



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΤΑΣΕΙΣ – ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ – ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

Διδακτορική Διατριβή
Παρασκευή Κουφοπούλου

Η ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ
ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΕ ΜΕΡΙΚΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ

Πειραιάς, 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΤΑΣΕΙΣ – ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ – ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

Διδακτορική Διατριβή
Παρασκευή Κουφοπούλου

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αναπληρωτής Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης

Το έργο παρέχεται υπό τους όρους της δημόσιας άδειας
του νομικού προσώπου Creative Commons Corporation:

Αναφορά Δημιουργού – Μη Εμπορική Χρήση – Όχι Παράγωγα Έργα 3.0 (CC-BY-NC-ND)



Πειραιάς, 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΤΑΣΕΙΣ – ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ – ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
Παρασκευή Κουφοπούλου

Επταμελής Επιτροπή:

Αναπληρωτής Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης (Επιβλέπων)

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Επίκουρος Καθηγητής Παναγιώτης Ξένος

Τμήμα Στατιστικής & Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Καθηγητής Κυριάκος Σουλιώτης

Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Καθηγήτρια Σταματίνα Χατζηδήμα

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Καθηγητής Ιωάννης Πολλάλης

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Αναπληρωτής Καθηγητής Ανδρέας Κουτούπης

Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Καθηγητής Παναγιώτης Λιαργκόβας

Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Πειραιάς, 2021



UNIVERSITY OF PIRAEUS
FACULTY OF ECONOMICS, BUSINESS AND INTERNATIONAL STUDIES
DEPARTMENT OF ECONOMICS

**SHADOW ECONOMY IN GREEK HEALTHCARE SECTOR:
TRENDS – EVOLUTIONS - PERSPECTIVES**

Ph.D. Thesis
Paraskevi Koufopoulou

**A DISSERTATION SUBMITTED
TO THE DEPARTMENT OF ECONOMICS
OF UNIVERSITY OF PIRAEUS
IN PARTIAL FULLFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY**

Piraeus, 2021

*Στους γονείς μου
Νικηφόρο και Αικατερίνη*

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας μια εξαετή προσπάθεια πάνω στη συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή και έχοντας ασχοληθεί διεξοδικά με το συγκεκριμένο αντικείμενο από το 2013, οφείλω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα της διδακτορικής μου διατριβής Αναπληρωτή Καθηγητή Αθανάσιο Βοζίκη για την άριστη και απρόσκοπτη συνεργασία μας όλο αυτό το διάστημα. Η καθοδήγηση και η συμπαράσταση του ήταν καθοριστική και εξαιρετική όλα τα έτη, συμβάλλοντας καθοριστικά στην προετοιμασία, τη διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

Ευχαριστώ τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Στατιστικής & Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς Παναγιώτη Ξένο για την συμβολή του στην έρευνα μου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω στον Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Κοσμήτορα της Σχολής Πολιτικών και Κοινωνικών Επιστημών του ιδίου Πανεπιστημίου Κυριάκο Σουλιώτη αναφορικά με την συμβουλές, την εμπιστοσύνη και την καθοδήγηση του για την επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας. Εγκάρδιες ευχαριστίες στους Καθηγητές του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς Σταματίνα Χατζηδήμα και Ιωάννη Πολλάλη, τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Ανδρέα Κουτούπη και τον Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Πρόεδρο του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών Παναγιώτη Λιαργκόβα. Πολύτιμη ήταν η συμβολή του Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς Διονυσίου Ιθακήσιου καθόλη τη διάρκεια της εξαετούς, και πλέον, ερευνητικής μου δραστηριότητας με την εμπιστοσύνη και την καθοδήγηση του.

Ευχαριστώ θερμά τον τέως Γενικό Γραμματέα Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Υπουργείου Δικαιοσύνης Γεώργιο Σούρλα καθώς και την Διεύθυνση Οικονομικής Αστυνομίας της Ελληνικής Αστυνομίας του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη, για τα στοιχεία που μου παρέθεσαν. Δεν μπορώ να μην εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον Διδάκτωρ της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Τέξας και Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου South Carolina Θεόδωρο Γιαννούχο, γιατί χωρίς την βοήθεια του δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί ένα μεγάλο μέρος της ανάλυσης δεδομένων με εύστοχες παρατηρήσεις και για την επιτυχή πορεία της έρευνας.

Δεν θα μπορούσα να ξεχάσω τους καλούς μου φίλους που με βοήθησαν τόσο ψυχολογικά όσο και πρακτικά κατά τη διάρκεια της έρευνας μου. Ιδιαίτερος ευχαριστώ τον Υποψήφιο Διδάκτωρ του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου και Αξιωματικό της Ελληνικής Αστυνομίας Δημήτριο Αντώνογλου που με ενέπνευσε να ασχοληθώ με την παραοικονομία στην υγεία. Ακολουθώ, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον πολύ καλό φίλο μου και Υποψήφιο Διδάκτωρ του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς Συμεών Σιδηρόπουλο καθόλη την διάρκεια της έρευνας και τον φίλο μου Υποψήφιο Διδάκτωρ του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων Αντώνιο Σαμπράκο.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένεια μου και ειδικά στην μητέρα μου Αικατερίνη για την συμπαράσταση, την στήριξη και την υπομονή της όλα τα χρόνια δίχως την οποία δεν θα μπορούσε η παρούσα έρευνα να ολοκληρωθεί.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	22
Abstract.....	24
Εισαγωγή.....	26
Μέρος Α': ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	30
Κεφάλαιο 1 ^ο : Οικονομικό περιβάλλον: Κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές.....	30
1.1. Η οικονομική κρίση στο παγκόσμιο και ευρωπαϊκό στερέωμα.....	30
1.2. Κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της ελληνικής οικονομίας: Η πορεία προς την πανδημία.....	31
1.3. Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	35
Κεφάλαιο 2 ^ο : Τα Συστήματα Υγείας και η χρηματοδότηση τους.....	37
2.1. Οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας.....	37
2.1.1. Χαρακτηριστικά, παράμετροι και αρχές των συστημάτων υγείας.....	37
2.1.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες των συστημάτων υγείας.....	38
2.1.3. Τα πρότυπα λειτουργίας των συστημάτων υγείας.....	39
2.1.3.1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα.....	39
2.1.3.2. Το δημόσιο σύστημα υγείας.....	40
2.1.3.3. Τα μεικτά συστήματα υγείας.....	40
2.1.3.4. Ο Τρίτος Τομέας.....	40
2.2. Οι δαπάνες υγείας και εξέλιξη τους.....	41
2.2.1. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας και το παράδειγμα της Ελλάδας.....	41
2.2.2. Είδη υγειονομικών δαπανών.....	42
2.2.3. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας.....	43
2.2.3.1. Ιατρικές και νοσοκομειακές δαπάνες.....	43
2.2.3.2. Φαρμακευτικές δαπάνες.....	44
2.3. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.....	45
2.3.1. Δημόσια χρηματοδότηση.....	45
2.3.1.1. Κρατικός προϋπολογισμός.....	45
2.3.1.2. Ασφαλιστικά ταμεία.....	46
2.3.2. Ιδιωτική χρηματοδότηση.....	47
2.3.2.1. Εθελοντική ασφάλιση υγείας.....	47

2.3.2.2. Άμεσες δαπάνες υγείας.....	47
2.3.2.2.1. Άμεσο κόστος.....	49
2.3.2.2.2. Επιμερισμός του κόστους.....	50
2.3.2.2.3. Άτυπες/ανεπίσημες πληρωμές.....	51
2.3.2.3. Δωρεές μη-κυβερνητικών οργανισμών και δαπάνες εργοδοτών.....	52
2.3.3. Μέθοδοι αποζημίωσης των παρόχων.....	53
2.3.3.1. Αμοιβή ιατρικού προσωπικού.....	53
2.3.3.1.1. Κατά πράξη.....	53
2.3.3.1.2. Πάγιος μισθός.....	53
2.3.3.1.3. Αποζημίωση με συγκεκριμένες τιμές.....	54
2.3.3.1.4. Κατά κεφαλή ασφαλισμένου.....	54
2.3.3.1.5. Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας.....	54
2.3.3.1.6. Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων.....	55
2.3.3.2. Αποζημίωση μονάδων υγείας.....	55
2.3.3.2.1. Σφαιρικοί και ανά κατηγορία προϋπολογισμοί.....	55
2.3.3.2.2. Κατά πράξη και περίπτωση.....	56
2.3.3.2.3. Ημερήσιο κλειστό (ενοποιημένο) νοσήλιο.....	57
2.3.3.2.4. Πληρωμή με βάση τη διάγνωση.....	58
2.3.3.2.5. Ανά περιστατικό νοσηλείας.....	59
2.3.3.2.6. Ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού.....	59
2.4. Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	59
Κεφάλαιο 3 ^ο : Οι άτυπες συναλλαγές και η πορεία προς την παραοικονομία: Ιστορική εξέλιξη, συσχετίσεις και μέθοδοι εκτίμησης.....	62
3.1. Η ιστορική εξέλιξη του φαινομένου έως σήμερα.....	62
3.1.1. Ορόσημα της άτυπης οικονομίας.....	62
3.1.2. Σχολές Σκέψης.....	63
3.1.2.1. Κλασσική/Μαρξιστική Σχολή.....	63
3.1.2.2. Δυαδική Σχολή.....	63
3.1.2.3. Δομική Σχολή.....	64
3.1.2.4. Νεοφιλελεύθερη Σχολή.....	64
3.1.2.5. Εθελοντική Σχολή.....	64

3.1.2.6. Θεωρία του Μάνατζμεντ.....	65
3.2. Διασαφήνιση των αδήλων οικονομικών δραστηριοτήτων.....	65
3.2.1. Ο πολύπλευρος χαρακτήρας της παραοικονομίας.....	65
3.2.2. Παραοικονομία και φοροδιαφυγή	66
3.2.3. Παραοικονομία και διαφθορά.....	67
3.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες.....	69
3.3.1. Επιβαρύνσεις από φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.....	69
3.3.2. Ποιότητα των θεσμών και διαφθορά.....	69
3.3.3. Ρυθμιστικό πλαίσιο.....	70
3.3.4. Δημόσιες υπηρεσίες.....	70
3.3.5. Φορολογική ηθική.....	71
3.3.6. Εισοδηματική ανισότητα και φτώχεια.....	71
3.3.7. Επίσημη οικονομία.....	72
3.3.8. Η τακτικής της αποτροπής.....	73
3.3.9. Αυτοαπασχόληση.....	73
3.3.10. Ανεργία.....	74
3.3.11. Αγροτικός τομέας.....	74
3.3.12. Χρήση μετρητών.....	74
3.3.13. Μετανάστευση.....	75
3.3.14. Εκπαίδευση.....	75
3.3.15. Μερίδιο συμμετοχής του εργατικού δυναμικού.....	76
3.3.16. Κοινωνικές μεταβιβάσεις.....	76
3.3.17. Επιδημίες.....	76
3.3.18. Ενεργειακή κατανάλωση.....	77
3.4. Μέθοδοι εκτίμησης της παραοικονομίας.....	77
3.4.1. Μικροοικονομικές μέθοδοι.....	77
3.4.1.1. Ερευνητική μέθοδος.....	77
3.4.1.2. Φορολογικοί έλεγχοι.....	78
3.4.2. Μακροοικονομικές μέθοδοι.....	79
3.4.2.1. Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών–Η μέθοδος της απόκλισης δημοσίων δαπανών και εισοδηματικών στατιστικών.....	79
3.4.2.2. Η διαφορά του επίσημου και του θεωρούμενου ως πραγματικού	

ποσοστού συμμετοχής του εργατικού δυναμικού.....	81
3.4.2.3. Νομισματικές μέθοδοι.....	81
3.4.2.3.1. Η προσέγγιση των συναλλαγών.....	81
3.4.2.3.2. Η προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης.....	82
3.4.2.3.3. Απλή αναλογία νομισμάτων–τραπεζικού λογαριασμού.....	84
3.4.2.4. Η μέθοδος της ηλεκτρικής κατανάλωσης.....	85
3.4.2.4.1. Προσέγγιση Kaufmann – Kaliberda.....	85
3.4.2.4.2. Προσέγγιση Lacko.....	87
3.4.3. Ευέλικτα πολυπαραγοντικά μοντέλα.....	88
3.4.3.1. Μοντέλο Δομικής Εξίσωσης (Structural Equation Model)	88
3.4.3.2. Μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών (Multiple Indicators – Multiple Causes Model).....	90
3.4.3.3. Μοντέλο διόρθωσης σφάλματος πολλαπλών δεικτών– πολλαπλών αιτιών (Error Correction MIMIC Model).....	93
3.4.3.4. Δυναμικό μοντέλο γενικής ισορροπίας δύο τομέων (Two–Sector Dynamic General Equilibrium Model).....	94
3.4.4. Μοντέλο της ασαφούς λογικής (Fuzzy Logic Model).....	95
3.4.5. Συνδυαστική μεθοδολογία (Combined Methodology).....	96
3.5. Συμπερασματικά.....	99
Μέρος Β΄: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	102
Κεφάλαιο 4 ^ο : Μεθοδολογικός και ερευνητικός σχεδιασμός.....	102
4.1. Οριοθέτηση της έρευνας.....	102
4.2. Σπουδαιότητα και καινοτομία της έρευνας.....	107
4.3. Ερευνητική στρατηγική.....	109
4.4. Συλλογή δεδομένων.....	112
4.4.1. Έρευνα–πιλότος (pilot survey).....	113
4.4.2. Τελικό ερωτηματολόγιο.....	114
4.5. Πληθυσμός–στόχος, δείγμα πληθυσμού και περιορισμοί της έρευνας.....	119
4.6. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων.....	120
4.7. Λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression).....	121

Κεφάλαιο 5 ^ο : Αποτελέσματα της έρευνας.....	124
5.1. Δημογραφικά στοιχεία και χρήση υπηρεσιών υγείας.....	124
5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	124
5.1.2. Περιφέρεια κατοικίας.....	124
5.1.3. Αριθμός οικογενειών με κοινό προϋπολογισμό που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη.....	126
5.1.4. Εισόδημα νοικοκυριών.....	127
5.1.5. Χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	128
5.1.5.1. Η ύπαρξη ασθένειας σε ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού (ενήλικες ή παιδιά) τους τελευταίους 4 μήνες.....	128
5.1.5.2. Επίσκεψη σε υπηρεσίες υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια τους τελευταίους 4 μήνες.....	129
5.1.6. Περιγραφική στατιστική ανάλυση εισοδήματος νοικοκυριού και χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	130
5.2. Η ύπαρξη προβλήματος υγείας και η άσκηση φυσιολογικών δραστηριοτήτων.....	131
5.2.1. Η ενδεχόμενη ύπαρξη προβλήματος υγείας.....	131
5.2.2. Εμπόδια στην άσκηση φυσικής δραστηριότητας από το πρόβλημα υγείας.....	132
5.2.3. Είδος προβλήματος υγείας.....	133
5.3. Αντιμετώπιση προβλήματος υγείας.....	136
5.3.1. Χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας.....	136
5.3.2. Αιτιολόγηση επιλογής υπηρεσιών στη συγκεκριμένη δομή/μονάδα.....	137
5.3.3. Αιτιολόγηση για την μη ολοκλήρωση της παροχής φροντίδας υγείας.....	139
5.4. Άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες δαπάνες υγείας.....	139
5.4.1. Ποσό σε € που καταβλήθηκε άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	139
5.4.2. Καθορισμός του ισοδυνάμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.....	140
5.4.3. Πληρωμή για φάρμακα.....	141
5.4.4. Συνολικό ποσό πληρωμής.....	142
5.4.5. Συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που παρασχέθηκαν.....	143

5.4.6. Κλινικές καταστάσεις, τύποι και λόγοι χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	144
5.4.7. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για το ποσό που καταβλήθηκε για φάρμακα, για συνολική περίθαλψη και τη συνολική επιβάρυνση από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών.....	146
5.5. Ετοιμότητα πληρωμής των ασθενών για άτυπες πληρωμές.....	147
5.5.1. Στάση των ασθενών απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές.....	147
5.5.2. Το ενδεχόμενο νομιμοποίησης των άτυπων (ανεπίσημων) ίδιων πληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.....	148
5.5.3. Μέγιστο μηνιαίο ποσό το οποίο θα ήταν πρόθυμοι οι ασθενείς να καταβάλλουν/ή να πληρώσουν.....	150
5.5.3.1. Δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων.....	150
5.5.3.2. Δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων).....	151
5.5.4. Περιγραφική στατιστική ανάλυση αναφορικά με το μέγιστο ποσό που οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για φάρμακα και για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων).....	152
5.5.5. Πολυμεταβλητές αναλύσεις.....	158
5.5.5.1. Σύνολο των περιστατικών χωρίς χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων.....	158
5.5.5.2. Εκτίμηση των αιτιών για άτυπες πληρωμές μόνο για περιστατικά που εμπεριέχουν άτυπη δραστηριότητα.....	159
5.6. Μοντέλο εκτίμησης για το σύνολο του δείγματος.....	160
5.6.1. Γενικά.....	160
5.6.2. Περιγραφή του μοντέλου.....	162
5.6.3. Αξιολόγηση των άτυπων πληρωμών στην υγεία μέσα από ένα ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών.....	166
5.6.4. Εκτίμηση του μοντέλου.....	169
5.6.4.1. Ανάλυση κύριων συνιστωσών.....	170
5.6.4.2. Παλινδρομική ανάλυση.....	171
5.6.5. Στρατηγική μοντελοποίησης.....	171
5.6.5.1. Γενικά.....	171
5.6.5.2. Διαδικασία μοντελοποίησης του δείκτη των άτυπων πληρωμών στην υγεία.....	174

5.6.5.3. Εκτιμήσεις των άτυπων πληρωμών στην υγεία βάσει μερικών πληροφοριών.....	175
5.6.6. Συντελεστές μοντέλου άτυπων πληρωμών στην υγεία.....	178
5.6.7. Τελικό μοντέλο εκτίμησης των άτυπων πληρωμών στην υγεία.....	179
Κεφάλαιο 6 ^ο : Συμπεράσματα–Προτάσεις Πολιτικής.....	182
Ευρετήριο Πινάκων.....	15
Ευρετήριο Σχημάτων.....	16
Συντομογραφίες.....	18
Εισηγήσεις συνεδρίων και δημοσιεύσεις.....	205
Εισηγήσεις συνεδρίων.....	205
Ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις.....	208
Ελληνόγλωσση δημοσίευση.....	208
Βιβλιογραφία.....	209
Ελληνόγλωσση.....	209
Ξενόγλωσση.....	221
Ιστοσελίδες.....	265
Παράρτημα.....	191
Παράρτημα Α': Πίνακες και Σχήμα.....	192
Παράρτημα Β': Ερωτηματολόγιο.....	196

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

A. Κειμένου.

Πίνακας 1: Εξέλιξη βασικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας, 2012 - 2019.....	32
Πίνακας 2: Ταξινόμηση υγειονομικών δραστηριοτήτων βάσει του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας.....	42
Πίνακας 3: Η εξέλιξη των άμεσων κατά κεφαλήν δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2002 – 2017 κατά μέσο όρο (\$ ΗΠΑ).....	48
Πίνακας 4: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ελλάδα για τα έτη 2011 - 2019 (σε εκ. ευρώ).....	102
Πίνακας 5: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων.....	125
Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική ανάλυση εισοδήματος νοικοκυριού και χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	131
Πίνακας 7: Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό);.....	140
Πίνακας 8: Κλινικές καταστάσεις, τύποι και λόγοι χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	146
Πίνακας 9: Περιγραφική στατιστική ανάλυση για το ποσό που καταβλήθηκε για φάρμακα, για συνολική περίθαλψη και τη συνολική επιβάρυνση από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών	147
Πίνακας 10: Περιγραφική στατιστική ανάλυση για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για φάρμακα και για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων).....	153
Πίνακας 11: Συσχετίσεις ερωτήσεων με το κριτήριο του Pearson.....	154
Πίνακας 12: Σύνολο των περιστατικών χωρίς χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων (n=3.494).....	159
Πίνακας 13: Εκτίμηση των αιτιών για άτυπες πληρωμές μόνο για περιστατικά που εμπεριέχουν άτυπη δραστηριότητα (n=2.218).....	160
Πίνακας 14: Περιγραφή μεταβλητών.....	163
Πίνακας 15: Έλεγχος Kaiser–Meyer–Olkin.....	172
Πίνακας 16: Συνολική διακύμανση ερμηνείας απαντήσεων από τον παράγοντα/ες–δείκτη/ες.....	172

Πίνακας 17: Συντελεστές παράγοντα.....	173
Πίνακας 18: Σύνοψη μοντέλου.....	174
Πίνακας 19: Ανάλυση συνδιακύμανσης (ANOVA).....	175
Πίνακας 20: Πίνακας συντελεστών μοντέλου.....	179

B. Παραρτήματος.

Πίνακας 1: Εκτιμήσεις του μεγέθους της παραοικονομίας στην Ελλάδα.....	192
Πίνακας 2: Αναθεωρημένο περιεχόμενο του όρου της παραοικονομίας.....	193
Πίνακας 3: Αναθεωρημένα επίθετα και ουσιαστικά που αποτυπώνουν την παραοικονομία.....	194

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

A. Κειμένου.

Σχήμα 1: Κατηγοριοποίηση της μη-παρατηρούμενης οικονομίας.....	80
Σχήμα 2: Απεικόνιση της σχέσης παραοικονομίας και διαφθοράς μέσα από το ευέλικτο μοντέλο δομικής εξίσωσης.....	89
Σχήμα 3: Σχηματική απεικόνιση της παραοικονομίας με το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών.....	90
Σχήμα 4: Αριθμός οικογενειών με κοινό προϋπολογισμό που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη.....	127
Σχήμα 5: Εκτιμώμενο (καθαρό) μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού.....	128
Σχήμα 6: Η ύπαρξη ασθένειας σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πρόσωπα (ενήλικες ή παιδιά ασθενείς) τους τελευταίους 4 μήνες.....	129
Σχήμα 7: Χρήση υπηρεσιών υγείας από ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών.....	130
Σχήμα 8: Μήπως συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;.....	132
Σχήμα 9: Πόσες ημέρες σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών	

δραστηριοτήτων σας;.....	132
Σχήμα 10: Ποιο είναι/ήταν ακριβώς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε;.....	134
Σχήμα 11: Χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, πχ εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες.....	136
Σχήμα 12: Για ποιο λόγο αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένη δομή/μονάδα;.....	137
Σχήμα 13: Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.....	141
Σχήμα 14: Τι ποσό καταβάλλατε για φάρμακα;.....	142
Σχήμα 15: Τι ποσό καταβάλλατε συνολικά;.....	143
Σχήμα 16: Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;.....	144
Σχήμα 17: Ποια είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας;.....	148
Σχήμα 18: Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν οι άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες (συμ)πληρωμές να νομιμοποιηθούν για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας;.....	149
Σχήμα 19: Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, θα είσασαν πρόθυμος/η να πληρώσετε;.....	151
Σχήμα 20: Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), θα ήσασαν πρόθυμος/η να πληρώσετε;.....	152
Σχήμα 21: Αρχικό ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών για τις άτυπες πληρωμές υγείας στην Ελλάδα (11-1-13).....	164
Σχήμα 22: Βέλτιστα επιλεχθέντες ερωτήσεις – μεταβλητές μοντέλου.....	178

B. Παραρτήματος.

Σχήμα: Οι προσδιοριστικοί παράγοντες των άτυπων πληρωμών στην υγεία.....	195
--	-----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνόγλωσσες

ΑΑΔΕ	Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων
ΑΔΥ	άμεσες δαπάνες υγείας
ΑΕγχΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
αρ.	άρθρο
βλ.	βλέπε
ΓΚ	Γενική Κυβέρνηση
ΓΓΚΔ	Γενική Γραμματεία για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς
Δηλ.	δηλαδή
δισ	δισεκατομμύρια
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΟΚ	Διαγνωστικές Ομοιογενείς Κατηγορίες
ΔΣΦ	Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων
ΕΑΔ	Εθνική Αρχή Διαφάνειας
εδ.	εδάφιο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
εκ.	εκατομμύρια
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΔΔΑ	Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛΣΣ	Ελληνικό Στατιστικό Σύστημα
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΛΥ	Εθνικοί Λογαριασμοί Υγείας
ΕΟΠ	Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΕ	Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης
Επιμ.	Επιμέλεια
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΘΟΕ	Θεωρία της Ορθολογικής Επιλογής
ΙΔΥ	ιδιωτικές δαπάνες υγείας
ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ	Ινστιτούτο Εργασίας Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος – Ανώτατης Διοίκησης Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων
ΙΟΒΕ	Ινστιτούτο Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΙΤΣ	Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών
κα	και άλλα

ΚΑΕ	Κεντρική & Ανατολική Ευρώπη
και συν.	και συνεργάτες
Καν.	Κανονισμός
ΚΔ	Κεντρική Διοίκηση
ΚΔΥ	καταστροφικές δαπάνες υγείας
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια
Κεφ.	Κεφάλαιο
κοκ	και ούτω καθεξής
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΔΕ	Μοντέλο Δομικής Εξίσωσης
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΛ	Μέθοδος Εθνικών Λογαριασμών
ΜΗΚ	Μέθοδος Ηλεκτρικής Κατανάλωσης
ΜΗΣΥΦΑ	Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα
ΜΚΟ	Μη – Κυβερνητικές Οργάνωσεις
Ν.	Νόμος
Νο.	Νούμερο
ΟΝΕ	Οικονομική & Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
ΟΠΣ	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα
ΟΠΥ	Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας
παρ.	παράγραφος
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΔΠ	Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΟΕ	Παρελθόντα Οικονομικά Έτη
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΠ	Πίνακας Παραρτήματος
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
πχ	παραδείγματος χάριν
σ.	σελίδα
ΣΕΛ	Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών
ΣΛΥ	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΣΠ	Σχήμα Παραρτήματος
συν.	συνεργάτες
ΣΦΕΕ	Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος
τ.	τεύχος
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΤτΕ	Τράπεζα της Ελλάδος
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΥΔΔΑΔ	Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας & Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
υπ.παρ.	υπο παράγραφος
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
ΦΕΦΠ	Φόρος Εισοδήματος Φυσικών Προσώπων
ΦΕΝΠ	Φόρος Εισοδήματος Νομικών Προσώπων
ΦΚΑ	Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
ΦΣΦΠ	Φορολογικός Συντελεστής Φυσικών Προσώπων
ΦΣΝΠ	Φορολογικός Συντελεστής Νομικών Προσώπων
χιλ.	χιλιάδες

Ξενόγλωσσες

ATO	Australian Taxation Office
CDA	Currency Demand Approach
CDS	Credit Default Swaps
CVM	Contingent Valuation Method
Ed./Eds.	Editor/Editors
DRGs	Diagnostic Related Groups
EBRD	European Bank for Reconstruction & Development
ESA	European System of Accounts
et al.	et alia
EU	European Union
Eurostat	European Statistical Office
GBD	Global Burden of Disease
HC	Health Classification
HMOs	Health Maintenance Organizations
IAW	Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V.
ICDs	International Classification of Diseases
IIA	International Institute of Auditors
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund
INTERPOL	International Police
IPs	informal payments
IRS	Internal Revenue Service
MIMIC	Multiple Indicator Multiple Causes Model
MTE	Modified Total Electricity
NACE	Nomenclature Statistique des Activités Economiques dans la Communauté Européenne
No.	Number
OECD	Organization for Economic Cooperation & Development
p.	page
PCA	Principal Component Analysis
P-DOLS	Panel Dynamic Ordinary Least Squares
PSI	Private Sector Involvement

SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus Disease
SEM	Structural Equation Model
TI	Transparency International
Two-Sector DSGE	Two Sector Dynamic General Equilibrium Model
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNODC	United Nations Office on Drugs & Crime
USA	United States of America
WHO	World Health Organisation

Περίληψη

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά την στάση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) πληρωμές που καταβάλλουν κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αρχικά, γίνεται εκτενής αναφορά στο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο της ελληνικής οικονομίας μαζί με την συνεισφορά των άτυπων πληρωμών στις δαπάνες υγείας. Ακόμη, αναλύεται διεξοδικά το θεωρητικό πλαίσιο, οι προσδιοριστικοί παράγοντες και οι μέθοδοι εκτίμησης της παραοικονομίας. Η ανάλυση των άτυπων πληρωμών στην υγεία γίνεται ανά Περιφέρεια της ελληνικής επικράτειας βάσει δημογραφικών, εισοδηματικών, επαγγελματικών και οικογενειακών γνωρισμάτων και προτιμήσεων των χρηστών, αποτελώντας τον πυρήνα της διατριβής μας.

Για να εκπληρωθεί ο στόχος μας διενεργήθηκε έρευνα πεδίου ανά την Ελλάδα σε ενήλικους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, διαφορετικών ηλικιακών κατηγοριών, οικογενειακού και οικονομικού προφίλ. Το ερωτηματολόγιο εστίασε στο ύψος της άτυπης πληρωμής για την χρήση των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των περιστατικών. Η διεξαχθείσα έρευνα χρησιμοποίησε πρωτογενή στοιχεία χαρτογραφώντας την στάση των χρηστών απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Εντάσσεται στις ποσοτικές έρευνες με χρήση ερωτηματολογίου (39 ερωτήσεων), εστιάζοντας στον βαθμό δυσκολίας του ερευνώμενου θέματος, την αξιοπιστία των ζητούμενων πληροφοριών, τον τύπο δειγματοληψίας, τον χρόνο διεξαγωγής και το κόστος της έρευνας.

Προκειμένου να διεξαχθούν ασφαλή και αξιόπιστα συμπεράσματα εφαρμόσαμε μια σειρά από στατιστικές αναλύσεις. Σκοπός της μεθοδολογίας μας, μετά τους ελέγχους ανεξαρτησίας των μεταβλητών, είναι η στοχευμένη απάντηση συγκεκριμένων ερωτημάτων αναφορικά με τις άτυπες πληρωμές των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Διερευνήθηκαν τα προφίλ των χρηστών, τα χαρακτηριστικά του νοικοκυριού τους, η χρήση των υπηρεσιών υγείας το τελευταίο 4μηνο, το είδος του προβλήματος υγείας, οι υπηρεσίες υγείας, το ύψος και το είδος της άτυπης πληρωμής. Πρωτοπορούμε καθώς θεωρήσαμε τις άτυπες πληρωμές στην υγεία ως λανθάνουσα (μη ορατή) εξαρτημένη μεταβλητή (latent variable) συνδυαστικά με μια σειρά ανεξάρτητων μεταβλητών, διαχωριζόμενες σε προσδιοριστικούς παράγοντες (αιτίες) και δείκτες για την κατασκευή του μοντέλου μας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές του δείγματος μας έφθασαν τις 24. Διαχωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες εστιάζοντας στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (8 μεταβλητές), στις συμπεριφορές για τις άτυπες πληρωμές (5 μεταβλητές), στην ετοιμότητα των ασθενών για καταβολή τους (4

μεταβλητές) καθώς και σε δημογραφικές μεταβλητές (7 μεταβλητές). Αρχικά, διεξάγαμε παλινδρομική ανάλυση για να εξετάσουμε την σχέση της εξαρτημένης και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Χρησιμοποιήσαμε μονομεταβλητή ανάλυση (δηλαδή ξεχωριστή παρουσίαση κάθε μεταβλητής) στους χρήστες για να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά και οι απαντήσεις τους με χρήση ποιοτικών και κατηγορικών μεταβλητών. Στις ανοιχτές ερωτήσεις διεξήχθη ανάλυση περιεχομένου και ανάλυση περιγραφικών μέτρων των αξιοποιηθέντων ερωτήσεων με εφαρμογή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson (χ^2) για έλεγχο της ύπαρξης ή απουσίας των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών. Για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων επιλέξαμε την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (conditional logistic regression) καθώς υπάρχει πάνω από μια ανεξάρτητη μεταβλητή προσδιορίζοντας τις επιπτώσεις τους που παρουσιάζονται ταυτόχρονα για να εκτιμηθεί η σχέση τους με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Επιλέξαμε το ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών προσαρμοσμένο στις άτυπες πληρωμές στην υγεία. Βασιστήκαμε σε μια αρχική δομική εξίσωση η οποία περιλαμβάνει τρία διαφορετικά διανύσματα (X_1, X_2, X_3) εσωκλείοντας τις προαναφερθείσες μεταβλητές. Μετέπειτα, αξιολογήθηκαν οι άτυπες πληρωμές μέσω του ευέλικτου μοντέλου και εκτιμήθηκε βάσει της ανάλυσης κύριων συνιστωσών και της παλινδρομικής ανάλυσης. Μέσα από την μοντελοποίηση εστίασαμε στην κατασκευή ενός δείκτη άτυπων πληρωμών. Γι' αυτό και εφαρμόσαμε τον έλεγχο Kaiser– Meyer–Olkin αποδεικνύοντας την στατιστική σημαντικότητα της ανάλυσης μας και βοηθώντας μας στην κατασκευή της αρχικής δομικής εξίσωσης. Η παλινδρομική ανάλυση εφαρμόστηκε για την μοντελοποίηση του δείκτη των άτυπων πληρωμών στην υγεία. Ακόμη, χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο της εμπρόσθιας βηματικής παλινδρόμησης (forward stepwise regression method) εντοπίζοντας την βέλτιστη στατιστικά σχέση μεταξύ των ερωτήσεων του μοντέλου μας καταλήγοντας σε έξι μεταβλητές, αποκλείοντας εκείνες που καταστρέφουν την δυναμική του μοντέλου αλλά και την στατιστική σημαντικότητα του.

Λέξεις – Κλειδιά: Παραοικονομία, Υγεία, Άτυπες Πληρωμές, Ασθενείς, Ελλάδα.

Abstract

This dissertation investigates health service users' attitudes towards informal payments, regarding the greek socio-economic context and vicious cycle, as informal payments' contribution to health expenditures. We develop shadow economy's theoretical framework and explain estimation methods. Our analysis took place in 13 Greek Regions related to demographic, income, professional, family, and other users' characteristics.

The aim of our dissertation is informal payments' analysis for health services users in Greece. We conducted field research to fulfill our goal. Participants were adults rejecting parents who answered for their children in different age categories, family, and financial profiles. The questionnaire focused on informal payment amounts for health incidents. We use primary data via a quantitative survey considering the questionnaire (with 39 questions), difficulty, requested information, their reliability, convenience sampling, time, and cost of the research.

We apply statistical analyzes for reliable conclusions. Besides variables independence control, we focused on specific answers regarding users' informal payments for health services. We investigate users' profiles, households characteristics, health care services utilization during the last 4 months, health care problem type, specific health care services, and informal payment amount. Our research innovates as informal payments are latent (non-observable) variables operating based on independent variables, divided into causes and indicators. Independent variables were 24, divided into four categories focusing on health service demand (8 variables), informal payment behaviors (5 variables), patients' willingness to pay informally (4 variables), and demographic variables (7 variables). We performed regression analysis to examine the relationship between dependent and independent variables. Univariate analysis of the respondents is used to investigate users' characteristics and responses via qualitative and categorical variables. In open questions, we conducted the content analysis and descriptive analysis measures of the used questions and Pearson linear correlation coefficient (χ^2) applied to check variables' relationships. We choose the conditional logistic regression method to assess the relationship between the dependent and independent variables.

We choose multiple indicators-multiple causes flexible model adapted to informal health care payments requirements. We relied on the initial structural equation, including different vectors enclosing the previous variables. I used the aforementioned model for informal

health payments assessment and estimation of principal component and regression analysis application. During the modeling process, we focused on informal health payments index construction and the Kaiser - Meyer - Olkin test, confirming our analysis's statistical significance and helping us to construct the initial structural equation. Regarding index modeling about informal health payments, we implement regression analysis. Next, we identify the statistical relationship between our model's questions, excluding variables that destroy our model's dynamics and statistical significance, using the forward stepwise regression method. Based on the acceptable change $R^2 = 0.417$ of our model, we chose six variables.

Key – words: shadow economy, health, informal payments, patients, Greece.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών είχε άμεσες συνέπειες στο χρηματοπιστωτικό σύστημα αλλά και στην πραγματική οικονομία, αναδεικνύοντας χρόνιες παθολογίες όπως η διαφθορά και η παραοικονομία. Η οικονομική ύφεση υποβάθμισε το βιοτικό επίπεδο των πολιτών με αποτέλεσμα να αναζητούν τρόπους κάλυψης των βασικών τους αναγκών εκτός της επίσημης οικονομίας χωρίς ανταποδοτικά οφέλη και με σαθρό αναπτυξιακό πρότυπο. Βάσει εκτιμήσεων 2 δις άτομα του εργαζόμενου πληθυσμού (άνω των 15 ετών) εργάζονται άτυπα (ILO, 2018). Επέρχεται, συρρίκνωση των δημοσίων εσόδων αλλά και ενίσχυση της επίσημης οικονομίας με δαπάνες από τα 2/3 του ανεπίσημου εισοδήματος (Schneider, AT Kearney, 2013).

Εξ αφορμής της πανδημίας του SARS-CoV-2 επίκειται αύξηση των άτυπων οικονομικών συναλλαγών, η οποία καθορίζεται από την ισχύ της φορολογικής διοίκησης κάθε χώρας. Για παράδειγμα οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Σουηδία που έχουν ακμάζουσα οικονομική ανάπτυξη εμφανίζουν ελάχιστο ποσοστό παραοικονομίας λόγω άριστου φοροεισπρακτικού μηχανισμού. Αντιθέτως, στην ελληνική οικονομία λόγω απύσας φορολογικής διοίκησης το μέγεθος της παραοικονομίας εκτοξεύεται. Με τον τρόπο αυτό η επιβολή ποινών και προστίμων στους παραβάτες, όταν εντοπιστούν, είναι ατελέσφορη τροφοδοτώντας τα δομικά της προβλήματα όπως είναι οι άτυπες πληρωμές στην υγεία.

Σκοπός της διατριβής μας είναι η διερεύνηση της στάσης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) πληρωμές στο ελληνικό σύστημα υγείας καθώς και η ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση του φαινομένου. Για το λόγο αυτό διεξήχθη έρευνα πεδίου στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στις 13 Περιφέρειες της Ελλάδας, σε δύο στάδια από τον Δεκέμβριο του 2015 έως και τον Ιανουάριο του 2016 και από τον Δεκέμβριο του 2016 έως και τον Ιανουάριο του 2017, συγκεντρώνοντας δείγμα 4.218 νοικοκυριών και 4.393 περιστατικά υγείας. Προπορεύτηκε έρευνα-πιλότος σε 40 ασθενείς στην περιοχή της Αθήνας, ώστε να εντοπιστούν και να διορθωθούν τυχόν αδυναμίες και ελλείψεις του ερωτηματολογίου, όπως η λανθασμένη κατανόηση των ερωτήσεων από τους ερωτώμενους.

Η διδακτορική μας διατριβή αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το 1ο, το 2ο και το 3ο κεφάλαιο και στα οποία γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του πλαισίου της ελληνικής οικονομίας, των συστημάτων υγείας και της παραοικονομίας.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, αναλύεται το οικονομικό περιβάλλον εξέλιξης της οικονομίας στην Ελλάδα αποτελώντας το προπύργιο εξέλιξης των άτυπων οικονομικών συναλλαγών. Ο κλωνισμός χρηματοπιστωτικού τομέα και της αγοράς ακινήτων, λόγω οικονομικής κρίσης, μαζί με το υψηλό δημόσιο χρέος και την τρέχουσα πανδημία ταρακούνησαν την ελληνική οικονομία, πολλαπλασιάζοντας φαινόμενα άτυπων οικονομικών συναλλαγών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της διατριβής μας, επικεντρωθήκαμε στο αγαθό της υγείας, τους παράγοντες που το προσδιορίζουν και τα πρότυπα των συστημάτων υγείας. Εστίασαμε στις δαπάνες υγείας και στην αποζημίωση των παρόχων. Οι υγειονομικές δαπάνες διακρίνονται σε ιατρικές, νοσηλευτικές και φαρμακευτικές. Βασικοί τρόποι χρηματοδότησης της υγείας είναι η δημόσια (κρατικός προϋπολογισμός, ΦΚΑ) και η ιδιωτική χρηματοδότηση με την εθελοντική ασφάλιση υγείας, τις άμεσες πληρωμές και τις ενισχύσεις ιδιωτών. Μέγιστο πλήγμα των συστημάτων υγείας είναι οι άμεσες πληρωμές, με το άμεσο κόστος, τον επιμερισμό του κόστους και τις άτυπες πληρωμές, συνιστώντας το αντικείμενο μελέτης μας. Η αποζημίωση των παρόχων αφορά αμοιβές των ιατρών (κατά πράξη, πάγιος μισθός, συγκεκριμένες τιμές, κατά κεφαλή ασφαλισμένου, ΟΠΥ, ΔΣΦ) και στις μονάδες υγείας (σφαιρικοί και ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, κατά πράξη και περίπτωση, ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, πληρωμή με βάση τη διάγνωση, ανά περιστατικό νοσηλείας, ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού).

Στο τρίτο κεφάλαιο έγινε λεπτομερής περιγραφή των άτυπων οικονομικών συναλλαγών και των τρόπων εκτίμησης τους. Ειδικότερα, έγινε περιγραφή του πλαισίου ανάδειξης της παραοικονομίας με τις Σχολές Σκέψης που την ερμηνεύουν και τους συνηθέστερους όρους της βιβλιογραφίας (άτυπη, μαύρη, υπόγεια, σκιώδης, απαρατήρητη). Επιστημάνθηκε ο όρος άτυποι μισθοί (envelope wages) αφορώντας την τρέχουσα οικονομική πραγματικότητα. Στον ορισμό που υιοθετήσαμε αποκλείσαμε τις εγκληματικές, φιλανθρωπικές και οικιακές δραστηριότητες. Συνδέσαμε την παραοικονομία τόσο με την φοροδιαφυγή (αποφυγή κρατήσεων και ασφαλιστικών εισφορών) όσο και την διαφθορά (παράνομη υπόσταση). Πολύ σημαντικό σημείο για την μελέτη της παραοικονομίας είναι ο εντοπισμός και η επεξήγηση των προσδιοριστικών παραγόντων της. Από όσους εντοπίσαμε καταλήξαμε στους δεκαοχτώ βασικότερους που προσαρμόζονται από χώρα σε χώρα και αξιοποιούνται ακέραια στην Ελλάδα. Ο σπουδαιότερος είναι η επιβάρυνση από τους φόρους και τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, 'με την ποιότητα των θεσμών και την διαφθορά να

έπεται. Προστίθενται, το ρυθμιστικό πλαίσιο, οι δημόσιες υπηρεσίες, η φορολογική ηθική, η εισοδηματική ανισότητα και η φτώχεια και η επίσημη οικονομία. Αναφερθήκαμε στην τακτική αποτροπής, την αυτοαπασχόληση, την ανεργία, τον αγροτικό τομέα, την χρήση μετρητών, την μετανάστευση και την εκπαίδευση. Το πλαίσιο των αιτιών συμπληρώνουν το μερίδιο συμμετοχής στην αγορά εργασίας, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις (συντάξεις, επιδόματα), οι επιδημίες και η ενεργειακή κατανάλωση. Κατόπιν τούτου εφαρμόζεται η ενδεδειγμένη (κατά περίπτωση) μέθοδος εκτίμησης του φαινομένου, που συνοψίζονται σε πέντε βασικές κατηγορίες. Η πρώτη αφορά άμεσες μεθόδους με διεξαγωγή ερευνών, συνεντεύξεων και εθνογραφικών μελετών και επιτόπιων φορολογικών ελέγχων (φυσικών και νομικών προσώπων). Η δεύτερη κατηγορία, αφορά την έμμεση εκτίμηση των άτυπων συναλλαγών με χρήση του Συστήματος Εθνικών Λογαριασμών, της απόκλισης επίσημου και του θεωρούμενου ως πραγματικού ποσοστού συμμετοχής του εργατικού δυναμικού, τις νομισματικές μεθόδους (συναλλαγές, νομισματική ζήτηση, απλή αναλογία νομισμάτων–τραπεζικού λογαριασμού) και την μέθοδο της ηλεκτρικής κατανάλωσης. Ακολουθεί, η κατηγορία των ευέλικτων πολυπαραγοντικών μοντέλων όπως το Μοντέλο Δομικής Εξίσωσης, το Μοντέλο Πολλαπλών Δεικτών–Πολλαπλών Αιτιών, το Μοντέλο Διόρθωσης Σφάλματος Πολλαπλών Δεικτών–Πολλαπλών Αιτιών και το Μοντέλο Δυναμικής Γενικής Ισορροπίας Δύο Τομέων και το Μοντέλο της Ασαφούς Λογικής. Τέλος, αποτυπώθηκε η αναδυόμενη τάση συνδυασμού μεθόδων για την εκτίμηση του φαινομένου με επικρατούσα την χρήση της μεθόδου της νομισματικής ζήτησης και του μοντέλου πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών, εξάγοντας πολύτιμα αποτελέσματα.

Στο δεύτερο μέρος περιέχονται το 4^ο, το 5^ο και το 6^ο κεφάλαιο και στα οποία γίνεται ανάλυση της ερευνητικής και μεθοδολογικής στρατηγικής, των αποτελεσμάτων μας καθώς και περιγραφή, ανάλυση και εκτίμηση του μοντέλου των άτυπων πληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας μαζί με την διατύπωση προτάσεων. Στο τέταρτο κεφάλαιο οριοθετήθηκαν οι άτυπες πληρωμές στο ελληνικό σύστημα υγείας και η εξέλιξη τους. Αναλύθηκε επισταμένα η μεθοδολογική προσέγγιση, η δευτερογενής και η πρωτογενής έρευνα και η επιλογή της κατάλληλης ερευνητικής μεθόδου. Επεξηγήθηκε η μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων και δειγματοληψίας και η λογιστικής παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε για την εξαγωγή και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας μας. Εν συνεχεία, διεξήχθη η ερευνητική προσέγγιση με παρουσίαση του ερευνητικού δείγματος, του δομημένου ερωτηματολογίου και η έρευνα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας ξεκινώντας από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, την ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών 4 μήνες πριν την έρευνα, την στάση τους απέναντι στις άτυπες πληρωμές και την ετοιμότητα πληρωμής προς αυτές. Ακολούθησε η συσχέτιση ερωτήσεων μεταξύ τους με το κριτήριο του Pearson (χ^2) για να εξακριβωθεί ο βαθμός ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών, που αποτυπώθηκαν στους σχετικούς πίνακες. Για πρώτη φορά οι άτυπες πληρωμές στην υγεία θεωρήθηκαν λανθάνουσα (μη ορατή) μεταβλητή και επιλέξαμε το μοντέλο των πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών με στόχο την κατασκευή ενός δείκτη γι' αυτές. Έγινε πλήρης περιγραφή του μοντέλου μέσα από το πρίσμα τεσσάρων κατηγοριών μεταβλητών (ζήτησης υπηρεσιών υγείας, συμπεριφορών για τις άτυπες πληρωμές, ετοιμότητας πληρωμής, δημογραφικές) όπως αποτυπώνονται στις δομικές εξισώσεις. Εν συνεχεία, αξιολογήθηκαν μέσα από ένα ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών και ακολούθησε η εκτίμηση του μοντέλου βάσει μερικών πληροφοριών. Τέλος, διατυπώσαμε το τελικό μοντέλο εκτίμησης των άτυπων πληρωμών στην υγεία με την μορφή δομικής εξίσωσης, ορίζοντας ως έτος βάσης το 2015 στο πλαίσιο των βασικών μεταβλητών του μοντέλου μας.

Εν κατακλείδι, στο έκτο κεφάλαιο εξάγονται τα συμπεράσματα της έρευνας μας, διατυπώνονται οι γενικές παραδοχές καθώς και οι προτάσεις για την πρόληψη, διαχείριση και καταπολέμηση των άτυπων πληρωμών στην υγεία.

ΜΕΡΟΣ Α': ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.

Κεφάλαιο 1^ο: Οικονομικό περιβάλλον: Κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές.

1.1. Η οικονομική κρίση στο παγκόσμιο και ευρωπαϊκό στερέωμα.

Οι κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις του 19ου και του 20ου αιώνα, καθόρισαν την παγκόσμια οικονομία (Mankiw, Taylor, 2011). Πριν την πρόσφατη οικονομική κρίση, ξένα κεφάλαια και υπέρογκα ιδιωτικά χρέη διευκόλυναν την απεριόριστη χορήγηση στεγαστικών δανείων (Μπήτρος, 2017) εκτοξεύοντας την αξία των κατοικιών και την ασύμμετρη ανάπτυξη (Βαρουφάκης και συν., 2011).

Μειώθηκε το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) (Δαφέρμος, Παπαθεοδώρου, 2012) προκαλώντας μαζική ύφεση των κρατών. Οι χώρες με αυξημένες δανειακές ανάγκες, σύναψαν συμβάσεις ανταλλαγής αθέτησης κινδύνου (Credit Default Swaps/CDS) με τους αγοραστές να στοιχηματίζουν στην χρεοκοπία τους. Συνδέθηκαν με τα spreads¹ και αυξήθηκαν όπως τα επιτόκια δανεισμού τους (Βαρουφάκης και συν., 2011). Η επισφαλής τραπεζική λειτουργία (Krugman, 2012), η κρίση της αγοράς δανείων, η χρεοκοπία της Lehman Brothers και η διασπορά της κρίσης στην Ευρώπη, ενίσχυσαν τον φαύλο κύκλο της οικονομίας.

Διευρύνθηκε το κοινωνικό χάσμα των κρατών της Ευρώπης (Ρομπόλης, Μπέτσης, 2016) εστιάζοντας στην απουσία θεσμικής θωράκισης τους έναντι των κινδύνων (Ράπανος, Καπλάνογλου, 2014). Περιορίστηκε η ιδιωτική κατανάλωση και η επιχειρηματική δραστηριότητα (Vegh, 2014), συρρικνώθηκαν οι μισθοί και καθιερώθηκε η εργασιακή ευελιξία (ILO, 2018) επιδεινώνοντας την λειτουργία των ευρωπαϊκών οικονομιών (Kotios, Roukanas, 2013; Μανεσιώτης, Reischauer, 2002). Η φτώχεια κυμάνθηκε μεταξύ 32,3% το 2013 (Παπαθεοδώρου, Μίσσος, 2013) και 21,7% το 2018 (INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, 2018) διαβρώνοντας την πραγματική οικονομία (Βαϊτσος, Μίσσος, 2018).

¹ Τα spreads είναι η διαφορά του επιτοκίου που κατέβαλλε δανεισμού της Ελλάδας από το επιτόκιο δανεισμού της Γερμανίας [Βλ. Βαρουφάκης Γ., Πατώκος Τ., Τσερκέζης Λ., Κουτσοπέτρος Χ. (2011): Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα & την Ευρώπη το 2011, Μελέτες Νο. 17, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, σ. 16 – 17].

1.2. Κοινωνικοοικονομικές μεταβολές της ελληνικής οικονομίας: Η πορεία προς την πανδημία.

Τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της ελληνικής οικονομίας δεν περιόρισαν τα δομικά της προβλήματα (Μαρούλης, 2014). Διακρίνεται για έλλειμμα ισοζυγίου αγαθών, πλεόνασμα ισοζυγίου υπηρεσιών (Νικολαΐδης, 2017), υπερχρέωση, ύφεση, υψηλό δημόσιο χρέος (Μαρούλης, 2014), πληθωρισμό (Μαλλιαρόπουλος, 2011), χαμηλή ανταγωνιστικότητα (Τσέκερης, 2018), φτώχεια και γυναικεία ανεργία (Μπελεγρή–Ρομπόλη και συν., 2010). Διατηρήθηκε το αναπτυξιακό της προφίλ (Σάββα–Μπαλφούσια, 2010) φθάνοντας στο 8,5% (Τσαβέας, 2002). Άνθισε τη δεκαετία του '80, με διεύρυνση του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών (ΙΤΣ) (Τσαβέας, 2002), πλήθος κοινωνικών παροχών, ιδιωτικοποιήσεις δημοσίων επιχειρήσεων, δανεισμό και υψηλά ελλείμματα (Χαλικιάς, 2013). Το έλλειμμα της Γενικής Κυβέρνησης (ΓΚ) ήταν άνω του 20% με ελλειμματικούς προϋπολογισμούς ως απόρροια του αυξημένου κόστους αποπληρωμής του χρέους και υποτίμησης της δραχμής (Τσαβέας, 2002). Εισήχθη στην Ευρωζώνη δίχως να πληροί τα κριτήρια της Συνθήκης του Μάαστριχτ (Manolas et al., 2013b). Κατόπιν τούτου διογκώθηκε το δημοσιονομικό έλλειμμα την τετραετία 2001 - 2004 (Μανριδής, 2018; Kaplanoglou, Rapanos, 2011). Το υψηλό έλλειμμα (άνω του 5%) κλόνισε τον κρατικό προϋπολογισμό (Polychroniou, 2013) αδρανοποιώντας την αναπτυξιακή προοπτική της χώρας (Argyriades, 2013; Κανελλόπουλος και συν., 1995; Bitzenis, Vlachos, 2011).

Τα ισχνά φορολογικά έσοδα, το αυξημένο έλλειμμα, οι δανειακές ανάγκες και το δημόσιο χρέος, συνετέλεσαν στην καθοδική αναπτυξιακή πορεία μετά το 2009 (Χαλικιάς, 2013). Το δημοσιονομικό έλλειμμα του 15,6% και το δημόσιο χρέος στο 129,4% του ΑΕΠ, ήταν τα δίδυμα ελλείμματα. Για να εισέλθει η χώρα στις διεθνείς αγορές (Χόλεζας, 2014) διοχετεύθηκαν κεφάλαια ύψους από €110 δις σε €130 το 2010 και το 2012 (Mylonas, Pneumatikatos, 2012) και €86 δις το 2015 (Μιλτιάδης, Μπογιατζίδης, 2021). Περιορίστηκαν οι δαπάνες και ενισχύθηκαν τα έσοδα (Ράπανος, Καπλάνογλου, 2014) μειώνοντας τους μισθούς, τις δημόσιες επενδύσεις, την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (PSI) και νέο δάνειο (Μανριδής, 2018). Η λειτουργία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ήταν επισφαλής με αποθεματικά ύψους €9 δις και ειδικά με αξιοποίηση €7,4 δις σε ομόλογα και €15 δις στην ΤτΕ. Καταστράφηκε η πραγματική οικονομία από την

εισφοροδιαφυγή (Kotios, Roukanas, 2013) προωθώντας την απόλυτη φτώχεια με άστοχες κοινωνικές παροχές (Ρομπόλης, 2018).

Το 2012–2016 το ΑΕΠ μειώθηκε 1,95% ενώ αυξήθηκε 2,3% τα επόμενα έτη (ΕΛΣΤΑΤ, 2016α, 2019α). Ο ρυθμός μεταβολής του λόγου χρέους προς το ΑΕΠ ήταν δυσανάλογος το διάστημα 2011 - 2016. Το 2011 εντοπίστηκε το υψηλότερο ποσοστό στο 25,3% ενώ το 2012 μειώθηκε στο -14,4%. Αυξήθηκε στο 18% το 2013 ενώ την επόμενη διετία είχε άνοδο αλλά το 2016 μειώθηκε στο 6,7% του ΑΕΠ. Ακόμη, η αύξηση των δαπανών τη διετία 2012–2013 κατά 12,39% και των εσόδων κατά 5,49%, ενώ είχαν άνοδο τη διετία 2013–2014 κατά 18,78% και 4,39% την επταετία 2012–2018. Ενώ το ΑΕΠ είχε πτώση το διάστημα 2014–2015, τη διετία 2017–2018 είχε αντίστροφη πορεία ίση με 2,5%. Τη δεκαετία 2007–2016 απώλεσε 26,4% ενώ το 2016 ήταν 95,8% με το συνολικό ΑΕΠ της ΕΕ να είναι στα επίπεδα προ δεκαετίας φθάνοντας το 105,7%. Το ΑΕγχΠ ήταν €184,6 δις το 2016, απώλεσε κατά -0,2% συγκριτικά με το 2015. Αυξήθηκε τη διετία 2017–2018 κατά 21,13% και 24,94% ενώ το 2019 μειώθηκε 14,84%. Το 2017 η ανάπτυξη κυμάνθηκε μεταξύ 1,6% το 2017 έως και 5% τη διετία 2018–2019 (ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, 2017). Το χρέος της ΓΚ την οκταετία 2012–2019 ήταν κατά μέσο όρο το 175,62% του ΑΕΠ (Πίνακας 1).

Πίνακας 1
«Εξέλιξη βασικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας, 2012-2019»

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕγχΠ)	(εκ. €)	191.204	180.654	177.941	177.258	176.488	180.218	184.714	187.456
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης Έλλειμμα /Πλεόνασμα (+) Β.9	(εκ. €)	-16.905	-23.759	-6.412	-9.953	858	1.317	1.991	2.745
	(% του ΑΕΠ)	-8,8	-13,2	-3,6	-5,6	0,5	0,7	1,1	1,5
Πρωτογενές Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης Έλλειμμα/Πλεόνασμα (+)	(εκ. €)	-7.161	-16.483	685	-3.758	6.430	6.946	8.149	8.250
	(% του ΑΕΠ)	-3,7	-9,1	0,4	-2,1	3,6	3,9	4,4	4,4
Δαπάνες Γενικής Κυβέρνησης	(εκ. €)	105.960	112.538	90.014	94.787	86.313	85.311	86.343	86.735
	(% του ΑΕΠ)	55,42	62,29	50,59	53,47	48,91	47,34	46,74	46,27
Έσοδα Γενικής Κυβέρνησης	(εκ. €)	89.055	88.779	83.602	84.834	87.171	86.628	88.334	89.480
	(% του ΑΕΠ)	46,58	49,14	46,98	47,86	49,39	48,07	47,82	47,73
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης	(εκ. €)	305.096	320.511	319.729	311.729	315.010	317.485	334.573	331.063
	(% του ΑΕΠ)	159,6	177,4	179,7	175,9	178,5	176,2	181,1	176,6

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από ΕΛΣΤΑΤ (2016α, 2019α, 2020α).

Συρρίκνωση του Ισοζυγίου ΓΚ διαπιστώθηκε το διάστημα 2012–2015 και άνοδος την τετραετία 2016–2019. Το Πρωτογενές Ισοζύγιο της ΓΚ είχε κάθοδο το 2012, το 2013 και το 2015 (3,7%, 9,1%, 2,1%) και αυξήθηκε το 2014, από 2016 έως και το 2019 (0,4%,

3,6%, 3,9%, 4,4%, 12,39%). Ενίσχυση των δημοσίων εσόδων διαπιστώθηκε το 2016 αντιστοιχώντας στο 49,39% του ΑΕΠ όταν οι δαπάνες ήταν 62,29% του ΑΕΠ το 2013. Αποδόθηκε στον αγροτικό τομέα (Χριστοδουλάκη, Στάθης, 2014) και τον τουρισμό (ΤτΕ, 2016). Βασικές πηγές των φορολογικών εσόδων ήταν η έμμεση (Καπλάνογλου, Ράπανος, 2014) και λιγότερο η άμεση φορολογία. Το διάστημα 2008-2016 τα έσοδα του Φόρου Εισοδήματος Φυσικών Προσώπων (ΦΕΦΠ) και άλλων εισοδημάτων μειώθηκαν κατά 20% αντισταθμιζόμενα με τον φόρο ακινήτων το 2011 (Βασιλειάδης και συν., 2018).

Λόγω του απύθμενα υψηλού δημοσίου χρέους η ανάπτυξη δεν απέδωσε τα αναμενόμενα καθώς ήταν 1% χαμηλότερη συγκριτικά με το ελάχιστο επίπεδο χρέους άλλων χωρών (Reinhart, Rogoff, 2010). Η φορολογική πολυνομία επέσπευσε την αδράνεια του κρατικού μηχανισμού (Kottaridi, Thomakos, 2018) και συνδυαστικά με την διαφθορά, την αδήλωτη εργασία και την παραοικονομία αλλοίωσαν τα στατιστικά στοιχεία (Vousinas, 2017; Βαβούρας, Μανωλάς, 2004)². Εντοπίστηκε φοροδιαφυγή στην έμμεση φορολογία λόγω υψηλού Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ). Ενισχύθηκε, το χάσμα του ΦΠΑ φθάνοντας στο 33,6% κατατάσσοντας την Ελλάδα σε υψηλή θέση πανευρωπαϊκά (Πισσαρίδης και συν., 2020). Δυσανάλογοι ήταν οι φορολογικοί συντελεστές φυσικών (ΦΣΦΠ) και νομικών προσώπων (ΦΣΝΠ), μειώθηκαν οι φοροαπαλλαγές, αυξήθηκε η εισφορά αλληλεγγύης γι' αυτό κάποιες επιχειρήσεις, μετεγκαταστάθηκαν (Βασιλειάδης και συν., 2018).

Η φοροδιαφυγή προερχόμενη από την έμμεση φορολογία (Ράπανος, Καπλάνογλου, 2014) οφείλεται στα ελάχιστα έσοδα από ΦΕΦΠ, στην ετεροχρονισμένη καταβολή φόρων και συντάξεων από τον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ)³ και τον Φόρο Εισοδήματος Νομικών Προσώπων (ΦΕΝΠ). Η παράταση της προθεσμίας υποβολής των

² Η αναξιοπιστία των επίσημων στατιστικών στοιχείων οδήγησε στην μετάβαση από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία στην Ελληνική Στατιστική Αρχή [Βλ. Ν. 3832: Ελληνικό Στατιστικό Σύστημα (ΕΛ.Σ.Σ.), Σύσταση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) ως Ανεξάρτητης Αρχής, ΦΕΚ 38/9.3.2010, τ. Α']. Γι' αυτό και στην Ευρώπη, τον Σεπτέμβριο του 2014 το νέο Ευρωπαϊκό Σύστημα Εθνικών και Περιφερειακών Λογαριασμών (ESA 10) αντικατέστησε το ESA 95 (Καν. 549/2013), όπως και στην Ελλάδα, με προσαρμογή των εθνικών λογαριασμών στο νέο περιβάλλον, τις εξελίξεις στη μεθοδολογική έρευνα και τις ανάγκες των χρηστών [Βλ. ΕΛΣΤΑΤ: <https://www.statistics.gr/esa-2010>, Πρόσβαση: 9/8/2020].

³ Ο ΕΦΚΑ είναι η ενοποίηση του κλάδου ασφάλισης των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης [Βλ. Ν. 4387: Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού, συνταξιοδοτικού συστήματος– Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 85/12.5.2016, τ. Α'].

φορολογικών δηλώσεων των ΝΠ συνετέλεσε σε αυτό. Διαπιστώθηκε μικρή πτώση των εσόδων από τον ΦΕΦΠ, αναφορικά με το Μεσοπρόθεσμο Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019–2022. Η μειωμένη είσπραξη ΦΕΦΠ αποδόθηκε στην αδυναμία των πολιτών τα Παρελθόντα Οικονομικά Έτη (ΠΟΕ) να αποκαλύψουν την φορολογητέα ύλη τους. Διορθώθηκε με το Ν. 4446/2016⁴, οπότε όσοι εντάσσονται στην σχετική ρύθμιση κατέβαλλαν τον καθορισμένο φόρο. Το 2018 ενισχυμένα ήταν τα έσοδα έμμεσης φορολογίας όπως και του ΦΠΑ.

Η παραοικονομία (shadow economy) είναι χρόνιο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας (Πισσαρίδης και συν., 2020). Κυμάνθηκε μεταξύ 18,9% και 36,7% του ΑΕΠ (ΠΠ1) συρρικνώνοντας τα δημόσια έσοδα (Παυλόπουλος, 1987; Νεγρεπόντη–Δελιβάνη, 1991; Τάτσος και συν., 2001; Κανελλόπουλος και συν., 1995; Buehn, Schneider, 2012a, Schneider, Buehn, 2012, Schneider, 2015, 2018, 2019; Dellas et al., 2017; Medina, Schneider, 2017; Szulc-Obloza, 2020; Reimers et al., 2020). Στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έφθασε 22,4% του ΑΕΠ ενώ στην Ιταλία το 20,1% και στις ΗΠΑ μόλις το 5,6% (IAW, 2017). Εντοπίζεται σε όλους τους τομείς και συχνότερα στον τουρισμό (Katsios, 2019), την υγεία (Κουφοπούλου και συν., 2018) και την απασχόληση (ILO, 2016).

Τα δεδομένα απέδειξαν ότι οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες καλλιέργησαν την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στους θεσμούς με συμμετοχή τους σε παράνομες πράξεις. Στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank, 2019) τονίζουν την δυσκολία ίδρυσης επιχειρήσεων στην Ελλάδα. Επιβαρύνθηκαν οι χαμηλόμισθοι, άσχετα αν με τις αλλαγές στην έκπτωση φόρου (Ν. 4472/2017) το αφορολόγητο όριο προσέγγιζε το όριο της φτώχειας (Βασιλειάδης και συν., 2018). Η επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη από την αύξηση των μη εξυπηρετούμενων δανείων ύψους €10,7 δις τον Σεπτέμβριο του 2016 (Μούζουλας και συν., 2017). Η προστασία των δανειοληπτών (Ν. 3869/2010, Ν. 4605/2019) δεν συνετέλεσε στην αποπληρωμή των δανείων και απώλεσαν την περιουσία τους. Συμπληρωματικά, η πανδημία του SARS–CoV–2 (OECD, 2020a) επιτάχυνε μια άνευ προηγουμένου οικονομική ύφεση (World Bank, 2021). Ανέσχεσε την επιχειρηματικότητα όχι και την αξιοποίηση άτυπων εργαζομένων ενισχύοντας την ανεργία (Πελαγίδης, 2020).

⁴ Βλ. Ν. 4446/2016: Πτωχευτικός Κώδικας, Διοικητική Δικαιοσύνη, Τέλη - Παράβολα, Οικειοθελής αποκάλυψη φορολογητέας ύλης παρελθόντων ετών, Ηλεκτρονικές συναλλαγές, Τροποποιήσεις του Ν. 4270/2014 και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 240/22.12.2016, τ. Α', αρ. 57–61, Κεφ. Α'.

Η ύφεση της ελληνικής οικονομίας είναι το αποκορύφωμα του δημοσίου ελλείμματος, του δημοσίου χρέους, της υψηλής ανεργίας και της αλλοίωσης του παραγωγικού ιστού (Ρομπόλης, 2013). Ευτυχώς, ανέξαμψε την τριετία 2017-2019. Εδραιώθηκε ένα αντιπαραγωγικό μοντέλο ανεπαρκούς κατανάλωσης, συρρίκνωσης δραστηριοτήτων και απασχόλησης, ονομαστικών μισθών ενώ αυξήθηκαν οι συνταξιούχοι όπως και οι δαπάνες για φροντίδα ατόμων της τρίτης ηλικίας (Πελαγίδης, 2020). Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ήταν €18,2 χιλ το 2019 (τιμές του 2010), όντας κατά 1/5 χαμηλότερο συγκριτικά με το 2007 κατατάσσοντας την οικονομία στην 17η θέση της ΕΕ (Πισσαρίδης και συν., 2020).

Η πανδημία του SARS-CoV-2 κλυδωνίζει την πραγματική οικονομία. Η υψηλή ανεργία του ενεργού πληθυσμού (15,9%)⁵, των νέων κάτω των 25 ετών (32,7%) και οι μακροχρόνια άνεργοι (70,1%) ξεπερνούν τα ευρωπαϊκά όρια. Κυριαρχεί υποαπασχόληση, μειωμένο κατά κεφαλήν εισόδημα, ανεπαρκές σύστημα κοινωνικής προστασίας εδραιώνοντας την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Το επίπεδο φτώχειας στην Ελλάδα την κατατάσσει, τρίτη μετά την Βουλγαρία (32,8%), την Ρουμανία (32,5%) με ύψος 31,8%. Ιδιαίτερα επιβαρυντική είναι η υγειονομική χρηματοδότηση με μειωμένα έσοδα και άνοδο των άμεσων υγειονομικών δαπανών (2,8% του ΑΕΠ) ενώ στην Βουλγαρία το 2017 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν στο 3,77% (Πισσαρίδης και συν., 2020). Πρόκειται για χώρες με κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με την διαφθορά και τις άτυπες πληρωμές στην υγεία (Atanasova et al., 2014; Giannouchos et al., 2020).

1.3. Συμπεράσματα κεφαλαίου.

Στο 1^ο κεφάλαιο της παρούσης διδακτορικής διατριβής αναλύσαμε την οικονομική κρίση στην Ελλάδα μαζί με τις τρέχουσες οικονομικές εξελίξεις. Η αστάθεια του οικονομικού και πολιτικού πλέγματος καλλιέργησε ένα σαθρό αναπτυξιακό πρότυπο με πυλώνες τις χρηματοπιστωτικές αγορές και την αγορά κατοικιών. Δεν προέκυψαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα οπότε αρκετές χώρες που είχαν υψηλό δημόσιο χρέος και δημοσιονομικό έλλειμμα, αναγκαστικά εισήλθαν σε καθεστώς λιτότητας προς αποφυγή των ολέθριων

⁵ Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία των Μηνιαίων Ερευνών Εργατικού Δυναμικού του 10 μηνου του 2020, η ανεργία έφθασε κατά μέσο όρο το 15,18%, όπου το μέγιστο ποσοστό εντοπίστηκε τον Ιούνιο του 2020 με 17,4% (μήνας με εμφανή τα αποτελέσματα των μέτρων κατά της πανδημίας σε κάθε οικονομικό κλάδο), το ελάχιστο τον Σεπτέμβριο (15,3%) ενώ τον Οκτώβριο του ίδιου έτους έφθασε στο 16,7% [Βλ. ΕΛΣΤΑΤ: www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO02/-, Πρόσβαση: 3/2/2021].

συνεπειών στην πραγματική οικονομία. Μέσα σε όλα αυτά κλονίστηκε η λειτουργία του παγκόσμιου τραπεζικού συστήματος και οίκων πιστοληπτικής αξιολόγησης. Ταυτόχρονα καθιερώθηκε ευέλικτο εργασιακό πρότυπο με πτώση του εισοδήματος από εργασία στα κράτη όπου εφάρμοζαν μέτρα λιτότητας και μείωση του (μη) μισθολογικού κόστους.

Η πορεία της ελληνικής οικονομίας κατακρημνίστηκε όπως δείχνουν τα επίσημα στοιχεία. Φαινόμενα που πλήττουν τον πυρήνα της οικονομίας όπως η παραοικονομία έδωσαν το έναυσμα για εισαγωγή της στον Μηχανισμό Στήριξης. Εφαρμόστηκαν αντιαναπτυξιακά μέτρα όπως η υπερφορολόγηση, η έλλειψη φορολογικής ηθικής, η γραφειοκρατία και η πολυνομία. Η παραοικονομία εκτιμήθηκε στο 24,49% (2018) το οποίο φιαφοροποιείται ανάλογα το αντικείμενο έρευνας, τις αιτίες και την μέθοδο εκτίμησης της. Υπερτονίστηκαν, λόγω της πανδημίας, πέραν αυτής τα μη εξυπηρετούμενα δάνεια, οι καθυστερημένες ασφαλιστικές εισφορές και οι χαμηλοί μισθοί. Δοθείσας ευκαιρίας τα άτομα και επιχειρήσεις καταφεύγουν σε αδήλωτες οικονομικές συναλλαγές όπως συμβαίνει με την υγεία, ώστε να αυξήσουν το εισόδημα τους μη καταβάλλοντας φόρους και εισφορές.

Κεφάλαιο 2^ο: Τα Συστήματα Υγείας και η χρηματοδότηση τους.

2.1. Οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας.

2.1.1. Χαρακτηριστικά, παράμετροι και αρχές των συστημάτων υγείας.

Ο επιστημονικός διάλογος για την υγεία αναδεικνύει αδυναμίες και πλεονεκτήματα των υγειονομικών συστημάτων. Η υγεία ως δημόσιο αγαθό (Arrow, 1963) αφορά τα κοινωνικά χαρακτηριστικά καλύπτοντας ανάγκες του ατόμου (Shonick, Roemer, 1983). Συνδυάζει το μοντέλο του ανθρωπίνου κεφαλαίου (Grossman, 2000) με την διανομή του εισοδήματος (Becker, 1967) με ανεπαρκείς πόρους και ανταγωνισμό (Gyanor, Vogt, 2000). Ως ιδιωτικό αγαθό έχει τα ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια του αντιτίμου και των ατομικών ιδιαιτεροτήτων του καταναλωτή (Μαζαράκη, 2012). Εδραιώνεται το ιατρικό μονοπώλιο επιφέροντας δυσκαμψία στην αγορά και άνοδο της νοσηρότητας (Illich, 1975).

Τα υγειονομικά συστήματα λειτουργούν βάσει των αρχών της διαθεσιμότητας, της προσπελασιμότητας, της προσφοράς υπηρεσιών, της ισότητας, της οργάνωσης με γνώμονα την καθολική κάλυψη, την ορθή κατανομή πόρων και υπηρεσιών (Amzat, Razum, 2018). Η αξιοποίηση και η προσφορά έχουν αξία (Whitehead, 1992) διατηρώντας τις ανισότητες (Θεοδώρου και συν., 2001) με κίνητρο τη δυνατότητα πληρωμής των χρηστών (ability to pay) και όχι την πρόθεση τους (willingness to pay)⁶ (Κυριόπουλος, 2018). Διακρίνονται σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες (Υφαντόπουλος, 2018) με εισροές και εκροές εκτιμώντας το κοινωνικό κόστος, το όφελος και την περίθαλψη (Cochrane, 1972). Η κλινική αποτελεσματικότητα⁷ αφορά την χρήση των κλινικών πόρων και η κοινωνική δικαιοσύνη την ηθική ανάπτυξη (Υφαντόπουλος, 2018).

⁶ Η δυνατότητα του χρήστη είναι την ικανότητα του για πληρωμή ενώ η πρόθεση του αφορά το χρηματικό ποσό που προτίθεται να καταβάλλει [Βλ. Earl – Slater A. (1999): Dictionary of Health Economics, Radcliffe Medical Press, p. 8, 167].

⁷ Σε έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι το 80% των θεραπειών βελτιώνουν το βιοτικό επίπεδο των ατόμων, το 10% είναι επιβλαβείς και το υπόλοιπο 10% είναι ουδέτερο [Βλ. Fuchs V.R. (2000): The future of health economics, Journal of Health Economics, 19 (2), p. 141 – 157].

2.1.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες των συστημάτων υγείας.

Η υγεία διαμορφώνεται από πλήθος προσδιοριστικών παραγόντων. Μια εξ αυτών είναι η κατανάλωση ιατρικής περίθαλψης όπου η ορθή χρήση της μειώνει την θνησιμότητα (Auster et al., 1969). Ειδικά, μια αύξηση της υγειονομικής δαπάνης κατά 10% μειώνει την θνησιμότητα κατά 1,5% (Hadley, 1982). Καταλυτική είναι η συμβολή της τεχνολογίας στην τόνωση των δαπανών υγείας από 50% έως 75% (Newhouse, 1992). Το ¼ αυτής αποδίδεται στις αλλαγές της ιατρικής πρακτικής (Dormont et al., 2006). Ανάλογες εκτιμήσεις για τις ΗΠΑ κυμάνθηκαν από 27,4% έως και 48,3% (Smith et al., 2009).

Η εκπαίδευση περιορίζει το κόστος (Hashmi et al., 2012) παρέχοντας ορθή γνώση για την πρόληψη (Guy et al., 2015), την διατήρηση της υγείας (Hirdes, Forbes, 1993) και τον προσυμπτωματικό έλεγχο για ασθένειες σαν τον καρκίνο του πνεύμονα (Moyer, 2014). Τονώνει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας συνδυαστικά με το υψηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Afonso, Aubyn, 2005). Εντούτοις, επιβαρύνεται από τον σύγχρονο τρόπο ζωής (life style) με επιβλαβείς συνήθειες (Contoyannis, Jonnes, 2001). Μια εξ αυτών είναι το κάπνισμα (Rachiotis et al., 2020) όπου συνδυαστικά με άλλους παράγοντες πολλαπλασιάζουν τα καρδιαγγειακά περιστατικά (Ernhardt, 2009). Προωθείται η ανθυγιεινή διατροφή (Yannakoulia et al., 2016; Kyriazis et al., 2018) ενισχύοντας την πιθανότητα εκδήλωσης ασθενειών. Μια εξ αυτών είναι ο σακχαρώδης διαβήτης όπου η παρακολούθηση του ασθενούς περιορίζει το κόστος (Παπαϊωάννου και συν., 2020) και εντοπίζει εγκαίρως τις πιθανές επιπλοκές όπως το σύνδρομο του διαβητικού ποδιού (Laoroulou et al., 2020). Ακόμη, η κατάχρηση αλκοόλ, δρα επιβαρυντικά συμβάλλοντας στην αναπηρία, σε τροχαία ατυχήματα, αυτοτραυματισμούς και απώλεια ζωής (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Καταπολεμάται με την φυσική άσκηση βελτιώνοντας τον ύπνο (Wang et al., 2020), την μείωση εκδήλωσης ασθενειών όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου (Martinez, 2005) και η πανδημία του SARS-CoV-2 (Woods et al., 2020).

Συχνά η υγεία συνδέεται με την περιβαλλοντική ρύπανση, και όχι άδικα. Η βελτίωση του περιβάλλοντος διαπιστώθηκε ότι περιορίζει την θνησιμότητα από 13% έως 37% (Pruss-Ustun et al., 2009). Διαφορετικά επέρχεται φτώχεια, επενδυτική αδράνεια και μη εφαρμογή της περιβαλλοντικής νομοθεσίας καθυστερώντας την ανάπτυξη. Στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες εντοπίζεται φορτίο νοσηρότητας ύψους 8% - 9% (Briggs, 2003). Καταλυτική, είναι η επίδραση του εισοδήματος στην υγεία (Van Doorslaer, Koolman,

2004) το ύψος του οποίου περιορίζει ή οξύνει τις ανισότητες (Χρυσάκης, Σιάτης, 2008). Εν συνεχεία, στην υγεία επιδρά το είδος της απασχόλησης (Nutbeam, Lloyd, 2021) ειδικά με την αναζήτηση προσωπικού σε μετανάστες και πρόσφυγες. Εκτινάσσεται το κόστος υγείας αφού υποφέρουν από βαριά προβλήματα υγείας, όπως οι ψυχικές παθήσεις (Duijnhof et al., 2020). Καθοριστική για την υγεία είναι η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών προσφέροντας μακροζωία στους έγγαμους (Lawrence et al., 2019) και υψηλή θνησιμότητα στους άγαμους (Kaplan, Kronick, 2006). Δυσχεραίνεται η λειτουργία των συστημάτων υγείας με την πληθυσμιακή γήρανση αυξάνοντας το υγειονομικό κόστος (Biro, Elek, 2018) ελαχιστοποιώντας την ποιότητα των υπηρεσιών (Cristea et al., 2020).

2.1.3. Τα πρότυπα λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

2.1.3.1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα.

Το φιλελεύθερο υγειονομικό σύστημα στηρίζεται στο σύστημα τιμών, τα χαρακτηριστικά του χρήστη (Σουλιώτης, 2000) και τις εισφορές των ασφαλιστικών εταιρειών (Θεοδώρου και συν., 2001). Χαρακτηρίζεται από προκλητή ζήτηση (Auster, Oaxaca, 1981) λόγω ασύμμετρης πληροφόρησης και χρησιμότητας των χρηστών (Κυριόπουλος, 1995) για κατανάλωση περιττών υπηρεσιών υγείας (Σιαλάκης, 2018). Περιλαμβάνει ηθικό κίνδυνο των παρόχων, δυσμενή επιλογή (Καραγιάννη, 2011) και εκτίναξη του κόστους⁸ (Ζάβρας και συν., 2018). Η αγορά καθορίζει τις τιμές με τον ανταγωνισμό να παραμένει αλώβητος (Rothschild, Stiglitz, 1976) απέναντι στην καταναλωτική προστασία (Καραγιάννη, 2011). Αυτή, παραταύτα, ενισχύεται από την ρύθμιση του συνόλου των πληρωτών (all – payer regulation) (Lovejoy et al., 2015) αναλύοντας μια ενιαία μέθοδο πληρωμής και ένα ενιαίο πληρωτέο ποσό για μια υπηρεσία (Anderson, Herring, 2015). Συγκεκριμένα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση και δύο Εθνικά Προγραμμάτων Ασφάλισης Υγείας το Medicare και το Medicaid (Santerre, Neun, 2013).⁹

⁸ Η προσφορά κλινών και νοσοκομείων αύξησαν το κόστος και την ζήτηση, όπου βάσει του Νόμου του Milton Roemer «μια καινούργια κλίνη είναι μια γεμάτη κλίνη» [Βλ. Shain M., Roemer M. (1959): Hospital Costs relate to the supply of beds, Journal of Occupational & Environmental Medicine, 92 (4), p. 71 – 73].

⁹ Το Medicare καλύπτει μέρος των ιατρικών δαπανών των ηλικιωμένων και το Medicaid ενισχύει τα χαμηλά εισοδήματα [Βλ. Santerre R.E., Neun S.P. (2013): Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, σ. 253 – 271].

2.1.3.2. Το δημόσιο σύστημα υγείας.

Το δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού με ενιαία οργάνωση, ελάχιστες ανισότητες, γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών (Θεοδώρου και συν., 2001), αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και κατανομή πόρων (Υφαντόπουλος, 2018). Χρηματοδοτείται με τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας των εθνικών συστημάτων υγείας (Μοντέλο Beveridge) (Υφαντόπουλος, 2018) ή από τις τοπικές κυβερνήσεις (Θεοδώρου και συν., 2001). Ενισχύεται και από τα ασφαλιστικά ταμεία (Μοντέλο Bismarck) μέσω ατομικών εισφορών όπως στις χώρες με επαγγελματικά ταμεία (Θεοδώρου και συν., 2001). Εντοπίζεται στις Σκανδιναβικές χώρες (Φίλιππας και συν., 2014) και την Ελλάδα όπου το εύρος κάλυψης περιλαμβάνει και τις ευπαθείς ομάδες (αρ. 33, Κεφ. Ε', Ν. 4368/2016).

2.1.3.3. Τα μεικτά συστήματα υγείας.

Στις μικτές υπηρεσίες υγείας το κράτος καθορίζει τις διαδικασίες αγοράς υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα (Preker et al., 2000). Διαχωρίζει την χρηματοδότηση από την προσφορά ή την προσφορά από την ζήτηση και χρηματοδότηση (Maynard, Bloor, 1995). Εντοπίζεται σε ευρωπαϊκές χώρες με επαγγελματικά ταμεία εστιάζοντας σε ομάδες εργαζομένων ή την εθνική ασφάλιση (Θεοδώρου και συν., 2001; Λιαρόπουλος, 2007). Δημιουργήθηκε για την κάλυψη αναγκών επαγγελματικών ομάδων μέσω Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) (μοντέλο Bismarck) και εξαρτάται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge) (Santerre, Neun, 2013). Στην περίπτωση του ελληνικού συστήματος υγείας συμπράττουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας (Πετμεζίδου και συν., 2015).

2.1.3.4. Ο Τρίτος Τομέας.

Οι ελλείψεις του δημόσιου τομέα στην παροχή υπηρεσιών και η μεγιστοποίηση του κέρδους στην φιλελεύθερη αγορά, ανέδειξαν τον Τρίτο Τομέα (Jakubowski et al., 2018). Καλύπτει τις ανάγκες των ευπαθών ομάδων, ελέγχει και περιορίζει τις δημόσιες δαπάνες συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος. Οι Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) είναι μέρος του Τρίτου Τομέα με στόχο την κοινωνική

προσφορά, την οικονομική βιωσιμότητα και την κρατική αναγνώριση (Abramson, 1999), όπως είναι οι Γιατροί χωρίς Σύνορα με την παροχή υπηρεσιών προς στους μετανάστες εν μέσω πανδημίας (Orcutt et al., 2020).

2.2. Οι δαπάνες υγείας και η εξέλιξη τους.

2.2.1. Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας και το παράδειγμα της Ελλάδας.

Τα χρόνια προβλήματα των συστημάτων υγείας επέδρασαν στην καταγραφή και μέτρηση των δαπανών, οδηγώντας στην κατασκευή του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) με έμφαση στην διαδικασία και τους φορείς κατανομής των πόρων (Θεοδώρου και συν., 2001). Βάσει αυτού, ο ΟΟΣΑ συνέταξε τους Εθνικούς Λογαριασμούς Υγείας (ΕΛΥ) (Λιαρόπουλος, Νικολάου, 2002; OECD, 2011) με στοιχεία για τις δαπάνες υγείας (Κουσουλάκου, Βίτσου, 2008), την χρηματοδότηση, τους πόρους και την κατανάλωση των χρηστών (Λιαρόπουλος, 2007). Στο ελληνικό ΣΛΥ, διαχωρίζονται οι υπηρεσίες υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και οι υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας από τα ιδιωτικά ιατρεία και τις ιδιωτικές κλινικές (Μυλωνάς, Λαγός, 2002). Εφαρμόζεται η ταξινόμηση NACE Rev. 2 βάσει του Καν. (ΕΕ) 1893/2006 με καταγραφή των υπηρεσιών υγείας στους Κωδικούς 86, 87 και 88 (Eurostat, 2008) (Πίνακας 2).

Για την ιδιωτική δαπάνη υγείας συλλέγονται στοιχεία από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) μαζί με τους ΕΛΥ. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, ως το 2009, δημοσίευε τους Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς με στοιχεία των δαπανών υγείας των ΦΚΑ και δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού για παροχές υγείας. Οι ισολογισμοί τους ανέλυαν την δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (Αθανασάκης και συν., 2011) έως ότου ιδρύθηκε ο ΕΦΚΑ.

Πίνακας 2
«Ταξινόμηση υγειονομικών δραστηριοτήτων
βάσει του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας»

Δραστηριότητες που σχετίζονται με την ανθρώπινη υγεία (Κωδικός 86)	Νοσοκομειακές δραστηριότητες (86.1)	
	Δραστηριότητες άσκησης ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος (86.2)	
	Άλλες δραστηριότητες σχετιζόμενες με την ανθρώπινη υγεία (86.3)	
Δραστηριότητες περίθαλψης με παροχή καταλύματος (Κωδικός 87)	Δραστηριότητες νοσηλευτικής περίθαλψης με παροχή καταλύματος (87.1)	
	Δραστηριότητες υγείας με παροχή καταλύματος για ψυχική καθυστέρηση, ψυχική υγεία και κατάχρηση ουσιών (87.2)	
	Δραστηριότητες υγείας με παροχή καταλύματος για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες (87.3)	
	Άλλες δραστηριότητες περίθαλψης σχετικές με την παροχή καταλύματος (87.3).	
Δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας χωρίς την παροχή καταλύματος (Κωδικός 88)	Δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας χωρίς την παροχή καταλύματος για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες (88.1)	
	Άλλες δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας δίχως την παροχή καταλύματος (88.9)	Δραστηριότητες για την ημερησία φροντίδα των παιδιών (88.91)
		Άλλες δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας χωρίς την παροχή καταλύματος (88.99)

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από ΕΣΥΕ (2008).

2.2.2. Είδη υγειονομικών δαπανών.

Υγειονομική δαπάνη είναι το άθροισμα των δαπανών σε ιατρική, φαρμακευτική, παραϊατρική γνώση και τεχνολογία (Λιαρόπουλος, 2007). Προάγει την υγεία, την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών, ελέγχει την πρόωγη θνησιμότητα και την φροντίδα σοβαρά πασχόντων, τον αξιοπρεπή θάνατο, την παροχή και διαχείριση προγραμμάτων υγείας, ασφάλισης και χρηματοδότησης (OECD, 2011). Αποκλείονται οι δαπάνες για εκπαίδευση, έρευνα, καινοτομία, διατροφή, πόσιμο νερό κοκ (Κουσουλάκου, Βίτσου, 2008). Πρώτη υποκατηγορία είναι οι ατομικές δαπάνες υγείας για την θεραπεία και την αποκατάσταση, όπως τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ).¹⁰ Η δεύτερη υποκατηγορία περιλαμβάνει τις δαπάνες συλλογικής φροντίδας υγείας και με την πρώτη συνιστούν την τρέχουσα δαπάνη υγείας. Τρίτη υποκατηγορία είναι οι επενδύσεις και με τις άλλες δύο

¹⁰ Τα ΜΗΣΥΦΑ εστιάζουν στην εξ ολοκλήρου συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος [βλ. Ν. 4254: Μέτρα στήριξης & ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του Ν. 4046/2012 & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 85/7.4.2014, τ. Α', υπ.παρ.ΣΤ.1., παρ. ΣΤ, αρ. 1, Κεφ. Α, ΥΑ 38714: Διατάξεις για τη διάθεση & την τιμολόγηση των ΜΗΣΥΦΑ, ΦΕΚ 1144/6.5.2014, τ. Β',].

συνθέτουν την συνολική υγειονομική δαπάνη (OECD, 2011). Η φαρμακευτική δαπάνη εμπεριέχεται στην κατηγορία HC.5 της Διεθνούς Ταξινόμησης Λογαριασμών Υγείας (Κουσουλάκου, Βίτσου, 2008). Είναι δημόσια όταν αναλύονται οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ή/και του ΕΣΥ (αποζημίωση προς τους χρήστες ή κάλυψη δαπάνης) ενώ ιδιωτική εστιάζοντας στις άμεσες πληρωμές, στην συμπληρωμή και την αποζημίωση μέρους της από τις ασφαλιστικές εταιρείες (Αθανασάκης και συν., 2011).

2.2.3. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας.

2.2.3.1. Ιατρικές και νοσοκομειακές δαπάνες.

Οι ιατρικές και οι νοσοκομειακές δαπάνες για αρκετά χρόνια είχαν άνοδο στις χώρες του ΟΟΣΑ (Θεοδώρου και συν., 2001) και ειδικά στη Φινλανδία και την Ιρλανδία ενώ ήταν στάσιμες σε Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης με μερική και συνολική συγκράτηση των δαπανών είχαν αυξομειώσεις (Πολύζος, Δρακόπουλος, 2008). Υψηλότερη αναλογία στο ΑΕΠ είχαν οι ΗΠΑ (16,1%) και χαμηλότερη η Ελβετία, η Γαλλία, η Ελλάδα και η Εσθονία (11,15%, 11,1%, 9,66%, 5,6%).

Ομολογουμένως, είναι ακριβά και εντοπίζονται σε πλήθος κρατών (Λιαρόπουλος, 2014) με καθορισμένες υπηρεσίες, όπως στην Ελλάδα με αύξηση των δαπανών υγείας τα έτη 2000–2011. Οι νοσοκομειακές δαπάνες υπερέιχαν 51% (Λιαρόπουλος, 2014) έναντι των ιδιωτικών λόγω ανισοκατανομής ιατρών και διαγνωστικών κέντρων (Polyzos, 2002) με τις ΗΠΑ, την Ελβετία και την Ολλανδία να έπονται (Πολύζος, Δρακόπουλος, 2008). Η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας μειώθηκε 9,4%, ενώ αυξήθηκε 0,2% την εξαετία 2013–2018 (IOBE, ΣΦΕΕ, 2019) φθάνοντας τα \$2.727 για το 2009 (OECD, 2010b). Συγκριτικά με το 1% προηγούμενων ετών αυξήθηκε 2,4% το 2013, τη διετία 2017-2018 (OECD, 2019) εξαιρώντας την βραδεία εξέλιξη το διάστημα 2015-2016. Η χρηματοδότηση στις ΗΠΑ το 2018 ήταν \$10.586 με την Ελβετία να δαπανά το 70% αυτών, η Γερμανία το 56,54%, η Ελλάδα το 20% ενώ η Λετονία μόλις το 16,52%, όταν ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ ήταν 40%.

Η δημόσια χρηματοδότηση είχε ανάλογη πορεία αναβαθμίζοντας το βιοτικό επίπεδο των πολιτών (OECD, 2019). Η μέση αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα τη δεκαετία 2000–2007 ήταν 7,2% (Οικονόμου, 2012) με τις άμεσες δαπάνες υγείας (ΑΔΥ) να έφθαναν το 7,1%. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (ΙΔΥ) εξαπλασιάστηκαν το 1981–2005

ενισχυόμενες κατά 18,79% στα φάρμακα και ίσες με 15,59% στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Santerre, Neum, 2013). Το 2007 οι δαπάνες υγείας ήταν 9,6% του ΑΕΠ, πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ (8,9%) (Λιαρόπουλος, 2014).

Οι σχετικές δαπάνες μειώθηκαν κατά 0,9% το 2010 ενώ το 2012 ήταν στο 5,8% των δαπανών κοινωνικής προστασίας (INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, 2015). Η δημόσια δαπάνη υγείας περιορίστηκε κάτω από 6% του ΑΕΠ με το Πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής (ΠΔΠ), μειώνοντας τη συνολική χρηματοδότηση κατά 377,39% και τη δημόσια δαπάνη υγείας κατά 45% (€16 δις σε €8,7 δις) (Σουλιώτης και συν., 2018). Οι δαπάνες μειώθηκαν κατά €6,35 δις τη δεκαετία 2007–2016 (Μαραγκάκη και συν., 2019) στην Ελλάδα, ενώ αυξήθηκαν στην Ιρλανδία 32,14%, στην Πορτογαλία 5,38% και την Κύπρο 19,28%. Στις χώρες του ΟΟΣΑ οι τρέχουσες κατά κεφαλή δαπάνες υγείας μειώθηκαν 2,3% το διάστημα 2005–2013 όπως στην Σλοβακία και την Ουγγαρία (0,9% και 0,8%). Τη διετία 2011–2012, οι τρέχουσες δαπάνες υγείας μειώθηκαν 12,2%, όπως η χρηματοδότηση κατά 12,8% την πενταετία 2009–2013 και η δαπάνη σε τρέχουσες τιμές 46,9% με την δημόσια και ιδιωτική κατά 60,6% και 25,1% (Μπακόλα και συν., 2018).

2.2.3.2. Φαρμακευτικές δαπάνες.

Η υψηλότερη δημόσια κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη εντοπίστηκε το 2017 στη Γερμανία, στην Ιρλανδία και τη Γαλλία με την Ελλάδα να έφθανε στο 63,87% του μέσου όρου της ΕΕ (€310) και η χαμηλότερη ήταν στις χώρες της Βαλτικής και την Πολωνία. Υψηλότερη κατά μέσο όρο €211 ήταν η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη στη Σουηδία, τη Φινλανδία, και τη Δανία και χαμηλότερη σε Εσθονία, Τσεχία και Σλοβακία με την Ελλάδα να δαπανά άνω των €170 της ΕΕ (IOBE, ΣΦΕΕ, 2019). Στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε 37,6% την επταετία 2009–2015 (IOBE, ΣΦΕΕ, 2017) στερούμενη έναντι της αντίστοιχης νοσοκομειακής στο ΑΕΠ (Αναστασάκου, 2011). Την οκταετία 2000–2007 αυξήθηκε 167,5% (Santerre, Neum, 2013) ενώ μειώθηκε την εξαετία 2009 - 2015 από 2% έως 1% (Τσακανίκας και συν., 2018) φθάνοντας το 2014 κάτω των €2 δις (Λιαρόπουλος, 2014). Το ίδιο διάστημα οι ΙΔΥ αυξήθηκαν 38,46% (IOBE, ΣΦΕΕ, 2017), μειώθηκαν το 2016 κατά 62,74% (Τσακανίκας και συν., 2018) και 30% πριν την επιβολή του κλειστού προϋπολογισμού (αρ. 41, Κεφ. Δ', Ν. 4354/2015).

Εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η πτώση των φαρμακευτικών τιμών, το νέο σύστημα προμηθειών και η αύξηση της ίδιας συμμετεχής στο κόστος (Siskou et al., 2014).

Στην Ελλάδα, οι υποχρεωτικοί μηχανισμοί clawback (αρ. 11, Κεφ. Α', Ν. 4052/2012)¹¹ και rebate¹² αυξήθηκαν κατά 23,07% τη διετία 2016–2017 (Τσακανίκας και συν., 2018). Οι οφειλές σε rebate το διάστημα 2006–2010 ήταν ύψους €241 εκ. (Κόντη, 15/5/2019) προβλέποντας μείωση 62% της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη ήταν €3,7 δις το 2017, προωθώντας την φαρμακευτική κάλυψη με 50% αύξηση της ΙΔΥ, έναντι 230% της βιομηχανίας (Τσακανίκας και συν., 2018). Επίσημα στοιχεία δείχνουν ότι ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είχε προϋπολογισμό €27,9 εκ. το α' εξάμηνο του 2018 και αυξημένες δαπάνες κατά 178,49% χωρίς να ξεπερνά τα €1,945 δις (ΥΑ Γ5/63587/ΦΕΚ 1803, 20.8.2015, τ. Β'). Εντούτοις, το 2019 οι δαπάνες του ήταν €137 εκ. και οι επιστροφές €55,1 εκ. (Κόντη, 8/2/2019). Το 2020 μαζί με τις επιστροφές των €1,8 δις υπήρξε clawback το α' τρίμηνο ύψους €234 εκ. (Η Καθημερινή, 21/5/2020).

2.3. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.

2.3.1. Δημόσια χρηματοδότηση.

2.3.1.1. Κρατικός Προϋπολογισμός.

Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι ο βασικός τρόπος χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας τύπου Beveridge με μειωμένο κόστος, μηχανισμούς άμυνας και διαφανή κατανομή των φορολογικών βαρών (Θεοδώρου και συν., 2001). Αποτελείται από την άμεση και έμμεση φορολογία αλλά και την φορολογία ορισμένων καταναλωτικών προϊόντων όπως ο καπνός (Μπακόλα και συν., 2018) στοχεύοντας στην ενίσχυση της

¹¹ Το clawback είναι ποινική ρήτρα και λειτουργεί ως αυτόματος μηχανισμός επανείσπραξης όταν η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη υπερβαίνει τον προϋπολογισμό στοχεύοντας στον περιορισμό της στο 1% (από το 1,9%) του ΑΕΠ [Βλ. Λειβαδάς Γ. (21/5/2020): Το περίφημο & επίκαιρο clawback του ΕΟΠΥΥ, Η Ναυτεμπορική (www.naftemporiki.gr), Πρόσβαση: 10/8/2020].

¹² Το rebate είναι το επιστρεπτέο ποσό από το φαρμακείο με καθορισμένη κλίμακα (αρ. 34, παρ. 1, εδ. στ) στους Κλάδους Υγείας των ΦΚΑ επιβαρύνοντας την φαρμακοβιομηχανία (εδ. α', παρ. 1, αρ. 35) [Βλ. Ν. 3918: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 39/2.3.2011, τ. Α'].

εμπιστοσύνης των πολιτών (Bwalya, 2020; Habibon et al., 2018). Στο ελληνικό σύστημα υγείας υπερέχει η δημόσια έναντι της ιδιωτικής χρηματοδότησης (Πετμεζίδου και συν., 2015). Η δημόσια χρηματοδότηση της δαπάνης υγείας κυμάνθηκε μεταξύ 26,8% (2009) έως και 23,1% (2011) ενώ η ΙΔΥ από 28% έως και 30,9% (Λιαρόπουλος, 2014) φθάνοντας κατά μέσο όρο τα €4.288,12 εκ. το 2013–2017 (ΕΛΣΤΑΤ, 2019γ). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας το διάστημα 2005–2015 στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 86,4% (WHO, 2008, 2009b–2017, 2018b) με τις υψηλότερες να εντοπίζονται στο Λουξεμβούργο, ενώ στην Ελλάδα έφθασαν στο 58,7% και στις ΗΠΑ στο 46,4% (ΕΛΣΤΑΤ, 2019γ).

2.3.1.2. Ασφαλιστικά ταμεία.

Τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης με το ύψος τους να καθορίζεται από την Κεντρική Διοίκηση (ΚΔ) και τους ΦΚΑ. Ο χρήστης επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό και την μονάδα υγείας (Θεοδώρου και συν., 2001) περιορίζοντας την φτωχοποίηση του και των ηλικιωμένων, συρρικνώνοντας την ιδιωτική ασφάλιση (Norton, Stearns, 2009). Οι υψηλότερες δαπάνες των ΦΚΑ στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2002–2013 εντοπίστηκαν στη Γαλλία (94%), την Ολλανδία (92%), την Σλοβενία (91,8%) και την Τσεχία (90,4%). Οι ελληνικές δημόσιες δαπάνες ήταν χαμηλότερες (51,9% του συνόλου) όταν στην Ιταλία ήταν μόλις 0,2% (WHO, 2008, 2009b–2017, 2018b). Η ΓΚ συνέβαλλε κατά 32% - 42% στην τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας με επιβάρυνση των 58% - 68% των ΦΚΑ. Εν συνεχεία, οι εργαζόμενοι έδωσαν €19 δις ενώ οι εργοδότες κατέβαλλαν 42,1% περισσότερα χρήματα την περίοδο 2003–2011. Τα ελλείμματα καλύφθηκαν από κρατική χρηματοδότηση ύψους €2.440 εκ (Λιαρόπουλος, 2014). Έως τότε οι ανάγκες των χρηστών καλύπτονταν από τους Κλάδους Ασθενείας των ΦΚΑ (Ρεκλείτη και συν., 2012) ενώ από το 2012 από τον ΕΟΠΥΥ (αρ. 17, παρ. 1–15, Ν. 3918/2011). Οι δαπάνες συνταγογράφησης των ΦΚΑ τα έτη 2013–2017 έφθασαν το 43%, εκ των οποίων το 22% ήταν για πρωτότυπα και το 78% για γενόσημα και off patent φάρμακα (Δαλακάκη και συν., 2018).

2.3.2. Ιδιωτική χρηματοδότηση.

2.3.2.1. Εθελοντική ασφάλιση υγείας.

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας είναι η δαπάνη τμήματος του εισοδήματος του ασθενούς για απόκτηση αγαθών και υγειονομικών υπηρεσιών (Costa, Garcia, 2003) συνάπτοντας ατομικά ή ομαδικά συμβόλαια με ασφαλιστικές εταιρείες καταβάλλοντας εφάπαξ ποσό μηνιαίως ή ετησίως (Υφαντόπουλος, 2018). Περιλαμβάνει τα ασφάλιστρα, τις καλύψεις, το είδος των ασφαλιστικών συμβολαίων και τον σκοπό των εταιριών. Λαμβάνει την μορφή κύριας ασφάλισης με κάλυψη από δημόσιο ή ιδιωτικό ΦΚΑ εσωκλείοντας καθορισμένες παροχές και κόστος με συνδρομή ασθενών και ΦΚΑ. Στην αλληλο – συμπληρωματική ασφάλιση, αγοράζεται επιπρόσθετη κάλυψη, για συμπλήρωση του πρόσθετου κόστους της κύριας κάλυψης. Ακολούθως, η συμπληρωματική ασφάλιση αφορά την αγορά επιπλέον υπηρεσιών από τους χρήστες ενώ με την πανομοιότυπη ασφάλιση εξασφαλίζουν ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες και μεγαλύτερο εύρος επιλογής παρόχων υγείας. Εντοπίζονται στη Γαλλία (95,5%) με αλληλο–συμπληρωματική και την Ολλανδία (84,5%) με συμπληρωματική ασφάλιση ενώ επεκτάθηκε τάχιστα στην Ιρλανδία (43,7%) και την Πορτογαλία (23,2%) (Αθανασιάδης, Σταυράκη, 2017). Περαιτέρω, η αμοιβαία ασφάλιση υγείας έχει κοινοτικά χαρακτηριστικά (Bennett et al., 1998) και εντοπίζεται σε κάποια ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας με καταβολή μικρών ποσών στο πρόγραμμα από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας (McIntyre, 2007). Στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αν και περιορισμένη (Bennett, Gilson, 2001) αυξήθηκε κατά 16,82% την πενταετία 2013–2017 (ΕΛΣΤΑΤ, 2019γ). Οι ασθενείς αξιοποίησαν το 10% των δημόσιων νοσοκομειακών κλινών, συμβάλλοντας στα δημόσια έσοδα. Ιδιωτική ασφάλιση είχε το 12% του πληθυσμού (2015) ίση με 3,9% των τρεχουσών υγειονομικών δαπανών (Economou et al., 2017) καταλαμβάνοντας έως 35% του εισοδήματος των ασφαλισμένων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018).

2.3.2.2. Άμεσες δαπάνες υγείας.

Οι άμεσες δαπάνες υγείας (ΑΔΥ) αφορούν ανταλλαγή χρηματικών ποσών ή ειδών από τα νοικοκυριά σε παρόχους υγείας, προμηθευτές φαρμακευτικών προϊόντων, θεραπευτικών

συσκευών ή άλλων αγαθών και υπηρεσιών (Alam, 2013). Τη δεκαετία 2003–2012 οι υψηλότερες εντοπίστηκαν στη Λιθουανία (97,7%), τη Λετονία (95,6%), τη Νορβηγία (95%), την Εσθονία (91,1%) και τις ΗΠΑ (26,1%) (WHO, 2008, 2009b–2017, 2018b). Στην Ελλάδα οι ΑΔΥ ήταν 90,4% αποδεικνύοντας την έλλειψη ποιότητας, υποδομών και πόρων του συστήματος μαζί με την χρηματοδότηση υπηρεσιών, εκτός παροχών των ΦΚΑ ή ασφαλιστικών συμβολαίων. Στις χώρες του ΟΟΣΑ (2002–2017) οι κατά κεφαλήν ΑΔΥ κυμάνθηκαν μεταξύ €180,5 και €2.254,4. Υψηλότερες δαπάνες εντοπίστηκαν στην Ελβετία (€2.254,4), τη Νέα Ζηλανδία (€2.162,9) και την Πολωνία (41,76% των ΑΔΥ της Ελβετίας). Η Εσθονία δαπάνησε το 8,56% του ποσού της Ελβετίας, η Ελλάδα το 29%, η Αυστραλία 39,49% και οι ΗΠΑ 42,72% αυτού (Πίνακας 3).

Πίνακας 3
«Η εξέλιξη των άμεσων κατά κεφαλήν δαπανών υγείας
στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2002-2017 κατά μέσο όρο (\$ ΗΠΑ)»

Χώρα	Ποσά (€)	Χώρα	Ποσά (€)	Χώρα	Ποσά (€)	Χώρα	Ποσά (€)
Αυστραλία	822,7	Ηνωμένο Βασίλειο	398,3	Κολομβία	807	Ουγγαρία	367,6
Αυστρία	836,5	ΗΠΑ	963,2	Κορέα	824,1	Πολωνία	941,5
Βέλγιο	740	Ιαπωνία	515,5	Λετονία	734,7	Πορτογαλία	512,5
Γαλλία	392,5	Ιρλανδία	590,6	Λιθουανία	390,4	Σλοβακία	588,2
Γερμανία	585,3	Ισλανδία	771	Λουξεμβούργο	580,2	Σλοβενία	748
Δανία	754,8	Ισπανία	525	Μεξικό	753,3	Σουηδία	517
Ελβετία	2.254,4	Ισραήλ	519,8	Νέα Ζηλανδία	2.162,9	Τουρκία	498,6
Ελλάδα	653,8	Ιταλία	633,2	Νορβηγία	675,6	Φινλανδία	631,2
Εσθονία	193,2	Καναδάς	608,1	Ολλανδία	180,5	Χιλή	602

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από OECD Database (Πρόσβαση 26/5/2020).

Μεγαλύτερη ροπή προς ΑΔΥ έχουν οι καρκινοπαθείς, οι υπέρτασικοί, οι διαβητικοί και οι καταθλιπτικοί (Islam et al., 2014). Στην Ελλάδα είναι πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Kygiourou et al., 2019; Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018) φθάνοντας την πενταετία 2013–2017 τα €5.128,24εκ (ΕΛΣΤΑΤ, 2019β). Την οκταετία 2008–2015 μειώθηκαν κατά 23,5% εξαιρώντας την αύξηση τους κατά 13% το 2012 (Chantzaras, Yfantopoulos, 2018). Σε μελέτη των Siskou et al. (2008) διαπιστώθηκε ότι, το 65% των ΙΔΥ στην Ελλάδα αφορούσε ιατρική φροντίδα άνευ εισαγωγής σε μονάδα, το 31% οδοντιατρική περίθαλψη και το 14,4% νοσοκομειακή περίθαλψη, το 23% ιατρικές υπηρεσίες, το 17,5% φάρμακα. Τα περισσότερα χρήματα στη νοσοκομειακή δαπάνη καταβλήθηκαν σε νοσήλια ιδιωτικών

νοσοκομείων κατά 29%, και κατά 20% άτυπες πληρωμές και αποκλειστικές νοσοκόμες. Η υπεροχή των ΑΔΥ αποτρέπει τη νοσηλεία των οικονομικά αδύναμων σε ιδιωτικές μονάδες (Grigorakis et al., 2017). Τη δεκαετία 2003–2012 οι ΙΔΥ ήταν σε μεσαία κλίμακα των ΑΔΥ του ΟΟΣΑ (WHO, 2008, 2009b–2017, 2018b) διαγράφοντας τροχιά ανόδου στο Μεξικό (53,8%) ενώ οι ΑΔΥ στην Εσθονία ήταν στο 22,4% και στην Ελλάδα το 40,3%. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης οι ΑΔΥ κυμαίνονται μεταξύ 10% και 30% των δαπανών υγείας ενώ εκτοξεύονται στα φτωχότερα κράτη (Huber, Orosz, 2003).

Εμμέσως προωθείται η φτωχοποίηση των χρηστών και η παραμέληση ιατρικών εξετάσεων (Elgazzar et al., 2010). Στο Μπαγκλαντές το 3,4% των νοικοκυριών είναι σε καθεστώς φτώχειας (Hamid et al., 2014) και το 3,5% στην Ινδία (Hooda, 2017). Ενισχύονται δραματικά οι καταστροφικές δαπάνες υγείας (ΚΔΥ) με καταβολή υπέρογκων ποσών (Xu et al., 2005) κυμαινόμενα από 5% έως 40% των αποδοχών τους (Merlis, 2002; Wyszewianski, 1986; Berki, 1986; Ranson, 2002; Waters et al., 2004; WHO, 2009a; Xu et al., 2003). Περιορίζονται με μείωση των ΑΔΥ κάτω από 15% των δαπανών υγείας (WHO, 2009a). Καθορίζονται από το εκπαιδευτικό επίπεδο του αρχηγού του νοικοκυριού (Li et al., 2013), το φύλο και την ηλικία του, το μέγεθος του νοικοκυριού, τις υπηρεσίες νοσηλευόμενων ασθενών, τις ημέρες νοσηλείας, την εισαγωγή σε ιδιωτική μονάδα, την ιδιόκτητη κατοικία (Doshmangir et al., 2020a) και την ανεργία (Fazaeli et al., 2015). Στην ύπαιθρο είναι υψηλότερες όπου ο αρχηγός του νοικοκυριού είναι χρονίως πάσχων ή έχει νοσηλευθεί, όταν υπάρχει παιδί κάτω των 5 ετών ή ένα τουλάχιστον ηλικιωμένο άτομο (Narci et al., 2015). Οι ΚΔΥ εντοπίζονται συνήθως σε ασθενείς που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης (\$3,7 δις) (Shrime et al., 2015) και οδοντιατρικών υπηρεσιών (Ghoddoosinejad et al., 2014). Έχουν τρεις τύπους το άμεσο κόστος (direct cost), τον επιμερισμό του κόστους (cost-sharing) και τις άτυπες πληρωμές (informal payments) (ILO, 2008) με υψηλές ΚΔΥ (Σουλιώτης, Κουφοπούλου, 2020).

2.3.2.2.1. Άμεσο κόστος.

Το άμεσο κόστος (ή τέλος) χρήστη είναι επίσημος τρόπος πληρωμής ενός ποσού από το εισόδημα του (Holst, 2006) ανά υπηρεσία υγείας, ως ποσοστό του προβλεπόμενου κόστους (συνασφάλιση) και πάνω από ένα ελάχιστο όριο (έκπτωση) (Schokkaert et al., 2013). Καταβάλλεται στους παρόχους υπηρεσιών υγείας για αγαθά ή υπηρεσίες, που δεν

καλύπτονται από καμία μορφή προπληρωμής ή ασφάλισης (Garel et al., 2015). Κυριαρχεί στα δημόσια συστήματα υγείας (Schokkaert et al., 2013) περιορίζοντας την πρόσβαση των ατόμων στην περίθαλψη (Thomson et al., 2018). Σε μελέτη των Icks et al. (2004) το άμεσο κόστος του παιδικού διαβήτη στην Γερμανία εκτιμήθηκε στα €2.611. Αφορούσε την περίθαλψη επιβαρύνοντας την τρίτη ηλικία, τους εφήβους και όσους δεν υποβάλλονται σε ενδεδειγμένο μεταβολικό έλεγχο ενώ για τους ασθενείς κάτω των 20 ετών ήταν μόλις €66,8. Οι Hanly et al. (2015) ερεύνησαν το άμεσο κόστος για τον καρκίνο του ορθού στην Ιρλανδία. Οι θεραπευτικές δαπάνες κυμάνθηκαν από €2.080 έως €3.609, στην ακτινοθεραπεία ήταν €1.974 και στην βραχυπρόθεσμη θεραπεία €1.217. Μειώθηκε το κόστος από 20% έως και 35% επιδρώντας στον χρόνο επεξεργασίας, την χρήση της χωρητικότητας και στο προσωπικό του γραμμικού επιταχυντή.

2.3.2.2.2. Επιμερισμός του κόστους.

Η αύξηση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος υγείας διασφαλίζει την βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος ,ειώνοντας το κόστος (Quaglio et al., 2013) με συμπληρωμή (copayment), συνασφάλιση (coinsurance) και εκπτώσεις (deductibles). Η συμπληρωμή είναι η κατ' αποκοπή λήψη υπηρεσιών υγείας, η συνασφάλιση αφορά το ποσοστό του κόστους προερχόμενο από τον ασθενή και η έκπτωση αφορά το ποσό πάνω από τις ΑΔΥ καλυπτόμενο ασφαλιστικά (Garel et al., 2015).

Οι Dusetzina et al. (2014) σε μελέτη τους για την μυελοειδή λευχαιμία στις ΗΠΑ, απέδειξαν ότι οι ασθενείς που λάμβαναν ιματινίμη δαπάνησαν \$108 μηνιαίως με εύρος κόστους από \$2.798 έως \$4.892, ενώ λόγω υψηλού κόστους πολλοί διέκοψαν την θεραπεία 6 μήνες μετά την έναρξη της. Οι Hsu et al. (2006) εντόπισαν μείωση επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κατά 12% με άμεσο κόστος από \$20 έως και \$35. Η πτώση επεκτάθηκε κατά 23% όταν τα καταβληθέντα ποσά ήταν μεταξύ \$50 και \$100 και μικρότερα για τους χρήστες του Προγράμματος Medicare. Οι Lurk et al. (2004) απέδειξαν αύξηση της συμμετοχής των ασθενών σε συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά \$5 και μείωσης χρήσης τους ανά επίσκεψη και κατά \$26,07 σε μηνιαία επίσκεψη για την αγορά τους. Μελέτη των Siskou et al. (2014) στην Ελλάδα απέδειξε ότι η ίδια συμμετοχή ήταν αυξημένη στον επιμερισμό του κόστους κατά 45,28% (53% το 2012, 77% το 2013). Η μέση επιβάρυνση κατανομής του κόστους για τα φαρμακευτικά προϊόντα αυξήθηκε

35,33% ενώ η μέση τιμή ανά εμβολάγιο μειώθηκε 28%. Περιορίστηκε το κόστος των καρδιαγγειακών και νευρολογικών φαρμάκων κατά 50%, ίση με το 60% της συνολικής φαρμακευτικής κατανάλωσης.

2.3.2.2.3. Άτυπες/ανεπίσημες πληρωμές.

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αναπαράγουν δυσχέρειες των συστημάτων υγείας, όπως η διαφθορά (Vian, 2020). Εκφράζεται με ανεφάρμοστες ρυθμίσεις, αδιαφάνεια, έλλειψη εμπιστοσύνης και απουσία μηχανισμών ελέγχου (Sayedoff, Hussman, 2006), περιορισμένη προσβασιμότητα και στέρηση ανθρωπίνων πόρων (Garcia, 2019). Επιπλέον, συναντάται στις υποδομές, τη διαχείριση φαρμάκων και προμηθειών, το ρυθμιστικό πλαίσιο, την εκπαίδευση, την έρευνα και την παροχή υπηρεσιών (Vian, 2008).

Κατά την παροχή υπηρεσιών ο ασθενής επικοινωνεί με τον γιατρό (Hussman, 2011) διευκολύνοντας την συντήρηση των άτυπων πληρωμών (informal payments) (Naher et al., 2018; Onwujekwe et al., 2018). Οι άτυπες πληρωμές είναι υποσύνολο των ΑΔΥ με ποσά πάνω από τις επίσημες χρεώσεις, και αναφέρεται με όρους όπως «πληρωμές κάτω από το τραπέζι» (under the table payments) (Wonderling et al., 2005) ή «φακελάκι» (envelope payments) (Zhu et al., 2018). Είναι μη καταγεγραμμένα χρηματικά ποσά, άτυπη ανταλλαγή δώρων και εκπλήρωση επιθυμιών (Moldovan, Van de Walle, 2013). Δεν αποτελούν όλα τα κρυφά ποσά άτυπες πληρωμές αλλά είναι τμήμα της παραοικονομίας όπως το ποσό που καταβάλλει ο ασθενής πάνω από το καθορισμένο όριο και όχι η απόδειξη που δεν κόβει ο γιατρός (Gaal et al., 2006; Gaal, McKee, 2004). Ταξινομούνται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες τις μαύρες, τις απολεσθείσες, τις γκριζές και της πληρωμές ευγνωμοσύνης. Οι μαύρες πληρωμές (black payments) είναι μέρος της διαφθοράς διευκολύνοντας παράτυπα την λήψη υπηρεσιών υγείας (παράκαμψη σειράς, επίσπευση χειρουργικής επέμβασης). Στις απολεσθείσες πληρωμές (lost payments) ο χρήστης λαμβάνει καλύτερες υπηρεσίες με παράνομη πράξη. Ακολούθως, οι γκριζές πληρωμές (grey payments σε κάποιες χώρες) είναι νόμιμες παρέχοντας εν μέρει οφέλη στον χρήστη, όπου δηλώνοντας τες λαμβάνουν επιστροφή χρημάτων. Οι άτυπες πληρωμές θεωρούνται, συνήθως, η ύψιστη μορφή ευγνωμοσύνης (gratitude) του ασθενούς προς τον γιατρό (Cohen, 2012).

Εντοπίζονται σε χώρες της Ασίας όπως το Μπαγκλαντές (Abdallah et al., 2015), το Πακιστάν (Chereches et al., 2013), η Ινδία (Tripathi et al., 2020), η Κίνα (Liu et al., 2020),

η Ταϊλάνδη (Vorlapanit, Kidsom, 2020), η Τουρκία (Tengilimoglu et al., 2015), η Καμπότζη (Bigdeli, Ir, 2010) και το Ισραήλ (Cohen, Filc, 2017). Ανοδική τάση παρουσιάζουν στις βαλκανικές χώρες, όπως το Κόσοβο (Uka, 2014) και η Αλβανία (Tomini, Groot, 2013) στην αφρικανική ήπειρο (Kankeu, Ventelou, 2016; Meda et al., 2020) και την Λατινική Αμερική (Chereches et al., 2013). Εντοπίζονται συνηθέστερα (Garel et al., 2015; Tambor et al., 2013) στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (ΚΑΕ) και τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης συνδυαστικά με τις ΑΔΥ (Stepurko et al., 2015a; Fotaki, 2009; Belli et al., 2002; Stepurko et al., 2017). Συναντώνται σε Βουλγαρία, Ελλάδα, Εσθονία, Ιταλία, Κύπρο, Κροατία, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία και Πορτογαλία (Garel et al., 2015). Σε μελέτη που διεξήχθη στην Βουλγαρία αποδείχθηκε ότι οι άτυπες πληρωμές στους οικογενειακούς γιατρούς και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα ήταν 61,1% (53,7% των ΑΔΥ). Αν και παράνομες στην Κροατία, εντούτοις το 15% των ερωτώμενων τις κατέβαλλε (EBRD, 2011) και στην Εσθονία το 2% των ασθενών (Garel et al., 2015). Τα Σκανδιναβικά κράτη δεν έχουν άτυπες πληρωμές, λόγω ισχυρού φορολογικού συστήματος (Schneider, 2019) ενώ στη Νότια Ευρώπη έχουν κυρίως μορφή χρημάτων κατά 91% (81% στην ΚΑΕ) (Horodnic et al., 2018).

2.3.2.3. Δωρεές μη κυβερνητικών οργανισμών και δαπάνες εργοδοτών.

Οι δωρεές ΜΚΟ στηρίζουν τις Τρίτες Χώρες με χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και χαμηλό ΑΕΠ στον τομέα της υγείας με ποσά που κυμαίνονται από 20% έως και 50% (Shieber, 1997). Καθορίζονται από τις προτεραιότητες των δωρητών προκαλώντας αστάθεια στην χρηματοδότηση λόγω της βραχυχρόνιας διάρκειας αυτής καθιστώντας την υποκατάστατο της δημόσιας χρηματοδότησης ή εκτοξεύουν την δαπάνη υγείας κλονίζοντας την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Οι δωρητές κερδίζουν φοροαπαλλαγές μεταφέροντας το κόστος στο σύστημα υγείας. Η ιδιωτική χρηματοδότηση συμπληρώνεται από τις εργοδοτικές δαπάνες για υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων (OECD, 2000).

2.3.3. Μέθοδοι αποζημίωσης των παρόχων.

2.3.3.1. Αμοιβή ιατρικού προσωπικού.

2.3.3.1.1. Κατά πράξη.

Η αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service) ενισχύει τα κέρδη των ιατρών για κάθε ιατρική πράξη, προωθώντας την προκλητή ζήτηση. Έχει υψηλό διοικητικό κόστος και μεγαλύτερη ροπή στην απάτη παρέχοντας την ελευθερία στον ασθενή ελεύθερης επιλογής γιατρού (Abel-Smith, Grandjeat, 1978) προτρέποντας να συνδράμει στο κόστος των υπηρεσιών (Θεοδώρου και συν., 2001). Ενθαρρύνει την εξάπλωση άτυπων πληρωμών με καταβολή πρόσθετων χρημάτων στον γιατρό ως αποτέλεσμα της διαφοράς του μισθού τους και της επιστροφής του χρήστη από τον ΦΚΑ (Γιαλαμά, 2013). Συγκρατείται ελάχιστα το κόστος όντας αποτελεσματικό καθώς συνδυάζει την αμοιβή κατά πράξη με τους τομεακούς προϋπολογισμούς για την περιπατητική περίθαλψη. Κάθε υπηρεσία συνδέεται με συγκεκριμένη μοριοδότηση όπου η τιμή κάθε σημείου προκύπτει από διαίρεση του τομεακού προϋπολογισμού της περιπατητικής περίθαλψης με τους βαθμούς των οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι αμείβονται ανά τρίμηνο (Park et al., 2007).

2.3.3.1.2. Πάγιος μισθός.

Ο γιατρός είναι υπάλληλος του ΦΚΑ με σχέση εξαρτημένης εργασίας για συγκεκριμένες ώρες και με προκαθορισμένη αμοιβή (salary) χωρίς να αποφεύγεται η μεγάλη αναμονή των ασθενών. Ελέγχεται το κόστος στη νοσοκομειακή περίθαλψη (Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Γερμανία) επιβαρύνοντας τους ασθενέστερους (Θεοδώρου και συν., 2001). Ενισχύεται η ιδιωτική πελατεία των γιατρών μέσω των ασθενών του ΦΚΑ καταβάλλοντας χρηματικά ποσά ως φιλοδώρημα μη αναγραφόμενα στην επίσημη απόδειξη (Gaal et al., 2006). Ο ασθενής λαμβάνει χαμηλού κόστους και αμφίβολης ποιότητας θεραπείες, εξαιτίας χαμηλής παραγωγικότητας και κρυφών κινήτρων. Σπάνια εντοπίζεται στον ιδιωτικό τομέα με τους μισθούς των γιατρών να καθορίζονται βάσει αποδοτικότητας και παραγωγικότητας (Park et al., 2007).

2.3.3.1.3. Αποζημίωση με συγκεκριμένες τιμές.

Οι χρήστες επισκέπτονται συμβεβλημένους γιατρούς με τους ΦΚΑ, δίνοντας χρήματα και αποζημιώνονται βάσει του κανονισμού παροχών (Θεοδώρου και συν., 2001). Οι γιατροί συχνά καταπατούν τις συμβάσεις τους ζητώντας πρόσθετη πληρωμή από τους ασθενείς. Στην Ελλάδα η αποζημίωση με συγκεκριμένες τιμές καθιερώθηκε κατόπιν σύστασης του ΕΟΠΥΥ, ως μνημονιακή απαίτηση, ενοποιώντας τους Κλάδους Υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων. Διαχωρίστηκαν οι προμήθειες από την παροχή ΠΦΥ, ανατεθείσα στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)¹³. Συγχωνεύτηκαν τα Κέντρα Υγείας του ΕΟΠΥΥ, δίχως ισότιμη κάλυψη αφού το 50% του προσωπικού απασχολήθηκε στο ΠΕΔΥ (Petmesidou et al., 2014) και επιβλήθηκε όριο μηνιαίων επισκέψεων στο γιατρό, επιβαρύνοντας τους ασθενείς όταν ξεπεραστεί (Αδάμ, Τελώνη, 2015).

2.3.3.1.4. Κατά κεφαλή ασφαλισμένου.

Η αμοιβή των γιατρών κατά κεφαλή ασφαλισμένου (capitation) είναι διαδικασία κατά την οποία ο συμβεβλημένος γιατρός δέχεται (βάσει σύμβασης με τον ΕΦΚΑ) συγκεκριμένο αριθμό ασθενών και λαμβάνει χρήματα ανά ασθενή ανεξαρτήτως αριθμού επισκέψεων (Λιαρόπουλος, 2007). Ο ασθενής έχει οικογενειακό ιατρό ο οποίος οργανώνει το ιατρείο του. Το κόστος είναι τεράστιο ενώ προάγεται η πρόληψη, μειώνεται η υπερκατανάλωση και αποφορτίζεται το σύστημα υγείας με τον γιατρό να μην δέχεται ιδιωτικές επισκέψεις από ασθενείς της λίστας του, πχ Ολλανδία, Δανία κοκ (Θεοδώρου και συν., 2001).

2.3.3.1.5. Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας.

Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (Health Maintenance Organizations/HMOs) στις ΗΠΑ παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με επιλογή του πακέτου υγείας από τους ασθενείς για απεριόριστη χρήση από ομάδες γιατρών που αμείβονται εκ των προτέρων σε

¹³ Το ΠΕΔΥ ιδρύθηκε με το Ν. 4238 (αρ. 1–7) [«Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 38/17.2.2014, τ. Α'] και αντικαταστάθηκε από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.) (αρ. 5, Κεφ. Β', του Ν. 4486 [«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 115/7.8.2017, τ. Α'].

ετησίως (Amelung, 2013). Η αμοιβή των γιατρών καθορίζεται μέσω διαπραγμάτευσης, καλύπτοντας τις προσδοκίες των χρηστών μειώνοντας τις δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Βελτιώνει τις υπηρεσίες και το επίπεδο τιμών ενώ αναπτύσσεται η μονοπωλιακή παροχή υπηρεσιών από ένα φορέα ή εξυπηρετούνται οι χρήστες υποτυπωδώς (Λιαρόπουλος, 2007).

2.3.3.1.6. Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων.

Παρόμοια με την λειτουργία των HMOs είναι η λειτουργία των Δικτύων Συντονισμένων Φροντίδων (ΔΣΦ) όπως στη Γαλλία. Διαφέρουν μεταξύ τους καθώς η αμοιβή των γιατρών γίνεται βάσει κατηγοριοποίησης των ιατρικών πράξεων ανά είδος κινδύνου, σε εθνική κλίμακα με την γνωμοδότηση ειδικών επιστημόνων. Ο ασθενής συμμετέχει κατά 20% στην αγορά ιατρικών υπηρεσιών από το ΔΣΦ στο οποίο είναι εγγεγραμμένος με το 80% να καλύπτεται από τον ΦΚΑ, περιορίζοντας την υπερβολική ζήτηση (Λιαρόπουλος, 2007).

2.3.3.2. Αποζημίωση μονάδων υγείας.

2.3.3.2.1. Σφαιρικοί και ανά κατηγορία προϋπολογισμοί.

Οι σφαιρικοί και οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί αποτυπώνουν εκ των προτέρων (Langenbrunner et al., 2009) συνολικές πληρωμές ενός νοσοκομείου για συγκεκριμένο διάστημα (Ξένος και συν., 2014). Εν προκειμένω, ο σφαιρικός προϋπολογισμός (global budget) εφαρμόστηκε στην Γαλλία ως νέο σύστημα νοσοκομειακής χρηματοδότησης από τους ΦΚΑ (Υφαντόπουλος, 2018). Συνιστώσες του είναι η χρηματοδοτική και η διαχειριστική μεταρρύθμιση, εστιάζοντας στην προπληρωμή της μονάδας υγείας και τον οργανωτικό εκσυγχρονισμό (Κοντούλη–Γείτονα, 1992). Υπολογίζεται ο προϋπολογισμός του περασμένου έτους και αναπροσαρμόζεται προσαυξημένος κατά θ (Υφαντόπουλος, 2018) υιοθετώντας, ενίοτε, τον πληθωριστικό παράγοντα (Ξένος και συν., 2014) για ένα συγκεκριμένο διάστημα I ως εξής (Κοντούλη–Γείτονα, 1992):

$$B_t = B_{t-1} - I(1 + \mu) \quad (1)$$

όπου:

B_t = ο προϋπολογισμός του επόμενου έτους

$B_t - 1(1 + \mu) = 0$ προϋπολογισμός του προηγούμενου έτους συν την ανάλογη αύξηση, αναπροσαρμογή των τιμών λόγω πληθωρισμού.

Στην σχέση (1) υπολογίζεται η ιστορική διάσταση των χρηματικών ροών οπότε όταν εντοπιστεί αντιπαραγωγικότητα σε μια μονάδα ή μια κλινική θα ενισχύεται δίχως στοιχεία για παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των πόρων (Υφαντόπουλος, 2018). Οι παροχές, η προσαρμοστικότητα, το ανώτατο όριο και η βάση του συνθέτουν την ουσία του. Επιμερίζονται σε ευέλικτους επιβαρύνοντας τους χρήστες και σταθερούς επιβαρύνοντας τον πάροχο. Κατηγοριοποιούνται σε νοσοκομειακές υπηρεσίες, φαρμακευτικά προϊόντα, φάρμακα και αγοραστές (Langenbrunner et al., 2009). Μεταφέρονται ποσά, μεταξύ κατηγοριών δαπανών, για την μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των εισροών. Διευκόλυνε την συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών σε Γαλλία (Redmon, Yakoboski, 1995) και Ιρλανδία προσαρμοσμένος για επείγουσες υπηρεσίες (Wiley, 1995). Ακόμη, καθοδήγησε τις ευρωπαϊκές χώρες (Langenbrunner et al. 2005) και τον Καναδά (Saltman, Figueras 1997). Στους ανά κατηγορία προϋπολογισμούς απουσιάζει η ευελιξία μεταφοράς χρημάτων και το αναγκαίο Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) οδηγώντας σε έλλειψη αγαθών και υπηρεσιών υγείας (Ξένος και συν., 2014).

2.3.3.2.2. Κατά πράξη και περίπτωση.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία οι καταναλωτές επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών με την αμοιβή κατά πράξη (pay for performance). Ενισχύονται τα έσοδα ιατρών και μονάδων με την σκόπιμη διενέργεια εξετάσεων άσχετα αν οι τιμές των υγειονομικών υπηρεσιών είναι συγκεκριμένες. Για τους ΦΚΑ είναι πληθωριστικός και ακριβός τρόπος αποζημίωσης αγνοώντας την χρησιμότητα των υπηρεσιών (Θεοδώρου και συν., 2001). Συνιστά, εκ των προτέρων πληρωμή (prospective payment) συγκεκριμένου πακέτου υπηρεσιών, σε συγκεκριμένο πληθυσμό για μια χρονική περίοδο. Όταν το επίπεδο τιμών είναι κάτω των προβλεπόμενων μεταφέρεται ο κίνδυνος από τον *τρίτο πληρωτή* στους παρόχους. Έτσι διορθώνουν τα ελλείμματα τους ελαχιστοποιώντας τα προβλέψιμα κόστη μειώνοντας τον χρόνο παρακολούθησης των ασθενών, της επιλογής ασθενών *χαμηλού κινδύνου* κοκ. Συγκεκριμένα, το ύψος της αμοιβής πρίζεται από το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση περιορίζοντας τον όγκο και το κόστος των υπηρεσιών με υπολειτουργία (under-provision) των προμηθευτών και υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας (Hornbrook, Goldfarb, 1983).

2.3.3.2.3. Ημερήσιο κλειστό (ενοποιημένο) νοσήλιο.

Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται μέσω φορολογίας και κοινωνικής ασφάλισης μέσω κλειστό νοσήλιο (*per diem*). Με αναίτια νοσηλεία ασθενών ωφελούνται οι μονάδες υγείας και επιβαρύνονται οι ΦΚΑ (Θεοδώρου και συν., 2001). Περιέχει διοικητικές, ξενοδοχειακές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες λαμβάνοντας την μορφή ανοιχτού, σπαστού ή κλειστού και ευέλικτου νοσηλίου. Το κλειστό ορίζεται μέσω διαπραγμάτευσης (Παπαναστασάτος, 2006) και είναι σταθερό ποσό αμοιβής κάθε ημέρας νοσηλείας δίχως να προσμετράται το είδος και η ποσότητα των υπηρεσιών. Ακόμη, το σπαστό/ευέλικτο νοσήλιο είναι μια σταθερή και ευέλικτη μορφή του καθορισμένου από την σοβαρότητα της νόσου, την ιατρική ειδικότητα και τη διαγνωστική ομάδα ασθενών. Στο ανοιχτό νοσήλιο η κατανάλωση των υπηρεσιών προσδιορίζει την αποζημίωση με πάγια ημερήσια αμοιβή, βελτιούμενη αποδοτικότητα και άλλες παρεμβάσεις (Ξένος και συν., 2014). Τα έσοδα της μονάδας προκύπτουν από την ακόλουθη σχέση (Κοντούλη-Γείτονα, 1992):

$$R = P \times N \times \text{Μέση διάρκεια νοσηλείας} \quad (2)$$

όπου,

R= έσοδα του νοσοκομείου

P (*per diem*) = καθορισμένη τιμή ανά ημέρα νοσηλείας

N = αριθμός των νοσηλευόμενων επί τη διάρκεια νοσηλείας τους

Μειώνεται η δυναμική του ημερήσιου νοσηλίου λόγω υψηλού κόστους με παράταση της νοσηλείας και θεσμοθέτηση μορφών αμοιβής σαν τις Διαγνωστικές Ομοειδείς Κατηγορίες (ΔΟΚ) (Park et al., 2007). Στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε το κλειστό νοσήλιο επιβάλλοντας επιπλέον χρεώσεις σε υλικό όταν η νοσηλεία ξεπερνά τα οριζόμενα από τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN)¹⁴. Οι χρεώσεις των ΦΚΑ (βάσει νοσοκομειακών τιμών) επιβάλλονται στα φάρμακα, στις επιπρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις και τα ιατρικά προϊόντα (βάσει των χαμηλότερων τιμών του Παρατηρητηρίου Τιμών). Στόχος ήταν η μείωση της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, της ποσοστιαίας αναλογίας της και η εφαρμογή ρυθμίσεων. Πλησιάζει την πραγματική χρέωση

¹⁴ Βλ. ΚΥΑ Υ4α/οικ. 85649: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσηλεία & Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ, ΦΕΚ 1702/1.8.2011, τ. Β', ΚΥΑ Υ4α/οικ.105.604: Συμπλήρωση της Υ4α/οικ. 85649/27-7-11 Κοινής Υπουργικής Απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια & Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ», ΦΕΚ 2150/27.9.2011, τ. Β'.

των ΦΚΑ και το ορθό κόστος αφού οι πληρωμές προκύπτουν από τις ημέρες νοσηλείας (Ρεκλείτη και συν., 2012). Θεωρήθηκε ανεπαρκής με το ατομικό κόστος να ορίζεται από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες ενισχύοντας τις πληθωριστικές πιέσεις (Παπαναστασάτος, 2006) όπως και η αμοιβή κατά πράξη (Λιαρόπουλος, 2007). Αφορά τα δημόσια νοσοκομεία ενώ στα ιδιωτικά υπάρχει η αμοιβή κατά πράξη μαζί με ένα είδος κλειστού νοσηλίου (Κοντούλη–Γείτονα, 1992).

2.3.3.2.4. Πληρωμή με βάση τη διάγνωση.

Η πληρωμή βάσει της διάγνωσης είναι το κύριο «υπόδειγμα προοπτικής αποζημίωσης (prospective reimbursement)» (Λιαρόπουλος, 2007). Αναφέρθηκε από τους Thompson et al. (1974) στις ΗΠΑ και εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα μεταγενέστερα. Αποτελεί περίπλοκο σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων με γνώμονα εξειδικευμένο προσωπικό και ΟΠΣ (Chilingerian, 2008) και 470 ομοειδείς κατηγορίες (Mathauer, Wittenbecker, 2012). Είναι πρωτοποριακή μέθοδος κοστολόγησης και αποζημίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών (Δημογέροντας και συν., 2017) και αφορά ΔΟΚ (Diagnostic Related Groups/DRGs) βάσει της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (International Classification of Diseases/ICDs). Περιέχει στοιχεία για πιθανές επιπλοκές, φύλο, ηλικία, συννοσηρότητα, βαρύτητα της νόσου και μέση διάρκεια νοσηλείας (Δημογέροντας και συν., 2017). Ουσιαστικά, το ΚΕΝ «περιλαμβάνει κάθε ιατρική και νοσηλευτική συνδρομή προς τον ασθενή, που παρέχεται από (δημόσιο ή ιδιωτικό) νοσοκομείο καθώς και την σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για παροχή σε αυτόν, των ανωτέρω υπηρεσιών» (αρ. 2, παρ. 20, ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157)¹⁵. Περιορίζεται η νοσηλεία των ασθενών (Cheng et al., 2012) με στόχο την μέγιστη παραγωγικότητα (Louis et al., 1999) και ευελιξία (Polyzos et al., 2013). Κάποιες φορές διαπιστώνεται, λίγο μετά το εξιτήριο, σκόπιμη επανεισαγωγή του ασθενούς, βάσει της ακριβότερης διαγνωστικής κατηγορίας, επιζητώντας πρόσθετη αποζημίωση (Θεοδώρου και συν., 2001). Στην χώρα μας θεσμοθετήθηκαν με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ, μαζί με την αρνητική λίστα φαρμάκων. Πριμοδοτήθηκαν οι ιδιωτικές κλινικές αυξάνοντας το ΚΕΝ 20%, αποκλείοντας την ημερήσια δαπάνων

¹⁵ Βλ. ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157: Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ΦΕΚ 4898/1.11.2018, τ. Β'.

φαρμάκων έως €8 ημερησίως, το φαρμακευτικά σκευάσματα, η αμοιβή του χειρουργού και του αναισθησιολόγου, οι χειρουργικές δαπάνες και τα μοσχεύματα. Επιβλήθηκε τιμή πακέτου υψηλότερη των τιμολογίων προ ΕΟΠΥΥ, για νοσηλεία σε δημόσιες μονάδες, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) (ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, 2012).

2.3.3.2.5. Ανά περιστατικό νοσηλείας.

Με την αποζημίωση ανά περιστατικό νοσηλείας, καταβάλλονται ποσά για τα περιστατικά ή χρειάζονται επιπρόσθετους πόρους ενώ σε αρκετά συστήματα υγείας αξιοποιείται ως παραλλαγή των ΔΟΚ (Langenbrunner et al., 2009). Στην Ελλάδα εφαρμόστηκε για πρώτη φορά μετά το 1991 με τον καθορισμό του πακέτου αποζημίωσης της καρδιοχειρουργικής επέμβασης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Μόλις το 1997 διαμορφώθηκαν ειδικές αποζημιώσεις ανά περιστατικό στον δημόσιο τομέα όπως τοποθέτηση βηματοδότη, αγγειοπλαστική κοκ (Siskou, Gounaris, 2004).

2.3.3.2.6. Ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού.

Ο χρηματοδότης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και το νοσοκομείο συμφωνούν για την παροχή ειδικών υπηρεσιών υγείας εμπεριέχοντας μέρος (ατυχήματα, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις) ή το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών. Είναι απλή μέθοδος αποζημίωσης παρέχοντας εξατομικευμένη αμοιβή και όταν χρειαστεί αναλαμβάνοντας τη νοσηλεία η μονάδα υγείας (Λιαρόπουλος, 2007; Langenbrunner et al., 2009).

2.4. Συμπεράσματα κεφαλαίου.

Στο 2^ο κεφάλαιο αναλύσαμε την λειτουργία των συστημάτων υγείας εστιάζοντας στις δαπάνες υγείας και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Εστίασαμε στις συνιστώσες της οργάνωσης και λειτουργίας τους, δίνοντας βαρύτητα στα χαρακτηριστικά και τις αρχές που τα διέπουν, τις παραμέτρους που καθορίζουν την υποβάθμιση ή την αναβάθμιση τους και τους βασικούς τύπους τους (φιλελεύθερο, δημόσιο, μεικτό).

Επικεντρωθήκαμε στις δαπάνες υγείας (ιατρικές, φαρμακευτικές, παραϊατρική γνώση, ιατρική τεχνολογία) και την διαχρονική εξέλιξη τους. Αφορούν τις τρέχουσες δαπάνες υγείας και τις επενδυτικές δραστηριότητες του τομέα, συνιστώντας την συνολική δαπάνη υγείας. Η ταξινόμηση τους γίνεται με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ βάσει δραστηριοτήτων για την ανθρώπινη υγεία, την περίθαλψη με παροχή καταλύματος και τις δραστηριότητες κοινωνικής μέριμνας δίχως κατάλυμα. Στο φιλελεύθερο υγειονομικό σύστημα των ΗΠΑ παρατηρείται η μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία των ιατρικών και νοσοκομειακών δαπανών στο ΑΕΠ το διάστημα 1992 – 2012 με 16,1% ενώ η Ελλάδα μόλις 9,66%. Πρόκειται για εκ διαμέτρου αντίθετα συστήματα με επικράτηση της ιδιωτικής ασφάλισης και των ανισοτήτων ενώ στο δεύτερο επικρατεί το κοινωνικό προφίλ της δημόσιας υγείας με ελαφρά ανοδική τάση του ιδιωτικού τομέα λόγω των ανεπαρκειών του ΕΣΥ. Η πλάστιγγα των φαρμακευτικών δαπανών γέρνει υπέρ των ιδιωτικών δαπανών και αποδίδεται στην μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής (μνημονιακές δεσμεύσεις) και εκτόξευση της ιδιωτικής δαπάνης, στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Στην Ελλάδα, η δημόσια χρηματοδότηση είχε πτώση κατά 42,5% το 2016, ενώ κατά 1/3 η συνολική χρηματοδότηση. Παρόμοια είναι η κατάσταση στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου αλλά ανοδική σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Κυριαρχεί στα δημόσια και μεικτά συστήματα υγείας, ενώ η ιδιωτική χρηματοδότηση εστιάζει στην αγορά. Η ιδιωτική χρηματοδότηση εστιάζει στην εθελοντική ασφάλιση με συμβόλαια σε ασφαλιστικές εταιρείες, στις ΑΔΥ (άμεσο κόστος, επιμερισμός κόστους, άτυπες πληρωμές) και στις δωρεές ιδιωτών και εργοδοτών. Οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα, υστερούν έναντι των νοσοκομειακών που ανέρχονται στο 51%. Είναι ξεκάθαρη η ανοδική τάση των ΑΔΥ και ειδικά των άτυπων πληρωμών. Θεωρούμε ότι πρόκειται για δυσπρόσιτη πλευρά των δαπανών υγείας καθώς εστιάζουν στην καταβολή χρηματικών ποσών ή δώρων προς το προσωπικό και τα οποία δεν καταγράφονται πουθενά. Το ύψος τους καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών, των παρόχων, των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας. Αναπτύσσονται, κυρίως σε χώρες που κατακλύζονται από διαφθορά, παραοικονομία και ισχνή φορολογική διοίκηση. Οι δωρεές αφορούν τις ΜΚΟ και τις προβλεπόμενες δαπάνες των εργοδοτών για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων.

Βασικό μέρος της χρηματοδότησης για την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η αποζημίωση των ιατρικού προσωπικού και των μονάδων υγείας. Οι πάροχοι αμείβονται κατά πράξη, με πάγιο μισθό, συγκεκριμένες τιμές, κατά κεφαλήν ασφαλισμένου, ΟΠΥ και ΔΣΦ. Οι

μονάδες υγείας αποζημιώνονται με ευέλικτους σφαιρικούς προϋπολογισμούς, με μεταφορά (βάσει αναγκών) ποσά από μία κατηγορία δαπανών σε μια άλλη, ανέφικτο με τους ανά κατηγορία προϋπολογισμούς, οδηγώντας σε έλλειψη αγαθών και υπηρεσιών. Ακολουθούν οι αμοιβές κατά πράξη, με ημερήσιο κλειστό (ενοποιημένο) νοσήλιο παρατείνοντας τη νοσηλεία των ασθενών, με αποζημίωση βάσει των ΔΟΚ περικλείοντας κάθε είδους δαπάνη που συνδέεται με την παροχή υπηρεσιών στον ασθενή και με μια παραλλαγή τους που είναι η αμοιβή ανά περιστατικό νοσηλείας. Τέλος, περιλαμβάνεται η αποζημίωση ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού με στόχο εξατομικευμένη αμοιβή με την μονάδα υγείας να επωμίζεται τη νοσηλεία.

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως κλυδωνίζονται με την πανδημία, αντιμετωπίζοντας οργανωτικές, διοικητικές, ιστορικές, κοινωνικές, τεχνολογικές και οικονομικές δυσχέρειες. Ρυθμιστής του συστήματος είναι ο ασθενής με κατανάλωση των υπηρεσιών και των ποσών που καταβάλλει για την λήψη τους. Όταν ξεπερνούν το εισόδημα του και όταν δεν καταγράφονται τότε υποβαθμίζεται το βιοτικό του επίπεδο. Τέτοιες πρακτικές συνιστούν πράξεις διαφθοράς και παραοικονομίας οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν εις βάθος και να καταπολεμηθούν.

Κεφάλαιο 3^ο: Οι άτυπες συναλλαγές και η πορεία προς την παραοικονομία: Ιστορική εξέλιξη, συσχετίσεις και μέθοδοι εκτίμησης.

3.1. Η ιστορική εξέλιξη του φαινομένου έως σήμερα.

3.1.1. Ορόσημα της άτυπης οικονομίας.

Οι άτυπες συναλλαγές στιγματίσαν την εξέλιξη του αποικιακού καθεστώτος τον 19^ο (Boeke, 1953) και της παγκόσμιας οικονομίας τον 20^ο αιώνα (Goel et al., 2019). Εδραιώθηκε το μοντέλο του δυαδικού τομέα από τον Lewis (1954) επισημαίνοντας την απορρόφηση του εργατικού δυναμικού από τον καπιταλισμό (Ray, 2010) και την ανάπτυξη των Τρίτων Χωρών (Godfrey, 2011). Ο Cagan (1958) ταυτίστηκε μαζί του εστιάζοντας στη νομισματική ζήτηση, την φοροδιαφυγή και τις μαύρες αγορές στους δύο Παγκόσμιους Πολέμους. Ο Kaldor (1956) απέδωσε την φοροδιαφυγή και την πτώση των δημόσιων εσόδων στην υψηλή φορολογία. Ακόμη, ο Geertz (1963a, b) καθιέρωσε την θεωρία της οικονομίας των παζαριών μέσω ενός άτυπου δικτύου μικρών επιχειρήσεων (Meagher, 2010) και την υποανάπτυξη εστιάζοντας στην κοινωνική εξέλιξη και τη νέα οικονομία (Geertz, 1962) διατυπώνοντας δυαδικές προσεγγίσεις (Charmes, 2019). Αξιοποιώντας μετρήσεις του ΑΕΠ (OECD, 2002) προέβη σε εκτιμήσεις με το Σύστημα Εθνικών Λογαριασμών (ΣΕΛ).¹⁶ Ήταν εμφανής ο κίνδυνος που διέτρεχαν οι εθνικές οικονομίες από την παραοικονομία καθώς ταυτίστηκε με την οικονομική ανάπτυξη (Hope, 2014) και κρίθηκε επιβεβλημένη η υιοθέτηση μέτρων για την προστασία τους, όπως συνέβη στην Ινδία με την δημιουργία τριών Επιτροπών (Menon, 2019).

Χαρακτηριστική υπήρξε η μελέτη για τον άτυπο τομέα του Κοινωνικού Ανθρωπολόγου Keith Hart (1971, 1973) για την Γκάνα της Αφρικής (Charmes, 2019). Επέκρινε το μοντέλο του Lewis (Neuwirth, 2011) και ανέδειξε μια δυαδική αστική οικονομία (Charmes, 2019) εισάγοντας τον ‘άτυπο τομέα’ ως τμήμα του αστικού εργατικού δυναμικού στην άτυπη αγορά εργασίας (Sabra et al., 2015). Ο άτυπος τομέας επαναπροσδιορίστηκε από τους

¹⁶ Το ΣΕΛ είναι μεθοδολογία ταξινόμησης και μέτρησης των οικονομικών δραστηριοτήτων [Βλ. UN (2009): System of National Accounts 2008, UN/IMF/OECD, World Bank, European Commission, New York, p. xlviii]. Μετρά ορθά τις άτυπες δραστηριότητες και την ένταξη τους στο ΑΕΠ μέσω των εθνικών στατιστικών συστημάτων [Βλ. UN (2008): Non-Observed Economy in National Accounts. Survey of Country Practices, UN, New York & Geneva, p. 4].

Singer και Jolly (1973) σε μελέτη για την Κένυα, με έμφαση στην επιβίωση των φτωχών μέσω άτυπης απασχόλησης (Portes, Schlauffer, 1992; Mazumdar, 1975; Sassen – Koob, 1989; Feige, 1979). Αργότερα, ο De Soto (1989) ως θιασώτης του ιδιωτικού τομέα εστίασε στο πλεονάζον εργατικό δυναμικό των αστικών κέντρων (Bangasser, 2000). Οι άτυπες επιχειρήσεις ήταν βιομηχανικό προτύργιο (Portes, 1996) ως αλλαγή του καταναλωτικού προτύπου (Sassen, 1994) και κρίθηκε αναγκαίο να επαναπροσδιοριστεί η άτυπη οικονομία, ο άτυπος τομέας και η άτυπη απασχόληση, ως επέκταση των άτυπων συναλλαγών. Εκφράζουν τις οικονομικές δραστηριότητες εργαζομένων και οικονομικών μονάδων σε συγκεκριμένο πλαίσιο (Lapeyre, 2015), άτυπες οικογενειακές επιχειρήσεις και άτυπες εργοδοτικές επιχειρήσεις, με ελάχιστους εργαζόμενους (De Beer et al., 2013) και το παραγόμενο εισόδημα που συνεισφέρει στην ανάπτυξη (Hussmans, 2004).

3.1.2. Σχολές Σκέψης.

3.1.2.1. Κλασσική/Μαρξιστική Σχολή.

Η κλασσική/Μαρξιστική Σχολή επικεντρώθηκε στο πλεονάζον εργατικό δυναμικό, θεωρώντας ότι είναι τρόπος αξιοπρεπούς διαβίωσης των εργαζομένων στον καπιταλισμό (Sanyal, Bhattacharya, 2009). Αλληλοεξαρτώνται η επίσημη και η άτυπη οικονομία (Adam, Harriss – White, 2007) όπως δείχνουν οι ενιαίοι παραγωγικοί συντελεστές κεφαλαίου και εργασίας (Maiti, Sen, 2010) και η υπεροχή της αυτοαπασχόλησης έναντι της μισθωτής εργασίας (Sanyal, Bhattacharya, 2009).

3.1.2.2. Δυαδική Σχολή.

Η δυαδική σχολή σκέψης προήλθε από την διπλή οικονομία της δεκαετίας του '40 (Kanbur, 2013; Rosenstein–Rodan, 1943; Moore, 1953; Dixit, 1970; Harris, Todaro, 1970). Ο Moore (1953) διαχώρησε τον επίσημο από τον άτυπο τομέα (Ornati, 1955) θεωρώντας τον ως είναι κατώτερο τμήμα της διπλής αγοράς εργασίας για στήριξη των ευάλωτων ομάδων (ILO, 1972). Ο Derrida (1967) ταύτισε την επίσημη οικονομία με την οικονομική ανάπτυξη και την άτυπη οικονομία με την υπανάπτυξη. Ακόμη, οι Doeringer και Piore (1971) διέκριναν την αγορά εργασίας σε πρωτεύουσα, δευτερεύουσα, άτυπη και παράνομη.

Δέχθηκε έντονη κριτική (Becker, 2004) εξαιτίας της ανάπτυξης των υβριδικών μορφών επιχειρηματικότητας και συναλλαγών από τους θεσμούς (Higgins, 1956).

3.1.2.3. Δομική Σχολή.

Η δομική σχολή σκέψης απορρέει από τα παγκόσμια συστήματα του Wallerstein (1974/2007) εστιάζοντας στην δυαδικότητα επίσημης και άτυπης οικονομίας (Godfrey, 2011). Θεωρεί ανομοιογενή (Portes, 1996) και κατώτερη την άτυπη οικονομία συγκριτικά με την επίσημη, τονίζοντας την παραγωγική αποκέντρωση, το δίκτυο σχέσεων και την αλληλεξάρτηση τους (Castells, Portes, 1989). Πρακτικά, ο άτυπος τομέας λειτουργεί ανταγωνιστικά προς τις νομιμες επιχειρήσεις (Maloney, 1999; Castells, Portes, 1989) εφαρμόζοντας ευέλικτους κανόνες (Williams, Round, 2008).

3.1.2.4. Νεοφιλελεύθερη Σχολή.

Η νεοφιλελεύθερη σχολή σκέψης αναπτύχθηκε στα τέλη δεκαετίας του '80 και αρχές του '90 (Maloney, 2004) θεωρώντας την άτυπη οικονομία ως διέξοδο στην ανεργία (Itzigsohn, 2000). Δομικό στοιχείο της είναι (De Soto, 1989) οι άτυπες εργασιακές σχέσεις ως επιχειρησιακή τακτική απέναντι στην γραφειοκρατία (Xhelili–Krasniqi, Mustafa–Topxhiu, 2012). Αφορά ανορθολογική κατανομή πόρων, περιορισμό ατομικών ελευθεριών (Williams, 2013), μειωμένη παραγωγικότητα, νέες τεχνολογίες, και τροχοπέδη στην αναπτυξιακή διαδικασία (Aldersdale et al., 2006).

3.1.2.5. Εθελοντική Σχολή.

Η εθελοντική (ή μεταδομική) σχολή σκέψης (Onoshchenko, 2012) προέρχεται από την θεωρία της χρησιμότητας του εγκλήματος (Bentham, 1778; Beccaria, 1797). Αναλύει την φορολογική ηθική εστιάζοντας στο φορολογικό κοινωνικό συμβόλαιο πολιτών και κράτους (Torgler, 2003), όπως έπραξαν οι Allingham και Sandmo (1972) για την φοροδιαφυγή. Είναι ο συνδετικός κρίκος επίσημων και ανεπίσημων θεσμών (Helmke, Levitsky, 2004) και εστιάζει στην εθελοντική συμμόρφωση (Alm, Torgler, 2012). Αναδεικνύει τα ορθολογικά και κοινωνικά κριτήρια δράσης των ατόμων. Όσοι δρουν ορθολογικά, ακολουθούν το

πρότυπο της Θεωρίας της Ορθολογικής Επιλογής (ΘΟΕ), εντοπίζοντας και εκτιμώντας τις αληθινές επιλογές τους συστήνοντας υποδειγματικά πρότυπα και συμπεριφορές για το τέλειο μοντέλο του ορθολογικού ατόμου (Φωκά–Καβαλιεράκη, 2017). Ωστόσο, όσοι δρουν με κοινωνικά κριτήρια φοροδιαφεύγουν (De Soto, 1989) υποβιβάζουν τον νεοφιλελευθερισμό και την διαφθορά (Biles, 2009).

3.1.2.6. Θεωρία του Μάνατζμεντ.

Η θεωρία του μάνατζμεντ, εμβαθύνει στην δυαδική φύση των άτυπων οικονομικών δραστηριοτήτων και στην μεταξύ τους διασύνδεση (Barnard, 1938), συνεισφέροντας στην κοινωνική βιωσιμότητα (Gold, 2019; Williams, 2006). Εξελίσσεται μέσω άτυπων δικτύων και ενός τύπου κοινωνικού κεφαλαίου (Arezzo, 2014) με αντικατάσταση των σταθερών κοινωνικών από επιχειρηματικές σχέσεις (Berrou, Gondard–Delcroix, 2018). Επιλεκτικά προωθείται η άτυπη επιχειρηματικότητα οπότε και παρουσιάζει πτώση η φορολογική ηθική και το αντίθετο (Berdiev, Saunoris, 2018).

3.2. Διασαφήνιση των αδήλων οικονομικών δραστηριοτήτων.

3.2.1. Ο πολύπλευρος χαρακτήρας της παραοικονομίας.

Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές είναι οικονομικό έγκλημα το οποία ταυτίζεται με το οργανωμένο συνδυάζοντας παραδοσιακά και νέα χαρακτηριστικά (‘εγκλήματα του λευκού κολάρου’) (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004). Αξιοποιούνται αρκετοί ορισμοί οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι η άτυπη, η σκιώδης, η απαρατήρητη, η μαύρη και η υπόγεια οικονομία¹⁷ ως μη ορατές και δεν εντάσσονται στις επίσημες εκτιμήσεις, ενώ παράγουν εισόδημα ενισχύοντας το ΑΕΠ (Schneider, 2018; Βάβουρας, Μανωλάς, 2004).

¹⁷ Βλ. ILO (2002): Decent Work & the Informal Economy, Report VI, 90th Session, ILO, Geneva, p. 10–26, Medina L., Schneider F. (2018): Shadow Economies around the World: What did we learn over the last 20 years?, Working Paper No. 17, IMF, Washington DC, USA, p.7, Blades D., Roberts D. (2002): Measuring the non – observed economy, Brief No. 2, OECD, p. 1 - 4, Pissarides C.A., Weber G. (1989): An expenditure–based estimate of Britain’s black economy, Journal of Public Economics (39), p. 17-19, Frey B.S., Schneider F. (2000): Informal & Underground Economy, Working Paper No. 0004, Department of Economics, Johannes Kepler University, Linz, Austria, p. 2-3.

Χαρακτηρίζονται από χρήση μετρητών και μη καταβολή φόρων και εισφορών (Deutsche Bundesbank, 2019). Οι Mirus και Smith (1997) διαχώρισαν τις άτυπες συναλλαγές σε νομισματικές και μη – νομισματικές μέσω της φοροδιαφυγής (tax evasion) και της φοροαποφυγής (tax avoidance).¹⁸

Οι άτυπες δραστηριότητες έχουν δυναμικό χαρακτήρα, προσαρμοσμένες (ΠΠ2) στο αντικείμενο μελέτης και την οικονομική συγκυρία. Εντάξαμε τον όρο φορολογική πτήση (tax flight) (Koufopoulou et al., 2019) όπου λόγω πολυνομίας, οικονομικής ύφεσης και υγειονομικής κρίσης τα άτομα εξωθούνται σε άτυπες πράξεις (Williams, Kayaoğlu, 2020). Στις παράνομες δραστηριότητες των νομισματικών συναλλαγών εντάξαμε την οικονομία του πολέμου και το διαδικτυακό έγκλημα και στην φοροδιαφυγή τις σκιώδεις τραπεζικές εργασίες, την φυγή κεφαλαίων και τα υπεράκτια χρηματοοικονομικά κέντρα (Koufopoulou et al., 2019). Οι άτυποι μισθοί (envelope wages) συνδέονται άρρηκτα με την παρούσα καθώς συνιστούν την καταβολή στον εργαζόμενο του δηλωμένου, βάσει σύμβασης, μέρος του μισθού του και του αδήλωτου μέρος με άτυπη συμφωνία (Horodnic, 2017) άνευ προβλεπόμενων κρατήσεων (Stefanov et al., 2017). Μελέτη του Ευρωβαρόμετρου, έδειξε ότι το 14% των ερωτηθέντων έλαβαν άτυπο μισθό το 2007 ενώ το 2013 ήταν 6%, έναντι 5% του μέσου όρου της ΕΕ το 2007 και 3% το 2013. Τα 2/5 του μισθού (Williams, 2008) του 61% των εργαζόμενων με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ήταν άτυπα (Dzhekova, Williams, 2014). Υιοθετούμε τον ορισμό που θεωρεί την παραοικονομία ως κάθε είδους νομισματική ή άυλη δραστηριότητα ατόμων ή επιχειρήσεων και η οποία δεν αποτυπώνεται στις επίσημες στατιστικές μετρήσεις, καταγράφοντας την ασυμφωνία με το θεσμικό πλαίσιο για φορολογικούς λόγους και λόγους κοινωνικής ασφάλισης και μη εφαρμογής κανόνων της αγοράς εργασίας. Εξαιρέσαμε τις εγκληματικές, φιλανθρωπικές και οικιακές δραστηριότητες (Hassan, Schneider, 2016a).

3.2.2. Παραοικονομία και φοροδιαφυγή.

Η φοροδιαφυγή και η παραοικονομία (Vousinas, 2017) είναι παράνομες πράξεις χωρίς να συνυπάρχουν πάντα (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004). Η απόκρυψη της φορολογητέας ύλης

¹⁸ Στην φοροαποφυγή αναβάλλεται η καταβολή του φόρου λόγω ευνοϊκού φορολογικού καθεστώτος σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες [Βλ. Stiglitz J.E. (1986): The general theory of tax avoidance, National Tax Journal, 38 (3), p. 325].

(Flevotomou, Matsaganis, 2007) επιφέροντας μείωση εσόδων και αύξηση ανισοτήτων συνιστά φοροδιαφυγή (Υπουργείο Οικονομικών και συν., 2011). Επιταχύνεται εξαιτίας του περίπλοκου φορολογικού συστήματος, της έλλειψης εμπιστοσύνης στο κράτος (Τάτσος και συν., 2001) και του εκπαιδευτικού επιπέδου των υπόχρεων (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004).

Οι Allingham και Sandmo (1972) ανέπτυξαν ένα μοντέλο φοροδιαφυγής με επίκεντρο τους συνειδητά φοροδιαφεύγοντες. Υποστήριξαν ότι η παραοικονομία SE συνδέεται, κατά περίπτωση, αρνητικά με το ενδεχόμενο εντοπισμού των παραβατών p και τα ενδεχόμενα πρόστιμα f και θετικά προς το κόστος ευκαιρίας παραμονής τους στην τυπική οικονομία B . Η φορολογική επιβάρυνση T και το υψηλό εργατικό κόστος W επιδρούν θετικά στα κόστη ευκαιρίας λόγω εργασιακών κανόνων, οπότε η υψηλότερη παραοικονομία αυξάνει τις πιθανότητες συμμετοχής ατόμων σε αδήλωτες δραστηριότητες. Το ενδεχόμενο εντοπισμού p ρυθμίζεται από πράξεις στήριξης A των αρχών για διευκόλυνση των δράσεων F που ευδοκμούν από την αδυναμία εντοπισμού των άτυπων πράξεων (Schneider, 2018), όπως αποτυπώνεται στην δομική εξίσωση (3):

$$SE = SE[\bar{p}(A^+, F^-); \bar{f}; B^+(T^+, W^+)] \quad (3)$$

Το μοντέλο αυτό, αναλύθηκε και επικρίθηκε (Sandmo, 1981; Cowell, 1985; Bordignon, 1993). Ο Laffer (1986) διέκρινε μια φθίνουσα συνάρτηση του συντελεστή φορολόγησης από τις οικονομικές δραστηριότητες, με ενίσχυση εσόδων και μείωση του συντελεστή και το αντίθετο. Ο Yitzhaki (1974) αντέδρασε στον αυξημένο φορολογικό συντελεστή και την φοροδιαφυγή. Οι αιτιάσεις του Laffer αποτυπώνονται σε μια καμπύλη καθοριζόμενη από τον βαθμό προοδευτικότητας του φορολογικού συστήματος, την ζήτηση και το μέγεθος της παραοικονομίας (Feige, McGee, 1983). Θεωρεί πως κάθε οικονομία διαθέτει ένα ανώτατο όριο φόρου εισοδήματος για μέγιστα φορολογικά έσοδα με ένα κομμάτι της καμπύλης να εστιάζει στην εξέλιξη της παραοικονομίας και της διαφθοράς. Το ελλειπές φορολογικό σύστημα με σταθερά φορολογικά έσοδα μετατοπίζει την καμπύλη δεξιά εξαπλώνοντας την παραοικονομία, αλλιώς μετατοπίζεται αριστερά και μειώνεται η παραοικονομία (Busato, Chiarini, 2013).

3.2.3. Παραοικονομία και διαφθορά.

Η διαφθορά είναι συμπεριφορά που υποδαυλίζει τα δημοκρατικά ιδεώδη (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004) λειτουργώντας εκτός των κανόνων της ηθικής, της παράδοσης, του

δικαίου και της υπεροχής του πολίτη (Fitzpatrick, 2007). Συνιστά κατάχρηση της δημόσιας εξουσίας προς ιδιωτικό όφελος (World Bank, 1999) επεκτεινόμενη και στον ιδιωτικό τομέα (ΓΓΚΔ, 2016). Ο βασικός τύπος της είναι η δωροδοκία παρέχοντας οφέλη στους δρώντες (Rose–Ackerman, 1996) \$1 τρις ετησίως (UNODC, 2005). Είναι ενεργητική (αυτός που δίνει) ή παθητική (αυτός που λαμβάνει) με τύπους όπως η μίζα, η μυστική προμήθεια, οι πληρωμές διευκόλυνσης κοκ (ΟΟΣΑ, 2013).

Υπάρχουν και άλλες μορφές της διαφθοράς που αναπαριστούν την διοικητική λειτουργία (World Bank, 1997; Nweze, 2013; ΠΑ, 2017). Η διοικητική (ή γραφειοκρατική) διαφθορά είναι η πρόκληση τεχνητών δυσκολιών στην εφαρμογή των νόμων (Matei, Matei, 2009) κατατασσόμενη σε μαύρη, γκρίζα και λευκή. Τα ανώτερα επίπεδα του κράτους αποτελούν την μαύρη (ή υψηλού επιπέδου) διαφθορά (Rose–Ackerman, 1999), η πλειοψηφία των ελίτ διαθέτει γκρίζα διοικητική διαφθορά ενώ η παράνομη πράξη με ατιμωρησία αντιστοιχεί στην λευκή διοικητική διαφθορά (Taboli et al., 2013). Μοιάζει με την κρατική διαφθορά των Hellman και Kaufmann (2001) με εταιρείες να δωροδοκούν κρατικούς αξιωματούχους. Στην πολιτική διαφθορά σπαταλούνται δημόσιοι πόροι, μηχανισμοί και θέσεις εξουσίας με στόχο την πολιτική διαδοχή (TI, 2004). Πλησιάζει την διαφθορά δικτύωσης (lobbying) με άσκηση επιρροής στις πολιτικές αποφάσεις ή σε ένα θεσμικό όργανο (Brooks et al., 2013). Διαφέρει από την διαφθορά μικρής κλίμακας εστιάζοντας στις συναλλαγές του δημοσίου τομέα υποκινούμενες από κατώτερο και μεσαίου επιπέδου γραφειοκράτες (Elliott, 1997).

Συνδυαστικά με την φοροδιαφυγή, η διαφθορά συγχέεται με την παραοικονομία, ωστόσο υποκαθίστανται ή αλληλοσυμπληρώνονται (Buehn, Schneider, 2012a, 2012b). Ενδέχεται η παραοικονομία να επιδρά στην διαφθορά περισσότερο απ' ό,τι η διαφθορά σε αυτήν (Buehn, Schneider, 2009). Οι Huynh και Guyen (2019) θεώρησαν ότι η υπερφορολόγηση ενισχύει την παραοικονομία κάτι το οποίο υποτιμάται από την διαφθορά. Οι Johnson et al. (1997) μελέτησαν την άτυπη οικονομία στις υπό μετάβαση χώρες, τη Λατινική Αμερική και τον ΟΟΣΑ διαπιστώνοντας ότι έχει συμπληρωματική σχέση με την διαφθορά, αφού η πρώτη αυξάνει την δεύτερη ως μορφή φορολόγησης. Η συμπληρωματικότητα των δύο φαινομένων ελαχιστοποιεί τις στρεβλώσεις (Choi, Thum, 2005) αφού το χαμηλό μέγεθος τους εξασφαλίζεται με ισχυρό κανονιστικό πλαίσιο (Batrancea et al., 2018). Στις χώρες με υψηλό εισόδημα όπου περιορίζεται η διαφθορά είναι υποκατάστατα, ενώ λειτουργούν συμπληρωματικά στις χώρες χαμηλού εισοδήματος εισόδημα με άνοδο της διαφθοράς (Dreher, Schneider, 2006). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε ο Klein (2008) τονίζοντας ότι

μεγιστοποιούνται όταν λειτουργούν συμπληρωματικά και ελαχιστοποιούνται όταν είναι υποκατάστατα. Οι Mehling και Boehm (2014) διαπίστωσαν ότι η παραοικονομία δρά υποκατάστατα στην γραφειοκρατική και συμπληρωματικά στην πολιτική διαφθορά.

3.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες.

3.3.1. Επιβαρύνσεις από φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

Επιστέγασμα της υπερφορολόγησης και των υψηλών εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (Manolas et al., 2013a) αποτελούν τα σύνθετα φορολογικά συστήματα (Schneider, Neck, 1993) ενισχύοντας την συμμετοχή των ατόμων σε παράτυπες δραστηριότητες (Koyuncu, Unal, 2019). Θα εξωθηθούν σε αυτές λόγω της μείωσης πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας, μείωσης των συντάξεων και επέκτασης του εργασιακού βίου (European Commission, 2021). Φυσικά και νομικά πρόσωπα φοροδιαφεύγουν, αποζητώντας μεγιστοποίηση κέρδους, μείωση εργατικού κόστους (Buehn, Schneider, 2013) και περιορισμό των εργασιακών δικαιωμάτων (IOBE, 2012). Πρόσφατα στοιχεία, απέδειξαν ότι ο δείκτης εργατικού κόστους σε παγκόσμια κλίμακα κυμαίνεται από 96,4 στην Ιαπωνία έως 1.225 στην Νέα Ζηλανδία, με την Ελλάδα να ανέλθει στο 112,5 αυξανόμενη κατά 3,21% σχετικά με το 2019¹⁹. Επιβαρύνει τα μεσαία εισοδήματα συρρικνώνοντας την ανταγωνιστικότητα και τα κίνητρα για επίσημη απασχόληση εξειδικευμένων εργαζομένων (Πισσαρίδης και συν., 2020). Επιδρά στην παραοικονομία από 35% έως και 42% (Schneider, Williams, 2013).

3.3.2. Ποιότητα των θεσμών και διαφθορά.

Οι θεσμοί είναι επίσημοι και άτυποι κανόνες συμπεριφοράς (North, 1991) η σωστή εφαρμογή των οποίων προωθεί την ανάπτυξη (Berdiev, Saunoris, 2020). Ωστόσο, όταν εντοπιστεί υψηλή γραφειοκρατία και επιλεκτική εφαρμογή του κανονιστικού πλαισίου

¹⁹ Τα στοιχεία για την Ιαπωνία προήλθαν από το Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Ευημερίας, για την Ελλάδα από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία και για τη Νέα Ζηλανδία από την Στατιστική Υπηρεσία [βλ. <https://www.mhlw.go.jp/english/>, <https://ec.europa.eu/eurostat>, <https://www.stats.govt.nz>, Πρόσβαση: 1/1/2021].

(Buehn, Schneider, 2013) διακυβεύεται η ποιότητα τους (Medina, Schneider, 2018) ενώ όταν υπάρξει απόλυτη εφαρμογή των νόμων περιορίζεται η διαφθορά και η παραοικονομία (Medina, Schneider, 2017). Η επιρροή της στο μέγεθος της παραοικονομίας κυμαίνεται μεταξύ 10% και 17% (Schneider, Williams, 2013).

3.3.3. Ρυθμιστικό πλαίσιο.

Το ρυθμιστικό πλαίσιο είναι σύνολο κανόνων και αποφάσεων, η εφαρμογή του οποίου αναστέλλεται (Johnson et al., 1998) από την αύξηση της διαφθοράς (Friedman et al., 2000; Mazhar, 2015) και η παραοικονομία απορροφά μεγαλύτερο μερίδιο στο ΑΕΠ (Schneider, 2018). Υπάρχει ισχυρό ενδεχόμενο με την υπερρύθμιση να εκτιναχθεί το εργατικό κόστος διευκολύνοντας την άτυπη εργασία (Hassan, 2011). Γι' αυτό η επιχειρηματική έναρξη υπερβαίνει την φορολογική και ασφαλιστική επιβάρυνση. Η έκταση του σε κάθε χώρα, εξηγεί το μέγεθος της παραοικονομίας (Russo, 2018) συνεισφέροντας στην εκτίμηση του από 7% μέχρι 15,88% (Schneider, Williams, 2013; Schneider, 2000).

3.3.4. Δημόσιες υπηρεσίες.

Οι δημόσιες υπηρεσίες συνεισφέρουν στην παραοικονομία μέσω της φορολογικής διοίκησης. Συγκεκριμένα, ο φοροεισπρακτικός μηχανισμός καθορίζει τον εντοπισμό αλλά και την επιβολή ποινών στους παραβάτες (Manolas et al., 2013a). Οι υψηλοί φορολογικοί συντελεστές συνδυαστικά με τα προαναφερόμενα πολλαπλασιάζουν τα κίνητρα για άτυπη οικονομική δραστηριότητα (Schneider, 2010). Οι Johnson et al. (1998) υποστήριξαν την ισχύ του κράτους δικαίου στις πλούσιες χώρες του ΟΟΣΑ και στην ΚΑΕ. Διαπίστωσαν αύξηση της διαφθοράς και παραοικονομίας στην Λατινική Αμερική και το πρώην Σοβιετικό μπλοκ, με δημοσιονομική αστάθεια και ανίσχυρο κράτος δικαίου. Σε χώρες με καθεστώς δημοσιονομικής εποπτείας, όπως η Ελλάδα, είναι επιβεβλημένος ο περιορισμός το μεγέθους του δημοσίου τομέα (Giles, 1998) ώστε να μειωθούν οι σχετικές δαπάνες. Κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί, καθώς η Ελλάδα (Gwartney et al., 2020) συγκαταλέγεται, στις 15 χώρες με το μεγαλύτερο μέγεθος του κρατικού μηχανισμού παγκοσμίως. Συνεισφέρει στο μέγεθος της παραοικονομίας από 5% έως και 9% (Schneider, 2009).

3.3.5. Φορολογική ηθική.

Η φορολογική ηθική υπολογίζει την ατομική στάση του φορολογούμενου απέναντι στις φορολογικές του υποχρεώσεις (Torgler, 2012) και συνδέεται με τον βαθμό κοινωνικής εξέλιξης (Manolas et al., 2013b). Εκφράζει το κοινωνικό συμβόλαιο πολιτών και κράτους με γνώμονα την υψηλή φορολογική συμμόρφωση (Torgler, 2007). Καθορίζεται από δημογραφικούς παράγοντες (Bunescu, Comaniciu, 2011) και από επιπρόσθετα έξοδα όταν απωλεσθεί φήμη (Schneider, 2018). Ερμηνεύεται από την προσέγγιση της ολισθηρής πλαγιάς (slippery slope framework) εστιάζοντας στην ανταγωνιστική ή συνεργατική σχέση φορολογούμενων και κράτους, στο πλαίσιο υποχρεωτικής ή εθελοντικής συμμόρφωσης (Kastlunger et al., 2013). Το ύψος της προέρχεται από το κόστος και το όφελος των συμμετεχόντων, μέσα από τον ατομικό οριακό φορολογικό συντελεστή και το ατομικό εισόδημα (Allingham, Sandmo, 1972). Οι έλεγχοι αυξάνουν τον εντοπισμό παραβατών και επιβολής προστίμου καθορίζοντας το κόστος της μη συμμόρφωσης. Επιτυγχάνεται με εκτίμηση του φορολογικού χάσματος (tax gap) ανάμεσα στην φορολογική ικανότητα και τα πραγματικά φορολογικά έσοδα (Castro, Ramirez, 2014). Στην οικονομία των ΗΠΑ ήταν €285 δις, κάτι μη αναμενόμενο λόγω του ισχυρού φορολογικού μηχανισμού (Toder, 2007). Στην Ελλάδα έφθασε τα €19,9 δις (Murphy, 2019) επιβεβαιώνοντας την χαμηλή φορολογική ηθική και την υψηλή παραοικονομία (Mare et al., 2020). Υπολογίζεται και με την εκούσια φορολογική συμμόρφωση (voluntary compliance level) αποτυπώνοντας το ποσοστό του φόρου που εκουσίως καταβάλλεται προς το ποσό του φόρου το οποίο έπρεπε να δηλωθεί, όπου το τελευταίο ισούται με τον δηλωθέντα συν τον επιπλέον φόρο, σε μια κλίμακα από 0 έως 100 (Κανελλόπουλος, 2002). Στην Ελλάδα αν και υπάρχει ο Ενιαίος Φόρος Ιδιοκτησίας Ακινήτων (ΕΝΦΙΑ) τα φορολογικά έσοδα είναι λιγότερα από την Ευρωζώνη, λόγω πολυνομίας και απουσίας εμπιστοσύνης των ατόμων προς την διοίκηση (Πισσαρίδης και συν., 2020). Συμβάλλει στην παραοικονομία από 22% έως και 25% (Schneider, 2009).

3.3.6. Εισοδηματική ανισότητα και φτώχεια.

Η εισοδηματική ανισότητα και η φτώχεια είναι προπύργιο των άτυπων συναλλαγών (Κανελλόπουλος, 2015) κυρίως μετά την εκδήλωση της πανδημίας του SARS-CoV-2

(UN, 2021; World Bank, 2021; Marcadent et al., 2021). Το χαμηλό εισόδημα ωθεί τα άτομα να εργαστούν άτυπα και να φτωχοποιηθούν (Ocran, 2018; Alanon, Gomez–Antonio, 2005). Η απόλυτη φτώχεια εκφράζει την έλλειψη βασικών μέσων διαβίωσης (Μητράκος, Τσακλόγλου, 2012) ενώ η σχετική στην διαβίωση των νοικοκυριών με εισόδημα κάτω από το 60% του μέσου ευρωπαϊκού εισοδήματος (Matsaganis, Leventi, 2011). Στην Ελλάδα, η σχετική φτώχεια την διετία 2009–2010 ήταν 25,5% (Mitrakos, 2014). Η αύξηση του εισοδηματικού μέσου όρου τονώνει το μισθολογικό χάσμα ανάμεσα στα δύο φύλα κατά 13% (OECD, 2020b), σύμφωνα με στοιχεία του Προγράμματος EUROMOD²⁰ σε μελέτη των Avram και Porona (2020) για την ΕΕ.

Οι Elgin και Elveren (2019) εντόπισαν θετική σχέση μεταξύ εισοδηματικής ανισότητας και παραοικονομίας στις πλουσιότερες χώρες και αρνητική σχέση στις φτωχότερες καθώς και χαμηλότερα επίπεδα εισοδηματικών ανισοτήτων με υψηλότερη συμμετοχή των γυναικών στην εργασία. Η εισοδηματική ανισότητα προωθεί την παραοικονομία (Berdiev, Saunoris, 2019) και η παραοικονομία επιταχύνει την εισοδηματική ανισότητα (Gasteratos et al., 2016) διευκολύνοντας την εξάπλωση της φτώχειας στον αναπτυσσόμενο κόσμο και στις υπό μετάβαση χώρες (Elijah, Uffort, 2007). Ενδεχομένως, η παραοικονομία, αναχαιτίζει την φτώχεια με το εισόδημα να συνιστά μέρος του οικογενειακού εισοδήματος (Nguyen et al., 2013).

3.3.7. Επίσημη οικονομία.

Η λειτουργία της επίσημης οικονομίας αποτυπώνεται με το ΑΕΠ σε όρους εισοδήματος, δαπάνης και παραγωγής (Easton, Veldhuis, 2001). ομία (Afonso et al., 2020). Όπου υπάρχει θετική συσχέτιση επίσημου και ανεπίσημου ΑΕΠ (Dell’ Anno, 2008; Afonso et al., 2020) η παραοικονομία ενισχύει την ανάπτυξη διαφορετικά την περιορίζει (Feld, Schneider, 2010). Καταρρίπτει την αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων (Νεγρεπόντη–Δελιβάνη, 1991) και ενισχύει την αβεβαιότητα των εθνικών οικονομιών (Βαβούρας, Μανωλάς, 1999). Συρρικνώνεται η επιχειρηματικότητα και η νομισματική πολιτική (Παυλόπουλος, 2002)

²⁰ Το ευρωπαϊκό μοντέλο μικροπροσομείωσης EUROMOD, αποτυπώνει τις πληρωμές των νοικοκυριών στο κράτος με τη μορφή άμεσων και έμμεσων φόρων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και των νομισματικών δημόσιων μεταβιβάσεων προς αυτά [Βλ. Matsaganis M., Leventi C. (2011): The distributional impact of the crisis in Greece, EUROMOD Working Paper, No. EM3/11, p. 5].

επιφέροντας φυσιολειτουργίες στο χρηματοπιστωτικό σύστημα (Τάτσος και συν., 2001), κρυφές συναλλαγές, επισφαλή λειτουργία κεφαλαιαγορών και κάθοδο της πίστωσης (Danopoulos, Znidaric, 2007). Η επίσημη οικονομία λειτουργεί λανθασμένα αναφορικά με την επίδραση του συνολικού χρέους σε αυτήν. Οι Berger et al. (2014) υποστήριξαν ότι το συνολικό χρέος της ελληνικής οικονομίας τροφοδοτεί την παραοικονομία, η οποία εκτοξεύθηκε με την είσοδο της χώρας στο ευρώ και σχετίζεται θετικά με τον λόγο του χρέους προς το ΑΕΠ. Θετικό πρόσημο στην παραοικονομία έχει το τραπεζικό σύστημα (Lui–Evans, Mitra, 2019), τα επιτόκια δανεισμού (Patrick, Akanbi, 2017), η ευέλικτη εργασία, η αδήλωτη εργασία και η ανεργία (Τάτσος και συν., 2001).

3.3.8. Η τακτική της αποτροπής.

Η τακτική της αποτροπής (deterrence) αναφέρεται στους ανθρώπους που ικανοποιούν τις επιθυμίες τους ή υπολογίζουν με υποκειμενικά κίνητρα (Pedersen, 2003) το κόστος και τα οφέλη επιθυμώντας μέγιστη χρησιμότητα (Paternoster, 2010). Ο φόβος εντοπισμού των παραβατών αποτρέπει την συμμετοχή τους στην παραοικονομία (Pedersen, 2003) ενώ όταν συμβεί επιβάλλονται υψηλότερα πρόστιμα στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες (Feld, Larsen, 2012). Διαφοροποιούνται τα πρόστιμα και η τιμωρία ανάλογα με τη σοβαρότητα του αδικήματος και το πραγματικό εισόδημα του παραβάτη ή η άγνοια για την συχνότητα των ελέγχων. Αποδείχθηκε ότι η παραοικονομία (τεστ αιτιότητας Granger) επηρεάζει περισσότερο την τακτική της αποτροπής, απ' ότι το αντίστροφο (Granger, 1969; Schneider, 2018).

3.3.9. Αυτοαπασχόληση.

Η αυτόαπασχόληση έχει εθελοντικά χαρακτηριστικά και ευνοεί τις άτυπες συναλλαγές σε αντίθεση με την μισθωτή απασχόληση που διαθέτει στοιχεία εξάρτησης (Bosch, Maloney, 2010). Αυτό συμβαίνει γιατί οι μισθωτοί δύσκολα αποκρύπτουν εισοδήματα όπως οι αυτοαπασχολούμενοι (Medina, Schneider, 2018). Συνδέεται με την αδήλωτη εργασία σε στην οικογενειακή επιχείρηση για τον έλεγχο της παραγωγής και της αμοιβής των εργαζομένων (IOBE, 2012). Στη Νότια Ευρώπη οι αυτοαπασχολούμενοι με χαμηλό εισόδημα στοχεύουν στην επιβίωση τους ενώ οι αυτοαπασχολούμενοι Σκανδιναβοί με

καλύτερες αποδοχές συμμετέχουν με εξαιρετική προθυμία (Williams et al., 2012).

3.3.10. Ανεργία.

Οι οικονομικοί δείκτες είναι βασικό εργαλείο για την ανάλυση του αναπτυξιακού προφίλ μιας χώρας. Ένας εξ αυτών είναι και η ανεργία, αντανακλώντας οικονομική ύφεση και ακαμψία στην (άτυπη) αγορά εργασίας (Παυλόπουλος, 1987). Χρησιμοποιώντας τοτέστ αιτιότητας του Granger διαπιστώθηκε η ισχυρή αιτιακή παραοικονομίας και ανεργίας (Dobre et al., 2010). Έχει θετική επίδραση στην επίσημη οικονομία αφού τα 2/3 του άτυπου εισοδήματος δαπανώνται σε επίσημες συναλλαγές (Schneider, AT Kearney, 2013; Nguyen et al., 2020). Οι Dobre και Alexandru (2009) μελέτησαν την επίδραση της ανεργίας στην παραοικονομία της Ισπανίας και διαπίστωσαν ότι κυμάνθηκε μεταξύ 18%-22% του ΑΕΠ, με προνόμια στα άτομα και απώλεια φορολογικών εσόδων στο κράτος.

3.3.11. Αγροτικός τομέας.

Οι αγροτικές κοινωνίες έχουν απόθμενη αντοχή στις άτυπες συναλλαγές (Conroy, 2013) με αυξημένη απασχόληση (Angel-Urdinola, Tanabe, 2012) ως αποτέλεσμα πίεσεων του βιομηχανικού κλάδου για μειωμένο κόστος (Williams, 2009). Όσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία του αγροτικού τομέα στο ΑΕΠ τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει κάποιος να συμμετάσχει στην παραοικονομία (Vuletin, 2008). Χαρακτηριστικά, στην Τζαμάϊκα, το 45% της αγροτικής δραστηριότητας διεξάγεται άτυπα (Wedderburn et al., 2012).

3.3.12. Χρήση μετρητών.

Η αυξανόμενη χρήση μετρητών, εκτός τραπεζών, είναι δείκτης για ύπαρξη υψηλής παραοικονομίας αν και πλήθος άτυπων συναλλαγών διεξάγονται εντός της επίσημης οικονομίας (Medina, Schneider, 2018). Η μελέτη των Esselink και Hernandez (2017) εστίασε στην χρήση μετρητών. Διαπίστωσαν ότι την πρωτοκαθεδρία έχουν η Ελλάδα, η Κύπρος και η Μάλτα (72%-75%), η Λιθουανία, η Σλοβακία, η Αυστρία, η Ισπανία, η Ιταλία και η Σλοβενία (62%-68%). Οι κάρτες και άλλα μέσα πληρωμών από τους καταναλωτές το 2016 χρησιμοποιήθηκαν κατά 45% - 54% λιγότερο στις Κάτω Χώρες, την

Εσθονία και τη Φινλανδία.

3.3.13. Μετανάστευση.

Η μετανάστευση επιδρά στην παραοικονομία (Κασιμάτη, Παναγιωτοπούλου, 2018). Μελέτη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έδειξε την θετική επίδραση της μετανάστευσης στο ΑΕΠ της χώρας προορισμού κατά 0,1 - 0,2% ανά έτος, ωστόσο μείωσε τον πραγματικό μισθό κατά 0,1% λόγω χαμηλότερων αμοιβών των μεταναστών έναντι των ημεδαπών κατοίκων. Παραταύτα, αναβάθμισε τις δεξιότητες των ημεδαπών, τις επενδύσεις και την επιχειρηματική δραστηριότητα των μεταναστών με εμβάσματα στην πατρίδα τους και ανάπτυξη εμπορικών συναλλαγών (European Commission, 2016) όπως συνέβη στην Αιθιοπία (Foged, Peri, 2016). Η μετανάστευση στην Ελλάδα επέδρασε στην οικονομία και ειδικότερα στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (ΤτΕ, 2016).

3.3.14. Εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση και η παραοικονομία έχουν παράλληλη πορεία (Ela, 2013) εστιάζοντας σε μια συνολική στάση ζωής και απόκτησης γνώσης απέναντι στους παράγοντες που διαμορφώνουν την παραοικονομία. Η ανεπαρκής εκπαίδευση των παιδιών τα εξωθεί να συμμετάσχουν σε άτυπες και εγκληματικές δραστηριότητες (Guloglu et al., 2003). Οι Buehn και Farzanegan (2013) συσχέτισαν την εκπαίδευση με τους δημόσιους θεσμούς και απέδειξαν ότι λειτουργούν συμπληρωματικά στην παραοικονομία. Το αυξημένο κόστος της εκπαίδευσης και τα κόστη ευκαιρίας, τονώνουν την παραοικονομία (Gerxhani, Van de Werthorst, 2013). Οι Stefoni και Draghia (2020) διαπίστωσαν την άμεση επίδραση της εκπαίδευσης στην παραοικονομία, με τις υψηλότερες τιμές της αποτρέπουν την παράτυπη δράση των ατόμων. Όπου υπάρχουν γενικά εκπαιδευτικά προγράμματα, τα ποσοστά παραοικονομίας είναι υψηλά. Υπερέχει ο ιδιωτικός έναντι του δημόσιου τομέα σε εξειδικευμένο προσωπικό με την επαγγελματική εκπαίδευση να συμβάλλει αρνητικά στην άτυπη απασχόληση μαθητών (Keneck–Massil, Noah, 2019). Οι δημόσιες δαπάνες εκπαίδευσης και οι πολιτικές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δρούν παρόμοια (Berritella, 2015). Οι πολίτες με καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο δεν είναι πάντα ειλικρινείς, ενισχύοντας εν μέρει την εξάπλωση του φαινομένου (Kodila–Tedika, Mutascu, 2014).

3.3.15. Μερίδιο συμμετοχής του εργατικού δυναμικού.

Το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό αποτυπώνει δείχνει υψηλή παραοικονομία (Medina, Schneider, 2018). Η αγορά εργασίας είναι ανελαστική, οπότε όσοι έχουν ελάχιστες πιθανότητες απασχόλησης στην επίσημη αγορά εργασίας καταφεύγουν στην παραοικονομία μη καταβάλλοντας συνειδητά τις προβλεπόμενες κρατήσεις. Σύμφωνα με στοιχεία των Arsic et al. (2015) η ανεργία στη Σερβία ανήλθε το 2015 στο 26,1% με παρόμοια ποσοστά να παρατηρούνται μόνο στην Ισπανία, την Ιταλία, την Δημοκρατία της Βόρειας Μακεδονίας και την Ελλάδα. Στην Ελλάδα την οκταετία 2012–2019 ήταν ανεργία ήταν κατά μέσο όρο 20,98%.²¹

3.3.16. Κοινωνικές μεταβιβάσεις.

Η διάρθρωση και η λειτουργία του κοινωνικού κράτους δείχνει την κοινωνική ευημερία. Οι παροχές του (συντάξεις, επίδομα ανεργίας κοκ) αν και τονώνουν την κατανάλωση εντός της επίσημης οικονομίας προσφέρουν κίνητρο στους ωφελούμενους να συμμετάσχουν σε άτυπες δραστηριότητες (Bajada, Scheinder, 2009; Kemal, 2007; Schneider, 2000; Ulus, 2002; Almenar et al., 2020). Οι άνεργοι διαθέτουν χαμηλά εισοδήματα, βάσει φορολογικών δηλώσεων, και συμμετέχουν σε παράτυπες δράσεις στερούμενοι εργασιακών δικαιωμάτων (Παλαιολόγος, Κασσάρ, 2003). Επιδρά στην παραοικονομία από 5% έως 9% (Schneider, 2009).

3.3.17. Επιδημίες.

Μεγαλύτερη ροπή προς τις επιδημίες έχουν οι εργαζόμενοι του άτυπου τομέα (ILO, 2020) εκδηλώνοντας επαγγελματικές ασθένειες ή ξαφνικά υγειονομικά συμβάντα όπως ο SARS–COV–2. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο συνδυαστικά με την παραοικονομία ανέρχονται στο 80% του πληθυσμού (Narula, 2020) επανακαθορίζοντας την ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών (Bracci et al., 2020). Οι Bennihi και Bouriche (2020) απέδειξαν ότι συμβάλλει στην πτώση της παραγωγικότητας των εργαζομένων και ότι η θνησιμότητα μειώνει το εργατικό δυναμικό. Αξιοποιώντας, οι Berdiev et al. (2020) στοιχεία από 130

²¹ Βλ. ΕΛΣΤΑΤ [<https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO02/->, Πρόσβαση: 2/1/2021].

χώρες διαπίστωσαν ότι μια αύξηση κατά 10% στην ένταση των επιδημιών οδηγεί στην ενίσχυση της παραοικονομίας κατά 2,1%.

3.3.18. Ενεργειακή κατανάλωση.

Η κατανάλωση ενέργειας είναι δείκτης της παραοικονομίας (Schneider, Buehn, 2018; Schneider, Enste, 2000; Wiseman, 2013; Suslon, Ageeva, 2009). Είναι το άθροισμα της ενεργειακής κατανάλωσης επίσημου και άτυπου τομέα, και η κατανάλωση ενέργειας ορίζεται για συγκεκριμένο διάστημα όταν είναι στάσιμη η παραγωγικότητα, οπότε μια αύξηση στο μέγεθος της παραοικονομίας θα αυξήσει την ενεργειακή κατανάλωση (Novkowska, Novkovski, 2018).

3.4. Μέθοδοι εκτίμησης της παραοικονομίας.

3.4.1. Μικροοικονομικές μέθοδοι.

3.4.1.1. Ερευνητική μέθοδος.

Η ερευνητική μέθοδος, εστιάζει στην αυτοπρόσωπη παρουσία του ερευνητή στο ερευνητικό πεδίο, διεξάγοντας εθνογραφικές μελέτες (Wilson, 2010), συνεντεύξεις (Gasparyniene, Remeikiene, 2016) και έρευνες με δομημένα ερωτηματολόγια (Williams, 2015). Μονάδα ανάλυσης είναι τα νοικοκυριά ή οι επιχειρήσεις (Williams, 2015) με στοιχεία από την μέθοδο της εξαρτημένης αποτίμησης (Contingent Valuation Method/CVM) των οικονομικών του περιβάλλοντος²². Συχνότερα, διεξάγονται έρευνες με χρήση ερωτηματολογίου, όπου καθορίζεται το ερευνητικό αντικείμενο και αξιοποιείται συγκεκριμένος όρος κάθε φορά. Μετέπειτα, διατυπώνονται οι λιγότερο ευαίσθητες ερωτήσεις, δηλώνεται αν ερευνάται η ζήτηση ή η προσφορά και αναλύεται η σχέση

²² Στην μέθοδο εξαρτημένης αποτίμησης, συλλέγονται στοιχεία με ερωτηματολόγια και επεξεργάζονται για την εκτίμηση του μέγιστου ποσού προθυμίας πληρωμής ή της ελάχιστης προθυμίας αποδοχής μιας αποζημίωσης [Βλ. Κουραντίδου Μ., Μπλιούμης Β. (2011): Επισκόπηση της CVM (Contingent Valuation Method) & εφαρμογή της σε μελέτες αξιολόγησης δασικών οικοσυστημάτων, 15^ο Πανελλήνιο Δασολογικό Συνέδριο 'Δασοπονία πολλαπλών σκοπών & κλιματική αλλαγή Προστασία & αξιοποίηση φυσικών πόρων', 16-19 Οκτωβρίου 2011, Καρδίτσα, σ. 1].

χρηστών και παρόχων (Williams, Schneider, 2016). Ωστόσο, ο ερευνητής αντιμετωπίζει ψευδείς απαντήσεις από τους ερωτώμενους με αποτέλεσμα να υποεκτιμάται η παραοικονομία, γι' αυτό και του γνωστοποιείται ο σκοπός της έρευνας (Schneider, 2019). Καθορίζεται το μέγεθος του δείγματος και ο πληθυσμός – στόχος, προωθούνται οι ειλικρινείς αποκρίσεις και οι σωστά διατυπωμένες ερωτήσεις και αξιολογούνται οι απαντήσεις (Williams, Schneider, 2016).

Έρευνες έδειξαν ότι αγοράστηκαν άτυπα αγαθά και υπηρεσίες κατά 28% στο Βέλγιο (Pestiau, 1989) και τη Νορβηγία (Isachsen, Strom, 1985). Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται οι έρευνες για την φορολογική ηθική, μετρώντας την έκταση της όπως η Παγκόσμια Έρευνα Αξιών κατά την εφαρμογή της οποίας, υπάρχει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων τα οποία αξιολογούν την φοροδιαφυγή κλιμακούμενη από 1 έως 10 (Torgler, 2003). Οι Putnins και Sauka (2015) και οι Reilly και Krstic (2018) καθιέρωσαν τις άμεσες έρευνες σε μάνατζερ επιχειρήσεων. Συνδύασαν ψευδώς δηλωθέντα εισοδήματα επιχειρήσεων, αδήλωτους ή κρυφούς εργαζόμενους και αδήλωτους μισθούς για να εκτιμηθεί η παραοικονομία. Βασίστηκαν στην υπόθεση ότι οι μάνατζερ των επιχειρήσεων γνωρίζουν, τον αριθμό των επιχειρήσεων, τα εισοδήματα και τους αδήλωτους μισθούς. Τέλος, οι Putnins και Sauka (2015) σε μελέτη τους για τις χώρες της Βαλτικής την επταετία 2009–2015, διαπίστωσαν ότι η Λετονία διέθετε την υψηλότερη με 27,8%, η Εσθονία έπετο με 17,4% και η Λιθουανία να έχει παραοικονομία ίση με 16,4%.

3.4.1.2. Φορολογικοί έλεγχοι.

Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα δηλώνουν τα εισοδήματά τους, ειδικά υπάρχει παραοικονομία το ύψος της οποίας εντοπίζεται με φορολογικούς ελέγχους (tax audits) (Van Kommer, 2013) ή άλλες μεθόδους συμμόρφωσης (Engel, Hines, 1999). Πρόκειται για δειγματοληπτική μέθοδο ή μέθοδο φορολογικής συμμόρφωσης συνδυάζοντας φορολογικές δηλώσεις με άλλες πηγές πληροφόρησης (Arsene, 2016). Αξιοποιείται από πλήθος χωρών σαν τις ΗΠΑ (IRS, 2007), τη Σουηδία (Frey, Pommerehne, 1982) και την Αυστραλία (Australian Taxation Office)²³. Στις ΗΠΑ το Εθνικό Πρόγραμμα Έρευνας εστίασε στην φοροδιαφυγή με τυχαία δειγματοληψία στα εισοδήματα των υπόχρεων, σε αντικατάση

²³ Βλ. Australian Taxation Office (<https://www.ato.gov.au/Business/Private-owned-and-wealthy-groups/What-you-should-know/Tailored-engagement/Audits/>), Πρόσβαση: 9/1/2021.

του Προγράμματος Μέτρησης Συμμόρφωσης Φορολογούμενων (Fuest, Riedel, 2009). Στόχος των ατομικών ελέγχων είναι η εκτίμηση του φορολογικού χάσματος με υπολογισμό της διαφοράς του δηλωθέντος και του πραγματικού εισοδήματος σε τυχαίο δείγμα ατόμων (Feld, Larsen, 2012). Το ύψος της παραοικονομίας των ΗΠΑ την τριετία 2011-2013 ήταν \$441 δις κατ' έτος.²⁴ Εντούτοις, το ύψος της είναι υψηλότερο στους επιχειρησιακούς ελέγχους (Frey, Pommerehne, 1984) με βραχυπρόθεσμη εκτίμηση (Frey, Schneider, 2000) γι' αυτό θεωρείται δυσλειτουργική μέθοδος (Frey, Pommerehne, 1984).

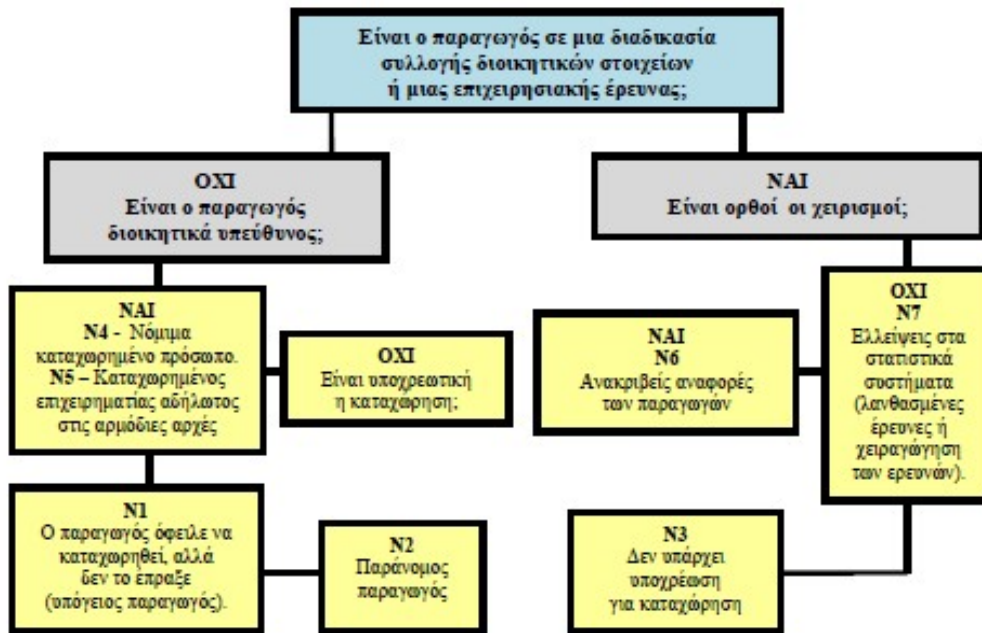
3.4.2. Μακροοικονομικές μέθοδοι.

3.4.2.1. Σύστημα των Εθνικών Λογαριασμών – Η μέθοδος της απόκλισης δημόσιων δαπανών και εισοδηματικών στατιστικών.

Το ΣΕΛ εστιάζει στις κρυφές δραστηριότητες βρισκόμενες στο όριο παραγωγής του και είναι νόμιμες αλλά δεν δηλώνονται στις επίσημες αρχές για φορολογικούς, ασφαλιστικούς λόγους και για καταπάτηση της εργατικής νομοθεσίας. Οι εθνικές στατιστικές υπηρεσίες εφαρμόζουν κατευθυντήριες γραμμές του ΟΟΣΑ (OECD, 2002) εκτιμώντας την αδήλωτη οικονομία σε διάφορα στάδια της διαδικασίας παραγωγής των ΣΕΛ. Είναι μια προσεκτική διαδικασία η οποία για να διασφαλίσει την εξαντλητική εκτίμηση (exhaustive estimation) λαμβάνει υπόψη της όλα τα ενδεχόμενα. Η Μέθοδος των Εθνικών Λογαριασμών (ΜΕΛ) για εντοπισμό των μη – παρατηρούμενων δραστηριοτήτων εστιάζει στην: υπόγεια οικονομική δραστηριότητα (N1 + N6), την άτυπη οικονομία (παραγωγή για οικεία χρήση) (N3+N4+N5), την υπόγεια στατιστική δραστηριότητα (N7) και την παράνομη δραστηριότητα (N2) (Σχήμα 1).

²⁴ Βλ. Internal Revenue Service (<https://www.irs.gov/newsroom/the-tax-gap>), Πρόσβαση: 3/12/2020.

Σχήμα 1
«Κατηγοριοποίηση της μη – παρατηρούμενης οικονομίας»



Πηγή: Medina, Schneider (2018).

Βάσει εκτιμήσεων τη διετία 2011–2012 (Gyomai, Van de Ven, 2014) η Ιταλία είχε το υψηλότερο ποσοστό παραοικονομίας με 16,2% του ΑΕΠ, ακολουθούσε η Πολωνία με 12,7%, την Σλοβακία με 12,1% και τελευταίο το Ηνωμένο Βασίλειο με 1,5%.

Αποκαλείται, εναλλακτικά, η μέθοδος των αποκλίσεων μεταξύ εισοδήματος και δαπάνης (Dilnot, Morris, 1981). Βασίζεται στο ότι το ΑΕΠ που υπολογίζεται από την πλευρά της δαπάνης μέσω εκτιμήσεων των φορολογικών αρχών (Hornstein, 1980) ισούται με το ΑΕΠ από δηλωθέντα εισοδήματα ή λογαριασμούς παραγωγής (Frey, Pommerehne, 1984) με την προκύπτουσα διαφορά να συνιστά ένδειξη άτυπης δραστηριότητας (Medina, Schneider, 2018). Χρησιμοποιήθηκε σε μελέτες για το Ηνωμένο Βασίλειο (O’ Higgins, Ruggles, 1981) και την Γερμανία (Petersen, 1982) εντοπίζοντας υψηλή παραοικονομία. Ο Davutyanyan (2008) διαπίστωσε ότι στην Τουρκία τα άτομα που δρουν άτυπα δαπανούν περισσότερα από τα άτομα στην επίσημη οικονομία, με τον άτυπο τομέα να αφορά το 83% του δηλωθέντος εισοδήματος υπερβαίνοντας κατά 21% τις επίσημες εκτιμήσεις.

3.4.2.2. Η διαφορά του επίσημου και του θεωρούμενου ως πραγματικού ποσοστού συμμετοχής του εργατικού δυναμικού.

Η ασταθής συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό (Medina, Schneider, 2018; Contini, 1981; O' Neil, 1983) δίνει το έναυσμα για εκτίμηση των αποκλίσεων μεταξύ επίσημου και θεωρούμενου ως αληθινού ποσοστού συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό, στο σύνολο του πληθυσμού. Οι Schneider και Enste (2002) υποστήριξαν ότι είναι λογιστική μέθοδος απαγορεύοντας δομικές και ανεξάρτητες αλλαγές του άτυπου τομέα στο εργατικό δυναμικό, σαν την πληθυσμιακή γήρανση η οποία δεν συνεπάγεται πάντοτε αύξηση της παραοικονομίας (Ferwerda et al., 2010). Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των εργαζόμενων συνταξιούχων στην Ελλάδα οι οποίοι λαμβάνουν, μειωμένη σύνταξη κατά 30% (Σαλούρου, 7/4/2020) αντί του 70% που ίσχυε παλαιότερα (Ρούσσο, 5/6/2018).

3.4.2.3. Νομισματικές μέθοδοι.

3.4.2.3.1. Η προσέγγιση των συναλλαγών.

Η προσέγγιση των συναλλαγών (transactions approach) αναπτύχθηκε από τον Feige (1979, 1996) διατυπώνοντας την σταθερή σχέση μεταξύ του όγκου των συναλλαγών και του επίσημου ΑΕΠ, όπως αποτυπώνεται στην ακόλουθη εξίσωση ποσότητας του Fisher (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004):

$$M*V = p*T \quad (4)$$

όπου,

M = χρήματα

V = ταχύτητα

p = τιμές

T = συνολικές συναλλαγές

Η ταχύτητα του χρήματος και η σχέση της συνολικής αξίας των συναλλαγών $p*T$ και του (επίσημου και ανεπίσημου) ονομαστικού ΑΕΠ εκφράζουν υποθέσεις. Υπολογίζεται το ΑΕΠ της άτυπης οικονομικής δραστηριότητας αποσπώντας το επίσημο από το συνολικό ΑΕΠ και συνδέοντας το με το σύνολο των συναλλαγών (Schneider, 2018). Με τον τρόπο

αυτό εκτιμάται το συνολικό εισόδημα βάσει τον όγκου των συναλλαγών, όπως ορίζει η εξίσωση (4), και την απόκλιση του από το ΑΕΠ από τα ΣΕΛ, αποτυπώνοντας το μέγεθος της παραοικονομίας (Βαβούρας, Μανωλάς, 2004). Την μέθοδο αυτή εφάρμοσαν οι Boeschoten και Fase (1984) για την Ολλανδία, και ο Langfeldt (1984) για τη Γερμανία. Υπολείπεται άλλων μεθόδων καθώς σπανίως εκπληρώνονται οι εμπειρικές απαιτήσεις για αξιόπιστες εκτιμήσεις και αποτελέσματα (Schneider, 2018).

3.4.2.3.2. Η προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης.

Η προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης (currency demand approach/CDA) επικράτησε τη δεκαετία του '80 (Ferwerda et al., 2010) με εκτεταμένη χρήση μετρητών (Medina, Schneider, 2018). Ο Cagan (1958) επιβεβαίωσε την χρήση μετρητών εστιάζοντας στην συσχέτιση φορολογικών επιβαρύνσεων και νομισματικής ζήτησης (ΗΠΑ) ακολουθούμενη από τον Gutmann (1977) δίχως στατιστικές τεχνικές. Ο Tanzi (1980, 1983) ταυτίστηκε με τον Cagan εκτιμώντας την παραοικονομία των ΗΠΑ τα έτη 1929–1980. Αξιοποίησε το μοντέλο του Feige (1979) και απομόνωσε την υπερβάλλουσα νομισματική ζήτηση (προτάσσοντας την χρήση χρονοσειρών) προσδιοριζόμενη βάσει εισοδήματος, τρόπων πληρωμής και επιτοκίων, φορολογικών επιβαρύνσεων και περίπλοκης νομοθεσίας (Hill, Kabir, 1996). Εστίασε σε οικονομετρικά υποδείγματα, όπου διατυπώθηκαν υποθετικές εκτιμήσεις για το ύψος της μεταβολής της παραοικονομίας σε συγκεκριμένο έτος κατά την περίοδο εκτίμησης και όχι για το απόλυτο μέγεθος της (Ferwerda et al., 2010). Στόχευε στην απομόνωση του προκύπτοντος πλεονάσματος των αόρατων συναλλαγών με την χρήση βασικής παλινδρομικής εξίσωσης (basic regression equation) για την εκτίμηση της νομισματικής ζήτησης. Περιλαμβάνει τις αιτίες της παραοικονομίας ως μεταβλητές και διατυπώθηκε από τον Tanzi (1983) ως εξής:

$$\ln C/M_2 = \alpha_0 + \alpha_1 \ln T + \alpha_2 \ln WS/NI + \alpha_3 \ln R + \alpha_4 \ln Y + \epsilon \quad (5)$$

Το ϵ εκφράζει ένα σφάλμα με την εξαρτημένη μεταβλητή στην εξίσωση την αναλογία συναλλαγματικών διαθεσίμων (C) προς χρήματα (M_2). Ανεξάρτητες μεταβλητές είναι το κατά κεφαλήν εισόδημα (Y), το επιτόκιο των προθεσμιακών καταθέσεων (R), η αναλογία μισθών και μισθών σε εθνικό εισόδημα (WS/NI) και η μεταβλητή φόρου εισοδήματος (T). Με ασταθείς εκτιμήσεις (Frey, Pommerehne, 1984) και έμφαση στο δολάριο των ΗΠΑ ως διεθνές νόμισμα (Feige, 1996) επαναδιατυπώθηκε (Bhattacharya et. al., 1986;

Bhattacharya, 1999; Giles, 1999). Υποεκτιμήθηκε η παραοικονομία με χρήση μετρητών στις συναλλαγές (Isachsen, Strom, 1985) και εκφράστηκε αβεβαιότητα για την ταχύτητα του χρήματος σε επίσημο και άτυπο τομέα (Klovland, 1984; Hill, Kabir, 1996).

Η νομισματική προσέγγιση λόγω αντοχής στις δυσκολίες των οικονομετρικών εξελίξεων επιλέγεται συχνά (Ferwerda et al., 2010). Αξιοποιήθηκε από την Δριτσάκη (2007) μαζί με το φίλτρο των Hodrick και Prescott (1997)²⁵ εκτιμώντας την παραοικονομία του κατά κεφαλήν ιδιωτικού εισοδήματος στην Κύπρο. Διαπίστωσε ότι η μέση τιμή το διάστημα 1960–2005 ήταν 10,7%, αυξανόμενη κατά 88,73%. Είχε κάθοδο κατά 11,25% όταν αυξήθηκε κατά 10% το κατά κεφαλή εισόδημα ενώ κατακρημνίστηκε 14,17% όταν μειώθηκε κατά 10% το χάσμα πραγματικού και επιθυμητού εισοδήματος. Ενισχύθηκε 8,96% με αύξηση φορολογίας 10% και κατά 11,24% με διόγκωση της ανεργίας στο 10%. Για αντίστοιχες εκτιμήσεις στην Κίνα το διάστημα 1978-2016, οι Chen και Schneider (2018) κατασκεύασαν δύο μοντέλα νομισματικής ζήτησης. Φορολογικές και ασφαλιστικές επιβαρύνσεις, ρυθμιστικό πλαίσιο, αγροτική απασχόληση και δημοσιονομική αποκέντρωση επέδρασαν στην παραοικονομία η οποία ήταν 18,44% το 1978, 32,16% το 1989 με πτωτική πορεία το 2016 φθάνοντας στο 4,27%. Οι Bouriche και Bennihi (2020) εκτίμησαν την παραοικονομία της Αλγερίας για το διάστημα 1980–2019 διαπιστώνοντας ότι βασική αιτία της είναι η φορολογική επιβάρυνση με το μέγεθος της να είναι στο 21% του επίσημου ΑΕΠ. Οι Alm και Embaye (2013) έπραξαν παρόμοια για 111 χώρες τα έτη 1984–2006 και διαπίστωσαν ότι κυμάνθηκε η παραοικονομία από 10% έως και 86% του ΑΕγχΠ. Το ύψος της διαφέρει ανά επίπεδο εισοδήματος, φθάνοντας στο 24% για τις χώρες υψηλού εισοδήματος μη μέλη του ΟΟΣΑ, 33% για τα κράτη μεσαίου εισοδήματος, 37% στις χώρες χαμηλού – μεσαίου εισοδήματος και 38% στα κράτη με χαμηλό εισόδημα, σε αντίθεση με το 17% του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ.

²⁵ Το φίλτρο των Hodrick και Prescott είναι μαθηματικό εργαλείο που χρησιμοποιείται στη θεωρία των οικονομικών κύκλων για τον εντοπισμό οικονομικών δεδομένων με την χρήση της μεταβλητότητας και της συσχέτισης δύο μεταβλητών [Βλ. Δριτσάκη Χ. (2007): Η παραοικονομία στην Κύπρο: Μια εμπειρική έρευνα, Πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής, Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Αθήνα, σ. 1, Hodrick R.J., Prescott E.C. (1997): Postwar US Business Cycles: An empirical investigation, *Journey of Money, Credit & Banking*, 29 (1), p. 6-7].

3.4.2.3.3. Απλή αναλογία νομισμάτων – τραπεζικού λογαριασμού.

Ο Gutmann (1977) μελέτησε την διαφοροποίηση της σχέσης μεταξύ της νομισματικής κυκλοφορίας και της ζήτησης καταθέσεων για την εκτίμηση της μαύρης οικονομίας των ΗΠΑ. Υποστήριξε ότι είναι μεγαλύτερη η ταχύτητα του εισοδήματος από τον υπολογισμό του, αφού δεν αξιοποιείται το σύνολο των μετρητών και των καταθέσεων στις συναλλαγές επιβεβαιώνοντας την υποεκτίμηση της. Διαπίστωσε την παραγωγή νόμιμου ΑΕΠ ύψους \$1.693 δις από ζήτηση καταθέσεων ύψους \$226,2 δις και \$49,1 δις νόμιμων μετρητών. Ταύτισε την ταχύτητα κυκλοφορίας νόμιμου και αδήλωτου εισοδήματος, με την άτυπη νομισματική κυκλοφορία ύψους \$28,7 δις δημιουργώντας όγκο συναλλαγών υπό το πρίσμα της μαύρης οικονομίας στις ΗΠΑ ύψους \$176 δις, το 1976 (Pyle, 1989). Πέραν των μετρητών στις άτυπες συναλλαγές ενισχύθηκε η χρήση επιταγών (Feige, 1980). Ο Cagan (1958) θεώρησε ότι το αδήλωτο εισόδημα ωθεί σε ανεξέλεγκτη νομισματική ζήτηση ενώ ο Feige (1979) πίστευε ότι ο άτυπος τομέας έχει καλύτερη οργάνωση από τον επίσημο, και δύναται να έχει υψηλότερη ταχύτητα εισοδήματος (Langfeldt, 1989). Επικρίθηκε η προσέγγιση του Gutmann καθώς η άτυπη δραστηριότητα επιδρά στον δείκτη καταθέσεων νομίσματος – ζήτησης. Αναθεωρήθηκε με πολλές μεταβλητές να επιδρούν στη νομισματική αναλογία, κατά τον Cagan (1958). Η Guliev (2019) σε μελέτη της για το Αζερμπαϊτζάν υποστήριξε ότι τα μετρητά ως κύριο μέσο συναλλαγών προσελκύουν άτομα που δραστηριοποιούνται στην παραοικονομία, διατυπώνοντας την ακόλουθη δομική εξίσωση:

$$Y_u = Y_0 \times \frac{(C - K_0 \times D)}{C + D} = Y_0 \times \frac{(C - K_0 \times D)}{M_1} \quad (6)$$

Όπου το Y_u – ΑΕΠ αντιστοιχεί στην παραοικονομία και το Y_0 – ΑΕΠ στην επίσημη οικονομία. Ακόμη, τα μετρητά εκτός τραπεζικού συστήματος ή το C ισούται με το άθροισμα της νομισματικής κυκλοφορίας επίσημης και άτυπης οικονομίας ($C = C_o + C_u$). Επιπρόσθετα, η ταχύτητα του χρήματος υπολογίζεται ως ΑΕγχΠ διαιρεμένο σε συνολικό χρηματικό ποσό M_1 και θεωρείται ταυτόσημη η ταχύτητα του χρήματος στην επίσημη και άτυπη οικονομία ($V_o = V_u$). Όταν αυξάνεται κατά K το $\left(\frac{C}{D} = K\right)$ οδηγεί σε εξάπλωση της παραοικονομίας με το D υποδεικνύει την ζήτηση καταθέσεων. Ωστόσο, θεωρείται ότι, δεν υπάρχει παραοικονομία στο έτος βάσης και η K_o έχει την χαμηλότερη τιμή του έτους.

Τέλος, η νομισματική κυκλοφορία προσδιορίζεται από το χάσμα μεταξύ των χρημάτων που χρησιμοποιείται εκτός του επίσημου τραπεζικού δικτύου και των δαπανώμεν χρημάτων στην επίσημη οικονομία ($C_u = C - C_o$).

3.4.2.4. Η μέθοδος ηλεκτρικής κατανάλωσης.

3.4.2.4.1. Προσέγγιση Kaufmann – Kaliberda.

Οι Kaufmann και Kaliberda (1996) υποστήριξαν ότι η κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας είναι ο απόλυτος φυσικός δείκτης της οικονομικής δραστηριότητας. Πρότειναν χρήση της διαφοράς μεταξύ της ανόδου της κατανάλωσης ηλεκτρικής ενέργειας και του επίσημου ΑΕΠ, αξιοποιώντας στοιχεία για την συνολική ελαστικότητα του ΑΕΠ ηλεκτρικής ενέργειας που βρίσκεται κοντά στο 1. Διεξήγαγαν μελέτη για την παραοικονομία στην Ουκρανία και τις χώρες του πρώην Σοβιετικού μπλόκ διατυπώνοντας την ακόλουθη υπόθεση (Lazar et al., 2008):

$$\varepsilon_t = e_o/gdp_o = e_1/gdp_1 = \dots e_t/gdp_t \dots = e_n/gdp = \approx 1 \quad (7)$$

όπου το ε εκφράζει την ελαστικότητα της ηλεκτρικής κατανάλωσης σε όρους ΑΕΠ και e την αύξηση (ή την μείωση) του παγκοσμίου επιπέδου της ενεργειακής κατανάλωσης σχετιζόμενη με τα προηγούμενα έτη, gdp αντιπροσωπεύει την αύξηση (ή την μείωση) σχετιζόμενη με τα προηγούμενα έτη, t και n τα συγκεκριμένα έτη. Πρόσθεσαν το επίσημο και άτυπο ΑΕΠ υπολογίζοντας το ονομαστικό ΑΕΠ και το εκτίμησαν αξιοποιώντας τις χρονοσειρές του e και του gdp . Θεώρησαν ότι το μέγεθος της παραοικονομίας είναι αποτέλεσμα της απόκλισης ονομαστικού και επίσημου ΑΕΠ.

Οι Kyle et al. (2001) εκτίμησαν την παραοικονομία στη Βουλγαρία τη δεκαετία 1989–1998 προσεγγίζοντας το μοντέλο των Kaufmann – Kaliberda σε βελτιωμένη έκδοση, διατυπώνοντας την ακόλουθη σχέση:

$$TA_n = E_n * (TA_{base}/E_{base}) \quad (8)$$

όπου n και $base$ αποτυπώνουν το έτος βάσης και το μελετώμενο έτος, και το E εκφράζει την κατανάλωση (ηλεκτρικής) ενέργειας. Θεώρησαν ότι:

$$SE = \frac{TA - Y}{Y} = \frac{TA}{Y} - 1 \quad (9)$$

όπου Y είναι το ΑΕΠ της χώρας και άφησαν το $SE = x$ να είναι το κλάσμα της παραοικονομίας του ΑΕΠ στο έτος βάσης, οπότε:

$$TA_{base} = Y_{base} (1 + x) \quad (10)$$

$$TA_n = E_n * \frac{Y_{base} (1 + x)}{E_{base}} = (1 + x) * \frac{Y_{base} * E_n}{E_{base}} \quad (11)$$

Επομένως η παραοικονομία στο έτος βάσης n έχει ως εξής:

$$SE_n = (1 + x) * \left(\frac{Y_{base}}{E_{base}} / \frac{Y_n}{E_n} \right) - 1 \quad (12)$$

Εκτός από τους Kyle et al. (2001) στοχευμένη προσέγγιση για την εκτίμηση της παραοικονομίας είχε η Garvanlieva et al. (2012) βελτιώνοντας το μοντέλο των Kaufmann – Kaliberda για το διάστημα 2000–2010 στη Δημοκρατία της Βόρειας Μακεδονίας, διατυπώνοντας την ακόλουθη εξίσωση:

$$S_t = S_{t-1} \left(1 + \frac{1}{\mu} gEt - gYt \right) = S_0 \prod_{i=1}^t \left(1 + \frac{1}{\mu} gEi - gYi \right) \quad (13)$$

όπου

S_t είναι η παραοικονομία σε ένα συγκεκριμένο έτος

S_0 είναι το αποτέλεσμα της παραοικονομίας σε ένα έτος βάσης.

gEt είναι το ετήσιο ποσοστό ανάπτυξης της δύναμης ηλεκτρικής κατανάλωσης

gYt είναι το ποσοστό ετήσιας ανάπτυξης του ΑΕΠ

μ είναι η εξαγόμενη ελαστικότητα της ηλεκτρικής κατανάλωσης.

Ο μέσος όρος της παραοικονομίας ήταν 36,04% ενώ στο έτος βάσης ήταν μειωμένο κατά 34,01%. Θεωρείται απλή μέθοδος καθώς περιέχει όλες τις μορφές ηλεκτρικής ενέργειας (Medina, Schneider, 2018). Τα προβλήματα που παρουσιάζει επιλύονται με εφαρμογή (Kaufmann, 1997) τομεακής κατανάλωσης ενέργειας στο ΑΕγχΠ σε τομείς δραστηριότητας και όχι στην παγκόσμια αξία τους.

3.4.2.4.2. Προσέγγιση Lacko.

Η Lacko εστίασε στην μέθοδο της ηλεκτρικής κατανάλωσης για επιδιόρθωση των δυσχερειών των άλλων μεθόδων εκτίμησης, περιλαμβάνοντας δραστηριότητες των νοικοκυριών και ενός συνόλου άτυπων πράξεων. Παρομοιάζει την εκτίμηση της οικιακής ηλεκτρικής κατανάλωσης με την παραοικονομία (Lacko, 1996) όπως αποτυπώνει η εξίσωση (14) (Lazar et al., 2008):

$$\ln E_t = \alpha_1 I_n C_t + \alpha_2 I_n PR_t + \alpha_3 G_t + \alpha_4 Q_t + \alpha_5 H_t + u_t \quad (14)$$

$$\text{με } \alpha_1 > 0, \alpha_2 < 0, \alpha_3 > 0, \alpha_4 < 0, \alpha_5 > 0$$

όπου i αντιστοιχεί στον αριθμό που έχει εκχωρηθεί στη χώρα,

E_i είναι κατά κεφαλήν οικιακή κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας στη χώρα i ,

C_i είναι κατά κεφαλήν πραγματική κατανάλωση νοικοκυριών χωρίς την κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας στη χώρα i σε δολάρια ΗΠΑ (με ισοτιμία αγοραστικής δύναμης),

Το PR_i είναι η πραγματική τιμή κατανάλωσης 1 kWh ηλεκτρικής ενέργειας κατοικιών σε δολάρια ΗΠΑ (με ισοτιμία αγοραστικής δύναμης),

Το G_i είναι η σχετική συχνότητα μηνών που απαιτεί θέρμανση σε σπίτια στη χώρα i ,

Το Q_i είναι ο λόγος πηγών ενέργειας εκτός της ενέργειας ηλεκτρικής ενέργειας προς όλες τις πηγές ενέργειας στην οικιακή κατανάλωση ενέργειας,

H_i είναι η κατά κεφαλήν παραγωγή της κρυμμένης οικονομίας,

T_i είναι η αναλογία του αθροίσματος των προσωπικών εσόδων, των εταιρικών κερδών και των φόρων επί αγαθών και υπηρεσιών προς το ΑΕΠ,

Το S_i είναι ο λόγος των δημοσίων δαπανών κοινωνικής πρόνοιας προς το ΑΕγχΠ, και

Το D_i είναι το άθροισμα του αριθμού των εξαρτώμενων ατόμων άνω των 14 ετών και των ανενεργών εισοδήματος, και τα δύο ανά 100 ενεργά άτομα.

Η Lacko (1996) θεώρησε την παραοικονομία πολύπλοκο φαινόμενο εστιάζοντας στους παράγοντες που την διαμορφώνουν με την ακόλουθη εξίσωση (15):

$$H_{ij} = {}_1TL_{ij} + {}_2TC_{ij} + {}_3D_{ij} + {}_4I_{ij} + {}_5EX_{ij} \quad (15)$$

$${}_1 \geq 0, {}_2 \geq 0, {}_3 \geq 0, {}_4 \geq 0, {}_5 \leq 0$$

όπου

TL_{ij} : φορολογικοί συντελεστές στο εισόδημα από εργασία στη χώρα i στο έτος j

TC_{ij} : φορολογικοί συντελεστές κεφαλαιακού εισοδήματος στη χώρα i στο έτος j

D_{ij} : μείωση της παραγωγής από το 1989: $D_{ij} = 1 - (\text{GDP}_{ij}/\text{GDP}_{1989})$

I_{ij} : ετήσιο ποσοστό πληθωρισμού των τιμών καταναλωτή

EX_{ij} : γενικές κυβερνητικές δαπάνες, ως % του ΑΕΠ.

Η Lacko (1996) εκτιμά την εξίσωση (13) αντικαθιστώντας το Hi με την εξίσωση (14) ταξινομώντας τις χώρες βάσει της ηλεκτρικής κατανάλωσης των νοικοκυριών στις παράτυπες δραστηριότητες τους. Υποστήριξε ότι έπρεπε να είναι γνωστό πόσο είναι το μέρος το παραγόμενο ΑΕΠ από μια μονάδα ηλεκτρικής ενέργειας στην παραοικονομία κάθε χώρας. Με ορόσημο την παραοικονομία των ΗΠΑ στο 10,5% του ΑΕΠ, η Lacko εκτίμησε το αντίστοιχο μέγεθος στις δυτικές χώρες και την ΚΑΕ. Επικρίθηκε αφού δεν απαιτεί κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας το σύνολο των δραστηριοτήτων και παράλληλα, αμφισβητείται στις ΚΑΕ η χρήση του επιπέδου της παραοικονομίας μεταξύ των χωρών (Schneider, Enste, 2000).

3.4.3. Ευέλικτα πολυπαραγοντικά μοντέλα.

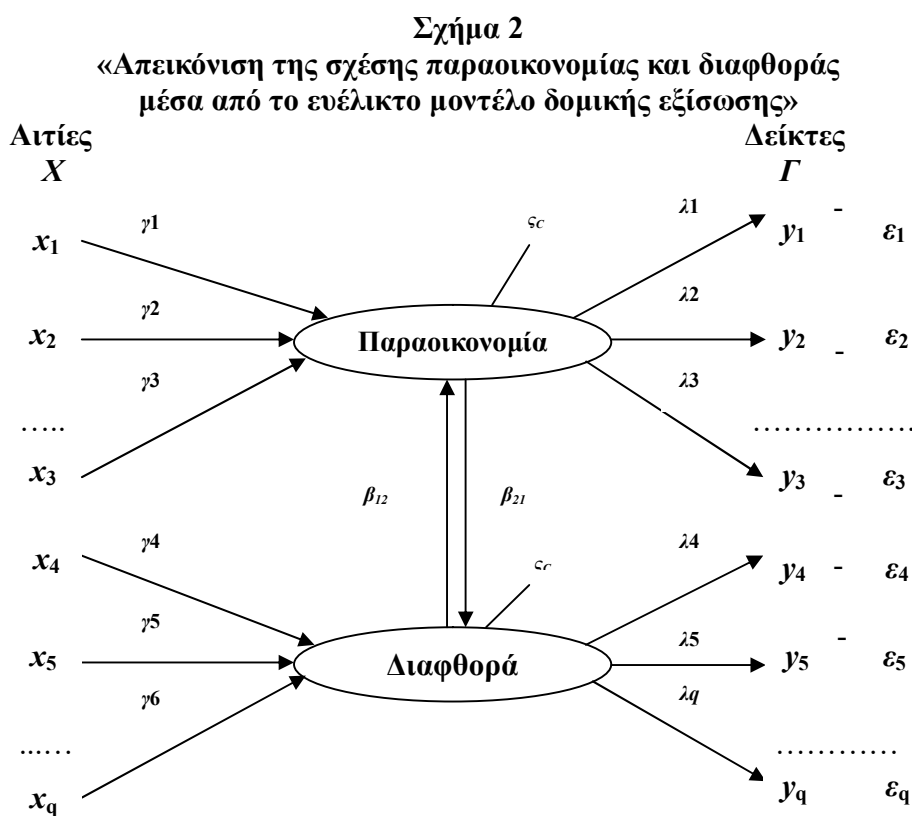
3.4.3.1. Μοντέλο δομικής εξίσωσης (Structural Equation Model).

Το μοντέλο δομικής εξίσωσης (ΜΔΕ) εντοπίζεται στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και μελετήθηκε από τους Spearman (1904), Wright (1921, 1934), Blalock (1961) και Duncan (1966). Αργότερα, ενσωματώθηκαν η παραγοντική ανάλυση και η ανάλυση διαδρομών στο μοντέλο των Joreskog, Keeskling και White (Bentler, 1980; Kline, 2021). Εστίασαν σε μετέπειτα σε αυτά οι Goldberger (1972) και οι Bielby και Hauser (1977). Πρόκειται για εμπειρικό μοντέλο επεξηγώντας την σχέση της παραοικονομίας με μια άλλη λανθάνουσα μεταβλητή, όπως η διαφθορά ή η δημοσιονομική ψευδαίσθηση (Buehn et al., 2018). Εστιάζει στις αιτίες των φαινομένων και τα αποτελέσματα τους με μακροοικονομικές προοπτικές. Προκύπτει μια δομική εξίσωση στοχεύοντας στην μείωση της διαφθοράς αναβαθμίζοντας την οικονομία. Αποτελείται από τις δύο λανθάνουσες μεταβλητές εξετάζοντας την σχέση τους με δομές συνδιακύμανσης (Kumanova, Manolov, 1996):

$$\eta = B_{\eta} + \Gamma_{\xi} + \zeta \quad (16)$$

όπου κάθε x_i , $i = 1, K, q$ του διανύσματος $x' = (x_1, x_2, K, x_q)$ είναι μια πιθανή αιτία μιας εκ των δύο λανθάνουσών μεταβλητών που εμπεριέχονται στο διάνυσμα η . Οι ατομικοί συντελεστές $\gamma' = (\gamma_1, \gamma_2, K, \gamma_q)$ στο πλαίσιο Γ περιγράφουν την σχέση μεταξύ των δύο

λανθανουσών μεταβλητών και των αιτιών τους. Κάθε λανθάνουσα μεταβλητή καθορίζεται από ένα σετ εξωγενών παραγόντων. Ακόμη, το διάνυσμα ζ αντιστοιχεί στο ανεξήγητο περιεχόμενο, του πλαισίου συνδιακύμανσης για το οποίο συντομεύεται από το Ψ , Φ είναι το πλαίσιο συνδιακύμανσης των αιτιών. Το πλαίσιο B αποτυπώνει μεταξύ των δύο λανθανουσών μεταβλητών (Σχήμα 2) (Kumanova, Manolov, 1996).



Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από Kumanova, Manolov (1996).

Το μοντέλο μέτρησης συνδέει τις δύο λανθάνουσες μεταβλητές με τους πολλαπλούς παρατηρούμενους δείκτες υποθέτοντας ότι η κάθε μια από αυτές καθορίζει τους δείκτες της:

$$y = \Lambda_{\eta} + \varepsilon \quad (17)$$

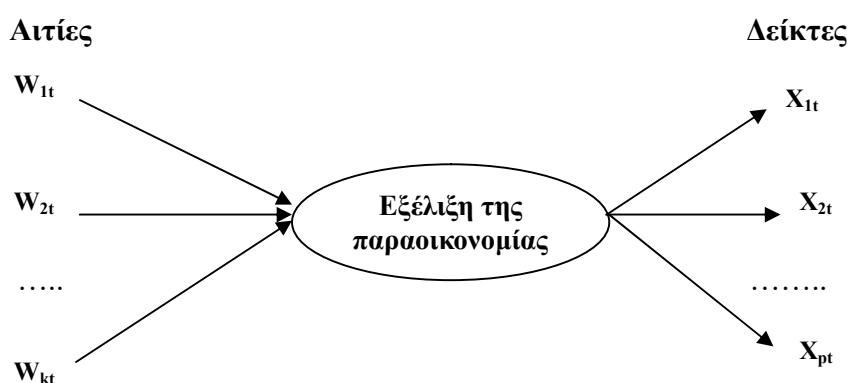
όπου $y' = (y_1, y_2, K, y_p)$ είναι το διάνυσμα των δεικτών για διαφθορά και παραοικονομία, Λ είναι το πλαίσιο των συντελεστών παλινδρόμησης, ε είναι το διάνυσμα των διαταραχών του λευκού θορύβου. Η δοκιμή των υποθέσεων για τις θεωρητικές σχέσεις μεταξύ των λανθανουσών μεταβλητών, των αιτιών και των δεικτών τους είναι βοηθητική για την ανάλυση τους. Η λανθάνουσα μεταβλητή και οι μονάδες μέτρησης δεν είναι ευκρινείς

οπότε τα ΜΔΕ παρέχουν ένα σει συντελεστών εκτίμησης από τους οποίους υπολογίζεται ένας δείκτης απεικονίζοντας τις δυναμικές των μη ορατών μεταβλητών (Schneider, 2018). Διαθέτουν ευελιξία εστιάζοντας στην μοντελοποίηση παρατηρούμενων και λανθανουσών μεταβλητών, στην κατασκευή δομικής θεωρίας στην πιθανότητα εκτίμησης των κυκλικών ή ασύμμετρων αποτελεσμάτων αλληλεπίδρασης μεταξύ των μεταβλητών καθώς και την σπουδαιότητα των ΜΔΕ ως στατιστικό εργαλείο (Dell' Anno, Schneider, 2009).

3.4.3.2. Μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών (Multiple Indicators–Multiple Causes Model).

Το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών, προέρχεται από την παραγοντική ανάλυση (Zellner, 1970; Joreskog και Goldberger, 1975; Frey και Weck , 1983, 1984; Aigner et al., 1988; Giles, 1999; Giles et al., 1999). Είναι ένα είδος ΜΔΕ βασισμένο στην στατιστική θεωρία των απαρατήρητων μεταβλητών, με χρήση του αναλυτικού παράγοντα για την εκτίμηση του μεγέθους της παραοικονομίας ως μια μη παρατηρούμενη μεταβλητή στον χρόνο (Rocque et al., 2019). Λαμβάνει υπόψη του προσδιοριστικούς παράγοντες διαχωρίζοντας τους σε δείκτες και αιτίες (Σχήμα 3) οι οποίοι επιδρούν στην παραοικονομία και σχετίζονται με μεταβλητές στις οποίες η παραοικονομία επιδρά (δείκτες) (Medina, Schneider, 2019) βάσει της στατιστικής θεωρίας των μη παρατηρούμενων μεταβλητών (Schneider, 2018).

Σχήμα 3
«Σχηματική απεικόνιση της παραοικονομίας
με το ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών»



Ίδια επεξεργασία, από Buehn, Schneider (2013).

Βασίζεται στην στατιστική ιδέα ενός δείγματος πλαισίου διακύμανσης, ως ένα πλαίσιο διακύμανσης των παρατηρούμενων μεταβλητών, με παραμετρική δομή προς αυτό με χρήση ενός υποθετικού μοντέλου. Το μοντέλο μέτρησης συνδέει την μη παρατηρούμενη (εξαρτώμενη) μεταβλητή και τις παρατηρούμενες (ανεξάρτητες) μεταβλητές, αξιοποιώντας πληροφορίες διακύμανσης από τις παρατηρητέες μεταβλητές. Η εκτίμηση των παραμέτρων με συντελεστές και διακυμάνσεις και η αξιολόγηση εφαρμογής του μοντέλου, γίνεται με την χρήση επιβεβαιωτικού παράγοντα. Με τον τρόπο αυτό, αναλύονται οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές εκτιμώντας την σχέση μεταβλητών με δείκτες και αιτίες στην παραοικονομία και η επιβεβαίωση της θεωρίας ή των υποθέσεων (Schneider, 2018).

Αποτελείται από το ΜΔΕ και το μοντέλο μέτρησης (Schneider, 2018). Για το *μοντέλο δομικής εξίσωσης* η μη παρατηρούμενη μεταβλητή η_t , είναι αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων/αιτιών $x'_t = (x_1, x_2, \dots, x_q)$ για εκτίμηση της κινητικότητας και του μεγέθους της, υπόκεινται σε δομική διαταραχή όρου σφάλματος (structural disturbance error term) ζ_t . Η δομική εξίσωση αποτυπώνεται ως εξής:

$$\eta_t = \gamma' x_t + \zeta_t \quad (18)$$

όπου γ' είναι μια q διανυσματική σειρά των δομικών παραμέτρων. Στο *μοντέλο μέτρησης* η λανθάνουσα μεταβλητή η_t , προσδιορίζει ένα p διάνυσμα $y'_t = (y_1, y_2, \dots, y_p)$ των δεικτών, το οποίο, δείχνοντας τις παρατηρούμενες μεταβλητές των άτυπων συναλλαγών, υπόκεινται σε ένα p διάνυσμα των τυχαίων όρων σφάλματος $\varepsilon'_t = (\varepsilon_1, \varepsilon_2, \dots, \varepsilon_p)$. Η μη παρατηρούμενη μεταβλητή η_t , είναι μια κλίμακα και το λ είναι μια p στήλη διανύσματος των παραμέτρων που συσχετίζουν το y_t και το η_t . Η εξίσωση της μέτρησης έχει ως εξής:

$$y_t = \lambda \eta_t + \varepsilon_t \quad (19)$$

Υποκαθιστώντας την εξίσωση (17) με την εξίσωση (18) αποφέρει μια ελαττωμένη μορφή εξίσωσης εκφράζοντας τις σχέσεις μεταξύ των παρατηρούμενων αιτιών και δεικτών, η οποία, είναι μεταξύ x_o και y_o , όπως φαίνεται στην εξίσωση (20):

$$y_o = \Pi x_o + z_o \quad (20)$$

όπου $\Pi = \lambda \gamma'$ είναι ένας συντελεστής συσχέτισης μειωμένης μορφής και $z_o = \lambda \zeta_o + \varepsilon_o$ είναι ένα διάνυσμα μορφής γραμμικού μετασχηματισμού διαταραχών που έχει ένα πλαίσιο μειωμένης μορφής συνδιακύμανσης Ω δοθέντος ως:

$$\Omega = \text{Cov}(z_\theta) = E[(\lambda z_\theta + \varepsilon_\theta)(\lambda z_\theta + \varepsilon_\theta)'] = \lambda \psi \lambda' + \Theta_\varepsilon \quad (21)$$

όπου $\psi = \text{Var}(z_\theta)$ και $\Theta_\varepsilon = E(\varepsilon_\theta \varepsilon_\theta')$ είναι ο πίνακας συνδιακύμανσης του σφάλματος μέτρησης. Χρησιμοποιεί πληροφορίες συσχέτισης δείγματος δεδομένων για να αντληθούν εκτιμήσεις των πληθυσμιακών παραμέτρων. Μηδενίζει την απόσταση μεταξύ ενός παρατηρούμενου (δείγματος) πίνακα συνδιακύμανσης και του πίνακα συνδιακύμανσης που προβλέπει το μοντέλο που ο μελετητής επιβάλλει στα δεδομένα. Δομικό στοιχείο αυτής είναι ο πίνακας συνδιακύμανσης των παρατηρούμενων μεταβλητών ως συνάρτηση παραμέτρων του μοντέλου:

$$\Sigma = \Sigma(\theta) \quad (22)$$

όπου Σ είναι ο πληθυσμός του πίνακα συνδιακύμανσης των παρατηρούμενων μεταβλητών, θ είναι ένα διάνυσμα το οποίο περιέχει τις παραμέτρους του μοντέλου και $\Sigma(\theta)$ είναι ο πίνακας συνδιακύμανσης ως μια λειτουργία του θ , υπονοώντας ότι κάθε στοιχείο του πίνακα συνδιακύμανσης είναι η λειτουργία μια ή περισσότερων παραμέτρων του μοντέλου. Εάν το υποθετικό μοντέλο είναι ορθό και οι παράμετροι γνωστές, ο πληθυσμός του πίνακα συνδιακύμανσης θα αναπαραχθεί επακριβώς, όπου το Σ ισούται με $\Sigma(\theta)$. Είναι άγνωστες οι πληθυσμιακές κυμάνσεις και οι συνδιακυμάνσεις ή οι παράμετροι, αλλά αντ' αυτού χρησιμοποιείται το δείγμα του πίνακα συνδιακύμανσης και οι εκτιμήσεις του δείγματος των άγνωστων παραμέτρων της εκτίμησης (Bollen, 1989).

Οι Davidescu και Scheider (2019) θεώρησαν ως αιτίες της παραοικονομίας στη Ρουμανία την ανεργία, την ποιότητα των ρυθμίσεων, την αυτοαπασχόληση και την έμμεση φορολογία. Το ύψος της μειώθηκε ως το 2008 και ήταν 27,8% του επίσημου ΑΕγχΠ, ενώ διαπιστώθηκε άνοδος και μείωση τα τελευταία τρίμηνα της οικονομικής κρίσης. Οι Boitano και Abanto (2019) εκτίμησαν την παραοικονομία στη Λατινική Αμερική στο 34% (19,83% στις χώρες του ΟΟΣΑ). Ακολούθως, οι Chen et al. (2020) υπολόγισαν την παραοικονομία 30 κινεζικών επαρχιών για το διάστημα 1985–2016. Διαπίστωσαν ότι ήταν 13,55% το 1995, 14,39% το 2009 και εν συνεχεία μειώθηκε φθάνοντας το 2016 στο 12,3%. Οι Angour και Mnili (2019) με την ίδια μέθοδο, εκτίμησαν την παραοικονομία και την φοροδιαφυγή στο Μαρόκο, σε 38,74% και 6,19% του ΑΕΠ για το ίδιο διάστημα.

Η μέθοδος αυτή πλεονεκτεί (Hassan, Schneider, 2016b) αφού εκτιμά την παραοικονομία μόνο σε σχετικές τιμές ενώ προκύπτουν σφάλματα μέτρησης λόγω χρήσης ορισμένων ad hoc οικονομετρικών προδιαγραφών. Δεν εξάγονται συμπεράσματα σε μικροοικονομικό

επίπεδο αλλά αξιοποιείται ένα τεράστιο σύνολο δεδομένων για την κατάσταση στάσης και κανονικότητας. Επιλέγονται υποκειμενικά μεταβλητές όπου δείκτες σαν την ανεργία αξιοποιούνται εναλλάξ ως αιτίες ή ως δείκτες (Fedajev, Arsic, 2017).

Αυτά τα μοντέλα, διασφαλίζουν την επίσημη εκτίμηση και δοκιμαστικές διαδικασίες, όπως αυτές με την μέθοδο της ελάχιστης πιθανότητας (Giles, Tedds, 2002). Οι υποθέσεις είναι απεριόριστες (Cassar, 2001) για εφαρμογή των επιλεγμένων μεταβλητών (Thomas, 1992). Υπερίσχυσε έναντι άλλων εκτιμητικών μεθόδων (Schneider, Enste, 2000) λόγω ευελιξίας, εντούτοις επικρίθηκε η εφαρμογή του, το δείγμα, η αξιοπιστία των εκτιμήσεων (Schneider, 2018) και ο εννοιολογικός προσδιορισμός του φαινομένου (Helberger, Knepel, 1988; Dell' Anno, 2003). Άρα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το εξειδικευμένο μοντέλο να περιέχει άσχετους με τις άτυπες δραστηριότητες ορισμούς γι' αυτό και πρέπει εξ αρχής να εξαιρεθούν συγκεκριμένες δραστηριότητες από τον ορισμό και να οριστεί η μονάδα ανάλυσης της έρευνας ad hoc (Schneider, 2018). Οι εκτιμήσεις των ΜΔΕ οδηγούν σε ασταθείς συντελεστές οι οποίοι ελαχιστοποιούνται με την αύξηση του δείγματος και εναλλακτικές προδιαγραφές του μοντέλου (Helberger, Knepel, 1988). Τα δεδομένα χρονοσειρών είναι ζήτημα αφού μόνο τα απλά αναλυτικά εργαλεία (πίνακας απεικόνισης δεδομένων) διατίθενται για την ανάλυση των ιδιοτήτων του υπολοίπου (Dell' Anno, 2003).

3.4.3.3. Μοντέλο διόρθωσης σφάλματος πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών (Error Correction MIMIC Model).

Τα μοντέλα διόρθωσης σφαλμάτων πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών είναι μια κατηγορία μοντέλων πολλαπλών χρονοσειρών εκτιμώντας άμεσα την ταχύτητα εξάρτησης μιας μεταβλητής Y επιστρέφοντας στην ισορροπία κατόπιν αλλαγής σε μια ανεξάρτητη μεταβλητή X . Αξιοποιούνται για την εκτίμηση των βραχυπροθέσμων και μακροπρόθεσμων επιρροών μιας χρονοσειράς σε μια άλλη και συνδυάζονται με τις θεωρίες πολιτικών και κοινωνικών διαδικασιών και με την θεωρητική μέθοδο εκτίμησης μοντέλων χρονοσειρών. Έχουν καλύτερα αποτελέσματα εστιάζοντας σε ολοκληρωμένα στοιχεία και αξιοποιήσιμα με σταθερά δεδομένα βάσει της εξίσωσης (23) (Best, 2008):

$$\Delta Y_t = \alpha + \beta \Delta X_{t-1} - \beta EC_{t-1} + \varepsilon_t \quad (23)$$

όπου EC είναι το περιεχόμενο της διόρθωσης σφάλματος του μοντέλου εστιάζοντας στην ταχύτητα στην οποία αλλάζουν οι προαναφερθείσες διαφορές από την ισορροπία. Για οποιεσδήποτε ολοκληρωμένες $I(1)$ μεταβλητές x_t και y_t με διάνυσμα συνένωσης $[1 - \beta]$, γνωρίζουμε ότι οι αρχικές τους διαφορές Δx_t και Δy_t καθώς και τη μακροχρόνια σχέση τους $y_t - \beta x_t$ είναι $I(0)$. Γι' αυτό και το μοντέλο είναι το εξής (Buehn, Schneider, 2008):

$$\Delta y_t = \gamma \Delta x_t + \lambda u_{t-1} + w_t \quad (24)$$

όπου w_t είναι ένας όρος σφάλματος λευκού θορύβου (*white noise*)²⁶ και όλες οι εκφράσεις είναι $I(0)$. Το υπόλοιπο u_{t-1} είναι το σφάλμα ισορροπίας με καθυστέρηση μιας περιόδου της συνένωσης της μακροπρόθεσμης εξίσωσης και χρησιμοποιείται ως όρος διόρθωσης σφάλματος στη δυναμική παλινδρόμηση πρώτης διαφοράς εξίσωσης (21). Εφαρμόστηκε από τους Ogbuabor και Malaolu (2013) στη Νιγηρία εστιάζοντας στη σχέση ισορροπίας συνένωσης και τη βραχυπρόθεσμη δυναμική διόρθωσης σφάλματος με αιτίες την ανεργία, την φορολογική επιβάρυνση, τις ρυθμίσεις και τον πληθωρισμό. Το μέσο μέγεθος του φαινομένου εκτιμήθηκε από αρχές δεκαετίας του '70 σε 64,6% του ΑΕΠ καταλαμβάνοντας τα $\frac{3}{4}$ του ΑΕΠ το 2010. Στο Ιράν για το διάστημα 1990–2007 η παραοικονομία κυμάνθηκε από 16,16% έως και 22,19% (Khandan, Nili, 2014).

3.4.3.4. Δυναμικό μοντέλο γενικής ισορροπίας δύο τομέων (Two-Sector Dynamic General Equilibrium Model).

Το δυναμικό μοντέλο γενικής ισορροπίας δύο τομέων (Two-Sector General Equilibrium Model/DSGE) είναι ποσοτικό μοντέλο επιχειρηματικών κύκλων/οικονομικής ανάπτυξης (Christiano et al., 2018). Καθιερωμένα μοντέλα αυτού του τύπου είναι των Kydland και Prescott (1982) και των Long και Plosser (1983) ωστόσο μετέπειτα προσαρμόστηκε από τους Roca et al. (2001), Ihrig και Moe (2004) και τους Busato και Chiarini (2004).

Τα μοντέλα DSGE μοιράζονται μια δομή που χτίζεται γύρω από τρεις αλληλένδετες ομάδες δεδομένων, της ζήτησης, της προσφοράς και μια εξίσωση νομισματικής πολιτικής. Οι εξισώσεις που ορίζουν αυτά τα δεδομένα προέρχονται από μικρο - βάσεις και κάνουν

²⁶ Μια χρονοσειρά r_t ονομάζεται λευκός θόρυβος εάν το $\{r_t\}$ είναι μια ακολουθία ανεξάρτητων και πανομοιότυπων κατανομημένων τυχαίων μεταβλητών με πεπερασμένο μέσο και διακύμανση [Βλ. Lopes H.F. (2020): Basic Time Series, Working Paper, INSPER Institute of Education & Research, p. 9].

υποθέσεις σχετικά με τη συμπεριφορά των κύριων οικονομικών μονάδων στην οικονομία, δηλαδή νοικοκυριά, επιχειρήσεις και κυβέρνηση (Sbordone et al., 2010). Αδιαμφισβήτητα, πρέπει να προσδιοριστούν οι στόχοι των παραγόντων στην οικονομία. Επί παραδείγματι, τα νοικοκυριά θεωρείται ότι μεγιστοποιούν τη λειτουργία χρησιμότητας σε σχέση με την κατανάλωση και την εργασία. Από την άλλη, οι επιχειρήσεις μεγιστοποιούν τα κέρδη και έχουν μια παραγωγική λειτουργία, καθορίζοντας το ποσό των παραγόμενων αγαθών, ανάλογα με τους παραγωγικούς συντελεστές.

Οι Orsi et al. (2014) λαμβάνοντας υπόψη τις κρυμμένες συναλλαγές, χρησιμοποίησαν μια δομική οικονομετρική προσέγγιση, με σταθερή θεωρητική βάση επιτρέποντας εκτιμήσεις των μεταβλητών μη ορατές από τις συνθήκες ισορροπίας του θεωρητικού μοντέλου. Αξιοποίησαν τριμηνιαία στοιχεία για την Ιταλία τα έτη 1982–2006 και με Μπεϋζιανές εκτιμήσεις απέδειξαν ότι η παραοικονομία ήταν 23% του ΑΕΠ. Εξαρτάται από τις εθνικές εισοδηματικές στατιστικές, περιορίζοντας τις μεταβλητές που επιδρούν ή μπορεί να επηρεαστούν από το μέγεθος της παραοικονομίας, αποτελώντας βασικό της μειονέκτημα (Remeikiene et al., 2019).

3.4.4. Μοντέλο της Ασαφούς Λογικής (Fuzzy Logic Model).

Η ασαφής λογική επιτρέπει σε μια ερευνητική υπόθεση την διατύπωση ερώτησης και απάντησης ταυτόχρονα, πχ η ανεργία οδηγεί στην παραοικονομία. Αξιοποιεί στατιστικές σειρές και μπορεί να καθορίζει μια κανονική τιμή (μέσος όρος προγενέστερων χρονικών τιμών) για συγκεκριμένο διάστημα έναντι της οποίας υπολογίζεται το μέγεθος των μεταβλητών (Ene, Hurduc, 2010). Χρησιμοποιήθηκε από πολλούς επιστημονικούς κλάδους (Zadeh, 1988; Yen, Langari, 1999; Draeseke, Giles, 2002; Dasgupta, Deb, 1996). Η χρήση της απομακρύνει τους πολύπλοκους υπολογισμούς των οικονομετρικών μοντέλων (Yu et al., 2006). Οι Kayalvizhi et al. (2016) εκτίμησαν την παραοικονομία στην Ινδία στο 37,37% κατασκευάζοντας μια ετήσια χρονοσειρά με μεταβλητές το αποτελεσματικό φορολογικό ποσοστό και τον δείκτη του βαθμού ρύθμισης. Ενώ, οι Marsic και Oreski (2016) εκτίμησαν την παραοικονομία στην Κροατία στο 47,52% (2004–2012).

3.4.5. Συνδυαστική μεθοδολογία (Combined Methodology).

Η μελέτη του φαινομένου της παραοικονομίας είναι δύσκολη καθώς υπεισέρχονται σε αυτή πλήθος παραγόντων και διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης. Αρκετοί μελετητές συνδυάζουν (τουλάχιστον) δύο διαφορετικές μεθόδους για την εκτίμηση της. Συχνότερα, χρησιμοποιείται η προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης μαζί με το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών. Με την μέθοδο αυτή οι Medina και Schneider (2018) διαπίστωσαν ότι η μέση τιμή της παραοικονομίας ήταν 31,9% του ΑΕΠ σε 158 χώρες για την περίοδο 1991–2015. Υψηλότερη ήταν στην Βολιβία με 62,3% και χαμηλότερη στην Ελβετία με 7,2%. Το ίδιο μοτίβο ακολούθησαν οι Makapanisa et al. (2020) εκτιμώντας την παραοικονομία στη Νότια Αφρική για το διάστημα 2004–2018, διαπιστώνοντας απόκλιση εκτιμήσεων μεταξύ τους με 22,47% και 25,45% αντιστοίχως. Οι Dybka et al. (2019) με το δομημένο υβριδικό μοντέλο²⁷ που υιοθέτησαν, απέδειξαν ότι το μέγεθος της παραοικονομίας σε 43 χώρες ήταν μεταξύ 2,8% και 29,9% του ΑΕΠ και το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών, οριακά σε σχέση με το μοντέλο της προσέγγισης της νομισματικής ζήτησης.

Οι Hassan και Schneider (2016b) πρωτοπόρησαν κατασκευάζοντας ένα δείκτη για την παραοικονομία της Αιγύπτου, το διάστημα 1976–2013. Εστίασαν στην μακροπρόθεσμη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, αποδέσμευσαν την υπόθεση της πολυποίκιλης κανονικότητας και διατύπωσαν σενάρια περιορισμού της μεταβλητής αναφοράς στο μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών. Εκτίμησαν την παραοικονομία η οποία κυμάνθηκε μεταξύ 15% και 20% με την μέθοδο της νομισματικής ζήτησης και σε 30% με το μοντέλο. Οι Bajada και Schneider (2005) διερεύνησαν την παραοικονομία 17 χωρών της Ασίας και του Ειρηνικού Ωκεανού. Έφθασε, κατά μέσο όρο, τη διετία 1989–1990 στο 21,2%, τα έτη 1994–1995 στο 23,1%, ενώ το διάστημα 2000–2001 έφθασε το 26,3% του ΑΕΠ. Οι Pickhardt και Sarda – Pons (2006) υπολόγισαν την παραοικονομία στη Γερμανία

²⁷ Το δομημένο υβριδικό μοντέλο τους συνδυάζει την προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης και το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών. Πυρήνας του είναι η αντίστροφη τυποποίηση (reverse standardization) ως τρόπος αναγνώρισης του μοντέλου παρέχοντας του στοιχεία δομημένου πίνακα για την μέση τιμή και τη διακύμανση της λανθάνουσας μεταβλητής που λαμβάνονται από τις νομισματικές εκτιμήσεις αξιοποιώντας τα [Βλ. Dybka P., Kowalczyk M., Olesinski B., Toroj A., Rozkrut M. (2019): Currency demand & MIMIC models: Towards a structured hybrid method of measuring the shadow economy, *International Journal of Tax Public Finance*, 26 (1), p. 4–40].

το διάστημα 1980–2001. Το ύψος της διέφερε ελάχιστα μεταξύ των δύο μεθόδων αφού στη νομισματική ζήτηση έφθασε στο 12,34% και με το μοντέλο στο 12,67%. Οι Dell’ Anno και Davidescu (2019) εκτίμησαν την παραοικονομία και την φοροδιαφυγή για τη Ρουμανία το διάστημα 2000–2017, διαπιστώνοντας ότι η παραοικονομία δρά υποκατάστατα στην επίσημη οικονομία ενώ η φοροδιαφυγή συμπληρωματικά στο ΑΕΠ. Η άτυπη οικονομία της Πορτογαλίας μελετήθηκε από τους Soares και Afonso (2019) για το διάστημα 1970–2015 από 6–13% το 1970 έως και 20–25% το 2015. Ο Hassan (2011) επιβεβαίωσε την συνεισφορά του μαύρου χρήματος στην διαφθορά του Μπαγκλαντές εκτιμώντας την παραοικονομία στο 10% με τη νομισματική μέθοδο και στο 38% με το μοντέλο.

Αναδύεται μια τάση χρήσης της μεθόδου διεξαγωγής ερευνών σε μανάτζερ επιχειρήσεων συνδυαστικά με τον υπολογισμό του δείκτη του ΑΕΠ (Sauka, Putnins, 2020; Putnins et al., 2019; Putnins, Sauka, 2020). Οι Sauka και Putnins (2020) κατασκεύασαν ένα δείκτη για την Εσθονία, την Λετονία και τη Λιθουανία την δεκαετία 2009–2019. Διαπίστωσαν η παραοικονομία έφθασε στο 16,92% της Εσθονίας, το 25,94% της Λετονίας και το 16,91% της Λιθουανίας. Οι Putnins et al. (2019) κατασκεύασαν ένα αντίστοιχο δείκτη για την Μολδαβία και τη Ρουμανία και διαπίστωσαν ότι το μέγεθος της άτυπης οικονομίας κυμάνθηκε τη διετία 2015–2016 μεταξύ 29,7% και 33,3%. Παρόμοια αποτελέσματα εξήγαγαν οι Putnins και Sauka (2020) για την τετραετία 2015–2018 στις χώρες της Βαλτικής. Συγκεκριμένα, για την Εσθονία, τη Λετονία και την Λιθουανία η παραοικονομία ήταν 16,3%, 22,05% και 17,1% αντιστοίχως. Στη Ρωσία ήταν 42,35%, στην Ουκρανία 38,35%, το Κιργιστάν 45,3%, τη Μολδαβία 29,1%, στη Ρουμανία 34,45%, στην Πολωνία 24,75% και στο Κόσοβο 39,35%.

Οι Eilat και Zinnes (2000) εφάρμοσαν μια άλλη τυπολογία για 24 χώρες σε καθεστώς μετάβασης τα διαστήματα 1990–1997 και 1996–1997. Το πρώτο διάστημα εφαρμόστηκε η προσαρμοσμένη μέθοδος της ηλεκτρικής κατανάλωσης με σκοπό την κατασκευή ενός δείκτη (Modified Total Electricity/MTE). Υψηλότερη παραοικονομία εντοπίστηκε στο Κιργιστάν με 122% και την Μολδαβία με 84,17% και το Ουζμπεκιστάν να βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο με 9%. Το επόμενο διάστημα, η παραοικονομία αξιοποιήθηκε ως λανθάνουσα μεταβλητή με χρήση ενός και μόνο δείκτη (Single Indicator Multiple Causes Model) αντί των πολλαπλών. Επιβεβαιώθηκε η υψηλή παραοικονομία στην Κεντρική Ασία και τα χαμηλά στην Σλοβενία, την Εσθονία, την Πολωνία και την Τσεχία.

Ο Barbosa – Filho (2012) αξιοποίησε τη νομισματική προσέγγιση και την μέθοδο της

αγοράς εργασίας για να εκτιμήσει την παραοικονομία στην Βραζιλία το διάστημα 2003 – 2011 αποδεικνύοντας ότι έφθασε στο 18,81% και 19,81% αντίστοιχα. Ο Barthelemy (1989) εφάρμοσε εμπειρική μέθοδο για την φοροδιαφυγή (1970–1981) και μακροοικονομική προσέγγιση στα πρότυπα του Tanzi (1945–1980) στη Γαλλία. Στην πρώτη μέθοδο η φοροδιαφυγή έφθασε το 1,04%. Στην δεύτερη μέθοδο εφάρμοσε τρεις συνιστώσες για την εκτίμηση της παραοικονομίας, την απλή αναλογία νομισμάτων – λογαριασμού καταθέσεων φθάνοντας στο 39,16%, την εκτίμηση της φορολογικής παρακράτησης νομισμάτων από τη ζήτηση - για λειτουργία χρήματος με ύψος 60,83% και την μέθοδο των συναλλαγών όπου η παραοικονομία εκτοξεύθηκε στο 70,87%. Οι Torosyan και Filer (2014) εστίασαν στην άτυπη οικονομία της Γεωργίας χρησιμοποιώντας, την προσέγγιση της νομισματικής ζήτησης, την καμπύλη Engel και την εκτίμηση του χάσματος κατανάλωσης – εισοδήματος με τα προκύπτοντα ποσοστά να διαφέρουν κατά 2–7%, 25% και 30% αντίστοιχα. Οι Fethi et al. (2006) εκτίμησαν την παραοικονομία της Κύπρου (1960 – 2003). Με την μέθοδο της απόκλισης των ποσοστών απασχόλησης διαπίστωσαν ότι η παραοικονομία ήταν 8,09%, την προσέγγιση της απλής νομισματικής αναλογίας με 0,3% και την προσέγγιση των συναλλαγών με ύψος παραοικονομίας μόλις 0,22%.

Οι Carolina και Pau (2007) με χρήση της Έρευνας Εργατικού Δυναμικού, της νομισματικής ζήτησης και της μεθόδου της ηλεκτρικής κατανάλωσης (Kaufmann – Kaliberda) εκτίμησαν την παραοικονομία στην Ολλανδία στο 11%. Ο Shkrykhin (2018) υπολόγισε την παραοικονομία στην Ουκρανία με την χρήση της μεθόδου της νομισματικής ζήτησης και του μοντέλου διανύσματος διόρθωσης σφάλματος, στο 12,8%. Οι Arby et al. (2012) υπολόγισαν την παραοικονομία του Πακιστάν με την μέθοδο της ηλεκτρικής κατανάλωσης (1966–2008) στο 35,79%. Συνέχισαν με το μοντέλο αυτόματης διαβαθμισμένης καθυστέρησης (1973–2008) και την εκτίμησαν στο 28,67% και με το μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών (1975–2008) το ύψος της ήταν 20,4%. Με την παραοικονομία του Πακιστάν ασχολήθηκαν οι Ashok et al. (2017) αξιοποιώντας το μοντέλο αυτόματης διαβαθμισμένης καθυστέρησης και το μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών, εντοπίζοντας ότι κυμάνθηκε από 28 έως και 50%. Στην έρευνα των Gulzar et al. (2010) χρησιμοποίησαν μια απλή νομισματική προσέγγιση στα πρότυπα της μεθόδου του Tanzi με την παραοικονομία να εκτιμάται στο 34,1%. Ακολούθως, αξιοποίησαν την τεχνική συνένωσης των δυναμικών εκτιμητών των ελαχίστων τετραγώνων και την προσέγγιση της δομικής εκτίμησης με το πολυπαραγοντικό μοντέλο, με 23,4% και

23,8% αντιστοίχως. Εφάρμοσαν, ακόμη, την προσέγγιση της ηλεκτρικής κατανάλωσης και της μεθόδου της αγοράς εργασίας χρησιμοποιώντας την στατιστική λογιστική, με την παραοικονομία να φθάνει στο 50,2% και το 26,8% του ΑΕΠ.

Οι Krstic et al. (2013) μελέτησαν τις άτυπες οικονομικές συναλλαγές στη Σερβία. Αξιοποίησαν το μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών και την προσέγγιση της φορολογικής συμμόρφωσης των νοικοκυριών όπου η παραοικονομία ανήλθε στο 30,1% με 33,25% και σε 23,6% αντίστοιχα. Χρησιμοποίησαν στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας και των παραγόντων εκτίμησης του φορολογικού χάσματος με την άτυπη οικονομία να ανέρχεται σε 1,2% και 7,5%. Η παραοικονομία της Τουρκίας αποτέλεσε επίκεντρο της μελέτης των Aktuna–Gunes et al. (2013). Χρησιμοποίησαν στοιχεία από την έρευνα χρήσης χρόνου και την ΕΟΠ εκτιμώντας την σε 40,6% και 33,5%. Για την Αλβανία, οι Boka και Torluccio (2013) εφάρμοσαν το ΣΕΛ, την απλή νομισματική αναλογία και την μέθοδο της ηλεκτρικής κατανάλωσης. Εντόπισαν απόκλιση στην άτυπη οικονομία έφθασε το 38,6% με την ΜΗΚ, 35,8% με το ΣΕΛ και μόλις 16,8% με τη νομισματική προσέγγιση. Οι Krasniqi και Williams (2020) συνδυάζοντας συνεντεύξεις και οικονομετρική μέθοδο εστίασαν στην ανάπτυξη επιχειρηματικής δραστηριότητας μέσω της παραοικονομίας στο Κόσοβο. Με δεδομένα από 487 επιχειρηματίες εντόπισαν ότι το 47,7% εξ αυτών ξεκίνησαν άτυπα την δράση τους, με το 11,6% αυτών να ήταν πιθανότερο να εκπληρώσουν τους στόχους τους συγκριτικά με τους νόμιμους επιχειρηματίες.

3.5. Συμπερασματικά.

Στο 3^ο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής, αναλύσαμε το θεωρητικό υπόβαθρο, τους προσδιοριστικούς παράγοντες και τις βασικότερες μεθόδους εκτίμησης των άτυπων δραστηριοτήτων. Η πορεία τους, ταυτίστηκε με την οικονομική εξέλιξη με καθοριστικό παράγοντα τον καπιταλισμό. Καθιερώθηκε το μοντέλο του δυαδικού τομέα από τον Lewis ώσπου διεξήχθη η μελέτη του φαινομένου στο απώγειο της από τον Keith Hart. Εισήγαγε για πρώτη φορά τον άτυπο τομέα ως τμήμα του εργατικού δυναμικού των μεγάλων πόλεων εκτός της τυπικής αγοράς εργασίας με τον De Soto να αναδεικνύει αυτό το τμήμα των εργαζομένων. Αλλάζοντας το καταναλωτικό πρότυπο διαφοροποιήθηκε και το περιεχόμενο της άτυπης οικονομίας με σύνδεση αδήλωτων επιχειρήσεων και του βιομηχανικού τομέα. Έτσι δόθηκε το έναυσμα για επέκταση του όρου με την προσθήκη της άτυπης

απασχόλησης ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες της σύγχρονης αγοράς.

Παραθέσαμε τις έξι βασικές θεωρίες που ερμηνεύουν την λειτουργία της παραοικονομίας. Ξεκινώντας από το πλεονάζον εργατικό δυναμικό για την αξιοπρεπή διαβίωση του ατόμου στην καπιταλιστική οικονομία όπου εξαϋλώνονται οι κλασσικές οικονομικές μονάδες της Μαρξιστικής Σχολής διεισδύσαμε στην δυαδική σχολή σκέψης όπου διαχωρίστηκαν ο επίσημος και ο άτυπος τομέας. Η δομική σχολή σκέψης επικεντρώθηκε στην δυαδικότητα τυπικής και άτυπης οικονομίας ενώ η νεοφιλελεύθερη σχολή προτάσσει τον ιδιωτικό τομέα χρησιμοποιώντας άτυπες εργασιακές σχέσεις. Η εθελοντική σχολή σκέψης εστίασε στην μελέτη της φορολογικής ηθικής ερμηνεύοντας τα κοινωνικά ή ορθολογικά κριτήρια δράσης των ατόμων ενώ η θεωρία του μανάτζμεντ επικεντρώθηκε στην διασύνδεση παράτυπων δραστηριοτήτων και επιχειρηματικότητας.

Πρόκειται για παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών η οποία δεν δηλώνεται στις επίσημες αρχές για λόγους φοροδιαφυγής και μη καταβολής εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Εξαιτίας της πολυλειτουργικής υπόστασης του φαινομένου αξιοποιείται διαφορετικός όρος *ad hoc* (άτυπη, σκιώδης, μαύρη, απαρατήρητη, υπόγεια). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε τον όρο μισθός-φακελάκι (*envelope wages*) εκφράζοντας το αδήλωτο μέρος του μισθού που λαμβάνει ο εργαζόμενος πέραν του νόμιμου μισθού με άτυπη συμφωνία άνευ φόρων και εισφορών. Αποτελεί καθεστώς στις χώρες της Βαλτικής και στην ΕΕ κατά 14%. Η φοροδιαφυγή και η διαφθορά επιδρούν στην παραοικονομία. Η φοροδιαφυγή είναι παράνομη πράξη και είναι η θεμιτή απόκρυψη φορολογητέας ύλης για μη εκπλήρωση των φορολογικών υποχρεώσεων των ατόμων, ως αντίδραση στους θεσμούς και το φορολογικό σύστημα. Με την σειρά της, η διαφθορά συνιστά παράνομη συμπεριφορά εκτός των ηθικών κανόνων με στόχο την κατάχρηση της δημόσιας εξουσίας για ιδιωτικό όφελος, με βασική μορφή της την δωροδοκία. Έχει συμπληρωματική ή υποκατάστατη σχέση με την παραοικονομία ανάλογα με το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης των χωρών και το αντικείμενο της έρευνας, χρησιμοποιώντας μοντέλο δομικής εξίσωσης.

Πλήθος παραγόντων καθορίζουν την εξάπλωση ή συρρίκνωση της παραοικονομίας. Κυριότεροι εξ αυτών είναι οι φορολογικές και ασφαλιστικές επιβαρύνσεις, η ποιότητα των θεσμών και η διαφθορά, το ρυθμιστικό πλαίσιο και οι δημόσιες υπηρεσίες. Ακολουθούν, η φορολογική ηθική, η εισοδηματική ανισότητα και η φτώχεια, η επίσημη οικονομία, η τακτική της εξάλειψης, η αυτοαπασχόληση, η ανεργία. Συμβάλλει, επίσης, ο αγροτικός τομέας, τα μετρητά, η μετανάστευση, η εκπαίδευση, η ποσοστιαία απασχόληση του

εργατικού δυναμικού, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, οι επιδημίες και η ενεργειακή κατανάλωση. Δεν επηρεάζουν το μέγεθος της παραοικονομίας όλοι οι παράγοντες στον ίδιο βαθμό, καθώς άλλοι επιδρούν θετικά, άλλοι αρνητικά και άλλοι συνδυαστικά. Στοχευμένη είναι και η επίδραση των επιδημιών σαν το SARS-CoV-2, όπου μια αύξηση κατά 10% των επιδημιών συμβάλλει σε μια αντίστοιχη άνοδο της παραοικονομίας κατά 2,1%.

Εν κατακλείδι, αναλύσαμε τις πέντε κατηγορίες μεθόδων εκτίμησης της παραοικονομίας. Υπάρχουν οι μικροοικονομικές μέθοδοι με άμεσες έρευνες (ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, εθνογραφικές έρευνες) και φορολογικούς ελέγχους. Εφαρμόζονται, κατά περίπτωση, μακροοικονομικές προσεγγίσεις, περιλαμβάνοντας την μέθοδο της απόκλισης των δημοσίων δαπανών και εισοδηματικών στατιστικών, την διαφορά επίσημα και του θεωρούμενου ως πραγματικού ποσοστού συμμετοχής του εργατικού δυναμικού, τις νομισματικές προσεγγίσεις και την μέθοδο της ηλεκτρικής κατανάλωσης. Οι δύο πρώτες κατηγορίες μεθόδων χρησιμοποιούνται επιλεκτικά καθώς η παραοικονομία οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, γι' αυτό εδώ και χρόνια αξιοποιούνται ευρέως τα ευέλικτα πολυπαραγοντικά μοντέλα (Finch, French, 2011). Λαμβάνουν υπόψη τους περισσότερες του ενός αιτιών και αποτυπώνονται με μοντέλο δομικής εξίσωσης, μοντέλο πολλαπλών δεικτών-πολλαπλών αιτιών, μοντέλο διόρθωσης σφάλματος πολλαπλών δεικτών-πολλαπλών αιτιών και μοντέλο δυναμικής γενικής ισορροπίας δύο τομέων. Εφαρμόζεται λιγότερο η μέθοδος της ασαφούς λογικής με την διατύπωση ερώτησης και απάντησης ταυτόχρονα σε μια ερευνητική πρόταση. Εναλλακτικά, χρησιμοποιείται συνδυασμός ερευνητικών μεθόδων συνηθέστερη την νομισματική προσέγγιση και το μοντέλο πολλαπλών δεικτών-πολλαπλών αιτιών, με στόχο τον ακριβή υπολογισμό του μεγέθους της παραοικονομίας.

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.

Κεφάλαιο 4^ο: Μεθοδολογικός και ερευνητικός σχεδιασμός.

4.1. Οριοθέτηση της έρευνας.

Η κρίση χρέους εισήγαγε την ελληνική οικονομία στον Μηχανισμό Στήριξης (Economou et al., 2017) με κοινωνικοοικονομικές συνέπειες (Πελαγίδης, 2020). Συρρικνώθηκε η δημόσια χρηματοδότηση (Σουλιώτης, Κουφοπούλου, 2020) συντηρώντας την δυναμική των ΑΔΥ (Οικονόμου, 2020) εξαιτίας της προσφοράς και της ζήτησης (Σουλιώτης, 2000). Για δεκαεπτά έτη (2000–2016), η σχετική πτώση αύξησε την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα 41%, φθάνοντας στις νότιες χώρες στο 27% και στις ΕΕ–23 στο 21% (ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, 2017). Οι δαπάνες περίθαλψης στην Ελλάδα αυξήθηκαν από 6,6% του ΑΕΠ το 1990 (Οικονόμου, 2012) σε 10,2% το 2010, τοποθετώντας στην πρώτη θέση πανευρωπαϊκά και στις χώρες του ΟΟΣΑ (WHO, 2013). Η συνολική υγειονομική δαπάνη μειώθηκε κατά 20% την τριετία 2009–2011. Απωλέσθη το 7,25% της συνολικής ιδιωτικής κατανάλωσης και υποτιμήθηκε η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τα νοικοκυριά σημειώνοντας απώλεια 11% (Λιαρόπουλος, 2014). Οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν 27,28%, οι δημόσιες δαπάνες 36,51% και οι ΙΔΥ κατά 8,41% (Πίνακας 4).

Πίνακας 4
«Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης στην Ελλάδα για τα έτη 2011-2019 (σε εκ. ευρώ)»

Είδος δαπάνης	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας	19.599	16.781	15.059	14.024	14.210	14.498	14.355	14.252	14.375,7
Συνολική δημόσια χρηματοδότηση δαπάνης υγείας	13.188	11.003	9.303	8.088	8.183	8.806	8.678	8.373	8.590,5
Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας	6.358	5.645	5.616	5.738	5.765	5.625	5.615	5.823	5.729,3
Λοιπές δαπάνες	52,4	53,6	139,3	198,3	262	67,2	61,8	55,7	55,9

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από ΕΛΣΤΑΤ (2015, 2016β, 2017, 2018, 2020β, 2020γ, 2021)

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας υπερκάλυψαν τις ιδιωτικές δαπάνες. Για 8 έτη οι ΙΔΥ είχαν σταθερή πορεία καταλαμβάνοντας το 38,16% των συνολικών υγειονομικών δαπανών (από

32,44% το 2011 έως και 39,85% το 2019). Οι ΙΔΥ είχαν άνιση πορεία από 6,7% το 2008, 5,8% τα 2012, 7,6% το 2015 παρουσιάζοντας ελαφρά πτώση το 2018 φθάνοντας το 7,5%, συγκρινόμενες με την συνολική μέση μηνιαία δαπάνη (ΕΛΣΤΑΤ, 2019β). Την επταετία 2010–2016 οι ίδιες δαπάνες για φάρμακα αυξήθηκαν 29% (€1,4 δις σε €1,8 δις) και για νοσοκομειακή περίθαλψη 33% (€1,2 δις σε €1,6 δις).

Στην Ελλάδα το 90% των ΙΔΥ, αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (ΕΛΣΤΑΤ, 2017, 2018) περιορίζοντας την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα τους (Gaal et al., 2010; Szende, Culyer, 2006). Συνηθέστερα οι χαμηλόμισθοι και σπανίως οι υψηλόμισθοι καταφεύγουν σε αυτές (Szende, Culyer, 2006). Τα ποσά που καταβάλλονται προέρχονται από καταθέσεις, δάνεια (Tambor et al., 2014) ή και πώληση περιουσιακών στοιχείων (Wagstaff, Van Doorslaer, 2003) ενισχύοντας την άστοχη κατανομή των δημοσίων πόρων υγείας και την διατήρηση περιττών υπηρεσιών (Stepurko et al., 2015b). Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, οι ασθενείς στερούνται ισότιμων υπηρεσιών ή δεν συμμορφώνονται με την αγωγή τους (Burak, Vian, 2007; Tambor et al., 2014).

Οι άτυπες πληρωμές συνιστούν την μεγαλύτερη απειλή για το ελληνικό σύστημα υγείας. Η διαδικασία τους διαμορφώνεται με τέσσερις κατηγορίες χαρακτηριστικών του ασθενούς, του παρόχου, των υπηρεσιών και του συστήματος υγείας. Δεδομένου ότι το σύστημα υγείας έχει επηρεαστεί καθ' ολοκληρίαν από την οικονομική κρίση και από χρόνιες παθογένειες, ο ασθενής συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο. Διαθέτουν κοινωνικοοικονομικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά, αντιλήψεις/στάσεις σχετικά με τις συνέπειες ευγνωμονώντας το υγειονομικό προσωπικό. Δρουν γνωρίζοντας τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις τους αλλά και τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, συνθήκες που θα καθορίσουν την πρόθεση τους για καταβολή άτυπου χρηματικού ποσού. Η συχνότητα των άτυπων πληρωμών εντοπίζονται συνηθέστερα στις χειρουργικές ειδικότητες και σε ασθενείς που χρήζουν μακρόχρονης θεραπείας (Souliotis et al., 2016). Σημαίνοντα ρόλο για την ύπαρξη άτυπων πληρωμών διαδραματίζει η φήμη της μονάδας υγείας ειδικά σε δύσκολες παθήσεις για τις οποίες χρειάζεται υψηλή ξειδίκευση αλλά και η ικανοποίηση για του προσωπικού για τον μισθό με την μορφή παραπόνου στους χρήστες.

Η αλλαγή του κοινωνικοοικονομικού προφίλ καθόρισε την συμπεριφορά του προσωπικού και τον τρόπο αποζημίωσης των παρόχων (μετρητά, ΕΟΠΥΥ, απόδειξη). Οι ανεπίσημες πληρωμές αφορούν ένα ευρύ φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών όπου και διαπιστώνεται προκλητή ζήτηση (induced demand). Σκοπίμως εισάγονται ασθενείς για εξετάσεις, για

νοσηλεία και κυρίως για συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις όπως οι καισαρικές τομές (Mossialos et al., 2005) σε μέρα μη εφημερίας και κυρίως με χαρακτηρισμό των χρόνιων περιστατικών ως επειγόντων. Παράλληλα εμφανίζεται το φαινόμενο παραμονής των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων περισσότερο από το αναμενόμενο έως ότου βρεθεί κλίνη για τη νοσηλεία του ή ακόμη και η παραλαβή του από ασθενοφόρο όταν λαμβάνει εξιτήριο έως ότου μεταβεί στην οικεία του. Επιπλέον, σημαίνων είναι ο τύπος των υποδομών, η ιατρική ειδικότητα και ο τύπος της κλίνης. Στην τελευταία περίπτωση τονίζουμε ότι βάσει του ΦΚΑ του αιτούντος δικαιούται και την ανάλογη κλίνη. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που ενώ είναι ασφαλισμένοι μπορούν να πληρώσουν νόμιμο ποσό για την εξασφάλιση εξατομικευμένης κλίνης. Αλλά στις περιπτώσεις που κάποιος επιθυμεί πολυτελή κλίνη τότε αυτό πράττεται μέσω του ΦΚΑ στον οποίο υπάγεται αλλιώς καταβάλλει κάποιο ποσό. Χωρίς να είναι απαραίτητο σε μη σοβαρές ασθένειες, οι ασθενείς ζητούν πολυτελή κλινική παρακάμπτοντας την σειρά προτεραιότητας της κάθε μονάδας βάσει, οπότε δίνουν με προτροπή υπαλλήλου ένα άτυπο ποσό (Meskarpour–Amiri et al., 2019).

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω θεωρούμε ότι συνιστούν ένα δείκτη ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας απέναντι σε κάθε δυσκολία και πρόκληση. Η εμπειρία έως τώρα έχει αποδείξει ότι τα αντανακλαστικά του σχετικά με ανάληψη ευθυνών, διαφανείς διαδικασίες και άσκηση ελεγκτικού έργου σε περίπτωση καταγγελιών για άτυπες πληρωμές βρίσκεται σε ένα φαύλο κύκλο. Δεν καταγγέλλονται όλα τα περιστατικά άτυπων πληρωμών καθώς οι γιατροί έχουν δημιουργήσει ένα κλίμα εξάρτησης προς τους ασθενείς με αποτέλεσμα να το θεωρούν υποχρεωτικό να προβούν σε τέτοια πράξη λόγω κουλτούρας, δημιουργώντας χάσμα. Στις περιπτώσεις που δεν συμβαίνει τότε ο ασθενής, συχνά, δυσκολεύεται στη λήψη υπηρεσιών με αναβολή ή καθυστέρηση της θεραπείας του. Η υποχρηματοδότηση του συστήματος συνδυαστικά με τις παθογένειες του συμβάλλουν στην εξάπλωση των άτυπων πληρωμών. Επαναπροσδιορίστηκε η υγειονομική πολιτική με πτώση των δημοσίων δαπανών και ελαφρά αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας και πιο συγκεκριμένα των άτυπων πληρωμών με σκοπό να καλύψουν το χάσμα της έλλειψης ποιότητας στις υπηρεσίες. Η εξελισσόμενη πανδημία, κλόνησε το σύστημα υγείας με άτυπες συναλλαγές (Narula, 2020) και διαφθορά (Μπιτζένης, Βλάχος, 2018) ή αλλιώς την «αγνοούμενη πανδημία» (Burki, 2019).

Οι άτυπες πληρωμές στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν μελετηθεί από πλήθος μελετητών. Ο Παυλόπουλος (1987) εντόπισε ότι το 1984 διατέθηκαν 39,9 δις δρχ ενώ σε μελέτη των Νιάκας και συν. (1990) τα αντίστοιχα ποσά τα έτη 1982 και 1987 ύψους 22 δις δρχ και 105 δις δρχ. με τις άτυπες πληρωμές να ισούνταν με 27% και 38% αντίστοιχα. Αργότερα, ο Κυριόπουλος (1992) εκτίμησε τις άτυπες πληρωμές τα έτη 1974, 1982 και 1988 σε 26,7%, 51,6% και 65% επισημαίνοντας την ραγδαία άνοδο τους. Κατά τον ίδιο τρόπο οι Κυριόπουλος και Κάραλης (1997) σε μελέτη τους το 1994 διαπίστωσαν ότι τα άτυπα ποσά έφθασαν στο 49,2% των ΙΔΥ (269 δις δρχ). Σε μελέτη τους οι Mossialos et al. (2005) στην Αθήνα το 2002 εντόπισαν τις άτυπες πληρωμές συχνότερα στις καισαρικές τομές απ' ότι στους φυσιολογικούς τοκετούς, των μονάδων υγείας. Το 36% των ατόμων που δέχθηκαν θεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία ανέφερε τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή σε γιατρό, στην μελέτη των Liaropoulos et al. (2008). Αποδόθηκε κατά 42% στον φόβο μη λάβουν μη τυποποιημένη περίθαλψη με το 1/5 εξ αυτών να εξαναγκάζεται από τον γιατρό. Πιθανότερο ήταν κατά 72% να δώσουν άτυπα ποσά όσοι ήθελαν να συντομέσουν τον χρόνο αναμονής συγκριτικά με όσους ακολούθησαν την τυπική διαδικασία αλλά και όσους χρειάστηκαν χειρουργική επέμβαση (137%) σε αντίθεση με όσους ακολουθούσαν συντηρητική θεραπεία.

Οι Kaitelidou et al. (2013) διαπίστωσαν ότι το 2010 το 74,4% των γυναικών προσέφυγαν σε άτυπες πληρωμές με μέσο επίπεδο τα €848 (\pm 714) την στιγμή που οι μέσες συνολικές ΙΔΥ έφθασαν τα €1.549 (\pm 992). Το 56,3% των ερωτηθέντων έδωσαν χρήματα κατόπιν απαίτησης του μαιευτήρα, το ύψος των οποίων ήταν υψηλότερο σε όσες γέννησαν στην περιοχή των Αθηνών και ειδικά με τον προσωπικό τους γιατρό. Οι Souliotis et al. (2016) απέδειξαν ότι το 33% των ασθενών προέβησαν σε άτυπες πληρωμές, με ποσά κυμαινόμενα από €200 για τοκετό ή οφθαλμολογική επέμβαση έως και €5.000 για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, επιβαρύνοντας κατά 27% τον οικογενειακό προϋπολογισμό. Δεν δόθηκε απόδειξη στο 55,2% των καταβληθέντων χρημάτων σε δημόσια μονάδα με το ύψος της παραοικονομίας να ανερχόταν σε €1,5 δις στερώντας δημόσια έσοδα ύψους €500 εκ.

Οι Horodnic et al. (2017) εστιάζοντας στη Νοτιοανατολική Ευρώπη διαπίστωσαν ότι στην Ελλάδα προσέφυγαν σε άτυπες πληρωμές το 11% όσων εισήχθησαν σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η Κρήτη, η Κεντρική Ελλάδα και η Αττική εισέπραξαν τα υψηλότερα ποσά (23%, 15%, 13%) ενώ στην Βόρεια Ελλάδα διατέθηκαν μικρότερα ποσά κατά 4%. Μελέτη των Horodnic και Williams (2018) υποστήριξε ότι δύο εκ των βασικότερων αιτιών για τις

άτυπες πληρωμές στην Κύπρο, την Ιταλία, την Μάλτα, την Πορτογαλία, την Ισπανία και στην Ελλάδα είναι το επίπεδο θεσμικής ασυμμετρίας και οι επίσημες θεσμικές αστοχίες. Πιο συγκεκριμένα, με συνεντεύξεις σε 5.058 άτομα μόλις το 71,19% αυτών (N= 3.601) χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας έως και 1 χρόνο πριν την έρευνα και το 2,92% αυτών (N= 105) κατέβαλαν άτυπα ποσά για δημόσια υπηρεσία υγείας. Αυτή η πρακτική συνηθίζεται κατά 10,59% στην Ελλάδα συγκριτικά με τις άλλες πέντε χώρες, όπως στην Ισπανία με 1%. Αξιοποιώντας τον Δείκτη Θεσμικής Ασυμμετρίας (Institutional Asymmetry Index) όπου αποτυπώνεται η σχέση επίσημων θεσμών και άτυπων κανόνων διαπιστώθηκε ότι η Ισπανία υπερτερεί με 2,86 έναντι της Ελλάδας με 2,36. Πρόκειται για χώρες με εδραιωμένα άτυπα δίκτυα που λειτουργούν υπεράνω του νόμου καταβαρώνοντας τους κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς θεσμούς.

Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά τις άτυπες πληρωμές των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και πώς αυτή διαμορφώνεται μέσα από την γνώμη και την στάση τους γι' αυτές στην Ελλάδα. Η έρευνα μας στοχεύει στο να παρέχει απαντήσεις στα ακόλουθα στοχευμένα ερωτήματα:

- Πόσο συχνά έγινε χρήση των υπηρεσιών υγείας το τελευταίο τετράμηνο πριν την διεξαγωγή της έρευνας, από τα μέλη του κάθε νοικοκυριού;
- Ποιος είναι ο λόγος που έγινε χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα μέλη αυτά, για μια ασθένεια, για εγκυμοσύνη ή για προληπτικούς λόγους;
- Πως διαμορφώθηκε η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας μέσα από την κατάσταση υγείας των ασθενών;
- Τι είδους τυπική υπηρεσία υγείας χρησιμοποιήθηκε για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και για ποιον λόγο;
- Πως αποτυπώνεται η πορεία των άτυπων πληρωμών των καταναλωτών προς τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σε χρηματικούς όρους;
- Πως εξελίσσεται η στάση των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών απέναντι στις άτυπες πληρωμές;
- Πόσο εφικτή είναι η δυνατότητα νομιμοποίησης των άτυπων πληρωμών στην τωρινή κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα;

Εστιάσαμε στην αποτύπωση των άτυπων πληρωμών σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές του ελληνικού συστήματος υγείας και κυρίως στην στάση των χρηστών απέναντι τους. Αναλύσαμε τους προσδιοριστικούς παράγοντες που τις διαμορφώνουν στον ελλαδικό χώρο

δίχως να παραλείπονται οι κατευθυντήριες γραμμές και προτάσεις πολιτικής για την πρόληψη, διαχείριση και καταπολέμηση τους με κοινοποίηση των αποτελεσμάτων μας στους θεσμικούς φορείς. Παράλληλα, μέσω του ευέλικτου μοντέλου πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών που κατασκευάσαμε για τις άτυπες πληρωμές αποτυπώσαμε την λειτουργία τους με συγκεκριμένες διαδικασίες (δείκτες).

4.2. Σπουδαιότητα και καινοτομία της έρευνας.

Η ανάδειξη της σημαντικής επίπτωσης των άτυπων πληρωμών στην υγεία, η ανίχνευση των προσδιοριστικών παραγόντων του φαινομένου, η αξιοποίηση πρωτότυπης μεθοδολογίας (ερωτηματολόγιο συνδυαστικά με το ευέλικτο πολυπαραγοντικό μοντέλο των πολλαπλών δεικτών-πολλαπλών αιτιών), η χρησιμότητα των ευρημάτων για την τεκμηρίωση άσκησης πολιτικών καθώς και η διατύπωση επιπλέον ερευνητικών ερωτημάτων (πχ άτυπες πληρωμές κατά την περίοδο της πανδημίας) συνθέτουν την σπουδαιότητα και την καινοτομία της έρευνας μας.

Προαπαιτούμενο της οικονομικής ανάπτυξης, της προστασίας των ασθενών και της αναβάθμισης του συστήματος είναι η άριστη γνώση του πλαισίου δράσης των άτυπων πληρωμών στην υγεία (Vian, 2020). Επισημάνθηκε, η σπουδαιότητα εμπλοκής των χρηστών στην έρευνα μας, στοχεύοντας στη διερεύνηση του περιεχομένου των άτυπων πληρωμών και των συνθηκών εντός των οποίων εξελίσσονται. Η υποχρηματοδότηση της δημόσιας υγείας επέσπευσε την συμμετοχή των χρηστών. Έτσι, οι μελετητές και σχεδιαστές πολιτικών υγείας λαμβάνουν υπόψη τους τις απόψεις τους μεγιστοποιώντας την αποδοτικότητα των προγραμμάτων υγείας. Βάσει των ανωτέρω οι απόψεις των χρηστών σε ζητήματα των άτυπων πληρωμών για την χρήση των υπηρεσιών υγείας συνιστούν πολύτιμο εργαλείο για τον καλύτερο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας ενταγμένο στις τρέχουσες εξελίξεις (λίστα χειρουργείου, επιμόρφωση κοκ) αλλά και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με σαφή στόχο την βιωσιμότητα του συστήματος.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εστιάζοντας στις στάσεις και απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας απέναντι στην υγειονομική έρευνα αλλά και την χάραξη βέλτιστων πρακτικών πρόληψης, διαχείρισης και καταπολέμησης των άτυπων δραστηριοτήτων, στοχεύει στον εμπλουτισμό της σχετικής συζήτησης. Θεωρούμε ότι τα προκύπτοντα συμπεράσματα δεν θα έχουν γενίκευση στο σύνολο του πληθυσμού αλλά είναι μείζονος

σημασίας η σκιαγράφηση των απόψεων και των στάσεων των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές για την υγεία. Μέσα από στοχευμένη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας βρέθηκαν μελέτες που πραγματεύονται τις άτυπες πληρωμές στην υγεία σε διάφορα κράτη. Ωστόσο, καμία εξ αυτών δεν προσέγγισε το φαινόμενο μεθοδολογικά με τον τρόπο που το πράξαμε εμείς. Η έρευνα εξελίσσεται με τις ακόλουθες υποθέσεις εργασίας: α. Παράθεση των βασικών χαρακτηριστικών της ελληνικής οικονομίας εν καιρώ κρίσης. β. Ανάλυση των συστημάτων υγείας εστιάζοντας στην χρηματοδότηση τους. γ. Ανάλυση των άτυπων οικονομικών συναλλαγών (θεωρητικό πλαίσιο, εννοιολογικοί προσδιορισμοί) εστιάζοντας στις αιτίες και τις μεθόδους εκτίμησης τους. δ. Η πρόθεση των ασθενών να δηλώσουν την συμμετοχή τους σε άτυπες συναλλαγές στην υγεία, διατυπώνοντας παράλληλα την στάση για τέτοιου είδους πρακτικές.

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα διατριβή ενθαρρύνει ανάληψη θεσμικών πρωτοβουλιών που θα ενδυναμώσουν την εμπιστοσύνη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στοχεύοντας στην πρόληψη, τον εντοπισμό, την διαχείριση και την καταπολέμηση του φαινομένου των αδήλωτων οικονομικών συναλλαγών στην υγεία. Θεσμικές πρωτοβουλίες τέτοιου είδους εστιάζουν στην μείωση της φορολογίας εισοδήματος με ταυτόχρονη ενίσχυση κινήτρων για φορολογική συμμόρφωση (συνοδευόμενη από μείωση των προστίμων εντοπισμού των παραβατών) και τόνωση της φορολογικής ηθικής. Παράλληλα, προτείνεται συνεργασία εκπροσώπων ΜΚΟ με δημόσιους φορείς για την βελτίωση της διαφάνειας με απλοποίηση της φορολογικής νομοθεσίας, επιτάχυνση των μηχανισμών απονομής δικαιοσύνης και νομιμοποίησης των άτυπων πληρωμών από το υγειονομικό προσωπικό με την φορολόγηση τους. Η έρευνα μας θα αποτελέσει το βήμα για την εκτεταμένη εφαρμογή πρακτικών του ιδιωτικού τομέα στην με πρακτικές συνεργατικής διακυβέρνησης (corporate governance) όπως ο εσωτερικός έλεγχος και εντοπισμού της απάτης (Κουτούπης και συν., 2015, 2016). Καταλυτική, πρέπει να θεωρηθεί η χρήση τεχνολογίας υπολογιστικών νεφών (cloud computing) και POS (point of sales). Συμπληρωματικά, προτείνεται να εισαχθούν από τους εκπαιδευτικούς φορείς μαθήματα εντοπισμού και καταπολέμησης της απάτης και των άτυπων οικονομικών συναλλαγών στην υγεία. Βάσει των αποτελεσμάτων η Πολιτεία θα κατανοήσει την αναγκαιότητα της ύπαρξης μηχανισμού για στοχευμένες παρεμβάσεις για τέτοιου είδους φαινόμενα. Στην Εθνική Αρχή Διαφάνειας (ΕΑΔ) προτείνεται η σύσταση τμήματος για την διαφθορά στην υγεία λαμβάνοντας υπόψη ερευνητικά δεδομένα, ανά τον κόσμο, και να προχωρά στην αξιοποίηση τους για την Ελλάδα. Θα πρέπει να συνταχθούν

από την Πολιτεία εγχειρίδια για την δήλωση τέτοιου φαινομένου, η διεξαγωγή εκπαιδευτικών σεμιναρίων και εκδηλώσεων που δημοσιοποιούν την πρόοδο των ελέγχων.

4.3. Ερευνητική στρατηγική.

Ο καθορισμός της ερευνητικής στρατηγικής ξεκινά από την έμφαση του ερευνητή στο αντικείμενο μελέτης, στοχεύοντας στην περιγραφή, την ανάλυση, την σπουδαιότητα, την διερεύνηση των παραγόντων που το συνθέτουν και την δομή του. Η ερευνητική διαδικασία για ένα επιστημονικό αντικείμενο καθορίζει την ερευνητική στρατηγική (Μαγγόπουλος, 2014). Κατά την Babbie (2011) η επιστημονική έρευνα επιτελεί τρεις συγκεκριμένους σκοπούς την διερεύνηση, την περιγραφή και την ερμηνεία. Στην διερευνητική προσέγγιση ο ερευνητής μελετά ένα νέο επιστημονικό αντικείμενο και στις οποίες χρησιμοποιείται συνήθως η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) γι' αυτό και σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα και αξιοπιστία. Η περιγραφική προσέγγιση, εστιάζει στην απλή περιγραφή από τον ερευνητή των δεδομένων που παρατήρησε. Διακρίνεται για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία καθώς δομείται με ακριβή δεδομένα χωρίς ωστόσο να αναλύεται η αιτιότητα των σχέσεων. Από την άλλη, οι ερμηνευτικές μελέτες στόχο τους έχουν την αιτία των αποτελεσμάτων και πραγματεύονται την επιστημονικά τεκμηριωμένη και έγκυρη ερμηνεία συμβάντων.

Για την υλοποίηση του σχεδίου της έρευνας μας εκπονήθηκε μια καλά σχεδιασμένη ερευνητική στρατηγική. Στο Α' Μέρος, μελετήθηκε εκτενώς η διεθνής και η ελληνική βιβλιογραφία (δευτερογενής μελέτη) αναφορικά με τις βασικές πτυχές της διεθνούς, της ευρωπαϊκής και της ελληνικής οικονομίας ώστε να οριοθετηθεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνονται η παραοικονομία. Αναλύθηκε η λειτουργία των συστημάτων υγείας με έμφαση στις δαπάνες και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας τονίζοντας την ύπαρξη των άτυπων πληρωμών. Επίσης, έλαβε χώρα εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση για την παραοικονομία (shadow economy), μέσα από την ιστορική της εξέλιξη, τις Σχολές Σκέψης που διαμόρφωσαν το περιεχόμενο της, την εννοιολογική αποσαφήνιση του φαινομένου με τις βασικές συνιστώσες της (μορφές και είδη άτυπων συναλλαγών, διαφθορά, φοροδιαφυγή), τους κυριότερους προσδιοριστικούς παράγοντες του φαινομένου καθώς και τις βασικές μεθόδους εκτίμησης του αναπτύσσοντας για πρώτη φορά την αναδυόμενη τάση των μικτών μεθόδων ερευνητικής προσέγγισης.

Μετά από την διεξοδική αυτή μελέτη, στο Β' Μέρος διατυπώθηκε ο σκοπός και οι στόχοι της ερευνητικής διαδικασίας και αναλύθηκε επισταμένα η ερευνητική μέθοδος που εφαρμόσαμε. Καταλυτική υπήρξε η ανίχνευση και αποτύπωση του ερευνητικού πεδίου γύρω από τις άτυπες πληρωμές στην υγεία γιατί ήταν η πρώτη φορά που διεξήχθη έρευνα για το θέμα αυτό στο ελληνικό σύστημα με την μεθοδολογία που επιλέξαμε. Σε έρευνες όπου και αποτυπώνεται η παραδοχή των ερωτωμένων συμμετοχής τους σε παράνομη πράξη υπάρχει αυξημένο ποσοστό λανθασμένης (ή μη) απόκρισης. Και αυτό γιατί η καταβολή ανεπίσημης πληρωμής άνευ νόμιμου παραστατικού είναι παράνομη ενέργεια.

Βασικό μέσο συλλογής των πρωτογενών μας δεδομένων ήταν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο (πρωτογενής μελέτη) (Γαλάνης, 2012) της έρευνας των Belli et al. (2002) για τις επίσημες και άτυπες δαπάνες των νοικοκυριών στην υγεία στην Τσεχία, την Ουγγαρία, την Ρουμανία και την Πολωνία. Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην οργανωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας. Προαπαιτούμενο για την ορθή εφαρμογή του ερωτηματολογίου στην τελική μας έρευνα, ήταν η διενέργεια έρευνας – πιλότου (δοκιμαστική έρευνα) για την εντόπιση πιθανών παραλείψεων και μετά η συμπλήρωση του. Πιο συγκεκριμένα, πριν από την χορήγηση των ερωτηματολογίων επιλέχθηκε ένα δείγμα 40 ατόμων (καθώς σε έρευνες – πιλότους ο αξιόπιστος αριθμός του πληθυσμιακού δείγματος είναι μεταξύ 30 και 50 ατόμων) χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή των Αθηνών. Στόχος ήταν να σταθμιστεί το ερωτηματολόγιο (Ισερης, 2016) δηλαδή να ελεγχθεί η πληρότητα, εγκυρότητα, η ρεαλιστικότητα, η αποτελεσματικότητα της ερευνητικής διαδικασίας, η ορθότητα των εργαλείων της έρευνας σε συνδυασμό με τον έλεγχο αξιοπιστίας και του κύρους τους. Ακολούθως, προσδιορίσαμε τον πληθυσμό-στόχο και ορίσαμε ότι αφορά χρήστες όλων των υπηρεσιών υγείας (ΠΦΥ, νοσοκομειακή και επείγουσα φροντίδα, εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις, οδοντιατρικές υπηρεσίες, φυσικοθεραπεία, αποκατάσταση κοκ) στις 13 Περιφέρειες της χώρας.

Ο τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν προσαρμοσμένος στην ιδιαιτερότητα των ασθενών του πληττόμενου από την οικονομική κρίση ελληνικού συστήματος υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους της έρευνας, έπρεπε να βρούμε ενήλικες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, που διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα και την υπόλοιπη Ελλάδα, ώστε να είναι εύκολο να εντοπιστούν για την follow-up διαδικασία της έρευνας. Επιλέχθηκαν, κυρίως, αρχηγοί νοικοκυριών με ολοκληρωμένη γνώση για τα άτομα που το απαρτίζουν και το σύστημα υγείας, μέσα από τις επισκέψεις τους σε νοσοκομεία των Αθηνών και της

επαρχίας, σε διαγνωστικά εργαστήρια, σε Κέντρα Υγείας, σε Οδοντιατρεία, σε κέντρα φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης κοκ. Συμπληρώσαμε τα ερωτηματολόγια ώστε να αποφευχθούν οι λανθασμένες και κυρίως τις βιαστικές απαντήσεις, που θα μας οδηγούσαν σε εσφαλμένα ερευνητικά ευρήματα.

Οι απαντήσεις των χρηστών στο δομημένο ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκαν σε όλες τις ερωτήσεις, και σε αυτό βοήθησε η δομή του ερωτηματολογίου. Στις ανοιχτές ερωτήσεις έγινε ανάλυση περιεχομένου στο 5ο Κεφάλαιο όπου και ερμηνεύθηκαν τα ερευνητικά αποτελέσματα. Εισάγαμε τα κωδικοποιημένα αποτελέσματα στη βάση δεδομένων SPSS Statistics (Γαλάνης, 2015, Χαλικιάς και συν., 2015) και συγκεκριμένα στη Version 24 για να τα αναλύσουμε και συγκριμένοι έλεγχοι οι οποίοι ισχυροποίησαν την μελέτη μας. Πρόκειται για την ανάλυση περιγραφικών μέτρων²⁸ (Καλαματιανού, 1999) όλων των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν με την παρουσίαση Σχημάτων και Πινάκων των ποσοστών συχνοτήτων τα οποία παρουσιάζουν τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση. Επιπλέον, εφαρμόσαμε τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson δηλ. ο έλεγχος χ^2 (Pearson's chi square test) (Γαλάνης, 2015) για έλεγχο της σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές (Καλαματιανού, 1999).

Οι ερωτήσεις-μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τόσο διακριτές μεταβλητές (πχ. Άνδρας, γυναίκα, κλπ.) όσο και συνεχείς ερωτήσεις – μεταβλητές (κόστος σε € που δαπανήθηκε για τη φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες). Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης r δίνει ένα μέτρο του μεγέθους της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών. Παίρνει τιμές στο κλειστό διάστημα $[-1, 1]$. Αν $r = \pm 1$ υπάρχει τέλεια γραμμική συσχέτιση. Αν $-0.3 \leq r < 0.3$ δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Αν $-0.5 \leq r \leq -0.3$ ή $0.3 \leq r \leq 0.5$ υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση. Αν $-0.7 \leq r \leq -0.5$ ή $0.5 \leq r \leq 0.7$ υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση. Αν $-0.8 \leq r \leq -0.7$ ή $0.7 \leq r \leq 0.8$ υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Αν $-1 < r \leq -0.8$ ή $0.8 \leq r < 1$ υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson δίνει το μέγεθος γραμμικής συσχέτισης συνεχών μεταβλητών (Γαλάνης, 2015).

Κατόπιν τούτου έγινε εκτενής ανάλυση και περιγραφή των ερευνητικών ευρημάτων, και

²⁸ Η ανάλυση περιγραφικών μέτρων είναι η απεικόνιση της μονοδιάστατης και της διδιάστατης περιγραφικής ανάλυσης με διαγράμματα και πίνακες [Βλ. Καλαματιανού Α.Γ. (1999): Κοινωνική Στατιστική. Μέθοδος Μονοδιάστατης Ανάλυσης, Εκδόσεις 'Κ. & Π. Σμπίλιας' ΑΕΒΕ, Αθήνα, σ. 43–220].

κατασκευάστηκε το τελικό μοντέλο εκτίμησης των άτυπων (ανεπίσημων) πληρωμών στην υγεία. Λαμβάνοντας υπόψη τους τρεις περιορισμούς που έχουμε θέσει για την έρευνα, προχωρήσαμε στα συμπεράσματα μας αλλά και στην διατύπωση καινοτόμων προτάσεων υλοποίησης για την πρόληψη, την διαχείριση ή ακόμη και την ελαχιστοποίηση των φαινομένων άτυπων οικονομικών συναλλαγών στον χώρο της υγείας, στην Ελλάδα. Τελικό σημείο της ερευνητικής διαδικασίας που ακολουθήσαμε είναι η συγγραφή του κειμένου της διδακτορικής διατριβής και η παρουσίαση των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

4.4. Συλλογή δεδομένων.

Το ζήτημα των άτυπων πληρωμών στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύπλευρο και η ερευνητική του προσέγγιση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Συνήθως εφαρμόζεται η άμεση μέθοδος με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου από τον ερευνητή και την διατύπωση ερωτήσεων προς τον πληθυσμό-στόχο. Ωστόσο, με την χρήση της υποεκτιμώνται το φαινόμενο (Schneider, Williams, 2013) λόγω μη παραδοχής των ερωτωμένων (έστω και ανώνυμα) τέτοιας παράτυπης δραστηριότητας η οποία σκοπίμως αποκρύπτεται από τις δημόσιες αρχές. Βασίζεται στην εκούσια πρόθεση τους να συνεργαστούν και να δηλώσουν την συμμετοχή τους σε μια παράνομη πράξη (Schneider, 2019). Εφαρμόσαμε για πρώτη φορά με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου (Schneider, Williams, 2013, Williams, 2015, Williams, Krasniqi, 2018, Williams et al., 2017, Schneider, 2018) και μοντέλου πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών (Hayat, Rashid, 2020; Bitzenis et al., 2016) θεωρώντας τις άτυπες πληρωμές ως λανθάνουσα μεταβλητή (Van Vliet, Van Praag, 1987).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε στην διδακτορική μας διατριβή, δόθηκε σε ενήλικες πολίτες/χρήστες των υπηρεσιών υγείας ανά την Ελλάδα, και σε κάθε γεωγραφική ενότητα, ώστε να αποδειχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του δείγματος της. Επιλέξαμε ως δειγματοληπτική μέθοδο την δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), η οποία είναι ένας τύπος μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας (Καλαματιανού, 1999) με επιλογή των ερωτωμένων ως δείγμα ως εύκολη πηγή δεδομένων για την έρευνα μας (Battaglia, 2008). Κατά την διαδικασία, συλλέχθηκε το μέγιστο δυνατό δείγμα και συγκεντρώθηκαν όλες οι παρατηρήσεις στις οποίες είχαμε πρόσβαση. Δεν έχει αντιπροσωπευτικότητα στο γενικό πληθυσμό (Χαλικιάς και συν., 2015) αλλά ενδείκνυται σε θέματα παραοικονομίας για την αποτύπωση της επικρατούσας τάσης και την μεγιστοποίηση ειλικρινούς απόκρισης

(Schneider, Williams, 2013).

4.4.1. Έρευνα–πιλότος (pilot survey).

Πριν την διεξαγωγή της κύριας έρευνας, τον Οκτώβριο του 2015 διεξάγαμε έρευνα–πιλότο σε 40 άτομα/χρήστες των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή των Αθηνών. Στόχος μας ήταν η προκαταρκτική εκτίμηση του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου και η μέγιστη διόρθωση πιθανών λαθών και παραλείψεων (Καλαματιανού, 1999) αλλά και η βελτίωση του ερευνητικού μας πρωτοκόλλου ενισχύοντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε όπως και στην τελική μας μελέτη, ζητώντας τα σχόλια και την κριτική των χρηστών για ασάφειες, δυσκολίες, λάθη και παρερμηνείες σχετικά με τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε αυτό. Καταγράφηκε ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ο βαθμός απόκρισης των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις οι οποίες και προσαρμόστηκαν όταν κρίθηκε αναγκαίο (Γαλάνης, 2017).

Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μας έρευνας ήταν ιδιαίτερος θετικά, από πλευράς των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθώς θεώρησαν ότι οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, ευκρινείς και απλά διατυπωμένες. Υπήρξαν βέβαια κάποιες εξαιρέσεις που λόγω της μεγάλης ηλικίας των ασθενών και προβλημάτων υγείας επαναλείφθηκαν οι ερωτήσεις (ειδικά όπου υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων) ώστε να τις κατανοήσουν περισσότερο. Αυτό το γεγονός μας βοήθησε ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις στην διατύπωση τους ώστε να αποφευχθεί η σπατάλη χρόνου και να ενισχυθεί ο βαθμός των αποκρίσεων.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 20 με 30 λεπτά, λόγω του μεγάλου αριθμού των ερωτήσεων, των πολλαπλών απαντήσεων σε κάποιες από αυτές και των περιστατικών υγείας που σε κάποιους χρήστες ήταν άνω του 1. Η κύρια έρευνα διεξήχθη σε δύο στάδια, το πρώτο το δίμηνο Δεκέμβριος 2015–Ιανουάριος 2016 και το δεύτερο το δίμηνο Δεκέμβριος 2016–Ιανουάριος 2017. Αυτό το είδος της έρευνας ονομάζεται μελέτη παρακολούθησης (follow–up study) ή μελέτη κοορτής (cohort study) (Γαλάνης, 2015, 2017) όπου οι ερωτώμενοι κινούνται στον χρόνο και εμείς καταγράψαμε πληροφορίες για τις άτυπες πληρωμές.

4.4.2. Τελικό ερωτηματολόγιο.

Για να συλλέξουμε τα δεδομένων της έρευνας μας αξιοποιήσαμε ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο. Η αρχική μορφή ήταν στην Αγγλική γλώσσα και χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Harvard των ΗΠΑ για τις τυπικές και άτυπες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία σε τέσσερις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Τσεχία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία) (Belli et al., 2002). Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα δεδομένα του ελληνικού συστήματος υγείας. Περιλαμβάνει 39 ερωτήσεις με πέντε μεγάλες κατηγορίες στοιχείων δημογραφικά στοιχεία, δεδομένα για την κατάσταση της υγείας και στοιχεία για την ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας, δεδομένα για τις άτυπες δαπάνες υγείας, την ετοιμότητα πληρωμής των χρηστών καθώς και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα. Η ηλικία των ερωτωμένων ήταν άνω των 18 ετών.

Επιπλέον, τα Τμήματα Α' και Δ' του ερωτηματολογίου είναι κοινά για όλα τα μέλη του νοικοκυριού. Στην περίπτωση που περισσότερα του ενός μέλους του νοικοκυριού είχε πρόβλημα υγείας ή ανέφερε ότι έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους (π.χ. προληπτικές εξετάσεις, εγκυμοσύνη) τα Τμήματα Β' και Γ' του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν ξεχωριστά για κάθε περιστατικό χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών (ανεξάρτητα ποιο μέλος αφορά).

Αναλυτικότερα, τα δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, τον Δήμο κατοικίας, τον αριθμό των ατόμων του νοικοκυριού, τις οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό που διαβιούν κάτω από την ίδια στέγη.

Οι πρώτες οκτώ ερωτήσεις που αφορούν τα εισαγωγικά στοιχεία για τους ερωτώμενους, απαντώνται από όλους. Ειδικά στην 7^η ερώτηση όπου έχει να κάνει με το αν ο αριθμός των ατόμων του νοικοκυριού (ενήλικες ή παιδιά) ασθένησαν κατά τους τελευταίους 4 μήνες έχουν δικαίωμα οι ερωτώμενοι να απαντήσουν θετικά (οπότε και πρέπει να αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων) ή αρνητικά. Στην 8^η ερώτηση, ακόμη, ερωτήθηκαν «*Μήπως ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω πρόσωπα έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών;*» οι χρήστες είχαν την επιλογή να απαντήσουν θετικά (οπότε έπρεπε να δηλώσουν τον αριθμό των ατόμων αυτών και την αιτία που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας) ή αρνητικά και πάλι. Οι συμμετέχοντες που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας έστω και μια φορά κατά

τους τελευταίους τέσσερις μήνες, συνέχισαν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε διαφορετική περίπτωση, πήγαιναν κατευθείαν στο Τμήμα Δ' αυτού όπου και διερευνήθηκε η στάση τους απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) πληρωμές για την χρήση των υπηρεσιών. Οι ερωτώμενοι πήγαν κατευθείαν στην 15^η ερώτηση, σε περίπτωση που η χρήση των υπηρεσιών αυτών δεν οφειλόταν σε πρόβλημα υγείας.

Στο Τμήμα Β', του ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώθηκε ξεχωριστά για κάθε περιστατικό (case) χρήσης των υπηρεσιών υγείας έγινε μια εκτενής καταγραφή της κατάστασης υγείας, της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών αυτών, περιλαμβάνονται οι ακόλουθες 14 από τις 39 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

- Μήπως συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας; (9^η ερώτηση). Εδώ οι ερωτώμενοι απάντησαν ναι ή όχι. Στην πρώτη περίπτωση συνέχισαν κανονικά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αν όμως απάντησαν αρνητικά πήγαν απευθείας στην 11^η ερώτηση.
- Αν ναι, για πόσες μέρες; (10^η ερώτηση). Οι ερωτηθέντες μπορούν επέλεξαν μια μόνο απάντηση από 5 κατηγορίες απαντήσεων.
- α. Ποιο είναι/ήταν ακριβώς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε; (Ερώτηση 11α). Στο σημείο αυτό έγινε περιγραφή της ασθένειας ή των συμπτωμάτων αυτής και εμείς συμπληρώσαμε σε ξεχωριστό κουτί τον κωδικό ICD-10 στον οποίο αντιστοιχεί η ασθένεια αυτή.
β. Κατά τη γνώμη σας, πόσο σοβαρό είναι/ήταν το πρόβλημα υγείας; (Ερώτηση 11β). Επιχειρήθηκε μια αυτό-αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας του ατόμου σε μια επταβάθμια κλίμακα.
- Για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, λάβατε επίσημη περίθαλψη; (12^η ερώτηση). Οι συμμετέχοντες όταν απαντούσαν θετικά πήγαιναν κατευθείαν στην 15^η ερώτηση, αν όμως όχι συνέχιζαν κανονικά.
- Ένα δεν ζητήθηκε επίσημη περίθαλψη, ποιοι ήταν οι λόγοι; (13^η ερώτηση). Οι χρήστες επέλεξαν ανάμεσα σε 7 πιθανές απαντήσεις (επιτρεπόταν η πολλαπλή επιλογή) με την τελευταία να μην αφορά κανέναν από τους προαναφερόμενους λόγους και καλούνταν να τον αναφέρουν οι ίδιοι ονομαστικά.
- Αν φροντίσατε μόνος/η τον εαυτό σας (αυτοθεραπεία), ποιο ήταν το κόστος σε € που δαπανήθηκε για την φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες; (14^η ερώτηση).

Από εδώ και πέρα συμπληρώθηκαν τα Τμήματα Β' και Γ' του ερωτηματολογίου, για την επίσημη χρήση των υπηρεσιών υγείας για τα δηλωμένα περιστατικά και σε διαφορετική περίπτωση προχώρησαν στο Τμήμα Δ'.

- Πόσο χρονικό διάστημα μεσολάβησε πριν αναζητήσετε/καταφύγετε στη χρήση υπηρεσιών υγείας; (15^η ερώτηση). Δεν είχαν πολλαπλές επιλογές απαντήσεων αλλά είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε 4 κατηγορίες τους με την πρώτη να εστιάζει στην άμεση παρατήρηση των συμπτωμάτων (οπότε και έπρεπε να μεταβούν οι ερωτώμενοι στην 17^η ερώτηση).
- Αν καθυστέρησε η χρήση υπηρεσιών υγείας, ποιοι ήταν οι λόγοι; (16^η ερώτηση). Οι χρήστες είχαν το δικαίωμα πολλαπλών απαντήσεων.
- Καταγράψτε κάθε είδους χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για π.χ. εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες (17^η ερώτηση). Εδώ οι χρήστες ανέφεραν το είδος της επίσημης υπηρεσίας περίθαλψης συνδυαστικά με το είδος της επίσημης πληρωμής που κατέβαλλαν.
- Για ποιο λόγο αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένη δομή/μονάδα; (18^η ερώτηση). Η απάντηση στο σημείο αυτό δόθηκε ανάλογα με το είδος της επίσημης υγείας που ζητήθηκε.
- Ολοκληρώσατε με επιτυχία την (παρεχόμενη/προτεινόμενη) φροντίδα υγείας; (19^η ερώτηση). Αν οι χρήστες απαντούσαν θετικά πήγαιναν απευθείας να μεταβούν στην 22^η ερώτηση.
- Για ποιο λόγο δεν ολοκληρώσατε η παροχή φροντίδας υγείας; (20^η ερώτηση). Επιτρεπόντουσαν οι πολλαπλές απαντήσεις μέσα από 6 επιλογές αλλά δόθηκε παράλληλα και μια 7^η επιλογή όπου καταγράφεται ένας επιπλέον λόγος.
- Η φροντίδα υγείας/θεραπεία μου δεν ολοκληρώθηκε, γιατί (21^η ερώτηση). Επιτρεπόντουσαν οι πολλαπλές απαντήσεις από 6 επιλογές αλλά δίνεται παράλληλα και μια 7^η επιλογή όπου καταγράφεται ένας επιπλέον λόγος.
- Είστε ικανοποιημένος/η με την περίθαλψη που σας παρασχέθηκε; (22^η ερώτηση). Εδώ οι ερωτηθέντες επέλεξαν ανάμεσα σε Ναι ή Όχι.

Ακολούθως, το Τμήμα Γ', του ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώθηκε ξεχωριστά για κάθε περιστατικό (case) χρήσης των υπηρεσιών υγείας καταγράφηκαν πλήρως οι άτυπες

δαπάνες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, περιέχει τις εξής 13 ερωτήσεις:

- Υπήρξε άτυπη πληρωμή σε χρήμα ή πληρωμή σε είδος, οποιαδήποτε συνεισφορά ή οποιοδήποτε δώρο για την παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη; (23^η ερώτηση). Αν αυτό δεν συνέβη τότε ο συμμετέχων πήγε στην 35^η ερώτηση.
- Πότε πραγματοποιήθηκε η άτυπη πληρωμή/συνεισφορά με την σχετιζόμενη θεραπεία; (24^η ερώτηση). Υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων ανάμεσα σε 3 επιλογές.
- Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε υπηρεσία υγείας; (25^η ερώτηση).
- Καταβάλατε οτιδήποτε σε είδος στους γιατρούς/νοσοκόμες; (26^η ερώτηση). Αν αυτό δεν συνέβη τότε ο ερωτών μετέβηκε στην 29^η ερώτηση.
- Εφόσον καταβάλατε κάτι σε είδος, προσδιορίστε το (27^η ερώτηση). Υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων ανάμεσα σε 3 επιλογές.
- Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε (28^η ερώτηση). Συμπληρώθηκαν τα κενά του Πίνακα που σχετίζονται με κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών.
- Μήπως υποχρεωθήκατε να παρέχετε εσείς οι ίδιοι ορισμένες από τις υπηρεσίες/αγαθά υγείας κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας; (29^η ερώτηση). Αν η απάντηση ήταν αρνητική μετέβηκε ο ερωτών στην 31^η ερώτηση.
- Αν ναι τι ποσό καταβάλατε; (30^η ερώτηση). Έγινε μια αναλυτική αναφορά το ποσό σε φάρμακα, σε άλλες υπηρεσίες ή και στα δύο.
- Ποιο ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε; (31^η ερώτηση). Αποτελεί άθροισμα των συνολικών ποσών σε € που δηλώθηκαν στην 25^η, στην 28^η και την 30^η ερώτηση.
- Από πού προήλθαν τα χρήματα που καταβάλατε; (32^η ερώτηση). Εκτιμήθηκε η ποσοστιαία (%) κατανομή της πηγής προέλευσης των χρημάτων, αλλά υπήρχε η επιλογή αναφοράς ενός λόγου που δεν εμπεριέχεται στους ανωτέρω και είναι υποκειμενικός για τον κάθε ερωτώμενο.
- Για ποιο λόγο καταβάλατε τα παραπάνω ποσά; (33^η ερώτηση). Επιτρεπόντουσαν οι πολλαπλές απαντήσεις μέσα από 9 επιλογές και από μια 10^η που και πάλι είναι υποκειμενική για τον συμμετέχοντα.

- Μήπως έχετε την αίσθηση ότι εξαναγκασθήκατε να πληρώσετε για τις υπηρεσίες υγείας ή/και τα φάρμακα που σας παρασχέθηκαν; (34^η ερώτηση). Η απάντηση δόθηκε μέσα από 3 επιλογές (ναι, όχι., δεν είμαι βέβαιος/η).
- Πέρα από το ποσό των άτυπων ιδίων πληρωμών, ο πάροχος υπηρεσιών υγείας (ιατρός, άλλη μονάδα υγείας κ.α.) αποζημιώθηκε από κάποιον άλλο πληρωτή για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που σας παρείχε; (35^η ερώτηση). Δόθηκε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων με 4 επιλογές.

Επιπλέον, το Τμήμα Δ' του ερωτηματολογίου το οποίο συμπληρώνεται μόνο μια φορά από κάθε νοικοκυριό, αφορά την ετοιμότητα πληρωμής των χρηστών υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τις εξής ερωτήσεις:

- Ποια είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας; (36η ερώτηση). Σε περίπτωση των απαντήσεων με τον χαρακτηρισμό μάλλον ή πολύ υποστηρικτική, έγινε ακριβής προσδιορισμός του λόγου (δηλ. 4 στις 5 απαντήσεις).
- Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν οι άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες (συμ)πληρωμές να νομιμοποιηθούν για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας; (37η ερώτηση). Οι συμμετέχοντες επέλεξαν ανάμεσα σε 5 και όχι πολλαπλές απαντήσεις.
- α. Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για την δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, θα είσασταν πρόθυμος/η να πληρώσετε; (Ερώτηση 38α). Δηλώθηκε το ακριβές ποσό σε €.
 - β. Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), θα ήσασταν πρόθυμος να πληρώσετε; (Ερώτηση 38β). Δηλώθηκε το ακριβές ποσό σε €.

Τέλος, στο Τμήμα Ε' στο οποίο περιλαμβάνονται στοιχεία για κάθε μέλος του νοικοκυριού με το οποίο ο ερωτώμενος/η μοιράζεται κοινό προϋπολογισμό υπάρχουν στοιχεία για το εκπαιδευτικό του επίπεδο και στοιχεία για την κατάσταση απασχόλησης, το επάγγελμα και τον τομέα απασχόλησης του (Πίνακας). Τα στοιχεία βασίστηκαν σε δύο βάσεις δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ. Από την μια, στην Στατιστική Ταξινόμηση Επαγγελματιών (ΣΤΕΠ 92) η οποία δίδει ένα σύστημα ταξινόμησης και ομαδοποίησης της πληροφόρησης των επαγγελματιών και η οποία προέρχεται είτε από τις Απογραφές Πληθυσμού είτε από άλλες στατιστικές έρευνες ή διοικητικές πηγές. Εν συνεχεία, στην Στατιστική Ταξινόμηση Οικονομικών Δραστηριοτήτων (ΣΤΑΚΟΔ 08) βασισμένη στην Στατιστική Ταξινόμηση

Οικονομικών Δραστηριοτήτων NACE Rev. 2 της ΕΕ²⁹.

4.5. Πληθυσμός – στόχος, δείγμα πληθυσμού και περιορισμοί της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 3.494 άτομα ανά την Ελλάδα, εξασφαλίζοντας ποσοστό απόκρισης 99,7% το οποίο και ανταποκρίνεται στα ερευνητικά δεδομένα του άνω του 70% (Hibberts et al., 2012). Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα, μέσω ερωτήσεων δημογραφικών χαρακτηριστικών (Φύλο, Ηλικία, κλπ.) και ερωτήσεων, που αφορούν το κόστος, τις αιτίες αλλά και τις συνθήκες καταβολής άτυπων πληρωμών στο σύστημα υγείας, από την πλευρά των πολιτών-ασθενών.

Αν και δεν υπήρχαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις αναφορικά με το δείγμα μας, εντούτοις τέθηκαν τρεις περιορισμοί κατά την σύνθεση του ερωτηματολογίου. Ο πρώτος είχε να κάνει με την δειγματοληπτική μέθοδο που αξιοποιήσαμε όπου επρόκειτο για την δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) λόγω της αυξημένης δυσκολίας του ερευνώμενου θέματος. Γι' αυτό και δεν ήταν εφικτή η γενίκευση των ευρημάτων παρά μόνο να αποτυπωθεί εκτενώς η τάση εξάπλωσης των άτυπων πληρωμών στην υγεία στην ελληνική επικράτεια. Ο δεύτερος περιορισμός είχε να κάνει με την εθνικότητα των συμμετεχόντων καθώς έπρεπε να είναι ημεδαποί και να διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα. Θέσαμε αυτό τον περιορισμό μιας και οι μετανάστες δεν αποτελούν για την περίπτωση μας αξιόπιστο δείγμα πληθυσμού μιας και τις περισσότερες φορές δεν διαμένουν μόνιμα στην χώρα όπου και εργάζονται καθώς στοχεύουν στο να μαζέψουν κάποια χρήματα και να επιστρέψουν στην χώρα καταγωγής τους. Ο τρίτος περιορισμός εστίαζε στην ηλικία του ερωτώμενου καθώς οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικοι δηλαδή άνω των 18 ετών, καθώς μετά την ηλικία αυτή εισέρχονται στην παραγωγική δραστηριότητα μέσω της εργασιακής και οικογενειακής τους ζωής και κάνουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

²⁹ Η ταξινόμηση αυτή αναλύεται σε τετραψήφιο επίπεδο το οποίο παρέχει το πλαίσιο για τη συλλογή και παρουσίαση ευρύ φάσματος στατιστικών στοιχείων, κατά την οικονομική δραστηριότητα, στους τομείς των οικονομικών στατιστικών (π.χ. Εθνικοί Λογαριασμοί) και σε άλλους στατιστικούς τομείς εντός του Ευρωπαϊκού Στατιστικού Συστήματος [Βλ. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Statistical_classification_of_economic_activities_in_the_European_Community_\(NACE\)/el](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Statistical_classification_of_economic_activities_in_the_European_Community_(NACE)/el) (Πρόσβαση: 3/4/2020)].

4.6. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων.

Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων συνιστά την πρωτογενή συλλογή δεδομένων και το βασικό στοιχείο κάθε δειγματοληπτικής έρευνας (Χαλικιάς και συν., 2015). Αυτές προϋποθέτουν άριστη γνώση του θέματος και ταυτόχρονα εντοπισμό των τρωτών σημείων των ερωτηματολογίων (ασάφεια, λανθασμένη διατύπωση, παραπλάνηση) ώστε να προβεί μετέπειτα στις ενδεδειγμένες διορθώσεις ο ερευνητής (Γαλάνης, 2018).

Ζητούμενο είναι η καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας ώστε να εξάγουμε πολύτιμα συμπεράσματα. Προς την κατεύθυνση αυτή, εφαρμόσαμε μια σειρά από στατιστικές μεθοδολογίες για την αξιοπιστία των ευρημάτων. Χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης και ειδικότερα, οι κατηγορικές μεταβλητές ως ιδιαίτερα διαδεδομένες στις κοινωνικές επιστήμες για μέτρηση στάσεων και απόψεων (Καλαματιανού, 1999). Αρχικά, προχωρήσαμε σε περιγραφική ανάλυση του προφίλ, της κλινικής κατάστασης και τους λόγους χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους τέσσερις μήνες. Στόχος μας ήταν η συνοπτική και εμπειριστατωμένη παρουσίαση των δεδομένων της μελέτης μας. Διεξάγαμε διμεταβλητή ανάλυση (bivariate analyses) των χαρακτηριστικών των περιστατικών υγείας των ερωτωμένων στρωματοποιημένο από την καταβολή των άτυπων πληρωμών κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το είδος ανάλυσης πραγματεύεται την σχέση μεταξύ ενός προσδιοριστή και ενός αποτελέσματος. Για την διεξαγωγή της έρευνας διατυπώσαμε τέσσερις ερευνητικές υποθέσεις H_0 , H_1 , H_2 , H_3 . Η έρευνα μας καινοτομεί αφού οι άτυπες πληρωμές είναι λανθάνουσα εξαρτημένη μεταβλητή (latent variable) και εξελίσσεται με μια σειρά ανεξάρτητων μεταβλητών, διαχωρισμένες σε αιτίες και δείκτες για την κατασκευή του μοντέλου (Schneider, 2018).

Η περίπτωση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ιδιαίτερη και με αυξημένα στοιχεία δυσκολίας με διαφθορά και άτυπες πρακτικές, Σε αυτές συμβάλλει μια ομάδα παραγόντων με έμφαση στο νομικό πλαίσιο, την κουλτούρα και αντίληψη, την οικονομική συγκυρία και το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των χρηστών (Zandian et al., 2019; Horodnic, Williams, 2018; Doshmangir et al., 2020a; Zhu et al., 2018; Liu et al., 2021). Προκειμένου να προχωρήσουμε στην ανάλυση μας εφαρμόσαμε την ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis) στοχεύοντας στην κατασκευή δεικτών από πλήθος ερωτήσεων σε ένα δείκτη ή επιμέρους δείκτες ώστε να διασφαλίσουμε την καλύτερη διαχείριση και μοντελοποίηση των ερευνητικών μας αποτελεσμάτων. Αρχικά,

επιχειρήσαμε να κατασκευάσουμε ένα δείκτη για τις άτυπες πληρωμές στην υγεία (IP_s), με μια σειρά ερωτήσεων. Για αξιόπιστα αποτελέσματα στην ανάλυση μας χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο Kaiser–Meyer–Olkin. Ακολούθησε η συνολική διακύμανση ερμηνείας των απαντήσεων που μας δόθηκαν από τον δείκτη άτυπων πληρωμών, καταλήγοντας στους συντελεστές του παράγοντα. Κατόπιν ορίστηκε η αρχική δομική εξίσωση.

Επιχειρήσαμε να μοντελοποιήσουμε τον δείκτη των άτυπων πληρωμών στην υγεία με την χρήση παλινδρομικής ανάλυσης (regression analysis). Αξιοποιήσαμε την μέθοδο της εμπρόσθιας βηματικής παλινδρόμησης (forward stepwise regression method) (Sutter, Kalivas, 1993) για τον εντοπισμό της βέλτιστης στατιστικά σχέσης μεταξύ των ερωτήσεων του μοντέλου μας. Μετέπειτα, αποκλείσαμε ερωτήσεις που καταστρέφουν την δυναμική του και εστίασαμε στην στατιστική σημαντικότητα του με την ανάλυση διακύμανσης ANOVA. Επιπλέον, προσδιορίστηκαν οι βέλτιστες επιλεγθείσες ερωτήσεις για το μοντέλο μας φθάνοντας τις έξι, και μετά διατυπώθηκε η δομική εξίσωση του τελικού μας μοντέλου.

Το δομημένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε αποτελείται από 39 ερωτήσεις και διανεμήθηκε σε δύο στάδια, το πρώτο το δίμηνο Δεκέμβριος 2015–Ιανουάριος 2016 και το δεύτερο το δίμηνο Δεκέμβριος 2016–Ιανουάριος 2017. Επιλέχθηκαν ασθενείς ανά την Ελλάδα σε χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών όπου και έγινε χρήση των εντύπων ερωτηματολογίων με την συμπλήρωσή τους να κρατάει 20 με 30 λεπτά.

4.7. Λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression).

Η παλινδρόμηση αφορά την ροπή προς τη μέση τιμή ενώ τα μοντέλα παλινδρόμησης και η παλινδρομική ανάλυση πραγματεύονται την σχέση μιας εξαρτημένης μεταβλητής και ενός συνόλου ανεξάρτητων μεταβλητών (Γαλάνης, 2009). Στοχεύουν στην «εκτίμηση της αιτιοκρατικής σχέσης εξάρτησης μεταξύ των δύο μεταβλητών και στην πρόβλεψη της αναμενόμενης συμπεριφοράς της μιας μεταβλητής βάσει των τιμών της έτερης μεταβλητής» (Αγιακλόγλου, Μπένος, 2007). Η ανάλυση διασποράς έχει τη μορφή δεικτών και αποκαλούνται ενδεικτικές μεταβλητές ενώ στην ανάλυση συνδιασποράς (analysis of covariance) είναι δυσυπόστατες οι ανεξάρτητες μεταβλητές ως ποσοτικές και ποιοτικές. Στις μέρες μας η παλινδρόμηση αναφέρεται στη σχέση μιας μεταβλητής με ένα σύνολο προσδιοριστών (Γαλάνης, 2009). Ένα μοντέλο παλινδρόμησης θεωρείται γραμμικό όταν έχει την εξής μορφή:

$$P = A_0 + \sum_i A_i X_i \quad (25)$$

P = η τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής είναι ο γραμμικός συνδυασμός των ανεξαρτήτων μεταβλητών A_0, A_1, A_2 . Η απλούστερη μορφή παλινδρόμησης είναι η απλή γραμμική παλινδρόμηση (Γαλάνης, 2009). Ζητούμενο είναι η μαθηματική σχέση που συνδέει τις παρατηρήσεις για δύο μεταβλητές, ο βαθμός μέσα από την χρήση του συντελεστή συσχέτισης δίχως ωστόσο να μας είναι γνωστό οι μεταβολές τις τιμές της μιας σε σχέση με τις τιμές της άλλης. Η ύπαρξη μιας γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο τυχαίων μεταβλητών αποτελεί αντικείμενο πραγματέυσης της ανάλυσης συσχέτισης βάσει του προαναφερθέντος συντελεστή (Αγιακλόγλου, Μπένος, 2007). Προσεγγίζεται η μορφή της καμπύλης που τα συνδέει μέσα από την γραφική αναπαράσταση των δεδομένων (scatter plot) μέσα από ένα σύστημα ορθογωνίων συντεταγμένων. Καθώς διαπιστώνουμε μέσα από το διάγραμμα διασποράς ότι δεν υπάρχει η ιδανική καμπύλη που να ενώνει όλα τα σημεία αναζητούμε την καμπύλη που να έχει την μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα στα υπάρχοντα στοιχεία. Η μαθηματική έκφραση αυτής της γραμμικής συσχέτισης αποτυπώνεται από την σχέση (Χαλικιάς και συν., 2015):

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 x_i + \varepsilon_i \quad (26)$$

όπου το Y_i λαμβάνει δύο τιμές (0 ή 1) και το ε_i ως το τυχαίο σφάλμα με $E(\varepsilon_i) = 0$ που είναι η ευθεία γραμμικής παλινδρόμησης $E(Y_i) = \beta_0 + \beta_1 x$

Y = εξαρτημένη μεταβλητή

x = ανεξάρτητη μεταβλητή

β_0 η τεταγμένη, δηλ. η τιμή της εξαρτημένης για $x = 0$

β_1 = η κλίση της ευθείας.

Το βασικό μοντέλο που αναλύει τη σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών είναι η ευθεία γραμμή και αποτελεί τη βάση για την δημιουργία πιο περίπλοκων μοντέλων μεταξύ περισσότερων μεταβλητών (Γαλάνης, 2009). Σκοπός μας είναι να πετύχουμε μια άριστη προσαρμογή της ευθείας στα δεδομένα, δηλαδή να μειωθούν τα σφάλματα ε_i (αποκλίσεις) των δεδομένων από τις εκτιμώμενες τιμές. Άρα, για την εκτίμηση των παραμέτρων β_0 και β_1 χρησιμοποιείται η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων, μέσω της οποίας η ευθεία προσαρμόζεται καλύτερα στα δοθέντα δεδομένα και εκμηδενίζει το άθροισμα των τετραγώνων των σφαλμάτων (residuals) (Χαλικιάς και συν., 2015).

Επιπλέον, στο μοντέλο της απλής γραμμικής παλινδρόμησης υφίσταται μόνο μια

ανεξάρτητη μεταβλητή, το οποίο δύναται επέκτασης εμπεριέχοντας περισσότερες από μια ανεξάρτητες μεταβλητές, οπότε και έχουμε το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (general linear model), όπως απεικονίζεται στην εξίσωση:

$$Y = A_0 + A_1X_1 + A_2X_2 + A_3X_3 + \dots (27)$$

Τα μοντέλα τέτοιου είδους, τα οποία περιλαμβάνουν περισσότερες από μια ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται ως εξουδετερωτές των συγχυτών αντί της διαστρωματικής ανάλυσης. Στην περίπτωση του μοντέλου της απλής λογιστικής παλινδρόμησης (linear regression) το μοντέλο αυτής λαμβάνει τιμές από $-\infty$ έως και $+\infty$, ενώ οι αντίστοιχες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής κυμαίνονται από 0 έως και $+\infty$ όταν το μοντέλο γίνει εκθετικό (Γαλάνης, 2009). Δεν χρησιμοποιείται το μοντέλο αυτό όταν η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποσοστό μιας και το ποσοστό (proportion, p) λαμβάνει τιμές από 0 έως 1 (Γαλάνης, 2015) που αποτελεί και τον συνηθέστερο μετασχηματισμό και συνιστά το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression model) (Γαλάνης, 2009). Άρα, το καλύτερο δυνατό μοντέλο που θα επιλεγεί θα πρέπει να εμπεριέχει όλους τους predictors $X_i, i = 1, \dots, k$, όλους τους μεγαλύτερου βαθμού επιθυμητούς όρους και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις (Χαλικιάς και συν., 2015). Η πολλαπλή αρνητική διωνυμική παλινδρόμηση είναι κανονική πολλαπλή παλινδρόμηση με την διαφορά ότι η εξαρτημένη μεταβλητή (Y) είναι ένας παρατηρούμενος αριθμός που έπεται της αρνητικής διωνυμικής κατανομής (NCSS, 2020).³⁰

³⁰ NCSS Statistical Software: Chapter 326 “Negative Binomial Regression”, https://ncss-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/ncss/pdf/Procedures/NCSS/Negative_Binomial_Regression.pdf (Πρόσβαση: 9/6/2020).

Κεφάλαιο 5^ο: Αποτελέσματα της έρευνας.

5.1. Δημογραφικά στοιχεία και χρήση υπηρεσιών υγείας.

5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων αποκρίθηκαν N=3.183 άτομα, εκ των οποίων οι 1.690 ήταν γυναίκες και οι 1.493 άνδρες (ήτοι 53,1% και 46,9% αντίστοιχα). Σχετικά με την ηλικία των ερωτηθέντων το 28,3% αυτών ήταν πάνω από 55 ετών, το 32,1% άνηκε στην ηλικιακή κατηγορία των 18 με 34 ετών. Η πλειοψηφία των αποκριθέντων εντοπίστηκε στις ηλικίες από 35 έως και 54 ετών κατά 39,6%. Το 43% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, ΤΕΙ, το 26,4% απόφοιτοι Γυμνασίου–Λυκείου, το 19,3% ολοκλήρωσαν την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση ενώ μόλις το 8,2% είχε σπουδές μεταπτυχιακού επιπέδου. Σχετικά με την απασχόληση των ερωτηθέντων διαπιστώσαμε ότι πλήρους απασχόλησης ήταν μόνο το 57,5% αυτών, το 21,3% συνταξιούχοι, μερικής απασχόλησης και άνεργοι το 7,1% και φοιτητές μόλις το 7% (Πίνακας 5).

5.1.2. Περιφέρεια κατοικίας.

Η περιφέρεια στην οποία κατοικεί η πλειοψηφία των ερωτωμένων είναι η Περιφέρεια Αττικής κατά 69,6% ενώ το 30,4% των αποκριθέντων διαβιών στην υπόλοιπη Ελλάδα (Ανατολική Μακεδονία–Θράκη, Κεντρική και Δυτική Μακεδονία, Ήπειρος, Θεσσαλία, Ιόνια Νησιά, Δυτική και Στερεά Ελλάδα, Βόρειο και Νότιο Αιγαίο, Πελοπόννησος, Κρήτη). Τα μικρότερα ποσοστά εντοπίστηκαν σε κατοίκους εκτός Ελλάδος και πιο συγκεκριμένα Κύπρου και Βουλγαρίας, οι οποίοι εξαιρέθηκαν από το δείγμα μας. Διαπιστώσαμε ότι υπάρχει πλήρης κατανομή του δείγματος της έρευνας μας και στις 13 Περιφέρειες της Ελλάδος, κάτι που το καθιστά μερικώς αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού (Πίνακας 5).

Πίνακας 5
«Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων»

	Σύνολο αποκρινόμενων
Αριθμός αποκρινόμενων από τα νοικοκυριά	3.183
Μέση ηλικία (standard deviation)	44,7 (17,4)
<i>Φύλο (%)</i>	
Άνδρας	46,9
Γυναίκα	53,1
<i>Ηλικία (%)</i>	
18 – 34 ετών	32,1
35 – 54 ετών	39,6
55 ετών & άνω	28,3
<i>Περιοχή κατοικίας (%)</i>	
Περιφέρεια Αττικής	69,6
Υπόλοιπη Ελλάδα	30,4
<i>Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού (%)</i>	
€1.000	27,5
€1.000 - €1.500	27,2
€1.500 - €2.000	20,4
€2.000	24,9
<i>Εκπαίδευση (%)</i>	
Πρωτοβάθμια/Βασική Εκπαίδευση (Δημοτικό/Γυμνάσιο)	19,3
Λύκειο	26,4
Πανεπιστήμιο/ΑΤΕΙ	43
Ανώτερες πανεπιστημιακές σπουδές (μεταπτυχιακό επίπεδο)	8,2
<i>Κατάσταση απασχόλησης (%)</i>	
Πλήρης απασχόληση	57,5
Μερική απασχόληση	7,1
Φοιτητής	7
Συνταξιούχος	21,3
Άνεργος	7,1

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία κατάταξης των Ευρωπαϊκών Περιφερειών NUTS 2³¹ η φτωχότερη Περιφέρεια της Ελλάδας με το μικρότερο ΑΕΠ είναι το Βόρειο Αιγαίο με 47% αυτού. Επιπλέον, σημαντική ποσοστιαία αναλογία στο ΑΕΠ έχει η Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης με 48% του ΑΕΠ ακολουθούμενη από την Περιφέρεια Ηπείρου με 49%, ενώ τα προηγούμενα έτη προηγείτο όλων στην φτώχεια λόγω της γεωμορφολογίας της και στο είδος της απασχόλησης που εστιάζει στον αγροτικό τομέα. Έπονται οι

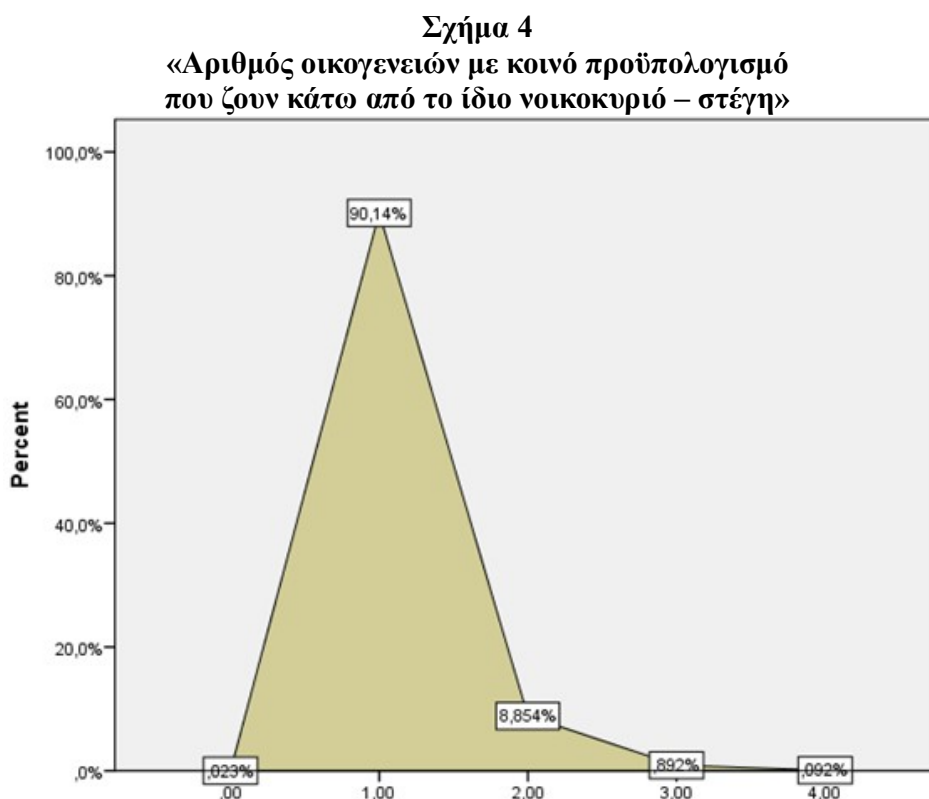
³¹ Η Ονοματολογία Εδαφικών Μονάδων Στατιστικής NUTS για τις Περιφέρειες της ΕΕ υιοθετήθηκε το 2003 για στατιστικούς σκοπούς και αποτελεί πρότυπο γεωκώδικα εστιάζοντας στις υποδιαιρέσεις κάθε κράτους [Βλ. Καν. (ΕΕ) 1059/2003].

Περιφέρειες Δυτικής Ελλάδας, Θεσσαλίας και Κεντρικής Μακεδονίας με 50%, 53% και 54% του ΑΕΠ. Αξιοσημείωτη είναι η συμβολή της Περιφέρειας Πελοποννήσου στην ανάπτυξη με 57% του ΑΕΠ, όπως των Περιφερειών Δυτικής Μακεδονίας και Κρήτης με 59% αυτού και των Περιφερειών Ιονίων Νήσων και Κεντρικής Ελλάδας με 63% του ΑΕΠ. Την μεγαλύτερη συμβολή στην οικονομική ανάπτυξη και τα μικρότερα ποσοστά φτώχειας εμφανίζονται στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου (Κυκλάδες, Δωδεκάνησα) με 74% και η Αττική με 93% του ΑΕΠ. Πρόσφατη έρευνα, έδειξε ότι το 30% του πληθυσμού βρίσκεται σε κίνδυνο ακραίας φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αντικατοπτρίζοντας πτωτική πορεία του διαστήματος από 2014 και έπειτα (ΕΛΣΤΑΤ, 2019β). Τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού είναι περισσότερα στην Δυτική Ελλάδα με 44,6% και λιγότερα στο Νότιο Αιγαίο με 35,9%. Ενισχύεται ακόμη περισσότερο το ιδιαίτερο αναπτυξιακό υπόδειγμα της ελληνικής οικονομίας όπου το κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε Ανατολική Μακεδονία και Βόρειο Αιγαίο είναι το ½ από το αντίστοιχο επίπεδο της Περιφέρειας Αττικής το 2018 (€23,3 χιλ) (Πισσαρίδης και συν., 2020). Το ελάχιστο κόστος αξιοπρεπούς διαβίωσης διαφέρει ανάλογα με το μέγεθος και τη σύνθεση του νοικοκυριού, τον τόπο διαμονής, και συνάρτηση του εάν το νοικοκυριό διαμένει σε ιδιόκτητη κατοικία ή βαρύνεται με ενοίκιο ή στεγαστικό δάνειο, το είδος της απασχόλησης με τους δημοσίους υπαλλήλους να έχουν μειωμένες πιθανότητες για φτωχοποίηση (Ματσαγγάνης, 2014).

5.1.3. Αριθμός οικογενειών με κοινό προϋπολογισμό που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό–στέγη.

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσες οικογένειες ζουν με κοινό προϋπολογισμό στο ίδιο νοικοκυριό απάντησαν N=4.371 άτομα. Ο κύριος όγκος των απαντήσεων ήταν γύρω στη μονάδα με ποσοστό 90,41%. Έπονται απαντήσεις κοντά στο 2 με ποσοστό 8,854%, κοντά στο 3 με ποσοστιαία αναλογία 0,892% και το υπόλοιπο 0,02% κοντά στο 4. Συμπεραίνουμε ότι, επικρατεί μια τάση για ολιγομελή νοικοκυριά και λιγότερο για διευρυμένες οικογένειες. Έχει να κάνει με την οικονομική αυτοτέλεια των ατόμων που διαβιούν σε ένα νοικοκυριό και τα οποία όταν είναι μονά ενώ όταν διαμένουν σε διευρυμένη οικογένεια αναγκάζονται να συνεισφέρουν, εφόσον έχουν τη δυνατότητα, στις δαπάνες του νοικοκυριού. Ενδέχεται όμως να αποκαλύπτει ότι δεν υπάρχει η πρόθεση δημιουργίας οικογένειας λόγω περισσότερων δαπανών αλλά και με την κάλυψη των υγειονομικών τους

αναγκών βάσει του τύπου διανομής τους (Σχήμα 4).

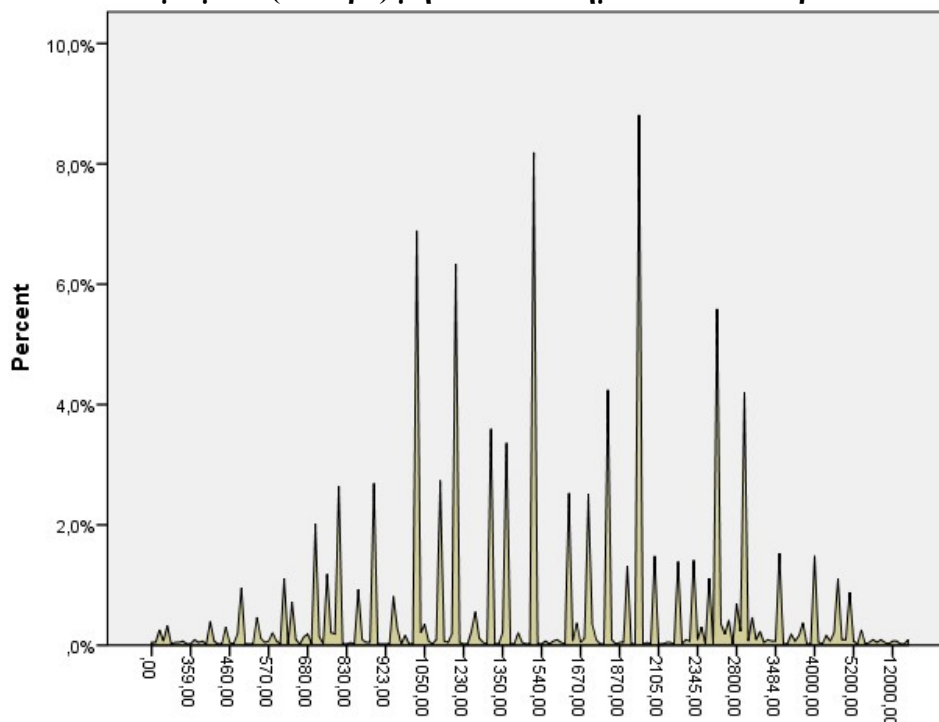


5.1.4. Εισόδημα νοικοκυριών.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι N=4.311 άτομα ήτοι το 99,49% του συνόλου του δείγματος απάντησαν στην ερώτηση για τις οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό, που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό–στέγη (Σχήμα 5). Εμφάνισαν μέση τιμή κοντά στην μονάδα και συγκεκριμένα 1,1089 με μέγιστη τιμή τις 4 οικογένειες και ελάχιστη καμία οικογένεια. Οι οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό – στέγη συγκέντρωσαν την πλειοψηφία κοντά στη μονάδα με 90,14%. Επιβεβαιώνεται η επισήμανση μας για απαξίωση του μοντέλου της διευρυμένης οικογένειας. Το εκτιμώμενο (καθαρό) μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού, συγκέντρωσε μια μέση τιμή κοντά στα 1.833€ με την μέγιστη τιμή να φθάνει τα 45.000€ και ελάχιστη τα 0€. Ο κύριος όγκος των απαντήσεων είναι σε ποσοστά που φθάνουν ως μέγιστο σχεδόν το 9%, από €1.050 έως και €2.800. Διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό νοικοκυριών έχει μηνιαίο εισόδημα άνω των €1.000 απέχοντας αρκετά από το κατώφλι φτώχειας ανά μονοπρόσωπο νοικοκυριό με €4.917 ετησίως και σε €10.326 για τα νοικοκυριά με 2 ενήλικες και 2 εξαρτώμενα παιδιά

ηλικίας κάτω των 14 ετών. Ορίζεται στο 60% του διάμεσου συνολικού διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών ίσο με €8.195 όπου το μέσο ετήσιο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών είναι στα €16.147 (ΕΛΣΤΑΤ, 2019β).

Σχήμα 5
«Εκτιμώμενο (καθαρό) μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού»



Σε χώρες με χαμηλά εισοδήματα όπως η Ελλάδα, το 25% με 60% των συνολικών δαπανών υγείας αφορούν τις ΙΔΥ οι οποίες στα πλουσιότερα υπολείπονται φθάνοντας, μόλις, στο 15% με 25% (Rannan-Eliya, 2008). Η σχέση ΑΔΥ και ιδιωτικής ασφάλισης έχει αρνητικό πρόσημο καθώς αυξάνονται σε χώρες που διαπιστώνεται μικρό ποσοστό των ασφαλισμένων σε εταιρείες όπως η Ελλάδα, σε αντίθεση με την Γαλλία που ενισχύει το δημόσιο σύστημα υγείας (OECD, 2010b).

5.1.5. Χρήση των υπηρεσιών υγείας.

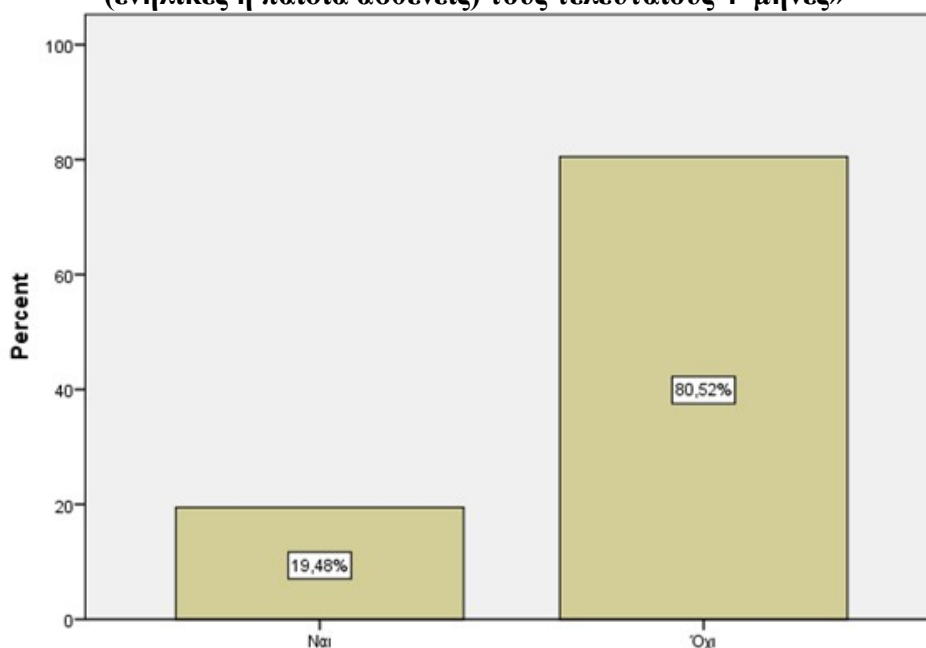
5.1.5.1. Η ύπαρξη ασθένειας σε ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού (ενήλικες ή παιδιά) τους τελευταίους 4 μήνες.

Το 80,52% των αποκρινόμενων απάντησαν αρνητικά στην πιθανότητα ύπαρξης ασθένειας

Διδακτορική Διατριβή, Παρασκευή Ν. Κουφοπούλου 128

σε ένα ή περισσότερα από πρόσωπα του νοικοκυριού (ενήλικες ή παιδιά) είχαν μια ασθένεια κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων μηνών ενώ το 19,48% έδωσαν θετική απάντηση (Σχήμα 6).

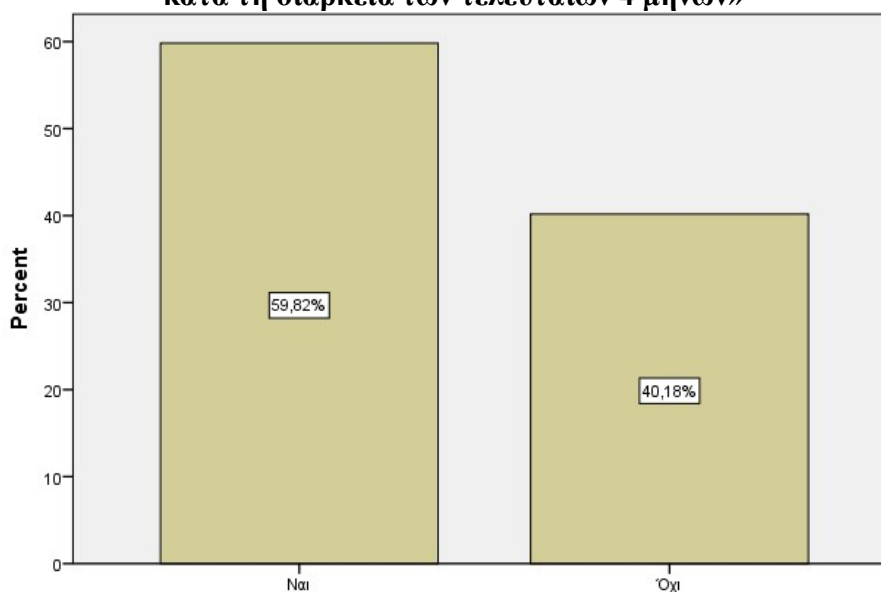
Σχήμα 6
«Η ύπαρξη ασθένειας σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πρόσωπα (ενήλικες ή παιδιά ασθενείς) τους τελευταίους 4 μήνες»



5.1.5.2. Επίσκεψη σε υπηρεσίες υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια τους τελευταίους 4 μήνες.

Χρήση των υπηρεσιών υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών έκαναν N=3.468 άτομα δηλαδή το 79,34% των ατόμων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη. Από αυτούς αποκρίθηκε θετικά το 59,82% (N=2.075 άτομα) και αρνητικά το 40,18% (N=1.393 άτομα) (Σχήμα 7). Παράλληλα, παρουσίασε μέση τιμή πάνω από 1,5 άτομα με μέγιστη τιμή τα 6 άτομα και ελάχιστη τα 0 άτομα. Είναι εμφανής μια τάση χρήσης των υπηρεσιών υγείας για προληπτικούς λόγους προωθώντας τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου συμβάλλοντας στον περιορισμό του κόστους τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας που σε ενδεχόμενο εντοπισμού μια σοβαρής ασθένειας σε αρχικά στάδια επέρχεται ίαση χωρίς πρόσθετο κόστος. Ειδικές πληθυσμιακές κατηγορίες όπως οι έγκυες κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας ώστε να παρακολουθούν την πορεία της κύησης.

Σχήμα 7
«Χρήση υπηρεσιών υγείας από ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών»



Βάσει ερευνών, στην πρώτη θέση βρίσκεται ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο κάθε είδους. Στο ίδιο πλαίσιο λειτουργούν οι προληπτικές εξετάσεις για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του προστάτη και του παχέος εντέρου (Dimitrakaki et al., 2009). Περαιτέρω, οι ετήσιες εξετάσεις των γυναικών με την διενέργεια μαστογραφίας, το τεστ Παπανικολάου, οι αιματολογικές εξετάσεις για τα επίπεδα του σακχάρου και της χοληστερίνης είναι οι πιο συνήθεις εξετάσεις συνεισφέροντας στην φθίνουσα πορεία και επιπολασμό μη-μεταδιδόμενων ασθενειών και στην θεραπεία, αποκατάσταση και διάρκεια εξέλιξης τους (Di Cesare et al., 2013; Frederiksen et al., 2010).

5.1.6. Περιγραφική στατιστική ανάλυση εισοδήματος νοικοκυριού και χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 6, οι οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό, που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη εμφανίζουν μια μέση τιμή κοντά στην μονάδα και συγκεκριμένα 1,1089 με μέγιστη τιμή να είναι 4 οικογένειες και ελάχιστη καμία οικογένεια. Στην ερώτηση περί του εκτιμώμενου (καθαρού) μηνιαίου εισοδήματος του νοικοκυριού, αυτό συγκέντρωσε μια μέση τιμή κοντά στα €1.833 με την μέγιστη τιμή να φθάνει τα €45.000 και ελάχιστη τα €0 ($\pm 1.824,7$).

Πίνακας 6
«Περιγραφική στατιστική ανάλυση εισοδήματος νοικοκυριού
και χρήσης υπηρεσιών υγείας»

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Πόσες οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό, ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη;	4371	0,00	4,00	1,1089	0,34765
Ποιό είναι το εκτιμώμενο (καθαρό) μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού;	4311	0,00	45000,00	1833,6219	1824,70509
Αριθμός ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών	3468	0,00	6,00	1,5704	0,91707

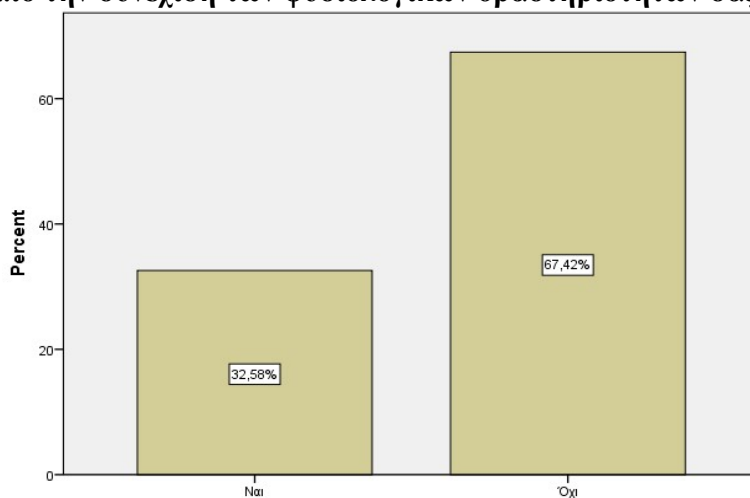
Ο αριθμός των ατόμων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών παρουσίασε μέση τιμή πάνω από 1,5 άτομα με μέγιστη τιμή τα 6 άτομα και ελάχιστη τα 0 άτομα.

5.2. Η ύπαρξη προβλήματος υγείας και η άσκηση φυσιολογικών δραστηριοτήτων.

5.2.1. Η ενδεχόμενη ύπαρξη προβλήματος υγείας.

Το 67,42% των ερωτωμένων απάντησαν ότι δεν έχουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας το οποίο να τους εμποδίζει ή ότι τους εμπόδισε από την συνέχιση των δραστηριοτήτων τους, ενώ το 32,58% απάντησε θετικά (Σχήμα 8).

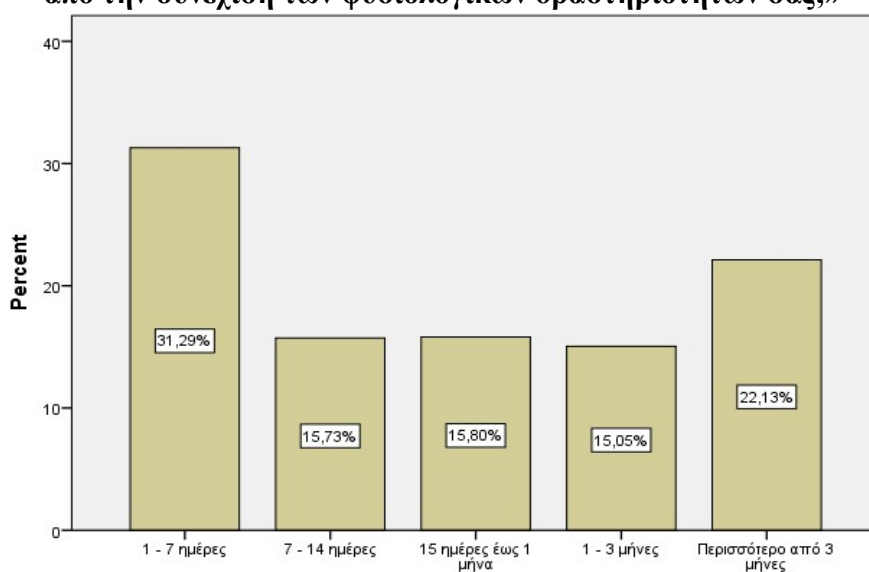
Σχήμα 8
«Μήπως συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;»



5.2.2. Εμπόδια στην άσκηση φυσικής δραστηριότητας από το πρόβλημα υγείας.

Οι ερωτώμενοι εκτίμησαν τις ημέρες που τους εμποδίζουν/εμπόδισαν τα προβλήματα υγείας από τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες (Σχήμα 9). Εκτίμησαν ότι απέχουν από αυτές από 1 έως 7 ημέρες κατά 31,29%, πάνω από 3 μήνες κατά 22,13%, 15 ημέρες έως και 1 μήνα με 15,8%, από 7 έως 14 ημέρες κατά 15,73% και από 1 έως 3 μήνες κατά 15,05%.

Σχήμα 9
«Πόσες ημέρες σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;»

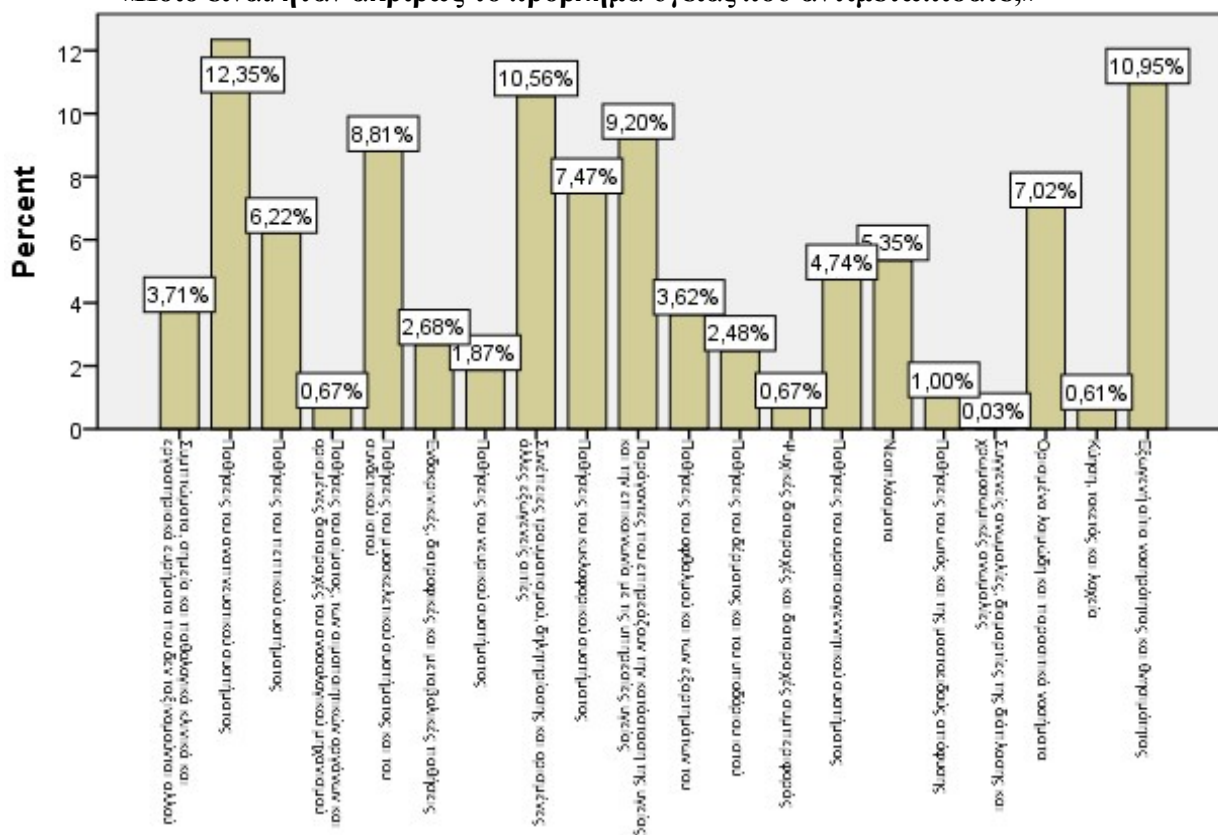


Αναφέρθηκαν προβλήματα υγείας που περιόρισαν τις δραστηριότητες των ασθενών όπως φαίνεται σε επίσημα στοιχεία την πενταετία 2013–2017. Αυτο-αξιολογώντας την υγεία τους θεωρούν ότι είναι πολύ καλή σε ποσοστό 45,06%, ως καλή το 28,92%, ως μέτρια από το 15,8%, ως κακή το 7,66% και το 2,76% αντίστοιχα. Το 23,94% των ασθενών πάσχει από χρόνια νοσήματα και πιστεύει ότι διατρέχει μεγάλο κίνδυνο περιορισμού των καθημερινών συνηθειών του κατά μέσο όρο το 10,92% και απλώς μεγάλο κίνδυνο το 13,24% του πληθυσμού. Μελέτες απέδειξαν ότι, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Λένη και συν., 2013), η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Παπαγεωργίου και συν., 2018) και ο σακχαρώδης διαβήτης (Σιόντη και συν., 2019), επιδρούν στις δραστηριότητες των ασθενών.

5.2.3. Είδος προβλήματος υγείας.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δηλώνοντας το πρόβλημα υγείας που αντιμετώπισαν, κάλυψαν με τις απαντήσεις τους όλο το φάσμα των ασθενειών. Ειδικότερα, στις τρεις πρώτες θέσεις των νοσημάτων που αναφέρθηκαν βρέθηκαν οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (12,35%), διάφορα εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας (10,95%) και θέματα υγείας από τραυματισμούς, δηλητηρίαση και ορισμένες άλλες εξωγενείς αιτίες (10,56%). Αξιοσημείωτη είναι, ακόμη, η ποσοστιαία αναλογία πολύπλοκων παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας (9,2%). Επιπλέον, από τους ασθενείς που έδωσαν άτυπες πληρωμές το 8,81% αφορούσαν τις παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού, το 7,47% το κυκλοφορικό σύστημα και το 7,02% ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα. Το 6,22% των δηλωθέντων παθήσεων αφορούν το πεπτικό σύστημα (στόμα, φάρυγγας, οισοφάγος, στομάχι, λεπτό έντερο, παχύ έντερο, ήπαρ πάγκρεας, μείζονες σιελογόνοι αδένες, σπλήνας, χοληδόχος κύστη) (Μάνου, 2017) (Σχήμα 10).

Σχήμα 10
«Ποιο είναι/ήταν ακριβώς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε;»



Δηλώθηκαν νεοπλάσματα σε ποσοστό 5,35% που αν δεν εντοπιστούν εγκαίρως ενδέχεται να επιδεινώσουν την υγεία του ασθενούς και να εξελιχθούν σε καρκίνο χωρίς θεραπευτική δυνατότητα. Το ουρογεννητικό σύστημα αναφέρθηκε το 4,74%, τα συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού από το 3,71% των ασθενών. Αναφέρθηκαν, ακόμη από τους ερωτηθέντες παθήσεις των οφθαλμών και των εξαρτημάτων αυτού (3,62%), παθήσεις ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές (2,48%), παθήσεις του νευρικού συστήματος (1,87%) καθώς και παθήσεις του ώτος και της μαστοειδούς απόφουσης αυτού (1%). Εντοπίζονται χαμηλά ποσοστά ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών και παθήσεων του αίματος, των αιμοποιητικών, οργάνωση και διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού (0,67% έκαστη), για κύηση, τοκετό και λοχεία (0,61%), για συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες (0,03%).

Η κατάθλιψη προκαλεί σοβαρά προβλήματα υγείας με απόρροια την εκτόξευση των αυτοκτονιών (Economidou et al., 2016). Αυξάνεται συνδυαστικά μαζί με το άγχος, την ανησυχία, τον εθισμό και την εξάρτηση από ουσίες μαζί με τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής

οδηγώντας σε αποσύνθεση του κοινωνικού ιστού (Bethune, 1997; Burchell, 1994). Διαπιστώνεται άρρηκτη σύνδεση της κατάθλιψης με την οικονομική στενότητα (Hitchen, Shaw, 2019; Scutella, Wooden, 2008). Σε μελέτη των Araya et al. (2003) που διεξήχθη στην Χιλή διαπιστώθηκε πτώση του εισοδήματος μετά από την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Το χρέος επιδρά στην κακή ψυχική υγεία, όπως απέδειξαν σε μελέτη τους για το Ηνωμένο Βασίλειο οι Jenkins et al. (2008). Το 23% όσων είχαν ψυχικές διαταραχές είχαν χρέος συγκριτικά με το 8% όσων δεν έπασχαν. Πέραν του εισοδήματος, άμεση επίδραση στην υγεία έχει και η ανεργία, επιφέροντας φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι Κυριόπουλος και Τσιάντου (2010) ανέφεραν ότι σε μελέτη που διεξήχθη σε 26 ευρωπαϊκές χώρες το διάστημα 1970–2006 διαπιστώθηκε η αύξηση της ανεργίας κατά 1% οδήγησε σε άνοδο των αυτοκτονιών κατά 0,8% των ατόμων τρίτης ηλικίας, τις ανθρωποκτονίες κατά 0,8% με πτώση των τροχαίων ατυχημάτων κατά 1,4%. Πρακτικά, η τόνωση των ποσοστών αυτών αλλάζει τις συσχετίσεις, με την ποσοστιαία αύξηση της ανεργίας άνω του 3% να ενισχύει τις αυτοκτονίες πάνω από 4% στα άτομα κάτω των 65 ετών και στην θνησιμότητα από υπερκατανάλωση αλκοόλ επισημαίνοντας ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχικές διακυμάνσεις. Εντοπίστηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και των ισχαιμικών καρδιοπαθειών, του καρκίνου ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, κακοηθών νεοπλασιών, των ανθρωποκτονιών, των αυτοκτονιών αλλά και έντονων αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Economidou et al., 2008).

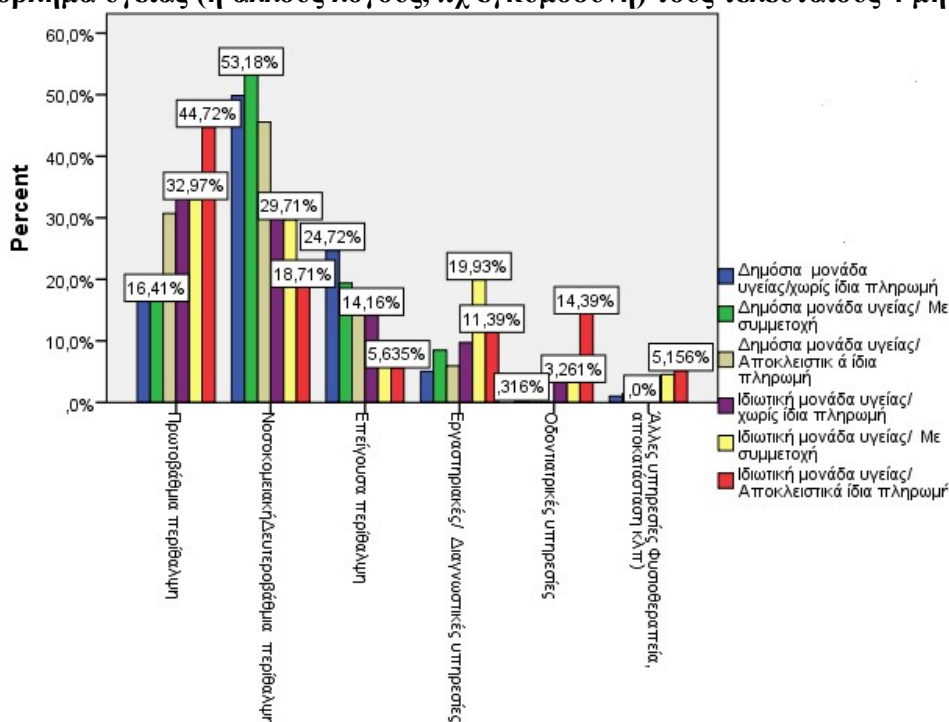
Το ελληνικό σύστημα υγείας επιβαρύνεται καθημερινά από τα 3 εκ. χρονίως πάσχοντες (IOBE, ΣΦΕΕ, 2017). Πάνω από το 1/5 του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών με μελλοντικές εκτιμήσεις κοντά στο 34% σε βάθος πενήντα ετών. Όσοι δεν πάσχουν από κανένα νόσημα ανέρχεται σε 47% ενώ στην ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει το 46%, ωστόσο περιορισμό δηλώνει ένα 1 στους 9 Έλληνες άνω των 65 ετών των δραστηριοτήτων τους ενώ στην ΕΕ αφορά το 16,33% (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Είναι γεγονός ότι, η οικονομική κρίση επιδρά καταλυτικά στον επιπολασμό του σακχαρώδους διαβήτη στην Ελλάδα εκτιμώμενος από 4,1% έως και 8,7% όντας υψηλότερος στους άνδρες άνω των 65 ετών. Το 43,3% με 53,9% των ασθενών έχει αρρυθμιστο διαβήτη συνοδευόμενο από χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης στις διατροφικές οδηγίες και φυσικής άσκησης κάτι που με ακρίβεια τους επιβαρύνει από την υπερχρήση των υπηρεσιών (Τσιάντου και συν., 2014).

5.3. Αντιμετώπιση προβλήματος υγείας.

5.3.1. Χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας υγείας.

Οι ερωτώμενοι δήλωσαν κάθε είδους χρήση επίσημης/τυπικής υπηρεσίας υγείας, για το πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους) τους τελευταίους 4 μήνες (Σχήμα 11). Η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής/δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Για την πρωτοβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται η Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή (16,41%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (16,41%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (32,97%) και η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή (44,72%), ενώ για την νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται η Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Δημόσια μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (53,18%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (29,71%) και η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή (18,71%), ενώ για την νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται η Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Δημόσια μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (53,18%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (29,71%) και η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή (18,71%), ενώ για την νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται η Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Δημόσια μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (53,18%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (29,71%) και η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή (18,71%), ενώ για την νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται η Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Δημόσια μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (53,18%), η Δημόσια μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Με συμμετοχή (29,71%) και η Ιδιωτική μονάδα υγείας/Αποκλειστικά ίδια πληρωμή (18,71%).

Σχήμα 11
«Χρήση επίσημης/τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, πχ εγκυμοσύνη) τους τελευταίους 4 μήνες»

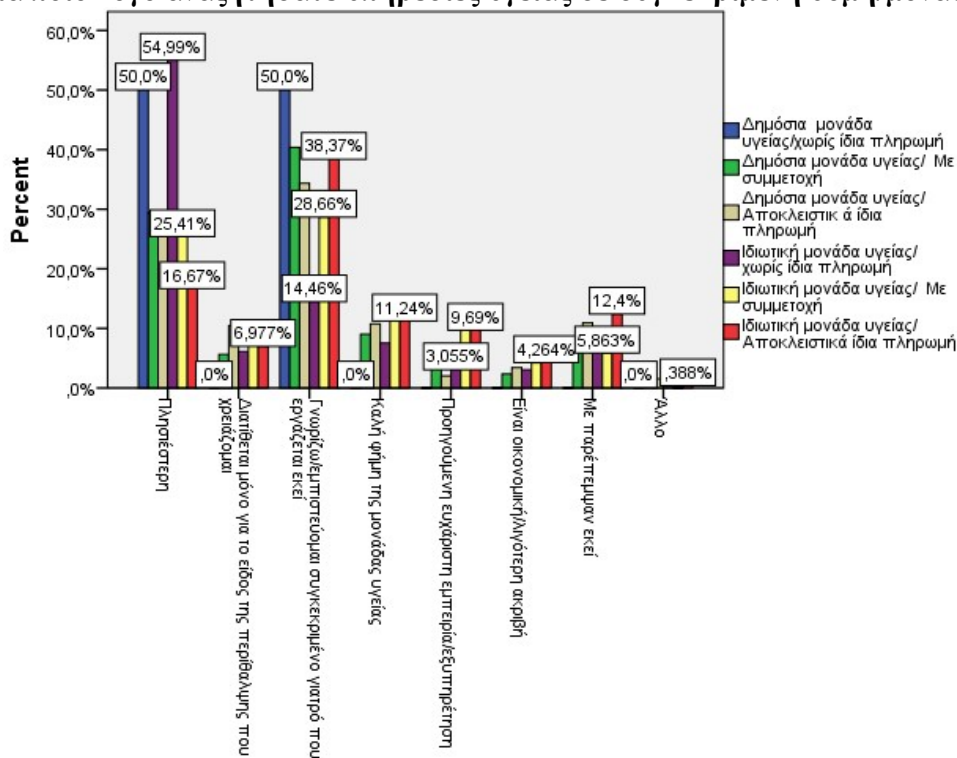


5.3.2. Αιτιολόγηση επιλογής υπηρεσιών στη συγκεκριμένη δομή/μονάδα.

Οι λόγοι τους οποίους επικαλέστηκαν οι ασθενείς για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένη δομή/μονάδα, κυμάνθηκαν μεταξύ πλησιέστερης δομής υγείας και επειδή εμπιστεύτηκαν συγκεκριμένο γιατρό που εργάζεται εκεί για όλους τους τύπους υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, οι ασθενείς επέλεξαν δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, γιατί ήταν πλησιέστερη και γιατί εμπιστεύονται τον γιατρό σε ποσοστό 50% αλλά και χωρίς να επικαλείται την καλή φήμη της μονάδας υγείας, λόγω προηγούμενης ευχάριστης εμπειρίας/καλύτερης εξυπηρέτησης, γιατί είναι πιο οικονομική ή γιατί παραπέμφθηκε εκεί. Επιπλέον, οι περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι επέλεξαν δημόσια μονάδα υγείας/με ίδια συμμετοχή, έλαβε χώρα γιατί γνωρίζουν και εμπιστεύονται τον γιατρό 38,37%, γιατί είναι πλησιέστερη σε ποσοστό 25,41%, σε μικρότερη αναλογία για την καλή φήμη της μονάδας, για την καλύτερη εξυπηρέτηση, γιατί είναι πιο οικονομική και γιατί παραπέμφθηκε εκεί. Η δημόσια μονάδα υγείας /αποκλειστικά με ίδια πληρωμή επιλέχθηκε από λιγότερους ασθενείς για όλες τις προαναφερόμενες αιτιάσεις (Σχήμα 12).

Σχήμα 12

«Για ποιο λόγο αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένη δομή/μονάδα;»



Υπάρχει μια υπεροχή των ιδιωτικών μονάδων υγείας στις προτιμήσεις των ασθενών. Επιλέχθηκε ιδιωτική μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή, γιατί ήταν πλησιέστερη στον τόπο κατοικίας τους (54,99%), προσφέρει την αναγκαία περίθαλψη (6,977%), λόγω γνωριμίας ή εμπιστοσύνης με συγκεκριμένο (14,46%), προηγούμενης ευχάριστης εμπειρίας/καλύτερης εξυπηρέτησης και λόγω παραπομπής τους (5,863%). Στην περίπτωση της ιδιωτικής μονάδας υγείας με συμμετοχή, επιλέχθηκε από τους ασθενείς γιατί ήταν πλησιέστερη (25,41%), λόγω γνωριμίας ή εμπιστοσύνης προς τον γιατρό (14,46%) καλής φήμης της μονάδας (11,24%), λόγω προηγούμενης ευχάριστης εμπειρίας/καλύτερης εξυπηρέτησης (9,69%), γιατί είναι πιο οικονομική/λιγότερη ακριβή (4,264%), και γιατί παραπέμφθηκαν εκεί (5,863%). Η ιδιωτική μονάδα υγείας/αποκλειστικά με ίδια πληρωμή, επιλέχθηκε από τους ασθενείς γιατί ήταν πλησιέστερη κατά 16,67%, παρέχει την αναγκαία περίθαλψη (6,977%). Στην επιλογή διαδραμάτισε σημαίνοντα ρόλο η γνωριμία ή εμπιστοσύνη για συγκεκριμένο γιατρό (38,37%), η καλή φήμη της μονάδας κατά 11,24% και λόγω προηγούμενης ευχάριστης εμπειρίας/καλύτερης εξυπηρέτησης (9,69%), γιατί είναι πιο οικονομική (4,264%) ή γιατί τον παρέπεμψαν εκεί (12,4%).

Οι ασθενείς επιλέγουν ευκολότερα ιδιωτική μονάδα υγείας στην οποία δεν καταβάλλουν ποσό, βασιζόμενοι σε κάλυψη τους από τον ΕΟΠΥΥ για καθολική κάλυψη του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών. Ελάχιστοι νοσηλευόμενοι επέλεξαν τη δημόσια μονάδα υγείας γιατί ήταν πιο οικονομική κατά 70,4% ή γιατί αποτελεί μελλοντική τους επιλογή κατά 72,8% (Σεμερτζιάδη και συν., 2011). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014, το 31% των ασθενών με καρκίνο αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία τους το τελευταίο έτος, ενώ το 51% δεν προγραμματίζει έγκαιρα ιατρική επίσκεψη και το 44% δύναται να καλύψει το κόστος της ιατρικής επίσκεψης (Souliotis et al., 2015). Από την άλλη, οι ιδιωτικές μονάδες υγείας με ή χωρίς ίδια συμμετοχή επιλέγονται όταν βρίσκονται κοντά στον τόπο κατοικίας των ασθενών και ίσως γιατί παραπέμφθηκαν εκεί. Καταναλώνουν οι ασθενείς, ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ασχέτως αν έχουν την δυνατότητα να καταβάλλουν το απαιτούμενο ποσό, εκτός αν έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Η επιλογή έγινε με παραπομπή οικείου τους με κριτήριο την ενδεχόμενη εισαγωγή τους κατά 91,7% (Σεμερτζιάδη και συν., 2011) γεγονός που ενισχύεται από τις αυξημένες προσδοκίες των υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων με υψηλές προσδοκίες για την παρεχόμενη περίθαλψη (Σουλιώτης και συν., 2002).

5.3.3. Αιτιολόγηση για την μη ολοκλήρωση της παροχής φροντίδας υγείας.

Εντοπίστηκαν N=196 άτομα που δεν ολοκλήρωσαν της παροχή φροντίδας υγείας. Διαπιστώσαμε ότι 56,12% αυτών (110 άτομα) δεν ανέφεραν συγκεκριμένο λόγο. Ωστόσο, το 9,69% (19 άτομα) ανέφεραν ότι αν και ο γενικός–οικογενειακός γιατρός τους ζήτησε να επανέλθουν, ωστόσο, το αρνήθηκαν ή το αμέλησαν. Επιπλέον, το 7,6% αρνήθηκε να αγοράσει/προμηθευτεί τα φάρμακα που του συνταγογράφησε ο γιατρός ενώ 7,14% τα αγόρασε αλλά δεν τα χρησιμοποίησε για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Ακόμη, το 6,12% των ασθενών ενώ του πρότεινε ο γιατρός μια συγκεκριμένη αγωγή/διατροφή δεν την ακολούθησε γιατί ήταν ακριβή. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 5,61% των ασθενών δεν ακολούθησε τις συστάσεις του γενικού–οικογενειακού γιατρού ο οποίος τον παρέπεμψε σε εξειδικευμένο γιατρό προκειμένου να αντιμετωπίσει πιο στοχευμένα το πρόβλημα υγείας του. Μόλις το 2,04% των ασθενών σε παραπομπή του γενικού–οικογενειακού γιατρού να επισκεφθεί νοσοκομείο δεν συμμορφώθηκε. Το υπόλοιπο 8,68% (ήτοι 16 άτομα) απάντησε για περισσότερους από ένα λόγους με επικρατέστερη την αγορά φαρμάκων κατόπιν συνταγογράφησης του γιατρού αλλά όχι και η λήψη τους συνδυαστικά με την επανάληψη της επίσκεψης στον γενικό – οικογενειακό γιατρό κατόπιν συστάσεως του (3 άτομα). Μόλις 2 άτομα (1,02%) εξήγησαν με τρεις διαφορετικούς λόγους γιατί δεν ολοκληρώθηκε η παροχή φροντίδας υγείας.

5.4. Άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες δαπάνες υγείας.

5.4.1. Ποσό σε € που καταβλήθηκε άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Σχετικά με την ερώτηση για το άτυπα καταβληθέν ποσό, δηλαδή άνευ επίσημης απόδειξης ή άλλου επίσημου παραστατικού για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας, είχαμε αξιόλογα ευρήματα (Πίνακας 7). Τα περισσότερα χρήματα που δόθηκαν σε ποσοστό 20,9% ήταν από €210 έως €500. Μικρότερα ποσά δόθηκαν σε αναλογίες 18,43% για ποσά από €60 έως €100, κατά 15,62% για ποσά από €32 έως €55, για ποσά από €10 έως €30 (10,68%) ενώ ελαφρώς μεγαλύτερα ποσά κυμαινόμενα από

€110 έως €200 αντιστοιχώντας στο 14,53%. Διαπιστώσαμε μεγάλη πτώση για ποσά από €750 έως €1.900 (8,27% (€), για ποσά από €2.000 έως €10.500 (6,04%) αλλά και για ποσά €510 έως €700 (5,51%). Μηδαμινή ήταν η καταβολή άτυπων χρηματικών ποσών από €0 έως €5 (0,02%).

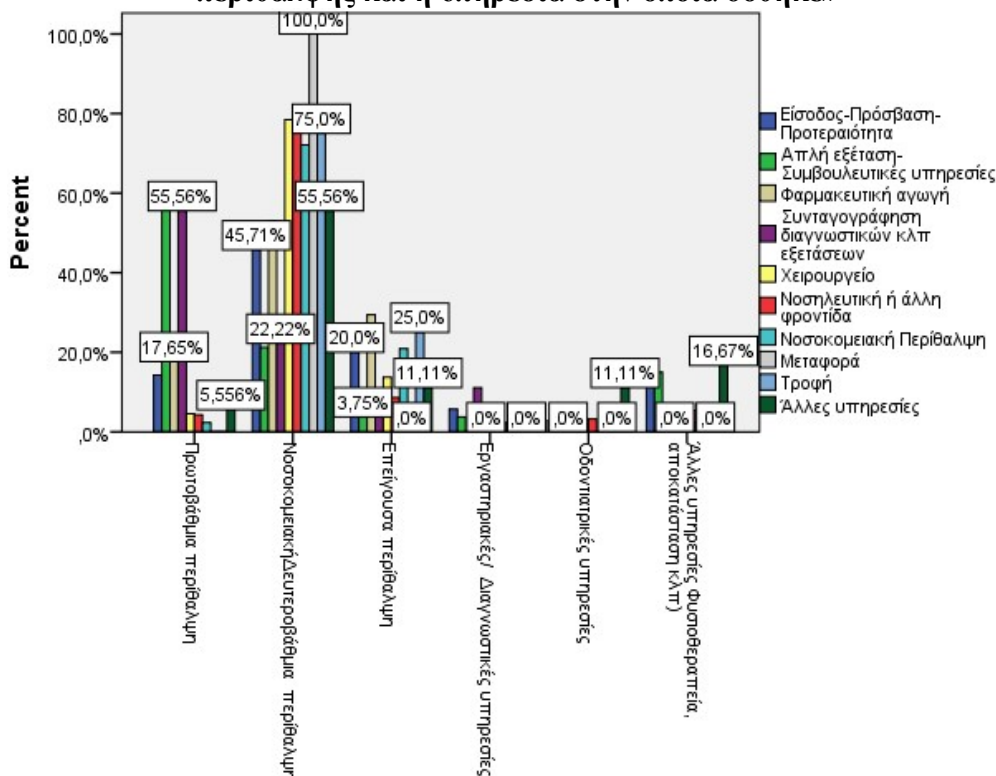
Πίνακας 7
«Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό);»

Ποσά	% συμμετοχής
€0 - €5	0,02
€10 - €30	10,68
€32 - €55	15,62
€60 - €100	18,43
€110 - €200	14,53
€210 - €500	20,9
€510 - €700	5,51
€750 - €1.900	8,27
€2.000 - €10.500	6,04

5.4.2. Καθορισμός του ισοδυνάμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.

Το σύνολο σχεδόν των ερωτωμένων από όσους κατέβαλλαν άτυπα ποσά καθόρισε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε (Σχήμα 13). Οι απαντήσεις αφορούσαν όλο το φάσμα των (δημοσίων και ιδιωτικών) υπηρεσιών υγείας (ΠΦΥ και νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη). Ειδικότερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δόθηκε το 55,56% των χρημάτων για συνταγογράφηση διαγνωστικών κλπ εξετάσεων και το 17,65% για είσοδο-πρόσβαση-προτεραιότητα, απλή εξέταση-συμβουλευτικές υπηρεσίες και φαρμακευτική αγωγή και το 5,55% για χειρουργείο, νοσηλευτική ή άλλη φροντίδα, νοσοκομειακή περίθαλψη, μεταφορά, τροφή και άλλες υπηρεσίες.

Σχήμα 13
«Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε»

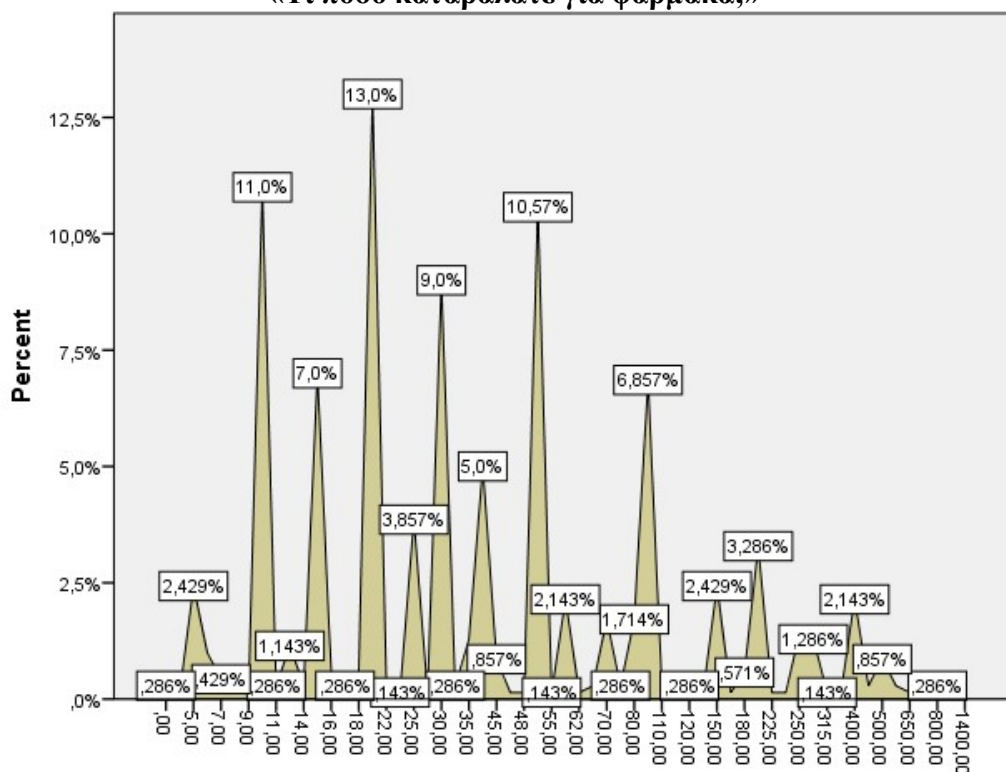


Αναφορικά με την νοσοκομειακή/δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται κατά 100% στην φαρμακευτική αγωγή, στο χειρουργείο, η νοσηλευτική ή άλλη φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη και την μεταφορά ασθενών, κατά 75% η τροφή και κατά 55,56% οι άλλες υπηρεσίες, το 45,71% στην είσοδο-πρόσβαση-προτεραιότητα και το 22% στην απλή εξέταση-συμβουλευτικές υπηρεσίες και την συνταγογράφηση διαγνωστικών κλπ εξετάσεων.

5.4.3. Πληρωμή για φάρμακα.

Οι ασθενείς που ανέφεραν ότι έδωσαν χρήματα για φάρμακα ήταν N=700. Περισσότερες απαντήσεις αφορούσαν ποσά από €11 έως και €110 με μέγιστη τιμή να φθάνει τα 13% για τα €18, ενώ οι υπόλοιπες τιμές ήταν σε αρκετά μικρότερα ποσοστά. Αναλυτικότερα, το υψηλότερο ποσοστό του 13% αφορούσε φάρμακα αξίας €18-€22, ακολουθούμενη από φάρμακα αξίας €9-€11 ίση με 11% των συμμετεχόντων κοντά στο ποσοστό αυτό ύψους 10,57% ήταν φάρμακα αξίας €48-€55 (Σχήμα 14).

Σχήμα 14
«Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;»



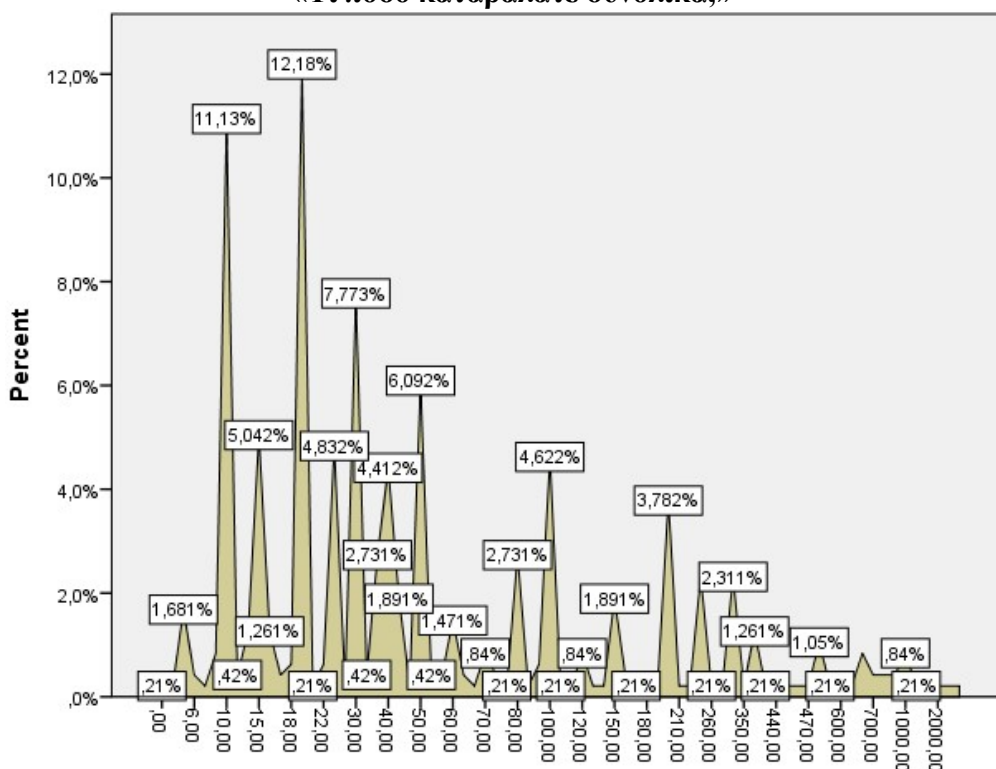
Ακόμη, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας προέβησαν σε δαπάνες για φάρμακα ύψους €30-€35, €14-€16 και €80-€110 ίσες με 9%, 7% και 6,857% του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών. Μικρότερα ποσά ωστόσο δαπάνησαν οι ασθενείς ύψους €35-€45, €25-€30 και €180-€225 οι οποίες αντιστοιχούσαν στο 5%, 3,857% και στο 3,286% αντίστοιχα. Επιπλέον ελαφρώς μεγαλύτερα ποσά ύψους €5-€7, €150-€180 (2,429%), €55 - €62, €400-€500 (2,143%) και €70-€80 (1,714%) δαπάνησαν οι ασθενείς για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας που είχαν με σκοπό να επέλθει η ίαση τους. Μικρότερη κατανάλωση φαρμάκων αξίας €250-€315 (1,286%), €11-€14 (1,143%) και €48-€55, €400-€500 (0,857%) είχαν οι ασθενείς. Παράλληλα, οι δαπάνες των ασθενών για φάρμακα αξίας €180-€225 (0,571%), €0-€5, €7-€9, €16-€18, €30-€35, €70-€80, €120-€150, €800-€1.400 (0,286%) και €22-€25, €45-€48, €315-€400 (0,143%) κυμάνθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα.

5.4.4. Συνολικό ποσό πληρωμής.

Οι ασθενείς σχετικά με το συνολικό ποσό που κατέβαλλαν έφθασαν τους N=476, με κύριο όγκο απαντήσεων μεταξύ 10€ (11,13%) και 50€ (6,092%), ενώ λιγότερα άτομα ανέφεραν

μικρότερα ποσά. Ειδικότερα, τα μεγαλύτερα ποσά δόθηκαν κατά 12,18% κυμαινόμενα από €18 έως €22, ακολούθησαν κατά 11,73% τα ποσά από €10 έως και €15, τα ποσά κατά 7,773% από €35 έως €45€ με μικρότερη συνεισφορά των ελάχιστων ποσών και των υψηλών ποσών από €2.000 και πάνω (Σχήμα 15).

Σχήμα 15
«Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;»



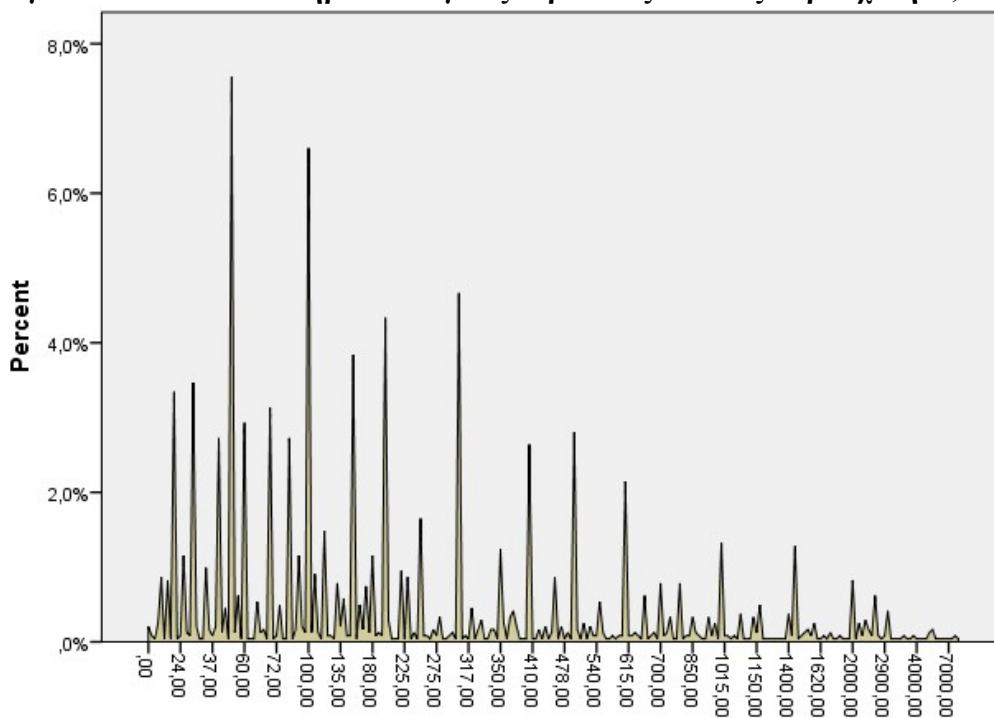
Διαπιστώνουμε ότι, είναι ιδιαίτερα αυξημένη η επιβάρυνση των νοικοκυριών σε μικρά ποσά, δηλώνοντας ότι δεν ανήκει η πλειοψηφία σε ανώτερα εισοδηματικά στρώματα αλλά και ότι τους απομένει ελάχιστο διαθέσιμο εισόδημα για την κάλυψη των υπολοίπων αναγκών τους.

5.4.5. Συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που παρασχέθηκαν.

Οι ερωτηθέντες που έδωσαν άτυπες πληρωμές απάντησαν για το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την δράση τους αυτή, για τις υπηρεσίες υγείας/θεραπείας που τους παρασχέθηκαν έφθασαν τους N=2.422. Βάσει των απαντήσεων τους τα ποσά κυμάνθηκαν από 24€ (~2,7%) και 615€ (~2,3%), ενώ αρκετά μικρότερα ποσοστά απάντησαν άλλα

μικρότερα και πολύ υψηλά ποσά, πχ €2.900 έως €7.000 (Σχήμα 16).

Σχήμα 16
«Ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;»



Παρατηρούμε ότι, είναι καλά εδραιωμένες οι άτυπες πληρωμές στην υγεία αποτελώντας πλήγμα κυρίως για τους ασθενείς πολλαπλασιάζοντας το αίσθημα ανασφάλειας και την έλλειψη εμπιστοσύνης.

5.4.6. Κλινικές καταστάσεις, τύποι και λόγοι χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Ένα καταλυτικό σημείο στην ανάλυση μας αφορά τις καταστάσεις υγείας των χρηστών των υπηρεσιών, τους τύπους των υπηρεσιών αλλά και η αιτιολόγηση επιλογής τους (Πίνακας 8). Ειδικότερα, 3.183 συμμετέχοντες ανέφεραν 3.765 περιστατικά υγείας σχετικά με την χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 4 μήνες πριν την έρευνα. Αποκλείσαμε 226 άτομα (6%) και 45 (1,2%) λόγω απωλεσθέντων μεταβλητών και κατοίκων εξωτερικού. Για την ανάλυση μας καταλήξαμε σε 3.494 περιστατικά υγείας (Πίνακας 8). Η πλειοψηφία αυτών, αφορούσαν την χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας (56,5%) και αφορούσαν την δευτεροβάθμια/νοσοκομειακή περίθαλψη (39,6%) ή την πρωτοβάθμια περίθαλψη (27,8%). Σχεδόν το 33% των περιστατικών αφορούσαν χειρουργικές, πνευμονολογικές ή

καταστάσεις τραυματισμού. Οι συνηθέστεροι λόγοι για την χρήση συγκεκριμένων παρόχων ήταν λόγω προσωπικής γνωριμίας ή εμπιστοσύνης (42,9%) και εγγύτητα του ασθενούς για τον συγκεκριμένο πάροχο (37,2%). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 90% των ληφθέντων υπηρεσιών υγείας κρίθηκαν ως ικανοποιητικές από τους λήπτες.

Επιπλέον, το 36,5% των περιστατικών υγείας δεν περιελάμβαναν άτυπη δραστηριότητα. Ειδικότερα, μόνο το 45% αυτών αφορούσε άτυπες πληρωμές κυμαινόμενες μεταξύ €1 έως και €300 και 18% από αυτές περιελάμβαναν ποσά πάνω από €300. Το διάμεσο ποσό των 2.218 περιστατικών υγείας (63,5%) που διεξήχθησαν σε μια άτυπη υγειονομική συναλλαγή ήταν €150. Από αυτές, περίπου 30% ενέπλεξαν τις ζητούμενες πληρωμές από τους παρόχους, 24% ήταν πληρωμές ευγνωμοσύνης, 19% δόθηκαν για την λήψη καλύτερης περίθαλψης και σχεδόν το 9% για την παράκαμψη της σειράς προτεραιότητας.

Ακόμη, ένα μεγάλο ποσοστό των περιστατικών με άτυπες πληρωμές πραγματοποιήθηκαν στον δημόσιο τομέα ($p < 0.001$). Στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αποτύπωσαν υψηλότερα ποσά πληρωμών κάτω από το τραπέζι, ειδικότερα για ποσά κυμαινόμενα από €1 έως και €600, συγκριτικά με τις ιδιωτικές υπηρεσίες ($p < 0.001$).

Επί της ουσίας, οι χειρουργικές και ογκολογικές καταστάσεις είχαν μεγαλύτερη ροπή προς περιστατικά άτυπων πληρωμών. Η χρήση δευτεροβάθμιων/νοσοκομειακών, οδοντιατρικών και υπηρεσιών ΤΕΠ είχαν μεγαλύτερη συχνότητα σε καταστάσεις άτυπων πληρωμών, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα, μαζί με τις διαγνωστικές και υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου είχαν μικρότερη συχνότητα ($p < 0.001$). Η χρήση συγκεκριμένου παρόχου για λόγους που σχετίζονται με την γνωριμία, την καλή φήμη του, συνδυαστικά με την έλλειψη εναλλακτικών επιλογών χρήσης υπηρεσιών υγείας στον τόπο κατοικίας του ασθενούς, ήταν περισσότερο επιρρεπής σε πράξεις που εξέφραζαν άτυπες συναλλαγές.

Πίνακας 8
«Κλινικές καταστάσεις, τύποι και λόγοι χρήσης υπηρεσιών υγείας»

	Σύνολο	Μη εμπλεκόμενοι στις άτυπες πληρωμές	Εμπλεκόμενοι στις άτυπες πληρωμές	p-value
Αριθμός περιστατικών	3.494	1.276 (36,5%)	2.218 (63,5%)	
Ποσό των άμεσων άτυπων πληρωμών ανά περιστατικό (διάμεσος)	€50	€0	€150	
Κλινικές καταστάσεις (βάσει του ICD – 10, %)				
Χειρουργικά	13,4	10,8	14,8	0.001
Πνευμονολογικά	11,4	12,8	10,6	0.046
Τραυματισμοί	8,5	8,4	8,6	0.854
Καρδιολογικά	7	7	7	0.988
Μεταδοτικές ασθένειες	6	7,3	5,2	0.011
Ογκολογικά	4,6	3,4	5,3	0.009
Οδοντιατρικά	4,1	4	4,1	0.879
Συμπτώματα που χρήζουν διερεύνησης	3	3,1	2,9	0.676
Χρήση υπηρεσιών υγείας (%)				
Δευτεροβάθμια/Νοσοκομειακή περίθαλψη	39,6	28,8	45,9	
Πρωτοβάθμια περίθαλψη	27,8	35,6	23,3	
Περίθαλψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	15,9	14,2	17	
Διαγνωστικά tests/προσυμπτωματικές υπηρεσίες	9,8	14	7,4	
Οδοντιατρικοί πάροχοι	4,3	3,9	4,6	
Άλλοι (πχ φυσικοθεραπείες)	2,6	3,6	2	
Καθεστώς ιδιοκτησίας εγκαταστάσεων (%)				
Δημόσιος τομέας	56,5	51,6	59,3	<0.001
Ιδιωτικός τομέας	43,5	48,4	40,7	
Λόγοι χρήσης συγκεκριμένου παρόχου (%)				
Προσωπική γνώριμια/Εμπιστοσύνη στον γιατρό	42,9	40,1	44,5	0.011
Κοντινότερο στον τόπο διαμονής	37,2	36,5	37,5	0.524
Καλή φήμη	24,6	21,6	26,4	0.001
Λόγω παραπομπής	19,8	17,3	21,1	0.006
Η μόνη υπηρεσία στον τόπο κατοικίας	10,9	9,6	11,6	0.075
Ικανοποίηση χρηστών από τις ληφθείσες υπηρεσίες (%)				
Ναι	90	88	91,2	0.003
Όχι	10	12	8,9	
Λόγοι χρήσης συγκεκριμένου παρόχου (%)				
Εξαναγκασμός	-	-	30,5	
Ευγνωμοσύνη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες	-	-	24,4	
Λήψη καλύτερων υπηρεσιών υγείας	-	-	18,8	
Εθιμοτυπικό	-	-	15,6	
Παράκαμψη της σειράς προτεραιότητας	-	-	9,2	
Άλλο/δεν είμαι σίγουρος	-	-	1,5	

5.4.7. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για το ποσό που καταβλήθηκε για φάρμακα, για συνολική περίθαλψη και τη συνολική επιβάρυνση από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών.

Συνοψίζοντας τις απαντήσεις των ασθενών σχετικά με τα ποσά που κατέβαλλαν για φάρμακα, συνολικά και το ποσό που επιβαρύνθηκαν από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών, τις αποτυπώσαμε σε ένα πίνακα περιγραφικών

στατιστικών (Πίνακας 9).

Πίνακας 9
«Περιγραφική στατιστική ανάλυση για το ποσό που καταβλήθηκε για φάρμακα, για συνολική περίθαλψη και τη συνολική επιβάρυνση από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών»

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;	700	0,00	1400,00	79,3986	142,10088
Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;	476	0,00	5000,00	123,0714	319,81630
Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ' ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;	2422	0,00	11380,00	404,6416	761,44529

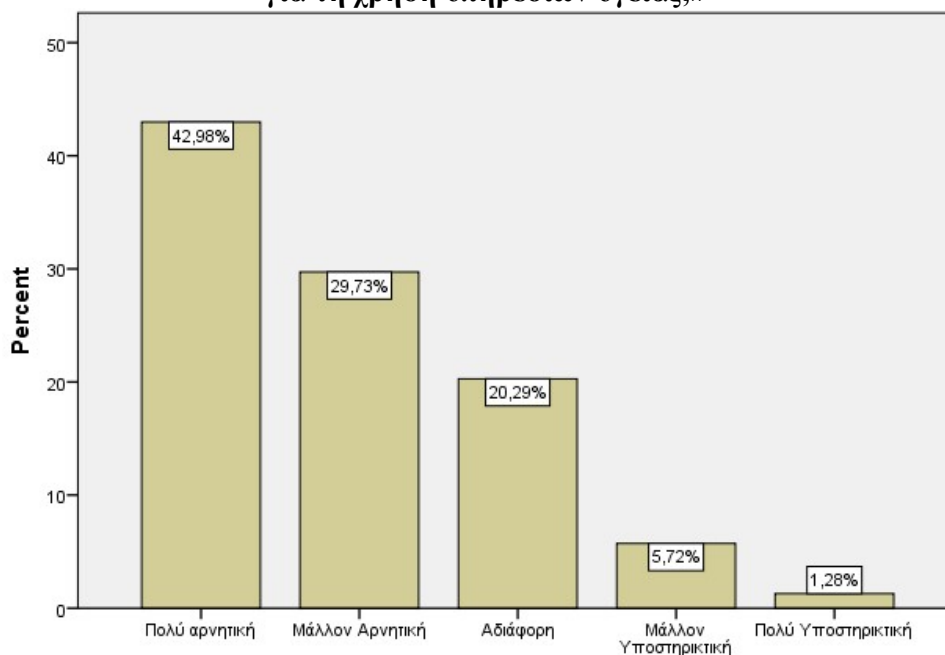
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα, το ποσό που καταβλήθηκε για φάρμακα εμφανίζει μια μέση τιμή κοντά στην €80 με μέγιστη τιμή να είναι €1.400 και ελάχιστη €0 ($\pm 142,1$). Επιπλέον, το συνολικό ποσό καταβολής είχε μέση τιμή κοντά στα €123, με μέγιστη τιμή τα €5.000 και ελάχιστη τα €0 ($\pm 319,81$). Ακόμα, το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ' ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που παρασχέθηκε στους ασθενείς παρουσίασε μέση τιμή κοντά στα €404 με μέγιστη τιμή τα €11.380 και ελάχιστη τα €0 ($\pm 761,44$).

5.5. Ετοιμότητα πληρωμής των ασθενών για άτυπες πληρωμές.

5.5.1. Στάση των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές.

Αποτυπώνοντας την στάση των ερωτώμενων σχετικά με τις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές για χρήση υπηρεσιών υγείας εξάγαμε πολύτιμα αποτελέσματα. Οι απαντήσεις κινήθηκαν σε μια πενταβάθμια κλίμακα, όπου το 42,98% είχε πολύ αρνητική στάση, το 29,73% είχε μάλλον αρνητική στάση. Επιπλέον, το 20,29% ήταν εντελώς αδιάφορο, το 5,72% είχε μάλλον υποστηρικτική στάση και μόλις το 1,28% υποστήριζε απόλυτα τις άτυπες πληρωμές (Σχήμα 17).

Σχήμα 17
«Ποια είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας;»



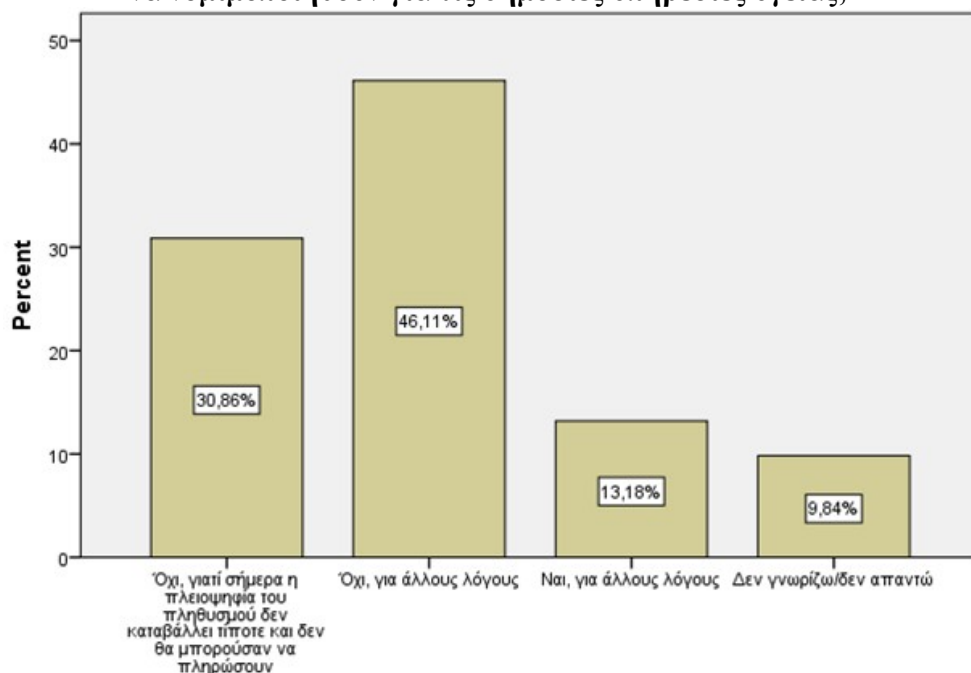
Η στάση και η αντίληψη των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές επιδέχεται πολλαπλών ερμηνειών. Θεωρητικά ενώ σαν φαινόμενο είναι παράνομο και απόλυτα κατακριτέο από πολίτες και θεσμικούς φορείς, εντούτοις υπάρχει (παραδόξως) ένα μικρό ποσοστό αποδοχής τους. Ακόμη και αυτοί που τίθενται αρνητικά προς αυτές καταβάλλουν άτυπες πληρωμές, κατά την εκτίμηση μας. Επί παραδείγματι, σε πρόσφατη έρευνα των Souliotis et al. (2016) για τις άτυπες πληρωμές στην υγεία το ύψος των χρημάτων που δίνονται σε άτυπες συναλλαγές στην υγεία ανέρχονται σε €1,5 ετησίως επιφέροντας απώλεια δημοσίων εσόδων ύψους €500 εκ, αποτελώντας ωρολογιακή βόμβα στα θεμέλια του συστήματος υγείας και της εθνικής οικονομίας, γενικότερα.

5.5.2. Το ενδεχόμενο νομιμοποίησης των άτυπων πληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πέραν του βαθμού αποδοχής και διατύπωσης συγκεκριμένης στάσης απέναντι στις άτυπες πληρωμές στην υγεία, οι ερωτώμενοι διατύπωσαν την πεποίθησή τους σχετικά με το ενδεχόμενο νομιμοποίησης των άτυπων (ανεπίσημων) ίδιων (συμ)πληρωμών για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Σχήμα 18). Η πλειοψηφία των ασθενών θεωρεί ότι δεν μπορούν να νομιμοποιηθούν για άλλους λόγους σε ποσοστό 46,11% ενώ το 30,86% δεν

υποστήριξε τη νομιμοποίηση τους υποστηρίζοντας ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού δεν καταβάλλει τίποτε και δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν. Μόλις το 13,18% πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να νομιμοποιηθούν ενώ το 9,84% δήλωσε ότι Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ.

Σχήμα 18
«Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν οι άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες (συμ)πληρωμές να νομιμοποιηθούν για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας;»



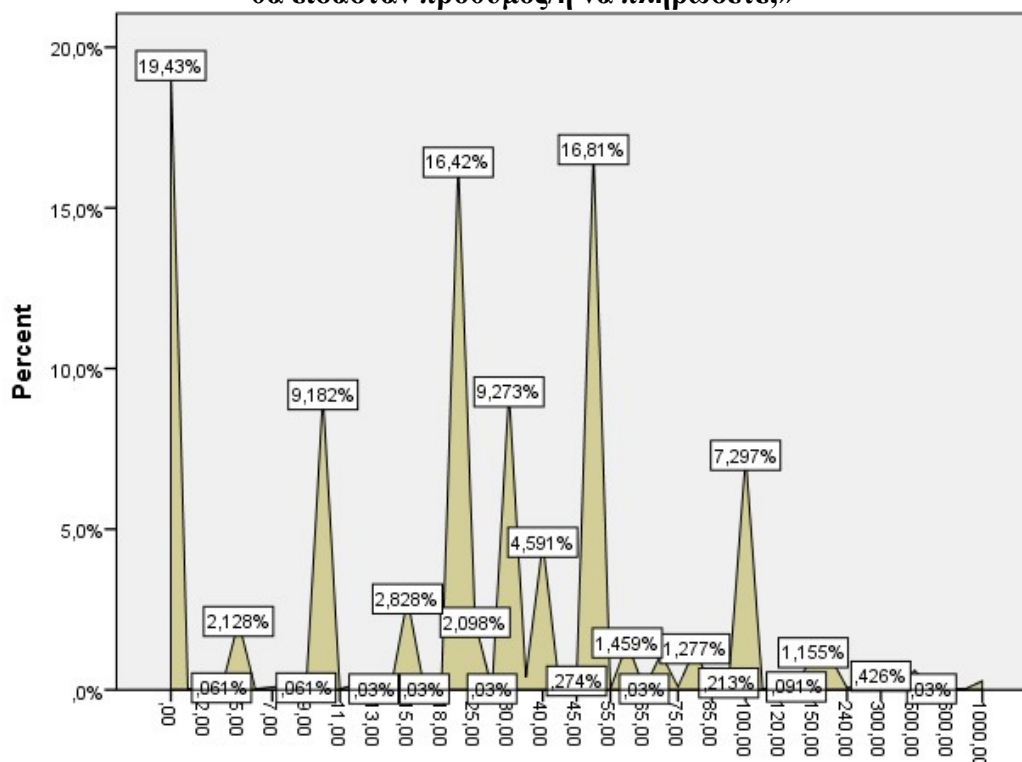
Μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι, η πλειοψηφία του δείγματος δεν υποστηρίζει τη νομιμοποίηση των άτυπων πληρωμών γιατί εφόσον αυτό συμβεί τότε θα πρέπει να φορολογηθούν, λειτουργώντας επιβαρυντικά στον ήδη επιβαρυνμένο οικογενειακό τους προϋπολογισμό με άμεσους και έμμεσους φόρους. Θεωρείται αντιφατικός ο ισχυρισμός τους ότι δεν καταβάλλει κανείς τίποτε γιατί δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Και αυτό γιατί τα περισσότερα άτυπα ποσά που καταβάλλονται είναι μικρής κλίμακας που σημαίνει ότι δίνονται από χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, με άμεσο ή έμμεσο εκβιασμό από το ιατρικό προσωπικό. Όλα αυτά βέβαια εξαρτώνται από το ύψος των χρημάτων (ταρίφα) του γιατρού ειδικά για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις τα κατανέμονται και στο υπόλοιπο προσωπικό (αναισθησιολόγοι, εργαλειοδότες, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς). Από την άλλη, η νομιμοποιητική στάση των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές αποτυπώνουν μια αυξημένη φορολογική συνείδηση και ηθική των πολιτών.

5.5.3. Μέγιστο μηνιαίο ποσό το οποίο θα ήταν πρόθυμοι οι ασθενείς να καταβάλλουν/ή να πληρώσουν.

5.5.3.1. Δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων.

Στην ερώτηση σχετικά με το μέγιστο μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων θα ήταν πρόθυμοι/ή να πληρώσουν απάντησαν N=3.289 άτομα. Ο κύριος όγκος των απαντήσεων ήταν μεταξύ €25 και €55 με ποσοστό να ποικίλλει από το 16,42% μέχρι και το 16,81%, ενώ το 19,43% θα πλήρωνε €0. Μικρά ποσά, επίσης, προτίθενται να καταβάλλουν κατά 7,29% για ποσά από €95 έως €120 και ακόμη μικρότερα ποσοστά για ποσά άνω των €120 ($\pm 76,81$) (Σχήμα 19). Είναι ενθαρρυντικό ότι, υπάρχουν ασθενείς που προτίθεται να καταβάλλουν για την δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων μικρής αξίας και όχι για πολύ μεγάλης αξίας. Κυρίως γιατί γνωρίζουν ότι δεν έχουν την δυνατότητα με την οικονομική τους κατάσταση να διαθέσουν μεγαλύτερο ποσό. Βέβαια το ίδιο μπορεί να ισχυριστούμε και για τους ελάχιστους που επιθυμούν να πληρώσουν για μεγαλύτερης αξίας φάρμακα. Βέβαια όλα αυτά σχετίζονται και από την σοβαρότητα της ασθένειας και τα φάρμακα που χρειάζονται για την θεραπεία τους ή ακόμη και την εξαιρετικά σπάνια θεραπεία τους σε νοσηλευτικές μονάδες εκτός Ελλάδος.

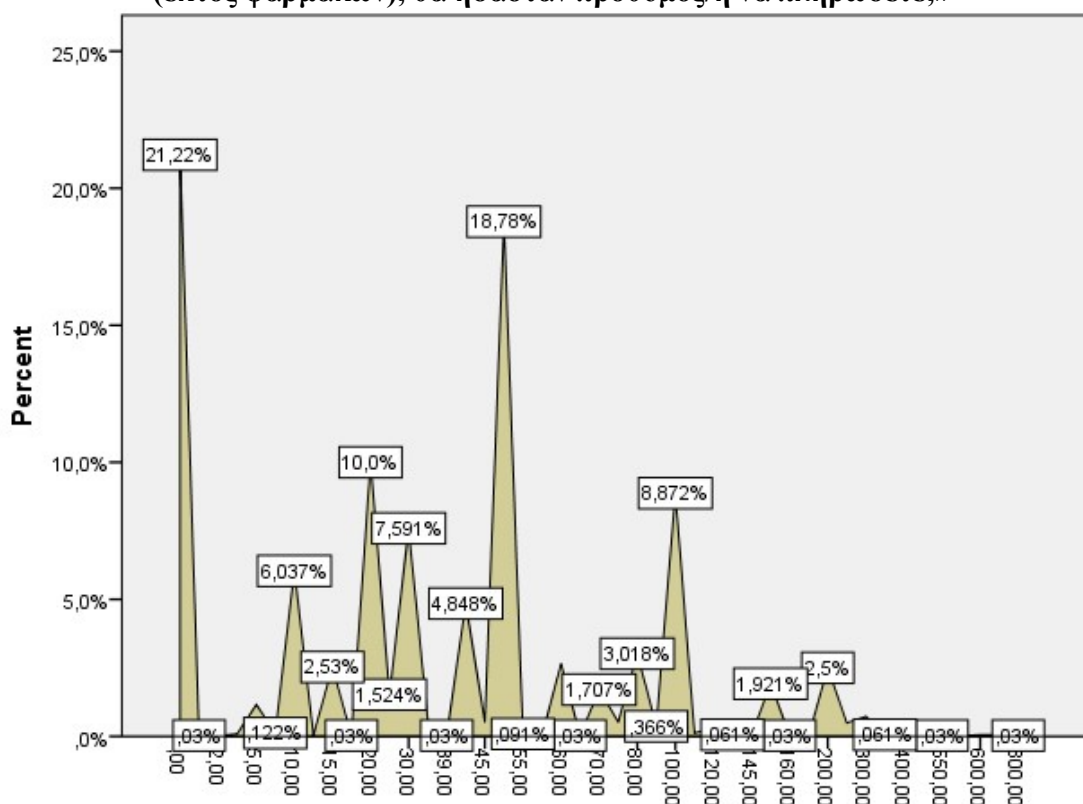
Σχήμα 19
«Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, θα είσασαν πρόθυμοι/η να πληρώσετε;»



5.5.3.2. Δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων).

Στην ερώτηση σχετικά με το μέγιστο μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων) θα ήταν πρόθυμοι/ή να πληρώσουν απάντησαν N=3.290 άτομα. Ο κύριος όγκος των απαντήσεων ήταν από €10 έως και €100 με ποσοστό να ποικίλει από το 6,037%, με υψηλό το 18,78% στα 55€ μέχρι και το 8,872% για τα 100€, ενώ 21,22% θα πλήρωνε 0€ (±83,12) (Σχήμα 20). Ίσως οι περισσότεροι που απαντούν για τα προαναφερόμενα ποσά να βρίσκουν σε χαμηλά εισοδηματικά στρώματα καθώς τα ποσά θα ήταν υψηλότερα αν ήταν πιο ευκατάστατοι, όπως έχει διαπιστωθεί και στην έρευνα των Hunt (2007). Δεδομένων των συνθηκών, πολλές φορές η λήψη υπηρεσιών υγείας εκτός φαρμάκων ενδέχεται να είναι πιο δαπανηρή καθώς η θεραπεία κάποιων ασθενειών είναι διαρκεί για αρκετό καιρό λόγω χρονιότητας της νόσου και όχι βραχυπρόθεσμη.

Σχήμα 20
«Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), θα ήσασταν πρόθυμος/η να πληρώσετε;»



5.5.4. Περιγραφική στατιστική ανάλυση αναφορικά με το μέγιστο ποσό που οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για φάρμακα και για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων).

Συνοψίζοντας τις απαντήσεις των ασθενών σχετικά με το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα ήταν πρόθυμοι/ή να πληρώσουν για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων και για το μέγιστο μηνιαίο ποσό που θα ήταν πρόθυμοι/ή να πληρώσουν για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), τις αποτυπώσαμε σε ένα πίνακα περιγραφικών στατιστικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, που θα ήταν κάποιος πρόθυμος/η να πληρώσει εμφανίζει μια μέση τιμή κοντά στην €41,5 με μέγιστη τιμή να είναι €1.000 και ελάχιστη €0. Ακόμα το (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), που θα ήταν πρόθυμος/η κάποιος να πληρώσει παρουσίασε μέση τιμή κοντά στα 52€ με μέγιστη τιμή τα €1.000 και ελάχιστη τα €0 (Πίνακας 10).

Πίνακας 10
«Περιγραφική στατιστική ανάλυση αναφορικά με το μέγιστο ποσό που οι ασθενείς θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για φάρμακα και για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων)»

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, θα ήσασταν πρόθυμος/η να πληρώσετε;	3289	,00	1000,00	41,5683	76,81353
Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), θα ήσασταν πρόθυμος/η να πληρώσετε;	3280	,00	1000,00	52,0546	83,12747

Σε συνέχεια της παρουσίασης των άνωθεν αποτελεσμάτων των μεταβλητών – ερωτήσεων μας, εφαρμόζουμε έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων μας για να δούμε πώς μεταβάλλονται οι τιμές της κάθε ερώτησης σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις άρα και πως επηρεάζει η κάθε ερώτηση την άλλη. Εστιάζοντας στο κόστος και στις αιτίες των άτυπων (ανεπίσημων) ιδίων (συμπληρωμών ερευνούμε τις παρακάτω ερωτήσεις και εν συνεχεία των πίνακα συσχετίσεων του Pearson (Πίνακας 11):

- α. Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε.
- β. Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε.
- γ. Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό)
- δ. Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε και την υπηρεσία στην οποία δόθηκε.
- ε. Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε.
- στ. Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;
- ζ. Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;
- η. Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;

Πίνακας 11
«Συσχετίσεις ερωτήσεων με το κριτήριο του Pearson»

		Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε	Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε	Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό)	Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε	Καθορίστε την υπηρεσία στην οποία δόθηκε	Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε	Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;	Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;	Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;
Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε	PearsonCorrelation	1								
	Sig. (2-tailed)	-								
Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε	PearsonCorrelation	0.269	1							
	Sig. (2-tailed)	0	-							
Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό)	PearsonCorrelation	0.03	0.068	1						
	Sig. (2-tailed)	0.166	0.001	-						
Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε	PearsonCorrelation	0.720	0.204	0.129	1					
	Sig. (2-tailed)	0	0	0.012	-					

Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε	PearsonCorrelation	0.260	0.441	0.066	0.06	1				
	Sig. (2-tailed)	0	0	0.18	0.196	-				
Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε	PearsonCorrelation	-0.024	0.05	0.255	-0.047	0.071	1			
	Sig. (2-tailed)	0.667	0.358	0	0.375	0.16	-			
Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;	PearsonCorrelation	0.042	0.112	0.264	0.273	-0.07	0.177	1		
	Sig. (2-tailed)	0.303	0.004	0	0.001	0.399	0.06	-		
Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;	PearsonCorrelation	0.019	0.088	0.344	0.313	-0.117	0.135	0.777	1	
	Sig. (2-tailed)	0.706	0.062	0	0.002	0.227	0.208	0	-	
Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;	PearsonCorrelation	0.028	0.091	0.680	0.103	0.093	0.496	0.488	0.474	1
	Sig. (2-tailed)	0.197	0	0	0.026	0.035	0	0	0	-

Όπως προκύπτει από τις συσχετίσεις των ερωτήσεων με το κριτήριο του Pearson (Πίνακας 11), η πλειοψηφία των παραπάνω συνδυασμού ερωτήσεων, εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, μιας και η τιμή του p-value (sig.) $<0,05$. Ακόμα οι τιμές που λαμβάνει ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) δείχνουν πως μεταβάλλονται οι τιμές της κάθε ερώτησης σε σχέση με την απάντηση που λαμβάνει η άλλη. Σύμφωνα με κριτήριο του Pearson, οι τιμές που βρίσκονται κοντά στα άκρα του διαστήματος (-1, 1), εμφανίζουν υψηλές συσχετίσεις είτε θετικές, είτε αρνητικές αντιστοίχως. Οι περισσότεροι συνδυασμοί ερωτήσεων παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση. Ως εκ τούτου συμπεραίνουμε πως εάν η ερώτηση ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε έλαβε μια τιμή, η τιμή της ερώτησης τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) μεταβάλλεται κατά 0,680, ομοίως για τους λοιπούς 4 κάτωθι συνδυασμούς ερωτήσεων.

- Ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) (0.680).
- Ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε (0.496).
- Ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα (0.488).
- Ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό καταβάλατε συνολικά (0.474)

Από τους άνωθεν συνδυασμούς λοιπόν συμπεραίνουμε πως όλοι οι συνδυασμοί ερωτήσεων έχουν θετική επίδραση μεταξύ τους με υψηλότερη όμως αυτή μεταξύ του ποιά ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε και το τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό

παραστατικό), όπου η μια μεταβάλλει την άλλη κατά 0.680. Συνοψίζοντας λοιπόν παρουσιάστηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία όλων των σημαντικών ερωτήσεων που αφορούν το κόστος και τις αιτίες των άτυπων/ανεπίσημων πληρωμών και παρακάτω παρουσιάζονται οι ερωτήσεις αυτές:

- ✓ Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε.
- ✓ Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε.
- ✓ Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό);
- ✓ Καθορίστε το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης που δόθηκε.
- ✓ Καθορίστε την υπηρεσία η οποία δόθηκε.
- ✓ Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε.
- ✓ Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;
- ✓ Τι ποσό καταβάλατε συνολικά;
- ✓ Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;

Εν συνεχεία έγινε χρήση του ελέγχου συσχετίσεων του Pearson με στόχο την εύρεση ή μη σχέσης μεταξύ των 7 στοχευμένων ερωτήσεων μας. Ο έλεγχος αυτός μας εμφάνισε υψηλή συσχέτιση για όλους τους παρακάτω συνδυασμούς ερωτήσεων με την αντίστοιχη μεταβολή των απαντήσεων μεταξύ τους:

1. Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) (0.680).
2. Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε (0.496).
3. Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα (0.488).

4. Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε Vs Τι ποσό καταβάλατε συνολικά (0.474).

5.5.5. Πολυμεταβλητές αναλύσεις.

5.5.5.1. Σύνολο των περιστατικών χωρίς χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων.

Οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για υψηλότερα ποσοστά άτυπων πληρωμών έκαναν χρήση δευτεροβάθμιων/νοσοκομειακών και υπηρεσιών Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΠΕ) καθώς και οδοντιατρικές υπηρεσίες συγκρινόμενες με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ($p < 0.001$). Επιπλέον, σταθεροί προγνωστικοί παράγοντες για μεγαλύτερα ποσοστά άτυπων πληρωμών περιελάμβαναν ως επί το πλείστον χειρουργικά και ογκολογικά περιστατικά. Αντιθέτως, η χρήση δημόσιων υπηρεσιών συγκρινόμενες με ιδιωτικές συσχετίστηκαν με χαμηλότερα, αλλά όχι σημαντικά, ποσοστά άτυπων πληρωμών ($p = 0.130$). Επισημαίνουμε ότι, τα ποσοστά των άτυπων πληρωμών που συνδέονται με την χρήση συγκεκριμένης υπηρεσίας ή παρόχου αυξήθηκαν όταν υπήρχε ένας και μοναδικός πάροχος στον τόπο κατοικίας τους ή ακόμη όταν είχε καλή φήμη, λόγω παραπομπής τους ασθενούς, προσωπικής γνωριμίας και εμπιστοσύνης σε συγκεκριμένο πάροχο ($p < 0.001$). Τα αποτελέσματα ήταν σταθερά και στα δύο μοντέλα. Όπως αναμενόταν, η υψηλότερη εισοδηματική κατηγορία ($> \text{€}2.000$) και οι ασθενείς που υποστήριζαν τις άτυπες πληρωμές σχετίζονταν με υψηλότερες πληρωμές συγκριτικά με την χαμηλότερη εισοδηματική κατηγορία ($< \text{€}1.000$) και σε αυτούς που ήταν αντίθετοι στην ύπαρξη του φαινομένου. Οφείλουμε να τονίσουμε ότι δεν διαπιστώσαμε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την περίθαλψη και τις άτυπες πληρωμές (Πίνακας 12).

Πίνακας 12

«Σύνολο των περιστατικών χωρίς χαρακτηριστικά των αποκρινόμενων (n= 3.494)»

	IRR [95% CI]	p-value	IRR [95% CI]	p-value
Κλινικές καταστάσεις (ICD – 10)				
Ογκολογικά	1.59 [1.30-1.95]	<0.001	1.52 [1.23-1.88]	<0.001
Χειρουργικά	1.18 [1.01-1.38]	0.036	1.19 [1.01-1.39]	0.033
Οδοντιατρικά	1.29 [0.94-1.76]	0.118	1.29 [0.94-1.77]	0.109
Καρδιολογικά	1.05 [0.87-1.25]	0.598	1.04 [0.87-1.24]	0.683
Συμπτώματα που χρήζουν διερεύνησης	0.91 [0.67-1.23]	0.549	0.93 [0.69-1.27]	0.686
Πνευμονολογικά	0.92 [0.76-1.10]	0.359	0.92 [0.77-1.09]	0.358
Τραυματισμοί	0.84 [0.70-1.02]	0.081	0.85 [0.71-1.02]	0.090
Μεταδοτικές ασθένειες	0.77 [0.61-0.97]	0.029	0.79 [0.63-0.99]	0.046
Χρήση υπηρεσιών υγείας (Σημείο αναφοράς: Πρωτοβάθμια περίθαλψη)				
Δευτεροβάθμια/Νοσοκομειακή περίθαλψη	4.02 [3.47-4.65]	<0.001	3.88 [3.34-4.49]	<0.001
Περίθαλψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	3.94 [3.32-4.67]	<0.001	3.85 [3.24-4.57]	<0.001
Οδοντιατρική περίθαλψη	1.77 [1.27-2.46]	<0.001	1.84 [1.32-2.57]	<0.001
Διαγνωστικά τέστ/υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου	1.50 [1.17-1.92]	<0.001	1.50 [1.18-1.91]	<0.001
Άλλο (πχ φυσικοθεραπευτές)	1.55 [1.04-2.32]	0.032	1.52 [1.03-2.24]	0.033
Ιδιοκτησία εγκαταστάσεων (Σημείο αναφοράς: Ιδιωτικός τομέας)				
Δημόσιος τομέας	0.91 [0.81-1.02]	0.130	0.91 [0.80-1.03]	0.129
Λόγος χρήσης συγκεκριμένης δομής/πάροχοι				
Από παραπομπή	1.39 [1.21-1.60]	<0.001	1.40 [1.22-1.60]	<0.001
Η μόνη υπηρεσία στον τόπο κατοικίας	1.34 [1.15-1.57]	<0.001	1.35 [1.15-1.57]	<0.001
Καλή φήμη	1.34 [1.19-1.50]	<0.001	1.34 [1.19-1.50]	<0.001
Προσωπική γνωριμία /Εμπιστοσύνη στον γιατρό	1.31 [1.17-1.47]	<0.001	1.32 [1.18-1.47]	<0.001
Κοντινότερος πάροχος	0.92 [0.82-1.03]	0.152	0.92 [0.82-1.03]	0.184
Είσασαν ικανοποιημένοι με τις ληφθείσες υπηρεσίες; (Σημείο αναφοράς: Όχι)				
Ναι	1.04 [0.88-1.23]	0.624	1.03 [0.87-1.22]	0.709
Τόπος κατοικίας (Σημείο αναφοράς: Εκτός Αττικής)				
Περιφέρεια Αττικής	1.14 [1.02-1.28]	0.017	1.13 [1.01-1.26]	0.033
Εισόδημα νοικοκυριού (Σημείο αναφοράς: <€1.000)				
€2.000	1.27 [1.09-1.47]	0.002	1.31 [1.12-1.54]	0.001
€1.500 - €2.000	1.12 [0.95-1.31]	0.149	1.18 [1.01-1.39]	0.040
€1.000 - €1.500	1.14 [1.02-1.28]	0.056	1.18 [1.02-1.39]	0.020

5.5.5.2. Εκτίμηση των αιτιών για άτυπες πληρωμές μόνο για περιστατικά που εμπεριέχουν άτυπη δραστηριότητα.

Οι άτυπες πληρωμές στην υγεία συνιστούν ένα πολύπλοκο φαινόμενο που αποδίδεται σε πλειάδα παραγόντων (ΣΠ). Διαπιστώσαμε ότι, από το σύνολο των 3.494 αποκριθέντων 2.218 άτομα κατέβαλλαν άτυπες πληρωμές (Πίνακας 13) δηλαδή σε ποσοστό 63,48%. Συγκρίνοντας τους με εκείνους που έδωσαν από ευγνωμοσύνη ανεπίσημα ποσά, περιστατικά όπου ζητήθηκε από τον ασθενή να προβεί σε άτυπες πληρωμές και όπου οι ασθενείς έπραξαν παράτυπα προκειμένου να παρακάμψουν την σειρά προτεραιότητας έφεραν στο προσκήνιο υψηλότερα ποσοστά άτυπων πληρωμών (p<0.001).

Πίνακας 13
«Εκτίμηση των αιτιών για άτυπες πληρωμές μόνο για περιστατικά που εμπεριέχουν άτυπη δραστηριότητα (n= 2.218).

	IRR [95% CI]	p-value	IRR [95% CI]	p-value
<i>Λόγοι για την καταβολή άτυπων πληρωμών (Σημείο αναφοράς: Ευγνωμοσύνη)</i>				
Εξαναγκασμός	1.56 [1.39-1.75]	<0.001	1.53 [1.36-1.72]	<0.001
Παράκαμψη σειράς προτεραιότητας	1.36 [1.14-1.61]	<0.001	1.34 [1.12-1.58]	<0.001
Λήψη καλύτερης περίθαλψης	1.14 [0.99-1.31]	0.074	1.16 [1.01-1.33]	0.040
Εθιμοτυπικό	1.04 [0.90-1.20]	0.598	1.03 [0.90-1.19]	0.608
Άλλο/χωρίς σιγουριά	1.41 [1.01-1.97]	0.046	1.40 [1.01-1.94]	0.043

5.6. Μοντέλο εκτίμησης για το σύνολο του δείγματος.

5.6.1. Γενικά.

Προκειμένου να διεξάγουμε αξιόπιστη εκτίμηση για τις άτυπες πληρωμές στο ελληνικό σύστημα υγείας λαμβάνονται υπόψη δύο συνιστώσες της συναλλακτικής σχέσης, η πρόθεση για καταβολή άτυπης πληρωμής και η συνήθεια του προσωπικού να απαιτεί τέτοια ποσά για παροχή υπηρεσιών (Anderson, 2018). Θεωρούμε τις άτυπες πληρωμές στην υγεία ως λανθάνουσα (όχι άμεσα παρατηρήσιμη) μεταβλητή (Rabe-Hesketh, Skrondal, 2008; Bishop, 1999; Aigner et al., 1984).

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή εκτιμώνται οι άτυπες πληρωμές των ασθενών στο ελληνικό σύστημα υγείας παρατηρώντας τις επιμέρους συσχετίσεις τους, σαν την υγειονομική περίθαλψη *HD* (χρήση των υπηρεσιών υγείας για πρόβλημα υγείας ή για άλλο λόγο, η ύπαρξη προβλήματος υγείας, η αποχή από τις καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας αυτού, ο προσδιορισμός του προβλήματος υγείας, η χρήση επίσημης υπηρεσίας υγείας, αιτιολόγηση της επιλογής αυτής, αιτιολόγηση μη συνέχισης της θεραπείας) τις ατομικές συμπεριφορές σχετικά με τις άτυπες πληρωμές *IPsA* (οι υπηρεσίες υγείας στις οποίες καταβλήθηκε ποσό σε € για κάθε περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας, το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε, οι δαπάνες του ασθενούς σε φάρμακα, το συνολικό ποσό πληρωμής καθώς και η συνολική επιβάρυνση). Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και οι συμπεριφορές για τις άτυπες πληρωμές, συνιστούν τους δείκτες άτυπων πληρωμών (*informal payment indicators*). Οι συγκεκριμένοι δείκτες εξηγούνται από ορατές μεταβλητές, όπως είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ετοιμότητα πληρωμής και η λανθάνουσα μεταβλητή IP_s^* .

Με τους ορθούς περιορισμούς εντοπισμού η κατασκευή των άτυπων πληρωμών IP_s^* , υπολογίζεται ταυτόχρονα, με τις μεταβλητές που ερμηνεύουν την λανθάνουσα μεταβλητή IP_s^* και οι οποίες είναι οι *βασικές της αιτίες (informal payments causes)*. Αρχική χρήση αυτής της μεθόδου έγινε σε μελέτες εκτίμησης της παραοικονομίας με εφαρμογή του μοντέλου πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών (Afonso, Goncalves, 2011; Boitano, Abanto, 2019; Buehn, Schneider, 2008; Cassar, 2001; Davidescu, Schneider, 2019; Remeikiene et al., 2019; Chen et al., 2020). Στον τομέα της υγείας έχει εφαρμοστεί πολλαπλώς (Kyngas et al., 1996; Iliceto et al., 2013; Lin, Wu, 2018; Giuffrida et al., 2005; Leu et al., 1992) όχι όμως και για την εκτίμηση των άτυπων πληρωμών. Για το λόγο αυτό, αξιοποιήθηκαν στοιχεία από τον Anderson (2018), τους Fonta et al. (2010) και τους Ozgen et al. (2010). Ακόμη, αποκομίζονται στοιχεία και κατευθύνσεις από τις μελέτες των Belli et al. (2002), Stepurko et al. (2013a, b), Cohen, Filc (2017), Doshmangir et al. (2020b), Habibov, Cheung (2017), Horodnic, Williams (2018), Horodnic et al. (2017), των Giannouchos et al. (2020), Giannouchos et al. (2021) και των Habibov et al. (2021).

Εφαρμόσαμε το μοντέλο των Van Vliet και Van Praag (1987) το οποίο χρησιμοποιεί την κατάσταση υγείας στην Ολλανδία ως λανθάνουσα μεταβλητή με ένα ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών (MIMIC Model). Ακολούθως, προσαρμόσαμε το μοντέλο στο ελληνικό σύστημα υγείας υπολογίζοντας ένα δείκτη για τις άτυπες πληρωμές στην, κατασκευάζοντας το τελικό μας μοντέλο. Επιλέξαμε το εν λόγω μοντέλο καθώς αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη ερευνητική προσέγγιση για την εκτίμηση των άτυπων πληρωμών για συγκεκριμένους λόγους. Καταρχάς έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας τις βασικές συνιστώσες που ρυθμίζουν την υπόσταση και την εξέλιξη τους όπως μεταβλητές για την ζήτηση των υπηρεσιών στο ελληνικό σύστημα υγείας, για συμπεριφορές των ασθενών που φανερώνουν άτυπες πληρωμές κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αναλύονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Σημειώνουμε ότι οι άτυπες πληρωμές είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, όπως αναφέραμε στο 2^ο Κεφάλαιο, καλύπτοντας όλο το κοινωνικοοικονομικό φάσμα και όλες τις υπηρεσίες υγείας. Συλλέξαμε στοιχεία για την ετοιμότητα των ασθενών να καταβάλλουν άτυπα ποσά και δημογραφικά στοιχεία επιβεβαιώνοντας την εξάπλωσή τους σε κάθε κοινωνική κατηγορία.

Διαχωρίζουμε μια λειτουργία $IP_s^*(X)$ από τα ευέλικτα μοντέλα πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών όπου το X αποτυπώνει τις αιτίες των άτυπων πληρωμών. Απώτερος στόχος μας είναι η κατασκευή, μέσω ενός ευέλικτου μοντέλου πολλαπλών δεικτών–

πολλαπλών αιτιών, εναλλακτικών μετρήσεων για τις άτυπες πληρωμές βάσει της ελλιπούς πληροφόρησης για τους ασθενείς, εσωκλείοντας μεταβλητές για τις αιτίες και τους δείκτες. Ειδικότερα, μπορεί να γνωρίζουμε δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, το μέγεθος του νοικοκυριού, την εκπαίδευση και το εισόδημα, αλλά είναι δυσκολότερο να μάθουμε την στάση των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές καθώς και την πεποίθησή τους για την πιθανότητα νομιμοποίησης τους. Εν συνεχεία, διαθέτουμε πληροφορίες για την χρήση υπηρεσιών το μελετώμενο διάστημα και/ή τις διαφορετικές συνθήκες εκδήλωσης των άτυπων υγειονομικών πληρωμών. Στόχος μας είναι η κατασκευή εκτιμητών άτυπων πληρωμών υγείας στην βάση ελλιπών παρατηρήσεων και η διατύπωση του τελικού ευέλικτου μοντέλου του φαινομένου.

5.6.2. Περιγραφή του μοντέλου.

Πριν από κάθε διαδικασία αναγκαία είναι η αναλυτική περιγραφή των μεταβλητών του μοντέλου μας (Πίνακας 10). Διαχωρίζουμε δύο τύπους δεικτών των άτυπων πληρωμών στην υγεία, τους δείκτες των ατομικών συμπεριφορών για τις άτυπες πληρωμές IP_sA και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας HD . Ακολούθως, αναφέρουμε τρεις κατηγορίες εξηγηματικών μεταβλητών X_1 , X_2 , X_3 . Τέλος, διαθέτουμε την μη παρατηρούμενη λανθάνουσα μεταβλητή IP_s^* , με το μοντέλο να έχει αρχικά την ακόλουθη δομή:

$$HD_i = \delta_{1i}IP_s^* + \alpha'_{1i}X_1 + \alpha'_{2i}X_2 + \varepsilon_{1i}, \quad i = 1, \dots, I, \quad (28)$$

$$IP_{sA_j} = \delta_{2j}IP_s^* + \beta'_{2j}X_2 + \varepsilon_{2j}, \quad j = 1, \dots, I, \quad (29)$$

$$IP_s^* = \gamma'_{2}X_2 + \gamma'_{3}X_3 + \varepsilon_3, \quad (30)$$

όπου δ_{1i} , α_{1i} , α_{2i} , δ_{2j} , β_{2j} και γ_2 είναι διανύσματα (δ_{1i} και δ_{2j} μονοδιάστατα) των (υπο εκτίμηση) άγνωστων παραμέτρων και ε_{1i} , ε_{2j} και ε_3 , είναι διανύσματα (ε_3 μονοδιάστατο) των διαταραχών (Πίνακας 14).

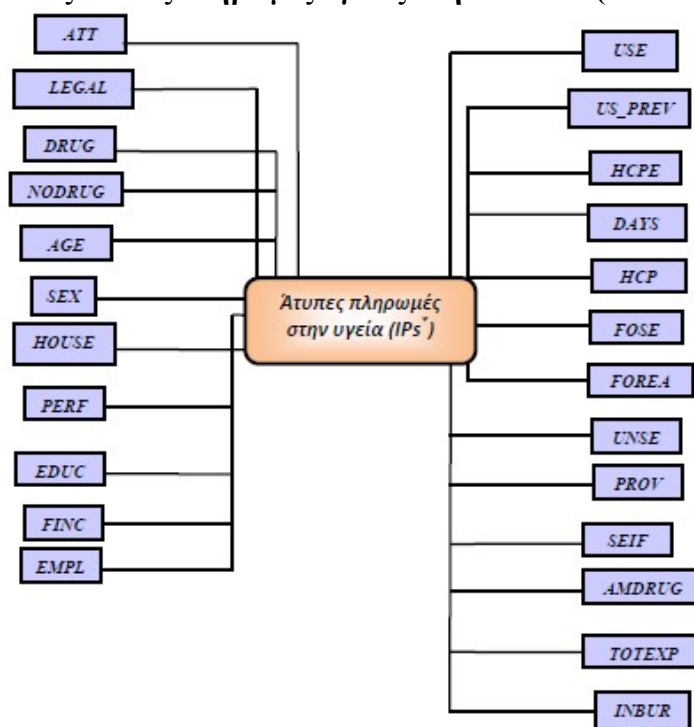
Πίνακας 14
«Περιγραφή μεταβλητών»

Μεταβλητή	Περιγραφή
<i>IPs</i>	Δείκτης μη παρατηρούμενων άτυπων πληρωμών στην υγεία
Ζήτηση των Υπηρεσιών υγείας (HD)	
<i>USE</i>	Χρήση των υπηρεσιών υγείας, για ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού, ενήλικες ή παιδιά, ασθενείς ή παιδιά κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών, ποσοστιαία αναλογία.
<i>USE_PREV</i>	Χρήση των υπηρεσιών υγείας, για ένα ή περισσότερα άτομα του νοικοκυριού, για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών, ποσοστιαία αναλογία.
<i>HCPE</i>	Ενδεχόμενο ύπαρξης προβλήματος υγείας, 2 επίπεδα, 0= ναι, 1= όχι.
<i>DAYS</i>	Παραμπόδιση άσκησης από την συνέχεια των φυσιολογικών δραστηριοτήτων, αριθμός ημερών, 5 επίπεδα, 1= 1 έως 7 ημέρες, 5= περισσότερο από 3 μήνες.
<i>HCP</i>	Συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, καθορισμός βάσει περιγραφής/αναφορά της ασθένειας, αλλιώς των συμπτωμάτων/ICD – 10.
<i>FOSE</i>	Επίσημη υπηρεσία υγείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος που αναφέρθηκε, 6 επίπεδα, 1= Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, 6= άλλες υπηρεσίες (φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση κλπ).
<i>FOEA</i>	Αιτιολόγηση επιλογής συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας, 8 επίπεδα, 1= πλησιέστερη, 8= άλλο (καθορίστε).
<i>UNSE</i>	Αιτιολόγηση για την μη ολοκλήρωση της παροχής φροντίδας υγείας, 7 επίπεδα, 1 = δεν αγόρασα/προμηθεύτηκε όλα τα φάρμακα που μου όρισε ο γιατρός, 7 = άλλο.
Συμπεριφορές άτυπων πληρωμών στην υγεία (IPsA) X₁	
<i>PROV</i>	Οι υπηρεσίες στις οποίες καταβλήθηκε ποσό σε € από τους ασθενείς άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.
<i>SEIF</i>	Καθορισμός του ισοδυνάμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.
<i>AMDRUG</i>	Δαπάνες του ασθενούς για φάρμακα, σε ευρώ.
<i>TOTAL</i>	Συνολικό ποσό πληρωμής, σε ευρώ.
<i>INFOB</i>	Συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας/θεραπείας
Ετοιμότητα πληρωμής X₂	
<i>ATT</i>	Στάση/αντίληψη των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές, 5 επίπεδα, 1= πολύ αρνητική, 5= πολύ υποστηρικτική.
<i>LEGAL</i>	Το ενδεχόμενο νομιμοποίησης των άτυπων πληρωμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, 4 επίπεδα, 1= όχι γιατί σήμερα η πλειοψηφία του πληθυσμού δεν καταβάλλει τίποτε και δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν, 4= δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.
<i>DRUG</i>	Μέγιστο μηνιαίο ποσό το οποίο θα ήταν πρόθυμοι οι ασθενείς να καταβάλλουν/ή να πληρώσουν, για δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, σε ευρώ.
<i>NONDRUG</i>	Μέγιστο μηνιαίο ποσό το οποίο θα ήταν πρόθυμοι οι ασθενείς να καταβάλλουν/ή να πληρώσουν, για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), σε ευρώ.
Δημογραφικές μεταβλητές X₃	
<i>AGE</i>	Ηλικία σε έτη
<i>SEX</i>	Ψευδομεταβλητή, 1= γυναίκα, 0= άνδρας
<i>HOUSE</i>	Μεγεθος του νοικοκυριού
<i>PERF</i>	Περιφέρεια κατοικίας
<i>INC</i>	Οικογενειακό εισόδημα
<i>EDU</i>	Εκπαιδευτικό επίπεδο, 4 επίπεδα, 1= δεν πήγε καθόλου σχολείο, 7= Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό
<i>EMPL</i>	Καθεστώς απασχόλησης, 6, επίπεδα, 1= ναι, πλήρης απασχόληση, 6= παιδί/προσχολική εκπαίδευση.

Η δομή του μοντέλου ορίζει και τις διαφορές στα διανύσματα X_1 , X_2 και X_3 . Το διάνυσμα X_1 περιλαμβάνει μεταβλητές που εκφράζουν τις συμπεριφορές για άτυπες πληρωμές, όπως οι υπηρεσίες στις οποίες καταβλήθηκε ποσό σε € άτυπα από τους ασθενείς (άνευ επίσημης

απόδειξης ή παραστατικού) για κάθε περιστατικό χρήσης των υπηρεσιών υγείας, το ισοδύναμο € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε, οι δαπάνες σε € για φάρμακα και το συνολικό ποσό πληρωμής σε € καθώς και η συνολική επιβάρυνση από την καταβολή άτυπων πληρωμών για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών. Το διάνυσμα X_2 εμπεριέχει μεταβλητές που αφορούν την ετοιμότητα/προθυμία πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας όπως η στάση τους απέναντι σε αυτές, οι δαπάνες για φάρμακα και οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας εκτός φαρμάκων και παροχή υγειονομικών υποδομών. Το διάνυσμα X_3 περιέχει την ηλικία, το φύλο των ερωτώμενων, το μέγεθος του νοικοκυριού και την Περιφέρεια κατοικίας του, το εισόδημα, την εκπαίδευση και την κατάσταση απασχόλησης τους, όπου δ_{1i} , α_{1i} , α_{2i} , δ_{2j} , β_{2j} και γ_2 είναι διανύσματα (δ_{1i} και δ_{2j} μονοδιάστατα) των άγνωστων παραμέτρων (για να εκτιμηθούν) και ε_{1i} , ε_{2j} και ε_3 , είναι διανύσματα (ε_3 μονοδιάστατο) των διαταραχών. Στην παρούσα διατριβή εστιάζουμε στην περιγραφή και εφαρμογή μιας μεθόδου για την παραγωγή δεικτών υγείας από ένα μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών υγειονομικής περίθαλψης (Σχήμα 21).

Σχήμα 21
«Αρχικό ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών για τις άτυπες πληρωμές υγείας στην Ελλάδα (11-13)»



Η εξίσωση (30) αποτυπώνεται ως μικτή λειτουργία ζήτησης – παραγωγής: μερικές εκ των ανεξάρτητων μεταβλητών μπορεί να επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας (π.χ. εισόδημα) ενώ άλλες επηρεάζουν την παραγωγή υπηρεσιών (π.χ. μέγεθος νοικοκυριού, ηλικία) (Van de Ven, Van der Gaag, 1982).

Είναι βασικό στο σημείο αυτό να παραθέσουμε τρία ζητήματα σχετικά με την δομή του μοντέλου μας. Αρχικά, θα πρέπει να διευκρινιστεί το είδος της ασφάλισης υγείας. Σε συστήματα υγείας όπως των ΗΠΑ που εντάσσεται στο πλαίσιο της φιλελεύθερης αγοράς με έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση αυτό επιβεβαιώνεται (Amelung, 2013), ενώ για το σύστημα ασφάλισης υγείας στην Ευρώπη αυτό είναι αρκετά περιορισμένο. Στην Ελλάδα, κυριαρχεί η δημόσια ασφάλιση υγείας (από το 2012) μέσω του ΕΟΠΥΥ με ελάχιστη ιδιωτική ασφάλιση.

Μια, επιπλέον, συνιστώσα είναι η συνεισφορά του εισοδήματος το οποίο υποθέτουμε ότι είναι προκαθορισμένο. Στην ελληνική κοινωνία, το εισόδημα είναι περιορισμένο εξαρτώμενο από τις μεταβολές της κατάστασης υγείας του χρήστη. Η οικονομική κρίση συρρίκνωσε περαιτέρω το εισόδημα καθιστώντας το ανεπαρκές, το οποίο αποτελείται από χαμηλά επιδόματα (ανεργίας, αναπηρίας) και συντάξεις. Γνωστό είναι το εισόδημα του νοικοκυριού (όταν υπάρχουν περισσότερα του ενός ατόμων με σταθερές αποδοχές) όχι όμως και το ατομικό (εκτός αν ο μόνος που διαθέτει χρήματα είναι ο αρχηγός του νοικοκυριού). Μεγάλο μέρος του δείγματος είναι συνταξιούχοι οι οποίοι συνεισφέρουν συχνά (λόγω οικονομικής συγκυρίας) εξ' ολοκλήρου στις δαπάνες του νοικοκυριού καλύπτοντας πολλά εξαρτώμενα μέλη, πλήρως απασχολούμενοι, μερικώς απασχολούμενοι και άνεργοι αλλά και φοιτητές. Ειδότερα στις περιπτώσεις που ο αρχηγός του νοικοκυριού είναι ο μόνος εργαζόμενος και καλύπτει ασφαλιστικά και άλλα άτομα, οπότε δαπανά (εφόσον κριθεί αναγκαίο) περισσότερα χρήματα.

Σημείνουμε είναι η συμβολή του εκπαιδευτικού επιπέδου στην καταβολή ή των άτυπων πληρωμών της υγείας σε μια κοινωνία (Meskarpour–Amiri et al., 2019). Εκφράζει την γνώση και την στάση ζωής των ασθενών και της κοινωνίας απέναντι στις άτυπες πληρωμές. Αποτυπώνει μια κουλτούρα που περάσει στην αντίληψη των χωρών με υψηλό ποσοστό παραοικονομίας και διαφθοράς σαν την Ελλάδα. Η οικονομική κρίση επιδείνωσε τα εισοδήματα του ιατρικού προσωπικού απαιτώντας επιπρόσθετα χρηματικά ποσά δίχως επίσημη απόδειξη ή παραστατικό. Αυτό δεν σημαίνει ότι δικαιολογείται μια τέτοια παράτυπη πρακτική. Εντοπίζεται συχνότερα στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και

λιγότερο στους ευκαταστάτους (Balabanova, McKee, 2002; Buligescu, Espinoza – Pena, 2020; Giannouchos et al., 2020; Meda et al., 2020; Precupetu, Pop, 2020; Zarei et al., 2021; Park, 2021; Gaal et al., 2021).

Σχετικά με τις τυχαίες διαταραχές, υποθέτουμε ότι είναι φυσιολογικές με μηδενικό μέσο και μη συσχετισμένο. Η μη παρατηρούμενη και λανθάνουσα μεταβλητή IP_s κλιμακώνεται καθορίζοντας όλες τις μεταβλητές ως προς τις αποκλίσεις από τα μέσα τους, και ρυθμίζοντας $\delta_{II} = -1$. Προκειμένου να διασφαλίσουμε την ταυτοποίηση και να συμμορφωθούμε με τη διαίτησή μας, υποθέτουμε επιπλέον ότι πολλοί από τους συντελεστές είναι μηδενικοί. Οι αρχικές εκτιμήσεις ευέλικτων μοντέλων δομικής εξίσωσης, όπως αυτό, εκτιμώνται με το πρόγραμμα πληροφορικής LISREL (Joreskog, Sorbom, 1978). Ωστόσο, εμείς χρησιμοποιήσαμε το Πρόγραμμα SPSS Version 24 για την ανάλυση μας.

5.6.3. Αξιολόγηση των άτυπων πληρωμών στην υγεία μέσα από ένα ευέλικτο μοντέλο πολλαπλών δεικτών – πολλαπλών αιτιών.

Με την εξίσωση (30) διαπιστώνουμε ότι είναι πιθανό να αξιολογήσουμε τις άτυπες πληρωμές στην υγεία ενός ατόμου n , αποτυπωμένο ως IP_{sn} γνωρίζοντας τα διανύσματα X_{2n} και X_{3n} (διαθέτοντας εκτιμήσεις για τις παραμέτρους). Οι πληροφορίες για τις μεταβλητές του διανύσματος X_3 δεν είναι διαθέσιμες για τα άτομα γενικά όπως και για όσους δεν περιλαμβάνονται στο δείγμα μας. Οι μεταβλητές του διανύσματος X_1 είναι ενδιάμεσης δυσκολίας ενώ οι μεταβλητές των διανυσμάτων X_2 και X_3 είναι άμεσα παρατηρήσιμες. Πληροφορίες σχετικά με έναν ή και περισσότερους δείκτες υγείας είναι διαθέσιμες μέσω ερευνητικών στοιχείων, αφού οι μεταβλητές των συμπεριφορών για τις άτυπες πληρωμές στην υγεία είναι δύσκολα ληφθείσες. Γι' αυτό και αποτυπώνουμε την ιδέα μας στα ακόλουθα.

Λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (29) για ένα συγκεκριμένο j . Τότε μπορούμε να γράψουμε, υποθέτοντας $\delta_{2j} \neq 0$,

$$IP_s^* = \frac{1}{\delta_{2j}} \left[IP_{sj} - \beta'_{2j} X_2 - \varepsilon_{2j} \right]$$

Αγνοώντας το ε_{2j} που έχουμε για κάθε j μια εναλλακτική εκτίμηση για τις άτυπες πληρωμές στην υγεία, μπορεί να είναι η εξής:

$$ip_{s_j}^* = \frac{1}{\delta_{2j}} [IP_s A_j - \beta'_{2j} X_2] \quad (31)$$

Η διαφορά ανάμεσα στην δομική μεταβλητή IP_s και στην πληρεξούσια μεταβλητή ip_s , αποτυπώνεται ως εξής:

$$ip_{s_j}^* - IP_s^* = \varepsilon_{2j} / \delta_{2j} \quad (32)$$

Σημειώνουμε ότι, εάν β_{2j} και δ_{2j} είναι γνωστές εκτιμήσεις, η ip_{sj} είναι εύκολα υπολογίσιμη καθώς η $IP_s A_j$ και X_2 είναι εύκολα εφικτή. Η πληρεξούσια μεταβλητή ip_{sj} είναι αμερόληπτη εκτίμηση της IP_s και η διακύμανση σφάλματος είναι $\beta^2(\varepsilon_{2j}) / \delta_{2j}^2$. Ασυμπτωτικά αυτό ισχύει και αν η δ_{2j} αντικαθίσταται από τον εκτιμητή της. Ακόμη, η πληρεξούσια μεταβλητή ip_{sj} μπορεί να ερμηνευθεί ως μια λειτουργία την διάσταση των άτυπων πληρωμών στην υγεία IP_{sj} όπου εφαρμόστηκε μια διόρθωση για τις X_2 μεταβλητές που επηρεάζουν τις συμπεριφορές στην υγεία $IP_s A_j$ με την λανθάνουσα μεταβλητή IP_s αλλά και απευθείας.

Είναι εμφανές ότι αυτή η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί για όλες τις καταστάσεις των άτυπων πληρωμών στην υγεία $IP_s A_j$ ($j = 1, \dots, J$) διαθέσιμες επίσης στην ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών HD_i ($i = 1, \dots, I$), εάν οι μεταβλητές του διανύσματος X_I είναι διαθέσιμες. Στην τελευταία περίπτωση η εξίσωση (31) αλλάζει ως εξής:

$$ip_{s_j}^* = \frac{1}{\delta_{11}} [HD_i - \alpha'_{11} X_1 - \alpha'_{21} X_2] \quad (31')$$

Έτσι, η πληρεξούσια μεταβλητή ip_{sj} είναι μια λειτουργία της ζήτησης υπηρεσιών υγείας HD_i όπου έγινε μια διόρθωση για επίδραση του διανύσματος X_2 όπως και οι μεταβλητές του διανύσματος X_I , η τελευταία επηρεάζει μόνο την ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών HD_i και τις άτυπες πληρωμές στην υγεία. Για παράδειγμα, η παροχή ιατρικών ειδικών σε μια περιοχή μπορεί να επηρεάσει τον αριθμό των επισκέψεων εξωτερικών ασθενών, αλλά υποθέτουμε ότι δεν έχει καμία επίδραση στις συμπεριφορές για εκδήλωση άτυπων πληρωμών.

Είμαστε σε θέση να γενικεύσουμε περισσότερες από μια πληρεξούσιες μεταβλητές από το εκτιμώμενο μοντέλο. Οπότε είναι φυσικό να χρησιμοποιήσουμε ένα σταθισμένο σύνολο, ως εξής:

$$\widehat{IP}_s^* = \sum_{k \in K} p_k ip_{sk}^* \quad (33)$$

όπου K δείχνει το σετ των τιμών των δεικτών j (και/ή i) για τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα, και όπου τα σταθμά p_k προστίθεται έως ένα. Η ιδανική επιλογή για τα σταθμά p_k είναι αυτά που ελαχιστοποιούν την διακύμανση του:

$$\begin{aligned} \widehat{IP}_s^* - IP_s^* &= \sum_{k \in K} p_k (ip_{sk}^* - IP_s^*) \\ &= \sum_{k \in K} p_k (\varepsilon_k / \delta_k) \end{aligned} \quad (34)$$

όπου ε_k και δ_k υπογραμμίζουν τους όρους σφάλματος και οι δ – συντελεστές από τις εξισώσεις (28) και (29) που χρησιμοποιήθηκαν στην κατασκευή του σταθμισμένου συνόλου στην εξίσωση (33).

Από την στιγμή που υποθέσαμε ότι οι ε 's είναι μη συσχετιζόμενοι έχουμε το εξής:

$$\text{var}(\widehat{IP}_s^* - IP_s^*) = \sum_{k \in K} p_k^2 \frac{\sigma^2(\varepsilon_k)}{\delta_k^2} \quad (35)$$

Η ελαχιστοποίηση της εξίσωσης (35) με σεβασμό στο p_k , κάτω από τον περιορισμό

$$\sum_k p_k = 1$$

αποδίδει ως εξής:

$$p_k^m = \frac{\delta_k^2 / \sigma^2(\varepsilon_k)}{\sum_{i \in K} \delta_i^2 / \sigma^2(\varepsilon_i)} \quad \forall k \in K \quad (36)$$

Διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο βάρος στην πληρεξούσια μεταβλητή ip_{sj} για το οποίο $\sigma^2(\varepsilon_k)$ είναι μικρή, π.χ η εξίσωση είναι μια αρκετά ακριβής περιγραφή, και για την οποία το δ_k^2 είναι μεγάλο, πχ την επίδραση των άτυπων πληρωμών IP_s στον σχετιζόμενο δείκτη

υγείας είναι δυνατή. Τονίζουμε ότι η ελάχιστη τιμή της $var(\widehat{IP}_s^* - IP_s^*)$, επιτεύχθηκε σε p^m , είναι $1/[\sum_{k \neq k'} \delta_k^2 / \sigma^2(\varepsilon_k)]$. Από αυτό ακολουθεί ότι η πρόσθεση μιας επιπλέον πληρεξούσιας μεταβλητής στις \widehat{IP}_s^* οδηγεί σε καλύτερη προσέγγιση των IP_s [δοθέντων τιμών για δ_k και $\sigma^2(\varepsilon_k)$ για κάθε k].

Περαιτέρω, μπορούμε να δούμε από τις εξισώσεις (31) και (35) ότι αλλάζει στην μονάδα μέτρησης των δεικτών άτυπων πληρωμών στην υγεία ούτε κανένα από τα δύο p^m ούτε $\widehat{IP}_s^* = p^{m-1} IP_s^*$. Έτσι, η \widehat{IP}_s^* δεν εξαρτάται από σχετικά με την κλιμάκωση των δεικτών των άτυπων πληρωμών. Το σταθμισμένο διάνυσμα p^m αντανακλά την τιμή της σχετικής πληροφορίας για κάθε δείκτη άτυπων πληρωμών για την λανθάνουσα μεταβλητή των άτυπων πληρωμών. Δίδεται ένα κριτήριο απόφασης εντάσσοντας ή αποκλείοντας την μέτρηση συγκεκριμένων δεικτών άτυπων πληρωμών.

5.6.4. Εκτίμηση του μοντέλου.

Τα συγχρονικά δεδομένα βάσει των οποίων εκτιμάμε το στέλεχος του μοντέλου μας προέρχονται από την έρευνα που διεξήχθη σε δύο διαδοχικά διαστήματα Δεκέμβριος 2015 έως και Ιανουάριος 2016 και από Δεκέμβριος 2016 έως και Ιανουάριος 2017 σε έλληνες πολίτες των 13 Περιφερειών. Ειδικότερα, επιλέξαμε δείγμα των ασθενών που αφορά όσους έκαναν χρήση των (δημόσιων και ιδιωτικών) υπηρεσιών υγείας για υπηρεσίες που εκτείνονται από την ΠΦΥ έως και τη νοσοκομειακή περίθαλψη και την αποθεραπεία. Όλοι οι ερωτώμενοι ήταν άνω των 18 ετών καθώς μετά από την ηλικία αυτή, όπως τονίσαμε στο 4^ο κεφάλαιο εισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία. Συμπληρώσαμε δομημένα ερωτηματολόγια από 3.494 άτομα.

Παρόλο που το Β' Μέρος του ερωτηματολογίου για την ζήτηση υπηρεσιών υγείας δεν είναι το αρχικό αποτέλεσμα της διατριβής μας, συγκρίνεται με αντίστοιχα αποτελέσματα όπως των Van de Ven και Van der Gaag (1982) οι οποίοι εκτίμησαν την υγειονομική περίθαλψη μέσω του μοντέλου πολλαπλών δεικτών-πολλαπλών αιτιών. Το σετ των δεδομένων περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές που δείχνουν άτυπες πληρωμών στην υγεία, το ποσό που κατέβαλλαν σε φάρμακα, το συνολικό ποσό αλλά και η συνολική τους επιβάρυνση από τα άτυπα ποσά. Επιπλέον, περικλείει μεταβλητές για την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την χρήση τους, την ύπαρξη προβλήματος υγείας, τον προσδιορισμό του προβλήματος αυτού αλλά και τις ημέρες το πρόβλημα αυτού

τους παρεμποδίζει από την άσκηση των δραστηριοτήτων τους αλλά και το είδος των επίσημων/τυπικών υπηρεσιών που χρησιμοποίησαν, τους λόγους αυτής της επιλογής αλλά και την αιτιολόγηση για την μη ολοκλήρωση της θεραπείας. Επιπρόσθετα, εμπεριέχει μεταβλητές σχετικά με την ετοιμότητα πληρωμής των ασθενών (willingness to pay) και ειδικότερα, την στάση τους απέναντι στις άτυπες πληρωμές, την πεποίθηση τους αν μπορούν να νομιμοποιηθούν για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθώς και την προθυμία τους για καταβολή άτυπων ποσών για φάρμακα και δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες υγείας (εκτός φαρμάκων). Τέλος, κομβικές αποτελούν οι δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, το μέγεθος του νοικοκυριού που έχουν κοινό προϋπολογισμό, την Περιφέρεια κατοικίας, το εισόδημα τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και την κατάσταση απασχόλησης τους.

5.6.4.1. Ανάλυση κύριων συνιστωσών.

Η ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis/PCA) για την κατασκευή δεικτών ελέγχου των ερωτήσεων μεταβλητών κλίμακας Likert είναι μία από τις τεχνικές της πολυμεταβλητής στατιστικής ανάλυσης, που χρησιμοποιείται για την εξέταση περισσότερων του ενός χαρακτηριστικών ταυτόχρονα.

Στοχεύει στην δημιουργία ενός μικρού και διαχειρίσιμου αριθμού από ασυσχέτιστους γραμμικούς συνδυασμούς των αρχικών μεταβλητών, οι οποίοι θα περιέχουν κατά το δυνατόν μεγαλύτερο μέρος της πληροφορίας που υπάρχει στις αρχικές μεταβλητές. Έτσι, τα αρχικά πολυπληθή δεδομένα, μπορούν να αναπαρασταθούν γραφικά μέσω των πρώτων κύριων συνιστωσών, παρέχοντας μία απλή και γλαφυρή απεικόνιση της αρχικής πληροφορίας. Για την κατασκευή των κύριων συνιστωσών απαιτείται η εύρεση των ιδιοτιμών και των ιδιοδιανυσμάτων του δειγματικού πίνακα διακυμάνσεων–συνδιακυμάνσεων ή του πίνακα συσχετίσεων των αρχικών δεδομένων. Η μεγαλύτερη ιδιοτιμή και το αντίστοιχο ιδιοδιάνυσμα αντιστοιχούν στην πρώτη κύρια συνιστώσα, η δεύτερη μεγαλύτερη ιδιοτιμή στη δεύτερη κύρια συνιστώσα κοκ (Wold et al., 1987).

Η χρήση όλων των κύριων συνιστωσών συνεπάγεται την πλήρη κάλυψη της διακύμανσης των αρχικών δεδομένων, ενώ αν παραληφθούν κάποιες κύριες συνιστώσες θα χαθεί ένα μέρος της αρχικής πληροφορίας. Η εφαρμογή της PCA επιτρέπει την ταχύτερη και οικονομικότερη διαχείριση και αποθήκευση των αρχικών δεδομένων, λόγω της σημαντικής

ελάττωσης του όγκου τους. Το «κόστος» της PCA είναι η απώλεια ενός μέρους της αρχικής πληροφορίας (Abdi, Williams, 2010; Schreiber, 2021; Ganan–Cardenas, Correa–Morales, 2021). Έτσι με βάση την ανάλυση PCA, πρώτο σημαντικό μέτρο ποιοτικού ελέγχου είναι το εάν είναι αρχικά στατιστικά σημαντική και εν συνεχεία εάν ο στατιστικός δείκτης καταλληλότητας του δείγματος για παραγοντική ανάλυση των Kaiser–Meyer–Olkin (ο εν λόγω δείκτης παίρνει τιμές μεγαλύτερες του μηδενός και μικρότερες του ένα) είναι μεγαλύτερος ή ίσος με το 0,5 . Όσο πιο κοντά ο δείκτης είναι στην μονάδα τόσο πιο ισχυρή είναι η ανάλυση μας (Beavers et al., 2013; Kaiser, Rice, 1974).

5.6.4.2. Παλινδρομική ανάλυση.

Η παλινδρομική ανάλυση, για την κατασκευή μοντέλου όπου θα εντοπίσουμε την σχέση μεταξύ των δεικτών και συγκεκριμένα του Δείκτη Εμπειρίας και των υπόλοιπων δεικτών, εξετάζει τη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών με σκοπό την πρόβλεψη των τιμών της μιας, μέσω των τιμών της άλλης (ή των άλλων). Σε κάθε πρόβλημα παλινδρόμησης διακρίνουμε δύο είδη μεταβλητών, τις ανεξάρτητες ή ελεγχόμενες ή επεξηγηματικές και τις εξαρτημένες ή απόκρισης. Τα κριτήρια επιλογής ενός καλού ή ικανοποιητικού μοντέλου είναι ο δείκτης R^2 οποίος παίρνει τιμές μεγαλύτερες του μηδέν και μικρότερες της μονάδας (Helland, 1987; Emerson, 2020; Kim et al., 2020). Όσο οι τιμές του R^2 είναι κοντά στην μονάδα ($\geq 0,5$) τόσο το μοντέλο μας επεξηγεί καλύτερα τα δεδομένα μας (Groebner et al., 2018). Ακόμα πέραν του R^2 , εξίσου σημαντικό είναι το αποτέλεσμα του πίνακα Ανάλυσης διακύμανσης ANOVA το οποίο μας καταδεικνύει εάν η παλινδρόμηση είναι ή όχι στατιστικά σημαντική.

5.6.5. Στρατηγική μοντελοποίησης.

5.6.5.1. Γενικά.

Για να προχωρήσουμε την ανάλυση μας εφαρμόστηκε η PCA με στόχο την κατασκευή δεικτών από πολλές ερωτήσεις σε ένα δείκτη ή επιμέρους υπο-δείκτες για την ευκολότερη διαχείριση και πιθανή μοντελοποίηση των αποτελεσμάτων. Κατασκευάζουμε αρχικά ένα δείκτη για τις άτυπες πληρωμές στην υγεία (IP_s). Ο εν λόγω δείκτης αποτελείται από τις

ακόλουθες ερωτήσεις (Van Vliet, Van Praag, 1987; Van de Wen, Van der Gaag, 1982):

- Οι υπηρεσίες στις οποίες καταβλήθηκε ποσό σε € από τους ασθενείς άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.
- Καθορισμός του ισοδυνάμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.
- Δαπάνες του ασθενούς για φάρμακα, σε ευρώ.
- Συνολικό ποσό πληρωμής, σε ευρώ.
- Συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας/θεραπείας.

Πίνακας 15
«Έλεγχος Kaiser–Meyer–Olkin»

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,317
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	529,099
	df	6
	Sig.	,000

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 15, η εν λόγω ανάλυση εμφανίζεται στατιστικά σημαντική μιας και μας δίνει p-value (sig.) = 0,000 οπότε σε διάστημα εμπιστοσύνης $\alpha=5\%$ το p-value είναι μικρότερο του 0,05 ($\alpha=5\%$). Ακόμα με βάση την τιμή του κριτηρίου του Kaiser–Meyer–Olkin = 0,736 η ανάλυση είναι αποδεκτή. Ως εκ τούτου στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η το ποσοστό των απαντήσεων που έχει καλύψει ο Δείκτης που κατασκευάστηκε.

Πίνακας 16
«Συνολική διακύμανση ερμηνείας απαντήσεων από τον παράγοντα/ες – δείκτη/ες»

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,555	63,869	63,869	2,555	63,869	63,869
2	,969	24,236	88,105			
3	,470	11,750	99,855			
4	,006	,145	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 16, ο παράγοντας ερμηνεύει το 63,9% των απαντήσεων. Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι συντελεστές του παρακάτω δείκτη-παράγοντα.

Πίνακας 17
«Συντελεστές παράγοντα»
Component Score Coefficient Matrix

	Component
	1
Τι ποσό καταβάλατε για φάρμακα;	,316
Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε;	,384
Οι υπηρεσίες στις οποίες καταβλήθηκε ποσό σε € από τους ασθενείς άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.	,362
Καθορισμός του ισοδυνάμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε	,114

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Equamax with Kaiser Normalization.

Component Scores.

Με βάση τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα, ο δείκτης άτυπων πληρωμών στην υγεία (IP_s) παρουσιάζεται με την ακόλουθη δομική εξίσωση (37):

$$IP_s = 0,316 * AMDRUG_{i,t} + 0,384 * INFOB_{i,t} + 0,362 * PROV_{i,t} + 0,114 * SEIF_{i,t} \quad (37)$$

όπου

IP_s = ο δείκτης των μη παρατηρούμενων άτυπων πληρωμών στην υγεία, με έτος βάσης το 2015.

$AMDRUG_{i,t}$ = το ποσό που κατέβαλλαν (€) οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας για φάρμακα.

$INFOB_{i,t}$ = το συνολικό κόστος/επιβάρυνση (€) των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

$PROV_{i,t}$ = οι υπηρεσίες στις οποίες καταβλήθηκε ποσό (€) από τους ασθενείς άτυπα (δηλ.

χωρίς να λάβουν επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας.

$SEIF_{i,t}$ = καθορισμός από τους ασθενείς του ισοδύναμου σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και η υπηρεσία στην οποία δόθηκε.

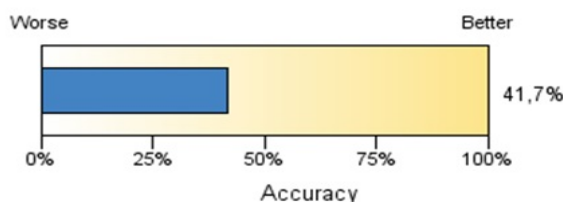
5.6.5.2. Διαδικασία μοντελοποίησης του δείκτη άτυπων των πληρωμών στην υγεία.

Πηγαίνουμε ένα βήμα παρακάτω προσπαθώντας να μοντελοποιήσουμε τον δείκτη μας με τις υπόλοιπες μεταβλητές μας, με στόχο την εκτίμηση αποτελεσμάτων από την όποια τιμή θα λαμβάνει ο εν λόγω δείκτης. Για την επίτευξη του στόχου αυτού εφαρμόζουμε παλινδρομική ανάλυση (regression analysis) η οποία θα έχει την μορφή $Y = a_1 + a_2 * X_1 + a_3 * X_2 + \dots + a_n * X_n$ όπου Y ορίζεται ως η εξαρτημένη μεταβλητή μας που θα είναι ο Δείκτης μη παρατηρούμενων άτυπων πληρωμών στην υγεία (IP_s) και X_1, X_2, \dots, X_n , οι υπόλοιπες μεταβλητές μας που θα παίζουν το ρόλο των ανεξάρτητων μεταβλητών μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 18
«Σύνοψη μοντέλου»
Model Summary

Target	Δείκτης μη παρατηρούμενων άτυπων πληρωμών στην υγεία (IPs)
Automatic Data Preparation	On
Model Selection Method	Forward Stepwise
Information Criterion	-47,119

The information criterion is used to compare to models. Models with smaller information criterion values fit better.



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 18, χρησιμοποιήσαμε για το μοντέλο μας την

μέθοδο της εμπρόσθιας βηματικής παλινδρόμησης (forward stepwise regression method) (Sutter, Kalivas, 1993), η οποία βοηθά στον εντοπισμό της βέλτιστης στατιστικά σχέσης μεταξύ των ερωτήσεων που περιλαμβάνονται στο μοντέλο μας, εξάγοντας τις ερωτήσεις μεταβλητές οι οποίες καταστρέφουν την δυναμική του μοντέλου αλλά και την στατιστική σημαντικότητα του.

Έτσι το μοντέλο μας παρουσιάζει μια αποδεκτή προσαρμογή ή αποτελεσματικότητα με $R^2 = 0,417$ ή 41,7%, το οποίο μας καταδεικνύει πως το μοντέλο μας εμφανίζει μια σημαντική σύσταση. Είναι απαραίτητο να εμφανίσουμε τον βαθμό σημαντικότητας του μοντέλου μας. Για τον λόγο αυτό προχωρήσαμε σε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) (Πίνακας 19).

Πίνακας 19
«Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA)»

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	50,316	9	5,591	9,595	,000
Residual	57,684	99	0,583		
Corrected Total	108,000	108			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα το μοντέλο μας παρουσιάζεται ως στατιστικά σημαντικό μιας και η τιμή που λαμβάνει το p-value (sig.) = 0,000 για διάστημα εμπιστοσύνης $\alpha = 5\%$ (0,05) το p-value είναι μικρότερο.

5.6.5.3. Εκτιμήσεις των άτυπων πληρωμών στην υγεία βάσει μερικών πληροφοριών.

Η αιτιολόγηση μας βασίστηκε σε ένα διαγώνιο πίνακα συνδιακύμανσης των όρων σφάλματος. Αλλά στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν μη – μηδενικές συνδιακυμάνσεις που εμπεριέχονται στο $\Sigma_{\varepsilon\varepsilon}$. Υποστηρίζει ότι οι εξισώσεις (34), (35) και (36) είναι αναγκαίο να τροποποιηθούν αναλόγως. Γράφουμε αναλόγως με την εξίσωση (34):

$$\widehat{IPs^*} - IPs^* = \sum_{k \in K} p_k \cdot \varepsilon_k / \delta_k \quad (38)$$

με διακύμανση,

$$\begin{aligned}
\text{var}(\bar{IP}_s^* - IP_s^*) &= p' \left[\text{diag}(\delta)^{-1} \sum_{\varepsilon\varepsilon} \text{diag}(\delta)^{-1} \right] p \\
&= p' \left[\text{diag}(\delta)^{-1} (1 - B)^{-1} \sum_{\varepsilon\varepsilon} (1 - B')^{-1} \text{diag}(\delta)^{-1} \right] p \\
&= p' A p
\end{aligned} \tag{39}$$

όπου το διάνυσμα p περιλαμβάνει τα άγνωστα βάρη p_b , $\text{diag}(\delta)$ υπογραμμίζει ένα διαγώνιο πλαίσιο περιλαμβάνοντας τις δ -συσχετίσεις, $\Sigma_{\varepsilon\varepsilon}$ είναι το διαγώνιο πλαίσιο με τις (θετικές) διακυμάνσεις των υπολειμμάτων του δομικού μοντέλου και όπου το A ορίζεται σιωπηρά. Η ελαχιστοποίηση της τετραγωνικής μορφής στην εξίσωση (39) αντικείμενο του περιορισμού $p' t = 1$ [$t = (1, 1, \dots, 1)$] μπορεί να επιτευχθεί ελαχιστοποιώντας την εξίσωση του Lagrange με σεβασμό στο p ,

$$L = p' A p + 2\lambda (p' t - 1) \tag{40}$$

Λαμβάνουμε τις συνθήκες πρώτης τάξης

$$\begin{cases} \frac{\partial L}{\partial p} - 2Ap - 2\lambda t = 0 \\ \frac{\partial L}{\partial \lambda} = 2(p' t - 1) = 0 \end{cases} \tag{41}$$

όπου χρησιμοποίησαμε $A' = A$. Μπορούμε να διαχωρίσουμε από την εξίσωση (41)

$$p^m = A^{-1} t \frac{1}{t' A^{-1} t} \tag{42}$$

$$\begin{aligned}
\min_p [\text{var}(\bar{IP}_s^* - IP_s^*)] &= p^{m'} A p^m \\
&= \frac{1}{t' A^{-1} t}
\end{aligned} \tag{43}$$

με

$$A^{-1} = \text{diag}(\delta) (1 - B') \sum_{\varepsilon\varepsilon}^{-1} (1 - B) \text{diag}(\delta) \tag{44}$$

Διαπιστώσαμε ότι οι εξισώσεις (41) και (42) στην πραγματικότητα είναι γενικεύσεις, για το $B \neq 0$, των εξισώσεων (35) και (36) αναφέρθηκαν προηγουμένως. Περαιτέρω, η υπόθεση που διατυπώθηκε νωρίτερα ότι οι δομικοί τύποι σφαλμάτων είναι μη συσχετιζόμενοι (και ότι το $\Sigma_{\epsilon\epsilon}$ είναι διαγώνιο) μπορεί εύκολα να καταρριφθεί από την στιγμή που δεν είναι αναγκαία για την παραγωγή των εξισώσεων (42) και (43).

Τα μη μηδενικά μη – διαγώνια στοιχεία του A^{-1} μπορεί να θεωρηθούν ως διορθώσεις των συσχετίσεων μεταξύ εκείνων των μερών των δεικτών των άτυπων πληρωμών που παρέχουν πληροφορίες γι' αυτές IP_s^* . Εάν κάποια από τα σταθμά δεν είναι θετικά, το σήμα των αντίστοιχων δεικτών των άτυπων πληρωμών πρέπει να αναθεωρηθεί, αποδεικνύοντας ότι πρόκειται για ένα χαμηλό δείκτη άτυπων πληρωμών στην υγεία.

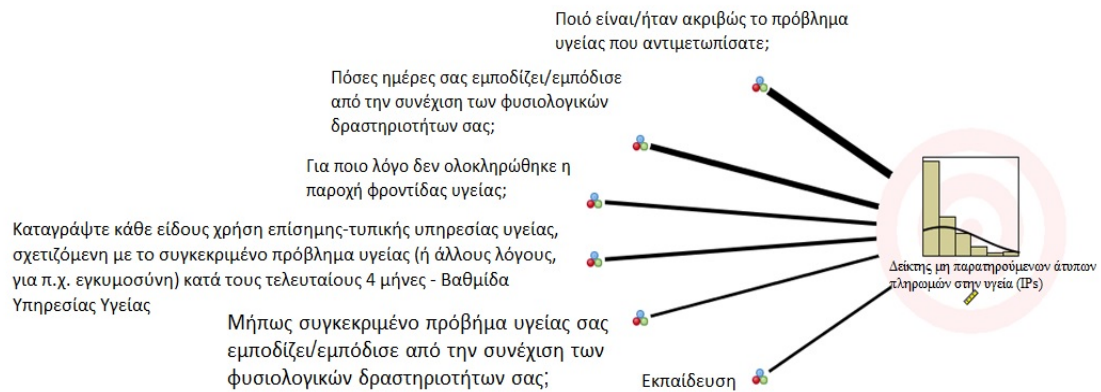
Μπορούμε να διαχωρίσουμε το πλαίσιο A (6x6) από τις έξι πληρεξούσιες μεταβλητές ip_{sj} , οι οποίες βασίζονται στους δείκτες των άτυπων πληρωμών που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο μας. Αν στη συνέχεια θέλουμε να τις άτυπες πληρωμές IP_s στην επιλογή των πληρεξουσίων μεταβλητών που πρέπει να υπολογίσουμε p^m από την εξίσωση (42) παραλείποντας τις κατάλληλες σειρές και στήλες του A^{-1} . Έτσι, για όποια από τις πληρεξούσιες μεταβλητές των άτυπων πληρωμών λαμβάνουμε ένα διαφορετικό σετ των σταθμών. Συνολικά, μπορούμε να κατασκευάσουμε $\sum_i^6 = t\binom{6}{1} = 2^6 - 1 = 63$ διαφορετικές επιλογές.

Από το σύνολο των μεταβλητών μας, βάσει της μεθόδου της εμπρόσθιας βηματικής παλινδρόμησης, εστίασαμε σε έξι ερωτήσεις/μεταβλητές. Επικεντρωθήκαμε στο ενδεχόμενο της ύπαρξης ενός προβλήματος υγείας που εμποδίζει τον ασθενή από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του (*HCPE*) αλλά και τις μέρες που το συγκεκριμένο πρόβλημα τον εμποδίζει τον από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του (*DAYS*). Επιπλέον, πολύ σημαντική θεωρήσαμε ότι είναι η αναφορά (συγκεκριμενοποίηση) του προβλήματος υγείας (*HCP*) βάσει των επίσημων διαγνώσεων των ιατρών. Ακόμη, όπως αποδείξαμε καταλυτική είναι η καταγραφή κάθε είδους επίσημης/τυπικής υπηρεσίας υγείας που έλαβε ο ασθενής σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για πχ εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες (*FOSE*). Αδιαμφισβήτητα δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την μεταβλητή που αφορά τον λόγο για τον οποίο δεν ολοκληρώθηκε η παροχή φροντίδας υγείας (*UNSE*). Το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως αποδείχθηκε επιδρά καταλυτικά στην διαμόρφωση των άτυπων πληρωμών στην υγεία (*EDU*) (Σχήμα 22).

Σχήμα 22 «Βέλτιστα επιλεχθέντες ερωτήσεις – μεταβλητές μοντέλου»

Effects

Target: Δείκτης μη παρατηρούμενων άτυπων πληρωμών στην υγεία (IPs)



5.6.6. Συντελεστές μοντέλου των άτυπων πληρωμών στην υγεία.

Βάσει των προαναφερομένων το μοντέλο μας έχει μια αποδεκτή προσαρμογή $R^2 = 0,417$ και είναι στατιστικά σημαντικό θα υπολογίσουμε του συντελεστές $a_1, a_2, a_3, \dots, a_7$ του μοντέλου μας, όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 20.

Όπως διαπιστώσαμε από το σύνολο των μεταβλητών μόνο έξι από αυτές είναι στατιστικά σημαντικές για το μοντέλο μας και θα αποτελέσουν τις μεταβλητές του τελικού μας μοντέλου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα στην στήλη Beta εμφανίζονται οι τιμές που θα λάβουν οι συντελεστές a_1, a_2, a_3, a_4 του μοντέλου μας.

Πίνακας 20
«Πίνακας συντελεστών μοντέλου»

Model	Standardized Coefficients	Sig.	Importance
	Beta		
(Constant)	0,818	0,037	
Ποιό είναι/ήταν ακριβώς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε;	1,519	0,000	0,350
Πόσες ημέρες σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;	0,603	0,002	0,254
Για ποιο λόγο δεν ολοκληρώθηκε η παροχή φροντίδας υγείας;	-0,902	0,013	0,124
Καταγράψτε κάθε είδους χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για π.χ. εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες - Βαθμίδα Υπηρεσίας Υγείας	-0,457	0,052	0,124
Μήπως συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;	-0,298	0,051	0,075
Εκπαίδευση	0,566	0,054	0,073

5.6.7. Τελικό μοντέλο εκτίμησης των άτυπων πληρωμών στην υγεία.

$$IP_s = 0,818 + 1,519 \cdot HCP_{i,t} + 0,603 \cdot DAYS_{i,t} - 0,902 \cdot UNSE_{i,t} - 0,457 \cdot FOSE_{i,t} - 0,298 \cdot HCPE_{i,t} + 0,566 \cdot EDU_{i,t}$$

IP_s = άτυπες πληρωμές στην υγεία, με έτος βάσης το 2015.

HCP = ενδεχόμενο ύπαρξης προβλήματος υγείας του ασθενούς ($p = 0.051 > 0.05$).

DAYS = αριθμός ημερών που το υπάρχον πρόβλημα υγείας εμπόδιζε τον ασθενή από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του ($p = 0.002 < 0.05$).

UNSE = ο λόγος/λόγοι για τον οποίον/ους δεν ολοκλήρωσε ο ασθενής την συγκεκριμένη φροντίδα υγείας που του είχε παρασχεθεί ($p = 0.013 < 0.05$).

FOSE = κάθε είδους χρήση επίσημης – τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για πψχ εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες – βαθμίδα υπηρεσίας υγείας ($p = 0.052 > 0.05$).

HCPE = συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας του ασθενούς ($p = 0.000 < 0.05$).

EDU = εκπαιδευτικό επίπεδο του ασθενούς ($p = 0.054 > 0.05$).

Στο τελικό μας μοντέλο, οι άτυπες πληρωμές στην υγεία είναι η λανθάνουσα (μη άμεσα ορατή) μεταβλητή και είναι εξαρτώμενη. Οι τρεις από τις έξι ανεξάρτητες μεταβλητές, HCP (ενδεχόμενο ύπαρξης προβλήματος υγείας του ασθενούς), DAYS (αριθμός ημερών που το υπάρχον πρόβλημα υγείας εμποδίζει τον ασθενή από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του) καθώς και η EDU (εκπαιδευτικό επίπεδο) επιδρούν θετικά στο ύψος των άτυπων πληρωμών στην υγεία. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν δήλωσαν ότι έχουν πρόβλημα υγείας που σημαίνει ότι προσέρχονται, σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, στις υπηρεσίες για προληπτικούς λόγους. Όσοι πάσχουν από μια ασθένεια, προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας για την βαλτίωση της κατάστασης τους. Η πλειοψηφία των ασθενών απουσίασαν από τις καθημερινές τους δραστηριότητες κυρίως από 1 ημέρα έως και 7 ημέρες και πολλοί λιγότεροι από 1 έως και 3 μήνες. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι ανήκαν σε ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο (AEI, TEI) κατά 43% καθώς και το 1/5 του δείγματος ήταν απόφοιτοι της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημοτικό). Οι τρεις αυτές μεταβλητές επηρεάζουν τις άτυπες πληρωμές στην υγεία κατά 1,519, 0,603 και κατά 0,566 φορές. Αυτά ισχύουν όταν οι άλλες μεταβλητές παραμένουν σταθερές. Στην περίπτωση όμως που οι άλλες τρεις μεταβλητές, FOSE [κάθε είδους χρήση επίσημης/τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για πψχ εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες – βαθμίδα υπηρεσίας υγείας], HCPE (συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας του ασθενούς) καθώς και η UNSE (ο λόγος/λόγοι για τον οποίον/ους δεν ολοκλήρωσε ο ασθενής την συγκεκριμένη φροντίδα υγείας που του είχε παρασχεθεί) μεταβάλλονται εξάγουμε διαφορετικά συμπεράσματα. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς προσήλθαν σε μονάδες υγείας με ίδια πληρωμή και λιγότεροι σε ιδιωτικές μονάδες υγείας αποκλειστικά με ίδια πληρωμή. Από αυτό αποδεικνύεται ότι οι κάνουν χρήση της ασφαλιστικής τους κάλυψης μέσω του ΕΟΠΥΥ και έχουν μικρότερη ροπή προς την ιδιωτική ασφάλιση, κυρίως λόγω μειωμένων αποδοχών. Η πλειοψηφία των ασθενών πάσχει από αναπνευστικά προβλήματα, από εξωγενή αίτια,

τραυματισμούς και δηλητηριάσεις. Εντούτοις, δηλώθηκαν σε μικρότερη αναλογία νεοπλάσματα, νευρολογικές παθήσεις καθώς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, αποτελώντας δείκτη για μη έγκαιρο διάγνωση γονιδιωμάτων που αυξάνουν την πιθανότητα συγκεκριμένων ασθενειών κοκ. Δυστυχώς, όμως, κάποιες φορές ο ασθενής ενδέχεται να μην ολοκληρώσει την θεραπεία του.

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, την μεγαλύτερη επίδραση στην καταβολή των άτυπων πληρωμών έχει το είδος και η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας. Διαφορετικά ποσά ζητούνται για ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή ασθένεια δημιουργώντας ένα κλίμα εξάρτησης με τον ασθενή όπως είναι τα τροχαία ατυχήματα που προκαλούν ανεπανόρθωτες βλάβες στον τραυματία και ψυχολογική επιβάρυνση στο οικείο περιβάλλον του. Δεν σχετίζεται απόλυτα με το ύψος του εισοδήματος του χρήστη, καθώς εντοπίστηκαν περιστατικά δωροληψίας και σε ανώτερα εισοδηματικά κλιμάκια. Παράλληλα, εμπιστεύεται ο ασθενής ιδιωτική μονάδα υγείας πλησιέστερα στον τόπο κατοικίας του χωρίς συμμετοχή, κάτι που αναδεικνύει την χρήση της ασφαλιστικής κάλυψης τους. Επιπλέον, έδωσαν άτυπα ποσά ύψους €404,64 ($\pm 761,44$) το οποίο κυρίως εντοπίζεται στο σύνολο των υπηρεσιών και λιγότερο για την χορήγηση φαρμάκων. Αν και αρκετοί ασθενείς τάχθηκαν εναντίον των άτυπων πληρωμών εντούτοις υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που τάσσονται υπέρ τους που ερμηνεύεται και σε δυσκολία νομιμοποίησης τους. Οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ετοιμότητα πληρωμής για λήψη υπηρεσιών υγείας εκτός φαρμάκων απ' ότι για φάρμακα.

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας διαπιστώσαμε ότι το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που παρασχέθηκε αποτελεί τον βασικό μας προβληματισμό. Εμφανίζει υψηλό βαθμό συσχέτισης με την ερώτηση που αφορά το καταβληθέν ποσό σε € φθάνοντας στο 0.680. Συγκριτικά με το ισοδύναμο σε € παρουσιάζει επίσης υψηλή συσχέτιση ίση με 0.496 όπως και στην στις φαρμακευτικές δαπάνες κατά 0.488 αλλά και στο συνολικό καταβληθέν ποσό. Συνεπώς, οι μεταβλητές που ρυθμίζουν ad hoc το ύψος των άτυπων πληρωμών βάσει του μοντέλου μας είναι η πιθανότητα ύπαρξης προβλήματος υγείας, η συγκεκριμενοποίηση του, οι ημέρες απουσίας από τις φυσιολογικές δραστηριότητες των ασθενών, οι λόγοι μη ολοκλήρωσης της θεραπείας, καθώς και η χρήση επίσημης υπηρεσίας όπως και το εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών.

Κεφάλαιο 6^ο: Συμπεράσματα – Προτάσεις πολιτικής.

Ο τομέας της υγείας δοκιμάζεται, περισσότερο από ποτέ, λόγω της πανδημίας του SARS-CoV-2. Δόθηκε βαρύτητα σε προβλήματα που ταλανίζουν τα συστήματα υγείας καθιστώντας αδύνατη την λειτουργία τους, όπως η διαφθορά και η παραοικονομία. Στην πλειοψηφία των συστημάτων υγείας υπερτερεί η δημόσια από την ιδιωτική χρηματοδότηση, με εξαίρεση τις ΗΠΑ. Εγείρονται ερωτήματα για την ραγδαία πτώση της δημόσιας και την ανοδική τάση της ιδιωτικής χρηματοδότησης, ειδικότερα των άμεσων πληρωμών. Ο χρήστης των υπηρεσιών έχει τρεις επιλογές, ανάλογα την υπηρεσία που λαμβάνει, να συμμετάσχει εξ' ολοκλήρου στο κόστος, εν μέρει και άτυπα με την καταβολή άτυπων χρηματικών ποσών (φακελάκι). Οι άτυπες πληρωμές, αποτελούν καλά εδραιωμένη συμπεριφορά, η οποία όταν εντοπίζεται δύσκολα καταπολεμάται, όπως ακριβώς συμβαίνει στη Νότια Ευρώπη και ειδικά στην Ελλάδα φθάνοντας το 63,5%, σύμφωνα με την έρευνα μας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι το εξιλαστήριο θύμα πολιτικών και διοικητικών μεταρρυθμίσεων αγνοώντας τις ανάγκες των χρηστών, την ποιότητα των υπηρεσιών και την βιωσιμότητα του. Η εμπιστοσύνη των πολιτών προς το σύστημα υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη καθώς αποτελεί πεποίθηση ότι για να εξυπηρετηθούν πρέπει να δώσουν επιπλέον χρηματικά ποσά, με την μορφή άτυπων πληρωμών (φακελάκι). Η πεποίθηση τους αυτή είναι απόρροια κουλτούρας ετών αλλά και υψηλού βαθμού θεσμικής ασυμμετρίας, συνιστώντας την βάση και όχι την κορυφή του παγόβουνου. Στην κορυφή του βρίσκεται η διενέργεια της άτυπης συναλλαγής μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού και στο υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που ηθελημένα δίνουν ένα ποσό χωρίς να τους ζητηθεί από ευγνωμοσύνη και να ενισχύσουν οικονομικά το προσωπικό. Ωστόσο η πλειοψηφία των ασθενών εξαναγκάζεται από τον γιατρό σε καταβολή άτυπων ποσών, τονίζοντας τους ότι διαφορετικά δεν θα εξυπηρετηθούν ή θα καθυστερήσει η χειρουργική τους επέμβαση. Ο εξαναγκασμός εντοπίζεται κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Λειτουργεί στο εσωτερικό ενός άτυπου κοινωνικού δικτύου, με αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια στοχεύοντας στην απόκτηση χρημάτων άνευ φορολόγησης. Εκτιμάται ότι τα δοθέντα ποσά φθάνουν ετησίως το €1,5 δις στερώντας €500 εκ από τα δημόσια ταμεία (Souliotis et al., 2016). Διατηρήθηκαν και μετά την είσοδο της Ελλάδας στον Μηχανισμό Στήριξης αλλά μειώθηκε το ύψος των χρημάτων. Γι' αυτό και κρίνεται

αναγκαίο να διερευνηθούν εις βάθος οι άτυπες πληρωμές, ώστε να έρθουν στο προσκήνιο τα αποτελέσματα της έρευνας και να διατυπωθούν οι βέλτιστες προτάσεις.

Στην παρούσα διατριβή στόχος μας ήταν η ανάλυση της στάσης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τις άτυπες πληρωμές στο ελληνικό σύστημα υγείας, η αποτύπωση των παραγόντων που τροφοδοτούν την ύπαρξη τους καθώς και η κατασκευή ενός δείκτη γι' αυτές. Υπό το πρίσμα αυτό, θεωρήσαμε τις άτυπες πληρωμές ως λανθάνουσα (μη ορατή) μεταβλητή IP_s , ώστε να διευκολυνθούμε στην κατασκευή του μοντέλου. Για τον λόγο αυτό, επιλέξαμε να εφαρμόσουμε το μοντέλο πολλαπλών δεικτών–πολλαπλών αιτιών, προσαρμοσμένο στις μεταβλητές της έρευνας μας. Γνώρισμα του μοντέλου αυτού είναι ότι το φαινόμενο αποδίδεται σε μια σειρά συγκεκριμένων αιτιών μέρους των οποίων είναι οι δείκτες του, δηλ. οι εκροές τις άτυπης διενεργηθείσας συναλλαγής. Αρχικά, αποτελείται από ένα μοντέλο δομικής εξίσωσης με διανύσματα των αγνώστων παραμέτρων που προκαλούν το φαινόμενο και τις σχετικές μεταβλητές αλλά και από το μοντέλο μέτρησης. Βάσει της έρευνας μας διαπιστώσαμε ότι 3.494 αποκρίθηκαν στις ερωτήσεις μας αποτελούν εντοπίζοντας παράλληλα τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών. Αναφερόμαστε στις μεταβλητές της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, των συμπεριφορών που δείχνουν άτυπες πληρωμές (X_1), την ετοιμότητα πληρωμής (X_2) αλλά και τις δημογραφικές μεταβλητές (X_3). Η έρευνα μας διεξήχθη σε ενήλικες που κατανάλωσαν υπηρεσίες υγείας, τους τελευταίους τέσσερις μήνες πριν, στις 13 Περιφέρειες της Ελλάδας. Αποκλείσαμε από το δείγμα μας τους ανήλικους, και τους αλλοδαπούς ασθενείς αξιοποιώντας την δείγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) εξαιτίας του ότι οι άτυπες συναλλαγές είναι δύσκολα εντοπίσιμες συνηγορώντας στην αποτύπωση της τάσης ανάπτυξης του φαινομένου.

Οι άτυπες πληρωμές στην υγεία είναι η εξαρτώμενη μεταβλητή και οι 24 αιτίες της, αποτελούν τις ανεξάρτητες μεταβλητές της. Τα αποτελέσματα αυτά προέκυψαν βάσει του ελέγχου ανεξαρτησίας των μεταβλητών (χ^2) που διενεργήσαμε. Αναλυτικότερα, σχετικά με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας των ατόμων του δείγματος μας διαπιστώσαμε ότι οι άτυπες πληρωμές διαμορφώνονται από έξι βασικές μεταβλητές. Η ύπαρξη ασθένειας σε ένα ή και παραπάνω από τα άτομα που αναφέρονται από τους ενήλικες αρχηγούς του νοικοκυριού για ενήλικες ή παιδιά ασθενείς τους τελευταίους 4 μήνες εντοπίστηκε μόλις στο 19,48% των ερωτωμένων ενώ δεν ανέφερε καμία ασθένεια το 80,52%. Διαπιστώθηκε μια αναδυόμενη τάση χρήσης των υπηρεσιών υγείας για προληπτικούς λόγους καθώς το 59,82% των ατόμων επιδόθηκε σε αυτή την διαδικασία ενώ το 40,18% προσήλθε σε αυτές

για λόγους υγείας. Όσοι ασθενείς είχαν συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας απουσίασαν από τις καθημερινές τους δραστηριότητες σε μεγάλο ποσοστό από 1 έως και 7 ημέρες και σε μικρότερη ποσοστιαία αναλογία περισσότερο από 3 μήνες και από 1 έως 3 μήνες.

Οι περισσότεροι έπασχαν από αναπνευστικά νοσήματα, εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας και από τραυματισμό, δηλητηρίαση και άλλες εξωγενείς αιτίες. Το εύρος των ασθενειών συμπληρώνεται από ψυχασθένειες, από παθήσεις του πεπτικού, του κυκλοφορικού συστήματος και των ενδοκρινών αδένων και νεοπλασματικές ασθένειες κοκ. Για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας (ή για προληπτικούς λόγους) επισκέφθηκαν δημόσια μονάδα υγείας/με κόστος συμμετοχής κατά 53,18%, αναφορικά τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Σχετικά με την ΠΦΥ, τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και άλλου τύπου παροχές διαπιστώθηκε υπεροχή των ιδιωτικών μονάδων υγείας με ίδια πληρωμή εξ ολοκλήρου. Για την αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων οι ασθενείς εμπιστεύθηκαν και προτίμησαν τα δημόσια νοσοκομεία άνευ καταβολής χρημάτων. Μέρος των εξετάσεων που θα έπρεπε να διενεργούνται στην ΠΦΥ διενεργούνται σε ιδιωτικές μονάδες υγείας με ίδια συμμετοχή. Αιτιολογώντας την επιλογή τους διαπιστώσαμε ότι επέλεξαν την ιδιωτική μονάδα υγείας άνευ ίδιας πληρωμής γιατί ήταν η πλησιέστερη και την ιδιωτική μονάδα υγείας/με ή χωρίς συμμετοχή γιατί μπορεί να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο από το οποίο πάσχουν οι ασθενείς, γιατί έχει καλή φήμη, γιατί είχαν προηγούμενη ευχάριστη εμπειρία/εξυπηρέτηση αλλά βάσει υποκειμενικών κριτηρίων είναι η λιγότερο ακριβή. Προσήλθαν σε δημόσια μονάδα υγείας άνευ πληρωμής λόγω γνωριμίας ή εμπιστοσύνης προς συγκεκριμένο γιατρό που εργάζεται εκεί. Εντούτοις, επέλεξαν ιδιωτική μονάδα υγείας αποκλειστικά με ίδια πληρωμή κατόπιν παραπομπής τους εκεί.

Όσοι εκ των ασθενών κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας κατέβαλλαν άτυπα ποσά ήρθαν σε δύσκολη θέση, άσχετα αν ήταν επιλογή τους ή όχι. Στη συγκεκριμένη κατηγορία υπάρχουν μεταβλητές που συντηρούν το φαινόμενο. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν έλαβαν, για τα καταβληθέντα χρήματα, επίσημη απόδειξη ή παραστατικό. Στην ΠΦΥ το μεγαλύτερο ποσό των χρημάτων δόθηκε για απλή ιατρική εξέταση και για ιατρικές συμβουλές όπως και στην αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων. Τα περισσότερα χρήματα στη νοσοκομειακή περίθαλψη δόθηκαν για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα χρήματα διακινούνται εντός άτυπου κοινωνικού δικτύου με οφέλη σε χειρουργούς, διοικητικούς υπαλλήλους, τραυματιοφορείς, νοσηλευτές χειρουργείου και φυσικά αναισθησιολόγους. Μεγάλα ποσά δίνονται κατά τη διενέργεια

εργαστηριακών/διαγνωστικών εξετάσεων ακόμη και σε πιστοποιημένα εργαστήρια άσχετα αν έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ ή όχι.

Δεν είναι αμελητέα επίσης τα ποσά που άτυπα καταβάλλονται για οδοντιατρικές ή άλλες ιατρικές υπηρεσίες. Είναι αναδυόμενη τάση αφού στις οδοντιατρικές υπηρεσίες οι ιδιώτες γιατροί υποχρεούται εκ του νόμου να δώσουν θεωρημένη απόδειξη. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ζητούνται παραπάνω ποσά χωρίς απόδειξη και εκεί καταστρέφονται οικονομικά οι ασθενείς. Στην περίπτωση επιπρόσθετων ιατρικών υπηρεσιών χορηγούνται νόμιμα ιατρικά υλικά ή προσθετικά μέλη στους ασθενείς, χωρίς απόδειξη. Ακόμη οι ασθενείς καθόρισαν το ισοδύναμο παροχής σε € της παροχής σε είδος και το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης και την υπηρεσία που δόθηκε. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι ασθενείς επιβαρύνθηκαν περισσότερο για την μεταφορά τους στην μονάδα υγείας, που αφορά την χρήση ασθενοφόρου του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) (δώρο με μορφή χρημάτων στους συνοδούς του ασθενοφόρου) αλλά και ιδιωτικού ασθενοφόρου άνευ σχετικής αδειάς (χωρίς να καταβάλλεται πάντα η νόμιμη απόδειξη). Υψηλά είναι τα ποσά που δίδονται στην τροφή του ασθενούς (όταν δεν αρέσκειται στο φαγητό του νοσοκομείου), στην χειρουργική επέμβαση αλλά και στη νοσηλευτική φροντίδα από παράνομες αποκλειστικές νοσοκόμες (εμφανιζόμενες ως συγγενικά άτομα των ασθενών για παραπλάνηση του προσωπικού). Τα ποσά που οι ασθενείς κατέβαλλαν άτυπα για φάρμακα κυμάνθηκαν μεταξύ €11 και €110 με την μέγιστη τιμή να φθάνει τα €13 με €18. Καταβλήθηκαν μεγαλύτερα ποσά σε μικρότερη αναλογία. Το συνολικό ποσό των χρημάτων που έδωσαν χωρίς απόδειξη κυμάνθηκαν από €10 έως και €50 και σε μικρότερη αναλογία για μεγαλύτερα ποσά. Το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που παρασχέθηκαν, είναι υψηλότερο από το αναμενόμενο. Χαρακτηριστικά, τα περισσότερα ποσά κυμάνθηκαν από €24 έως και €615, ενώ μικρότερη αναλογία είχαν τα ποσά από €2.900 και πάνω.

Βασικό μέρος της άτυπης συναλλαγής συνδέεται με τον τρόπο που οι ασθενείς τις αντιμετωπίζουν, γεγονός στο οποίο αποδίδεται η συνέχεια του φαινομένου. Στην ελληνική κοινωνία αναμενόμενη θα ήταν η ένθερμη στάση των ασθενών απέναντι στις άτυπες πληρωμές λόγω του όγκου των χρημάτων που διακινούνται, κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματά μας. Αξιοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα από πολύ αρνητική έως και πολύ θετική, η πλάστιγγα των απαντήσεων έγυρε στην εκ διαμέτρου αντίθετη στάση για τις άτυπες πληρωμές απ' ότι στην πολύ υποστηρικτική. Θεωρούμε ότι

είναι αντιφατικό γεγονός καθώς έχει εισχωρήσει η καταβολή τους στην κουλτούρα και στη συνείδηση των ασθενών και συχνά έχουν την προθυμία να δώσουν άτυπα ποσά δίχως να τους ζητηθεί. Εξέφρασαν αρνητική στάση στην ερώτηση για το ενδεχόμενο νομιμοποίησης τους, με δύο αιτιάσεις είτε γιατί δεν δίνει τίποτε η πλειοψηφία τους είτε δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν είτε λόγω άλλων αιτιών. Εκφράζεται η ανασφάλεια των πολιτών για το σύστημα υγείας καθώς πιστεύουν ότι αν νομιμοποιηθούν δεν θα λάβουν ποιοτικές και τάχιστες υπηρεσίες. Βέβαια όσοι ασθενείς τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης των άτυπων πληρωμών ήταν μόλις 13,18%.

Αν και μέρος των ασθενών αντιτίθεται στις άτυπες πληρωμές ωστόσο διατίθενται να καταβάλλουν ένα ποσό για δωρεάν λήψη φαρμάκων και για δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας. Επιβεβαιώνεται η ανασφάλεια και η απουσία εμπιστοσύνης των ασθενών προς το σύστημα γιατί είναι ανεξήγητο να τίθενται αρνητικά προς το φακελάκι και παρά ταύτα να είναι διατεθειμένοι να καταβάλλουν ποσό για δωρεάν φάρμακα και για δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Στην πρώτη περίπτωση η πλειοψηφία των ποσών κυμάνθηκαν από €25 έως και €55 ενώ το 19,43% δεν θα πλήρωνε τίποτε (€0). Αναφορικά με την λήψη υπηρεσιών τα ποσά είναι ελαφρώς μεγαλύτερα κυμαινόμενα στην πλειονότητα τους από €10 έως και €100 ενώ όσοι δεν θα πλήρωναν τίποτε έφθασαν το 21,22%.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που καταβάλλουν άτυπες πληρωμές ενισχύει τα ευρήματα εμπειρικών μελετών περί κυριαρχίας του φαινομένου. Προηγούνται οι γυναίκες έναντι των αντρών όπως και η ηλικιακή κατηγορία από 31 έως και 40 ετών. Υπερτερούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και όχι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών. Οι περισσότεροι ασθενείς που απάντησαν στις ερωτήσεις ήταν πλήρους απασχόλησης και μόλις το 7% φοιτητές. Οι περισσότεροι εξ αυτών εντοπίστηκαν στην Αττική και λιγότερο στην υπόλοιπη Ελλάδα. Πρόκειται για περιοχές της ελληνικής επικράτειας με ιδιαίτερη γεωμορφολογία και ελλειπείς υγειονομικές υποδομές. Ακολούθως, διαβιούν νοικοκυριά με κοινό προϋπολογισμό κάτω από την ίδια στέγη σε ποσοστό 90,14% κοντά στη μονάδα. Το εκτιμώμενο καθαρό μηνιαίο εισόδημα τους εμφάνισε κύριο όγκο απαντήσεων σε ποσοστά έως και 9% με ποσά από €1.050 έως και €2.800 με μια μέση τιμή κοντά στα €1.833. Οι μεταβλητές που επιδρούν στις άτυπες πληρωμές είναι η ηλικία, το φύλο, ο αριθμός των ατόμων που διαβιούν με κοινό προϋπολογισμό κάτω από την ίδια στέγη, το εισόδημα αυτής της συμβίωσης, η Περιφέρεια κατοικίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η απασχόληση των ερωτωμένων.

Το ζήτημα αντιμετώπισης των άτυπων πληρωμών στην υγεία έγκειται στην εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών σε προληπτικό, διαχειριστικό επίπεδο και σε επίπεδο καταπολέμησης τους. Πρόκειται για δύσκολη διαδικασία, η οποία εντοπίζεται σε νοοτροπία δεκαετιών. Γι' αυτό πρέπει να περιοριστούν και να βελτιωθούν οι ρυθμίσεις, να επαναπροσδιοριστεί το φορολογικό σύστημα και να καταργηθούν το ειδικό ασφαλιστικό καθεστώς ιατρικού προσωπικού (αυτοαπασχολούμενοι) και να εφαρμοστεί οριζόντιο φορολογικό πλαίσιο. Προτείνουμε την υποχρεωτική χρήση POS συνδεδεμένα με ελληνικές τράπεζες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, και συγκεκριμένα στα ιδιωτικά ιατρεία. Αναγκαία είναι η παρέμβαση στην διακυβέρνηση του συστήματος υγείας με γνωστοποίηση των δικαιωμάτων του ασθενούς στην υγειονομική περίθαλψη και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτά. Επιτυγχάνεται με την χάραξη Εθνικής Στρατηγικής για τα Δικαιώματα των Ασθενών που θα αφορά όλο το φάσμα των υπηρεσιών με μια στοχευμένη επικοινωνιακή εκστρατεία (συμπεριλαμβανομένων των μέσων κοινωνικής δικτύωσης), από το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Δικαιοσύνης, το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων και το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης. Προτείνεται, η δημιουργία Ειδικής Γραμματείας Διαφθοράς στο Υπουργείο Υγείας για την καταγγελία και την διερεύνηση περιστατικών άτυπων πληρωμών. Θα συνεργάζεται με την Εθνική Αρχή Διαφάνειας στην οποία πρέπει επίσης να δημιουργηθεί ένα αντίστοιχο Τμήμα και το οποίο θα διενεργεί επιτόπιους ελέγχους. Παράλληλα, θα διενεργούνται έλεγχοι τραπεζικού απορρήτου και Πόθεν Έσχες [Αρχή Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Εγκληματικές Δραστηριότητες (Γ' Μονάδα Ελέγχου Δηλώσεων Περιουσιακής Κατάστασης)] των αναφερόμενων προσώπων σε συνεργασία με την Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων (ΑΑΔΕ), την Γενική Διεύθυνση Φορολογικής Πολιτικής και Δημόσιας Περιουσίας (μετά την απορρόφηση του Σώματος Δίωξης Οικονομικού Εγκλήματος με το ΠΔ 84/2019), την Διεύθυνση Οικονομικής Αστυνομίας και την Υπηρεσία Εσωτερικών Υποθέσεων των Σωμάτων Ασφαλείας (Ελληνική Αστυνομία). Στην τελευταία μπορεί να προσφύγει ο ασθενής και να καταγγείλει το περιστατικό ώστε να δρομολογηθεί η διερεύνηση του. Θα πρέπει να λάβουν ενεργό ρόλο οι Ανεξάρτητες Αρχές πέραν των ήδη αναφερομένων, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το Σώμα Φορολογικών Διαιτητών.

Παρατηρείται το φαινόμενο εισαγωγής τροπολογιών σε άσχετα με την υγεία νομοσχέδια, δυσχεραίνοντας τον συντονισμό των διαδικασιών. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο να υπάρχει ένας νόμος για την πρόληψη, την διαχείριση και την καταπολέμηση των άτυπων πληρωμών

στον υγειονομικό τομέα καθώς επίσης, ένας νόμος για τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και την ενδυνάμωση της ΠΦΥ. Σε αυτούς θα επεξηγούνται οι διαδικασίες που οφείλουν να ακολουθήσουν οι ασθενείς προσαρμοσμένες στο ελληνικό σύστημα υγείας και το οποίο θα εντοπίζει τους παραβάτες πριν την τέλεση της παράνομης πράξης τους. Αναφορικά με τον οικογενειακό γιατρό και την ΠΦΥ, θα ενισχυθεί ο ρόλος τους με αποσυμφόριση των χρηστών που δέχονται τα νοσοκομεία και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας.

Σε επίπεδο νοσοκομείων κρίσιμη είναι, η διενέργεια άμεσων διαδικασιών διερεύνησης περιστατικών άτυπων πληρωμών, κατόπιν καταγγελίας του ασθενούς (εφόσον δεχτεί να το πράξει) με διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης. Παράλληλα, προτείνεται καλύτερη στελέχωση των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών των Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του ΕΣΥ ώστε να εξυπηρετούν στο ακέραιο τους πολίτες. Εν συνεχεία, λόγω εντοπισμού υψηλού ποσοστού άτυπων πληρωμών στη νοσοκομειακή περίθαλψη πρέπει να ψηφιοποιηθούν πλήρως οι υπηρεσίες υγείας με κατάχώρηση των περιστατικών που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση σε ειδικό λογισμικό (ή cloud computing ή Big Data) ώστε το σύστημα να δίνει αυτόματα ένα αριθμό προτεραιότητας στην λίστα χειρουργείου, και όχι ο γιατρός όπως γίνεται έως τώρα (με εξαίρεση της λίστας αναμονής σε ΜΕΘ που συντονίζονται από το ΕΚΑΒ-ΕΚΕΠΥ). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξαλειφθεί η επιλογή συγκεκριμένων αναισθησιολόγων από τον χειρουργό, καταβάλλοντας τους μέρος των άτυπων πληρωμών που ο ίδιος λαμβάνει. Έτσι θα μηδενιστεί η επικοινωνία με τον ασθενή και η ασφυκτική πίεση να επισπευστεί η επέμβαση του, ο εξαναγκασμός για άτυπη πληρωμή και ο χαρακτηρισμός χρόνιων περιστατικών ως έκτακτα με αποτέλεσμα να χειρουργούνται νωρίτερα και σε ημέρα μη εφημερίας της κλινικής.

Ενώ πριν από χρόνια θεσμοθετήθηκαν τα απογευματινά ιατρεία ώστε να περιοριστούν οι άτυπες πληρωμές των ασθενών, εντούτοις δεν απέδωσαν τα προσδοκώμενα. Η λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων θα ήταν μια καλή λύση, πέραν των πανεπιστημιακών, στρατιωτικών και ιδιωτών ιατρών, για γιατρούς που υπηρετούν σε νοσηλευτικές μονάδες μεγάλων αστικών κέντρων ανάλογα με τον αριθμό ασθενών και να αυξηθούν οι μισθοί τους. Έτσι δεν θα είχαν κίνητρο να ζητήσουν εκβιαστικά φακελάκι από τους ασθενείς. Επιπλέον θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν οι πρακτικές εταιρικής διακυβέρνησης. Μια εξ αυτών είναι, η απόλυτη εφαρμογή πρακτικών εσωτερικού ελέγχου (Koutoupis, Pappa, 2018; Bekiaris et al., 2013; Κουτούπης και συν., 2016) σε όλες τις μονάδες υγείας, εκτός από την Μονάδα

Εσωτερικού Ελέγχου του Υπουργείου Υγείας. Εκτός από συμβάσεις με εξωτερικούς συνεργάτες προτείνουμε να αναδιαμορφωθούν όλα τα οργανογράμματα των μονάδων υγείας και να προστεθούν σε αυτά Υπηρεσίες Εσωτερικού Ελέγχου από ανάλογα καταρτισμένους υπαλλήλους με μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές.

Στην στρατηγική περιορισμού του φαινομένου των άτυπων πληρωμών προτείνουμε την αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης με την χρήση ενός ειδικού λογισμικού που θα αποτυπώνει την αποδοτικότητα της κάθε κλινικής με δικό της προϋπολογισμό. Μια παράμετρος αυτού είναι η παράτυπη μεταφορά περιστατικών υγείας (δίχως να είναι αναγκαίο σε μεγάλες πόλεις λόγω υψηλής εξειδίκευσης) και η επιβάρυνση τους. Γι' αυτό είναι χρήσιμο να στελεχωθούν με το κατάλληλο προσωπικό τα επαρχιακά νοσοκομεία με κίνητρα (πχ μείωση ενοικίου και λογαριασμών κοινής ωφελείας). Επιπλέον, προτείνεται η στελέχωση του ΕΚΑΒ – ΕΚΕΠΥ με τραυματιοφορείς και η αυστηροποίηση των διαδικασιών αδειοδότησης ιδιωτικών ασθενοφόρων, με ανανέωση της αδείας κάθε εξάμηνο με αυστηρές προϋποθέσεις. Μια πρακτική που μπορεί να εφαρμοστεί είναι η φορολόγηση των άτυπων πληρωμών (taxable informal healthcare payments) μέσω των ετησίων φορολογικών δηλώσεων, συνεισφέροντας στην ανάπτυξη.

Ο επιτελικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας θα πρέπει να μετατραπεί σε συντονιστικό. Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να συμπράττει με άλλα Υπουργεία ή δημόσιες αρχές και να ενεργοποιηθεί το Σύστημα Καταγραφής Ιατρικών Λαθών καθώς με σκοπιμότητα συχνά οι γιατροί προκαλούν πρόβλημα υγείας στον ασθενή λόγω μη καταβολής άτυπης πληρωμής. Πρέπει να εφαρμοστεί το Εθνικό Σχέδιο κατά της Διαφθοράς 'ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ' (ΥΔΑΔ, 2013) και να ανανεωθεί το Εθνικό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Καταπολέμησης της Φοροδιαφυγής (Υπουργείο Οικονομικών και συν., 2011). Προτείνουμε την κατάρτιση Ετησίου Σχεδίου Καταπολέμησης της Παραοικονομίας στην Υγεία, προσαρμοσμένο σε ετήσια εθνικά και ερευνητικά δεδομένα. Ακόμη, θεωρούμε ενδεδειγμένη την άμεση συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καταπολέμησης της Απάτης και της Διαφθοράς στην υγεία (αποτελούμενη από 14 κράτη – μέλη) και ειδικά επ' ευκαιρίας της νέας διοίκησης, με διευκόλυνση των διαδικασιών για τους πολίτες. Συν τοις άλλοις, μπορεί να συνεργαστεί η ελληνική πολιτεία με ευρωπαϊκούς θεσμούς, όπως η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης, αλλά και διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Διεθνής Ακαδημία Διαφθοράς, η Παγκόσμια Τράπεζα και υπηρεσίες όπως η INTERPOL και το Ομοσπονδιακό Γραφείο Ερευνών των ΗΠΑ. Τέλος, σε περίπτωση εντοπισμού

δωροδοκίας ο ασθενής πρέπει να θωρακιστεί και να μην φοβάται ότι ο γιατρός θα στραφεί νομικά εναντίον του και όταν οριστεί δίκη θα πρέπει να αποδοθεί άμεσα ποινή χωρίς αναστολή. Κυρίως πρέπει να υπάρχουν αυστηρές και οριστικές πειθαρχικές ποινές χωρίς να μπορεί να επανέλθει στην εργασία του.

Το ελληνικό σύστημα υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες του αποτελεί διαχρονικό αίτημα. Λανθασμένη κουλτούρα, έλλειψη εμπιστοσύνης στους θεσμούς, υποχρηματοδότηση ενισχύουν τις άτυπες πληρωμές. Στοχοποιούνται οι ασθενείς αναφέροντας το συμβάν, με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται. Το νομικό οπλοστάσιο, οι διοικητικές και οικονομικές παρεμβάσεις μπορούν να το ανατρέψουν και χαράσσεται ήδη η σχετική στρατηγική. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας απέδειξαν ότι αν και υπάρχει υψηλό ποσοστό άρνησης των άτυπων πληρωμών, εντούτοις συνεχίζουν οι ασθενείς να τις καταβάλλουν γιατί θεωρούν ότι δεν θα εξυπηρετηθούν αν χρειαστούν συνταγογράφηση, νοσηλεία και χειρουργική επέμβαση. Πρόκειται για λανθασμένη αντίληψη που πρόκειται να αλλάξει, με ισχυρό κοινωνικό έλεγχο και ενίσχυση της κοινωνικής συνείδησης. Είναι απαραίτητο να διεξαχθούν μελέτες ποσοτικού τύπου σχετικά με την κατασκευή μοντέλων προβλέψεων των άτυπων πληρωμών ανά πρόβλημα υγείας, συνιστώντας νέο επιστημονικό πεδίο. Προτείνουμε την διεξαγωγή μελέτης για άτυπες πληρωμές σε όσους διαγνώστηκαν με SARS-CoV-2 οι οποίοι έλαβαν αγωγή ή νοσηλεύτηκαν σε μονάδα υγείας. Μπορεί να συνδυαστεί με τα αποτελέσματα της διατριβής μας διαμορφώνοντας ένα νέο πλαίσιο δράσης των αρχών και καταπολέμησης των άτυπων πληρωμών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Α': Πίνακες και Σχήμα

Πίνακας 1
«Εκτιμήσεις του μεγέθους της παραοικονομίας στην Ελλάδα»

Βιβλιογραφική αναφορά	Χώρα	Έτος	Μέθοδος	Μέγεθος παραοικονομίας (% του ΑΕΠ)	
Παυλόπουλος (1987)	Ελλάδα	1984	Υποθέτοντας την ύπαρξη ασυμφωνιών σε μακροοικονομικό επίπεδο, δηλ. λογιστική για υποτίμηση των δραστηριοτήτων προστιθέμενης αξίας	26,8%	
Βαβούρας και συν. (1990)		1958-1988	Μέθοδος Νομισματικής Ζήτησης	31,6% (1988) 26,6% (μέσος όρος 1958–1988)	
Νεγρεπόντη – Δελιβάνη (1991)		1970–1985		18,9% (1984) 11% (μέσος όρος 1970-1985)	
Τάτσος και συν. (2001)		1967–1997		36,7% (1997) 30,1% (μέσος όρος 1967-1997)	
Schneider, Enste (2000)		1994-1997		29,6% (1994 – 1995), 30,1% (1996–1997)	
Dellas et al. (2017)		2010-2015		Δυναμικό Στοχαστικό Μοντέλο Γενικής Ισορροπίας	26%
Κανελλόπουλος και συν. (1995)		1982, 1988	Σύγκριση δεδομένων από τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών με την ιδιωτική κατανάλωση όπως δηλώνεται στους Εθνικούς Λογαριασμούς	27,6% (1982), 34,6% (1988)	
Manolas, Vavouras (2001)		1961-1988	Μέθοδος Νομισματικής Ζήτησης και Αναθεωρημένα στοιχεία των Εθνικών Λογαριασμών	33,9% (1961), 28,7% (1970), 30,5% (1980), 33,1% (1990), 29,1% (1988).	
Dell' Anno et al. (2007)		Γαλλία, Ισπανία, Ελλάδα	1968–2002	Ευέλικτο Μοντέλο Πολλαπλών Δεικτών – Πολλαπλών Αιτιών	28%
Buehn, Schneider (2012a)	162 χώρες	1999–2007	26,5% (2007) 27,5% (μέσος όρος 1999–2007)		
Schneider, Buehn (2012)	39 χώρες του ΟΟΣΑ	1999–2010	28% (2008) 27,4% (μέσος όρος 1999–2010)		
Schneider (2015)	31 ευρωπαϊκές χώρες	2003-2015	22,4% 18% (μέσος όρος 2003–2015)		
Schneider (2018)	143χώρες	1996-2014	28,33% 32,5% (μέσος όρος 1996–2014)		
Schneider (2019)	28 κράτη–μέλη ΕΕ	2003-2018	24,49% 19,64% (μέσος όρος 2003–2018, ΕΕ)		
Medina, Schneider (2017)	158 χώρες	1991 - 2015	30,3% (Ελλάδα) (32,5% μέσος όρος)		
Schneider (2004)	21 χώρες του ΟΟΣΑ	1989-2003	Συνδυασμός Μεθόδου Νομισματικής Ζήτησης και ευέλικτου Δυναμικού Μοντέλου Πολλαπλών Δεικτών–Πολλαπλών Αιτιών		27,61% (Ελλάδα) 15,91% (μέσος όρος ΟΟΣΑ)
Szulc – Obloza (2020)	28 κράτη–μέλη ΕΕ	2013, 2016	Μέθοδος των μισθολογικών ρυθμίσεων (με πιθανές διαγνωστικές μεταβλητές)		25,9%
Reimers et al. (2020)	18 κράτη της ΟΝΕ	2002 - 2019	Μέθοδος πάνελ δυναμικών συνηθισμένων ελαχίστων τετραγώνων P-DOLS)	29,6% (25,19% μέσος όρος ΟΝΕ)	

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από Παυλόπουλος (1987), Βαβούρας και συν. (1990), Νεγρεπόντη–Δελιβάνη (1991), Τάτσος και συν. (2001), Κανελλόπουλος και συν. (1995), Dell' Anno et al. (2007), Buehn, Schneider (2012a), Schneider, Buehn (2012), Dellas et al. (2017), Schneider (2004, 2015, 2018, 2019), Manolas, Vavouras (2001), Schneider, Enste (2000), Szulc – Obloza (2020), Reimers et al. (2020), Medina, Schneider (2017).

Πίνακας 2
«Αναθεωρημένο περιεχόμενο του όρου της παραοικονομίας»

Τύπος δραστηριότητας	Νομισματικές συναλλαγές				Μη – νομισματικές συναλλαγές		
Παράνομες δραστηριότητες	Εμπόριο με κλεμμένα προϊόντα, παρασκευή και εμπορία ναρκωτικών, παράνομη πορνεία, παράνομα τυχερά παιχνίδια, λαθρεμπόριο, απάτη, διαφθορά, νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες, οργανωμένο έγκλημα, διαδικτυακό έγκλημα, σκιώδεις τραπεζικές εργασίες, πρόσφυγες, μετανάστες, εκπαίδευση, υγεία κοκ				Ανταλλαγή ναρκωτικών, κλεμμένα αγαθά, λαθρεμπόριο, παραγωγή ναρκωτικών για ίδια χρήση, κλοπή αγαθών για ίδια χρήση.		
	Φοροδιαφυγή			Φοροαποφυγή			
	Γενικά	Φυγή κεφαλαίων	Εξωχώριες Χρηματοοικονομικά Κέντρα	Γενικά	Φορολογική πτήση	Φοροδιαφυγή	Φοροαποφυγή
Νόμιμες δραστηριότητες	Αδήλωτο εισόδημα από αυτο – απασχόληση, μισθοί, ημερομίσθια και περιουσιακά σχετικά με νόμιμες υπηρεσίες και αγαθά	Μη καταγεγραμμένες ροές κεφαλαίων	Δικαιοδοσίες με υψηλό επίπεδο δραστηριότητας μη μόνιμων κατοίκων	Εκπτώσεις και προνόμια στους εργαζόμενους	Εταιρείες σε φορολογικούς παραδείσους	Ανταλλαγή παράνομων υπηρεσιών και αγαθών	Αυτόνομες δραστηριότητες και βοήθεια των γειτόνων

Πηγή: Koufopoulou et al. (2019).

Πίνακας 3

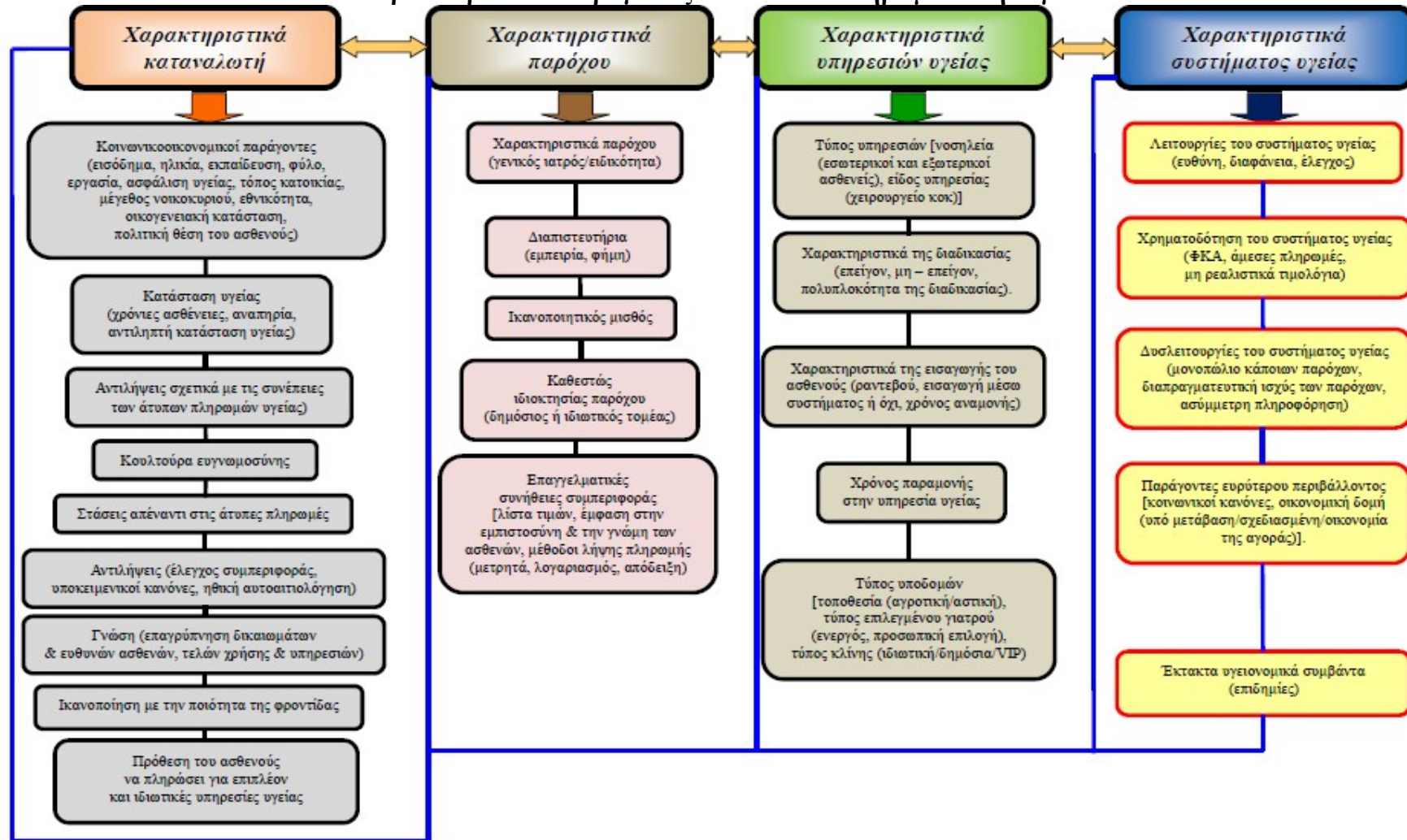
«Αναθεωρημένα επίθετα και ουσιαστικά που περιγράφουν την παραοικονομία»

Επίθετα			
Παζάρι	Μαύρο	Μετρητά στο χέρι	Λαθραία
Δυαδικός	Φακελάκι	Λανθασμένα - δηλωθέν	Γκρί
Δύσκολη στην φορολόγηση	Κρυμμένη	Παράνομη	Αθέμιτη
Άτυπη/ανεπίσημη	Αόρατη	Ακανόνιστη	Σελινόφως
Μη – παρατηρούμενη	Μυστηριώδης	Εκτός των νομίμων πλαισίων	Παράλληλη
Περιθωριακή	Αβέβαιη	Δεύτερη	Μυστική
Σκιώδης	Βυθισμένη	Υπόγεια	Λυκόφως
Αδήλωτη	Υπόγεια	Μη – νόμιμη	Χωρίς άδεια
Απαρατήρητη	Απόρρητη	Ανοργάνωτη	Μερικώς δηλωμένη
Υποφορολογημένη	Μη εγγεγραμμένη	Αρύθμιτη	Μη αναφερόμενη
Ψηφιακή			
Ουσιαστικά			
Δραστηριότητα	Τραπεζικές εργασίες	Μετρητά	Οικονομική δραστηριότητα
Οικονομία	Απασχόληση	Επιχείρηση	Επιχειρηματικότητα
Ανταλλαγή	Εταιρεία	Εισόδημα	Εργασία
Αγορά	Μισθοί	Σφαίρα	Τομέας
Εμπόριο	Ημερομίσθια	Δουλειά	

Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από Koufopoulou et al. (2019).

Σχήμα

«Οι προσδιοριστικοί παράγοντες των άτυπων πληρωμών στην υγεία»



Πηγή: Ίδια επεξεργασία, από Zandaneh - Baygi et al. (2019), Meskarpour – Amiri et al. (2018), Horodnic et al. (2018), Horodnic, Williams (2018), Aboutorabi et al. (2016), Gaal et al. (2006), Mossialos, Dixon (2002), Belli et al. (2002), Doshmargir et al. (2020b), Souliotis et al. (2016), Iamschikova et al. (2021), Kaitelidou et al. (2013), Khodamoradi et al. (2018), Landrian et al. (2020), Liu et al. (2020), Meda et al. (2020), Meskarpour–Amiri et al. (2019), Reginato et al. (2020), Stepurko et al. (2013a, 2015b, 2017), Tripathi et al. (2020), Tumlinson et al. (2020), Williams, Horodnic (2018), Pourtaleb et al. (2020).

Παράρτημα Β': Ερωτηματολόγιο

Αξιότιμη/ε Κύρια/ε,

Η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό να καταγράψει και να αξιολογήσει το κόστος, τις αιτίες αλλά και τις συνθήκες καταβολής άτυπων/ανεπίσημων ίδιων πληρωμών στο σύστημα υγείας, από την πλευρά των πολιτών-ασθενών.

Θα σας παρακαλούσα για τη διευκόλυνση των φοιτητών στη συλλογή πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με το αντικείμενο της έρευνάς τους, απλώς συμπληρώνοντας το επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο.

Οι πληροφορίες που θα παρέχετε δεν θα αναφέρονται αμέσως ή εμμέσως στο πρόσωπό σας, θα τις μεταχειριστούμε ως απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την έρευνά μας.

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας

Τμήμα Α' (συμπληρώνεται μια μόνο φορά για κάθε νοικοκυριό)

Εισαγωγικές Πληροφορίες

[1] Ποια είναι ηλικία σας (σε έτη);

[2] Ποιο είναι το φύλο σας; Άντρας Γυναίκα

[3] Πόσες οικογένειες με κοινό προϋπολογισμό, ζούν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη;
.....

[4] Σε ποιο δήμο κατοικείτε;

[5] Ποιό είναι το εκτιμώμενο (καθαρό) μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού €
(καταγράφεται το μηνιαίο καθαρό (διαθέσιμο) εισόδημα όλων των οικογενειών με κοινό προϋπολογισμό που ζουν κάτω από το ίδιο νοικοκυριό-στέγη)

[6] Πόσα άτομα ανήκουν στο νοικοκυριό;

Ηλικία	Αριθμός αντρών	Αριθμός γυναικών
Έως 15 ετών		
16-24 ετών		
25-44 ετών		
45-64 ετών		
65 ετών		

[7] Ήταν ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω πρόσωπα, ενήλικες ή παιδιά, ασθενή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών;

Ναι Αναφέρατε ακριβώς τον αριθμό των ατόμων: Όχι

[8] Μήπως ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω πρόσωπα έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας για οποιοδήποτε άλλο σκοπό εκτός από ασθένεια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών;

Ναι Αναφέρατε ακριβώς τον αριθμό των ατόμων:

και την αιτία:

Όχι

Συνεχίστε μόνο αν έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 μηνών, διαφορετικά, προωθήστε απευθείας στην ενότητα Δ'.

Αν η χρήση υπηρεσιών υγείας οφείλεται σε διαφορετικό λόγο από αυτό της ασθένειας, πηγαίnete κατευθείαν στο ερώτημα 15.

Τμήμα Β' (συμπληρώνεται ξεχωριστά για κάθε περιστατικό (case) χρήσης υπηρεσιών υγείας).

Κατάσταση Υγείας/Ζήτηση και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

[9] Μήπως συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας σας εμποδίζει/εμπόδισε από την συνέχιση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων σας;

Ναι (συνεχίστε στις παρακάτω ερωτήσεις) Όχι **(μεταβείτε απευθείας στην ερώτηση 11).**

[10] Αν Ναι, για πόσες ημέρες;

- 1–7 ημέρες
- 7–14 ημέρες
- 15 μέρες έως 1 μήνα
- 1–3 μήνες
- > 3 μήνες

[11] α) Ποιο είναι/ήταν ακριβώς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε;

..... (ακριβής περιγραφή/αναφορά της ασθένειας, αλλιώς των συμπτωμάτων)

Κωδικός ICD10: (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)

β) Κατά τη γνώμη σας, πόσο σοβαρό είναι/ήταν το πρόβλημα υγείας;

Βαρύτητα προβλήματος υγείας
<input type="checkbox"/> άγνωστη
<input type="checkbox"/> Καθόλου (δεν κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)
<input type="checkbox"/> Μικρής βαρύτητας (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)
<input type="checkbox"/> Μέτριας βαρύτητας (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)
<input type="checkbox"/> Μεγάλης βαρύτητας (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)
<input type="checkbox"/> Μόνιμη αναπηρία
<input type="checkbox"/> Απαιτείται συνεχής υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή

12] Για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, λάβατε επίσημη περίθαλψη;

Ναι **(μεταβείτε στην ερώτηση 15)** Όχι

[13] Έαν δεν ζητήθηκε επίσημη περίθαλψη, ποιοί ήταν οι λόγοι; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Δεν ήταν σοβαροί. Φρόντισα μόνος/η τον εαυτό μου
- Φοβάμαι/ντρέπομαι να πάω
- Δεν υπάρχουν αρκετά χρήματα
- Αρνούμαι την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες
- Οι απαιτούμενες υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες στο χωριό μας, στην περιοχή μας
- Δεν εξυπηρετεί κανένα σκοπό, δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία γι' αυτή την ασθένεια
- Άλλο (προσδιορίστε)

[14] Αν φροντίσατε μόνος/η τον εαυτό σας (αυτοθεραπεία), ποιό ήταν το κόστος σε € που δαπανήθηκε για τη φαρμακευτική αγωγή και τις θεραπείες; €

Το υπόλοιπο του Τμήματος Β' και το Τμήμα Γ' του ερωτηματολογίου θα πρέπει να συμπληρώνεται μόνο για τα περιστατικά της ασθένειας, η οποία συνεπάγεται την επίσημη-τυπική χρήση υπηρεσιών υγείας, διαφορετικά προχωρήστε απευθείας στο Τμήμα Δ'.

[15] Πόσο χρονικό διάστημα μεσολάβησε πριν αναζητήσετε/καταφύγετε στη χρήση υπηρεσιών υγείας;

- Αμέσως, μόλις παρατήρησα τα συμπτώματα **(μεταβείτε στην ερώτηση 17)**
- Λίγες ώρες
- Έως 1 εβδομάδα
- Πάνω από 1 εβδομάδα

[16] Αν καθυστέρησε η χρήση υπηρεσιών υγείας, ποιοί ήταν οι λόγοι; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Δεν φαινόταν να ήταν κάτι το σοβαρό
- Φοβόμουν/ντρεπόμουν να πάω
- Δεν υπήρχαν αρκετά χρήματα
- Οι απαιτούμενες υπηρεσίες δεν ήταν διαθέσιμες στο χωριό μας, στην περιοχή μας
- Δεν εξυπηρετούσε κανένα σκοπό, δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία γι' αυτή την ασθένεια
- Άλλο (προσδιορίστε)

[17] Καταγράψτε κάθε είδους χρήση επίσημης-τυπικής υπηρεσίας υγείας, σχετιζόμενη με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (ή άλλους λόγους, για π.χ. εγκυμοσύνη) κατά τους τελευταίους 4 μήνες:

	Δημόσια μονάδα υγείας/χωρίς ίδια πληρωμή	Δημόσια μονάδα υγείας/ Με συμμετοχή	Δημόσια μονάδα υγείας/ Αποκλειστικά ίδια πληρωμή	Ιδιωτική μονάδα υγείας/ χωρίς ίδια πληρωμή	Ιδιωτική μονάδα υγείας/ Με συμμετοχή	Ιδιωτική μονάδα υγείας/ Αποκλειστικά ίδια πληρωμή
Πρωτοβάθμια περίθαλψη						
Νοσοκομειακή- Δευτεροβάθμια περίθαλψη						
Επείγουσα περίθαλψη						
Εργαστηριακές/ Διαγνωστικές υπηρεσίες						
Οδοντιατρικές υπηρεσίες						
Άλλες υπηρεσίες Φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση κλπ)						

[18] Για ποιο λόγο αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας σε συγκεκριμένη δομή/μονάδα; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

	Πρωτοβάθμια περίθαλψη	Νοσοκομειακή-Δευτεροβάθμια περίθαλψη	Επείγουσα περίθαλψη	Εργαστηριακές/Διαγνωστικές υπηρεσίες	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	Άλλες υπηρεσίες Φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση κλπ)
Πλησιέστερη						
Διατίθεται μόνο για το είδος της περίθαλψης που χρειάζομαι						
Γνωρίζω /εμπιστεύομαι συγκεκριμένο γιατρό που εργάζεται εκεί						
Καλή φήμη της μονάδας υγείας						
Προηγούμενη ευχάριστη εμπειρία /εξυπηρέτηση						
Είναι οικονομική/ λιγότερη ακριβή						
Με παρέπεμψαν εκεί						
Άλλο (καθορίστε)						

[19] Ολοκληρώσατε με επιτυχία την (παρεχόμενη/προτεινόμενη) φροντίδα υγείας;

Ναι **(μεταβείτε στην ερώτηση 22)** Όχι

[20] Για ποιο λόγο δεν ολοκληρώσατε η παροχή φροντίδας υγείας; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Δεν αγόρασα/προμηθεύτηκα όλα τα φάρμακα που μου όρισε ο γιατρός
- Αγόρασα τα φάρμακα που μου όρισε ο γιατρός, αλλά στη συνέχεια δεν τα πήρα
- Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός με παρέπεμψε σε εξειδικευμένο γιατρό, αλλά εγώ δεν ακολούθησα τις υποδείξεις του
- Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός με συμβούλεψε να πάω στο νοσοκομείο, αλλά εγώ δεν πήγα
- Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός μου ζήτησε να επανέλθω, αλλά εγώ αρνήθηκα/το αμέλησα
- Δεν ακολούθησε την αγωγή/διατροφή που του όρισε ο γιατρός, καθώς ήταν πολύ ακριβή
- Άλλο (προσδιορίστε)

[21] Η φροντίδα υγείας/θεραπεία μου δεν ολοκληρώθηκε, γιατί (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Δεν υπήρχαν αρκετά χρήματα
- Φοβάμαι/ντρέπομαι να επισκεφθώ το γιατρό στο νοσοκομείο.
- Οι απαιτούμενες υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες στην περιοχή μου.
- Δεν εξυπηρετεί κανένα σκοπό, είναι αναποτελεσματική και ακατάλληλη η θεραπεία για την ασθένειά μου
- Ήμουν καλύτερα την επόμενη μέρα
- Δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμη η θεραπεία μου
- Άλλο (προσδιορίστε)

[22] Είστε ικανοποιημένος/η με την περίθαλψη σας παρασχέθηκε;

Ναι

Όχι

Τμήμα Γ' (συμπληρώνεται ξεχωριστά για κάθε περιστατικό (case) χρήσης υπηρεσιών υγείας).

Άτυπες (Ανεπίσημες) Ίδιες δαπάνες

[23] Υπήρξε άτυπη πληρωμή σε χρήμα ή πληρωμή σε είδος, οποιαδήποτε συνεισφορά ή οποιοδήποτε δώρο για την παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη;

Ναι (συνεχίστε στις παρακάτω ερωτήσεις) Όχι **(μεταβείτε στην ερώτηση 35)**

[24] Πότε πραγματοποιήθηκε η άτυπη πληρωμή/συνεισφορά με την σχετιζόμενη θεραπεία; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Πρίν από τη παροχή της υπηρεσίας υγείας/θεραπείας
- Κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών υγείας/θεραπείας (αν χρειάστηκαν περισσότερες από 1 επισκέψεις)
- Μετά από τη παροχή της υπηρεσίας υγείας/θεραπείας

[25] Τι ποσό σε € καταβάλατε οι ίδιοι άτυπα (δηλ. χωρίς να λάβετε επίσημη απόδειξη ή άλλο απαραίτητο φορολογικό παραστατικό) για: (συμπληρώστε όλα τα κενά του πίνακα που συνδέονται με κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας)

	Πρωτοβάθμια περίθαλψη	Νοσοκομειακή-Δευτεροβάθμια περίθαλψη	Επείγουσα περίθαλψη	Εργαστηριακές/Διαγνωστικές υπηρεσίες	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	Άλλες υπηρεσίες Φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση κλπ)
Είσοδος-Πρόσβαση-Προτεραιότητα						
Απλή εξέταση-Συμβουλευτικές υπηρεσίες						
Φαρμακευτική αγωγή						
Συνταγογράφηση διαγνωστικών κλπ εξετάσεων						
Χειρουργείο						
Νοσηλευτική ή άλλη φροντίδα						
Νοσοκομειακή Περίθαλψη						
Μεταφορά						
Τροφή						
Άλλες υπηρεσίες (προσδιορίστε)						
Σύνολο						

[26] Καταβάλατε οτιδήποτε σε είδος στους γιατρούς/νοσοκόμες;

Ναι Όχι **(μεταβείτε στην ερώτηση 29)**

[27] Εφόσον καταβάλατε κάτι σε είδος, προσδιορίστε το: (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Λουλούδια.
 Ποτό/κρασί
 Άλλο (διευκρινίστε)

[28] Καθορίστε το ισοδύναμο σε € της παροχής σε είδος, το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης στην οποία δόθηκε και η υπηρεσία για την οποία δόθηκε. (συμπληρώστε όλα τα κενά του πίνακα που συνδέονται με κάθε συγκεκριμένο περιστατικό χρήσης υπηρεσιών υγείας).

	Πρωτοβάθμια περίθαλψη	Νοσοκομειακή- Δευτεροβάθμια περίθαλψη	Επείγουσα περίθαλψη	Εργαστηριακές/ Διαγνωστικές υπηρεσίες	Οδοντιατρικές υπηρεσίες	Άλλες υπηρεσίες Φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση κλπ)
Είσοδος- Πρόσβαση- Προτεραιότητα						
Απλή εξέταση- Συμβουλευτικές υπηρεσίες						
Φαρμακευτική αγωγή						
Συνταγογράφηση διαγνωστικών κλπ εξετάσεων						
Χειρουργείο						
Νοσηλευτική ή άλλη φροντίδα						
Νοσοκομειακή Περίθαλψη						
Μεταφορά						
Τροφή						
Άλλες υπηρεσίες (προσδιορίστε)						
Σύνολο						

[29] Μήπως υποχρεωθήκατε να παρέχετε εσείς οι ίδιοι ορισμένες από τις υπηρεσίες/αγαθά υγείας κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας;

- Ναι Όχι (μεταβείτε στην ερώτηση 31)

[30] Αν ναι τι ποσό καταβάλατε;

- Για φάρμακα. €
 Για άλλες υπηρεσίες (Προσδιορίστε:) €

Σύνολο: €

[31] Ποιό ήταν το συνολικό κόστος/επιβάρυνση από την άτυπη εξ ιδίων καταβολή για το σύνολο των υπηρεσιών υγείας/θεραπείας που σας παρασχέθηκε; (άθροισμα από ερωτήσεις 25, 28 & 30)

..... €

[32] Από που προήλθαν τα χρήματα που καταβάλατε; (εκτιμείστε την ποσοστιαία κατανομή %)

- Από μετρητά %
- Από τις αποταμιεύσεις του νοικοκυριού %
- Από τη πώληση περιουσιακών στοιχείων (ακίνητα, κοσμήματα, αυτοκίνητο κλπ) %
- Ως δώρο/προσφορά από άτομα εκτός του νοικοκυριού %
- Από δάνεια από άτομα εκτός του νοικοκυριού (**ΟΧΙ όμως από τράπεζα**) %
- Από αλλού (προσδιορίστε)

[33] Γιατί ποιο λογο καταβάλατε τα παραπάνω ποσά; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Απλά επειδή ήμουν ευγνώμων
- Γιατί έτσι συνηθίζεται
- Γιατί μου ζητήθηκε/αναγκάστηκα.
- Για να παρακάμψω τη λίστα αναμονής/επιταχύνω την λήψη υπηρεσιών υγείας ή θεραπείας
- Για να λάβω περισσότερη προσοχή από το θεράποντα ιατρό
- Για να λάβω περισσότερη προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Για να λάβω επώνυμα ή συγκεκριμένα φάρμακα ή καλύτερης ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες
- Για να αναπτυχθεί μια καλύτερη σχέση με τον ιατρό, για μελλοντική θεραπεία
- Να λάβω επιπλέον μη ιατρικές/βοηθητικές υπηρεσίες (π.χ. μονόκλινο δωμάτιο, τηλεόραση στο δωμάτιο, καλύτερη σίτιση κλπ)
- Για να μου χορηγήσει ο ιατρός αναρρωτική άδεια
- Άλλο (προσδιορίστε)

[34] Μήπως έχετε την αίσθηση ότι εξαναγκασθήκατε να πληρώσετε για τις υπηρεσίες υγείας ή/και τα φάρμακα που σας παρασχέθηκαν;

Ναι

Όχι

Δεν είμαι βέβαιος/η

[35] Πέρα από το ποσό των άτυπων ίδιων πληρωμών, ο πάροχος υπηρεσιών υγείας (ιατρός, άλλη μονάδα υγείας, κ.ά) αποζημιώθηκε από κάποιον άλλο πληρωτή για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που σας παρείχε; (επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή)

- Ναι, από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή από άλλο Κοινωνικό Ασφαλιστικό Οργανισμό
- Ναι, από την ιδιωτική ασφάλιση
- Ναι, από άλλο (προσδιορίστε)
- Όχι, ο γιατρός είναι φίλος/γνωστός/συγγενής

Τμήμα Δ' (συμπληρώνεται μια μόνο φορά από κάθε νοικοκυριό).

Ετοιμότητα πληρωμής

[36] Ποιά είναι η στάση σας απέναντι στις άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες πληρωμές για τη χρήση υπηρεσιών υγείας;

- Πολύ αρνητική
- Μάλλον Αρνητική
- Αδιάφορη
- Μάλλον Υποστηρικτική
- Πολύ Υποστηρικτική

Σε περίπτωση που απαντήσατε (Μάλλον ή Πολύ) Υποστηρικτική, προσδιορίστε το λόγο

[37] Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν οι άτυπες (ανεπίσημες) ίδιες (συμ)πληρωμές να νομιμοποιηθούν για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας;

- Ναι, γιατί έτσι κι αλλιώς πραγματοποιούνται άτυπες (κάτω από το τραπέζι) πληρωμές, οπότε έτσι θα ήταν πιο διαφανής η πραγματοποιούμενη δαπάνη για τη χρήση υπηρεσιών υγείας
- Όχι, γιατί σήμερα η πλειοψηφία του πληθυσμού δεν καταβάλλει τίποτε και δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν ούτως ή άλλως κάτω από τη τρέχουσα δυσμενή οικονομική συγκυρία
- Όχι, για άλλους λόγους (προσδιορίστε).....
- Ναι, για άλλους λόγους (προσδιορίστε).....
- Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

[38] α) Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν προμήθεια/λήψη φαρμάκων, θα είσασαν πρόθυμος/η να πληρώσετε; €

β) Ποιο (μέγιστο) μηνιαίο ποσό για τη δωρεάν λήψη υπηρεσιών υγείας (εκτός φαρμάκων), θα ήσασαν πρόθυμος/η να πληρώσετε; €

Τμήμα Ε' (συμπληρώνεται μια μόνο φορά από κάθε νοικοκυριό).

Κοινωνικοοικονομικά δεδομένα

[39] Συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα για κάθε μέλος του νοικοκυριού (μέλος του νοικοκυριού με το οποίο μοιράζεστε κοινό προϋπολογισμό)

	Εκπαίδευση	Κατάσταση απασχόλησης	Επάγγελμα	Τομέας απασχόλησης
Ενήλικας 1 (ερωτώμενος)				
Ενήλικας 2				
Παιδί 1				
Παιδί 2				
Άλλος μέλος				

Κωδικοποίηση καταχωρήσεων πίνακα:

Εκπαίδευση	Καθεστώς απασχόλησης (επιτρέπονται πολλαπλές επιλογές)
1. Δεν πήγε καθόλου σχολείο 2. Απολυτήριο Δημοτικού 3. Απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου 4. Απολυτήριο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 5. Πτυχίο Ανώτερης Τεχνολογικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης 6. Τριτοβάθμια Εκπαίδευση 7. Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό	1. Ναι, πλήρης απασχόληση 2. Ναι, μερική απασχόληση 3. Φοιτητής 4. Συνταξιούχος 5. Άνεργοι 6. Παιδί/προσχολική εκπαίδευση

Επάγγελμα (επιτρέπονται οι πολλαπλές επιλογές): Ως ΣΤΕΠ 92 (διψήφιος κωδικός)

Τομέας απασχόλησης (επιτρέπονται οι πολλαπλές επιλογές): Ως ΣΤΑΚΟΔ 08 (διψήφιος κωδικός)

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ & ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Εισηγήσεις συνεδρίων.

- P. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis (20/3/2021): *Modeling informal healthcare payments in Greece: MIMIC approach (p. 1 – 20)*, Room 1: Health Magement, Chair: Theodoros Kargidis (Session in Greek), 2nd International Scientific Conference ICOHEMA 2021 ‘Preparing for a new world in health management: Opportunities & Challenges’, 19th–21st March 2021, Organisation: International Hellenic University (www.icohema.com).
- P. Koufopoulou, C.C. Williams, A. Vozikis, K. Souliotis (29/9/2019): *Shadow Economy: Definitions, Terms & Theoretical Considerations (p. 1)*, Parallel Session 9, e – Posters Presentations, Room 4, Time: 09.30–11.30 a.m., POLITEIA: An International Conference of Political Scientists ‘Europe at the Crossroads: Leadership, Strategies & State of Play’, Organized: HAPSc, 27th–29th September 2019, Zappeion Megaron, Athens, Greece.
- Π. Κουφοπούλου, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης, Δ. Ιθακήσιος (29/11 – 1/12/2018): *Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος & οι άτυπες πληρωμές στην υγεία: Αποτελέσματα μελέτης πεδίου (σ. 1–3)*, AA15, 2^ο Πολυθεματικό Επιστημονικό Συνέδριο, 29^η Νοεμβρίου – 1^η Δεκεμβρίου 2018, Αμφιθέατρο ΓΝΑ ΚΑΤ, Κηφισιά.
- Π. Κουφοπούλου, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης, Δ. Ιθακήσιος (29/11 – 1/12/2018): *Οι άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα & οι αναπνευστικές παθήσεις: Στοιχεία έρευνας πεδίου (σ.1–3)*, AA14, 2^ο Πολυθεματικό Επιστημονικό Συνέδριο, 29^η Νοεμβρίου–1^η Δεκεμβρίου 2018, Αμφιθέατρο ΓΝΑ ΚΑΤ, Κηφισιά.
- Π. Κουφοπούλου, Θ. Γιαννούχος, Ε. Στελέτου, Α. Βοζίκης, Δ. Ιθακήσιος, Κ. Σουλιώτης (9/11/2018): *Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα ποσοτικής έρευνας (σ. 1 – 30)*, Ελεύθερη Ανακοίνωση Νο. 06, Ωρα: 18.00–20.00 μ.μ., Αίθουσα 103 (1^{ος} όροφος), 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Τεχνολογίας, Οικονομίας & Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς & Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Πειραιάς.
- P.N. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis, D. Ithakisios, D.I. Antonoglou (7/7/2018): *Estimation of trends in Shadow Economy Theory: Present situation & best policy options in crisis era (p. 1 – 30)*, Session C2 ‘Political Economy’, Time: 09.00–10.30 a.m., 14th Biennial Conference of the Athenian Policy Forum ‘Contemporary Economic, Financial Business & Policy Issues’, 6th – 8th July 2018, Department of Economics, University of Piraeus, Piraeus, Greece.
- P. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis, D. Ithakisios, D. Antonoglou (2/4/2018): *Trends in shadow economy theory in crisis era: Present situation & best policy options (p. 1 – 25)*, Oral Presentation, Session ‘D.1. Political Economy’, Time: 10.00 a.m.–12.00 p.m., Room: D, 4th International Conference on Applied Theory, Macro & Empirical Finance (AMEF), Department of Economics, University of Macedonia, 2nd–3rd April 2018, Thessaloniki, Greece.
- Π. Κουφοπούλου, Σ. Παπαδάκης, Κ. Ανδρουτσοπούλου – Λύτρα, Π. Κατσαφούρου, Α. Μπανούση, Δ. Αντώνογλου, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης, Σ.Ε. Αμπραχίμ (19–21/3/2018): *Οι αδήλωτες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας: Παρούσα κατάσταση & βέλτιστες πρακτικές στην Ελλάδα της κρίσης (σ. 1)*, Read by Title No. 32, 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας ‘Ενιαία Υγεία: Άνθρωπος, Ζώα, Περιβάλλον’, Διοργάνωση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τομέας Δημόσιας &

Διοικητικής Υγιεινής)/Ελληνική Εταιρεία Δημόσιας Υγείας, 19^η-21^η Μαρτίου 2018, Royal Olympic Hotel, Αθήνα.

- Π. Κουφοπούλου, Σ. Παπαδάκης, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης, Δ. Ιθακήσιος, Μ.Π. Μοσχοφίδου, Δ. Αντώνογλου, Σ.Ε. Αμπραχίμ (10/2/2018): *Ανεπίσημες πληρωμές στον χώρο της υγείας: Παρούσα κατάσταση & μέτρα καταστολής (σ. 1 – 20)*, Προφορική Ανακοίνωση Νο. 30, Ώρα: 12.00–13.00 μ.μ., 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαχείριση Κρίσεων στον Τομέα της Υγείας, 9-11 Φεβρουαρίου 2018, Διοργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Διαχείρισης Κρίσεων στον Τομέα Υγείας, Αίθουσα Ιλισσός, Divani Caravel Hotel Αθήνα.
- Π. Κουφοπούλου, Α. Βοζίκης, Δ. Ιθακήσιος, Κ. Σουλιώτης (13/12/2017): *Καταστροφικές δαπάνες & άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα (σ. 1 - 25)*, Συνεδρία 'Ελεύθερες Ανακοινώσεις IV (EA31 – EA40)', EA No. 36, Θεματική Περιοχή: Οικονομικά της Υγείας, Αίθουσα: Vergina, Ώρα: 15.30 – 17.00 μ.μ., 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά & τις Πολιτικές της Υγείας 'Συμπληρωματικότητα & συνέργειες στη φροντίδα υγείας: Η υπέρβαση της 'κατακερματισμένης' ιατρικής περίθαλψης', Διοργάνωση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 12–14 Δεκεμβρίου 2017, Divani Caravel Hotel, Αθήνα.
- Π. Κουφοπούλου, Σ. Παπαδάκης, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης, Δ. Ιθακήσιος, Μ.Π. Μοσχοφίδου, Σ.Ε. Αμπραχίμ (1 – 3/12/2017): *Το φακελάκι στον χώρο της υγείας: Παρούσα κατάσταση & μέτρα καταστολής (σ. 1 – 3)*, ePoster No. 93, Θεματική Ενότητα: Οικονομικά της Υγείας, 1ο Επιστημονικό Πολυθεματικό Συνέδριο του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Διοργάνωση: Mastermind S.A., 1–3 Δεκεμβρίου 2017, Αμφιθέατρο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Κηφισιά.
- Π. Κουφοπούλου, Α. Βοζίκης, Ε. Ζαΐμη, Α. Ξανθάκη, Γ. Στεργιόπουλος, Κ. Φραδέλη (1 – 3/12/2017): *Ανεπίσημες πληρωμές στην υγεία (σ. 1 - 5)*, ePoster No. 90, Θεματική Ενότητα: Οικονομικά της Υγείας, 1ο Επιστημονικό Πολυθεματικό Συνέδριο του Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Διοργάνωση: Mastermind S.A., 1– 3 Δεκεμβρίου 2017, Αμφιθέατρο Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, Κηφισιά.
- Α. Κουλούρη, Α. Βοζίκης, Π. Κουφοπούλου, Π. Σωτηροπούλου, Ι. Καπράλος, Ζ. Ρούπα (10/11/2017): *Άτυπες πληρωμές: Στάσεις & συμπεριφορές (σ. 1 - 20)*, Σύνοδος 1B 'Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Σύγχρονες Τάσεις & Εξελίξεις στην Υγεία', Ώρα: 12.30 – 12.50 μ.μ., 24ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής & Μαιευτικής 'Στόχοι Αειφόρου Ανάπτυξης: Ο ρόλος των Νοσηλευτών & Μαιών', 10–11 Νοεμβρίου 2017, Διοργάνωση: Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών & Μαιών, Saint Raphael Hotel, Λεμεσός, Κύπρος.
- Π. Κουφοπούλου, Α. Βοζίκης, Κ. Σουλιώτης (21/10/2017): *Παραοικονομία στον χώρο της υγείας: Το παράδειγμα των άτυπων πληρωμών*, ePoster No. AA30, Ώρα: 12.30–15.00 μ.μ., Poster Hall, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρονίων Πασχόντων 'ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ–Η αναγκαιότητα προώθησης της ευδοκίμου γήρανσης', Διοργάνωση: PROOPSIS Consulting S.A., 20–22 Οκτωβρίου, Olympic Village Hotel, Αρχαία Ολυμπία, Πελοπόννησος.
- Π. Κουφοπούλου (19/10/2017): *Παραοικονομία στον Τομέα της Υγείας: Ερευνητικά δεδομένα & στρατηγικές διαχείρισης στην Ελλάδα της κρίσης (σ. 1 – 30)*, Ώρα: 09.00–10.00 π.μ., Ομιλία στο Αμφιθέατρο του Εργαστηρίου Έρευνας Παθήσεων Μυοσκελετικού Συστήματος, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Κηφισιά.
- Ρ. Κουφοπούλου, Μ.Ρ. Moschofidou, Α. Vozikis, Κ. Souliotis, D. Ithakisios (22/9/2017): *Informal payments in health in economic crisis era: The case of Greece – Best practices for the future (p. 1 - 23)*, Oral Presentations Session IB, Oral Presentations I 'Economic

- crisis, international trade & privatization of healthcare’, Lecture Theatre III–KEDEA Building AUTH, Time; 14,00 – 16.00 p.m., XVIII Conference of the International Association of Health Policy in Europe ‘European Health Policies in the era of capitalist crisis & restructuring’, 21st – 24th September 2017, Thessaloniki, Greece.
- P. Koufopoulou, A. Vozikis (28/4/2017): *Shadow Economy in modern society: Theoretical trends & Perspectives in crisis era (p.1 - 20)*, Session I, Time: 11.30–13.00 p.m., 9th International Conference ‘The Economies of Balkan & Eastern Europe countries in the changed world’, Organized: Eastern Macedonia & Thrace Institute of Technology, Department of Accounting & Finance, Piraeus University of Applied Sciences (T.E.I. of Piraeus), School of Business & Economics, Department of Accounting, 28–30 April 2017, Conference Venue: TEI of Piraeus, Piraeus–Athens, Greece.
 - Π. Κουφοπούλου (26/4/2017): *Άτυπες πληρωμές στην Υγεία: Παρούσα κατάσταση & στρατηγικές αντιμετώπισης (σ. 1 - 24)*, Εισήγηση, Ώρα: 13.15–15.00 μ.μ., Συνεδρία 4η ‘Διαφθορά στην Υγεία’. Ημερίδα ‘Ανθρωποκεντρική & ποιοτική φροντίδα υγείας με έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών’, Διοργάνωση: Υπουργείο Υγείας, Αμφιθέατρο Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Ταύρος.
 - P. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis (22/4/2017): *Shadow economy in Greece: Theoretical considerations in crisis era (p. 1 - 27)*, Parallel Session,. Room: Omiros, Time: 11.00–13.00 p.m., International Conference on Business & Economics, Hellenic Open University, 21st–22nd April 2017, TITANIA Hotel, Athens, Greece.
 - Π. Κουφοπούλου, N. Κορρές, A. Βοζίκης, Δ. Αντώνογλου, Κ. Ανδρουτσοπούλου – Λύτρα, Π. Κατσαφούρου, Χ. Μαστρογιάννη, Α. Μπανούση (3 – 5/2/2017): *Στοχευμένες παρεμβάσεις για την εξάλειψη των φαινομένων διαφθοράς στον χώρο της υγείας: Ο ρόλος της λίστας χειρουργείου (σ. 1 – 3)*, ePoster No. 41, 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαχείριση Κρίσεων στον Τομέα της Υγείας, 3–5 Φεβρουαρίου 2017, Διοργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Διαχείρισης Κρίσεων στον Τομέα Υγείας, Αίθουσα Ιλισσός, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα.
 - Π.Ν. Κουφοπούλου, Α.Π. Βοζίκης (1/11/2016): *Η Παραοικονομία στη Νέα Εποχή: Θεωρητικές προσεγγίσεις, Τάσεις & Προοπτικές (σ. 1)*, ePoster, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Τεχνολογίας, Οικονομίας & Διοίκησης, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, 1–2 Νοεμβρίου 2016, Τρίπολη.
 - Π.Ν. Κουφοπούλου, Μ.Γ. Πετροπούλου, Δ.Ι. Αντώνογλου (21 – 23/3/2016): *Διαφθορά & Παραοικονομία στον Υγειονομικό Τομέα, στην Ελλάδα της κρίσης: Τάσεις, Εξελίξεις & Προοπτικές για το Ε.Σ.Υ. (σ. 1 – 18)*, Read by Title No. 32, 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας ‘Δημόσια Υγεία & Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Κοινός Στόχος’, Διοργάνωση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τομέας Δημόσιας & Διοικητικής Υγιεινής)/Ελληνική Εταιρεία Δημόσιας Υγείας, 21–23 Μαρτίου 2016, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα.
 - Π.Ν. Κουφοπούλου, Μ.Γ. Πετροπούλου, Δ.Ι. Αντώνογλου (14/11/2015): *Διαφθορά & Παραοικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα της κρίσης: Τάσεις, Εξελίξεις & Προοπτικές για το Ε.Σ.Υ. (σ. 1 - 17)*, Προφορική Ανακοίνωση No. 21, Ώρα: 14.00–15.30 μ.μ., Αίθουσα Ιλισσός, 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Διαχείρισης Κρίσεων στον Τομέα Υγείας, 13–15 Νοεμβρίου 2015, Διοργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Διαχείρισης Κρίσεων στον Τομέα Υγείας, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα.
 - Δ.Ι. Αντώνογλου, Π.Ν. Κουφοπούλου (14/3/2015): *ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: Ποσοτική (άμεση) προσέγγιση στην Ελλάδα, την εποχή του Μνημονίου (σ. 1 – 17)*, Ελεύθερη Ανακοίνωση No. 37, Ελεύθερες Ανακοινώσεις 5 ‘ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ:

Συνέπειες & Προτάσεις’, Γ’ Αίθουσα, Ώρα: 11.00–12.30 μ.μ., 4ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο ‘Ψυχική Υγεία, Τεχνολογία & Τηλεματικές Εφαρμογές’, 13 – 15 Μαρτίου 2015, Διοργάνωση: Obrela (www.obrela.gr), Μέγαρο Μουσικής, Αθήνα.

- Δ.Ι. Αντώνογλου, Π.Ν. Κουφοπούλου (6/2/2015): *ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ: Ποσοτική εκτίμηση στην Ελλάδα της κρίσης (σ. 1 – 16)*, Συνεδρία F4, Αίθουσα: Όμηρος, Ώρα: 17.00–19.00 μ.μ., Διεθνές Συνέδριο Διοίκησης & Οικονομίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 6–7 Φεβρουαρίου 2015, Διοργάνωση: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π.), Ξενοδοχείο TITANIA, Αθήνα.

Ξενόγλωσσες δημοσιεύσεις.

- P. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis, A. Koutoupis (2021): *Informal health payments in SARS – CoV – 2 era. Options from Greece (p. 1 – 27)*, Accepted, Under Publication in Caliyurt K. (Ed.): Integrity, Transparency & Corruption in Healthcare & Research on Health, Volume II, Springer Publishing Ltd.
- P. Koufopoulou, C.C. Williams, A. Vozikis, K. Souliotis, A. Samprakos (2021): *Estimating shadow economy size in Greece 2000 – 2018: A flexible MIMIC approach (p. 1 – 27)*, Accepted in SPOUDAI – Journal of Economics & Business (ISI Impact Factor: 1.496).
- P. Koufopoulou, A. Vozikis, K. Souliotis, A. Samprakos (2021): *Informal health care payments in Greece: A flexible MIMIC model adaptation (p. 1 – 19)*, Journal of Applied Structural Equation Modeling, 5 (2) (ISI Impact Factor: 3.531).
- T. Giannouchos, A. Vozikis, P. Koufopoulou, L. Fawkes, K. Souliotis (2020): *Informal out of pocket payments for healthcare services (p. 758 – 764)*, Health Policy, 124 (7) [2 Citations] (ISI Impact Factor: 2.293).
- P.N. Koufopoulou, C.C. Williams, A.P. Vozikis, K. Souliotis (2019): *Shadow Economy: Theoretical considerations & trends (p. 35 – 57)*, Advances in Management & Applied Economics, 9 (5) [9 Citations] (ISI Impact Factor: 0.08).

Ελληνόγλωσση δημοσίευση.

- Κ. Σουλιώτης, Π. Κουφοπούλου (2020): *Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις & ερευνητικά δεδομένα (σ. 1183 – 1196)*, Μέρος ‘Γενικά’, στο Πανούσης Γ. (Επιμ.): ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Περίβλεπτον Αλεξίφωτον: Τμηματικός Τόμος για τον Ομότιμο Καθηγητή Γιάννη Πανούση, Εκδόσεις Ι. ΣΙΔΕΡΗ, Αθήνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αγιακλόγλου Χ.Ν., Μπένος Θ.Ε. (2007): Εισαγωγή στην Οικονομετρική Ανάλυση (Τόμοι Α' & Β'), Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα.

Αδάμ Σ., Τελώνη Δ.Δ. (2015): Κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης. Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί, Μελέτη Νο. 44, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Αθανασάκης Κ., Βεντούρης Ν., Καπάκη Β., Καραμπλή Ε., Μυλωνά Κ., Μυλωνάς Χ., Ολλανδέζος Μ., Πάλακα Ε., Παπαγεωργίου Μ., Παρατσιώκας Ν., Ρελάκης Ι., Σκρούμπελος Α., Τσιάντου Β. (2011): Δαπάνες Υγείας & Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Αθανασιάδης Α., Σταυράκη Σ. (2017): Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ & το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Αναστασάκου Ζ.Ν. (2011): *Κεφάλαιο 11ο 'Φαρμακευτικά προϊόντα' (σ. 408 - 482)*, στο Αναστασάκου Ζ.Ν., Καβουνίδη Τ., Κανελλόπουλος Κ., Καδίτη Ε., Νίτση Ε., Προδρομίδης Π.Κ., Χόλεζας Ι., Χύμης Α. (Επιμ.); *Συνθήκες Αγοράς & Ανταγωνισμός στην Ελληνική Οικονομία, Μέρος Α' 'Παραγωγή Προϊόντων'*, Έκθεση Νο. 67, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Βαβούρας Ι.Σ., Καραβίτης Ν.Η., Τσούγλου Α.Κ. (1990): *Μια έμμεση μέθοδος εκτίμησης & μεγέθους της παραοικονομίας & εφαρμογής της στην περίπτωση της Ελλάδας (σ. 367 – 379)*, στο Βαβούρας Ι.Σ. (Επιμ.): *Παραοικονομία, Τεύχη Πολιτικής Οικονομίας, Ειδική Έκδοση 1*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Βαβούρας Ι.Σ., Μανωλάς Γ.Α. (1999): Παραοικονομία: Έκταση & Επιπτώσεις στην πορεία της ελληνικής οικονομίας προς την ΟΝΕ, Τετράδια Εργασίας Νο. 35, Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

Βαβούρας Ι.Σ., Μανωλάς Γ.Α. (2004): Η Παραοικονομία στην Ελλάδα & τον Κόσμο. Προσέγγιση των βασικών πτυχών του προβλήματος, ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Βαϊτσος Κ., Μίσσος Β. (2018): *Πραγματική Οικονομία. Εμπειρίες Ανάπτυξης, Κρίσης & Φτωχοποίησης στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα.

Βαρουφάκης Γ., Πατώκος Τ., Τσερκέζης Λ., Κουτσοπέτρος Χ. (2011): Η Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα & την Ευρώπη το 2011, Μελέτη Νο. 17, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Βασιλειάδης Μ., Μανιάτης Γ., Μουστάκας Α., Ντεμιάν Η., Παπαδάκης Μ., Παύλου Γ., Σταυράκη Σ., Danchev S., Βέττας Ν. (2018): Η Φορολογία Εισοδήματος στην Ελλάδα. Συγκριτική Ανάλυση & Προτάσεις Αναμόρφωσης, ΔιαΝΕΟσις, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Γαλάνης Π. (2009): *Πολυμεταβλητή ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων (σ. 407 - 422)*,

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26 (3).

Γαλάνης Π. (2012): *Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες* (σ. 744 – 755), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (6).

Γαλάνης Π. (2015): *Μεθοδολογία Ανάλυσης Δεδομένων στις Επιστήμες Υγείας. Εφαρμογές με το IBM SPSS Statistics*, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Γαλάνης Π. (2017): *Μεθοδολογία της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας*, Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα.

Γαλάνης Π. (2018): *Μεθοδολογία συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα* (σ. 268 – 277), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35 (2).

ΓΓΚΔ (2016): *Απεικόνιση Συλλογής Δεδομένων Διαφθοράς. Εισαγγελείς – Ελεγκτικοί Φορείς, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας & Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων*, Αθήνα.

Γιαλαμά Φ. (2013): *Μισθοδοσία ιατρών ΕΣΥ & ιδιωτικού τομέα. Σύγκριση με άλλα συστήματα* (σ. 1 – 18), Ομιλία, Πανελλήνια Σεμινάρια Ομάδων Εργασίας, Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, 14 – 16/12/2013, The Met Hotel, Θεσσαλονίκη.

Δαλακάκη Ε., Καρακόλιας Σ., Καστανιώτη Α., Πολύζος Ν. (2018): *Συγκριτική ανάλυση εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης από την πλευρά του ασφαλιστικού συστήματος υγείας* (σ. 791 – 801), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35 (6).

Δαφέρμος Γ., Παπαθεοδώρου Χ. (2012): *Οικονομική κρίση & φτώχεια στην Ελλάδα & την ΕΕ: Οι επιδράσεις του μακροοικονομικού περιβάλλοντος & της κοινωνικής προστασίας* (σ. 89 - 120), στο Τράπεζα της Ελλάδος (Επιμ.): *Κοινωνική Πολιτική & Κοινωνική Συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης*, ΤτΕ, Αθήνα.

Δημογέροντας Γ., Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ. (2017): *Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημοσίων & ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ) & η επίδραση στη βιωσιμότητα τους* (σ. 84 – 95), Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 6 (2).

Δριτσάκη Χ. (2007): *Η παραοικονομία στην Κύπρο: Μια εμπειρική έρευνα* (σ. 171 – 179), Πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής, Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2015): *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 & αναθεώρηση στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009–2012*, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2016α): *Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2012–2015*, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2016β): *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2014*, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2017): *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015*, Δελτίο Τύπου,

ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2018): Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2016, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2019α): Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2015–2018, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2019β): Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2018, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2019γ): Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2020α): Δημοσιονομικά στοιχεία για την περίοδο 2016–2019, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2020β): Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2019, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2020γ): Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2018, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΛΣΤΑΤ (2021): Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019, Δελτίο Τύπου, ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα.

ΕΣΥΕ (2008): Στατιστική Ταξινόμηση Οικονομικών Δραστηριοτήτων (ΣΤΑΚΟΔ 08). Δομή & Τίτλοι, ΕΣΥΕ, Αθήνα.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018): Η Κατάσταση Υγείας στην ΕΕ. ΕΛΛΑΔΑ. Προφίλ Υγείας 2017, Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2019): Η Κατάσταση Υγείας στην ΕΕ. ΕΛΛΑΔΑ. Προφίλ Υγείας 2019, Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Ζάβρας Δ., Ναούμ Π., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ε., Κυριόπουλος Γ. (2018): Τα Οικονομικά της Υγείας. Η Ζήτηση για Υγεία & Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Η Καθημερινή (21/5/2020): *Υπέρογκο του clawback του 2019, υποστηρίζουν οι φαρμακευτικές*, Εφημερίδα ‘Η Καθημερινή’ (www.kathimerini.gr), Πρόσβαση: 4/1/2021.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001): Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ (2012): Η Ελληνική Οικονομία & η Απασχόληση. Ετήσια Έκθεση 2012, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ (2015): Η Ελληνική Οικονομία & η Απασχόληση. Ετήσια Έκθεση

2015, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ–ΑΔΕΔΥ (2018): Η Ελληνική Οικονομία & η Απασχόληση. Ετήσια Έκθεση 2018, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

ΙΟΒΕ (2012): Η έννοια της αδήλωτης εργασίας & τα χαρακτηριστικά της, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ (2017): Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία 2017, ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, Αθήνα.

ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ (2019): Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα. Γεγονότα & Στοιχεία 2019, ΙΟΒΕ, ΣΦΕΕ, Αθήνα.

Ίσερης Γ. (2016): *Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας & αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. Η περίπτωση του CiGreece (σ. 175 – 189)*, International Journal of Language Translation & Intercultural Communication (5).

Καλαματιανού Α.Γ. (1999): Κοινωνική Στατιστική. Μέθοδοι Μονοδιάστατης Ανάλυσης, Εκδοτικές Επιχειρήσεις «Το Οικονομικό» Κ. & Π. Σμπίλιας ΑΕΒΕ.

Καν. (ΕΕ) 1059/2003: Για την θέσπιση μιας κοινής ονοματολογίας των εδαφικών στατιστικών μονάδων (NUTS), EL-06.03.2008-003.

Καν. (ΕΕ) 549/2013: Για το ευρωπαϊκό σύστημα εθνικών & περιφερειακών λογαριασμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, EL-26.03.2013-174.

Καν. (ΕΕ) 1893/2006: Για τη θέσπιση της στατιστικής ταξινόμησης των οικονομικών δραστηριοτήτων NACE - Αναθεώρηση 2 & για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΟΚ) αριθ. 3037/90 του Συμβουλίου & ορισμένων κανονισμών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σχετικών με ειδικούς στατιστικούς τομείς, EL-30.12.2006-393.

Κανελλόπουλος Κ.Ν. (2002): Φοροδιαφυγή στις ανώνυμες εταιρείες: Εκτιμήσεις από τις εισαχθείσες στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών, Μελέτη Νο. 75, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κανελλόπουλος Κ.Ν. (2015): *Πρόσφατες εξελίξεις στη φτώχεια & τον κοινωνικό αποκλεισμό (σ. 36 – 40)*, Οικονομικές Εξελίξεις (26), ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κανελλόπουλος Κ.Ν., Κουσουλάκος Ι., Ράπανος Β., Κώτσης Κ., Μακρόπουλος Α. (1995): Παραοικονομία & Φοροδιαφυγή: Μετρήσεις & Οικονομικές επιπτώσεις, Έκθεση Νο. 15, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Καπλάνογλου Γ., Ράπανος Β.Θ. (2014): *Κεφάλαιο 2ο 'Ποιοί πληρώνουν τους έμμεσους φόρους στην Ελλάδα; Πρώτες ενδείξεις στην περίοδο της κρίσης' (σ. 11- 32)*, στο Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους στη Βουλή (2014): Δημοσιονομική προσαρμογή: Πόσο δίκαιη είναι η κατανομή των βαρών;, Βουλή των Ελλήνων, Αθήνα.

Καραγιάννη Ρ. (2011): *Κεφάλαιο 24^ο 'Υγεία' (σ. 181 - 255)*, στο Αθανασούλη Κ., Γεωργικόπουλος Ν., Ευθυμιάδης Τ., Κανελλόπουλος Ν., Καραγιάννη Ρ., Καραγιάννης Σ.,

Παπαϊωάννου Σ. (2011): Συνθήκες Αγοράς & Ανταγωνισμός στην Ελληνική Οικονομία, Επιμ.: Κ. Κανελλόπουλος, Μέρος Γ': Πληροφορική, Τράπεζες, Ασφάλειες, Εκπαίδευση, Υγεία, Ελεγκτική, Έκθεση Νο. 67, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κασιμάτη Ε., Παναγιωτοπούλου Ρ. (2018): *Μεταναστευτικές & προσφυγικές ροές στην Ελλάδα την περίοδο 2015 – 2017: Μια περιγραφική καταγραφή* (σ. 95 - 116), Οικονομικές Εξελίξεις (35), ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κόντη Δ. (8/2/2019): *Οι φαρμακοβιομηχανίες δεν αντέχουν το clawback*, Η Καθημερινή (www.kathimerini.gr), Πρόσβαση: 10/8/2020.

Κόντη Δ. (15/5/2019): *1,8 δις θα επιστρέψουν στο Δημόσιο οι φαρμακοβιομηχανίες φέτος*, Η Καθημερινή (www.kathimerini.gr), Πρόσβαση: 10/8/2020.

Κοντούλη – Γείτονα Μ. (1992): ΣΦΑΙΡΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Κουραντίδου Μ., Μπλιούμης Β. (2011): *Επισκόπηση της CVM (Contingent Valuation Method) & εφαρμογή της σε μελέτες αξιολόγησης δασικών οικοσυστημάτων* (σ. 1 - 10), 15^ο Πανελλήνιο Δασολογικό Συνέδριο 'Δασοπονία πολλαπλών σκοπών & κλιματική αλλαγή – Προστασία & αξιοποίηση φυσικών πόρων', 16–19 Οκτωβρίου 2011, Καρδίτσα.

Κουσουλάκου Χ., Βίτσου Ε. (2008): Η Αγορά Φαρμάκου στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2008, Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Κουτούπης Α., Κουφοπούλου Π., Αντώνογλου Δ. (2015): *Η Εφαρμογή επαρκών συστημάτων εσωτερικού ελέγχου ως στρατηγική επιλογή για ένα «έξυπνο» νοσοκομείο* (σ. 13 – 16), Επιθεώρηση Υγείας, 153 (26).

Κουτούπης Α., Κουφοπούλου Π., Αντώνογλου Δ. (2016): *Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων & εσωτερικός έλεγχος στην Ελλάδα της κρίσης* (σ. 23 - 28), Επιθεώρηση Υγείας, 160 (26).

Κουφοπούλου Π., Γιαννούχος Θ., Στελέτου Ε., Βοζίκης Α., Ιθακήσιος Δ., Σουλιώτης Κ. (2018): *Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα ποσοτικής έρευνας* (σ. 1 - 23), 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Τεχνολογίας, Οικονομίας & Ανάπτυξης, Συνδιοργάνωση: Πανεπιστήμιο Πειραιώς & Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Πειραιάς, 9^η Νοεμβρίου 2018, Πειραιάς.

ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157: Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ΦΕΚ 4898/1.11.2018, τ. Β'.

ΚΥΑ Υ4α/οικ. 85649: Κλειστά Ενοποιημένα Νοσηλεία & Ημερήσιο Νοσήλειο στο ΕΣΥ, ΦΕΚ 1702/1.8.2011, τ. Β'.

ΚΥΑ Υ4α/οικ.105.604: Συμπλήρωση της Υ4α/οικ. 85649/27-7-11 Κοινής Υπουργικής Απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια & Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ, ΦΕΚ 2150/27.9.2011, τ. Β'.

Κυριόπουλος Γ. (1992): *Οικονομία & υπόγεια οικονομία στον υγειονομικό τομέα (σ. 3 – 10)*, Κοινωνία, Οικονομία & Υγεία (1).

Κυριόπουλος Γ. (1995): *Κεφάλαιο 1^ο 'Κράτος ή Αγορά; Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα' (σ. 15 – 37)*, στο Κυριόπουλος Γ. (Επιμ.): *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Εκδόσεις ΘΕΜΕΛΙΟ, Αθήνα..

Κυριόπουλος Γ. (2018): *Θεωρία & Πολιτική στην Υγεία & την Ιατρική Περίθαλψη*, Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Καραλής Γ. (1997): *Πρόσφατες εξελίξεις της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα (σ. 46 – 47)*, Επιθεώρηση Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β. (2010): *Η οικονομική κρίση & οι επιπτώσεις της στην υγεία & την ιατρική περίθαλψη (σ. 834 – 840)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5).

Λειβαδάς Γ. (21/5/2020): *Το περίφημο & επίκαιρο clawback του ΕΟΠΥΥ*, Η Ναυτεμπορική (www.naftemporiki.gr), Πρόσβαση: 10/8/2020.

Λένη Α.Ε., Τουρκογιάννη Μ., Σταυροπούλου Α., Ζηδιανάκης Ζ. (2013): *Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (π. 84 – 92)*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2 (2).

Λιαρόπουλος Λ. (2007): *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Τόμος Α'*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (2014): *Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση μεταρρύθμισης (σ. 415 – 434)*, Ενότητα Ε: Δημόσια και Ιδιωτική Ασφάλιση, στο Μασουράκης Μ., Γκόρτσος Χ.Β. (Επιμ.): *Ανταγωνιστικότητα για Ανάπτυξη: Προτάσεις Πολιτικής, Ένωση Ελληνικών Τραπεζών*, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ., Νικολάου Σ. (2002): *Η μεθοδολογία του ΟΟΣΑ για τη μέτρηση των δαπανών υγείας (σ. 15 – 26)*, 1^ο Μέρος 'Μεθοδολογικές προσεγγίσεις της μέτρησης των δαπανών υγείας', στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (Επιμ.): *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση & συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Μαγγόπουλος Γ. (2014): *Η μελέτη περίπτωσης ως ερευνητική στρατηγική στην αξιολόγηση προγραμμάτων: Θεωρητικοί προβληματισμοί (σ. 73 – 93)*, Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, ΙΣΤ (64).

Μαζαράκη Η. (2012): *Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό; (σ. 62 – 69)*, Αχαϊκή Ιατρική, 31 (1).

Μαλλιαρόπουλος Δ. (2011): *Η απώλεια ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας μετά*

την είσοδο της χώρας στην ΟΝΕ (σ. 359 - 376), Μέρος Ε' 'Ανταγωνιστικότητα', στο Χαρδούβελης, Γ. και Γκόρτσος, Χ. (Επιμ.): Η Διεθνής κρίση, η κρίση στην Ευρωζώνη και το ελληνικό χρηματοπιστωτικό σύστημα, Ελληνική Ένωση Τραπεζών, Αθήνα.

Μανεσιώτης Β.Γ., Reischauer R.D. (2002): *Η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα & η ΟΝΕ (σ. 129 – 183)*, στο Bryant R.C., Γκαργκάνας Ν.Χ., Τάβλας Γ.Σ. (Επιμ.): Οικονομικές Επιδόσεις & Προοπτικές της Ελλάδος, ΤτΕ/The Brookings Institution, Αθήνα.

Μάνου Δ. (2017): Το Πεπτικό Σύστημα, Εργαστήριο Ανατομίας, ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας.

Μαραγκάκη Α., Κωνσταντινίδης Θ., Σαράφης Π. (2019): *Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης (σ. 687 – 694)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36 (5).

Μαρούλης Δ.Κ. (2014): *Διεθνής ανταγωνιστικότητα – Ισοζύγιο πληρωμών. Κρίση & ανάπτυξη (σ. 73 – 96)*, Ενότητα Α: Ανταγωνιστικότητα, Εξαγωγές & νέο αναπτυξιακό πρότυπο, στο Μασουράκης Μ., Γκόρτσος Χ.Β. (Επιμ.): Ανταγωνιστικότητα για Ανάπτυξη: Προτάσεις Πολιτικής, Ένωση Ελληνικών Τραπεζών, Αθήνα.

Ματσαγγάνης Μ. (2014): *Φτώχεια & κοινωνική προστασία στην Ελλάδα της κρίσης (σ. 41 – 64)*, στο Καβουνίδη Τ. (Επιμ.): Κοινωνική Συνοχή & Οικονομική Κρίση: Δεδομένα, Μαθήματα & Προοπτικές Ανάπτυξης, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Μητράκος Θ., Τσακλόγλου Π. (2012): *Ανισότητα, φτώχεια & υλική ευημερία: Από τη μεταπολίτευση ως την τρέχουσα κρίση (σ. 23 - 64)*, ΤτΕ (Επιμ.): Κοινωνική Πολιτική & Κοινωνική Συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, ΤτΕ, Αθήνα.

Μιλτιάδης Χ., Μπογιατζίδης Π. (2021): *Εξέλιξη των δαπανών υγείας & των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009 – 2017 (σ. 108 – 116)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38 (1).

Μούζουλας Σ., Παναγόπουλος Γ., Πελετίδης Ι. (2017): *Η απόκτηση & διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων τραπεζικών δανείων από επενδυτικά κεφάλαια & εταιρείες στην Ελλάδα (σ. 83 – 93)*, Οικονομικές Εξελίξεις (32), ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Μπακόλα Ε., Ζύγα Σ. (2018): *Μεταρρυθμίσεις & εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης (σ. 549 – 557)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35 (4).

Μπαμπινιώτης Γ. (2011): Λεξικό Συνώνυμων – Αντώνυμων της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ, Αθήνα.

Μπελεγρή–Ρομπόλη Α., Μαρκάκη Μ., Μιχαηλίδης Π. (2010): Διακλαδικές Σχέσεις στην Ελληνική Οικονομία. Παραγωγή, Απασχόληση, Μισθοί & Επαγγέλματα, Μελέτη Νο. 33, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Μπήτρος Γ.Κ. (2017): Το κράτος στην παγκόσμια αυτορυθμιζόμενη τάξη, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα.

Μπιτζένης Α., Βλάχος Β. (2018): *Αδήλωτες οικονομικές δραστηριότητες κατά την πολυδιάστατη ελληνική κρίση (σ. 1 – 14)*, στο Μαραγκός Γ. (Επιμ.): *Η Χρηματοπιστωτική Κρίση στην Ελλάδα*, Εκδόσεις ΜΕΘΕΞΙΣ, Θεσσαλονίκη.

Μυλωνάς Ν., Λαγός Η. (2002): *Βασικά στοιχεία & λογαριασμοί των δαπανών υγείας στο Σύστημα των Ελληνικών Εθνικών Λογαριασμών (σ. 27 – 46)*, 1^ο Μέρος ‘Μεθοδολογικές προσεγγίσεις της μέτρησης των δαπανών υγείας’, στο Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (Επιμ.): *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση & συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Ν. 3832: Ελληνικό Στατιστικό Σύστημα (ΕΛ.Σ.Σ.), Σύσταση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ) ως Ανεξάρτητης Αρχής, ΦΕΚ 38/9.3.2010, τ. Α’.

Ν. 3869: Ρυθμίσεις των οφειλόμενων φυσικών προσώπων & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 130/3.8.2010, τ. Α’.

Ν. 3918: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 31/2.3.2011, τ. Α’.

Ν. 4025: Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 228/2.11.2011, τ. Α’.

Ν. 4052: Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου ‘*Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.) της Ελληνικής Δημοκρατίας & της Τράπεζας της Ελλάδας, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής & της Τράπεζας της Ελλάδας & άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους & τη διάσωση της εθνικής οικονομίας*» & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 41/1.3.2012, τ. Α’.

Ν. 4238: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 38/17.2.2014, τ. Α’.

Ν. 4254: Μέτρα στήριξης & ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του Ν. 4046/2012 & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 85/7.4.2014, τ. Α’.

Ν. 4270: Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης & εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/95/ΕΕ) – Δημόσιο λογιστικό & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 143/28.6.2014, τ. Α’.

Ν. 4354: Διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων δανείων, μισθολογικές ρυθμίσεις & άλλες επείγουσες διατάξεις εφαρμογής της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων & διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, ΦΕΚ 176/16.12.2015, τ. Α’.

Ν. 4368: Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 21/21.2.2016, τ. Α’.

Ν. 4387: Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού,

συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος & τυχερών παιγνίων & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 85/12.5.2016, τ. Α'

Ν. 4446: Πτωχευτικός Κώδικας, Διοικητική Δικαιοσύνη, Τέλη - Παράβολα, Οικειοθελής αποκάλυψη φορολογητέας ύλης παρελθόντων ετών, Ηλεκτρονικές συναλλαγές, Τροποποιήσεις του Ν. 4270/2014 & λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 240/22.12.2016, τ. Α'.

Ν. 4472: Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου & τροποποίηση διατάξεων του Ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων & μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης & εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018 - 2021 & λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 74/17.5.2017, τ. Α'.

Ν. 4486: Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 115/7.8.2017, τ. Α'.

Ν. 4605: Εναρμόνιση της Ελληνικής νομοθεσίας με την Οδηγία (ΕΕ) 2016/943 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου & του Συμβουλίου της 8^{ης} Ιουνίου 2016 σχετικά με την προστασία της τεχνογνωσίας & των επιχειρηματικών πληροφοριών που δεν έχουν αποκαλυφθεί (εμπορικό απόρρητο) από την παράνομη απόκτηση, χρήση & αποκάλυψη τους (EEL 157 της 15.6.2016) – Μέτρα για την επιτάχυνση του έργου του Υπουργείου Οικονομίας & Ανάπτυξης & άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 52/1.4.2019, τ. Α'.

Νεγρεπόντη-Δελιβάνη Μ. (1991): Η Οικονομία της Παραοικονομίας στην Ελλάδα, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ. (1990): *Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα: Μια πρώτη ποσοτική προσέγγιση (σ. 42 – 45)*, Επιθεώρηση Υγείας (1).

Νικολαΐδης Ε. (2017): Τουρισμός & Ανάπτυξη. Βασικά μεγέθη, κλαδικές διασυνδέσεις, αγροτροφικό σύστημα & το παράδειγμα της Κρήτης, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2014): *Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός & οικονομικά κίνητρα (σ. 172 - 185)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31 (2).

Οικονόμου Χ. (2012): Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος & η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Επιστημονική Έκθεση Νο. 7, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Οικονόμου Χ. (2020): *Οι άτυπες πληρωμές στον τομέα της υγείας ως μείζον ζήτημα αποτελεσματικότητας της κοινωνικής διοίκησης στην Ελλάδα (σ. 85 - 102)*, Κεφάλαιο 4^ο 'Η Κοινωνική Διοίκηση μετά την κρίση', στο Κοντιάδης Ξ., Αιμιλιανίδης Α., Ανθόπουλος Χ. (Επιμ.): Η Δημόσια Διοίκηση μετά την Κρίση, Εκδόσεις ΣΑΚΚΟΥΛΑ, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

ΟΟΣΑ (2013): Εγχειρίδιο ενημέρωσης Εφοριακών & Φορολογικών Ελεγκτών για τη Δωροδοκία & τη Διαφθορά, ΟΟΣΑ, Αθήνα.

Π.Δ. 84/2019: Σύσταση & κατάργηση των Γενικών Γραμματειών & Ειδικών Γραμματειών/Ενιαίων Διοικητικών Τομέων Υπουργείων, Φ.Ε.Κ. 123/17.7.2019, τ. Α'.

Παλαιολόγος Ι., Κασσάρ Γ. (2003): *Εκτίμηση του μεγέθους της παραοικονομίας στην Ελλάδα 1960 – 2000* (σ. 14 – 36), ΣΠΟΥΔΑΙ, 53 (3).

Παπαγεωργίου Δ., Μήτσιου Π., Σιδηροπούλου Μ., Τσιάκου Ο., Σαμπάνη Χ.Α., Παυλάτου Ν. (2018): *Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια* (σ. 5 – 16), Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 11 (2).

Παπαθεοδώρου Χ., Μίσσος Β. (2013): *Ανισότητα, Φτώχεια & Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα & την ΕΕ*, Επιστημονική Έκθεση Νο. 9, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Παπαϊωάννου Ε., Αλικάρη Β., Τζαβέλλα Φ., Ζύγα Σ., Τσιρώνη Μ., Θεοφίλου Π. (2020): *Αξιολόγηση των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη* (σ. 79 – 86), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 37 (1).

Παπαναστασάτος Γ. (2006): *Η Οικονομική Βιωσιμότητα των δημοσίων νοσοκομείων ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες*, Τελική Εργασία, Επιβλέπων: Σ. Γκούμας, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης/Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ΙΖ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, ΕΚΔΔΑ, Αθήνα.

Παυλόπουλος Π.Γ. (1987): *Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Μια πρώτη ποσοτική οριοθέτηση*, ΙΟΒΕ, Αθήνα.

Παυλόπουλος Π.Γ. (2002): *Η Παραοικονομία στην Ελλάδα. Επανεξέταση*, Ινστιτούτο Τουριστικών Ερευνών & Προβλέψεων, Αθήνα.

Πελαγίδης Θ. (2020): *Η Ελληνική Οικονομία πριν & μετά τον COVID – 19. Αδύναμη μεγέθυνση, μηδενικός πληθωρισμός, έλλειψη επενδύσεων, δημογραφική επιδείνωση, ανεπαρκής ζήτηση*, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Πετμεζίδου Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπετζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., Πολυζωίδης Π. (2015): *Υγεία & Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα*, Μελέτη Νο. 35, Παρατηρητήριο Οικονομικών & Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα.

Πισσαρίδης Χ., Βαγιανός Δ., Βέττας Ν., Μεγίρ Κ., Ανδρέου Κ., Αρκολάκης Κ., Γαλενιανός Μ., Γκενάκος Χ., Danchev S., Δοξιάδης Α., Καραμούζης Ν., Κουντούρη Φ., Κρητικός Α., Νικολίτσα Δ., Σπινέλλης Δ., Τσακλόγλου Π. (2020): *Σχέδιο Ανάπτυξης για την Ελληνική Οικονομία* (Τελική Έκθεση), Επιτροπή, Αθήνα.

Πολύζος Ν., Δρακόπουλος (2008): *Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας* (σ. 121 - 136), Κοινωνική Συνοχή & Ανάπτυξη, 3 (2).

Ράπανος Β.Θ., Καπλάνογλου Γ. (2014): *Φορολογία και οικονομική ανάπτυξη. Η περίπτωση της Ελλάδας* (σ. 609 - 637), Ενότητα Ι: Φορολογία, στο Μασουράκης Μ., Γκόρτσος Χ.Β. (Επιμ.): *Ανταγωνιστικότητα για Ανάπτυξη: Προτάσεις Πολιτικής*, Ένωση Ελληνικών

Τραπεζών, Αθήνα.

Ρεκλείτη Μ., Τανακάκη Μ., Κυλούδης Π. (2012): *Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία (σ. 3 - 14)*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1 (1).

Ρομπόλης Σ. (2013): *Οικονομική κρίση & κοινωνικό κράτος*, Εκδόσεις Επίκεντρο, Θεσσαλονίκη.

Ρομπόλης Σ. (2018): «*Κούρεμα*» & ασφαλιστικά ταμεία (σ. 211 – 217), στο Βέργος Κ., Ζαρωτιάδης Γ.Σ., Γαλαριώτης Α.Χ., Ζοπουνίδης Κ., Μαριόλης Θ., Σώκλης Γ. Λαπασιώρας Σ., Μηλιός Γ., Σωτηρόπουλος Δ.Π., Ντόκας Δ., Ρομπόλης Σ., Χιόνης Δ., Χλέτσος Μ. (Επιμ.): *Ελληνικό Χρέος. Η Διαιώνιση του Προβλήματος*, Εκδοτικός Οίκος Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα.

Ρομπόλης Σ., Μπέτσης Β. (2016): *Η Οδύσσεια του ασφαλιστικού. Αναδιάρθρωση, σύγκρουση των γενεών & μια λύση*, Εκδοτικός Οίκος Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα.

Ρούσσος (5/6/2018): *Στο στόχαστρο οι συνταξιούχοι που εργάζονται με «μαύρα»*, Εφημερίδα των Συντακτών (www.efsyn.gr), Πρόσβαση: 9/1/2021.

Σάββα-Μπαλφούσια Σ. (2010): *Οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα: Επιδόσεις, αδυναμίες & ο ρόλος της πολιτικής (σ. 74 – 85)*, Οικονομικές Εξελίξεις (13), ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Σαλούρου Ρ. (7/4/2020): *Μείωση σύνταξης 30% σε συνταξιούχους που εργάζονται*, Η Καθημερινή (www.kathimerini.gr), Πρόσβαση: 9/1/2021.

Σεμερτζιάδη Μ., Γαλάνης Π., Σίσκου Ο. (2011): *Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση ιδιωτικής έναντι δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης σε επαρχιακές πόλεις (σ. 410 - 420)*, Νοσηλευτική, 50 (4).

Σιαλάκης Χ. (2018): *Προκλητή ζήτηση: Οικονομική προσέγγιση & τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης (σ. 138 – 144)*, Επιστημονικά Χρονικά, 23 (2).

Σιόντη Β., Χαραλάμπους Γ., Παπαγεωργίου Γ., Πέσχος Δ., Γαλάνης Π., Γουρνή Μ. (2019): *Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (σ. 800 – 809)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36 (6).

Σουλιώτης Κ. (2000): *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ. (2002): *Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών (σ. 114 – 118)*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 14 (3).

Σουλιώτης Κ., Κουφοπούλου Π. (2020): *Οι άτυπες οικονομικές συναλλαγές στον χώρο της υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις & ερευνητικά δεδομένα (σ. 1183 – 1196)*, Μέρος 'Γενικά', στο Πανούσης Γ. (Επιμ.): *ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Περίβλεπτον Αλεξίφωτον; Τιμητικός*

Τόμος για τον Ομότιμο Καθηγητή Γιάννη Πανούση, Εκδόσεις Ι. ΣΙΔΕΡΗ, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., Παπαδονικολάκη Τ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ. (2018): *Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία & το σύστημα υγείας: Σκέψεις & δεδομένα για την ελληνική περίπτωση* (σ. 9 - 16), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 35 (Συμπληρωματικό 1).

Τάτσος Ν., Χριστόπουλος Ι., Τραγάκης Α., Μανίκας Β., Γκάνος Ι. (2001): Παραοικονομία & Φοροδιαφυγή στην Ελλάδα, IOBE, Αθήνα.

Τσαβέας Ν.Θ. (2002): *Το ισοζύγιο πληρωμών & η ανταγωνιστικότητα της Ελλάδος* (σ. 393 - 434), στο Bryant R.C., Γκαργκάνας Ν.Χ., Τάβλας Γ.Σ. (Επιμ.): Οικονομικές Επιδόσεις & Προοπτικές της Ελλάδος, ΤτΕ/The Brookings Institution, Αθήνα.

Τσακανίκας Α., Αθανασιάδης Θ., Παύλου Γ., Κατσουλάκης Μ., Μαρτάκος Χ., Μπούκης Χ., Παπαδονικολάκη Τ., Τριτάκη Γ. (2018): Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα. Γενονότα & Στοιχεία, IOBE/ ΣΦΕΕ, Αθήνα.

Τσέκερης Θ. (2018): *Εξελίξεις στην παραγωγικότητα της ελληνικής οικονομίας σε εθνικό & κλαδικό επίπεδο* (σ. 62 – 74), Οικονομικές Εξελίξεις (37), ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Τσιάντου Β., Καραμπλή Ε., Πάβη Ε., Κυριόπουλος Γ. (2014): *Πρόληψη, διάγνωση & διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη στην Ελλάδα: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση* (σ. 190 – 201), Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά, 27 (4).

ΤτΕ (2016): Έκθεση του Διοικητή για το έτος 2015, ΤτΕ, Αθήνα.

ΥΑ 38714: Διατάξεις για τη διάθεση & την τιμολόγηση των ΜΗΣΥΦΑ, ΦΕΚ 1144/6.5.2014, τ. Β'.

ΥΑ Α3α/οικ.97136: Τρόπος κατάρτισης, οργάνωσης & λειτουργίας της Λίστας Χειρουργείου, ΦΕΚ 4316/30.12.2016, τ. Β'.

ΥΑ οικ. Γ5/63587: Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (claw back) φαρμακευτικής δαπάνης έτους, 2016, 2017 και 2018, ΦΕΚ 1803/20.8.2015, τ. Β'.

ΥΔΔΑΔ (2013): ΔΙΑΦΑΝΕΙΑ. Εθνικό Σχέδιο κατά της Διαφθοράς, Γενική Γραμματεία Διαφάνειας & Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Αθήνα.

Υπουργείο Οικονομικών, Υπουργείο Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας & Ναυτιλίας, Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας & Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη (2011): Εθνικό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Καταπολέμησης της Φοροδιαφυγής 2011 – 2013. Πολίτες & Πολιτεία Μαζί, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (2018): Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία & Πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Φίλιππας Ν., Οικονόμου Φ., Χαρέμης Α. (2014): Μελλοντικές Τάσεις & Προκλήσεις στο Χώρο της Υγείας, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Φωκά – Καβαλιεράκη Γ. (2017): Οικονομική Ψυχολογία, Σειρά: Μικρές Εισαγωγές, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα.

Χαλικιάς Ι. (2013): *Η ελληνική οικονομία, 1950 - 2012: Πώς φτάσαμε στην κρίση - Επενδύσεις & εξαγωγές ως λύση* (σ. 51 - 60), Οικονομικές Εξελίξεις (22).

Χαλικιάς Μ., Μανωλέσσου Α., Λάλου Π. (2015): Μεθοδολογία Έρευνας & Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ελληνικά Συγγράμματα & Βοηθήματα (www.kallipos.gr).

Χολέζας Ι. (2014): Η ελληνική αγορά εργασίας σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης & η Έγγυση για τη Νεολαία', No. 137, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Χριστοδουλάκη Ι., Στάθης Ε. (2014): *Η ανταγωνιστικότητα των δυναμικών κλάδων της ελληνικής οικονομίας Η αναγκαιότητα για διασύνδεση των στρατηγικών ανάπτυξης* (σ. 257 - 288), Ενότητα Β: Διεθνώς ανταγωνιστικοί κλάδοι, στο Μασουράκης Μ., Γκόρτσος Χ.Β. (Επιμ.): Ανταγωνιστικότητα για Ανάπτυξη: Προτάσεις Πολιτικής, Ένωση Ελληνικών Τραπεζών, Αθήνα.

Χρυσάκης Μ., Σιάτης Η. (2008): *Φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός & ανισότητες στην υγεία* (σ. 1 - 15), 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής & Αγωγής Υγείας – 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής Υγείας στην Κοινότητα, 15–16/12/2008, Divani Caravel Hotel, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Abdallah W., Chowdhury S., Iqbal K. (2015): Corruption in the Health Sector: Evidence from Unofficial Consultation Fees in Bangladesh, IZA Discussion Paper No. 9270.

Abdi H., Williams L.J. (2010): *Principal Component Analysis* (p. 433 – 459), Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics, 2 (4).

Abel-Smith B., Grandjeat P. (1978): Pharmaceutical Consumption: Trends in Expenditure, Main Measures taken & underlying objectives of public intervention in this field, Commission of the European Communities.

Aboutorabi A., Ghiasipour M., Rezapour A., Pourreza A., Asiabar A.S., Tanoomand A. (2016): *Factors affecting the informal payments in public & teaching hospitals* (p. 1 – 11), Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 30 (1).

Abramson W.B. (1999): Partnerships between the Public Sector & Non – Governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services, A State of the Practice Paper, Health Sector Reform Initiative.

Adam C., Harriss-White B. (2007): *From Monet to Mondrian: Characterising Informal Economic Activity in field research & simulation models* (p. 15 – 41), in Harriss – White B., Sinha A. (Eds): Trade Liberalization & India's Informal Economy, Oxford University Press, Delhi, India.

Afonso A., Aybun M.S. (2005): *Non – parametric approaches to education & health efficiency in OECD countries* (p. 227 – 246), *Journal of Applied Economics*, VIII (2).

Afonso O., Goncalves N. (2011): *The Portuguese non – observed economy* (p. 23 – 57), *Advances in Management & Applied Economics*, 1 (2).

Afonso O., Neves P.C., Pinto T. (2020): *The non – observed economy & economic growth: A meta – analysis* (p. 1 - 44), *Economic Systems*, 44 (1).

Aigner D.J., Hsiao C., Kapteyn A., Wansbeek T. (1984): *Chapter 23 ‘Latent variable models in econometrics’* (p. 1321 – 1393), in Griliches Z., Intriligator M.D. (Eds.): *Handbook of Econometrics*, North – Holland.

Aigner D.L., Schneider F., Ghosh D. (1988): *Chapter 14 ‘Me & My Shadow: Estimating the Size of the US Underground Economy from Time Series Data’* (p. 297 – 334), Part IV ‘Applications’, in Barnett W., Berndt E.R., White H. (Eds.): *Dynamic Econometric Modelling. Proceedings of the 3rd International Symposium in Economic Theory & Econometrics*, Cambridge University Press.

Aktuna–Gunes A.T., Starzec C., Gardes F. (2013): *A new estimation of the size of informal economy using monetary & full expenditures in a complete demand system*, Working Paper No. 53, Centre d’ Economie de la Sorbonne, Paris.

Alam M. (2013): *Paying Out – of – Pocket for Drugs, Diagnostics & Medical Services. A Study of Households in three Indian States*, Springer Publishing.

Alanon A., Gomez–Antonio M. (2005): *Estimating the Size of the Shadow Economy in Spain: A Structural Model with latent variables* (p. 1011 – 1025), *Applied Economics*, 37 (9).

Alarcon – Garcia G., Azorin J.D.B., De La Vega M.D.M.S. (2020): *Shadow Economy & national culture: A spatial approach* (p. 53 – 74), *Review of Public Economics*, 232 (1).

Aldersdale J., Talmage J., Freeman Y. (2006): *Measuring the Informal Economy – One neighborhood at a time*, Discussion Paper, The Brookings Institution Metropolitan Policy Program, USA.

Allingham M.G., Sandmo A. (1972): *Income Tax Evasion: A Theoretical Analysis* (p. 323 – 338), *Journal of Public Economics* (1).

Alm J., Embaye A. (2013): *Using Dynamic Panel Methods to Estimated Shadow Economies around the World, 1984 – 2006* (p. 510 – 543), *Public Finance Review*, 41 (5).

Alm J., Torgler B. (2012): *‘Do ethics matter? Tax compliance & morality*, Working Paper No. 1207, Tulane University.

Almenar V., Sanchez J.L., Sapena J. (2020): *Measuring the shadow economy & its drivers: The case of peripheral EMU countries* (p. 2904 – 2918), *Economic Research – Ekonomika*

Istrazivanja, 33 (1).

Amelung V.E. (2013): *Healthcare Management. Managed Care Organizations & Instruments*, Springer Publishing.

Amzat J., Razum O. (2018): *Towards a Sociology of Health Discourse in Africa*, Springer Publishing.

Anderson G., Herring B. (2015): *The all – payer rate setting model for pricing medical services & drugs* (p. 770 – 775), *American Medical Association Journal of Ethics*, 17 (8).

Anderson J.E. (2018): *Economic reforms & their impacts on informal payments for government services in transition countries* (p. 163 – 189), *International Public Management Journal*, 21 (1).

Angel–Urdinola D.F., Tanabe K. (2012): *Micro - Determinants of Informal Employment in The Middle East & North Africa Region*, Discussion Paper No. 1201, The World Bank, Washington DC, USA.

Angour N., Mnili M. (2019): *Estimating shadow economy & tax evasion: Evidence from Morocco* (p. 7 – 20), *International Journal of Economics & Finance*, 11 (5).

Araya R., Rojas G., Fritsch R., Gaete J., Rojas M., Simon G., Peters, T.J. (2003): *Treating depression in primary care in low - income women in Santiago, Chile: A randomised controlled trial* (p. 995 – 1000), *The Lancet*, 361 (9362).

Arby F.M., Malik J.M., Hanif N.M. (2012): *The size of informal economy in Pakistan* (p. 11 – 18), *Finance Research*, 1 (2).

Arezzo M.F. (2014): *Social Capital & Undeclared Work: An Empirical Analysis in Italy from 1998 to 2008* (p. 695 – 709), *Social Indicators Research*, 118 (2).

Argyriades D. (2013): *Greek Exit from the crisis – A pressing & much – needed public service reform* (p.78 – 90), *Social Sciences*, 2 (2).

Arrow K.J. (1963): *Uncertainty & the welfare economics of medical care* (p. 941 – 973), *The American Economic Review*, 53 (5).

Arsene I. (2016): *Estimation of the underground economy. Opportunity & Methods* (p. 1 – 7), ASEM.

Arsic M., Arandarenko M., Radulovic B., Randelovic S., Jankovic I. (2015): *Chapter 4 'Causes of the Shadow Economy'* (p. 21 – 46), in Krstic G., Schneider F. (Eds.): *Formalizing the Shadow Economy in Serbia. Policy Measures & Growth Effects*, Springer Open.

Ashok S., Ul Haq A., Mehmood K. (2017): *Modeling the shadow economy & its dynamics in case of Pakistan* (p. 1 - 46), 33rd AGM and Conference on Redefining Prosperity Paths in Changing Global Economy: Opportunities & Challenge for Pakistan.

Atanasova E., Pavlova M., Moutafova E., Rechel B., Groot W. (2014): *Informal payments for health services: The experience of Bulgaria after 10 years of formal co – payments* (p. 733 – 739), *European Journal of Public Health*, 24 (5).

Auster R.D., Levenson I., Sarachek D. (1969): *The production of health: An exploratory study* (p. 411 – 436), *The Journal of Human Resources*, 4 (4).

Auster R.D., Oaxaca R.L. (1981): *Identification of supplier induced demand in the health case sector* (p. 327 – 342), *The Journal of Human Resources*, 16 (3).

Avram S., Popova D. (2020): Do Welfare State Taxes & Transfers reduce gender income inequality? Evidence from eight European countries, Working Paper No. 09, EUROMOD.

Babbie E. (2011): Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Bajada C., Schneider F. (2005): *The shadow economies of the Asia – Pacific* (p. 379 – 401), *Pacific Economic Review*, 10 (3).

Bajada C., Scheinder F. (2009): *Unemployment & the Shadow Economy in the OECD* (p. 1033 – 1067), *Revue Economique*, 60 (5).

Balabanova D., McKee M. (2002): *Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria* (p. 243 – 273), *Health Policy*, 62 (3).

Bangasser P.E. (2000): *The ILO & the Informal Sector: An Institutional History*, Employment Paper No. 9, Employment Sector, ILO, Geneva.

Barbosa – Filho F.Y. (2012): *An Estimation of the Underground Economy in Brazil*, IBRE - FGV/FGV Projetos, Brazil.

Barnard C.I. (1938): *The functions of the executive*, Harvard University Press, USA.

Barthelemy P. (1989): *Chapter 13 ‘The underground economy in France’* (p. 281 – 295), Part II ‘The Underground Economy in Western developed nations: Measurement in different laboratories’, in Feige E.L. (Ed.): *The Underground Economies. Tax Evasion & Information Distortion*, Cambridge University Press, New York etc.

Batrancea L., Nichita R.A., Batrancea I., Gaban L. (2018): *The strength of the relationship between shadow economy & corruption: Evidence from a Worldwide Country Sample* (p. 1119 – 1143), *Social Indicator Research*, 1398 (3).

Battaglia M.P. (2008): *Convenience Sampling*. *Encyclopedia of Survey Research Methods*, SAGE Publications.

Beavers A., Lounsbury J., Richards J., Huck S., Skolits G., Esquivel S. (2013): *Practical Considerations for using Exploratory Factor Analysis in educational research* (p. 1 – 13), *Practical Assessment, Research & Evaluation* 18 (6).

- Beccaria C. (1797): *Traite des delits et des peines (p. 1 - 10)*, Journal d' Economie Publique de Morale et de Politique.
- Becker G.S. (1967): *Human Capital & the Personal Distribution of Income: An Analytical Approach*, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
- Becker K.F. (2004): *The Informal Economy*, SIDA, Stockholm, Sweden.
- Bekiaris M., Efthymiou T., Koutoupis A. (2013): *Economic crisis impact on Corporate Governance & Internal Audit: The case of Greece (p. 55 – 64)*, Corporate Ownership & Control, 11 (1).
- Belli P., Berman P., Bossert T. (2002): *Formal & Informal Household Spending on Health: A multicountry in Central & Eastern Europe*, Central & Eastern European Health Network, Harvard School of Public Health, USA.
- Bennett S., Creese A., Monasch R. (1998): *Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment*, ARA Paper No. 16, Division of Analysis, Research & Assessment, WHO.
- Bennett S., Gilson L. (2001): *Health Financing: Designing & Implementing Pro – Poor policies*, Issue Paper, DFID Health Systems Resource Center, UK.
- Bennihi A.S., Bouriche L. (2020): *Assesment of the impact of Covid – 19 pandemic on the Algerian economy: The importance of the informal economy (p. 349 - 371)*, Les Cahiers, 36 (03).
- Bentham J.A. (1778): *A View of the Hard-labour Bill: Being an Abstract of a Pamphlet, Intituled," draught of a Bill, to Punish by Imprisonment and Hard-labour, Certain Offenders; and to Establish Proper Places for Their Reception." Interspersed with Observations Relative to the Subject of the Above Draught in Particular, and to Penal Jurisprudence in General,USA.*
- Bentler P.M. (1980): *Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling (p. 419 – 456)*, Annual Review of Psychology, 31 (1).
- Berdiev A.N., Saunoris J.W. (2018): *What drives entrepreneurs underground? The role of tax morale (p. 818 - 822)*, Applied Economics Letters, 26 (10).
- Berdiev A.N., Saunoris J.W. (2019): *On the relationship between income inequality & the shadow economy (p. 224 – 249)*, Eastern Economics Journal, 45 (2).
- Berdiev A.N., Saunoris J.W. (2020): *Driven underground by (mis)trust? (p. 286 – 290)*, Applied Economics Letters, 27 (4).
- Berdiev A.N., Saunoris J.W., Schneider F. (2020): *Poverty & the shadow economy: The role of governmental institutions (p. 921 – 947)*, The World Economy, 43 (4).

- Berger W., Pickhardt M., Pitsoulis A., Prinz A., Sarda J. (2014): *The hard shadow of the Greek economy: New estimates of the size of the underground economy & its fiscal impact* (p. 2190 – 2204), *Applied Economics*, 46 (18).
- Berki S.E. (1986): *A look at catastrophic medical expenses & the poor* (p. 138 - 145), *Healthy Affairs*, 5 (1).
- Berritella M. (2015): *The effect of public education expenditure on shadow economy: A cross – country analysis* (p. 527 - 546), *International Economic Journal*, 29 (4).
- Berrou J.P., Gondard–Delcroix C. (2018): *Dynamics of social networks of urban informal entrepreneurs in an African economy* (p. 167 – 197), *Review of Social Economy*, 76 (2).
- Best R. (2008): *An Introduction to Error Correction Models* (p. 1 - 63), Lecture, Oxford Spring School for Quantitative Methods in Social Research.
- Bethune A. (1997): *Unemployment & mortality*, in Drever F., Whitehead M., (Eds.): *Health Inequalities: Decennial Supplement*, ONS Series DS No 15, The Stationery Office, London.
- Bhattacharya D.K. (1999): *On the economic rationale of estimating the hidden economy* (p. F348 – F359), *The Economic Journal* (109).
- Bhattacharya S., Chatterjee K., Samuelson L. (1986): *Sequential research & the adoption of innovations* (p. 219 – 243), *Strategic Behaviour & Industrial Competition*, 38 (Supplement).
- Bigdeli M., Ir P. (2010): *A role for user charges? Thoughts from health financing reforms in Cambodia*, Background Paper No. 42, WHO.
- Bielby W.T., Hauser R.M. (1977): *Structural equation models* (p. 137 – 161), *Annual Review of Sociology* (3).
- Biles J.J. (2009): *Informal Work in Latin America: Competing Perspectives & Recent Debates* (p. 214 – 236), *Geography Compass* (3/1).
- Biro A., Elek P. (2018): *How does retirement affect healthcare expenditures? Evidence from a change in the retirement age* (p. 803 - 818), *Health Economics*, 27 (5).
- Bishop C.M. (1999): *Latent variable models* (p. 371 – 403), in Jordan M.I. (Ed.): *Learning in Graphical Models*, MIT Press, USA.
- Bitzenis A.P., Vlachos V.A. (2011): *Outward FDI from Greece & its policy context*, *Columbia FDI Profiles*, Vale Columbia Center on Sustainable International Investment, USA.
- Bitzenis A., Vlachos V., Schneider F. (2016): *An exploration of the Greek Shadow Economy: Can its transfer into the official economy provide economic relief amid the crisis?* (p. 165 – 196), *Journal of Economic Issues*, L (1).

Blades D., Roberts D. (2002): *Measuring the non – observed economy*, Brief No. 2, OECD, Paris.

Blalock H.M. (1961): *Correlation & causality: The multivariate case* (p. 246 – 251), *Social Forces*, 39 (3).

Boeke J.H. (1953): *Economics & Economic Policy of Dual Societies as exemplified by Indonesia*, International Secretariat, Institute of Pacific Relations, New York, USA.

Boeschoten W.C., Fase M.M.G. (1984): *The Volume of Payments & the Informal Economy in the Netherlands 1965 - 1982*, Nederlandsche Bank, Amsterdam.

Boitano C., Abanto D.A. (2019): *The Informal Economy & its impact on tax revenues & economic growth. Analysis of OCDE members & Latin America countries (1995 – 2016)* (p. 128 – 157), *Revista de Ciencias de la Gestion* (4).

Boka M., Torluccio G. (2013): *Informal economy in Albania: Size & consequences on financial deepening* (p. 1 - 8), *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2 (8).

Bollen K.A. (1989): *Structural Equation with Latent Variables*, Wiley Publishing Co., New York.

Bordignon M. (1993): *A fairness approach to income tax evasion* (p. 345 – 362), *Journal of Public Economics*, 52 (3).

Borsboom D. (2008): *Latent variable theory* (p. 25 - 53), *Measurement: Interdisciplinary Research & Perspectives*, 6 (1 – 2).

Bosch M., Maloney W. (2010): *Comparative analysis of labor market dynamics using Markov processes: An application to informality* (p. 621 – 631), *Labor Economics*, 17 (4).

Bouriche L., Bennihi A. (2020): *Estimating the informal economy in Algeria from 1980 to 2019: Currency Demand Approach* (p. 471 – 490), *Strategy & Development Review*, 10 (4).

Bracci A., Nadini M., Aliapoulios M., McCoy D., Gray I., Teytelboym A., Gallo A., Baronchelli A. (2020): *The COVID – 19 online shadow economy*, SSRN Paper.

Briggs D. (2003): *Environmental pollution and the global burden of disease* (p. 1 – 24), *British Medical Bulletin*, 68 (1).

Brooks G., Walsh D., Lewis C., Kim H. (2013): *Preventing Corruption. Investigation, Enforcement & Governance*, Graham Books Ltd.

Buehn A., Dell' Anno R., Schneider F. (2018): *Exploring the dark side of tax policy: An analysis of the interactions between fiscal illusion & the shadow economy* (p. 1609 – 1630), *Empirical Economics*, 54 (4).

- Buehn A., Farzanegan M.R. (2013): *Impact of education on the Shadow Economy: Institutions matter* (p. 2052 – 2063), *Economics Bulletin*, 33 (3).
- Buehn A., Schneider F. (2008): *MIMIC Models, Cointegration & Error Correction: An Application to the French Shadow Economy*, IZA Discussion Paper No. 3306.
- Buehn A., Schneider F. (2009): *Corruption & the Shadow Economy: A Structural Equation Model Approach*, IZA Discussion Papers, No. 4182.
- Buehn A., Schneider F. (2012a): *Corruption & the shadow economy: Like oil & vinegar, like water & fire?* (p. 172 – 194), *International Taxation & Public Finance*, 19 (1).
- Buehn A., Schneider F. (2012b): *Corruption & the Shadow Economy: New empirical evidence from a Structural Equation Model* (p. 1 – 37), 2nd World Congress of the Public Choice Society, Miami, Florida, USA.
- Buehn A., Schneider F. (2013): *Shadow Economies in highly developed OECD countries: What are the driving forces?*, Working Paper No. 1317, Department of Economics, Johannes Kepler University of Linz, Austria.
- Buligescu B., Espinoza – Pena H. (2020): *Informal payments in Romanian health care system. A sample selection correction* (p. 40 – 73), *Sociologie Romaneasca*, 18 (2).
- Bunescu I., Comaniciu C. (2011): *Romanian Taxpayers' inclination to tax cheating* (p. 19 - 29), *Studies in Business & Economics*, 6 (1).
- Burak L.J., Vian T. (2007): *Examining & predicting under – the – table payments for health care in Albania: An application of the Theory of Planned Behavior* (p. 1060 - 1076), *Journal of Applied Social Psychology*, 37 (5).
- Burchell B. (1994): *The effects of labour market position, job insecurity & unemployment on psychological health* (p. 188 - 212), in Gallie D., Marsh C., Vogler C. (Eds.): *Social change & the experience of unemployment*, Oxford University Press, Oxford.
- Burki T. (2019): *Corruption is an 'ignored pandemic'* (p. 471), *The Lancet Infectious Diseases*, 19 (5).
- Busato F., Chiarini B. (2004): *Market & Underground Activities in a two – sector dynamic equilibrium model* (p. 831 – 861), *Economic Theory*, 23 (4).
- Busato F., Chiarini B. (2013): *Steady State Laffer Curve with the Underground Economy* (p. 608 – 632), *Public Finance Review*, 41 (5).
- Bwalya J.C. (2020): *Are people in the SADC region willing to pay more tax fund public healthcare?* (p. 601 - 616), *Development South Africa*, 37 (4).
- Cagan P. (1958): *The demand for currency relative to total money supply* (p. 303 – 328), *Journal of Political Economy*, 66 (4).

Carolina M.G.L., Pau L. (2007): *The Shadow Economy in the Netherlands Antilles* (p. 46 – 81), Social & Economic Studies.

Cassar A. (2001): *An Index of the Underground Economy in Malta* (p. 44 – 62), Bank of Valletta Review, 23 (2).

Castells M., Portes A. (1989): *World Underneath: The Origins, Dynamics & Effects of the Informal Economy* (p. 11 - 37), in Portes, A., M. Castells, and L. Benton (Eds): *Informal Economy: Studies in Advanced & Less Developed Countries*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London.

Castro G.A., Ramirez D.B. (2014): *Determinants of tax revenue in OECD countries over the period 2001 - 2011* (p. 35 - 59), *Contaduria y Administracion*, 59 (3).

Chantzaras A.E., Yfantopoulos J.N. (2018): *Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis* (p. 338 – 351), *Social Science & Medicine* (211).

Charmes J. (2019): *Dimensions in Resilience in Developing Countries. Informality, Solidarities & Carework*, Springer Publishing Ltd.

Chen H., Schneider F. (2018): *Size & Causes of Shadow Economy in China over 1978 – 2016: Based on the Currency Demand Method*, Working Paper, Department of Economics, Johannes Kepler University, Linz, Austria.

Chen M., Schneider F., Sun Q. (2020): *Measuring the size of the shadow economy in 30 provinces of China over 1995 – 2016: The MIMIC approach* (p. 427 - 453), *Pacific Economic Review*, 25 (3).

Cheng S.H., Chen C.C., Tsai S.L. (2012): *The impacts of DRG – based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population – based study* (p. 202 – 208), *Health Policy*, 107 (2 - 3).

Chereches R.M., Ungureanu M.I., Sandy P., Rus I.A. (2013): *Defining informal payments in healthcare: A systematic review* (p. 105 – 114), *Health Policy*, 110 (2 – 3).

Chilingerian J. (2008): *Chapter 1 ‘Origing of DRGs in the United States: A technical, political & cultural story’* (p. 4 – 33), in Kimberly J.R., De Pouvourille G., D’Aunno T. (Eds.): *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge University Press.

Choi J.P., Thum M. (2005): *Corruption & the Shadow Economy* (p. 817 – 836), *International Economic Review*, 46 (3).

Christiano L.J., Eichenbaum M.S., Trabandt M. (2018): *On DSGE* (p. 113 – 140), *Journal of Economic Perspectives*, 32 (3).

Cochrane A.L. (1972): *Effectiveness & Efficiency. Random Reflections on Health Services*,

The Rock Carling Fellowship.

Cohen N. (2012): *Informal payments for health care – The phenomenon & its context* (p. 285 – 308), *Health Economics, Policy & Law*, 7 (3).

Cohen N., Filc D. (2017): *An alternative way of understanding exit, voice & loyalty: The case of informal payments for health care in Israel* (p. 72 - 90), *The International Journal of Health Planning & Management*, 32 (1).

Conroy J.D. (2013): *The Idea of Rural Informal Economy*, Research Paper No. 30, Crawford School, Australian National University.

Contini B. (1981): *Labor market segmentation & the development of the parallel economy: The case of Italy* (p. 401 – 412), *Oxford Economic Papers*, 33 (3).

Contoyannis P., Jones A.M. (2001): *Socio – Economic Status, Health & Lifestyle*, Discussion Paper No. 19, Department of Economics & Related Studies, The University of York, Heslington, York, UK.

Costa J., Garcia J. (2003): *Demand for private health insurance: How important is the quality gap?* (p. 587 – 599), *Health Economics*, 12 (7).

Cowell P.A. (1985): *Public policy & tax evasion: Some problems* (p. 273 – 284), *Bulletin of Economic Research*, 37 (3).

Cristea M., Noja G.G., Stefea P., Sala A.L. (2020): *The impact of population aging & public health support on EU labor markets* (p. 1 - 27), *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 17 (4).

Cristiano L.J., Eichenbaum M.S., Trabandt M. (2018): *On DSGE models* (p. 113 - 140), *Journal of Economic Perspectives*, 32 (3).

Danopoulos C.P., Znidaric B. (2007): *Informal economy, tax evasion & poverty in a democratic setting: Greece* (p. 67 - 85), *Mediterranean Quarterly*, 18 (2).

Dasgupta M., Deb R. (1996): *Transitivity & fuzzy preferences* (p. 305 - 318), *Social Choice & Welfare*, 13 (3).

Davidescu A.A.M., Schneider F. (2019): *Shedding light on the driving forces of the Romanian Shadow Economy: An empirical investigation based on the MIMIC Approach* (p. 87 – 110), in Ratten V., Jones P., Braga V., Marques C.S. (Eds.): *Sustainable Entrepreneurship. The role of collaboration in the Global Economy*, Springer Publishing.

Davutyan N. (2008): *Estimating the Size of Turkey's informal sector: An expenditure – based approach* (p. 261 – 271), *Journal of Economic Policy Reform*, 11 (4).

De Beer J., Fu K., Wunsch – Vincent S. (2013): *The Informal Economy, Innovation & Intellectual Property. Concepts, Metrics & Policy Considerations*, *Economic Research*

Working Paper No. 10, World Intellectual Property Organization, Geneva.

De Soto H. (1989): *The Other Path: The Invisible Revolution in the Third World*, Harper & Row, New York, USA.

Dell' Anno R. (2003): *Estimating the Shadow Economy in Italy: A Structural Equation Approach*, Working Paper No. 07, Department of Economics, School of Economics & Management, University of Aarhus, Denmark.

Dell' Anno R. (2008): *What is the relationship between Unofficial & Official Economy? An Analysis in Latin American Countries*, Quaderno No. 23, Dipartimento di Scienze Economiche, Matematiche e Statistiche, Università degli Studi di Foggia, Italy.

Dell' Anno R., Davidescu A.A.M. (2019): *Estimating shadow economy & tax evasion in Romania. A comparison by different estimation approaches (p. 130 – 149)*, *Economic Analysis & Policy* (63).

Dell' Anno R., Gomez–Antonio M., Alanon–Pardo A. (2007): *The shadow economy in three Mediterranean countries: France, Spain & Greece. A MIMIC approach (p. 51 - 84)*, *Empirical Economics*, 33 (1).

Dell' Anno R., Schneider F. (2009): *A complex approach to estimate shadow economy: The structural equation approach (p. 111 – 130)*, in Faggini M., Lux T. (Eds.): *Coping with the Complexity of Economics*, Springer, Milano.

Dellas H., Malliaropoulos D., Papageorgiou D., Vourvachaki E. (2017): *Fiscal Policy with an Informal Sector*, Working Paper No. 235, Bank of Greece, Athens.

Derrida J. (1967): *Of Grammatology*, John Hopkins University Press, Baltimore, USA.

Deutsche Bundesbank (2019): *Cash Demand & the Shadow Economy*, Monthly Report No. 43, Frankfurt, Germany.

Di Cesare M., Khang Y.H., Asaria P., Blakely T., Cowan M.J., Farzadfar F., Guerrero R., Ikeda N., Kyobutung C., Msyaboza K.P., Oum S., Lynch J.W., Marmot M.G., Ezzati M. (2013): *Inequalities in non – communicable diseases & effective responses (p. 585 – 597)*, *The Lancet*, 381 (9866).

Dilnot A., Morris C.N. (1981): *What do we know about the black economy? (p. 58 - 73)*, *Fiscal Studies*, 2 (1).

Dimitrakaki C., Boulamatsis D., Mariolis A., Kontodimopoulos N., Niakas D., Tountas Y. (2009): *Use of cancer screening services in Greece & associated social factors: Results from the nation – wide Hellas Health I Survey (p. 248 – 257)*, *European Journal of Cancer Prevention*, 18 (3).

Dixit A. (1970): *Growth patterns in a dual economy (p. 229 – 334)*, *Oxford Economic Papers*, 22 (2).

Dobre I., Alexandru A.A.M. (2009): *The impact of unemployment rate on the dimension of shadow economy in Spain: A Structural Equation approach* (p. 179 – 197), European Research Studies, XII (4).

Dobre I., Alexandru A.A.M., Lepas O. (2010): *The USA shadow economy & the unemployment rate: Granger Causality results* (p. 98 - 104), Journal of Applied Quantitative Methods, 5 (1).

Doeringer P., Piore M. (1971): *Internal Labor Markets & Manpower Analysis*, Heath/Lexington Books, Lexington, MA.

Dormont B., Grignon M., Huber H. (2006): *Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing* (p. 947 – 963), Health Economics, 15 (9).

Doshmangir L., Sajadi H.S., Ghiasipour M., Aboutorabi A., Gordeev V.S. (2020a): *Informal payments for inpatient health care in post – health transformation plan period: Evidence from Iran* (p. 1 – 14), BMC Public Health, 20 (539).

Doshmangir L., Yousefi M., Hasanpoor E., Eshtiagh B., Haghparast - Bidgoli H. (2020b): *Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: A systematic review & meta – analysis* (p. 1 – 21), Cost Effectiveness & Resource Allocation (18).

Draeseke R., Giles D.E.A. (2002): *A fuzzy logic approach to modeling the New Zealand underground economy* (p. 115 – 123), Mathematics & Computers in Simulation, 59 (1 – 3).

Dreher A., Schneider F. (2006): *Corruption & the Shadow Economy: Substitutes or Complements? The Corruption Monster*, Ethik, Politik und Korruption, Czernin.

Duinhof E.L., Smid S.C., Vollebergh W.A.M., Stevens G.W.J.M. (2020): *Immigration background & adolescent mental health problems: The role of family affluence, adolescent educational level & gender* (p. 435 – 445), Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology (55).

Duncan O.D. (1966): *Path analysis: Sociological examples* (p. 119 – 137), American Journal of Sociology, 72 (1).

Dusetzina S.B., Winn A.N., Abel G.A., Huskamp H.A., Keating N.L. (2014): *Cost – sharing & adherence to tyrosine kinase inhibitors for patients with chronic myeloid leukemia* (p. 306 – 311), Journal of Clinical Oncology, 32 (4).

Dybka P., Kowalczyk M., Olesinski B., Toroj A., Rozkrut M. (2019): *Currency demand & MIMIC models: Towards a structured hybrid method of measuring the shadow economy* (p. 4 – 40), International Journal of Tax Public Finance, 26 (1).

Dzhekova R., Williams C.C. (2014): *Tackling the Undeclared Economy in Bulgaria, A Baseline Report*, GREY Working Paper No. 1, Sheffield University Management School, University of Sheffield, UK.

- Earl–Slater A. (1999): Dictionary of Health Economics, Radcliffe Medical Press.
- Easton S., Veldhuis N. (2001): The Size of the Underground Economy: A Review of the Estimates, Simon Fraser University.
- EBRD (2011): Life in Transition. After the Crisis, EBRD.
- Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. (2008): *Are Recessions Harmful to Health After All? Evidence from the European Union* (p. 368 – 384), Journal of Economic Studies (35).
- Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. (2017): Greece. Health System Review, Health Systems in Transition, 19 (5).
- Economou M., Angelopoulos E., Peppou L.E., Souliotis K., Stefanis C. (2016): *Major depression amid financial crisis in Greece: Will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece?* (p. 260 – 261), Psychiatry Research, 242 (30).
- Eilat Y., Zinnes C. (2000): The Evolution of the Shadow Economy in Transition Countries: Consequences for Economic Growth & Donor Assistance, CAER II Discussion Paper No. 65.
- Ela M. (2013): *An assessment on the relationship between informal economy & educational level in Turkey* (p. 910 – 922), International Journal of Economics & Financial Issues, 3 (4).
- Elgazzar H., Raad F., Arfa C., Mataria A., Salti N., Chaaban J., Salehi – Isfahani D., Fesharaki S., Majbouri M. (2010): Who Pays? Out – of – Pocket Health Spending & Equity Implications in the Middle East & North Africa, HNP Discussion Paper.
- Elgin C., A.Y. Elveren (2019): Informality, Inequality & Feminization of Labor, Working Paper No. 483, Political Economy Research Institute, Massachusetts.
- Elijah O.A., Uffort L. (2007): Comparative Analysis of the Relationship between Poverty & Underground Economy in the highly developed, transition & developing countries, MPRA Paper No. 2054.
- Elliott K.A. (1997): *Chapter 10 ‘Corruption as an International Policy Problem: Overview & Recommendations’* (p. 175 – 236), Part III ‘Summary & Conclusions’, in Elliott K.A. (Ed.): Corruption & the Global Economy, Institute for International Economics, Washington DC, USA.
- Emerson R.W. (2020): *Regression Analysis & Adjusted R²* (p. 332 – 333), Journal of Visual Impairment & Blindness, 114 (4).
- Ene C.M., Hurduc N. (2010): *A Fuzzy Model to estimate Romanian underground economy* (p. 29 - 38), Internal Auditing & Risk Management, 2 (18).
- Engel E.M.R.A., Hines J.R. (1999): Understanding Tax Evasion Dynamics, Working Paper

No. 6903, National Bureau of Economic Research, USA.

Ernhardt L. (2009): *Cigarette smoking: An undertreated risk factor for cardiovascular disease* (p. 23 – 32), *Atherosclerosis*, 205 (1).

Esselink H., Hernandez L. (2017): *The Use of Cash by Households in the Euro Area*, Occasional Paper No. 201, ECB.

European Commission (2016): *An Economic Take of the Refugee Crisis. A macroeconomic assessment for the EU*, Institutional Paper No. 033, European Commission.

European Commission (2020): *Enhanced Surveillance Report. GREECE*, Institutional Paper No. 134, Directorate General for Economic & Financial Affairs.

European Commission (2021): *The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*, Institutional Paper No. 148, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurostat (2008): *NACE Rev. 2. Statistical Classification of Economic Activities in the European Community*, Eurostat.

Fazaeli A.A., Ghaden H., Fazeli A.A., Lotfi F., Salehi M., Mehrara M. (2015): *Main determinants of catastrophic health expenditures: A Bayesian Logit approach of Iranian Household Survey Data (2010)* (p. 335 – 340), *Global Journal of Health Science*, 7 (4).

Fedajev A., Arsic M. (2017): *Drivers of shadow economy in transition countries during the post – crisis period: The results of structural model* (p. 1 - 15), *FIKUSZ' 17 Proceedings* (19).

Feige E.L. (1979): *How big is the irregular economy?* (p. 5 – 13), *Challenge*, 22 (5).

Feige E.L. (1980): *Chapter 2 'Macroeconomics & the Unobserved Sector'* (p. 21 – 37), Part One: *The Economics of Taxation*, in Block W., Walker M. (Eds.): *Taxation. An International Perspective*, Proceedings of an International Symposium, The Fraser Institute, Canada.

Feige E.L. (1996): *Overholdings of US Currency & the Underground Economy* (p. 5 – 62), in Pozo S. (Ed.): *Exploring the Underground Economy. Studies of Illegal & Unreported Activity*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan, USA.

Feige E.L., McGee R.T. (1983): *Sweden's Laffer Curve: Taxation & the Unobserved Economy* (p. 499 – 519), *Scandinavian Journal of Economics*, 85 (4).

Feld L.P., Larsen C. (2012): *Undeclared Work, Deterrence & Social Norms. The case of Germany*, Rockwool Foundation/Research Unitmihe/Springer Publishing.

Feld L.P., Schneider F. (2010): *Survey on the Shadow Economy & undeclared earnings in*

OECD countries (p. 109 – 149), German Economic Review, 11 (2).

Ferwerda J., Deleanu I., Unger B. (2010): Revaluating the Tanzi - Model to Estimate the Underground Economy, Discussion Paper No. 04, Tjalling C. Koopmans Research Institute.

Fethi M.D., Fethi S., Katircioglu S.T. (2006): *Estimating the size of the Cypriot underground economy* (p. 515 - 534), International Journal of Manpower, 27 (6).

Finch W.H., French B.F. (2011): *Estimation of MIMIC model Parameters with Multilevel Data* (p. 229 – 252), Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 18 (2).

Fitzpatrick T.M. (2007): *A taxonomy of corruption* (p. 13 - 38), Journal Studia Universitatis Babeş - Bolyai Negotia, LII (2).

Flevotomou M., Matsaganis M. (2007): Estimation Tax Evasion in Greece, Project no: 028412, AIM-AP Accurate Income Measurement for the Assessment of Public Policies Specific Targeted Research or Innovation Project '*Citizens and Governance in a Knowledge-based Society*'.

Foged M. Peri G. (2016): *Immigrants' effect on native workers: New analysis on longitudinal data* (p. 1 - 34), American Economic Journal: Applied Economics, 8 (2).

Fonta W.M., Ichoku H.E., Ataguba J.E. (2010): *Paying for community – based health insurance schemes in rural Nigeria: The use of in – kind payments* (p. 110 - 128), in 'African Review of Money Finance & Banking', Centre for Socio – Economic Dynamics & Cooperation, University of Bergamo, Bergamo, Italy.

Fotaki M. (2009): *Informal Payments: A side effect of transition or a mechanism for sustaining the illusion of 'free' health care? The experience of four Regions in the Russian Federation* (p. 649 – 670), Journal of Social Policy, 38 (4).

Frederiksen B.L., Jorgensen T., Brasso K., Holten I., Osler M. (2010): *Socioeconomic position & participation in colorectal cancer screening* (p. 1496 – 1501), British Journal of Cancer, 103 (10).

Frey B.S., Pommerehne W.W. (1982): *Chapter 1 'Measuring the hidden economy: Though this be madness, there is method in it'* (p. 3 – 27), in Tanzi V. (Ed.): *The Underground Economy in the United States & abroad*, Lexington, Massachusetts/ Toronto.

Frey B.S., Pommerehne W.W. (1984): *The Hidden Economy: State & Prospects for measurement* (p. 1 - 23), Review of Income & Wealth, 30 (1).

Frey B.S., Schneider F. (2000): *Informal & Underground Economy*, Working Paper No. 0004, Department of Economics, Johannes Kepler University, Linz, Austria.

Frey B.S., Weck H.H. (1983): *What produces a hidden economy? An international cross – section analysis* (p. 822 - 832), Southern Economic Journal, 49 (3).

Frey B.S., Weck H.H. (1984): *The hidden economy as an 'unobserved' variable* (p. 33 – 53), *European Economic Review*, 26 (1 - 2).

Friedman E., Johnson S., Kaufmann D., Zoido – Lobaton P. (2000): *Dogging the grabbing hand: The determinants of unofficial activity in 69 countries* (p. 459 – 493), *Journal of Public Economics*, 76 (3).

Fuchs V.R. (2000): *The future of health economics* (p. 141 – 157), *Journal of Health Economics*, 19 (2).

Fuest C., Riedel N. (2009): *Tax Evasion, Tax Avoidance & Tax Expenditures in developing countries: A review of the literature*, UK Department for International Development, UK.

Gaal P., Belli P.C., McKee M., Szócska M. (2006): *Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions & Dilemmas* (p. 251 – 293), *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 31 (2).

Gaal P., Jakab B., Shishkin S. (2010): *Chapter 12 'Strategies to address informal payments for health care'* (p. 327 – 360), Part 3 'Improving the Performance in Health Financing Systems', in Kutzin J., Cashin C., Jakab M. (Eds.): *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*, WHO.

Gaal P., McKee M. (2004): *Informal payment for health care & the theory of 'infix'* (p. 163 – 178), *International Journal of Health Planning & Management*, 19 (2).

Gaal P., Velkey Z., Szerencses V., Webb E. (2021): *The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: Will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other?* (p. 833 - 840), *Health Policy*, 125 (7).

Ganan–Cardenas E., Correa–Morales J.C. (2021): *Comparison of Correction Factors & Sample Size Required to Test the Equality of the Smallest Eigenvalues in Principal Component Analysis* (p. 43 – 64), *Revista Colombiana de Estadística - Applied Statistics*, 44 (1).

Garcia P.J. (2019): *Corruption in global health: The open secret* (p. 2119 – 2124), *The Lancet*, 394 (10214).

Garel P., Notarangelo P., Lotane F. (2015): *Out of pocket payments in healthcare systems in the European Union*, *European Hospital & Healthcare Federation*.

Garvanlieva V., Andonov V., Nikolov M. (2012): *Shadow Economy in Macedonia*, Center for Economic Analysis, Skopje, FYROM.

Gaspareniene L., Remeikiene R. (2016): *Shadow Economy estimation methods: Digital Shadow Economy* (p. 1 - 9), 9th International Scientific Conference 'Business & Management 2016', 12th – 13rd May 2016, Vilnius, Lithuania.

Gasteratos I., Karamalis M., Koutoupis A.G. (2016): *Shadow economy worsens income distribution (p. 80 - 92)*, International Journal of Economics & Business Administration, 4 (3).

GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018): *Alcohol use & burden for 195 countries & territories, 1990 – 2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 (p. 1015 - 1035)*, The Lancet, 392 (10152).

Geertz C. (1962): *The rotating credit association: A 'middle rung' in development (p. 241 – 263)*, Economic Development & Cultural Change, 10 (3).

Geertz C. (1963a): *Old Societies & New States: The Quest for Modernity in Asia & Africa*, Free Press, Glencoe, Illinois, USA.

Geertz C. (1963b): *Peddlers & Princes: Social change & economic modernization in two Indonesian towns*, University of Chicago, Chicago, USA.

Gërzhani K., Van de Werfhorst H.G. (2013): *The effect of education on Informal Sector participation in a Post – Communist country (p. 464 - 476)*, European Sociological Review, 29 (3).

Ghoddosinejad J., Jannati A., Gholipour K., Baghdan B.E. (2014): *Households encountering with catastrophic health expenditures in Ferdows, Iran (p. 81 - 84)*, Journal of Egyptian Public Health, 89 (2).

Giannouchos T.V., Ukert B., Vozikis A., Steletou E., Souliotis K. (2021): *Informal out of pocket payments experience & individuals' willingness – to – pay for healthcare services in Greece (p. 1 – 11)*, Health Policy, DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.001.

Giannouchos T.V., Vozikis A., Koufopoulou P., Fawkes L., Souliotis K. (2020): *Informal out – of – pocket payments in healthcare services in Greece (p. 758 – 764)*, Health Policy, 124 (7).

Giles D.E.A. (1998): *The Underground Economy: Minimizing the Size of Government*, Department of Economics, University of Victoria, Australia.

Giles D.E.A. (1999): *Measuring the hidden economy: Implications for Econometric Modelling (p. 370 – 380)*, The Economic Journal, 109 (456).

Giles D.E.A., Tedds L.M. (2002): *Taxes & the Canadian Hidden Economy*, Canada Tax Foundation, Toronto, Canada.

Giles D.E.A., Werkneh G.R., Johnson B.J. (1999): *Asymmetric Responses of the Underground Economy to Tax Changes: Evidence from New Zealand Data*, Econometrics Working Paper EWP 9911.

Giuffrida A., Iunes R.F., Savedoff W.D. (2005): *Health & Poverty in Brazil: Estimation by Structural Equation Model with Latent Variables*, Technical Note No. 1, Inter – American

Development Bank, Washington DC, USA.

Godfrey P.C. (2011): *Toward a theory of the informal economy (p. 231 – 277)*, The Academy of Management Annals, 5 (1).

Goel R.K., Saunoris J.W., Schneider F. (2019): *Drivers of the underground economy for over a century: A long term look for the United States (p. 95 - 106)*, The Quarterly Review of Economics & Finance (71).

Gold S.J. (2019): *Liabilities & benefits associated with the involvement of undocumented immigrants of informal entrepreneurship in the US (p. 9 – 28)*, in Ramadani V., Dana L.P., Ratten V., Bexheti A. [Eds.]: *Informal Ethnic Entrepreneurship. Future Research Paradigms for Creating Innovative Business Activity*, Springer Publishing Ltd.

Golberger A.S. (1972): *Structural equation methods in the Social Sciences (p. 979 – 1001)*, Econometrics, 40 (6).

Granger C.W.J. (1969): *Investigating causal relations by econometric models & cross – spectral methods (p. 424 – 438)*, Econometrica, 37 (3).

Grigorakis N., Floros C., Tsangari H., Tsoukatos E. (2017): *Combined social & private health insurance versus catastrophic out of pocket payments for private hospital care in Greece (p. 261 - 287)*, International Journal of Economics & Management, 17 (3).

Groebner D.F., Shannon P.W., Fry P.C. (2018): *Business Statistics: A Decision – Making Approach (10th Edition)*, Pearson Publications.

Grossman M. (2000): *The human capital model (p. 347 – 408)*, Handbook of Health Economics (1).

Guliev H.E. (2019): *Estimating the size of the shadow economy in Azerbaijan, Section 1 ‘Economy & Management of a National Economy Section’, ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ.*

Guloglu T., Korkmaz A., Kip M. (2003): *Türkiye’de Kayıtdışı İstihdam Gerçeğine Bir Bakış (p. 51 – 96)*, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 45 (1) (*Fact at a Glance Informal Employment in Turkey*).

Gulzar A., Junaid N., Haider A. (2010): *What is hidden, in the hidden economy of Pakistan? Size, causes, issues & implications (p. 665 – 704)*, The Pakistan Development Review, 49 (4).

Gutmann P.M. (1977): *The Subterranean Economy (p. 26 – 27, 34)*, Financial Analysis Journal, 33 (6).

Guy G.P., Yabroff K.B., Ekwueme D.U., Virgo K.S., Han X., Banegas M.P., Soni A., Zheng Z., Cahwla N., Geiger A.M. (2015): *Healthcare Expenditure Burden among non - elderly cancer survivors, 2008 - 2012 (p. S489 – S497)*, American Journal of Preventive Medicine,

49 (6).

Gwartney J., Lawson R., Hall J., Murphy R., Berggen N., McMahon F., Nilsson T. (2020): *Economic Freedom of the World. 2020 Annual Report*, Fraser Institute, USA.

Gyomai G., Van de Ven P. (2014): *The Non – Observes Economy in the System of National Accounts*, Statistics Brief No. 18, OECD.

Gyanor M., Vogt W.B. (2000): *Chapter 27 ‘Antitrust & completion in health care markets’ (p. 1405 - 1487)*, Handbook of Health Economics (1).

Habibov N., Auchynnika A., Fan L., Yunhong L. (2021): *How different motivations for making informal out – of – pocket payments vary in their influence on users’ satisfaction with healthcare, local & national government & satisfaction with life? (p. 1 – 13)*, BioMed Research International (ID: 5763003).

Habibov N., Auchynnika A., Luo R., Fan L. (2018): *Who wants to pay more taxes to improve public health care? (p. e944 – e959)*, International Journal of Health Planning & Management, 33 (4).

Habibov N., Cheung A. (2017): *Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale & socioeconomic correlates (p. 28 – 37)*, Social Science & Medicine (178).

Hadley J. (1982): *More Medical Care, Better Health? An Economic Analysis of Mortality Rates*, The Urban Institute Press, Washington DC, USA.

Hamid S.A., Ahsan S.M., Begum A. (2014): *Disease specific impoverishment impact of out of pocket payments for health care: Evidence from Rural Bangladesh (p. 421 – 433)*, Applied Health Economics & Health Policy, 12 (4).

Hanly P., Ceilleachair A.O., Skally M., O’ Neill C., Sharp L. (2015): *Direct costs of radiotherapy for rectal cancer: A microcosting study (p. 1 - 7)*, BMC Health Services Research, 15 (184).

Harris J.R., Todaro M.P. (1970): *Migration, unemployment & development: A two – sector analysis (p. 126 – 142)*, The American Economic Review, 60 (1).

Hart K. (1971): *Migration & Tribal Identity among the Frafras of Ghana (p. 21 - 36)*, Asian & African Studies, 6 (1).

Hart K. (1973): *Informal Income Opportunities & Urban Employment in Ghana (p. 61 – 89)*, Journal of Modern African Studies, 11 (1).

Hashmi A., Soomro J.A., Memon A., Soomro T.K. (2012): *Incorrect inhaler technique compromising quality of life of asthmatic patients (p. 16 – 21)*, Journal of Medicine, 13 (1).

Hassan K.M. (2011): *The Shadow Economy of Bangladesh: Size, Estimation & Policy Implications*, Transparency International Bangladesh.

Hassan M., Schneider F. (2016a): *Modelling the Egyptian Shadow Economy: A Currency Demand & A MIMIC Model Approach* (p. 309 - 339), *Journal of Economics & Political Economy*, 3 (2).

Hassan M., Schneider F. (2016b): *Size & development of the shadow economies of 157 worldwide countries: Updated & new measures from 1999 to 2013* (p. 1 - 15), *Journal of Global Economics*, 4 (3).

Hayat R., Rashid A. (2020): *Exploring legal & political – institutional determinants of the informal economy of Pakistan* (p.1 – 17), *Cogent Economics & Finance*, 8 (1).

Helberger C., Knepel H. (1988): *How big is the shadow economy? A re – analysis of the unobserved – variable approach of B.S. Frey & H. Weck – Hannemann* (p. 965 - 876), *European Economic Review*, 32 (4).

Helland I.S. (1987): *On the interpretation & use of R^2 analysis in Regression Analysis* (p. 61 – 69), *Biometrics*, 43 (1).

Hellman J., Kaufmann D. (2001): *Confronting the challenge of state capture in transition economies* (p. 31 – 35), *Finance & Development*, 38 (3).

Helmke G., Levitsky S. (2004): *Informal institutions & comparative politics: A research agenda* (p. 725 – 740), *Perspectives on Politics*, 2 (4).

Hibberts M., Burke–Johnson R., Hudson K. (2012): *Chapter 5 ‘Common Survey Sampling Techniques’* (p. 53 – 74), Part II ‘Designing the Survey’, in Gideon L. (Ed.): *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences*, Springer Publishing.

Higgins B. (1956): *The dualistic theory of underdeveloped areas* (p. 99 – 115), *Economic Development & Cultural Change*, 4 (2).

Hill R., Kabir M. (1996): *Tax rates, the tax mix & the growth of the underground economy in Canada: What can we refer?* (p.1552 - 1583), *Canadian Journal of Taxation*, 44 (6).

Hirdes J.P., Forbes W.F. (1993): *Factors associated with the maintenance of good self – rated health* (p. 101 – 122), *Journal of Aging & Health*, 5 (1).

Hitchen E., Shaw I.G.R. (2019): *Intervention – Shrinking Worlds: Austerity & Depression*, Antipode Online.

Hodrick R.J., Prescott E.C. (1997): *Postwar US business cycles: An empirical investigation* (p. 1- 16), *Journal of Money, Credit & Banking*, 29 (1).

Holst J. (2006): *Chapter 5 ‘User fees in health care: Myths, Truths & Evidences’* (p. 69 – 114), in Laaser U., Radermacher R. (Eds.): *Financing Health Care – A Dialogue between South East Europe & Germany*, Jacobs Editing Company, Lage/Germany.

Hooda S.K. (2017): *Out – of – pocket payments for Healthcare in India: Who Have Affected the Most and Why?* (p. 1 – 15), *Journal of Health Management*, 19 (1).

- Hope K.R. (2014): *Informal economic activity in Kenya: Benefits & drawbacks* (p. 67 – 80), *African Geographical Review*, 33 (1).
- Hornbrook M.C., Goldfarb M.G. (1983): *A partial test of a hospital behavioral model* (p. 667 – 680), *Social Science & Medicine*, 17 (10).
- Hornstein Z. (1980): *The Black Economy*, Department of Employment, Mimeo, London, UK.
- Horodnic A.V., Mazilu S., Oprea L. (2018): *Drivers behind widespread informal payments in the Romanian public health care system: From tolerance to corruption to socio – economic & spatial patterns* (p. e597 – e611), *The International Journal of Health Planning & Management*, 33 (2).
- Horodnic A.V., Williams C.C. (2018): *Informal payments by patients for health services: Prevalence & Determinants* (p. 841- 855), *The Service Industries Journal*, 38 (11 – 12).
- Horodnic A.V., Williams C.C., Polese A., Zait A., Oprea L. (2017): *Exploring the practice of making informal payments in the health sector: Some lessons from Greece* (p. 157 – 172), in Polese A., Williams C.C., Horodnic A.V., Bejakovic P. (Eds.): *The Informal Economy in Global Perspective. Varieties of Governance*, Palgrave MacMillan.
- Horodnic I.A. (2017): *The Shadow in the East: Joining up the Fight against undeclared work in Romania*, Peer Review on ‘Joining Operation Groups between public agencies – An effective tool to prevent & tackle undeclared work’, 25nd – 26th September 2017, Oslo, Norway.
- Hsu C.C., Chen L., Hu Y.W., Yip W., Shu C.C. (2006): *The dimensions of responsiveness of a health system: A Taiwanese perspective* (p.1 - 7), *BMC Public Health*, 6 (72).
- Huber M., Orosz E. (2003): *Health expenditure trends in OECD countries, 1990 – 2001* (p. 1 – 22), *Health Care Financing Review*, 25 (1).
- Hunt J. (2007): *Bribery in health care in Peru & Uganda*, IZA Discussion Paper No. 2757.
- Hussman K. (2011): *Addressing Corruption in the Health Sector. Securing equitable access to health care for everyone*, U4 Issue No. 11, Chr. Michelsen Institute, Oslo, Norway.
- Hussmans R. (2004): *Measuring the Informal Economy: From employment in the Informal Sector to Informal Employment*, Working Paper No. 53, Policy Integration Department, Bureau of Statistics, ILO, Geneva.
- Huynh C.M., Nguyen T.L. (2019): *Fiscal policy & shadow economy in Asian developing countries: Does corruption matter?* (p. 1745 - 1761), *Empirical Economics* (59).
- Iamschikova M., Mogilevskii R., Onah M.N. (2021): *Trends in out of pocket payments & catastrophic health expenditure in the Kyrgyz Republic post the ‘Den Sooluk’ Health Reform, 2012 – 2018* (p. 1 - 17), *International Journal for Equity in Health*, 20 (30).

IAW (2017): Prognose zur Entwicklung der Schattenwirtschaft 2017: Anhaltend positive Beschäftigungslage und steuerliche Entlastungen föhren zu einem weiteren Rückgang der Schattenwirtschaft (*Forecast for the development of the shadow economy in 2017: Continuing positive employment situation & tax relief lead to a further decline in the shadow economy*), Johannes Kepler University of Linz, Austria.

Icks A., Rosenbauer J., Haastert B., Rathman W., Grabert M., Gandjour A., Giani G., Holl R.W. (2004): *Direct cost of pediatric diabetes care in Germany & their predictors* (p. 302 - 309), *Experimental & Clinical Endocrinology & Diabetes*, 112 (6).

Ihrig J., Moe K.S. (2004): *Lurking in the shadows: The informal sector & government policy* (p. 541 – 557), *Journal of Development Economics*, 73 (2).

IIA (2017): *International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards)*, The Institute of Internal Auditors, North America.

Iliceto P., Pompili M., Spencer – Thomas S., Ferracuti S., Ebruto D., Lester D., Candilera G., Girardi P. (2013): *Occupational stress & psychopathology in health professionals: An explorative study with the Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) model approach* (p. 143 - 152), *Stress*, 16 (2).

Illich I. (1975): *Medical Nemesis*, Pantheon, New York.

ILO (1972): *Employment, Incomes & Equality: A Strategy for Increasing Productive Employment in Kenya*. ILO, Geneva.

ILO (2002): *Decent Work & the Informal Economy*, Report VI, 90th Session, ILO, Geneva.

ILO (2008): *Social Health Protection. An ILO strategy towards universal access to health care*, ILO, Geneva.

ILO (2016): *Diagnostic Report on Undeclared Work in Greece*, ILO, Geneva.

ILO (2018): *A Guide on Labour Inspection Intervention in the Informal Economy. A Participatory Method*, ILO, Geneva.

ILO (2020): *COVID – 19 crisis & the Informal Economy. Immediate Responses & Policy Challenges*, Brief, ILO, Geneva.

IRS (2007): *Reducing the Federal Tax Gap, A Report on Improving Voluntary Compliance*, IRS, US Department of the Treasury, USA.

Isachsen A.J., Strom S. (1985): *The size & growth of the hidden economy in Norway* (p. 21 – 38), *Review of Income & Wealth*, 31 (1).

Islam M.M., Yen L., Valderas J.M., McRae I.S. (2014): *Out – of - pocket expenditure by Australian seniors with chronic disease: The effect of specific diseases and morbidity clusters* (p. 1 – 18), *BMC Public Health*, 14 (1008).

Itzigsohn J. (2000): *Developing Poverty: The State, Labor Market, Deregulation & the Informal Economy in Costa Rica & the Dominican Republic*, Pennsylvania State University Press, University Park.

Jakubowski K.P., Cundiff J.M., Matthews K.A. (2018): *Cumulative childhood adversity & adult cardiometabolic disease: A meta – analysis* (p. 701 - 715), *Health Psychology*, 37 (8).

Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Coid J., Fryers T., Weich S., Singleton N., Meltzer H. (2008): *Debt, income & mental disorder in the general population* (p. 1485 - 1493), *Psychological Medicine*, 38 (10).

Johnson S., Kaufmann D., Shleifer A. (1997): *The unofficial economy in transition* (p. 159 – 239), *Brookings Papers on Economic Activity* (2).

Johnson S., Kaufmann D., Zoido – Lobaton P. (1998): *Regulatory discretion & the unofficial economy* (p. 387 - 392), *American Economic Review Papers & Proceedings*, 88 (2).

Joreskog K.G., Goldberger A.S. (1975): *Estimation of a Model with Multiple Indicators & Multiple Causes of a Single Latent Variable* (p. 631 - 639), *Journal of the American Statistical Association*, 70 (351).

Joreskog K.G., Sorbom D. (1978): *LISREL IV - A general computer program for estimation of a linear structural equation system by maximum likelihood methods*, National Educational Resources, Chicago, USA.

Kaiser J.F., Rice J. (1974): *Little Jiffy, Mark IV* (p. 111 – 117), *Educational & Psychological Measurement*, 34 (1).

Kaitelidou D., Tsirona C.S., Galanis P.A., Siskou O.C., Mladovsky P., Kouli E.G., Prezerakos P.E., Theodorou M., Sourtzi P.A., Liaropoulos L.L. (2013): *Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece* (p. 23 – 30), *Health policy*, 109 (1).

Kaldor N. (1956): *Indian Tax Reform: Report of a Survey*, Department of Economic Affairs, Ministry of Finance, India.

Kanbur R. (2013): *Mindsets, Trends & the Informal Economy*, Working Paper, Cornell University, USA.

Kankeu H.T., Ventelou B. (2016): *Socioeconomic inequalities in informal patients for health care: An assessment of the 'Robin Hood' hypothesis in 33 African countries* (p. 173 – 186), *Social Science & Medicine* (151).

Kaplan R.M., Kronick R.G. (2006): *Marital status & longevity in the United States population* (p. 760 – 765), *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (6).

Kaplanoglou G., Rapanos V.T. (2011): *The Greek Fiscal Crisis & the Role of Fiscal*

Governance, GreeSE Paper No. 48, Hellenic Observatory Papers on Greece & Southeast Europe, London, UK.

Kastlunger B., Lozza E., Kirchler E., Schabmann A. (2013): *Power authorities & trusting citizens: The Slippery Slope Framework & tax compliance in Italy* (p. 36 – 45), *Journal of Economic Psychology* (34).

Katsios S. (2019): *Tourism in 'Yellow Times': The De – formalisation of the Greek economy & its impact on tourism* (p. 209 – 226), Part III 'Systemic Governance & Institutions', in Papathanassis A., Katsios S., Dinu N.R. (Eds.): *Yellow Tourism. Crime & Corruption in the Holiday Sector*, Springer Publishing.

Kaufmann D. (1997): *Corruption: The Facts* (p. 114 – 131), *Foreign Policy* (107).

Kaufmann D., Kaliberda A. (1996): Integrating the unofficial economy into the dynamics of post socialist economies: A framework of analyses & evidence, Working Paper No. 1691, Country Department IV, Europe & Central Asia, The World Bank, Washington DC, USA.

Kayalvizhi S., Gunasekar T., Thenmozhi S. (2016): *A Fuzzy Logic approach to modeling the Indian underground economy* (p. 94 - 98), *International Journal of Mathematics & Technology*, 39 (2).

Kemal A.M. (2007): A Fresh Assessment of the Underground Economy & Tax Evasion in Pakistan: Causes, Consequences & Linkages with the Formal Economy, MPRA Paper No. 2226.

Keneck–Massil J., Noah A. (2019): Shadow Economy & educational systems in Africa, *Economics Bulletin*, 39 (2).

Khandan A., Nili M. (2014): *Government interventions & the size of the informal economy. The case of Iran (1971 – 2007)* (p. 71 – 90), *Journal of Economic Policy Reform*, 17 (1).

Khodamoradi A., Rashidian A., Daryabeygi – Khotbesara R., Aghlmand S. (2018): *Evaluation of informal payments to health care professionals & the influential factors in Urmia city hospitals, Iran* (p. 1 – 9), *Journal of Medical Ethics & History of Medicine*, 11 (7).

Kim M., Lee S., Kim J. (2020): *A wide & deep learning sharing input data for regression analysis* (p. 8 – 12), 2020 IEEE International Conference on Big Data and Smart Computing (BigComp).

Klein F. (2008): Unofficial Economy and Corruption: Complements or Substitutes. Working Paper EAESP/FGV.

Kline R.B. (2021): Μοντέλα Δομικών Εξισώσεων. Αρχές & Εφαρμογές, Επιστημονική Επιμέλεια κειμένου & απόδοσης όρων: Ηλίας Σαντουρίδης, Μετάφραση & Επιστημονική Επιμέλεια: Περσεφόνη Πολυχρονίδου, Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα.

Klovland J.T. (1984): *Tax evasion & the demand for currency in Norway & Sweden: Is there a hidden relationship?* (p. 423 – 439), *Scandinavian Journal of Economics*, 86 (4).

Kodila–Tedika O., Mutascu M. (2014): *Tax Revenues & Intelligence: A Cross – Sectional Evidence*, MPRA Paper No. 57581.

Kotios A., Roukanas S. (2013): *The greek crisis & the crisis in Eurozone’s Governance* (p. 91 - 105), Part II ‘The Macroeconomic Framework’, in Sklias P., Tzifakis N. (Eds.): *Greece’s Horizons. Reflecting on the country’s assets & capabilities*, Springer Publishing Ltd.

Kottaridi C., Thomakos D. (2018): *‘Regulate me not’: The regulatory failures of taxation: A tale from Greece* (p. 863 – 871), *Managerial & Decision Economics*, 39 (8).

Koufopoulou P., Williams C.C., Vozikis A., Souliotis K. (2019): *Shadow Economy: Definitions, terms & theoretical considerations* (p. 35 – 57), *Advances in Management & Applied Economics*, 9 (5).

Koutoupis A., Pappa E. (2018): *Corporate Governance & Internal Controls: A case study from Greece* (p. 91 – 99), *Corporate Governance & Internal Controls*, 7 (2).

Koyuncu J.Y., Unal H.S. (2019): *The impact of economic freedom on the shadow economy: Panel Analysis* (p. 35 – 46), *Sosyal Bilimler Metinleri* (2).

Krasniqi B.A., Williams C.C. (2020): *Does informality help entrepreneurs achieve firm growth? Evidence from a post – conflict economy* (p. 1581 – 1599), *Economic Research*, 33 (1).

Krstic G., Schneider F., Arandarenko M., Arsic M., Radulovic B., Randelovic S., Jankovic I. (2013): *The Shadow Economy in Serbia: New Finding & Recommendations for Reform*, USAID.

Krugman P. (2012): *Τέλος στην Ύφεση Τώρα!* (2^η έκδοση), Εκδόσεις ΠΟΛΙΣ, Αθήνα.

Kumanova A., Manolov B. (1996): *The concept of shadow economy: How to measure & model it* (p. 1 - 14), *Statistika Journal* (2).

Kydland F.E., Prescott E.C. (1982): *Time to build & aggregate fluctuations* (p. 1345 – 1370), *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 50 (6).

Kyle S., Warner A., Dimitrov L., Krustev R. Alexandrova S., Stanchev K. (2001): *The Shadow Economy in Bulgaria*, Institute for Economic Analysis & Forecasting, Harvard University, Sofia, Bulgaria.

Kyngas H., Hentinen M., Koivukangas P., Ohinmaa, A. (1996): *Young diabetics’ compliance in the framework of the MIMIC model* (p. 997 – 1005), *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5).

Kyriazis I., Lappa T., Koufopoulou P., Sidiropoulos S., Efthymiou I.P., Vozikis A. (2018): *Chapter 3 'Impact of austerity on dietary habits & obesity in Greek children, adolescents & adults' (p. 27 – 42)*, in Saridi M., Souliotis K. (Eds.): *The Impact & Implications of Crisis: A Comprehensive Approach Combining Elements of Health & Society*, NOVA Publishers, USA.

Kyriopoulos I.I., Nikoloski Z., Mossialos E. (2019): *The impact of the Greek Adjustment Programme on household health expenditure (p. 274 – 284)*, *Social Science & Medicine* (222).

Lacko M. (1996): *Hidden Economy in East – European countries in international comparison*, Working Paper, International Institute of Applied System Analysis, Luxembourg, Austria.

Laffer A.B. (1986): *The ellipse: An explanation of the Laffer curve in a two – factor model (p. 1 – 35)*, in Canton V.A., Kadlec C.W., Laffer A.B. (Eds.): *The Financial Analyst's Guide to Fiscal Policy*, Greenwood Press, New York, USA.

Landrian A., Phillips B.S., Singhal S., Mishra S., Kajal F., Sidhinaraset M. (2020): *Do you need to pay for quality care? Associations between bribes & out – of – pocket expenditures on quality of care during childbirth in India (p. 600 - 608)*, *Health Policy & Planning*, 35 (5).

Langenbrunner J.C., Cashin C., O' Dougherty S. (2009): *Overview 'What, How & Who: An introduction to Provider Payment Systems' (p. 1 - 26)*, in Langenbrunner J.C., Cashin C., O' Dougherty S. (Eds.): *Designing & Implementing Health Care Provider Payment Systems*, World Bank, Washington DC, USA.

Langenbrunner J.C., Orosz E., Kutzin J., Wiley M.M. (2005): *Chapter 11 'Purchasing & paying providers' (p. 236 - 264)*, Part 2, in Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (Eds.): *Purchasing to improve health systems performance*, Open University Press.

Langfeldt E. (1984): *The unobserved economy in the Federal Republic of Germany (p. 261 – 279)*, in E.L. Feige (Ed.): *The Unobserved Economy*, Cambridge: Cambridge University Press.

Langfeldt E. (1989): *Chapter 8 'The underground economy in the Federal Republic of Germany: A preliminary assessment' (p. 197 – 218)*, Part II 'The Underground Economy in Western developed nations: Measurement in different laboratories', in Feige E.L. (Ed.): *The Underground Economies. Tax Evasion & Information Distortion*, Cambridge University Press Ltd.

Laopoulou F., Kelesi M., Fasoï G., Vasilopoulos G., Polikandrioti M. (2020): *Perceived social support in individuals with diabetic foot ulcers (p. 65 – 71)*, *Journal of Wound & Ostomy Continence*, 47 (1).

Lapeyre F. (2015): *Formalization of the Informal Economy. The need for an integrated policy framework (p. 1 – 41)*, Regional Conference on the Formalization of the Informal

Economy, 15th - 16th September 2015, Becici, Budva, Montenegro.

Lawrence E.M., Rogers R.G., Zajacova A., Wadsworth T. (2019): *Marital happiness, marital status, health & longevity* (p. 1539 – 1561), *Journal of Happiness Studies*, 20 (5).

Lazar D.T., Moldovan B.A., Pavel A. (2008): *Underground economy's measurement methods* (p. 43 – 58), *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 23 (E).

Leu R.E., Gerfin M., Spycher S. (1992): *Chapter 2 'The validity of the MIMIC health index – Some empirical evidence'* (p. 109 - 142), Part II 'Criteria for Allocating Health Care Resources', in Zweifel P., Frech H.E. (Eds.): *Health Economics Worldwide*, Springer – Science & Business Media, B.V.

Lewis A.W. (1954): *Economic development with unlimited supplies of labour* (p. 139 – 191), *The Manchester School*, 22 (2).

Li R., Gregg E.W., Barker L., Zhang P., Zhang F., Zhuo X., Williams D.E., Soumerai S.B. (2013): *Medicare Part D is associated with reducing the financial burden of health care services in Medicare beneficiaries with diagnosed diabetes* (p. 888 - 893), *Medical Care*, 51 (10).

Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008): *Informal payments in public hospitals in Greece* (p. 72 – 81), *Health Policy*, 87 (1).

Lin F., Wu H.S. (2018): *Intergenerational Transfer & Reporting Bias: An Application of the MIMIC Model* (p. 19 – 29), *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 73 (1).

Liu M., Bao G., He A.J. (2020): *Does health insurance coverage reduce informal payments? Evidence from the 'red envelopes' in China* (p. 1 – 11), *BMC Health Services Research*, 20 (95).

Liu N., Chen Z., Bao G. (2021): *Unpacking the red packets: Institution & informal payments in healthcare in China* (p. 1 – 12), *The European Journal of Health Economics*, DOI: 10.1007/s10198-021-01330-z.

Long J.B., Plosser C.I. (1983): *Real business cycles* (p. 39 - 69), *Journal of Political Economy*, 91 (1).

Lopes H.F. (2020): *Basic Time Series*, Working Paper, INSPER Institute of Education & Research.

Louis D.Z., Yuen E.J., Braga M., Cicchetti A., Rabinowitz C., Laine C., Gonnella J.S. (1999): *Impact of a DRG - based hospital financing system on quality & outcomes of care in Italy* (p. 405 - 415), *HSR: Health Services Research*, 34 (1: Part II).

Lovejoy S., Ashford H., Willis W., Coustasse A. (2015): *All – payer hospital regulations* (p. 42 – 49), *Business & Health Administration Proceedings Association Annual Conference*, Deborah Gritzmacher.

Lui–Evans G., Mitra S. (2019): Informality & Bank Stability, Working Paper No. #201903, Management School, University of Liverpool, UK.

Lurk J.T., DeJong D.J., Woods M.T., Knell M.E., Carroll C.A. (2004): *Effects of changes in patient cost sharing & drug sample policies on prescription drug costs & utilization in a safety – net - provider setting* (p. 267 - 272), *American Journal of Health – System Pharmacy*, 61 (3).

Maiti D., Sen K. (2010): *The informal sector in India: A means of exploitation or accumulation?* (p. 1 – 13), *Journal of South Asian Development*, 5 (1).

Makananisa M.P., Koloane C.T., Schneider F. (2020): *Modelling the shadow economy of South Africa: Using the currency demand & MIMIC approach* (p. 27 - 46), *Journal Economics & Political Economy*, 7 (1).

Maloney W.F. (1999): *Does informality imply segmentation in urban labor markets? Evidence from sectoral transitions in Mexico* (p. 275 – 302), *The World Bank Economic Review*, 13 (2).

Maloney W.F. (2004): *Informality revisited* (p. 1159 – 1178), *World Development*, 32 (7).

Mankiw G.N., Taylor M.P. (2011): *Αρχές Οικονομικής Θεωρίας*, τόμ. 2: Συμπλήρωμα για τη χρηματοπιστωτική κρίση του 2007 - 2009, Gutenberg, Αθήνα.

Manolas G., Rontos K., Sfakianakis G., Vavouras I. (2013a): *The determinants of the Shadow Economy: The case of Greece* (p. 1036 – 1047), *International Journal of Criminology & Sociological Theory*, 6 (1).

Manolas G., Sfakianakis G., Vavouras I. (2013b): *Tackling the debt crisis in Greece: The role of the underground economy* (p. 25 – 35), *Social Cohesion & Development*, 8 (1).

Manolas G., Vavouras I. (2001): *The hidden economy & the convergence path towards EMU* (p. 89 – 106), *Cyprus Journal of Science & Technology*, 3 (2).

Marcadent P., Belser P., Maitre N., Vazquez – Alvarez R., Waziri K.M., Xu D., Zarkou A. (2021): *Global Wage Report 2020 – 2021. Wages & Minimum Wages in the time of Covid – 19*, ILO, Geneva.

Mare M., Motroni A., Porcelli F. (2020): *How family ties affect underground economy, tax morale & trust* (p. 235 – 252), *Journal of Economic Behavior & Organization* (174).

Marsic K., Oreski D. (2016): *Estimation & comparison of underground economy in Croatia & European Union countries: Fuzzy Logic approach* (p. 83 - 104), *Journal of Information & Organizational Sciences*, 40 (1).

Martinez M.E. (2005): *Primary prevention of colorectal cancer: Lifestyle, nutrition, exercise* (p. 177 – 211), *Recent Results in Cancer Research* (166).

- Matei L., Matei A. (2009): *Corruption in the public organizations. Towards a model of cost – benefit analysis for the anticorruption strategies* (p. 145 - 171), *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 27 (E).
- Mathauer I., Wittenbecker F. (2012): DRG - based payment systems in low- & middle - income countries: Implementation experiences & challenges, Discussion Paper No. 1, WHO, Geneva.
- Matsaganis M., Leventi C. (2011): The distributional impact of the crisis in Greece, Working Paper No. EM3/11, EUROMOD.
- Mavridis S. (2018): *Greece's economic & social transformation 2008 – 2017* (p. 1 - 14), *Social Sciences*, 7 (9).
- Maynard A., Bloor K. (1995): *Health care reform: Informing difficult choices* (p. 247 – 264), *International Journal of Health Planning & Management*, 10 (4).
- Mazhar U. (2015): *Does regulatory discretion increase the unofficial economy? Evidence from Panel Data* (p. 129 – 141), *Acta Oeconomica*, 65 (1).
- Mazumdar D. (1975): *The theory of share – cropping with labour market dualism* (p. 261 – 271), *Economica*, 42 (167).
- McIntyre D. (2007): Learning from Experience: Health care financing in low - & middle – income countries, Global Forum for Health Research.
- Meagher K. (2010): *Identity Economics: Social Networks & the Informal Economy in Nigeria*, James Currey, New York, USA.
- Meda I.B., Kouanda S., Dumont A., Ridde V. (2020): *Effect of a prospective payment method for health facilities on direct medical expenditures in a low - resource setting: A paired pre - post study* (p. 775 - 783), *Health Policy & Planning*, 35 (7).
- Medina L., Schneider F. (2017): *Shadow Economies around the World: New Results for 158 Countries over 1991 – 2015*, CESifo Working Paper No. 6430, Category 1: Public Finance.
- Medina L., Schneider F. (2018): *Shadow Economies around the World: What did we learn over the last 20 years?*, Working Paper No. 17, IMF, Washington DC, USA.
- Medina L., Schneider F. (2019): *Shedding Light on the Shadow Economy: A Global Database & the interaction with the Official One*, Working Paper No. 7981, CESifo.
- Mehling M.L., Boehm F. (2014): *Corruption & Informality: Complements or Substitutes? Qualitative Evidence from Barranquilla, Colombia*, MPRA No. 54817.
- Menon P. (2019): *The rise of the shadow economy: An Indian perspective* (p. 1 - 7), *Journal of Public Affairs*, 19 (1).

Merlis M. (2002): Family out – of – pocket spending for health services: A continuing source of financial insecurity, Commonwealth Fund, New York.

Meskarpour–Amiri M., Assari A., Bahadori M., Ravangard R., Hosseini – Shokouh S.M. (2018): *Informal payments for health care in Iran (p. 205 – 215)*, International Journal of Health Governance, 23 (3).

Meskarpour–Amiri M., Teymourzadeh E., Ravangard R., Bahadori M. (2019): *Health informal payments & their main determinants: The case of Iran (p. 1 – 20)*, Proceedings of Singapore Healthcare, DOI: <https://doi.org/10.1177/2010105818822594>.

Mirus R., Smith R.S. (1997): *Canada's Underground Economy: Measurement & Implications (p. 3 - 10)*, Section 1 'The Underground Economy in Canada', in Lippert O., Walker M. (Eds.): *The Underground Economy: Global Evidence of its Size & Impact*, The Fraser Institute, Vancouver, Canada.

Mitrakos T. (2014): *Inequality, Poverty & Social Welfare in Greece: Distributional effects of austerity*, Working Paper No. 174, Bank of Greece, Greece.

Moldovan A., Van de Walle S. (2013): *'Gifts or bribes? Attitudes on informal payments in Romanian health care' (p. 383 – 399)*, Public Integrity, 15 (4).

Moore W.E. (1953): *The Exportability of the 'Labor Force' Concept (p. 68 – 72)*, American Sociological Review, 18 (1).

Mossialos E., Allin S., Karras K., Davaki K. (2005): *An investigation of Caesarean sections in three greek hospitals (p. 288 – 295)*, The European Journal of Public Health, 15 (3).

Mossialos E., Dixon A. (2002): *Chapter 12 'Funding health care in Europe: Weighing up the options' (p. 272 - 300)*, in Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (Eds.): *Funding health care: Options for Europe*, WHO.

Moyer V.A. (2014): *Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement (p. 330 – 338)*, Annals of Internal Medicine, 160 (5).

Murphy R. (2019): *The European Tax Gap*, Report for the Socialists & Democrats Group in the European Parliament, Tax Research UK, UK.

Murray–Watters A. (2013): *Causal Discovery & MIMIC Models*, Working Paper, Carnegie Mellon University, USA.

Mylonas T., Pneumatikatos C. (2012): *Focus Greece. Valuation of the Greek PSI deal*, Eurobank Research, Athens.

Naher N., Hassan M.S., Hoque R., Alamgir N., Ahmed S.M. (2018): *Irregularities, informal practices & the motivation of frontline healthcare providers in Bangladesh: Current scenario & future perspectives towards achieving universal health coverage by 2030*, Working Paper No. 004, ACE/SOAS Consortium.

Narci H.O., Sahin I. Yildirim H.H. (2015): *Financial catastrophe & poverty impacts of out of pocket health payments in Turkey* (p. 255 – 270), *European Journal of Health Economics*, 16 (3).

Narula R. (2020): *Policy opportunities & challenges from the COVID – 19 pandemic for economies with large informal sectors* (p. 302 – 310), *Journal of International Business Policy* (3). ‘

Neuwirth R. (2011): *Stealth of Nations. The Global Rise of the Informal Economy*, Pantheon Books, New York.

Newhouse J.P. (1992): *Medical care costs: How much welfare costs?* (p. 3 – 21), *Journal of Economic Perspectives*, 6 (3).

Nguyen C.P., Schinckus C., Thanh D.S. (2020): *Economic fluctuations & the shadow economy: A Global Study* (p. 1 – 24), *Global Economy Journal*, 20 (03).

Nguyen T.M.H., Nguyen T.H.G., Vu T.M.N., Nguyen V.D. (2013): *Whether or no the informal economy as an engine for poverty alleviation in Vietnam*, MPRA Paper No. 48378.

Normand S., Mikami A.Y., Savalei V., Guet J. (2020): *A multiple indicators multiple causes (MIMIC) model of friendship quality & comorbidities in children with attention – deficit/hyperactivity disorder* (p. 698 – 704), *Psychological Assessment*, 32 (7).

North D.C. (1991): *Institutions* (p. 97 – 112), *Journal of Economic Perspectives*, 5 (1).

Norton E.C., Stearns S.C. (2009): *Chapter 28 ‘Health Care Expenditures’* (p. 631 – 645), Part VI ‘Health Care & Aging’, in Uhlenberg P. (Ed.): *International Handbook of Population Aging*, Springer Publishing.

Novkovska B., Novkovski N. (2018): *Energy consumption & hidden economy in Macedonia: Causes & consequences* (p. 166 - 181), *Journal of Policy Modelling*, 40 (1).

Nutbeam D., Lloyd J.E. (2021): *Understanding & responding to health literacy as a social determinant of health* (p. 159 - 173), *Annual Review of Public Health*, 42 (1).

Nweze N.P. (2013): *An analysis of the impact of corruption on Nigerian Economy* (p. 103 – 116), *International Journal of Social Sciences & Humanities Reviews*, 4 (3).

O’ Higgins M., Ruggles P. (1981): *The distribution of public expenditure & taxes among households in the United Kingdom* (p. 298 - 326), *Review of Income & Wealth*, 27 (3).

O’ Neil D.M. (1983): *Growth of the Underground Economy 1950 – 1981: Some evidence from the Current Population Survey*, Study for the Joint Economic Committee, US Government Printing Office, Joint Committee Print, US Congress, Washington DC, USA.

Ocran M.K. (2018): *Estimating the Size & Trends of the Informal Economy in Ghana*,

- Research Paper No. 355, African Economic Research Consortium, Nairobi, Kenya.
- OECD (2000): A System of Health Accounts, OECD, Paris.
- OECD (2002): Measuring the Non – Observed Economy. A Handbook, OECD, Paris.
- OECD (2010a): Health at a Glance Europe 2010, OECD, Paris.
- OECD (2010b): Value for Money in Health Spending, OECD, Paris.
- OECD (2011): A System of Health Accounts. 2011 Edition, OECD, Paris.
- OECD (2019): Health at Glance 2019. OECD Indicators, OECD, Paris.
- OECD (2020a): Coronavirus: Living with uncertainty, OECD Interim Economic Assessment, OECD, Paris.
- OECD (2020b): How’s Life? Measuring Well – Being, OECD, Paris.
- Ogbuabor J.E., Malaolu V.A. (2013): *Size & causes of the informal sector of the Nigerian economy: Evidence from Error Correction Mimic Model (p. 85 - 104)*, Journal of Economics & Sustainable Development, 4 (1).
- Onoshchenko O. (2012): Tackling the Informal Economy in Ukraine, PhD Thesis, The University of Sheffield, Sheffield, UK.
- Onwujekwe O., Agwu P., Orijakor T., Mbachu C., Hutchinson E., Odii A., Obi U., Ogbozor A., Ichoku H., Balabanova D., McKee M. (2018): Corruption in the Health Sector in Anglophone West Africa: Common Forms of corruption & mitigation strategies, Working Paper No. 05, ACE SOAS Consortium.
- Orcutt M., Patel P., Burns R., Hiam L., Aldridge R., Devakumar D., Kumar B., Spiegel P., Abubakar I. (2020): *Global call to action for inclusion of migrants & refugees in the COVID – 19 response (p. 1482 - 1483)*, The Lancet, 395 (10235).
- Ornati O. (1955): Jobs & Workers in India, Institute of International Industrial & Labour Relations, Cornell University, Ithaca, USA.
- Orsi R., Raggi D., Turino F. (2014): *Size, trend & policy implications of the underground economy (p. 417 – 436)*, Review of Economic Dynamics, 17 (3).
- Ozgen H., Sahin B., Belli P., Tatar M., Berman P. (2010): *Predictors of informal health payments: The example from Turkey (p. 387 – 396)*, Journal of Medical Systems, 34 (3).
- Park M., Braun T., Carrin G., Evans D.B. (2007): Provider Payments & Cost – Containment Lessons from OECD countries, Technical Brief for Policy Makers No. 2, WHO.
- Park S. (2021): *Medical service utilization & out of pocket spending among near – poor*

National Health Insurance members in South Korea (p. 1 – 11), BMC Health Services Research, 21 (886).

Paternoster R. (2010): *How much do we really know about criminal deterrence? (p. 765 – 824)*, The Journal of Criminal Law & Criminology, 100 (3).

Patrick C.M., Akanbi O.A. (2017): *The impact of informal economy on the interest rate pass – through: Evidence from an ARDL Model (p. 130 - 148)*, African Journal of Economic Review, V (II).

Pedersen S. (2003): *The Shadow Economy in Germany, Great Britain & Scandinavia. A measurement based on questionnaire surveys, Study No. 10*, The Rockwool Foundation Research Unit, Copenhagen, Denmark.

Pestiau P. (1989): *L' Economie Souterraine*, FeniXX, Paris.

Petersen H.G. (1982): *Size of the public sector, economic growth & the informal economy: Development trends in the Federal Republic of Germany (p. 191 - 215)*, Review of Income & Wealth, 28 (2).

Petmesidou M., Pavolini E., Guillen A.M. (2014): *South European healthcare systems under harsh austerity: A progress – regression mix? (p. 331 – 352)*, South European Society & Politics, 19 (3).

Pickhardt M., Sarda – Pons J. (2006): *Size & scope of the underground economy in Germany (p. 1707 – 1713)*, Applied Economics, 38 (14).

Pissarides C.A., Weber G. (1989): *An expenditure – based estimate of Britain's black economy (p. 17 – 32)*, Journal of Public Economics, 39 (1).

Polychroniou C.J. (2013): *A Failure by any other name: The International Bailouts of Greece*, Policy Note No. 6, Levy Economics Institute, Bard College, USA.

Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Castanioti C., Kontodimopoulos N. (2013): *Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system (p. 14 – 22)*, Health Policy, 109 (1).

Polyzos N.M. (2002): *Striving towards efficiency in the Greek hospitals by reviewing case mix classifications (p. 305 – 328)*, Health Policy, 61 (3).

Portes A. (1996): *The informal economy (p. 147 - 165)*, in Pozo S. (Ed.): *Exploring the Underground Economy. Studies of Illegal & Unreported Activity*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan, USA.

Portes A., Schlauffer R. (1992): *The Informal Economy in Latin America: Definition, Measurement & Policies*, Department of Sociology, John Hopkins University, USA.

Pourtaleb A., Jafari M., Seyedin H., Behbahani A.A. (2020): *New insight into the informal*

patients' payments on the evidence of literature: A systematic review study (p. 1 – 11), BMC Health Services Research, 20 (14).

Precupetu I., Pop C.E. (2020): *Utilization of healthcare: Services & perceptions of corruption in Romania (p. 227 - 243)*, Calitatea Vietii, XXXI (2).

Preker A.S., Harding A., Travis P. (2000): *'Make or buy' decisions in the production of health care goods & services: New insights from institutional economics & organizational theory (p. 779 – 790)*, Bulletin of the WHO, 78 (6).

Pruss–Ustun A., Bonjour S., Corvalan C. (2009): *The impact of the environment on health by country: A meta – analysis (p. 1 – 10)*, Environmental Health, 7 (1).

Putnins T.J., Sauka A. (2015): *Measuring the shadow economy using company managers (p. 471 - 490)*, Journal of Comparative Economics, 43 (2).

Putnins T.J., Sauka A. (2020): *Shadow Economy Index for Russia 2017 – 2018: Comparison with the size of the shadow economies in Ukraine, Kyrgyzstan, Kosovo, Moldova, Romania, Latvia, Lithuania, Estonia & Poland*, The Centre for Sustainable Business, Riga, Latvia.

Putnins T.J., Sauka A., Davidescu A.A.M. (2019): *Shadow Economy Index for Moldova & Romania (p. 89 – 130)*, in Ratten B., Jones P., Braga V., Marques C.S. (Eds.): *Subsistence Entrepreneurship. The Interplay of Collaborative Innovation, Sustainability & Social Goals*, Springer Nature, Switzerland.

Pyle D.J. (1989): *Tax Evasion & the Black Economy*, Palgrave MacMillan Ltd.

Quaglio G., Karapiperis t., Van Woensel L., Arnold E., McDaid D. (2013): *Austerity & health in Europe (p. 13 – 19)*, Health Policy, 113 (1 – 2).

Rabe–Hesketh S., Skrondal A. (2008): *Classical latent variable models for medical research (p. 5 – 32)*, Statistical Methods in Medical Research, 17 (1).

Rachiotis G., Barbouni A., Basagiannis A., Katsioulis A., Kostikas K., Mouchtouri V., Merakou K., Kremastinou J., Hadjichristodoulou C.S. (2020): *Prevalence & determinants of current cigarette smoking & secondhand smoking among Greek adolescents: The Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2013 study (p. 1 - 7)*, British Medical Journal, 10 (2).

Rannan–Eliya R.P. (2008): *National Health Accounts Estimation Methods: Household Out – of – pocket Spending in Private Expenditure*, Monograph prepared for WHO/NHA Unit, Geneva, Switzerland.

Ranson M.K. (2002): *Reduction of catastrophic health care expenditures by a community – based health insurance in Gujarat, India: Current experiences & challenges (p. 613 – 621)*, Bulletin of the WHO, 80 (8).

Ray D. (2010): *Uneven growth: A framework for research in Development Economics (p.*

45 - 60), *Journal of Economic Perspectives*, 24 (3).

Redmon, Yakoboski (1995): *The nominal & real effects of hospital global budgets in France* (p. 174 – 183), *Inquiry*, 32 (2).

Reginato E., Fadda I., Paglietti P., Pavan A. (2020): *Informal payments & performance in the health sector: Possible relationships in a Sub – National perspective* (p. 126 - 144), *International Journal of Business & Management*, 15 (3).

Reilly B., Krstic G. (2018): *Shadow Economy – Is an enterprise survey a preferable approach?* (p. 589 – 610), *Panoeconomicus*, 66 (5).

Reimers H.G., Schneider F., Seitz F. (2020). *Payment Innovations, the Shadow Economy & Cash Demand of Households in Euro Area countries*, Working Paper No. 8574, CESifo.

Reinhart C.M., Rogoff K.S. (2010): *Growth in a time of debt* (p. 573 – 578), *American Economic Review*, 100 (2).

Remeikiene R., Gaspareniene L., Chadysas V., Cepel M. (2019): *Identification of the shadow economy determinants for the Eurozone member states: Application of the MIMIC model* (p. 777 – 796), *Journal of Business Economics & Management*, 19 (6).

Roca J.C.C., Moreno C.D., Sanchez J.E.G. (2001): *Underground economy & aggregate fluctuations* (p. 41 – 53), *Spanish Economic Review*, 3 (1).

Rocque M., Saunoris J.W., Marshall R.C. (2019): *Revisiting the relationship between the economy & crime: The role of the shadow economy* (p. 620 - 655), *Justice Quarterly*, 36 (4).

Rose–Ackerman S. (1996): *The Political Economy of Corruption – Causes & Consequences*, Note No. 74, The World Bank, Washington DC, USA.

Rose–Ackerman S. (1999): *Corruption & Government. Causes, Consequences & Reform*, Cambridge University Press, Cambridge.

Rosenstein–Rodan P.N. (1943): *Problems of Industrialisation of Eastern & South - Eastern Europe* (p. 202 – 211), *The Economic Journal*, 53 (210 – 211).

Rothschild M., Stiglitz J.E. (1976): *Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information* (p. 629 – 649), *Quarterly Journal of Economics* (90).

Russo F.F. (2018): *Informality: The doorstep of the legal system* (p. 49 – 70), *Open Economics*, 1 (1).

Sabra M.M., Eltalla A.H.A., Alfar A.R. (2015): *The Shadow Economy in Palestine: Size & Causes* (p. 98 – 108), *International Journal of Economics & Finance*, 7 (3).

Saltman R.B., Figueras J. (1997): *European Health Care Reform: Analysis of Current*

Strategies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Sandmo A. (1981): *Income tax evasion, labour supply & the equity efficiency tradeoff* (p. 265 – 288), *Journal of Public Economics*, 16 (3).

Santerre R.E., Neun S.P. (2013): Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη, Μετάφραση: Α. Βοζίκης, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Sanyal K., Bhattacharya R. (2009): *Beyond the Factory: Globalisation, Informalisation of Production & the New Locations of Labour* (p. 35 – 39), *Economic & Political Weekly*, 46 (2).

Sassen – Koob S. (1989): *Chapter 3 'New York City's Informal Economy'* (p. 60 – 77), Part 2 'Urban Labor Markets', in Portes A., Castells M., Benton L.A. (Eds.): *The Informal Economy. Studies in Advanced & Less Developed Countries*, The John Hopkins University Press, Baltimore & London.

Sassen S. (1994): *The informal economy: Between new developments & old regulations* (p. 2298 – 2304), *The Yale Law Journal*, 103 (8).

Sauka A. Putnins A.J. (2020): *Shadow Economy Index for the Baltic countries 2009 – 2019*, The Centre for Sustainable Business, Riga, Latvia.

Savedoff W.D., Hussmann K. (2006): *Why are health systems prone to corruption?* (p. 4 – 13), in Kotalik J., Rodriguez D. (Eds.), *Global Corruption Report*, Pluto Press.

Sbordone A.M., Tambalotti A., Rao K., Walsh K. (2010): *Policy analysis using DSGE Models: An Introduction* (p. 23 - 43), FRBNY Economic Policy Review.

Schneider F. (2000): *The Increase of the Size of the Shadow Economy of 18 OECD Countries: Some preliminary explanations*, Working Paper No. 0008, Department of Economics, Johannes Kepler University of Linz, Austria.

Schneider F. (2004): *Shadow Economies around the World: What do we really know?*, Discussion Paper No. 16, Institut Fur Angewandte Wirtschaftsforschung.

Schneider F. (2009): *Size & Development of the Shadow Economy in Germany, Austria & other OECD countries* (p. 1079 – 1116), *Revue Economique*, 60 (5).

Schneider F. (2010): *The influence of public institutions on the shadow economy: An empirical investigation for OECD countries* (p. 441 - 468), *Review of Law & Economics*, 6 (3).

Schneider F. (2015): *Size & development of the shadow economy of 31 European & 5 other OECD countries from 2003 to 2015: Different developments* (p. 7 - 29), *Journal of Self – Governance & Management Economics* (4).

Schneider F. (2018): *Shadow economy: Results, methods, problems & open questions* (p. 1

– 29), *Open Economics*, 1 (1).

Schneider F. (2019): *Size of the shadow economies of 28 European Union countries from 2003 to 2018 (p. 111 – 121)*, in Othman A. (Ed.): *European Union Post – Brexit Challenges & Prospects for Growth*, Palgrave MacMillan.

Schneider F., AT Kearney (2013): *The Shadow Economy in Europe 2013*, AT Kearney/VISA.

Schneider F., Buehn A. (2012): *Shadow Economies in Highly Developed OECD countries: What are the driving forces?*, IZA Discussion Paper No. 6891.

Schneider F., Buehn A. (2018): *Shadow Economy: Estimation methods, problems, results & open questions (p. 1 – 29)*, *Open Economics*, 1 (1).

Schneider F., Enste D. (2000): *Shadow Economies around the World: Size, Causes & Consequences*, Working Paper No. 26, Fiscal Affairs Department, IMF, Washington DC, USA.

Schneider F., Enste D. (2002): *Hiding in the Shadows. The Growth of the Underground Economy*, Economic Issue No. 30, IMF, Washington DC, USA.

Schneider F., Neck R. (1993): *The development of the shadow economy under changing tax systems & structures: Some theoretical & empirical results for Austria (p. 344 – 369)*, *Public Finance Analysis*.

Schneider F., Williams C.C. (2013): *The Shadow Economy*, The Institute of Economic Affairs, London, UK.

Schokkaert E., Van de Voorde C., Dormont B., Fleubaey M., Luchini S., Samson A.L., Thebaut C. (2013): *Equity in health & equivalent incomes (p. 131 – 156)*, *Health & Inequality* (21).

Schreiber J.B. (2021): *Issues & recommendations for exploratory factor analysis & Principal Component Analysis (p. 1004 – 1011)*, *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 17 (5).

Scutella R., Wooden M. (2008): *The effects of household joblessness on mental health (p. 88 – 100)*, *Social Science & Health*, 67 (1).

Shain M., Roemer M. (1959): *Hospital costs relate to the supply of beds (p. 71 - 73)*, *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 92 (4).

Shieber G.J. (1997): *Innovations in Healthcare Financing*, Proceedings of a World Bank Conference, 10th – 11th March 1997.

Shkrykhin A. (2018): *Vector error correction estimation of the Ukrainian shadow economy using Currency Demand Approach (p. 120 – 125)*, *Scientific Papers NaUKMA. Economics*,

3 (1).

Shonick W., Roemer R. (1983): *Public hospitals under private management: The California Experience*, University of California Institution, USA.

Shrime M.G., Buckler S.W., Alkire B.C., Mock C. (2015): *Global burden of surgical disease: An estimation from the provider perspective (p. S8 – S9)*, *The Lancet Global Health*, 3 (Special Issue).

Singer H., Jolly R. (1973): *Unemployment in an African setting: Lessons of the Employment Strategy Mission to Kenya (p. 13 - 34)*, *International Labour Review*, 107 (2).

Siskou O., Gounaris C. (2004): *Financial Resource Allocation (p. 12 - 23)*, in “Health Care Systems in Transition: Greece”, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V., Liaropoulos L. (2008): *Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends & the myth begins (p. 282 – 293)*, *Health Policy*, 88 (2 – 3).

Siskou O.C., Kaitelidou D.C., Litsa P.S., Georgiadou G.S., Alexopoulou H.A., Paterakis P.G., Argyri S.P., Liaropoulos L.L. (2014): *Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: Focusing on price reductions & cost - sharing rates (p. 107 – 114)*, *Value in Health Regional Issues* (4).

Smith S., Newhouse J.P., Freeland M.S. (2009): *Income, insurance & technology: Why does health spending outpace economic growth? (p. 1276 – 1284)*, *Health Affairs*, 28 (5).

Soares C., Afonso O. (2019): *The non – observed economy in Portugal: The monetary model & the MIMIC model (p. 172 - 208)*, *Metroeconomica*, 70 (1).

Souliotis K., Agapidaki E., Papageorgiou M. (2015): *Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III Study (p. 7 – 11)*, *HeSMO*, 6 (4).

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... (p. 159 – 170)*, *European Journal of Health Economics*, 17 (2).

Spearman C. (1904): *General intelligence, objectivity determined & measured (p. 201 – 293)*, *American Journal of Sociology*, 15 (2).

Stefanov R., Williams C.C., Rodgers P. (2017): *Tackling Undeclared Work in Southeast Europe: Knowledge – Informed policy responses*, GREY Policy Brief No. 4.

Stefoni S.E., Draghia A. (2020): *Impact of education & government effectiveness on the shadow economy (p. 75 – 84)*, *Theoretical & Applied Economics*, 3 (624).

Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Gaal P., Groot W. (2017): *Patterns of informal patient payments in Bulgaria, Hungary & Ukraine: A comparison across countries, years & type of*

services (p. 453 - 466), *Health Policy & Planning*, 32 (4).

Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Groot W. (2013a): *Informal payments for health care services – Corruption or gratitude? A study of public attitudes, perceptions & opinions in six Central & Eastern European countries* (p. 419 – 431), *Communist & Post – Communist Studies*, 46 (4).

Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Murauskiene L., Groot W. (2015a): *Chapter 9 ‘Informal payments for healthcare services in Lithuania & Ukraine’* (p. 195 – 224), Part III ‘Informal Public Sectors & Welfare: State Intervention or Withdrawal?’, in Morris J., Polese A. (Eds.): *Informal Economies in Post – Socialist Spaces. Practices, Institutions & Networks*, Palgrave MacMillan.

Stepurko T., Pavlova M., Gryga I., Murauskiene L., Groot W. (2015b): *Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland & Ukraine* (p. 46 – 58), *Journal of Eurasian Studies*, 6 (1).

Stepurko T., Pavlova M., Levenets O., Gryga I., Groot W. (2013b): *Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine* (p. e169 – e187), *The International Journal of Health Planning & Management*, 28 (2).

Stiglitz J.E. (1986): *The general theory of tax avoidance* (p. 325 – 338), *National Tax Journal*, 38 (3).

Suslov N., Ageeva S. (2009): *Influence of Energy Prices on the Size of Shadow Economy: A Cross Country Analysis*, Working Paper No. 09/05E, Economics Education & Research Consortium.

Sutter J.M., Kalivas J.H. (1993): *Comparison of forward selection, backward elimination, & Generalized Simulated Annealing for variable selection* (p. 60 – 66), *Microchemical Journal*, 47 (1 - 2).

Szende A., Culyer A.J. (2006): *The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary* (p. 262 – 271), *Health Policy*, 75 (3).

Szulc – Obloza A. (2020): *Wage regulations & shadow economy in 28 European countries* (p. 789 – 800), *Economics & Law*, 19 (4).

Taboli H., Samie’ e Daroonch M., Ehsani A. (2013): *Administrative corruption: Why & how?* (p. 282 – 288), *International Journal of Advanced Studies in Humanities & Social Science*, 8 (3).

Tambor M., Pavlova M., Golinowska S., Sowada C., Groot W. (2013): *The formal – informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all these?* (p. 284 – 295), *Health Policy*, 113 (3).

Tambor M., Pavlova M., Rechel B., Golinowska S., Sowada C., Groot W. (2014): *The inability to pay for health services in Central & Eastern Europe: Evidence from six*

countries (p. 378 - 385), *European Journal of Public Health*, 24 (3).

Tanzi V. (1980): *The Underground Economy in the United States: Estimates & Implications* (p. 427 – 455), *Banca Nazionale del Lavoro, Quarterly Review*, 135 (4).

Tanzi V. (1983): *The underground economy in the United States: Annual estimates* (p. 283 – 305), *IMF Staff Papers*, 30 (2).

Tengilimoglu D., Guzerl A., Toygar A., Akinci F., Dziegielewski S.F. (2015): *Informal payments in health systems: Purpose & occurrences in Turkey* (p. 684 - 696), *Journal of Social Service Research*, 41 (5).

Thomas J.J. (1992): *Informal Economic Activity*, Harvester Wheatsheaf, New York/London.

Thompson J.D., Mross C.D., Fetter R.B. (1974): *Case Mix & Resource Use*, Institution for Social Policy & Policy Studies, Yale University, USA.

Thomson S., Cylus J., Evetovits T. (2018): *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, WHO Regional Office for Europe.

Toder E. (2007): *What is the tax gap?* (p. 367 – 378), *Tax Notes*, 117 (4).

Tomini S., Groot W. (2013): *Paying informally for public health care in Albania: Scarce resources or governance failure?* (p. 5119 – 5130), *Applied Economics*, 45 (36).

Torgler B. (2003): *To evade taxes or not to evade: That is the question* (p. 283 – 302), *Journal of Socio – Economics*, 32 (3).

Torgler B. (2007): *Tax Compliance & Tax Morale: A Theoretical & Empirical Analysis*, Edward Elgar, Cheltenham, UK.

Torgler B. (2012): *Tax morale, Eastern Europe & European enlargement* (p. 11 – 25), *Communist & Post – Communists Studies*, 45 (1 – 2).

Torosyan K., Filer R.K. (2014): *Tax reform in Georgia & the size of the shadow economy* (p. 179 – 210), *Economics of Transition*, 22 (1).

Transparency International [Ed.]: *Global Corruption Report 2004. Special Focus on Political Corruption*, Pluto Press, London, UK.

Tripathi N., John D., Chatterjee P.K., Murthy S., Parganiha N., Brokar A. (2020): *Informal payments for maternal & neonatal health services in public hospitals in Central India* (p. 490 - 505), *Journal of Health Management*, 22 (3).

Tumlinson K., Gichane M.W., Curtis S.L. (2020): *'If the big fish are doing it then why not me down here?': Informal fee payments & reproductive health care provider motivation in Kenya* (p. 33 - 50), *Studies in Family Planning*, 51 (1).

Uka A. (2014): Understanding Informal Patient Payments in Kosovo's health care system, Health Policy Institute.

Ulus M. (2002): *Unemployment Insurance & Underground Economy (p. 1 – 30)*, Theme 17: Macroeconomics of Unemployment, Session 1: Unemployment, Taxes & Unemployment Insurance, Room: 216b, European Association of Labour Economists Conference, 19th – 21st September 2002, Paris, France.

UN (2008): Non – Observed Economy in National Accounts. Survey of Country Practices, UN, New York & Geneva.

UN (2009): System of National Accounts 2008, UN/IMF/OECD, World Bank, European Commission, New York.

UN (2021): World Economic Situation & Prospects as of mid – 2021, UN, New York.

UNODC (2005): Corruption Facts, UNODC, UN.

Van de Ven W.P.M.M., Van der Gaag J. (1982): *Health as an unobservable. A MIMIC model on demand for health care (p. 157 – 183)*, Journal of Health Economics, 1 (2).

Van Doorslaer E., Koolman X. (2004): *Explaining the differences in income – related health inequalities across European countries (p. 609 – 628)*, Health Economics, 13 (7).

Van Kommer V. (2013): *Chapter 22 'Cash economy, measuring the tax gap from the tax administrative perspective' (p. 283 – 292)*, Part VI 'Ways to Launder', in Unger B., Van der Linde D. (Eds.): Research Handbook on Money Laundering, Elgar Publishing Ltd.

Van Vliet R.C.J.A., Van Praag B.M.S. (1987): *Health status estimation on the basis of MIMIC Health Care Models (p. 27 – 42)*, Journal of Health Economics, 6 (1).

Vegh M.Z. (2014): *Has austerity succeeded in ameliorating the economic climate? The cases of Ireland, Cyprus & Greece (p. 288 – 307)*, Social Sciences, 3 (2).

Vian T. (2008): *Review of corruption in the health sector: Theory, Methods & Interventions (p. 83 – 94)*, Health Policy & Planning, 23 (2).

Vian T. (2020): *Anti – corruption, transparency & accountability in health: Concepts, Frameworks & Approaches (p. 1 - 24)*, Global Health in Action, 13 (Supplementary 1).

Vorlapanit N., Kidsom A. (2020): *Factors affecting the additional payment of the universal health care users (p. 73 – 104)*, MUT Journal of Business Administration, 17 (1).

Vousinas G.L. (2017): *Shadow economy & tax evasion. The Achilles heel of Greek economy (p. 386 – 404)*, Journal of Money Laundering Control, 20 (4).

Vuletin G. (2008): Measuring the Informal Economy in Latin America & the Caribbean, Working Paper No. 08/102, Western Hemisphere Department, IMF, Washington DC, USA.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2003): *Catastrophe & impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993 – 1998* (p. 921 – 933), *Health Economics*, 12 (11).

Wallerstein (1974/2007): *World Systems Analysis* (5th Edition), Duke University Press, Durham, NC.

Wang P., Song L., Wang K., Han X., Cong L., Wang Y., Zhang L., Yan Z., Tang S., Du Y. (2020): *Prevalence & associated factors of poor sleep quality among Chinese older adults living in a rural area: A population – based study* (p. 125 - 131), *Aging Clinical & Experimental Research*, 32 (1).

Waters H.R., Anderson G.F., Mays J. (2004): *Measuring financial protection in health in the United States* (p. 339 – 349), *Health Policy*, 69 (3).

Wedderburn C., Chiang P., Rhodd R. (2012): *The informal economy in Jamaica: Is it feasible to tax this sector?* (p. 1 – 13), *Journal of International Business & Cultural Studies* (6).

Whitehead M. (1992): *The concepts & principles of equity & health* (p. 429 - 445), *International Journal of Health Services*, 22 (3).

WHO (2008): *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva.

WHO (2009a): *The European Health Report 2009. Health & Health Systems*, Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (2009b): *World Health Statistics 2009*, WHO, Geneva.

WHO (2010): *World Health Statistics 2010*, WHO, Geneva.

WHO (2011): *World Health Statistics 2011*, WHO, Geneva.

WHO (2012): *World Health Statistics 2012*, WHO, Geneva.

WHO (2013): *World Health Statistics 2013*, WHO, Geneva.

WHO (2014): *World Health Statistics 2014*, WHO, Geneva.

WHO (2015): *World Health Statistics 2015*, WHO, Geneva.

WHO (2016): *World Health Statistics 2016*, WHO, Geneva.

WHO (2017): *World Health Statistics 2017*, WHO, Geneva.

WHO (2018a): *Addressing informal payment in the Greek health system*, WHO/Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

WHO (2018b): *World Health Statistics 2018*, WHO, Geneva.

Wiley M. (1995): *Budgeting for acute hospital services in Ireland: The case – mix adjustment* (p. 283 - 290), *Journal of Irish Colleges of Physicians & Surgeons*, 24 (4).

Williams C.C. (2006): *The Hidden Enterprise Culture: Entrepreneurship in the Underground Economy*, Edward Elgar, Cheltenham, UK.

Williams C.C. (2008): *Envelope wages in Central & Eastern Europe & the EU* (p. 363 – 376), *Post – Communist Economies*, 20 (3).

Williams C.C. (2009): *Tackling Undeclared Work in the Agricultural Sector: With a focus upon seasonal workers & horticulture*, Background paper for the European Platform Tackling Undeclared Work Seminar.

Williams C.C. (2013): *Tackling Europe's informal economy: A critical evaluation of the neo-liberal de-regulatory perspective* (p. 261 – 278), *Journal of Contemporary European Research*, 9 (2).

Williams C.C. (2015): *Designing Survey Methods to Evaluate the Undeclared Economy: A Review of the Options*, GREY Working Paper No. 7, Management School, University of Sheffield, Sheffield, UK.

Williams C.C., Horodnic A.V. (2018): *Evaluating the prevalence of informal payments for health services in Southeast Europe: An institutional approach* (p. 345 - 365), *Southeast European & Black Sea Studies*, 72 (3).

Williams C.C., Horodnic I.A. (2020): *Tackling the undeclared economy. The effectiveness of repressive & trust – building strategies* (p. 23 - 50), *World Economics*, 21 (4).

Williams C.C., Horodnic I.A., Windebank J. (2017): *Evaluating the internal dualism of the informal sector: Evidence from the European Union* (p. 1 - 17), *Journal of Economic Studies*, 44 (4).

Williams C.C., Kayaoglu A. (2020): *The coronavirus pandemic & Europe's undeclared economy: Impacts & a policy proposal* (p. 80 – 92), *South East European Journal of Economics & Business*, 15 (1).

Williams C.C., Krasniqi B. (2018): *Explaining informal sector entrepreneurship in Kosovo: An institutionalist perspective* (p. 1 - 20), *Journal of Development Entrepreneurship*, 23 (2).

Williams C.C., Nadin S., Windebank J. (2012): *Evaluating the prevalence & nature of self-employment in the informal economy: Evidence from a 27 National European Survey* (p. 129 - 142), *European Spatial Research & Policy*, 19 (1).

Williams C.C., Round J. (2008): *Re-theorising the nature of informal employment: Some lessons from Ukraine* (p. 367 – 388), *International Sociology*, 23 (3).

Williams C.C., Schneider F. (2016): *Measuring the Global Shadow Economy. The Prevalence of Informal Work & Labour*, Edward Elgar Publishing.

Wilson T.D. (2010): *An introduction to the study of informal economies* (p. 341 – 357), *Urban Anthropology & Studies of Cultural Systems & World Economic Development*, 39 (4).

Wiseman T. (2013): *US shadow economies: A state – level study* (p. 310 – 335), *Constitutional Political Economy*, 24 (4).

Wold S., Esbensen K., Geladi, P. (1987): *Principal Component Analysis* (p. 37 – 52), *Chemometrics & Intelligent Laboratory Systems*, 2 (1 – 3).

Wonderling D., Gruen R., Black N. (2005): *Introduction to Health Economics*, Open University Press, UK.

Woods J.A., Hutchinson N.T., Powers S.K., Roberts W.O., Gomez – Cabrera M.C., Radak Z., Berkes I., Boros A., Boldogh I., Leeuwenburgh C., Coelho – Junior H.J., Marzetti E., Cheng Y., Liu J., Durstine J.L., Sun J., Ji L.L. (2020): *The COVID – 19 pandemic & physical activity* (p. 55 – 64), *Sports Medicine & Health Science*, 2 (2).

World Bank (1997): *World Development Report 1997. The State in a Changing World*, The World Bank, Washington DC, USA.

World Bank (1999): *The World Bank Participation Sourcebook*, Washington DC, USA.

World Bank (2019): *Doing Business 2019. Training for Reform*, World Bank, Washington DC, USA.

World Bank (2021): *Global Economic Prospects, A World Bank Group Flagship Report*, World Bank, Washington DC, USA.

Wright S. (1921): *Correlation & causation* (p. 557 – 585), *Journal of Agricultural Research* (20).

Wright S. (1934): *The method of path coefficients* (p. 161 – 215), *Annals of Mathematical Statistics*, 5 (3).

Wyszewianski L. (1986): *Families with catastrophic health care expenditures* (p. 617 – 634), *Health Services Research*. 21 (5).

Xhelili–Krasniqi F., Mustafa–Topxhiu R. (2012): *The Informal Economy in Kosovo: Characteristics, Current Trends & Challenges* (p. 1 – 25), *Journal of Knowledge Management, Economics & Information Technology*, II (2).

Xu K., Evand D.B., Kawabata K., Zeram dini R., Kalvus J., Murray C.J.L. (2003): *Chapter 42 ‘Understanding Household Catastrophic Health Expenditures: A Multi – Country Analysis’* (p. 565 – 572), Part 'Fairness in Financial Contribution', in Murray C.J.L., Evans D.B. (Eds.): *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods & Empiricism*, World Bank, Washington DC, USA.

Xu K., Evans D.B., Carrin G., Aguilar – Rivera A.M. (2005): Designing Health Financing Systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical Brief for Policy Makers No. 2, WHO, Geneva.

Yannakoulia M., Lykou A., Kastorini C.M., Papasaranti E.S., Petralias A., Veloudaki A., Linos A. (2016): *Socio – economic & lifestyle parameters associated with diet quality of children & adolescents using classification & regression tree analysis: The DIATROFI study* (p. 339 – 347), Public Health Nutrition, 19 (2).

Yen J., Langari R. (1999): Fuzzy Logic: Intelligence, Control & Information (1st Edition), Pearson.

Yitzhaki S. (1974): *A note on income tax evasion: A theoretical analysis* (p. 201 – 202), Journal of Public Economics, 3 (2).

Yu T.H.K., Wang D.H.M., Chen S.J. (2006): *A fuzzy logic approach to modeling the underground economy in Taiwan* (p. 471 – 479), Physica A, 362 (2).

Zadeh L.A. (1998): *Soft computing, fuzzy logic & recognition technology* (p. 1 - 20), IEEE International Conference on Fuzzy Systems Proceedings. IEEE World Congress on Computational Intelligence (Cat. No. 98CH36228). Vol. 2. IEEE.

Zandaneh - Baygi M., Khammarnia M., Barfar E., Setoodehzadeh F., Shah – Husseini M. (2019): *Investigation of Informal Healthcare Payments after Health Transformation Plan: A Case Study in the Southeast of Iran* (p. 112 – 120), Evidence Based Health Policy, Management and Economics, 3 (2).

Zandian H., Esfandiari A., Sakha M.A., Takian A. (2019): *Strategies to reduce informal payments in health systems: A systematic review* (p. 914 – 921), Eastern Mediterranean Health Journal, 25 (12).

Zarei E., Nikkhah A., Khodakarim S., Pavlova M. (2021): *Patients' attitude toward informal payments in Iran: An application of the cluster analysis method* (p.1 – 14), International Journal of Health Planning & Management, DOI: 10.1002/hpm.3110.

Zellner A. (1970): *Estimation of Regression Relationships containing unobservable independent variables* (p. 441 – 454), International Economic Review, 11 (3).

Zhang B. (2021): A pervasive review study on informal patient payments, Working Paper, Medical Reviews, 12 (1).

Zhu W., Wang L., Yang C. (2018): *Corruption or professional dignity: An ethical examination of the phenomenon of 'red envelopes' (monetary gifts) in medical practice in China* (p. 37 – 44), Developing World Ethics, 18 (1).

Ιστοσελίδες

Antipode Foundation: <http://antipodefoundation.org>.

Australian Taxation Office: www.ato.gov.au
Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat>
Google Scholar: <http://scholar.google.gr>
Google: www.google.gr
Internal Revenue Service: www.irs.gov
Ministry of Health, Labour & Welfare (Japan): www.mhlw.go.jp
NCSS Statistical Software: <https://ncss-wpengine.netnassl.com>
OECD Data Base: <http://data.oecd.org>
Statistics New Zealand: www.stats.govt.nz
ΑΑΔΕ: www.aade.gr
Αποθετήριο «Κάλλιπος»: www.kallipos.gr
Αρχή Καταπολέμησης της Νομιμοποίησης Εσόδων από Εγκληματικές Δραστηριότητες & της Χρηματοδότησης της Τρομοκρατίας & Ελέγχου των Δηλώσεων Περιουσιακής Κατάστασης: www.hellenic-fiu.gr
Εθνικό Τυπογραφείο: www.et.gr
Ελληνική Αστυνομία: www.astynomia.gr
ΕΛΣΤΑΤ: www.statistics.gr
ΕΟΠΥΥ: www.eopyy.gov.gr
Εφημερίδα των Συντακτών: www.efsyn.gr
Η Καθημερινή: www.kathimerini.gr
Η Ναυτεμπορική: www.naftemporiki.gr
ΗΔΙΚΑ: www.idika.gr
ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας (Εργαστήριο Ανατομίας): <https://eclass.uoa.gr>
Υπουργείο Δικαιοσύνης: www.ministryofjustice.gr
Υπουργείο Οικονομικών: www.minfin.gr
Υπουργείο Υγείας: www.moh.gov.gr