικασίας από την πλειονότητα των φορέων και να αποτρέπεται η αναζήτηση στρατηγικών εξόδου από τους ιδιώτες επενδυτές, που έχει συνήθως ως αποτέλεσμα τη μονομερή εμπλοκή και κατά συνέπεια επιβάρυνση των κρατών-δανειστών. Online διαθέσιμ.σε: [http://el.wikipedia.org/wiki/PSI\\_%28Private\\_Sector\\_Involvement%29](http://el.wikipedia.org/wiki/PSI_%28Private_Sector_Involvement%29)

μειώθηκε το 2012, επιβοηθούμενο, πέρα από τις δραστικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, και από: α) τη διαγραφή μέρους (53,5%) του δημοσίου χρέους (PSI+) προς τον ιδιωτικό τομέα, η οποία περιόρισε το βάρος της πληρωμής τοκοχρεολυσίων και κεφαλαίου, β) την εκ νέου αναδιάρθρωση του χρέους το Δεκέμβριο του 2012, ώστε να θεωρηθεί βιώσιμη η πορεία του και γ) την αναβολή πληρωμών σε μεγάλο τμήμα των προμηθευτών του Δημοσίου<sup>96</sup>.

Ωστόσο, η εσωτερική οικονομία της Ελλάδας βρίσκεται εν βρασμό και στην πιο κρίσιμη, ίσως, στιγμή της. Τον Αύγουστο του 2015 ψηφίστηκε το «**3<sup>ο</sup> Μνημόνιο**» από 222 βουλευτές, έχοντας μεσολαβήσει τα Capital Controls και το δημοψήφισμα για υπογραφή ή όχι συμφωνίας με τους Ευρωπαίους εταίρους, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα την καταπήφιση της συμφωνίας-μνημονίου με ποσοστό 61,31%. Η κυβέρνηση, παρά το αποτέλεσμα του δημοψηφίσματος, συνέχισε τις συζητήσεις για ένα νέο μνημόνιο, που κατέληξαν τελικά σε συμφωνία στις 13 Ιουλίου και πακέτο βοήθειας ύψους **86 δις ευρώ**. Τα κεφάλαια για το 3ο μνημόνιο προήλθαν από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (ESM), ο οποίος αντικατέστησε το ETXΣ (EFSF). Να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2015 υπάρχει Πρωτογενές πλεόνασμα 0,4% του ΑΕΠ, το πρώτο μετά το 2008. Γι αυτό άλλωστε, ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF) ενέκριναν τους κανόνες για τα βραχυπρόθεσμα μέτρα ελάφρυνσης του χρέους για την Ελλάδα.

Στις 18 Μαΐου 2017 ψηφίζεται ο νόμος 4472/2017, γνωστός και ως «**4<sup>ο</sup> Μνημόνιο**». Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εισηγήθηκε τον τερματισμό της διαδικασίας υπερβολικού ελλείμματος για την Ελλάδα, καθώς το έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης υποχώρησε κάτω από 3% του ΑΕΠ. Η χώρα βρισκόταν στη διαδικασία υπερβολικού ελλείμματος από το 2009. Ο επίτροπος Οικονομικών Υποθέσεων, Πιέρ Μοσκοβισί, σημείωσε τη σημαντική πρόοδο της Ελλάδας στα δημοσιονομικά της μεγέθη και κάλεσε τη χώρα να επιστρέψει στις αγορές.

Η ελληνική κυβέρνηση εξέδωσε 5ετές ομόλογο για πρώτη φορά μετά το 2014. Το ελληνικό Δημόσιο άντλησε 3 δις ευρώ και το επιτόκιο δανεισμού διαμορφώθηκε στο

---

<sup>96</sup> Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2012), Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, "Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα", Ετήσια Έκθεση 2012, σελ.20

4,625%. Η έξοδος της χώρας στην αγορά ήταν επιτυχής, παρά τους περιορισμούς στην κίνηση κεφαλαίων. Το 1,5 δις έδωσαν επενδυτές που αντάλλαξαν τίτλους με λήξη τον Απρίλιο του 2019 με το νέο ομόλογο, ενώ το υπόλοιπο 1,5 δις προήλθε από νέες επενδύσεις στο νέο τίτλο. Το συνολικό ποσό των 6 δις που προσφέρθηκε, αποδεικνύει το ενδιαφέρον των επενδυτών. Συγκριτικά με το ομόλογο του 2014, οι νέοι τίτλοι είχαν χαμηλότερη ζήτηση, ενώ το επιτόκιο που «πέτυχε» η χώρα θεωρείται υψηλότερο από εκείνο του 2014, λόγω των ευρύτερων οικονομικών συνθηκών και της αρνητικής απόδοσης του 5ετούς γερμανικού ομολόγου. **Το Συμβούλιο της Ευρώπης ανακοίνωσε τον Τερματισμό του υπερβολικού ελλείμματος για την Ελλάδα.**

Στις **21 Αυγούστου 2018**, ο πρωθυπουργός της χώρας ανακοίνωσε από την Ιθάκη την **έξοδο της χώρας από τα προγράμματα στήριξης (Μνημόνια)** και ότι ξεκινάει μία νέα περίοδος για την χώρα.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ (2019)<sup>97</sup>, τα κύρια μεγέθη της ελληνικής οικονομίας κατά τα έτη 2007-2018 διαμορφώθηκαν ως ακολούθως:

Πίνακας 11: *Η εξέλιξη του ΑΕΠ, των εσόδων, των δαπανών, του ελλείμματος και του χρέους της Γενικής Κυβέρνησης κατά την περίοδο 2007-2018.*

ΕΛΛΑΔΑ	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ΑΕΠ (δισ ευρώ)	232.70	242.00	237.50	226.00	207.00	191.20	180.70	178.70	177.30	176.50	180.20	184.70
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης			-35.966	-25.309	-21.280	-16.951	-23.765	-6.355	-9.953	858.000	1.317	1.991
Πρωτογενές ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης			-23.994	-12.070	-6.204	-7.205	-16.490	615.000	-3.758	6.430	6.946	8.149
Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης	54.10	52.50	54.10	55.70	62.30	55.70	62.30	50.20	53.50	48.90	47.30	46.70
Έσοδα Γενικής Κυβέρνησης	38.90	41.30	43.80	46.90	49.10	46.60	47.90	49.40	48.10	47.80	48.10	47.80
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης	126.70	146.20	172.10	159.60	177.40	178.90	177.40	178.90	175.90	178.50	176.20	181.10

Σημείωση:

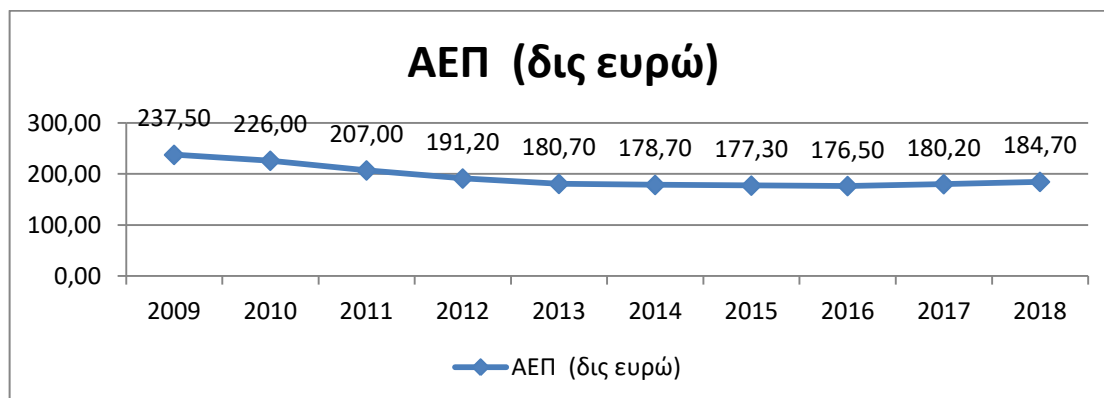
1. Το έλλειμα, οι δαπάνες, τα έσοδα και το χρέος σε εκφράζονται σε ποσοστό του ΑΕΠ.
2. Το πρωτογενές ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης ορίζεται εδώ ως το ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης (σύμφωνα με το ΕΣΟΛ 2010) μείον τα έξοδα τόκων των φορέων Γενικής Κυβέρνησης σε άλλους τομείς. Σε αυτήν τη μέτρηση του πρωτογενούς ισοζυγίου περιλαμβάνεται η επίπτωση υποστήριξης των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων. Η μέτρηση αυτή του πρωτογενούς ισοζυγίου διαφέρει από τον ορισμό του πρωτογενούς ισοζυγίου Γενικής Κυβέρνησης, ο οποίος χρησιμοποιείται στο πλαίσιο του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2019)<sup>98</sup>. Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα

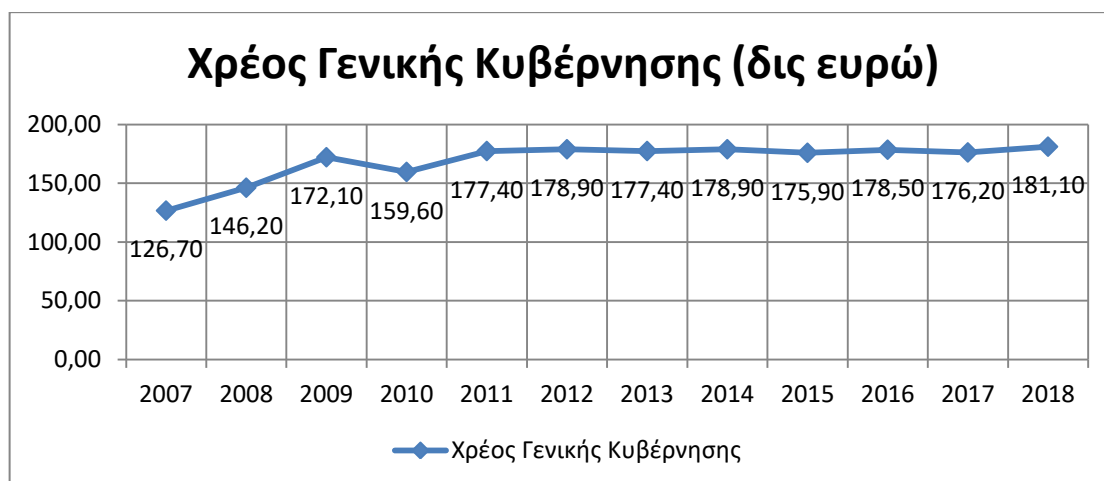
<sup>97</sup> ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Η Ελληνική Οικονομία», δημοσίευμα της 13<sup>ης</sup>.09.2019, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.statistics.gr/the-greek-economy>

Διαγραμματικά, η συρρίκνωση του ΑΕΠ της Ελλάδας απεικονίζεται ως εξής:

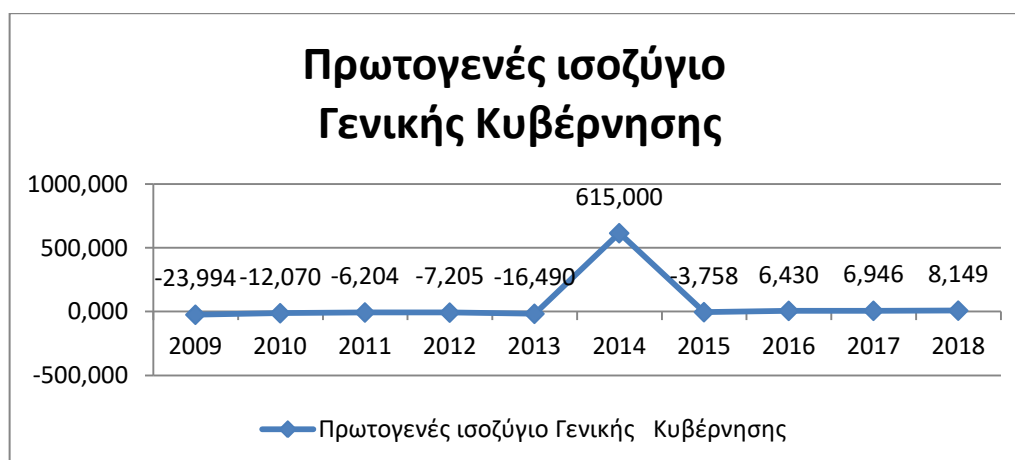
Γράφημα 37: Η εξέλιξη του ΑΕΠ κατά την περίοδο 2009-2018. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2019)



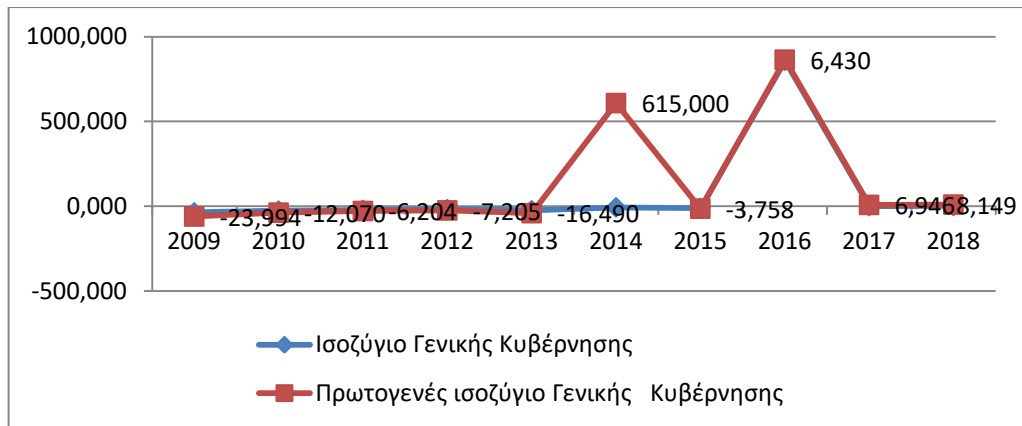
Γράφημα 38: Η εξέλιξη του χρέους της Γενικής Κυβέρνησης κατά την περίοδο 2007-2018.



Γράφημα 39: Η εξέλιξη του ελλείμματος της Γενικής Κυβέρνησης, 2009-2018

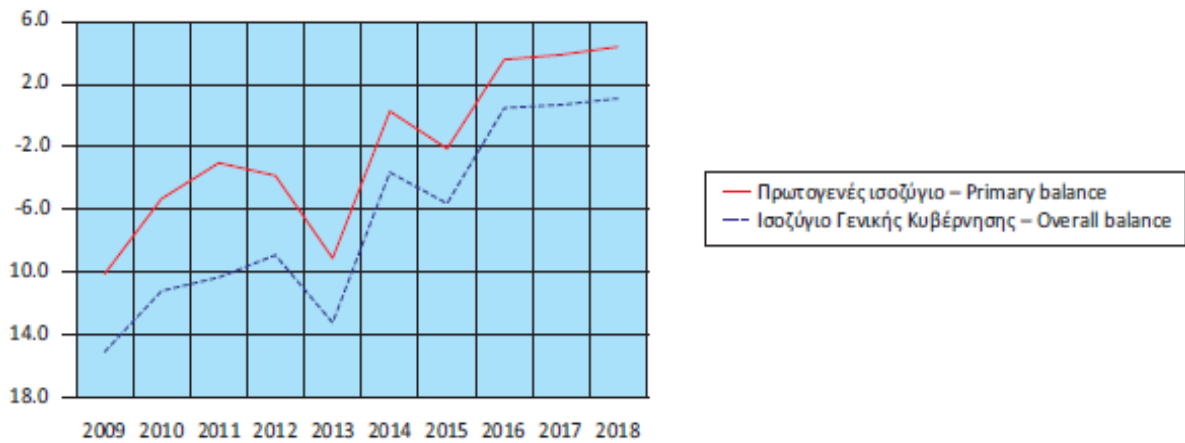


<sup>98</sup> ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Η Ελληνική Οικονομία», δημοσίευμα της 13<sup>ης</sup>.09.2019, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.statistics.gr/the-greek-economy>

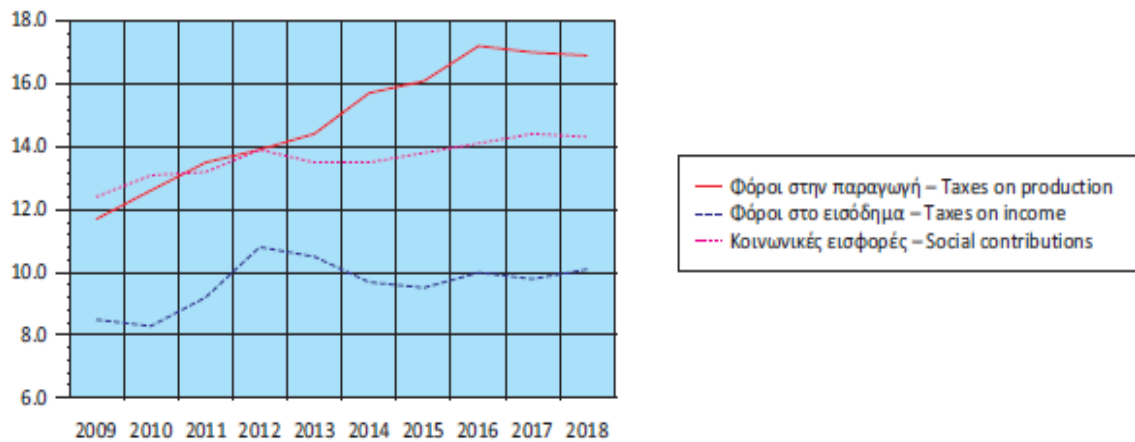


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2019)

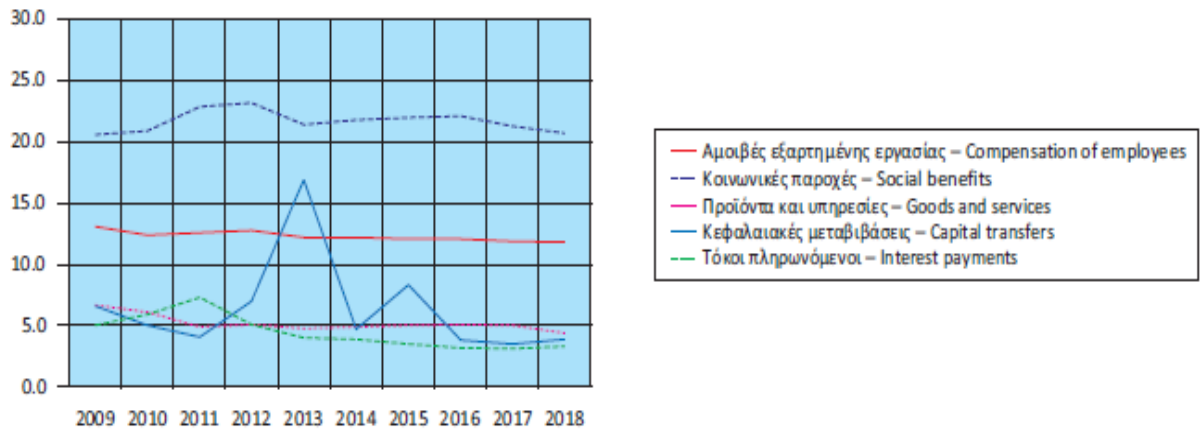
Πρωτογενές ισοζύγιο και ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ  
Primary balance and overall balance of General Government as percentage of GDP



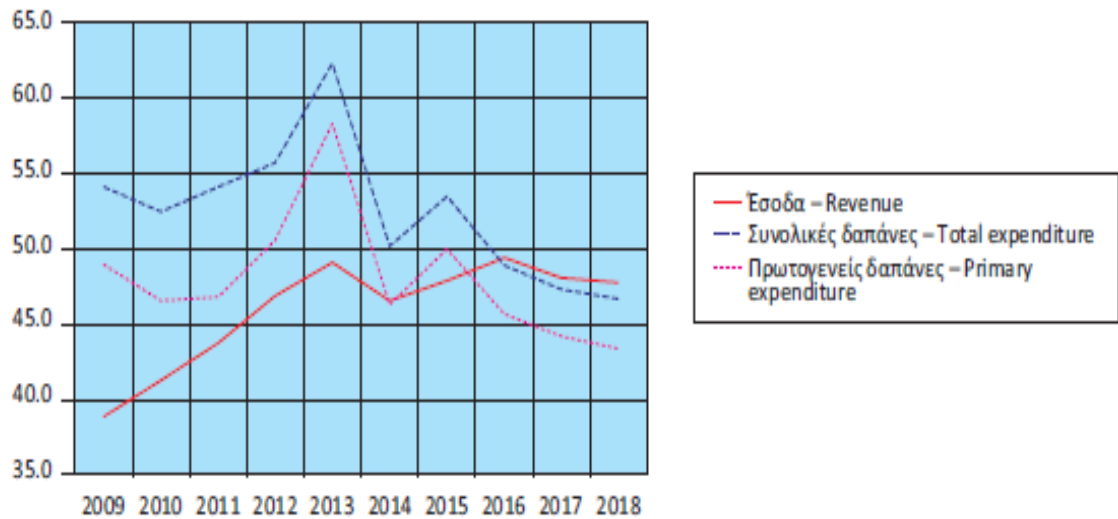
Έσοδα Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ  
Revenue of General Government as percentage of GDP



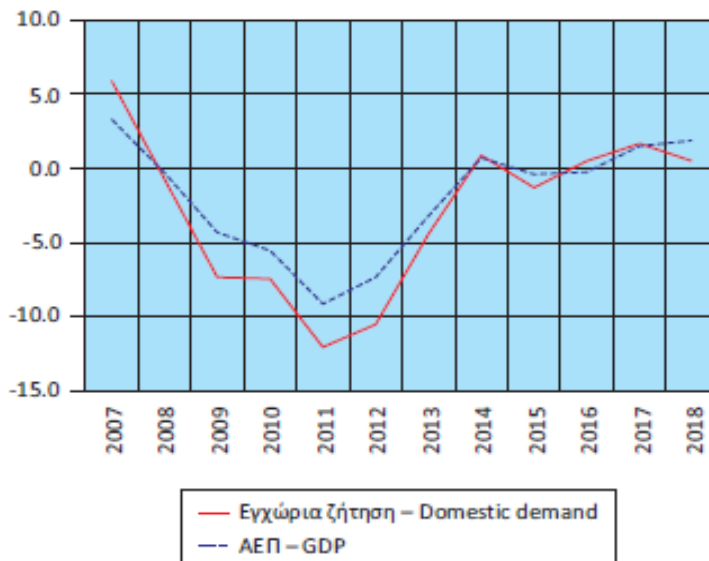
**Έξοδα Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ**  
**Expenditure of General Government as percentage of GDP**



**Κύρια μεγέθη Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ**  
**Main aggregates of General Government as percentage of GDP**

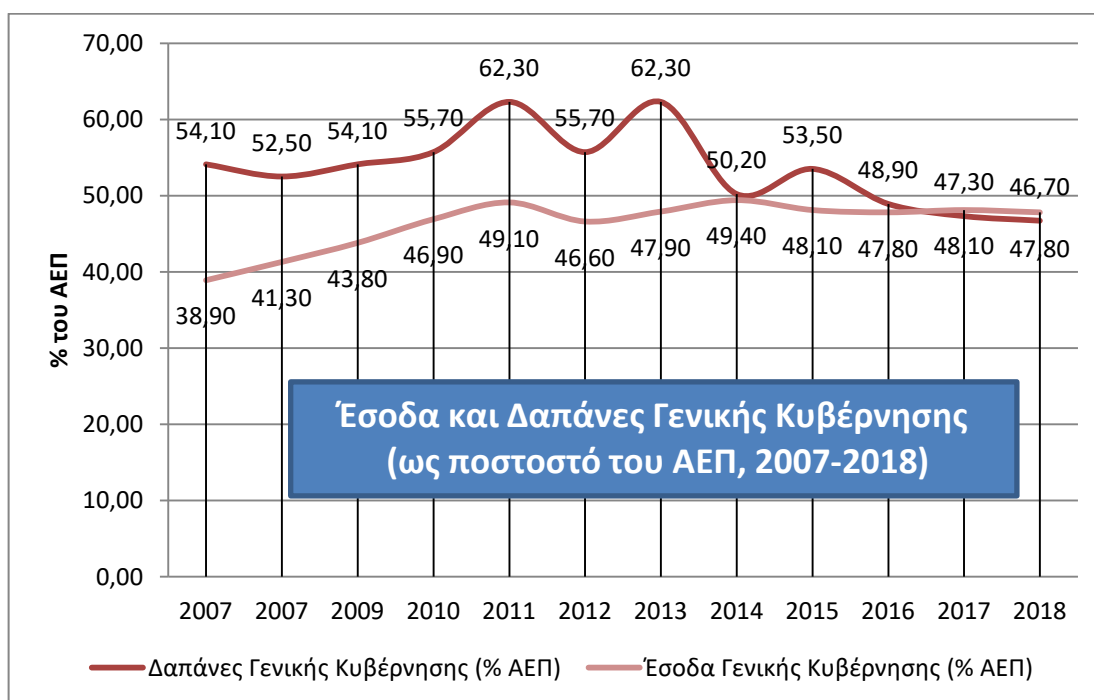


**ΑΕΠ (ρυθμός ανάπτυξης) και εγχώρια ζήτηση (συμμετοχή)**  
**GDP (growth rate) and domestic demand (contribution)**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2019)

Γράφημα 40: Η εξέλιξη των εσόδων και των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης, ως ποσοστό του ΑΕΠ, κατά την περίοδο 2007-2018.



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2019)

Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω γραφήματα, το ΑΕΠ της Ελλάδας συρρικνώθηκε μέσα στην τελευταία δεκαετία, το έλλειμμα μειώθηκε, ενώ τα έσοδα της Γενικής Κυβέρνησης, ως ποσοστό του ΑΕΠ, αυξήθηκαν κατά περίπου 10 μονάδες. Οι δαπάνες παρουσίασαν κυμαινόμενη πορεία με σημεία ανόδου τα έτη 2011 και 2013. Το χρέος της Γενικής Κυβέρνησης παρέμεινε υψηλό, με κορύφωση το 2018.

Ωστόσο, η όξυνση του προβλήματος ρευστότητας της αγοράς, της μείωσης της ιδιωτικής κατανάλωσης και των επενδύσεων σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας επαύξησαν τις δυσμενείς προσδοκίες για την Ελλάδα. Αξιοσημείωτο είναι σε ό,τι αφορά στην ανεργία, ότι το 2007 ο δείκτης ήταν 8,4%, ενώ στην καρδιά της ύφεσης το 2012 εκτινάχθηκε στο 24,4% και το 2012 στο 27,5%. Μόλις το 2018 ο δείκτης ανεργίας κατάφερε να πέσει αισθητά σε 19,3%, που και πάλι παραμένει σε υψηλά επίπεδα<sup>99</sup>.

<sup>99</sup> ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Η Ελληνική Οικονομία», δημοσίευμα της 13<sup>ης</sup>.09.2019, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.statistics.gr/the-greek-economy>

Το ερώτημα αν η κρίση του 2008 έχει αφήσει μόνιμα σημάδια στην παγκόσμια οικονομία δε μπορούμε να το απαντήσουμε. Ωστόσο, σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα, θα δανειστούμε το σχόλιο της Τράπεζας της Ελλάδος (2012)<sup>100</sup>, ότι υπάρχουν περιθώρια για βελτιώσεις στον σχεδιασμό και την εφαρμογή της στρατηγικής για δικαιότερο επιμερισμό του κόστους προσαρμογής και επίσπευση της ανάκαμψης. Το σίγουρο είναι ότι το μέλλον είναι μπροστά μας και το μόνο «δώρο» που απέμεινε πλέον φυλακισμένο στο κουτί της Πανδώρας είναι η Ελπίδα.

---

<sup>100</sup> Τράπεζα της Ελλάδος (2012), «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: αίτια και επιπτώσεις», 08.06.12, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION\\_harris\\_vitas.pdf](http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION_harris_vitas.pdf)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ| Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία

*«Οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία  
δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος,  
αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση  
του ανθρώπου από άνθρωπο»  
Σ. Δοξιάδης, 1997*

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Υγεία ήταν εμφανής κατά τα έτη 2009-2014, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Μάλιστα, η σημαντικότητα του προβλήματος αποδεικνύεται από το γεγονός ότι το Γραφείο Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2009 (WHO EURO, 2009) διενέργησε ψήφισμα σύμφωνα με το οποίο καλούνταν τα κράτη-μέλη του, αφενός να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν να προστατεύουν την υγεία των πολιτών (και ιδιαίτερα των πιο ευάλωτων), να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες και να λειτουργούν ως οικονομικά δρώντες παράγοντες εξασφαλίζοντας τις αναγκαίες επενδύσεις, δαπάνες και θέσεις εργασίας και αφετέρου, να εντείνουν την παρακολούθηση και ανάλυση των αλλαγών που συντελούνται στις συνθήκες διαβίωσης, την αξιολόγηση της επίδοσης των συστημάτων υγείας και να διαμορφώσουν ρεαλιστικές πολιτικές, οι οποίες θα αντιμετωπίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Υγεία και τα Συστήματα Υγείας (Οικονόμου, 2013)<sup>101</sup>.

Για να καταστεί εκ βαθέων σαφέστερη η έννοια αυτή, κρίνεται αναγκαία η διάκριση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην Υγεία: α) στο επίπεδο της υγείας των πολιτών και β) στο ίδιο το Σύστημα Υγείας της χώρας.

---

<sup>101</sup> Οικονόμου Χ. (2013), «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα», Foreign Affairs- The Hellenic Edition, on-line διαθέσιμο σε: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>

## 5.1 Η επίδραση της κρίσης στο επίπεδο υγείας των πολιτών

Ο καθηγητής της ΕΣΔΥ κ. Κυριόπουλος Ι. (2011)<sup>102</sup> αναφέρει ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Μάλιστα, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Bethune,1997). Λογικό επακόλουθο, αφού η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος, ισχαιμική καρδιοπάθεια), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος<sup>103</sup>, ακόμη και αυτοκτονίες. Το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη και γενικότερα κακή ψυχική υγεία, συσχέτιση η οποία επιβεβαιώνεται από μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία (Jenkins R. και συν., 2008).

Το πρόβλημα δυσχεραίνεται από την ελλιπή πρόληψη και φροντίδα υγείας ανά κοινωνική διαστρωμάτωση λόγω των οικονομικών προβλημάτων των νοικοκυριών (αποδεικνύεται, μεταξύ άλλων, από την αυξανόμενη αμέλεια προληπτικής οδοντιατρικής φροντίδας και θεραπείας που παρατηρείται το έτος 2009 σε σχέση με το έτος 2007<sup>104</sup>). Ενισχύεται, δυστυχώς, από την ατελή, λόγω έλλειψης πόρων (και προτεραιοτήτων<sup>105</sup>), διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες προαγωγής και πρόληψης δημόσιας υγείας (όπως για παράδειγμα ελλείψεις ψεκασμοί για τα κουνούπια, εμβολιασμοί και άλλες ενέργειες προαγωγής της δημόσιας υγείας).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική μελέτη των Simou E. και Koutsogeorgou E. (2014)<sup>106</sup> κατά τα έτη 2009-2013 σχετικά με τις επιπτώσεις της ελληνικής κρίσης στην υγεία των

---

<sup>102</sup> Κυριόπουλος Ι. (2011), «Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<sup>103</sup> ό.π.

<sup>104</sup> Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *Lancet* 22.10.2011;378:1457

<sup>105</sup> Σύμφωνα με την έρευνα της Deloitte με τίτλο «2011 Survey of Health Care Consumers», πολλοί καταναλωτές σε ολόκληρο τον κόσμο καθυστερούν την περίθαλψή τους, αλλάζουν τις οικιακές τους δαπάνες και προβληματίζονται για την ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις δαπάνες υγείας στο μέλλον. Ο-line διαθέσιμο σε: <http://www.insurancedaily.gr>

<sup>106</sup> Simou E., Koutsogeorgou E.(2014), "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, Vol.115, Iss.2-3, Pages 111–119, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

πολιτών, τα ευρήματα περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, ψυχικά νοσήματα, αυτοκτονίες, επιδημιολογικά- μεταδιδόμενα νοσήματα (λοιμώξεις από ιούς HIV<sup>107</sup>, πανδημική γρίπη H1N1, WNV-Ιός Δυτικού Νείλου, ελονοσία κ.λ.π.) και ωτορινολαρυγγικές διαταραχές.

Πιο συγκεκριμένα, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η ανεργία, η ανικανότητα να ελέγχει κάποιος τη ζωή του και η επαγγελματική ανασφάλεια είναι παράγοντες που έχουν οδηγήσει την πλειοψηφία των Ελλήνων σε μια κατάσταση ψυχολογικού πόνου και δυσφορίας.

Επιπλέον, ποικίλες μελέτες μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης δείχνουν για την Ελλάδα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, τάσεων αυτοκτονιών, βίας, καθώς και αρνητικές επιπτώσεις για τη ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων<sup>108</sup>. Πράγματι, η οικονομική κρίση καταγράφηκε ότι σχετίζεται με τη μείζονα κατάθλιψη των Ελλήνων, καθώς το 2011 ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό για τον ελληνικό πληθυσμό να πάσχει από μείζονα κατάθλιψη σε σύγκριση με το 2008<sup>109</sup>.

Άμεσο επακόλουθο όλων των προαναφερθέντων παραγόντων είναι η υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασης υγείας των πολιτών (self-rated health status- SRH) να παρουσιάζεται φθίνουσα, παρά τους ισχυρισμούς ορισμένων ερευνητών ότι η εποχή της λιτότητας που διανύουμε είχε κάποια αντισταθμιστικά οφέλη, αφού συνετέλεσε στην καθιέρωση υγιέστερων συμπεριφορών και τρόπου ζωής (πχ. περιορισμός του καπνίσματος ή κατανάλωσης αλκοόλ, λόγω της οικονομικής στενότητας των νοικοκυριών).

Επιπλέον, μεταξύ 2009 και 2011 διαγνώστηκε αυξημένος αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ασθενών με ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές (ίλιγγος, εμβοές),

---

<sup>107</sup> Η αύξηση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών (Injecting Drug Users- IDUs) δυσχεραίνει το πρόβλημα της μετάδοσης του ιού HIV.

<sup>108</sup> <http://www.ygeia360.gr/en/news/item/10081-tragikes-oi-epiptwseis-ths-krishs-sthn-ygeia-kai-thn-ygeionomikh-perithalps-hsthn-ellada>

<sup>109</sup> Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), "Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece", *Journal of Affective Disorders*, 2013; 145: 308–14.

δυναμικά σχετιζόμενες με αυξημένο άγχος και κοινωνική ανησυχία που προκάλεσε η οικονομική κρίση<sup>110,2</sup>.

Από τα παραπάνω γίνεται ευκόλως αντιληπτό ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών συνεπάγεται τόσο επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, λόγω των ρευστών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, αλλά και αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Είναι, επομένως, αναμενόμενο ότι η κρίση πλήττει περισσότερο τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, αφού παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας και του πρόωρου θανάτου και μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση των κακών οικονομικών δεικτών και αυτών της καλής ψυχικής υγείας. Λόγοι που ερμηνεύουν αυτήν την κατάσταση είναι, φυσικά, τα προβλήματα στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία λειτουργούν σωρευτικά (Bartley M. και συν., 1997). Σε αυτά προστίθεται και η ελλιπής προσωπική προληπτική φροντίδα της υγείας των πολιτών, η συμβολή της οποίας ούτως ή άλλως δεν ήταν ευρέως αναγνωρίσιμη προ κρίσεως, πόσο μάλλον σε περίοδο οικονομικών δυσχερειών των νοικοκυριών, κατά την οποία η διάθεση πόρων (και χρόνου) για την πρόληψη νοσημάτων θεωρείται πολυτέλεια και άνευ σημαντικής προτεραιότητας.

Κάτι τέτοιο θα έχει αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των Ελλήνων που, όπως προαναφέρθηκε και στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, σε γενικές γραμμές, αυτοπροσδιορίζουν το επίπεδο υγείας τους (perceived health status) ως ικανοποιητικό. Μάλιστα, σύμφωνα με τα στατιστικά του Ο.Ο.Σ.Α. το θεωρούν καλό<sup>111</sup>. Πιο συγκεκριμένα, το 75,44% (μ.ό.) του συνολικού πληθυσμού, ανδρών και γυναικών, άνω των 15 ετών εκτιμά το επίπεδο της υγείας του, μεταξύ των ετών 2004-2017, ως καλό/πολύ καλό, με αντίστοιχο ποσοστό 9,64% (μ.ό.) να το αξιολογεί ως κακό/έως πολύ κακό. Το υπόλοιπο 15% (μ.ό.) του συνολικού πληθυσμού, ανδρών και γυναικών, άνω των 15 ετών αυτοπροσδιορίζει το επίπεδο υγείας του ως μέτριο (ούτε καλό, ούτε κακό).

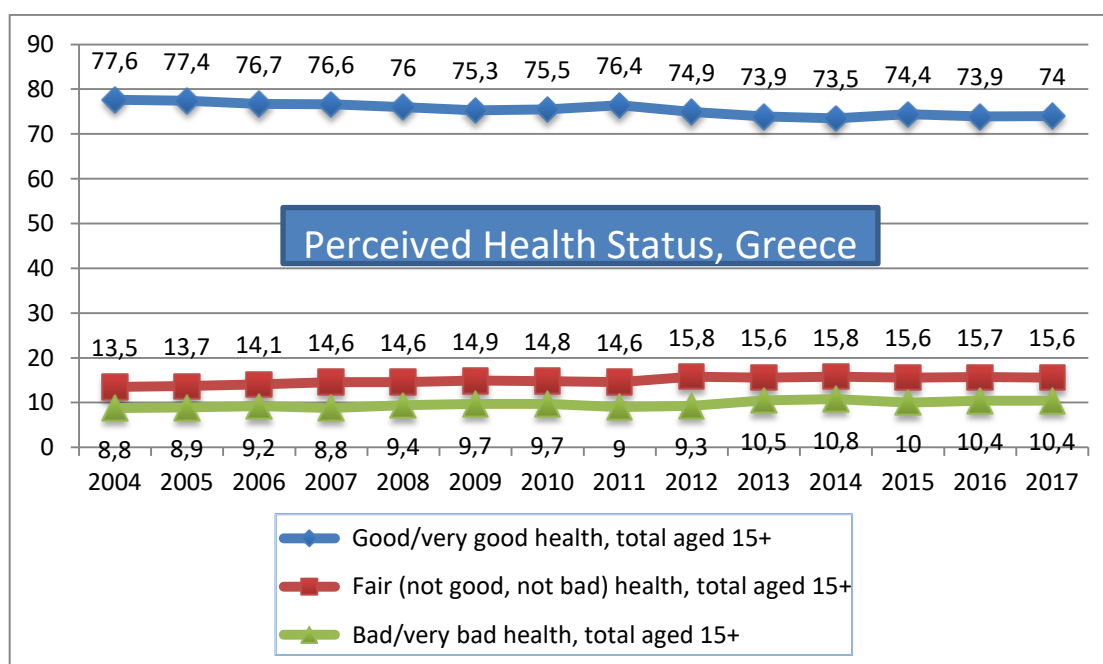
---

<sup>110</sup> Karatzanis AD, Symvoulakis EK, Nikolaou V, Velegrakis GA (2012), "Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece", International Journal of Medical Science 2012;9:126–8.

<sup>111</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117#> και <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#>

Από το Γράφημα 41 παρατηρείται ότι το ποσοστό του πληθυσμού της πρώτης κατηγορίας, που εκτιμούν ως καλό το επίπεδο της υγείας τους, μειώνεται ελαφρώς διαχρονικά, όσο δηλαδή πλησιάζει η χρονική περίοδος της κρίσης με χαμηλότερη τιμή στο έτος 2014, όπου η μεταβολή φτάνει το -4,10 σε σχέση με το 2004, δηλαδή χειροτερεύει το επίπεδο υγείας του. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι το ποσοστό του πληθυσμού με κακή/πολύ καλή αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας αυξάνεται, με μεταβολή κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ των ετών 2004-2014. Από το 2014 έως και το 2017 διαφαίνονται οριακές διακυμάνσεις τιμών που, ωστόσο, μαρτυρούν περισσότερο στασιμότητα παρά αντιστροφή πορείας.

Γράφημα 41: Η συνολική εκτιμώμενη κατάσταση υγείας πληθυσμού Ελλάδας από το 2004 έως το 2017



Πηγή: [OECD.Stat](http://stats.oecd.org) (extracted on 04.09.2014 & 10.09.2019)<sup>112</sup>. Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα

Δε θα σταθούμε, όμως, τόσο στη μελέτη της θνησιμότητας και της νοσηρότητας του πληθυσμού κατά την περίοδο της ελληνικής ύφεσης, που αναμφίβολα θεωρούμε

<sup>112</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117#> και <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#>

σημαντικά αυξημένες, αλλά στις επιπτώσεις στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, στο βαθμό που κάτι τέτοιο μας επιτρέπεται με τα δεδομένα που διαθέτουμε μέχρι στιγμής.

## 5.2 Η επίδραση της κρίσης στο σύστημα υγείας

Η παγκόσμια ύφεση είχε αρνητικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά των Ευρωπαίων πολιτών σε σχέση με την υγεία. Έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (2012)<sup>113</sup> για τον κοινωνικό αντίκτυπο της κρίσης στην Ε.Ε. έδειξε ότι σχεδόν το 1/3 των πολιτών αντιμετώπιζε δυσκολία να διαχειριστεί το κόστος της φροντίδας υγείας, το 38% δεν είχε οικονομική δυσκολία στη φροντίδα των παιδιών και το 40% αδυνατούσε να επωμιστεί το κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας.

Στην Ελλάδα, το αντίκτυπο στις πολιτικές λιτότητας του μνημονίου είναι η υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ενός συστήματος με πολλά προβλήματα λόγω ελλειπών χρηματοδότησης, άνισης παροχής υπηρεσιών υγείας και κυρίως κακής οργάνωσης και ατελούς συντονισμού σε εθνικό επίπεδο.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας<sup>114</sup>, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών (Appleby, 2008)<sup>115</sup>.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 2009)<sup>116</sup> επισημαίνει ότι η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δείχθει ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος και της οικονομικής δυσκολίας των ασθενών να συμβάλλουν με προσωπικά τους έξοδα για την υγειονομική τους φροντίδα, οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που καλύπτονται ασφαλιστικά.

---

<sup>113</sup> EUROBAROMETER (2012), Έρευνα με τίτλο "Monitoring the social impact of the crisis (wave 6)", On-line διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_344\\_330\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm).

<sup>114</sup> Περαιτέρω διόγκωση, δηλαδή, των ελλειμμάτων των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας.

<sup>115</sup> Appleby J. (2008), "The credit crisis and health care", BMJ 2008;337:1022-1024

<sup>116</sup> WHO (2009), "The financial crisis and global health", Geneva. On-line διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf)

Πράγματι, στοιχεία του Υπουργείου Υγείας<sup>117</sup> δείχνουν ότι το 2010 σε σχέση με το 2009 επήλθε αύξηση κατά 24% στις εισαγωγές ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και περαιτέρω αύξηση 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 (Κυριόπουλος-Τσιάντου, 2011). Επίσης, αύξηση κατά 30% στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και μείωση κατά 25- 30% στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά τα έτη 2009-2010 (Lancet, 2011)<sup>118</sup>. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται, ασφαλώς, περαιτέρω διόγκωση των ελλειμμάτων των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας. Η εμφάνιση, άλλωστε, δραστηριοτήτων παροχής υπηρεσιών υγείας από κοινωνικά ιατρεία, φιλανθρωπικά σωματεία, εκκλησία, Μ.Κ.Ο. και παρόμοιους φορείς κοινωνικής προστασίας του Τρίτου τομέα για τις ευάλωτες πληθυσμιακά ομάδες (πχ. ανασφάλιστοι, άνεργοι κλπ) που έχουν πληγεί από την κρίση, φανερώνουν την έκταση του προβλήματος.

Η προαναφερθείσα μελέτη των Simou E. και Koutsogeorgou E. (2014)<sup>119</sup>, σχετικά με τις επιπτώσεις της ελληνικής κρίσης στο σύστημα υγείας της χώρας (βιβλιογραφική έρευνα στην επιστημονική κοινότητα κατά τα έτη 2009-2013), έδειξε ότι η μνημονιακή πολιτική επηρέασε αρνητικά τις δημόσιες δαπάνες υγείας, τη χρηματοδότηση και μάλιστα του υγειονομικού συστήματος, το ανθρώπινο δυναμικό του κλάδου, τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τη φαρμακευτική αγορά, καθώς και τη βιοϊατρική έρευνα. Οι μνημονιακές πολιτικές επέβαλαν, όπως είναι αναμενόμενο, **μεταρρυθμίσεις** στο σύστημα υγείας, για τις οποίες βέβαια γινόταν λόγος πολλά χρόνια πριν. Οι μεγάλες περικοπές των δημοσίων δαπανών για την Υγεία, περιλαμβάνοντας μειώσεις στις προσλήψεις του υγειονομικού προσωπικού (και συνεπώς burnout του υφισταμένου προσωπικού), μειώσεις στο μισθό των ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, εφαρμογή συστήματος αποζημίωσης μέσω κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (Κ.Ε.Ν.) (προσαρμογή του διεθνούς όρου DRG/ Diagnosis-Related Group που εφαρμόζεται στο

---

<sup>117</sup>Υ.Υ.(2012), "Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής πολιτικής 2014-2020", Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας & Κοιν.Αλληλεγγύης, on-line available at: [http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/EPP/LEGISLATION/PROTASEIS\\_YPOURGEIOU/KEIMENO\\_THESIS\\_TOMEA\\_YGEIAS\\_OCT12.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/EPP/LEGISLATION/PROTASEIS_YPOURGEIOU/KEIMENO_THESIS_TOMEA_YGEIAS_OCT12.pdf)

<sup>118</sup> στο Κυριόπουλος Ι. (2011) , παρουσίαση "Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης", Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και στο Simou E., Koutsogeorgou E.(2014)

<sup>119</sup> Simou E., Koutsogeorgou E.(2014), "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", Health Policy, Vol.115, Iss.2-3, Pages 111–119, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

εξωτερικό)<sup>120</sup>, περιορισμούς στις προμήθειες ιατρικών αναλωσίμων και πραγματοποίησή τους σε κεντρικό πλέον επίπεδο (*Επιτροπή Προμηθειών Υγείας*)<sup>121</sup> και περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω *clawback*<sup>122</sup> και *rebate*<sup>123</sup>, με παράλληλη την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων και τη θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10 είναι μερικές από τις μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της χώρας κατά την περίοδο της κρίσης. Όλα αυτά, όχι φυσικά χωρίς θύελλα αντιδράσεων από τη φαρμακοβιομηχανία και τους προμηθευτές ιατρικών ειδών.

<sup>120</sup> Για κάθε πρόβλημα υγείας (και ανάλογα με το αν υπάρχουν ή όχι επιπλοκές), έχει διαμορφωθεί ένας ειδικός κωδικός, ο οποίος περιέχει τη διάρκεια και το κόστος της νοσηλείας, ανάλογα με τις θεραπευτικές πράξεις που γίνονται σε ανάλογες περιπτώσεις. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και αντικατοπτρίζει τη χρέωση προς τα Ταμεία με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Στην Ελλάδα στα πλαίσια του νόμου 4286/2014 (όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 66 του ν.4486/2017) ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 2014 το Ελληνικό Ινστιτούτο DRG / Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. Α.Ε.) ως Ανώνυμη Εταιρεία, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, του Ελληνικού Δημοσίου για την ανάπτυξη ενός αντικειμενικού, δίκαιου και διαφανούς συστήματος κοστολόγησης και αποζημίωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών με βάση τη δραστηριότητα (Activity Based Payment).

<sup>121</sup> Με το Νόμο υπ' αριθμ.3580 (ΦΕΚ 134/28-06-2007) ιδρύθηκε ανώτατη αυτοτελής διοικητική αρχή, ονόματι «Κεντρική Επιτροπή Προμηθειών Υγείας» (ΕΠΥ) αρμόδια για τον επιχειρησιακό και στρατηγικό σχεδιασμό, τον καθορισμό όλων των διαδικασιών διενέργειας ενός διαγωνισμού, τη σύνταξη του προϋπολογισμού, την εκτέλεση των πληρωμών έως και την εξεύρεση πόρων για την έγκαιρη εξόφληση των οφειλών. Ανάμεσα στις βασικές υποχρεώσεις της ΕΠΥ είναι η συγκέντρωση των στοιχείων από όλους τους φορείς, η διαδικασία κατάρτισης των προδιαγραφών των προμηθευόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, καθώς και ο προσδιορισμός της πρότυπης ποσότητας ανά προϊόν ή ανάγκης ανά υπηρεσίας και της αποδεκτής τιμής προϊόντων, εξοπλισμών και υπηρεσιών ώστε στη συνέχεια να καταρτίσει πρότυπα διακηρύξεων και συμβάσεων και να παρακολουθεί την εκτέλεση αυτών. Μέσω της διαδικασίας αυτής, θεωρητικά, θα επιτρεπόταν να λειτουργήσουν οι ανταγωνιστικές δυνάμεις της αγοράς με τις οικονομίες κλίμακας που μειώνουν τις τιμές των προϊόντων.

Ωστόσο, ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας των προμηθειών και η καθυστέρηση λειτουργίας και εκχώρησης εξουσίας- αρμοδιοτήτων από τους υγειονομικούς φορείς στην ΕΠΥ οδήγησαν σε αντιδράσεις στον κλάδο, οι οποίες επιχειρήθηκαν να υπερκεραστούν με την πρόσφατη συγκρότηση Επιτροπής Σύνταξης Τεχνικών Προδιαγραφών (ΦΕΚ 2094/31-07-2014), για την προμήθεια φαρμάκων μέσω διαγωνισμού με βάση τη δραστική ουσία και τη δημιουργία του Παρατηρητηρίου Τιμών. Πλέον, με το Νόμο 3918/2011 οι προμήθειες υγείας προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ) η οποία καθορίζει κατά περίπτωση: α) ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών διενεργούνται σε επίπεδο Υγειονομικής Περιφέρειας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο, β) το είδος της διαγωνιστικής διαδικασίας, γ) την αναθέτουσα αρχή, η οποία αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού, τη σύναψη και τη μέριμνα εκτέλεσης της σύμβασης. Τέλος, ο Ν.3918/2011 περιλαμβάνει επίσης διατάξεις για τον εξορθολογισμό των συστημάτων αδειοδότησης κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων.

<sup>122</sup> *Clawback* σημαίνει επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο, όπου το χρηματικό ποσό της επιστροφής προς το δημόσιο και συγκεκριμένα προς τον ΕΟΠΥΥ, είναι ίσο με την ετήσια υπέρβαση του προκαταβολικά συμπεφωνημένου ορίου, για παράδειγμα, της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, δηλαδή της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για φάρμακα των ασφαλισμένων του.

<sup>123</sup> *Rebate* ονομάζεται η κάθε θεσμοθετημένη και ακούσια έκπτωση την οποία «δίνουν» οι ιδιώτες πάροχοι στον ΕΟΠΥΥ, είτε οι φαρμακοποιοί είτε οι γιατροί κ.λπ. Η έκπτωση συνήθως καταβάλλεται ανά μήνα, αλλά μπορεί να είναι και ετήσια, υπολογιζόμενη ανά μήνα.



Μία ακόμη σημαντική μεταρρύθμιση, όπως αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 2, ως αποτέλεσμα της μνημονιακής πολιτικής και συνεπώς της κρίσης, ήταν ο νόμος 4387/16 «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας» για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συνταξιοδοτικού συστήματος που οδήγησε στη σύσταση του *Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.)*. Ο Ε.Φ.Κ.Α. ήταν αποτέλεσμα της ενοποίησης των προϋπαρχόντων φορέων κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούσαν στη χώρα μας<sup>124</sup>, με σκοπό την κατάρτιση ενιαίου κανονισμού ασφάλισης και παροχών με ίσα δικαιώματα για όλους.

Αυτό, όμως, για το οποίο οι ειδικοί στο χώρο του management της υγείας θα περηφανεύονται, είναι η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια εγκαθίδρυσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Ύστερα από πολλές μελέτες, αρκετές επιθεωρήσεις, ατέρμονες προσπάθειες και πορίσματα από ομάδες ειδικών για την αναγκαιότητα της ύπαρξης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και το gate-keeping προς τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, η οικονομική συγκυρία και η επιβολή από τους θεσμούς μέτρων εξορθολογισμού των δαπανών «άνοιξαν» το δρόμο για την ανύπαρκτη μέχρι σήμερα ΠΦΥ. Έτσι, ο νόμος 4486/17 «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*», οδήγησε στη σύσταση του θεσμού της Τοπικής Ομάδας Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) βασιζόμενος σε παθολόγους, γενικούς ιατρούς και παιδίατρος με συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς ως gatekeepers. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, οι οικογενειακοί ιατροί αποτελούν την πιο κρίσιμη παράμετρο του νέου συστήματος ΠΦΥ (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) στη διαδικασία παραπομπής στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα (νοσοκομεία). Η ανάπτυξη των «ΚΕΠ Υγείας» (Κέντρα Πρόληψης για την Υγεία) σε κάθε Δήμο, μέσω του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων – Προαγωγής Υγείας, με στόχο την πρόληψη νοσημάτων, την προαγωγή της υγείας και σε πολύ μικρό βαθμό, την παροχή

---

<sup>124</sup> Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.) συστάθηκε ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με τον. 4387/16 (όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα ν. 445/2016) και εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αποτελεί σήμερα τον μοναδικό Φορέα κύριας ασφάλισης και από 01-01-2017, οπότε και άρχισε η λειτουργία του, εντάχθηκαν σε αυτόν αυτοδίκαια οι κάτωθι φορείς κύριας κοινωνικής ασφάλισης των οποίων ο ΕΦΚΑ κατέστη καθολικός διάδοχος: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ –ΕΤΑΜ), Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ –ΜΜΕ), Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ), Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), εκτός του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), συμπεριλαμβανομένου του Κεφαλαίου Δυτών και του Κεφαλαίου Ανεργίας - Ασθενείας Ναυτικών (ΚΑΑΝ), Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ).

βασικών θεραπευτικών υπηρεσιών σε άτομα που δεν καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ανασφάλιστοι) εντάσσεται στο ίδιο πλαίσιο. Φυσικά, η επιτυχία κάθε νέου θεσμού εξαρτάται από το βαθμό στήριξης της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας και της συνέχειας μιας πολιτικής υγείας.

Επιπλέον, προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες υγείας, αποφασίστηκε συγχώνευση/ κλείσιμο κλινικών ή/και μονάδων υγείας, αυξήθηκε και τηρήθηκε η είσπραξη του εισιτηρίου προγραμματισμένης εισαγωγής εξωνοσοκομειακών ασθενών, ενώ παράλληλα, δημιουργήθηκε ένας ενιαίος φορέας ασφάλισης υγείας, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.3918/2011), στον οποίο εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας (πολυϊατρεία) των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων, να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και ομογενοποιημένες και ισότιμες παροχές προς τους ασφαλισμένους (Οικονόμου, 2013)<sup>125</sup>. Η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όμως, συνοδεύτηκε από αναπόφευκτη ενσωμάτωση σε αυτόν όλων των ελλειμμάτων των προαναφερθέντων ταμείων, τα οποία διογκώθηκαν από το χαμηλό ποσοστό κρατικής επιχορήγησης, από τη μείωση των εισφορών εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των ανέργων, αλλά και λόγω των νέων τιμών (Κ.Ε.Ν.) με τις οποίες κλήθηκε να αποζημιώσει τα νοσοκομεία για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων του (Σκρουμπέλος κ.α. 2012).

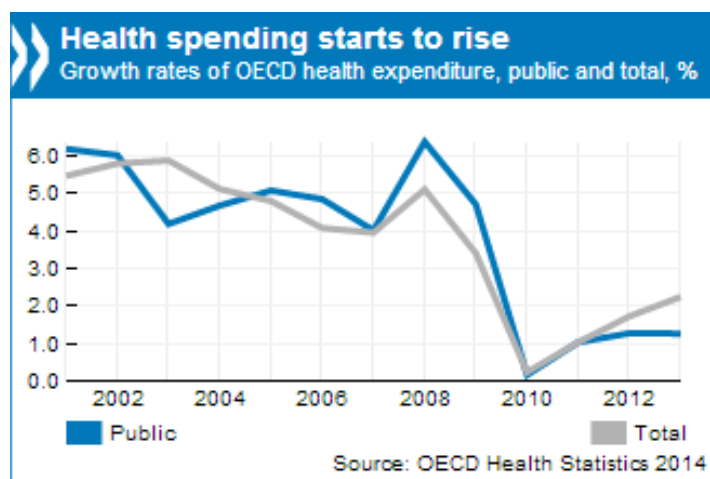
Στο σημείο αυτό, αξίζει να παρατηρήσουμε τις δημόσιες και συνολικές δαπάνες των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης με τις δαπάνες της Ελλάδας. Από το ακόλουθο Γράφημα 42, όπου απεικονίζεται ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. κατά τα έτη 2002-2012, παρατηρείται ότι οι δημόσιες και συνολικές δαπάνες των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. μειώθηκαν κατά την περίοδο της κρίσης με κομβικό σημείο το 2010, όπου ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών υγείας, δημοσίων και

---

<sup>125</sup> Οικονόμου Χ. (2013), «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα», Foreign Affairs- The Hellenic Edition, 21.11.2013, on-line διαθέσιμο σε: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>

ιδιωτικών, παρουσίασε το χαμηλότερο ποσοστό και συνέχισε με ομαλώς αύξουσα πορεία (OECD Health Statistics 2014)<sup>126</sup>.

Γράφημα 42: Ρυθμός Ανάπτυξης Δαπανών Υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. 2002-2012

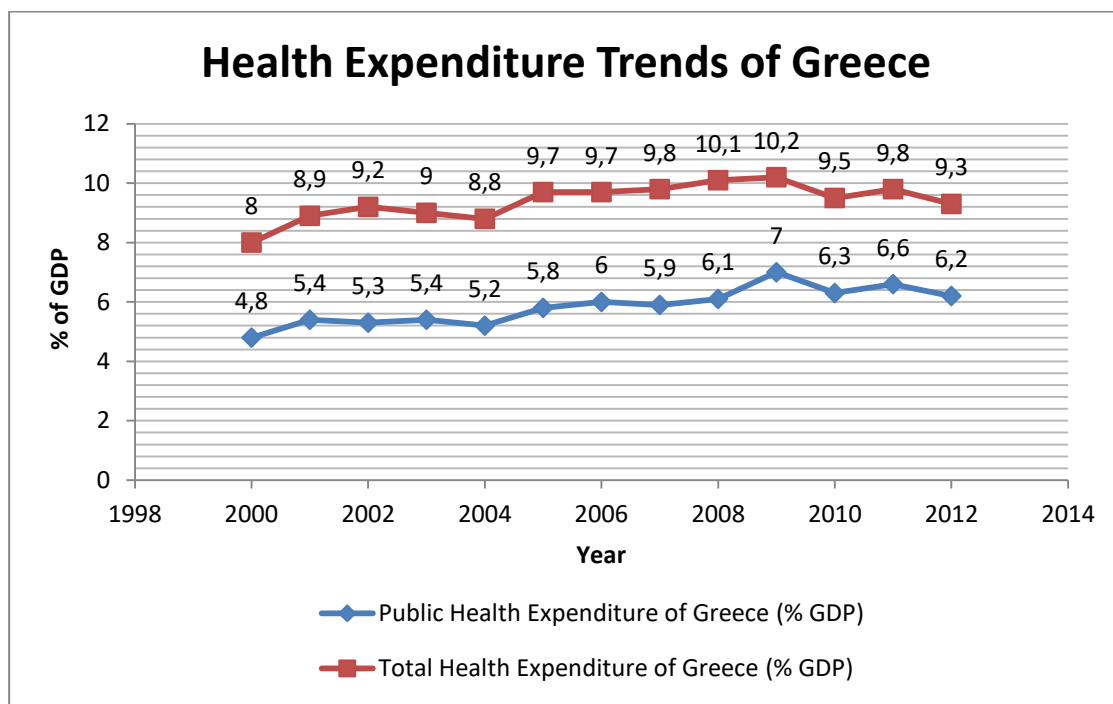


Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α. ,OECD Health Statistics 2014

Στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας την τελευταία 15ετία παρουσίασαν αυξητική πορεία, φτάνοντας στο απόγειό τους το 2009, όπου το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας άγγιξε το 10,2%. Παράλληλα, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (βλ. Γράφημα 43 ακολούθως), οι δημόσιες δαπάνες υγείας άγγιξαν το 7% του ΑΕΠ της χώρας, τη στιγμή που ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 6,9% οι δημόσιες και 9,5% οι συνολικές, αντίστοιχα. Μικρή μεν ποσοστιαία απόκλιση, αλλά πολύ μεγάλη αν αναλογιστεί κάποιος ότι η Ελλάδα διαθέτει Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πόσο μάλλον, αν τα ποσοστά αυτά συσχετισθούν με τα αντίστοιχα του 2000, όπου οι δημόσιες δαπάνες υγείας καταλάμβαναν το 4,8% του ΑΕΠ (μ.ό. χωρών Ο.Ο.Σ.Α. 5,5%) και οι συνολικές το 8,0% του ΑΕΠ (μ.ό. χωρών Ο.Ο.Σ.Α. 7,7%).

<sup>126</sup> OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, on-line διαθέσιμο σε: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

Γράφημα 43: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας (δημοσίων και συνολικών) της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α. (OECD, 2014)<sup>127</sup>, Επεξεργασία γραφήματος από Ζηκίδου Σταυρούλα

Πεποίθηση πολλών είναι ότι, καθώς η οικονομική κρίση βαθαίνει, η υγεία επιδεινώνεται και η πίεση που δέχονται οι φορείς παροχής φροντίδας υγείας αυξάνεται (Οικονόμου, 2013)<sup>128</sup>. Οι κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα προκειμένου να επιτευχθεί η περικοπή των προϋπολογισμών για την Υγεία, η μείωση του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και ο περιορισμός των προγραμμάτων υγείας και της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες και η έμφαση στον περιορισμό του κόστους, καθώς και η μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών καθιστούν τις υπηρεσίες υγείας απρόσιτες για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Δεδομένης της τάσης μείωσης που παρατηρείται συνεχώς στο παραγόμενο προϊόν της χώρας από το 2008 μέχρι σήμερα, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή συρρίκνωση των δαπανών Υγείας, με άμεσο κίνδυνο την απαξίωση του δημόσιου χαρακτήρα του Συστήματος Υγείας και την υποβάθμιση της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχομένων από αυτό υπηρεσιών.

<sup>127</sup> <http://www.oecd.org/newsroom/health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm>

<sup>128</sup>

ό.π.

Από την άλλη, οι Vandoros και Stargardt (2013)<sup>129</sup> ισχυρίζονται ότι η χαμηλή δημόσια δαπάνη δε συνεπάγεται αύξηση στη δαπάνη των ασθενών (out-of-pocket spending), αλλά εξοικονόμηση πόρων που προήλθε από τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων, τη μείωση τιμής των πρωτοτύπων και άλλες ρυθμίσεις στη φαρμακευτική αγορά. Ωστόσο, η άποψη αυτή αντικρούεται από τον Οικονόμου, οποίος αναφέρει ότι η μείωση της χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση συνεπάγεται αύξηση από το εισόδημα των νοικοκυριών, αφού η συμμετοχή των ασφαλισμένων αυξήθηκε σημαντικά. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή αυξήθηκε από 0% σε 10% για φάρμακα ορισμένων ασθενειών<sup>130</sup>, ενώ οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση πληρώνουν, πλέον, οι ίδιοι τα φάρμακα που δεν σχετίζονται άμεσα με την πάθησή τους, παρόλο που αυτά μπορεί να αντιμετωπίζουν συμπτώματα που σχετίζονται με ασθένειες, οι οποίες συνδυαστικά με τη νεφροπάθεια επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον, επιβλήθηκε αύξηση συμμετοχής στις δαπάνες για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, προϊόντα ειδικής διατροφής, νοσηλεία σε χώρες εκτός ΕΕ, προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές, καθώς και επιπλέον χρεώσεις στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα η χρέωση για τη χρησιμοποίηση της υπηρεσίας των τηλεφωνικών ραντεβού (Οικονόμου, 2013). Πράγματι, ενώ το 2009 η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προερχόταν κατά 87% από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 13% από τα νοικοκυριά, το 2011 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 81,3% και 18,7% (Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, 2013)<sup>131</sup>.

Πρόσφατη μελέτη του Παρατηρητηρίου Οικονομικών Υγείας του IOBE (2017)<sup>132</sup> αναφέρει ότι το 2016, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 14,6 δις ευρώ, από τα οποία τα 8,5 δις ευρώ αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση. Πιο συγκεκριμένα, την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής

---

<sup>129</sup> Vandoros S, Stargardt T. (2013), "Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis", Health Policy 2013;109:4

<sup>130</sup> Όπως Alzheimer, άνοια, επιληψία, αγγειοπάθεια Burger, νόσο Charcot, από 0% σε 25% για την πνευμονική υπέρταση, από 10% σε 25% για ρευματοειδή αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, λύκο, αγγειίτιδες, κίρρωση ήπατος, σπονδυλοαρθρίτιδα, σκληροδερμία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αδένωμα υπόφυσης, οστεοπόρωση, νόσο Paget, νόσο του Crohn, δερματομυοσίτιδα, ελκώδη κολίτιδα, σύνδρομο βραχέως εντέρου

<sup>131</sup> Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών- Τμήμα Νοσηλευτικής (2013), «Εφαρμογή Εθνικών Λογαριασμών Υγείας 2003-2011 με τη μεθοδολογία του Ο.Ο.Σ.Α.- SHA», Αθήνα

<sup>132</sup> Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (2017), Έρευνα με θέμα «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης κατά -32,4%, με μεγαλύτερη, ωστόσο, υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5%. Ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε κάμψη -0,6% στις Νότιες χώρες, ενώ αντίθετα αύξηση 11,8% καταγράφηκε στην ΕΕ23 (μείωση -32,4% στην Ελλάδα την ίδια περίοδο). Παρομοίως, ο δείκτης σωρευτικής μεταβολής στη δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας παρουσίασε μείωση -5,7% στις Νότιες χώρες, ενώ αντίθετα αύξηση 10,1% για την ΕΕ23 (μείωση -42,5% στην Ελλάδα την ίδια περίοδο). Το 2009, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, ενώ το 2016 μειώθηκε στο 8,3%, ενδεικτικό της ταχύτερης μείωσης των δαπανών για την υγεία έναντι της κάμψης του ΑΕΠ την ίδια περίοδο.

Αναφορικά με τη δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην Ελλάδα έφτασε στο 4,8% το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Η εξέλιξη αυτή έχει διαμορφώσει το ποσοστό της Ελλάδας σε σαφώς χαμηλότερο επίπεδο το 2016 έναντι της ΕΕ23 (7,8%), χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές την περίοδο 2009-2016, ενώ στις Νότιες χώρες, που εφάρμοσαν προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν στο 6,5% το ίδιο έτος. Αναλυτικότερη σύγκριση της Ελλάδας με χώρες που κατέφυγαν στους θεσμούς θα ακολουθήσει στο Κεφάλαιο 8.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών για την υγεία με βάση τους φορείς χρηματοδότησης, αθροίζοντας τη δημόσια (Γενική Κυβέρνηση & Κοινωνική Ασφάλιση) και την ιδιωτική χρηματοδότηση (Ιδιωτική Ασφάλιση & Ιδιωτικές Πληρωμές), όπου υπάρχουν στοιχεία για την περίοδο 2000-2016. Συγκεκριμένα, η μείωση στη δημόσια χρηματοδότηση στην Ελλάδα οδήγησε σε αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, όπου έφτασε το 2016 στο 41%, ενώ αντίθετα στις χώρες του Νότου και στην ΕΕ23 η ιδιωτική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ήταν 27% και 21%, αντίστοιχα.

Το Ι.Ο.Β.Ε. αναφέρει, επίσης, ότι η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2016 διαμορφώθηκε στα 1.357 ευρώ έναντι 2.027 ευρώ το 2009, ενώ πλέον υπολείπεται κατά 909 ευρώ από το μέσο όρο των Νοτίων Χωρών. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας υποχώρησε στην Ελλάδα κατά -43,2% μεταξύ 2009 και 2016,

όπου και διαμορφώθηκε στα 789 ευρώ, έναντι αύξησης κατά 19,9% στην ΕΕ23 και ηπιότερης κάμψης στις Νότιες Χώρες κατά -2,4% την ίδια περίοδο.

Οι δαπάνες υγείας αποτελούν το 7,4% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών που διεξάγονται μέσα από συναλλαγές στην αγορά για το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Αν και ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης ανά νοικοκυριό για την υγεία το 2016 παρουσίασε μείωση κατά -23% σε απόλυτα μεγέθη σε σχέση με το 2009 (103,7 ευρώ το 2016 έναντι 134,3 ευρώ το 2009), το ποσοστό των δαπανών αυτών είναι υψηλότερο από το 2009, φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες.

Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα του Μ. Economou(2013)<sup>133</sup> σε χώρες που ζήτησαν βοήθεια από το Δ.Ν.Τ., οι οικονομικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί που τέθηκαν κατά την περίοδο αποπληρωμής των δανείων, η μείωση του Α.Ε.Π., η σημαντική αύξηση της ανεργίας και η μείωση των εσόδων επέδρασαν αρνητικά στο οικογενειακό εισόδημα, τις δημόσιες δαπάνες και τις δυνατότητες του εθελοντικού τομέα, προκειμένου να αναπτυχθούν αποτελεσματικές δράσεις στον τομέα της Υγείας. Επομένως, λόγω της πτώσης του οικογενειακού εισοδήματος, οι πολίτες στράφηκαν στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και καθώς οι κυβερνήσεις περιέκοψαν τη χρηματοδότηση, η ποιότητα της φροντίδας επιδεινώθηκε, η πρόσβαση στις υπηρεσίες περιορίστηκε και οι πόροι και οι υποδομές υγείας απαξιώθηκαν.

Σε ό,τι αφορά τις νοσοκομειακές υποδομές, μια που μόλις έγινε μνεία, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ι.Ο.Β.Ε. και Ε.Σ.Δ.Υ. (2011)<sup>134</sup>, ο αριθμός των κλινών στη χώρα μας βρίσκεται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, παρουσιάζοντας ελαφρώς πτωτική τάση διαχρονικά, τάση που παρατηρείται, ωστόσο, και σε διεθνές επίπεδο. Παρόλο που παρατηρείται μείωση στη μέση διάρκεια νοσηλείας για το σύνολο των νοσημάτων, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών αυξάνεται διαχρονικά. Από την ανάλυση των

---

<sup>133</sup> Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), "Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece", *Journal of Affective Disorders*, 2013; 145: 308–14

<sup>134</sup> Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011), Μελέτη με τίτλο «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου», on-line διαθέσιμο σε: [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)

διαθέσιμων δεδομένων παρατηρούνται ανισότητες στη γεωγραφική κατανομή τόσο του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, όσο και των νοσοκομειακών υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού. Ανισότητες παρατηρούνται μεταξύ των περιφερειών όσον αφορά την επάρκεια νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό.

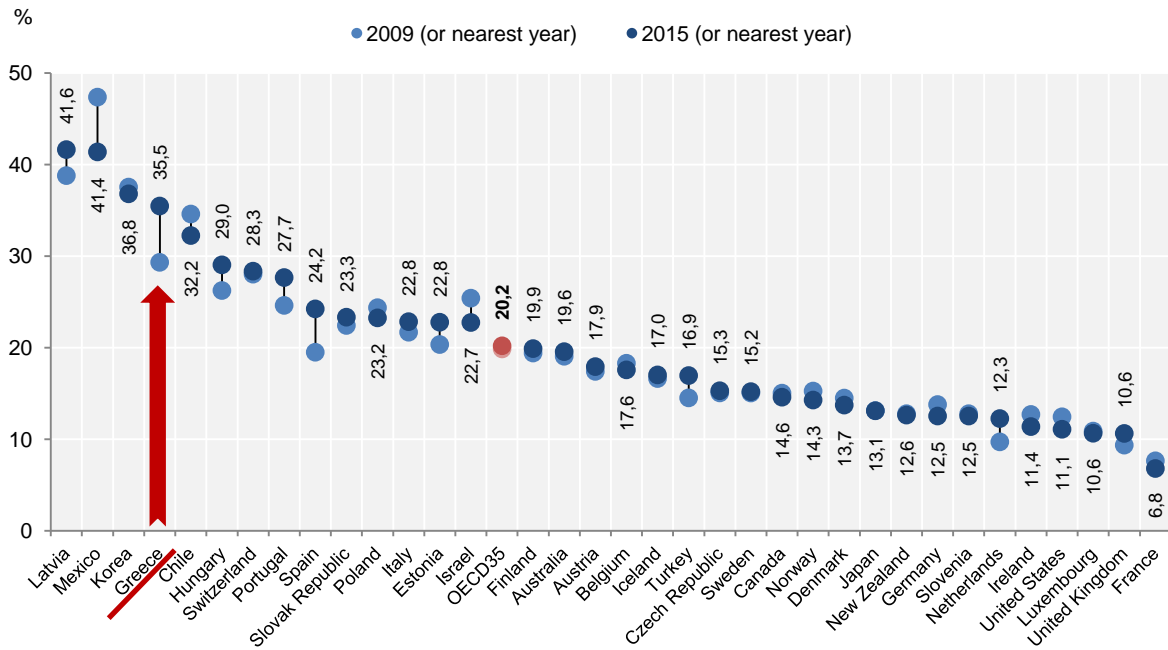
Εκτός από τα κυβερνητικά σχήματα και την υποχρεωτική ασφάλιση για υγεία, η κύρια πηγή χρηματοδότησης τείνει να είναι οι out-of-pocket πληρωμές. Το 2015, στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., τα ιδιωτικά νοικοκυριά χρηματοδότησαν απευθείας περίπου το ένα-πέμπτο όλης της δαπάνης υγείας. Στην Ελλάδα, το μερίδιο αυτό υπερβαίνει το ένα- τρίτο (35%), στην Κορέα 37%, στο Μεξικό 41% και στη Λεττονία 42%, ενώ στη Γαλλία είναι κάτω από 10% (OECD Health Statistics, 2017). Με την εφαρμογή της καθολικής κάλυψης υγείας σε κάποιες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών έγιναν σημαντικές μειώσεις στο ποσοστό των δαπανών υγείας που πληρώνουν τα νοικοκυριά. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια φαίνεται να υπάρχει μια σχετική σταθεροποίηση στο ποσοστό των out-of-pocket πληρωμών, αλλά με αξιοσημείωτες αυξήσεις σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες.

Στο ακόλουθο Γράφημα 44 απεικονίζεται η μεταβολή των out-of-pocket πληρωμών των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας στο χρονικό διάστημα 2009 έως 2015.



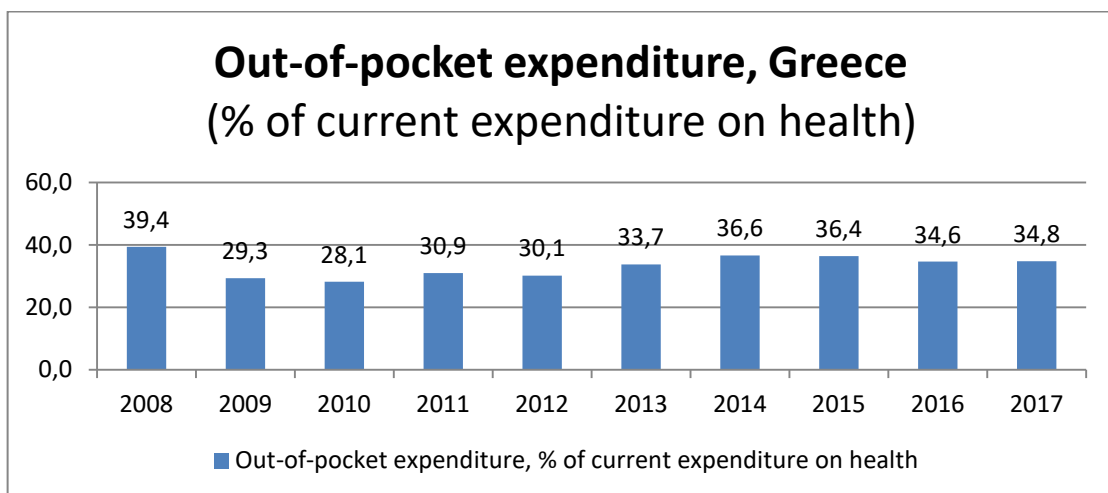
Γράφημα 44: Μεταβολή out-of-pocket πληρωμών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, 2009 έως 2015

**Change in out-of-pocket expenditure as a share of total expenditure on health, 2009 to 2015 (or nearest years)**



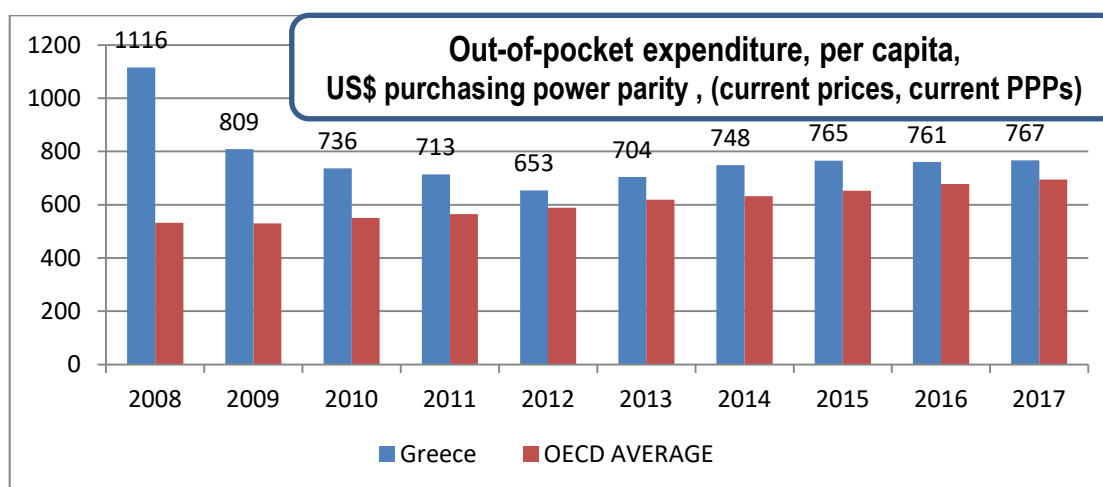
Πηγή: OECD Health Statistics 2017, OECD National Accounts Database<sup>135</sup>.

Γράφημα 45<sub>α</sub>: Η εξέλιξη των πληρωμών OOP στην Ελλάδα ως ποσοστό της τρέχουσας δαπάνης για υγεία κατά την τελευταία δεκαετία.



<sup>135</sup> On-line διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1787/888933604324>

Γράφημα 45β: Η εξέλιξη των πληρωμών OOP στην Ελλάδα  
(ανά κεφαλήν / τρέχουσες τιμές UD\$ PPPs)



Πηγή: ΟΟΣΑ/ OECD Health Statistics 2019<sup>136</sup> (Επεξεργασία από Ζηκίδου Σταυρούλα)

Σημείωση: Για να συγκρίνουμε τα επίπεδα δαπανών μεταξύ των χωρών, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας μετατράπηκαν σε κοινό νόμισμα (δολλάριο ΗΠΑ) και προσαρμόστηκαν ώστε να ληφθεί υπόψη η διαφορετική αγοραστική δύναμη των εθνικών νομισμάτων, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η σύγκριση των δαπανών. Το σύνολο της οικονομίας (ΑΕΠ) και η ισοτιμία αγοραστικής δύναμης αποτελούν τις πιο διαθέσιμες και αξιόπιστες τιμές μετατροπής.

Στα γραφήματα 45<sub>α</sub> και 45<sub>β</sub> παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των OOP την τελευταία δεκαετία. Το 30% αυτών των πληρωμών αφορούν σε περιπτώσεις διαφθοράς στον τομέα της υγείας (φακελάκια κ.λ.π.), δημιουργώντας ανισότητες εις βάρος των πιο φτωχών και ευάλωτων ομάδων (Λιαρόπουλος και συν, 2008, Καϊτελίδου και συν 2013)<sup>137</sup>.

Τέλος, το ποσοστό που δαπανούν τα νοικοκυριά για δαπάνες υγείας αυξήθηκε στην Ελλάδα (+6.2 ποσοστιαίες μονάδες) και την Ισπανία (+4.7 ποσοστιαίες μονάδες) από το 2019, λόγω των μνημονιακών πολιτικών λιτότητας κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης και αποπληρωμής των δανείων που περιόριζαν τους δημόσιους προϋπολογισμούς εις βάρος των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, χώρες, όπως το Μεξικό και η Χιλή, κατάφεραν για το ίδιο χρονικό διάστημα να μειώσουν το ποσοστό που

<sup>136</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

<sup>137</sup> Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece", Elsevier, Health Policy Vol. 87, Pages 72–81, on-line available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

δαπανούν τα νοικοκυριά τους για δαπάνες υγείας σε -6.0 και -2.3 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα.

Εν κατακλείδι, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, στο βαθμό που στην παρούσα χρονική στιγμή μπορούν να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, έχει θετική και αρνητική πτυχή. Πεποίθηση πολλών είναι ότι οι επιπτώσεις της κρίσης επέδρασαν θετικά στο Σύστημα Υγείας, αφού μεταμορφώθηκαν σε δομικές μεταρρυθμίσεις που έπρεπε να είχαν γίνει από καιρό. Άλλη μερίδα της επιστημονικής κοινότητας (βλ. σχετική μελέτη του I.O.B.E. & Ε.Σ.Δ.Υ.<sup>138</sup>), ωστόσο, διατείνεται ότι τα μέτρα που υλοποιήθηκαν και δρομολογήθηκαν μέχρι σήμερα, έχουν, κατά κύριο λόγο, βραχυπρόθεσμο, ταμειακό χαρακτήρα, με έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών και σε χρηματικές επιστροφές. Τα μέτρα αυτά, σύμφωνα με τη μελέτη, μπορεί να ήταν απαραίτητα για την ταχύτατη αποκλιμάκωση των δαπανών, αλλά δεν αποτελούν διαρθρωτικά και εκσυγχρονιστικά μέτρα και πολιτικές.

Ένα είναι σίγουρο: η οικονομική κρίση δεν είναι ανάγκη να χτυπά τους ασθενείς αλύπητα (Λιαρόπουλος, 2012)<sup>139</sup>. Υπάρχουν ευφυείς τρόποι, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αποταμιεύσεις στον τομέα Υγείας, προκειμένου η οικονομική κρίση να αντικριστεί τελικά υπό το πρίσμα μας ευκαιρίας βελτίωσης του συστήματος. Το μέλλον θα δείξει.

---

<sup>138</sup> Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011), Μελέτη με τίτλο «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου», on-line διαθέσιμο σε: [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)

<sup>139</sup> Liaropoulos L. (2012), "Greek economic crisis: not a tragedy for health", *BMJ* 2012;345:e7988, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7988>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΚΤΟ | Οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών σε διαχρονική συσχέτιση με τις δημόσιες δαπάνες υγείας

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ οικονομικών μεταβλητών αποτελούσε πάντα αντικείμενο μελέτης στην επιστημονική κοινότητα. Στο κεφάλαιο αυτό, με τη βοήθεια οικονομετρικών εργαλείων, επιχειρείται η διαχρονική συσχέτιση των δημοσίων δαπανών υγείας του κράτους με τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, προκειμένου να εντοπιστεί κατά πόσο οι περιοριστικές πολιτικές υγείας του μνημονίου μετακυλίνουν το κόστος υγείας στον τελικό καταναλωτή, δηλαδή τον χρήστη υπηρεσιών υγείας, τον επηρεάζουν ή συμπορεύονται με αυτόν.

Στο σημείο αυτό θα γίνει μνεία στη θεωρία της συνολοκλήρωσης μεταξύ χρονοσειρών, αλλά και της αιτιότητας κατά Granger που θα χρησιμοποιηθούν στην ανάλυση.

### 6.1 Θεωρητική Ανάλυση

#### 6.1.1. Η έννοια της συνολοκλήρωσης

Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι χρονολογικές σειρές οικονομικών μεταβλητών δε χαρακτηρίζονται από στασιμότητα. Η εφαρμογή μιας απλής παλινδρόμησης ώστε να εντοπιστεί η πιθανή σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών, μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της *νόθας ή φαινομενικής ή πλασματικής παλινδρόμησης* (spurious regression), όπως προτάθηκε από τους Granger και Newbold (1974)<sup>140</sup>. Ενδέχεται να προκύψει σχέση μεταξύ τους (φαινομενική), που όπως υποστήριζαν ίσως να οφείλεται στην ύπαρξη βραχυχρόνιων τάσεων, που αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή πρώτων διαφορών στις χρονοσειρές ώστε να μετατραπούν σε χρονοσειρές που χαρακτηρίζονται από στασιμότητα. Η έννοια της συνολοκλήρωσης ήρθε να εξαλείψει αυτό το φαινόμενο (Μπάτρης, 2017)<sup>141</sup>.

<sup>140</sup> Granger, C. W. J. and Newbold, P. (1974), "Spurious regressions in econometrics", Journal of Econometrics, 2, 111-120

<sup>141</sup> Μπάτρης Α. (2017), «Η Επίδραση της αγοράς Κεφαλαίου και Συναλλάγματος της Ευρωζώνης στις Περιφερειακές Ευρωπαϊκές Αγορές»

Σε μη-στάσιμες χρονικές σειρές που εμφανίζουν την ίδια τάση ή αλλιώς «μετακινούνται μαζί» μπορεί τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παλινδρόμηση να μην είναι πλασματικά, οπότε και να ισχύουν τα συνηθισμένα συμπεράσματα που βασίζονται στα στατιστικά  $t$  και  $F$ . Όταν υπάρχει αιτιολογική σχέση όπως προσδοκάται, για παράδειγμα ανάμεσα στις μεταβλητές του εισοδήματος και της δαπάνης υγείας, οι δύο μεταβλητές δε θα αποκλίνουν μακροχρόνια παρόλο που και οι δύο μεγεθύνονται, δηλαδή έχουν τάση και άρα είναι μη-στάσιμες. Ο «συγχρονισμός» αυτός των μη στάσιμων χρονικών σειρών είναι η βασική ιδέα πίσω από την έννοια της συνολοκλήρωσης, όπου δύο ή περισσότερες μεταβλητές κινούνται μακροπρόθεσμα προς την ίδια κατεύθυνση, δηλαδή υπάρχει μια μακροχρόνια σχέση ισορροπίας μεταξύ των μεταβλητών, χωρίς απαραίτητα να ισχύει το ίδιο και βραχυπρόθεσμα (Μπρίκου, 2014)<sup>142</sup>.

Σύμφωνα με αυτήν, δύο ή περισσότερες μη στάσιμες μεταβλητές συνδέονται με μια μακροχρόνια σχέση, με την έννοια ότι «κινούνται μαζί στο χρόνο» εμφανίζοντας την ίδια τάση. Για παράδειγμα, αν η πιθανή γραμμική σχέση δύο μη στάσιμων μεταβλητών με βαθμό ολοκλήρωσης 1 χαρακτηρίζεται από βαθμό ολοκλήρωσης 0 (στάσιμη), τότε οι δύο χρονοσειρές είναι συνολοκληρωμένες, με την έννοια ότι η μεταβλητή που περιγράφει τη σχέση τους κινείται μακροχρόνια γύρω από ένα σημείο ισορροπίας.

Η απόκλιση από τη μακροχρόνια ισορροπία  $Z_t$  είναι γνωστή ως «**σφάλμα ισορροπίας**» (**equilibrium error**) ή και ως «**σφάλμα ανισορροπίας**» (**disequilibrium error**). Για να έχει νόημα η μακροχρόνια σχέση ισορροπίας, θα πρέπει τα σφάλματα ανισορροπίας να σχηματίζουν διαχρονικά μια στάσιμη χρονική σειρά με μέσο μηδέν. Στην περίπτωση αυτή μπορούμε να πούμε ότι οι μεταβλητές  $X_t$  και  $Y_t$  είναι συνολοκληρωμένες.

Σε ένα θεωρητικό πλαίσιο, οι Engle και Granger (1989)<sup>143</sup> ανέφεραν ότι δύο μεταβλητές  $X_t$  και  $Y_t$  είναι συνολοκληρωμένες τάξεως  $(a,b)$  εάν και οι δυο τους είναι τάξεως ολοκλήρωσης  $a$  και ο γραμμικός συνδυασμός τους είναι ολοκληρωμένος τάξεως  $a-b$ . Συμβολικά:

Εάν  $X_t \sim I(a)$  και  $Y_t \sim I(a)$ , τότε ο γραμμικός συνδυασμός τους  $Z_t = \alpha X_t + \beta Y_t \sim I(a-b)$

<sup>142</sup> Μπρίκου Ε. (2014), «Αιτιότητα κατά Granger σε μη-στάσιμες χρονικές σειρές με πολυμεταβλητά μοντέλα VECM -εφαρμογή σε κύριους διεθνείς δείκτες»

<sup>143</sup> Engle R; Granger C. (1987), "Cointegration and Error Correction\_ Representation, Estimation, and Testing", *Econometrica*, Vol. 55, No. 2. (Mar., 1987): pp. 251-276.

Η συνολοκλήρωση των δύο μεταβλητών συμβολίζεται με τον εξής τρόπο:

$$X_t, Y_t \sim CI(a,b)$$

Το διάνυσμα των συντελεστών  $\alpha, \beta$  του γραμμικού συνδυασμού λέγεται **διάνυσμα συνολοκλήρωσης**.

Είναι χρήσιμο εδώ να τονιστεί πως οι μη στάσιμες μεταβλητές θα πρέπει να είναι ίδιας τάξης ολοκλήρωσης αλλιώς δεν είναι εφικτή η συνολοκλήρωσή τους (χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χρονοσειρές ίδιας τάξεως συνολοκληρώνονται). Στην περίπτωση δε που είναι τάξεως ολοκλήρωσης 0 (στάσιμες), μπορούν να εφαρμοστούν οι κλασικές τεχνικές παλινδρόμησης.

### 6.1.2 Έλεγχος συνολοκλήρωσης

Οι δύο βασικές μέθοδοι για τον έλεγχο συνολοκλήρωσης μεταξύ δύο ή και περισσότερων μεταβλητών είναι α) η μέθοδος της μιας εξίσωσης και β) η μέθοδος του συστήματος εξισώσεων.

#### *α) Η μέθοδος Engle - Granger*

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι έλεγχοι που πρότειναν οι Engle και Granger (1989) στα πλαίσια του ορισμού για την συνολοκλήρωση που εισήγαγαν. Η μεθοδολογία τους βασίζεται στον έλεγχο της στασιμότητας των καταλοίπων, ώστε να ελέγξουμε το σφάλμα της ισορροπίας στην εξίσωση της συνολοκλήρωσης. Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται τα βήματα της μεθόδου (Μπάτρης, 2017)<sup>144</sup>:

#### **ΒΗΜΑ 1**

Εξετάζουμε με τη μέθοδο της μοναδιαίας ρίζας την τάξη ολοκλήρωσης κάθε χρονοσειρές. Αν εντοπίσουμε ίδια τάξη ολοκλήρωσης διαφορετικής του μηδέν τότε προχωράμε στο δεύτερο βήμα, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση σταματάμε τη διαδικασία. Αν καταλήξουμε στην ύπαρξη τάξης μηδέν, θα εφαρμοστούν οι κλασικές τεχνικές παλινδρόμησης. Αν οι χρονοσειρές είναι διαφορετικής τάξης, τότε σταματάμε τη διαδικασία καθώς αυτές δεν συνολοκληρώνονται.

---

<sup>144</sup> Μπάτρης Α. (2017), «Η Επίδραση της αγοράς Κεφαλαίου και Συναλλάγματος της Ευρωζώνης στις Περιφερειακές Ευρωπαϊκές Αγορές», Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΒΗΜΑ 2

Εκτιμούμε με τη μέθοδο των ελάχιστων τετραγώνων (OLS) την εξίσωση της μακροχρόνιας ισορροπίας μεταξύ των δύο μεταβλητών:

$Y_t = \alpha_0 + \alpha_1 X_t + e_t$ , όπου τα κατάλοιπα  $e_t$  αποτελούν τα σφάλματα της ισορροπίας.

## ΒΗΜΑ 3

Για να είναι οι μεταβλητές συνολοκληρωμένες, θα πρέπει τα κατάλοιπα που προέκυψαν από την προηγούμενη εξίσωση να χαρακτηρίζονται από στασιμότητα. Εφαρμόζουμε τον έλεγχο της μοναδιαίας ρίζας και την μέθοδο του επαυξημένου Dickey- Fuller (Augmented Dickey Fuller - ADF), αφού εκτιμήσουμε με τη μέθοδο των ελάχιστων τετραγώνων την παρακάτω εξίσωση των καταλοίπων:

$$\Delta e_t = \gamma e_{t-1} + \sum_{j=1}^{\rho-1} \gamma_j \Delta e_{t-j} + u_t$$

## ΒΗΜΑ 4

Οι ελεγχόμενες υποθέσεις είναι οι εξής:

$H_0: \gamma = 0$ , οπότε και δεν υπάρχει στασιμότητα στα κατάλοιπα

$H_1: \gamma < 0$ , οπότε και υπάρχει στασιμότητα στα κατάλοιπα

Η μηδενική υπόθεση της μη στασιμότητας απορρίπτεται όταν  $\tau_\gamma < \tau$ , όπου  $\tau$  είναι η κρίσιμη τιμή του πίνακα που παρουσίασαν οι Engle και Granger για τον έλεγχο της στασιμότητας των σφαλμάτων.

Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί και για παραπάνω από δύο μεταβλητές, με τη διαφορά ότι στο βήμα 1 αν βρούμε διαφορετική τάξη ολοκλήρωσης μεταξύ των μεταβλητών, τότε συνεχίζουμε με αυτές που έχουν ίδια τάξη μεταξύ τους, ώστε να εντοπίσουμε μακροχρόνια σχέση.

### ***β) Η μέθοδος Johansen***

Η πιο διαδεδομένη μέθοδος της δεύτερης κατηγορίας (συστήματος εξισώσεων) είναι αυτή του Johansen (1988), η οποία προσδιορίζει το μέγιστο αριθμό των σχέσεων συνολοκλήρωσης που μπορούν να έχουν οι μεταβλητές ενός υποδείγματος. Σε αντίθεση με την παραπάνω, η μέθοδος αυτή στηρίζεται στο υπόδειγμα διανυσματικών αυτοπαλινδρομήσεων (VAR) και στη τεχνική της μέγιστης πιθανοφάνειας, προκειμένου να βγει συμπέρασμα για την ύπαρξη συνολοκλήρωσης. Το VAR είναι ένα σύστημα

αυτοπαλινδρομων μοντέλων, με κάθε μεταβλητή να επηρεάζεται από τις προηγούμενες τιμές της, αλλά και από τις τιμές όλων των υπολοίπων μεταβλητών του συστήματος. Με τη μέθοδο Johansen αναζητούμε το μέγιστο αριθμό σχέσεων συνολοκλήρωσης που συνδέουν τις μεταβλητές, αφού με τις τεχνικές που χρησιμοποιεί μπορεί να ελεγχθούν ταυτόχρονα πολλές εξισώσεις, σε αντίθεση με τη μέθοδο Engle και Granger όπου ελέγχεται μια εξίσωση τη φορά. Αυτός είναι και ένας λόγος που η μέθοδος Johansen έχει επικρατήσει στους ελέγχους συνολοκλήρωσης μεταξύ μεταβλητών.

Η μέθοδος ξεκινάει έχοντας ένα μοντέλο VAR και συγκεκριμένα την εξίσωση:

$$y_t = A_1 y_{t-1} + A_2 y_{t-2} + \dots + A_p y_{t-p} + e_t \quad (1)$$

Όπου το  $y_t$  είναι πίνακας διαστάσεων ( $n \times 1$ ), το  $A$  είναι πίνακας διαστάσεων ( $n \times n$ ).

Το  $n$  είναι ο αριθμός των ενδογενών μεταβλητών που περιλαμβάνονται στο σύστημα.

Το μοντέλο που αναφέρθηκε είναι ένα μοντέλο διανυσματικών αυτοπαλινδρομήσεων με χρονική υστέρηση ίση με  $p$ . Η σχέση (1) μπορεί να γραφτεί ως:

$$\Delta y_t = \Pi y_{t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} \Gamma_i \Delta y_{t-i} + e_t \quad (2)$$

$$\text{όπου } \Pi = \sum_{i=1}^p A_i - I \quad (3) \text{ και } \Gamma_i = - \sum_{j=i+1}^p A_j \quad (4)$$

Αν ο πίνακας  $\Pi$  είναι τάξης ίσης με  $r < n$ , τότε υπάρχουν  $n \times r$  πίνακες  $\alpha$  και  $\beta$  με τάξη  $r$ , τέτοιοι ώστε οι  $\Pi = \alpha\beta'$  και  $\beta'y_t$  να είναι στάσιμοι. Η τάξη του πίνακα  $\Pi$  καθορίζει τον αριθμό των διανυσμάτων συνολοκλήρωσης που υπάρχουν, που ισούται με τον αριθμό των ιδιοτιμών (eigenvalues) που είναι διαφορετικές του μηδενός. Τα στοιχεία του πίνακα  $\alpha$  είναι οι παράμετροι προσαρμογής στο διάνυσμα του υποδείγματος διόρθωσης σφαλμάτων. Κάθε στήλη του πίνακα  $\beta$  είναι και ένα διάνυσμα συνολοκλήρωσης. Έτσι λοιπόν αν  $r = 0$  δεν υπάρχουν σχέσεις συνολοκλήρωσης.

Αν  $r$  ισούται με το πλήθος των μεταβλητών, τότε αυτές είναι στάσιμες, ενώ αν  $r < n$  τότε οι μεταβλητές είναι συνολοκληρωμένες.

Για την εύρεση της τάξεως του πίνακα χρησιμοποιούνται δύο στατιστικές που βασίζονται στη μέγιστη πιθανοφάνεια. Οι κριτικές τιμές που αναφέρονται παρακάτω δόθηκαν από τον Osterwald-Lenum (1992). Οι δύο αυτοί έλεγχοι είναι:

1. Ο έλεγχος ίχνους (trace test)

$$\lambda_{trace}(r) = -T \sum_{j=r+1}^n \log(1 - \hat{\lambda}_j)$$

Όπου  $j = r+1, \dots, n$  και  $r = 0, 1, 2, \dots, n-1$ . Το  $\lambda_{trace}(r) = 0$  όταν όλα τα  $\lambda = 0$ .



Ο έλεγχος ίχνους εξετάζει την μηδενική υπόθεση της ύπαρξης  $r$  διανυσμάτων συνολοκλήρωσης, με την εναλλακτική υπόθεση να υποστηρίζει ότι αυτός ο αριθμός μπορεί να είναι μεγαλύτερος από τον εκάστοτε αριθμό της μηδενικής. Για παράδειγμα:

$$H_0: r = 0$$

$$H_1: r \geq 1$$

Ελέγχοντας αν το  $\lambda_{\text{trace}}(r) >$  κρίσιμη τιμή. Συνεχίζοντας με τον επόμενο έλεγχο:

$$H_0: r \leq 1$$

$H_1: r \geq 2$  ξαναελέγχοντας την τιμή του  $\lambda_{\text{trace}}(r)$  μέχρι να βρούμε μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Ο αριθμός της αντίστοιχης μηδενικής υπόθεσης είναι και η τάξη του πίνακα.

2. Ο έλεγχος μέγιστης ιδιοτιμής (maximal eigenvalue test)

$$\lambda_{\max}(r, r + 1) = -T \log(1 - \widehat{\lambda}_{r+1})$$

Στην προκειμένη περίπτωση ελέγχεται η μηδενική υπόθεση του αριθμού διανυσμάτων ίσου με  $r$ , με εναλλακτική υπόθεση που υποστηρίζει ότι ο αριθμός είναι  $r+1$ .

Συγκεκριμένα:

$$H_0: r = 0$$

$$H_1: r = 1$$

Ελέγχοντας αν το  $\lambda_{\max} >$  κρίσιμη τιμή. Συνεχίζοντας με τον επόμενο έλεγχο:

$$H_0: r \leq 1$$

$H_1: r = 2$  ξαναελέγχοντας την τιμή του  $\lambda_{\max}$  μέχρι να βρούμε μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Ο αριθμός της αντίστοιχης μηδενικής υπόθεσης είναι και η τάξη του πίνακα.

Στην παρούσα εργασία θα εφαρμοστεί η μέθοδος Johansen ώστε να διαπιστωθεί αν οι μεταβλητές που περιλαμβάνονται στην ανάλυση συνολοκληρώνονται. Θα διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια σχέση ισορροπίας, είτε βραχυχρόνια είτε μακροχρόνια.

### Υπόδειγμα διόρθωσης λαθών

Σύμφωνα με το Αντιπροσωπευτικό θεώρημα του Granger (Granger, 1988<sup>145</sup>, Engle - Granger 1987)<sup>146</sup>, αν δύο μεταβλητές  $X_t$  και  $Y_t$  είναι συνολοκληρωμένες, τότε υπάρχει μία μακροχρόνια σχέση ισορροπίας μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Βραχυχρόνια όμως οι μεταβλητές αυτές μπορεί να βρίσκονται σε ανισορροπία, με τους διαταρακτικούς όρους να απεικονίζουν τα σφάλματα εξισορροπήσεως *et*. **Η βραχυχρόνια αυτή σχέση ανισορροπίας μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών μπορεί να διατυπωθεί με ένα**

<sup>145</sup> Granger C. (1988), "Some recent developments in a concept of causality", Journal of Econometrics, Vol. 39. pp. 199 – 211

<sup>146</sup> ό.π.

**υπόδειγμα που ονομάζεται υπόδειγμα διόρθωσης λαθών (Error Correction Model, ECM) ή ECVAR Error Correction VAR Model)**<sup>147</sup>.

Το σφάλμα ισορροπίας (ανισορροπίας), μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συνενώσει τη βραχυχρόνια με τη μακροχρόνια περίοδο. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη συνένωση αυτή, λέγεται **μηχανισμός διόρθωσης σφάλματος (Error Correction Mechanism)**.

Το υπόδειγμα διόρθωσης λαθών (ECM) που συνδέει τη βραχυχρόνια και τη μακροχρόνια σχέση μεταξύ των μεταβλητών δίνεται από την παρακάτω σχέση:

$$\Delta Y_t = \delta \cdot \varepsilon_{t-1} + \text{υστερήσεις}(\Delta Y_t, \Delta X_t) + \nu_t, -1 < \delta < 0$$

Όπου,

$$Y_t \sim I(1), X_t \sim I(1), X_t, Y_t \sim CI(1,1)$$

-  $\varepsilon_t = Y_t - \alpha_0 - \alpha_1 X_t \sim I(0)$  το σφάλμα εξισορροπήσεως που αναφέρεται στην προσαρμογή ως προς τη μακροχρόνια ισορροπία και είναι ολοκληρωμένο μηδενικής τάξης αφού οι  $Y_t$  και  $X_t$  είναι συνολοκληρωμένες,

-  $\delta$  είναι ο βραχυχρόνιος συντελεστής προσαρμογής και

-  $\nu_t$  είναι διατακτικός όρος λευκού θορύβου.

Στην εξίσωση όλες οι μεταβλητές είναι στάσιμες. Οι πρώτες διαφορές  $\Delta Y_t$ ,  $\Delta X_t$ , είναι στάσιμες, αφού οι μεταβλητές  $Y_t$  και  $X_t$  είναι ολοκληρωμένες πρώτης τάξης. Άρα, μπορούμε να εκτιμήσουμε με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων την παραπάνω εξίσωση, στην οποία βέβαια η μεταβλητή  $\varepsilon_{t-1}$  δεν είναι γνωστή και θα πρέπει πρώτα να αποκτήσουμε στοιχεία της.

<sup>147</sup> What is the difference between cointegration and the vector error correction model (VECM)? By Richard Hardy:

Cointegration is a *phenomenon* that may be exhibited by a group of integrated time series; *being cointegrated* is a *feature* that may be possessed by a group of integrated time series. Let us consider a simple example. If series  $x_{1,t}, \dots, x_{m,t}$  are individually  $I(1)$  (integrated of order 1) and there exists a linear combination  $y_t = \beta_1 x_{1,t} + \dots + \beta_m x_{m,t}$  that is  $I(0)$  (stationary), then we face the phenomenon of cointegration, and the group of series  $x_{1,t}, \dots, x_{m,t}$  possess the feature of being cointegrated. If no linear combination is  $I(0)$ , then there is no cointegration and the series taken together are not cointegrated.

Vector error correction model (VECM) is a *model* that can be used for modelling cointegrated time series. A very simple example is a bivariate VECM with no lags for two integrated-and-cointegrated time series  $x_{1,t}$  and  $x_{2,t}$ ,

$$\Delta x_{1,t} = \alpha_1(x_{1,t-1} - \beta x_{2,t-1}) + \varepsilon_{1,t},$$

$$\Delta x_{2,t} = \alpha_2(x_{1,t-1} - \beta x_{2,t-1}) + \varepsilon_{2,t}.$$

It shows that the series  $x_{1,t}$  reacts to the most recent (as of time  $t-1$ ) disequilibrium between itself and the other series and "corrects" (given a suitable value of  $\alpha_1$ ) to reduce the disequilibrium (moves towards equilibrium). The same could be said about  $x_{2,t}$ .

## 6.2 Οικονομετρική Ανάλυση

Η μελέτη των δαπανών υγείας σε πολλαπλές περιόδους είναι ένα δύσκολο έργο, που οφείλει να λαμβάνει υπόψη αφενός το γεγονός ότι η υγεία είναι προϊόν με ανελαστική ζήτηση, αφετέρου ότι ο δημόσιος τομέας έχει ρόλο «πληρωτή» και επομένως την εξουσία ρύθμισης των τιμών της αγοράς. Οι χρηματοοικονομικές διακυμάνσεις, λοιπόν, μπορούν να επηρεάσουν τους παρόχους, τους χρήστες και, τελικά, την υγεία του πληθυσμού.

Όπως περιγράφηκε στα προηγούμενα κεφάλαια της παρουσίασης, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα, μετά την περίοδο ανάπτυξης που γνώρισε κατά την πρώτη δεκαετία της χιλιετίας, με τη συνολική δαπάνη για την υγεία (Total Expenditure on Health, % GDP) να υπερβαίνει το 10% το 2009 (πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ), άρχισε να περιορίζεται. Μετά την υπογραφή του Μνημονίου Συνεργασίας (Μ.Σ./ Greece: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, 2010) το 2010, επιβλήθηκε μια σειρά έκτακτων μέτρων περιορισμού της δαπάνης και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον ελληνικό τομέα της υγείας και, ειδικότερα, στον φαρμακευτικό τομέα, ο οποίος συνεισφέρει σημαντικά τόσο στο έλλειμμα όσο και στο δημόσιο χρέος, λόγω των υπερβολικών δημόσιων δαπανών που οφείλονται στην έλλειψη ελέγχου τόσο του όγκου όσο και του κόστους της συνταγογράφησης.

Έτσι, από το Μάιο του 2010, ο φαρμακευτικός κλάδος τέθηκε στο επίκεντρο της δημοσιονομικής εξυγίανσης και αποτέλεσε έναν από τους βασικούς τομείς παρέμβασης, προκειμένου να μειωθούν οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες στο 1% του ΑΕΠ, προσεγγίζοντας έτσι τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (European Commission, 2010). Ως αποτέλεσμα, οι δημόσιες φαρμακευτικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 44% μεταξύ 2009 και 2012, φθάνοντας τα 2,8 δισ. ευρώ και αντιστοιχούν στο 1,5% του ΑΕΠ το 2012 (IOBE, 2014)<sup>148</sup>.

Σε συνδυασμό με τη συρρίκνωση της οικονομίας, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν επίσης αναλογικά από 9,8% του ΑΕΠ το 2008 σε 8,1% το 2014 (Vlachadis et

---

<sup>148</sup> Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2014), «Η Ελληνική Οικονομία», Τριμηνιαία Έκθεση, Αρ. Τεύχους 76, Ιούλιος 2014, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO\\_02\\_14\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO_02_14_REP_GR.pdf)

al., 2014)<sup>149</sup>. Οι μειωμένες δαπάνες για την υγεία, που απαιτούνται στο πλαίσιο του προγράμματος λιτότητας, έχουν επικριθεί επειδή δεν περιέχουν ειδικές διατάξεις για τη διαφύλαξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Vlachadis et al., 2014)<sup>150</sup>, ένα σύστημα που καθιερώθηκε στη δεκαετία του 1980 ως μέρος του εθνικού προγράμματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και μέσω του οποίου οι περισσότεροι κάτοικοι της Ελλάδας λαμβάνουν φροντίδα. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, η Ελλάδα απέτυχε να ελέγξει τις δαπάνες για την υγεία μεταξύ του 2000 και του 2009, και το έλλειμμα του προϋπολογισμού για την υγεία της χώρας έφθασε τα 50 δισ. ευρώ (Liaropoulos, 2012)<sup>151</sup>. Κατά συνέπεια, κατά την έναρξη της κρίσης, ο τομέας της υγείας τέθηκε σε προτεραιότητα από την Τρόικα, αφού συνέβαλε σημαντικά στον οικονομικό εκτροχιασμό της χώρας.

### **6.2.1 Σκοπός**

Στο παρόν Κεφάλαιο θα διερευνηθεί το επίπεδο των δημοσίων δαπανών υγείας και το επίπεδο των ιδιωτικών δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών κατά την περίοδο 1988-2018. Επιπρόσθετα, θα διερευνηθεί η ύπαρξη αλληλοεπίδρασης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών με χρήση της μεθόδου της συνολοκλήρωσης (cointegration), με σκοπό να διαπιστωθεί αν η αυξομείωση των δημοσίων δαπανών υγείας έχει, τελικά, την ίδια συμπεριφορά με την αυξομείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα δώσουν μια διαφωτιστική εικόνα για την διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα για τα τελευταία 30 έτη, ενώ μέσα από τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών θα διαπιστωθεί και η επίδραση της οικονομικής κρίσης.

### **6.2.2 Μεθοδολογία της έρευνας**

Στην παρούσα έρευνα, όπως και στο Κεφάλαιο 3, αντλήθηκαν δεδομένα πρωτογενούς μορφής από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας από τις Έρευνες των Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.) των ετών 1987, 1994, 1999, 2004, 2008 έως και 2018. Να υπενθυμίσουμε ότι οι Ε.Ο.Π. αποτελούν έρευνες που πραγματοποιεί δειγματοληπτικά η ΕΛ.ΣΤΑΤ. στο σύνολο της ελληνικής

<sup>149</sup> Vlachadis N, Vlachadi M, Iliodromiti Z, Kornarou E, Vrachnis N. (2014), "Greece's economic crisis and suicide rates: overview and outlook" J Epidemiol Community Health 2014; 68: 1204–05

<sup>150</sup> ό.π.

<sup>151</sup> Liaropoulos L. (2012), "Greek economic crisis: not a tragedy for health", BMJ 2012;345:e7988, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7988>

επικράτειας σε τακτά χρονικά διαστήματα<sup>152</sup>, με τις οποίες συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τις καταναλωτικές δαπάνες, τα εισοδήματα, τις ανέσεις κατοικίας, τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών και των μελών τους. Σε ό,τι αφορά στις δαπάνες υγείας, στις Ε.Ο.Π. καταγράφονται, μεταξύ άλλων, οι απαντήσεις νοικοκυριών αναφορικά με δαπάνες για φαρμακευτικά είδη-θεραπευτικές συσκευές-εξοπλισμό, υπηρεσίες μη νοσοκομειακών ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη, όχι σε ατομικό επίπεδο, αλλά σε επίπεδο νοικοκυριού, αφού ο υπεύθυνος νοικοκυριού αντικατοπτρίζει τις δαπάνες και καταναλωτικές συμπεριφορές ολόκληρου του νοικοκυριού. Επιπρόσθετα, αντλήθηκαν δεδομένα από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α./ OECD- Health Statistics, 2019) σχετικά με το ύψος των δημοσίων δαπανών διαχρονικά, ως ποσοστό του Α.Ε.Π.. Οι δαπάνες για την υγεία αναφέρονται στην τελική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας (δηλαδή τρέχουσες δαπάνες για την υγεία), συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής θεραπευτικής φροντίδας-περίθαλψης (θεραπευτική φροντίδα-περίθαλψη, αποκατάσταση, μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα, βοηθητικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και ιατρικά προϊόντα, υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας, καθώς και δαπάνες διοίκησης του τομέα υγείας, εξαιρουμένων όμως των δαπανών για επενδύσεις και έρευνα-εκπαίδευση). (Περισσότερα για ΣΛΥ/ System of Health Accounts βλ. Κεφάλαιο 1).

Οι δαπάνες υγείας χρηματοδοτούνται, όπως προαναφέρθηκε, μέσω ενός συνδυασμού φορέων χρηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένων των δημοσίων δαπανών και της υποχρεωτικής ασφάλισης ασθενείας ("Κυβέρνηση / υποχρεωτική"), καθώς και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας- ιδιωτικών κεφαλαίων, όπως οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών, οι δαπάνες των Μ.Κ.Ο. κλπ. **Τα δεδομένα των ΕΟΠ αντικατοπτρίζουν τη μέση μηνιαία δαπάνη του νοικοκυριού στην ελληνική επικράτεια. Συνεπώς, τα δεδομένα των πινάκων που ακολουθούν αναφέρονται στη μέση μηνιαία δαπάνη υγείας ολόκληρου του νοικοκυριού σε ευρώ<sup>153</sup>.** Η μετατροπή του νομίσματος από δραχμές σε ευρώ πραγματοποιήθηκε επισήμως από την ΕΛ.ΣΤΑΤ.

<sup>152</sup> κάθε 4 χρόνια παλαιότερα και σε ετήσια βάση από το 2008 και έπειτα

<sup>153</sup> Η Ελλάδα υιοθέτησε το νόμισμα του ευρώ το 2001, αφού ορίστηκε αμετακλήτως η ισοτιμία του ευρώ προς τη δραχμή τον Ιούνιο του 2000 σε 1 ευρώ= 340,75 δρχ. Την 01.01.2002 κέρματα και χαρτονομίσματα του ευρώ εισήχθησαν στην κυκλοφορία με μεταβατική περίοδο μέχρι το τέλος του φεβρουαρίου 2002. Έκτοτε το επίσημο νόμισμα της Ελλάδας είναι το ευρώ. (Τράπεζα της Ελλάδος, on-line available at: <https://www.bankofgreece.gr/euro/h-istoria-toy-eyrw>)

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό STATA version 13 και για το σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της ανάλυσης συνολοκλήρωσης (co-integration). Στην συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση των δεδομένων.

### 6.2.3 Δοκιμή συνολοκλήρωσης

Ένα σύνολο χρονοσειρών είναι συνολοκληρωμένο όταν υπάρχει ένας γραμμικός συνδυασμός αυτών των χρονικών σειρών που είναι στάσιμες, αυτός ο συνδυασμός δεν μπορεί να παρουσιάσει μια στοχαστική τάση. Ο γραμμικός συνδυασμός των χρονοσειρών είναι η εξίσωση συνολοκλήρωσης που αντιπροσωπεύει τη μακροπρόθεσμη σχέση ισορροπίας μεταξύ αυτών των αλληλουχιών. Για τους σκοπούς του ελέγχου της συνολοκλήρωσης, οι μεταβλητές πρέπει να είναι στάσιμες στο ίδιο επίπεδο. Ο έλεγχος της συνολοκλήρωσης πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο του Johansen (1988)<sup>154</sup> για την διερεύνηση συνολοκλήρωσης μεταξύ των μεταβλητών. Ορίζουμε λοιπόν την **υπόθεση**:

Ho: Δεν υπάρχει συνολοκλήρωση μεταξύ μεταβλητών.

Ha: Υπάρχει συνολοκλήρωση.

Αν οι σειρές συνολοκληρώνονται, τότε αυτό σημαίνει ότι μακροπρόθεσμα οι μεταβλητές κινούνται μαζί και προς την ίδια κατεύθυνση χωρίς, ωστόσο, αυτό να σημαίνει ότι βραχυπρόθεσμα συμβαίνει το ίδιο. Από το τεστ προκύπτει αν υπάρχουν και πόσες γραμμικές σχέσεις συνολοκλήρωσης μεταξύ των ελεγχόμενων μεταβλητών. Ο συνδυαστικός κρίκος βραχυχρόνιας και μακροχρόνιας σχέσης των μεταβλητών πραγματοποιείται με την ύπαρξη συνολοκλήρωσης, αφού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτίμηση του μοντέλου *Vector Error Correction*. Εφόσον τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στο μοντέλο μας υπάρχει όντως σχέση συνολοκλήρωσης, αυτό επιτρέπει την εκτίμηση του μοντέλου VEC (*Vector Error Correction*). Στη συνέχεια θα χρησιμοποιήσουμε το μοντέλο VEC, καθότι θέλουμε να εξετάσουμε ταυτόχρονα τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων που αφορούν στις γραμμικές εξισώσεις.

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ( $\alpha=0.05$ ).

---

<sup>154</sup> Johansen, S. (1988), "Statistical analysis of cointegration vectors", *Journal of Economics Dynamics and Control*, vol 12, no.2, 231 – 254

## 6.3 Αποτελέσματα

### 6.3.1 Περιγραφική παρουσίαση κατηγοριών δαπάνης υγείας νοικοκυριών

Στον Πίνακα 12 και στο Γράφημα 46 δίνονται τα διαχρονικά στοιχεία αναφορικά με τη μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για **Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμό**. Τα αποτελέσματα δίνονται τόσο για τη συνολική μέση δαπάνη, όσο και για τις υποκατηγορίες τους. Επιπλέον, πρέπει να τονισθεί ότι μέχρι το 2008 δεν υπήρχαν στοιχεία ως προς τον διαχωρισμό της δαπάνης στις τρεις κατηγορίες.

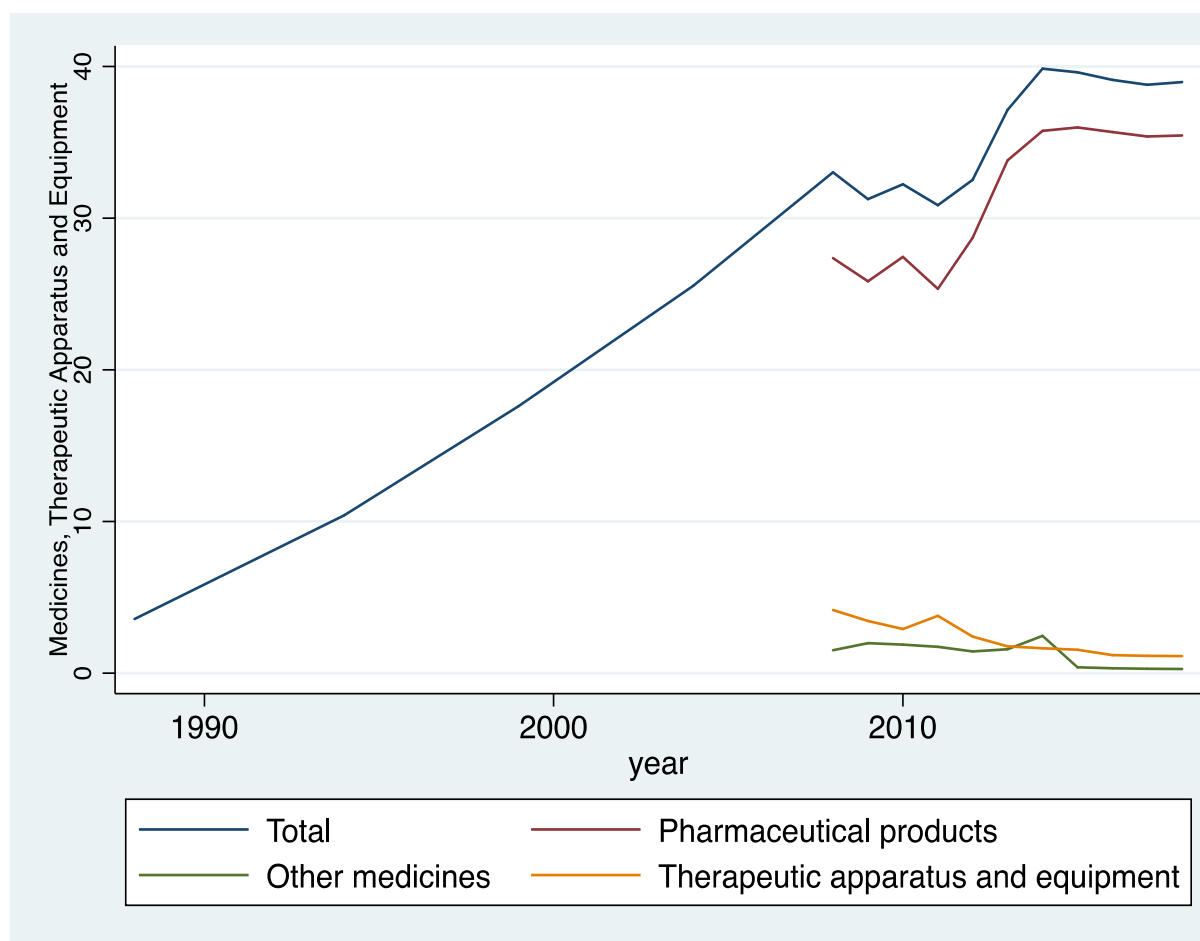
Πίνακας 12: Μέση μηνιαία δαπάνη για Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018, σε ευρώ

Έτος	Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός	Φαρμακευτικά προϊόντα (1)	Λοιπά φαρμακευτικά είδη (2)	Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμός (3)
<b>1988</b>	<b>3.56</b>	-	-	-
<b>1994</b>	<b>10.4</b>	-	-	-
<b>1999</b>	<b>17.6</b>	-	-	-
<b>2004</b>	<b>25.54</b>	-	-	-
<b>2008</b>	<b>33.02</b>	27.36	1.50	4.16
<b>2009</b>	<b>31.25</b>	25.83	1.97	3.44
<b>2010</b>	<b>32.23</b>	27.44	1.87	2.91
<b>2011</b>	<b>30.84</b>	25.33	1.73	3.77
<b>2012</b>	<b>32.52</b>	28.69	1.42	2.40
<b>2013</b>	<b>37.13</b>	33.8	1.57	1.76
<b>2014</b>	<b>39.85</b>	35.75	2.45	1.64
<b>2015</b>	<b>39.60</b>	35.98	0.38	1.54
<b>2016</b>	<b>39.10</b>	35.67	0.31	1.18
<b>2017</b>	<b>38.78</b>	35.37	0.28	1.13
<b>2018</b>	<b>38.96</b>	35.45	0.27	1.12

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Από το Γράφημα 46 προκύπτει ότι η μέση συνολική δαπάνη των νοικοκυριών σε Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό αυξάνεται ραγδαία από το έτος 1988 έως το έτος 2018. Η αύξηση ανέρχεται σε επίπεδο 994,38% καθώς από 3,56 ευρώ το 1988 ανήρθε σε 38,96 ευρώ το 2018. Επιπλέον, από το Γράφημα προκύπτει ότι κατά την περίοδο 2008-2011 (οικονομική κρίση) οι μέσες μηνιαίες δαπάνες των νοικοκυριών είχαν καθοδική πορεία σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, ενώ το διάστημα 2012 έως το 2018 άρχισαν να αυξάνονται ξανά με σημαντικό ρυθμό. Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών της κατηγορίας «Φάρμακα, Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός» προέρχεται από τη δαπάνη για αγορά φαρμάκων. Αντίθετα, τα έξοδα για λοιπά φαρμακευτικά είδη και θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό φαίνεται να έχουν στάσιμη και καθοδική πορεία από το 2004 έως το 2018.

Γράφημα 46: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών σε Φάρμακα, Θεραπευτικές Συσκευές και Εξοπλισμό των ελληνικών νοικοκυριών, 1988-2018 σε ευρώ



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)



Στον Πίνακα 13 και στο Γράφημα 47 δίνονται τα διαχρονικά στοιχεία αναφορικά με τη μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για **Υπηρεσίες Ιατρών (εκτός νοσοκομείου)**. Τα αποτελέσματα δίνονται τόσο για τη συνολική μέση δαπάνη ιατρικών υπηρεσιών, όσο και για τις υποκατηγορίες της. Επιπλέον, πρέπει να τονισθεί ότι συνολικά στοιχεία υπάρχουν μετά το 2004 ως προς τον διαχωρισμό της δαπάνης στις υποκατηγορίες.

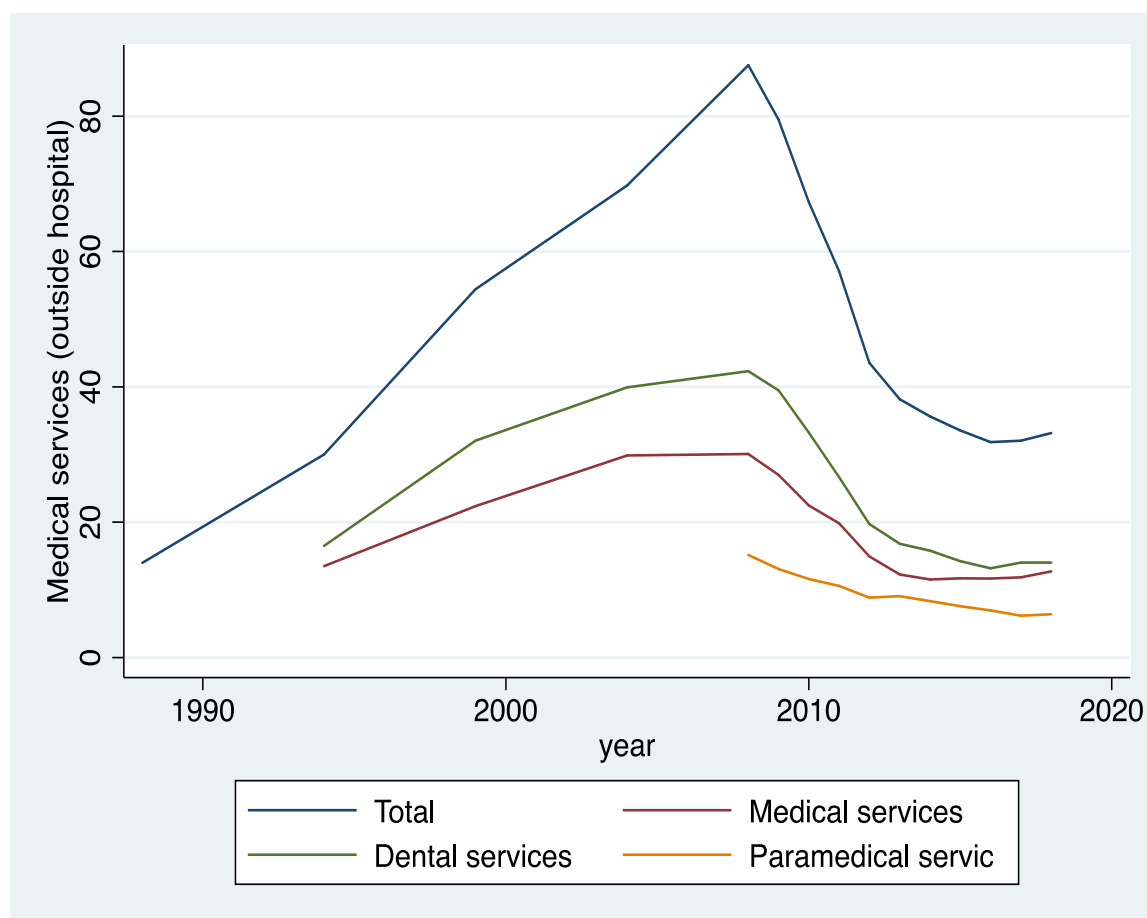
Πίνακας 13: Μέση μηνιαία δαπάνη για ιατρικές υπηρεσίες (εκτός νοσοκομείου) των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018 σε ευρώ

Έτος	Υπηρεσίες ιατρών (εκτός νοσοκομείου)	Ιατρικές υπηρεσίες	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	Παραϊατρικές υπηρεσίες
<b>1988</b>	<b>14</b>	-	-	-
<b>1994</b>	<b>30</b>	13.5	16.5	-
<b>1999</b>	<b>54.42</b>	22.38	32.04	-
<b>2004</b>	<b>69.76</b>	29.85	39.91	-
<b>2008</b>	<b>87.54</b>	30.07	42.30	15.17
<b>2009</b>	<b>79.48</b>	26.96	39.45	13.07
<b>2010</b>	<b>67.30</b>	22.45	33.25	11.59
<b>2011</b>	<b>57.09</b>	19.84	26.65	10.59
<b>2012</b>	<b>43.54</b>	14.94	19.73	8.87
<b>2013</b>	<b>38.15</b>	12.27	16.81	9.08
<b>2014</b>	<b>35.63</b>	11.52	15.8	8.31
<b>2015</b>	<b>33.54</b>	11.71	14.23	7.60
<b>2016</b>	<b>31.83</b>	11.67	13.19	6.97
<b>2017</b>	<b>32.03</b>	11.83	14.02	6.19
<b>2018</b>	<b>33.18</b>	12.74	14.02	6.41

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Από το Γράφημα 47 προκύπτει ότι η μέση μηνιαία συνολική δαπάνη των νοικοκυριών σε ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισε ανοδική τάση από το 1988 έως το 2008 (ποσοστό αύξησης 525,29%: από 14 ευρώ το 1988 σε 87,54 ευρώ το 2008). Αντίθετα, την περίοδο 2008-2018 η μέση μηνιαία συνολική δαπάνη των νοικοκυριών σε ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισε καθοδική τάση και από 87,54 ευρώ το 2008 μειώθηκε σε 33,18 ευρώ το 2018, που αντιστοιχεί σε μείωση 62,1%. Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι από την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2008 τα μέσα έξοδα των νοικοκυριών για ιατρικές υπηρεσίες είχαν καθοδική πορεία σε σύγκριση με τα προηγούμενα. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες προέρχεται από οδοντιατρικές υπηρεσίες. Αντίθετα, τα έξοδα για παραϊατρικές υπηρεσίες φαίνεται να έχουν στάσιμη και καθοδική πορεία από το 2004 έως το 2018, ενώ αποτελούν το μικρότερο ποσοστό εξόδων από τις τρεις υποκατηγορίες ιατρικών δαπανών.

Γράφημα 47: Διαχρονική εξέλιξη δαπανών ιατρικών υπηρεσιών (εκτός νοσοκομείου) των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

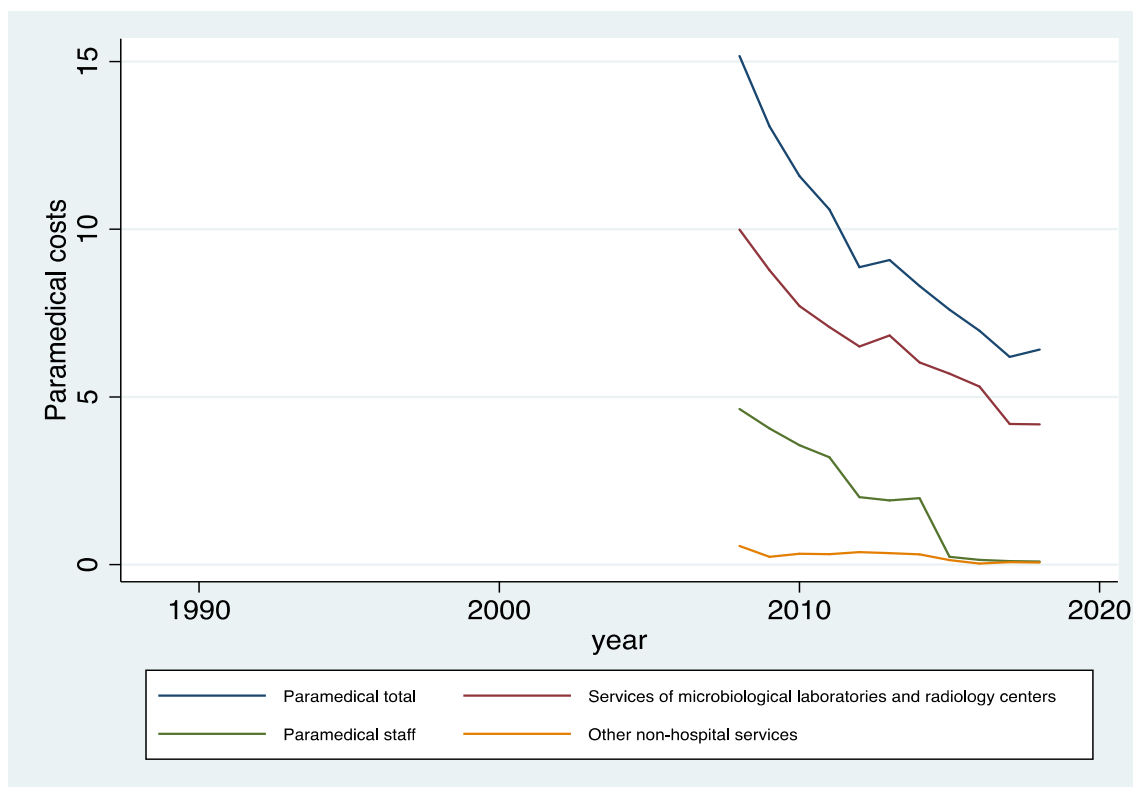
Ειδικότερα για τις παραϊατρικές υπηρεσίες των ελληνικών νοικοκυριών, από τα δεδομένα των ΕΟΠ του 1987, 1994, 1999, 2004 και 2008 έως και 2018 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης για παραϊατρικές υπηρεσίες οφείλεται σε υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων, ακολουθούν οι υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού, ενώ πολύ μικρό ποσοστό οφείλεται σε λοιπές- μη νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ο Πίνακας 14 και το Γράφημα 48 που ακολουθούν, παρουσιάζουν κοινή και σταθερή μείωση της δαπάνης και στις τρεις υποκατηγορίες με την πάροδο των ετών.

Πίνακας 14: Μέση μηνιαία δαπάνη για παραϊατρικές υπηρεσίες των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018 σε ευρώ

Έτος	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Υπηρεσίες μικροβιολογικών εργαστηρίων και ακτινολογικών κέντρων	Υπηρεσίες παραϊατρικού προσωπικού	Λοιπές μη νοσοκομειακές υπηρεσίες
<b>2008</b>	<b>15.17</b>	9.99	4.64	0.55
<b>2009</b>	<b>13.07</b>	8.78	4.06	0.23
<b>2010</b>	<b>11.59</b>	7.71	3.56	0.32
<b>2011</b>	<b>10.59</b>	7.08	3.20	0.31
<b>2012</b>	<b>8.87</b>	6.50	2.01	0.37
<b>2013</b>	<b>9.08</b>	6.83	1.91	0.34
<b>2014</b>	<b>8.31</b>	6.03	1.98	0.3
<b>2015</b>	<b>7.60</b>	5.69	0.23	0.13
<b>2016</b>	<b>6.97</b>	5.31	0.14	0.03
<b>2017</b>	<b>6.19</b>	4.19	0.1	0.07
<b>2018</b>	<b>6.41</b>	4.18	0.09	0.06

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Γράφημα 48: Διαχρονική εξέλιξη παραϊατρικών δαπανών και υποκατηγοριών των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018 σε ευρώ



Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Η επόμενη κατηγορία δαπάνης υγείας αφορά στη **Νοσοκομειακή Περίθαλψη** και τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 15 και στο Γράφημα 49 που ακολουθεί. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι μέσες μηνιαίες δαπάνες των ελληνικών νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκε σταθερά κατά την περίοδο 1988-2018. Αναλυτικότερα, οι μέσες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη από 3,1 ευρώ το 1988 αυξήθηκε σε 35,85 ευρώ το 2018 που ισοδυναμεί με αύξηση 1056,45% (περίπου δεκαπλάσια μέση δαπάνη). Σε ό,τι αφορά τις υποκατηγορίες της νοσοκομειακής περίθαλψης, παρατηρήθηκε ότι αυτή που έχει τη μεγαλύτερη μέση συνεισφορά στο σύνολο των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης είναι η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών) και ακολουθούν η κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη και η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.). Από τις υποκατηγορίες των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη σημαντικό εύρημα είναι ότι με την πάροδο των ετών αυξάνονται σημαντικά οι δαπάνες για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση

που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών), ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες παρατηρείται είτε στασιμότητα είτε μείωση. Χαρακτηριστικό είναι ότι την περίοδο 2008-2018, οι μέσες δαπάνες για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών) αυξήθηκε από 6,34 σε 24,66 (ποσοστό αύξησης 288,96%), ενώ οι μέσες μηνιαίες δαπάνες για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.) μειώθηκαν από 6,08 σε 3,03 (ποσοστό μείωσης 50,16%) και οι μέσες μηνιαίες δαπάνες για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών) μειώθηκαν από 2,91 σε 1,54 (ποσοστό μείωσης 47,08%).

Πίνακας 15: Μέση μηνιαία δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018 σε ευρώ

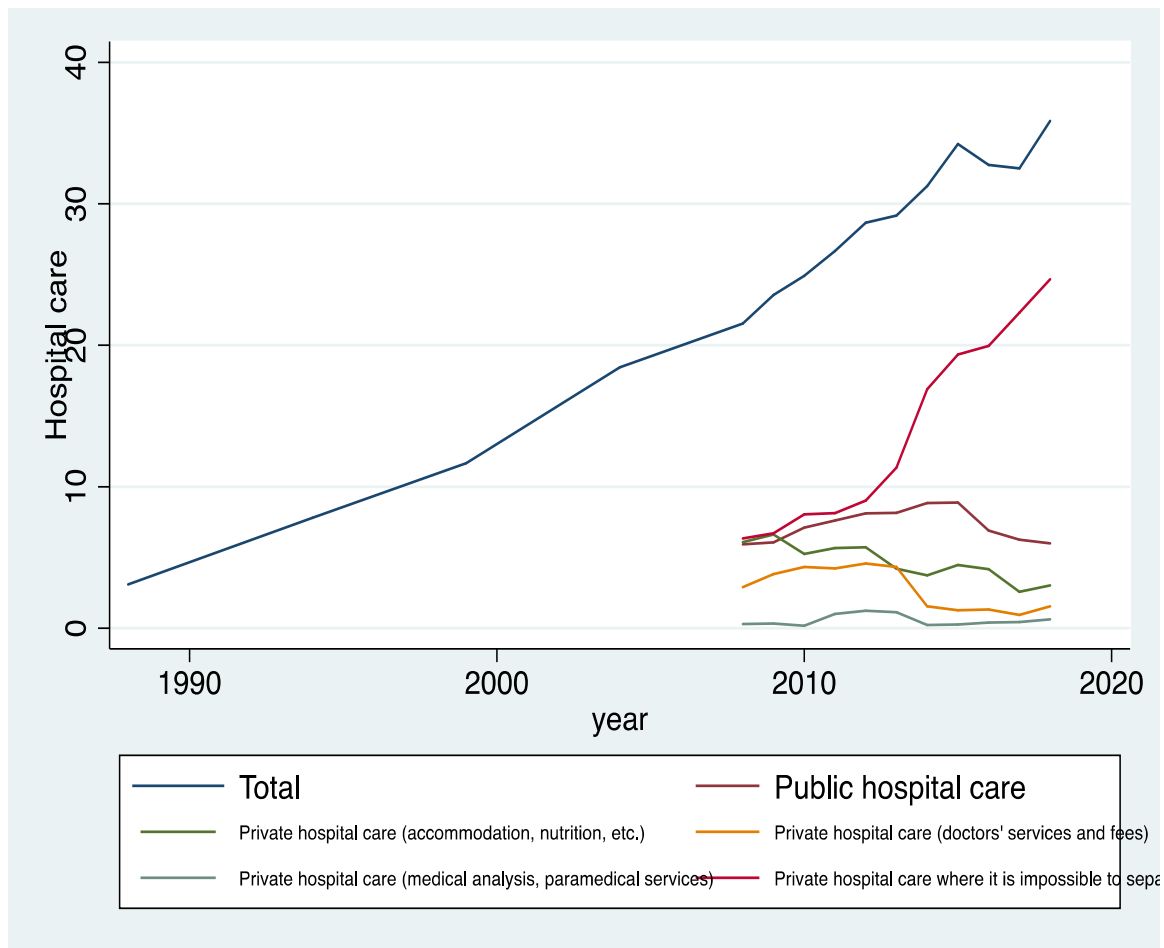
Έτος	Νοσοκομειακή περίθαλψη	Κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη	V1	V2	V3	V4
1988	3.1	-	-	-	-	-
1994	7.8	-	-	-	-	-
1999	11.66	-	-	-	-	-
2004	18.44	-	-	-	-	-
2008	21.54	5.93	6.08	2.91	0.29	6.34
2009	23.55	6.06	6.62	3.82	0.33	6.71
2010	24.90	7.11	5.24	4.32	0.17	8.05
2011	26.66	7.62	5.67	4.22	1.01	8.14
2012	28.66	8.12	5.71	4.57	1.24	9.02
2013	29.16	8.15	4.21	4.33	1.13	11.35
2014	31.25	8.85	3.73	1.55	0.22	16.9
2015	34.22	8.88	4.47	1.27	0.26	19.34
2016	32.75	6.90	4.18	1.32	0.40	19.95
2017	32.51	6.25	2.58	0.94	0.43	22.3
2018	35.85	6	3.03	1.54	0.62	24.66

❖ V1= Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (κατάλυμα, διατροφή κλπ.),

- ❖ V2= Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (υπηρεσίες και αμοιβές ιατρών),
- ❖ V3= Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές αναλύσεις, παραϊατρικές υπηρεσίες),
- ❖ V4= Ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην περίπτωση που είναι αδύνατος ο διαχωρισμός των υπηρεσιών καταλύματος και των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών ή παραϊατρικών)

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

Γράφημα 49: Διαχρονική εξέλιξη δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη των ελληνικών νοικοκυριών κατά τη χρονική περίοδο 1988-2018



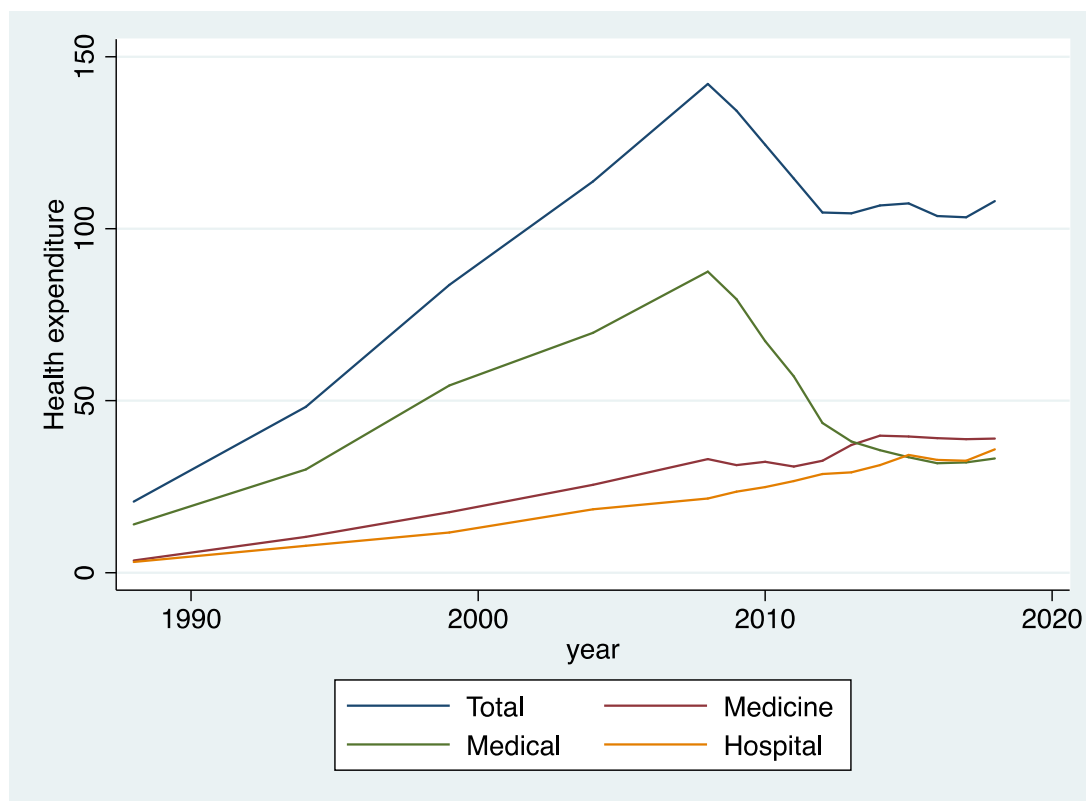
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

### 6.3.2 Περιγραφική παρουσίαση συνολικών δαπανών υγείας

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα σχετικά με τις συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για την περίοδο 1988-2018 και τις τρεις βασικές υποκατηγορίες των δαπανών (ιατρικές, φαρμακευτικές, νοσοκομειακές).

Από το Γράφημα 50 προκύπτει ότι **το σύνολο των μηναίων δαπανών υγείας για ένα νοικοκυριό στην Ελλάδα είχε αυξητική τάση την περίοδο 1988-2008**. Αναλυτικότερα, οι συνολικές μηνιαίες δαπάνες από 20,66 ευρώ το 1988 ανήρθαν σε 142,1 ευρώ το 2008, που αντιστοιχεί σε ποσοστό αύξησης 587,8% (πενταπλασιασμός των δαπανών). **Αντίθετα, από την αρχή της οικονομικής κρίσης και έως το 2018 οι μέσες μηνιαίες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν από 142,1 ευρώ το 2008 σε 107,99 ευρώ το 2018**, που αντιστοιχεί σε ποσοστό μείωσης 24%. Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει, έως και την αρχή της οικονομικής ύφεσης το 2008 το μεγαλύτερο μέρος του συνόλου των δαπανών οφειλόταν στις ιατρικές δαπάνες, ενώ από το 2008 και έπειτα οι ιατρικές δαπάνες είχαν μια μείωση 62,1% και από το 2012 και έπειτα εξισορροπήθηκαν με τις φαρμακευτικές δαπάνες και τις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Τέλος, σημαντικό εύρημα είναι ότι μετά το 2008, σε μεγάλο βαθμό φαίνεται να επηρεάστηκαν οι δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες, ενώ οι φαρμακευτικές δαπάνες και οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη είχαν μικρή αλλά σταθερή αύξηση (ποσοστού 17,99% και 66,43% αντίστοιχα).

Γράφημα 50: Διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης υγείας των ελληνικών νοικοκυριών και των βασικών υποκατηγοριών αυτής (ιατρική, φαρμακευτική, νοσοκομειακή δαπάνη), σε ευρώ, 1988-2018

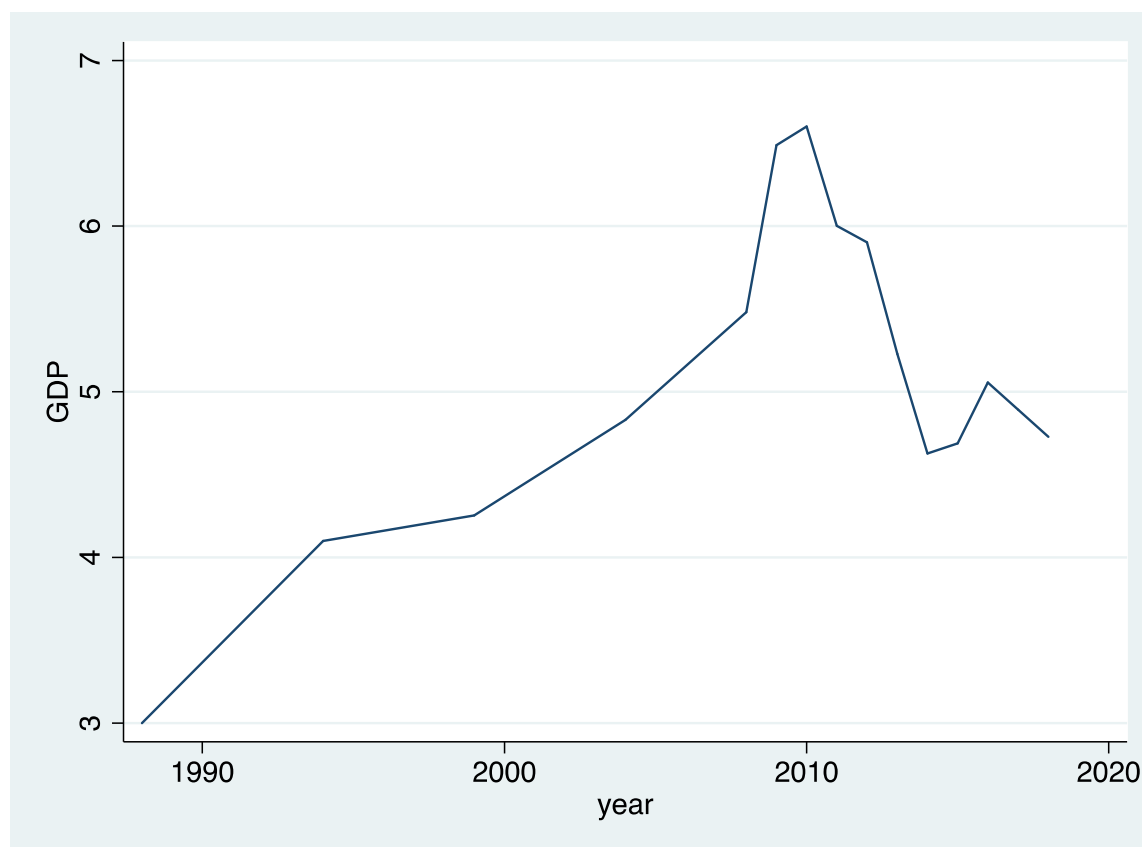


Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

### 6.3.3 Περιγραφική παρουσίαση δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ

Ακολουθούν τα ευρήματα αναφορικά με το ύψος των δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της μελέτης απεικονίζονται στο Γράφημα 51, αποδεικνύοντας ότι οι δημόσιες δαπάνες είχαν αυξητική τάση την περίοδο 1988-2010 με το ποσοστό των δαπανών επί του ΑΕΠ να ανέρχεται από το 3% στο 6,6%, ενώ από το 2010 έως το 2018 παρατηρήθηκε έντονη μείωση των δημοσίων δαπανών, λόγω της πίεσης εφαρμογής των μέτρων της δημοσιονομικής προσαρμογής, από το 6,6% στο 4,7% του ΑΕΠ.

Γράφημα 51: Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1988-2018, Ελλάδα



Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α./ OECD- Health Statistics, 2019

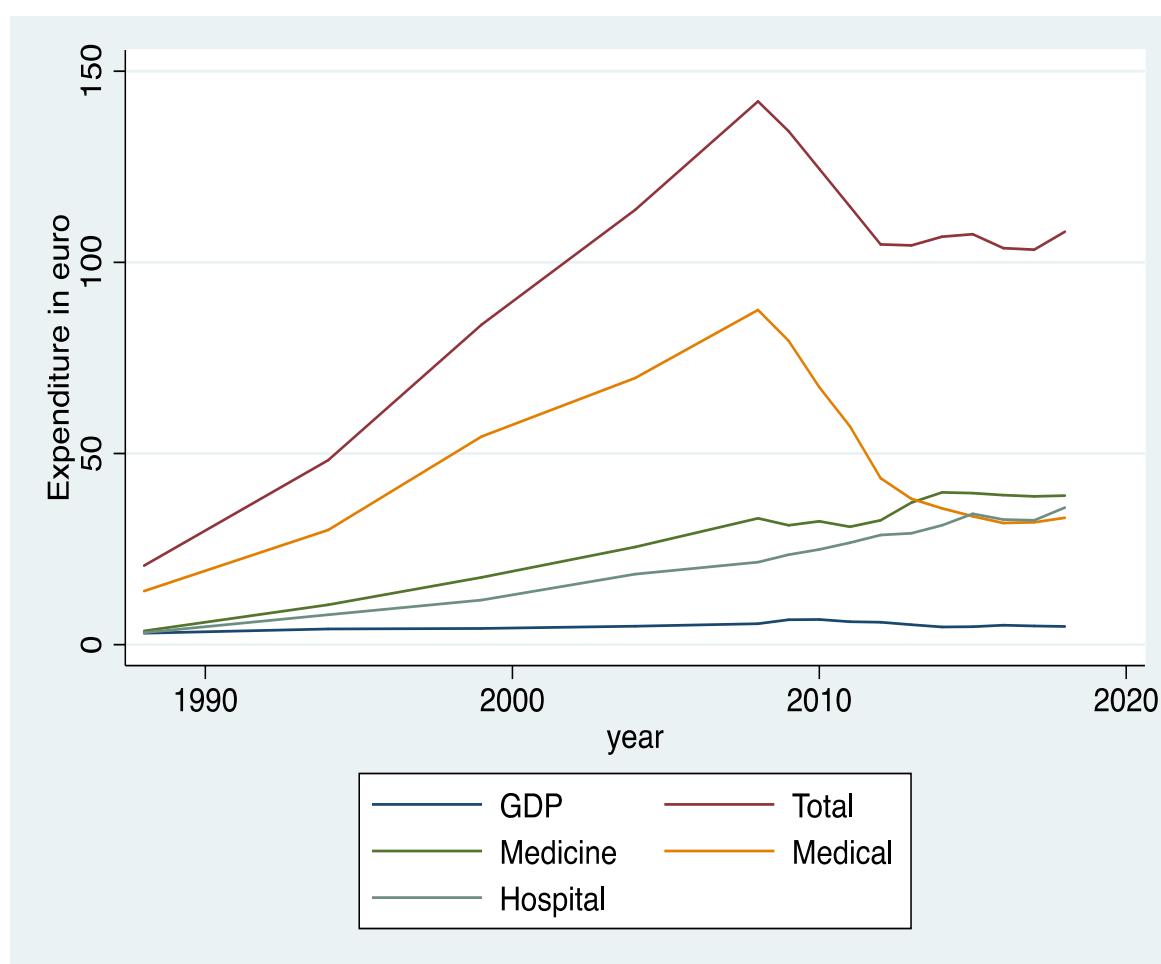
[Βλέπε, επίσης, στο **Κεφάλαιο 2** της παρούσας τα Γραφήματα 9 και 11 για τις «Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2009» και «Δαπάνες υγείας χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1970-2013» αντιστοίχως]



### 6.3.4 Από κοινού παρουσίαση της εξέλιξης των δαπανών των νοικοκυριών και των δημοσίων δαπανών υγείας (multiple co-integration)

Στο Γράφημα 52 απεικονίζεται η από κοινού, παράλληλη εξέλιξη των δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών και των δημοσίων δαπανών υγείας. Βάσει αυτής, οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών δείχνουν να συμπορεύονται με τις δημόσιες δαπάνες, αφού όπως προαναφέρθηκε, το σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών εμφανίζει έντονη αύξηση την περίοδο 1988-2008 και σημαντική μείωση την περίοδο 2008-2018, αλλά και το σύνολο των δημοσίων δαπανών εμφανίζει έντονη αύξηση την περίοδο 1988-2010 και σημαντική μείωση την περίοδο 2010-2018.

Γράφημα 52: Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, 1988-2018



Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.(OECD Health Statistics, 2019) & ΕΛ.ΣΤΑΤ., (Ε.Ο.Π., 1988-2018).

### 6.3.5 Έλεγχος συνολοκλήρωσης

Στην τελευταία ενότητα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα στοιχεία αναφορικά με τη συνολοκλήρωση των δαπανών των νοικοκυριών με τις δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ. Λόγω των λίγων παρατηρήσεων (που δε μας επιτρέπουν να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα), ο έλεγχος Johansen δεν αποδίδει αποτελέσματα στο σύνολο των δεδομένων και για το λόγο αυτό επιλέχθηκε να γίνει έλεγχος συνολοκλήρωσης μεταξύ δημοσίων δαπανών υγείας και συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας (Πίνακας 16) και μεταξύ δημοσίων δαπανών υγείας και των δύο κυριότερων κατηγοριών ιδιωτικών δαπανών υγείας (ιατρικά και φαρμακευτικά) (Πίνακας 6). Από τον Πίνακα 16 προκύπτει ότι για το  $r = 0$ , η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται (αφού  $\text{trace statistic} > \text{critical value}$ ) και αυτό σημαίνει ότι απορρίπτουμε την υπόθεση της μη ύπαρξης εξίσωσης συνολοκλήρωσης. Αντίθετα, για  $r = 1$ , η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται ( $2.16 < \text{ κρίσιμη τιμή} = 3.74$ ) και δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση ότι υπάρχει μόνο μία εξίσωση συνολοκλήρωσης.

Αυτό σημαίνει ότι **υπάρχει μια σχέση συνολοκλήρωσης μεταξύ των δημοσίων δαπανών υγείας και δαπανών υγείας των νοικοκυριών.**

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ανάλυσης συνολοκλήρωσης μεταξύ δημοσίων δαπανών υγείας και δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών

Johansen tests for cointegration						
Trend: trend					Number of obs =	9
Sample: 2010 - 2018					Lags =	2
maximum				trace	5%	
rank	parms	LL	eigenvalue	statistic	critical	value
0	8	-19.389823	.	26.6515	18.17	
1	11	-7.1448956	0.93420	2.1616*	3.74	
2	12	-6.0640754	0.21352			

Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.(OECD Health Statistics, 2019) & ΕΛ.ΣΤΑΤ., (Ε.Ο.Π., 1988-2018).

Στην συνέχεια εκτιμήθηκε η εξίσωση συνολοκλήρωσης και το πολυμεταβλητό μοντέλο/υπόδειγμα διόρθωσης λαθών VEC (*Vector Error Correction Model* ή αλλιώς *ECVAR*) και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 17.

Η εξίσωση συνολοκλήρωσης είναι η:

$$ECT_{t-1} = 4.635 + \text{Δαπάνες νοικοκυριών}_{t-1} - 22.832 \cdot \text{Δαπάνες κράτους}_{t-1}$$

Από το VEC προκύπτει ότι οι εξισώσεις μακροχρόνιας ισορροπίας:

$$\begin{aligned} \Delta(\text{δημόσιες δαπάνες})_t & \\ &= -0.718 \cdot ECT_{t-1} + 1.826 \cdot \text{Δαπάνες κράτους}_{t-1} + 2.218 \\ &\quad \cdot \text{Δαπάνες νοικοκυριών}_{t-1} - 0.0002 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \Delta(\text{δαπάνες νοικοκυριών})_t & \\ &= 0.681 \cdot ECT_{t-1} - 0.681 \cdot \text{Δαπάνες κράτους}_{t-1} - 0.104 \\ &\quad \cdot \text{Δαπάνες νοικοκυριών}_{t-1} - 0.002 \end{aligned}$$

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική συνολοκλήρωση μεταξύ των δημοσίων δαπανών και των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών**. Ο συντελεστής των κρατικών δαπανών (GDP) στην εξίσωση συνολοκλήρωσης είναι στατιστικά σημαντικός, όπως και οι παράμετροι προσαρμογής. Οι παράμετροι προσαρμογής σε αυτό το διμερές παράδειγμα είναι εύκολο να ερμηνευτούν και μπορούμε να δούμε ότι οι εκτιμήσεις έχουν τα σωστά πρόσημα (αρνητικά) και υποδηλώνουν ταχεία προσαρμογή προς την ισορροπία και είναι ένδειξη ότι καθώς οι κρατικές δαπάνες για υγεία αυξάνονται, οι ιδιωτικές δαπάνες μειώνονται (αρνητικό πρόσημο:  $b=-22.832$ ,  $p<0.05$ ). Η εκτίμηση του συντελεστή  $D\_V1(ce1)$  ισούται με  $-0.718$  ( $p<0.05$ ). Έτσι, όταν η μέση τιμή των ιδιωτικών δαπανών είναι πολύ υψηλή, γρήγορα πέφτει προς το επίπεδο των δημοσίων δαπανών. Ο εκτιμώμενος συντελεστής  $D\_GDP(ce1)$  ισούται με  $0.068$  ( $p<0.05$ ) και υποδηλώνει ότι η μέση τιμή στις δημόσιες δαπάνες προσαρμόζεται γρήγορα στα επίπεδα των ιδιωτικών δαπανών. Μπορούμε να πούμε ότι περίπου 71.8% των ανισορροπιών μεταξύ ιδιωτικών και δημοσίων δαπανών

που προκύπτουν διορθώνεται από μεταβολές των ιδιωτικών δαπανών, ενώ μόλις το 6.8% διορθώνεται από μεταβολές των δημόσιων δαπανών.

**Τα αποτελέσματα δηλώνουν ευκρινώς μια αμφίδρομη μακροχρόνια σχέση μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών με τις ιδιωτικές δαπάνες να φαίνεται πως προσαρμόζονται πιο γρήγορα στα επίπεδα των δημόσιων δαπανών, ενώ είναι αυτές που, κατά κύριο λόγο, διορθώνουν τις ανισορροπίες μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών.**

Πίνακας 17: Αποτελέσματα εξίσωσης συνολοκλήρωσης και μοντέλου VEC μεταξύ κρατικών δαπανών και δαπανών ελληνικών νοικοκυριών

Johansen normalization restriction imposed						
beta	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>_ce1</b>						
V1	<b>1</b>	.	.	.	.	.
GDP	<b>-22.83186</b>	<b>1.574286</b>	<b>-14.50</b>	<b>0.000</b>	<b>-25.9174</b>	<b>-19.74632</b>
_cons	<b>4.635125</b>	.	.	.	.	.
	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>D_V1</b>						
_ce1						
L1.	<b>-.7181892</b>	<b>.290038</b>	<b>-2.48</b>	<b>0.013</b>	<b>-1.286653</b>	<b>-.1497253</b>
V1						
LD.	<b>2.218084</b>	<b>.6594626</b>	<b>3.36</b>	<b>0.001</b>	<b>.925561</b>	<b>3.510607</b>
GDP						
LD.	<b>1.826119</b>	<b>2.789096</b>	<b>0.65</b>	<b>0.513</b>	<b>-3.640409</b>	<b>7.292648</b>
_cons	<b>-.0001754</b>	<b>1.575419</b>	<b>-0.00</b>	<b>1.000</b>	<b>-3.08794</b>	<b>3.087589</b>
<b>D_GDP</b>						
_ce1						
L1.	<b>.0680826</b>	<b>.0089817</b>	<b>7.58</b>	<b>0.000</b>	<b>.0504788</b>	<b>.0856865</b>
V1						
LD.	<b>-.1026407</b>	<b>.0204218</b>	<b>-5.03</b>	<b>0.000</b>	<b>-.1426667</b>	<b>-.0626147</b>
GDP						
LD.	<b>-.0681388</b>	<b>.086371</b>	<b>-0.79</b>	<b>0.430</b>	<b>-.2374228</b>	<b>.1011451</b>
_cons	<b>-.0018506</b>	<b>.0487866</b>	<b>-0.04</b>	<b>0.970</b>	<b>-.0974705</b>	<b>.0937694</b>

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., (δεδομένα Ε.Ο.Π., 1988-2018 σε πρωτογενή μορφή)

#### 6.4 Συμπεράσματα

Το πρόγραμμα λιτότητας στο οποίο εισήχθη η Ελλάδα λόγω της οικονομικής κρίσης, επηρέασε σημαντικά τις δαπάνες για την υγεία. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι **οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών πενταπλασιάστηκαν από το 1988 έως το 2008, ενώ από το 2008 έως το 2018 οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών στην υγεία μειώθηκαν κατά 24%**. Ως προς τις υποκατηγορίες προέκυψε ότι οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018, ενώ φάνηκε ότι ήταν η μόνη κατηγορία που δεν επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την οικονομική κρίση. Παρόμοια, οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018 και επηρεάστηκαν σε πολύ μικρό βαθμό από την οικονομική κρίση. Αντίθετα, οι μέσες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισαν ανοδική τάση από το 1988 έως το 2008 και εμφάνισαν σημαντική μείωση από το 2008 έως το 2018.

Σε ό,τι αφορά τις δημόσιες δαπάνες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε αύξηση κατά την περίοδο 1988 έως 2010 και μείωση κατά την περίοδο 2010 έως 2018. Ουσιαστικά, μπορούμε να πούμε ότι **τα νοικοκυριά με την έναρξη της οικονομικής κρίσης μείωσαν τις δαπάνες υγείας, ενώ το κράτος προσαρμόστηκε σε αυτή την κατάσταση δύο χρόνια αργότερα.**

Τέλος, από την ανάλυση συνολοκλήρωσης προέκυψε **σημαντική συνολοκλήρωση μεταξύ δημοσίων δαπανών με τις συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών και σημαντική συνολοκλήρωση μεταξύ δημοσίων δαπανών, ιατρικών δαπανών των νοικοκυριών και φαρμακευτικών δαπανών των νοικοκυριών.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΒΔΟΜΟ | Η κρίση και οι επιπτώσεις της στο ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο

*“Σε μια προσέγγιση του βιοτικού επιπέδου  
πρέπει να θεωρείται αυτονόητο  
ότι η μεταβλητή που μελετήθηκε είναι η κατανάλωση”*  
Atkinson (1998)

Η μελέτη της κατανάλωσης δύναται να παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη γενική καταναλωτική συμπεριφορά, ώστε να διεξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με την γενικότερη ευημερία των ανθρώπων. Η διερεύνηση των δαπανών και των μοτίβων κατανάλωσης των νοικοκυριών οδηγεί αφενός, στην παρακολούθηση και την ερμηνεία των ανισοτήτων και των μεταβολών του βιοτικού επιπέδου και αφετέρου, αποτελεί μια ελπιδοφόρα στρατηγική για την επέκταση και συμπλήρωση των γενικών προσεγγίσεων της παρούσας μελέτης.

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση είχε μεγάλη επιρροή στην καταναλωτική συμπεριφορά σε παγκόσμια κλίμακα. Διαφορετική καταναλωτική συμπεριφορά παρατηρήθηκε σε διαφορετικά επίπεδα οικονομιών. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει προσέγγιση των επιπτώσεων της ύφεσης στο ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο. Επίσης, αφού διασαφηνιστούν οι κύριες αλλαγές που συνέβησαν στην καταναλωτική συμπεριφορά, θα διαμορφωθεί το πορτρέτο μετά την οικονομική κρίση, ειδικότερα στον κλάδο της υγείας.

### 7.1 Έννοια και Παράγοντες που επηρεάζουν την καταναλωτική συμπεριφορά

Η καταναλωτική συμπεριφορά έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας εδώ και πολύ καιρό. Υπάρχει μια μακρά ιστορία της έρευνας σχετικά με τα πρότυπα των δαπανών των νοικοκυριών και τις μεταβολές τους με την πάροδο του χρόνου, η οποία χρονολογείται από τον 19ο αιώνα και το περίφημο έργο του Ernst

Engel(1857)<sup>155</sup>. Ουσιαστικά, η έννοια της καταναλωτικής συμπεριφοράς αναφέρεται σε μία συλλογή από διαδικασίες λήψης αποφάσεων, οι οποίες επηρεάζονται από εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Kar (2010)<sup>156</sup>, η καταναλωτική συμπεριφορά είναι η μελέτη των διαδικασιών που το άτομο ή η ομάδα ατόμων χρησιμοποιούν, προκειμένου να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους και να ικανοποιούν τις ανάγκες τους.

Συνήθως, η καταναλωτική συμπεριφορά παίρνει πολλές μορφές ανάλογα με τις επιλογές των καταναλωτών και μπορεί να ποικίλει βάσει παραγόντων όπως το **εισόδημα, δημογραφικοί, κοινωνικοί, γεωγραφικοί και πολιτιστικοί** παράγοντες. Η πλεονάζουσα κατανάλωση δημιούργησε το, όπως αποκαλείται, «*παράδοξο της ευτυχίας*», σύμφωνα με το οποίο μετά από την επίτευξη ενός βασικού επιπέδου, το επιπλέον εισόδημα δεν μπορεί να αυξήσει την ευτυχία πάνω από αυτό το όριο (Δρακόπουλος, 2008)<sup>157</sup>.

Η αβεβαιότητα γύρω από τις επιχειρήσεις, όπως είναι αναμενόμενο, επηρέασε το αίσθημα ασφάλειας για τους εργαζόμενους και επομένως, οι καταναλωτές, πλήρως ανασφαλείς σχετικά με το εισόδημά τους, μείωσαν το επίπεδο κατανάλωσης, προσαρμόζοντας το καλάθι του νοικοκυριού. Για παράδειγμα, η δαπάνη για φαγητό και πρώτες ανάγκες αυξήθηκαν σε σχέση με τις δαπάνες για ρούχα (Peter and Olson 2007)<sup>158</sup>. Οι αγοραστές μετέβαλαν την αγοραστική τους συμπεριφορά: έχουν αρχίσει πλέον να ανησυχούν για την εργασία τους και δεν απολαμβάνουν να ξοδεύουν τα χρήματά τους. Επιπλέον, δημιουργήθηκε η τάση εναλλαγής επώνυμων προϊόντων (brands) και εστίασης περισσότερο στην τιμή απ' ό,τι στην ποιότητα, καθώς επίσης η εντατικοποίηση της αναζήτησης στο ίντερνετ ψάχνοντας για ευκαιρίες (Perner, 2008<sup>159</sup> & Δρακόπουλος, 2008)<sup>160</sup>. Συνεπώς, ο **ψυχολογικός παράγοντας** έχει άμεσο αντίκτυπο στην καταναλωτική συμπεριφορά. Όσο οι άνθρωποι διαβάζουν περισσότερο για την

---

<sup>155</sup> Engel, E. (1857), "Die Productions-und Consumtionsverhältnisse des KBnigreichts Sachsen, in Zeitschrift des Statistischen Biireaus des Koniglich Sachsischen Ministeriums des Innern", No. 8 and 9, pp. 1-54.

<sup>156</sup> Kar, M. (2010), "Consumer behaviour over the last 25 years", Oxirm Research Themes, Oxford Institute of Retail Management, The Retail Digest, pp. 46-53.

<sup>157</sup> Drakopoulos, S.A. (2008), "The paradox of happiness: towards an alternative explanation", Journal of Happiness Studies, Volume 9, No. 2; pp.303-315

<sup>158</sup> Peter, P. and Olson, J. (2007), "Consumer Behaviour", McGraw-Hill, London.

<sup>159</sup> Perner, L. (2008), "Consumer behaviour: the psychology of marketing; Uni. of Southern California", on-line available at: <http://www.consumerpsychologist.com>, (August 7, 2010).

<sup>160</sup> ό.π.

οικονομική κρίση και όσο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στρέφονται γύρω από τα αποτελέσματα αυτής, υπάρχει μία έντονη ψυχολογική επιρροή με αρνητικό αντίκτυπο στους καταναλωτές (Pandelica A. & I., 2009)<sup>161</sup>.

Επίσης, γίνεται αντιληπτό ότι η κατανάλωση προϋποθέτει εισόδημα (χωρίς εισόδημα, δε νοείται κατανάλωση) και το εισόδημα, πέραν της άμεσης κατανάλωσής του, εξαρτάται από την **αποταμίευση**. Επομένως, η κατανάλωση αλληλεπιδρά με την αποταμίευση. Κατά τη διάρκεια της ύφεσης τα άτομα έχουν την τάση να αποταμιεύουν, λόγω ανασφαλών συνθηκών που σχετίζονται με την εργασία ή το εισόδημά τους. Οι δείκτες αποταμίευσης φθίνουν καθώς οι οικονομικές συνθήκες βελτιώνονται, αφού η αποταμίευση επηρεάζεται από οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ωστόσο, στους δύσκολους καιρούς, δεν είναι εφικτό για όλους να αποταμιεύσουν, ιδίως για αυτούς που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση λόγω μείωσης μισθού ή απώλειας θέσεως εργασίας. Έτσι, διοχετεύουν τα λίγα χρήματα που τους έχουν απομείνει μόνο για τα απολύτως απαραίτητα, χωρίς κανένα περιθώριο αποταμίευσης.

Όπως είναι αναμενόμενο, ο καταναλωτής αντιδρά σε κάθε αλλαγή στην οικονομική κατάσταση που επικρατεί μεταβάλλοντας την κατανάλωσή του. Αυτό συμβαίνει λόγω της μεταβολής στα επίπεδα της **αντίληψής του περί κινδύνου**. Σύμφωνα με Ang S. H. (2001)<sup>162</sup>, οι μεταβολές στην καταναλωτική συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν και από τα **προσωπικά χαρακτηριστικά** των καταναλωτών, όπως το βαθμό ανάληψης κινδύνου που διαθέτουν, τη συναίσθηση της αξίας και την ματεριαλιστική (υλιστική) φύση τους.

## 7.2 Η επίπτωση της κρίσης στο ευρύτερο καταναλωτικό πρότυπο

Όπως προαναφέρθηκε, η οικονομική κρίση επηρεάζει τους καταναλωτές όχι μόνο οικονομικά, αλλά και ψυχολογικά. Είναι λογικό οι καταναλωτές να γίνονται περισσότερο «χρηματο-κεντρικοί» και να τους ενδιαφέρει περισσότερο το χρήμα. Δεν θέλουν, πλέον, να ξοδεύουν χρήματα σε πολυτελή προϊόντα ακόμα και αν έχουν την ευχέρεια να τα

---

<sup>161</sup> Pandelica A. & I. (2009), "Consumers' reaction and organizational response in crisis context", Uni. Of Oradea. The Journal of the Faculty of Economics, 1(5), pp. 779-782

<sup>162</sup> Ang, S. (2001), "Personality influences on consumption: insight from the Asian economic crisis", Journal of International Consumer Marketing, 13 (1), pp. 5-20.



αγοράσουν με άνεση. Αντιθέτως, αγοράζουν μόνο τα αναγκαία, προτιμούν φθηνότερα επώνυμα προϊόντα (brands) και έχουν πιο ορθολογική εικόνα επί της προώθησης των προϊόντων. Οι καταναλωτές αρχίζουν να συγκρίνουν διαφορετικά προϊόντα και επιλέγουν βάσει της τιμής και της ισοσταθμούμενης ποιότητας (Nistorescu and Puiu, 2009)<sup>163</sup>.

Νέες τάσεις καταναλωτικής συμπεριφοράς αναδύθηκαν ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Οι Paul Flatters & Michael Willmott<sup>164</sup> (2009) σε μελέτη<sup>165</sup> τους, προσδιορίζουν αυτές τις νέες τάσεις ως ακολούθως:

- Ζήτηση για απλότητα (demand for simplicity):  
Κατά τη διάρκεια της ύφεσης οι καταναλωτές συνηθίζουν να αγοράζουν προσφορές, απλοποιώντας τη ζήτηση, και έτσι μετά την κρίση είναι αναμενόμενο ότι οι καταναλωτές θα συνεχίσουν να αγοράζουν προϊόντα με μεγαλύτερη προστιθέμενη αξία.
- Διακριτική Λιτότητα (discretionary thrift):  
Ακόμα και οι ευκατάστατοι άνθρωποι κάνουν οικονομία, παρόλο που δεν το έχουν ανάγκη. Αρχίζουν να ανακυκλώνουν, να αγοράζουν μεταχειρισμένα προϊόντα και να διδάσκουν τα παιδιά τους πιο απλές και παραδοσιακές αξίες.
- Ευμετάβλητη κατανάλωση (mercurial consumption):  
Οι σημερινοί καταναλωτές είναι πιο ευέλικτοι σε ό,τι αφορά τις διακυμάνσεις των τιμών και έχουν την ικανότητα να εναλλάσσουν τις επώνυμες μάρκες προϊόντων, αναζητώντας τη χαμηλότερη τιμή, η οποία αντικατοπτρίζει την υψηλότερη ποιότητα και πιστότητα.
- Πράσινος καταναλωτισμός (green consumerism):  
Αυτή η τάση έχει μειωθεί κατά τη διάρκεια της ύφεσης, διότι οι άνθρωποι δε είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερο για προϊόντα που έχουν κοντινά

---

<sup>163</sup> Nistorescu, T. and Silvia, P. (2009), "Marketing strategies used in crisis - case study", MPRA Paper 17743, University Library of Munich, Germany.

<sup>164</sup> Flatters, P. and Willmott, M. (2009), "Understanding the postrecession consumer", Harvard Business Review, 7(8), pp. 106-112.

<sup>165</sup> σε Sharma V., Sonwalkar J. , 2013

υποκατάστατα χαμηλότερης αξίας. Η ζήτηση για πράσινα περιβαλλοντικά φιλικά προϊόντα φθίνει, ωστόσο αναμένεται να ανακάμψει μετά την ύφεση.

- Ηθικός καταναλωτισμός (*ethical consumerism*):

Οι άνθρωποι δωρίζουν λιγότερο σε φιλανθρωπίες και φιλοζωικές οργανώσεις, διότι εστιάζουν περισσότερο στην ευημερία της οικογένειάς τους. Και αυτή η τάση αναμένεται να ανακάμψει με αργούς ρυθμούς αμέσως μετά την ύφεση.

### **7.3 Η καταναλωτική συμπεριφορά των ελληνικών νοικοκυριών στην υγεία**

Η δεύτερη χιλιετηρίδα, όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσης, έκανε την είσοδο της με δυναμική αύξηση δαπανών υγείας. Εν μέρει, αυτό οφειλόταν στη σημαντική βελτίωση της οικονομικής κατάστασης της μεσαίας τάξης, η οποία διαμόρφωσε και ανάλογο καταναλωτικό πρότυπο. Τα συνταξιοδοτικά προγράμματα του δημοσίου, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας, θεωρήθηκαν φτωχές για το επίπεδο διαβίωσής τους. Έτσι, από το 1960 ξεκίνησε εντυπωσιακά να καθιερώνεται η ιδιωτική ασφάλιση. Μεγάλο μέρος των ατόμων της μεσαίας και φυσικά της ανώτερης τάξης απέκτησαν ιδιωτική ασφάλιση (στη Γαλλία παραδείγματος χάριν το 90% του πληθυσμού).

Η έλευση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης άλλαξε τα δεδομένα. Οι συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών σε αυτή την περίοδο, κατά την οποία η χώρα έχει βρεθεί σε βαθιά ύφεση, σημείωσαν ραγδαία πτώση. Τα χαμηλόμισθα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές επηρεάστηκαν βαθιά από την κρίση και ακόμη περισσότερο τα αντίστοιχα των αγροτικών ή ημι-αγροτικών περιοχών. Είναι λογικό να συμβαίνει κάτι τέτοιο, αφού η πλειοψηφία των νοικοκυριών στις αγροτικές περιοχές αποτελείται από χαμηλοσυνταξιούχους και αγρότες (Duquenne M.N., Vlontzos G., 2014)<sup>166</sup>.

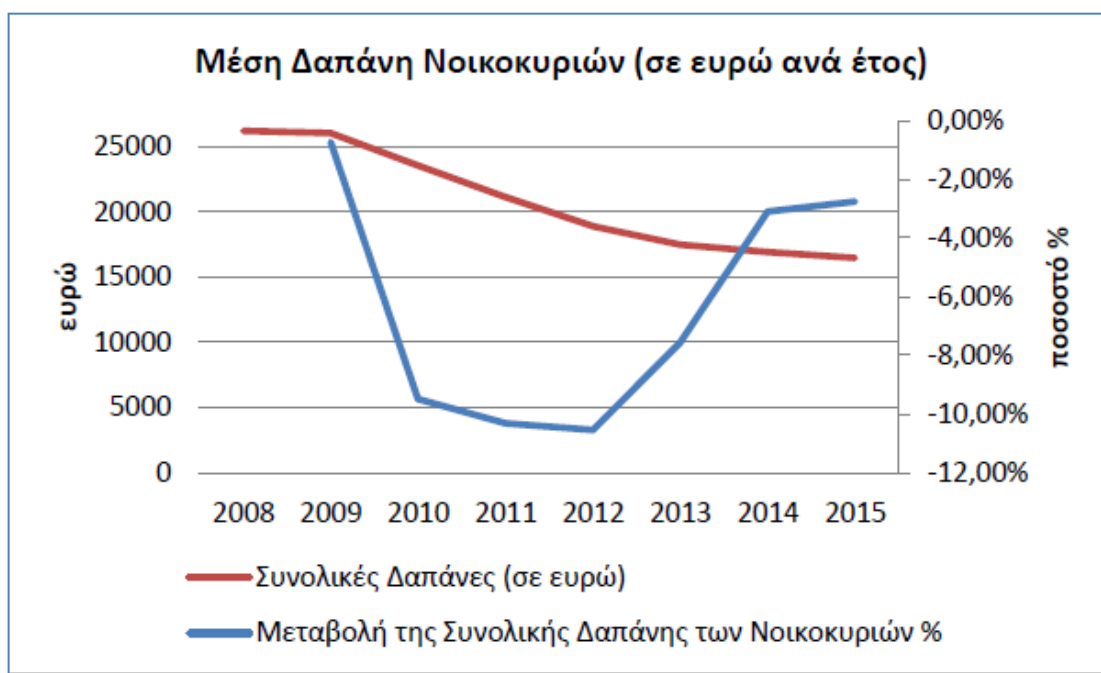
Όπως είναι αναμενόμενο, οι δαπάνες από το 2009 και έπειτα σημείωσαν μείωση σε όλες τις κατηγορίες δαπανών. Σε κάποιες κατηγορίες, όπως είναι λογικό, ο περιορισμός των δαπανών είναι άμεσος και δραστικός, ενώ στις περισσότερες κατηγορίες η μείωση γίνεται με πιο αργούς ρυθμούς. Σύμφωνα με μελέτη πάνω στις ανισότητες στην Υγεία και τις

---

<sup>166</sup> Duquenne M.N., Vlontzos G. (2014), "The impact of the Greek crisis on the consumers' behaviour: some initial evidences?" British Food Journal; Vol. 116 No. 6, 2014

δαπάνες των νοικοκυριών (Χριστάκης Α., 2017)<sup>167</sup>, από τα 26.211€ που αποτελούσαν την μέση δαπάνη των ελληνικών νοικοκυριών το έτος 2008, κατά το έτος 2015 το ποσό αυτό ανήλθε σε 16.455€. Οι συνολικές δαπάνες είναι συνεχώς μειούμενες κατά την περίοδο 2008-2015, μείωση η οποία εντείνεται κατά τα έτη 2010-2013 όπου σημειώνεται η μεγαλύτερη πτώση<sup>168</sup>. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι η συνολική μείωση που σημείωσαν οι δαπάνες των νοικοκυριών είναι περίπου της τάξης του 40% μέσα σε μια περίοδο 8 ετών, πρωτόγνωρη δηλαδή πτώση για τα δεδομένα των σύγχρονων δυτικών κοινωνιών σε περίοδο ειρήνης. Το ακόλουθο Γράφημα 53 απεικονίζει τη μέση δαπάνη των Νοικοκυριών και τη μεταβολή της συνολικής δαπάνης ανά έτος (2008-2015).

Γράφημα 53: Μέση δαπάνη των νοικοκυριών και μεταβολή της συνολικής δαπάνης ανά έτος (2008-2015)



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008-2015, ΕΛΣΤΑΤ (σε Χριστάκης Α. , 2017)

Η δραματική μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων σε συνδυασμό με την αύξηση της φορολογίας -άμεσης και έμμεσης- εξώθησαν τα νοικοκυριά να μειώσουν με βίαιο τρόπο τις καταναλωτικές τους δαπάνες. Ακόμα και αν σε ορισμένες κατηγορίες δαπάνης

<sup>167</sup> Χριστάκης Α. (2017), «Ανισότητες στην Υγεία: Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας κατά τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία στα πλαίσια του ΠΜΣ «Θεσμοί Και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

<sup>168</sup> Τα νοικοκυριά ξόδευαν για είδη διατροφής λιγότερο από το 16% των συνολικών δαπανών τους το 2008, ενώ το ποσοστό αυτό ξεπέρασε το 21% κατά το έτος 2015 (Χριστάκης Α. , 2017).

υπήρχε μεγάλο περιθώριο περικοπής δαπανών από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (π.χ. είδη ένδυσης και υπόδησης), δεν συνέβη το ίδιο και με άλλες κατηγορίες δαπάνης οι οποίες αποτελούν βασικούς παράγοντες επιβίωσης (π.χ. διατροφή). Μολονότι η ανεργία αυξήθηκε, οι μισθοί μειώθηκαν, οι καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν σε όλες τις κατηγορίες ένδυσης, υπόδησης, τουρισμό, ψυχαγωγία, ωστόσο, οι δαπάνες υγείας δε μειώθηκαν αισθητά λόγω της ανελαστικότητας της ζήτησης του αγαθού Υγεία. Με άλλα λόγια, **το νοικοκυριό χρειάστηκε να θυσιάσει άλλα αγαθά, υλικά ή άυλα, προκειμένου να εξοικονομήσει τους πόρους που απαιτούνται για τις δαπάνες υγείας.**

Πράγματι, τα αποτελέσματα του *Κεφαλαίου 6* της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι:

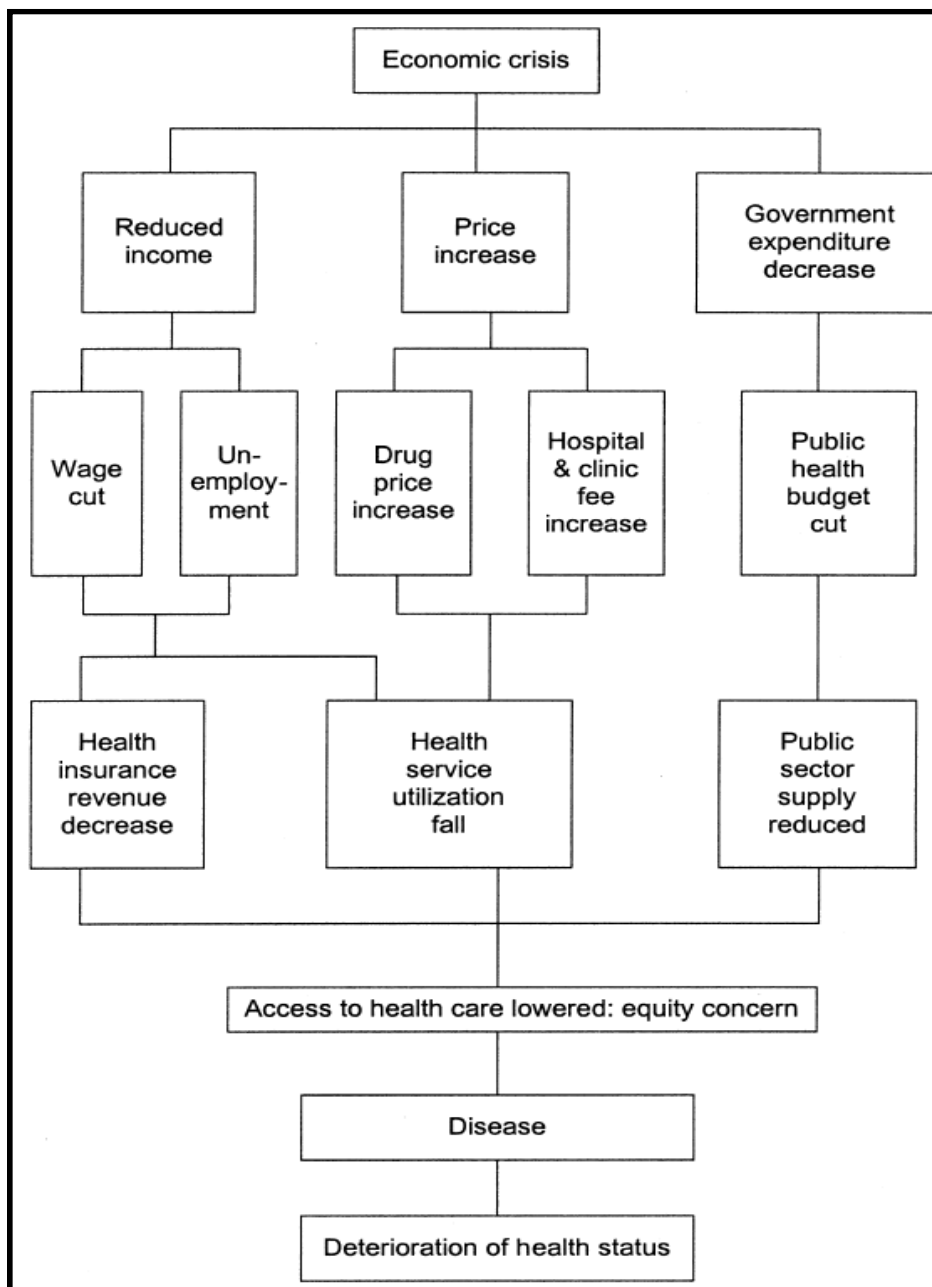
- Οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών πενταπλασιάστηκαν από το 1988 έως το 2008, ενώ από το 2008 έως το 2018 οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών στην υγεία μειώθηκαν κατά 24%.
- Ως προς τις υποκατηγορίες δαπανών, προέκυψε ότι οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018, ενώ φάνηκε ότι ήταν η μόνη κατηγορία που δεν επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την οικονομική κρίση.
- Οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018 και επηρεάστηκε σε πολύ μικρό βαθμό από την οικονομική κρίση.
- Αντίθετα, οι μέσες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισαν ανοδική τάση από το 1988 έως το 2008 και σημαντική μείωση από το 2008 έως το 2018.

Επομένως, για μία ακόμη φορά επιβεβαιώνεται η ανελαστικότητα της υγείας, ενώ εντυπωσιάζει η μεταβολή στην σύνθεση της ίδιας της δαπάνης κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην χώρα.

Η ύφεση έχει οδηγήσει τους καταναλωτές για να αναζητήσουν καινούργια ορόσημα: Έχουν γίνει πιο υπεύθυνοι και πιο απαιτητικοί. **Όλο και πιο συχνά χρησιμοποιούν κουπόνια, προτιμούν να αγοράσουν σε περιόδους προσφορών, εστιάζοντας στην εξοικονόμηση χρημάτων.** Οι σύγχρονοι καταναλωτές έχουν επίγνωση όλων των διαστάσεων ενός προϊόντος από τον σχεδιασμό, την ασφάλεια, την προέλευση μέχρι τον

κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο που αυτό έχει (Bong-min Yang et al., 2001)<sup>169</sup>. Μια σχηματική απεικόνιση των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα του Musgrove (1987)<sup>170</sup>.

Γράφημα 54: *Economic crisis and health care utilization (Οικονομική κρίση και χρήση υπηρεσιών υγείας)*



Πηγή: Musgrove P.<sup>171</sup>, 1987 (σε Yang B., Prescott N, Bae E., 2001)<sup>172</sup>

<sup>169</sup> Yang B., Prescott N, Bae E. (2001), "The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea", Health Policy and Planning; 16 (4): 372–385© Oxford University Press, 2001

<sup>170</sup> Musgrove P., (1987), "The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean", International Journal of health Services 17: 411-41.

Προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα, το παραπάνω διάγραμμα θα μπορούσε να συνοψισθεί ως ακολούθως: Το μειωμένο εισόδημα, λόγω χαμηλότερων μισθών και υψηλότερης ανεργίας, θα μπορούσε να οδηγήσει τον μέσο Έλληνα να χρησιμοποιήσει λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας, ιδίως τις ιδιωτικές και να στραφεί από τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κλινικές στα Δημόσια. Με άλλα λόγια, υπάρχει **αλλαγή στη ζήτηση**: ακόμα κι αν η μεταβολή είναι μικρή, οι καταναλωτές επιλέγουν ξεκάθαρα το δημόσιο λόγω μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος. Σύμφωνα με το επιστημονικό περιοδικό Lancet (2011)<sup>173</sup>, στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση κατά 24% στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων και μείωση κατά 25- 30% στη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατά τα έτη 2009-2010.

Η συρρίκνωση των επιχειρήσεων, τα μειωμένα έσοδα των νοικοκυριών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης σημαίνουν μειωμένα δημόσια έσοδα (φόρους), τα οποία θα διοχετεύονταν στη δημόσια υγεία. Επομένως, η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας μειώνεται. Αυτό σημαίνει ότι και το μέγεθος των δημοσίων υπηρεσιών κινδυνεύει να μειωθεί και οι ευάλωτες πληθυσμιακά ομάδες να βρεθούν σε άμεσο κίνδυνο. Όπου υπάρχει πρόβλημα ανισότητας πρόσβασης στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ηλικιωμένοι, ΑΜΕΑ, παιδιά και άποροι), αυτό συνεπάγεται **χειροτέρευση του επιπέδου υγείας**.

Αντιστοίχως, μια μείωση στον προϋπολογισμό της δημόσιας υγείας για πρόληψη νοσημάτων, μια αύξηση στο επίπεδο συμμετοχής των φαρμάκων ή εισιτηρίου για τη νοσοκομειακή φροντίδα θα οδηγήσουν επίσης, **σε μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση χειροτέρευση του επιπέδου υγείας**.

Επίσης, υπάρχει αρνητική επίδραση στην *ποιότητα* των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού πλέον υπάρχει λιγότερη χρηματοδότηση ανά υπηρεσία. Μακροπρόθεσμα αυτό θα επηρεάσει και τα προγράμματα δημόσιας υγείας. Ωστόσο, αν το κράτος λειτουργήσει ως δίχτυ ασφαλείας, εφαρμόζοντας μέτρα κοινωνικής πολιτικής, κάτι τέτοιο ίσως θα μπορούσε να αποφευχθεί.

---

<sup>171</sup> Musgrove P., (1987), "The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean", International Journal of Health Services 17: 411-41.

<sup>172</sup> Yang B., Prescott N, Bae E. (2001), "The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea", Health Policy and Planning; 16 (4): 372–385© Oxford University Press, 2001

<sup>173</sup> A Kentikelenis, M Karanikolos, I Papanikolas, S Basu, M McKee, D Stuckler, "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", Lancet, Vol.378 (2011), pp. 1457-1458, DOI:10.1016/S0140-6736(11)61556-0

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΌΓΔΩΟ| Συγκρίσεις με τη διεθνή εμπειρία

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζεται πώς λειτούργησε το ελληνικό παράδειγμα σε σχέση με αντίστοιχες χώρες που αντιμετώπιζουν κρίση.

Είναι αυτονόητο, ότι ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης δεν είναι ο ίδιος σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ. Τα κράτη-μέλη βρίσκονταν σε διαφορετικά σημεία εκκίνησης σε ό,τι αφορά την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας τους και την κατάσταση υγείας του πληθυσμού τους, επομένως, κάθε σύστημα υγείας δείχνει διαφορετικό βαθμό ελαστικότητας. Το σίγουρο είναι ότι σχεδόν όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, αναγκάστηκαν να περιορίσουν τους προϋπολογισμούς του κλάδου Υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το δημοσιονομικό πρόβλημα, λανσάροντας πολιτικές μεταρρυθμίσεων και παρεμβάσεων προστασίας της υγείας των πολιτών με στόχο τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όλα τα κράτη-μέλη, στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις επικρατούσες οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και μέτρα τα οποία προσανατολίζονταν σε τρεις άξονες: α) τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, β) το βαθμό και το είδος της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και γ) το σχεδιασμό και την προμήθεια και παροχή των υπηρεσιών υγείας (Thomson S., et al., 2013)<sup>174</sup>. Ανάμεσα στα ειδικότερα μέτρα που υιοθετήθηκαν ήταν η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας υγείας, η μεταρρύθμιση στο δίκτυο των νοσοκομείων, η βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης, ο μεγαλύτερος έλεγχος στις δαπάνες, η καλύτερη διανομή των πόρων, η βελτίωση του συστήματος αποζημιώσεων-επιστροφών, η μείωση της τιμής των φαρμάκων, η χρήση αυτών με σύνεση, καθώς και καλές πρακτικές προμηθειών, ορθολογική συνταγογράφηση, χρήση γενοσήμων φαρμάκων/ μη πατενταρισμένων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (WHO 2009), η αύξηση του κόστους θεραπείας, το μειωμένο εισόδημα των νοικοκυριών και της κάλυψης από ιδιωτική ασφάλιση οδήγησαν στη μείωση της ζήτησης για ιδιωτική περίθαλψη και στην επακόλουθη μεταφορά της ζήτησης

---

<sup>174</sup> Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. (2013), "Health, health systems and economic crisis in Europe", WHO 2013

στο δημόσιο τομέα. Επομένως, σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι Κυβερνήσεις έχουν να αντιμετωπίσουν πρόβλημα αύξησης ζήτησης παροχών υγείας υπό τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των αναγκαίων πόρων για την παροχή τους. Η διεθνής εμπειρία έδειξε ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας σε περιόδους κρίσης πέφτουν σημαντικά. Μάλιστα, στην Ταϊλάνδη, Ινδονησία, Αργεντινή και Ρωσία οι δημόσιες δαπάνες χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να επανέλθουν σε προ-κρίσης επίπεδα (The World Bank, 2009)<sup>175</sup>. Επιπλέον, έρευνα της Παγκόσμιας Τράπεζας από την Αργεντινή (2002)<sup>176</sup> έδειξε, ως αποτέλεσμα της κρίσης του 2001-2002, τη μεγαλύτερη χρήση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, έναντι των ιδιωτικών από το 38% των νοικοκυριών.

Ωστόσο, η μεγέθυνση των συνολικών και δημοσίων δαπανών υγείας εξαρτάται από το βαθμό της ύφεσης στην οποία βρίσκεται η χώρα. Χώρες, δηλαδή, που αντιμετωπίζουν βαθιά ύφεση, έχουν χαμηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης συνολικών και δημοσίων δαπανών. Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2013)<sup>177</sup>, η Ελλάδα και η Ιρλανδία (βλ. Γράφημα 55) είχαν τη χαμηλότερη πτώση του ρυθμού ανάπτυξης της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας μεταξύ των ετών 2009 και 2011 (11,1% και 6,6% αντίστοιχα). Μεταξύ 2009 και 2012, οι δαπάνες υγείας σε πραγματικούς όρους (προσαρμοσμένους στον πληθωρισμό) μειώθηκαν στις μισές χώρες της Ε.Ε. και επιβραδύνθηκαν σημαντικά στις υπόλοιπες. Κατά μέσο όρο, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά 0,6% κάθε έτος, σε σύγκριση με τον ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης του 4,7% μεταξύ των ετών 2000 και 2009. Αυτό ήταν αποτέλεσμα μειώσεων σε υγειονομικό προσωπικό και μισθούς, μειώσεων στις αμοιβές προς τους παρόχους υγείας και στις τιμές φαρμάκων και αυξήσεις στη συμμετοχή των ασθενών.

Ενώ οι δαπάνες υγείας ανέρχονταν με μέτριο ρυθμό το 2012 σε αρκετές χώρες (Αυστρία, Γερμανία και Πολωνία), συνέχισαν να πέφτουν στην Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία, Τσεχική Δημοκρατία και Ουγγαρία. Το προσδόκιμο επιβίωσης στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. αυξήθηκε κατά 5 έτη μεταξύ 1990 και 2012, αλλά το χάσμα μεταξύ των χωρών με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής (Ισπανία, Ιταλία και Γαλλία) και των χωρών με το

---

<sup>175</sup> The World Bank (2009), "Protecting pro-poor health services during financial crises-Lessons from experience", Washington, DC: The World Bank

<sup>176</sup> The World Bank (2002), "Project appraisal document for Jefes De Hogar (Heads of Household) Program in Argentina. Sector Management Unit for the Human Development Country Management Unit for Argentina, Chile, Uruguay and Paraguay, Latin America and Caribbean Region", Washington, DC: The World Bank

<sup>177</sup> OECD, Health at a Glance (2013), available at [www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)



χαμηλότερο (Λιθουανία, Λεττονία, Βουλγαρία και Ρουμανία) δε μειώθηκε. Η Νορβηγία και η Ελβετία αποτελούν τις δύο ευρωπαϊκές χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για υγεία κατά το 2012. Μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ, οι Κάτω Χώρες, η Αυστρία και η Γερμανία αποτελούν τις χώρες με τις υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες, ενώ η Ρουμανία και η Βουλγαρία με τις χαμηλότερες. Στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία οι κυβερνήσεις χρηματοδοτούν πάνω από το 80% των συνολικών δαπανών υγείας. Οι άτυπες πληρωμές (out-of-pocket payments) των νοικοκυριών άγγιξαν κατά μέσο όρο στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. το 2012 το 20% των συνολικών δαπανών υγείας (OECD, 2014)<sup>178</sup>.

Στο σημείο αυτό να αναφέρουμε την πεποίθηση πολλών ότι το να συγκρίνεται η οικονομία της Ελλάδος με τις αντίστοιχες των κρατών της Δύσης, στις οποίες, ως ένα σχετικώς ομοιογενές σύνολο, το επίπεδο ανάπτυξης είχε μακραίωνες κοινές ρίζες, είναι ατυχές. Αντιθέτως, θα πρέπει να υπάρχει παραλληλισμός με τις όμορες χώρες. Καμία από αυτές δεν παρουσίασε τα οικονομικά και πολιτιστικά επιτεύγματα της Ελλάδος. Αντιστοίχως, κάθε σύγκριση με οποιαδήποτε βαλκανική χώρα από τη Ρουμανία μέχρι την Αλβανία αποβαίνει εις όφελος της χώρας μας. Οι περισσότεροι κοινωνικοί δείκτες στην Ισπανία είναι χειρότεροι από εκείνους της Ελλάδος, παρά τα απειράριθμα συγκριτικά πλεονεκτήματα της χώρας αυτής (η Πορτογαλία φυσικά είναι σε ακόμη υποδεέστερη μοίρα). Η περίπτωση της Τουρκίας είναι διαφορετική. Ενώ μια δεκαετία πριν, κάθε παραλληλισμός με την Ελλάδα απέβαινε συντριπτικά εις βάρος της, προσφάτως παρατηρείται ανάπτυξη. Παρ' όλα αυτά, κάθε αντιπαραβολή με το κατά κεφαλήν εισόδημα ή τους κοινωνικούς δείκτες (υγειονομική περίθαλψη, προσδόκιμο ζωής, αναλφαβητισμός κ.λπ.) πόρρω απέχει από την Ελλάδα (Παπαηλιάς, 2013)<sup>179</sup>.

Ωστόσο, για λόγους συγκρισιμότητας δεδομένων και διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το πώς λειτούργησε το ελληνικό παράδειγμα σε σχέση με αντίστοιχες χώρες που αντιμετωπίζουν κρίση, ακολούθως θα εξετάσουμε συνοπτικά τις περιπτώσεις των τεσσάρων χωρών της Ευρώπης που αντιμετώπισαν αποδεδειγμένα σημαντική οικονομική αστάθεια προσφάτως: *Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και Ιρλανδία*

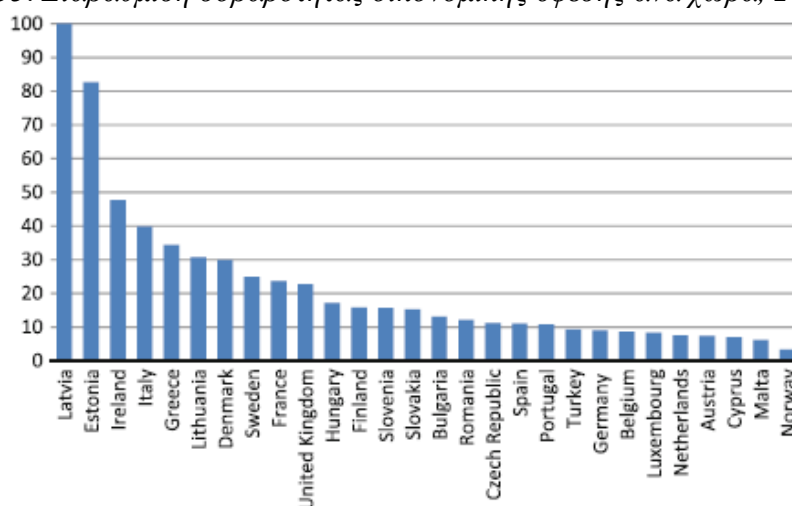
<sup>178</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D. (2014), "Health at a Glance: Europe 2014", OECD Publishing, on-line διαθέσιμο σε: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

<sup>179</sup> Παπαηλιάς Θεόδωρος (2013), «Οι ρίζες της χρεωκοπίας: η ελληνική περίπτωση», Το Ποντίκι, Τεύχος 1791, 19.12.2013

("PIIGS"). Η επιλογή του Ευρωπαϊκού Νότου έγινε συνειδητά, λόγω κοινών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων σε σχέση με τις χώρες του Βορρά και του γεγονότος ότι όλες -πλην της Ιταλίας- απευθύνθηκαν, επίσης, στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο για βοήθεια, ενώ η Ιρλανδία επιλέχθηκε λόγω της σοβαρής οικονομικής ύφεσης που αντιμετώπισε και της προσφυγής της στο ΔΝΤ. Μπορεί η Ιταλία να μην έχει συγκρίσιμο μέγεθος και δύναμη με την Ελλάδα, ωστόσο ο ρυθμός επιβράδυνσης της οικονομίας της ήταν σημαντικός κατά την περίοδο της ύφεσης.

Η Ευρωζώνη δεν επέτρεπε στις χρεωμένες χώρες της, όπως ήταν η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Ιρλανδία και το Βέλγιο, να υποτιμήσουν το νόμισμά τους, επομένως κάποια στιγμή δεν θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στα χρέη. Συγκεκριμένα, το 2009 οι Βαλτικές χώρες, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Ελλάδα αποτελούσαν τις χώρες οι οποίες πλήγηκαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση (Keegan C. et al., 2013)<sup>180</sup>. Στα ακόλουθα Γραφήματα 55 και 56 αποτυπώνεται η σοβαρότητα της οικονομικής ύφεσης ανά χώρα τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Ρουμανία, Λεττονία, Ουγγαρία) που, επίσης, προσέφυγαν στο ΔΝΤ, δεν περιλήφθηκαν στην παρούσα σύγκριση, καθώς δεν ανήκουν στην Ευρωζώνη και επομένως δεν αντιμετωπίζουν στην οικονομία τους τις ίδιες δυσκολίες που προκύπτουν από την υιοθέτηση ενός κοινού νομίσματος.

Γράφημα 55: Διαβάθμιση σοβαρότητας οικονομικής ύφεσης ανά χώρα, 2009

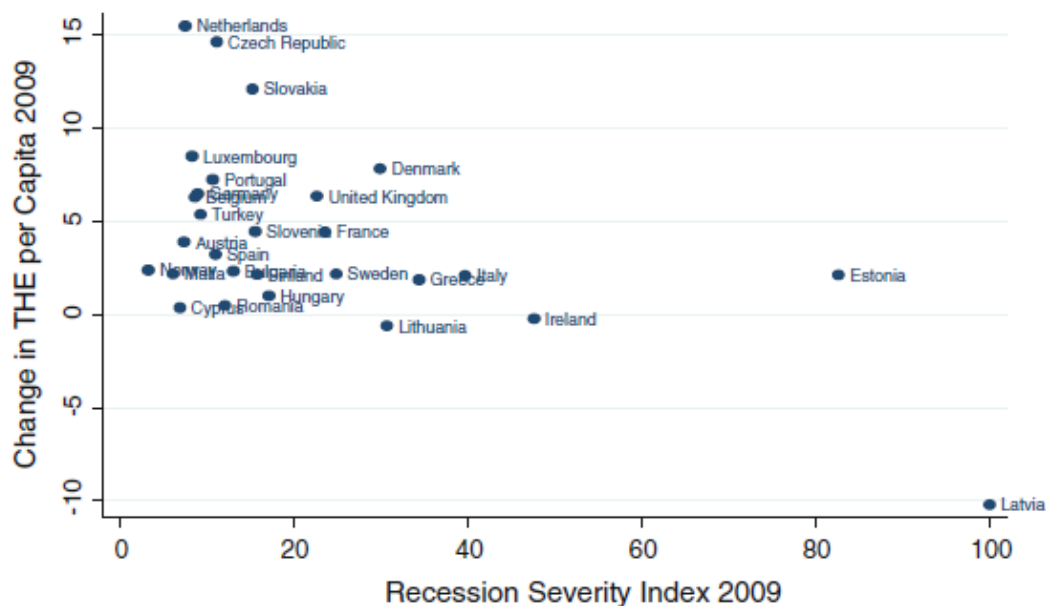


Recession severity index 2009

Πηγή: Keegan C., Thomas S., Normand C., Portela C. (2013)

<sup>180</sup> Keegan C., Thomas S., Normand C., Portela C. (2013), "Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure", Int J Health Care Finance Econ, DOI 10.1007/s10754-012-9121-2, Springer Science+Business Media New York

Γράφημα 56: Διαβάθμιση σοβαρότητας οικονομικής ύφεσης ανά χώρα και συνολικές κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, 2009



Bivariate analysis of recession severity on total health expenditure per capita 2009

Πηγή: Keegan C., Thomas S., Normand C., Portela C. (2013)

Το ενδιαφέρον των τεσσάρων αυτών χωρών έγκειται στα ακόλουθα χαρακτηριστικά των εθνικών τους οικονομιών:

Συνοπτικά, το μέγεθος της οικονομίας της **Πορτογαλίας** κατατάσσεται στην 17η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Μολονότι το χρέος της χώρας είναι μικρότερο από αυτό των Η.Π.Α., το επίπεδο των υποχρεώσεων έχει ανέβει κατά 20% σχεδόν τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, το ποσοστό της ανεργίας της χώρας διακυμάνθηκε μεγαλόπρεπα από 8,8% το 2008, στο 16,4% το 2013 και στο 7% (!) το 2018 (Eurostat, 2019).

Από την άλλη μεριά, η οικονομία της **Ιταλίας** αποτελεί την 4η μεγαλύτερη στην Ε.Ε., αλλά το 2009 επιβραδύνθηκε κατά 4,8%. Το χρέος σε αναλογία με το ΑΕΠ άγγιξε το 115,5 % και ο δείκτης ανεργίας από 6,7% που ήταν τα προηγούμενα χρόνια, έφτασε το 12,7% το 2014, για να παραμείνει στο 10,6% το 2018. Το 2008 και 2009, το ΑΕΠ της Ιταλίας μειώθηκε κατά 1,2% και 5,1%, αντίστοιχα, τη στιγμή που τα 27 κράτη-μέλη της

Ευρωπαϊκής Ένωσης είχαν μέσο όρο αύξησης της τάξης του 0.5% και μείωση κατά 4,3% αντίστοιχα (De Belvis et al., 2012)<sup>181</sup>.

Σε ό,τι αφορά την **Ιρλανδία**, το μέγεθος της οικονομίας της την κατέτασσε στην 15η θέση στην Ε.Ε., ωστόσο, ύστερα από μια μακρά περίοδο υψηλής οικονομικής ανάπτυξης, το 2009 οι δείκτες έπεσαν κατακόρυφα κατά 7,5 ποσοστιαίες μονάδες. Σε αυτό, μάλλον, συνέβαλε και η ένταξη της χώρας στην ευρωζώνη. Τα τελευταία χρόνια το χρέος της Ιρλανδίας τριπλασιάστηκε, η οικονομία της συρρικνώθηκε κατά 10,8% από το 2008 έως το 2010<sup>182</sup>, ενώ η ανεργία τον Ιανουάριο του 2012 άγγιξε το 15,5% (από 4,8% το 2007)<sup>183</sup>, λόγω της κατάρρευσης της κατασκευαστικής δραστηριότητας, και άρχισε την πτωτική της πορεία για να φτάσει το θεαματικό ποσοστό των 5,8% κατά το έτος 2018 (βλ. Πίνακα 18).

Τέλος, η **Ισπανία** είναι η 5η μεγαλύτερη οικονομία εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με το μικρότερο χρέος αναλογικά με το ΑΕΠ της, συγκριτικά με τις "ομοειδείς" της χώρες. Ωστόσο, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν της είναι 66,3%, ενώ ο δείκτης ανεργίας από 11,3% το 2007 ανήλθε στο 26,1% το 2013 έκτοτε άρχισε την πτωτική του πορεία, φθάνοντας το 15,3 το 2018 (Eurostat, 2019). Σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., στην Ισπανία, την Ελλάδα και την Ιρλανδία ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν σε νοικοκυριά χωρίς εισόδημα από εργασία διπλασιάστηκε (OECD, 2014)<sup>184</sup>.

Αντιστοίχως, σύμφωνα με στοιχεία του πρώτου τετραμήνου του 2019 της Eurostat<sup>185</sup> αναφορικά με το ποσοστό χρέους, μετά την Ελλάδα (181,9%), η Ιταλία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό χρέους σε σχέση με το ΑΕΠ της (134,0%), ακολουθεί η Πορτογαλία (123,0%), το Βέλγιο (105,1%) και η Κύπρος (105,0%), ενώ το χαμηλότερο ποσοστό χρέους το έχει η Εσθονία (8,1%), η Βουλγαρία (21,2%) και το Λουξεμβούργο (21,3%).

---

<sup>181</sup> De Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. (2012), "The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector", Health Policy 2012; 106: 10-16.

<sup>182</sup> Barrett A, Kearney I, Goggin J. (2009), "Quarterly Economic Commentary Autumn, 2009". Dublin: Economic and Social Research Institute

<sup>183</sup> Durkan J, Duffy D, O'Sullivan C. (2011), "Quarterly Economic Commentary, Summer 2011". Dublin: Economic and Social Research Institute.

<sup>184</sup> OECD, Society at a glance (2014), available at <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf>

<sup>185</sup> On-line διαθέσιμο σε: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9984123/2-19072019-AP-EN.pdf/437bbb45-7db5-4841-b104-296a0dfc2f1c>

Στον Πίνακα 18 που ακολουθεί παρουσιάζεται το χρέος των συγκρινόμενων χωρών, Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ισπανίας, Ιταλίας και Πορτογαλίας σε εκατ. ευρώ κατά το πρώτο τετράμηνο των ετών 2017, 2018 και 2019.

Πίνακας 18: *Χρέος Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ισπανίας, Ιταλίας και Πορτογαλίας σε εκατ. ευρώ κατά το πρώτο τετράμηνο των ετών 2017, 2018 και 2019.*

### Quarterly government debt

Last update	19.07.19
Extracted on	01.10.19
Source of data	Eurostat
NA_ITEM	Currency and deposits
SECTOR	General government
UNIT	Million euro

GEO/TIME	2017Q1	2018Q1	2019Q1
European Union - 28 countries	505.946,3	518.253,6	541.726,6
Ireland	21.438,9	21.617,7	21.814,6
Greece	5.917,0	5.764,0	6.278,0
Spain	4.255,0	4.496,0	4.729,0
Italy	175.202,9	180.656,1	181.569,4
Portugal	23.085,1	25.292,4	26.952,4

Πηγή: Eurostat (2019)<sup>186</sup>

Επιπλέον, στο ακόλουθο Γράφημα 57 και τον Πίνακα 19 από στοιχεία του Δ.Ν.Τ. (2019)<sup>187</sup> παρατηρούμε πως όλες οι χώρες, εν γένει, ακολουθούν μια κοινή πορεία στις μεγάλες διακυμάνσεις σε ό,τι αφορά το ρυθμό ανάπτυξής τους. Οι δύο χώρες που ξεχωρίζουν είναι η Ιρλανδία και η Ελλάδα, η πρώτη εκπλήσσοντας θετικά με το θεαματικά υψηλό δείκτη ανάπτυξης το 2015 και η χώρα μας με την επιβράδυνση που είχε κατά το έτος 2011 με -9,1% ετήσια μεταβολή μεγέθους ΑΕΠ. Είναι λογικό, οι δύο χώρες να έχουν εκ διαμέτρου αντίθετη απεικόνιση, αφού οι οικονομίες τους διέφεραν ήδη πριν από την κρίση, αλλά και ως προς τη γενεσιουργό αιτία της κρίσης (Ιρλανδία:

<sup>186</sup> On-line διαθέσιμο σε: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9984123/2-19072019-AP-EN.pdf/437bbb45-7db5-4841-b104-296a0dfc2f1c>

<sup>187</sup> On-line διαθέσιμο σε: [https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP\\_RPCH@WEO/IRL/GRC/ESP/ITA/PRT/WEO WORLD/EU](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/IRL/GRC/ESP/ITA/PRT/WEO WORLD/EU)

χρηματοπιστωτική κρίση, Ελλάδα: κακώς δομημένη οικονομία και λειτουργία του δημοσίου τομέα).

Γράφημα 57: Δείκτης ανεργίας ανά χώρα, 2008-2018 (%)

**Unemployment rate 2008-2018 (%)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EU-28	7.0	9.0	9.6	9.7	10.5	10.9	10.2	9.4	8.6	7.6	6.8
Euro area	7.6	9.6	10.2	10.2	11.4	12.0	11.6	10.9	10.0	9.1	8.2
Belgium	7.0	7.9	8.3	7.2	7.6	8.4	8.5	8.5	7.8	7.1	6.0
Bulgaria	5.6	6.8	10.3	11.3	12.3	13.0	11.4	9.2	7.6	6.2	5.2
Czechia	4.4	6.7	7.3	6.7	7.0	7.0	6.1	5.1	4.0	2.9	2.2
Denmark	3.4	6.0	7.5	7.6	7.5	7.0	6.6	6.2	6.2	5.7	5.0
Germany	7.4	7.6	7.0	5.8	5.4	5.2	5.0	4.6	4.1	3.8	3.4
Estonia	5.5	13.5	16.7	12.3	10.0	8.6	7.4	6.2	6.8	5.8	5.4
Ireland	6.8	12.6	14.6	15.4	15.5	13.8	11.9	10.0	8.4	6.7	5.8
Greece	7.8	9.6	12.7	17.9	24.5	27.5	26.5	24.9	23.6	21.5	19.3
Spain	11.3	17.9	19.9	21.4	24.8	26.1	24.5	22.1	19.6	17.2	15.3
France	7.4	9.1	9.3	9.2	9.8	10.3	10.3	10.4	10.1	9.4	9.1
Croatia	8.6	9.3	11.8	13.7	15.8	17.4	17.2	16.1	13.4	11.0	8.5
Italy	6.7	7.7	8.4	8.4	10.7	12.1	12.7	11.9	11.7	11.2	10.6
Cyprus	3.7	5.4	6.3	7.9	11.9	15.9	16.1	15.0	13.0	11.1	8.4
Latvia	7.7	17.5	19.5	16.2	15.0	11.9	10.8	9.9	9.6	8.7	7.4
Lithuania	5.8	13.8	17.8	15.4	13.4	11.8	10.7	9.1	7.9	7.1	6.2
Luxembourg	4.9	5.1	4.6	4.8	5.1	5.9	6.0	6.5	6.3	5.6	5.4
Hungary	7.8	10.0	11.2	11.0	11.0	10.2	7.7	6.8	5.1	4.2	3.7
Malta	6.0	6.9	6.8	6.4	6.2	6.1	5.7	5.4	4.7	4.0	3.7
Netherlands	3.7	4.4	5.0	5.0	5.8	7.3	7.4	6.9	6.0	4.9	3.8
Austria	4.1	5.3	4.8	4.6	4.9	5.4	5.6	5.7	6.0	5.5	4.9
Poland	7.1	8.1	9.7	9.7	10.1	10.3	9.0	7.5	6.2	4.9	3.9
Portugal	8.8	10.7	12.0	12.9	15.8	16.4	14.1	12.6	11.2	9.0	7.0
Romania	5.6	6.5	7.0	7.2	6.8	7.1	6.8	6.8	5.9	4.9	4.2
Slovenia	4.4	5.9	7.3	8.2	8.9	10.1	9.7	9.0	8.0	6.6	5.1
Slovakia	9.6	12.1	14.5	13.7	14.0	14.2	13.2	11.5	9.7	8.1	6.5
Finland	6.4	8.2	8.4	7.8	7.7	8.2	8.7	9.4	8.8	8.6	7.4
Sweden	6.2	8.3	8.6	7.8	8.0	8.0	7.9	7.4	6.9	6.7	6.3
United Kingdom	5.6	7.6	7.8	8.1	7.9	7.5	6.1	5.3	4.8	4.4	4.0
Iceland	3.0	7.2	7.6	7.1	6.0	5.4	5.0	4.0	3.0	2.8	2.7
Norway	2.7	3.3	3.7	3.4	3.3	3.8	3.6	4.5	4.8	4.2	3.9
Turkey	10.0	13.0	11.1	9.1	8.4	9.0	9.9	10.3	10.9	10.9	11.0
United States	5.8	9.3	9.6	8.9	8.1	7.4	6.2	5.3	4.9	4.4	3.9
Japan	4.0	5.1	5.0	4.6	4.3	4.0	3.6	3.4	3.1	2.8	2.4

: Data not available

Source: Eurostat (online data code: une\_rt\_a)



Πηγή: Eurostat, 2019<sup>188</sup>

Πίνακας 19: Δείκτης ανάπτυξης Ιρλανδίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Ιταλίας, 1980-2020

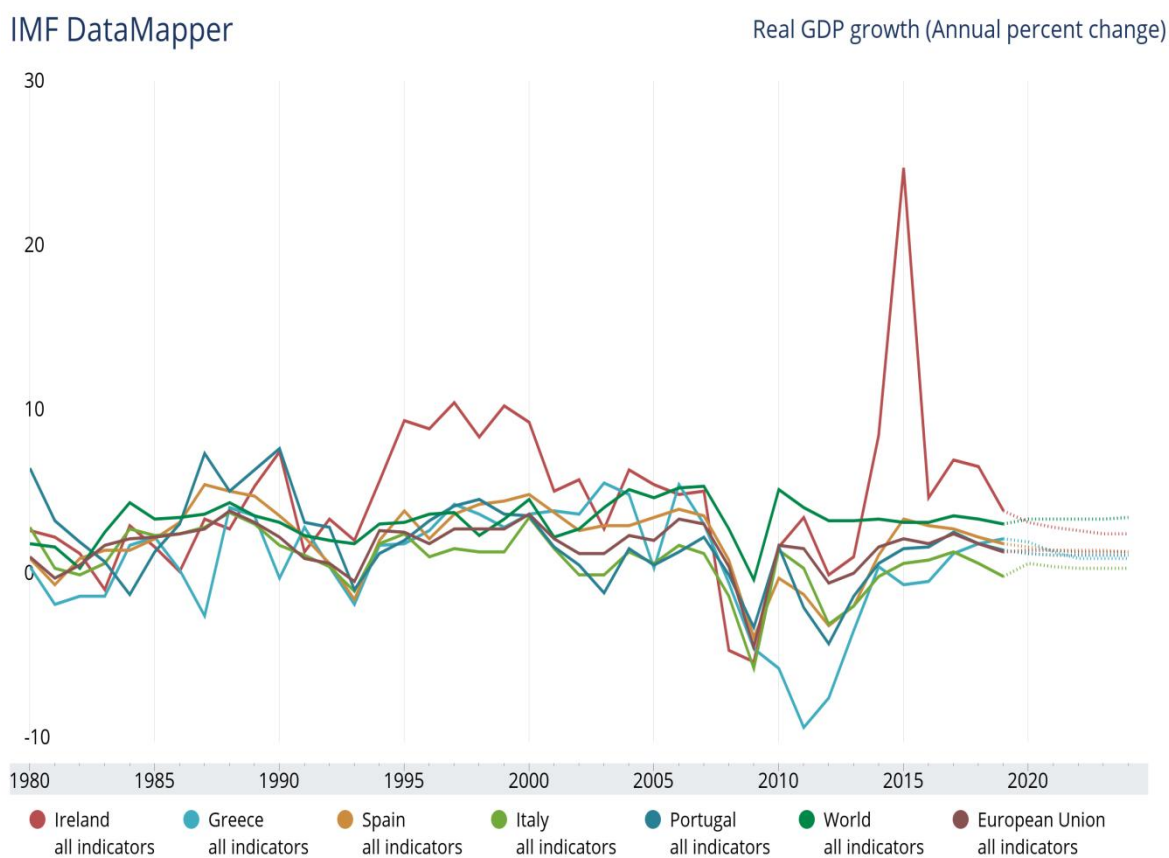
Real GDP growth (Annual percent change)	Greece	Ireland	Italy	Portugal	Spain	EU	World
1980	0.7	2.9	3.1	6.7	1.2	1.3	2.1
1981	-1.6	2.5	0.6	3.5	-0.4	0	1.9
1982	-1.1	1.5	0.2	2.2	1.2	0.8	0.6
1983	-1.1	-0.7	0.9	1	1.7	2	2.8
1984	2	3.2	3	-1	1.7	2.4	4.6

<sup>188</sup> On-line διαθέσιμο σε: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment\\_statistics#Longer-term\\_unemployment\\_trends](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics#Longer-term_unemployment_trends)

	1985	2.5	1.9	2.6	1.6	2.4	2.5	3.6
<b>Real GDP growth (Annual percent change)</b>	<b>Greece</b>	<b>Ireland</b>	<b>Italy</b>	<b>Portugal</b>	<b>Spain</b>	<b>EU</b>	<b>World</b>	
1986	0.5	0.4	2.7	3.3	3.4	2.7	3.7	
1987	-2.3	3.6	3.1	7.6	5.7	3	3.9	
1988	4.3	3	4	5.3	5.3	4.1	4.6	
1989	3.8	5.6	3.3	6.6	5	3.4	3.8	
1990	0	7.7	2	7.9	3.8	2.5	3.4	
1991	3.1	1.6	1.4	3.4	2.5	1.2	2.6	
1992	0.7	3.6	0.7	3.1	0.9	0.9	2.3	
1993	-1.6	2.3	-0.8	-0.7	-1.3	-0.2	2.1	
1994	2	5.9	2.1	1.5	2.3	2.9	3.3	
1995	2.1	9.6	2.7	2.3	4.1	2.8	3.4	
1996	2.9	9.1	1.3	3.5	2.4	2.1	3.9	
1997	4.5	10.7	1.8	4.4	3.9	3	4	
1998	3.9	8.6	1.6	4.8	4.5	3	2.6	
1999	3.1	10.5	1.6	3.9	4.7	3	3.6	
2000	3.9	9.5	3.7	3.8	5.1	3.9	4.8	
2001	4.1	5.3	1.8	1.9	4	2.4	2.5	
2002	3.9	6	0.2	0.8	2.9	1.5	3	
2003	5.8	3	0.2	-0.9	3.2	1.5	4.3	
2004	5.1	6.6	1.6	1.8	3.2	2.6	5.4	
2005	0.6	5.7	0.9	0.8	3.7	2.3	4.9	
2006	5.7	5.1	2	1.6	4.2	3.6	5.5	
2007	3.3	5.3	1.5	2.5	3.8	3.3	5.6	
2008	-0.3	-4.4	-1.1	0.2	1.1	0.7	3	
2009	-4.3	-5.1	-5.5	-3	-3.6	-4.2	-0.1	
2010	-5.5	1.9	1.7	1.9	0	2	5.4	
2011	-9.1	3.7	0.6	-1.8	-1	1.8	4.3	
2012	-7.3	0.2	-2.8	-4	-2.9	-0.3	3.5	
2013	-3.2	1.3	-1.7	-1.1	-1.7	0.3	3.5	
2014	0.7	8.7	0.1	0.9	1.4	1.9	3.6	
2015	-0.4	25	0.9	1.8	3.6	2.4	3.4	
2016	-0.2	4.9	1.1	1.9	3.2	2.1	3.4	
2017	1.5	7.2	1.6	2.8	3	2.7	3.8	
2018	2.1	6.8	0.9	2.1	2.5	2.1	3.6	
2019	2.4	4.1	0.1	1.7	2.1	1.6	3.3	
2020	2.2	3.4	0.9	1.5	1.9	1.7	3.6	
2021	1.6	3.1	0.7	1.4	1.7	1.7	3.6	
2022	1.2	2.9	0.6	1.4	1.7	1.6	3.6	
2023	1.2	2.7	0.6	1.4	1.7	1.6	3.6	
2024	1.2	2.7	0.6	1.4	1.6	1.6	3.7	

Πηγή: IMF, 2019

Γράφημα 58: Δείκτης ανάπτυξης Ιρλανδίας, Ελλάδας, Πορτογαλίας, Ισπανίας, Ιταλίας κατά την χρονική περίοδο 1980-2019



©IMF, 2019, Source: World Economic Outlook (April 2019)

Πηγή: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο- IMF, 2019<sup>189</sup>

Ας εξετάσουμε, όμως, λίγο πιο αναλυτικά την περίπτωση της κάθε μίας από τις προαναφερθείσες χώρες ξεχωριστά, ώστε η σύγκριση με την Ελλάδα να είναι ευρεία και διεισδυτική. Άλλωστε, αυτό που εξετάζεται είναι ο αντίκτυπος στο σύστημα υγείας και όχι καθεαυτού η οικονομική κρίση σε κάθε χώρα.

<sup>189</sup> On-line διαθέσιμο σε:

[https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP\\_RPCH@WEO/IRL/GRC/ESP/ITA/PRT/WEOWORLD/EU](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/IRL/GRC/ESP/ITA/PRT/WEOWORLD/EU)



## 8.1 ΙΡΛΑΝΔΙΑ



Καταρχήν, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ιρλανδία είναι μικτό, αλλά στο μεγαλύτερο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας παραμένουν χρηματοδοτούμενες από τη φορολογία. Στις συνολικές δαπάνες για την υγεία συγκαταλέγονται και οι ιδιωτικές, όπως οι πληρωμές σε υπηρεσίες ιδιωτικής ασφάλισης και οι άμεσες πληρωμές για ιδιωτική νοσοκομειακή θεραπεία.

Κάθε χρόνο τα χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας καθορίζονται με διαπραγματεύσεις ανάμεσα στο Υπουργείο Οικονομικών και το Υπουργείο Υγείας. Τα δημόσια έσοδα, ο πληθωρισμός, οι δημογραφικοί παράγοντες, οι δεσμεύσεις στην παροχή υπηρεσιών, οι εθνικές πολιτικές πληρωμής, η μέση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών και άλλοι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτικοί λόγοι είναι αυτοί που επηρεάζουν το μέρος του προϋπολογισμού που θα διατεθεί στο χώρο της υγείας. Επίσης, χρήματα δίνονται από το Υπουργείο στα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία και σε άλλες υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στον εθελοντικό τομέα.

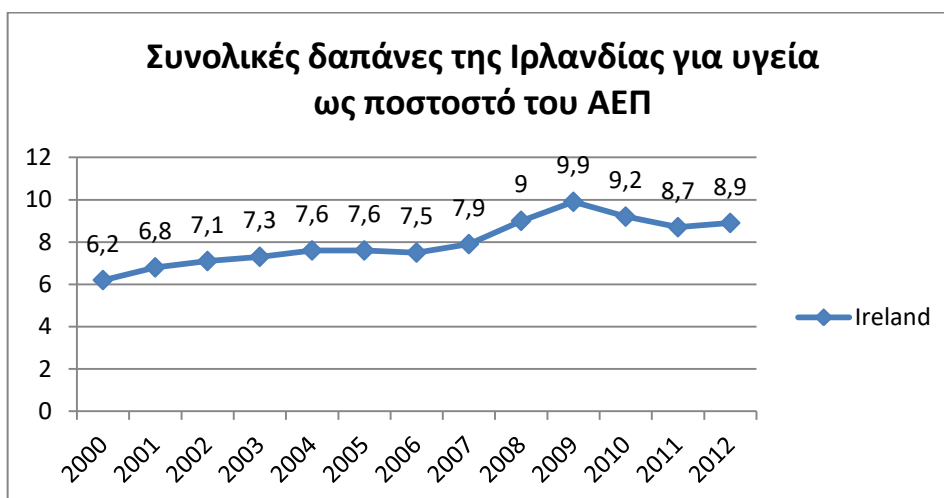
Η έλευση της οικονομικής κρίσης είχε ως επακόλουθο οι δαπάνες για υγεία<sup>190</sup> στην Ιρλανδία να μειωθούν απότομα το 2010 και 2011, ως αποτέλεσμα των τεράστιων προσπαθειών της κυβέρνησης να περιορίσει τα ελλείμματα του προϋπολογισμού. Να σημειωθεί ότι η Ιρλανδία αποδέχτηκε πρόγραμμα οικονομικής στήριξης ύψους 85 δις για την περίοδο 2010-2013, έπειτα από αίτημα της ίδιας της χώρας για ένταξη στον μηχανισμό στήριξης. Το 2012 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία έφθαναν το 8,9% του ΑΕΠ, ελάχιστα δηλαδή πιο κάτω από το 9,3% του μέσου όρου του Ο.Ο.Σ.Α.. Οι δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι αρκετά πιο χαμηλές στην Ιρλανδία, συγκριτικά με τις Η.Π.Α. (που ξοδεύουν το 16,9% του ΑΕΠ για υγεία), αλλά και με ευρωπαϊκές χώρες όπως οι Κάτω Χώρες, η Γαλλία, η Ελβετία και η Γερμανία, που ξοδεύουν πάνω

<sup>190</sup> Όπως προαναφέρθηκε στο Πρώτο Κεφάλαιο, σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α. (O.E.C.D. Library) ως Δαπάνη Υγείας ορίζεται η τελική κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας μαζί με τις επενδύσεις κεφαλαίου στις υγειονομικές υποδομές. Περιλαμβάνει τις δαπάνες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές (συμπεριλαμβανομένων των νοικοκυριών) σε ιατρικά αγαθά (πχ. φάρμακα κ.λ.π.) και υπηρεσίες για θεραπεία, αποκατάσταση και μακροχρόνια φροντίδα, για προγράμματα δημόσιας υγείας και πρόληψης, καθώς και διοικητικές δαπάνες. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζεται ως συνολική δαπάνη υγείας και ως προς τον χρηματοδοτικό του φορέα (δημόσιο, ιδιωτικό και out-of-pocket). Καταμετράται δε ως ποσοστό του ΑΕΠ και σε κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (US dollars per capita, PPP).

από 11%. Στην Ιρλανδία το 67,6% των δαπανών για υγεία χρηματοδοτείται από δημόσιες πηγές (στοιχεία του 2012), βρισκόμενη ελάχιστα κάτω από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (72%).

Κατά τα έτη 2000 έως 2012, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014), ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών για υγεία της Ιρλανδίας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 7,98%, ενώ κατά την περίοδο της κρίσης (2007-2012) μεταβλήθηκε σε 8,93%. Το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών (6,20%) παρατηρήθηκε το έτος 2000, ενώ το υψηλότερο (9,9%) το 2009. Η διασπορά των δαπανών ανά έτος γύρω από τη μέση τιμή είναι 1,16 και η τυπική απόκλιση 1,08. Κατά την περίοδο της κρίσης 2007-2012 οι αντίστοιχες τιμές διαμορφώθηκαν σε 0,43 και 0,65. Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι άμεσες δαπάνες που καλούνται να πληρώσουν τα νοικοκυριά της Ιρλανδίας (out-of-pocket payments) αυξήθηκαν κατά την ίδια περίοδο σε 18,2 το 2010 και έπειτα 16,9% το 2012 από 14,3% που ήταν το 2002 (πιο αναλυτικά βλ. Πίνακα 20 & 21).

Γράφημα 59: Συνολικές δαπάνες για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ της Ιρλανδίας (2000-2012)



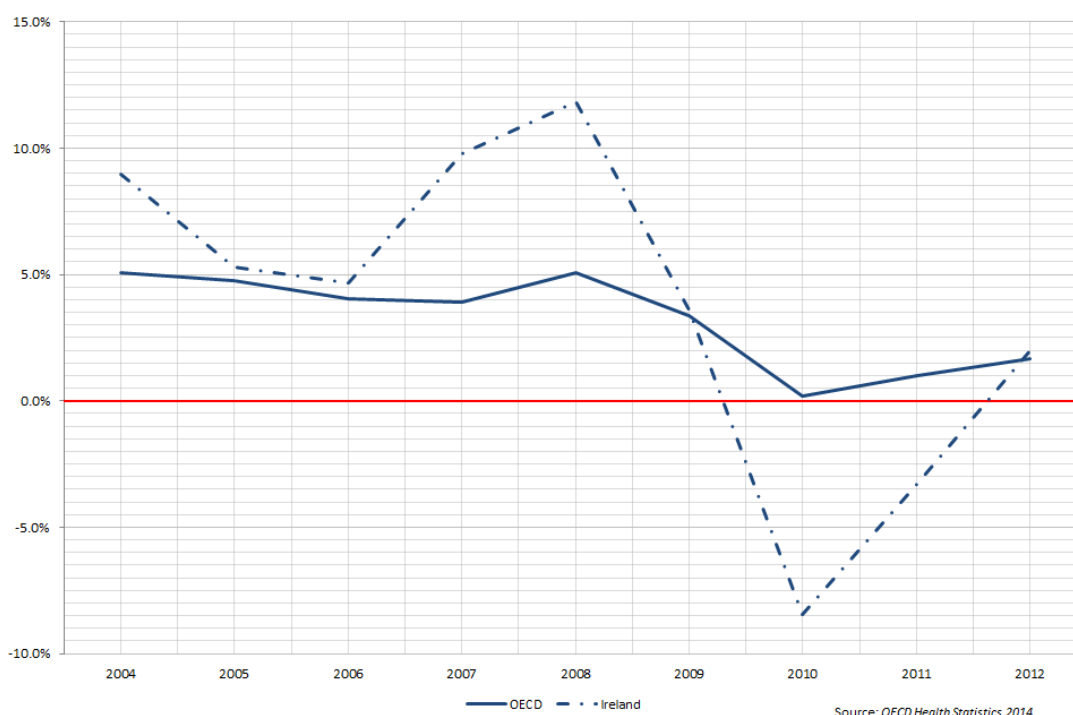
Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών έχει επιτευχθεί κυρίως μέσω μειώσεων σε μισθούς και αμοιβές των επαγγελματιών υγείας (GP's, οδοντίατρος, οφθαλμίατρος, φαρμακοποιούς κ.λ.π.) και φαρμακευτικών εταιρειών, μέσω της αύξησης της συμμετοχής του ασθενούς, καθώς και μέσω μείωσης του προσωπικού (εθελούσια συνταξιοδότηση). Πιο συγκεκριμένα, οι προϋποθέσεις αυτόματης χορήγησης ιατρικών καρτών σε άτομα άνω των 70 ετών έγιναν πιο αυστηρές, καθιερώνοντας πλέον εισοδηματικά κριτήρια,

αλλά και η επιλεξιμότητα για ιατρικές κάρτες προς τις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες σχεδιάζεται να περιοριστεί (W.H.O., 2014)<sup>191</sup>.

Το 2012, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο Γράφημα 60, οι δαπάνες για την υγεία άρχισαν να αυξάνονται ξανά σε πραγματικούς όρους, αλλά με μέτριο ρυθμό.

Γράφημα 60: Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ιρλανδία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.



Health expenditure growth rates (in real terms) since 2004, Ireland and OECD average

Πηγή: OECD Health Statistics 2014

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014) για τη φαρμακευτική δαπάνη της Ιρλανδίας, αυτή μειώθηκε, ακολουθώντας τη γενικότερη τάση των χωρών της Ε.Ε, με απόκλιση, όμως, από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (17,8% έναντι 15,9% το 2012). Αυτό ήταν, φυσικά, και αποτέλεσμα μιας σειράς εξειδικευμένων μέτρων, όπως μείωση τιμών φαρμάκων ύστερα από διαπραγματεύσεις με τη Φαρμακοβιομηχανία, αύξηση της συμμετοχής του ασθενή και προώθηση και αύξηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων (το μερίδιο των γενοσήμων στην αγορά φαρμάκου της Ιρλανδίας

<sup>191</sup> Nolan A., Barry S., Burke S., Thomas S. (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland", European Observatory on Health Systems and Policies, W.H.O.

διπλασιάστηκε από το 2008, φτάνοντας το 13% το 2012 που, ωστόσο, παραμένει χαμηλό συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.).

Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται ότι ενώ η δημόσια δαπάνη για υγεία (67,6% το 2012) έχει πέσει κατά 9% περίπου από το σημείο κορύφωσής της (76,7% το 2003), η δημόσια δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη βρίσκεται σε ευνοϊκότερη θέση, σε σχέση με άλλους τομείς, κυρίως λόγω της πίεσης που επέρχεται από τη δημογραφική τάση, αλλά και της αύξησης του επιπολασμού των χρονίων ασθενειών.

Επιπλέον, εν καιρώ κρίσης, έχει επιτευχθεί ουσιαστική βελτίωση της αποτελεσματικότητας του δημόσιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της μείωσης του ανά μονάδα κόστους, της αύξησης της παραγωγικότητας και της αναδιανομής των πόρων ανάμεσα στα επίπεδα της υγειονομικής φροντίδας. Παρότι υπάρχει δυνατότητα για επιπλέον αποδοτικότητα, οι «εύκολες» λύσεις για μειώσεις δαπανών έχουν ήδη επιτευχθεί, ενώ πολιτικά εμπόδια σε επιπρόσθετες μειώσεις διαφαίνονται κυρίως σε ό,τι αφορά σε ανθρώπινους πόρους και φάρμακα.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας της Ιρλανδίας αποτελεί σημείο ενδιαφέροντος και ανησυχίας, κυρίως σε ό,τι αφορά το βαθμό κάλυψης του ελαχίστου των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη από το κράτος. Οι τακτικές αυξήσεις στη συμμετοχή του ασθενούς για πλήθος υπηρεσιών και ασφάλιστρα αποτελεί, επίσης, ανησυχητικό ζήτημα. Κι αυτό διότι μετακυλιέται ένα αυξανόμενο φορτίο πληρωμών στα νοικοκυριά, τη στιγμή που το διαθέσιμο εισόδημα των τελευταίων έχει μειωθεί. Παρόλα αυτά, το πρόγραμμα για ιατρική κάρτα έχει εφαρμοστεί και έχει λειτουργήσει καλά, διευκολύνοντας την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας για τους πιο φτωχούς και άτομα άνω των 70 ετών.

Στην περίπτωση της Ιρλανδίας, η οικονομική κρίση συνέβαλε στο να διαφωτίσει την ανάγκη για μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας και να ωθήσει στη δέσμευση της κυβέρνησης να επεκτείνει θεμελιωδώς την κάλυψη του πληθυσμού μέσω της καθιέρωσης νέου συστήματος και δωρεάν πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μέχρι στιγμής, η δέσμευση αυτή παραμένει στα χαρτιά και η πρόοδος έχει καθυστερήσει αρκετά

προκαλώντας ανησυχία (W.H.O., 2014)<sup>192</sup>. Ωστόσο, η θέσπιση και εφαρμογή ενός νέου καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης, με τους υφιστάμενους περιορισμούς στον προϋπολογισμό που επιβάλλει η εποχή λιτότητας, με παράλληλη τη διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα αποτελέσει, πραγματικά, πρόκληση για το μέλλον.



## 8.2 ΙΣΠΑΝΙΑ

Σε ό,τι αφορά το σύστημα υγείας της Ισπανίας, αξίζει να σημειωθεί ότι ο Γενικός Νόμος Υγειονομικής Περίθαλψης (1986) σήμανε την επίσημη μετάβαση από ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με πρότυπο αυτό του Bismarck, σε ένα πρότυπο Beveridge με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System – NHS). Ουσιαστικά, έγινε μια προοδευτική μετάβαση από τις συνεισφορές μισθοδοτικών καταστάσεων στη γενική φορολογία ως κύρια πηγή χρηματοδότησης και υγειονομικό σύστημα που περιλαμβάνει μη ανταποδοτικού χαρακτήρα παροχές. Δύο πρόσθετα ταμεία είναι: α) το Ταμείο Συνοχής (Cohesion Fund) διοικούμενο από το Υπουργείο Υγείας και Καταναλωτών και β) το Πρόγραμμα Αποταμίευσης για την προσωρινή ανικανότητα (Savings Programme for Temporary Incapacity)<sup>193</sup>. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, το γεγονός ότι ο Π.Ο.Υ. το 2000 κατέταξε το Ισπανικό Σύστημα Υγείας στην 7<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως.

Παρότι ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα ξεπερνούσε το 5%, η κρίση του 2007 οδήγησε σε ελλείμματα (το 2012 άγγιξε το 10,6% του ΑΕΠ, το χειρότερο στην Ευρώπη, ακόμα και από το 10% της Ελλάδας). Με δημόσιο χρέος (69,3% του ΑΕΠ το 2011, 84,2% το 2012, και 87% το Φεβρουάριο 2013) και ιδιωτικό χρέος σε επίπεδα ρεκόρ, ο δείκτης ανεργίας το Μάρτιο του 2013 ξεπέρασε το 27,76% από 8% που ήταν το 2007 πιέζοντας ακόμη περισσότερο την κατάσταση<sup>194</sup>. Υπό τέτοιες συνθήκες, είναι επόμενο να αποκαλυφθούν οι αδυναμίες και τα τρωτά σημεία του συστήματος υγείας της χώρας.

<sup>192</sup> Nolan A., Barry S., Burke S., Thomas S. (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland", European Observatory on Health Systems and Policies, W.H.O.

<sup>193</sup> On-line διαθέσιμο σε <http://www.msc.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBRO-BAJA-INGLES.PDF>

<sup>194</sup> Bosch X., Moreno P., López-Soto A. (2014), "The painful effects of the financial crisis on Spanish Healthcare", International Journal of Health Services, Volume 44, Number 1, Pages 25–51

Τα κύρια μέτρα στο χώρο της υγείας που λήφθηκαν από την Ισπανική κυβέρνηση προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κρίση αποτελούσαν α) η μείωση κατά 5-7% στους μισθούς για την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας, β) η καθιέρωση υποχρεωτικής συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων και γ) η μείωση της τιμής των φαρμάκων. Προσπάθειες ιδιωτικοποίησης του 10% των συμπληρωματικών υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των ιφυστάμενων δημόσιων νοσοκομείων, ορμώμενες από το οικονομικά επιτυχές παράδειγμα του Azira/ Valencia, έπεσαν στο κενό ύστερα από έντονες αντιδράσεις ιατρικού προσωπικού και πολιτών (Bosch et al., 2014)<sup>195</sup>.

Κατά τα έτη 2000 έως 2012, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014), ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών για υγεία της Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 8,47%, ενώ κατά την περίοδο της κρίσης (2007-2012) μεταβλήθηκε σε 9,22%. Το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών (7,20%) παρατηρήθηκε το έτος 2000 και 2001, ενώ το υψηλότερο (9,6%) το 2009 και 2010. Η διασπορά των δαπανών ανά έτος γύρω από τη μέση τιμή είναι 0,76 και η τυπική απόκλιση 0,87. Κατά την περίοδο της κρίσης 2007-2012 οι αντίστοιχες τιμές διαμορφώθηκαν σε 0,19 και 0,44. [Πιο αναλυτικά βλ. Πίνακα 20 & 21, ακολούθως].

Γράφημα 61: Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ισπανίας (2000-2012)

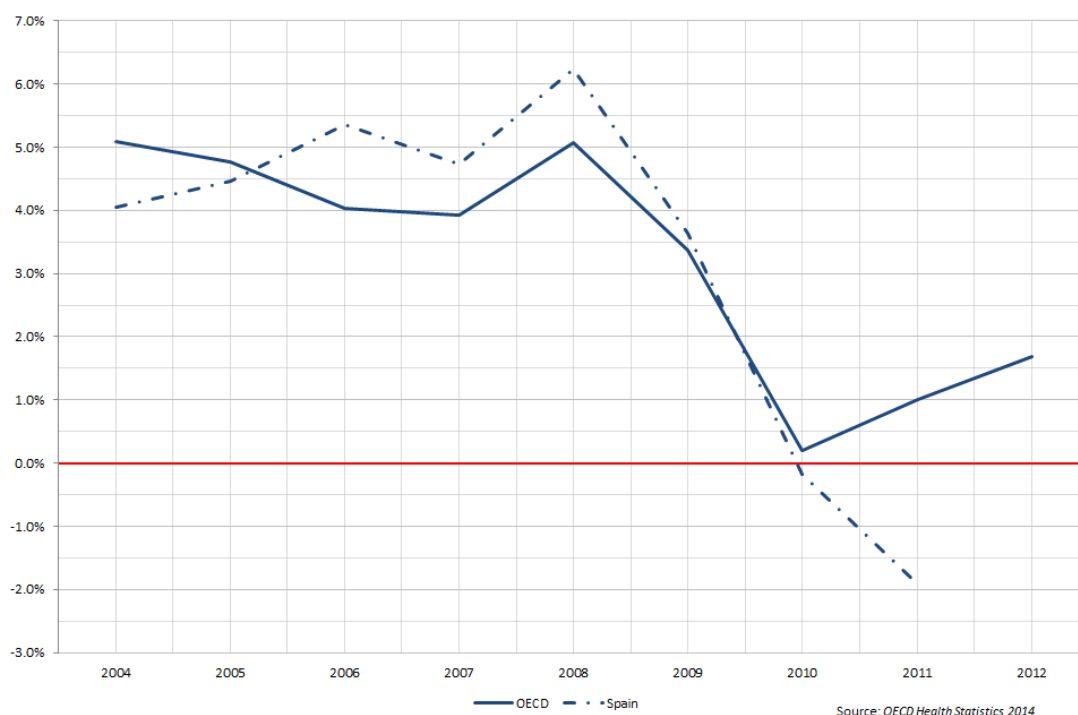


Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

<sup>195</sup> Bosch X., Moreno P., López-Soto A. (2014), "The painful effects of the financial crisis on Spanish Healthcare", International Journal of Health Services, Volume 44, Number 1, Pages 25–51

Ο Ο.Ο.Σ.Α. αναφέρει ότι οι συνολικές δαπάνες για υγεία στην Ισπανία το 2011 ισοδυναμούσαν με 9,4% του ΑΕΠ της χώρας, με μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. το 9,3%. Την ίδια χρονιά, το 73% των δαπανών για υγεία χρηματοδοτούταν από δημόσιες πηγές, ακολουθώντας το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (72%). Ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών για υγεία πριν την οικονομική κρίση, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο Γράφημα 62, ήταν αυξανόμενος, αλλά έπεσε ραγδαία στη συνέχεια, λαμβάνοντας αρνητικό πρόσημο το 2010, 2011 και 2012.

Γράφημα 62: Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ισπανία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.



**Health expenditure growth rates (in real terms) since 2004, Spain and OECD average**

Πηγή: OECD Health Statistics 2014

Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι οι άμεσες δαπάνες που καλούνταν να πληρώσουν τα νοικοκυριά της Ισπανίας (out-of-pocket payments) υπήρξαν σχετικά σταθερές κατά την ίδια περίοδο και κοντά στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (21,8% έναντι 19,1% το 2012).

Όπως στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., έτσι και στην Ισπανία η πρόσφατη μείωση στις δαπάνες υγείας οφείλεται κυρίως στον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης (16,7% το 2012 έναντι 22% το 2000), η οποία ακολουθούσε σταθερά πτωτική τάση την

τελευταία 12ετία. Η Ισπανία εισήγαγε σειρά μέτρων προκειμένου να μειώσει τη δαπάνη για φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων της γενικής επιστροφής (rebate) για όλα τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από ιατρούς του εθνικού συστήματος υγείας το 2010 και της υποχρεωτικής μείωσης της τιμής των γενοσήμων και της αύξησης του ποσοστού της συμμετοχής των ασθενών το 2012. Το μερίδιο που καταλαμβάνουν τα γενόσημα φάρμακα στην αγορά φαρμάκων της Ισπανίας μεταξύ 2008 και 2012 διπλασιάστηκε, αγγίζοντας το 18% της συνολικής αξίας της φαρμακευτικής αγοράς και το 40% του συνολικού όγκου φαρμάκων που καταναλώνονται.

Να σημειωθεί ότι το 2012, η Ισπανία έλαβε στήριξη από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό με σκοπό την κεφαλαιοποίηση του τραπεζικού της συστήματος. Οι περικοπές για το 2012 και το 2013 ξεπέρασαν τα 70 δισ. €, ίδιες περικοπές με τις αντίστοιχες ιρλανδικές και ελληνικές: μείωση στη χρηματοδότηση στο κοινωνικό κράτος, περικοπές σε μισθούς, αυξήσεις στους φόρους. Τα μέτρα, μάλλον, έλαβαν τόπο και η Ισπανία φαίνεται να αναπτύσσεται σταθερά, αφήνοντας πίσω της τις οικονομικές δυσκολίες.

Σε ό,τι αφορά στο σύστημα υγείας της χώρας, διαπιστώνεται ότι η Ισπανία δεν εξέλαβε την οικονομική κρίση ως ευκαιρία για «συμμάζωμα» του συστήματος υγείας μέσω της αύξησης της αποδοτικότητας, της ποιότητας, τον εξορθολογισμό και αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και την αύξηση της παραγωγικότητας, ώστε να επανακτήσει την κρατική εμπιστοσύνη.

### 8.3 ΙΤΑΛΙΑ



Η Ιταλία διαθέτει Εθνικό Σύστημα Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) χρηματοδοτούμενο από τη φορολογία, το οποίο καλύπτει καθολικά και ευρέως τον πληθυσμό της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση του 1978, η οποία δημιούργησε το SSN, εισήγαγε καθολική κάλυψη στους ιταλούς πολίτες και καθιέρωσε την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την ανάγκη για υγεία και αλληλεγγύη ως κατευθυντήριες αρχές του SSN. Καθιερώθηκε ένα μικτό σύστημα χρηματοδότησης, που συνδύασε τη γενική φορολογία και τις νομικές συνεισφορές υγείας (statutory health contributions). Ο κύριος στόχος ήταν να κινηθεί σταδιακά προς ένα πλήρως στηριζόμενο στη φορολογια σύστημα. Το νέο αυτό σύστημα υγείας βασίστηκε σε μια αποκεντρωμένη οργανωτική δομή με την εθνική, περιφερειακή και τοπική διοίκηση. Η κεντρική κυβέρνηση ήταν



αρμόδια για τον καθορισμό του ποσού των δημόσιων πόρων που θα αφιερώσουν στην υγειονομική περίθαλψη και τον προγραμματισμό - κάθε τρία έτη και μέσω του Εθνικού Σχεδίου Υγείας. Η κεντρική κυβέρνηση θα παρέχει, επίσης, τη χρηματοδότηση στις περιφέρειες, και τα κριτήρια που στοχεύουν στην παροχή προς τις περιφέρειες ενός επιπέδου χρηματοδότησης που θα είναι επαρκές για να παρέχει την υγειονομική περίθαλψη και να μειώσει σταδιακά την περιφερειακή δυσαναλογία. Οι 21 περιφερειακές αρχές ήταν αρμόδιες για τον τοπικό προγραμματισμό, σύμφωνα με τους στόχους υγείας που διευκρινίζονταν σε εθνικό επίπεδο, για την οργάνωση και διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και για τη διάθεση των πόρων στην τρίτη βαθμίδα του συστήματος, ήτοι στις τοπικές μονάδες υγείας. Επιπλέον, η υγειονομική περίθαλψη ήταν εμφανώς διαφορετική στο βορρά και το νότο, γεγονός που προκαλεί ανησυχία για την ικανότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να εγγυηθεί ίσα δικαιώματα στους πολίτες πέρα από το έδαφος της Ιταλίας.

Ιδιαίτερη μνεία χρειάζεται το γεγονός ότι το σύστημα υγείας της Ιταλίας κατατάχθηκε το 2000 από την Π.Ο.Υ. ως το δεύτερο καλύτερο παγκοσμίως μετά τη Γαλλία. Ωστόσο, κατά την περίοδο από το 2001-2010, οι περιφέρειες δημιούργησαν 38 δις ευρώ σωρευτικό έλλειμμα, περίπου 4,2% της συνολική δαπάνης. Η ανάγκη περιορισμού των δαπανών ήταν επιτακτική και το Σεπτέμβρη του 2011, οι περιφέρειες έπρεπε να εφαρμόσουν μέτρο αύξησης της συμμετοχής των χρηστών (10€) για επίσκεψη σε δημόσιους και συμβεβλημένους ιατρούς και 25€ χρέωση για μη αναγκαίες επισκέψεις ασθενών άνω των 14 ετών σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Εξαιρέσεις υπήρχαν για άτομα με χαμηλό εισόδημα, με αναπηρία, ηλικιωμένους και χρόνια ασθενείς. Ωστόσο, οι αυξήσεις αυτές επιβλήθηκαν στις ήδη υπάρχουσες χρεώσεις, προσθέτοντας οικονομικό βάρος στους ασθενείς (De Belvis et al., 2012)<sup>196</sup>.

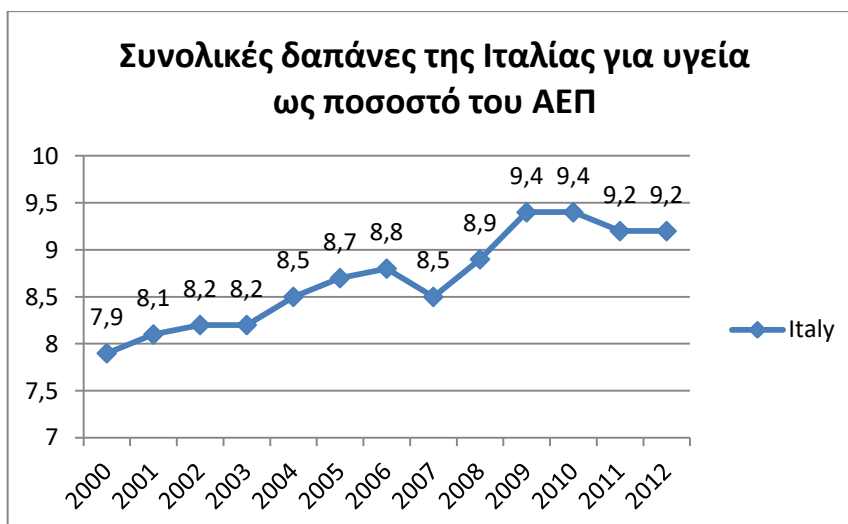
Κατά τα έτη 2000 έως 2012, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014), ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών της Ιταλίας για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 8,69%, ενώ κατά την περίοδο της κρίσης (2007-2012) μεταβλήθηκε σε 9,10%. Το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών (8,50%) παρατηρήθηκε κατά το έτος 2000, ενώ το υψηλότερο (9,4%) το 2009 και 2010. Η διασπορά των δαπανών ανά έτος γύρω από τη μέση τιμή είναι 0,26 και η τυπική απόκλιση 0,51. Κατά την περίοδο της κρίσης 2007-2012, οι αντίστοιχες

---

<sup>196</sup> De Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. (2012), "The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector", Health Policy 2012; 106: 10-16.

τιμές διαμορφώθηκαν σε 0,12 και 0,35 [πιο αναλυτικά βλ. Πίνακα 21: *Συνολική δαπάνη για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)* και Πίνακα 22: *Συνολική δαπάνη για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ κατά την περίοδο κρίσης (2007-2012)* ακολούθως].

Γράφημα 63: *Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ιταλίας (2000-2012)*



Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι οι άμεσες δαπάνες που καλούνται να πληρώσουν τα νοικοκυριά της Ιταλίας (out-of-pocket payments) μειώθηκαν κατά την περίοδο 2007-2012 σε 18,8 το 2012, από 23,1% που ήταν το 2000.

Τα στοιχεία του 2012 έδειξαν ότι οι δαπάνες για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ της Ιταλίας ήταν πολύ κοντά στο 9,3% του μέσου όρου των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Στην Ιταλία το 77% των δαπανών για υγεία χρηματοδοτείται από δημόσιες πηγές, σύμφωνα με στοιχεία του 2012, βρισκόμενη πάνω από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (72%). Όπως στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., οι δαπάνες υγείας έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια, στην προσπάθεια της κυβέρνησης να μειώσει τα ελλείμματα του προϋπολογισμού που διογκώθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, μειώθηκε και στην Ιταλία συμβάλλοντας κατά πολύ στη μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας. Η μείωση σε πραγματικούς όρους από το 2000 που ήταν 22,7% έφτασε το 16,9% το 2012. Αυτό οφειλόταν κυρίως στο γεγονός ότι εφαρμόστηκαν πιο αυστηρά πλαίσια στους προϋπολογισμούς των περιφερειών, στη μείωση του περιθωρίου κέρδους της φαρμακοβιομηχανίας, στη μείωση του τιμοκαταλόγου των γενοσήμων φαρμάκων, ακολουθώντας σύστημα τιμών αναφοράς. Το μερίδιο των γενοσήμων στην αγορά

φαρμάκου αυξήθηκε (από 6% το 2008 σε 9% το 2012), ωστόσο παραμένει πολύ πιο χαμηλό από το αντίστοιχο των περισσότερων άλλων χωρών του Ο.Ο.Σ.Α..

Οι De Belvis και συν. (2012) αναφέρουν ως προβλήματα της κρίσης, που καλείται να αντιμετωπίσει η Ιταλία στο χώρο της υγείας, τη μείωση των επενδύσεων για προληπτική ιατρική - προαγωγή της υγείας, καθώς και για πληροφοριακά συστήματα υγείας και ανανέωση του φυσικού εξοπλισμού. Αυτή η στρατηγική μείωσης κόστους εκτιμάται ότι θα έχει μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις. Ανησυχίες υπάρχουν, επίσης, ότι θα υπάρξει αρνητική επίπτωση στις λίστες αναμονής των ασθενών, στη διατηρησιμότητα της φροντίδας της υγείας του ασθενούς και στην κοινωνική συνοχή. Τέλος, ο περιορισμός των πόρων μπορεί να οδηγήσει στην έλλειψη δυνατότητας ελέγχου των ασθενειών ή στην μείωση της προσβασιμότητας των ευπαθών ομάδων ή ακόμα στην απουσία εξειδικευμένων παρεμβάσεων με στόχο πληθυσμιακές ομάδες που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Η κρίση, βέβαια, δεν αποτυπώνεται μόνο στους στατιστικούς δείκτες και στα μακροοικονομικά μεγέθη, αλλά κυρίως στις μεταβολές στο κοινωνιοψυχολογικό προφίλ της Ιταλικής κοινωνίας, αφού διαταράσσεται ο πιο σημαντικός πυλώνας του κοινωνικού ιστού. Επομένως, η ανομοιογένεια της προσβασιμότητας και οι εν γένει περιφερειακές ανισότητες εγείρουν σοβαρό ζήτημα ισότητας ανά τη χώρα.

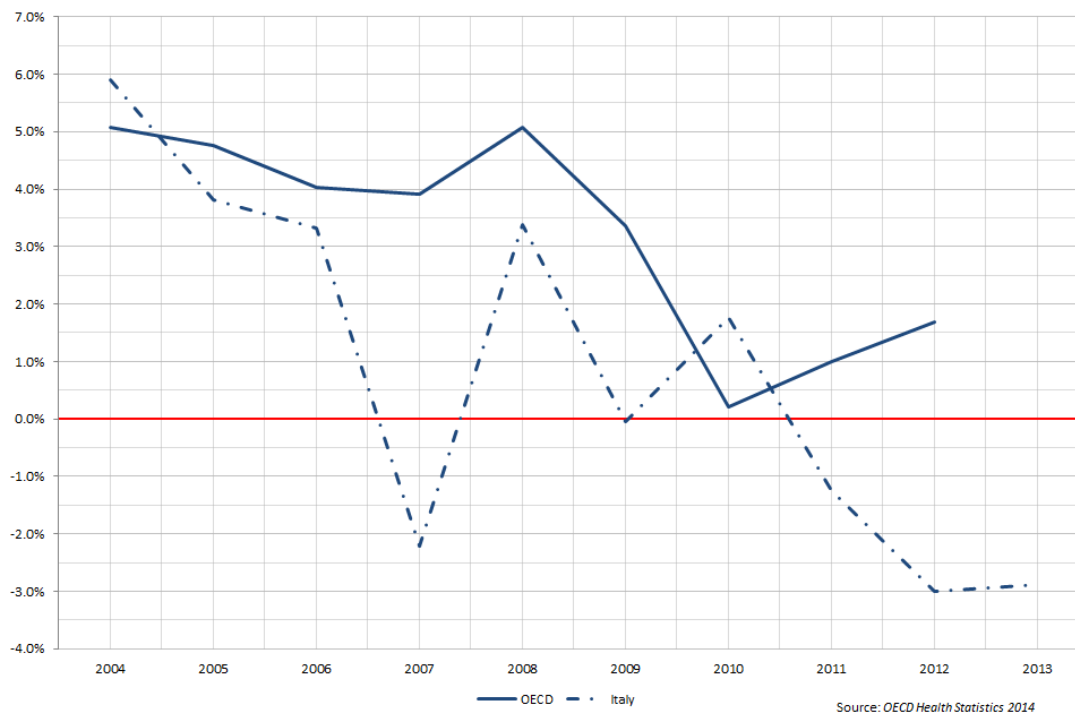
Μάλιστα, σε μελέτη της Ιταλικής Ομοσπονδίας Ιατρών τον Οκτώβριο του 2011, το 21% των νοικοκυριών δήλωσαν ότι μείωσαν τις δαπάνες σχετιζόμενες με υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης, ενώ το 10% αυτών είχε αναβάλει χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπείες λόγω οικονομικών δυσκολιών. Επιπλέον, το 26% των νοικοκυριών ανέφερε ότι οι δαπάνες υγείας σε επείγουσες περιπτώσεις αυξήθηκαν λόγω μεγαλύτερης συμμετοχής του ασθενή (De Belvis et al., 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι το 2010, η ανάκαμψη της Ιταλίας υπήρξε μέτρια σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (+1.5% vs. 1.8%, OECD, 2011)<sup>197</sup>.

---

<sup>197</sup> OECD (2011), National accounts online database. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development

Γράφημα 64: Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Ιταλία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.



Health expenditure growth rates (in real terms) since 2004, Italy and OECD average

Πηγή: OECD Health Statistics 2014

Σύμφωνα με έκθεση του ΔΝΤ (2015), «ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος μετάδοσης της κρίσης είναι περιορισμένος». Παρά τις μεγάλες κοινωνικές ανισότητες, η Ιταλία δε διατρέχει ορατό κίνδυνο κατάρρευσης, βρισκόμενη σε πλεονασματική θέση σε σχέση με τις προαναφερθείσες χώρες σύγκρισης.



## 8.4 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας είναι, επίσης, δομημένο στα πλαίσια ενός εθνικού συστήματος υγείας / National Health Service (NHS). Συγκεκριμένα, το έτος 1979 με την καθιέρωση της Εθνικής Υγειονομικής Υπηρεσίας αποτέλεσε σημείο-σταθμό στην ιστορία της Κοινωνικής Προστασίας της χώρας, καθώς εξασφαλίστηκε το δικαίωμα όλων των πολιτών στην προστασία υγείας, ένα εγγυημένο δικαίωμα στην καθολική ελεύθερη υγειονομική περίθαλψη μέσω της SSN, πρόσβαση για όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από το οικονομικό και κοινωνικό τους υπόβαθρο, ενσωματωμένη

υγειονομική περίθαλψη συμπεριλαμβανομένης της προώθησης υγείας, της επιτήρησης ασθενειών και της πρόληψης με ένα φορο-χρηματοδοτικό σύστημα κάλυψης.

Το υψηλό έλλειμμα, οι τεράστιες δημόσιες δαπάνες και ο φόβος κατάρρευσης ήταν κοινά χαρακτηριστικά της πορτογαλικής οικονομίας με την ελληνική. Η υπαγωγή της Πορτογαλίας σε πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, ύστερα από προσφυγή στους διεθνείς δανειστές το 2011 για τη διευθέτηση του δημόσιου χρέους της, είχε σοβαρό αντίκτυπο στην πολιτική σκηνή και την κοινωνία. Υπαγόρευσε περικοπές μισθών και συντάξεων, περιστολή του κοινωνικού κράτους και του δημοσίου τομέα, παράγοντες οι οποίοι συνέβαλαν στην εκτίναξη της ανεργίας στο 15%. Αυτό είχε ως συνέπεια να εκδηλωθούν έντονες αντιδράσεις, ενώ τμήμα των περικοπών, που υπαγόρευσε το μνημόνιο, κρίθηκαν αντισυνταγματικές από το Συνταγματικό Δικαστήριο της Πορτογαλίας. Στη διάρκεια του τριετούς προγράμματος, η χώρα μείωσε το έλλειμμα στο 4,9% του ΑΕΠ και υλοποίησε αρκετές μεταρρυθμίσεις και ιδιωτικοποιήσεις. Το Μάιο του 2014, η Κυβέρνηση ανακοίνωσε την έξοδο από το πρόγραμμα.

Σε ότι αφορά στο σύστημα υγείας της Πορτογαλίας, τα μέτρα που ελήφθησαν για τον εξορθολογισμό του χώρου περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, επαναπροσδιορισμό της συμμετοχής του ασθενή σε νοσοκομειακές και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προκειμένου να δράσει αποτρεπτικά στην αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αλλά παράλληλα να προστατευθούν κατ' εξαίρεση οι ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες με οικονομική δυσπραγία (Barros, 2012)<sup>198</sup>. Επιπλέον, έγιναν περικοπές σε προϋπολογισμούς και μισθούς των επαγγελματιών υγείας, μεγαλύτερος έλεγχος δαπανών, μείωση δημόσιων δαπανών σε φάρμακα (1,25% του ΑΕΠ στα τέλη του 2012 και περίπου 1% στα τέλη του 2013), μείωση λειτουργικού κόστους των νοσοκομειακών μονάδων με παράλληλο στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και τη συνετή χρήση των υπηρεσιών υγείας (Sakellarides et al., 2014)<sup>199</sup>.

Κατά τα έτη 2000 έως 2012, σύμφωνα με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014), ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών για υγεία της Πορτογαλίας ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 9,42%,

<sup>198</sup> Barros Pedro Pita (2012), "Health policy reform in tough times: The case of Portugal", *Health Policy* 2012; 106: 17– 22

<sup>199</sup> Sakellarides C., Castelo-Branco L., Barbosa P., Azevedo H. (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal", *European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization/ Regional Office for Europe*

ενώ κατά την περίοδο της κρίσης (2007-2012) μεταβλήθηκε σε 9,78%. Το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών (8,60%) παρατηρήθηκε το έτος 2000 και 2001, ενώ το υψηλότερο (10,20%) το 2009 και το 2010. Η διασπορά των δαπανών ανά έτος γύρω από τη μέση τιμή είναι 0,29 και η τυπική απόκλιση 0,54. Κατά την περίοδο της κρίσης 2007-2012 οι αντίστοιχες τιμές διαμορφώθηκαν σε 0,12 και 0,34 [πιο αναλυτικά βλ. Πίνακα 20, 21 & 22, ακολούθως].

Γράφημα 65: Συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της Πορτογαλίας (2000-2012)



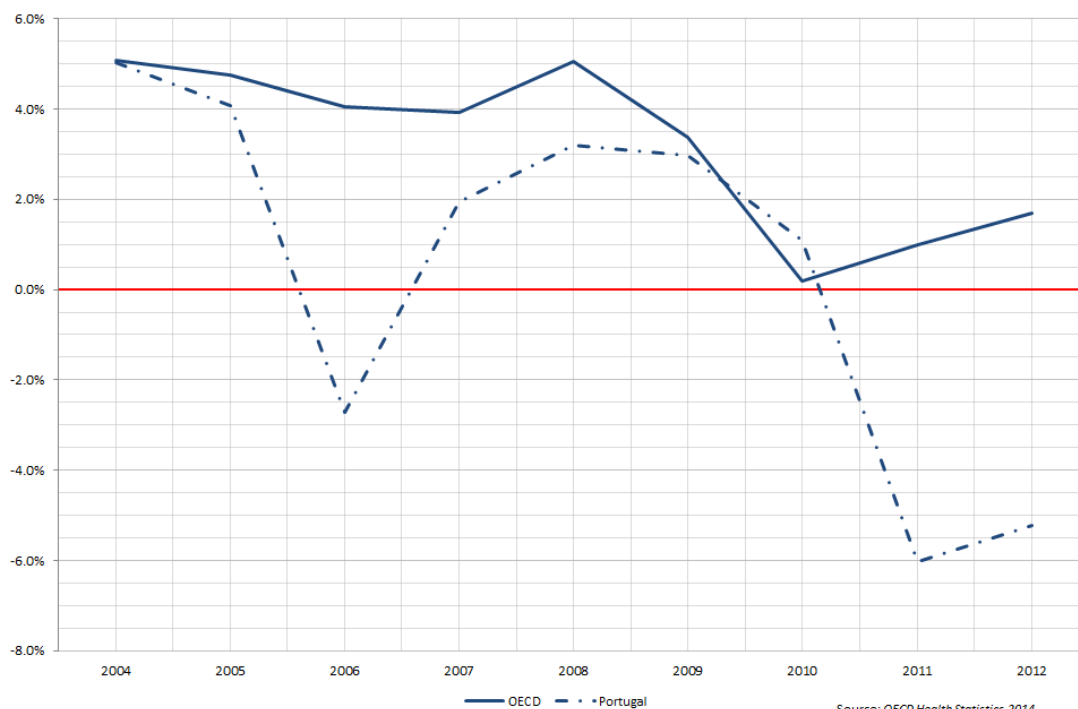
Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι οι άμεσες δαπάνες που καλούνται να πληρώσουν τα νοικοκυριά της Πορτογαλίας (out-of-pocket payments) αυξήθηκαν κατά την ίδια περίοδο σε 31,7% το 2012 (με μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ 19,1%!) από 26,3% που ήταν το 2000. Αυτό υποδεικνύει ότι οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν είχαν ουσιαστικά ως αποτέλεσμα να μετακυλιστεί το κόστος των δαπανών υγείας στα νοικοκυριά.

Κι ενώ οι συνολικές δαπάνες για υγεία στην Πορτογαλία είχαν ελάχιστη απόκλιση από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (9,3%, 2012), την ίδια χρονιά, το 65% των δαπανών για υγεία χρηματοδοτούταν από δημόσιες πηγές, ποσοστό κάτω από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (72%). Παρομοίως και το 2012 οι δημόσιες δαπάνες έφτασαν το 62,6%, εκτινάσσοντας όμως, όπως προαναφέρθηκε, την ιδιωτική δαπάνη των

νοικοκυριών. Ο ρυθμός ανάπτυξης των δαπανών για υγεία, όπως φαίνεται και στο ακόλουθο Γράφημα 66, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, επιβραδύνθηκε. Πράγματι, το 2011 και 2012 η μείωση των δαπανών υγείας (συμπεριλαμβανομένων των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών) άγγιξε το 5% ανά έτος σε πραγματικούς όρους.

Γράφημα 66: Ρυθμός ανάπτυξης δαπανών για την υγεία στην Πορτογαλία (σε πραγματικούς όρους), 2004-2012 και μέσος όρος Ο.Ο.Σ.Α.



Health expenditure growth rates (in real terms) since 2004, Portugal and OECD average

Πηγή: OECD Health Statistics, 2014

Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, όπως στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., η μείωσή τους συνέβαλε αρκετά στη μείωση των συνολικών δαπανών υγείας της Πορτογαλίας. Συγκεκριμένα, το 2009, 2010 και 2011 περιορίστηκε αρκετά (19% περίπου), αλλά εξακολούθησε να βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (15,9% για το 2012). Η μείωση επιτεύχθηκε μέσω της εισαγωγής μιας σειράς μέτρων, όπως η μείωση των τιμών των πρωτοτύπων φαρμάκων και γενοσήμων, αλλαγές στον τρόπο αποζημίωσης για συνταγογραφούμενα φάρμακα και προσανατολισμό των προμηθειών φαρμάκων σε κεντρικότερο επίπεδο.

Οι μεγαλύτερες αντιδράσεις στα μέτρα αυτά προκλήθηκαν από την αύξηση της συμμετοχής των χρηστών, υπηρεσιών υγείας (περίθαλψης, εμβολιασμών, διαγνωστικών εξετάσεων και επειγουσών θεραπειών) που εφαρμόστηκε από το 2011. Για το λόγο αυτό, το 2012 προστέθηκαν εξαιρέσεις στη συμμετοχή των χρηστών οι οποίες κάλυψαν τελικώς το 50% του πληθυσμού. Οι εξαιρέσεις αυτές είχαν να κάνουν με το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο του χρήστη, καθώς και το αν ανήκε σε ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα (Barros, 2012)<sup>200</sup>.

Αξίζει να αναφερθεί, τέλος, ότι η Πορτογαλία και η Ιρλανδία ολοκλήρωσαν με επιτυχία τα προγράμματα διάσωσης (μνημόνια). Αμφότερες αρνήθηκαν την προληπτική γραμμή πίστωσης, η οποία προβλεπόταν, αφότου είχαν διεκπεραιώσει τις υποχρεώσεις τους. Η Πορτογαλία, επιπλέον, αρνήθηκε την τελευταία δόση του προγράμματος, η οποία ανερχόταν στα 2,6 δις. ευρώ, και εξήλθε του μνημονίου νωρίτερα από ό,τι είχε προβλεφθεί (το Μάιο του 2014). Μάλιστα, αιτούμενη υπαγωγής σε διαδικασία πρόωρης αποπληρωμής των οφειλών προς το ΔΝΤ, όχι μόνο αποπλήρωσε τα υπόλοιπα 4,7 δις ευρώ από τα 26 δις που είχε λάβει η χώρα από το ΔΝΤ, αλλά γλίτωσε και 1,16 δις σε τόκους<sup>201</sup>.

## 8.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΛΛΑΔΑ

Οι προαναφερθείσες «χώρες του μνημονίου» (Ιρλανδία, Ισπανία και Πορτογαλία) και η Ιταλία είχαν διαφορετική αφετηρία, αλλά και αποκλίνουσες πορείες προς την έξοδο. Η Ελλάδα έλαβε το πιο μεγάλο πακέτο μέτρων, έτυχε και της μεγαλύτερης αναδιάρθρωσης δανείων. Έλαβε, όμως, και τα πιο πολλά δημοσιονομικά μέτρα, υπερδιπλάσια από αυτά κάθε άλλου κράτους. Οι απόψεις, γύρω από την αποτυχία εξόδου της χώρας από τα μνημόνια νωρίτερα, είναι πολλές. Δε θα σταθούμε, όμως, σε αυτήν την παράμετρο, αλλά θα αρκεστούμε στη σύγκριση των δεικτών υγείας των πέντε χωρών, προκειμένου να διεξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα.

---

<sup>200</sup> Barros Pedro Pita (2012), "Health policy reform in tough times: The case of Portugal", Health Policy 2012; 106: 17– 22, on-line διαθέσιμο σε: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.008>

<sup>201</sup> Πέραν των δανείων προς το ΔΝΤ, η Λισαβόνα έχει ήδη δεσμευτεί για την πρόωρη αποπληρωμή ομολόγων του EFSF κατά την περίοδο 2020 - 2023. Η Πορτογαλία, κατά τη διάρκεια της κορύφωσης της ευρωπαϊκής κρίσης χρέους, έλαβε από τον επίσημο τομέα δάνεια συνολικού ύψους 78 δις. ευρώ (Ναυτεμπορική 10.12.2018, on-line διαθέσιμο σε: <https://m.naftemporiki.gr/amp/story/1422908/apoplirose-ta-daneia-sto-dnt-i-portogalia>



Όπως παρατηρούμε από τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α., που για λόγους συγκρισιμότητας περιλαμβάνονται συγκεντρωτικά στους ακόλουθους Πίνακες 20 και 21 και απεικονίζονται διαγραμματικά στο Γράφημα 67, η τάση στις **συνολικές δαπάνες για υγεία σε ποσοστό του ΑΕΠ** (Total expenditure on health, % gross domestic product) κατά τα έτη 2000-2009 ήταν παρεμφερής για τις προαναφερθείσες χώρες. Οι συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, είχαν ανοδική πορεία με κορύφωση στο **2009** όπου οι Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία άγγιξαν τη μέγιστη τιμή τους 10,19%, 9,40%, 10,81%, και 9,60% αντίστοιχα, ενώ η Ιρλανδία ξεπέρασε κατά πολύ το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (8,67%) αγγίζοντας το 10,69% το 2011. Έκτοτε, άρχισε η πτωτική πορεία για όλες τις χώρες. Αρκετές, μάλιστα, χώρες κατάφεραν όχι μόνο να φτάσουν τα επίπεδα των συνολικών δαπανών για την υγεία που είχαν προ κρίσεως, αλλά και να πέσουν ακόμα πιο χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα το 2000 είχε 7,95% συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ το 2018 7,85%. Αντιστοίχως, η Πορτογαλία είχε 9,30% το 2000, ενώ το 2018 είχε 9,10%, όταν ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 8,79%. Η Ιρλανδία από 6,18% το 2000 και ύστερα από τη μεγάλη διακύμανση με κορύφωση το 10,69% το 2011, έπεσε στο τέλος της κρίσης στο 7,03% το 2018. Τέλος, η Ισπανία, με πιο σταθερούς ρυθμούς, ξεκίνησε με 7,21% και χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις έφτασε στο 8,86%, κινούμενη πλησιέστερα στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.

Πίνακας 20: Συνολική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)

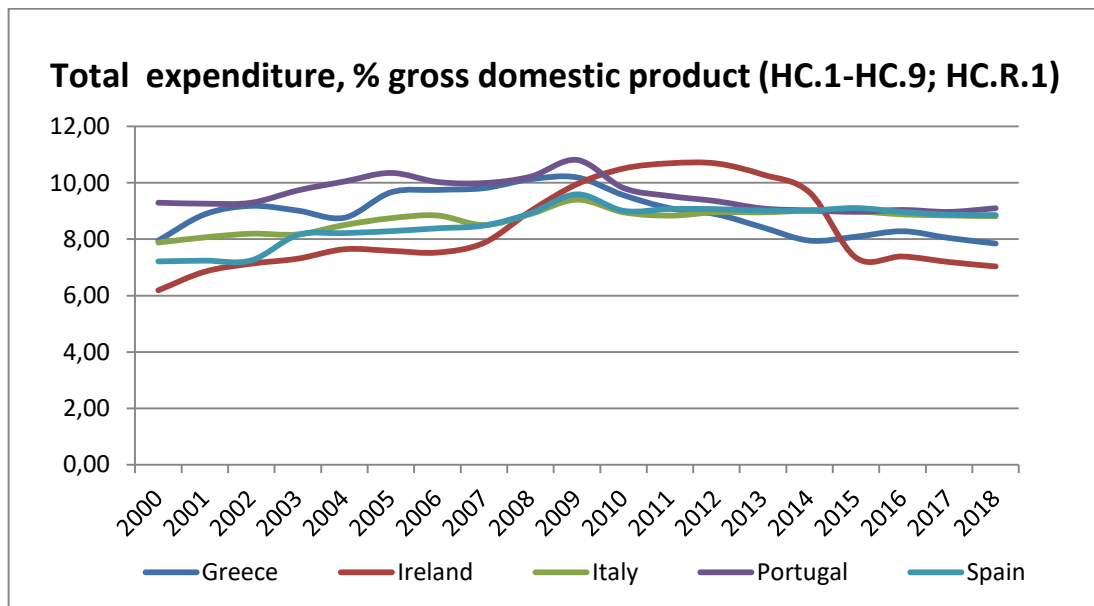
<b>Total expenditure on health, % gross domestic product</b>										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Greece</b>	7.95	8.88	9.18	9.01	8.76	9.66	9.75	9.81	10.13	<b>10.19</b>
<b>Ireland</b>	6.18	6.84	7.13	7.31	7.64	7.58	7.52	7.87	8.99	9.95
<b>Italy</b>	7.87	8.06	8.19	8.17	8.50	8.74	8.84	8.50	8.89	<b>9.40</b>
<b>Portugal</b>	9.30	9.26	9.29	9.73	10.05	10.35	10.03	9.99	10.22	<b>10.81</b>
<b>Spain</b>	7.21	7.24	7.25	8.15	8.22	8.29	8.39	8.49	8.93	<b>9.60</b>

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Greece</b>	9.56	9.10	8.88	8.42	7.95	8.09	8.28	8.04	7.85
<b>Ireland</b>	10.50	<b>10.69</b>	10.68	10.29	9.65	7.34	7.38	7.19	7.03
<b>Italy</b>	8.95	8.84	8.96	8.95	9.01	8.99	8.88	8.84	8.81
<b>Portugal</b>	9.82	9.53	9.35	9.09	9.02	8.97	9.04	8.97	9.10
<b>Spain</b>	9.01	9.08	9.07	9.02	9.02	9.11	8.97	8.87	8.86
<b>OECD Average</b>	<b>8.71</b>	<b>8.67</b>	<b>8.74</b>	<b>8.78</b>	<b>8.76</b>	<b>8.77</b>	<b>8.85</b>	<b>8.80</b>	<b>8.79</b>

Πηγή: OECD Health Statistics 2014 & 2019<sup>202</sup> (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

<sup>202</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Γράφημα 67: Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)



Total expenditure on health, % gross domestic product

Πηγή: OECD Health Statistics 2019 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Πίνακας 21: Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ (2000-2018)

2000- 2018	min	max	range	mean	median	standard deviation	mode	variance
<b>Greece</b>	7,95	10,19	2,24	9,30	9,18	0,63	#N/A	0,39
<b>Ireland</b>	6,18	10,69	4,51	8,38	7,64	1,58	#N/A	2,51
<b>Italy</b>	7,87	9,40	1,53	8,61	8,74	0,44	8,50	0,19
<b>Portugal</b>	9,26	10,81	1,55	9,83	9,82	0,48	#N/A	0,23
<b>Spain</b>	7,21	9,60	2,38	8,38	8,39	0,77	#N/A	0,60

Πηγή: OECD Health Statistics 2019 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Αν λάβουμε υπόψη ότι ο Ο.Ο.Σ.Α. ορίζει ως έτος έναρξης της κρίσης στις χώρες του το 2007, τα προαναφερθέντα στοιχεία διαμορφώνονται ακολούθως:

Πίνακας 22: Συνολική δαπάνη για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά τη μελετώμενη περίοδο κρίσης (2007-2018)

2007- 2018	min	max	range	mean	median	standard deviation	mode	variance
Greece	8,88	10,19	1,31	9,61	9,69	0,54	#N/A	0,29
Ireland	7,87	10,69	2,82	9,78	10,23	1,14	#N/A	1,30
Italy	8,50	9,40	0,90	8,92	8,92	0,29	#N/A	0,08
Portugal	9,35	10,81	1,47	9,95	9,91	0,52	#N/A	0,28
Spain	8,49	9,60	1,11	9,03	9,04	0,36	#N/A	0,13

Πηγή: OECD Health Statistics 2019 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, η Ιρλανδία υπήρξε η χώρα με τις χαμηλότερες συνολικές δαπάνες για υγεία (7,9%, 2007), ενώ η Ελλάδα μαζί με την Πορτογαλία (10,19% και 10,81%, 2009 αντίστοιχα) και την Ιρλανδία (10,69%, 2011) ήταν οι χώρες με τις υψηλότερες. Το εύρος των τιμών των δαπανών για την Ιταλία και Ισπανία ήταν κοντά στη μονάδα, ακολουθούσε η Ελλάδα με 1,31 και η Ιρλανδία με διπλάσιο εύρος. Ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών για υγεία κατά την περίοδο της ύφεσης της Ελλάδας και της Ιρλανδίας ήταν σχετικά κοντά (γύρω στο 9,7%), ακολουθούσε η Πορτογαλία (9,95%), ενώ αρκετά μικρότερος ήταν αυτός της Ιταλίας (8,92%) και της Ισπανίας (9,03%).

Σε ό,τι αφορά τις **άμεσες πληρωμές/ ίδια δαπάνη νοικοκυριών σε ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία** [Out-of-pocket payments (households), % total expenditure on health], δυστυχώς, η βάση δεδομένων του Ο.Ο.Σ.Α. δε διαθέτει στοιχεία για την Ελλάδα μέχρι και το 2007, επομένως η σύγκριση της ελληνικής περίπτωσης με τις υπό μελέτη χώρες στο κομμάτι των άμεσων δαπανών των νοικοκυριών, θα ήταν ατυχής. Ωστόσο, όπως διακρίνεται στον ακόλουθο Πίνακα 23 και Γράφημα 68, σε γενικές γραμμές, η Ελλάδα και η Πορτογαλία φαίνεται να έχουν και πάλι κοντινές τιμές και σημαντικά αποκλίνουσες από τις υπόλοιπες τρεις χώρες, Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία.

Πίνακας 23: *Ιδία δαπάνη νοικοκυριών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία Ελλάδα, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας (2000-2012)*

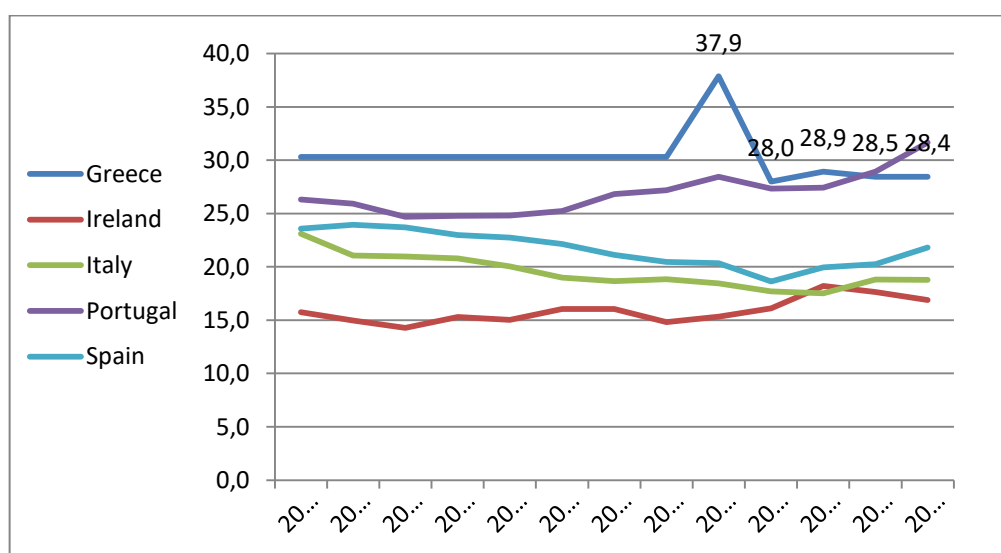
**Out-of-pocket payments (households), % total expenditure on health, TEH**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Greece</b>	...	...	...	...	...	...	...	...	<b>37,9</b>	28,0	28,9	28,5	28,4
<b>Ireland</b>	15,7	15,0	14,3	15,3	15,0	16,0	16,1	14,8	15,3	16,1	<b>18,2</b>	17,7	16,9
<b>Italy</b>	<b>23,1</b>	21,1	21,0	20,8	20,1	19,0	18,6	18,8	18,5	17,7	17,5	18,8	18,8
<b>Portugal</b>	26,3	25,9	24,7	24,8	24,8	25,2	26,8	27,2	28,5	27,3	27,4	28,9	<b>31,7</b>
<b>Spain</b>	23,6	<b>23,9</b>	23,7	23,0	22,7	22,1	21,1	20,5	20,3	18,6	19,9	20,2	21,8

(Ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2012 είναι 19,1%)

Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Γράφημα 68: *Ιδία δαπάνη νοικοκυριών ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία*



**Out-of-pocket payments (households), % total expenditure on health, TEH**

Πηγή: OECD Health Statistics 2014<sup>203</sup> (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Παρατηρείται ότι κατά την περίοδο της κρίσης, η Ελλάδα ήταν η χώρα με το μεγαλύτερο μέσο όρο άμεσων πληρωμών των νοικοκυριών (30,34%<sup>204</sup>) και ακολουθούσε η Πορτογαλία (28,5%). Η Ισπανία και η Ιταλία είχαν αρκετά μικρότερο ποσοστό (20,22% και 18,35% αντίστοιχα), ενώ τελευταία ήταν η Ιρλανδία με 16,50% (το μισό σχεδόν από την Ελλάδα!). Ιδίως κατά το έτος 2008, η ίδια δαπάνη των ελληνικών νοικοκυριών ως

<sup>203</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

<sup>204</sup> Τα στοιχεία του 2007, ωστόσο δεν είναι διαθέσιμα, συνεπώς ο μέσος όρος ενδέχεται να διαφέρει αρκετά.

ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία έφτασε το 37,9%, το μέγιστο ανάμεσα στις συγκρινόμενες χώρες με μέσο όρο 20,65% (η Ιρλανδία την ίδια χρονιά είχε 15,3%)! Γίνεται εύκολα αντιληπτό, συνεπώς, το φορτίο των ελληνικών νοικοκυριών σε δαπάνες για υγεία κατά την έναρξη της οικονομικής ύφεσης. Από το 2009 και έπειτα, το ποσοστό παρέμεινε σταθερό για την Ελλάδα, περίπου δηλαδή 28%, ποσοστό που διατηρούσε σταθερό και η Πορτογαλία κατά την περίοδο της κρίσης. Παραδόξως όμως, το 2012 το ποσοστό των άμεσων δαπανών των πορτογαλικών νοικοκυριών μεταβλήθηκε σημαντικά σε 31,7%. Αυτό ενδέχεται να ήταν αποτέλεσμα των πολιτικών υγείας του μνημονίου που ανάγκασαν τις κυβερνήσεις να μετακυλήσουν το κόστος στα νοικοκυριά, επαναπροσδιορίζοντας τη συμμετοχή του χρήστη υπηρεσιών υγείας, όπως προαναφέρθηκε. Στην περίπτωση της Ελλάδας, από τη στιγμή που αυξήθηκε το ποσοστό συμμετοχής του ασθενούς σε φάρμακα και υπηρεσίες υγείας, αλλά το ποσοστό παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητο, τα νοικοκυριά μάλλον έκαναν πιο συνετή χρήση των υπηρεσιών υγείας, λόγω του περιορισμού που επιβλήθηκε στο εισόδημα του. Η περίπτωση της Ιταλίας, επίσης παρουσιάζει ενδιαφέρον, καθώς η κρίση δε φαίνεται να άγγιζε τις άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών.

Επιπλέον, αναφορικά με το **ποσοστό των δημοσίων δαπανών για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία** (Public expenditure on health, % total expenditure on health), παρατηρείται ότι η Ελλάδα την τελευταία 12ετία έχει αυξήσει σημαντικά το ποσοστό της, με εύρος τιμών 10,4%, το μεγαλύτερο ανάμεσα στις συγκρινόμενες χώρες. Ωστόσο, οι δημόσιες δαπάνες για υγεία της Ελλάδας συγκριτικά με Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο Πίνακα 24 και Γράφημα 69, ήταν πάντα χαμηλότερες. Ο μέσος όρος της Ελλάδας εξακολουθεί να είναι ο χαμηλότερος (62,28%), έναντι 72,74% που είναι ο μέσος όρος των υπολοίπων χωρών κατά το διάστημα 2000-2012. Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά δημοσίων δαπανών της Ιταλίας (τα έτη 2008-2010 άγγιξαν σχεδόν το 79%!) διαχρονικά και την κατάταξη που έχει λάβει το ιταλικό σύστημα υγείας παγκοσμίως (2<sup>η</sup> θέση, 2000)<sup>205</sup>, μπορεί κάποιος συνειρμικά να αντιληφθεί τη σπουδαιότητα της συμμετοχής του κράτους στις δαπάνες υγείας.

---

<sup>205</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/>

Πίνακας 24: Δημόσια δαπάνη για υγεία, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία

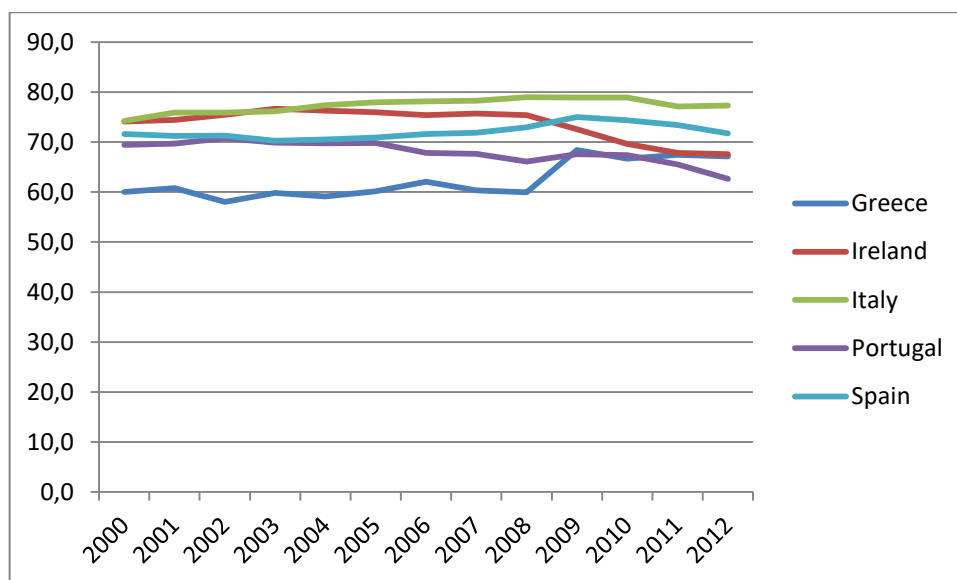
**Public expenditure on health, % total expenditure on health, TEH**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Greece</b>	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3	59,9	<b>68,4</b>	66,7	67,4	67,1
<b>Ireland</b>	74,1	74,4	75,5	<b>76,7</b>	76,3	76,0	75,4	75,7	75,4	72,6	69,6	67,8	67,6
<b>Italy</b>	74,2	75,9	75,9	76,2	77,4	77,9	78,2	78,3	<b>78,9</b>	<b>78,9</b>	<b>78,9</b>	77,1	77,3
<b>Portugal</b>	69,4	69,7	<b>70,8</b>	69,9	69,7	69,8	67,8	67,6	66,1	67,6	67,4	65,5	62,6
<b>Spain</b>	71,6	71,2	71,3	70,2	70,5	70,9	71,6	71,8	73,0	75,0	<b>74,4</b>	73,4	71,7

(Ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2012 είναι 72,2%)

Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Γράφημα 69: Δημόσια δαπάνη για υγεία συγκρινόμενων χωρών, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για υγεία



**Public expenditure on health, % total expenditure on health, TEH**

Πηγή: OECD Health Statistics 2014 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Κατά τη διάρκεια των ετών της ύφεσης, η Ελλάδα αύξησε σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες της για υγεία. Ιδίως το 2009, έφτασε στη μέγιστη τιμή τους με 68,4%, από 59,9% που ήταν το 2008. Τις χρονιές που ακολούθησαν, σταθεροποιήθηκε στο 67% όμοια με την Ιρλανδία, η οποία, ωστόσο, διαχρονικά τις μείωσε κατά 8 ποσοστιαίες μονάδες. Το εύρος και η διακύμανση των τιμών και των δύο χωρών ήταν αρκετά μεγάλα και εμφανώς κάτω από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Αυτή που είχε σταθερή πορεία κατά την κρίση ήταν η Ιταλία, κοντά στο 78% (πολύ μικρό εύρος και διακύμανση, αλλά μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.). Ακολούθησε η Ισπανία, η

οποία διατήρησε περίπου στα ίδια επίπεδα το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για υγεία από την έναρξη της ύφεσης μέχρι σήμερα (και κοντά στον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.), με εξαίρεση τα έτη 2009-2010 που αυξήθηκαν ελαφρώς. Τέλος, η περίπτωση της Πορτογαλίας είναι ιδιαίτερη. Μέτριο εύρος και διακύμανση, σχεδόν σταθερό ποσοστό (67%) κατά τα έτη 2007-2010, πτωτική τάση έπειτα και μείωση κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες το 2012, ως λογικό επακόλουθο των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν και στο χώρο της Υγείας.

Παράλληλα, στον ακόλουθο Πίνακα 25, όπου καταγράφεται η Δημόσια δαπάνη για υγεία των συγκρινόμενων χωρών ως ποσοστό του ΑΕΠ τους, παρατηρείται ότι τα έτη **2009** και **2010** αποτελούν τις χρονιές κατά τις οποίες οι δημόσιες δαπάνες υγείας έλαβαν τη μέγιστη τιμή τους για όλες τις χώρες. Είναι λογικό, αφού η κρίση είχε κορυφωθεί, τα χρέη των νοσοκομείων είχαν διογκωθεί και η κατάσταση στο χώρο της υγείας έμοιαζε με ενεργό ηφαίστειο.

Πίνακας 25: Δημόσια δαπάνη για υγεία συγκρινόμενων χωρών, ως ποσοστό του ΑΕΠ

**Public Health expenditure and financing, Share of gross domestic product (%)**

Country/ year	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Greece</b>	4,5	5,0	5,0	5,1	4,8	5,6	5,7	5,6	5,5	6,5	<b>6,6</b>	6,0	5,9	5,2	4,6	4,7	5,1	4,9	4,7
<b>Ireland</b>	4,6	5,0	5,3	5,5	5,7	6,0	5,8	6,2	7,2	<b>8,1</b>	8,0	7,7	7,7	7,3	6,9	5,3	5,4	5,3	5,2
<b>Italy</b>	5,5	5,8	5,9	5,9	6,2	6,5	6,6	6,3	6,7	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5
<b>Portugal</b>	5,9	6,0	6,2	6,3	6,6	6,7	6,3	6,2	6,4	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	6,5	6,1	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	6,0
<b>Spain</b>	4,9	4,8	4,8	5,4	5,5	5,5	5,6	5,7	6,1	<b>6,8</b>	6,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,5	6,4	6,3	6,2

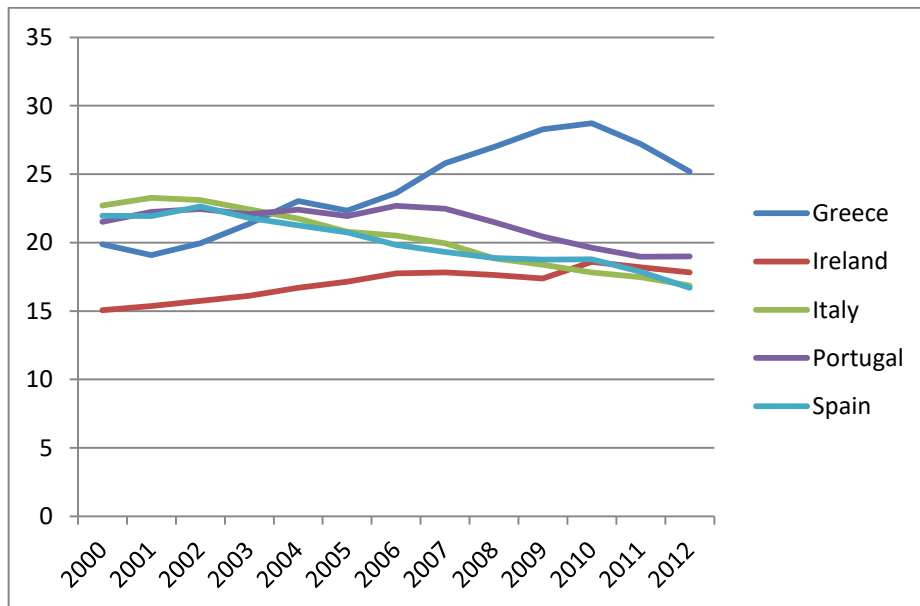
Πηγή: OECD Health Statistics 2019 (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Γίνεται ευκόλως αντιληπτό, ότι όλες οι παραπάνω χώρες καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια να μειώσουν σημαντικά τις δημόσιες δαπάνες τους για την υγεία και αυτό αποτυπώνεται και στα στατιστικά του Ο.Ο.Σ.Α. (2019). Ωστόσο, η κριτική στις πολιτικές υγείας που έχουν εφαρμοστεί, στα πλαίσια της λιτότητας, περιστρέφεται γύρω από τον άξονα της ανισότητας στην προσβασιμότητα και στις out of pocket πληρωμές (copayments- αύξηση συμμετοχής χρηστών), καθώς και της απουσίας κοινωνικής

προστασίας, αφού πλήττονται κυρίως οι πιο ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. οι άνεργοι, ο αριθμός των οποίων έχει αυξηθεί κατακόρυφα).

Τέλος, σε ό,τι αφορά στη **συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αναλώσιμα, σε ποσοστό τρέχουσας δαπάνης για υγεία** (Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables, % current expenditure on health), όπως αποτυπώνεται στον ακόλουθο Πίνακα 27 και το Γράφημα 70 με στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2014), διαπιστώνεται η μεγάλη αυξητική πορεία τους στην Ελλάδα (μέσος όρος 2000-2012, 23,7%), ενώ ο μέσος όρος των υπολοίπων χωρών είναι αρκετά μικρότερος (Ιρλανδία 17,2%, Ιταλία 20,31%, Ισπανία 20,05% και Πορτογαλία 21,53%). Ωστόσο, από το 2010 και έπειτα, η φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε πτωτική πορεία σε Ελλάδα και Ιρλανδία, ενώ στις υπόλοιπες χώρες σταθερά μειωμένη, με πολύ μικρές διακυμάνσεις καθ' όλη την περίοδο 2000-2012.

Γράφημα 70: Συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αναλώσιμα, ως ποσοστό τρέχουσας δαπάνης για υγεία Ελλάδας, Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας, Ισπανίας



Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables, % current expenditure on health, CEH

Πηγή: OECD Health Statistics 2014<sup>206</sup> (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

<sup>206</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>



**Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables, % current expenditure on health, CEH**

2000- 2012	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Greece</b>	19,9	19,1	19,9	21,4	23,0	22,3	23,6	25,8	..	28,3	<b>28,7</b>	27,2	25,2
<b>Ireland</b>	15,1	15,4	15,7	16,1	16,7	17,1	17,8	17,8	17,6	17,4	18,6	18,2	17,8
<b>Italy</b>	22,7	23,3	23,1	22,4	21,8	20,8	20,5	20,0	18,8	18,4	17,8	17,5	16,9
<b>Portugal</b>	21,5	22,2	22,5	22,1	22,4	21,9	22,7	22,5	21,5	20,5	19,6	19,0	..
<b>Spain</b>	22,0	21,9	22,7	21,8	21,3	20,8	19,8	19,3	18,9	18,7	18,8	17,9	16,7

(Ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. για το έτος 2012 είναι 15,9%)

Πηγή: OECD Health Statistics 2014<sup>207</sup> (Επεξεργασία στοιχείων από Ζηκίδου Στ.)

Πιο συγκεκριμένα, κατά την περίοδο της ύφεσης, η Ελλάδα είχε μακράν το μεγαλύτερο ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τις υπό σύγκριση χώρες. Το 2007 είχε 25,8%, τη στιγμή που ο μέσος όρος των υπολοίπων ήταν 19,9%! Τα στοιχεία του 2008 εκλείπουν, αλλά το 2009 και 2010 αποδεικνύεται ότι η ανοδική τάση των δαπανών δεν ανεκόπη από την έλευση της κρίσης. Μάλιστα, το 2010 είχε τη μέγιστη τιμή τους (28,7%), όταν η Ιρλανδία, Ισπανία και Ιταλία είχαν κοντά στο 18% και η Πορτογαλία 20%. Η έλευση της κρίσης δε φαίνεται να επηρέασε σημαντικά τη φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας, αφού το 2012 έφτασε απλά στα επίπεδα του 2007, περίπου 25% (μείωση κατά 3,5 ποσοστιαίες μονάδες), με το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. να είναι 15,9! Η μείωση αυτή είναι ασφαλώς μικρή, αν λάβουμε υπόψη ότι η Ιταλία και η Πορτογαλία, που είχαν πολύ μικρότερη φαρμακευτική δαπάνη, κατάφεραν επίσης παρόμοια μείωση. Ακολούθησε η Ισπανία με μείωση της τάξης του 2,6% και η Ιρλανδία με 1,2%. Όλες οι χώρες, πλην της Ελλάδας, βρίσκονταν σχετικά κοντά στο το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. αναφορικά με τη συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αναλώσιμα, ως ποσοστό τρέχουσας δαπάνης για υγεία.

Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του Παρατηρητηρίου Οικονομικών της Υγείας του IOBE για τη φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα (2018)<sup>208</sup>, η συνολική δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα διαμορφώθηκε στα 3,9 δις ευρώ το 2016 σημειώνοντας μείωση -37,5% σε σύγκριση με το 2009. Αντίστοιχα, η δημόσια δαπάνη

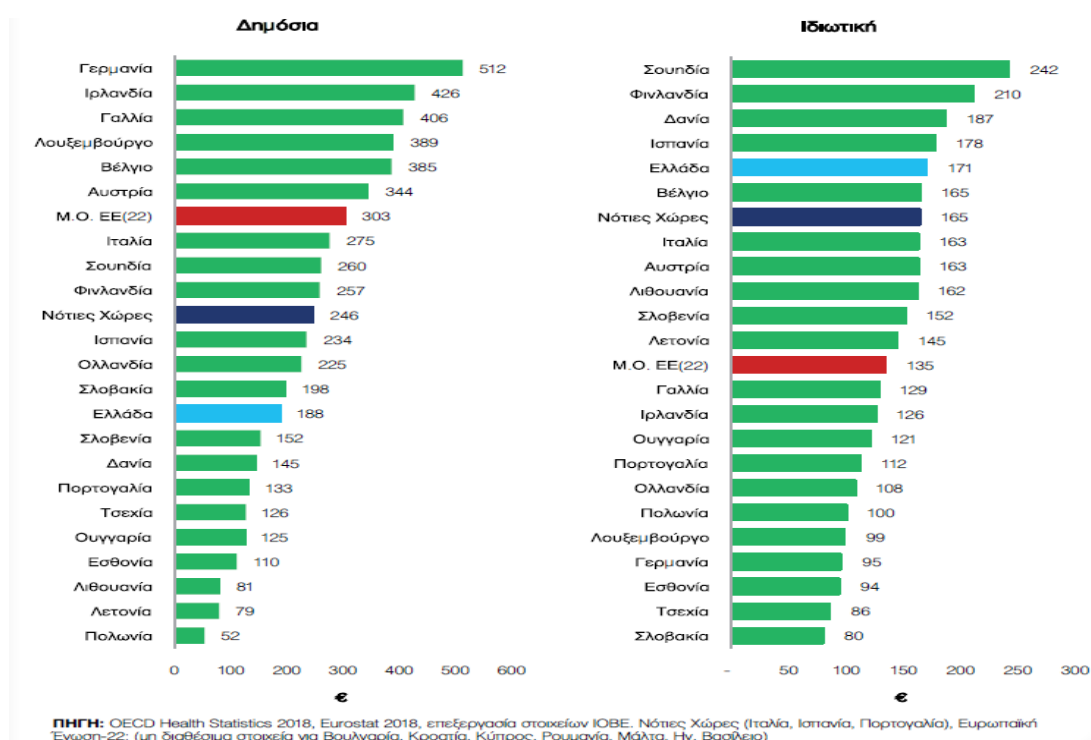
<sup>207</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

<sup>208</sup> IOBE (2018), Μελέτη με τίτλο «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα από 4,8 δις ευρώ το 2009 διαμορφώθηκε στα 2,0 δις το 2016 σημειώνοντας ακόμα μεγαλύτερη μείωση -58,7%.

Ακολούθως, στο Γράφημα 71 απεικονίζεται η Δημόσια και Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα. Μεταξύ των συγκρινόμενων χωρών της παρούσης, αναφορικά με τη **δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη** για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, πρωτοστατεί η Ιρλανδία (πάνω από το μέσο όρο της Ε.Ε.) και ακολουθούν οριακά η Ιταλία, μετά η Ισπανία και η Ελλάδα και αρκετά πιο χαμηλά η Πορτογαλία. Σε ό,τι αφορά την **ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη** για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, η Ισπανία, η Ελλάδα και η Ιταλία είναι σημαντικά πάνω από το μέσο όρο της Ε.Ε., ενώ ακολουθεί η Ιρλανδία και η Πορτογαλία κάτω από αυτόν.

Γράφημα 71: Δημόσια και Ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2016)



Πηγή: ΙΟΒΕ, 2018<sup>209</sup>

Συμπερασματικά, στο Κεφάλαιο αυτό είδαμε ότι οι συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. των συγκρινόμενων χωρών, σε γενικές γραμμές, είναι πολύ κοντά

<sup>209</sup> ΙΟΒΕ (2018), Μελέτη με τίτλο «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Η τάση είναι παρεμφερής στις χώρες αυτές, δηλαδή υψηλές δαπάνες μέχρι και το 2009-2011 και πτωτική τάση έπειτα. Η Ελλάδα και Πορτογαλία έχουν σχετικά κοινή πορεία, αφού είναι πρωταθλητές τόσο στις συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π., όσο και στις άμεσες πληρωμές. Δυστυχώς, όπως προαναφέρθηκε, για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία για την τελευταία κατηγορία μέχρι και το 2007. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία έκτοτε φανερώνουν εξαιρετικά αυξημένες άμεσες πληρωμές και κατά συνέπεια βάρος για τα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπλέον, οι Δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για υγεία της Ελλάδας είναι χαμηλότερες από τις συγκρινόμενες χώρες, γεγονός που αποδεικνύει τον νεοφιλελεύθερο χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Στον αντίποδα έρχεται η Ιταλία με πολύ υψηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών που δικαιολογεί το ισχυρό σύστημα υγείας της. Τέλος, σε ό,τι αφορά στη φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη για άλλα ιατρικά αναλώσιμα ως ποσοστό τρέχουσας δαπάνης υγείας, όπως σημειώθηκε, η Ελλάδα έδειξε να αποκλίνει αισθητά από την Ιταλία, Ισπανία, Ιρλανδία και Πορτογαλία με μακράν μεγαλύτερο ποσοστό δαπάνης. Γι αυτό το λόγο, οι μνημονιακές πολιτικές στράφηκαν προς την θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων που πράγματι είχαν ανάγκη.

Λαμβάνοντας υπόψη, τα παραπάνω δεδομένα και τις αποκλίσεις της Ελλάδας, γίνεται αντιληπτό ότι ο σχεδιασμός και εφαρμογή της πολιτικής υγείας, ειδικότερα σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική δαπάνη, έχρηξε περισσότερης μέριμνας, νομοθετικών παρεμβάσεων και ελέγχων εφαρμογής για τον περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης. Η προώθηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων ήταν, επίσης, θέμα μείζονος σημασίας, που πράγματι συνέβαλε στη μείωση της συνολικής δαπάνης για φαρμακευτικά και άλλα ιατρικά αναλώσιμα (όχι μόνο για την Ελλάδα).

Αξίζει να αναφερθεί, τέλος, ότι μέρος της επιστημονικής κοινότητας του κλάδου αμφισβητεί τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των μέτρων που εφαρμόζονται στα πλαίσια της ευρύτερης στρατηγικής μείωσης κόστους στην Υγεία. Σε κάθε, πάντως, περίπτωση το μέλλον θα δείξει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ | Σύνοψη-Συμπεράσματα & Προβλέψεις Δαπανών Υγείας μέχρι το 2050

### 9.1 Σύνοψη

Αφού έγινε αποσαφήνιση του όρου «δαπάνη υγείας» και διερεύνηση των συνιστωσών αυτού, μέσω των κατηγοριοποιήσεων των διεθνών προτύπων, έγινε ξεκάθαρο ότι η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα και το επίπεδο υγείας αποτελούν τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες χρήσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Όπως είδαμε, προκειμένου να υπάρχει μια ενοποιημένη κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας και παράλληλα, να γίνεται εφικτή η διεθνής συγκρισιμότητα και ανάλυση ομοειδών μεγεθών, ανά χώρα και έτος, σχεδιάστηκε από τον Ο.Ο.Σ.Α., τη Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένα σύστημα διεθνούς αναφοράς, καταγραφής, ταξινόμησης και σύγκρισης των δαπανών υγείας, το **Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts- SHA)**, σύμφωνα με το οποίο οι δαπάνες ομαδοποιούνται στο τρίπτυχο: χρηματοδότηση, παραγωγή και κατανάλωση και όλες οι λειτουργίες του συστήματος υγείας (κυβέρνηση, δημιουργία πόρων, χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών) μπορούν να συνδεθούν με αυτό.

Έπειτα, έγινε μια πολύ σύντομη αναφορά σε δημογραφικά στοιχεία και στο προφίλ υγείας των Ελλήνων, το οποίο σε γενικές γραμμές, είναι ικανοποιητικό και μάλιστα οι Έλληνες αυτοπροσδιορίζουν το επίπεδο υγείας τους ως καλό, σύμφωνα με στατιστικά του Ο.Ο.Σ.Α.<sup>210</sup>. Ο πληθυσμός της Ελλάδας μπορεί να μην έχει μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, ωστόσο, έχει αλλάξει η ηλικιακή σύσταση του πληθυσμού, ακολουθώντας την **προοδευτική τάση γήρανσης του πληθυσμού** της ΕΕ. Γίνεται αντιληπτό ότι μεταξύ 2020-2050 θα παρατηρηθεί η μεγαλύτερη μεταβολή του πληθυσμού άνω των 80 ετών σε όλες στις χώρες της ΕΕ. Εκτιμήσεις της Eurostat δείχνουν ότι από τη δεκαετία του 1960 μέχρι σήμερα ο υπέργηρος πληθυσμός της Ελλάδας άνω των 80 ετών αυξάνεται, με μεταβολή που το 2050 θα αγγίξει το 2.4. Συγκεκριμένα, από στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. (2013), στην Ελλάδα το μερίδιο του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών το 2010 είναι 19% και 5%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά το 2050 θα είναι 33% και 11% (εκτιμώμενα).

---

<sup>210</sup> On-line διαθέσιμο σε: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117#> και <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#>

Αυτό σημαίνει ότι ασκούνται συνακόλουθες ασφυκτικές πιέσεις στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, αφού, όπως προαναφέρθηκε, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τα λοιπά δημογραφικά δεδομένα (αύξηση πληθυσμού άνω των 65, επιβράδυνση γεννήσεων, αύξηση αριθμού εξαρτώμενων μελών μιας οικογένειας-δείκτης εξάρτησης πληθυσμού) επηρεάζουν την εξέλιξη των δαπανών υγείας. Επομένως, **το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να στραφεί προς την πρόληψη υγείας και τη γηριατρική φροντίδα, καθώς υφίσταται ήδη εξαιρετικές πιέσεις από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, την αύξηση των υπερηλίκων και την υπογεννητικότητα, οι οποίες πιέσεις- σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης- πρόκειται να κλιμακωθούν τις επόμενες δεκαετίες.**

Στη συνέχεια, στο Κεφάλαιο 2, έγινε προσπάθεια αποτύπωσης των **αιτίων της ελληνικής ιδιαιτερότητας μέσω της διερεύνηση του κοινωνικοπολιτικού κλίματος (αποκλίσεις από τις κοινωνίες της Δύσης) και της οικονομικής και κοινωνικής υφής** της χώρας, διότι ο Τομέας Υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την Κοινωνική Πολιτική και το Κράτος-Πρόνοιας που η πολιτεία έχει θεσπίσει και ακολουθεί. Υπό αυτή την έννοια, κρίθηκε σκόπιμο να ανιχνευθεί η ιδιαιτερότητα της Ελλάδος σε ό,τι αφορά την οικονομική της ανάπτυξη με τα συνδεδεμένα κοινωνικά της χαρακτηριστικά.

Παρατηρήθηκε ότι το ελληνικό μοντέλο ανάπτυξης διαφοροποιήθηκε από εκείνο των άλλων δυτικοευρωπαϊκών κρατών. Εύλογα συνέβη κάτι τέτοιο, αφού το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα άρχισε να κτίζεται όταν κατεδαφίζετο ή, εν πάση περιπτώσει αποδομείτο, το αντίστοιχο στη Δύση. Ο τρόπος της εθνικής ολοκλήρωσης και η λειτουργία του κράτους μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, με τα έντονα κοινωνικά ζητήματα (εμφύλιος, μετανάστευση, δικτατορία κλπ.) που ανέκυψαν, διεχώρησαν την ελληνική περίπτωση από τις άλλες, τόσο της δυτικής όσο και της ανατολικής Ευρώπης.

Στη συνέχεια εξετάστηκε η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην οποία αναπτύχθηκε το ελληνικό κράτος, εντασσόμενο στο ευρύτερο διεθνές περιβάλλον της εποχής καθώς και οι απαρχές του συστήματος Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας στην Ελλάδα με όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (πχ. Άτυπες πληρωμές, Παραοικονομία στην Υγεία). Το σύστημα της Ελλάδας έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ως αρκετά «ιδιωτικοποιημένο», αφενός, λόγω των υψηλών άτυπων πληρωμών- OOP (out-of-pocket payments), τη στιγμή που η χώρα διαθέτει σύστημα υγείας με καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, αφετέρου, λόγω της χαμηλής δημόσιας χρηματοδότησης του τομέα, η οποία μειώθηκε κι άλλο κατ' εφαρμογήν της μνημονιακής πολιτικής. Το συχνά αναφερόμενο ως «ελληνικό παράδοξο» συνιστά ότι περίπου 30 χρόνια μετά τη σύστασή

του, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Για το λόγο αυτό, θα είχε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον η σύγκριση μεταξύ των δαπανών υγείας της χώρας πριν και μετά την θέσπιση και εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. (επί τη βάση των μακροοικονομικών δεδομένων). Ωστόσο, η εκτέλεση της ιδέας αυτής δεν ήταν τελικώς εφικτή, όπως σχεδιάστηκε στην παρούσα μελέτη, αφού η αναζήτηση επίσημων δεδομένων στην πλατφόρμα της ΕΛΣΤΑΤ, του Ο.Ο.Σ.Α. και της Παγκόσμιας Τράπεζας δεν απέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα (μόλις μετά το 1988 υπάρχουν δεδομένα για την Ελλάδα).

Αφού, λοιπόν, ολοκληρώθηκε η κοινωνιολογική ανίχνευση της δομής του ελληνικού καταναλωτικού προτύπου (και γενικότερα της υφής της νεοελληνικής κοινωνίας), η παρούσα διατριβή συνέχισε την οικονομική προσέγγιση του θέματος, αναλύοντας τα πρωτογενή μικρο-δεδομένα των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛ.ΣΤΑΤ., κατά την περίοδο 1988-2018, προκειμένου να διερευνηθεί η διαφοροποίηση του επιπέδου ιδιωτικών δαπανών υγείας, ως προς τα κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών, αλλά και σε τι βαθμό οι ιδιωτικές δαπάνες προβλέπονται/ επηρεάζονται από κάποια χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς και από την κρίση. Ύστερα από την ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων με την τεχνική της **πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (*multiple regression analysis*)** μέσω του προγράμματος STATA, προέκυψε ότι τα νοικοκυριά με την πάροδο του χρόνου διέθεταν μικρότερο εισόδημα και επομένως, λόγω της ανελαστικότητας της ζήτησης του αγαθού Υγεία, ξόδευαν μεγαλύτερο ποσοστό αυτού σε δαπάνες υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν, επίσης, άνοδο του ποσοστού για δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές, εξοπλισμό και νοσοκομειακή περίθαλψη και μείωση στις δαπάνες για υπηρεσίες ιατρών.

Ως προς τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, δηλαδή τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, εξετάστηκε η ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού, ο τόπος διαμονής και ο τύπος/ σύνθεση του νοικοκυριού. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι διαχρονικά τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές δαπανούν περισσότερα χρήματα για υγεία σε σύγκριση με τα νοικοκυριά των αγροτικών περιοχών. Πιο συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές δαπανούν περισσότερα χρήματα σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές, ενώ αντίθετα τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε ιατρικές υπηρεσίες και νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές.

Από την ανάλυση των δεδομένων ως προς την ηλικία του υπεύθυνου των νοικοκυριών προέκυψε ότι οι μέσες συνολικές δαπάνες υγείας των νοικοκυριών μειώθηκαν ανεξάρτητα από την ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Διαχρονικά, οι ηλικίες που φαίνεται να ξοδεύουν μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους για υγεία είναι αυτές άνω των 65 ετών. Επιπλέον, παρατηρήθηκε, όπως είναι λογικό, ότι διαχρονικά η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με υψηλότερες μηνιαίες δαπάνες για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό. Κάτι τέτοιο είναι εύλογο, αν ληφθεί υπόψη ο διπλασιασμός που έχει επέλθει στο προσδόκιμο επιβίωσης του ανθρώπου τα τελευταία 100 χρόνια (το μεγαλύτερο επίτευγμα της βιοϊατρικής έρευνας και τεχνολογίας της ανθρωπότητας), το οποίο συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες για διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας των ανθρώπων, μέσω φαρμακευτικών αγωγών και λοιπών θεραπευτικών συσκευών. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι οι μέσες μηνιαίες δαπάνες σε φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε κάθε ηλικιακή ομάδα ήταν σταθερές κατά την περίοδο της κρίσης με ελαφρά αυξητική τάση.

Τέλος, από την ανάλυση των δεδομένων ως προς τον τύπο-σύνθεση των ελληνικών νοικοκυριών προέκυψε ότι τα νοικοκυριά, τα οποία διαχρονικά είχαν τη μικρότερη μέση δαπάνη υγείας, ήταν όσα αποτελούνταν από ένα άτομο ηλικίας κάτω των 65 ετών, από ένα άτομο ηλικίας άνω των 65 ετών και από έναν γονέα με ένα παιδί ή περισσότερα έως και 16 ετών.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι:

- Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου νοικοκυριού, τόσο περισσότερες είναι οι συνολικές δαπάνες υγείας.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου νοικοκυριού, τόσο περισσότερες είναι οι δαπάνες για φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό, για ιατρικές υπηρεσίες και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Στις αγροτικές περιοχές τα νοικοκυριά ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αστικές περιοχές.
- Στις αστικές περιοχές τα νοικοκυριά ξοδεύουν περισσότερα χρήματα σε νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τα νοικοκυριά στις αγροτικές περιοχές.
- Τα νοικοκυριά με παιδιά έχουν υψηλότερες συνολικές δαπάνες, υψηλότερες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες και υψηλότερες δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Κατόπιν τούτων, παρατηρήθηκε ότι με την πάροδο των ετών της κρίσης, οι μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών μειώνονται, λόγω της δήμευσης των εσόδων που υπέστη η μεσαία τάξη, η οποία περιόρισε την καταναλωτική τους δυνατότητα. Δεδομένου ότι δαπανούν μεγαλύτερο, πλέον, ποσοστό από το συρρικνωμένο τους εισόδημα για υγεία (αφού, όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για ανελαστικό αγαθό που είναι δύσκολο να περιοριστεί), οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αυξήθηκαν, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση εργασίας της παρούσας διατριβής, ότι δηλαδή «κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών αυξήθηκαν». (Το Κεφάλαιο 6 της παρούσης συνετέλεσε συμπληρωματικά στην ως άνω επιβεβαίωση, βλ. ακολούθως).

Στη συνέχεια, στο Κεφάλαιο 4, παρουσιάστηκε εν συντομία το **χρονικό της οικονομικής κρίσης του 2008 στην Ελλάδα**, με αφετηρία την υποβάθμιση της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας το Δεκέμβριο του 2009 και της ανακοίνωσης περικοπών των δημοσίων δαπανών, καθώς και την υπογραφή του 1ου Μνημονίου ύψους 80 δις ευρώ το Μάιο του 2010. Ακολούθησε το 2ο Μνημόνιο το 2012, ύψους 130 δις ευρώ, τα capital controls και το 3ο Μνημόνιο το 2015, ύψους 86 δις ευρώ. Ο τερματισμός της διαδικασίας υπερβολικού ελλείμματος για την Ελλάδα έκλεισε το 2017 με την ψήφιση του 4ου (συμπληρωματικού) Μνημονίου, έως ότου τον Αύγουστο του 2018, όχι «αναίμακτα» για τους Έλληνες πολίτες, ο Πρωθυπουργός της χώρας ανακοίνωσε την έξοδο της χώρας από τα προγράμματα στήριξης. Συνοπτικά, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2019)<sup>211</sup>, μέσα στην τελευταία δεκαετία το ΑΕΠ της Ελλάδας συρρικνώθηκε (από 242 δις ευρώ το 2008, σε 184,70 δις ευρώ το 2018), το έλλειμμα μειώθηκε κατά περίπου 15 μονάδες, ενώ τα έσοδα της Γενικής Κυβέρνησης, ως ποσοστό του ΑΕΠ, αυξήθηκαν κατά περίπου 10 μονάδες. Οι δαπάνες παρουσίασαν κυμαινόμενη πορεία με σημεία ανόδου τα έτη 2011 και 2013. Το χρέος της Γενικής Κυβέρνησης παρέμεινε υψηλό, με κορύφωση στο έτος 2018.

Ωστόσο, η όξυνση του προβλήματος ρευστότητας της αγοράς, της μείωσης της ιδιωτικής κατανάλωσης και των επενδύσεων σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας επαύξησαν τις δυσμενείς προσδοκίες για την Ελλάδα. Αξιοσημείωτο είναι, σε ό,τι αφορά στην ανεργία, ότι το 2007 ο δείκτης ήταν 8,4%, ενώ στην καρδιά της ύφεσης το 2012 εκτινάχθηκε στο 24,4% και το 2012 στο 27,5%. Μόνο όταν έφτασε το 2018, ο δείκτης

<sup>211</sup> ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, «Η Ελληνική Οικονομία», δημοσίευμα της 13<sup>ης</sup>.09.2019, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.statistics.gr/the-greek-economy>



ανεργίας κατάφερε να πέσει αισθητά σε 19,3%, που και πάλι δε θεωρείται χαμηλός με γνώμονα την έξοδο της Ελλάδας από την κρίση.

Είναι αναμενόμενο όλα τα παραπάνω να έχουν **αντίκτυπο** στην Υγεία, τόσο στο επίπεδο της υγείας των πολιτών, όσο και στο ίδιο το Σύστημα Υγείας της χώρας. Σε ό,τι αφορά το **επίπεδο υγείας των πολιτών**, η γενικότερη αβεβαιότητα για το μέλλον, η ραγδαία αύξηση της ανεργίας, η επαγγελματική ανασφάλεια, οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός συνεπάγονται ανικανότητα να ελέγχει κάποιος τη ζωή του και οδήγησαν, όπως είναι αναμενόμενο, σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, σε ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος), ισχαιμική καρδιοπάθεια, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος<sup>212</sup>, ακόμη και αυτοκτονίες. Τα ευρήματα όσων μελετών ερευνούσαν τις επιπτώσεις της ελληνικής κρίσης στην υγεία των πολιτών, περιλάμβαναν, μεταξύ άλλων, ψυχικά νοσήματα, αυτοκτονίες, επιδημιολογικά- μεταδιδόμενα νοσήματα (λοιμώξεις από ιούς HIV213, πανδημική γρίπη H1N1, WNV-Ιός Δυτικού Νείλου, ελονοσία κ.λ.π.)<sup>214</sup> καθώς και ωτορινολαρυγγικές διαταραχές (ίλιγγος, εμβοές), δυνητικά σχετιζόμενες με αυξημένο άγχος και κοινωνική ανησυχία που προκάλεσε η οικονομική κρίση<sup>215, 214</sup>.

Σε ό,τι αφορά την **επίδραση της κρίσης στο σύστημα υγείας**, στο βαθμό που στην παρούσα χρονική στιγμή μπορούν να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, υπάρχουν δύο όψεις: μια θετική και μια αρνητική. Πεποίθηση πολλών είναι ότι οι επιπτώσεις της κρίσης επέδρασαν **θετικά** στο Σύστημα Υγείας, αφού μεταμορφώθηκαν σε **δομικές μεταρρυθμίσεις** που έπρεπε να είχαν γίνει από καιρό. Για παράδειγμα, προκειμένου να μειωθούν οι δαπάνες υγείας αποφασίστηκε η συγχώνευση/ κλείσιμο κλινικών ή/και μονάδων υγείας, αυξήθηκε και τηρήθηκε η είσπραξη του εισιτηρίου προγραμματισμένης εισαγωγής εξωνοσοκομειακών ασθενών, εφαρμόστηκε σύστημα αποζημίωσης μέσω κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου (K.E.N.) (προσαρμογή του διεθνούς όρου DRG/ Diagnosis-Related Group, όπως εφαρμόζεται στο εξωτερικό), εφαρμόστηκαν περιορισμοί

<sup>212</sup> Κυριόπουλος Ι. (2011), παρουσίαση "Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης", Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<sup>213</sup> Η αύξηση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών (Injecting Drug Users- IDUs) δυσχεραίνει το πρόβλημα της μετάδοσης του ιού HIV.

<sup>214</sup> Simou E., Koutsogeorgou E.(2014), "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", Health Policy, Vol.115, Iss.2-3, Pages 111–119, online available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

<sup>215</sup> Karatzanis AD, Symvoulakis EK, Nikolaou V, Velegrakis GA (2012), "Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece", International Journal of Medical Science 2012;9:126–8.

στις προμήθειες ιατρικών αναλωσίμων και πραγματοποίησή τους σε κεντρικό, πλέον, επίπεδο (Επιτροπή Προμηθειών Υγείας), περιορισμοί στη φαρμακευτική δαπάνη μέσω clawback (επιστροφής) και του rebate (έκπτωσης), με παράλληλη την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων, θεσμοθετήθηκε και εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βάσει της δραστικής ουσίας και την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10 κλπ. Επιπλέον, ο νόμος 4387/16 «*Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας*» για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συνταξιοδοτικού συστήματος οδήγησε στη σύσταση του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), ο οποίος ήταν αποτέλεσμα της ενοποίησης των προϋπαρχόντων φορέων κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούσαν στη χώρα μας, με σκοπό την κατάρτιση ενιαίου κανονισμού ασφάλισης και παροχών με ίσα δικαιώματα για όλους, στο πλαίσιο της προσπάθειας εξορθολογισμού των ασφαλιστικών ταμείων και της προγενέστερης σύστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.3918/2011). Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας (πολυϊατρεία) των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του Ι.Κ.Α., του Ο.Γ.Α., του Ο.Π.Α.Δ. και του Ο.Α.Ε.Ε., με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων με ισότιμες παροχές προς τους ασφαλισμένους.

Αυτό, όμως, για το οποίο οι ειδικοί στο χώρο του management της υγείας θα πρέπει να περηφανεύονται, είναι η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια εγκαθίδρυσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας, για τη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και το gate-keeping προς τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Η οικονομική συγκυρία και η επιβολή από τους θεσμούς μέτρων εξορθολογισμού των δαπανών υγείας «άνοιξαν» το δρόμο για την ανύπαρκτη μέχρι σήμερα Π.Φ.Υ.. Έτσι, ο νόμος 4486/17 «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*» οδήγησε στη σύσταση του θεσμού της Τοπικής Ομάδας Υγείας (Τ.Ο.Μ.Υ.) βασιζόμενος σε παθολόγους, γενικούς ιατρούς και παιδίατρος με συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς ως gatekeepers. Η ανάπτυξη των «*ΚΕΠ Υγείας*» (Κέντρα Πρόληψης για την Υγεία) σε κάθε Δήμο, μέσω του Εθνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων – Προαγωγής Υγείας, με στόχο την πρόληψη νοσημάτων, την προαγωγή της υγείας και σε πολύ μικρό βαθμό, την παροχή βασικών θεραπευτικών υπηρεσιών σε άτομα που δεν καλύπτονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ανασφάλιστοι) εντάσσεται στο ίδιο πλαίσιο. Ωστόσο, η επιτυχία κάθε νέου θεσμού εξαρτάται από το βαθμό στήριξης της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας και της συνέχειας μιας πολιτικής υγείας.

Άλλη μερίδα της επιστημονικής κοινότητας (βλ. σχετική μελέτη του I.O.B.E. & E.Σ.Δ.Υ.<sup>216</sup>), ωστόσο, διατείνεται ότι τα μέτρα που υλοποιήθηκαν και δρομολογήθηκαν μέχρι σήμερα, έχουν, κατά κύριο λόγο, βραχυπρόθεσμο-ταμειακό χαρακτήρα, με έμφαση σε μειώσεις μισθών και τιμών και χρηματικές επιστροφές. Τα μέτρα αυτά μπορεί μάλιστα να ήταν απαραίτητα για την ταχύτερη αποκλιμάκωση των δαπανών, αλλά δεν αποτελούν διαρθρωτικά και εκσυγχρονιστικά μέτρα και πολιτικές, αφού μακροπρόθεσμα θα οδηγήσουν στην υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τους θιασώτες αυτής της άποψης, η μνημονιακή πολιτική **επηρέασε αρνητικά** τις δημόσιες δαπάνες υγείας, τη χρηματοδότηση και το μάνατζμεντ του υγειονομικού συστήματος, το ανθρώπινο δυναμικό του κλάδου, συμβάλλοντας στις μειώσεις των προσλήψεων του υγειονομικού προσωπικού (οδηγώντας, παράλληλα, σε burnout του υφισταμένου προσωπικού), μειώσεις στο μισθό των ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας και, συνεπώς, επέδρασε αρνητικά στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τη φαρμακευτική αγορά, καθώς και τη βιοϊατρική έρευνα.

Μελέτη του Παρατηρητηρίου Οικονομικών Υγείας του IOBE (2017)<sup>217</sup> αναφέρει ότι το 2016, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα 14,6 δις ευρώ, από τα οποία τα 8,5 δις ευρώ αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση. Πιο συγκεκριμένα, την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής παρατηρείται σημαντική μείωση της συνολικής χρηματοδότησης κατά -32,4%, με μεγαλύτερη, ωστόσο, υποχώρηση της δημόσιας χρηματοδότησης κατά -42,5%. Το 2009, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσε στο 9,5% του ΑΕΠ, ενώ το 2016 μειώθηκε στο 8,3%, ενδεικτικό της ταχύτερης μείωσης των δαπανών για την υγεία έναντι της κάμψης του ΑΕΠ την ίδια περίοδο. Αναφορικά με τη δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα έφτασε στο 4,8% το 2016 έναντι 6,5% το 2009. Η εξέλιξη αυτή έχει διαμορφώσει το ποσοστό της Ελλάδας σε σαφώς χαμηλότερο επίπεδο το 2016 έναντι της ΕΕ23 (7,8%), χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές την περίοδο 2009-2016, ενώ στις Νότιες χώρες που εφάρμοσαν προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής το αντίστοιχο ποσοστό ήταν στο 6,5% το ίδιο έτος.

Αξιοσημείωτο είναι ότι, εκτός από τα κυβερνητικά σχήματα και την υποχρεωτική ασφάλιση για υγεία, η κύρια πηγή χρηματοδότησης τείνει να είναι οι άτυπες πληρωμές

---

<sup>216</sup> Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011), Μελέτη με τίτλο «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου», on-line διαθέσιμο σε: [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)

<sup>217</sup> Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (2017), Έρευνα με θέμα «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας

(out-of-pocket payments). Το 30% αυτών των πληρωμών αφορούν σε περιπτώσεις διαφθοράς στον τομέα της υγείας (φακελάκια κ.λ.π.), δημιουργώντας ανισότητες εις βάρος των πιο φτωχών και ευάλωτων ομάδων (Λιαρόπουλος και συν, 2008, Καϊτελίδου και συν 2013). Το 2015 στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. **τα ιδιωτικά νοικοκυριά χρηματοδότησαν απευθείας** περίπου το ένα-πέμπτο όλης της δαπάνης υγείας. Στην Ελλάδα, το μερίδιο αυτό υπερβαίνει το ένα- τρίτο (35%), στην Κορέα 37%, στο Μεξικό 41% και στη Λεττονία 42%, ενώ στη Γαλλία είναι κάτω από 10% (OECD Health Statistics, 2017), αποδεικνύοντας για μία ακόμη φορά το «ελληνικό παράδοξο» που προαναφέρθηκε.

Στη συνέχεια, προκειμένου να επιβεβαιωθεί η προαναφερθείσα τάση, αλλά και αποδειχθεί ενισχυτικά η υπόθεση της παρούσας εργασίας, στο Κεφάλαιο 6 πραγματοποιήθηκε, με τη βοήθεια οικονομετρικών εργαλείων, η διαχρονική συσχέτιση των δημοσίων δαπανών υγείας του κράτους με τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών. Συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε η διερεύνηση της ύπαρξης αλληλοεπίδρασης μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών με χρήση της τεχνικής της **πολλαπλής συνολοκλήρωσης (*multiple cointegration*) στο λογισμικό STATA vs13**, με σκοπό να διαπιστωθεί αν η αυξομείωση των δημόσιων δαπανών υγείας έχει, τελικά, την ίδια συμπεριφορά με την αυξομείωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν και πάλι τα μικρο-δεδομένα των Ε.Ο.Π. της ΕΛ.ΣΤΑΤ. σχετικά με τις δαπάνες υγείας (φαρμακευτικά είδη-θεραπευτικές συσκευές-εξοπλισμό, υπηρεσίες μη νοσοκομειακών ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη) των ετών 1987, 1994, 1999, 2004, 2008 έως και 2018, καθώς και δεδομένα από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α./ OECD- Health Statistics, 2019), σχετικά με το ύψος των δημοσίων δαπανών διαχρονικά, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., τα οποία αναλύθηκαν στο λογισμικό STATA.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει μια αμφίδρομη μακροχρόνια σχέση μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών, με τις ιδιωτικές δαπάνες να φαίνεται πως προσαρμόζονται πιο γρήγορα στα επίπεδα των δημόσιων δαπανών, ενώ είναι αυτές που, κατά κύριο λόγο, διορθώνουν τις ανισορροπίες μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών. Η γενικότερη τάση σε ό,τι αφορά τις δημόσιες δαπάνες, ήταν η αύξησή τους κατά την περίοδο 1988 έως 2010 και η μείωσή τους κατά την περίοδο 2010 έως 2018. Ωστόσο, τα νοικοκυριά με την έναρξη της οικονομικής κρίσης μείωσαν τις δαπάνες υγείας, ενώ το κράτος προσαρμόστηκε σε αυτή την κατάσταση δύο χρόνια αργότερα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών πενταπλασιάστηκαν από το 1988 έως το 2008, ενώ από το 2008 έως το 2018 οι μέσες συνολικές δαπάνες των νοικοκυριών στην υγεία μειώθηκαν κατά 24%.
- Ως προς τις υποκατηγορίες δαπανών, προέκυψε ότι οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για φάρμακα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018, ενώ φάνηκε ότι ήταν η μόνη κατηγορία που δεν επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό από την οικονομική κρίση.
- Οι μέσες δαπάνες των νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν σημαντικά από το 1988 έως το 2018 και επηρεάστηκε σε πολύ μικρό βαθμό από την οικονομική κρίση.
- Αντίθετα, οι μέσες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισαν ανοδική τάση από το 1988 έως το 2008 και σημαντική μείωση από το 2008 έως το 2018.

Γενικότερα, από την ανάλυση προέκυψε ότι **υπάρχει στατιστικά σημαντική συνολοκλήρωση μεταξύ των δημοσίων δαπανών και των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών και σημαντική συνολοκλήρωση μεταξύ δημοσίων δαπανών, ιατρικών δαπανών των νοικοκυριών και φαρμακευτικών δαπανών των νοικοκυριών** (βλ. Γράφημα 51 «*Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και δαπανών υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, 1988-2018*»). Οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών δείχνουν να συμπορεύονται με τις δημόσιες δαπάνες, αφού το σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών εμφανίζει έντονη αύξηση την περίοδο 1988-2008 και σημαντική μείωση την περίοδο 2008-2018, αλλά και το σύνολο των δημοσίων δαπανών, όπως προαναφέρθηκε, εμφανίζει έντονη αύξηση την περίοδο 1988-2010 και σημαντική μείωση την περίοδο 2010-2018.

Είναι εύλογο, ότι η άμεση συμμόρφωση των νοικοκυριών στα νέα δεδομένα της οικονομικής συγκυρίας είναι, ως ένα βαθμό, αποτέλεσμα της καταναλωτικής συμπεριφοράς των ατόμων που τα απαρτίζουν. Γι' αυτό και, όπως περιεγράφηκε στο Κεφάλαιο 7, ο καταναλωτής αντιδρά σε κάθε αλλαγή στην οικονομική κατάσταση που επικρατεί μεταβάλλοντας την κατανάλωσή του. Η καταναλωτική του συμπεριφορά επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων όπως το εισόδημα, δημογραφικοί, κοινωνικοί, γεωγραφικοί, πολιτιστικοί, αλλά και ψυχολογικοί παράγοντες. Η αύξηση δαπανών υγείας στην έναρξη της δεύτερης χιλιετηρίδας εν μέρει οφειλόταν στη σημαντική βελτίωση της οικονομικής κατάστασης της μεσαίας τάξης, η οποία διαμόρφωσε και ανάλογο καταναλωτικό πρότυπο. Ωστόσο, η έλευση της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης

άλλαξε τα δεδομένα. Η δραματική μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων σε συνδυασμό με την αύξηση της φορολογίας -άμεσης και έμμεσης- εξώθησαν τα νοικοκυριά να μειώσουν τις καταναλωτικές τους δαπάνες.

Ωστόσο, μολονότι η ανεργία αυξήθηκε, οι μισθοί και οι δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν σε όλες τις κατηγορίες (ένδυσης, υπόδησης, τουρισμό, ψυχαγωγία), οι δαπάνες υγείας δε μειώθηκαν αισθητά λόγω της ανελαστικότητας της ζήτησης του αγαθού Υγεία. Αυτό σημαίνει ότι το νοικοκυριό χρειάστηκε να θυσιάσει άλλα αγαθά, υλικά ή άυλα, προκειμένου να εξοικονομήσει τους πόρους που απαιτούνται για τις δαπάνες υγείας. Εφόσον οι δαπάνες των νοικοκυριών περιλαμβάνουν άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανόμενων δαπανών για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής, ασφαλιστική συμμετοχή και μερίδιο συνασφάλισης για ιατρικές υπηρεσίες, τα νοικοκυριά, κατά την οικονομική κρίση, τα νοικοκυριά πληρώνουν περισσότερα για υπηρεσίες που καλύπτονται από ασφάλιση, αλλά έχουν μειώσει τη δαπάνη σε μη απαραίτητα είδη όπως συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες, ισοτονικά ποτά και φυτικά συστατικά. Οι μειώσεις σε αυτά τα μη απαραίτητα είδη είναι εφικτή, διότι **η απόφαση έγκειται απευθείας στον καταναλωτή – χρήστη, ενώ στη χρήση ιατρικών υπηρεσιών οι αποφάσεις λαμβάνονται από τους ιατρούς.**

Παράλληλα, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, λόγω περιορισμένου εισοδήματος, στράφηκαν από τα ιδιωτικά Νοσοκομεία- κλινικές και ιατρούς στα Δημόσια, μεταβάλλοντας τη ζήτηση αφού, όπως προέκυψαν από τα μικροδεδομένα των Ε.Ο.Π., οι μέσες δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες εμφάνισαν σημαντική μείωση από το 2008 έως το 2018. Σε γενικές γραμμές, η κατανάλωση υγείας των νοικοκυριών έχει επηρεαστεί δυσμενώς από την πρόσφατη οικονομική κρίση, με αναδιανεμητικές επιδράσεις μεταξύ στις ομάδες διαφορετικού εισοδήματος (όπως οι άνεργοι), προκαλώντας πρόβλημα ανισότητας.

Για λόγους συγκρισιμότητας δεδομένων και διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το πώς λειτούργησε το ελληνικό παράδειγμα σε σχέση με αντίστοιχες χώρες που αντιμετωπίζουν κρίση, στο Κεφάλαιο 8 εξετάστηκαν συνοπτικά οι περιπτώσεις τεσσάρων χωρών της Ευρώπης που αντιμετώπισαν αποδεδειγμένα σημαντική οικονομική αστάθεια προσφάτως. Πρόκειται για την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ιρλανδία (συχνά αποκαλούμενες χώρες "PIIGS"). Η επιλογή του Ευρωπαϊκού Νότου έγινε συνειδητά λόγω κοινών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων σε σχέση με τις χώρες του Βορρά και του γεγονότος ότι όλες -πλην της Ιταλίας- απευθύνθηκαν, επίσης, στο Διεθνές

Νομισματικό Ταμείο για βοήθεια, ενώ η Ιρλανδία επιλέχθηκε λόγω της σοβαρής οικονομικής ύφεσης που αντιμετώπισε και της προσφυγής της στο ΔΝΤ.

Από τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. παρατηρήθηκε ότι οι συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. των συγκρινόμενων χωρών, σε γενικές γραμμές είναι πολύ κοντά στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Η τάση είναι παρεμφερής στις χώρες αυτές, δηλαδή υψηλές δαπάνες μέχρι και το 2009-2011 και πτωτική τάση έπειτα. Η Ελλάδα και Πορτογαλία έχουν σχετικά κοινή πορεία, αφού είναι πρωταθλητές στις τόσο στις συνολικές δαπάνες για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π., όσο και στις άμεσες πληρωμές. Δυστυχώς, όπως προαναφέρθηκε, για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία για την τελευταία κατηγορία μέχρι και το 2007. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία έκτοτε φανερώνουν εξαιρετικά αυξημένες άμεσες πληρωμές και κατά συνέπεια βάρος για τα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπλέον, οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για υγεία της Ελλάδας είναι χαμηλότερες από τις συγκρινόμενες χώρες, γεγονός που αποδεικνύει τον νεοφιλελεύθερο χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Στον αντίποδα έρχεται η Ιταλία με πολύ υψηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών, που δικαιολογεί το ισχυρό σύστημα υγείας της. Τέλος, σε ό,τι αφορά στη φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη για άλλα ιατρικά αναλώσιμα σε ποσοστό τρέχουσας δαπάνης υγείας, όπως σημειώθηκε, η Ελλάδα έδειξε να αποκλίνει αισθητά από την Ιταλία, Ισπανία, Ιρλανδία και Πορτογαλία με μακράν μεγαλύτερο ποσοστό δαπάνης. Ως εκ τούτου, γίνεται σαφής ο λόγος που οι μνημονιακές πολιτικές στράφηκαν προς την θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία και την προώθηση των γενοσήμων φαρμάκων<sup>218</sup>.

---

<sup>218</sup> Για περισσότερα στοιχεία με ποσοστά δαπανών υγείας βλέπε Κεφάλαιο 8 της παρούσης: «Οι συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, είχαν ανοδική πορεία με κορύφωση στο 2009 όπου οι Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία άγγιξαν τη μέγιστη τιμή τους 10.19%, 9.40%, 10.81%, και 9.60% αντίστοιχα, ενώ η Ιρλανδία ξεπέρασε κατά πολύ το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (8,67%) αγγίζοντας το 10,69% το 2011. Έκτοτε, άρχισε η πτωτική πορεία για όλες τις χώρες. Αρκετές, μάλιστα, χώρες κατάφεραν όχι μόνο να φτάσουν τα επίπεδα των συνολικών δαπανών για την υγεία που είχαν προ κρίσεως, αλλά και να πέσουν ακόμα πιο χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα το 2000 είχε 7,95% συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ το 2018 7,85%. Αντιστοίχως, η Πορτογαλία είχε 9,30% το 2000, ενώ το 2018 9,10%, όταν ο μέσος όρος των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. ήταν 8,79%. Η Ιρλανδία από 6,18% το 2000 και ύστερα από τη μεγάλη διακύμανση με κορύφωση το 10,69% το 2011, έπεσε στο τέλος της κρίσης στο 7,03% το 2018. Τέλος, η Ισπανία, με πιο σταθερούς ρυθμούς, ξεκίνησε με 7,21% και χωρίς μεγάλες διακυμάνσεις έφτασε στο 8,86%, κινούμενη πλησιέστερα στο μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.»

## 9.2 Προβλέψεις-εκτιμήσεις δαπανών υγείας μέχρι το 2050

Σύμφωνα με τον Colombier C. (2012)<sup>219</sup>, εκτός από την τάση γήρανσης του πληθυσμού, το κόστος της περίθαλψης επηρεάζεται, από τη μια μεριά, από τη σχέση του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (ποσοστό νοσηρότητας- *morbidity rate*) και από την άλλη μεριά, από μη-δημογραφικούς παράγοντες, όπως η πρόοδος της ιατροβιολογικής τεχνολογίας και η νόσος του κόστους του Baumol ("*Baumol's cost disease*" or the "*Baumol Effect*"). Η τελευταία αναφέρεται στο γεγονός ότι, σ' έναν κόσμο ταχείας τεχνολογικής προόδου, αναμένεται το κόστος των μεταποιημένων αγαθών να πέσει, αφού κατά την παραγωγική διαδικασία πρωταρχικό ρόλο παίζουν τα επενδυμένα κεφάλαια (κυρίως σε μηχανήματα) και δευτερευόντως η εργασία, ενώ το κόστος των υπηρεσιών εντάσεως εργασίας, στην οποία μακρο-οικονομικά ανήκουν οι τομείς της Υγείας, Εκπαίδευσης κ.λ.π., να αυξηθούν. Όσο αναπτύσσεται η οικονομία, τόσο οι υπηρεσίες εντάσεως εργασίας γίνονται ολοένα και ακριβότερες. Κάτι τέτοιο, ωστόσο, δε συνεπάγεται απαραίτητα ότι κάτι δεν πάει καλά με τον τομέα της Υγείας ή Παιδείας, συνεχίζει ο Baumol, απλά ότι μέχρι ο συντελεστής "εργασία" να αντικατασταθεί από εφευρεθέντα ρομπότ (robotic professors, teachers, doctors) είναι αναμενόμενο οι τομείς αυτοί της οικονομίας να γίνονται ολοένα και πιο ακριβοί.

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, μακροπρόθεσμα θα έχουν αντίκτυπο στις δαπάνες υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η φάση της καθόδου ή ύφεσης, σύμφωνα με τη θεωρία του οικονομικού κύκλου (Burns, Wesley, 1946)<sup>220</sup> έχει ξεπεραστεί, στα προσεχή έτη θα πρέπει να αναμένουμε μετάβαση στην περίοδο της ανάκαμψης με αύξηση της κατανάλωσης. Αυτό σημαίνει ότι η παραγωγή παρουσιάζει δειλά ανοδική τάση, αλλά το επίπεδό της δεν έχει καλύψει ακόμα τα προ της κρίσης επίπεδα. Οι επιχειρήσεις αρχίζουν να προσλαμβάνουν νέο εργατικό δυναμικό, με αποτέλεσμα τη μείωση της ανεργίας, αλλά και τη βελτίωση των

---

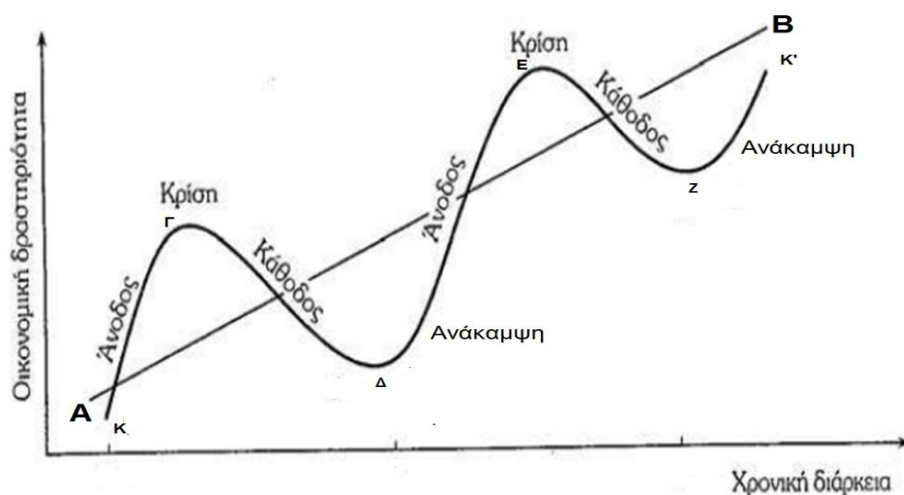
<sup>219</sup> Colombier C. (2012), "Healthcare expenditure projections up to 2060", Federal Department of Finance (FDF) Working Paper No. 19; July 2012, Swiss Confederation

<sup>220</sup> Οικονομικός-επιχειρηματικός κύκλος είναι ο τύπος των διακυμάνσεων που εντοπίζεται στη συνολική οικονομική δραστηριότητα των εθνών και εκφράζεται μέσα από τη δραστηριότητα των επιχειρήσεων: ο κύκλος αποτελείται από διαστολές που συμβαίνουν περίπου την ίδια χρονική στιγμή σε πολλές οικονομικές δραστηριότητες και ακολουθείται από παρόμοιες γενικές συστολές και υφέσεις, που οδηγούν στη φάση της ανόδου του επόμενου οικονομικού κύκλου. Αυτή η σειρά των αλλαγών είναι επαναλαμβανόμενη, αλλά όχι περιοδική. Η διάρκεια του οικονομικού κύκλου ποικίλει από περισσότερο του ενός χρόνου, μέχρι δέκα ή δώδεκα χρόνια, και δεν διαιρείται σε μικρότερους κύκλους με παρόμοια χαρακτηριστικά" (Burns, Wesley, 1946).



εισοδημάτων και, συνεπώς, της κατανάλωσης. Βάσει των ανωτέρω, η οικονομία φτάνει στο επίπεδο που βρισκόταν πριν από την κρίση και η ανάκαμψη περνάει σε άνοδο (βλ. Εικόνα 3). Επομένως είναι εύλογο ότι όταν το ΑΕΠ αυξάνεται (positive GDP growth), οι δαπάνες υγείας γενικώς αυξάνονται (Xu and Saksena, 2011).

Εικόνα 3: Χρονική εξέλιξη της οικονομικής δραστηριότητας



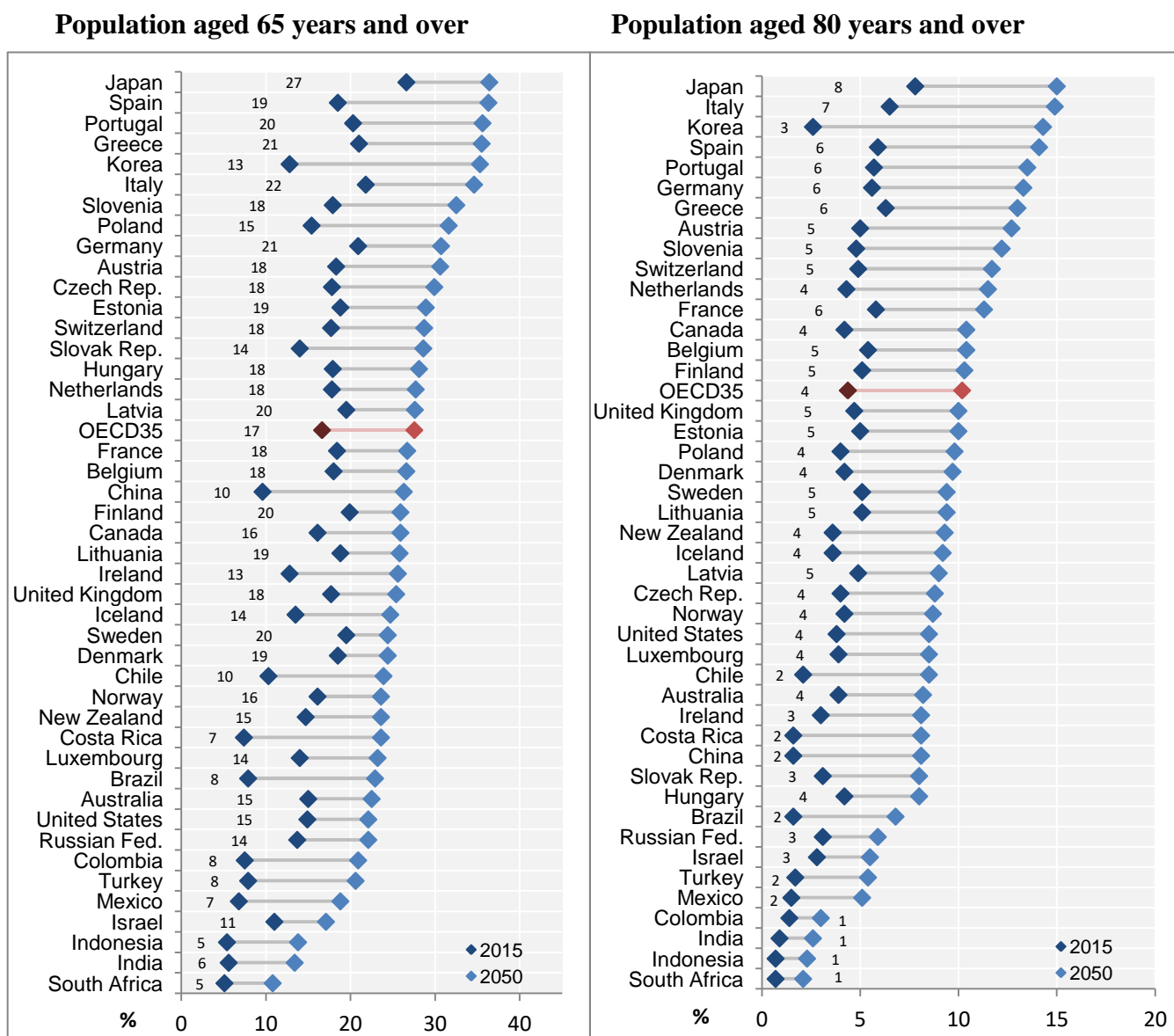
Πηγή: Λιανός και συν, 2007<sup>221</sup>

Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ο.Ο.Σ.Α. (OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017)<sup>222</sup>, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών θα συνεχίζει να αυξάνεται αγγίζοντας το 28% το 2050, από 17% το 2015 και λιγότερο από 9% το 1960! Αυτό σημαίνει ότι το ένα τέταρτο του πληθυσμού σε περισσότερες από τα 2/3 των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. θα είναι γηράσκων πληθυσμός. Το ποσοστό αυτό αναμένεται να είναι ιδιαίτερος μεγάλο στην Ιαπωνία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ελλάδα και την Κορέα, όπου μέχρι το 2050 σχεδόν το 40% του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών.

<sup>221</sup> Λιανός Θ., Γεωργακόπουλος Θ., Μπένος Θ., Χατζηπροκοπίου Μ., Χρήστου Γ. και Τσεκούρας, Γ. (2007). Εισαγωγή στην πολιτική οικονομία. Εκδόσεις Μπένου. pp 434-440

<sup>222</sup> OECD (2017), Health Statistics 2017, OECD Historical Population Data and Projections Database, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1787/888933605654>

Γράφημα 72: Ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών, 2015 και 2050



Πηγή: OECD Health Statistics 2017, (OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017)<sup>223</sup>

Όπως παρατηρείται στο Γράφημα 72, το οποίο απεικονίζει το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών, το 2015 και το 2050 (μεταβολή), στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., η γήρανση του πληθυσμού θα εξαπλωθεί ραγδαία στην Κίνα, όπου το αντίστοιχο ποσοστό αναμένεται να τριπλασιαστεί από το 2015 μέχρι το 2050, χωρίς να υπερβαίνει το επίπεδο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.. Αντιστρόφως, στο Ισραήλ, τις Η.Π.Α. και το Μεξικό θα υπάρξει μια πιο σταδιακή αύξηση στο ποσοστό των ηλικιωμένων λόγω

<sup>223</sup> on-line διαθέσιμο σε: <http://dx.doi.org/10.1787/888933605654>

των σημαντικών εισροών μεταναστών και των μεγαλύτερων ποσοστών γεννητικότητας. Τέλος, το ποσοστό των υπερηλίκων, άνω των 80 ετών, θα ανέλθει με ακόμη μεγαλύτερο ρυθμό. Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα επηρεάσει όλες τις χώρες, με διαφορετική, ωστόσο, ταχύτητα.

Τα στοιχεία της Eurostat (βλέπε Πίνακα 3 του Κεφαλαίου 1) επιβεβαιώνουν το ίδιο. Σε ό,τι αφορά τα συστήματα υγείας, είναι προφανές ότι **στο άμεσο μέλλον η ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα υγείας και συνεπώς οι δαπάνες υγείας, καθώς πλησιάζουν αυτές οι ηλικίες, θα αυξηθούν**. Ωστόσο, σύμφωνα με αρκετές μελέτες, οι νέες τεχνολογίες και το αυξανόμενο εισόδημα είναι πιο σημαντικοί παράγοντες αύξησης δαπανών υγείας απ' ό,τι η γήρανση του πληθυσμού (OECD, 2015). Παράλληλα, λιγότερο ποσοστό ενεργού (παραγωγικού) πληθυσμού, με ταυτόχρονη αύξηση του γηράσκοντος, σημαίνει ελλείψεις σε ορισμένους μηχανισμούς άντλησης εσόδων, όπως φόροι μισθωτών υπηρεσιών, δυσχεραίνοντας τη χρηματοδότηση (διατήρηση ή αύξηση) των υπηρεσιών υγείας. Όλα αυτά πρέπει, ασφαλώς, να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό της Πολιτικής Υγείας στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς.

### 9.3 Επίλογος/ Επίμετρο

Η υπόθεση της παρούσας εργασίας ήταν ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης και των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα, οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αυξήθηκαν. Όπως τεκμηριώθηκε με το αποδεικτικό υλικό, με την πάροδο των ετών της κρίσης οι μηνιαίες δαπάνες υγείας των νοικοκυριών μειώθηκαν, λόγω της συρρίκνωσης του εισοδήματος των νοικοκυριών, η οποία περιόρισε την καταναλωτική τους δυνατότητα. Δεδομένου ότι δαπανούν μεγαλύτερο, πλέον, ποσοστό από το συρρικνωμένο τους εισόδημα για υγεία (αφού, όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για ανελαστικό αγαθό που είναι δύσκολο να περιοριστεί), οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών, ως ποσοστό των συνολικών ιδιωτικών δαπανών, αυξήθηκαν.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, στο ερώτημα αν η κρίση του 2008 έχει αφήσει μόνιμα σημάδια στην παγκόσμια, αλλά και στην ελληνική, οικονομία (πόσο μάλλον στον ευαίσθητο τομέα της υγείας), δε μπορεί ακόμα να απαντηθεί, αφού οι επιπτώσεις της θα καταστούν εμφανείς σε μεσο- και μακρο- πρόθεσμο χρονικό ορίζοντα.

Αυτό που οφείλουμε να αντλήσουμε από τα δύσκολα χρόνια της δημοσιονομικής προσαρμογής, όπως τη βιώσαμε, είναι ότι η κρίση μας έδωσε την ευκαιρία και την ώθηση για ανάληψη διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στο χώρο της Υγείας. Και έτσι ακριβώς πρέπει να αντιλαμβάνεται, ως ένας καταλύτης, ο οποίος επέσπευσε αλλαγές που προϋπήρχαν στα χαρτιά, ως προτάσεις βελτιώσεων, εδώ και δεκαετίες και έδωσε το έναυσμα για πιο αποτελεσματικές και λιγότερο δαπανηρές υπηρεσίες υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση

1. Alderma L. (2015), "Is Greece worse off than the U.S. during the Great Depression?" July 9, 2015, on-line available at: <https://www.nytimes.com/interactive/2015/07/09/business/international/is-greece-worse-off-than-the-us-during-the-great-depression.html>
2. Ang, S. (2001), "Personality influences on consumption: insight from the Asian economic crisis", *Journal of International Consumer Marketing*, 13 (1), pp. 5-20.
3. Appleby J. (2008), "The credit crisis and health care", *BMJ* 2008;337:1022-1024
4. Arrow K. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, Vol. 53, Issue 5 (Dec.1963): 941- 973
5. Asgeirsdottir T.L., Corman H., Noonan K., Olafsdottir Þ., Reichman N., (2014), "Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors", *Economics and Human Biology*; 13 (2014): 1–19, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2013.03.005>
6. Baji P., Péntek M., Boncz I., Brodszky V., Loblova O., Brodszky N., Gulácsi L. (2015), "The impact of the recession on health care expenditure — How does the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia compare to other OECD countries?" Working Paper. Corvinus University of Budapest Faculty of Economics, Society and Economy, 2015. vol. 37. no. 1. p. 73-88. DOI: 10.1556/SocEc.37.2015.1.4
7. Baltagi B. και Moscone F. (2010), "Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data", Elsevier, *Economic Modelling* 27 (2010) 804-811
8. Barrett A, Kearney I, Goggin J. (2009), "Quarterly Economic Commentary Autumn, 2009". Dublin: Economic and Social Research Institute
9. Barros Pedro Pita (2012), "Health policy reform in tough times: The case of Portugal", *Health Policy* 2012; 106: 17– 22, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.008>
10. Bosch X., Moreno P., López-Soto A. (2014), "The painful effects of the financial crisis on Spanish Healthcare", *International Journal of Health Services*, Volume 44, Number 1, Pages 25–51 on-line διαθέσιμο σε: <http://dx.doi.org/10.2190/HS.44.1.c>

11. Burns A. and Mitchell, W. (1946), "Measuring Business Cycles", NBER, ISBN: 0-870-14085-X, p. 3 – 22, on-line available at: <http://www.nber.org/chapters/c2980.pdf>
12. Chen G., Inder B., Lorgelly P. and Hollingsworth B. (2013), "The Cyclical Behaviour of Public and Private Health Expenditure in China", *Health Econ.*, 22: 1071-1092. doi:[10.1002/hec.2957](https://doi.org/10.1002/hec.2957)
13. Colombier C. (2012), "Healthcare expenditure projections up to 2060", Federal Department of Finance (FDF) Working Paper No. 19; July 2012, Swiss Confederation
14. Correa-Burrows P. (2012), "Out-Of-Pocket Health care Spending by the Chronically Ill in Chile", Published by Elsevier Ltd. Selection and/or peer-review under responsibility of the Organising Committee of ICOAE 2012, *Procedia Economics and Finance* 1 ( 2012 ) 88 - 97, doi: 10.1016/S2212-5671(12)00012-3
15. De Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. (2012), "The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector", *Health Policy* 2012; 106: 10-16.
16. De Costa A., Johansson E (2011), " By 'default or design'? The expansion of the private health care sector in Madhya Pradesh, India", *Health Policy*. 2011 Dec;103(2-3):283-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.06.005. Epub 2011 Jul 22
17. Deloitte (2019), "Global health care outlook: Shaping the future", on-line available at: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>
18. Dervenis C., Kastanioti C., Polyzos N. (2013), "Restructuring the finances of the Greek health care system in the era of economic crisis. *World Journal of Surgery* 2013; 37:707-9
19. Drakopoulos, S.A. (2008), "The paradox of happiness: towards an alternative explanation", *Journal of Happiness Studies*, Volume 9, No. 2; pp.303-315
20. Duquenne M.N., Vlontzos G. (2014), "The impact of the Greek crisis on the consumers' behaviour: some initial evidences?" *British Food Journal*; Vol.116 No. 6, 2014, DOI 10.1108/BFJ-11-2012-0279. On-line available at:[www.emeraldinsight.com/0007-070X.htm](http://www.emeraldinsight.com/0007-070X.htm)
21. Durkan J, Duffy D, O'Sullivan C. (2011), "Quarterly Economic Commentary, Summer 2011". Dublin: Economic and Social Research Institute.

22. 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*, Vol. 9, Issue 2: 99-115
23. Economou C. & Kaitelidou D. & Kentikelenis A., Maresso A & Sissouras A. (2014), “The Impact of the Financial Crisis on Health and the Health System in Greece”, *European Observatory on Health Systems and Policies- WHO Regional Office for Europe*, on-line available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)
24. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), “Major depression in the era of economic crisis: a replication of across-sectional study across Greece”, *Journal of Affective Disorders*, 2013; 145: 308–14
25. Engel, E. (1857), “Die Productions-und Consumtionsverhaltnisse des KBnigreichs Sachsen, in Zeitschrift des Statistischen Biireaus des Koniglich Sachsischen Ministeriums des Innern”, No. 8 and 9, pp. 1-54. It was reprinted as an appendix to “Die Lebenskosten Belgischer Arbeiter Familien friiher und jetzt” *Bulletin de l'Institut International de Statistique* (1895), 9, prenikre livraison
26. Engle R; Granger C. (1987), “CoIntegration and Error Correction\_ Representation, Estimation, and Testing”, *Econometrica*, Vol. 55, No. 2. (Mar., 1987): pp. 251-276.
27. EUROBAROMETER (2012), Research with title “Monitoring the social impact of the crisis (wave 6)”, on-line available at: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_344\\_330\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm)
28. Eurohealth incorporating Euro Observer (2012), "Health systems and the financial crisis", *Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies / W.H.O.*, Volume 18, Number 1/ 2012, ISSN 1356-1030
29. European Commission (2010), “The Economic Adjustment Programme for Greece. Brussels” May 2010, on-line available at: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/occasional\\_paper/2010/pdf/ocp6\\_1\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp6_1_en.pdf)
30. Faramarzi A., Noughabi-Javan J., Sadeghi A., Rezapour A. (2018), “Impact of the economic crisis on healthcare resources: A panel data analysis in Eastern Mediterranean countries during 2005 to 2013”, *Clinical Epidemiology and Global*

- Health, Elsevier, Volume 7, Issue 1, March 2019, Pages 98-101, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.02.004>
31. Fattore G. (2012), "The impact of the three crises on health in Italy: evidence and lack of adequate information systems", Proceedings of 46th Scientific Meeting of 46th Scientific Meeting of the Italian Statistical Society, on-line διαθέσιμο σε: <http://meetings.sis-statistica.org/index.php/sm/sm2012/paper/view/2416>
  32. Flatters, P. and Willmott, M. (2009), "Understanding the postrecession consumer", Harvard Business Review, 7(8), pp. 106-112.
  33. Foundation for Economic and Industrial Research (IOBE) (2013), The Pharmaceutical Market in Greece. Facts and Figures; 2013, on-line available at: [http://www.iobe.gr/docs/research/en/RES\\_05\\_A\\_03122014\\_REP\\_ENG.pdf](http://www.iobe.gr/docs/research/en/RES_05_A_03122014_REP_ENG.pdf)
  34. Foundation for Economic and Industrial Research (IOBE) (2014), The Pharmaceutical Market in Greece: Facts & Figures 2014, pg.25, on-line available at: <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2015/12/facts-and-figures-greek-final-new.pdf>
  35. Gerdtham U. και Joensson B. (1991), "Health care expenditure in Sweden- An international comparison", Elsevier, Health Policy, 19 (1991) 211-228
  36. Getzen T. (2000), "Forecasting health expenditures: Short, medium, and long (long) term", Journal of health care finance, Vol.26: 56-72
  37. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017), "Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries", Lancet 2017; 389: 2005–30 Published Online April 19, 2017, on-line available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30873-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30873-5)
  38. Granger C. (1988), "Some recent developments in a concept of causality", Journal of Econometrics, Vol. 39. pp. 199 – 211
  39. Granger, C. W. J. (1969), "Investigating causal relations by econometric models and cross spectral models", Econometrica, 37, 424-438
  40. Granger, C. W. J. and Newbold, P. (1974), "Spurious regressions in econometrics", Journal of Econometrics, 2, 111-120
  41. 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, Volume 120, Issue 8, August 2016, Pages 948-959, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.011>



42. Gutman, A. (2014), "Failing Economy, Failing Health. The great recession's toll on mind and body", Harvard School of Public Health
43. Helderman Jan-Kees (2015), "The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union", *Health Economics, Policy and Law*, 10, pp 45-59 doi:10.1017/S1744133114000231
44. Hellenic Statistical Authority (HEL.STAT.), System of Health Accounts, Greece, 2014, on-line available at: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/>
45. Informal Meeting of Health Ministers (2014), "Economic crisis and healthcare", Discussion Paper, 28-29 April 2014, Athens, Greece
46. International Monetary Fund (IMF) Data Mapper, 2020; on-line available at: <https://www.imf.org/external/datamapper/PCPIPCH@WEO/OEMDC>
47. Jakovljevic Mihajlo et al. (2019), "The impact of health expenditures on public health in BRICS nations", *Journal of Sport and Health Science*, 00 (2019), pg.1-4, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2019.09.002>
48. Johansen, S. (1988), "Statistical analysis of cointegration vectors", *Journal of Economics Dynamics and Control*, vol 12, no.2, 231 – 254
49. Karatzanis A.D., Symvoulakis E.K., Nikolaou V., Velegrakis G.A. (2012), "Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece", *International Journal of Medical Science* 2012;9:126–8.
50. Kar, M. (2010), "Consumer behaviour over the last 25 years", Oxirm Research Themes, Oxford Institute of Retail Management, *The Retail Digest*, pp. 46-53 in Sharma V., Sonwalkar J. (2013), "Does Consumer Buying Behavior Change During Economic Crisis", *International Journal of Economics & Business Administration*, pp. 33-48 Volume I, Issue (2), on-line available at: [https://www.researchgate.net/publication/325335538\\_Does\\_consumer\\_buying\\_behavior\\_change\\_during\\_economic\\_crisis](https://www.researchgate.net/publication/325335538_Does_consumer_buying_behavior_change_during_economic_crisis) Keegan C., Thomas S., Normand C., Portela C. (2013), "Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure", *Int J Health Care Finance Econ*, DOI 10.1007/s10754-012-9121-2, Springer Science+Business Media New York
51. Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *Lancet* 22.10.2011;378:1457-1458

52. Kondilis, E, Giannakopoulos, S, Gavana, M, Ierodiakonou, I, Waitzkin, H, Benos, A. (2013). "Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case", *American Journal of Public Health*, 18:e1-e8.
53. Keegan C., Thomas S., Normand C., Portela C. (2013), "Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure", *Int J Health Care Finance Econ*, DOI 10.1007/s10754-012-9121-2, Springer Science+Business Media New York
54. Kyriopoulos J., Economou Ch., Dolgeras A., (2001), "Side payments in Greece: The dilemma of equity and efficiency", in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., (eds.), "Health economics in the new era", Exandas, Athens
55. Kyriopoulos I., Nikoloski Z., Mossialos E. (2019), "The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure" *Social Science and Medicine*, Volume 222, February 2019, Pages 274-284, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.021>
56. Liaropoulos L. (2012), "Greek economic crisis: not a tragedy for health", *BMJ* 2012;345:e7988, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7988>
57. Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008), "Informal payments in public hospitals in Greece", *Elsevier, Health Policy* Vol. 87, Pages 72–81, on-line available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
58. Lewis, M., & Verhoeven, M. (2010), "Financial crises and social spending", *World Economics*, 11(4), 79–110.
59. Matsaganis M., Mitrakos Th., Tsakloglou P. (2008), "Modelling household expenditure on health Care in Greece", *BANK OF GREECE/ Economic Research Department – Special Studies Division*, Athens, Bank of Greece Printing Works 2008; ISSN 1109-6691
60. Matsaganis M. (2011), "The welfare state and the crisis: the case of Greece", *Journal of European Policy* 2011; 21:501-12
61. Matsas S. M. (2010) Greece and the World Capitalist Crisis, *Critique*, 38:3, 489-502, DOI: 10.1080/03017605.2010.492691
62. Mihaylova, B., Briggs, A., O'Hagan, A. and Thompson, S.G. (2011), "Review of statistical methods for analysing healthcare resources and costs", *Health Econ.*, 20: 897-916. doi:10.1002/hec.1653
63. Milionis C. (2013), "Provision of healthcare in the context of financial crisis: approaches to the Greek health system and international implications", *Nursing Philosophy* 2013; 14:17-27

64. Morgan D., Astolfi R. (2013), "Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?" OECD Health Working Paper No. 60, on-line available at: <http://www.oecd.org/health/workingpapers>
65. Musgrove P., (1987), "The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean", *International Journal of health Services* 17: 411-41.
66. Nistorescu, T. and Silvia, P. (2009), "Marketing strategies used in crisis - case study", MPRA Paper 17743, University Library of Munich, Germany.
67. Nolan A., Barry S., Burke S., Thomas S. (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland", *European Observatory on Health Systems and Policies*, World Health Organization/ Regional Office for Europe.
68. OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
69. Okunade A.A., Suraratdecha C., Benson D.A. (2010), "Determinants of Thailand household healthcare expenditure: the relevance of permanent resources and other correlates", *Health Econ.*, Vol. 19, pp. 365-376
70. OECD/ Eurostat (2014), *Main pricing methods for Service Producer Price Indices*, in *Eurostat-OECD Methodological Guide for Developing Producer Price Indices for Services: Second Edition*, OECD Publishing; on-line available at: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3014061e.pdf?expires=1425723757&id=id&accname=guest&checksum=4F961BCD18ABFCDB937D44B46B3DD708>  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)
71. OECD (2013), "What Future for Health Spending?", *OECD Economics Department Policy Notes*, No. 19 June 2013.
72. OECD (2017), *Health Statistics 2017*, *OECD Historical Population Data and Projections Database*, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1787/888933605654>
73. OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, on-line available at: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
74. OECD (2017), Marino A., James C., Morgan D. and Lorenzoni L., "Future Trends In Health Care Expenditure: A Modelling Framework for Cross-Country Forecasts", *Health Working Papers*, No. 95, DELSA/HEA/WD/HWP
75. OECD (2019), Marino A., James C., Morgan D. and Lorenzoni L., "Health Spending Projections to 2030", *Health Working Papers*, No. 110, JT03447903

- DELSA/HEA/WD/HWP, on-line available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
76. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D. (2011), National accounts online database, Paris: O.E.C.D.
  77. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D., "Health at a Glance 2013", on-line διαθέσιμο σε: [www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)
  78. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D. (2014), "Health at a Glance: Europe 2014", OECD Publishing, on-line available at: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
  79. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D., "Society at a glance 2014", on-line διαθέσιμο σε: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf>
  80. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D., Health Statistics 2014, on-line διαθέσιμο σε: [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)
  81. Organisation for Economic Co-operation and Development- O.E.C.D., Employment Outlook 2014, "How does GREECE compare? September 2014", on-line available at: <http://www.oecd.org/greece/EMO-GRC-EN.pdf>
  82. Pandelica A. & I. (2009), "Consumers' reaction and organizational response in crisis context", Uni. Of Oradea. The Journal of the Faculty of Economics, 1(5), pp. 779-782
  83. Papaelias Theodore (2011), "Globalization and Welfare State: The effect on Health Systems", SPOUDAI Journal, Vol. 61 (2011), Issue 3-4, pp. 48-64
  84. Petrou P. (2019), "The Impact of Financial Crisis, Austerity Measures, and Bailout Agreement on Cypriots' Health: The Memorandum Is Dead, Long Live the Memorandum", Value in Health Regional Issues, Vol.19: 99-103, September 2019, on-line available at: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.04.004>
  85. Perner, L. (2008), "Consumer behaviour: the psychology of marketing; Uni. of Southern California", on-line available at: <http://www.consumerpsychologist.com>
  86. Peter, P. and Olson, J. (2007), "Consumer Behaviour", McGraw-Hill, London.
  87. Rice Th. (2006), "The Economics of Health Reconsidered" ("Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση", Μετάφραση Ρούσσος Ν., Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ.), Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα

88. Reeves A., McKee M., Basu S., Stuckler D. (2014), "The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011", *Health Policy* 115, 1–8
89. Sakellarides C., Castelo-Branco L., Barbosa P., Azevedo H. (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal", *European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization/ Regional Office for Europe*
90. Sharma V., Sonwalkar J. (2013), "Does Consumer Buying Behavior Change During Economic Crisis", *International Journal of Economics & Business Administration*, pp. 33-48 Volume I, Issue (2)
91. Simou E., Koutsogeorgou E. (2014), "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, Vol.115, Iss.2-3, Pages 111–119, on-line available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>
92. Schneider F., Enste D. (2000), "Shadow economies around the world: size, causes and consequences", *IMF Working Paper WP/00/26*, on-line available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp0026.pdf>
93. Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. (2016), Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *Eur J Health Econ.* 2016;17(2):159-170. doi:10.1007/s10198-015-0666-0
94. Souliotis K., Kyriopoulos J. (2003): "The hidden economy and Health Expenditures in Greece: Measurement Problems and Policy Issues", *Applied Health Economics and Health Policy*, Vol. 2, Issue 3, pp. 129-134.
95. Stiglitz JE. (2002), "Globalization and its discontents", London, Allen Lane
96. Stiglitz JE. (2006), "Making globalization work", New York, WWNorton
97. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009), "The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis", *Lancet* 2009;374:315-23
98. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A, McKee M. (2011), "Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data", *Lancet* 09.07.2011;378:124-125
99. The World Bank (2002), "Project appraisal document for Jefes De Hogar (Heads of Household) Program in Argentina. Sector Management Unit for the Human Development Country Management Unit for Argentina, Chile, Uruguay and Paraguay, Latin America and Caribbean Region", Washington, DC: The World Bank

100. The World Bank (2009), "Protecting pro-poor health services during financial crises- Lessons from experience", Washington, DC: The World Bank
101. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. (2013), "Health, health systems and economic crisis in Europe", WHO 2013
102. Vandonos S, Stargardt T. (2013), "Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis", Health Policy 2013;109:1–6
103. Vlachadis N, Vlachadi M, Iliodromiti Z, Kornarou E, Vrachnis N. (2014), "Greece's economic crisis and suicide rates: overview and outlook" J Epidemiol Community Health 2014; 68: 1204–05
104. Voinea L., Filip A. (2011), "Analyzing the Main Changes in New Consumer Buying Behavior during Economic Crisis" International Journal of Economic Practices and Theories, Vol. 1, No. 1, 2011 (July), on-line available at: [www.ijept.org](http://www.ijept.org)
105. Wassell, C. & Saunders, P. (2008). Time series evidence on social security and private saving: The issue Revisited. Retrieved March 31, 2020 from: <http://www.cwu.edu/business/sites/cts.cwu.edu.business/files/Soc%20Sec%20Final%20Draft.pdf> in Stephanie Glen. "Johansen's Test: Simple Definition" From StatisticsHowTo.com: Elementary Statistics for the rest of us! <https://www.statisticshowto.com/johansens-test/>
106. World Health Organization- W.H.O. (2004), "The impact of health expenditure on households and options for alternative financing", Technical paper EM/RC51/4
107. World Bank Group, Health expenditure, total (% of GDP), on-line available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
108. World Health Organisation- W.H.O. (2009), "Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed", Statement by WHO Director-General, Dr Margaret Chan: on-line available at: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial\\_crisis\\_20090401/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/en/)
109. W.H.O./ EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (2014), "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", (Case Study), on-line available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)

110. W.H.O. (2009), "The financial crisis and global health", Geneva. on-line available at: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf)
111. Xu, K., & Saksena, P. (2011), "The determinants of health expenditure: A country level panel data analysis", Geneva: World Health Organisation (WHO)
112. Yang B., Prescott N, Bae E. (2001), "The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea", *Health Policy and Planning*; 16 (4): 372–385© Oxford University Press, 2001

### Ελληνόγλωσση

113. Αγριαντώνη Χριστίνα (1986), «Οι απαρχές της εκβιομηχάνισης στην Ελλάδα τον 19ο αιώνα», Ιστορικό Αρχείο Εμπορική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα
114. Αντώνογλου Δ., Κουφοπούλου Π., Βοζίκης Α. (2013), «Παραοικονομία στην Υγεία: Τάσεις ανά τον κόσμο & προοπτικές για το ελληνικό σύστημα υγείας», 15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας 'Αριστεία & Διαφάνεια στα Δημόσια Νοσοκομεία'
115. Δαβραδάκης Ε., Κοσμά Ό. (2007), «Οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών», Eurobank Research- Οικονομία & Αγορές, Τόμος II, Τεύχος 2, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.euro2day.gr/dm\\_documents/140307\\_eurobank\\_oikonomiki\\_analisi.pdf](http://www.euro2day.gr/dm_documents/140307_eurobank_oikonomiki_analisi.pdf)
116. Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, «Μέτρα ελέγχου του κόστους στα Συστήματα Υγείας: Έμφαση στην μικροαποδοτικότητα, τα αποτελέσματα της εμπειρίας», Σημειώσεις ΕΣΔΔ, on-line διαθέσιμο σε: [https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/404.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf)
117. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), «Μεθοδολογικά σημειώματα Ε.Ο.Π.- έννοιες και ορισμοί», on-line διαθέσιμα σε: <http://www.statistics.gr>
118. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), Πρωτογενή μικρο-στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών (Ε.Ο.Π.) των ετών 1987/88, 1993/94, 1998/99, 2004, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 και 2018, on-line διαθέσιμα σε: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA05/2008> (από 2008 και μετά & για τις παλαιότερες Ε.Ο.Π. κατόπιν υποβολής αιτήματος χορήγησης τους από την ΕΛ.ΣΤΑΤ. για ερευνητικούς σκοπούς)
119. ΕΛΣΤΑΤ (2013), ΕΛΣΤΑΤ (2013), Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2009-2012, on-line διαθέσιμο σε:

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0701/PressReleases/A0701\\_SEL03\\_DT\\_AN\\_00\\_2013\\_02\\_P\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0701/PressReleases/A0701_SEL03_DT_AN_00_2013_02_P_GR.pdf)

120. Ελληνικό Κέντρο Ευρωπαϊκών Μελετών- EKEM (2014), on-line διαθέσιμο σε: [http://www.ekem.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249](http://www.ekem.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249)
121. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών- Τμήμα Νοσηλευτικής (2013), «Εφαρμογή Εθνικών Λογαριασμών Υγείας 2003-2011 με τη μεθοδολογία του Ο.Ο.Σ.Α.- SHA», Αθήνα
122. Ζηκίδου Σ. (2010), «Το Σύστημα Προμηθειών Υγείας στην Ελλάδα (στην περίοδο 1980-2010): μια θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση», Μελέτη για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης με τίτλο «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά
123. Ζηκίδου Σ., Μπατσαλιάς Α. (2009), «Προτεραιότητες στην κατανομή (διανομή) των πόρων στον χώρο της υγείας», Εργασία στα πλαίσια του μαθήματος "Οικονομικά της Υγείας" του Μ.Π.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά
124. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2005), Έρευνα με θέμα «Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ».
125. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (2011), Μελέτη με τίτλο «Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου», on-line διαθέσιμο σε: [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)
126. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2012), Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, «Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα», Ετήσια Έκθεση 2012.
127. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2014), «Η Ελληνική Οικονομία», Τριμηνιαία Έκθεση, Αρ. Τεύχους 76, Ιούλιος 2014, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO\\_02\\_14\\_REP\\_GR.pdf](http://www.iobe.gr/docs/economy/ECO_02_14_REP_GR.pdf)
128. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (2017), Έρευνα με θέμα «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας.
129. Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) (2018), Μελέτη με τίτλο «Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, 2018 on-line διαθέσιμο σε: [www.iobe.gr](http://www.iobe.gr)
130. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (INE) (2013), Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs): «Οικονομική κρίση και πολιτικές λιτότητας στην Ελλάδα: Ποιες είναι οι προοπτικές;», on-line διαθέσιμο



- σε:<http://www.ineobservatory.gr/dhmosieuseis/keimena-politikhs/oikonomiki-krisi-kai-politikes-litotitas-stin-ellada-roiies-einai-oi-prooptikes/>
131. Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990), «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
  132. Καράγιωργας Σ., Πάκος Θ., (1988), «Η κατανομή του φορολογικού βάρους στην Ελλάδα: 1982», Τιμητικός Τόμος στη Μνήμη Σ. Καράγιωργα, Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης Παντείου Πανεπιστημίου, Αθήνα
  133. Καραϊσκου, Α., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2012), «Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, pp. 49-54.
  134. Κολλίντζας Τ., Ψαλλιδόπουλος Μ. (2009), «Από την Κρίση του 1929 στην Κρίση του 2009», στο Eurobank EFG Economic Research: «Η Κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές», Τόμος IV, Τεύχ.8, Δεκ.2009, on-line διαθέσιμο σε:  
[http://www.hardouvelis.gr/FILES/PROFESSIONAL%20WORK/Economy%20and%20Markets%20IV\\_8\\_DEC2009.pdf](http://www.hardouvelis.gr/FILES/PROFESSIONAL%20WORK/Economy%20and%20Markets%20IV_8_DEC2009.pdf)
  135. Κυριόπουλος Ι. (2011), «Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
  136. Λιανός Θ., Γεωργακόπουλος Θ., Μπένος Θ., Χατζηπροκοπίου Μ., Χρήστου Γ. και Τσεκούρας, Γ. (2007), «Εισαγωγή στην πολιτική οικονομία», Εκδόσεις Μπένου.
  137. Λιαρόπουλος Λ.(2009), «Η φούσκα της Υγείας», δημοσίευμα εφημερίδας «Το Βήμα», 08.05.2009
  138. Μακαρώνης Ν. (2010), «Προσέγγιση του αγαθού της Υγείας με όρους αγοράς», Δ.Π.Θ., Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κομοτηνή.
  139. Ματσαγγάνης Μ, Μητράκος Θ. (2000) «Προσδιοριστικοί παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα», Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής, Τεύχος 5<sup>ο</sup> με θέμα «Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα», Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000, on-line διαθέσιμο σε:  
<http://www.aueb.gr/users/mitrakos/imopm.html>
  140. Μπάτρης Α. (2017), «Η Επίδραση της αγοράς Κεφαλαίου και Συναλλάγματος της Ευρωζώνης στις Περιφερειακές Ευρωπαϊκές Αγορές», Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

141. Μπατσαλιάς Α. (2008), "Συστήματα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση", Εργασία στα πλαίσια μαθήματος του Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιώς
142. Μπρίκου Ε. (2014), «Αιτιότητα κατά Granger σε μη-στάσιμες χρονικές σειρές με πολυμεταβλητά μοντέλα VECM -εφαρμογή σε κύριους διεθνείς δείκτες», Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Μαθηματικών/ «Στατιστική & Μοντελοποίηση» του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
143. Μωραΐτης Ε. (2004), "Το ελληνικό σύστημα υγείας", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιά
144. Οικονόμου Χ. και συν. (2002), «Μελέτη οικονομικών υγείας», on-line διαθέσιμη στο: [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Meleti.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Meleti.pdf)
145. Οικονόμου Χ. (2013), «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα», Foreign Affairs- The Hellenic Edition, on-line διαθέσιμο σε: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6?page=show>
146. Παπαηλίας Θεόδωρος (2013), «Οι ρίζες της χρεωκοπίας: η ελληνική περίπτωση», Το Ποντίκι, Τεύχος 1791, 19.12.2013, on-line διαθέσιμο σε: <http://www.topontiki.gr/article/63313>
147. Παπαηλίας Θεόδωρος (2015), «Οικονομία και Κοινωνία / Οι εξελίξεις στην ελληνική οικονομία μεταπολεμικά», ISBN13 9789602189610, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
148. Ρομπόλης και Μπέτσης (2013), «Κοινωνική ασφάλισης και οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος 2013-2050», Αθήνα, on-line διαθέσιμο σε: [https://etapmme.files.wordpress.com/2013/12/ageingpopulationpensions\\_inegsee20132050.pdf](https://etapmme.files.wordpress.com/2013/12/ageingpopulationpensions_inegsee20132050.pdf)
149. Σόμπολου Α. (2017), Διπλωματική Εργασία με θέμα «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην Υγεία», Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.
150. Σούλης Σ. (1998), «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

151. Τράπεζα της Ελλάδος (2012), «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: αίτια και επιπτώσεις», 08.06.2012, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION\\_harris\\_vitas.pdf](http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION_harris_vitas.pdf)
152. Υπουργείο Υγείας (2012), «Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση κατευθύνσεων εθνικής αναπτυξιακής πολιτικής 2014-2020», Ειδική Υπηρεσία Τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, on-line available at: [http://www.ygeiaprnoia.gr/Uploads/EPP/LEGISLATION/PROTASEIS\\_YPOURGEIOU/KEIMENO\\_THESIS\\_TOMEA\\_YGEGIAS\\_OCT12.pdf](http://www.ygeiaprnoia.gr/Uploads/EPP/LEGISLATION/PROTASEIS_YPOURGEIOU/KEIMENO_THESIS_TOMEA_YGEGIAS_OCT12.pdf)
153. Υφαντόπουλος Γ., (1988), «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα
154. Υφαντόπουλος Γ., Παπαγιαννοπούλου Β. και συν. (2004), «Μέτρηση Ικανοποίησης από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο της Αττικής», Archives Of Hellenic Medicine. - Athens: 2008, 25(1):73–81, on-line διαθέσιμο σε: <http://mail.mednet.gr/archives/2008-1/pdf/73.pdf>
155. Φέτση Α., (1990), “Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών”, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, ειδικό τεύχος 73Α, ΕΚΚΕ 1990.
156. Χαρδούβελλης Α. Γ. (2009), «Η χρηματοοικονομική κρίση και το μέλλον της παγκόσμιας οικονομίας», στο Eurobank EFG Economic Research: «Η Κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές», Τόμος IV, Τεύχ.8, Δεκ. 2009, on-line διαθέσιμο σε: [http://www.hardouvelis.gr/FILES/PROFESSIONAL%20WORK/Economy%20and%20Markets%20IV\\_8\\_DEC2009.pdf](http://www.hardouvelis.gr/FILES/PROFESSIONAL%20WORK/Economy%20and%20Markets%20IV_8_DEC2009.pdf)
157. Χριστάκης Α. (2017), «Ανισότητες στην Υγεία: Οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας κατά τη Διάρκεια της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα», Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία στα πλαίσια του ΠΜΣ «Θεσμοί Και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου- Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, on-line διαθέσιμο σε: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.el>

### Διαδικτυακοί ιστότοποι

154. Ελληνική Στατιστική Εταιρεία (ΕΛΣΤΑΤ), Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/>
155. Ελληνικό Κέντρο Ευρωπαϊκών Μελετών (ΕΚΕΜ), [http://www.ekem.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249](http://www.ekem.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1369:2011-07-28-10-10-31&catid=124:2009-11-06-12-17-52&Itemid=249)
156. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης- OECD (2014), OECD-iLibrary, <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2011-en/12/03/03/index.html?ns/Chapter&itemId=/content/chapter/factbook-2011-112-en>,
157. Health spending (indicator) doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 28 August 2014), <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117> και [http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html)
158. Παγκόσμια Τράπεζα (The World Bank) <http://www.worldbank.org/>
159. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O.), on-line διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/http://www.who.int/gho/countries/grc/country\\_profiles/en/http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/103220/GRE\\_Highlights.pdf?ua=1](http://www.who.int/http://www.who.int/gho/countries/grc/country_profiles/en/http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/103220/GRE_Highlights.pdf?ua=1)
160. EUROSTAT (SHA 2011), on-line διαθέσιμο σε: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF)
161. <http://www.ygeia360.gr/el/news/item/3664-to-s%CF%8Dsthma-logariasmwn-ygeias-sly-kai-h-efarmogh-toy-sthn-ellada>
162. <http://gloobserver.cn/en/greece/health>
163. <http://www.ygeianet.gr/box/cal/519.pdf>
164. <http://www.healthview.gr>
165. Δημοσίευμα Εφημερίδας "ΤΟ ΒΗΜΑ" με τίτλο "Ανάσα με επιμήκυνση και μείωση επιτοκίου", ημερομηνία δημοσίευσης 12.03.2011, <http://www.tovima.gr/politics/article/?aid=389322>
166. [http://el.wikipedia.org/wiki/PSI\\_%28Private\\_Sector\\_Involvement%29](http://el.wikipedia.org/wiki/PSI_%28Private_Sector_Involvement%29)
167. <http://www.oecd.org>

168. <http://links.jstor.org/sici?sici=0012-9682%28198703%2955%3A2%3C251%3ACAECRE%3E2.0.CO%3B2-T>
169. <http://peter.fleissner.org/Transform/MoU.pdf> (Greece: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality; 2010)
170. <https://stats.stackexchange.com/questions>
171. <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26510&subid=2&pubid=113318998>
172. <http://www.ygeia360.gr/en/news/item/10081-tragikes-oi-epiptwseis-ths-krishs-sthn-ygeia-kai-thn-ygeionomikh-perithalpsh-sthn-ellada>
173. <http://www.insurancedaily.gr>
174. <https://instdrg.gr/>
175. <https://www.efka.gov.gr/el/menoy/genika-gia-ton-ephka/epicheiresiako-schedio-ephka-2018-2020>
176. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
177. <http://piiigs.net/>
178. <http://www.kathimerini.gr/803605/article/oikonomia/die8nhs-oikonomia/apagkistrwnetai-apo-to-mnhmonio-h-portogalia>
179. <http://www.tovima.gr/vimagazino/views/article/?aid=491108>
180. <http://karagian.users.uth.gr/csc1/22-Katsanos-Avouris.pdf>
181. <http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/>
182. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment\\_statistics#Longer-term\\_unemployment\\_trends](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics#Longer-term_unemployment_trends)
183. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9984123/2-19072019-AP-EN.pdf/437bbb45-7db5-4841-b104-296a0dfc2f1c>
184. <https://m.naftemporiki.gr/amp/story/1422908/apoplirose-ta-daneia-sto-dnt-i-portogalia>
185. <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/much-health-spending-expected-grow/#item-start>
186. <http://www.arcadiaportal.gr/news/fakelaki-basileuei-kai-se-periodo-oikonomikis-krisis>
187. <http://www.kathimerini.gr/41908/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/sta-yyh-paraoikonomia-mayrh-ergasia-kai-paranomoi-metanastes>

188. [http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset\\_publisher/j8IucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192](http://www.atkearney.com/financial-institutions/featured-article/-/asset_publisher/j8IucAqMqEhB/content/the-shadow-economy-in-europe-2013/10192)
189. <https://www.vox.com/new-money/2017/5/4/15547364/baumol-cost-disease-explained>
190. <https://www.bankofgreece.gr/euro/h-istoria-toy-eyrw> (Τράπεζα της Ελλάδος)
191. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9984123/2-19072019-AP-EN.pdf/437bbb45-7db5-4841-b104-296a0dfc2f1c>