

Οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών

Μανώλης Δαβραδάκης & Όλγα Κοσμά

Διεύθυνση
Οικονομικών Μελετών &
Προβλέψεων

Μανώλης Δαβραδάκης
Research Economist
edavradakis@eurobank.gr

Όλγα Κοσμά
Economic Analyst
okosma@eurobank.gr

- Τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία -95% του δείγματος- είναι κυρίως νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση, που έχουν ιδιόκτητη κύρια κατοικία χωρίς στεγαστικό δάνειο.
- Τα νοικοκυριά της υπαίθρου δαπανούν περισσότερο για δημόσια παρά για ιδιωτική υγεία, πιθανόν λόγω της περιορισμένης πρόσβασης σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι τα περισσότερο ευπαθή: Νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη, με υπεύθυνο συνταξιούχο, απόφοιτο υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ασφαλισμένο στον ΟΓΑ.
- Εννέα στα δέκα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία λόγω της περιορισμένης οικονομικής τους δυνατότητας. Αντίθετα, ένα στα δύο μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία.
- Η καλύτερη οικονομική κατάσταση των μη φτωχών νοικοκυριών τους επιτρέπει να ξοδεύουν για υγεία πριν τη συνταξιοδότηση. Η πλειοψηφία τους έχει περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο εργαζόμενο ασφαλισμένο στο ΙΚΑ, ηλικίας 45-64 ετών που είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω.

Τόμος(Τεύχος)	Ημερομηνία	Συγγραφείς-Τίτλοι Άρθρων
2(1)	14 Φεβρουαρίου 2007	Δημήτρης Μαλλιαρόπουλος: <i>O Alan Greenspan δικαιώνεται</i>
1(9)	18 Δεκεμβρίου 2006	Γκίκας Χαρδούβελης, Θεοδόσης Σαμπανιώτης & Μανώλης Δαβραδάκης: <i>Ο Προϋπολογισμός του Κράτους και οι αποκλίσεις στην εκτέλεσή του</i>
1(8)	25 Οκτωβρίου 2006	i. Θεοδόσης Σαμπανιώτης: <i>Ο ελληνικός τουρισμός στα πλαίσια του διεθνούς ανταγωνισμού</i> ii. Κώστας Βορλόου: <i>Η τουριστική δραστηριότητα των ελληνικών νοικοκυριών</i>
1(7)	28 Σεπτεμβρίου 2006	Έλενα Σιμιντζή: <i>Ιδιωτικοποιήσεις και η επίδρασή τους στις Τράπεζες</i>
1(6)	1 Ιουλίου 2006	Δημήτρης Μαλλιαρόπουλος: <i>Οι τιμές των ακινήτων στην Ελλάδα αντανακλούν τα θεμελιώδη μεγέθη της αγοράς</i>
1(5)	15 Ιουνίου 2006	Μανώλης Δαβραδάκης: <i>Οι επιπτώσεις της πρόσφατης διόρθωσης του χρηματιστηρίου στην οικονομική δραστηριότητα</i>
1(4)	28 Απριλίου 2006	Κώστας Βορλόου: <i>Η αβεβαιότητα για το πετρέλαιο, πλήγμα στις προσδοκίες για την οικονομική δραστηριότητα και τον πληθωρισμό</i>
1(3)	8 Μαρτίου 2006	Έλενα Σιμιντζή: <i>Νέες Εισαγωγές Επιχειρήσεων στο Χρηματιστήριο Αθηνών</i>
1(2)	21 Φεβρουαρίου 2006	i. Ηλίας Λεγκός: <i>Συγκριτική Ανάλυση των Επιτοκίων Δανεισμού στην Ελλάδα και την Ευρωζώνη</i> ii. Δημήτρης Μαλλιαρόπουλος: <i>Τραπεζικά επιτόκια και πληθωρισμός: Χρεώνουν οι ελληνικές τράπεζες υπερβολικά υψηλά επιτόκια;</i>
1(1)	6 Φεβρουαρίου 2006	Μανώλης Δαβραδάκης & Γκίκας Χαρδούβελης: <i>Είναι υπερτιμημένη η αγορά ακινήτων; Διεθνείς τάσεις και επενδυτικές ευκαιρίες.</i>

Διαθέσιμα ηλεκτρονικά από την ιστοσελίδα της Eurobank EFG:

<http://www.eurobank.gr/research>

Επίσης:

Κυκλοφορεί από Εκδόσεις Κέρκυρα: Γκίκας Χαρδούβελης, «*Πηγές Ανάπτυξης: Μπορεί η Ελλάδα να Ακολουθήσει το Παράδειγμα της Ιρλανδίας;*» (ISBN: 9608386381, Ιανουάριος 2006), με τα πρακτικά και τις μελέτες του ομώνυμου συνεδρίου της Eurobank EFG (4/10/2005).

Eurobank Research: Οικονομία και Αγορές ISSN: 1790-6881

Eurobank EFG, Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών & Προβλέψεων

Ερευνητική Ομάδα:

Συντάκτης: Γκίκας Χαρδούβελης,
Chief Economist & Director of Research

Δημήτρης Μαλλιαρόπουλος: Research Advisor
Ηλίας Λεγκός: Senior Economist
Ιωάννης Γκιώνης: Research Economist
Μανώλης Δαβραδάκης: Research Economist

Κώστας Ε. Βορλόου: Research Economist
Θεοδόσης Σαμπανιώτης: Senior Economic Analyst
Βαγγέλης Γεωργόπουλος: Economic Analyst
Έλενα Σιμιντζή: Economic Analyst
Όλγα Κοσμά: Economic Analyst

Eurobank EFG, Όθωνος 6, 10557 Αθήνα, τηλ (210) 333.7365, Φαξ: (210) 333.7687,
web: <http://www.eurobank.gr/research>, Email επικοινωνίας: Research@eurobank.gr

Ρήτρα μη ευθύνης (disclaimer):

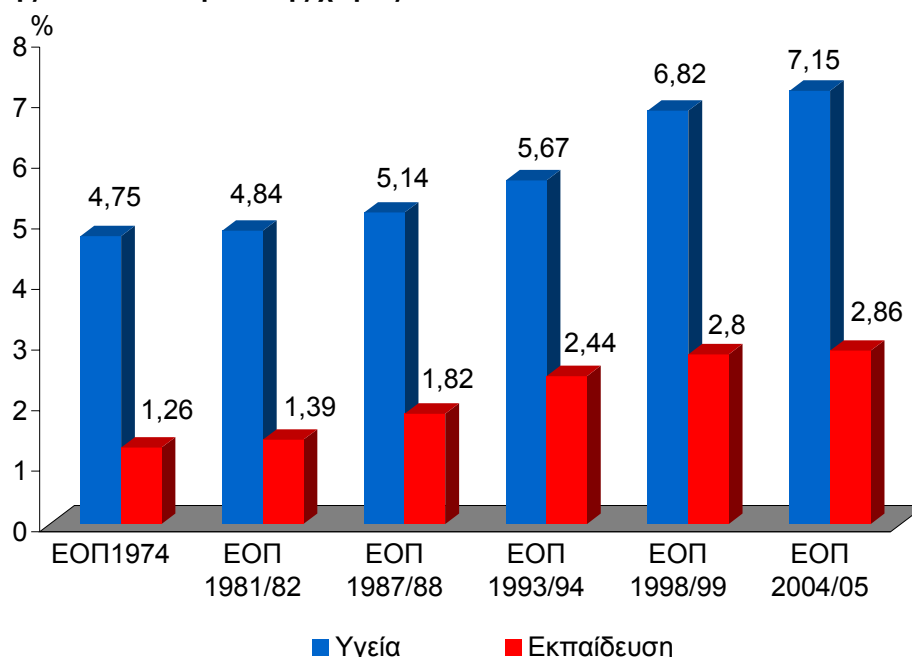
Άρθρα, μελέτες, σχόλια κλπ. εκφράζουν αποκλειστικά τις απόψεις του συντάκτη τους. Ανυπόγραφα σημειώματα θεωρούνται της συντάξεως. Άρθρα, μελέτες, σχόλια κλπ., που υπογράφονται από μέλη της συντακτικής επιτροπής, εκφράζουν τις προσωπικές απόψεις του γράφοντα. Απαγορεύεται χωρίς προηγούμενη άδεια η ολική ή μερική αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή ή αναμετάδοση αυτής της έκδοσης σε οποιαδήποτε μορφή και με οποιοδήποτε μέσο, ηλεκτρονικό, μηχανικό, φωτοαντιγραφικό, ηχογραφικό ή άλλο.

Οι δαπάνες υγείας των ελληνικών νοικοκυριών

1. Εισαγωγή

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται η δαπάνη για υγεία των ελληνικών νοικοκυριών με τη βοήθεια των απαντήσεών τους στην πιο πρόσφατη έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ). Η υγεία αποτελεί παράγοντα που βρίσκεται συνεχώς στο μυαλό των ελληνικών νοικοκυριών. Σε δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης, η υγεία ανέρχεται στον δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα ανησυχίας των ελληνικών νοικοκυριών για το 2007 μετά τις οικονομικές δυσκολίες (Λιαρόπουλος, 2007). Η σημασία της υγείας είναι εντονότερη διαχρονικά, όπως μαρτυρά το διαρκώς αυξανόμενο μερίδιο των δαπανών για υγεία στη συνολική καταναλωτική δαπάνη, που είναι μεγαλύτερο από το μερίδιο της δαπάνης για εκπαίδευση. Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 1.1**, το ποσοστό αυτό αυξάνεται συνεχώς στις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) της ΕΣΥΕ από το 1974 και μετά, όπως αυξάνεται επίσης και η απόσταση από το αντίστοιχο μερίδιο των δαπανών για εκπαίδευση. Έτσι, η δαπάνη για υγεία συμβάλλει μέσω της κατανάλωσης στην επίσημη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα.

Διάγραμμα 1.1 Ποσοστό δαπάνης για υγεία και εκπαίδευση ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης των νοικοκυριών της χώρας



Πηγή: ΕΣΥΕ

Επιπλέον, η υγεία συμβάλλει στη μη καταγεγραμμένη οικονομική δραστηριότητα μέσω της φοροδιαφυγής. Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στη μελέτη Σίσκου (2006), η παραοικονομία στην υγεία ανέρχεται σε € 1.793,3 εκατ. Από το ποσό αυτό, το 11% αφορά άτυπες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας ή «φακελάκι» και το υπόλοιπο 89%

αφορά πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη ή με μειωμένο καταγεγραμμένο ποσό στην απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με τον Schneider (2002), η παραοικονομία στην Ελλάδα υπολογίζεται στα € 51,8 δις και αντιστοιχεί στο 28,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ). Έτσι, το 3,6% της συνολικής παραοικονομίας στην Ελλάδα αποδίδεται στην Υγεία¹. Σημαντική είναι και η συμβολή της μη καταγεγραμμένης δραστηριότητας στην υγεία στην πρόσφατη αναθεώρηση των εθνικών λογαριασμών από το Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, η οποία αντιστοιχεί στο 3,8% της αναθεώρησης του ΑΕΠ².

Μελέτες που έχουν γίνει για την υγεία στην Ελλάδα αφορούν κατά κύριο λόγο την ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων της αυτοαναφερόμενης υγείας των ηλικιωμένων και μη ηλικιωμένων νοικοκυριών, καθώς και την κοινωνική ανισότητα που υπάρχει στην παροχή των υπηρεσιών αυτών. Τέτοιες μελέτες είναι εκείνες των Κυριόπουλου, Γκρέγκορ και Οικονόμου (2003), Μωυσίδη (2002), Κουκουλι, Vlachonicolis and Philalithis (2002) και Μπαλούρδος, Τεπέρογλου και Φακιάλας (1999). Η μόνη παρεμφερής μελέτη με την παρούσα είναι των Μασσαγγάνη και Μητράκου (2000), σύμφωνα με την οποία η ηλικία, το βιοτικό επίπεδο και το μέγεθος του νοικοκυριού είναι οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της δαπάνης για υγεία των νοικοκυριών της ΕΟΠ 1993/94.

Στην ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιείται το πιο πρόσφατο δείγμα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών που διενήργησε η ΕΣΥΕ κατά την περίοδο 2004/05. Αναλύεται η σχέση μεταξύ της δαπάνης για υγεία των «φτωχών» και «μη φτωχών» νοικοκυριών και των αντίστοιχων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών τους, όπως η απασχόληση, η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική ασφάλιση, η εθνικότητα του υπεύθυνου του νοικοκυριού, το μέγεθος και το ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας του νοικοκυριού. Στην παρούσα μελέτη «φτωχά» θεωρούνται τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας με συνολική καταναλωτική δαπάνη κάτω από το 60% της διαμέσου του δείγματος. Αντίθετα, «μη φτωχά» είναι τα νοικοκυριά με καταναλωτική δαπάνη μεγαλύτερη από το 60% της διαμέσου του δείγματος τα οποία δεν αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας.

Στη συνέχεια, οι δαπάνες για υγεία διαχωρίζονται ανάλογα με το δημόσιο ή ιδιωτικό τους χαρακτήρα και εξετάζεται η σχέση μεταξύ δημόσιας-ιδιωτικής δαπάνης και των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών, με τη βοήθεια των απαντήσεων σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

¹ Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται από τη σχέση $100 * \frac{€1,79 \text{ δις}}{€51,8 \text{ δις}}$.

² Το ποσοστό αυτό για το 2005 υπολογίζεται με τη βοήθεια του ΑΕΠ πριν και μετά την αναθεώρηση $\text{ΑΕΠ}_{\text{Νέο}}$ και $\text{ΑΕΠ}_{\text{Παλαιό}}$, αντίστοιχα από τη σχέση $100 * \left\{ \frac{\text{Παραοικονομία στην Υγεία}}{\text{ΑΕΠ}_{\text{Νέο}} - \text{ΑΕΠ}_{\text{Παλαιό}}} \right\} = 100 * \left\{ \frac{€1,79 \text{ δις}}{(€228,2 \text{ δις} - €181,1 \text{ δις})} \right\}$.

2. Δαπάνες για υγεία φτωχών και μη φτωχών

Η ανάλυση της καταναλωτικής συμπεριφοράς των νοικοκυριών αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία γίνεται με τη βοήθεια της τελευταίας δειγματοληπτικής Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ 2004/05) που διενεργήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2004 - Ιανουάριος 2005. Στην έρευνα αυτή καταγράφονται μεταξύ άλλων, οι απαντήσεις 6.555 νοικοκυριών αναφορικά με δαπάνες για φαρμακευτικά είδη-θεραπευτικές συσκευές-εξοπλισμό, υπηρεσίες μη νοσοκομειακών ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη. Για να καταχωρηθούν οι δαπάνες υγείας, πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ή υπήρξαν μέλη του κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος π.χ. από ασφαλιστικό οργανισμό ή το κράτος και έχουν εκφραστεί ανά μέλος του νοικοκυριού.

Η καταναλωτική δαπάνη κάθε ατόμου προσδιορίζεται από την αγοραστική του δύναμη, δηλαδή τη δυνατότητα που του δίνει το εισόδημά του να καταναλώσει. Έτσι, άτομα με διαφορετικό εισόδημα διαφέρουν και ως προς την ποσότητα από το εκάστοτε αγαθό που καταναλώνουν. Επιπλέον, η οικονομική θεωρία διδάσκει ότι όταν το εισόδημα ενός πλούσιου καταναλωτή αυξάνεται, εκείνος δαπανά μικρότερο μέρος του επιπλέον εισοδήματος. Το αντίθετο συμβαίνει για τους καταναλωτές μικρότερων εισοδηματικών κατηγοριών. Οι παραπάνω διαφορές στην καταναλωτική συμπεριφορά μεταξύ φτωχών και μη φτωχών ενδέχεται να ισχύουν και αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία. Για παράδειγμα, οι φτωχοί μπορεί να ξοδεύουν λιγότερα για υγεία απ' ότι οι μη φτωχοί, καθώς τα εισοδήματά τους δεν επαρκούν για την πραγματοποίηση μεγάλου ύψους δαπάνης.

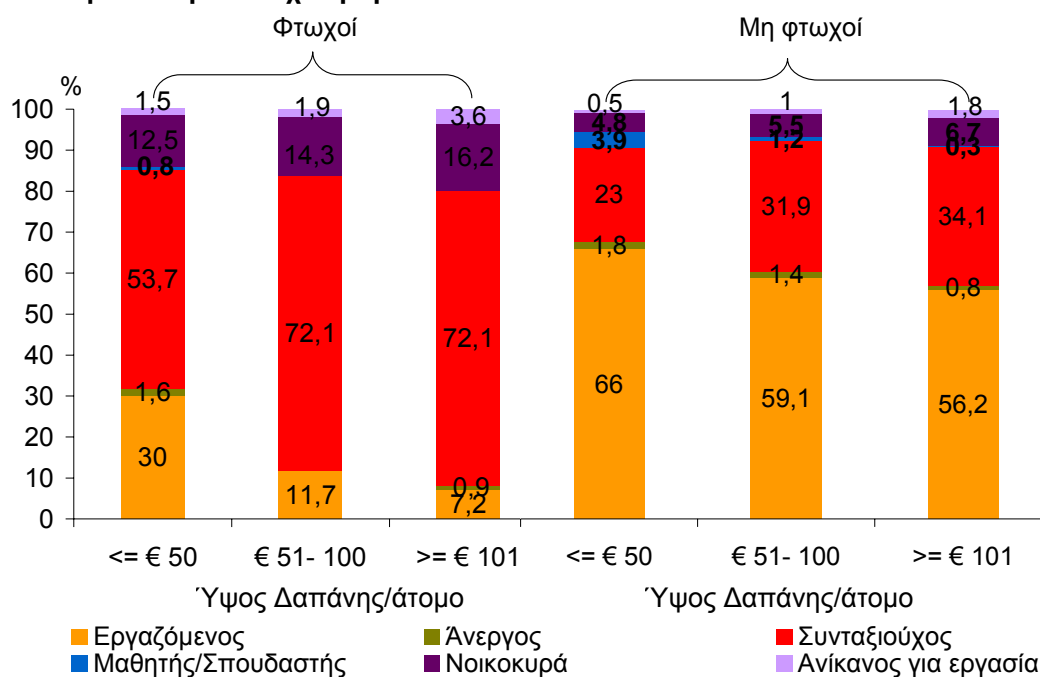
Στη συνέχεια οι δαπάνες για υγεία των φτωχών διαχωρίζονται από τις δαπάνες των μη φτωχών της έρευνας με τη βοήθεια της γραμμής της φτώχειας. Η γραμμή της φτώχειας ορίζεται από το 60% της διαμέσου της ισοδύναμης καταναλωτικής δαπάνης. Τα νοικοκυριά με καταναλωτική δαπάνη κάτω από τη γραμμή αυτή είναι φτωχότερα συγκριτικά με το σύνολο των νοικοκυριών της έρευνας. Ο ορισμός αυτός είναι συνεπής με έναν εκ των δύο ορισμών της φτώχειας που είναι η σχετική φτώχεια, δηλαδή το ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν με εισόδημα κατώτερο ενός ποσοστού του εισοδήματος – 60% για την Ελλάδα σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Ο εναλλακτικός ορισμός της φτώχειας είναι η απόλυτη φτώχεια, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού που ζει με λιγότερο από ένα καθορισμένο ποσό ευρώ την ημέρα.

Στην ανάλυση που ακολουθεί, για τον υπολογισμό της γραμμής φτώχειας χρησιμοποιήθηκε η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη, που ορίζεται ως η σταθμισμένη συνολική δαπάνη των μελών του νοικοκυριού με τις σταθμίσεις να προσδιορίζονται από την ηλικία του αντίστοιχου μέλους. Η ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη χρησιμοποιήθηκε καθώς ο διπλασιασμός των μελών ενός νοικοκυριού δεν συνεπάγεται απαραίτητα ότι θα διπλασιαστεί και το απαιτούμενο ύψος δαπάνης. Η συνολική δαπάνη χρησιμοποιήθηκε αντί του εισοδήματος γιατί η καταναλωτική δαπάνη αντιπροσωπεύει καλύτερα τη συνολική ευημερία του νοικοκυριού απ' ότι το εισόδημα. Επιπλέον, τα

νοικοκυριά δηλώνουν με μεγαλύτερη ειλικρίνεια τη συνολική τους κατανάλωση απ' ό,τι το εισόδημά τους, καθώς αντιμετωπίζουν με καχυποψία ερωτήματα που αφορούν την εισοδηματική τους κατάσταση.

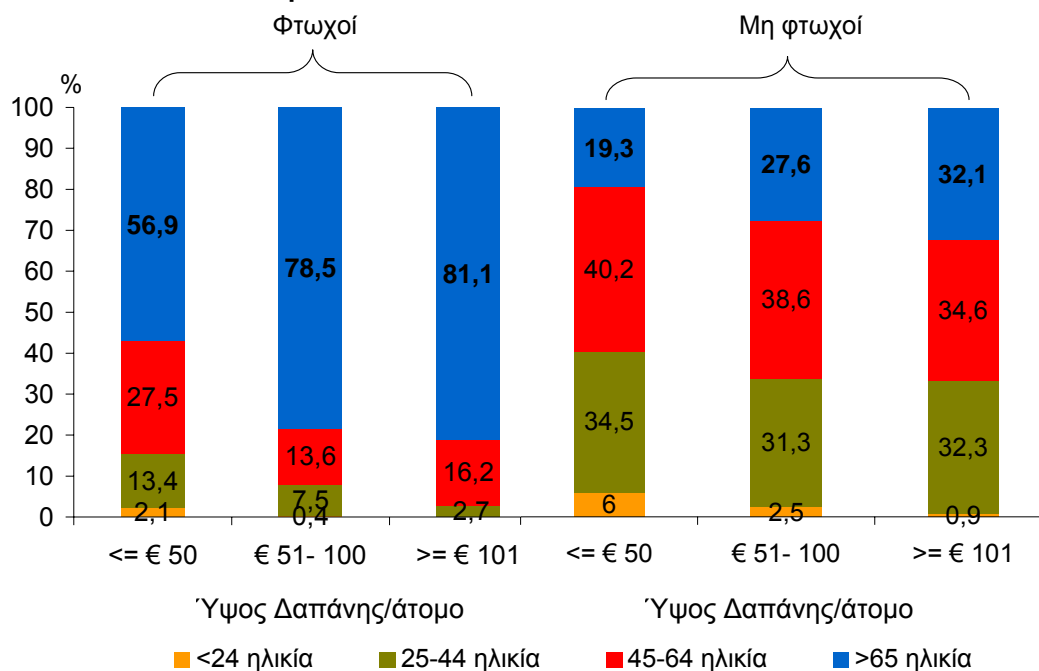
Στο **Διάγραμμα 2.1** οι περισσότεροι από τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι συνταξιούχοι. Ένα στα δύο φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία μέχρι €50 ανά μέλος είναι συνταξιούχος. Καθώς το ύψος της δαπάνης αυξάνεται, η αναλογία αυξάνεται σε επτά στα δέκα για δαπάνες άνω των € 51 ανά μέλος. Ωστόσο, με την αύξηση της δαπάνης για υγεία, διαρκώς λιγότερα φτωχά νοικοκυριά των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος δαπανούν για υγεία. Αντιθέτως, στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι εκείνα των οποίων ο υπεύθυνος είναι εργαζόμενος. Συγκεκριμένα, περίπου δύο στα τρία μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο. Καθώς η δαπάνη για υγεία αυξάνεται, τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο εργαζόμενο που δαπανούν μειώνονται, ενώ αυξάνονται τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο συνταξιούχο που δαπανούν για υγεία.

Διάγραμμα 2.1 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και θέση του υπεύθυνου του νοικοκυριού στην απασχόληση



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

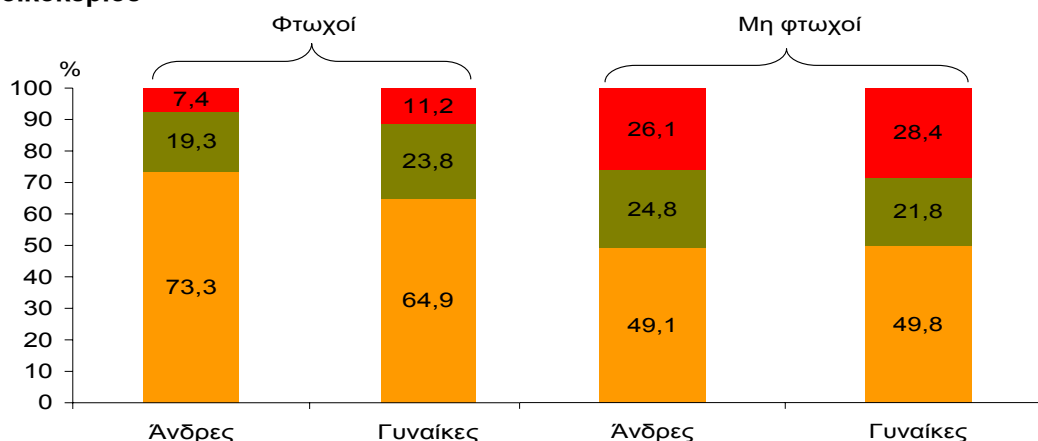
Τα συμπεράσματα της παραπάνω ανάλυσης επαληθεύονται και απ' την ανάλυση της σχέσης μεταξύ της δαπάνης για υγεία και της ηλικίας. Στο **Διάγραμμα 2.2** αναλύονται οι δαπάνες των φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι υπεύθυνοί τους.

Διάγραμμα 2.2 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και ηλικιακή ομάδα του υπεύθυνου του νοικοκυριού

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Σύμφωνα με το διάγραμμα, όσο μεγαλώνει η ηλικία των φτωχών νοικοκυριών περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Ανάλογη συμπεριφορά παρατηρείται για τα μη φτωχά νοικοκυριά μέχρι την ηλικία των 64 ετών. Από την ηλικία των 65 και μετά λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν. Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία στην ηλικία των 45-64 ετών, ενώ τα φτωχά νοικοκυριά όταν η ηλικία τους ξεπερνάει τα 65 χρόνια. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα. Στον αντίποδα βρίσκονται τα μη φτωχά νοικοκυριά τα οποία δαπανούν κυρίως σε μικρότερη ηλικία, καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Άλλωστε, τα μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν και σε προληπτικές εξετάσεις πριν φτάσουν την ηλικία των 65 ετών για να προλάβουν τυχόν ασθένειες που μπορεί να τους εμφανιστούν σε μεγαλύτερη ηλικία, καθώς η εισοδηματική τους κατάσταση το επιτρέπει.

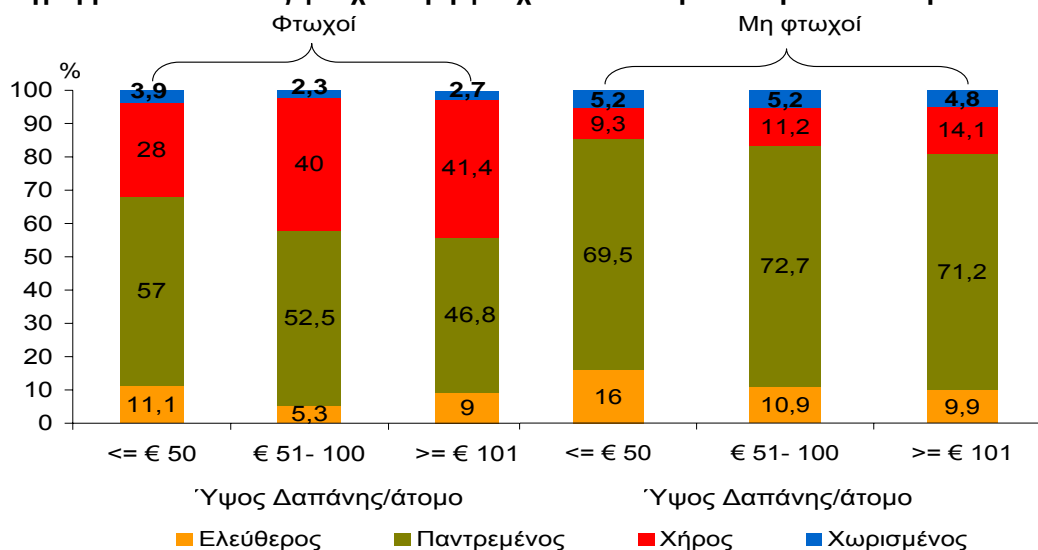
Στο **Διάγραμμα 2.3** αναλύεται η συσχέτιση μεταξύ των δαπανών για υγεία ανά μέλος του νοικοκυριού και του φύλου του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 το μήνα. Το χαρακτηριστικό αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το αν το νοικοκυριό συγκαταλέγεται μεταξύ των φτωχών ή μη φτωχών νοικοκυριών, αν και οι φτωχοί που επιλέγουν αυτό το ύψος δαπάνης είναι 1 ½ φορές περίπου περισσότεροι από τους μη φτωχούς. Ακόμα, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που δαπανούν περισσότερα από € 50 το μήνα είναι περισσότερες απ' ό,τι οι άνδρες στα φτωχά νοικοκυριά. Το χαρακτηριστικό αυτό δεν ισχύει για τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου το ποσοστό των ανδρών και γυναικών που δαπανούν ποσά άνω των €50 το μήνα είναι περίπου το ίδιο.

Διάγραμμα 2.3 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού

Ύψος Δαπάνης/άτομο: ■ <= € 50 ■ € 51- 100 ■ >= € 101

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

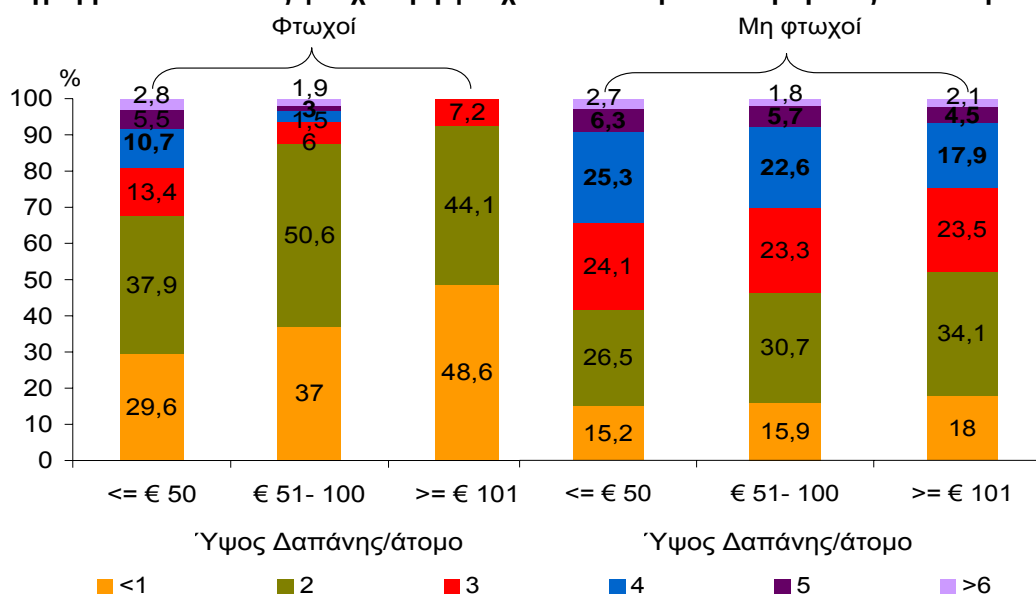
Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 2.4**, οι παντρεμένοι που ξοδεύουν για υγεία είναι περισσότεροι από τους ελεύθερους, τους χήρους και τους χωρισμένους είτε το νοικοκυριό ανήκει στα φτωχά είτε στα μη φτωχά νοικοκυριά. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου επτά στα δέκα παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν για υγεία, τη στιγμή που η αναλογία για τα φτωχά νοικοκυριά είναι ένα στα δύο. Καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης λιγότερα φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν, ενώ αντίθετα περισσότερα μη φτωχά παντρεμένα νοικοκυριά δαπανούν. Επειδή τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κυρίως υπεύθυνο συνταξιούχο, έχουν περιορισμένη οικονομική δυνατότητα για δαπάνες υγείας. Έτσι, τα παντρεμένα φτωχά νοικοκυριά δεν έχουν αρκετά εισοδήματα για να χρηματοδοτήσουν υψηλές δαπάνες υγείας. Τα περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν έχουν εργαζόμενο υπεύθυνο που κερδίζει περισσότερα απ' ότι ένας συνταξιούχος και άρα μπορούν να δαπανήσουν περισσότερα. Επιπλέον, περισσότερα φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο νοικοκυριού χήρο δαπανούν καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης συγκριτικά με τα μη φτωχά νοικοκυριά της έρευνας.

Διάγραμμα 2.4 Δαπάνες φτωχών - μη φτωχών και οικογενειακή κατάσταση

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

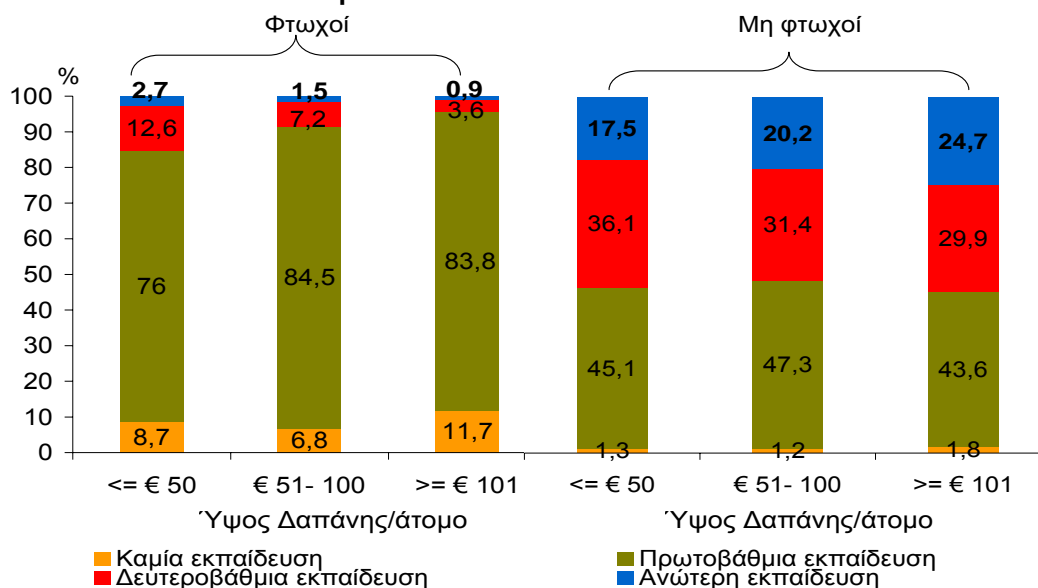
Στο **Διάγραμμα 2.5** τα μη φτωχά νοικοκυριά με δύο μέλη που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τα μη φτωχά νοικοκυριά με περισσότερα μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία – περίπου οκτώ στα δέκα – έχουν μέχρι δύο μέλη. Το συμπέρασμα αυτό ισχύει ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Τα μη φτωχά νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη αποτελούν την πλειοψηφία για κατηγορίες δαπάνης μέχρι € 100 το μήνα. Για μεγαλύτερες δαπάνες, τα μη φτωχά νοικοκυριά είναι οριακά περισσότερα. Έτσι, η καλύτερη εισοδηματική κατάσταση των μη φτωχών νοικοκυριών τους επιτρέπει να δαπανούν για υγεία ακόμα και όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται, καθώς είναι σε θέση να συντηρήσουν τα επιπλέον μέλη. Περισσότερα νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη δαπανούν για υγεία όταν αυξάνεται η δαπάνη, ενώ λιγότερα νοικοκυριά με τρία ή τέσσερα μέλη δαπανούν όταν αυξάνεται το ύψος της δαπάνης.

Διάγραμμα 2.5 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και μέγεθος νοικοκυριού



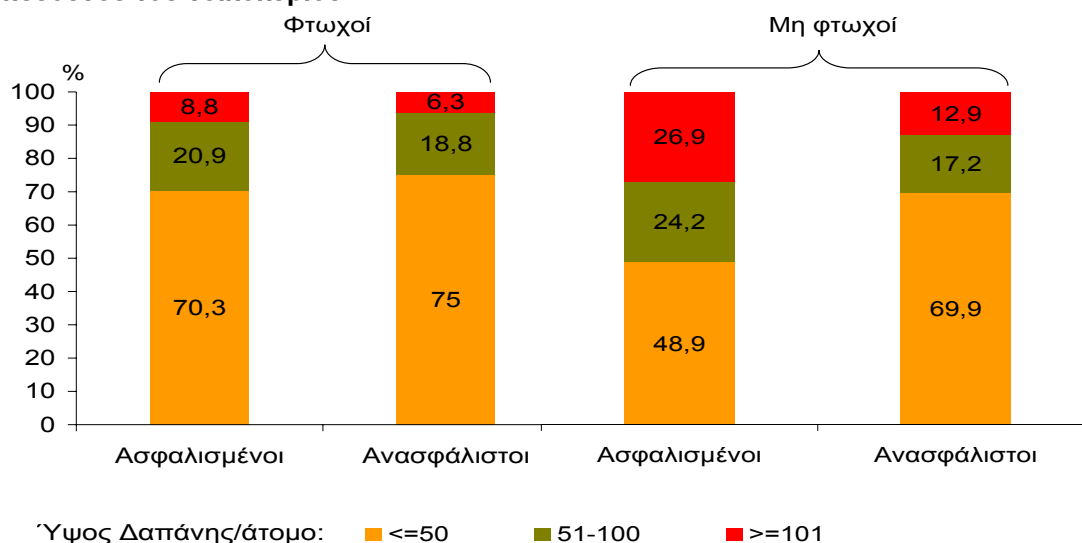
Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Το επίπεδο εκπαίδευσης προσεγγίζει την εισοδηματική κατάσταση και την αγοραστική δύναμη του νοικοκυριού. Νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης ίσως έχουν περισσότερα εισοδήματα που τους επιτρέπουν να δαπανούν περισσότερα. Η ανάλυση των απαντήσεων των φτωχών νοικοκυριών αναφορικά με τις δαπάνες για υγεία και το επίπεδο εκπαίδευσης στο **Διάγραμμα 2.6** καταδεικνύει ότι στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα φτωχά νοικοκυριά έχουν υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το συμπέρασμα αυτό είναι αναμενόμενο αν αναλογιστεί κανείς ότι στα φτωχά νοικοκυριά το επίπεδο εκπαίδευσης είναι χαμηλότερο συγκριτικά με εκείνο των μη φτωχών νοικοκυριών. Τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας και άνω εκπαίδευσης. Λιγότερα μη φτωχά και φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δαπανούν για υγεία καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης. Ακόμα, περισσότερα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης δαπανούν για υγεία όταν αυξάνεται το επίπεδο δαπάνης. Έτσι, τα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, με αποτέλεσμα να δαπανούν μεγαλύτερα ποσά όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης.

Διάγραμμα 2.6 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και επίπεδο εκπαίδευσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

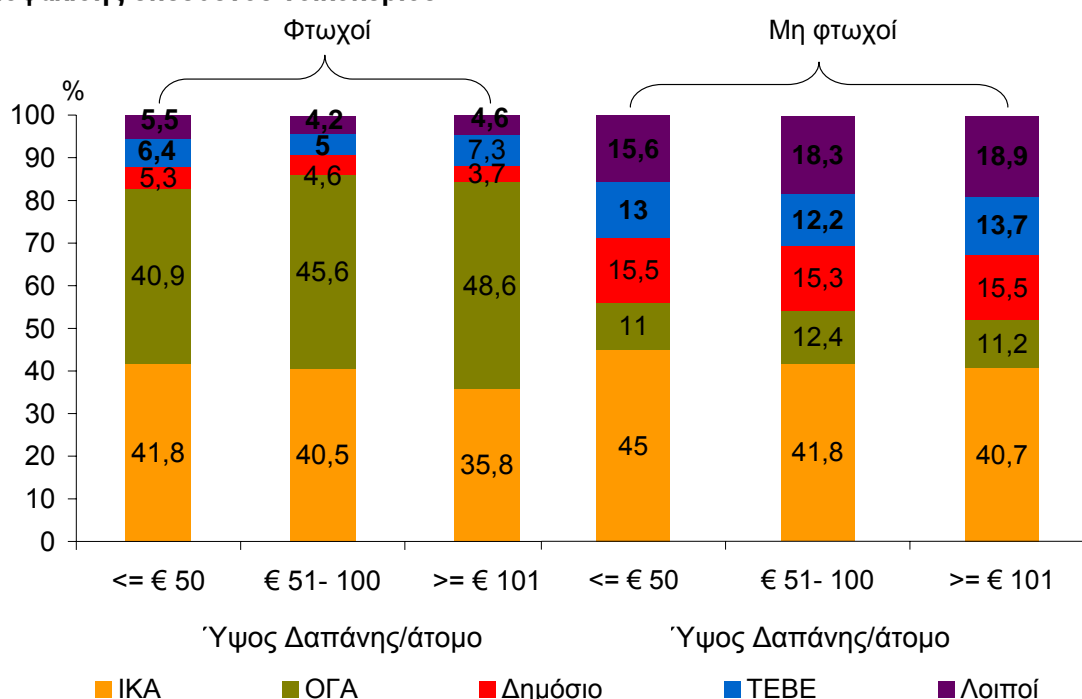
Στο **Διάγραμμα 2.7** περίπου επτά στα δέκα φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν μικρές δαπάνες μέχρι €50 ανά μέλος είτε ο υπεύθυνος του νοικοκυριού είναι ασφαλισμένος είτε όχι. Περισσότερα φτωχά νοικοκυριά κάνουν υψηλότερες δαπάνες άνω των €50 όταν ο υπεύθυνος είναι ασφαλισμένος απ' ότι όταν ο υπεύθυνος είναι ανασφάλιστος, καθώς οι ανασφάλιστοι δεν έχουν υψηλά εισοδήματα που να τους επιτρέπουν τη χρηματοδότηση μεγάλων δαπανών. Η δαπάνη για υγεία μέχρι €50 ανά μέλος συγκεντρώνει την προτίμηση και των μη φτωχών νοικοκυριών του δείγματος αν και λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν αυτό το ύψος δαπάνης συγκριτικά με τα αντίστοιχα φτωχά νοικοκυριά. Μάλιστα, τα μισά μη φτωχά νοικοκυριά με ασφαλισμένο υπεύθυνο επιλέγουν δαπάνη μέχρι €50 και τα υπόλοιπα νοικοκυριά επιλέγουν μεγαλύτερο ύψος δαπάνης. Επίσης, τα μη φτωχά νοικοκυριά με ασφαλισμένο υπεύθυνο που δαπανούν μεγαλύτερα ποσά άνω των 50 € είναι περισσότερα συγκριτικά με τα μη φτωχά νοικοκυριά με ανασφάλιστο υπεύθυνο.

Διάγραμμα 2.7 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και κοινωνική ασφάλιση του υπεύθυνου του νοικοκυριού

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

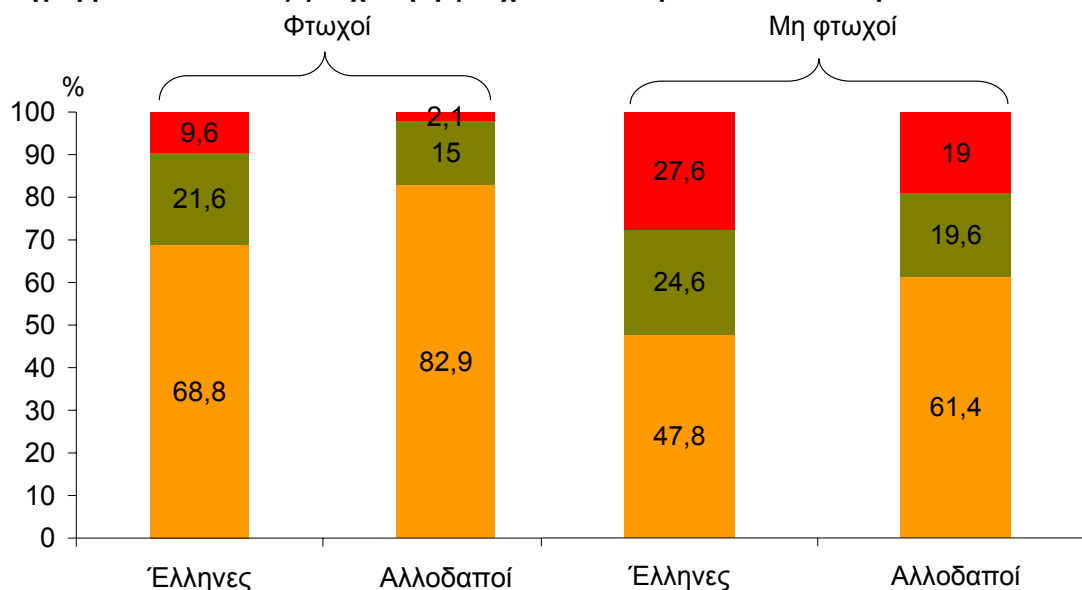
Στο **Διάγραμμα 2.8** τα περισσότερα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ενώ έπονται φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και τα λοιπά ταμεία. Με την αύξηση του ύψους της δαπάνης περισσότερα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν έχουν υπεύθυνο ασφαλισμένο στον ΟΓΑ, ενώ λιγότερα φτωχά νοικοκυριά έχουν υπεύθυνο ασφαλισμένο στο ΙΚΑ. Τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία έχουν, ως επί το πλείστον, υπεύθυνο που είναι ασφαλισμένος στο ΙΚΑ. Ακολουθούν νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο σε λοιπούς φορείς, το Δημόσιο, το Ταμείο Εμπόρων και Βιοτεχνών Ελλάδος (ΤΕΒΕ) και τον ΟΓΑ. Η αύξηση της δαπάνης για υγεία συνοδεύεται από λιγότερα μη φτωχά νοικοκυριά με υπεύθυνο ασφαλισμένο στο ΙΚΑ.

Διάγραμμα 2.8 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και φορέας κοινωνικής ασφάλισης υπεύθυνου νοικοκυριού



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 2.9** αναλύονται οι δαπάνες για υγεία φτωχών και μη φτωχών νοικοκυριών σε σχέση με την εθνικότητά τους. Για το σκοπό αυτό, τα φτωχά και μη φτωχά νοικοκυριά της έρευνας χωρίζονται σε Έλληνες και αλλοδαπούς. Παρατηρείται ότι τόσο οι Έλληνες όσο και οι αλλοδαποί ανεξάρτητα από το αν ανήκουν σε φτωχό ή μη φτωχό νοικοκυριό, επιλέγουν κατά κύριο λόγο ύψος δαπάνης μέχρι € 50 ανά μέλος. Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα νοικοκυριά των αλλοδαπών, καθώς οι φτωχοί αλλοδαποί που δαπανούν για υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα είναι περισσότεροι από τους Έλληνες, γεγονός που φανερώνει την οικονομική δυσκολία των αλλοδαπών σε σχέση με τους Έλληνες. Αντίστοιχα, οι μη φτωχοί αλλοδαποί είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση απ' ό,τι οι Έλληνες, καθώς περισσότεροι αλλοδαποί παρά Έλληνες δαπανούν για υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα ανά μέλος, ενώ περισσότερα μη φτωχά ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία ποσά άνω των € 50. Η περιορισμένη οικονομική δυνατότητα των αλλοδαπών νοικοκυριών τα περιορίζει στην κατανάλωση μικρών χρηματικών ποσών για υγεία.

Διάγραμμα 2.9 Δαπάνες φτωχών-μη φτωχών νοικοκυριών και εθνικότητα

Ύψος Δαπάνης/άτομο: ■ ≤50 ■ 51-100 ■ ≥101

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

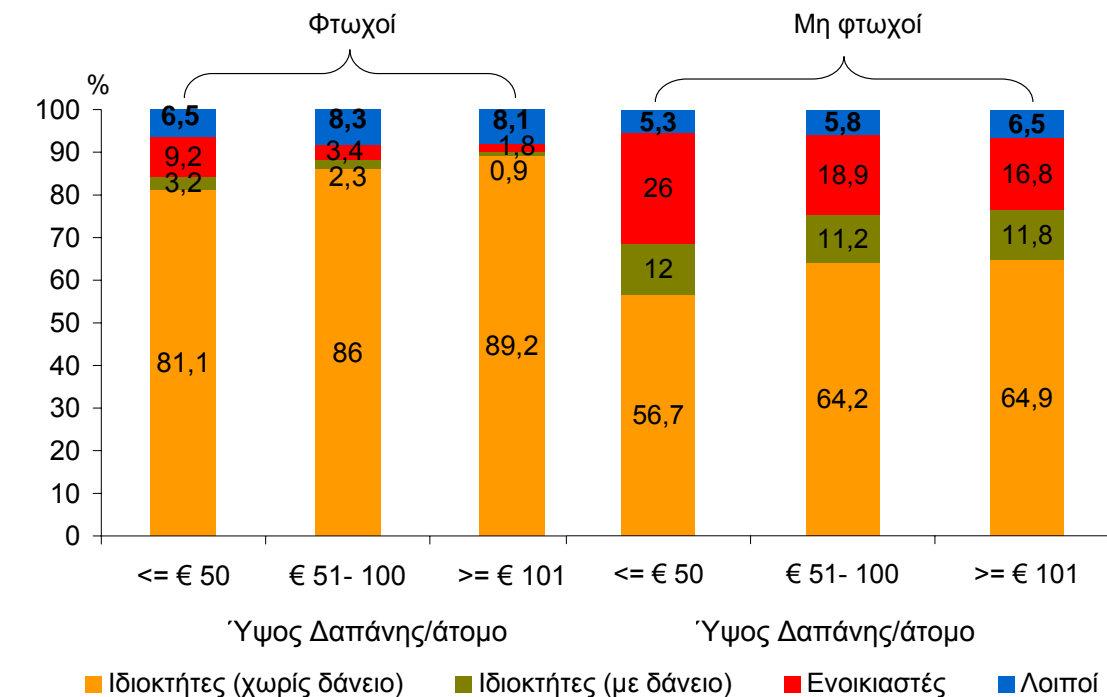
Στη συνέχεια, αναλύεται το ύψος δαπάνης για υγεία σε συνάρτηση με την οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά φτωχά και μη. Στην περίπτωση αυτή, η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει το νοικοκυριό προσεγγίζεται από το αν το νοικοκυριό μένει σε ιδιόκτητο σπίτι ή ενοικιάζει στέγη. Όσα νοικοκυριά μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι διαχωρίζονται παραπέρα σε εκείνα που αποπληρώνουν κάποιο στεγαστικό δάνειο που πήραν για την αγορά της κατοικίας τους και εκείνα που δεν αποπληρώνουν αντίστοιχο δάνειο. Το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κατοικίας προσεγγίζει το βαθμό οικονομικής πίεσης που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά καθώς νοικοκυριά που είτε μένουν σε ενοίκιο είτε σε ιδιόκτητο σπίτι για το οποίο αποπληρώνουν δάνειο πιέζονται οικονομικά, με αποτέλεσμα να δαπανούν λιγότερα ποσά για υγεία.

Στο **Διάγραμμα 2.10** παρατηρείται ότι ανεξαρτήτως του χαρακτηρισμού των νοικοκυριών σε φτωχά και μη, τα νοικοκυριά που μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και δεν πληρώνουν δάνειο αποτελούν την πλειοψηφία των νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία. Συγκεκριμένα, περίπου οκτώ στα δέκα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι και δεν πληρώνουν δάνειο. Η ίδια αναλογία στα μη φτωχά νοικοκυριά είναι περίπου έξι στα δέκα. Κατά συνέπεια, τα νοικοκυριά με ιδιόκτητη στέγη που δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο και δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα απ' τις λοιπές κατηγορίες γιατί η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν είναι μικρότερη. Αντίθετα, οι ενοικιαστές και ακόμα περισσότερο οι ιδιοκτήτες που αποπληρώνουν δάνειο αντιμετωπίζουν εντονότερη οικονομική πίεση, με αποτέλεσμα να μην δαπανούν σε μεγάλο βαθμό για υγεία.

Οι ενοικιαστές που δαπανούν για υγεία είναι περισσότεροι από τους ιδιοκτήτες κατοικίας που πληρώνουν δάνειο. Μάλιστα, η διαφορά αυτή είναι μεγαλύτερη για τα μη φτωχά νοικοκυριά απ' ότι τα φτωχά νοικοκυριά. Καθώς αυξάνεται το ύψος δαπάνης, περισσότερα φτωχά και μη φτωχά

νοικοκυριά που μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και δεν πληρώνουν δάνειο δαπανούν για υγεία. Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο για τα φτωχά νοικοκυριά. Επίσης, λιγότερα νοικοκυριά που είτε μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία και πληρώνουν δάνειο είτε ενοικιάζουν δαπανούν για υγεία καθώς το ύψος της δαπάνης για υγεία αυξάνεται, ανεξάρτητα απ' το αν συγκαταλέγονται στα φτωχά ή μη νοικοκυριά.

Διάγραμμα 2.10 Δαπάνες φτωχών - μη φτωχών νοικοκυριών και ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

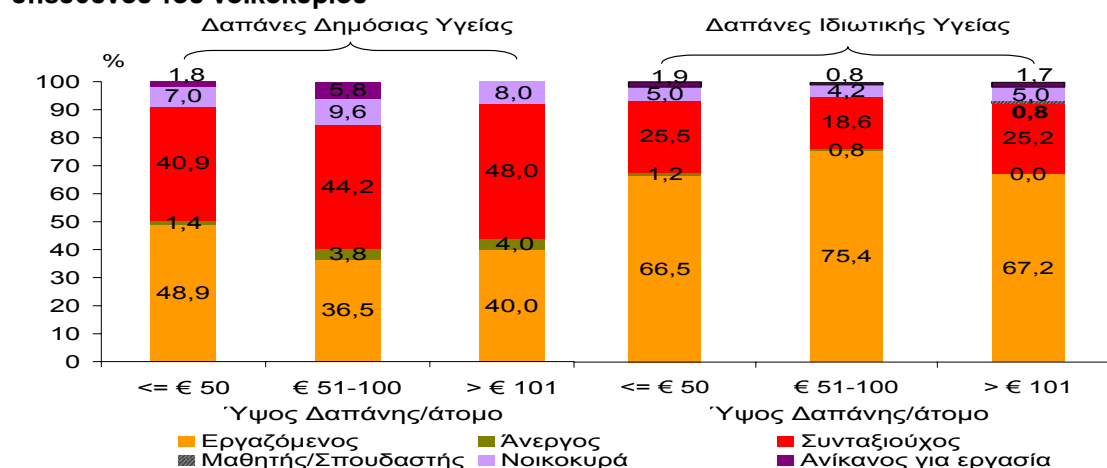
3. Δαπάνες για ιδιωτική και δημόσια υγεία

Σε ηλεκτρονική δημοσκόπηση που βρίσκεται σε εξέλιξη από το εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης των υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι ερωτώμενοι της έρευνας στη συντριπτική τους πλειοψηφία (επτά στους δέκα) αποδίδουν τη συζήτηση στα ΜΜΕ για την ιδιωτική υγεία στις αδυναμίες του συστήματος δημόσιας υγείας.

Έχοντας περιγράψει τη συσχέτιση μεταξύ της συνολικής δαπάνης για υγεία και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοικοκυριών της έρευνας, αναρωτιέται κανείς αν η συσχέτιση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας. Στη συνέχεια της ανάλυσης, η δαπάνη για ιδιωτική υγεία προσεγγίζεται από το τμήμα της συνολικής δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη που δεν αφορά την κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ιδιωτική υγεία στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνει τη δαπάνη για υπηρεσίες ιατρικού καταλύματος, ιατρικών και παραϊατρικών υπηρεσιών και τις δαπάνες όπου είναι δύσκολο να γίνει διαχωρισμός μεταξύ ιατρικού καταλύματος και υγειονομικών υπηρεσιών. Η συνολική δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη κάθε νοικοκυριού υπολογίζεται ως το άθροισμα της ιδιωτικής δαπάνης των αντίστοιχων μελών και εκφράζεται ανά αριθμό μελών. Για τον υπολογισμό της δαπάνης για ιδιωτική υγεία επελέγη η δαπάνη για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη και όχι οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ιατρών και φάρμακα. Για αυτές τις κατηγορίες δαπάνης η εξακρίβωση του ιδιωτικού ή δημόσιου χαρακτήρα της δαπάνης δεν είναι εφικτός, καθώς δε διαχωρίζονται σε δημόσιες και ιδιωτικές.

Στο **Διάγραμμα 3.1** αναλύεται η σχέση μεταξύ δαπανών για δημόσια-ιδιωτική υγεία και της θέσης στην απασχόληση του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κυρίως συνταξιούχοι. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως εργαζόμενοι ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Οι εργαζόμενοι που δαπανούν για ιδιωτική υγεία €51-101 το μήνα είναι περισσότεροι από τους εργαζόμενους που δαπανούν για ιδιωτική υγεία κάποιο άλλο ποσό. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα νοικοκυριά με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι τα μισά περίπου των νοικοκυριών με συνταξιούχο υπεύθυνο που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αυτό οφείλεται στο χαμηλό εισόδημα των συνταξιούχων που δεν είναι σε θέση να καλύψει τις κατά τεκμήριο ακριβότερες υπηρεσίες ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης.

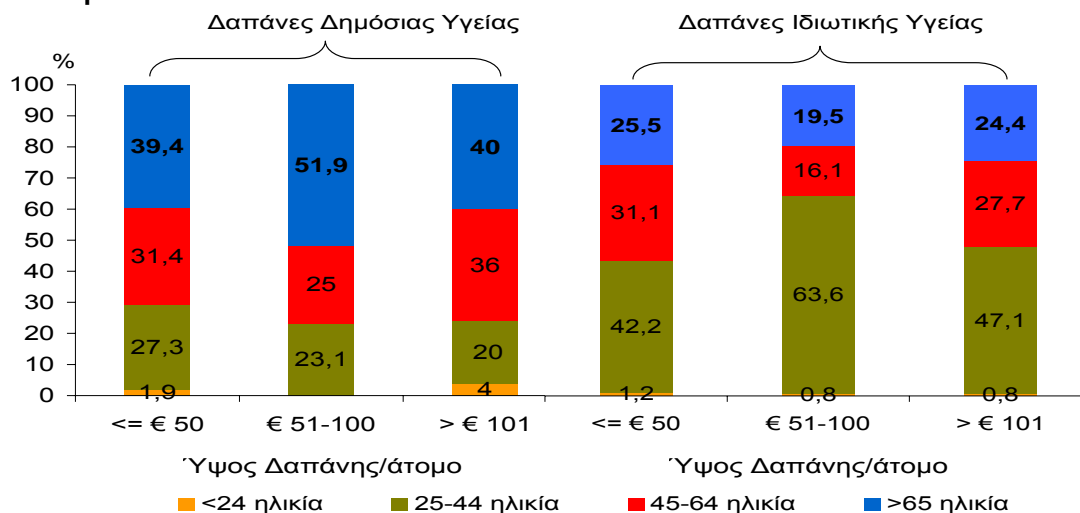
Διάγραμμα 3.1 Δαπάνες για ιδιωτική και δημόσια υγεία και θέση στην απασχόληση του υπεύθυνου του νοικοκυριού



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Τα συμπεράσματα του **Διαγράμματος 3.1** ενισχύονται και από το **Διάγραμμα 3.2** όπου αναλύεται η σχέση μεταξύ δαπάνης για ιδιωτική-δημόσια υγεία και ηλικίας. Στο διάγραμμα αυτό για δημόσια υγεία δαπανούν κυρίως νοικοκυριά ηλικίας άνω των 65 ετών. Τα άτομα της ηλικιακής αυτής ομάδας είναι κατά κανόνα συνταξιούχοι που δεν έχουν αρκετά χρήματα να δαπανήσουν για ιδιωτική υγεία. Αντίθετα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κατά κανόνα άτομα μικρής ηλικίας μέχρι 64 έτη που εργάζονται και έχουν μεγαλύτερο εισόδημα από τους συνταξιούχους, με αποτέλεσμα να μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά σε δαπάνες για ιδιωτική υγεία.

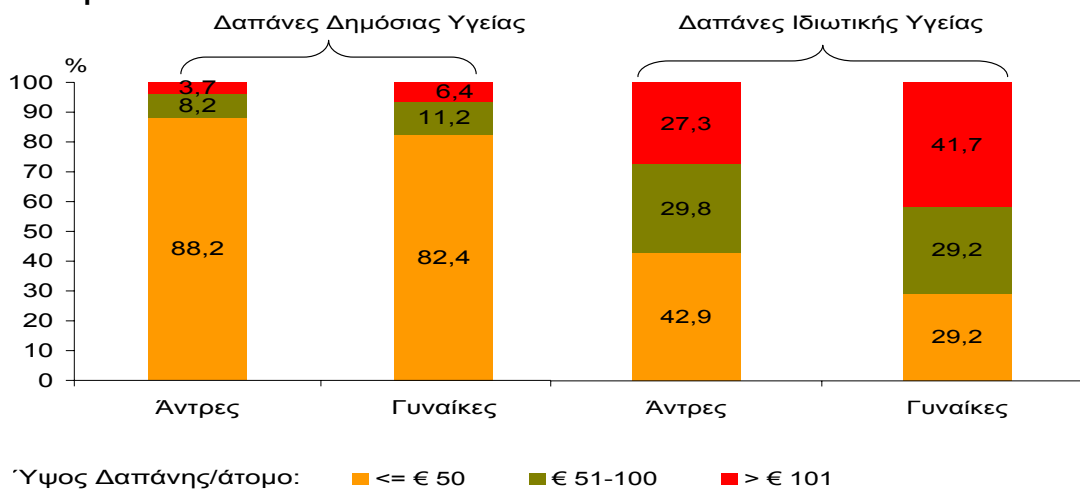
Διάγραμμα 3.2 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και ηλικία του υπεύθυνου του νοικοκυριού



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 3.3** περισσότερες γυναίκες δαπανούν μεγάλα ποσά για ιδιωτική υγεία – δαπάνη άνω των €101 το μήνα – απ' ότι άνδρες. Το ίδιο συμπέρασμα ισχύει και για τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία, αν και τα νοικοκυριά που δαπανούν ποσά μέχρι € 50 είναι περισσότερα ανεξάρτητα από το φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού. Είναι χαρακτηριστικό ότι εννέα στους δέκα άνδρες δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι €50 το μήνα, τη στιγμή που μόλις τέσσερις στους δέκα άνδρες δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι €50 το μήνα.

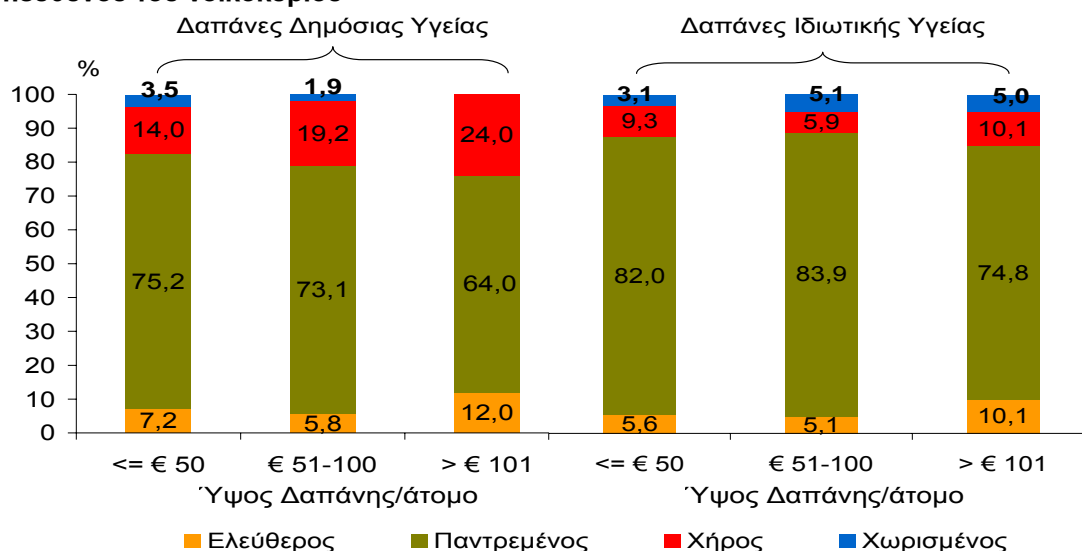
Διάγραμμα 3.3 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και φύλο του υπεύθυνου του νοικοκυριού



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

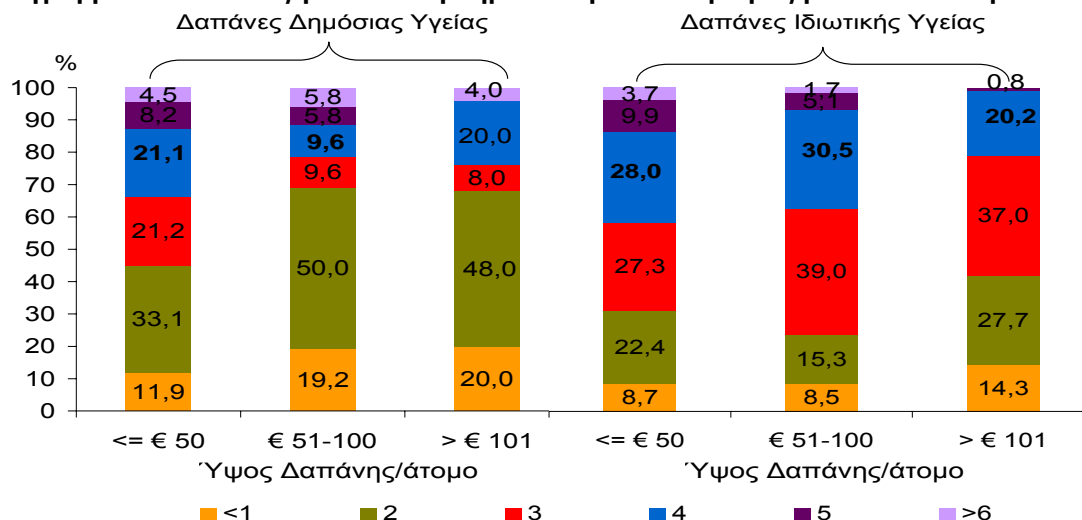
Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία με παντρεμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία, ανεξάρτητα από το ύψος δαπάνης, όπως προκύπτει από το **Διάγραμμα 3.4**. Συγκεκριμένα, περίπου οκτώ στα δέκα νοικοκυριά με υπεύθυνο νοικοκυριού παντρεμένο δαπανούν για ιδιωτική υγεία ενώ η σχετική αναλογία για νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι επτά στα δέκα. Παράλληλα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία και έχουν διαζευγμένο υπεύθυνο είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια υγεία. Αντίθετα, περισσότερα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο δαπανούν για δημόσια υγεία απ' ότι νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο που δαπανούν για ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα νοικοκυριά με υπεύθυνο χήρο έχουν λιγότερα εισοδήματα και δεν αντέχουν οικονομικά να δαπανήσουν υψηλά ποσά για ιδιωτική υγεία αλλά καταφεύγουν στη δημόσια υγεία.

Διάγραμμα 3.4 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και οικογενειακή κατάσταση του υπεύθυνου του νοικοκυριού



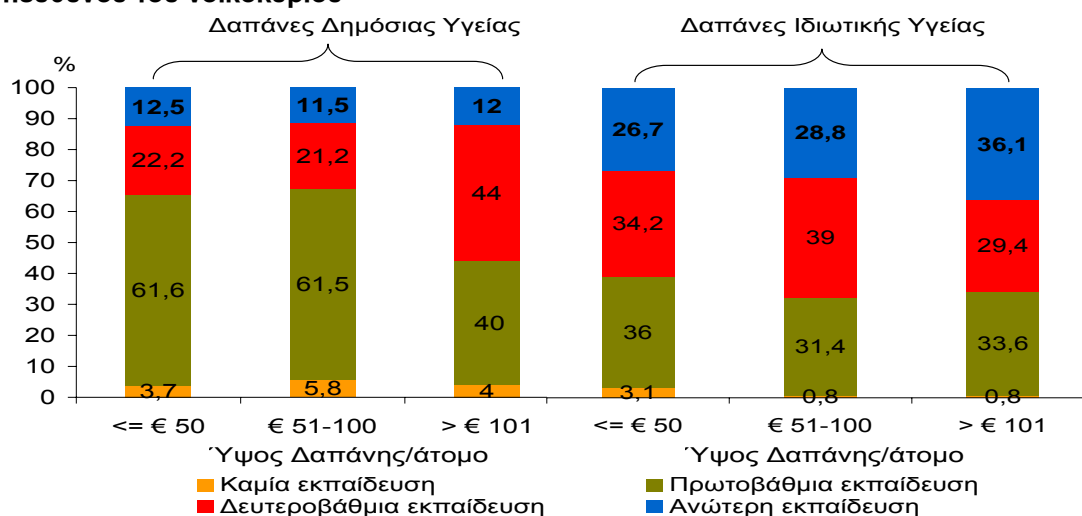
Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Τα νοικοκυριά με δύο μέλη κατά κύριο λόγο δαπανούν για δημόσια υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης, σύμφωνα με το **Διάγραμμα 3.5**. Στο ίδιο διάγραμμα, περισσότερα διμελή νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία όσο αυξάνεται το ύψος της δαπάνης. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν κατά κύριο λόγο περισσότερα από δύο μέλη, ενώ καθώς αυξάνεται ο αριθμός των μελών και μέχρι τα τέσσερα μέλη περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Αντίθετα, λιγότερα νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 50 το μήνα για ιδιωτική υγεία, όταν ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού αυξάνεται από δύο σε τρία και άνω μέλη. Το συμπέρασμα αυτό ισχύει και για τις δαπάνες για δημόσια υγεία ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Από την ανάλυση των προηγούμενων διαγραμμάτων προκύπτει ότι τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο εργαζόμενο, παντρεμένο και ηλικία μέχρι 64 ετών. Τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και ηλικία άνω των 65 ετών.

Διάγραμμα 3.5 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και αριθμός μελών νοικοκυριού

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

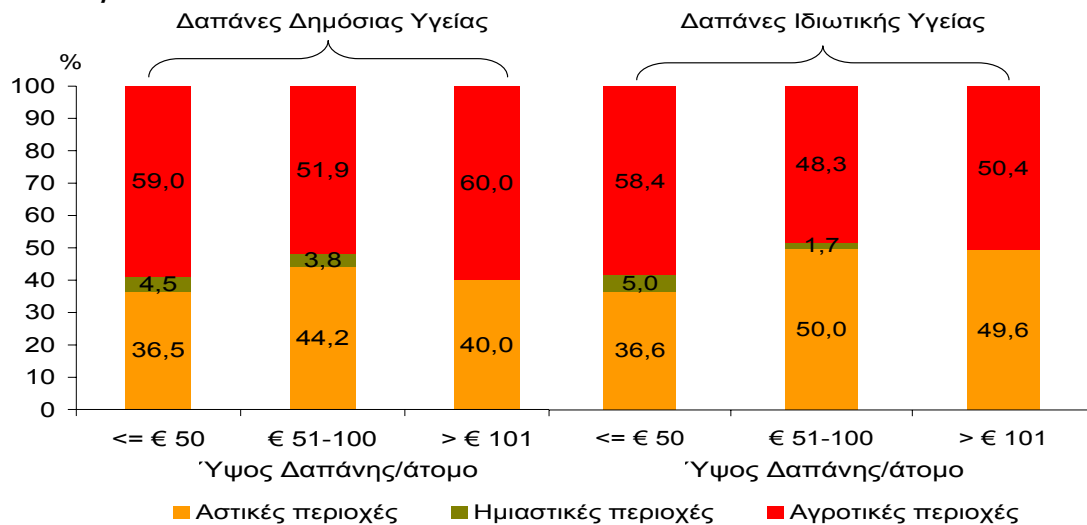
Το μορφωτικό επίπεδο των νοικοκυριών επηρεάζει και την επιλογή τους μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Επειδή τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο κερδίζουν γενικά περισσότερα χρήματα, τους είναι πιο εύκολο να υποστηρίξουν οικονομικά δαπάνες σε ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τους απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης που κερδίζουν λιγότερα. Στο **Διάγραμμα 3.6** παρατηρείται ότι τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία έχουν υπεύθυνο με δευτεροβάθμια και άνω εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά μέχρι € 100 το μήνα ανά μέλος έχουν κατά κύριο λόγο υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγαλύτερα ποσά για δημόσια υγεία – άνω των € 101 το μήνα – δαπανούν τα νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αναφορικά με την ιδιωτική υγεία, παρατηρείται ότι τα ποσά ιδιωτικής δαπάνης αυξάνονται με το μορφωτικό επίπεδο του νοικοκυριού. Έτσι, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά μέχρι € 50 το μήνα έχουν κυρίως υπεύθυνο απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μεγαλύτερα ποσά άνω των € 101 το μήνα δαπανούν νοικοκυριά με υπεύθυνο απόφοιτο ανώτερης εκπαίδευσης.

Διάγραμμα 3.6 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και επίπεδο εκπαίδευσης του υπεύθυνου του νοικοκυριού

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

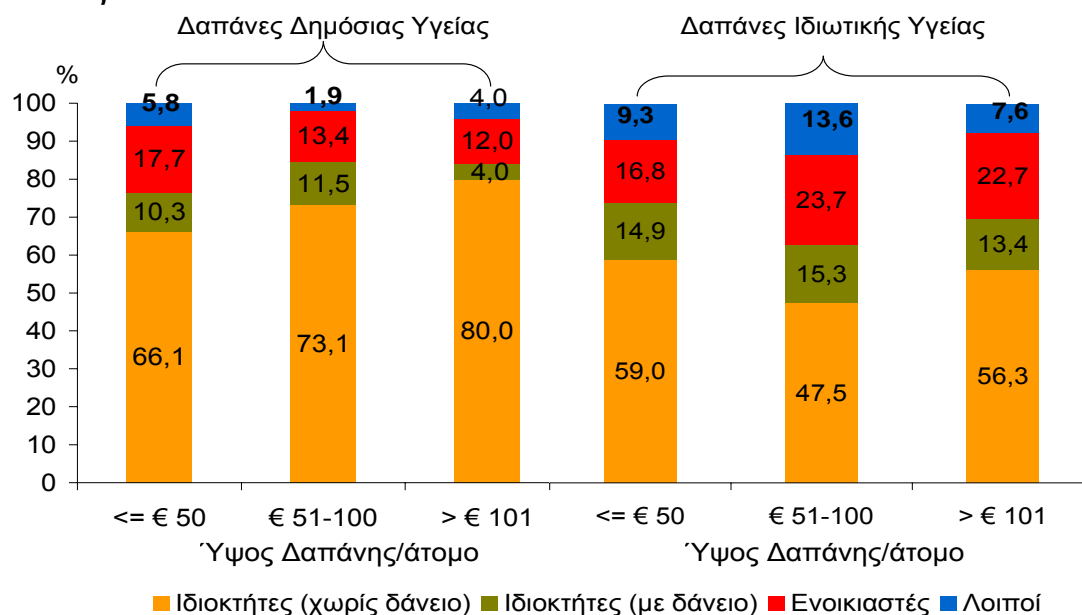
Η αστικότητα της περιοχής στην οποία μένει το νοικοκυριό επηρεάζει την επιλογή του μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, καθώς τα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές που κατά κανόνα βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι, επιλέγουν τα δημόσια νοσοκομεία για τη νοσηλεία τους. Στο **Διάγραμμα 3.7** τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές, ανεξάρτητα από το ύψος της δαπάνης. Επιπλέον, τα νοικοκυριά των αστικών κέντρων που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια υγεία. Παράλληλα, όσο αυξάνεται η δαπάνη για υγεία, δημόσια ή ιδιωτική, λιγότερα νοικοκυριά στις ημιαστικές περιοχές δαπανούν για υγεία.

Διάγραμμα 3.7 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και επίπεδο αστικότητας περιοχής κατοικίας



Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

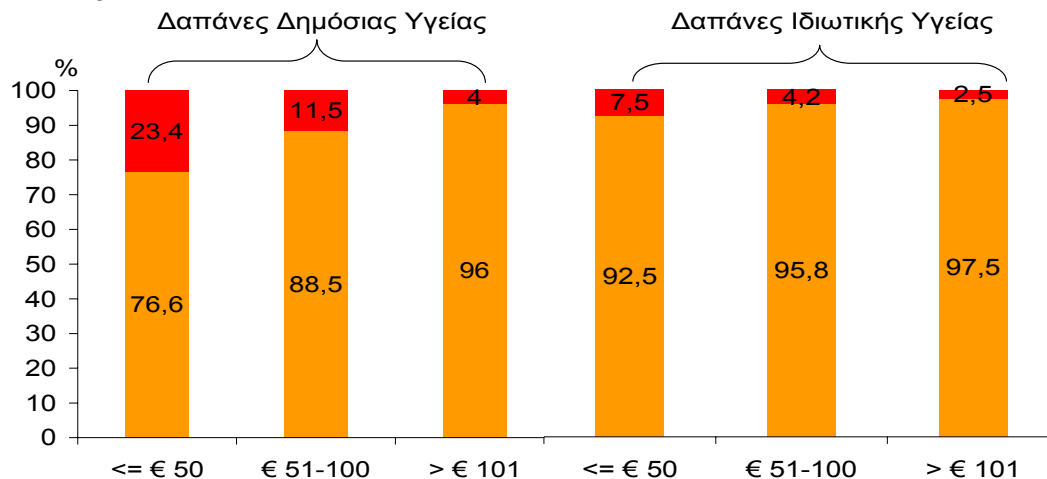
Στη συνέχεια της ανάλυσης, εξετάζεται η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων σε συνάρτηση με την επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής υγείας. Για το σκοπό αυτό η οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού προσεγγίζεται από το ιδιοκτησιακό καθεστώς της κύριας κατοικίας του και από το χαρακτηρισμό του ως φτωχό ή μη φτωχό. Περιμένει κανείς ότι όσο μικρότερη είναι η οικονομική πίεση που αντιμετωπίζει ένα νοικοκυριό τόσο πιο πιθανόν είναι να δαπανά για ιδιωτική υγεία που είναι ακριβότερη. Κάτι τέτοιο προκύπτει και από τις απαντήσεις των νοικοκυριών αναφορικά με τη δημόσια και ιδιωτική υγεία, όπως φαίνεται από το **Διάγραμμα 3.8**. Σε αυτό το διάγραμμα, τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι κατά κύριο λόγο νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση - δηλαδή νοικοκυριά με ιδιόκτητη κύρια κατοικία για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι εντονότερο για δαπάνες δημόσιας υγείας οπότε περισσότεροι ιδιοκτήτες χωρίς δάνειο δαπανούν όταν αυξάνεται η δαπάνη. Περισσότερα νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία συγκριτικά με τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία όταν η κύρια κατοικία είτε είναι ιδιόκτητη αλλά αποπληρώνεται στεγαστικό δάνειο γι' αυτή είτε ενοικιάζεται. Τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική πίεση πρέπει να κάνουν πολύ προσεκτική διαχείριση των οικονομικών τους προκειμένου να αποπληρώσουν και το δάνειό τους, με αποτέλεσμα να μη δαπανούν μεγάλα ποσά. Όμως, όταν δαπανούν επιλέγουν υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας που είναι καλύτερης ποιότητας, περισσότερο αποτελεσματικές και απομακρύνουν το ενδεχόμενο νοσηλείας στο μέλλον.

Διάγραμμα 3.8 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και ιδιοκτησιακό καθεστώς κύριας κατοικίας

Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

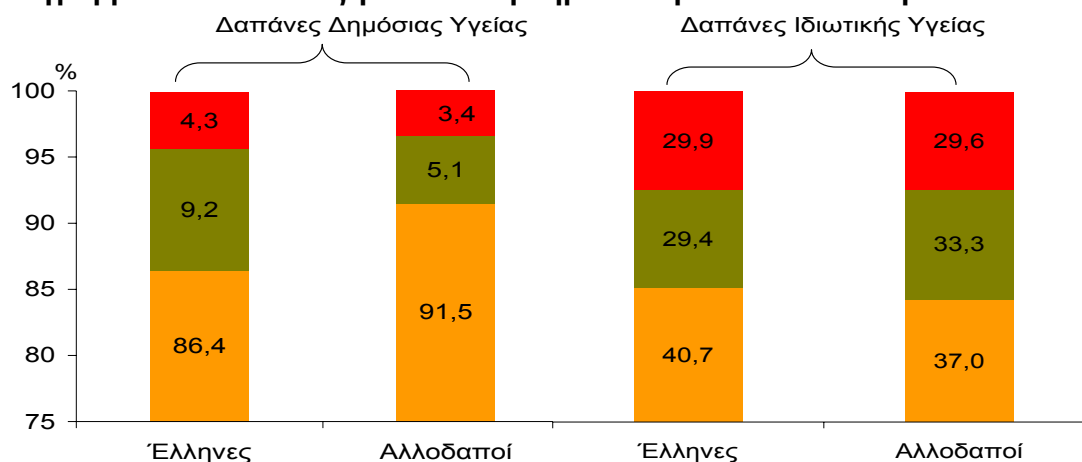
Η μέχρι τώρα ανάλυση αναδεικνύει ένα προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των νοικοκυριών που δαπανούν για δημόσια υγεία όμοιο με εκείνο των φτωχών νοικοκυριών. Έτσι, τα νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια περίθαλψη είναι νοικοκυριά δύο μελών με υπεύθυνο παντρεμένο, συνταξιούχο και απόφοιτο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ηλικίας άνω των 65 ετών. Αντίστοιχα, το προφίλ καταναλωτικής συμπεριφοράς των μη φτωχών νοικοκυριών είναι όμοιο με εκείνο των νοικοκυριών που δαπανούν για ιδιωτική υγεία. Δηλαδή, τα νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά με περισσότερα από δύο μέλη και υπεύθυνο παντρεμένο, εργαζόμενο, ηλικίας μέχρι 64 ετών που είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω. Κατά συνέπεια θα πρέπει τα φτωχά νοικοκυριά κατά κύριο λόγο να προτιμούν τη δημόσια έναντι της ιδιωτικής υγείας, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά να προτιμούν τη δημόσια υγεία.

Πράγματι, στο **Διάγραμμα 3.9** παρατηρείται ότι τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά ανεξάρτητα από το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της υγείας. Μάλιστα, το ποσοστό των μη φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία αυξάνεται, καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης ανεξάρτητα από το είδος της δαπάνης. Αντίθετα, το ποσοστό των φτωχών που δαπανούν για υγεία, δημόσια ή ιδιωτική, μειώνεται συνεχώς καθώς αυξάνεται το ύψος της δαπάνης. Επιπλέον, τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για δημόσια υγεία είναι περισσότερα από τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι περισσότερα από εκείνα που δαπανούν για δημόσια. Το γνώρισμα αυτό είναι αναμενόμενο, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι μη φτωχοί συνήθως ανήκουν σε υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια και μπορούν να χρηματοδοτήσουν δαπάνες για ιδιωτική υγεία που είναι ακριβότερες συγκριτικά με τις δαπάνες για δημόσια νοσηλεία.

Διάγραμμα 3.9 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και σχετική φτώχεια νοικοκυριού

Ύψος Δαπάνης/άτομο: ■ Μη φτωχοί ■ Φτωχοί
 Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

Στο **Διάγραμμα 3.10** εξετάζεται η σχέση μεταξύ εθνικότητας νοικοκυριού και του δημόσιου-ιδιωτικού χαρακτήρα της δαπάνης για υγεία. Τόσο τα αλλοδαπά όσο και τα ελληνικά νοικοκυριά επιλέγουν να δαπανούν για δημόσια και ιδιωτική υγεία κυρίως ποσά μέχρι € 50 το μήνα. Παρατηρείται ότι περισσότερα αλλοδαπά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία ποσά αυτού του ύψους συγκριτικά με τα ελληνικά νοικοκυριά. Επιπλέον, περισσότερα αλλοδαπά απ' ότι ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν για ιδιωτική υγεία ποσά άνω των € 51 το μήνα, ενώ περισσότερα ελληνικά νοικοκυριά δαπανούν ποσά άνω των € 51 για δημόσια υγεία συγκριτικά με τους αλλοδαπούς. Το γνώρισμα αυτό αποδίδεται στο ότι τα αλλοδαπά νοικοκυριά έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη δημόσια νοσηλεία όταν πρόκειται για μεγάλες δαπάνες και καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Η περιορισμένη πρόσβαση των αλλοδαπών νοικοκυριών στη δημόσια υγεία ενδεχομένως οφείλεται στα γραφειοκρατικά εμπόδια που εγείρονται στην εξακρίβωση των στοιχείων ταυτότητας, άδεια παραμονής κλπ.

Διάγραμμα 3.10 Δαπάνες για ιδιωτική-δημόσια υγεία και εθνικότητα

Ύψος Δαπάνης/άτομο: ■ ≤ € 50 ■ € 51-100 ■ > € 101
 Πηγή: ΕΟΠ 2004/05, Eurobank Research

4. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται η σχέση μεταξύ των δαπανών για υγεία και των δημογραφικών-κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ελληνικών νοικοκυριών που συμμετείχαν στην πιο πρόσφατη Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών ΕΟΠ που διενήργησε η ΕΣΥΕ την περίοδο Φεβρουαρίου 2004-Ιανουαρίου 2005. Η παρούσα μελέτη δίνει έμφαση στη διάκριση του δείγματος των νοικοκυριών σε νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας («φτωχά» νοικοκυριά) και σε νοικοκυριά που δεν αντιμετωπίζουν τέτοιο κίνδυνο («μη φτωχά» νοικοκυριά). Επίσης, η δαπάνη για υγεία διακρίνεται σε ιδιωτική και δημόσια με τη βοήθεια των απαντήσεων των νοικοκυριών αναφορικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Από την ανάλυση προκύπτει ότι ανεξάρτητα από το διαχωρισμό των νοικοκυριών σε φτωχά και μη φτωχά, τα νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία -95% του συνολικού δείγματος- είναι κυρίως νοικοκυριά με μικρή οικονομική πίεση, έχουν δηλαδή ιδιόκτητη κύρια κατοικία για την οποία δεν αποπληρώνουν στεγαστικό δάνειο. Τα νοικοκυριά που είτε αποπληρώνουν δάνειο είτε ζουν σε ενοίκιο επιλέγουν να δαπανούν λιγότερο λόγω των περισσότερων οικονομικών υποχρεώσεων που έχουν.

Η σχέση μεταξύ δαπάνης για υγεία και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (υγεία, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό μελών, θέση στην απασχόληση, εθνικότητα κλπ) δεν είναι ίδια για τα φτωχά και τα μη φτωχά νοικοκυριά. Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά με υπεύθυνο συνταξιούχο αποτελούν την πλειοψηφία των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία, ενώ η πλειοψηφία των μη φτωχών νοικοκυριών έχουν υπεύθυνο εργαζόμενο ηλικίας 45-64 έτη. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για υγεία όταν η υγεία τους γίνεται περισσότερο ευπαθής λόγω ηλικίας και όχι νωρίτερα, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν σε μικρή ηλικία καθώς μπορούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Για τον ίδιο λόγο τα φτωχά νοικοκυριά που δαπανούν για υγεία είναι κυρίως νοικοκυριά μέχρι δύο μέλη, ενώ τα μη φτωχά νοικοκυριά έχουν περισσότερα από δύο μέλη.

Ο υπεύθυνος των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία είναι κατά κύριο λόγο απόφοιτος υποχρεωτικής εκπαίδευσης και ασφαλισμένος στον ΟΓΑ, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά όπου ο υπεύθυνος είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άνω και είναι ασφαλισμένος στο ΙΚΑ. Ακόμα, παρατηρείται ότι στα φτωχά νοικοκυριά οι γυναίκες που δαπανούν περισσότερα από €50 το μήνα είναι περισσότερες απ' ότι οι άνδρες.

Οι φτωχοί και οι μη φτωχοί αλλοδαποί είναι σε χειρότερη οικονομική κατάσταση συγκριτικά με τους Έλληνες, αφού περισσότεροι αλλοδαποί ξοδεύουν για υγεία μικρά ποσά μέχρι €50 το μήνα είτε πρόκειται για φτωχά είτε μη φτωχά νοικοκυριά.

Τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών που δαπανούν για ιδιωτική υγεία είναι τα ίδια με εκείνα των μη φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία. Αντίστοιχα, τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών που

δαπανούν για δημόσια υγεία είναι όμοια με εκείνα των φτωχών νοικοκυριών που δαπανούν για υγεία.

Εννέα στα δέκα φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία, ενώ ένα στα δύο μη φτωχά νοικοκυριά δαπανούν για δημόσια υγεία. Έτσι, τα φτωχά νοικοκυριά επιλέγουν τη δημόσια υγεία που είναι φθηνότερη απ' την ιδιωτική λόγω της περιορισμένης οικονομικής δυνατότητας που έχουν, σε αντίθεση με τα μη φτωχά νοικοκυριά που μπορούν να αγοράσουν τις ακριβές υπηρεσίες ιδιωτικής υγείας λόγω της υψηλής αγοραστικής τους δύναμης.

Σύμφωνα με την παρούσα ανάλυση, περισσότερα νοικοκυριά που μένουν σε αγροτικές περιοχές δαπανούν για δημόσια παρά για ιδιωτική υγεία, καθώς η πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι περιορισμένη στην ύπαιθρο σε αντίθεση με τα νοικοκυριά των αστικών κέντρων. Τέλος, τα αλλοδαπά νοικοκυριά καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα όταν πρόκειται για μεγάλες δαπάνες, λόγω της περιορισμένης πρόσβασής τους στη δημόσια υγεία εξαιτίας των γραφειοκρατικών εμποδίων που εγείρονται στην εξακρίβωση των στοιχείων ταυτότητας, άδεια παραμονής κλπ.

5. Βιβλιογραφικές αναφορές

Koukoulis, S., Vlachonicolis, I.G. and Philalithis, A. (2002), "Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support", *BMC Health Services Research*, 2, 20-33.

Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003), *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, Αθήνα: Παπαζήση.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), «Τι φοβάται ο Έλληνας σήμερα για το 2007;», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/professor_message/323

Ματσαγγάνης, Μ. και Θ. Μητράκος (2000), «Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα», *Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής*, Τεύχος 5ο με θέμα *Ο αναδιανεμητικός ρόλος του κράτους στην Ελλάδα*, σελ. 119-148, Εργαστήριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής (ΕΜΟΠ), Αθήνα, Νοέμβριος 2000.

Μπαλούρδος, Δ., Τεπέρογλου, Α. και Φακιάλας Ν. (1999), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο Καραντινός Δ., Μαράτου- Αλιμπραντή Λ., Φρονίμου Ε.(Επιμ.), *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα* (σ.77-111) Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Μωυσίδης, Α. (2002), «Κοινωνικός αποκλεισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο. Το πρόβλημα των ηλικιωμένων», στο: Κ. Δημουλάς, Γ. Εξαρχος, Λ. Μουσουρού, Α. Μωυσίδης, Σ. Ρόμπολης, Δ. Τσαούσης, Γ. Τσιάκαλος & Ι. Ψημμένος (Επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία* (σ.121-150). Αθήνα: Gutenberg.

Schneider, F. (2002), "Size and measurement of the informal economy in 110 countries around the world", World Bank working paper διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση http://rru.worldbank.org/Documents/PapersLinks/informal_economy.pdf

Σίσκου, Ο. (2006), «Η παραοικονομία στην υγεία: τα πρώτα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας», διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.chesme.nurs.uoa.gr/portal/news/topic/313>.

6. Παράρτημα - Ταυτότητα έρευνας ΕΟΠ

Η Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος διεξάγει κάθε 5-7 περίπου χρόνια σε δείγμα νοικοκυριών από όλη τη χώρα τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ). Η τελευταία Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών διενεργήθηκε την περίοδο Φεβρουάριος 2004 – Ιανουάριος 2005 σε τελικό δείγμα 6.555 ιδιωτικών νοικοκυριών και σε 17.386 μέλη αυτών σε ολόκληρη τη Χώρα. Με την έρευνα αυτή συγκεντρώνονται αναλυτικές πληροφορίες για την αξία των αγορών και των απολαβών σε είδος των νοικοκυριών, καθώς και δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοικοκυριών και των κατοικιών τους. Τα στοιχεία που προκύπτουν χρησιμοποιούνται, κυρίως, για την αναθεώρηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή που καταρτίζεται από την ΕΣΥΕ.

Τα στοιχεία της έρευνας είναι πλήρως εναρμονισμένα με τα στοιχεία των ερευνών των Οικογενειακών Προϋπολογισμών των άλλων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για την έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε η νέα ταξινόμηση αγαθών και υπηρεσιών (η COICOP-HBS), που προτάθηκε στις χώρες μέλη από τη Eurostat (Household Budget Surveys in the European Union, methodology and recommendations for harmonization, 2003).

Οι δαπάνες υγείας, για να καταχωρηθούν, θα πρέπει οι υπηρεσίες υγείας να έχουν προσφερθεί σε άτομα που είναι μέλη του νοικοκυριού, κατά την περίοδο διενέργειας της έρευνας, ή υπήρξαν μέλη του, κατά την περίοδο αναφοράς της δαπάνης. Στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε το νοικοκυριό για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από ασφαλιστικό οργανισμό, κράτος κλπ.