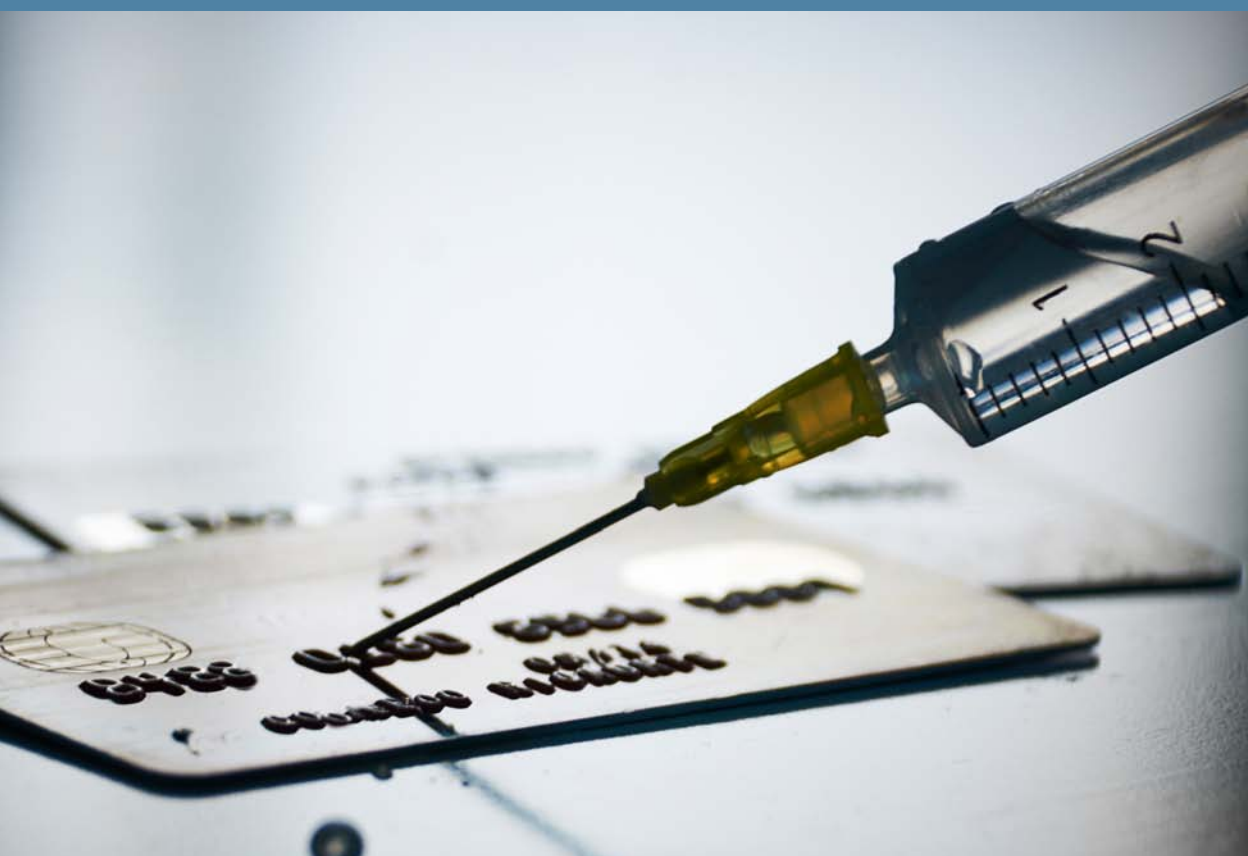


Μελέτες (Studies) / 16

Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα

Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας

ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΟΥΣΙΔΟΥ



**Υγειονομική περίθαλψη
και ανισότητα στην Ελλάδα:
Η διανεμητική επίδραση
του συστήματος υγείας**

Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας

Χρίστος Παπαθεοδώρου
Αγγελική Μωυσίδου

Δεκέμβριος 2011

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α
106 81, Αθήνα
Τηλ. +30 2103327779
Fax +30 2103327770
www.ineobservatory.gr

Οι απόψεις που διατυπώνονται στο παρόν κείμενο
είναι των συγγραφέων και δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη
τις θέσεις της ΓΣΕΕ.

Επιμέλεια εξωφύλλου: Βάσω Αβραμοπούλου

Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις: Χριστίνα Ντεμίρη

Φωτογραφία εξωφύλλου: www.shutterstock.com

Ηλεκτρονική σελιδοποίηση: Γιάννης Παπαδημητρόπουλος

Εκτύπωση - Παραγωγή: ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ

© ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-28-9

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007-2013.

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ αποτελεί έναν χώρο έρευνας και δράσης που απευθύνεται στους εργαζομένους, στην ακαδημαϊκή κοινότητα, στους φορείς χάραξης πολιτικής και στο σύνολο των πολιτών. Στόχος του είναι να προσφέρει επιστημονικά τεκμηριωμένες αναλύσεις για μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων που βρίσκονται στο επίκεντρο της τρέχουσας συγκυρίας και που έχουν άμεση σχέση με τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας. Το Παρατηρητήριο είναι σημείο συνάντησης και δημιουργικού διαλόγου πληθώρας ερευνητών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη διαστάσεων των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων που έχουν ιδιαίτερη αξία για την οπτική των εργαζομένων και των συνδικάτων. Παράλληλα, η ερευνητική του δραστηριότητα εντάσσεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής πολιτικών που δύνανται να συνεισφέρουν με ουσιαστικό τρόπο στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην τρέχουσα περίοδο ο κόσμος της εργασίας.

Η δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην οικονομία και την ανάπτυξη, β) στο κοινωνικό κράτος και το μέλλον της εργασίας και γ) στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε περιβάλλον δημοκρατίας και ισότητας. Ο πρώτος τομέας αφορά τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, τις σύγχρονες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο δημόσιος τομέας και η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα, καθώς και τις αλλαγές που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν στο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην ασκούμενη κοινωνική πολιτική, στα ζητήματα της φτώχειας και των ανισοτήτων, στις εργασιακές σχέσεις και στο θεσμικό πλαίσιο των αγορών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην ανάλυση της τρέχουσας συγκυρίας και στην αποδόμηση που επιχειρείται σε μια σειρά δικαιω-

μάτων και κατακτήσεων των εργαζομένων. Τέλος, ο τρίτος τομέας επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων, τις ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τον ρατσισμό που βιώνει σημαντική μερίδα των εργαζομένων και των ανέργων στη χώρα.

Είναι προφανές ότι οι τρεις προαναφερθέντες τομείς έχουν επικαλύψεις μεταξύ τους. Μέσα από τα κείμενά του το Παρατηρητήριο επιδιώκει να αναδείξει αυτές τις επικαλύψεις και να φέρει στην επιφάνεια τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την πολύπλευρη ανάλυση των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας που επιχειρείται, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η κατάθεση παρατηρήσεων, προτάσεων αλλά και εναλλακτικών προσεγγίσεων από όσους και όσες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ ΓΣΕΕ

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	9
2	Η αλληλεπίδραση μεταξύ συστήματος υγειονομικής φροντίδας, κατάστασης υγείας και οικονομίας	11
2.1	Εννοιολογικός προσδιορισμός συστήματος υγείας: Περιεχόμενο και στόχοι	11
2.2	Η συμβολή της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία	14
2.3	Η συμβολή των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην υγεία και την κοινωνική ευημερία: Δαπάνες για υγεία και οικονομική ανάπτυξη	18
2.4	Προστασία των εισοδημάτων των νοικοκυριών από το σύστημα υγείας: Πόσο καταστροφικές είναι οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες υγείας;	24
3	Ανισότητες ως προς την υγεία: Η Ελλάδα σε σύγκριση με χώρες της ΕΕ	29
3.1	Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας	29
3.2	Από τη ρητορεία στην εφαρμογή: Καταγραφή των αδυναμιών του ΕΣΥ	31
3.3	Η δυναμική του ΕΣΥ: Συγκριτική αποτύπωση των ανισοτήτων στην υγεία	34
3.3.1	<i>Γεωγραφική πρόσβαση</i>	34
3.3.2	<i>Λίστες αναμονής</i>	37
3.3.3	<i>Αποκέντρωση πόρων και αρμοδιοτήτων</i>	38
3.3.4	<i>Βαθμός κάλυψης και αποδέκτες</i>	39
3.3.5	<i>Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα</i>	42
3.3.6	<i>Συμμετοχή στο κόστος</i>	45

4	Η επίδραση του συστήματος υγείας στην ανισότητα και τη φτώχεια στην Ελλάδα: Ο ρόλος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία	47
4.1	Δεδομένα και μεθοδολογία ανάλυσης	47
4.2	Κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας	49
4.3	Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα και τη φτώχεια	52
5	Συμπεράσματα	61
	Βιβλιογραφία	65
	Παράρτημα	79

1. Εισαγωγή

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από εκτεταμένες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. Οι κοινωνικοί παράγοντες που προκαλούν αυτές τις διευρυμένες ανισότητες επιδρούν και στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα την ύπαρξη σημαντικών ανισοτήτων στην υγεία τόσο σε επίπεδο χωρών και κοινωνιών όσο και μεταξύ ατόμων. Το ερώτημα που τίθεται είναι ποιες μορφές ανισοτήτων μπορούν να αποφευχθούν και ποιες δεν μπορούν; Υπάρχουν παράγοντες στον τομέα της υγείας που αναπαράγουν την ανισότητα στην παροχή και τη χρήση των υπηρεσιών;

Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην ερμηνεία των ανισοτήτων αυτών με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επενεργούν στην κατάσταση της υγείας και στην προσφορά και ζήτηση της φροντίδας (Couffinhal et al., 2005· Dahlgren and Whitehead, 1991). Ωστόσο το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν έχει επικεντρωθεί αρκετά στον αντίκτυπο που έχουν τα ίδια τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας στη δημιουργία, αναπαραγωγή και επεξήγηση των ανισοτήτων (Figueras et al., 2008).¹ Παράλληλα, στη σημερινή συγκυρία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στις συνέπειες της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, η οποία αναπόφευκτα βαθαίνει τις ανισότητες στην υγεία και στη φροντίδα, επηρεάζοντας πρωτίστως ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την ύφεση, όπως οι άνεργοι και γενικότερα τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα (Ιωακείμoglou, 2010· Παπαθεοδώρου κ.ά., 2008).

Με αφορμή, λοιπόν, αυτό το σημείο, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξετάσει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων, φτώχειας και επιπέδου διαβίωσης των πολιτών στην Ελλάδα, στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανάλυσης με χώρες της ΕΕ.

1. Για μια συγκριτική ανάλυση της επίδρασης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας στις ανισότητες στην υγεία βλ. Μωυσίδου (2010).

Στην επόμενη ενότητα θα εξετάσουμε τον βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των παραγόντων του τρίπτυχου: «σύστημα υγείας, κατάσταση υγείας και οικονομία». Συγκεκριμένα, μέσω της ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας, των διαθέσιμων μελετών και δεδομένων, θα επιχειρήσουμε να αποσαφηνίσουμε τη συμβολή τόσο του συστήματος υγείας όσο και της ίδιας της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη, την προστασία των εισοδημάτων των πολιτών και την κοινωνική ευημερία γενικά.

Στην τρίτη ενότητα θα παρουσιάσουμε συνοπτικά το σύστημα υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ) σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, εστιάζοντας στη συγκριτική διερεύνηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η αξιοποίηση δευτερογενών δεδομένων και δεικτών σύγκρισης από διάφορους οργανισμούς (Eurostat, Eurobarometer, OECD, WHO) μας επιτρέπουν την εκτίμηση και την εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων για τη δυναμική των ανισοτήτων στην ΕΕ. Παράλληλα, θα κάνουμε κριτική αποτίμηση των πολιτικών παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν για την ενίσχυση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ, επιβεβαιώνοντας έτσι αφενός την έντονη παρουσία ανισοτήτων στην παροχή φροντίδας και αφετέρου την επιτακτική ανάγκη εξάλειψης ή έστω περιορισμού τους.

Η εμπειρική διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί το ΕΣΥ, και κυρίως οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, στην ανισότητα, τη φτώχεια και στο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών, αποτελεί αντικείμενο της τέταρτης ενότητας. Στην ανάλυση αξιοποιούνται τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα μικροδεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), που αναφέρονται στο έτος 2008.² Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών μάς επιτρέπει την παραγωγή χρήσιμων εμπειρικών ευρημάτων τόσο για την κατανάλωση των νοικοκυριών σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας (συνολική και ανά κατηγορία δαπάνης) όσο και για την επένδυση του ίδιου του συστήματος υγειονομικής φροντίδας στην οικονομική ανισότητα, τη φτώχεια και γενικά στις συνθήκες διαβίωσης των πλέον ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού.

Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα και σχολιάζονται συνοπτικά τα βασικά ευρήματα της έρευνας.

2. Οφείλουμε να ευχαριστήσουμε την ΕΛΣΤΑΤ και ιδιαιτέρως τον Γ. Ντούρο για την υποστήριξη που μας παρείχαν.

2. Η αλληλεπίδραση μεταξύ συστήματος υγειονομικής φροντίδας, κατάστασης υγείας και οικονομίας

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συστήματος υγείας: Περιεχόμενο και στόχοι

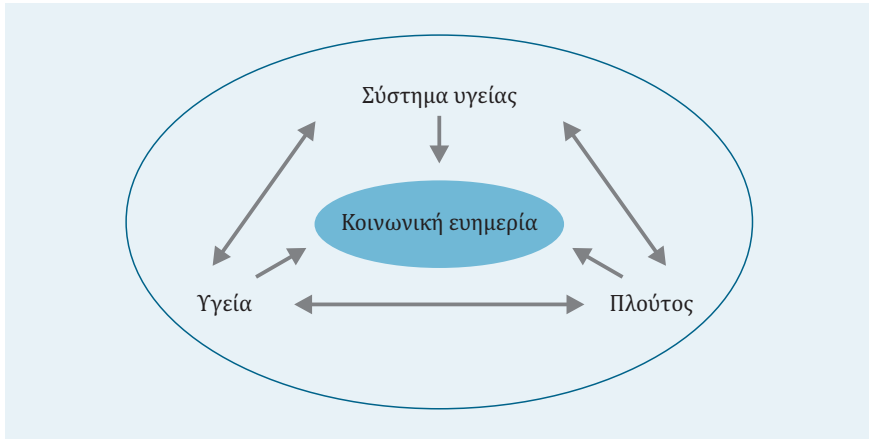
Η διαδικασία και ο τρόπος παροχής υγειονομικής φροντίδας προς τους πολίτες καθορίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον και φυσικά από τις κοινωνικές ανισότητες που αναπαράγονται σε αυτό. Με τη σημαντική συνεπικουρία των επιστημών του προγραμματισμού και της οργάνωσης, οι υπηρεσίες υγείας συγκροτούν ένα πολυσύνθετο «σύστημα», η μορφή του οποίου εξελίσσεται με βάση τις πολιτικές επιλογές, τις κοινωνικές διεργασίες, καθώς και το ιστορικό-πολιτισμικό πλαίσιο που το περιβάλλει (Θεοδώρου κ.ά., 2001, σελ. 63).³

Τα συστήματα υγείας συνιστούν πολύπλοκες και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η απόδοση ενός κοινά αποδεκτού και απόλυτα ικανοποιητικού ορισμού του συστήματος υγείας αποδεικνύεται δύσκολο εγχείρημα. Ωστόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επιχειρεί να διατυπώσει έναν συνοπτικό ορισμό, ταυτίζοντας το σύστημα με όλες εκείνες τις «δραστηριότητες που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας» (WHO, 2000, p. 5).

Θεωρητικά, η δυνατότητα ελεύθερης και ίσης πρόσβασης στο σύστημα υγειονομικής φροντίδας μπορεί να συμβάλει πρωτίστως στην προαγωγή του επιπέδου

3. Έτσι το σύστημα καταλήγει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής δομής και να συμβάλλει στην εμπέδωση του αισθήματος κοινωνικής συνοχής (Δόλγερας και Κυριόπουλος, 2000).

Διάγραμμα 1: Διασύνδεση μεταξύ συστημάτων υγείας, υγείας, πλούτου και κοινωνικής ευημερίας



Πηγή: Figueras et al. (2008, p. 5)

υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση, στη βελτίωση των συνθηκών κοινωνικής ευημερίας.⁴ Συγχρόνως, θεωρείται σημαντική η μη πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση των πολιτών λόγω ασθένειας ή κακής υγείας (WHO, 2000, p. 8).

Ως εκ τούτου, το υγειονομικό σύστημα έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στην προστασία των εισοδημάτων του πολίτη, την κοινωνική ευημερία, καθώς και στην ανάπτυξη του αισθήματος κοινωνικής δικαιοσύνης (Figueras et al., 2008, p. 5· WHO, 2009a, p. 93). Όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 1, υπάρχει σαφής διασύνδεση μεταξύ συστήματος υγείας, κατάστασης υγείας, πλούτου και κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων και συνολικής κοινωνικής ευημερίας

Μελετώντας τη διαθέσιμη βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι είναι σχετικά περιορισμένες οι μελέτες που προσεγγίζουν κριτικά ή αμφισβητούν τη δυναμική των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με την «ακραία» προσέγγιση του Illich (1988), εκφράζονται επιφυλάξεις σχετικά με τη θετική επίδραση που φέρουν οι θεσμοθετημένες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας τόσο στη βελτίωση του επιπέδου υγείας όσο και στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Υποστηρίζεται ότι συχνά το ίδιο το σύστημα δημιουργεί σωρεία υγειονομικών προβλημάτων,

4. Οι σύγχρονες ευρωπαϊκές χώρες δεσμεύονται θεσμικά για την προστασία της υγείας, της ισότητας και της αλληλεγγύης, αναγνωρίζοντας την αξία που δίνουν οι κοινωνίες σε αυτές (The Tallinn Charter, 2008).

δυσλειτουργιών και ως εκ τούτου, οδηγεί στη διεύρυνση των ανισοτήτων, προξενώντας «...όλες εκείνες τις διαταραχές στην υγεία που τις επιφέρουν εκείνοι ακριβώς οι κοινωνικοπολιτικοί μετασχηματισμοί, οι οποίοι έχουν γίνει ελκυστικοί, εφικτοί ή απαραίτητοι, εξαιτίας της θεσμικής μορφής που έχει πάρει η υγειονομική περίθαλψη» (Illich, 1988, p. 59).

Η πλειονότητα όμως των σύγχρονων μελετών τονίζει τη συμβολή των συστημάτων υγείας στην επίτευξη βασικών κοινωνικών στόχων (McKee, 1999· Mackenbach et al., 1990). Παράλληλα πληθαίνουν οι ενδείξεις που ταυτίζουν τους μηχανισμούς μείωσης των ανισοτήτων με το υγειονομικό σύστημα και την ευρύτερη επένδυση στην κοινωνική πολιτική (Mackenbach and Kunst, 2008).

Προκύπτει, λοιπόν, το ερώτημα κάτω από ποιες συνθήκες ένα υγειονομικό σύστημα θεωρείται δίκαιο και τι ακριβώς επιδιώκεται να διανεμηθεί σε ισότιμη βάση στον πληθυσμό⁵ (Gakidou et al., 2000, p. 42). Σε επίπεδο εμπειρικής διερεύνησης, οι ανισότητες στην υγεία διακρίνονται κυρίως: α) ως προς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, χρησιμοποιώντας κατεξοχήν δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, και β) ως προς τον τρόπο προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, με τη χρήση δεικτών επάρκειας και δαπανών. Ταυτοχρόνως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως «ανισότητα» οποιαδήποτε αθέμιτη και άδικη διαφορά στην υγεία, η οποία θα μπορούσε να αποφευχθεί (Whitehead, 1990, p. 4).

Καθώς η πολιτική υγείας συνιστά βασικό τομέα της κοινωνικής πολιτικής, οι αλλαγές που παρατηρούνται σε ευρωπαϊκό επίπεδο ωθούν τα εθνικά συστήματα σε συνεχείς αναπροσαρμογές⁶ και διεργασίες εξέλιξης. Μολονότι παρατηρείται μια τάση σύγκλισης κυρίως μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων κοινωνικής προστασίας, σημαντικές διαφορές συνεχίζουν να υφίστανται αναφορικά με τη χρηματοδότηση, την παροχή και τη ρύθμιση, οι οποίες εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση για τους ερευνητές (Παπαθεοδώρου και Πετμεζίδου, 2005, σελ. 234).

5. Είναι προφανές ότι η έννοια της ισότητας και του δικαίου δεν είναι αξιακά ουδέτερες και σαφώς αποκτούν διαφορετικό περιεχόμενο σε κάθε κοινωνική θεωρία (Sen, 1980, 1982).

6. Σύμφωνα με τον Τούντα (2006), τις δύο τελευταίες δεκαετίες τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας έχουν διέλθει από τέσσερις φάσεις αναπροσαρμογής: α) την ιεραρχική υπερίσχυση του μάνατζμεντ β) τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό, σε συνδυασμό με τον διαχωρισμό αγοραστών και προμηθευτών των υγειονομικών υπηρεσιών γ) τη σύγκλιση της συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και δ) τις υπηρεσίες υγείας ως σύνθετο και μη γραμμικό σύστημα «οικοσύστημα».

Συγχρόνως, οι κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες επιδρούν στη δομή, στα βασικά χαρακτηριστικά, αλλά και στην πορεία εξέλιξης του υγειονομικού συστήματος κάθε χώρας (Saltman and Figueras, 1997). Ενδεικτικά, οι μεταβολές στο επιδημιολογικό προφίλ των χωρών, η εκτεταμένη γήρανση του πληθυσμού, η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, καθώς και οι συνακόλουθες αυξανόμενες απαιτήσεις του πληθυσμού για πιο ποιοτικές υγειονομικές υπηρεσίες απαιτούν τη μεγέθυνση των δαπανών προς την υγεία (Eurostat, 2009· Freeman, 2000· Tanner, 2008· WHO, 2000).

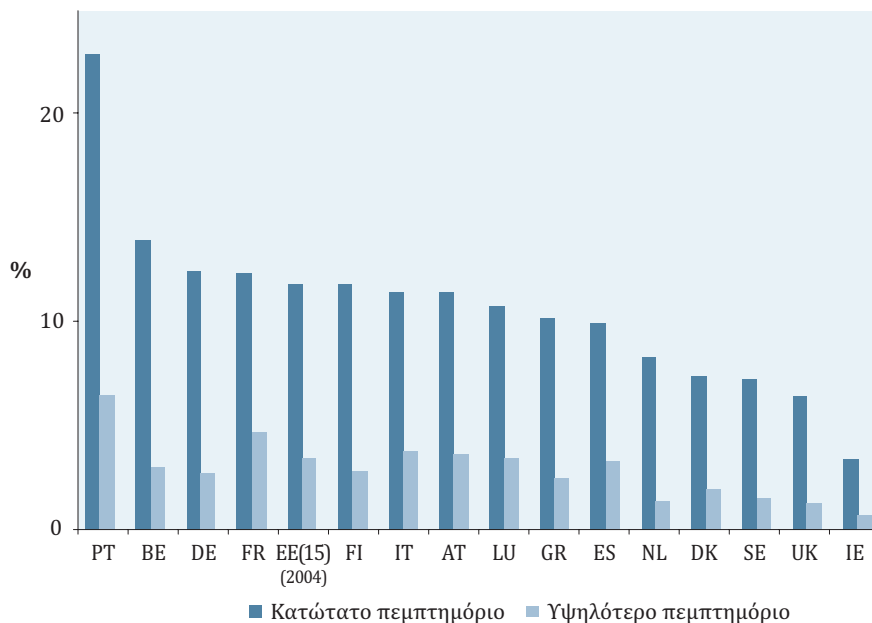
Ωστόσο στην πολιτική υγείας το πλήθος των μεταρρυθμιστικών πλαισίων που έχουν εισαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες φέρει ως κοινό παρανομαστή την αποδοχή της θέσης που αναφέρεται στη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, σε συνδυασμό με περιστολή των αυξανόμενων υγειονομικών δαπανών, συνθήκη που επιτάσσει και η ΕΕ. Όμως, πόσο εφικτός είναι αυτός ο συγκερασμός και κυρίως ποιες κοινωνικοοικονομικές ομάδες επιβαρύνει; Σε ποιον βαθμό η ανησυχητική αύξηση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών αποτελεί τροχοπέδη στη διαδικασία άμβλυνσης των ανισοτήτων; Ένα σημαντικό λοιπόν τμήμα της κριτικής, σε αυτά τα μεταρρυθμιστικά πλαίσια, εστιάζει στην υποβόσκουσα απειλή ως προς την επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας στον τομέα υγείας (Μωυσίδου, 2010).

2.2 Η συμβολή της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και οξύνει τον κοινωνικό προβληματισμό εξαιτίας της ύπαρξης σοβαρών οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ, αλλά και εντός των χωρών (Figueras et al., 2008· Marmot, 2005, 2010· Suhrcke et al., 2005· Wagstaff, 2002· WHO, 2000). Είναι διάχυτη η αντίληψη σύμφωνα με την οποία «η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προάγει την υγεία» (Τούντας, 2000, σελ. 156).

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει σαφής αντιστοιχία μεταξύ της οικονομίας και της υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση της υγείας, η αρρώστια δεν επιτρέπει στο άτομο να συμμετάσχει στις παραγωγικές διαδικασίες, ενώ συγχρόνως επιβαρύνει το κοινωνικό σύνολο. Συνεπώς η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά

Διάγραμμα 2: Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας ως «κακή» με βάση το εισόδημα, ως ποσοστό (%) των ενηλίκων, ΕΕ(15), 2009



Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 5/9/2011)

στη βελτίωση του επιπέδου κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Παράλληλα, στο πλαίσιο του κυρίαρχου παραδείγματος της οικονομικής ανάλυσης, η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού καθίσταται αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη του ανθρώπινου κεφαλαίου και τη συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας και επιπλέον μπορεί να αυξήσει σημαντικά τόσο τα ποιοτικά όσο και τα ποσοτικά αποτελέσματα της εργασίας.

Ειδικότερα, τα ζητήματα που συνδέονται με την επίδραση της εισοδηματικής ανισότητας στην υγεία, όπως αποτυπώνεται και στο Διάγραμμα 2, έχουν προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον, συμβάλλοντας σημαντικά στην ανάπτυξη του σχετικού δημόσιου και ακαδημαϊκού διαλόγου.⁷ Ωστόσο δεν διαπιστώνεται

7. Σύμφωνα με την υπόθεση των σχετικών εισοδηματικών μεριδίων (relative income hypothesis), η διανομή του εισοδήματος στις κοινωνίες, ανεξαρτήτως των απόλυτων επιπέδων εισοδήματος ή περιουσίας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της υγείας του πληθυσμού (Macinko et al., 2003, p. 408).

ικανοποιητικός βαθμός συναίνεσης μεταξύ των ερευνητών ως προς το ζήτημα αυτό, γεγονός που δυσχεραίνει και τη χάραξη των αναγκαίων πολιτικών διευθετήσεώς του (Cantarero Prieto and Lago-Penas, 2010).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις εμπειρικών ερευνών, η αύξηση του εισοδήματος συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Macinko et al., 2003· Blackburn, 1994· Grant, 1977· Salkever, 1975). Και αντιστρόφως, η ύπαρξη ικανοποιητικού επιπέδου υγείας ενδέχεται να επηρεάσει αυξητικά το εισόδημα. Ο Wilkinson αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «πλέον τα ποσοστά θνησιμότητας δεν σχετίζονται αποκλειστικά με την κατά κεφαλήν οικονομική μεγέθυνση, αλλά με το μέγεθος της εισοδηματικής ανισότητας σε κάθε κοινωνία» (1994, p. 61).

Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, ο Rodgers (1979), σε μία από τις πρώτες μελέτες στο πεδίο αυτό, διαπιστώνει ότι το επίπεδο εισοδηματικής ανισότητας συνιστά έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα του προσδόκιμου ζωής αλλά και της βρεφικής θνησιμότητας. Αντιστοίχως, οι Kennedy et al. (1996) παρατηρούν ότι οι πολιτείες των ΗΠΑ που χαρακτηρίζονται από μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά γενικής και βρεφικής θνησιμότητας. Επομένως, η μείωση της ανισότητας στη διανομή του εισοδήματος μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο βελτίωσης των δεικτών υγείας στα φτωχότερα κυρίως στρώματα (Kawachi et al., 1999).

Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συνεχής οικονομική ανάπτυξη δεν εγγυάται μια αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το επιχείρημα ότι το άτομο μπορεί να είναι υγιές αποκλειστικά σε μια υγιή (πλούσια) οικονομία υποδηλώνει μια μονοσήμαντη σχέση μεταξύ οικονομίας και υγείας. Εντούτοις, έχει παρατηρηθεί σε εμπειρικό επίπεδο ότι ο πλούτος μιας χώρας επιδρά στην υγεία του πληθυσμού μέχρι το σημείο όπου η οικονομική ανάπτυξη της χώρας δεν έχει υπερβεί ένα συγκεκριμένο επίπεδο (Τούντας και Αλαμάνος, 1999).⁸ Έτσι η επενέργεια του πλούτου στη βελτίωση της υγείας περιορίζεται, καθώς το εισόδημα αυξάνεται πάνω από ένα συγκεκριμένο οικονομικό όριο (Daniels et al., 2000). Η υπέρβαση του ορίου αυτού οδηγεί συνήθως στην αποκαλούμενη «νοσηρότητα της αφθονίας».

Παράλληλα, οι περισσότερες μελέτες στο πεδίο φαίνεται να συμφωνούν στην

8. Οι οικονομολόγοι της υγείας το ορίζουν κατά προσέγγιση στα \$5.000 κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Τούντας, 2000, σελ. 160).

άποψη ότι η άμβλυση των ανισοτήτων μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο υγείας, πρωτίτως των φτωχότερων ομάδων του πληθυσμού. Ωστόσο στις σύγχρονες κοινωνίες, στο πλαίσιο του κυρίαρχου μοντέλου οργάνωσης και διαχείρισης της οικονομίας, δεν ενθαρρύνεται η εκτεταμένη αναδιανομή του εισοδήματος και των πόρων. Επιπλέον, εκλείπει η απαραίτητη κοινωνική συναίνεση για μια τέτοιου τύπου αναδιανομή.

Όπως υποστηρίζει ο Rice (2006), σε μια κοινωνία που υπάρχει σχεδόν πλήρη ισότητα στη διανομή του εισοδήματος υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλωθεί διευρυμένη «συναισθηματική ταύτιση» μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με αποτέλεσμα τη μεταβίβαση περισσότερων κοινωνικών πόρων σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Αντιθέτως, όταν υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών, δεν ευνοείται στην πράξη η εκδήλωση συναισθηματικής αλληλεγγύης, αλλά η εκδήλωση «απροκάλυπτης εχθρότητας» (Rice, 2006, p. 96).

Σύμφωνα με αυτή την οπτική, οι Daly et al. υποστηρίζουν ότι «σε κοινωνίες έντονης εισοδηματικής ανισότητας είναι δύσκολο να παρασχεθούν οι απαιτούμενοι πόροι προς την κατεύθυνση μεγιστοποίησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού» (1998, p. 319). Παρομοίως, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι σε συνθήκες εκτεταμένων εισοδηματικών ανισοτήτων κυριαρχούν πολιτικές παροχής πενιχρών κοινωνικών επενδύσεων (Hertzman, 2001· Kaplan et al., 1996). Έτσι, σύμφωνα με τον Gravelle, «...όσο αυξάνεται η ανισότητα, τόσο αυξάνεται και η συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού, παρόλο που ο ατομικός κίνδυνος θνησιμότητας εξαρτάται μόνο από το εισοδηματικό επίπεδο του καθενός και όχι από το εισοδηματικό επίπεδο οποιουδήποτε άλλου» (1998, p. 383).

Παρ' όλα αυτά, από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, σε ένα μεγάλο τμήμα της βιβλιογραφίας αμφισβητείται έντονα η αμφίδρομη σχέση μεταξύ της εισοδηματικής ανισότητας και της υγείας του πληθυσμού, ιδίως στις εκβιομηχανισμένες χώρες, παραθέτοντας στοιχεία που τεκμηριώνουν το αντίθετο. Ένα από τα κυριότερα αντεπιχειρήματα είναι το αποκαλούμενο «σφάλμα παράλειψης μεταβλητών», σύμφωνα με το οποίο η επενέργεια και άλλων παραγόντων τόσο στη διανομή του εισοδήματος όσο και το επίπεδο υγείας δεν έχει μελετηθεί και αξιολογηθεί επαρκώς (Rice, 2006, p. 98).

Παράλληλα, ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι η εισοδηματική ανισότητα δεν ασκεί σημαντική επίδραση στο προσδόκιμο επιβίωσης των κατοίκων

των αναπτυσσόμενων χωρών (Fuchs, 1974· Judge, 1995· Mellor and Milyo, 2001· Omran, 1971· Preston, 1976). Παρομοίως, αρκετές μελέτες παρουσιάζουν ανεπάρκεια στοιχείων όσον αφορά την τεκμηρίωση της υπόθεσης ότι η εισοδηματική ανισότητα επιδρά στην υγεία και ως εκ τούτου, προτείνεται η διερεύνηση και των άλλων ειδών ανισότητας, εκτός από την εισοδηματική (Deaton, 2002· Wagstaff and Van Doorslaer, 2000).

Ωστόσο, κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, αρκετές μελέτες αναδεικνύουν την επίδραση που έχει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στις διακυμάνσεις που παρατηρούνται στην κατάσταση υγείας των πολιτών (Mackenbach et al., 1997, 2008· Marmot et al., 1991· Marmot, 2005, 2010).

Σε μια κοινωνία όπου κυριαρχεί η ανισότητα, τα «μειονεκτούντα» κοινωνικά στρώματα τείνουν να είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε στρεσογόνες συνθήκες,⁹ οι οποίες επιφέρουν τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές επιπτώσεις¹⁰ (Kawachi and Kennedy, 2001· Wilkinson, 1999). Συνεπώς, οι μελέτες στο πεδίο αυτό μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό μεθοδολογικό εργαλείο για τον διαχρονικό προσδιορισμό των επιρροών στην υγεία και ως εκ τούτου, κρίνονται αναγκαίες.

2.3 Η συμβολή των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην υγεία και την κοινωνική ευημερία: Δαπάνες για υγεία και οικονομική ανάπτυξη

Στη σύγχρονη κοινωνική πολιτική η κυρίαρχη ρητορεία προβάλλει την ανάγκη συγκράτησης του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Η άποψη αυτή

9. Μια στρεσογόνος συνθήκη μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η αδυναμία του ατόμου να εξασφαλίσει τα αναγκαία προς το ζην και το αίσθημα αδικίας που αισθάνεται μπροστά στις πιθανές διακρίσεις που βιώνει προς όφελος των κυρίαρχων κοινωνικών τάξεων.

10. Η παραπάνω άποψη έχει υποστηριχθεί και εμπειρικά από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Μ. Βρετανία (Marmot et al., 1997). Σύμφωνα με αυτές, οι δημόσιοι υπάλληλοι της Μ. Βρετανίας, οι οποίοι βρίσκονται στο κατώτατο κλιμάκιο, παρουσιάζουν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας από τους υπαλλήλους των ανώτερων κλιμακίων (διευθυντές). Παράλληλα, εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι έχει παρατηρηθεί σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου στους υφιστάμενους υπαλλήλους, κατάσταση που αποδίδεται κυρίως στις συνθήκες πίεσης και ελέγχου στο εργασιακό περιβάλλον.

ενισχύεται από την τρέχουσα οικονομική κρίση και την επιβολή προγραμμαμάτων λιτότητας και δημοσιονομικής πειθαρχίας, στο πλαίσιο περιορισμού των δημόσιων δαπανών.

Οι επικριτές αυτής της θεωρητικής αντίληψης καλούν τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής να διερευνήσουν το ενδεχόμενο αύξησης των δαπανών υγείας ως πιθανή κινητήρια δύναμη, η οποία μπορεί να επιφέρει σταθεροποίηση πιο αποτελεσματικών υγειονομικών εκροών, ανάπτυξη της οικονομίας και γενικά προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας. Συγχρόνως, τα συστήματα υγείας μπορούν να συμβάλουν στην οικονομική ανάπτυξη, δεδομένου ότι συχνά αποτελούν βασικό εθνικό εργοδότη, ενώ παράλληλα συνδράμουν ενεργά στην ενίσχυση της έρευνας, της τεχνολογικής καινοτομίας και της ανάπτυξης (Figueras et al., 2008· The Tallinn Charter, 2008· WHO, 2009a, 2009b).

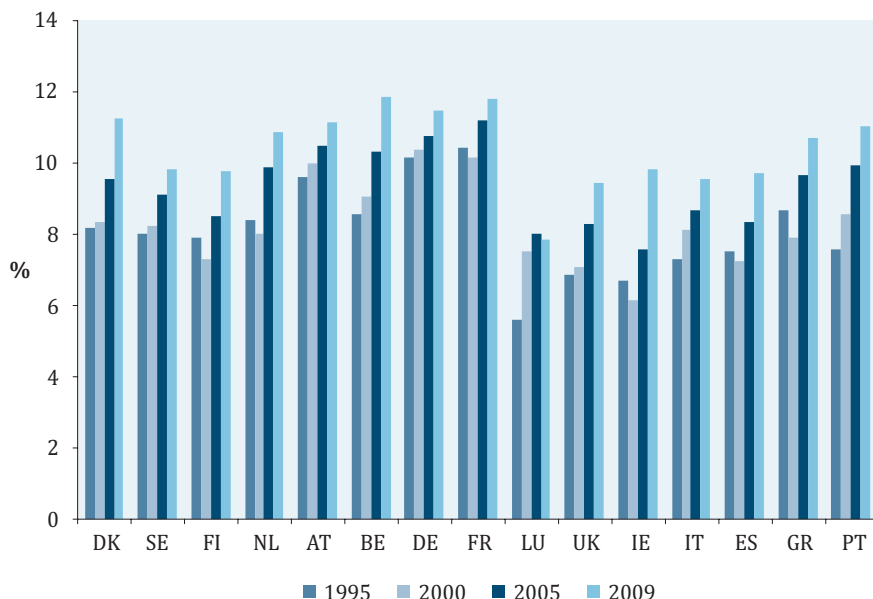
Πιο αναλυτικά, είναι κοινή πεποίθηση στους πολίτες ότι το ποσοστό του ΑΕΠ που πρέπει να διατίθεται για την κάλυψη των αναγκών υγείας οφείλει να είναι το μέγιστο δυνατό. Όμως, από συγκριτικές μελέτες έχει προκύψει ότι η αύξηση των δαπανών υγείας πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο δεν συνεπάγεται τη συνεχή βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας (OECD, 1994· Daniels et al., 2000· Τούντας και Αλαμάνος, 1999). Επίσης, εμπειρικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι μόλις το 10% της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης επηρεάζεται από ενδεχόμενη αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, ενώ το υπόλοιπο 90% καθορίζεται από ποικίλους, κοινωνικούς κυρίως, παράγοντες (Τούντας, 2000, σελ. 161). Επιπλέον, η σύνδεση του ΑΕΠ με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού στις αναπτυγμένες χώρες έχει θεωρηθεί αδύναμη, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την απουσία ενός δίκαιου συστήματος διανομής του πλούτου και την έλλειψη κοινωνικής συνοχής.¹¹

Ωστόσο ιδιαίτερο προβληματισμό εγείρει το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ οι δαπάνες υγείας διογκώνονται, απορροφώντας ένα αυξανόμενο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος (Διάγραμμα 3).¹² Σύμφωνα με στοιχεία

11. Αντιθέτως, σε φτωχότερες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης σημειώνει αυξητική τάση, έπειτα από αύξηση του ΑΕΠ (World Bank, 1993).

12. Υποστηρίζεται ευρέως ότι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν απότομα, κυρίως λόγω της οικονομικής ύφεσης που ξεκίνησε σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες το 2008 και εντάθηκε κατά το 2009. Ωστόσο αρκετοί μελετητές θεωρούν ότι οι δαπάνες

Διάγραμμα 3: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, ΕΕ(15), 1995-2009



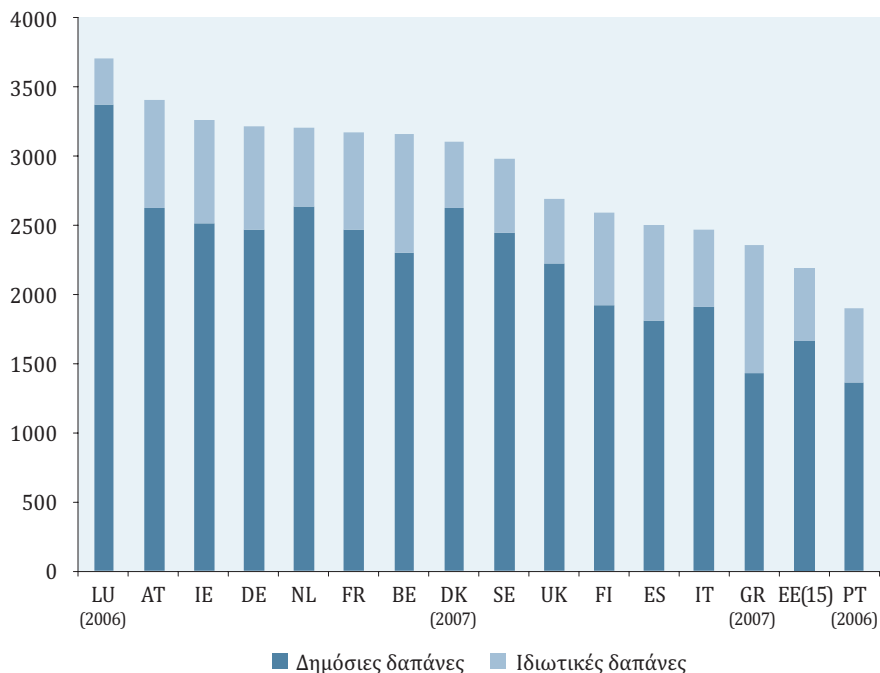
Πηγή: National health accounts-WHO (<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, ημερ. πρόσβασης: 5/9/2011 και 8/9/2011)

του ΟΟΣΑ, τις τελευταίες δεκαετίες το ποσοστό του ΑΕΠ που αντιπροσωπεύουν οι υγειονομικές δαπάνες κυμαίνεται μεταξύ 6% και 12% στις ευρωπαϊκές χώρες. Ενδεικτικά, το 2008, ο μέσος όρος δαπανών υγείας στην ΕΕ πλησίασε το 8,3% του ΑΕΠ, συγκριτικά με το 7,3% του 1998 (OECD, 2010). Κατά τη δεκαετία 1998-2008 εκτιμάται ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη για υγεία αυξανόταν ετησίως κατά 4,6%. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, στις βόρειες και δυτικές ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό δαπανών για την υγεία, σε τιμές αγοραστικής δύναμης, κυμαίνεται από 10% έως 60% περισσότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (PPP 2.500-3.500 κατά κεφαλήν), σε σχέση με τις χώρες της ανατολικής και νότιας Ευρώπης.

Για να κατανοήσουμε πλήρως τις τάσεις εξέλιξης των υγειονομικών δαπανών, ο ΟΟΣΑ προτείνει οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ να εξετάζονται σε σύγκριση με τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Χώρες με σχετικά υψηλή δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ενδέχεται να παρουσιάζουν χαμη-

ενδέχεται να μειωθούν στο μέλλον, καθώς εφαρμόζονται αυστηρά μέτρα για τη μείωση των μεγάλων δημόσιων ελλειμμάτων (Scherer and Devaux, 2010).

Διάγραμμα 4: Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις χώρες της ΕΕ(15) (σε PPP), 2008



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 11/10/2011)

λές κατά κεφαλήν δαπάνες για υγεία και το αντίστροφο. Ενδεικτικά, η Γερμανία και η Πορτογαλία δαπανούν περίπου το 10% του ΑΕΠ για την υγεία (Διάγραμμα 3). Ωστόσο στο Διάγραμμα 4 παρατηρούμε ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, σε τιμές αγοραστικής δύναμης (PPP), στη Γερμανία είναι υψηλότερες κατά 70% από αυτές της Πορτογαλίας.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του OECD (2006), παρά την πληθώρα μέτρων και πολιτικών που έχουν εφαρμοστεί για τη συγκράτηση του κόστους, προβλέπεται να αυξηθούν μακροπρόθεσμα οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, και ενδέχεται να διπλασιαστούν μέχρι το 2050. Όμως, σε ποιον βαθμό η αύξηση των δαπανών υγειονομικής φροντίδας συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας; Και επιπλέον, επωφελούνται εξίσου όλες οι κοινωνικοοικονομικές ομάδες;

Από τη μια πλευρά, η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη και η τεχνολογική πρόοδος έχουν συμβάλει σημαντικά τόσο στην αναμόρφωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης όσο και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και

την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ορισμένων ομάδων του πληθυσμών (Charalambous and Tsitsi, 2010, p. 107). Από την άλλη πλευρά, όμως, έχουν αναδειχθεί νέοι κίνδυνοι, όπως η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και η υπερεκμετάλλευση του φυσικού περιβάλλοντος, οι οποίοι επιδρούν αρνητικά στην υγεία των πολιτών, και ειδικότερα των πληθυσμιακών ομάδων με τα χαμηλότερα εισοδήματα (Frenk et al., 1997· Taylor-Gooby, 2001). Έτσι διαμορφώνεται ένα περιβάλλον εκτεταμένων ανισοτήτων, το οποίο αναπαράγει συνθήκες αποστέρησης και μειονεξίας, με ιδιαίτερα δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία των φτωχών στρωμάτων (Harris and Seid, 2001).

Ωστόσο κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι το χάσμα στο επίπεδο υγείας μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών όλο και μειώνεται, παρόλο που οι εισοδηματικές διαφορές εξακολουθούν να υφίστανται. Η ερμηνεία αυτού του παράδοξου γεγονότος έχει αποδοθεί κυρίως στην υποτιθέμενη εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών παρεμβάσεων όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης ή των κανόνων υγιεινής και πρόληψης (Kunst and Mackenbach, 1994· Kunst et al., 2005). Στο ίδιο πλαίσιο υποστηρίζεται ότι και ο πλούτος διαχέεται σταδιακά προς τα χαμηλότερα στρώματα, με αποτέλεσμα την άμεση βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, εργασίας και κατ' επέκταση, υγείας των πολιτών (Dollar, 2001· Feachem, 2001). Στο πλαίσιο αυτών των προσεγγίσεων, η οικονομική παγκοσμιοποίηση θεωρείται από μόνη της αποτελεσματικό μέσο εξάλειψης της παγκόσμιας φτώχειας. Συνεπώς οι αιτίες της ανισότητας αποδίδονται στη μη έγκαιρη και ολοκληρωτική ενσωμάτωση των κρατών στην παγκόσμια οικονομία.

Αντιστρόφως, οι πολέμιοι της παραπάνω οπτικής ταυτίζουν την παγκοσμιοποίηση με την ύπαρξη εκτεταμένων ανισοτήτων, γεγονός που καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση διορθωτικών μέτρων αναδιανομής του πλούτου (Lee et al., 2002· McMichael and Beaglehole, 2000). Σε συνθήκες ανισότητας και αποκλεισμού δυσχεραίνεται η προοπτική ανάπτυξης και βελτίωσης της ευημερίας των φτωχότερων κοινωνιών, εξαιτίας της παγίωσης ενός παγκόσμιου περιβάλλοντος περιθωριοποίησης των αδύναμων χωρών. Όπως επισημαίνει ο Τούντας, αρκετές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η φτώχεια συνιστά την «...πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας διεθνώς» (2009, σελ. 1).¹³

13. Προκαλεί τουλάχιστον κατάπληξη το γεγονός ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες σχεδόν 30.000 παιδιά, ηλικίας κάτω των πέντε ετών, πεθαίνουν καθημερινά από ιάσιμες ασθένειες, οι οποίες έχουν εξαλειφθεί πλήρως στις δυτικές κοινωνίες (WHO, 2002).

Παράλληλα, δεν μένει ανεπηρέαστος ο τρόπος χρηματοδότησης, παροχής και ρύθμισης των υπηρεσιών υγείας, καθώς οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν την προσφορά και τη ζήτηση των υγειονομικών αγαθών, τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά και την πρόσβαση σε αυτά. Ανακύπτει έτσι ο προβληματισμός αναφορικά με την αλλαγή στη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού όσον αφορά τις υγειονομικές δαπάνες, τη διεύρυνση της αγοράς, αλλά και τη στροφή στην ιδιωτικοποίηση.¹⁴ Άμεση συνέπεια αυτής της αλλαγής αποτελεί η άνιση πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες μεταξύ φτωχών και πλούσιων κοινωνικών στρωμάτων, καθώς και η διαπιστωμένη ανεπάρκεια ύπαρξης πλαισίων κοινωνικής προστασίας για τα ευάλωτα στρώματα (Morone, 2000).

Συγκεκριμένα, τις τελευταίες δεκαετίες διευρύνεται η ιδιωτικοποίηση του υγειονομικού τομέα καθώς και η αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότησης των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (Price et al., 1999· Pollock and Price, 2000).¹⁵ Οι συνθήκες αυτές υπονομεύουν τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας και συνιστούν μια προφανή απειλή για την προώθηση της ισότητας στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Συγχρόνως, ορισμένες μελέτες παρομοιάζουν με «παγίδα» τη διόγκωση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών (out-of-pocket expenditure), συχνά με τη μορφή καταβολής τελών χρήσης,¹⁶ ακόμα και για τις υπηρεσίες που παρέχονται από φορείς του Δημοσίου, γεγονός που απειλεί κυρίως τα φτωχότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Fu, 1999· Segall et al., 2000· Whitehead et al., 2001). Ως εκ τούτου, οι υπηρεσίες υγείας μεταλλάσσονται σταδιακά σε τυπικά εμπορεύματα, όπου η πρόσβαση σε αυτά γίνεται με βάση το διαθέσιμο εισόδημα των ατόμων-καταναλωτών, και όχι με βάση την ιδιότητα του πολίτη (Ιωακείμογλου, 2010, σελ. 9).

Σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η άποψη που υποστηρίζει ότι η ιδιωτικο-

14. Συνακόλουθη συνέπεια συνιστά η συρρίκνωση του ρόλου που διαδραματίζει το κράτος πρόνοιας (Coburn, 2000).

15. Με βάση τις συνθήκες της ΕΕ, στο πλαίσιο της ελεύθερης διακίνησης προσώπων, αγαθών, υπηρεσιών και κεφαλαίων, εισάγεται πλέον και η έννοια της διακίνησης επαγγελματιών υγείας, ασθενών και φαρμακευτικών προϊόντων.

16. Η πρακτική των «τελών χρήσης» για τις δημόσιες υπηρεσίες συνιστά στρατηγική μιας σειράς μέτρων πολιτικής υγείας. Πρόκειται για ένα συστατικό στοιχείο στα προγράμματα μακροοικονομικής διαρθρωτικής προσαρμογής σε χώρες που αντιμετωπίζουν αυξημένο δημόσιο χρέος (Sen and Koivusalo, 1998).

ποίηση των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών έχει συντελέσει στην άνοδο των ποσοστών ικανοποίησης των πολιτών από τα συστήματα υγείας, λόγω της παροχής πιο ποιοτικών υπηρεσιών και συγκράτησης της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από το σύστημα (Akin et al., 1987· Griffin, 1992).

Ωστόσο τα εμπειρικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η αύξηση των άμεσων πληρωμών έχει οδηγήσει πολλά νοικοκυριά στη φτώχεια και την αποστέρηση, ενώ ταυτόχρονα έχει επιδεινώσει περαιτέρω το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα.¹⁷ Όπως υπογραμμίζει ο Rice, «αν η δημόσια πολιτική βασιζόταν στον ανταγωνισμό της αγοράς, τότε θα βλέπαμε να ανοίγεται ένα χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες που διατίθενται στους πλούσιους και σε κείνες που διατίθενται στους υπόλοιπους ασφαλισμένους» (2006, p. 103).

2.4 Προστασία των εισοδημάτων των νοικοκυριών από το σύστημα υγείας: Πόσο καταστροφικές είναι οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες υγείας;

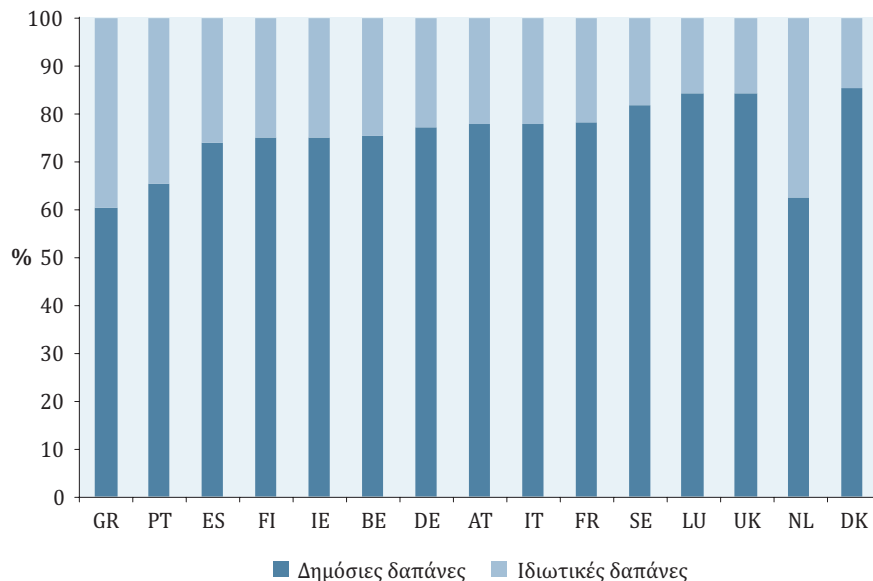
Η ισότητα στην πρόσβαση και τη φροντίδα αποτελεί ένα ζήτημα, το οποίο είναι στενά συνδεδεμένο με την υγειονομική κάλυψη και την προστασία των εισοδημάτων των ατόμων (WHO, 2009a). Θεωρητικά, η διασφάλιση της συνθήκης ότι ο πολίτης δεν κινδυνεύει να φτωχύνει κάνοντας χρήση υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις στόχους του συστήματος υγείας (The Tallin Charter, 2008· WHO, 2000, 2009a, 2009b). Όμως η διόγκωση και η περαιτέρω παγίωση των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών θέτουν σε αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος ως προς την προστασία του πολίτη από τη φτώχεια.

Πιο αναλυτικά, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες η παρουσία δημόσιου συστήματος υγείας και η επαρκής ασφαλιστική κάλυψη προστατεύουν τους πολίτες από τις άμεσες δαπάνες υγείας. Ωστόσο, όπως έχει αποδειχθεί, τα νοικοκυριά μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος επιβαρύνονται κυρίως με διογκωμένες ιδιωτικές δαπάνες.¹⁸ Οι δαπάνες αυτές έχουν καταστροφικές επιδράσεις

17. Βλ. Ενότητα 4.

18. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, με υπεύθυνο ηλικιωμένο άτομο ή άτομο με αναπηρία, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προβούν σε καταστροφικές δαπάνες υγείας (Merlis, 2002· Water et al., 2004).

Διάγραμμα 5: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) της συνολικής υγειονομικής δαπάνης, ΕΕ(15), 2009



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 11/10/2011 και 2/12/2011)

στα εισοδήματά τους, επιτάσσοντας την υιοθέτηση αποτελεσματικών πολιτικών παρεμβάσεων για την εδραίωση ισότιμης υγειονομικής περίθαλψης (Arhin-Tenkorang, 2001· Bobjerg, 2001· Kawabata et al., 2002· Ranson, 2002).

Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ οι κρατικοί πόροι αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης στον τομέα υγείας. Ενδεικτικά, το 2008, το 73,6% των δαπανών υγείας χρηματοδοτήθηκε από το Δημόσιο, μέσω της γενικής φορολογίας ή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (OECD, 2010, p. 112).¹⁹

Όμως, το γεγονός αυτό δεν συνεπάγεται ότι ο δημόσιος τομέας διαδραματίζει τον πρώτιστο ρόλο σε κάθε επίπεδο της περίθαλψης. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5, η ιδιωτική δαπάνη εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης με ολοένα και αυξανόμενο ρόλο, κυρίως στον τομέα των φαρμακευτικών προϊόντων και των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών (Orosz

19. Σε χώρες, όπως το Λουξεμβούργο, την Τσεχία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ρουμανία, η δημόσια χρηματοδότηση καλύπτει περισσότερο από το 80% του συνόλου των δαπανών για την υγεία (OECD, 2010).

and Morgan, 2004).²⁰ Έτσι η ισότητα τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πλήττεται, ενώ παράλληλα αποδυναμώνεται ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος (Miller et al., 2000).

Τόσο το μέγεθος όσο και η σύνθεση της συνολικής ιδιωτικής χρηματοδότησης διαφέρει μεταξύ των χωρών. Ωστόσο στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών τα 3/4 της ιδιωτικής δαπάνης αποτελούν οι άμεσες πληρωμές (Colombo and Morgan, 2006). Ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αυξητική τάση του μεγέθους των άμεσων δαπανών υγείας έχει προκαλέσει έντονη ανησυχία. Συνυπολογίζοντας όμως και την ευρέως διαδεδομένη πρακτική των ανεπίσημων πληρωμών, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η πραγματική διάσταση της ιδιωτικής δαπάνης είναι υποτιμημένη (Κυριόπουλος και Σισσούρας, 1997). Έτσι τα σύνορα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι συχνά ασαφή, λόγω της παράλληλης παραοικονομίας που εκτείνεται ανάμεσα στους δύο τομείς.

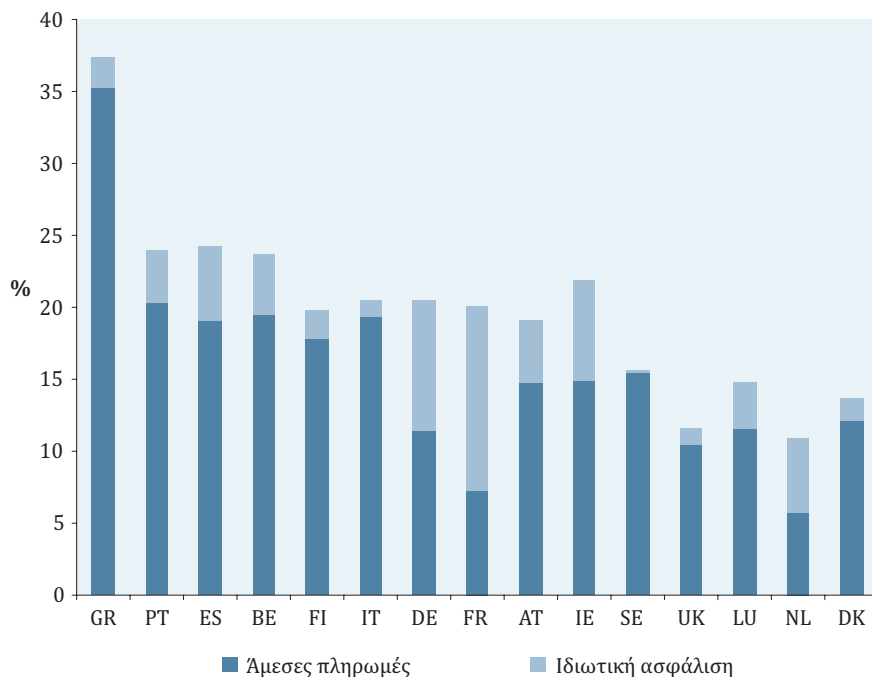
Θεωρητικά οι άμεσες δαπάνες για την υγεία δυνητικά απειλούν την οικονομική ευμάρεια και κατά συνέπεια το επίπεδο διαβίωσης κάθε νοικοκυριού (WHO, 2009a). Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνουν οι Su et al., «η ιδιωτική δαπάνη δεν χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή, ώστε να αποβεί καταστροφική για τα φτωχότερα κυρίως νοικοκυριά» (2006, p. 21). Συγχρόνως, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα νοικοκυριά με χαμηλότερα εισοδήματα τείνουν να δαπανούν περισσότερο, ως ποσοστό του εισοδήματός τους, για υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τα υψηλότερα εισοδήματα (Xu et al., 2003· Arredondo and Zuniga, 2004· Arredondo and Najera, 2005).²¹

Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με τον καθορισμό ενός ορίου/κατωφλιού «των καταστροφικών υγειονομικών δαπανών». Σχετικές έρευνες υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά των «καταστροφικών» άμεσων δαπανών κυμαίνονται μεταξύ 5% έως 20% του συνολικού εισοδήματος των νοικοκυριών (Merlis, 2002· Wyszewianski, 1986· Berki, 1986· Ranson, 2002· Water et al., 2004). Παράλληλα, σε άλλες μελέτες οι δαπάνες υγείας κρίνονται καταστροφικές στην περίπτωση που υπερβαίνουν το 40% του διαθέσιμου εισοδήμα-

20. Ειδικότερα, τα 2/3 της οδοντιατρικής περίθαλψης προέρχονται από ιδιωτικές δαπάνες (Orosz and Morgan, 2004).

21. Στις περισσότερες χώρες τα άτομα με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κάνουν μεγαλύτερη χρήση εξειδικευμένων και προληπτικών υπηρεσιών υγείας από αυτούς με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Διάγραμμα 6: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για υγεία, ΕΕ(15), 2009



Πηγή: National health accounts-WHO (<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, ημερ. πρόσβασης: 2/12/2011)

τος, μετά την κάλυψη των βασικών αναγκών ενός νοικοκυριού (WHO, 2009a· Xu et al., 2003).

Ωστόσο οι έρευνες συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι οι άμεσες δαπάνες παύουν να χαρακτηρίζονται καταστροφικές, από τη στιγμή που θα αρχίσουν να κινούνται σε ποσοστό χαμηλότερο από το 15% των συνολικών δαπανών υγείας (WHO, 2009a, p. 82). Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, διαπιστώνουμε ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες κυμαίνονται μεταξύ 10% έως 30% των συνολικών δαπανών υγείας (Διάγραμμα 5 και 6), ενώ κινούνται σε ακόμα υψηλότερα επίπεδα στις φτωχότερες χώρες (Huber and Orsz, 2003).²²

22. Αντίστοιχα, υπολογίζεται ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι δαπάνες κυμαίνονται μεταξύ 1,5% έως 3% του ΑΕΠ.

Πιο αναλυτικά, σε χώρες όπου καταγράφονται κατεξοχήν χαμηλά εισοδήματα οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν το 25%-60% των συνολικών δαπανών για υγεία, ενώ σε χώρες με υψηλότερα εισοδήματα αντιπροσωπεύουν μόλις το 15%-25% (Rannan-Eliya, 2008, p. 5). Επιπλέον, οι άμεσες δαπάνες είναι ευρέως διαδεδομένες κυρίως σε χώρες όπου η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη (Διάγραμμα 6). Συγκεκριμένα, η ιδιωτική ασφάλιση αντιπροσωπεύει μόλις το 3%-4% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες διαδραματίζει πιο ενεργό ρόλο, όπως στη Γαλλία, όπου το 2008 άγγιξε το 13,2% της συνολικής δαπάνης, παρέχοντας συμπληρωματική κάλυψη εντός του δημόσιου συστήματος υγείας (OECD, 2010, p. 112).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι συχνά οι άμεσες δαπάνες ερμηνεύονται ως επιλογή ορισμένων ατόμων λόγω της προσωπικής τους επιθυμίας και της οικονομικής δυνατότητας που διαθέτουν. Ωστόσο είναι προφανές ότι τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα εξακολουθούν να δαπανούν για την υγεία τους, μολοντί έχουν περιορισμένα εισοδήματα (Whitehead et al., 2001, p. 834).

Θεωρητικά ο κίνδυνος για καταστροφικές δαπάνες είναι υψηλότερος σε χώρες, όπως η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Ελλάδα και η Λετονία, καθώς σε αυτές καταγράφονται ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Αντιστρόφως, οι πιο πλούσιες χώρες έχουν τη δυνατότητα να επενδύουν και να δίνουν προτεραιότητα σε τομείς της κοινωνικής πολιτικής, όπως η υγεία, διατηρώντας σε χαμηλά επίπεδα τις άμεσες πληρωμές και περιορίζοντας τον κίνδυνο ύπαρξης καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά. Ωστόσο στην πράξη εντοπίζονται πολυάριθμες εξαιρέσεις, ακόμα και σε αυτή την κατηγορία χωρών, προβάλλοντας την ανάγκη για διασφάλιση της προστασίας των εισοδημάτων σε όλη την ευρωπαϊκή επικράτεια.

3. Ανισότητες ως προς την υγεία: Η Ελλάδα σε σύγκριση με χώρες της ΕΕ

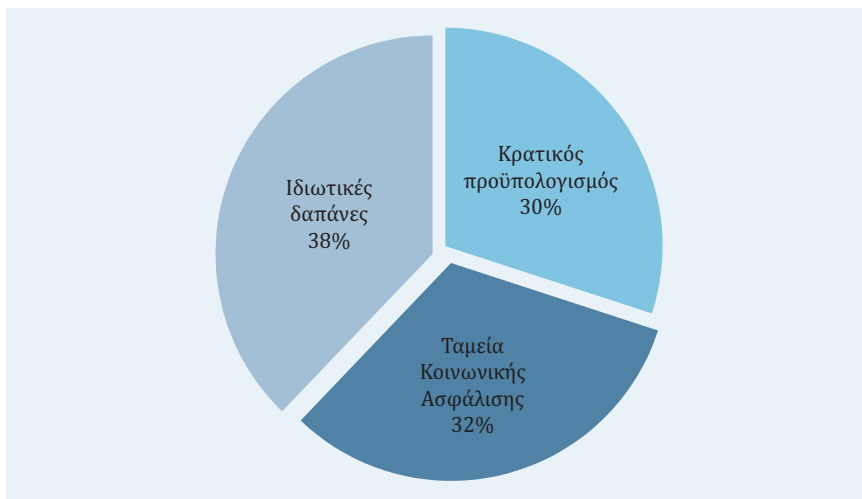
3.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) καθιερώθηκε στη χώρα μας με τον νόμο 1397/1983. Σύμφωνα με το άρθρο 1 της εισηγητικής έκθεσης, «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών», ενώ κατ' εικόνα του βρετανικού National Health System «οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου» (σελ. 1). Δεδομένου ότι στον κυρίαρχο λόγο η υγεία προβάλλεται ως κοινωνικό αγαθό, ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος, η αποκέντρωση των πόρων με βάση τη γεωγραφική κατανομή, η κρατική εποπτεία καθώς και η ανάπτυξη ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας συναπαρτίζουν τους κύριους άξονές του.

Σήμερα χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα, διότι συνδυάζει στοιχεία του μοντέλου Beveridge και του μοντέλου Bismarck, ενώ επιτρέπει συγχρόνως την εκτεταμένη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Παράλληλα με τον κρατικό προϋπολογισμό, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές συνδράμουν εξίσου ως σημαντικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και στηρίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Ωστόσο διαχρονικά παρατηρούνται ποικίλες διακυμάνσεις στα ποσοτικά στοιχεία συμμετοχής αυτών των πηγών (Θεοδώρου κ.ά., 2001, σελ. 211). Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης υποχωρεί σταδιακά και αυξάνεται η κρατική χρηματοδότηση,²³ χωρίς ωστόσο

23. Ενδεικτικά το 1975 η αναλογία συμμετοχής στις δημόσιες δαπάνες υγείας μεταξύ

Διάγραμμα 7: Χρηματοδότηση των δαπανών υγείας ανά πηγή, Ελλάδα, 2007



Πηγή: OECD (<http://stats.oecd.org>, ημερ. πρόσβασης: 11/10/2011 και 2/12/2011)

να προβλέπονται νομοθετικές ρυθμίσεις για τη συνέχιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του ΕΣΥ, με άμεσο επακόλουθο τη διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών, όπως διακρίνεται και στο Διάγραμμα 7.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι βασικό γνώρισμα του ΕΣΥ αποτελεί ο συγκεντρωτισμός και η έντονη κρατική παρέμβαση σε κάθε παράμετρο της υγείας, όπως στη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την παροχή. Ως αποτέλεσμα το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεωρείται αρμόδιο για τη διευθέτηση καίριων ζητημάτων πολιτικής υγείας, όπως το ζήτημα του σχεδιασμού, του προγραμματισμού, της εφαρμογής, της εποπτείας και της αξιολόγησης. Ο διοικητικός εκσυγχρονισμός και η περιφερειοποίηση του συστήματος επιχειρήθηκε με τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ).²⁴ Έτσι, μέσω της περιφερειακής ανασυγκρότησης, μεταβιβάζονται αρμοδιότητες συντονισμού και παροχής σε τοπικό επίπεδο, με στόχο την άρση δυσλειτουργιών και γραφειο-

κοινωνικής ασφάλισης και κρατικού προϋπολογισμού ήταν 60: 40. Όμως, το 1990 μεταβλήθηκε σε 40: 60. Γενικά, από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, η γενική φορολογία διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (OECD, 1994).

24. Αργότερα, μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ, λόγω της πρόσθετης ένταξης υπηρεσιών πρόνοιας, και στη συνέχεια σε ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας).

κρατικών κωλυμάτων, καθώς και τη διεύρυνση της προστασίας του πληθυσμού, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές.

3.2 Από τη ρητορεία στην εφαρμογή: Καταγραφή των αδυναμιών του ΕΣΥ

Η επίτευξη ενός επιτυχούς μεταρρυθμιστικού πλαισίου συνιστά μια πολυσύνθετη διαδικασία, στην οποία ποικίλοι παράγοντες επενεργούν και καθορίζουν την τελική του έκβαση.²⁵ Επιπλέον, κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα οφείλει να συνδέεται με το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον, προκειμένου να καταστεί εφικτή η επιτυχής εφαρμογή της (Frenk, 1994· Bergman, 1995· Οικονόμου, 2004).

Στην περίπτωση της Ελλάδας παρατηρείται ένα αγεφύρωτο χάσμα μεταξύ των διακηρυγμένων μεταρρυθμιστικών στόχων και των εφαρμοσμένων πολιτικών παρεμβάσεων. Η αποτυχία των μεταρρυθμιστικών πλαισίων συχνά αποδίδεται στην εκτεταμένη κομματικοποίηση και τον πελατειακό χαρακτήρα του κράτους, καθώς οι κοινωνικοπολιτικοί στόχοι τείνουν να ταυτίζονται με τα συμφέροντα ομάδων που έχουν προνομιακή πρόσβαση στην εξουσία. Παράλληλα, πολλοί ερευνητές επιρρίπτουν ευθύνη και στην ίδια την κοινωνία των πολιτών, η οποία αδυνατεί να ασκήσει πίεση στις πολιτικές ηγεσίες, προκειμένου να λάβουν υπόψη τις ανάγκες των πολιτών (Κόλμερ, 2010· Κοσμίδης, 2010· Μουζέλης, 2003· Μουζέλης κ.ά., 2005).

Μολονότι το σύστημα αρχικά χαρακτηρίζεται από υπερβολικό κρατισμό²⁶ (Abel-Smith, 1985), ακολουθεί μια περίοδος εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ μέσω της απελευθέρωσης του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, περιορίζοντας έτσι τον αρχικά διακηρυγμένο κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος.

Πιο αναλυτικά, με τον νόμο 2071/1992 εισάγεται ο θεσμός του διοικητή

25. Σύμφωνα με τους Kyriopoulos and Tsalikis (1999, pp. 59-70), η πολιτική και η κοινωνική βούληση, η στοχοποίηση ενός κοινού ιδεώδους, η αρμονική συνύπαρξη μεταξύ των πρωταγωνιστών, σε συνδυασμό με τη διάχυτη διάθεση συμβιβασμού και την παγίωση υψηλού βαθμού συναίνεσης, η εξασφάλιση κατάλληλων υλικών και άυλων πόρων, καθώς και ο θεσμικός εκσυγχρονισμός συνιστούν ενδεικτικούς αναγκαίους παράγοντες επιτυχούς εφαρμογής μιας πολιτικής παρέμβασης.

26. Οι τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και έπειτα αναμένεται η έγκρισή τους από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

(manager) στα νοσοκομεία, ενώ παράλληλα συνάπτονται οι πρώτες συμβάσεις μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών νοσοκομείων ή διαγνωστικών κέντρων. Ο ασθενής-πολίτης επιβαρύνεται με πρόσθετες αυξήσεις τόσο στα νοσήλια όσο και στη φαρμακευτική κάλυψη, δεδομένου του περιορισμού της κρατικής χρηματοδότησης.

Στη συνέχεια, επιχειρείται με το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο 2194/1994 να ενισχυθεί ο δημόσιος-κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος, χωρίς ωστόσο να γίνουν ρηξικέλευθες παρεμβάσεις.²⁷ Αξιοσημείωτη είναι και η μεταρρυθμιστική απόπειρα του νόμου 2519/1997, στοχεύοντας γενικά στον εκσυγχρονισμό του συστήματος και στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας. Η καινοτομία αυτού του νόμου είναι η εισαγωγή εξειδικευμένων οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και αξιολόγησης της διοίκησης, καθώς και η διοικητική αναβάθμιση των μονάδων υγείας. Όμως και πάλι οι διατάξεις δεν εφαρμόζονται επαρκώς, με αποτέλεσμα τη διαίωνη των αδυναμιών και ανισοτήτων που παράγει το σύστημα.

Η υιοθέτηση ενός πιο αποτελεσματικού και ευέλικτου συστήματος διοίκησης, μέσω της εισαγωγής διαχειριστικών τεχνικών, επιχειρείται με τους νόμους 2889/2001, 2920/2001 και 2955/2001. Βασικό σημείο των μεταρρυθμιστικών πλαισίων αποτελεί η βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της οικονομίας των παρεχόμενων υγειονομικών εκροών (γνωστό ως 3E: Effectiveness, Efficiency, Economy), καθώς και η εδραίωση εποπτικών μηχανισμών μέσω του νεοϊδρυθέντος Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.²⁸

Προς αυτή την κατεύθυνση, η συγκρότηση των δεκαεπτά Διοικητικών Περιφερειών Υγείας (ΠεΣΥ) αποβλέπει στην αποκέντρωση και στον επιμερισμό των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της κατανομής του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιοχή.²⁹ Εντούτοις,

27. Ενδεικτικά, επιδιώκοντας τη βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών παροχών, η πολιτική υγείας επικεντρώνεται στη διευθέτηση του εργασιακού καθεστώτος των γιατρών, στην εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και στον μετασχηματισμό των κέντρων υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.

28. Συγχρόνως τίθενται σε λειτουργία απογευματινά ιατρεία εντός των νοσοκομείων, καθώς και γραφεία υποδοχής ασθενών, με τη χρήση πλέον μηχανογραφικού συστήματος.

29. Τα νοσοκομεία παύουν να αποτελούν ΝΠΔΔ και συγκροτούν πλέον αυτοτελείς απο-

δεν καταγράφεται ουσιαστική αποκεντρωτική τάση και περιφερειακή ανάπτυξη. Τα διευθυντικά διοικητικά όργανα εξακολουθούν να διορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, ενώ οι ασθενείς δεν έχουν γεωγραφικές δεσμεύσεις στη χρήση των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα αυτή η ελευθερία κίνησης να συνιστά καθοριστικό παράγοντα στην παρουσία περιφερειακών ανισοτήτων.

Με τον νόμο 3172/2003 προβλέπεται η σύνταξη του «Χάρτη Υγείας», ενώ με τον νόμο 3535/2004 προωθείται ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή. Ωστόσο το 2005 επανέρχεται η μετατροπή των νοσοκομείων σε ΝΔΠΠ και συγχρόνως ο θεσμός των διοικητών (managers) εξασθενεί.

Ας σημειωθεί ότι με τον νόμο 3868/2010 θεσπίζεται σε κάθε δήμο Συμβούλιο Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Σύμφωνα με αυτό, η ανάδειξη θεμάτων και προβληματικών δημόσιας υγείας και περίθαλψης ανήκει στην περιοχή αρμοδιότητας του κάθε δήμου, καθώς και η υποβολή αντίστοιχων προτάσεων προς επίλυσή τους. Παράλληλα, εισάγονται μέτρα για την καθολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους,³⁰ η οποία βρίσκει και πάλι απροετοίμαστη την κοινωνία για την ολοκληρωμένη αποδοχή και εφαρμογή των σχετικών διατάξεων.

Σε γενικές γραμμές, γίνεται άμεσα αντιληπτό ότι η σωρεία των μεταρρυθμιστικών πλαισίων δεν κατορθώνει να επιλύσει τα επιτακτικά ζητήματα εποπτείας των μηχανισμών και ελέγχου της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, ενώ συχνά απουσιάζει η απαιτούμενη κουλτούρα διαλόγου μεταξύ της ιατρικής κοινότητας και των κρατικών φορέων. Παράλληλα, παρατηρείται ανισότητα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών και αδυναμία περιφερειακής αποκέντρωσης. Βεβαίως, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη (out-of-pocket expenditure) προσομοιάζει περισσότερο σε ένα ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας. Η κατασπατάληση πόρων και η διαφθορά επιφέρουν αυξανόμενο κόστος, τεράστια ελλείμματα, στρεβλώσεις στην

κεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ. Ακολούθως, η λειτουργία των ΠεΣΥ περιλαμβάνει αρμοδιότητες, όπως τον σχεδιασμό, την εφαρμογή, τη χρηματοδότηση και την εποπτεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στις περιφέρειες.

30. Πρόκειται για συνέχιση και τροποποίηση των νόμων 3370/2005 και 3730/2008. Σε αυτή συγκαταλέγονται η απαγόρευση της διαφήμισης και η προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους, εκτός από τα σημεία πώλησης.

κατανομή των πόρων και εκτεταμένη δυσaréσκεια των πολιτών, αποκαλύπτοντας τις αδυναμίες και τη σαθρότητα του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ (Ballas and Tsoukas, 2004· Liaropoulos et al., 2008· OECD, 2009).

3.3 Η δυναμική του ΕΣΥ: Συγκριτική αποτύπωση των ανισοτήτων στην υγεία

Αναμφισβήτητα οι ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων επιδρούν στην υγεία των πολιτών. Η άμβλυνσή τους, με βάση τις κυρίαρχες αντιλήψεις περί κοινωνικής δικαιοσύνης, απαιτεί δραστικές πολιτικές παρεμβάσεις (Marmot, 2010). Προς αυτή την κατεύθυνση, θα αποτυπώσουμε και θα σχολιάσουμε βασικές ανισότητες που καταγράφονται εντός του ΕΣΥ. Η αξιοποίηση κατάλληλων δεδομένων και δεικτών, σε συνδυασμό με την ανάλυση που προηγήθηκε, μάς επιτρέπουν την εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων αναφορικά με την ανισότητα στην υγεία.³¹

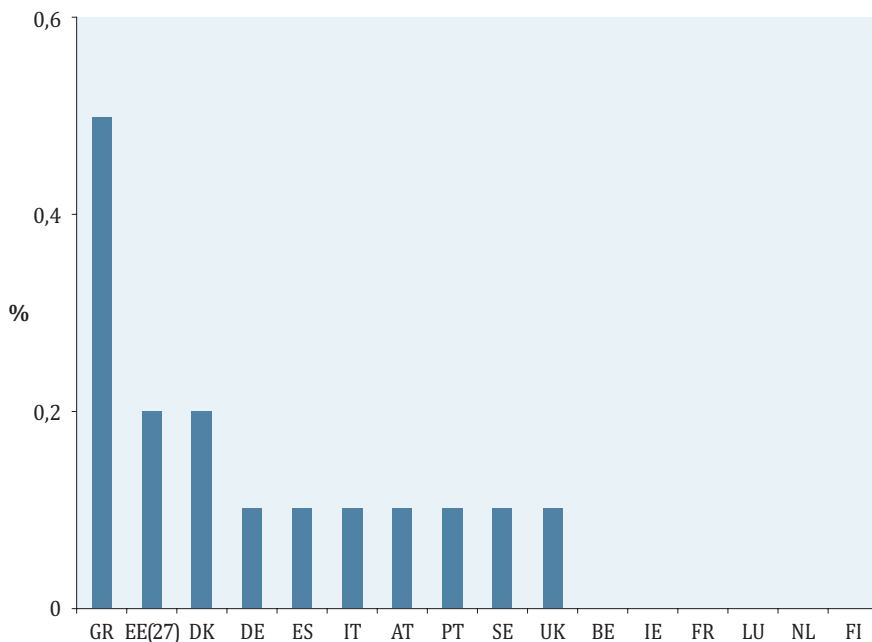
3.3.1 Γεωγραφική πρόσβαση

Σύμφωνα με την επίσημη ρητορεία, στον πυρήνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας βρίσκεται η δυνατότητα ίσης πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής του ατόμου. Αν και το ΕΣΥ έχει συμβάλει σημαντικά στην επέκταση της υγειονομικής φροντίδας και στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, αδυνατεί να διευθετήσει επαρκώς τα ζητήματα αποκέντρωσης, ισότητας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Διάγραμμα 8). Η Ελλάδα είναι η χώρα της ΕΕ-15 που παρουσιάζει, με διαφορά, το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού το οποίο δεν μπόρεσε να πραγματοποιήσει ιατρική εξέταση, λόγω γεωγραφικής απόστασης από την υγειονομική υπηρεσία. Το γεγονός ότι δεν υφίστανται αποτελεσματικοί μηχανισμοί κατανομής των πόρων, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, αναπαράγει ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών.

Συγχρόνως, η γεωγραφική πολυδιάσπαση, λόγω της πληθώρας ορεινών χωριών και νησιών, και η έντονη αστικοποίηση, κυρίως στα δύο μεγάλα κέντρα, Αθήνα και Θεσσαλονίκη, δεν διευκολύνουν την ικανοποιητική επέκταση της υγειονομικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, οι πολίτες δεν έχουν κάποια γεωγραφική

31. Βλ. σχετικά Μωυσίδου (2010).

Διάγραμμα 8: Ανισότητες στην υγεία, ΕΕ, 2009 - Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω άνισης γεωγραφικής πρόσβασης σε υπηρεσίες (%)



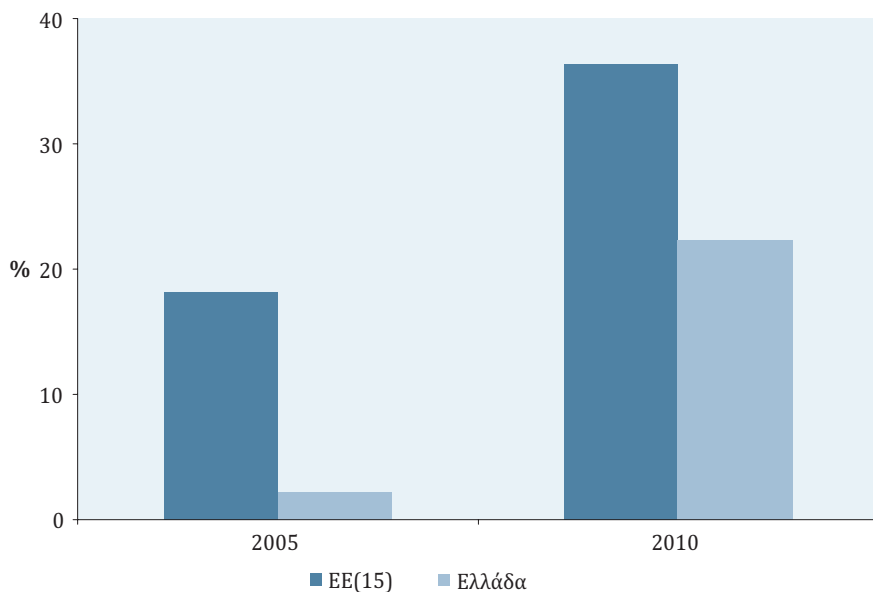
Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

δέσμευση όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα αυτή η ελευθερία κίνησης να συνιστά καθοριστική παράμετρο στη μη ορθολογική κατανομή των πόρων και στην παρουσία περιφερειακών ανισοτήτων.

Λόγω της περιορισμένης ανάπτυξης των δημόσιων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο, αλλά και των μεγάλων λιστών αναμονής, ο αγροτικός πληθυσμός αναγκάζεται συχνά να κάνει χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό συντείνει στην εδραίωση ανισοτήτων στον τομέα της πρόσβασης, οι οποίες επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό των πολιτών (Siskou et al., 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι αγρότες στην Ελλάδα εμφανίζουν έναν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο φτώχειας, και σαφώς τον υψηλότερο μεταξύ των εργαζομένων (Παπαθεοδώρου και Δαφέρμος, 2010α, 2010β), η αναγκαστική χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας συντελεί στη δυσανάλογη επιδείνωση των ήδη χαμηλών επιπέδων διαβίωσης αυτής της πληθυσμιακής ομάδας, αυξάνοντας έτσι περαιτέρω

Διάγραμμα 9: Χρήση διαδικτύου για αναζήτηση πληροφοριών υγείας (ποσοστό % ενηλίκων) σε Ελλάδα και ΕΕ(15), 2005-2010



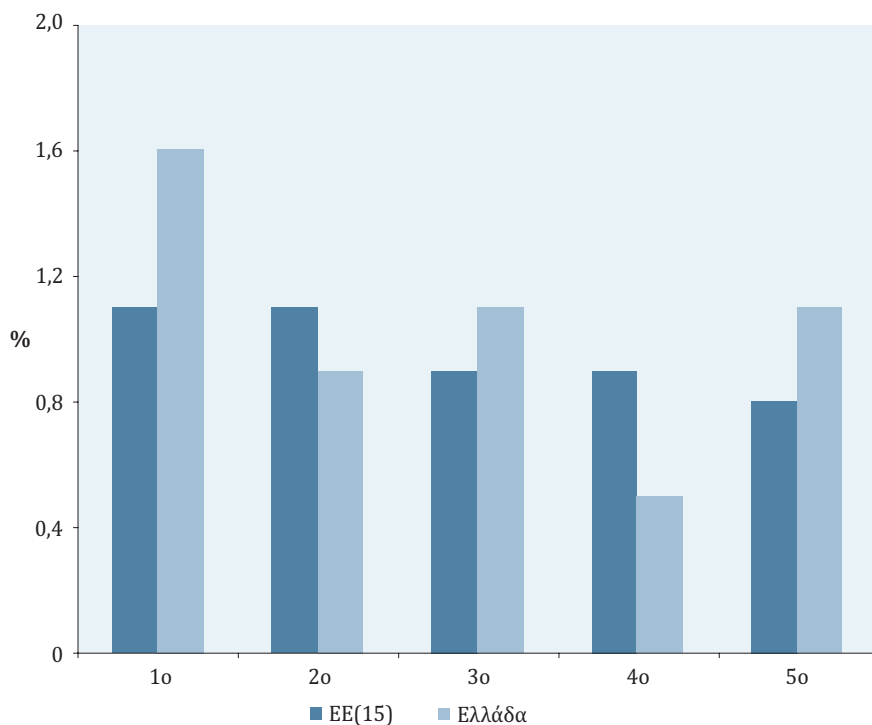
Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

την ανισότητα στη χώρα ως προς το διαθέσιμο εισόδημα. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, αν και σε απόλυτα νούμερα οι φτωχοί συνδράμουν φαινομενικά στο σύστημα υγείας λιγότερο από τις εύπορες ομάδες, οι εισφορές τους αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό των εισοδημάτων τους, έχοντας ως συνέπεια την αύξηση της ανισότητας ως προς το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών (Russell, 2004· SHIELD, 2005).

Επιπλέον, η ύπαρξη ανισοτήτων στην πρόσβαση αποδίδεται συχνά και σε συνθήκες, όπως η μη κατοχή μεταφορικού μέσου, η μη δυνατότητα χορήγησης άδειας από την εργασία, καθώς και η μη ανάπτυξη (τηλε) επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ικανότητας περιήγησης στο διαδίκτυο για ανεύρεση πληροφοριών σχετικών με ζητήματα υγείας (Διάγραμμα 9).

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε πως η αποκέντρωση με την ορθότερη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιοχή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαδικασία άμβλυνσης των υγειονομικών ανισοτήτων (Allin and Masseria, 2009).

Διάγραμμα 10: Ανισότητες στην υγεία, 2009 - Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω αναμονής σε λίστα (%), σε Ελλάδα και ΕΕ(15), ανά πεμπτημόριο του πληθυσμού με βάση το ισοδύναμο εισόδημα



Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

3.3.2 Λίστες αναμονής

Σε θεωρητικό επίπεδο, η (σχεδόν) απουσία λιστών αναμονής και το υψηλό επίπεδο φροντίδας προσμετρώνται θετικά στην αξιολόγηση ενός υγειονομικού συστήματος. Όμως, το ΕΣΥ παρουσιάζει μεγάλες λίστες αναμονής που συνδυάζονται με την ανισομερή κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή προνομίων σε ορισμένα «ευγενή» ταμεία. Αυτό αποτυπώνεται στους ιδιαίτερα χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 10, οι μεγάλες λίστες αναμονής πλήττουν κατεξοχήν τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να έχουν εναλλακτική επιλογή ή ιδιωτική κάλυψη των δαπανών υγείας. Μολονότι η προσπάθεια δομικών και οργανωτικών αλλαγών είναι διαρκής, με στό-

χο τη δημιουργία ενός πλήρους δικτύου άμεσων και ποιοτικών υπηρεσιών προς τον πληθυσμό, οι υγειονομικές ανισότητες συνεχίζουν να υφίστανται.

3.3.3 Αποκέντρωση πόρων και αρμοδιοτήτων

Βασικό διαχρονικό γνώρισμα του ελληνικού συστήματος αποτελεί ο συγκεντρωτισμός και η έντονη κρατική παρέμβαση στη διευθέτηση καίριων ζητημάτων υγείας, όπως στα ζητήματα του σχεδιασμού, του προγραμματισμού, της χρηματοδότησης, της εφαρμογής, της εποπτείας και της αξιολόγησης.

Μολοντί διαχρονικά έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες αποκέντρωσης, η κεντρική διαχείριση των πόρων παραμένει κυρίαρχη. Παράλληλα, η απουσία ομοιομορφίας στο σύστημα (μεικτό που συνδυάζει στοιχεία από τα μοντέλα Beveridge και Bismarck) συχνά περιπλέκει τη λειτουργία των φορέων που εμπλέκονται σε αυτό. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, καταγράφεται μηδαμινή πρόοδος στη σφαίρα των υγειονομικών εκροών, παρά την αυξητική τάση στις δαπάνες (Nolte and McKee, 2008). Επιπλέον, η έλλειψη επίσημων στατιστικών στοιχείων σχετικά με την κατανομή των συνολικών δαπανών και των ειδών περίθαλψης (εξωτερικά ιατρεία, νοσοκομεία, φαρμακευτικές παροχές) εδραιώνει την αδιαφάνεια στον τομέα υγείας.³²

Γενικά, ο κεντρικός έλεγχος σε συνδυασμό με την υποχρέωση των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης να λογοδοτούν αναφορικά με τις δαπάνες και την αποτελεσματικότητα των παροχών μπορούν να αποτελέσουν βασικό μηχανισμό των συστημάτων υγείας για την άμβλυση των ανισοτήτων. Συγχρόνως, έχει υποστηριχθεί ότι το ιατρικό προσωπικό μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον συντονισμό των δράσεων προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις υποβαθμισμένες περιοχές αποτελεί κεντρικό σημείο της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας. Παρά τα προφανή οφέλη που μπορεί να επιφέρει η ενίσχυση των δομών με πρόσθετο ανθρώπινο δυναμικό, έντονος προβληματισμός προκύπτει σχετικά με την πρό-έλευση αυτού του προσωπικού. Συχνά η πρακτική αυτή συνιστά έναν αναποτελεσματικό τρόπο ανακατανομής του ήδη υπάρχοντος προσωπικού από τις

32. Εξαιτίας αυτού του κενού, ορισμένες μελέτες επιχειρούν να προβούν σε εκτιμήσεις για την αποτίμηση των λιστών αναμονής και των άτυπων δαπανών (Souliotis and Kyriopoulos, 2003).

πλουσιότερες στις φτωχότερες περιοχές, συμβάλλοντας στην αναπαραγωγή των ανισοτήτων (NPCRDC, 2009). Η πολιτική αυτή μπορεί να αποδειχθεί αποδοτική, εφόσον συνιστά μια ορθολογική προσέγγιση στον καταμερισμό των υγειονομικών εισροών μεταξύ των περιοχών, συντελώντας στην εξάλειψη των ανισοτήτων στη φροντίδα.

3.3.4 Βαθμός κάλυψης και αποδέκτες

Σε πολλές χώρες ανοιχτό παραμένει το ζήτημα σχετικά με τους αποδέκτες που οφείλει να έχει κάθε πολιτική παρέμβαση: στοχευμένες ομάδες (targeted groups) ή το σύνολο του πληθυσμού (universal basis). Σύμφωνα με την έρευνα του Marmot (2010), η επικέντρωση στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες αποκλειστικά αδυνατεί να επιφέρει επαρκή μείωση στις ανισότητες.³³ Τουναντίον, οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι καθολικές, διότι τα μέτρα περιορισμού των ανισοτήτων ωφελούν πολύπλευρα ολόκληρη την κοινωνία. Πρωτίστως, προκύπτουν οικονομικά οφέλη³⁴ τόσο για το κράτος και το σύστημα υγείας όσο και γι' αυτούς που πλήττονται από τις ανισότητες.

Πιο αναλυτικά, η καθολικότητα φαντάζει πιο αποδοτική, καθώς με τους δεδομένους πόρους παράγονται οφέλη για όλο τον πληθυσμό (Van Doorslaer et al., 2006). Ωστόσο το χάσμα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων βαθαίνει.³⁵ Παράγοντες όπως οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας και διαβίωσης επιδρούν αρνητικά στην υγεία των φτωχότερων κυρίως κοινωνικών ομάδων. Μολονότι οι ομάδες

33. Έχει διαμορφωθεί η κοινωνική αντίληψη ότι η χαμηλή κοινωνική θέση ενός ατόμου συνεπάγεται χαμηλό επίπεδο υγείας.

34. Ενδεικτικά τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν είναι η αύξηση της παραγωγικότητας, η αύξηση των φορολογικών εισφορών, η συγκράτηση των παροχών κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και ο περιορισμός του αυξημένου κόστους θεραπειάς (Marmot, 2010, p. 87).

35. Στην πράξη, οι εκστρατείες που αποσκοπούν σε κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά υγείας του πληθυσμού είναι σπάνια επιτυχείς στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι πρακτικές αυτές ενδέχεται ακόμα και να διευρύνουν την παρουσία ανισοτήτων στην υγεία του πληθυσμού, αφού οι εύπορες κοινωνικές ομάδες ανταποκρίνονται επιτυχέστερα. Ένα κατεξοχήν παράδειγμα αποτελούν οι αντικαπνιστικές εκστρατείες.

αυτές παρουσιάζουν πλήθος αναγκών, λαμβάνουν περιορισμένες υγειονομικές παροχές, σε αντίθεση με τον οικονομικά εύρωστο πληθυσμό.³⁶

Αυτές οι παράμετροι αναπαράγουν ανισότητες και στην περίπτωση της Ελλάδας, επιβαρύνοντας τη λειτουργία του ΕΣΥ. Οι οικονομικά ασθενέστερες ομάδες, οι οποίες και παρουσιάζουν περισσότερες υγειονομικές ανάγκες κάλυψης, υποχρεώνονται να αναμένουν ή να λαμβάνουν παροχές χαμηλότερης ποιότητας (OECD, 2009). Έτσι οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες χρησιμοποιούνται κυρίως από ασθενείς που διαθέτουν χαμηλά εισοδήματα, οι οποίοι συνήθως δεν έχουν άλλη επιλογή, ενώ οι πολίτες με υψηλά εισοδήματα έχουν τη δυνατότητα να κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ή ιδιωτικής ασφάλισης (Pappa and Niakas, 2006).³⁷

Βέβαια, το γεγονός αυτό δεν πρέπει να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι το δημόσιο σύστημα υγείας εξυπηρετεί κυρίως τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα και κατά συνέπεια, μειώνει τις ανισότητες. Αντιθέτως, θα ήταν συνετό να εστιάσουμε στα εύπορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, τα οποία κατεξοχήν έχουν προνομιακή πρόσβαση στις δημόσιες παροχές του συστήματος.

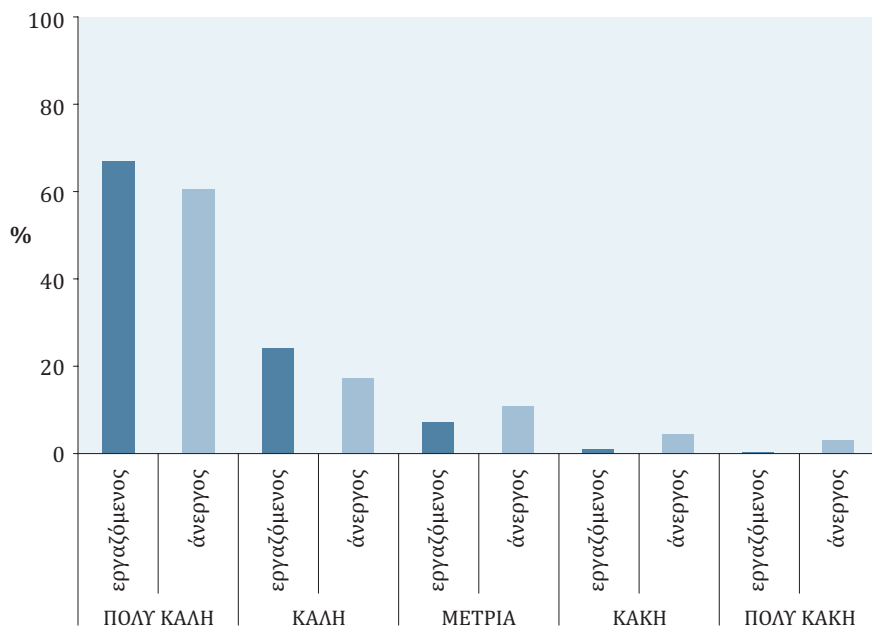
Παρόλο που οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότιμης συμμετοχής στην κοινωνική ζωή θεμελιώνουν την ευρωπαϊκή πολιτική υγείας, το Διάγραμμα 11 φανερώνει την έκδηλη σύνδεση μεταξύ κατάστασης απασχόλησης και κατάστασης υγείας στον πληθυσμό. Παρομοίως, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η εργασιακή απασχόληση συνδέεται περισσότερο με θετικές αξιολογήσεις για την υγεία, ενώ η ανεργία οδηγεί συνήθως σε ψυχοσωματικές αλλαγές, όπως η αύξηση του άγχους (Baum, 1995· Carlson et al., 1995· Lokk et al., 1993· WHO, 2001b).

Το ζήτημα της ισότητας στην υγεία μπορεί να εξεταστεί και ως προς τις ηλικιακές ομάδες. Καθώς το εισόδημα των ηλικιωμένων συναρτάται στενά με τη δυνατότητα που έχουν να κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, το σύστημα υγείας οφείλει να ενισχύει τη φροντίδα της τρίτης ηλικίας μέσα από μια πολυεπίπεδη συνεργασία των διαφόρων φορέων περίθαλψης (Huisman et al., 2003).

36. Παρά το γεγονός ότι έχουν περάσει σχεδόν τέσσερις δεκαετίες, ο «νόμος της αντίστροφης φροντίδας υγείας» (the inverse care law) φαντάζει πιο επίκαιρος παρά ποτέ (Hart, 1971).

37. Ενδεικτικά, η πιθανότητα χρήσης ιδιωτικού φορέα υγειονομικών υπηρεσιών από τα εύρωστα σε σχέση με τα χαμηλότερα στρώματα είναι 2,2: 1 (OECD, 2009). Βλ. επίσης την ανάλυση που ακολουθεί στην Ενότητα 4.

Διάγραμμα 11: Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας με βάση το εργασιακό στάτους (%), Ελλάδα, 2009



Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα αυξημένο στις σύγχρονες κοινωνίες. Αυτή η «γηράσκουσα κοινωνία» δημιουργεί πλήθος προβλημάτων, τα οποία μετατίθενται στις μελλοντικές γενιές. Ένας περιορισμένος αριθμός εργαζομένων καλείται να καλύψει ένα ιδιαίτερα αυξανόμενο μέγεθος αναγκών προς τους ηλικιωμένους (National Board of Health and Welfare, 2003). Επιπλέον, η συρρίκνωση του μεγέθους του εργατικού δυναμικού επενεργεί αρνητικά στη διαδικασία οικονομικής ανάπτυξης, γεγονός που δυνητικά έχει δυσμενή επίδραση στη χρηματοδότηση της υγείας. Ωστόσο οι απόψεις δίστανται σχετικά με την πιθανή αύξηση της ζήτησης των υγειονομικών υπηρεσιών, λόγω του αυξημένου ποσοστού των ηλικιωμένων.

Από τη μια μεριά, η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας έχει συμβάλει στη δυνατότητα που έχουν οι πολίτες να αντιμετωπίζουν τυχόν προβλήματα και να παραμένουν υγιείς για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αυτή η «αναβολή της νοσηρότητας» (postponement of morbidity) μπορεί να μεταθέτει τη χρήση των υπηρεσιών του συστήματος υγείας σε μεταγενέστερα και πιο κρίσιμα στάδια της ζωής.

Ως εκ τούτου, δεν απαιτούνται περισσότεροι πόροι για υγειονομική κάλυψη (Fries, 1989, 2003· Nusselder and Mackenback, 2000). Από την άλλη μεριά, η βελτίωση της υγείας του γηραιού πληθυσμού, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ευνοεί την «επέκταση της νοσηρότητας» (expansion of morbidity). Συνεπώς, τα άτομα ενδέχεται να νοσούν συχνότερα, γεγονός που απαιτεί την αύξηση των υγειονομικών υπηρεσιών (Glenngard et al., 2005· Gruenberg, 1977· Olshansky et al., 1991· Verbrugge, 1991).

Μολονότι η ίση πρόσβαση και η απρόσκοπτη χρήση των υγειονομικών παροχών καθίστανται ζωτικής σημασίας για τους ηλικιωμένους, κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι αποτελούν μονάχα έναν παράγοντα, και πιθανώς ήσσονος σημασίας, από αυτούς που συνδέονται με την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία (Dahlgren and Whitehead, 1991).

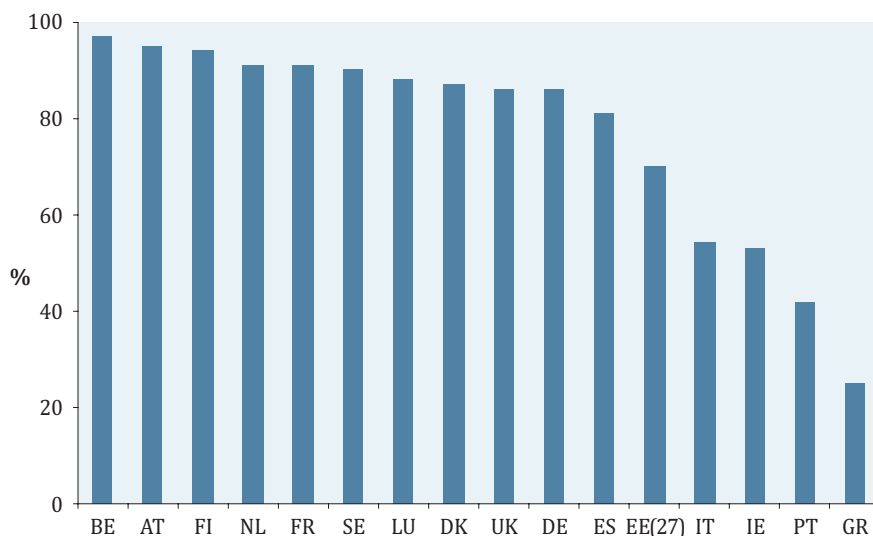
3.3.5 Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα

Η Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας του συστήματος υγείας. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόλις στο 25% και είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ(15) και κατά πολύ χαμηλότερο από το μέσο ποσοστό της ΕΕ(27) (Διάγραμμα 12).

Δεδομένου ότι το ΕΣΥ έχει σχεδιαστεί να εξασφαλίζει την πλήρη και ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές παροχές, στην πράξη οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν συνήθως μονόδρομο για τους περισσότερους πολίτες, γεγονός που συνιστά βασική πηγή δυσαρέσκειας. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης (Liaropoulos and Tragakes, 1998· Κυριόπουλος και Σουλιώτης, 2002).

Για να κατανοήσουμε τη συγκριτική θέση του ΕΣΥ, κρίνουμε ως χρήσιμο πλαίσιο αναφοράς μια συνοπτική συγκριτική παράθεση στοιχείων από τρεις χώρες της ΕΕ, οι οποίες αντιπροσωπεύουν διαφορετικά συστήματα κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με την τυπολογία των Esping-Andersen (1990). Ωστόσο αξίζει να υπογραμμιστεί ότι στη σύγχρονη πραγματικότητα δεν παρατηρείται ιδεοτυπική καθαρότητα στις παραπάνω τυπολογικές διακρίσεις.

Διάγραμμα 12: Δήλωση ικανοποίησης πολιτών από το σύστημα υγείας, ΕΕ(15), 2009 (Ποσοστό πληθυσμού που αξιολογεί ως «καλή» την ποιότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης)



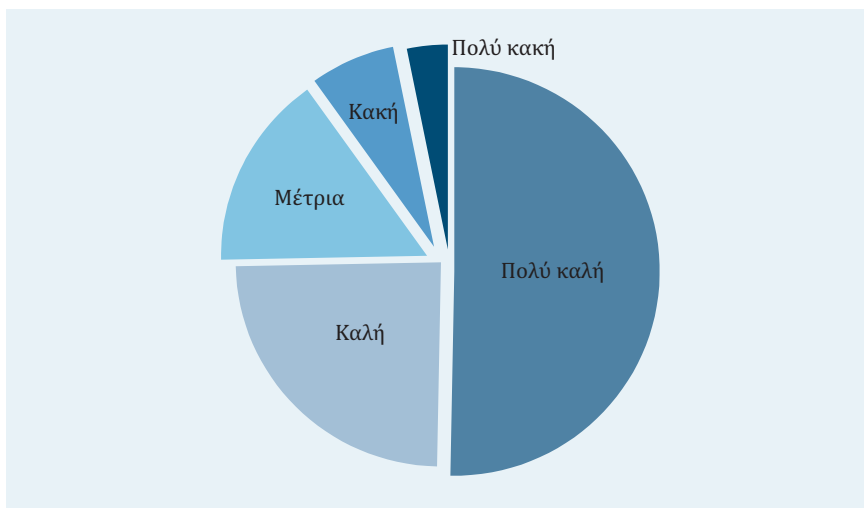
Πηγή: Eurobarometer (2010), Special Eurobarometer 72.2 (Question QD2)

Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο³⁸ (φιλελεύθερο πρότυπο κοινωνικού κράτους) το σύστημα υγείας φημίζεται για την παροχή καθολικής και ποιοτικής φροντίδας με σχετικά χαμηλό κόστος. Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 12, το 86% των πολιτών δηλώνει ικανοποιημένο με την υγειονομική φροντίδα που του παρέχεται (Eurobarometer, 2010). Ωστόσο οι επικριτές του συνεχίζουν να υποστηρίζουν ότι η παρουσία χαμηλού κόστους αποφέρει αναπόφευκτα φροντίδα χαμηλής ποιότητας για τους πολίτες (Light, 1997).

Παρομοίως, στη Γερμανία (συντηρητικό-κορπορατιστικό πρότυπο κοινωνικού κράτους) καταγράφεται υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα υγείας, της τάξης του 86%. Παρ' όλα αυτά, η οικονομική συμμετοχή των ασθενών αυξάνεται αισθητά, γεγονός που προκαλεί δυσφορία (Eurobarometer, 2010). Όσον αφορά το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών, υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη σημαντικών διαφορών μεταξύ μικρών και μεγάλων ταμείων διαχέει μια

38. Ας σημειωθεί ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο το σύστημα υγείας έχει διατηρήσει πολλά από τα στοιχεία της παράδοσής του, τα οποία και τοποθετούνται εγγύτερα στο σοσιαλ-δημοκρατικό μοντέλο.

Διάγραμμα 13: Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας, Ελλάδα, 2009



Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

αίσθηση αδικίας στην κοινωνία, η οποία, σύμφωνα με την κυβερνητική ρητορεία, μπορεί να αμβλυνθεί με τη συγχώνευση-συρρίκνωση του αριθμού των μικρότερων ταμείων (Nolte and McKee, 2004).

Αντίστοιχα, στη Σουηδία (σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο κοινωνικού κράτους) το υγειονομικό σύστημα παρουσιάζεται αποτελεσματικό, με το 90% του πληθυσμού να δηλώνει ικανοποιημένο από την ποιότητα των παροχών (Eurobarometer, 2010).

Από την άλλη πλευρά, οι Έλληνες αξιολογούν θετικά την κατάσταση υγείας τους, παρά την περιορισμένη ικανοποίηση που αντλούν από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 13, οι πολίτες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας, καθώς ένα ποσοστό της τάξης του 50,9% δηλώνει ότι έχει «πολύ καλή υγεία». Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες ΕΕ (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>). Η συνθήκη αυτή μπορεί να αποδοθεί στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του λαού και στον τρόπο ζωής, καθώς και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Οικονόμου, 2004, σελ. 258). Παρ' όλα αυτά, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για τη δημοσιονομική εξυγίανση, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και του κρατικού ελέγχου του ΕΣΥ (WHO, 2001a).

3.3.6 Συμμετοχή στο κόστος

Η ύπαρξη ανισοτήτων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας τροφοδοτείται από τις άτυπες πληρωμές (μίζες ή φακελάκια). Παρά το γεγονός ότι θεωρείται τεκμήριο διαφθοράς του συστήματος, από ορισμένους εκλαμβάνεται ως μέσο με το οποίο οι ασθενείς και τα ασφαλισμένα άτομα μπορούν να αποκτήσουν καλύτερη πρόσβαση, ποιότητα, μεταχείριση και προτεραιότητα σε υγειονομικές υπηρεσίες (Σουλιώτης κ.ά., 2002).

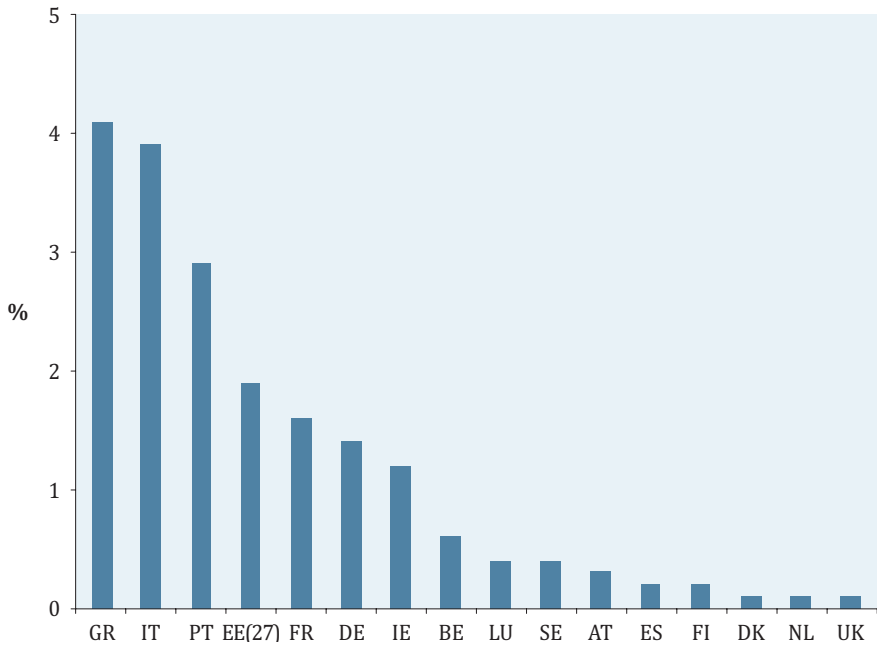
Ωστόσο αξίζει να υπογραμμιστεί ότι οι άτυπες πληρωμές εισάγουν μια σειρά αγοραίων κριτηρίων στο πλαίσιο λειτουργίας του δημόσιου συστήματος υγείας, στο οποίο τείνει να ισχύει ο άτυπος κανόνας «Εάν πληρώσεις, θα εξυπηρετηθείς αμέσως» (Miller et al., 2000, p. 305). Δεδομένου ότι παγιώνεται ο περιορισμός των δημόσιων πόρων, όσοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στις άτυπες πληρωμές λαμβάνουν εντέλει ανεπαρκή κάλυψη.

Ως συνέπεια, οι ανισότητες αυξάνονται ως προς την πρόσβαση στις παροχές, την κατανομή των αγαθών υγείας και σαφώς ως προς τα εισοδήματα, καθώς οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν ένα δυσανάλογα υψηλότερο ποσοστό του εισοδήματος στις χαμηλές εισοδηματικά ομάδες. Αυτό αποτυπώνεται και στο γεγονός ότι η Ελλάδα είναι η χώρα της ΕΕ(15) με το υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού που δεν πραγματοποιεί κάποια ιατρική εξέταση λόγω του υψηλού κόστους (βλ. Διάγραμμα 14).

Έτσι τα σύνορα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι συχνά ασαφή, λόγω της παράλληλης παραοικονομίας που λαμβάνει χώρα ανάμεσα στους δύο τομείς. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 36% των περιθιαζομένων σε δημόσια νοσοκομεία έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή (Liaropoulos et al., 2008). Προφανώς, αυτή η πρακτική αποτελεί ένδειξη της αμφισβήτησης που έχουν οι πολίτες για το σύστημα, καταδεικνύοντας την ανάγκη διευθέτησης των κενών στην περίθαλψη (OECD, 2009).

Συγχρόνως, οι άτυπες πληρωμές αναδεικνύουν την απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου, επιτρέποντας στους παρόχους να αποκτήσουν προσωπικά οφέλη από την εμπορευματοποίηση της υγείας. Έτσι ενθαρρύνεται η αντιεπαγγελματική-κερδοσκοπική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και ενισχύεται η διαφθορά στους κόλπους του με τη χρήση δημόσιων μέσων για ιδιωτικούς σκοπούς, επιβαρύνοντας εντέλει τον ασθενή.

Διάγραμμα 14: Ανισότητες στην υγεία, ΕΕ, 2009 - Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω υψηλού κόστους (Ποσοστό % του πληθυσμού)



Πηγή: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, ημερ. πρόσβασης: 10/12/2011)

Επιπροσθέτως, η απουσία της απαιτούμενης επαγγελματικής συμπεριφοράς εκ μέρους της διοίκησης του ΕΣΥ αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στις αδιαφανείς προσλήψεις, με βάση πολιτικά κριτήρια (Ballas and Tsoukas, 2004). Γενικά, η έλλειψη αξιοπιστίας μαρτυρά τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού προς το σύστημα δημόσιας υγείας.³⁹

39. Συνήθως, έπειτα από μια γνωμάτευση δημόσιου φορέα, οι ασθενείς τείνουν να στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα για μια δεύτερη γνώμη (Σουλιώτης, 2000).

4. Η επίδραση του συστήματος υγείας στην ανισότητα και τη φτώχεια στην Ελλάδα: Ο ρόλος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία

4.1 Δεδομένα και μεθοδολογία ανάλυσης

Στα προηγούμενα κεφάλαια επισημάνθηκε και σχολιάστηκε η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων και του συστήματος υγείας. Διαπιστώσαμε ότι ο ακαδημαϊκός και δημόσιος διάλογος, αλλά και το ερευνητικό ενδιαφέρον έχουν κυρίως επικεντρωθεί στην επίδραση των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συγκεκριμένα: α) στην πρόσβαση σε περίθαλψη και γενικότερα σε υπηρεσίες υγείας και β) στην υγεία του πληθυσμού. Όμως το ζήτημα της επίδρασης του ίδιου του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην οικονομική ανισότητα δεν έχει προσελκύσει στον ίδιο βαθμό το ερευνητικό ενδιαφέρον, με αποτέλεσμα τον ιδιαίτερα περιορισμένο αριθμό ερευνών στο πεδίο αυτό (Figueras et al., 2008). Στο κεφάλαιο αυτό θα εστιάσουμε στην εμπειρική διερεύνηση της επίδρασης του συστήματος υγείας στην ανισότητα, στη φτώχεια και στο επίπεδο διαβίωσης των κατοίκων της Ελλάδας.

Στην ανάλυση που ακολουθεί θα αξιοποιήσουμε τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα μικροδεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), τα οποία αναφέρονται στο έτος 2008 (ΕΛΣΤΑΤ, 2008, 2010). Οι ΕΟΠ πραγματοποιούνται σε αντιπροσωπευτικό δείγμα νοικοκυριών της χώρας, όπου συλλέγονται λεπτομερείς πληροφορίες για την κατανάλωση των νοικοκυριών (συνολική και ανά κατηγορία δαπάνης). Παράλληλα αντλούνται πληροφορίες για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως είναι η σύνθεση και το μέγεθος των νοικοκυριών, οι συνθήκες στέγασης, η ηλικία, το εισόδημα και η απασχόληση των μελών.

Η οικονομική μεταβλητή για τον προσδιορισμό της ανισότητας και της φτώχειας που χρησιμοποιείται στην ανάλυση αυτή είναι η συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη. Πρόκειται ουσιαστικά για τη συνολική ετήσια καταναλωτική δαπάνη για προϊόντα και υπηρεσίες που έχουν αγοράσει τα νοικοκυριά.⁴⁰ Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η καταναλωτική δαπάνη χρησιμοποιείται συχνά ως βασική οικονομική μεταβλητή στη μέτρηση της ανισότητας στο επίπεδο διαβίωσης και της φτώχειας. Ως δημογραφική μονάδα ανάλυσης χρησιμοποιούμε το άτομο. Για τη σύγκριση του επιπέδου της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης μεταξύ ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά με διαφορετικό μέγεθος και σύνθεση εφαρμόζεται η τροποποιημένη κλίμακα του OECD. Σύμφωνα με την κλίμακα αυτή σταθμίζουμε με 1 το πρώτο μέλος του νοικοκυριού, με 0,5 κάθε επιπλέον ενήλικα και με 0,3 κάθε παιδί.

Η ανισότητα μεταξύ των ατόμων ως προς την ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη εκτιμήθηκε με τη χρήση των ευρέως διαδεδομένων δεικτών *Gini* (G), *Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων* (L), *Theil* (T), *Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας* (C^2) και *Atkinson* $A_{(\epsilon=0,5)}$ και $A_{(\epsilon=2)}$. Όλοι αυτοί οι δείκτες ικανοποιούν τις βασικές ιδιότητες που οφείλουν να έχουν οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας, δηλαδή της ανωνυμίας, της ανεξαρτησίας από το μέγεθος του πληθυσμού, της ανεξαρτησίας από τη μονάδα μέτρησης της οικονομικής μεταβλητής (εισόδημα ή κατανάλωση) και την αρχή της μετάβασης.⁴¹ Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας δεν είναι αξιακά ουδέτεροι. Κάθε δείκτης εμφανίζει διαφορετική ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικά σημεία της κατανομής και κατά συνέπεια, αντανακλά μια συγκεκριμένη συνάρτηση κοινωνικής ευημερίας.⁴² Έτσι ο δείκτης G εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που γίνονται στο μέσο της διανομής. Μεταξύ των δεικτών L , T και C^2 μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις που πραγματοποιο-

40. Σε αυτό τον ορισμό της συνολικής κατανάλωσης δεν περιλαμβάνονται παροχές (αγαθά ή υπηρεσίες) που έλαβαν τα νοικοκυριά σε είδος (π.χ., ιδιοκατανάλωση σε αγροτικά νοικοκυριά).

41. Για τον υπολογισμό των δεικτών μέτρησης της ανισότητας και τις ιδιότητές τους βλ. Atkinson (1983), Jenkins (1991), Cowell (2000), Atkinson and Bourguignon (2000).

42. Για την επίδραση των εναλλακτικών υποθέσεων, ορισμών, δεικτών και μεθόδων στην ανάλυση και αποτίμηση της ανισότητας βλ. Piachaud (1993), Παπαθεοδώρου (2004).

ούνται στα χαμηλά εισοδήματα εμφανίζει ο L και στα υψηλά εισοδήματα ο C^2 . Η ευαισθησία του δείκτη *Atkinson* καθορίζεται από την τιμή της ε , που είναι η «παράμετρος αποστροφής της ανισότητας». Σε μεγαλύτερες τιμές της παραμέτρου ε αυξάνεται και η ευαισθησία του δείκτη σε αλλαγές στο κάτω άκρο της κατανομής. Η χρήση εναλλακτικών δεικτών στην αποτύπωση της ανισότητας μας βοηθάει να ελέγξουμε την εγκυρότητα των εκτιμήσεών μας και να διερευνήσουμε διαφορετικές πλευρές του φαινομένου.

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

Τέλος, για τη διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στη φτώχεια, χρησιμοποιούμε τον ευρέως διαδεδομένο ορισμό της σχετικής φτώχειας, σύμφωνα με τον οποίο το όριο φτώχειας ορίζεται στο 60% της διαμέσου της ισοδύναμης καταναλωτικής (ή εισοδήματος).⁴³ Ταυτόχρονα, για να μετρήσουμε και την επίδραση στο εισόδημα των φτωχών, χρησιμοποιούμε το χάσμα της φτώχειας, το οποίο μάς επιτρέπει να εκτιμήσουμε την απόσταση μεταξύ της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των φτωχών από το όριο φτώχειας. Το χάσμα της φτώχειας υπολογίζεται ως ο λόγος της απόστασης της διαμέσου καταναλωτικής δαπάνης των φτωχών από το όριο φτώχειας προς το όριο φτώχειας.

4.2 Κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας

Όπως επισημάνθηκε στην ανάλυση που προηγήθηκε, η διασφάλιση της συνθήκης ότι ο πολίτης δεν κινδυνεύει να φτωχύνει κάνοντας χρήση υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις στόχους του συστήματος υγείας

43. Πρόκειται για έναν σχετικά αυθαίρετο δείκτη που στερείται κάποιας ουσιαστικής θεωρητικής τεκμηρίωσης. Γίνεται όμως εύκολα κατανοητός ακόμα και από τους μη ειδικούς στον χώρο και μπορεί να υπολογιστεί με σχετική ευκολία, χωρίς να απαιτεί πολύπλοκα και υψηλού κόστους (ως προς τη συλλογή και τεκμηρίωση) δεδομένα. Για μια κριτική επισκόπηση αυτού του ορισμού της φτώχειας βλ. Παπαθεοδώρου κ.ά. (2008).

(The Tallin Charter, 2008· WHO, 2000, 2009a). Ωστόσο παρατηρείται ένα ιδιαίτερο υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας. Το βασικό ερώτημα στο οποίο θα εστιάσει η ανάλυση σε αυτή την ενότητα είναι εάν και σε ποιον βαθμό αυτές οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αφενός επιβαρύνουν το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων στη χώρα, ιδιαίτερα αυτών με τα χαμηλότερα εισοδήματα, και αφετέρου αναδεικνύουν ζητήματα αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας στην προστασία του πολίτη από τη φτώχεια.

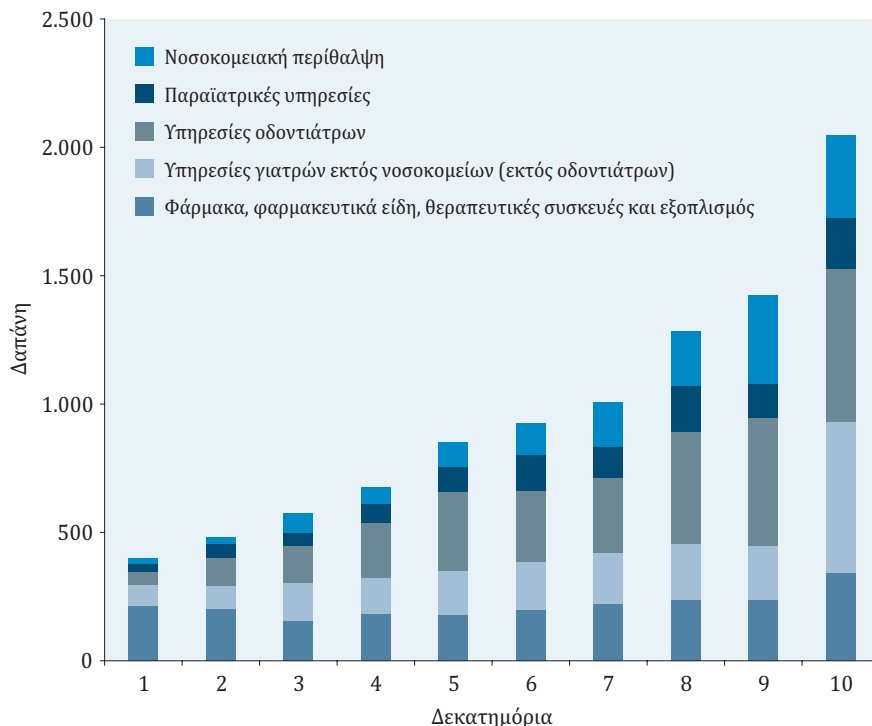
Με βάση τις εκτιμήσεις των δεδομένων της ΕΟΠ του 2008, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν το 6,4% της μέσης ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των κατοίκων της χώρας.⁴⁴ Όμως, οι δαπάνες αυτές πραγματοποιούνται κυρίως από τα πλουσιότερα νοικοκυριά, τα οποία ενδεχομένως επιλέγουν πιο πολυτελείς υπηρεσίες υγείας ή περιλαμβάνουν και τον υπόλοιπο πληθυσμό; Αξίζει να σημειωθεί ότι στη δεύτερη περίπτωση οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία συχνά αντιπροσωπεύουν βασικές αδυναμίες και ελλείψεις του συστήματος υγείας, που έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσης των λιγότερο εύρωστων τμημάτων του πληθυσμού (OECD, 2009).

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 15 (βλ. επίσης Πίνακα Π-1 στο Παράρτημα), είναι σαφές ότι η μέση κατανάλωση υπηρεσιών και προϊόντων υγείας αυξάνεται ανάλογα με το ύψος της συνολικής δαπάνης (και άρα του εισοδήματος) των ατόμων. Έτσι, σε απόλυτες τιμές, τα νοικοκυριά με υψηλότερα εισοδήματα (ή συνολική κατανάλωση) δαπανούν κατά μέσο όρο μεγαλύτερα ποσά απ' ό,τι τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα.

Η σύνθεση, όμως, των δαπανών υγείας ανά κατηγορία μάς αποκαλύπτει ότι δεν ακολουθούν την ίδια τάση όλες οι επιμέρους δαπάνες για την υγεία. Συγκεκριμένα, η μέση δαπάνη για φάρμακα, που αντιπροσωπεύει μεγάλο μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία, δεν εμφανίζει μια θετική σχέση με το ύψος του εισοδήματος των νοικοκυριών. Αντιθέτως, τα άτομα που ανήκουν στο φτωχότερο δεκατημόριο δαπανούν κατά μέσο όρο για φάρμακα (σε απόλυτες τιμές) περισσότερο απ' ό,τι τα άτομα που βρίσκονται στο 2ο-7ο δεκατημόριο. Αυτό οφείλεται ενδεχομένως και στο γεγονός ότι το 1ο δεκατημόριο του πληθυσμού περιλαμβάνει αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων, οι οποίοι έχουν επιβαρυνόμενη υγεία και άρα αυξημένη ανάγκη για κατανάλωση φαρμάκων απ' ό,τι

44. Βλ. Πίνακα Π-1 στο Παράρτημα. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι σε αυτές τις δαπάνες δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Διάγραμμα 15: Μέση ετήσια ιδιωτική δαπάνη για υγεία, συνολική και ανά κατηγορία, ανά δεκατημόριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

τα υπόλοιπα δεκατημόρια.⁴⁵ Μόνο τα άτομα που ανήκουν στο πλουσιότερο 30% του πληθυσμού δαπανούν για φάρμακα λίγο περισσότερο από αυτά που βρίσκονται στο φτωχότερο 10%. Δεδομένης της ανελαστικότητας στην κατανάλωση φαρμάκων, αυτό προκαλεί αρκετά ερωτήματα ως προς την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας όσον αφορά την προστασία των εισοδημάτων των φτωχότερων και ιδιαίτερα ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού.

Οι υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών για την υγεία φαίνεται να σχετίζονται θετικά με το ύψος της συνολικής κατανάλωσης των ατόμων. Αυτό είναι ιδιαίτε-

45. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μας, με βάση τα μικροδεδομένα της ΕΟΠ του 2008, η μέση ηλικία του υπευθύνου του νοικοκυριού στο πρώτο δεκατημόριο είναι 61 έτη, ηλικία πολύ υψηλότερη από την αντίστοιχη που εμφανίζει η ίδια μεταβλητή στα υπόλοιπα δεκατημόρια. Επίσης, στο ίδιο δεκατημόριο συγκεντρώνεται το 46% του συνόλου των μονομελών νοικοκυριών του πληθυσμού που αποτελείται από άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω.

ρα εμφανές στις δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, που καλύπτονται μόνο μερικώς από το ΕΣΥ. Οι δαπάνες αυτές εμφανίζονται αρκετά χαμηλές στο 30% του φτωχότερου πληθυσμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα αυτά, λόγω εισοδηματικών περιορισμών, ενδεχομένως καλύπτουν πλημμελώς τις ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα ή προβαίνουν μόνο στις απολύτως αναγκαίες θεραπείες. Φυσικά δεν μπορεί να υποστηριχθεί πως αυτό οφείλεται στο ότι οι φτωχοί έχουν πιο υγιή δόντια. Μάλλον το αντίθετο ισχύει, εφόσον η υιοθέτηση πρακτικών φροντίδας και περιποίησης των δοντιών συνδέεται κυρίως με τα υψηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στο πρώτο δεκατημόριο έχουμε μεγαλύτερη κατανάλωση φαρμάκων και υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση ηλικιωμένων. Οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες αυξάνονται και διατηρούνται σε παρόμοιο ύψος (ως απόλυτη μέση τιμή) στο 4ο έως το 7ο δεκατημόριο. Αυτό γενικά δείχνει ότι τα άτομα με μεσαία εισοδήματα καλύπτουν περισσότερες ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα. Στη συνέχεια οι δαπάνες αυτές αυξάνονται, αλλά διατηρούνται πάλι σε παρόμοιο ύψος, στα τρία υψηλότερα δεκατημόρια που αντιπροσωπεύουν το 30% του πλουσιότερου πληθυσμού. Θα μπορούσαμε έτσι να υποθέσουμε ότι τα άτομα με υψηλά εισοδήματα προβαίνουν σε πιο ολοκληρωμένες παρεμβάσεις όσον αφορά τη φροντίδα των δοντιών που ενδεχομένως επεκτείνονται και σε θέματα αισθητικής.

Οι δαπάνες για υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου (στις οποίες δεν περιλαμβάνονται αυτές για οδοντιατρικές υπηρεσίες) παρουσιάζει μια αντίστοιχη τάση με αυτή των οδοντιάτρων. Παραμένει αρκετά χαμηλή στα δύο πρώτα δεκατημόρια του πληθυσμού, γεγονός που δείχνει ότι το φτωχότερο 20% του πληθυσμού καταφεύγει κυρίως σε δημόσιες δομές ή/και υπηρεσίες που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Οι σχετικές δαπάνες αυξάνονται, χωρίς όμως να παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα άτομα που ανήκουν στο 3ο-9ο δεκατημόριο, αποκαλύπτοντας ότι τα νοικοκυριά με μεσαία εισοδήματα προσφεύγουν συχνά σε ιδιώτες γιατρούς. Τέλος, οι δαπάνες αυτές αυξάνονται σημαντικά στο 10% του πλουσιότερου πληθυσμού.

4.3 Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα και τη φτώχεια

Η ανάλυση ανά δεκατημόριο των δαπανών υγείας σε απόλυτες τιμές δεν μπορεί να δώσει μια σαφή εικόνα της επίδρασης που ασκούν στη συνολική ανισότη-

τα και στο επίπεδο διαβίωσης των ατόμων. Χρειάζεται να γνωρίζουμε το μερίδιο το οποίο αντιπροσωπεύουν στη συνολική δαπάνη των ατόμων στα διάφορα τμήματα της διανομής. Δηλαδή να γνωρίζουμε εάν το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία αυξάνεται, μειώνεται ή παραμένει σταθερό όσο αυξάνεται η συνολική καταναλωτική δαπάνη (ή το εισόδημα) των ατόμων. Έτσι εάν το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία παραμένει σταθερό, οι δαπάνες αυτές δεν έχουν κάποια επίπτωση στη συνολική ανισότητα. Στην περίπτωση που το μερίδιο αυξάνεται ή μειώνεται, τότε οι δαπάνες αυτές οδηγούν αντίστοιχα σε μείωση ή αύξηση της συνολικής ανισότητας. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, ανεξάρτητα από την επίδρασή τους στη συνολική ανισότητα, επιβαρύνουν δυσανάλογα τον πληθυσμό με χαμηλά εισοδήματα, επιφέροντας αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική κοινωνική ευημερία. Τα άτομα και τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα καταναλώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους. Ιδιαίτερα τα πλέον φτωχά νοικοκυριά δαπανούν όλο το εισόδημά τους σε βασικά καταναλωτικά αγαθά. Λαμβάνοντας υπόψη την ανελαστικότητα των δαπανών για την υγεία, είναι προφανές ότι τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα στερούνται πόρους που θα μπορούσαν να καταναλώσουν για άλλα προϊόντα και υπηρεσίες με σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους.

Η επίδραση των δαπανών για την υγεία στη συνολική ανισότητα μπορεί να υπολογιστεί με τους δείκτες ανισότητας. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, όπως ήδη αναφέρθηκε, χρησιμοποιούνται οι δείκτες *Gini*, *Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L)*, *Theil*, *Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C^2)* και *Atkinson $A_{(\epsilon=0,5)}$* και *$A_{(\epsilon=2)}$* . Θεωρώντας λοιπόν ότι οι δαπάνες υγείας στερούν εισόδημα από την κατανάλωση άλλων αγαθών και υπηρεσιών, και άρα επιδρούν αρνητικά στο δυνητικό επίπεδο ευημερίας των ατόμων, υπολογίζουμε την ανισότητα: α) με βάση τη συνολική ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων και β) μετά την αφαίρεση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία από τη συνολική καταναλωτική δαπάνη. Οι σχετικές εκτιμήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Διαπιστώνουμε ότι οι εκτιμήσεις όλων των δεικτών συμφωνούν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξάνουν τη συνολική ανισότητα. Τη χαμηλότερη αύξηση δείχνουν οι εκτιμήσεις του δείκτη *Gini*, που παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία σε μεταβιβάσεις στο μέσο της διανομής. Αντιθέτως, οι δείκτες που είναι περισσότερο ευαίσθητοι σε μεταβιβάσεις στα άκρα της διανομής δείχνουν μεγαλύτερη αύξηση της συνολικής ανισότητας που κυμαίνεται μεταξύ 4,4% έως 5,1%.

Πίνακας 1: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην ανισότητα στην Ελλάδα, 2008, με βάση τους δείκτες *Gini*, *Μέση Απόκλιση Λογαρίθμων (L)*, *Theil*, *Τετράγωνο του Συντελεστή Μεταβλητότητας (C²)* και *Atkinson A_(ε=0,5)* και *A_(ε=2)*

	<i>Gini</i>	<i>A_(ε=0,5)</i>	<i>A_(ε=2)</i>	<i>L</i>	<i>Theil</i>	<i>C²</i>
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	0,315	0,081	0,286	0,168	0,171	0,426
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	0,322	0,085	0,300	0,176	0,178	0,448
Ποσοστιαία (%) μεταβολή της συνολικής ανισότητας λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	2,1%	4,4%	5,0%	4,9%	4,4%	5,1%

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Οι δείκτες ανισότητας παρέχουν εκτιμήσεις για την επίδραση που ασκούν οι δαπάνες για την υγεία στη συνολική ανισότητα. Στις εκτιμήσεις αυτές επισημαίνεται ότι η επίδραση των δαπανών αυτών στην Ελλάδα είναι μεγαλύτερη στα άκρα της κατανομής. Από άποψη σχεδιασμού και αξιολόγησης πολιτικής, είναι κρίσιμης σημασίας η διερεύνηση των επιπτώσεων των δαπανών για υγεία στα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού. Για τον σκοπό αυτόν στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις για το ποσοστό φτώχειας, με βάση τη συνολική καταναλωτική δαπάνη των ατόμων πριν από και μετά τις ιδιωτικές δαπάνες για υγεία. Όπως ήδη αναφέραμε, υιοθετώντας τον ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη σχετικής φτώχειας, το όριο φτώχειας ορίζεται στο 60% της διαμέσου της ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων.

Πίνακας 2: Η επίδραση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στη φτώχεια, Ελλάδα, 2008 (η γραμμή φτώχειας στο 60% της διαμέσου ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης)

	Ποσοστό φτώχειας (%)	Χάσμα φτώχειας (%)
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη	17,7	24,3
Συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, μείον την ιδιωτική δαπάνη για υγεία	21,2	25,7
Ποσοστιαία (%) μεταβολή λόγω των ιδιωτικών δαπανών για υγεία	19,6	5,8

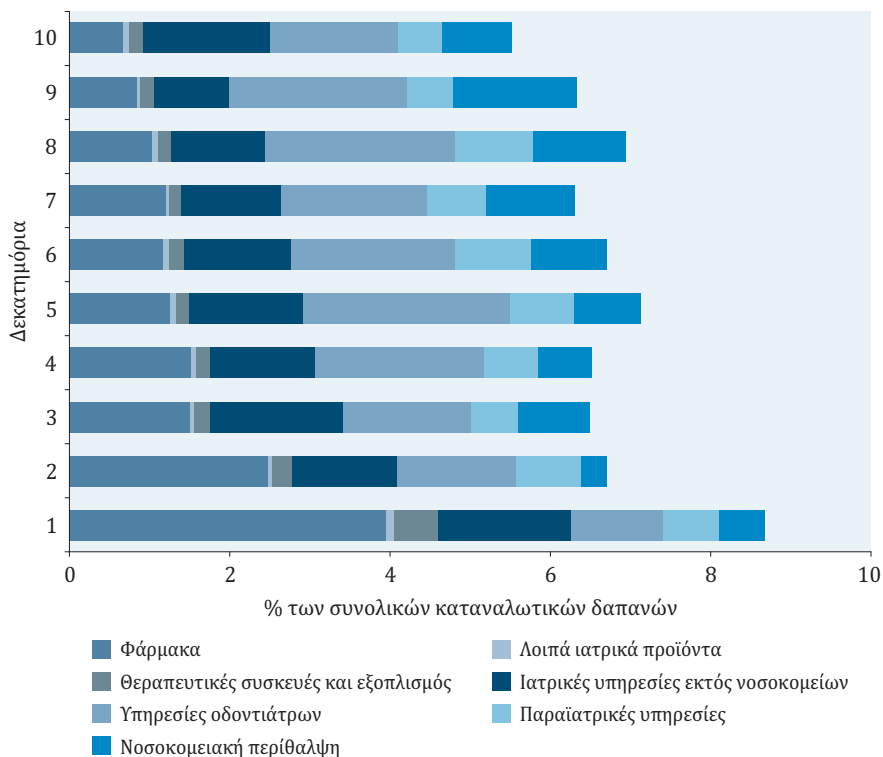
Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Διαπιστώνουμε ότι, με βάση τη συνολική καταναλωτική δαπάνη, το 17,7% των ατόμων στη χώρα βρίσκεται κάτω από το όριο φτώχειας.⁴⁶ Εάν από τη συνολική κατανάλωση των ατόμων αφαιρέσουμε τις δαπάνες για την υγεία, τότε το ποσοστό των ατόμων που πέφτει κάτω από αυτό το όριο της φτώχειας ανέρχεται στο 21,2%. Δηλαδή το ποσοστό των φτωχών αυξάνεται κατά 19,6%. Παράλληλα οι εκτιμήσεις για το χάσμα της φτώχειας δείχνουν ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, εκτός από το ότι αυξάνουν τη φτώχεια, μειώνουν σημαντικά και αυτό καθαυτό το εισόδημα των φτωχών. Έτσι, εάν αφαιρέσουμε τις δαπάνες για υγεία από τις συνολικές δαπάνες των ατόμων, το χάσμα της φτώχειας αυξάνεται κατά 5,8%. Δηλαδή οι φτωχοί γίνονται φτωχότεροι. Άρα στην Ελλάδα οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξάνουν σημαντικά τον αριθμό των ατόμων που πέφτει κάτω από το όριο φτώχειας, ενώ παράλληλα επιδεινώνουν και το ίδιο επίπεδο διαβίωσης των φτωχών.⁴⁷ Επιβεβαιώνεται έτσι η ύπαρξη καταστροφικών δα-

46. Αυτή η εκτίμηση του κινδύνου φτώχειας (ή του ποσοστού φτώχειας), όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στηρίζεται στη συνολική ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων. Εάν στη δαπάνη αυτή συνυπολογίσουμε τις παροχές σε είδος (π.χ., κατανάλωση προϊόντων που παράγουν τα ίδια τα νοικοκυριά), τότε η συνολική φτώχεια μειώνεται στο 15,5%. Οι αντίστοιχες εκτιμήσεις της ΕΛΣΤΑΤ με βάση το νοικοκυριό και όχι το άτομο είναι 19% και 16% (ΕΛΣΤΑΤ, 2010). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι εκτιμήσεις με βάση την κατανάλωση δείχνουν λίγο χαμηλότερα ποσοστά φτώχειας από αυτές που προκύπτουν με βάση το εισόδημα. Έτσι, σύμφωνα με τα στοιχεία του εισοδήματος της έρευνας EU-SILC, και υιοθετώντας τον ίδιο ορισμό φτώχειας, ο κίνδυνος φτώχειας στην Ελλάδα το 2009 (που αναφέρεται στα εισοδήματα του 2008) ανέρχεται στο 19,7% (<http://erp.eurostat.ec.europa.eu>). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση εμφανίζει μικρότερες διακυμάνσεις στον χρόνο απ' ό,τι το εισόδημα, εφόσον οι άνθρωποι τείνουν να εξομαλύνουν την κατανάλωσή τους (μέσω δανεισμού ή αποταμιεύσεων) με τρόπο που να προσαρμόζεται καλύτερα στο μακροχρόνιο εισόδημά τους. Για μια κριτική επισκόπηση των εναλλακτικών ορισμών της οικονομικής μεταβλητής στη μελέτη της φτώχειας και της ανισότητας βλ. Atkinson (1983), Παπαθεοδώρου (2004).

47. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι δαπάνες για την υγεία είναι ανελαστικές και κατά συνέπεια στερούν σημαντικούς πόρους από τα νοικοκυριά που θα μπορούσαν να καταναλωθούν σε άλλα αγαθά. Άρα, υπολογίζοντας το ποσοστό του πληθυσμού που θα βρεθεί κάτω από το όριο φτώχειας εάν αφαιρεθούν από τη συνολική του κατανάλωση οι δαπάνες για υγεία, μπορούμε να δούμε τις επιπτώσεις που έχουν οι δαπάνες αυτές στο επίπεδο διαβίωσης των πλέον ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού.

Διάγραμμα 16: Ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, συνολικές και ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών ισοδύναμων δαπανών των ατόμων, ανά δεκατημώριο πληθυσμού, Ελλάδα, 2008



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

πανών στο σύστημα υγείας της χώρας που έχουν σαφώς δυσμενείς επιπτώσεις στην ευημερία των φτωχότερων τμημάτων του πληθυσμού.⁴⁸

Το Διάγραμμα 16 μάς επιτρέπει να εκτιμήσουμε πιο αναλυτικά τις επιπτώσεις που έχουν οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην κατανάλωση των νοικοκυριών. Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό που αντιπροσωπεύουν οι δαπάνες για την υγεία στο σύνολο της καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων διαφέρει μεταξύ των δεκατημορίων του πληθυσμού.⁴⁹ Οι δαπάνες αυτές αντιπροσωπεύουν ένα

48. Βλ. Arredondo and Zuniga (2004), Arredondo and Najera (2005), WHO (2009a), Xu et al. (2003) για αντίστοιχα ευρήματα άλλων χωρών.

49. Βλ. επίσης Πίνακα Π-2 στο Παράρτημα.

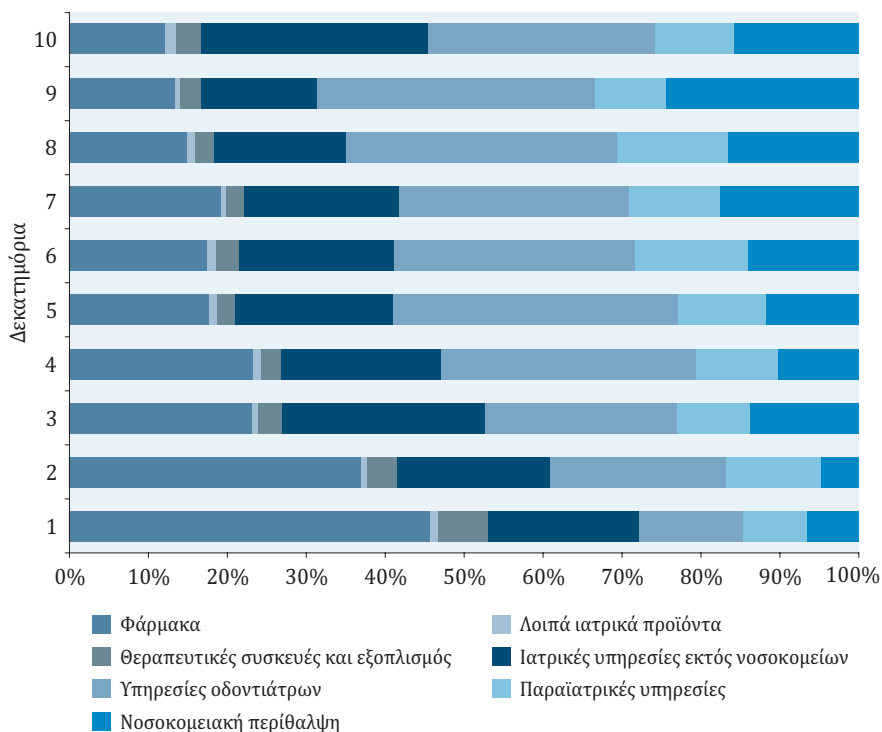
αρκετά υψηλό ποσοστό (8,7%) των συνολικών καταναλωτικών δαπανών του φτωχότερου 10% του πληθυσμού, σε σχέση με τα υπόλοιπα δεκατημόρια. Επίσης, το χαμηλότερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για υγεία στη συνολική κατανάλωση (5,5%) εμφανίζεται στο 10ο δεκατημόριο, δηλαδή στο 10% του πλουσιότερου πληθυσμού. Στα υπόλοιπα όμως δεκατημόρια το μερίδιο των δαπανών για την υγεία δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Έτσι δεν διαφαίνεται κάποια σαφής τάση ως προς τη μεταβολή του μεγέθους του μεριδίου των δαπανών για την υγεία και του ύψους της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης (και άρα του εισοδήματος) των ατόμων. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν τις εκτιμήσεις που είχαμε και με τους δείκτες ανισότητας και φτώχειας, σύμφωνα με τις οποίες οι ιδιωτικές δαπάνες επηρεάζουν κυρίως τα άκρα της διανομής. Πράγματι οι δαπάνες για την υγεία ποσοστιαία μειώνουν πολύ περισσότερο τη συνολική καταναλωτική δαπάνη στο 10% του φτωχότερου πληθυσμού και πολύ λιγότερο στο 10% του πλουσιότερου.

Από τις επιμέρους δαπάνες για την υγεία, το μερίδιο για φάρμακα είναι αυτό που εμφανίζει την πιο προφανή αρνητική σχέση με το ύψος της συνολικής κατανάλωσης.⁵⁰ Οι δαπάνες για φάρμακα, ως ποσοστό των συνολικών καταναλωτικών δαπανών, είναι ιδιαίτερα υψηλές στο 1ο δεκατημόριο και μειώνονται σταδιακά στα επόμενα δεκατημόρια. Έτσι τα άτομα στο 10ο δεκατημόριο, που αντιπροσωπεύει το 10% του πλουσιότερου πληθυσμού της χώρας, δαπανούν για φάρμακα κατά μέσο όρο το μικρότερο ποσοστό της συνολικής τους κατανάλωσης. Δηλαδή τα φτωχά τμήματα του πληθυσμού ξοδεύουν μεγαλύτερο μερίδιο της συνολικής τους κατανάλωσης σε φάρμακα απ' ό,τι τα πλούσια. Μια αντίστοιχα προφανής σχέση με τη συνολική καταναλωτική δαπάνη δεν παρατηρείται στις υπόλοιπες κατηγορίες δαπανών για την υγεία. Έτσι, οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερο μερίδιο της συνολικής κατανάλωσης στα άτομα με μεσαία κυρίως εισοδήματα (4ο-9ο δεκατημόριο). Επίσης, το μερίδιο των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες, εκτός από τις οδοντιατρικές, είναι υψηλότερο στο 1ο και στο 10ο δεκατημόριο.

Ιδιαίτερα αποκαλυπτική για την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι και η διαφοροποίηση στη συμμετοχή των επιμέρους κατηγοριών στο σύνολο των δαπανών για υγεία, ανάλογα με το επίπεδο διαβίωσης των ανθρώπων. Όπως

50. Βλ. Orosz and Morgan (2004).

Διάγραμμα 17: Συμμετοχή των επιμέρους δαπανών στη συνολική ιδιωτική δαπάνη για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο πληθυσμού (Ελλάδα, 2008).



Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

μπορούμε να δούμε στο Διάγραμμα 17, τα μερίδια των επιμέρους δαπανών στο σύνολο των δαπανών για υγεία διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ δεκατημορίων.⁵¹ Στα δύο πρώτα δεκατημόρια του πληθυσμού με τη χαμηλότερη συνολική κατανάλωση είναι πολύ αυξημένο το μερίδιο των δαπανών για υγεία που καταναλώνεται σε φάρμακα. Ιδιαίτερα στο φτωχότερο 10% του πληθυσμού οι δαπάνες για φάρμακα αντιπροσωπεύουν το 45,6% των συνολικών δαπανών για υγεία. Συνολικά οι δαπάνες για «φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό» αντιπροσωπεύουν το 53% και το 41,6% αντίστοιχα των συνολικών δαπανών για υγεία στο 1ο και 2ο δεκατημόριο. Το μερίδιο των δαπανών αυτών μειώνεται σημαντικά στο 3ο δεκατημόριο και συνεχίζει να μειώνεται, αλλά όχι το ίδιο έντονα, στα επόμενα δεκατημόρια. Αυτή η κατηγορία

51. Βλ. επίσης Πίνακα Π-3 στο Παράρτημα.

δαπανών είναι και η μόνη που το μερίδιό της στις συνολικές δαπάνες για υγεία εμφανίζει μια τόσο προφανή αρνητική σχέση με το ύψος των συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων. Πρόκειται για ιδιαίτερα ανελαστικές δαπάνες που επιβαρύνουν δυσανάλογα τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού. Στα μεσαία και υψηλά εισοδήματα (4ο-9ο δεκατημόριο) τα νοικοκυριά ξοδεύουν μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών για υγεία σε οδοντιατρικές υπηρεσίες. Συνολικά οι «υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας, εκτός νοσοκομείου» αντιπροσωπεύουν το συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό συνολικών δαπανών για υγεία (περισσότερο από το 53%) σε όλα τα δεκατημόρια, με εξαίρεση το 1ο (δηλαδή το 10% του φτωχότερου πληθυσμού). Το πλουσιότερο 10% του πληθυσμού είναι αυτό στο οποίο το μερίδιο των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές) στις συνολικές δαπάνες για υγεία εμφανίζει την υψηλότερη τιμή.

5. Συμπεράσματα

Επιδίωξη της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αμφίδρομη σχέση μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης, των ανισοτήτων, της φτώχειας και του επιπέδου διαβίωσης των πολιτών στην Ελλάδα, στο πλαίσιο μιας συγκριτικής ανασκόπησης με τις χώρες της ΕΕ. Δεδομένου ότι οι περισσότερες μελέτες στρέφουν την προσοχή τους στην ερμηνεία των ανισοτήτων με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, το ερευνητικό ενδιαφέρον δεν έχει επικεντρωθεί αρκετά στη συμβολή των ίδιων των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας στη δημιουργία, αναπαραγωγή και ερμηνεία της ανισότητας και της φτώχειας.

Ως εκ τούτου, αρχικά εξετάστηκε ο βαθμός αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ του συστήματος υγείας, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και της οικονομίας. Μέσω του εννοιολογικού προσδιορισμού, του περιεχομένου και των στόχων του, το υγειονομικό σύστημα μπορεί να συντείνει αφενός στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και αφετέρου στην προστασία των εισοδημάτων του πολίτη και την κοινωνική ευημερία γενικά. Μολονότι η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα στις σύγχρονες κοινωνίες, παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υγειονομικών παροχών. Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας έχουν αναπτυχθεί σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Παράλληλα πολλές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές στην επίτευξη των εκπεφρασμένων στόχων των συστημάτων. Συχνά λοιπόν αναπαράγεται ένα περιβάλλον διευρυμένης ανισότητας, το οποίο πλήττει πρωτίστως τις ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Ιδιαίτερα εκτεταμένες ανισότητες παρουσιάζονται σε χώρες με αυξημένες άμεσες ιδιωτικές δαπάνες (out-of-pocket expenditure) και όπου, συγχρόνως, οι δημόσιες δαπάνες υγείας είναι χαμηλές. Έτσι συχνά τα συστήματα υγείας μεροληπτούν προς όφελος των εύρωστων κοινωνικών ομάδων. Αντιστρόφως, οι πλέον ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (όπως τα άτομα με χαμηλά

εισοδήματα, με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι άνεργοι) πλήττονται περισσότερο από τις υγειονομικές ανισότητες.

Στη συνέχεια, παρουσιάστηκε συνοπτικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ), μέσω μιας συγκριτικής διερεύνησης με χώρες της ΕΕ. Η αξιοποίηση δευτερογενών δεδομένων και δεικτών σύγκρισης σε συνδυασμό με την κριτική αποτίμηση των πολιτικών παρεμβάσεων που εφαρμόστηκαν προς ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα επιβεβαιώνουν ότι το ΕΣΥ υστερεί στην αποτελεσματική εφαρμογή του θεμελιώδους τρίπτυχου «προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας», κυρίως στο πεδίο προαγωγής και πρόληψης. Παράλληλα, οι ήδη διογκωμένες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία συνεχίζουν να αυξάνονται ανησυχητικά, προκαλώντας έντονη δυσaréσκεια στους Έλληνες πολίτες, λόγω των ανεπαρειών του ΕΣΥ και της υποχρηματοδότησής του, συγκριτικά με τα αντίστοιχα συστήματα υγείας άλλων χωρών της ΕΕ. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία επιβαρύνουν δυσανάλογα τον πληθυσμό, πλήττοντας κατεχοχήν άτομα και νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα τα οποία, σε σύγκριση με τις πιο εύρωστες ομάδες, καταναλώνουν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους. Το γεγονός αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική κοινωνική ευημερία και ταυτόχρονα συντείνει στη διεύρυνση των ανισοτήτων και της φτώχειας. Αναδεικνύεται έτσι η αναγκαιότητα για άμεσες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις με σκοπό την άμβλυση αυτών των ανισοτήτων.

Τέλος, διερευνήσαμε την επίδραση του συστήματος υγείας στην ανισότητα, τη φτώχεια και στο επίπεδο διαβίωσης των πολιτών στην Ελλάδα, αξιοποιώντας τα μικροδεδομένα της ΕΟΠ, με έτος αναφοράς το 2008. Τα ευρήματα της εμπειρικής ανάλυσης αμφισβητούν έντονα την αποτελεσματικότητα του ίδιου του συστήματος υγείας όσον αφορά την προστασία των εισοδημάτων των φτωχότερων και ιδιαίτερα των ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού. Οι αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στερούν αναλογικά περισσότερους πόρους από τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα, τους οποίους θα μπορούσαν να διαθέσουν στην κάλυψη άλλων καταναλωτικών αναγκών, με προφανείς επιδράσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους. Χρησιμοποιώντας εναλλακτικούς δείκτες ανισότητας, προκειμένου να ελέγξουμε την εγκυρότητα των εκτιμήσεών μας, διαπιστώσαμε ότι, μετά την αφαίρεση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία, αυξάνεται η ανισότητα ως προς το διαθέσιμο εισόδημα των ατόμων. Η επίδραση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στα χαμηλά εισοδήματα. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξάνουν σημαντικά το

ποσοστό, αλλά και το χάσμα της φτώχειας. Δηλαδή, εκτός από την αύξηση του αριθμού των φτωχών, μειώνουν σημαντικά και το διαθέσιμο εισόδημά τους.

Η ανάλυση των ιδιωτικών δαπανών υγείας (συνολικές και ανά κατηγορία) ανά δεκατημόριο του πληθυσμού μάς επέτρεψε να εμβαθύνουμε στις επιδράσεις που ασκούν στα διάφορα κλιμάκια του πληθυσμού, με βάση το επίπεδο της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης των ατόμων. Διαπιστώθηκε ότι το ύψος και η σύνθεση των ιδιωτικών δαπανών για υγεία αλλά και το μερίδιό τους στη συνολική καταναλωτική δαπάνη διαφοροποιούνται σημαντικά, ανάλογα με το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων. Οι δαπάνες αυτές αντιπροσωπεύουν ένα αρκετά υψηλό μερίδιο των συνολικών καταναλωτικών δαπανών στο φτωχότερο 10% του πληθυσμού σε σχέση με τα υπόλοιπα δεκατημόρια. Μολονότι η μέση ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες και προϊόντα υγείας μεγαλώνει με την αύξηση της συνολικής δαπάνης, η ανάλυση, με βάση τη σύνθεση των δαπανών υγείας, αποκαλύπτει ότι την ίδια τάση δεν ακολουθούν όλες οι επιμέρους δαπάνες. Σε αντιδιαστολή με τις δαπάνες για τις εκτός νοσοκομείου υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας και οδοντιάτρων, η μέση δαπάνη για φάρμακα δεν εμφανίζει θετική σχέση με το ύψος του εισοδήματος των νοικοκυριών. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα ανελαστική δαπάνη που επιβαρύνει δυσανάλογα τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού, αντιπροσωπεύοντας το μεγαλύτερο μερίδιο των συνολικών τους δαπανών για υγεία. Έτσι τα άτομα που ανήκουν στο φτωχότερο δεκατημόριο του πληθυσμού δαπανούν κατά μέσο όρο για φάρμακα περισσότερα απ' ό,τι τα άτομα που βρίσκονται στο 2ο-7ο δεκατημόριο. Παράλληλα τα φτωχότερα νοικοκυριά δαπανούν λιγότερο, τόσο σε απόλυτα νούμερα όσο και ως μερίδιο των δαπανών για υγεία, σε άλλα αγαθά υγείας, όπως οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την πλημμελή κάλυψη αναγκών των νοικοκυριών αυτών σε άλλες υπηρεσίες υγείας, λόγω έλλειψης πόρων.

Η σύνδεση, λοιπόν, των συστημάτων υγείας με την υγεία, την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία μπορεί να παράσχει ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο ανάλυσης, το οποίο θα προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες στους υπευθύνους χάραξης πολιτικής, ώστε να επεκτείνουν τις παρεμβάσεις τους πέρα από τα στενά όρια της συγκράτησης του υγειονομικού κόστους. Το παραπάνω πλαίσιο ανάλυσης υπογραμμίζει την ανεπάρκεια ή ακόμα και την απουσία μιας λειτουργικής και τεκμηριωμένης μεθόδου μέτρησης, αξιολόγησης και παρακο-

λούθησης της απόδοσης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας. Η πρακτική αυτή μπορεί να συμβάλει στον ακριβή προσδιορισμό της σχέσης κόστους-οφέλους ή κόστους-αποτελέσματος, καθώς και στη βελτιστοποίηση των συστημάτων, με την παράλληλη εγγύηση της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες, αλλά και προστασίας του εισοδήματος από την παρουσία κάποιων ασθένειας.

Δεδομένου ότι στις σύγχρονες καπιταλιστικές οικονομίες παρατηρείται μεγάλη ανισότητα στη διανομή του εισοδήματος και του πλούτου, η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί μέγιστη πρόκληση. Η εισοδηματική ανισότητα ενισχύεται από την κυριαρχία των αγορών, τις ιδιωτικοποιήσεις και τη συνακόλουθη συρρίκνωση της κοινωνικής προστασίας και γενικότερα του ρόλου του κράτους πρόνοιας (Coburn, 2000· Morone, 2000· Price et al., 1999· Pollock and Price, 2000). Οι εισοδηματικές ανισότητες, λοιπόν, τείνουν να υποβιβάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, πρωτίστως των πιο ευάλωτων ομάδων, ενώ παράλληλα επιδεινώνουν την οικονομική επιβάρυνση των φτωχότερων νοικοκυριών. Αυτό έχει ως πρόσθετο αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση της ανισότητας ως προς τη διανομή του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Συγχρόνως, το χάσμα μεταξύ των εκπεφρασμένων στόχων και των εφαρμοσμένων πολιτικών συνιστά ένα βασικό στοιχείο των μεταρρυθμιστικών πλαισίων που έχουν εισαχθεί. Έτσι η θεματική αυτή εξακολουθεί να προσελκύει το ερευνητικό ενδιαφέρον, επιτάσσοντας την ανάγκη για έρευνα προσανατολισμένη στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ισότητας-δικαιοσύνης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, σύμφωνα με τις διακηρύξεις τους. Απαραίτητη κρίνεται η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης που έχουν τα υγειονομικά συστήματα στην ανισότητα, τη φτώχεια και γενικότερα στο επίπεδο διαβίωσης των ατόμων. Αυτό θα συμβάλει στη χάραξη αποτελεσματικών πολιτικών για την άμβλυνση των ανισοτήτων και της φτώχειας και γενικότερα για τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των πολιτών και της συνολικής κοινωνικής ευημερίας.

Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B. (1985). *Report of the Greek Health Services*, Athens: Pharmetrica.
- Akin, J., Birdsall, N. and Ferranti, D. (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington: World Bank.
- Allin, S. and Masseria, C. (2009). "Unmet need as an indicator of health care access", *Eurohealth*, 15 (3), pp. 7-9.
- Arhin-Tenkorang, D. (2001). "Mobilizing resources for health: The case for user fees revisited", CDI Working Paper 81.
- Arredondo, A. and Najera, P. (2005). "Who pays more for health services in middle income countries: Lessons from Mexico", *Public Health*, 119 (1), pp. 150-152.
- Arredondo, A. and Zuniga, A. (2004). "Economic consequences of epidemiological changes in diabetes in middle income countries: The Mexican case", *Diabet Care*, 27 (1), pp. 104-109.
- Atkinson, A. B. (1983). *The Economics of Inequality*, 2nd edition, Oxford: Clarendon Press.
- Atkinson, A. B. and Bourguignon, F. (eds). (2000). *Handbook of Income Distribution*, volume 1, Amsterdam: North Holland.
- Ballas, A. and Tsoukas, H. (2004). "Measuring nothing: The case of the Greek National Health System", *Human Relations*, 57 (6), pp. 661-690.
- Baum, C. (1995). "The contribution of occupation to function in persons with Alzheimer's disease", *Journal of Occupational Science*, 2 (2), pp. 59-67.
- Berki, S. E. (1986). "A look at catastrophic medical expenses and the poor", *Health Affairs*, 5 (1), pp. 138-145.
- Berman, P. (1995). "Health sector reform: Making health development sustainable", in Berman, P. (ed.), *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*, Harvard: Harvard University Press.

- Blackburn, C. (1994). "Low income, inequality and health promotion", *Nursing Times*, 90 (1), pp. 42-43.
- Bovbjerg, R. (2001). "Covering catastrophic health care and containing costs: Preliminary lessons for policy from the US experience", *World Bank LCSHD*, 66 (1), pp. 15-24.
- Cantarero Prieto, D. and Lago-Penas, S. (2010). "Decomposing the determinants of health care expenditure: The case of Spain", *European Journal of Health Economics*, 1 (1), pp. 1-9.
- Carlson, M., Fanchiang, S. P., Zemke, R. and Clark, F. (1995). "A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons", *American Journal of Occupational Therapy*, 50 (1), pp. 89-98.
- Charalambous, A. and Tsitsi, T. (2010). "The impact of globalization in the healthcare arena and the development of a supranational prescriptive framework", *Archives of Hellenic Medicine*, 27 (1), pp. 106-112.
- Coburn, D. (2000). "Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neo-liberalism", *Social Science and Medicine*, 51 (1), pp. 135-146.
- Colombo, F. and Morgan, D. (2006). "Evolution of health expenditure in OECD countries", *Revue française des affaires sociales*, 6 (6), pp. 19-42.
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P. Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., Naudin, F. and Polton, D. (2005). "Policies for reducing inequalities in health. What role can the health system play? A European perspective. Part I: Determinants of social inequalities in health and the role of the healthcare system", *Issues in Health Economics*, 92.
- Cowell, F. A. (2000). "Measurement of inequality", in Atkinson, A. B. and Bourguignon, F. (eds), *Handbook of Income Distribution*, volume 1, Amsterdam: North-Holland.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Daly, M. C., Duncan, G. J., Kaplan, G. A. and Lynch, J. W. (1998). "Macro-to-micro links in the relationship between income inequality and mortality", *Milbank Quarterly*, 76 (3), pp. 303-339.
- Daniels, N., Kennedy, B. and Kawachi, I. (2000). *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston: Beacon Press.
- Deaton, A. S. (2002). "Commentary: The convoluted story of international studies of inequality and health", *International Journal of Epidemiology*, 31 (1), pp. 546-549.

- Dollar, D. (2001). "Is globalization good for your health?", *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), pp. 827-833.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford: Policy Press [ελλ. έκδ.: Esping-Andersen, G. (2006). *Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας*, μτφ. Α. Γολέμη, επιμ. Μ. Πετμεζίδου, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα].
- Eurobarometer. (2010). *Patient Safety and Quality of Healthcare: Full Report*, Brussels: TNS Opinion & Social.
- Eurostat. (2009). *Health Statistics: Atlas on Mortality in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-08-357/EN/KS-30-08-357-EN.PDF.
- Feachem, R. (2001). "Globalization is good for your health, mostly", *British Medical Journal*, 323 (1), pp. 504-506.
- Figueras, J., McKee, M., Lessof, S., Duran, A. and Menabde, N. (2008). *Health Systems, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Freeman, R. (2000). *The Politics of Health Care in Europe*, New York: St. Martins Press.
- Frenk, J. (1994). "Dimensions of health system reform", *Health Policy*, 27 (1), pp. 19-34.
- Frenk, J., Sepulveda, J., Gomez-Dantes, O., McGuinness, M. and Knaul, F. (1997). "The future of world health: The new world order and international health", *British Medical Journal*, 314 (1), pp. 1404-1407.
- Fries, J. F. (1989). "The compression of morbidity: Near or far?", *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, 67 (1), pp. 208-232.
- Fries, J. F. (2003). "Measuring and monitoring success in compressing morbidity", *Annals of Internal Medicine*, 139 (1), pp. 455-459.
- Fu, W. (1999). *Health Care for China's Rural Poor: International Policy Programme*, Washington: World Bank.
- Fuchs, V. (1974). "Some economic aspects of mortality in developing countries", in Perlaman, M. (ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, New York: John Wiley.
- Gakidou, E. E., Murray C. J. L. and Frenk, J. (2000). "Defining and measuring health

- inequality: An approach based on the distribution of health expectancy”, *Bulletin for the World Health Organization*.
- Glennard, A., Hjatle, F., Svensson, M., Anell, A. and Bankauskaite, V. (2005). *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Grant, J. (1977). *Poverty and Health*. In *Papers of the Conference on the Interaction of Health and Development*, Washington, DC: National Council for International Health.
- Gravelle, H. (1998). “How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical ANTIFACT?”, *British Medical Journal*, 316 (1), pp. 383-385.
- Griffin, D. (1992). “Welfare gains from user charges for government health services”, *Health Policy Plan*, 7 (1), pp. 177-180.
- Gruenberg, E. M. (1977). “The failure of success”, *Milbank Memorial Fund Quarterly – Health and Society*, 55 (1), pp. 3-24.
- Harris, L. R. and Seid, J. M. (2001). “Globalization and health in the millennium”, *Perspect Global Development and Technology*, 3 (1), pp. 1-2.
- Hart, T. J. (1971). “The inverse care law”, *The Lancet*, 297 (7696), pp. 405-412.
- Hertzman, C. (2001). “Population health and children development: A view from Canada”, in Auerbach, J. A. and Krimgold, B. K. (eds), *Income, Socioeconomic Status and Health: Exploring the Relationships*, Washington, DC: National Policy Association.
- Huber, M. and Orosz, E. (2003). “Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001”, *Health Care Financing Review*, 25 (1), pp. 1-22.
- Huisman, M., Kunst, A. and Mackenbach, J. P. (2003). “Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: An European overview”, *Social Science and Medicine*, 57 (1), pp. 861-873.
- Jenkins, S. (1991). “The measurement of income inequality”, in Osberg, L. (ed.), *Economic Inequality and Poverty: International Perspectives*, New York: ME Sharpe Inc.
- Judge, K. (1995). “Income distribution and life expectancy: A critical appraisal”, *British Medical Journal*, 311 (1), pp. 1282-1287.
- Kaplan, G., Pamuk, E., Lynch, J., Cohen, R. and Balfour, J. (1996). “Inequality in income and mortality in the US: Analysis of mortality and potential pathways”, *British Medical Journal*, 312 (1), pp. 1004-1007.

- Kawabata, K., Xu, K. and Carrin, G. (2002). "Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure", *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (1), p. 612.
- Kawachi, I. and Kennedy, B. P. (2001). "How income inequality affects health: Evidence from research in the United States", in Auerbach, J. A. and Krimgold, B. K. (eds), *Income, Socioeconomic Status and Health: Exploring the Relationships*, Washington: National Policy Association.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. and Wilkinson, R. (1999). "Crime: Social disorganization and relative deprivation", *Social Science and Medicine*, 48 (1), pp. 719-731.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I. and Prothrow-Stith, D. (1996). "Income distribution and mortality: Cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States", *British Medical Journal*, 312 (1), pp. 1004-1007.
- Kunst, A., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J., Geurts, J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. and Mackenbach, J. (2005). "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries", *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), pp. 295-305.
- Kunst, A. and Mackenbach, J. (1994). *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kyriopoulos, J. and Tsalikis, G. (1999). "Health care reforms in Greece", in Kyriopoulos, J., Levett, J. and Tsalikis, G. (eds), *Health Care Reforms in the Balkan Region*, Athens: Exandas.
- Lee, K., McMichael, T., Butler, C., Ahern, M. and Bradley, D. (2002). "Global change and health: The good, the bad and the evidence", *Global Change and Human Health*, 3 (1), pp. 16-19.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. and Katostaras, T. (2008). "Informal payments in public hospitals in Greece", *Health Policy*, 87 (1), pp. 72-81.
- Liaropoulos, L. and Tragakes, E. (1998). "Public/private financing in the Greek health care system: Implications for equity", *Health Policy*, 43 (2), pp. 153-169.
- Light, D. W. (1997). "From managed competition to managed cooperation: Theory and lessons from the British experience", *Milbank Quarterly*, 75 (3), pp. 297-342.
- Lokk, J., Arnetz, B. and Theorell, T. (1993). "Physiological effects on patients following temporary closing of a geriatric day care unit", *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21 (1), pp. 122-125.

- Macinko, J., Shi, L., Starfield, B. and Wulu, J. (2003). "Income inequality and health: A critical review of the literature", *Medical Care Research and Review*, 60 (4), pp. 407-452.
- Mackenbach, J. P., Bouvier-Colle, M. H. and Jouglu, E. (1990). "Avoidable mortality and health services: A review of aggregate data studies", *Journal of Epidemiological and Community Health*, 44 (2), pp. 106-111.
- Mackenbach, J. P. and Kunst, A. E. (2008). "Evidence for strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe", in Figueras, J. et al., (eds), *Health Systems, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhouf, F. and Geurts, J. J. (1997). "Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe: The EU working group on socioeconomic inequalities in health", *Lancet*, 349 (1), pp. 1655-1659.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M. and Kunst, A. (2008). "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries", *The New England Journal of Medicine*, 358 (23), pp. 2468-2481.
- Marmot, M. (2005). "Social determinants of health inequalities", *Public Health*, 365 (1), pp. 1099-1104.
- Marmot, M. (2010). "Fair society, healthy lives (The Marmot review): A strategic review of health inequalities in England post-2010", <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report>.
- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. J. and Stansfeld, S. (1997). "Contribution of job control and other risk factors to social variation in coronary heart disease incidence", *Lancet*, 350 (1), pp. 235-239.
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. and Feeney, A. (1991). "Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study", *Lancet*, 337 (8754), pp. 1387-1393.
- McKee, M. (1999). "For debate: Does health care save lives?", *Croatian Medical Journal*, 40 (2), pp. 123-128.
- McMichael, A. J. and Beaglehole, R. (2000). "The changing global context of public health", *Lancet*, 356 (1), pp. 495-499.
- Mellor, J. M. and Milyo, J. (2001). "Re-examining the evidence of an ecological

- association between income inequality and health”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (1), pp. 487-522.
- Merlis, M. (2002). “Family out-of-pocket spending for health services: A continuing source of financial insecurity”, <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2002/Jun/Family-Out-of-Pocket-Spending-for-Health-Services--A-Continuing-Source-of-Financial-Insecurity.aspx>.
- Miller, W., Grødeland, A. and Koshechkina, T. (2000). “If you pay, we’ll operate immediately”, *Journal of Medical Ethics*, 26 (1), pp. 305-311.
- Morone, J. A. (2000). “Citizens or shoppers? Solidarity under siege”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (5), pp. 959-968.
- National Board of Health and Welfare. (2003). *Ensuring the Availability of Staff for Care to the Elderly and Disabled*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- National Primary Care Research and Development Centre. (2009). *Annual Report 2009*, Manchester: NPCRDC.
- Nolte, E. and McKee, C. M. (2004). “Changing health inequalities in East and West Germany since unification”, *Social Science and Medicine*, 58 (1), pp. 119-136.
- Nolte, E. and McKee, C. M. (2008). “Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis”, *Health Affairs* 27 (1), pp. 58-71.
- Nusselder, W. J. and Mackenbach, J. P. (2000). “Lack of improvement in life expectancy at advanced ages in the Netherlands”, *International Journal of Epidemiology*, 29 (1), pp. 140-148.
- Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A., Cassel, B. A. and Brady, J. A. (1991). “Trading off longer life for worsening health: The expansion of morbidity hypothesis”, *Journal of Aging and Health*, 3 (1), pp. 194-216.
- Omran, A. (1971). “The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 49 (1), pp. 509-538.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1994). *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Economic Surveys: Germany*, volume 2006, issue 8, France: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2009). *Economic Surveys: Greece*, volume 2009, issue 15, France: OECD Publishing.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Health at a Glance Europe 2010*, Paris: OECD Publishing.
- Orosz, E. and Morgan, D. (2004). "SHA-based national health accounts in thirteen OECD countries: A comparative analysis", *OECD Health Working Paper 16*, Paris: OECD Publishing.
- Pappa, E. and Niakas, D. (2006). "Assessment of health care needs and utilisation in a mixed public-private system: The case of the Athens area", *BMS Health Services Research*, 6 (146), pp. 1-11, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6->.
- Piachaud, D. (1993). "The definition and measurement of poverty and inequality", in Barr, N. and Whynes, D. (eds), *Current Issues in the Economics of Welfare*, London: Macmillan.
- Pollock, A. and Price, D. (2000). "Rewriting the regulations: How the World Trade Organization could accelerate privatisation in health-care systems", *Lancet*, 356 (1), pp. 1995-2000.
- Preston, S. H. (1976). "The changing relation between mortality and the overall level of economic development", *Population Studies*, 29 (1), pp. 231-248.
- Price, D., Pollock, A. M. and Shaoul, J. (1999). "How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care", *Lancet*, 354 (1), pp. 1889-1892.
- Rannan-Eliya R. (2008). *National Health Accounts Estimation Methods: Household Out-of-Pocket Spending in Private Expenditure*, Geneva: WHO, National Health Accounts.
- Ranson, M. K. (2002). "Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges", *Bulletin of World Health Organization*, 80 (1), pp. 613-621.
- Rodgers, G. B. (1979). "Income and inequality as determinants of mortality: An international cross-section analysis", *Population Studies*, 33 (1), pp. 343-351.
- Russell, S. (2004). "The economic burden of illness for households in developing countries: A review of studies focusing on malaria, tuberculosis and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71 (2), pp. 147-155.
- Salkever, D. S. (1975). "Economic class and differential access to care: Comparisons among health care systems", *International Journal of Health Services*, 5 (1), pp. 373-395.

- Saltman, R. and Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Scherer, P. and Devaux, M. (2010). "The challenge of financing health care in the current crisis: An analysis based on the OECD data", *OECD Health Working Paper*, 49, Paris: OECD Publishing.
- Segall, M., Tipping, G., Lucas, H., Dung, T., Thanh Tam, N., Vinh, D. X. and Huong, D. L. (2000). "Health care seeking by the poor in transitional economies: The case of Vietnam", *IDS Research Report*, 43, Brighton: Institute of Development Studies.
- Sen, A. K. (1980). "Equality of what?", in McMurrin, S. M. (ed.), *Tanner Lectures on Human Values*, Salt Lake City: University of Utah Press.
- Sen, A. K. (1982). *Choice, Welfare and Measurement*, Oxford: Blackwell.
- Sen, A. K. and Koivusalo, M. (1998). "Health care reforms and developing countries: A critical overview", *International Journal of Health Plan Management*, 13 (1), pp. 199-215.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008). "Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins", *Health Policy*, 88 (2/3), pp. 282-293.
- Souliotis, K. and Kyriopoulos, J. (2003). "The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues", *Applied Health Economics and Health Policy*, 2 (3), pp. 129-134.
- Strategies for Health Insurance for Equity in Less Developed Countries (SHIELD). (2005). "SHIELD information sheet: Who pays for health care in Tanzania?", http://web.uct.ac.za/depts/heu//SHIELD/reports/SHIELD_Tanzania_Who PaysForHealthCare.pdf.
- Su, T., Kouyaté, B. and Flessa, S. (2006). "Catastrophic household expenditure for health care in a low income society: A study from Nouna District, Burkina Faso", *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (1), pp. 21-27.
- Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsolova, S. and Mortensen, J. (2005). *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Brussels: European Commission.
- Tanner, M. (2008). "The grass is not always greener: A look at national health care systems around the world", *Policy Analysis*, 613 (1), pp. 1-48.
- Taylor-Gooby, P. (ed.). (2001). *Welfare States under Pressure*, London: Sage.
- The Tallinn Charter. (2008). *Health Systems for Health and Wealth*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. and Souliotis, K. (2005). "The unexpected growth of the private health sector in Greece", *Health Policy*, 74 (2), pp. 167-180.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C. and Koolman, X. (2006). "Inequalities in access to medical care by income in developed countries: For the OECD Health Equity Research Group", *Canadian Medical Association Journal*, 174 (2), pp. 177-183.
- Verbrugge, L. M. (1991). "Survival curves, prevalence rates and dark matters therein", *Journal of Aging and Health*, 3 (2), pp. 217-237.
- Wagstaff, A. (2002). "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (1), pp. 97-105.
- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E. (2000). "Income inequality and health: What does the literature tell us?", *Annual Review of Public Health*, 21 (1), pp. 543-567.
- Water, H. R., Anderson, G. F. and Mays, J. (2004). "Measuring financial protection in health in the United States", *Health Policy*, 69 (1), pp. 339-349.
- Whitehead, M. (1990). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. and Gilson, L. (2001). "Developing the policy response to inequities in health: A global perspective", in Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. and Wirth, M. (eds), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. (1994). "The epidemiological transition: From material society to social disadvantage?", *Daedalus*, 123 (1), pp. 61-77.
- Wilkinson, R. (1999). "Income inequality, social cohesion and health: Clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch", *International Journal of Health Services*, 29 (3), pp. 525-543.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2000). *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2001a). "Globalization", *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (1), pp. 801-802.
- World Health Organization. (2001b). *Occupational Health: A Manual for Primary Health Care Workers*, Cairo: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2002). *Health and the International Economy: The Report of Working Group 4 of the Commission on Macroeconomics and Health*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.

- World Health Organization. (2009a). *The European Health Report 2009: Health and Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2009b). *European Ministerial Conference on Health Systems "Health Systems, Health and Wealth"*, Report, Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wyszewianski, L. (1986). "Families with catastrophic health care expenditures", *Health Services Research*, 21 (1), pp. 617-634.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramndini, R., Klavus, J. and Murray, C. J. L. (2003). "Understanding household catastrophic health expenditures: A multi-country analysis", in Murray, C. J. L. and Evans, D. B. (eds), *Health System Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, Geneva: World Health Organization.
- Δόλγερας, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.). (2000). *Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2008). *Οδηγίες προς τους Ερευνητές της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008*, Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0801/Other/A0801_SFA05_MT_AN_00_2008_00_2008_04_F_GR.pdf.
- ΕΛΣΤΑΤ. (2010). *Δελτίο Τύπου: Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2008*, Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0801/PressReleases/A0801_SFA05_DT_AN_00_2008_01_F_GR.pdf.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Illich, I. (1988). *Περιορισμοί στην Ιατρική. Ιατρική Νέμεση: Η Απαλλοτρίωση της Υγείας*, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Ομάδα.
- Ιωακείμογλου, Η. (2010). *Υπηρεσίες Υγείας: Από το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Κόλμερ, Κ. (2010). *Το Προτεκτοράτο: Πώς τα Κόμματα Χρεοκόπησαν την Ελλάδα*, Αθήνα: Λιβάνης.
- Κοσμίδης, Σ. (2010). *Εκσυγχρονισμός και Μεταρρυθμίσεις*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Κυριόπουλος, Γ. και Σισσούρας, Α. (1997). *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα: Θεμέλιο.

- Κυριόπουλος, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2002). *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Μουζέλης, Ν. (2003). «Το κράτος και το κομματικό φουτμπόλ», *Το Βήμα*, 21/09/2003.
- Μουζέλης, Ν., Πελαγίδης, Θ., Καζάκος, Π., Τσούκας, Χ. και Καζαμιάς, Α. (2005). *Η Εμπλοκή των Μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα: Μία Αποτίμηση του Εκσυγχρονισμού*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Μωυσίδου, Α. (2010). «Συστήματα υγειονομικής φροντίδας και ανισότητες στην υγεία: Μια συγκριτική μελέτη», Διπλωματική εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνική Εργασία», Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος.
- Παπαθεοδώρου, Χ. (2004). «Εννοιολογικά και μεθοδολογικά ζητήματα στη μέτρηση της οικονομικής ανισότητας: Τι επίδραση έχουν οι εναλλακτικές παραδοχές και ερμηνείες;», στο Πετμεζίδου, Μ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.), *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Δαφέρμος, Γ. (2010α). *Μακροοικονομικό Περιβάλλον, Ανισότητα και Φτώχεια: Μια Εμπειρική Διερεύνηση για την Επίδραση της Οικονομικής Μεγέθυνσης και της Κοινωνικής Προστασίας σε Ελλάδα και ΕΕ*, Μελέτη 3, Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Δαφέρμος, Γ. (2010β). *Δομή και Τάσεις της Οικονομικής Ανισότητας και της Φτώχειας στην Ελλάδα και την ΕΕ, 1995-2008*. Επιστημονική Έκθεση 2, Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ., Δαφέρμος, Γ., Danchev, S. και Μαρσέλλου, Α. (2008). *Οικονομική Ανισότητα και Φτώχεια στην Ελλάδα: Συγκριτική Ανάλυση και Διαχρονικές Τάσεις*, Επιστημονική Έκθεση 1, Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Πετμεζίδου, Μ. (2005). «Ανισότητα αναδιανομή και καθεστώς ευημερίας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ», στο Αργείτης, Γ. (επιμ.), *Οικονομικές Αλλαγές και Κοινωνικές Αντιθέσεις στην Ελλάδα: Οι Προκλήσεις στις Αρχές του 21ου αιώνα*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.

- Rice, T. (2006). *Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση*, Αθήνα: Κριτική.
- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κόντος, Δ. και Οικονόμου, Χ. (2002). «Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 14 (3), σελ. 114-118.
- Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και Υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας / Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ. (2009). «Η φτώχεια είναι η πρώτη αιτία θνησιμότητας διεθνώς», *Ημερησία Online*, <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12333&subid=2&pubid=10753153>.
- Τούντας, Γ. και Αλαμάνος, Γ. (1999). «Οικονομία και υγεία», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 16 (1), σελ. 75-83.

Παράρτημα

Πίνακας Π-1: Μέση ετήσια ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη των ατόμων, συνολική και για υγεία, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2008 (σε ευρώ)

Δεκατημόρια	Συνολική καταναλωτική δαπάνη	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία										
		Συνολική δαπάνη για υγεία	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός					Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων				Νοσοκομειακή περιθαλψη
			Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο		
1	4645,0	402,6	183,6	4,2	25,5	213,2	76,5	53,8	32,0	162,3	27,1	
2	7185,4	480,6	177,1	4,0	18,8	199,9	92,8	107,3	57,5	257,6	23,1	
3	8866,7	575,1	132,1	5,6	16,5	154,2	147,9	140,8	52,6	341,4	79,5	
4	10400,5	677,5	156,3	7,2	16,8	180,3	138,1	218,1	71,1	427,3	69,9	
5	11972,8	851,0	149,4	9,3	18,8	177,6	170,5	308,7	94,7	573,8	99,6	
6	13850,9	926,7	161,4	9,7	27,2	198,4	182,6	283,2	133,3	599,1	129,3	
7	16015,4	1006,9	192,6	5,1	23,2	220,8	199,4	292,8	117,6	609,9	176,2	
8	18519,1	1283,0	189,2	15,0	29,5	233,7	216,9	438,2	181,3	836,5	212,9	
9	22460,9	1420,4	188,3	8,9	37,6	234,7	212,0	496,8	129,2	838,0	347,7	
10	37214,0	2049,0	247,4	30,0	64,0	341,5	586,1	594,3	202,8	1383,2	324,3	
Σύνολο	15113,1	967,3	177,7	9,9	27,8	215,4	202,3	293,4	107,2	602,9	149,0	

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Πίνακας Π-2: Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών καταναλωτικών δαπανών των ατόμων ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2008

Δεκατημόρια	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία									
	Συνολική δαπάνη για υγεία	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός				Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων				Νοσοκομειακή περιθαλψη
		Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παράϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	
1	8,7	4,0	0,1	0,5	4,6	1,6	1,2	0,7	3,5	0,6
2	6,7	2,5	0,1	0,3	2,8	1,3	1,5	0,8	3,6	0,3
3	6,5	1,5	0,1	0,2	1,7	1,7	1,6	0,6	3,9	0,9
4	6,5	1,5	0,1	0,2	1,7	1,3	2,1	0,7	4,1	0,7
5	7,1	1,2	0,1	0,2	1,5	1,4	2,6	0,8	4,8	0,8
6	6,7	1,2	0,1	0,2	1,4	1,3	2,0	1,0	4,3	0,9
7	6,3	1,2	0,0	0,1	1,4	1,2	1,8	0,7	3,8	1,1
8	6,9	1,0	0,1	0,2	1,3	1,2	2,4	1,0	4,5	1,1
9	6,3	0,8	0,0	0,2	1,0	0,9	2,2	0,6	3,7	1,5
10	5,5	0,7	0,1	0,2	0,9	1,6	1,6	0,5	3,7	0,9
Σύνολο	6,4	1,2	0,1	0,2	1,4	1,3	1,9	0,7	4,0	1,0

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008

Πίνακας Π-3: Δαπάνες για υγεία ανά κατηγορία ως ποσοστό (%) των μέσων συνολικών ιδιωτικών δαπανών για υγεία των ατόμων, ανά δεκατημόριο, Ελλάδα, 2008

Δεκατημόρια	Ιδιωτική δαπάνη για υγεία								
	Φάρμακα, φαρμακευτικά είδη, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός				Υπηρεσίες γιατρών κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείων				Νοσοκομειακή περίθαλψη
	Φάρμακα	Λοιπά ιατρικά προϊόντα	Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	Σύνολο	Ιατρικές υπηρεσίες (εκτός από οδοντιατρικές)	Υπηρεσίες οδοντιατρικές	Παραϊατρικές υπηρεσίες	Σύνολο	
1	45,6	1,0	6,3	53,0	19,0	13,4	7,9	40,3	6,7
2	36,9	0,8	3,9	41,6	19,3	22,3	12,0	53,6	4,8
3	23,0	1,0	2,9	26,8	25,7	24,5	9,2	59,4	13,8
4	23,1	1,1	2,5	26,6	20,4	32,2	10,5	63,1	10,3
5	17,6	1,1	2,2	20,9	20,0	36,3	11,1	67,4	11,7
6	17,4	1,0	2,9	21,4	19,7	30,6	14,4	64,6	14,0
7	19,1	0,5	2,3	21,9	19,8	29,1	11,7	60,6	17,5
8	14,7	1,2	2,3	18,2	16,9	34,2	14,1	65,2	16,6
9	13,3	0,6	2,6	16,5	14,9	35,0	9,1	59,0	24,5
10	12,1	1,5	3,1	16,7	28,6	29,0	9,9	67,5	15,8
Σύνολο	18,4	1,0	2,9	22,3	20,9	30,3	11,1	62,3	15,4

Πηγή: Επεξεργασία μικροδεδομένων Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών, 2008



ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΑΝΑΤΙΤΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ"
2007-2013
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



ISBN: 978-960-9571-28-9