



«Σχολή Κοινωνικών Επιστημών»

«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Πτυχιακή / Διπλωματική Εργασία

«Εξέλιξη των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας (Out - Of - Pocket Money ) στην Ελλάδα και πώς επηρεάζει τις Ανισότητες και την Φτώχεια»

«Κωνσταντίνος Σταθόπουλος»

Πάτρα, «Ιούνιος» «2021»

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Εξέλιξη των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας (Out - Of - Pocket Money ) στην Ελλάδα και πώς επηρεάζει τις Ανισότητες και την Φτώχεια»

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:  
ΜΑΤΑΛΛΙΩΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Πάτρα, «Ιούνιος» «2021»

*«Αφιερώνω τη διατριβή μου στους γονείς μου»*

## Περίληψη

Η διαχρονική μεταβολή των άτυπων πληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά για την υγεία από τα νοικοκυριά, ενώ παράλληλα κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης υπήρξε και μεγάλη μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Οι παράγοντες αυτοί συνηγόρησαν στην εμφάνιση οικονομικού κινδύνου και οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών, με αύξηση του ποσοστού των φτωχών νοικοκυριών και της περαιτέρω φτωχοποίησής τους. Οι συνέπειες της επιδείνωσης διαφόρων κοινωνικό-οικονομικών δεικτών και της αύξησης των καταστροφικών δαπανών υγείας, δείχνουν ότι οι μηχανισμοί οικονομικής προστασίας των πολιτών απέναντι στα έκτακτα ζητήματα στην Ελλάδα είναι ελλιπείς.

Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να χρησιμοποιούν όσο το δυνατόν πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα για τις καταναλωτικές δαπάνες των νοικοκυριών, τα οποία προέρχονταν από την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της ΕΛΣΤΑΤ για τα έτη 2008-2017, με απώτερο στόχο τη μέτρηση της επίπτωσης των καταστροφικών δαπανών υγείας στα νοικοκυριά καθώς και τη μέτρηση του βαθμού περαιτέρω φτωχοποίησης σε σχέση με μια σειρά μεταβλητών. Η ανάλυση περιελάμβανε την εφαρμογή του μοντέλου πιθανομονάδας (probit) προκειμένου να υπολογιστεί η πιθανότητα εμφάνισης καταστροφικών δαπανών και φτωχών νοικοκυριών καθώς και της πιθανότητας περαιτέρω φτωχοποίησής τους σε σχέση με διάφορα δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση των στατιστικών πακέτων SPSS και STATA.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης η έλευση της οικονομικής κρίσης και η έναρξη των μνημονίων είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση του οικονομικού κινδύνου και της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών, αλλά και του επιπέδου φτωχοποίησής τους.

## Λέξεις – Κλειδιά

Άτυπες πληρωμές υγείας, καταστροφικές δαπάνες υγείας, φτωχά νοικοκυριά, φτωχοποίηση νοικοκυριών.

## «Evolution of Private Health Expenditure (Out - Of - Pocket Money) in Greece & how it affects Inequality and Poverty»

«Costantinos Stathopoulos»

### **Abstract**

The change over time of informal payments in the Greek health system shows particularly high percentages for health by households, while at the same time during the economic recession there was a large reduction in public spending on health. These factors contributed to the emergence of financial risk and financial burden on households, with an increase in the percentage of poor households and their further impoverishment. The consequences of the deterioration of various socio-economic indicators and the increase of catastrophic health expenditures, show that the mechanisms of financial protection of citizens against emergency issues in Greece are incomplete.

The aim of this study was to use as recently as possible available data on household consumption expenditure, which came from the Family Budget Survey of ELSTAT for the years 2008-2017, with the ultimate goal of measuring the impact of catastrophic health expenditure in households as well as measuring the degree of further impoverishment in relation to a number of variables. The analysis included the application of the probability model (probit) in order to calculate the probability of catastrophic costs and poor households as well as the probability of their further impoverishment in relation to various demographic and socio-economic data. The statistical analysis was performed using the statistical packages SPSS and STATA.

According to the results of the statistical analysis, the advent of the financial crisis and the beginning of the memoranda resulted in the reduction of public health expenditures, resulting in increased financial risk and financial burden on households, as well as their level of impoverishment.

### **Keywords**

Out of Pocket money, catastrophic health expenditures, poor households, impoverishment of households.

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract .....	vi
Περιεχόμενα .....	vii
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων .....	ix
Κατάλογος Πινάκων .....	xi
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xii
Εισαγωγή.....	13
1. Φτώχεια και Μέτρηση Φτώχειας .....	14
1.1 Ορισμός Φτώχειας .....	14
1.2 Μέτρηση Φτώχειας .....	16
1.2.1 Σημασία και μέτρηση της φτώχειας .....	20
1.2.2 Μετρήσεις παγκόσμιας φτώχειας .....	22
1.2.3 Μέτρηση της πολυδιάστατης φτώχειας .....	27
2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της φτώχειας .....	30
2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	30
2.2 Χαρακτηριστικά του ανθρώπινου κεφαλαίου (και της αγοράς εργασίας) .....	31
2.3 Κοινωνικό κεφάλαιο.....	31
2.4 Αγχωτικά γεγονότα ζωής.....	31
2.5 Χαρακτηριστικά επιπέδου γειτονιάς .....	32
3 Εξελίξη των Δαπανών Υγείας .....	34
3.1 Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας .....	35
3.2 Δαπάνες Υγείας σχετικά με το ΑΕΠ .....	37
3.3 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας.....	41
3.4 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τον τύπο αγαθών και υπηρεσιών .....	44
3.5 Δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	48
3.6 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τον πάροχο .....	50
3.7 Φαρμακευτικές Δαπάνες .....	54
3.8 Κεφαλαιακές Δαπάνες στον τομέα της Υγείας .....	57
4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση επίδρασης των ιδιωτικών - άμεσων δαπανών (out of pocket-OOP) στη φτώχεια .....	61
4.1 Εισαγωγή .....	61
4.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση .....	61
4.3 Συμβολή των ιδιωτικών (out of pocket) δαπανών υγείας στο χάσμα φτώχειας .....	63
4.4 Καταστροφικές Δαπάνες .....	71
4.4.1 Μέθοδοι υπολογισμού καταστροφικών δαπανών .....	72
4.5 Συμπεράσματα Θεωρητικού μέρους .....	75
5 Μεθοδολογία .....	77
6 Αποτελέσματα.....	81
6.1 Διαχρονική μεταβολή άτυπων πληρωμών υγείας (OOP).....	81
6.2 Διαχρονική μεταβολή ποσοστού φτώχειας .....	84
6.3 Στατιστική Ανάλυση Άτυπων Πληρωμών.....	86
6.4 Στατιστική ανάλυση φτωχών νοικοκυριών σύμφωνα με τη μεταβλητή Poor_1 .....	89
6.5 Στατιστική ανάλυση ικανότητας πληρωμής –Capacity to pay.....	91

6.6	Στατιστική ανάλυση Financial Protection .....	94
6.7	Στατιστική ανάλυση περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών .....	97
6.8	Αποτελέσματα μοντέλου Probit για τις Καταστροφικές Δαπάνες .....	99
7	Συζήτηση – Συμπεράσματα .....	107
	Βιβλιογραφία.....	109



## Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Εικόνα 1. Μία πυραμίδα της έννοιας της φτώχειας, PC = ιδιωτική κατανάλωση. CPR = κοινοί πόροι ιδιοκτησίας · SPC = αγαθά που παρέχονται από το κράτος. ....	19
Εικόνα 2. Γραμμές φτώχειας σε όλο τον κόσμο. ....	25
Εικόνα 3. Διαστάσεις και δείκτες του Πολυδιάστατου Δείκτη Φτώχειας. ....	28
Εικόνα 4. Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, 2019. ....	36
Εικόνα 5. Ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης (πραγματικοί όροι) στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, 2008-19. ....	37
Εικόνα 6. Δαπάνες υγείας ως μερίδιο του ΑΕΠ, 2019. ....	38
Εικόνα 7. Ετήσια αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία και του ΑΕγχΠ, ΕΕ27, 2005-19. ....	40
Εικόνα 8. Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ, της ΕΕ27 και επιλεγμένων χωρών, 2005-19. ....	41
Εικόνα 9. Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2018. ....	42
Εικόνα 10. Δαπάνες υγείας από δημόσιες πηγές ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία, 2018. ....	43
Εικόνα 11. Υγειονομικές δαπάνες από δημόσιες πηγές ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών, 2013 και 2018 (ή πλησιέστερο έτος). ....	44
Εικόνα 12. Δαπάνες υγείας ανά λειτουργία, 2018. ....	45
Εικόνα 13. Ποσοστά αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας για επιλεγμένες λειτουργίες, μέσος όρος ΕΕ, σε πραγματικούς όρους, 2008-18. ....	47
Εικόνα 14. Δαπάνες για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία, 2018. ....	49
Εικόνα 15. Δαπάνες βασικής φροντίδας που παρέχονται από παρόχους περιπατητικής περίθαλψης ως μερίδιο των συνολικών δαπανών βασικής φροντίδας, 2018. ....	50
Εικόνα 16. Δαπάνες υγείας ανά πάροχο, 2018. ....	51
Εικόνα 17. Δαπάνες νοσοκομείου ανά τύπο υπηρεσίας, 2018. ....	53
Εικόνα 18. Δαπάνες για κατά κεφαλήν λιανικά φαρμακευτικά είδη, 2018. ....	55
Εικόνα 19. Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής ανά είδος χρηματοδότησης, 2018. ....	56
Εικόνα 20. Μέση ετήσια αύξηση των λιανικών και νοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών, σε πραγματικούς όρους, 2008-18 (ή πλησιέστερο έτος). ....	57
Εικόνα 21. Κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία ως μερίδιο του ΑΕγχΠ και σε σχέση με τις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, 2018 (ή πλησιέστερο έτος). ....	58
Εικόνα 22. Αλλαγές σε ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου, σε πραγματικούς όρους, επιλεγμένες χώρες, 2005-18. ....	59
Εικόνα 23. Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 3,200 \$ – την ημέρα. ....	66
Εικόνα 24. Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 5,50 \$ – την ημέρα. ....	67
Εικόνα 25. Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 10 \$ – την ημέρα. ....	67
Εικόνα 26. Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 1,90 \$ – την ημέρα. ....	69
Εικόνα 27. Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 3,20 \$ – την ημέρα. ....	70

Εικόνα 28. Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 5,50 \$ – την ημέρα. ....	70
Εικόνα 29. Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 10,0 \$ – την ημέρα. ....	71
Εικόνα 30. Μεταβολή άτυπων πληρωμών υγείας κατά τη δεκαετία 2008-2018. ....	82
Εικόνα 31. Μεταβολή άτυπων πληρωμών και συνολικών δαπανών υγείας κατά τη δεκαετία 2008-2018. ....	82
Εικόνα 32. Συνολικές και άτυπες πληρωμές υγείας για το έτος 2018. ....	83
Εικόνα 33. Συνολικές και άτυπες πληρωμές υγείας για το έτος 2008. ....	84
Εικόνα 34. Διαχρονική μεταβολή ποσοστού φτώχειας 2008-2018. ....	85
Εικόνα 35. Ποσοστό φτώχειας 2018. ....	85
Εικόνα 36. Ποσοστό φτώχειας 2008. ....	86
Εικόνα 37. Διαχρονική μεταβολή άτυπων πληρωμών. ....	89
Εικόνα 38. Διαχρονική μεταβολή σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος. ....	89
Εικόνα 39. Διαχρονική μεταβολή φτωχών και μη νοικοκυριών. ....	91
Εικόνα 40. Διαχρονική μεταβολή ικανότητας πληρωμής. ....	93
Εικόνα 41. Διαχρονική μεταβολή Financial Protection. ....	96
Εικόνα 42. Διαχρονική μεταβολή περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών. ....	98

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Εισόδημα και πολυδιάστατη φτώχεια, ανά περιοχή.....	23
Πίνακας 2 Μέσα ποσοστά φτώχειας λόγω Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, Γραμμή φτώχειας 1,90 \$ την ημέρα.....	68
Πίνακας 3 Σταθμισμένοι Οικογενειακό Εισόδημα και Γραμμή Φτώχειας.....	79
Πίνακας 4. Διαχρονική μεταβολή των άτυπων πληρωμών υγείας .....	83
Πίνακας 5. Διαχρονική μεταβολή περιγραφικών Χαρακτηριστικών 2008-2017 .....	87
Πίνακας 6. Διαχρονική μεταβολή φτωχών και μη νοικοκυριών.....	90
Πίνακας 7. Διαχρονική μεταβολή ικανότητας πληρωμής.....	92
Πίνακας 8. Διαχρονική μεταβολή Financial Protection.....	95
Πίνακας 9. Διαχρονική μεταβολή περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών.....	97
Πίνακας 10. Μεταβλητές μοντέλου Probit .....	100
Πίνακας 11. Αποτελέσματα μοντέλου probit για την εμφάνιση φτωχών νοικοκυριών....	103
Πίνακας 12. Αποτελέσματα μοντέλου probit για την περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών .....	106

## Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

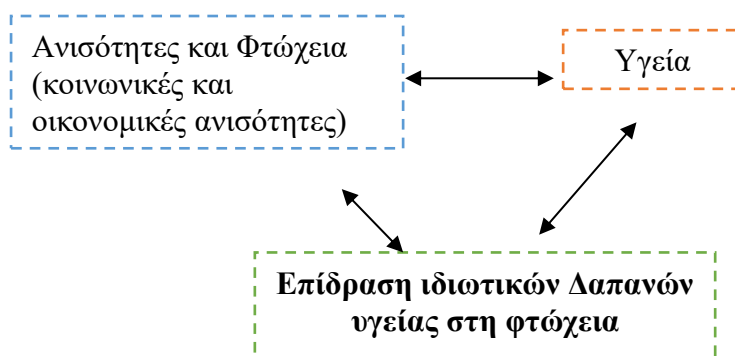
Ακολουθούν κάποια παραδείγματα:

OOP	Out Of Pocket
PC	Ιδιωτική κατανάλωση
CPR	Κοινοί πόροι ιδιοκτησίας
SPC	Αγαθά που παρέχονται από το κράτος
MPI	Πολυδιάστατος Δείκτης Φτώχειας
ΑΕγχΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΕΤΠΑ	Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
ESIF	Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων

## Εισαγωγή

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι να αναλυθεί και να σχολιαστεί η αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες σε σχέση με τις ιδιωτικές δαπάνες στον τομέα της υγείας. Η παρούσα έρευνα θα εστιάσει στην εμπειρική διερεύνηση του βαθμού που επηρεάζουν οι καταναλωτικές ιδιωτικές δαπάνες στην ανισότητα, στη φτώχεια καθώς και στο επίπεδο διαβίωσης του Ελληνικού πληθυσμού. Μέσα από την έρευνα θα μπορέσουμε να είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε εάν το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών υγείας έχει αυξητική ή μειούμενη τάση ή παραμένει σταθερό αυξανόμενου της συνολικής καταναλωτικής δαπάνης (ή εισοδήματος) των πολιτών. Συνεπώς εάν βρεθεί ότι το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία παραμένει σταθερό, θα εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι ιδιωτικές δαπάνες δεν έχουν κάποια επίδραση στη συνολική ανισότητα. Αντίστοιχα εάν βρεθεί ότι το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών έχει αυξητική ή μειούμενη τάση, τότε εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι ιδιωτικές δαπάνες οδηγούν σε μείωση ή αύξηση της συνολικής ανισότητας, αντίστοιχα. Επιπλέον μέσα από τη μελέτη θα τονιστεί και το γεγονός ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, πέραν τις επίδρασής τους στη συνολική ανισότητα, επιδρούν σημαντικά με τα χαμηλά εισοδήματα, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στη συνολική κοινωνική ευημερία. Το πλήθος των ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα καταναλώνει το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός του. Ειδικότερα τα φτωχά νοικοκυριά ξοδεύουν ολόκληρο το εισόδημά τους για την προμήθεια βασικών καταναλωτικών αγαθών. Εξαιτίας λοιπόν της ανελαστικότητας των δαπανών υγείας, είναι αναμενόμενο ότι ο πληθυσμός με χαμηλό εισόδημα δεν είναι σε θέση να διαθέσει χρήματα για την αγορά άλλων προϊόντων και υπηρεσιών με συνέπεια σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους.

Στο παρακάτω σχήμα απεικονίζεται συνοπτικά ο σκοπός της παρούσας εργασίας



## 1. Φτώχεια και Μέτρηση Φτώχειας

### 1.1 Ορισμός Φτώχειας

Επισήμως, θεωρούμε τη φτώχεια ως την κατάσταση στην οποία ένα δεδομένο άτομο ή ομάδα ατόμων δεν διαθέτουν τα απαραίτητα, όσον αφορά κάποιο καθορισμένο κανόνα ή κατώφλι. Το πρόβλημα προκύπτει φυσικά όταν κάποιος προσπαθεί να καθορίσει ποιος είναι αυτός ο κανόνας ή το κατώφλι, που υποτίθεται ότι είναι κοινωνικά αποδεκτό (Diallo, 2009).

Από την άποψη της UNCTAD (2002, σ. 39), η φτώχεια ορίζεται ως «μια κατάσταση στην οποία ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ζει σε ή κάτω από τα επίπεδα επαρκή επίπεδα εισοδήματος για να καλύψει τις βασικές τους ανάγκες και στην οποία οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι, ακόμη και όταν κατανέμονται εξίσου, επαρκούν ελάχιστα στην κάλυψη των βασικών αναγκών του πληθυσμού για την επίτευξη μιας διαρκούς ισορροπίας».

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα (2000), η φτώχεια θα μπορούσε να οριστεί ως «μια κατάσταση υλικής στέρησης εισοδήματος ή κατανάλωσης που συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και υγείας, υψηλή ευπάθεια και έκθεση σε κινδύνους, χωρίς δυνατότητα έκφρασης των απόψεων και ανίσχυρη κατάσταση».

Ο αναγνώστης που ασχολείται με τις αναλύσεις της φτώχειας θα συνειδητοποιήσει γρήγορα ότι ακόμη και πριν επιχειρήσει να ορίσει τη φτώχεια, είναι απαραίτητη μια προσπάθεια κατανόησης της ευρύτερης έννοιας της ευημερίας, ή πιο συγκεκριμένα της κοινωνικοοικονομικής ευημερίας. Από τις διάφορες προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στην οικονομική βιβλιογραφία για τον χαρακτηρισμό της φτώχειας, θα μπορούσαν να προκύψουν γενικά χαρακτηριστικά (Diallo, 2009):

- Πρώτον, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί με βεβαιότητα ότι η φτώχεια είναι ένα σχετικό φαινόμενο. Συγκρίνουμε μια ομάδα, τον «φτωχό», με τον άλλο, τον «πλούσιο».
- Δεύτερον, η φτώχεια είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Υπάρχει για παράδειγμα στέρηση όσον αφορά τα τρόφιμα (διατροφή), την υγεία, τα χρήματα, την εκπαίδευση, τα ρούχα, την ευτυχία κ.λπ.

- Τρίτον, η φτώχεια δεν είναι ένα στατικό φαινόμενο. Αντ' αυτού, είναι δυναμικό. Για παράδειγμα, οι αναλύσεις σχετικά με τη δυναμική της φτώχειας με τη χρήση δεδομένων από την Ουγκάντα (Okidi & Mugambe, 2002) και την Ακτή Ελεφαντοστού (Grootaert & Kanbur, 1995) δείχνουν ότι τα νοικοκυριά σε ακραίες καταστάσεις φτώχειας θα μπορούσαν να απομακρυνθούν από τη φτώχεια, αν και έχουν μικρότερη πιθανότητα να το πράξουν σε σύγκριση με τα νοικοκυριά με καταναλωτικές δαπάνες πλησιέστερες στο όριο της φτώχειας. Αυτό οδηγεί στη διάκριση της παροδικής φτώχειας (στην οποία τα άτομα βίωσαν τη φτώχεια για μικρό χρονικό διάστημα) και της χρόνιας φτώχειας (όπου η φτώχεια θα μπορούσε να εκτείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμη και για μια ολόκληρη ζωή).

Σήμερα, υπάρχει μια αναδύομενη συναίνεση για τον ορισμό της φτώχειας. Συμφωνείται ότι πέρα από την καθαρά νομισματική διάσταση, η φτώχεια χαρακτηρίζεται επίσης από την έλλειψη καλής υγείας, επαρκούς διατροφής, πρόσβασης στην εκπαίδευση, ακόμη και λεπτών χαρακτηριστικών όπως η φωνή και η ενδυνάμωση. Περιλαμβάνει τις φυσικές συνθήκες του ατόμου, όπως καταγράφονται από τις καταναλωτικές δαπάνες ή τη μέτρηση εισοδήματος. Τα χαμηλά επίπεδα εσόδων και / ή καταναλωτικών δαπανών επηρεάζουν και επηρεάζονται με τη σειρά τους από τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και τη χαμηλή κατάσταση υγείας. Η φτώχεια περιλαμβάνει επίσης τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου και την κατάσταση της ψυχικής ευεξίας. Περιλαμβάνει επίσης οικονομικές, κοινωνικές, προοπτικές διακυβέρνησης, χαμηλά επιτεύγματα στην εκπαίδευση και την υγεία, την ευπάθεια και την έκθεση σε κίνδυνο, χωρίς δυνατότητα έκφρασης των απόψεων και ανίσχυρη κατάσταση κ.λπ. (World Bank, 2000).

Η φτώχεια και η ανισότητα είναι, όπως ειπώθηκε, πολυδιάστατα φαινόμενα που καλύπτουν τις φυσικές συνθήκες του ατόμου, όπως μετρώνται από τις καταναλωτικές δαπάνες ή το εισόδημα. Οικονομικά, οι φτωχοί δεν στερούνται μόνο εισόδημα και πόρους, αλλά και ευκαιρίες. Οι αγορές και οι θέσεις εργασίας είναι συχνά δύσκολα προσβάσιμες από αυτούς, λόγω των χαμηλών ικανοτήτων και του γεωγραφικού και κοινωνικού αποκλεισμού. Η περιορισμένη εκπαίδευση επηρεάζει την ικανότητά τους να βρουν θέσεις εργασίας και να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Η κακή υγεία, λόγω της ανεπαρκούς

διατροφής και των υπηρεσιών υγείας, περιορίζει περαιτέρω τις προοπτικές τους για εργασία καθώς και από την αξιοποίηση της διανοητικής και σωματικής τους δυνατότητας.

Αυτή η εύθραυστη θέση επιδεινώνεται από την ανασφάλεια. Ζώντας σε οριακές συνθήκες χωρίς προσφυγή σε πόρους, τα πλήγματα γίνονται δύσκολα ή αδύνατα να αντισταθμιστούν. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη δομή των κοινωνιών και των θεσμών που τείνουν να αποκλείουν τους φτωχούς από τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατεύθυνση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης (Diallo, 2009).

Όλος αυτός ο πολυδιάστατος χαρακτήρας αποτυπώνεται μέσω συμμετοχικών αξιολογήσεων της φτώχειας όπου οι κοινότητες που ερωτήθηκαν παρουσιάζουν τις αντιλήψεις τους για το τι είναι η φτώχεια, πώς επηρεάζει τη ζωή τους και ποιες λύσεις μπορούν να εφαρμοστούν για την εξάλειψή της. Αυτές οι συμμετοχικές αξιολογήσεις αποκαλύπτουν ότι τα χαμηλά επίπεδα υγειονομικής κατάστασης, το μορφωτικό επίπεδο και τα περιουσιακά στοιχεία, καθώς και η περιορισμένη πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες κοινής ωφελείας και η αίσθηση αποκλεισμού από το κύριο ρεύμα της κοινωνίας μπορούν να οδηγήσουν σε έναν φαύλο κύκλο φτώχειας και εξαθλίωσης που είναι δύσκολο να βγει από αυτή (World Bank, 2000).

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο δεν είναι μόνο δύσκολο να οριστεί η φτώχεια (οι πολυδιάστατες), αλλά και να μετρηθεί. Ωστόσο, θα μπορούσε να προσεγγιστεί σε οποιοδήποτε επίπεδο, μπορεί να είναι ατομικό, νοικοκυριού, κοινότητα, περιοχή ή χώρα.

## 1.2 Μέτρηση Φτώχειας

Η φτώχεια είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και, κατά συνέπεια, υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία προσεγγίσεων για τον ορισμό και τη μέτρησή της. Παραδοσιακά, οι οικονομολόγοι και οι πολιτικοί αναλυτές έχουν επικεντρωθεί σε μετρήσεις της φτώχειας που βασίζονται σε χρήματα, με βάση την υπόθεση ότι το υλικό βιοτικό επίπεδο ενός ατόμου καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ευημερία του. Στη συνέχεια, οι φτωχοί ορίζονται ή ταυτοποιούνται ως εκείνοι με ένα υλικό βιοτικό επίπεδο που μετράται από το εισόδημα ή τις δαπάνες κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο - το λεγόμενο



όριο φτώχειας (Atkinson, 1987; Datt & Ravallion, 1992). Πρακτικά προβλήματα, που συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με τη δυσκολία ποσοτικού προσδιορισμού του εισοδήματος ή των δαπανών, οδήγησαν πρόσφατα στην εξερεύνηση εναλλακτικών, μη νομισματικών προσεγγιστικών μεταβλητών για την ευημερία των νοικοκυριών από τους οικονομολόγους. Σημαντική μεταξύ αυτών είναι η χρήση δεικτών περιουσιακών στοιχείων νοικοκυριού, δηλαδή ένας συγκεντρωτικός δείκτης μέτρησης της πρόσβασης και της ιδιοκτησίας μιας συγκεκριμένης λίστας οικιακών χαρακτηριστικών (Filmer & Pritchett, 1998a,b; Montgomery et al., 2000; Sahn & Stifel, 2000).

Αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι η μέτρηση της φτώχειας που βασίζονται στο εισόδημα ή στις δαπάνες των νοικοκυριών αντικατοπτρίζουν μια στατική έννοια, που προσφέρει μόνο μια περιορισμένη εικόνα της ευημερίας των νοικοκυριών. Αντιμέτωποι με αυτά που θα μπορούσαν να θεωρηθούν παροδικές διαταραχές στο εισόδημα, τα νοικοκυριά μπορεί να μειώσουν την κατανάλωση τροφής ή τις δαπάνες για ρούχα ή άλλα είδη, προκειμένου να διατηρήσουν τα περιουσιακά τους στοιχεία, όπως γη, στέγαση ή διαρκή καταναλωτικά αγαθά. Εάν, ωστόσο, οι διαταραχές επηρεάζουν μόνιμα την ευημερία, τα νοικοκυριά ενδέχεται να μειώσουν την κατοχή περιουσιακών στοιχείων όπως διαρκή καταναλωτικά αγαθά, κοσμήματα, ζώα ή γη. Ο Agarwal (1991), εξετάζοντας τον αντίκτυπο της πείνας στην ευημερία στο Μπαγκλαντές, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εστίαση αποκλειστικά στην ιδιοκτησία περιουσιακών στοιχείων ή στις δαπάνες διατροφής / στα θρεπτικά επίπεδα / στις δαπάνες των νοικοκυριών μπορεί να δώσει μια παραπλανητική εικόνα της ευημερίας. Οι στρατηγικές προσεγγίσεις ευπάθειας και ευημερίας στην εκτίμηση της φτώχειας θεωρούνται ότι προσφέρουν μια πιο δυναμική αντίληψη για τη φτώχεια. Επικεντρώνονται στην ικανότητα των νοικοκυριών να αντιμετωπίσουν διαταραχές στο βιοτικό επίπεδο, ενσωματώνοντας μέτρα επενδύσεων σε ανθρώπινο κεφάλαιο (υγεία και εκπαίδευση), φυσικές επενδύσεις (στέγαση, εξοπλισμό και γη), κοινωνικό κεφάλαιο και απαιτήσεις σε άλλα περιουσιακά στοιχεία (όπως φιλίες και δίκτυα συγγένειας) καταστήματα (τρόφιμα, χρήματα ή τιμαλφή, όπως κοσμήματα), καθώς και εργασία (Moser, 1998; Bond & Mukherjee, 2001). Τέτοιες προσεγγίσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολύτιμες για τη διερεύνηση των δεσμών μεταξύ φτώχειας και υγείας. Για παράδειγμα, ο ρόλος των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών στο βιοτικό επίπεδο

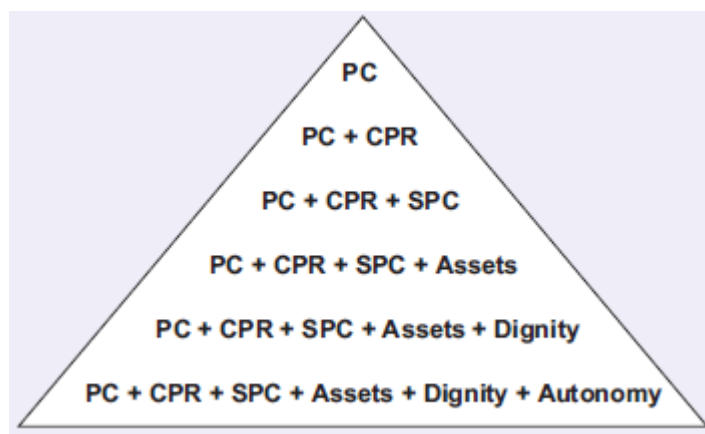
των νοικοκυριών ή το οικονομικό κόστος ως εμπόδιο στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ανάμεσα στους φτωχούς.

Οι θεωρητικές εκτιμήσεις και η αναγνώριση ότι τα νομισματικά μέτρα αποτυγχάνουν να ενσωματώσουν άλλες σημαντικές πτυχές της ατομικής ευημερίας, όπως κοινοτικοί πόροι, κοινωνικές σχέσεις, πολιτισμός, προσωπική ασφάλεια και το φυσικό περιβάλλον, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός συνόλου συμπληρωματικών δεικτών που στοχεύουν να ενσωματώσουν τις ανθρώπινες ικανότητες (Sen, 1985, 1987; McKinley 1997; Micklewright & Stewart, 2001).

Η δυνατότητα φτώχειας (capability poverty) επικεντρώνεται στην ικανότητα ενός ατόμου να ζήσει μια υγιή ζωή, απαλλαγμένη από τη νοσηρότητα που μπορεί να αποφευχθεί, έχοντας επαρκή τροφή, να είναι ενημερωμένη και γνώστες, να μπορούν να αναπαραχθούν, να απολαμβάνουν προσωπική ασφάλεια και να μπορούν να συμμετέχουν ελεύθερα και ενεργά στην κοινωνία. Οι υλικοί πόροι σε κάποιο επίπεδο είναι γενικά απαραίτητοι για ορισμένες από αυτές τις δραστηριότητες, αλλά δεν επαρκούν. Τα μέτρα που εστιάζουν στη φτώχεια των δυνατοτήτων ενσωματώνουν έτσι την πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, περιουσιακά στοιχεία και απασχόληση, καθώς και χρηματικές μεθόδους μέτρησης που αντικατοπτρίζουν την ικανότητα «αγοράς» τροφίμων, ρούχων και καταφυγίου (Falkingham & Namazie, 2002).

Η δυνατότητα φτώχειας μπορεί να μετρηθεί άμεσα από την άποψη των ίδιων των δυνατοτήτων. Για παράδειγμα, το ποσοστό των παιδιών που είναι λιποβαρή, ή, έμμεσα, όσον αφορά την πρόσβαση σε ευκαιρίες ή τα μέσα ικανοτήτων, όπως η πρόσβαση σε εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας κατά τη γέννηση και η πρόσβαση στην εκπαίδευση και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες. Αυτά τα μέτρα της ικανότητας φτώχειας αντιστοιχούν άμεσα στους βασικούς δείκτες των αναπτυξιακών στόχων της χιλιετίας που σχετίζονται με την υγεία και την εκπαίδευση (Falkingham & Namazie, 2002).

Ο Baulch (1996) περιέγραψε ορθώς την προοδευτική διεύρυνση αυτού που πιστεύεται ότι συνιστά φτώχεια από την άποψη μιας «ενοιολογικής πυραμίδας της φτώχειας». Κάθε έννοια αντιπροσωπεύει μια διάσταση της ευημερίας και κάθε σύλληψη έννοιας αποτελεί έναν διαφορετικό συνδυασμό διαστάσεων, με τους συνδυασμούς να γίνονται ευρύτεροι και πιο περίπλοκοι (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Μία πυραμίδα της έννοιας της φτώχειας, PC = ιδιωτική κατανάλωση. CPR = κοινοί πόροι ιδιοκτησίας · SPC = αγαθά που παρέχονται από το κράτος.

**Πηγή: Baulch, 1996**

Η παραδοσιακή «οικονομική» αντίληψη της φτώχειας επικεντρώνεται ιδανικά στη γραμμή 3 της πυραμίδας του Baulch, δηλ. ιδιωτική κατανάλωση σε συνδυασμό με κοινούς πόρους ιδιοκτησίας και την κατανάλωση αγαθών που παρέχονται από το κράτος. Ωστόσο, όπως συζητείται παρακάτω, οι δυσκολίες στη μέτρηση της κατανάλωσης αγαθών που παρέχονται από το κράτος και της πρόσβασης σε κοινούς πόρους ιδιοκτησίας συχνά οδηγούν σε εστίαση μόνο στην ιδιωτική κατανάλωση. Στο άλλο άκρο του φάσματος, ο Sen (1999) βλέπει την ελευθερία, την αυτονομία και την αξιοπρέπεια ως κεντρικές και άλλες έννοιες υποβιβάζονται σε δευτερεύον επίπεδο σπουδαιότητας. Πρέπει να σημειωθεί ότι όσο πιο περίπλοκη είναι η αποτύπωση της έννοιας φτώχειας, τόσο πιο δύσκολο είναι να τεθεί σε λειτουργία. Έτσι, αν και η προσέγγιση του Sen είναι χρήσιμη στην κατανόηση της ευημερίας και των χαρακτηριστικών της ευημερίας, είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί ή να αποτυπωθεί.

Συνοδεύοντας τις εναλλακτικές αντιλήψεις της φτώχειας υπάρχει μια αυξανόμενη σειρά μεθοδολογικών προσεγγίσεων για την αξιολόγησή της (McGee & Brock, 2001). Αυτές περιλαμβάνουν εθνογραφικές έρευνες που χρησιμοποιούν κλασικές ανθρωπολογικές μεθόδους (Scott, 1985; McGee, 1998), συμμετοχικές εκτιμήσεις φτώχειας (Norton et al., 2001), διαχρονικές μελέτες (Jayaraman & Lanjouw, 1998) και συμβατικές έρευνες νοικοκυριών (Grosh & Munoz, 1996, Grosh & Glewwe, 2000). Τα σχετικά πλεονεκτήματα των εναλλακτικών αντιλήψεων και των μεθοδολογικών

προσεγγίσεων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον σκοπό της ανάλυσης της φτώχειας.

### 1.2.1 Σημασία και μέτρηση της φτώχειας

Το Εγχειρίδιο της Παγκόσμιας Τράπεζας για τη φτώχεια και την ανισότητα (Haughton & Khandker, 2009, σελ. 1) προτείνει ότι είναι σημαντικό να μετρηθεί η φτώχεια προκειμένου:

- Να κρατήσει τους φτωχούς στην ημερήσια διατάξη.
- Να εντοπίσει τους φτωχούς ανθρώπους και να είναι σε θέση να στοχεύσει σε κατάλληλες παρεμβάσεις
- Να παρακολουθήσει και να αξιολογήσει πολιτικά έργα και παρεμβάσεις που απευθύνονται σε φτωχούς ανθρώπους ·
- Να αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των ιδρυμάτων που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους φτωχούς.

Το Εγχειρίδιο για τη Φτώχεια και την Ανισότητα προσδιορίζει τρία βήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψιν για τη μέτρηση της φτώχειας (Haughton & Khandker, 2009, σελ. 10 ):

- Καθορισμός ενός δείκτη ευημερίας.
- Καθιέρωση ενός ελάχιστου αποδεκτού προτύπου αυτού του δείκτη για τον διαχωρισμό των φτωχών από τους μη φτωχούς (το όριο της φτώχειας).
- Δημιουργία συνοπτικής στατιστικής για τη συγκέντρωση των πληροφοριών από τη κατανομή αυτού του δείκτη διαβίωσης σε σχέση με το όριο της φτώχειας (poverty line)

Όπου υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, υπάρχει ανάγκη προσαρμογής για: i) διαφορές στις ανάγκες μεταξύ νοικοκυριών · ii) ανισότητες εντός του νοικοκυριού · και iii) διαφορές στις τιμές μεταξύ περιοχών και σε διαφορετικούς χρόνους (Coudouel et al., 2002).

Οι περισσότερες πλούσιες χώρες μετρούν τη φτώχεια χρησιμοποιώντας το εισόδημα, καθώς είναι σχετικά εύκολο να μετρηθεί (μεγάλο μέρος προέρχεται από τους μισθούς και τα ημερομίσθησια), ενώ οι καταναλωτικές δαπάνες είναι πιο περίπλοκες και

δύσκολο να προσδιοριστούν (Haughton & Khandker, 2009). Είναι επίσης σημαντικό να ληφθεί υπόψη ο πλούτος από περιουσιακά στοιχεία που μπορούν να μετρηθούν χρησιμοποιώντας τα δεδομένα φορολογίας δημοσίων εσόδων (Piketty, 2014).

Οι περισσότερες φτωχές χώρες χρησιμοποιούν τις δαπάνες για τη μέτρηση της φτώχειας. Οι δαπάνες είναι πιο εύκολο να εντοπιστούν σε σχέση με το εισόδημα, το οποίο προέρχεται κυρίως από την αυτοαπασχόληση και/ή τις παράτυπες και ανεπίσημες πηγές (Haughton & Khandker, 2009). Ορισμένοι αναλυτές υποστηρίζουν ότι οι δαπάνες είναι ένας καλύτερος δείκτης της φτώχειας, διότι δείχνει με μεγαλύτερη ακρίβεια εάν ένα άτομο διαθέτει τους απαραίτητους πόρους για να καλύψει τις τρέχουσες βασικές του ανάγκες (Coudouel et al., 2002). Απαιτείται πρόσβαση και διαθεσιμότητα παράλληλα με το εισόδημα, για την κατανάλωση αγαθών (Coudouel et al., 2002).

Η κατασκευή μιας γραμμής φτώχειας poverty line είναι αναμφισβήτητο το πιο δύσκολο βήμα στην πρακτική μέτρηση της φτώχειας (Haughton & Khandker, 2009). Οι γραμμές φτώχειας τείνουν να ορίζονται χρησιμοποιώντας τρεις μεθόδους: 1) το κόστος των βασικών αναγκών (εκτιμώμενο κόστος απόκτησης αρκετού φαγητού για επαρκή διατροφή συν το κόστος άλλων βασικών προϊόντων όπως τα ρούχα και τη στέγη), η οποία είναι γενικά η προτιμώμενη προσέγγιση, 2) η πρόσληψη ενέργειας από τροφές (δαπάνη ή κατά κεφαλήν εισόδημα έναντι της κατανάλωσης τροφής, σε θερμίδες ανά άτομο ανά ημέρα, για τον προσδιορισμό του κόστους ή του εισοδήματος στο οποίο ένα νοικοκυριό αποκτά αρκετή τροφή) και 3) υποκειμενικές αξιολογήσεις (ζητώντας από τους ανθρώπους ποιο ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος απαιτείται μόνο για να καλυφθούν οι ανάγκες τους (Haughton & Khandker, 2009). Το όριο της φτώχειας «μπορεί να θεωρηθεί ως η ελάχιστη δαπάνη που απαιτείται από ένα άτομο για να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες διατροφής και μη» (Haughton & Khandker, 2009, σελ. 41).

Τα εθνικά όρια φτώχειας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση των τάσεων σε χώρες, αλλά δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συγκρίσεις μεταξύ χωρών. Η επιλογή του ορίου φτώχειας μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα, σε διαφορετικά μέρη μιας χώρας, ή βάσει της οικογενειακής σύνθεσης (Haughton & Khandker, 2009). Εξαρτάται συχνά από την προβλεπόμενη χρήση (Haughton & Khandker, 2009). Τα απόλυτα όρια φτώχειας μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε εθνικό επίπεδο, αλλά και

παγκοσμίως. Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν ένα απόλυτο όριο φτώχειας, προσαρμοσμένο στον πληθωρισμό, το οποίο παραμένει σταθερό με την πάροδο του χρόνου για να επιτρέψει τη σύγκριση με προηγούμενα επίπεδα φτώχειας και την αξιολόγηση της επίδρασης των πολιτικών κατά της φτώχειας με την πάροδο του χρόνου. Τα όρια της απόλυτης φτώχειας μπορεί να αλλάξουν ώστε να αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές στα πρότυπα κατανάλωσης (περίπου κάθε δέκα χρόνια) εάν αυτό παραμένει συγκρίσιμο με τα προηγούμενα όρια απόλυτης φτώχειας. Ένα παράδειγμα σε εθνικό επίπεδο είναι το όριο της απόλυτης φτώχειας των ΗΠΑ, το οποίο το 2012 ήταν περίπου 16 USD την ημέρα για ένα άτομο. Οι περισσότερες χώρες αναθεωρούν τα όρια της φτώχειας από καιρό σε καιρό για να αντικατοπτρίζουν την εξέλιξη αυτού που θεωρείται φτώχεια σε αυτήν τη χώρα πέρα από τις προσαρμογές που γίνονται στην απόλυτη γραμμή φτώχειας. Αυτές οι αναθεωρημένες γραμμές φτώχειας χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της σχετικής φτώχειας σε σχέση με τους άλλους στην κοινωνία παρά για την απόλυτη φτώχεια (Haughton & Khandker, 2009).

### 1.2.2 Μετρήσεις παγκόσμιας φτώχειας

Οι διαφορές στις εκτιμήσεις της παγκόσμιας φτώχειας εμφανίζονται ως αποτέλεσμα των ακόλουθων (Anand et al., 2010):

- της χρήση διαφορετικών γραμμών φτώχειας ·
- της χρήση διαφορετικών ισοτιμιών αγοραστικής δύναμης για τη μετατροπή των εισοδημάτων σε τοπικά νομίσματα σε κοινό διεθνές νόμισμα, το οποίο ήταν ιδιαίτερα προβληματικό ·
- διαφορετικές προσεγγίσεις για την εκτίμηση των κατανομών εισοδήματος εντός της χώρας και
- διαφορετικοί υπολογισμοί των μέσων εισοδημάτων εντός των χωρών.

Αυτές οι διαφορές προκύπτουν από διαφωνίες σχετικά με τον καλύτερο τρόπο μέτρησης της φτώχειας (Anand et al., 2010). Το κόστος αρκετών τροφίμων και άλλων βασικών προϊόντων είναι διαφορετικό σε διαφορετικές χώρες, το οποίο αντικατοπτρίζεται σε διαφορετικά όρια απόλυτης φτώχειας. Αυτά πρέπει να μετατραπούν προκειμένου να συγκριθεί η φτώχεια διεθνώς. Ένα κοινό νόμισμα δημιουργείται χρησιμοποιώντας συναλλαγματικές ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης.

Για να συγκρίνετε νόμιμα τα ποσοστά φτώχειας μεταξύ των χωρών, απαιτείται ένα παγκόσμιο απόλυτο όριο φτώχειας, το οποίο προσαρμόζεται στην ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης, ώστε να αντικατοπτρίζει τις διαφορές στο κόστος αγοράς αγαθών. Η παγκόσμια γραμμή ακραίας φτώχειας προσαρμόστηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα το 2015 από 1,25 δολάρια ΗΠΑ (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης) την ημέρα (χρησιμοποιείται από το 2008) σε 1,90 δολάρια ΗΠΑ (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης) ως αποτέλεσμα των επαναυπολογισμών χρησιμοποιώντας νέα δεδομένα Ισοτιμίας Αγοραστικής Δύναμης.

Το PovcalNet (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/home.aspx>) της Παγκόσμιας Τράπεζας είναι η πηγή και επιτρέπει στους χρήστες να αναπαράγουν τις επίσημες εκτιμήσεις της φτώχειας σε επίπεδο χώρας σε παγκόσμιο, περιφερειακό και διεθνές συγκρίσιμο επίπεδο. Η Παγκόσμια Τράπεζα παρέχει επίσης στοιχεία για τη φτώχεια μέσω:

1. Βάσης δεδομένων φτώχειας και ιδίων κεφαλαίων
2. Δεικτών παγκόσμιας ανάπτυξης.

Ο Πίνακας 1 παρακάτω δείχνει το ποσοστό των ατόμων που ζουν σε ακραία φτώχεια (1,25 USD) σε διαφορετικές περιοχές.

**Πίνακας 1.** Εισόδημα και πολυδιάστατη φτώχεια, ανά περιοχή.

Περιοχή	Αριθμός χωρών στο δείγμα	Ποσοστό εισοδηματικής φτώχειας (%) (USD 1.25 την ημέρα)	Αριθμός χωρών στο δείγμα	Πολυδιάστατο ποσοστό φτώχειας (%)
Αραβικά Κράτη	10	6.5	9	15.5
Ανατολική Ασία και Ειρηνικός	11	12.7	10	6.4
Ευρώπη και Κεντρική Ασία	15	1.4	15	1.8
Λατινική Αμερική και Καραϊβική	20	5.7	14	6.7
Νοτια Ασια	8	30.6	7	53.4

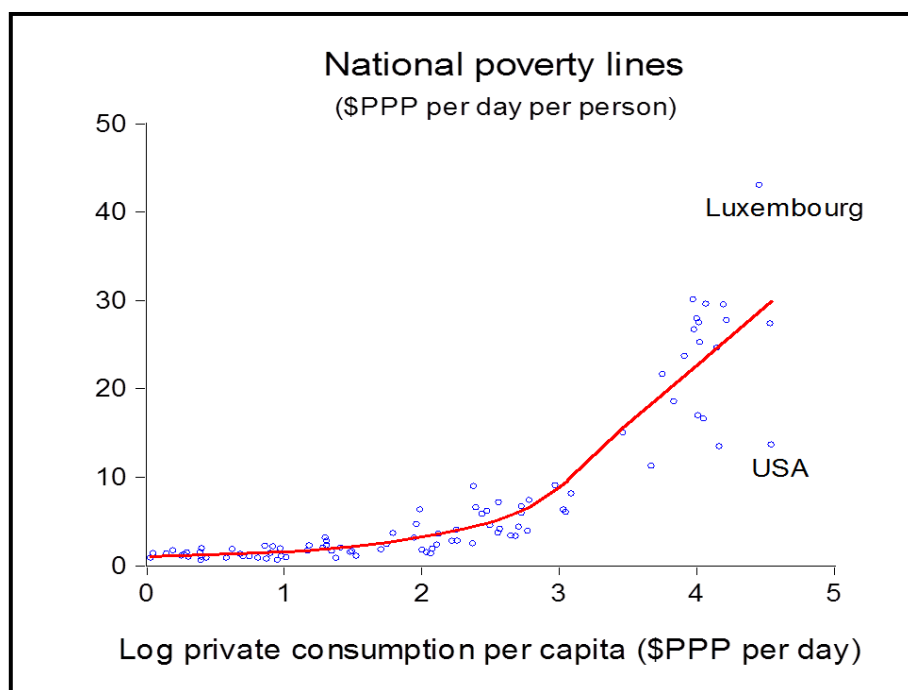


Υποσαχάρια Αφρική	40	50.9	36	59.6
----------------------	----	------	----	------

Πηγή: Rohwerder, 2016

Τα σχετικά όρια φτώχειας ορίζονται ως ποσοστό του μέσου εισοδήματος μιας χώρας. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, το όριο της φτώχειας ορίζεται στο 60% του μέσου εισοδήματος. Το Λουξεμβούργο έχει ένα από τα υψηλότερα όρια φτώχειας με 43,00 USD την ημέρα (Εικόνα 2, Ravallion & Chen, 2013, σελ. 259). Καθώς το μέσο εισόδημα στις χώρες αυξάνεται, το όριο της φτώχειας τείνει επίσης να αυξάνεται καθώς «οι ελάχιστοι πόροι που απαιτούνται για να συμμετάσχουν πλήρως στην κοινωνία πιθανώς αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου» (Haughton & Khandker, 2009, σελ. 43). Τα σχετικά όρια φτώχειας είναι επομένως και μέτρα ανισότητας. Ένα όριο φτώχειας 1,90 USD την ημέρα έχει μικρή σημασία για τις πλούσιες χώρες όπου λίγοι άνθρωποι θα πέσουν κάτω από αυτό το όριο. Εκείνοι που θεωρούνται φτωχοί σε μια πλούσια χώρα συχνά θεωρούνται εύποροι στις φτωχές χώρες (Haughton & Khandker, 2009). Η χρήση σχετικών γραμμών φτώχειας καθιστά δύσκολη τη σύγκριση της φτώχειας μεταξύ των χωρών ή με την πάροδο του χρόνου καθώς δεν αντιπροσωπεύουν τα ίδια επίπεδα ευημερίας. Περιορίζονται επίσης ως στόχοι. Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι τα τυπικά μέτρα σχετικά με τη φτώχεια πιθανώς υποτιμούν την έκταση της φτώχειας στις φτωχές χώρες, δεδομένου ότι «αυτά τα μέτρα αποδίδουν μικρή αξία στις ανάγκες κοινωνικής ένταξης με χαμηλό μέσο εισόδημα» (Ravallion & Chen, 2013, σελ. 258).





Εικόνα 2. Γραμμές φτώχειας σε όλο τον κόσμο.

Πηγή: Ravallion & Chen, 2013

Ο προτεινόμενος πραγματικά σφαιρικός δείκτης φτώχειας σχεδιάστηκε από τους Ravallion και Chen (2013) ως απάντηση στην παραμέληση της σχετικής φτώχειας σε υπάρχοντες διεθνείς δείκτες. Προτείνει το συνδυασμό δεικτών απόλυτης και σχετικής φτώχειας σε μια προσπάθεια να ενσωματωθεί το κόστος της κοινωνικής ένταξης με ορθό τρόπο μεταξύ των χωρών. Ένα άτομο θεωρείται φτωχό εάν είτε είναι απολύτως φτωχό είτε σχετικά φτωχό έναντι ενός εθνικού ορίου σχετικής φτώχειας (το κόστος της κοινωνικής ένταξης πέραν των απόλυτων αναγκών). Ο δείκτης είναι «ασθενώς σχετικός» καθώς δεν έχει οριστεί ως σταθερή αναλογία με το μέσο όρο (Ravallion & Chen, 2013).

Ο δείκτης των Foster, Greer και Thorbecke (δείκτης FGT) είναι ένα από τα πιο γνωστά. Περιλαμβάνει τον κατά κεφαλήν δείκτη (P0) που μετρά το ποσοστό του πληθυσμού που είναι φτωχό. Αυτό είναι το πιο δημοφιλές γιατί είναι εύκολο να κατανοηθεί και να μετρηθεί. Αλλά δεν δείχνει πόσο φτωχοί είναι οι φτωχοί (Haughton & Khandker, 2009).

Ο Δείκτης Χάσματος Φτώχειας (Poverty Gap Index) (P1) μετρά το βαθμό στον οποίο τα άτομα πέφτουν κάτω από το όριο της φτώχειας (το χάσμα της φτώχειας) ως ποσοστό

του ορίου φτώχειας. Το άθροισμα αυτών των χασμάτων φτώχειας δίνει το ελάχιστο κόστος εξάλειψης της φτώχειας. Το μέτρο δεν δίνει ιδιαίτερο βάρος στους φτωχότερους μεταξύ των φτωχών (Haughton & Khandker, 2009).

Ο τετραγωνικός δείκτης χάσματος φτώχειας (Squared Poverty Gap Index) (ή ο δείκτης σοβαρότητας φτώχειας, P2) υπολογίζει κατά μέσο όρο τα τετράγωνα των χασμάτων φτώχειας σε σχέση με το όριο φτώχειας. Η ακραία φτώχεια έχει μεγαλύτερο βάρος από τη λιγότερη φτώχεια. Επιτρέπει τη διακύμανση του βάρους στο επίπεδο εισοδήματος (ή δαπανών) των φτωχότερων μελών της κοινωνίας (Haughton & Khandker, 2009). Είναι δυνατόν να χωριστούν οι δείκτες φτώχειας FGT για τις υποομάδες του πληθυσμού (Haughton & Khandker, 2009).

Ο δείκτης Sen-Shorrocks-Thon συνδυάζει δείκτες για την αναλογία των φτωχών, τη βαρύτητα της φτώχειας και την κατανομή της ευημερίας μεταξύ των φτωχών. Αυτά τα μέτρα επιτρέπουν την κατανομή της φτώχειας σε τρεις συνιστώσες για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν περισσότεροι φτωχοί, εάν οι φτωχοί είναι φτωχότεροι και εάν υπάρχει μεγαλύτερη ανισότητα μεταξύ των φτωχών (Haughton & Khandker, 2009). Είναι ένας διαφορετικός τρόπος μέτρησης του ίδιου πράγματος.

Η ευημερία, η φτώχεια και η ανισότητα μπορούν επίσης να μετρηθούν ως προς τα περιουσιακά στοιχεία. Τρεις προτάσεις για δείκτες φτώχειας που βασίζονται σε περιουσιακά στοιχεία εξετάζουν την πτυχή της φτώχειας που σχετίζεται με τον πλούτο ενός νοικοκυριού, την πραγματική και οικονομική κατοχή περιουσιακών στοιχείων, καθώς και την πρόσβασή τους στην πιστωτική αγορά. Περιλαμβάνουν: μέτρα καθαρού εισοδήματος, φτώχεια –περιουσιακά στοιχεία και οικονομική ευπάθεια (Brandolini et al., 2009). Αυτοί που είναι φτωχοί σε περιουσιακά στοιχεία δεν είναι πάντα οι ίδιοι με εκείνους που είναι φτωχοί στο εισόδημα. Η σημασία του εισοδήματος και του πλούτου διαφέρει ανάλογα με την κατάσταση στη χώρα. Για παράδειγμα, ο πλούτος (υποδεικνύεται από περιουσιακά στοιχεία) είναι λιγότερο σημαντικός σε χώρες με ασφαλή απασχόληση και παροχές, όπου οι τακτικές ροές εισοδήματος διασφαλίζουν τη διατήρηση του βιοτικού επιπέδου. Ο προσωπικός πλούτος μπορεί να προσφέρει προστασία από διαταρχές και αβεβαιότητες (Brandolini et al., 2009). Πηγές δεδομένων περιλαμβάνουν τη βάση δεδομένων του Λουξεμβούργου Wealth Study (LWS). την Έρευνα για τα οικονομικά και την κατανάλωση των νοικοκυριών (HFCS) του

Ευρωσυστήματος και τον δείκτη πλούτου της δημογραφικής και υγειονομικής έρευνας (DHS) και τις έρευνες νοικοκυριών, αν και δεν χρησιμοποιούνται συνήθως.

Η φτώχεια στην υγεία, τη διατροφή και την εκπαίδευση μπορεί να μετρηθεί εξετάζοντας τη διατροφική κατάσταση των παιδιών, τα περιστατικά συγκεκριμένων ασθενειών, το προσδόκιμο ζωής και το επίπεδο αλφαριθμητισμού (Coudouel et al., 2002). Διάφορα δεδομένα για τη φτώχεια στη χώρα μπορούν να συλλεχθούν από διάφορους οργανισμούς, όπως στατιστικές υπηρεσίες ή μονάδες ανάλυσης της φτώχειας της κυβέρνησης (Coudouel et al., 2002, σ. 62). Ωστόσο, σε ορισμένα πλαίσια ενδέχεται να μην υπάρχουν υπεύθυνοι οργανισμοί ή μπορεί να υπάρχουν προκλήσεις όσον αφορά την ικανότητα και την ποιότητα της συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.

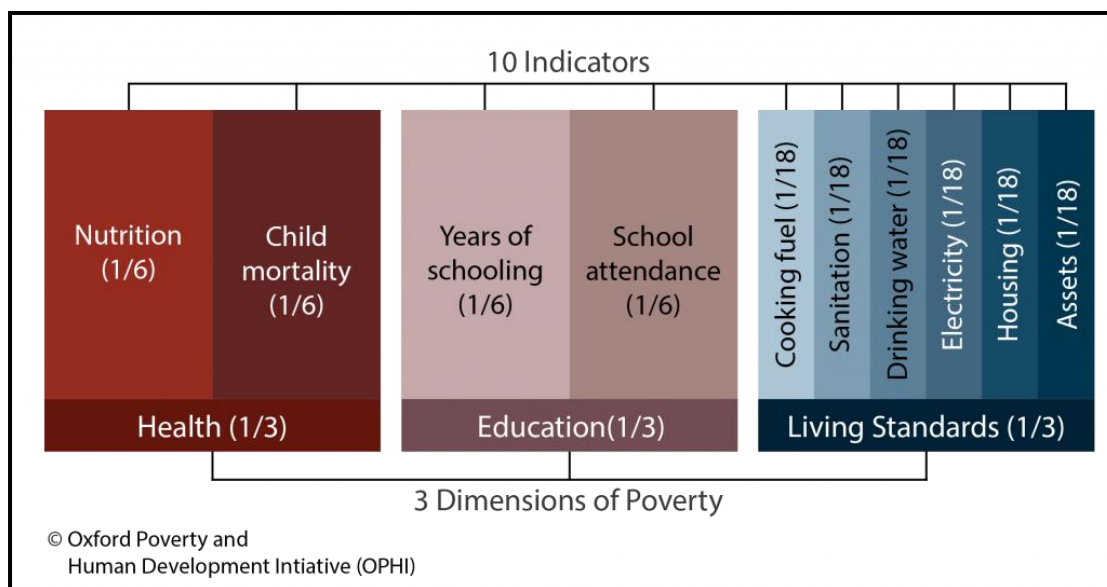
### 1.2.3 Μέτρηση της πολυδιάστατης φτώχειας

Υπάρχει όσο και περισσότερη σύγκλιση απόψεων ότι είναι σημαντικό οι δείκτες για τη φτώχεια να αντικατοπτρίζουν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της φτώχειας (Poverty Analysis Discussion Group, 2012). Ορισμένοι σχολιαστές υποστηρίζουν ότι στοχεύοντας στη μείωση της φτώχειας χρησιμοποιώντας το μέτρο φτώχειας 1,90 USD την ημέρα αγνοούνται πολλά επικαλυπτόμενα μειονεκτήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, όπως υποσιτισμός, κακή υγιεινή, έλλειψη ηλεκτρικού ρεύματος, ή μη κατοικήσιμα σχολεία (Alkire and Sumner, 2013). Ούτε τα εισοδήματα ούτε οι δείκτες δαπανών καταγράφουν αυτές τις άλλες πτυχές της ευημερίας των νοικοκυριών, όπως η αξία των αγαθών που παρέχονται στο κοινό (εκπαίδευση ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας) και άυλα, όπως η ειρήνη και η ασφάλεια (Haughton & Khandker, 2009; Poverty Analysis Discussion Group, 2012). Ως αποτέλεσμα, έχουν προκύψει πολυδιάστατοι δείκτες μέτρησης της φτώχειας που συμπληρώνουν το μέτρο των 1,90 δολαρίων ημερησίως συμπεριλαμβάνοντας και άλλες στερήσεις.

Υπάρχουν διαφωνίες ως προς τους πολυδιάστατους δείκτες μέτρησης της φτώχειας μεταξύ εκείνων που προτείνουν κλιμακωτούς δείκτες που συνδυάζουν, σε έναν μόνο αριθμό, πληροφορίες από διάφορες διαστάσεις και εκείνων που προτείνουν μια προσέγγιση ενός αξιόπιστου συνόλου πολλαπλών δεικτών (Ferreira & Lugo, 2012 ; Poverty Analysis Discussion Group, 2012). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι καμία

από αυτές τις προσεγγίσεις δεν αποκαλύπτει την αλληλεξάρτηση των διαφορετικών διαστάσεων της πολυδιάστατης φτώχειας (Ferreria & Lugo, 2012).

Ο Πολυδιάστατος Δείκτης Φτώχειας (MPI), που χρησιμοποιείται τώρα στην Έκθεση Ανθρώπινης Ανάπτυξης, μετρά την σοβαρή παγκόσμια φτώχεια ξεκινώντας από το επίπεδο του ατόμου ή του νοικοκυριού. Μετρά τις αλληλεπικαλυπτόμενες στερήσεις χρησιμοποιώντας ένα σύνολο δέκα δεικτών σε τρεις διαστάσεις - υγεία, εκπαίδευση και βιοτικό επίπεδο (Εικόνα 3) - και συνοψίζει το προφίλ της φτώχειας του ατόμου ή του νοικοκυριού με μια σταθμισμένη βαθμολογία στέρησης. Εάν περισσότεροι από τρεις από τους δέκα δείκτες είναι κάτω από τα σχετικά κατώφλια της φτώχειας, αυτοί προσδιορίζονται ως πολυδιάστατοι φτωχοί (Alkire et al., 2013). Ο δείκτης αυτός βοηθά στην καταγραφή του ποσού των ατόμων που αντιμετωπίζουν αλληλεπικαλυπτόμενες στερήσεις και τι ένταση έχουν (πόσες στερήσεις αντιμετωπίζουν κατά μέσο όρο). Ο Πίνακας 1 δείχνει το ποσοστό των ανθρώπων που ζουν σε πολυδιάστατη φτώχεια σε διαφορετικές περιοχές.



**Εικόνα 3.** Διαστάσεις και δείκτες του Πολυδιάστατου Δείκτη Φτώχειας.

Πηγή: OPHI, 2018

1. Υγεία (κάθε δείκτης σταθμίζεται εξίσου στο 1/6)

- Διατροφή: στερείται εάν κάποιος ενήλικας ή παιδί για το οποίο υπάρχουν διατροφικές πληροφορίες είναι υποσιτισμένοι
  - Παιδική θνησιμότητα: στερείται εάν κάποιο παιδί έχει πεθάνει στην οικογένεια
2. *Εκπαίδευση* (κάθε δείκτης σταθμίζεται εξίσου στο 1/6)
- Χρόνια σχολικής εκπαίδευσης: στερείται εάν κανένα μέλος του νοικοκυριού δεν έχει ολοκληρώσει πέντε χρόνια σχολικής εκπαίδευσης
  - Εγγραφή παιδιών: στερείται εάν οποιοδήποτε παιδί σχολικής ηλικίας δεν πηγαίνει σχολείο στα έτη 1 έως 8
3. *Πρότυπο διαβίωσης* (κάθε δείκτης σταθμίζεται εξίσου στο 1/18)
- Καύσιμο μαγειρέματος: στερείται εάν μαγειρεύουν με ξύλο, κάρβουνο ή κοπριά
  - Αποχέτευση: στερείται εάν δεν έχουν βελτιωμένη τουαλέτα ή εάν η τουαλέτα τους είναι κοινόχρηστη
  - Πόσιμο νερό: στερείται εάν το νοικοκυριό δεν έχει πρόσβαση σε καθαρό πόσιμο νερό ή το καθαρό νερό απέχει περισσότερο από 30 λεπτά με τα πόδια από το σπίτι του,
  - Ηλεκτρική ενέργεια: στερείται εάν το νοικοκυριό δεν έχει ηλεκτρικό ρεύμα.
  - Στέγη: το νοικοκυριό διαθέτει ανεπαρκή υλικά στέγασης σε οποιοδήποτε από τα τρία στοιχεία: δάπεδο, όροδο ή τοίχους.
  - Περιουσιακά στοιχεία: στερούνται εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει περισσότερα από ένα: ραδιόφωνο, τηλεόραση, τηλέφωνο, ποδήλατο ή μοτοσυκλέτα και δεν διαθέτει αυτοκίνητο ή τρακτέρ (Alkire et al., 2020)

## 2 Προσδιοριστικοί παράγοντες της φτώχειας

Με γνώμονα τις διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις και εμπειρικές μελέτες έχουν εξετάσει τους καθοριστικούς παράγοντες της φτώχειας, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικά ανθρώπινων κεφαλαίων, του κοινωνικού κεφαλαίου, των αγχωτικών γεγονότων της ζωής και των χαρακτηριστικών σε επίπεδο γειτονιάς.

### 2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία των αρχηγών ενός νοικοκυριού σχετίζεται με την πιθανότητα φτώχειας. Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι πιθανότητες φτώχειας μειώθηκαν με την μείωση της ηλικίας των αρχηγών των νοικοκυριών (Cotter 2002; Meng et al. 2007; Poston et al. 2010). Άλλες μελέτες έδειξαν ένα μοτίβο U μεταξύ της ηλικίας και της φτώχειας με την πιθανότητα να είναι φτωχό να μειώνεται στο μεγαλύτερο μέρος του ηλικιακού εύρους ηλικιών και στη συνέχεια να αυξάνεται στα γηρατειά (Grootaert & Braithwaite 1998; Devicienti et al. 2007; D'Ambrosio et al. 2011). Επιπλέον, τα νοικοκυριά με επικεφαλής γυναίκες είναι σταθερά πιο πιθανό να είναι φτωχά από εκείνα που διευθύνονται από άνδρες (Grootaert & Braithwaite 1998; Cotter 2002; Devicienti et al. 2007). Το να είσαι ανύπαντρος, είτε να είχες παντρευτεί στο παρελθόν και να έχει χωρίσει, είτε να μην έχει παντρευτεί ποτέ, αυξάνει επίσης την πιθανότητα του να είναι κάποιος φτωχός (Cotter 2002; D'Ambrosio et al. 2011; Weaver 2012; Lekobane & Seleka 2017).

Η δημογραφική σύνθεση του νοικοκυριού βρέθηκε επίσης να συσχετίζεται με την επίπτωση του στη φτώχεια. Ορισμένες μελέτες διαπίστωσαν ότι όσο μεγαλύτερο μέγεθος έχει ένα νοικοκυριό αυξάνεται και η πιθανότητα φτώχειας (Lekobane & Seleka 2017), ενώ άλλες μελέτες έδειξαν μια σχέση σχήματος U μεταξύ του μεγέθους του νοικοκυριού και της πιθανότητας να ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Η αύξηση του αριθμού των παιδιών (Mok et al. 2007) και των ηλικιωμένων (Grootaert & Braithwaite 1998) στο νοικοκυριό ή υψηλότερος λόγος εξάρτησης (Lekobane & Seleka 2017; Chen & Wang 2015; Meng et al. 2007) αυξάνουν περαιτέρω τις πιθανότητες της φτώχειας. Τα νοικοκυριά με άτομα με αναπηρίες είναι επίσης πιο πιθανό να ζουν σε συνθήκες φτώχειας (Rahman 2013; Cotter 2002).

## 2.2 Χαρακτηριστικά του ανθρώπινου κεφαλαίου (και της αγοράς εργασίας)

Το ανθρώπινο κεφάλαιο με τη μορφή εκπαιδευτικού επιπέδου και υγειονομικής κατάστασης επηρεάζει την πιθανότητα φτώχειας. Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο των νοικοκυριών μειώνει τη συχνότητα της φτώχειας (Chen & Wang 2015; Rahman 2013; Meng et al. 2007; Devicienti et al. 2007) ή αυξάνει την οικονομική ευημερία (Weaver 2012). Οι αρχηγοί των νοικοκυριών που αυτοαξιολογούνται ως καλοί στην υγεία απολαμβάνουν επίσης υψηλότερη οικονομική ευημερία (Weaver 2012), ενώ όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας αυξάνουν την πιθανότητα να ζουν στη φτώχεια (Henly et al. 2005).

Τα νοικοκυριά που είναι άνεργοι ή άεργα αυξάνουν τις πιθανότητες φτώχειας (Devicienti et al. 2007) ή μειώνουν την οικονομική ευημερία (Rupasingha & Goetz 2007). Τα νοικοκυριά με μεγαλύτερο αριθμό ανέργων (Grootaert & Braithwaite 1998, Mukherjee & Benson 2003) είναι επίσης πιο πιθανό να είναι φτωχά.

## 2.3 Κοινωνικό κεφάλαιο

Αν και η συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και της κατάστασης της φτώχειας έχει διερευνηθεί λιγότερο, τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμεύει ως προστατευτικός παράγοντας για τη φτώχεια. Το κοινωνικό κεφάλαιο με τη μορφή κοινωνικού δικτύου και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (Henly et al. 2005; Weaver & Habibon 2012) μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης της στη φτώχεια. Επιπλέον, η γεφύρωση του κοινωνικού κεφαλαίου, που είναι δεσμοί μεταξύ ατόμων σε διαφορετικό κοινωνικό χάσμα ή ομάδες, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικό στο να βοηθήσει τους ανθρώπους να προχωρήσουν οικονομικά από τη σύνδεση κοινωνικού κεφαλαίου, οι οποίοι είναι δεσμοί μεταξύ ατόμων μέσα στην ίδια κοινωνική ομάδα (Weaver et al. 2013; Zhang et al. 2011).

## 2.4 Αγχωτικά γεγονότα ζωής

Η προοπτική για όλη τη διάρκεια του βίου (Life-course perspective) έχει υποστηρίξει εδώ και πολύ καιρό τη σημασία του να εξετάσουμε μια ακολουθία κοινωνικών και προσωπικών γεγονότων για την ανάπτυξη των ατόμων. Στο πεδίο της έρευνας για τη



φτώχεια, οι ερευνητές (Burkhauser & Duncan 1989) διαπίστωσαν ότι τα γεγονότα της οικογενειακής σύνθεσης (διαζύγιο, θάνατος συζύγου, τοκετός και αποχώρηση άλλων μελών της οικογένειας) και γεγονότα στην αγορά εργασίας (μείωση των ωρών εργασίας, ανεργία) απειλούν την οικονομική ευημερία των ατόμων. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν επίσης ότι οι μεταβάσεις στην πορεία της ζωής ενός ατόμου, όπως ο τοκετός, η απώλεια θέσεων εργασίας και η διάλυση των συνεργασιών σχετίζονται επίσης με τους κινδύνους εμφάνισης της φτώχειας (Ehlert 2016; Vandecasteele 2011, 2015). Οι παράγοντες της πορείας ζωής, όπως η απομάκρυνση από την πατρική εστία, είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της φτώχειας για τους νέους ενήλικες (Kauppinen et al. 2014). Έτσι, η κατανόηση του ιστορικού ζωής των ατόμων που ζουν σήμερα στη φτώχεια μπορεί να προσφέρει μια ολιστική εικόνα του τι συνεπάγεται πραγματικά η φτώχεια.

## 2.5 Χαρακτηριστικά επιπέδου γειτονιάς

Οι εμπειρικές μελέτες που χρησιμοποιούν αναλύσεις πολλαπλών επιπέδων έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά σε επίπεδο γειτονιάς έχουν ανεξάρτητη επίδραση στη φτώχεια πέρα από τα χαρακτηριστικά του ατομικού επιπέδου. Συχνά διακρίνονται οι «σύνθετες συνέπειες» και «συναφείς συνέπειες». Η συνθετική επίδραση αναφέρεται στη διαφορά μεταξύ περιοχών στη σύνθεση του πληθυσμού (Haining & Haining 2003). Είναι «η οικιστική σύνθεση της γειτονιάς που εξηγεί γιατί αυτοί που ζουν εκεί βιώνουν συγκεκριμένα αποτελέσματα ζωής» (Steele 2010). Οι υπάρχουσες μελέτες διαπίστωσαν ότι η οικονομική σύνθεση των κατοίκων, συμπεριλαμβανομένου του ποσοστού ανεργίας, του ποσοστού των απασχολούμενων στη γεωργία / δημόσιο τομέα (Lewin et al. 2006), το ποσοστό αυτών που απασχολούνται στους τομείς της χρηματοδότησης, της ασφάλισης και των ακινήτων (Chen & Wang 2015), το ποσοστό των γυναικών στο εργατικό δυναμικό (Cotter 2002) και το ποσοστό των εργαζομένων με χαμηλό μισθό (Lewin et al. 2006), όλα συνδέθηκαν με την πιθανότητα να ζουν στη φτώχεια.

Η δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού, μετρούμενη με το ποσοστό της ηλικίας του πληθυσμού κάτω των 18 ετών, αύξησε επίσης την πιθανότητα του ατόμου να βρεθεί σε κατάσταση φτώχειας (Cotter 2002).



Ωστόσο, οι συναφείς συνέπειες σχετίζονται με τη «διάσταση μεταξύ περιοχών ως προς την έκθεση σε παράγοντες που ενδέχεται να έχουν άμεση ή έμμεση επίδραση στο μελετούμενο φαινόμενο» (Haining & Haining 2003). Οι Chen & Wang (2015) διαπίστωσαν επίσης ότι το υψηλότερο επίπεδο εισοδηματικής ανισότητας και η χωρική αναντιστοιχία (αναντιστοιχία μεταξύ ευκαιριών απασχόλησης και οικιστικών τοποθεσιών) αύξησαν τη συχνότητα της φτώχειας. Τόσο ο Cotter (2002) όσο και ο Lewin et al. (2006) πρότειναν ότι η κατανομή πόρων από την κυβέρνηση, για παράδειγμα, μετρούμενη από εκπαιδευτικές δαπάνες, προέβλεπε χαμηλότερη συχνότητα φτώχειας.

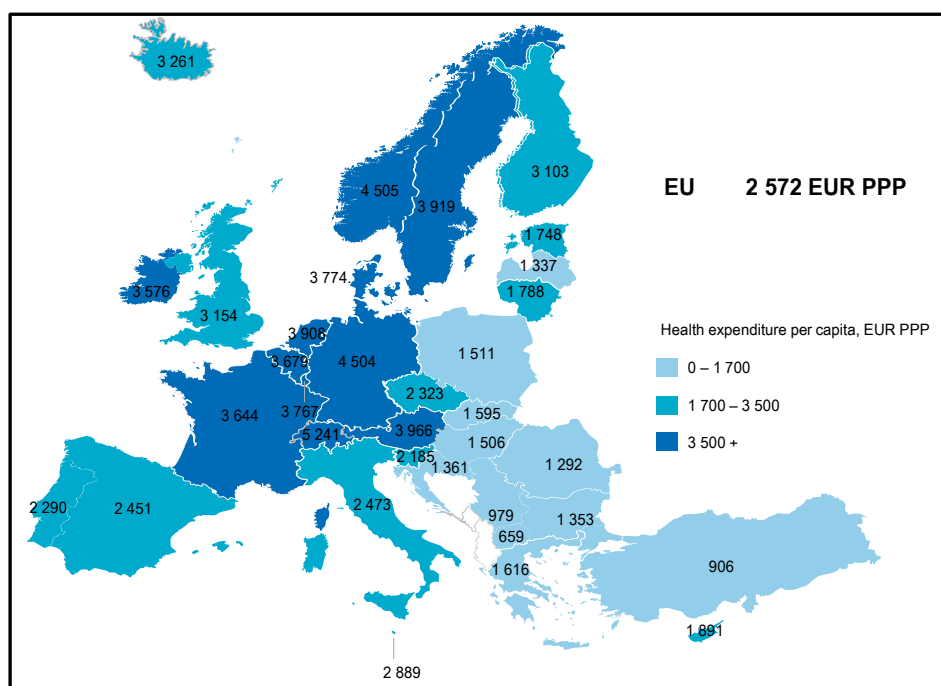
Οι υπάρχουσες μελέτες που διερευνούν τους καθοριστικούς παράγοντες της φτώχειας συνήθως περιελάμβαναν τα δημογραφικά και χαρακτηριστικά ανθρώπινων κεφαλαίων, και με έμφαση αποκλειστικά στο κοινωνικό κεφάλαιο (Henly et al. 2005), σε αγγωτικά γεγονότα ζωής (Vandecasteele 2011) ή σε χαρακτηριστικά γειτονιάς (Chen & Wang 2015).

### 3 Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας

Πιο κάτω θα γίνει ανάλυση των πρόσφατων τάσεων και της εξέλιξης των δαπανών για την υγεία, τόσο σε γενικό επίπεδο, αλλά και αναλυτικά ανά τύπο υγειονομικής υπηρεσίας και ανά πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάλυση των δαπανών για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και τις φαρμακευτικές δαπάνες. Αναλύεται επίσης ο τρόπος με τον οποίο χρηματοδοτείται η υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη, τόσο ως προς τον τύπο των υφιστάμενων χρηματοδοτικών ρυθμίσεων όσο και με τα έσοδα που χρηματοδοτούν τελικά τις δαπάνες για την υγεία. Το 2019, οι δαπάνες για την υγεία σε όλες τις χώρες της ΕΕ ανήλθαν κατά μέσο όρο στο 8,3% του ΑΕΠ, κυμαινόμενες από πάνω από 11% στη Γερμανία και τη Γαλλία έως λιγότερο από 6% στο Λουξεμβούργο και τη Ρουμανία. Αυτό το μερίδιο παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητο από τα προηγούμενα χρόνια καθώς οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σύμφωνα με την οικονομία, αλλά μπορεί να αναμένεται ότι η πανδημία COVID - 19 θα οδηγήσει σε αύξηση του μεριδίου του ΑΕΠ σε δαπάνες υγείας πολλές χώρες το 2021. Σε κατά κεφαλή βάση υπάρχει μια τριπλάσια διαφορά μεταξύ των χωρών της ΕΕ στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη που ξοδεύουν περισσότερο στην υγεία (Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία και Ολλανδία) και εκείνων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη που ξοδεύουν λιγότερο (Ρουμανία, Βουλγαρία, Λετονία και Κροατία). Στις περισσότερες χώρες, οι δαπάνες για υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών για την υγεία, ενώ οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσωπεύουν επίσης μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία, ιδίως σε ορισμένες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, τα υποχρεωτικά συστήματα, είτε χρηματοδοτούμενα από την κυβέρνηση είτε μέσω υποχρεωτικής δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, αντιπροσωπεύουν σχεδόν τα τρία τέταρτα των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Ωστόσο, οι out-of pocket ή άμεσες δαπάνες διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση της υγείας σε πολλές χώρες της Νότιας καθώς και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.

### 3.1 Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας

Το επίπεδο των δαπανών για την υγεία σε μια χώρα, που καλύπτει τόσο τις ατομικές ανάγκες όσο και την υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του, και πώς αυτό αλλάζει με την πάροδο του χρόνου εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων, καθώς και από τη χρηματοδότηση και τις οργανωτικές ρυθμίσεις του συστήματος υγείας (OECD, 2019). Δεδομένων αυτών των παραγόντων, υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στο επίπεδο και την αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ολόκληρη την Ευρώπη. Υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και των δαπανών για την υγεία, έτσι ώστε οι ευρωπαϊκές χώρες υψηλού εισοδήματος είναι συνήθως αυτές που ξόδεψαν περισσότερο στην υγεία. Με δαπάνες 5.241 ευρώ ανά άτομο η Ελβετία ήταν η χώρα με τις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες στην Ευρώπη ακολουθούμενη από τη Νορβηγία (4.505 ευρώ). Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, τα επίπεδα δαπανών στη Γερμανία, την Αυστρία, τη Σουηδία και τις Κάτω Χώρες ήταν τουλάχιστον 50% πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (2.572 ευρώ). Στο άλλο άκρο της κλίμακας, η Ρουμανία, η Λετονία, η Βουλγαρία και η Κροατία ήταν οι χώρες με τις χαμηλότερες δαπάνες στην ΕΕ, περίπου στο μισό του μέσου όρου της ΕΕ (Εικόνα 4) Αυτό σημαίνει ότι σε κατά κεφαλή βάση, υπάρχει μια τριπλάσια διαφορά στις δαπάνες για την υγεία μεταξύ των χωρών υψηλού εισοδήματος στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη και ορισμένων χωρών με χαμηλές δαπάνες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (OECD/European Union, 2020).



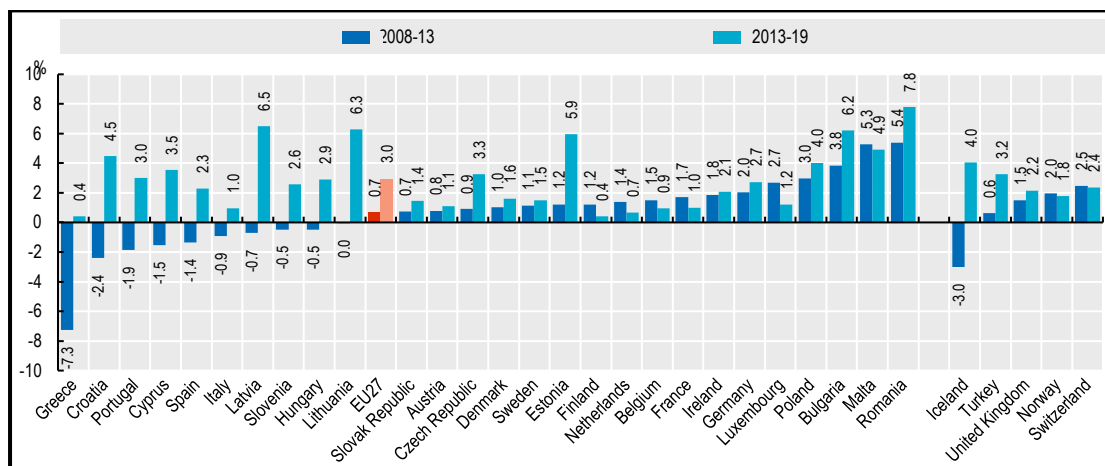
Εικόνα 4. Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, 2019.

Πηγή: OECDa Health Statistics 2020

Μετά από μια περίοδο αργής ή και αρνητικής αύξησης των δαπανών για την υγεία σε ολόκληρη την Ευρώπη μετά την οικονομική κρίση το 2008, οι ρυθμοί ανάπτυξης αυξήθηκαν ξανά σε όλες σχεδόν τις χώρες. Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά περίπου 3,0% ετησίως σε πραγματικούς όρους (προσαρμοσμένες στον πληθωρισμό) μεταξύ του 2013 και του 2019, σε σύγκριση με έναν ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης μόλις 0,7% μεταξύ του 2008 και του 2013. Όλες οι χώρες της ΕΕ παρουσίασαν θετική αύξηση των δαπανών για την υγεία μεταξύ 2013 και 2019, αν και παρέμεινε αργή σε ορισμένες χώρες (Εικόνα 5) (OECD/European Union, 2020).

Ορισμένα κράτη μέλη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης με σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών όπως η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Λετονία, η Λιθουανία και η Εσθονία, είχαν μερικούς από τους υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης στις δαπάνες για την υγεία από το 2013, με ετήσιες αυξήσεις περίπου 6% ή περισσότερο. Στο Βέλγιο, τη Φινλανδία, τη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες, η ετήσια αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία κατά την ίδια εξαετή περίοδο παρέμεινε θετική, αλλά περίπου στο 1% ή χαμηλότερη και οι ρυθμοί ανάπτυξης ήταν χαμηλότεροι από αυτούς που

παρατηρήθηκαν κατά τα έτη μετά την οικονομική κρίση του 2008. Τόσο η Νορβηγία όσο και η Ελβετία διατήρησαν σχετικά σταθερό ρυθμό αύξησης των δαπανών για την υγεία τα τελευταία δέκα χρόνια περίπου στο 2-2,5% ετησίως (OECD/European Union, 2020).



**Εικόνα 5.** Ετήσιος μέσος ρυθμός ανάπτυξης (πραγματικοί όροι) στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, 2008-19.

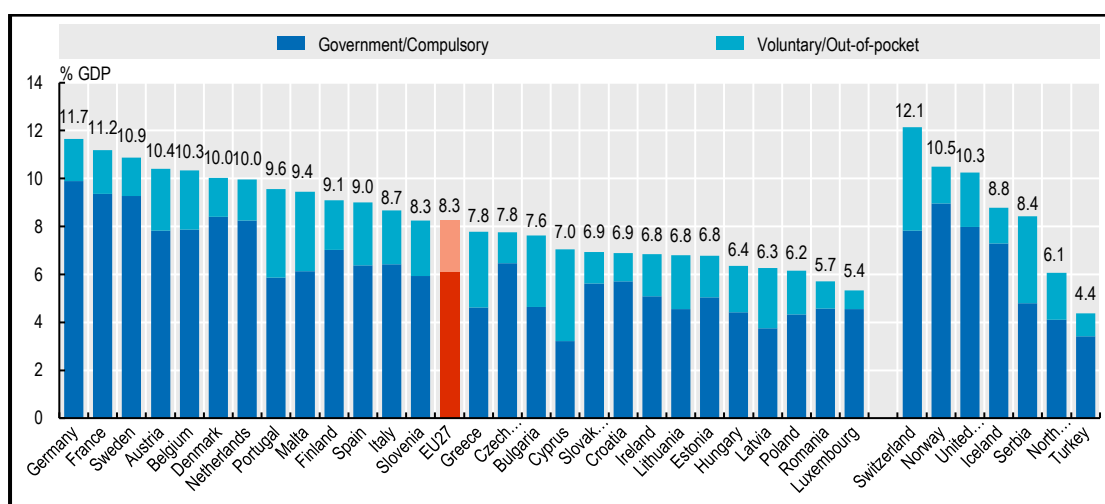
Πηγή: OECD Health Statistics 2020

Οι δαπάνες για την υγεία το 2020 και 2021 σε ολόκληρη την Ευρώπη θα επηρεαστούν σημαντικά από την πανδημία COVID - 19. Η εξέλιξη της υγειονομικής κρίσης έδειξε την ανάγκη για ταχεία ανάπτυξη πόρων σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας. Σε ορισμένες χώρες, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έλαβαν σημαντικές επιδοτήσεις για τη φροντίδα ασθενών με COVID - 19. Από την άλλη πλευρά, πολλές χώρες έχουν δει απότομες μειώσεις σε πολλές υπηρεσίες που δεν σχετίζονται με τον COVID, όπως συμβουλευτικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις, μειώνοντας ενδεχομένως το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για αυτές τις υπηρεσίες (OECD/European Union, 2020).

### 3.2 Δαπάνες Υγείας σχετικά με το ΑΕΠ

Το πόσο ξοδεύει μια χώρα στην υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με όλα τα άλλα αγαθά και υπηρεσίες στην οικονομία και πώς αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, εξαρτάται όχι μόνο από το επίπεδο των δαπανών για την υγεία αλλά και από το μέγεθος της οικονομίας στο σύνολό της. Το 2019, εκτιμάται ότι οι χώρες της ΕΕ αφιέρωσαν

κατά μέσο όρο το 8,3% του ΑΕγχΠ τους στην υγειονομική περίθαλψη (Εικόνα 6). Το ποσοστό αυτό παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητο από το 2014, καθώς η αύξηση των δαπανών για την υγεία παρέμεινε σε γενικές γραμμές σταθερή σύμφωνα με τη συνολική οικονομική ανάπτυξη. Το 2019, το ένα τέταρτο όλων των κρατών μελών της ΕΕ δαπάνησε τουλάχιστον το 10% του ΑΕγχΠ τους για την υγεία, με τη Γερμανία (11,7%) και τη Γαλλία (11,2%) να έχουν τα υψηλότερα μερίδια. Τα χαμηλότερα μερίδια του ΑΕΠ που διατέθηκαν στην υγειονομική περίθαλψη ήταν στο Λουξεμβούργο (5,4%), στη Ρουμανία (5,7%), στην Πολωνία (6,2%) και στη Λετονία (6,3%). Σε ολόκληρη την Ευρώπη, η Ελβετία διέθεσε το μεγαλύτερο μερίδιο (12,1%) του ΑΕΠ της στην υγεία.



Εικόνα 6. Δαπάνες υγείας ως μερίδιο του ΑΕΠ, 2019.

Πηγή: OECDc Health Statistics 2020

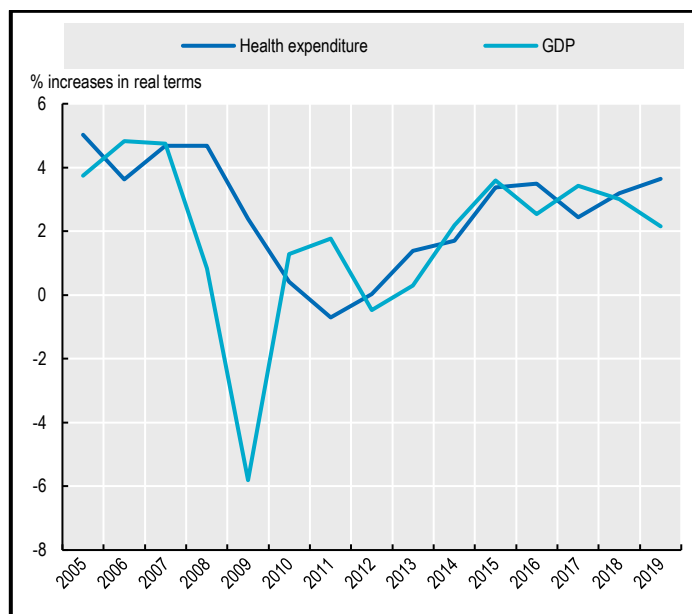
Κατά την ανάλυση της δυναμικής των χωρών για τις δαπάνες υγείας, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ο λόγος των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕγχΠ μιας χώρας σε συνδυασμό με τα επίπεδα των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία. Οι χώρες με υψηλότερο εισόδημα τείνουν γενικά να αφιερώνουν μεγαλύτερο ποσοστό των πόρων τους στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά ορισμένες χώρες με υψηλά επίπεδα κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία μπορούν να έχουν σχετικά χαμηλές αναλογίες δαπανών για την υγεία προς το ΑΕγχΠ και αντιστρόφως. Για παράδειγμα, ενώ η Τσεχική Δημοκρατία και η Βουλγαρία δαπάνησαν περίπου το ίδιο μερίδιο του ΑΕγχΠ τους στην υγεία το 2019, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (προσαρμοσμένες σε ΣΔΙΤ ευρώ) ήταν 72% υψηλότερες στην Τσεχική Δημοκρατία λόγω του υψηλότερου

ΑΕγχΠ της. Το Λουξεμβούργο αποτελεί ένα εντυπωσιακό παράδειγμα μιας χώρας που έχει υψηλό επίπεδο κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία, αλλά λόγω των ιδιαιτεροτήτων της οικονομίας του και του εργαζόμενου πληθυσμού, έχει το χαμηλότερο μερίδιο των δαπανών για την υγεία σε σχέση με το ΑΕγχΠ. Δεδομένου ότι μεγάλο μέρος του πλούτου του παράγεται από μη μόνιμους κατοίκους και δεν διατίθεται για τελική κατανάλωση στην εγχώρια αγορά, η συσχέτιση των δαπανών για την υγεία με το Ακαθάριστο Εθνικό Εισόδημα μπορεί να έχει μεγαλύτερη σημασία από το να βλέπεις τον δείκτη δαπανών για την υγεία στο ΑΕΠ για τη συγκεκριμένη χώρα.

Με την πάροδο του χρόνου, οι τάσεις στις δαπάνες για την υγεία αντιδρούν συχνά στις αλλαγές στην ευρύτερη οικονομία, αν και υπάρχει συνήθως μια καθυστέρηση πριν οι αλλαγές στις οικονομικές συνθήκες αντικατοπτριστούν στις προσαρμογές στις δαπάνες για την υγεία. Όταν οι συνολικές οικονομικές συνθήκες επιδεινώθηκαν γρήγορα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία παρέμειναν σταθερές αρχικά ή και συνέχισαν να αυξάνονται (Εικόνα 7). Ως αποτέλεσμα, ο μέσος δείκτης δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ στις χώρες της ΕΕ σημείωσε απότομη άνοδο και έφτασε το 8,5% το 2009 - από 7,8% το 2008. Καθώς οι χώρες εισήγαγαν μια σειρά μέτρων στην προσπάθειά τους να περιορίσουν τις κρατικές δαπάνες για την υγεία και να μειώσουν τα αυξανόμενα δημοσιονομικά ελλείμματα (Morgan and Astolfi, 2014), η επακόλουθη αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία ευθυγραμμίστηκε περισσότερο με την οικονομική ανάπτυξη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Κατά συνέπεια, ο λόγος των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕγχΠ ήταν σχετικά σταθερός από το 2014.

Ως αποτέλεσμα αυτού του βήματος, η αύξηση του δείκτη δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ πριν από δέκα χρόνια και η εκτενέστερη ευθυγράμμιση με την οικονομική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, η συνολική αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία (σε πραγματικούς όρους) στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταξύ 2005 και 2019 ήταν μεγαλύτερη από εκείνη του κατά κεφαλήν ΑΕγχΠ. Εξετάζοντας τις τάσεις σε ορισμένες μεμονωμένες χώρες της ΕΕ, τόσο η Γαλλία όσο και η Γερμανία είδαν την αναλογία δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ να αυξάνονται απότομα το 2009, αλλά η πορεία του δείκτη έχει αποκλίνει τα τελευταία χρόνια (Εικόνα 8). Ενώ η Γερμανία συνέχισε να παρουσιάζει σταθερή αύξηση του μεριδίου του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία μεταξύ του 2015 και του 2019, η Γαλλία σημείωσε πτώση της αναλογίας της

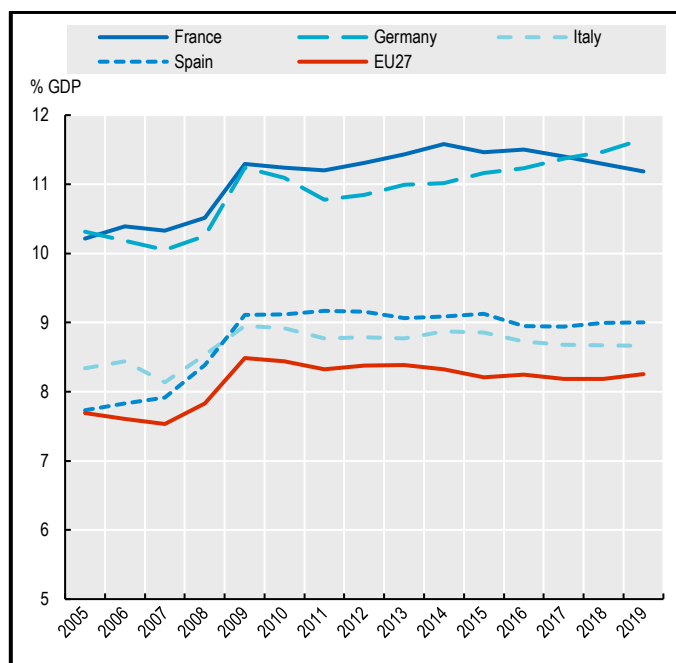
καθώς η αύξηση των δαπανών για την υγεία παρέμεινε χαμηλή, τόσο σε γενικές γραμμές όσο και σε σύγκριση με τη συνολική οικονομική ανάπτυξη. Η Ιταλία και η Ισπανία παρουσίασαν επίσης παρόμοιο άλμα το 2009, αν και έκτοτε η αύξηση των δαπανών για την υγεία παρουσίασε εκτενέστερη ευθυγράμμιση με την οικονομική ανάπτυξη, με αποτέλεσμα ο δείκτης υγείας προς το ΑΕΠ να παραμένει σταθερός τα τελευταία δέκα χρόνια.



**Εικόνα 7.** Ετήσια αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία και του ΑΕγχΠ, ΕΕ27, 2005-19.

Πηγή: OECDd Health Statistics 2020





Εικόνα 8. Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕγχΠ, της ΕΕ27 και επιλεγμένων χωρών, 2005-19.

Πηγή: OECD Health Statistics 2020

Η πανδημία COVID-19 έχει σημαντικές συνέπειες τόσο για το ΑΕγχΠ όσο και για την αύξηση των δαπανών για την υγεία το 2020. Παρόλο που δεν είναι ακόμα σαφές, διαφαίνεται ότι το ΑΕΠ θα συρρικνωθεί ουσιαστικά σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, ακόμη και στα πιο αισιόδοξα σενάρια. Όσον αφορά τις δαπάνες για την υγεία, αναμένονται περαιτέρω αυξήσεις - τουλάχιστον σε ορισμένες χώρες.

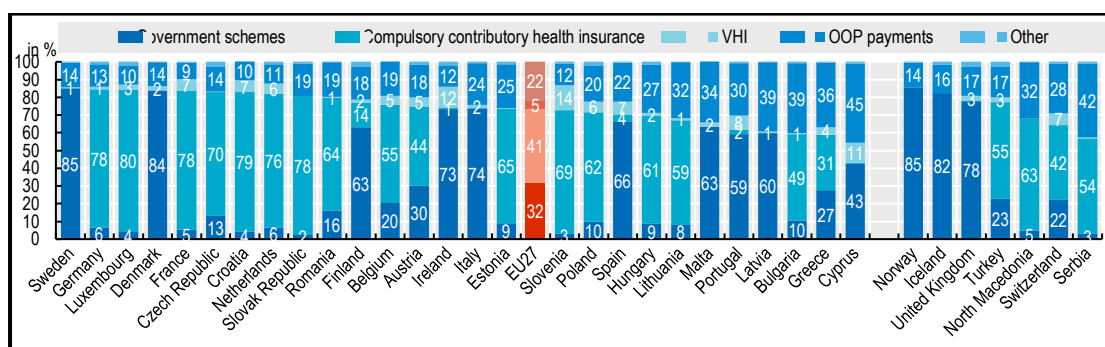
### 3.3 Χρηματοδότηση δαπανών υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη αγοράζεται μέσω ποικίλων ρυθμίσεων χρηματοδότησης. Σε χώρες όπου τα άτομα δικαιούνται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με βάση, για παράδειγμα, την κατοικία τους, κυρίαρχα συστήματα χρηματοδότησης είναι τα κυβερνητικά. Σε άλλες, κάποια μορφή υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (είτε κοινωνική ασφάλιση υγείας είτε μια οργανωμένη μέσω ιδιωτικών ασφαλιστών) συνήθως καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας. Επιπλέον, οι άμεσες (out of-pocket) πληρωμές από τα νοικοκυριά καθώς και διάφορες μορφές εθελοντικής ασφάλισης υγείας που προορίζονται να αντικαταστήσουν, να συμπληρώσουν ή να

ενισχύσουν την αυτόματη ή υποχρεωτική κάλυψη αποτελούν το υπόλοιπο των δαπανών για την υγεία.

Το 2018, περίπου το 73% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκε μέσω κυβερνήσεων και υποχρεωτικής ασφάλισης κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ (Εικόνα 9). Στη Σουηδία και τη Δανία, οι κεντρικές, περιφερειακές ή τοπικές κυβερνήσεις κάλυψαν περίπου το 85% όλων των δαπανών για την υγεία. Στο Λουξεμβούργο, την Κροατία, τη Γερμανία, τη Γαλλία, τη Σλοβακική Δημοκρατία και τις Κάτω Χώρες, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας χρηματοδότησε περισσότερα από τα τρία τέταρτα όλων των δαπανών υγείας. Η Κύπρος ήταν η μόνη χώρα της ΕΕ όπου χρηματοδοτήθηκαν λιγότερο από το ήμισυ του συνόλου των δαπανών για την υγεία μέσω κυβερνητικών ή υποχρεωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων. Η εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας από το 2019 αναμένεται να αυξήσει σημαντικά αυτό το μερίδιο.

Σε πέντε χώρες της ΕΕ - Κύπρος, Λετονία, Βουλγαρία, Ελλάδα και Μάλτα - οι άμεσες (out-of-pocket) δαπάνες αντιπροσώπευαν περισσότερο από το ένα τρίτο των δαπανών για την υγεία το 2018 (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ κατά 22%), ενώ μόνο στη Σλοβενία, την Ιρλανδία και την Κύπρο χρηματοδότησε εθελοντική ασφάλιση υγείας πάνω από το 10% των δαπανών για την υγεία (μέσος όρος ΕΕ: 5%).

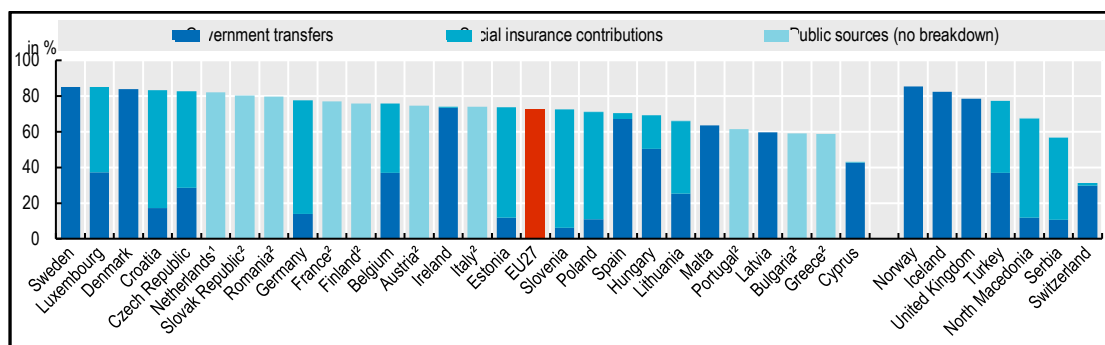


Εικόνα 9. Δαπάνες υγείας ανά είδος χρηματοδότησης, 2018.

Πηγή: OECDf Health Statistics 2020

Για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τα συστήματα χρηματοδότησης βασίζονται σε διαφορετικούς τύπους εσόδων. Το 2018, οι δημόσιες πηγές (που περιλαμβάνουν κρατικές μεταβιβάσεις και εισφορές κοινωνικής

ασφάλισης) χρηματοδότησαν κατά μέσο όρο το 73% όλων των δαπανών για την υγεία σε όλες τις χώρες της ΕΕ (Εικόνα 10). Ενώ αυτό το μερίδιο είναι ίδιο με αυτό που φαίνεται στο Σχήμα 5.6, υπάρχουν διαφορές για ορισμένες χώρες. Για παράδειγμα, η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση υγείας χρηματοδοτείται γενικά από ιδιωτικά έσοδα, γεγονός που εξηγεί γιατί το μερίδιο των δημόσιων δαπανών υγείας στη Γερμανία, τη Γαλλία και την Ελβετία είναι σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο μερίδιο των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από κυβερνητικά και υποχρεωτικά συστήματα.



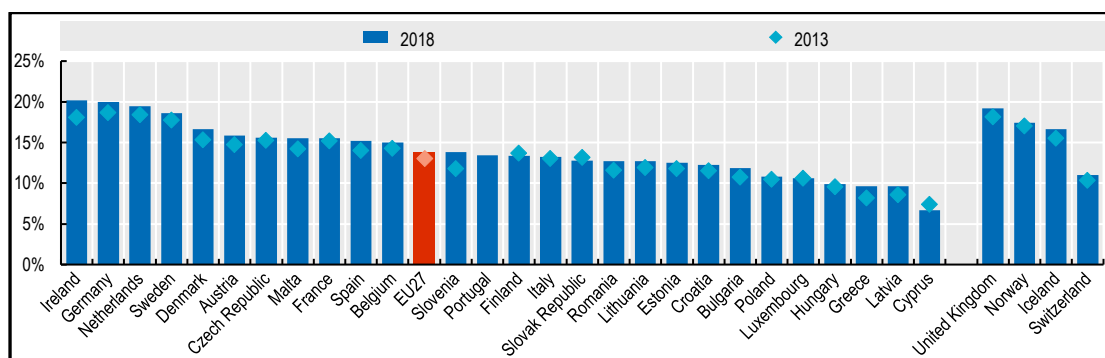
**Εικόνα 10. Δαπάνες υγείας από δημόσιες πηγές ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία, 2018.**

Πηγή: OECDg Health Statistics 2020

Γενικά, οι τύποι εσόδων σχετίζονται στενά με το σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Στη Σουηδία και τη Δανία, για παράδειγμα, όπου η υγειονομική περίθαλψη αγοράζεται κυρίως μέσω προγραμμάτων τοπικής αυτοδιοίκησης, χρηματοδοτείται σχεδόν εξ ολοκλήρου μέσω κρατικών μεταβιβάσεων. Άλλοι τύποι χρηματοδότησης μπορεί να βασίζονται σε συνδυασμό διαφορετικών πηγών εσόδων. Για παράδειγμα, σε χώρες όπου υπάρχουν συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές εισφορές θα είναι συνήθως μια σημαντική πηγή εσόδων, αλλά αυτό μπορεί να συμπληρωθεί με κυβερνητικές μεταβιβάσεις για την κάλυψη ομάδων μη εργαζομένων. Η ανάλυση της δομής των συστημάτων χρηματοδότησης μαζί με τους τύπους εσόδων που λαμβάνουν αυτά τα προγράμματα δείχνει ότι ο ρόλος της κυβέρνησης στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως κάτι περισσότερο από απλός αγοραστής υγειονομικών υπηρεσιών.

Οι δημόσιοι προϋπολογισμοί (συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης) χρηματοδοτούν πολλές διαφορετικές υπηρεσίες. Ως εκ τούτου, η υγεία

ανταγωνίζεται για δημόσια κεφάλαια με πολλούς άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η άμυνα και η στέγαση. Το 2018, περίπου το 14% των συνολικών κρατικών δαπανών διατέθηκε κατά μέσο όρο στην υγεία σε όλες τις χώρες της ΕΕ (Εικόνα 11). Στην Ιρλανδία και τη Γερμανία, το μερίδιο των δημόσιων δαπανών που προορίζονται για την υγειονομική περίθαλψη ήταν περίπου 20%, ενώ στην Ουγγαρία, την Ελλάδα, τη Λετονία και την Κύπρο ήταν κάτω του 10%. Από το 2013, με εξαίρεση τη Φινλανδία, τη Σλοβακική Δημοκρατία και την Κύπρο, οι μετοχές αυτές αυξήθηκαν (ελαφρώς) σε όλες τις χώρες της ΕΕ, ιδίως στην Ιρλανδία (κατά 2,1 εκατοστιαίες μονάδες) και στην Ελλάδα (κατά 1,4 εκατοστιαίες μονάδες), αντικατοπτρίζοντας ότι ένα μεγαλύτερο μερίδιο των κρατικών δαπανών διατίθενται για την υγεία. Στην Ελλάδα, ωστόσο, το μερίδιο το 2018 είναι ακόμα χαμηλότερο από το επίπεδο του 2010.



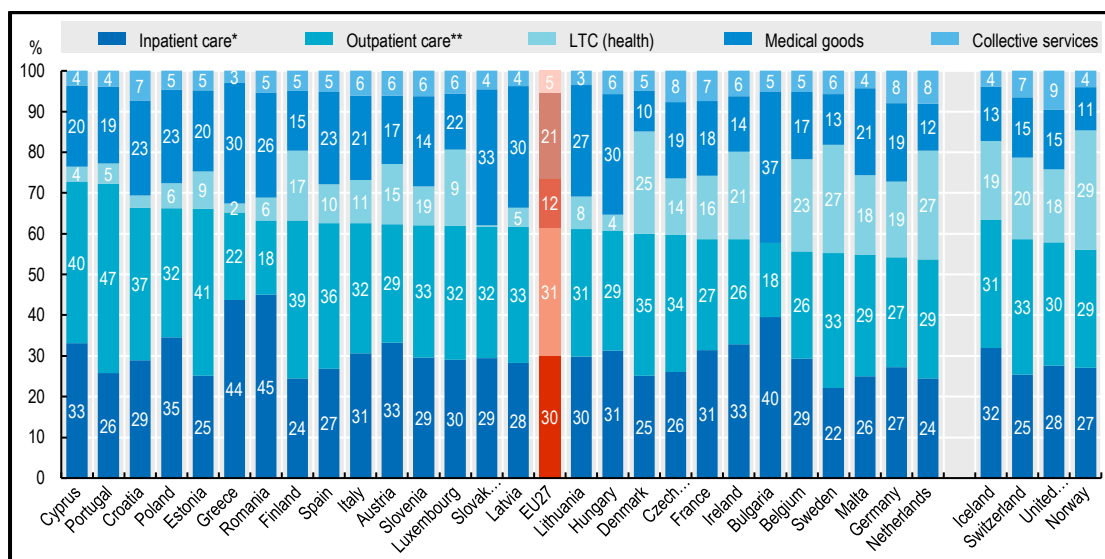
**Εικόνα 11.** Υγειονομικές δαπάνες από δημόσιες πηγές ως ποσοστό των συνολικών κρατικών δαπανών, 2013 και 2018 (ή πλησιέστερο έτος).

Πηγή: OECDh Health Statistics 2020

### 3.4 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τον τύπο αγαθών και υπηρεσιών

Μια ποικιλία παραγόντων, από το βάρος της νόσου και τις προτεραιότητες του συστήματος έως τις οργανωτικές πτυχές και το κόστος, βοηθούν στον προσδιορισμό της κατανομής των πόρων σε διάφορους τύπους αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το 2018, τα κράτη μέλη της ΕΕ δαπάνησαν κατά μέσο όρο περίπου το 60% των προϋπολογισμών για την υγεία τους σε θεραπευτική και αποκαταστατική περίθαλψη, λίγο περισσότερο από το 20% για ιατρικά είδη λιανικής (κυρίως

φαρμακευτικά προϊόντα) και το 12% σε μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη. Το υπόλοιπο 5% δαπανήθηκε σε συλλογικές υπηρεσίες, όπως η πρόληψη και η δημόσια υγεία (3%) καθώς και η διαχείριση συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Εικόνα 12).



Εικόνα 12. Δαπάνες υγείας ανά λειτουργία, 2018.

Πηγή: OECDi Health Statistics 2020

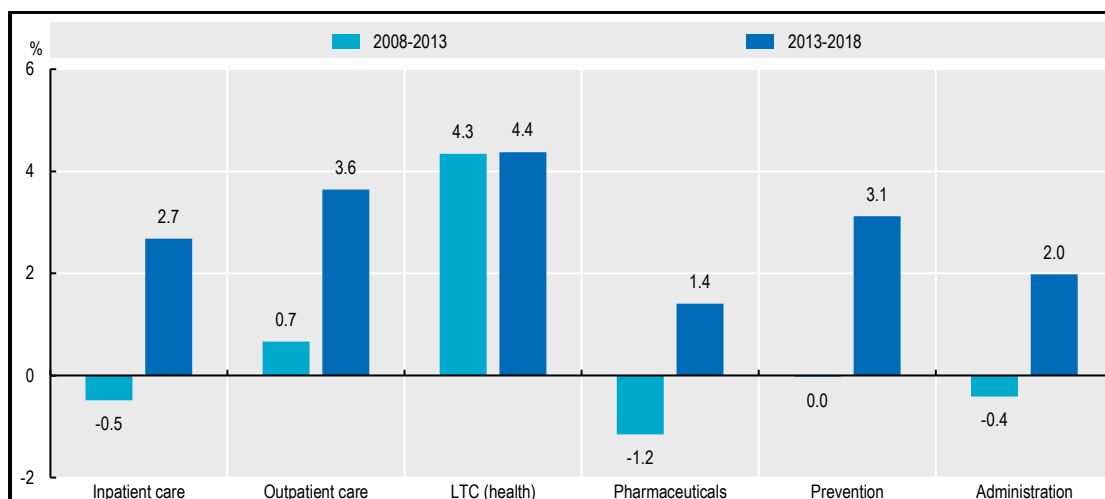
Το 2018, το μερίδιο των τρεχουσών δαπανών υγείας που προορίζονται για ιατρική περίθαλψη και αποκατάσταση κυμαινόταν από λίγο περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των δαπανών υγείας στη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες έως σχεδόν τα τρία τέταρτα στην Κύπρο και την Πορτογαλία. Αναλύοντας περαιτέρω, η Ρουμανία είχε το υψηλότερο ποσοστό δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένης της ημερήσιας φροντίδας σε νοσοκομεία), αντιπροσωπεύοντας το 45% των δαπανών για την υγεία. Για τις περισσότερες χώρες της ΕΕ (17), οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένης της κατ'οίκον θεραπευτικής και αποκαταστατικής περίθαλψης και βοηθητικών υπηρεσιών) υπερέβαιναν εκείνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ιδίως στην Πορτογαλία, όπου η εξωτερική περίθαλψη (τόσο σε περιπατητικές εγκαταστάσεις όσο και σε νοσοκομεία) αντιπροσώπευε μόλις το ήμισυ όλων των δαπανών για την υγεία (47%).

Η άλλη σημαντική κατηγορία δαπανών για την υγεία είναι τα λιανικά ιατρικά είδη (τα οποία αναφέρονται κυρίως σε φαρμακευτικά προϊόντα) που καταναλώνονται σε εξωτερικούς χώρους. Μια σειρά παραγόντων μπορεί να επηρεάσει τις δαπάνες για

φαρμακευτικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών στα κανάλια διανομής, τον επιπολασμό των γενόσημων φαρμάκων, καθώς και τις σχετικές τιμές σε διαφορετικές χώρες. Το μερίδιο των δαπανών για ιατρικά προϊόντα τείνει να είναι υψηλότερο στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης - στη Σλοβακική Δημοκρατία, αντιπροσώπευε τη μεγαλύτερη συνιστώσα των δαπανών για την υγεία (33%). Αντίθετα, το σχετικό βάρος των ιατρικών προϊόντων σε προϋπολογισμούς υγείας ορισμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης και των Σκανδιναβικών χωρών τείνει να είναι μικρότερο (<15%). Η διακύμανση μεταξύ των χωρών στα επίπεδα τιμών των ιατρικών προϊόντων είναι γενικά μικρότερη από αυτήν των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, λόγω της επιρροής της διεθνούς τιμολόγησης, οι δαπάνες για ιατρικά είδη θα τείνουν να αποτελούν μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών για την υγεία σε χώρες με χαμηλότερο εισόδημα.

Οι δαπάνες των χωρών για μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη ποικίλλουν επίσης σημαντικά σε ολόκληρη την ΕΕ. Χώρες όπως η Ολλανδία, η Σουηδία και η Δανία, με καθιερωμένες επίσημες ρυθμίσεις για τους ηλικιωμένους και τον εξαρτώμενο πληθυσμό, διέθεσαν περισσότερο από το ένα τέταρτο των δαπανών για την υγεία τους στη μακροχρόνια περίθαλψη το 2018. Σε πολλές χώρες της Νότιας καθώς και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, με πιο ανεπίσημες ρυθμίσεις, οι δαπάνες για επίσημες υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης αντιπροσωπεύουν πολύ μικρότερο μερίδιο των συνολικών δαπανών.

Η εικόνα 13 παρουσιάζει τους ρυθμούς αύξησης των δαπανών για βασικά αγαθά και υπηρεσίες υγείας για δύο χρονικές περιόδους: στην αρχή και μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση (2008-2013) και στην πιο πρόσφατη πενταετή περίοδο για την οποία υπάρχουν ολοκληρωμένα στοιχεία (2013-2018). Στα χρόνια που ακολούθησαν την οικονομική κρίση, οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης των δαπανών για τα περισσότερα μέρη του τομέα της υγείας παρουσίασαν επιβράδυνση ή ακόμη και αντιστροφή. Από το 2013, οι μέσοι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης των δαπανών για την υγεία έχουν ανακάμψει για τις περισσότερες βασικές λειτουργίες του συστήματος υγείας, ωστόσο εξακολουθούν να υπολείπονται των επιπέδων πριν από την κρίση.



**Εικόνα 13.** Ποσοστά αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας για επιλεγμένες λειτουργίες, μέσος όρος ΕΕ, σε πραγματικούς όρους, 2008-18.

Πηγή: OECDj Health Statistics 2020

Μεταξύ 2008 και 2013, οι λιανικές φαρμακευτικές δαπάνες σε ολόκληρη την ΕΕ μειώθηκαν κατά μέσο όρο 1,2% του ετήσιου ποσοστού μετά την εφαρμογή διαφόρων πολιτικών περιορισμού του κόστους σε πολλές χώρες της ΕΕ. Μεταξύ 2013 και 2018, οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα ανέκαμψαν, έχοντας αυξηθεί κατά μέσο όρο 1,4% ετησίως. Οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη και διοικητικές δραστηριότητες ακολούθησαν παρόμοιο μοτίβο σε αυτές τις δύο χρονικές περιόδους. Οι δαπάνες για προληπτικές υπηρεσίες σταμάτησαν μεταξύ 2008 και 2013 προτού επιστρέψουν σε μέτρια ανάπτυξη τη δεύτερη περίοδο. Για τη φροντίδα εξωτερικών ασθενών, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών μειώθηκε κατά τα πέντε έτη από την έναρξη της χρηματοπιστωτικής κρίσης σε σύγκριση με την προηγούμενη πενταετή περίοδο, ωστόσο παρέμεινε θετικός στο 0,7%, υποδηλώνοντας ότι αυτές οι υπηρεσίες προστατεύονταν καλύτερα από τις σχετικές περικοπές σε άλλες λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης. Το ίδιο ισχύει και για τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη, τη μόνη σημαντική λειτουργία υγειονομικής περίθαλψης που ανέφερε ισχυρή αύξηση δαπανών καθ' όλη την περίοδο 2008-2013 (4,3%). Έκτοτε, οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα συνέχισαν να αυξάνονται έντονα.

### 3.5 Δαπάνες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

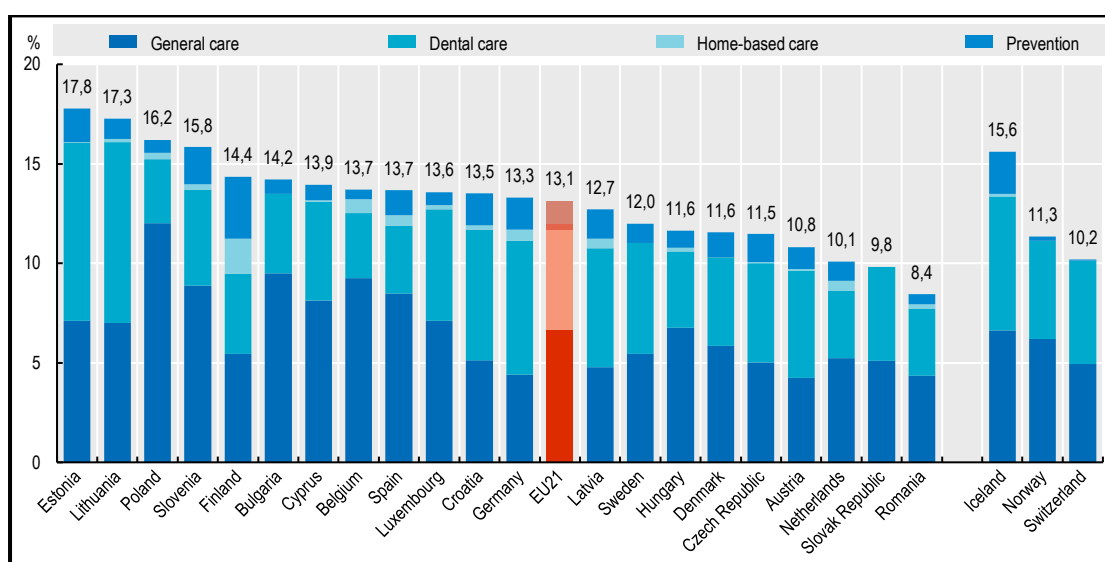
Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για αποτελεσματικά, ανθρωποκεντρικά και δίκαια συστήματα υγείας. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει αναγνωριστεί ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο πολιτικής για τη βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας και των αποτελεσμάτων της υγείας και τη μείωση των αλόγιστων δαπανών, περιορίζοντας τις περιττές νοσηλείες και τις συναφείς δαπάνες στα νοσοκομεία και σε άλλα μέρη του συστήματος υγείας. Ωστόσο, σε πολλές χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν έχει ακόμη αξιοποιήσει πλήρως αυτό το δυναμικό (ΟΟΣΑ, 2020).

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι μια περίπλοκη έννοια που εκτείνεται σε διάφορους τύπους υπηρεσιών και παρόχων. Δεν υπάρχει οριστική συναίνεση σχετικά με το ποιες υπηρεσίες ή πάροχοι πρέπει να συμπεριληφθούν. Τα δεδομένα που παρουσιάζονται εδώ ορίζουν τις δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ως γενική ιατρική περίθαλψη, οδοντιατρική και κατ'οίκον θεραπευτική περίθαλψη, καθώς και προληπτικές υπηρεσίες (που ονομάζονται συλλογικά ως «βασικές υπηρεσίες φροντίδας») όταν παρέχονται από παρόχους περιπατητικής περίθαλψης - που σημαίνει ότι η περίθαλψη σε νοσοκομεία ή εξωτερικούς ασθενείς δεν περιλαμβάνεται ειδική φροντίδα. Χρησιμοποιώντας αυτό ως πληρεξούσιο, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει περίπου το 13% των δαπανών υγείας κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, που κυμαίνονται από λιγότερο από 10% στη Σλοβακική Δημοκρατία και τη Ρουμανία έως περισσότερο από 17% στη Λιθουανία και την Εσθονία (Εικόνα 3.11) Οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία παρέμειναν σχετικά σταθερές τα τελευταία πέντε χρόνια στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, γεγονός που υποδηλώνει αύξηση των δαπανών σύμφωνα με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Εξαιρέσεις σε αυτό είναι η Λετονία και η Ρουμανία - όπου οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν κατά μέσο όρο περίπου 10% ετησίως τα τελευταία πέντε χρόνια - ή η Φινλανδία και η Σλοβακική Δημοκρατία, όπου οι δαπάνες για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν σε πραγματικούς όρους από το 2013.

Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, το ήμισυ των δαπανών πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφορά γενικές υπηρεσίες εξωτερικής ιατρικής. Ένα επιπλέον 39%



σχετίζεται με την οδοντιατρική περίθαλψη. Οι υπηρεσίες πρόληψης (9%) καθώς και οι επισκέψεις στο σπίτι από ιατρούς ή νοσηλευτές (2%) αποτελούν πολύ μικρότερο ποσοστό δαπανών για πρωτοβάθμια περίθαλψη. Εξετάζοντας συγκεκριμένα παραδείγματα χωρών, το μερίδιο της γενικής περίθαλψης εξωτερικών ασθενών που παρέχεται από παρόχους περιπατητικών υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Πολωνία και φτάνει το 12% όλων των δαπανών για την υγεία. Στη Γερμανία, την Αυστρία και τη Ρουμανία, οι δαπάνες για γενική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών είναι πολύ χαμηλότερες σε σχετικούς όρους, αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από 4,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία (Εικόνα 14).

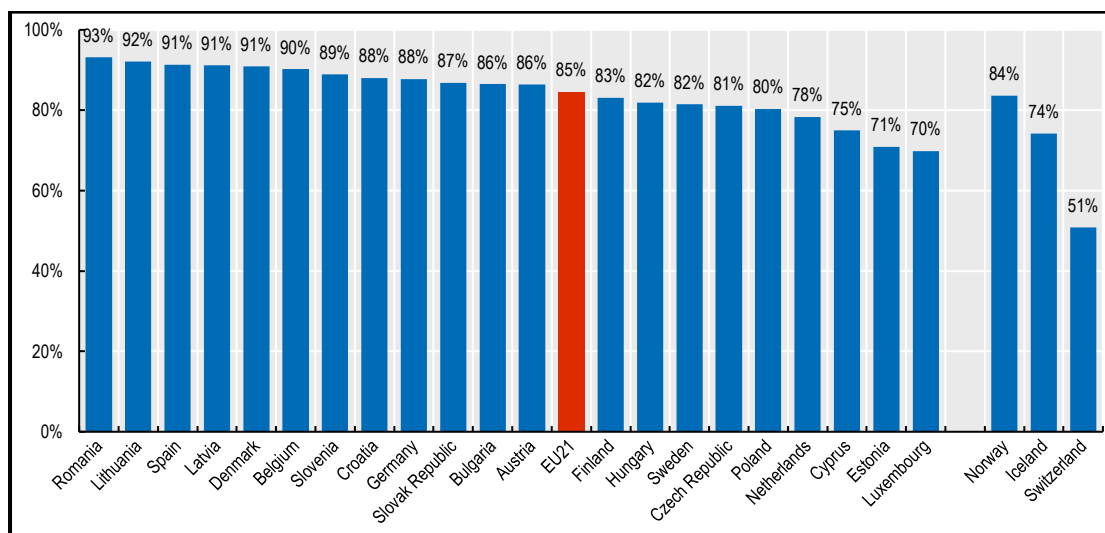


**Εικόνα 14.** Δαπάνες για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία, 2018.

Πηγή: OECDk Health Statistics 2020

Στη Λιθουανία και την Εσθονία, το σχετικά μεγάλο βάρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις συνολικές δαπάνες για την υγεία εξηγείται από τη σημασία της οδοντιατρικής περίθαλψης, η οποία αντιπροσωπεύει το 50% των δαπανών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Και στις δύο χώρες, η οδοντιατρική περίθαλψη αποτελεί το 9% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία τους - σχεδόν διπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ (5% του συνόλου των δαπανών για την υγεία). Αντίθετα, οι δαπάνες για οδοντιατρική περίθαλψη είναι συγκριτικά μικρές στην Πολωνία, το Βέλγιο, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία, όπου αντιπροσωπεύει μόνο περίπου το 3% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Οι «βασικές υπηρεσίες φροντίδας» που περιγράφονται παραπάνω μπορούν να παρασχεθούν σε διάφορα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων. Το ποσοστό των δαπανών για όλες τις υπηρεσίες βασικής φροντίδας που παρέχονται από τον τομέα της περιπατητικής φροντίδας μπορεί να ερμηνευθεί ως κατά προσέγγιση μέτρο της κατανομής της αποτελεσματικότητας, καθώς θα μπορούσε να δείξει τι παρέχεται στο πιο κατάλληλο περιβάλλον. Ωστόσο, η συγκρισιμότητα αυτού του μέτρου μεταξύ χωρών παραμένει περιορισμένη λόγω της ποικιλομορφίας των οργανωτικών μοντέλων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Για παράδειγμα, ορισμένες χώρες της ΕΕ έχουν δημιουργήσει ειδικές μονάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης εντός των νοσοκομείων. Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, το 85% του συνόλου των βασικών δαπανών φροντίδας προορίζεται για υπηρεσίες που παρέχονται από παρόχους περιπατητικής περίθαλψης (Εικόνα 15). Αυτό το μερίδιο ανήλθε στο 90% ή περισσότερο στο Βέλγιο, τη Δανία, τη Λετονία, την Ισπανία, τη Λιθουανία και τη Ρουμανία, αλλά ήταν λιγότερο από 75% στην Εσθονία, το Λουξεμβούργο και την Ελβετία.



**Εικόνα 15.** Δαπάνες βασικής φροντίδας που παρέχονται από παρόχους περιπατητικής περίθαλψης ως μερίδιο των συνολικών δαπανών βασικής φροντίδας, 2018.

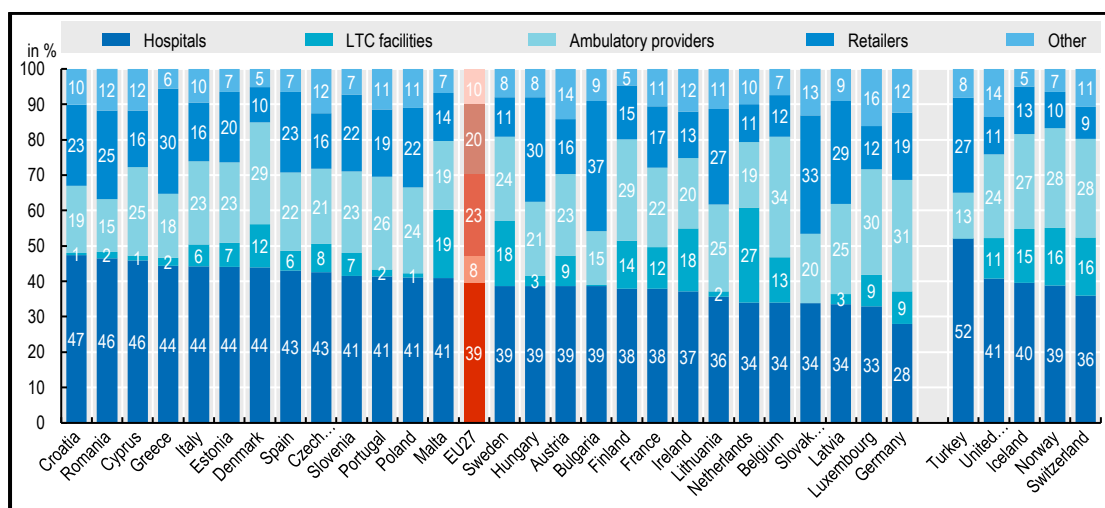
Πηγή: OECD Health Statistics 2020

### 3.6 Δαπάνες υγείας σε σχέση με τον πάροχο

Πώς και πού παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις δαπάνες για διαφορετικά αγαθά και υπηρεσίες. Η υγειονομική περίθαλψη μπορεί

να παρέχεται σε πολλά διαφορετικά οργανωτικά περιβάλλοντα, από νοσοκομεία και ιατρικές πρακτικές έως φαρμακεία ακόμη και ιδιωτικά νοικοκυριά που φροντίζουν μέλη της οικογένειας. Η ανάλυση των δαπανών για την υγεία σε σχέση πάροχο μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν εξετάζεται παράλληλα με τη λειτουργική κατανομή των δαπανών υγείας, δίνοντας μια πληρέστερη εικόνα της οργάνωσης των συστημάτων υγείας (OECD/Eurostat/WHO, 2017).

Οι δραστηριότητες που παρέχονται στα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Το 2018, τα νοσοκομεία έλαβαν κατά μέσο όρο το 39% της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Στην Κροατία, τη Ρουμανία και την Κύπρο, τα νοσοκομεία έλαβαν περισσότερο από το 45% του συνολικού προϋπολογισμού τους για την υγειονομική περίθαλψη (Εικόνα 16). Στο άλλο άκρο της κλίμακας, τα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 30% των συνολικών δαπανών υγείας της Γερμανίας. Αυτό το συγκριτικά χαμηλό μερίδιο οφείλεται εν μέρει στα οργανωτικά χαρακτηριστικά για κάθε χώρα που ορίζουν έναν σχετικά αυστηρό διαχωρισμό μεταξύ παροχής υπηρεσιών εσωτερικού και εξωτερικού χώρου, ο οποίος, με τη σειρά του, έχει ως αποτέλεσμα τη συγκριτικά περιορισμένη δραστηριότητα εξωτερικών ασθενών στα γερμανικά νοσοκομεία.



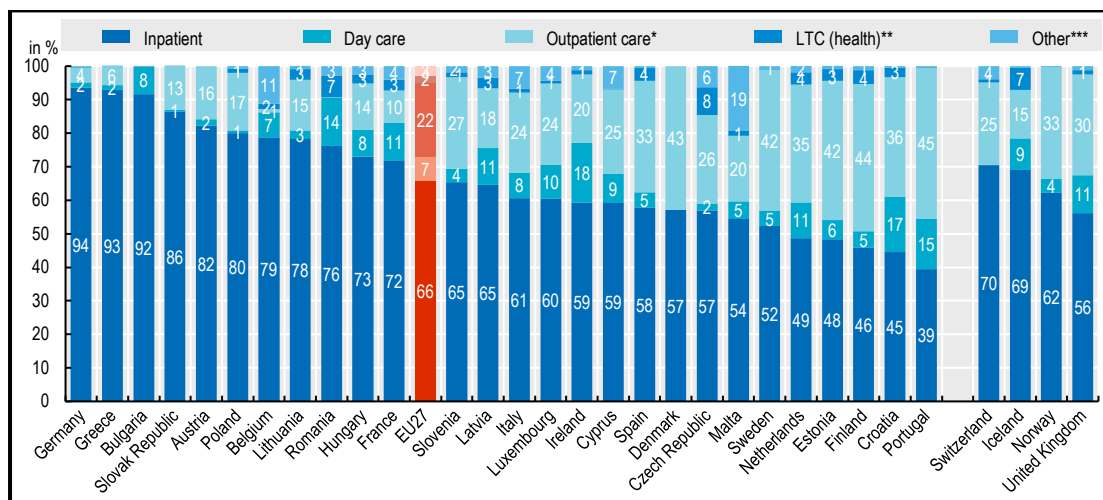
Εικόνα 16. Δαπάνες υγείας ανά πάροχο, 2018.

Πηγή: OECDm Health Statistics 2020

Μετά τα νοσοκομεία, η δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία παρόχων φροντίδας είναι οι περιπατητικοί πάροχοι. Αυτή η κατηγορία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εγκαταστάσεων και, ανάλογα με τον οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας ανά χώρα, οι περισσότερες δαπάνες σχετίζονται είτε με ιατρικές πρακτικές, συμπεριλαμβανομένων γραφείων ιατρών και ειδικών (π.χ. Αυστρία, Γαλλία και Γερμανία) είτε περιπατητικά κέντρα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. Φινλανδία, Ιρλανδία και Σουηδία). Σε όλες τις χώρες της ΕΕ, η περίθαλψη που παρέχεται από περιπατητικούς παρόχους αντιπροσωπεύει περίπου το ένα τέταρτο των δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Αυτό το μερίδιο ανέρχεται στο 30% ή περισσότερο στο Βέλγιο, τη Γερμανία και το Λουξεμβούργο, αλλά είναι μικρότερο από 20% στην Ελλάδα, την Κροατία, τη Μάλτα, τις Κάτω Χώρες, τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία. Κατά μέσο όρο σε ολόκληρη την ΕΕ, περίπου τα δύο τρίτα του συνόλου των δαπανών για περιπατητικούς παρόχους σχετίζονται με ιατρούς και εξειδικευμένες πρακτικές μαζί με περιπατητικά κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και το ένα πέμπτο των οδοντιατρικών πρακτικών. Άλλες κύριες κατηγορίες παροχών περιλαμβάνουν λιανοπωλητές (κυρίως φαρμακεία που πωλούν συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα) - αντιπροσωπεύοντας το 20% των δαπανών υγείας κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ - και εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης κατοικιών (κυρίως παρέχοντας νοσοκομειακή περίθαλψη σε μακροχρόνια εξαρτώμενα άτομα) κατά μέσο όρο 8% των δαπανών για την υγεία.

Υπάρχει μια μεγάλη διακύμανση στο εύρος των δραστηριοτήτων που μπορεί να εκτελούνται από την ίδια κατηγορία παρόχου σε όλες τις χώρες, ανάλογα με τη δομή και την οργάνωση κάθε συστήματος υγείας. Αυτή η διακύμανση είναι πιο έντονη στα νοσοκομεία (Εικόνα 17). Αν και η πλειονότητα των νοσοκομειακών δαπανών σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ κατανέμεται σε νοσοκομειακή περίθαλψη (curative-rehabilitative), σε ορισμένες χώρες τα νοσοκομεία αποτελούν σημαντικούς παρόχους υπηρεσιών εξωτερικής ιατρικής - για παράδειγμα, μέσω τμημάτων ατυχημάτων και έκτακτης ανάγκης, εξειδικευμένων μονάδων εξωτερικών ασθενών ή εργαστηριακών και απεικονιστικών υπηρεσιών που παρέχονται σε εξωτερικούς ασθενείς. Στη Γερμανία, την Ελλάδα και τη Βουλγαρία, τα νοσοκομεία είναι γενικά μονο-λειτουργικά, με τη συντριπτική πλειοψηφία (> 90%) των δαπανών να απευθύνονται σε νοσοκομειακή περίθαλψη, και πολύ λίγες δαπάνες για εξωνοσοκομειακή και ημερήσια

φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, η νοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύει πάνω από το 40% των νοσοκομειακών δαπανών στην Πορτογαλία, τη Φινλανδία, τη Δανία, τη Σουηδία και την Εσθονία. Σε αυτές τις χώρες, οι ειδικοί συνήθως λαμβάνουν εξωτερικούς ασθενείς σε νοσοκομειακά τμήματα.



Εικόνα 17. Δαπάνες νοσοκομείου ανά τύπο υπηρεσίας, 2018.

Πηγή: OECDn Health Statistics 2020

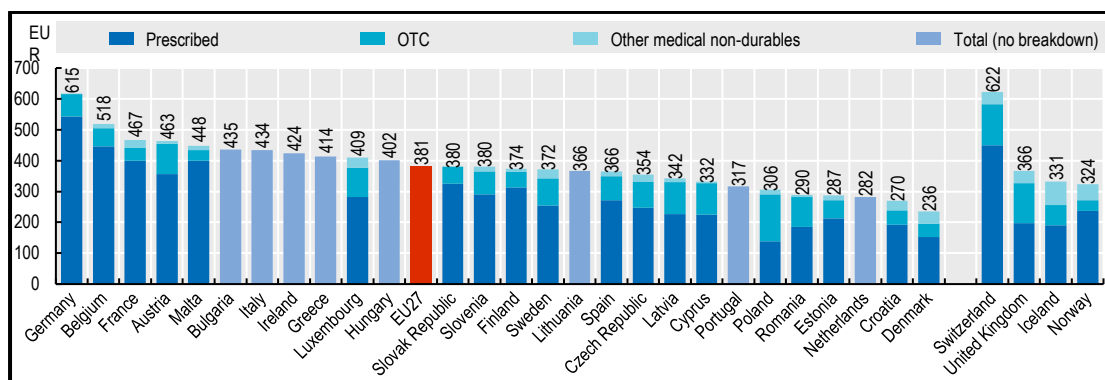
Για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής για επιλεγμένες διαδικασίες, πολλές χώρες της ΕΕ έχουν μετατοπίσει ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες από το νοσοκομείο σε χώρους ημερήσια φροντίδας τα τελευταία χρόνια (OECD, 2017). Ως αποτέλεσμα, το 2018 η ημερήσια φροντίδα αντιπροσώπευε περισσότερο από το 10% του συνόλου των νοσοκομειακών δαπανών σε επτά χώρες της ΕΕ.

Τέλος, η παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης σε νοσοκομεία για άτομα με ανάγκες μακροχρόνιας περίθαλψης (η οποία δεν αναφέρεται σε τακτική θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση σε νοσοκομείο) αποτελεί σημαντικό μερίδιο των δαπανών νοσοκομείου σε ορισμένες χώρες όπως η Τσεχική Δημοκρατία, Ρουμανία και Ισλανδία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη διαθέσιμων κρεβατιών σε κατάλληλες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης όταν ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα δεν μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους.

### 3.7 Φαρμακευτικές Δαπάνες

Η φαρμακευτική περίθαλψη εξελίσσεται συνεχώς, με όλο και περισσότερα νέα φάρμακα να εισέρχονται στην αγορά κάθε χρόνο. Αυτά μπορεί να προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις στις υπάρχουσες θεραπείες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, την προοπτική θεραπείας καταστάσεων που προηγουμένως θεωρούνταν ανίατες. Ωστόσο, το κόστος των νέων φαρμακευτικών φαρμάκων μπορεί να είναι πολύ υψηλό, με σημαντικές επιπτώσεις στους προϋπολογισμούς για την υγειονομική περίθαλψη. Το 2018, τα φαρμακευτικά καταστήματα λιανικής (εξαιρουμένων εκείνων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης) αντιπροσώπευαν μόνο το ένα τέταρτο του συνόλου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και αντιπροσώπευαν την τρίτη μεγαλύτερη συνιστώσα δαπανών στις χώρες της ΕΕ μετά από νοσηλεία και εξωτερικούς ασθενείς. Συνολικά, η χρέωση της λιανικής φαρμακευτικής στην ΕΕ ανήλθε σε 190 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Ωστόσο, χωρίς να ληφθούν υπόψη οι δαπάνες για φάρμακα που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο (γενικά περιλαμβάνονται σε νοσοκομειακή περίθαλψη), αυτό δεν παρέχει πλήρη εικόνα των συνολικών φαρμακευτικών δαπανών.

Οι δαπάνες για λιανικά φαρμακευτικά προϊόντα ήταν κατά μέσο όρο σε 381 ευρώ ανά άτομο στα κράτη μέλη της ΕΕ το 2018, προσαρμοσμένες για διαφορές στην αγοραστική δύναμη. Οι διακυμάνσεις των κατά κεφαλήν λιανικών φαρμακευτικών δαπανών σε διάφορες χώρες μπορούν να αντανakλούν τις διαφορές στο καλάθι των διαθέσιμων φαρμάκων, των φαρμακευτικών τιμών, της κατανάλωσης και του σχετικού ρόλου των νοσοκομείων στη διανομή φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς και τη διείσδυση στην αγορά γενόσημων φαρμάκων (Εικόνα 18). Με 615 ευρώ κατά κεφαλήν, η Γερμανία δαπάνησε μακράν τα περισσότερα για φαρμακευτικά προϊόντα μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ - 60% πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το Βέλγιο, η Γαλλία και η Αυστρία ξόδεψαν μεταξύ 20-40% περισσότερα για κατά κεφαλήν φάρμακα από τον μέσο όρο της ΕΕ. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, η Δανία και η Κροατία είχαν σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών.



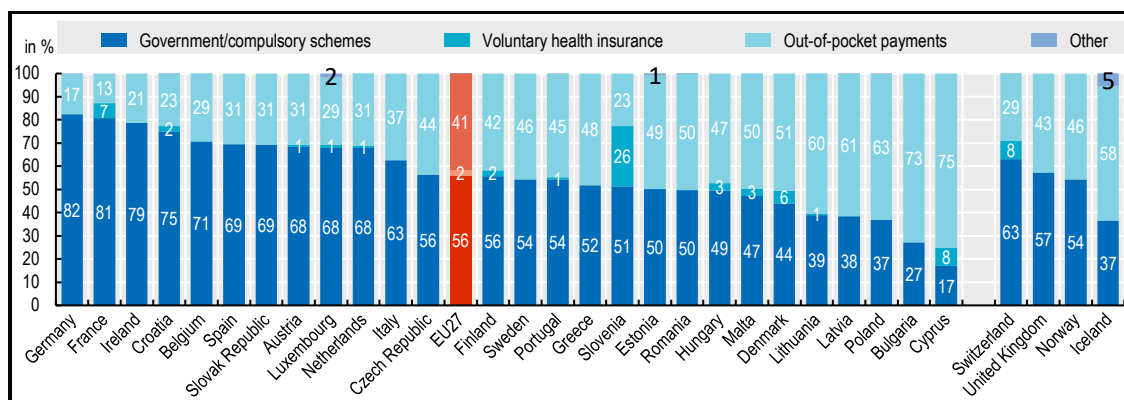
Εικόνα 18. Δαπάνες για κατά κεφαλήν λιανικά φαρμακευτικά είδη, 2018.

Πηγή: OECD Health Statistics 2020

Περίπου τέσσερα στα πέντε ευρώ που δαπανώνται για λιανικά φαρμακευτικά προϊόντα πηγαίνουν για συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ τα περισσότερα από τα υπόλοιπα σε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC). Τα εξωχρηματιστηριακά φάρμακα είναι φαρμακευτικά προϊόντα που αγοράζονται γενικά χωρίς ιατρική συνταγή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το κόστος τους βαρύνει πλήρως τους ασθενείς. Το μερίδιο των εξωχρηματιστηριακών φαρμάκων είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Πολωνία, αντιπροσωπεύοντας περισσότερο από το ήμισυ των λιανικών φαρμακευτικών δαπανών και ανέρχεται στο 30% ή περισσότερο στη Ρουμανία, τη Λετονία και την Κύπρο.

Στις περισσότερες χώρες, το κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων καλύπτεται κυρίως από κυβερνητικά ή υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης (Εικόνα 19). Κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ, αυτά τα συστήματα καλύπτουν περίπου το 56% όλων των λιανικών φαρμακευτικών δαπανών, με άμεσες πληρωμές (out-of pocket) (41%) και εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση (2%) χρηματοδοτώντας το υπόλοιπο μέρος. Η δημόσια κάλυψη είναι πιο γενναιόδωρη στη Γερμανία και τη Γαλλία, όπου τα κυβερνητικά και υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης πληρώνουν περισσότερο από το 80% του συνόλου των φαρμακευτικών δαπανών. Αντίθετα, σε οκτώ κράτη μέλη της ΕΕ, τα δημόσια ή υποχρεωτικά συστήματα καλύπτουν λιγότερο από το μισό ποσό που δαπανάται για φάρμακα και η κάλυψη είναι ιδιαίτερα χαμηλή στη Βουλγαρία (27%) και στην Κύπρο (17%).





Εικόνα 19. Δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα λιανικής ανά είδος χρηματοδότησης, 2018.

Πηγή: OECDp Health Statistics 2020

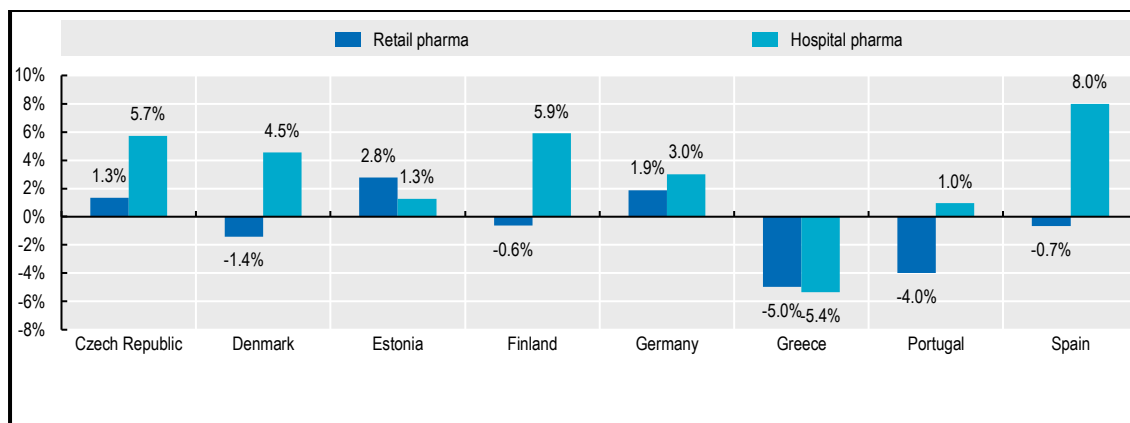
Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση των δαπανών για λιανικά φαρμακευτικά προϊόντα στην ΕΕ ήταν χαμηλή σε σύγκριση με άλλες υπηρεσίες υγείας και ήταν ακόμη και αρνητική σε πολλές χώρες κατά τα έτη μετά την οικονομική κρίση του 2008. Αυτό οφειλόταν εν μέρει σε έναν συνδυασμό πολιτικών συγκράτησης κόστους και δυναμικής αγοράς, συμπεριλαμβανομένου του γενικού και βιοϊσοδύναμου ανταγωνισμού (Belloni, Morgan and Paris, 2016).

Ωστόσο, νέες θεραπείες υψηλού κόστους, όπως για την ηπατίτιδα C και ορισμένα φάρμακα για τον καρκίνο, εξηγούν την επιστροφή στους θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα, ο αριθμός των νέων καρκινικών φαρμάκων και ενδείξεων αυξάνεται ραγδαία, μαζί με τις τιμές. Η αξία και οι πωλήσεις των ογκολογικών φαρμάκων έχουν υπερδιπλασιαστεί στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία.

Ωστόσο, ο λιανικός φαρμακευτικός τομέας περιγράφει μόνο ένα τμήμα των φαρμακευτικών δαπανών δεδομένου ότι οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης μπορούν συνήθως να προσθέσουν ακόμη 20% στις φαρμακευτικές δαπάνες μιας χώρας. Τα διαθέσιμα στοιχεία σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες υποδηλώνουν ότι η αύξηση των δαπανών για φαρμακευτική αγωγή στο νοσοκομείο έχει συχνά ξεπεράσει αυτή των λιανικών φαρμακευτικών προϊόντων, όπως στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Δανία, τη Φινλανδία, τη Γερμανία ή την Ισπανία (Εικόνα 20). Σε ορισμένες χώρες, αυτό μπορεί να



αντικατοπτρίζει εσκεμμένες πολιτικές αποφάσεις για τη μεταφορά φαρμάκων υψηλού κόστους σε νοσοκομεία.



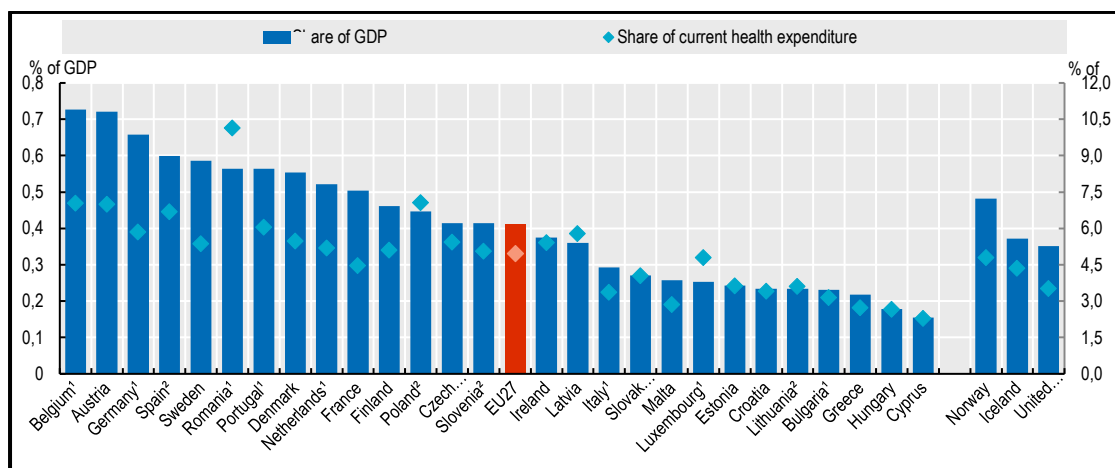
**Εικόνα 20.** Μέση ετήσια αύξηση των λιανικών και νοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών, σε πραγματικούς όρους, 2008-18 (ή πλησιέστερο έτος).

Πηγή: OECDq Health Statistics 2020

### 3.8 Κεφαλαιακές Δαπάνες στον τομέα της Υγείας

Ενώ ο τομέας της υγείας παραμένει υψηλής έντασης εργασίας, οι κεφαλαιουχικές επενδύσεις σε υποδομές και ιατρικό εξοπλισμό αποτέλεσαν ολοένα και σημαντικότερο παράγοντα παραγωγής υπηρεσιών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες, όπως αντικατοπτρίζεται, για παράδειγμα, από την αυξανόμενη σημασία των διαγνωστικών και θεραπευτικών συσκευών, ή επέκταση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στην υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, το επίπεδο των επενδύσεων σε κτίρια, μηχανήματα και τεχνολογία τείνει να κυμαίνεται περισσότερο από ό, τι οι τρέχουσες δαπάνες για υπηρεσίες υγείας με την πάροδο του χρόνου, ανταποκρινόμενοι συχνά στο οικονομικό κλίμα κατά το οποίο οι επενδυτικές αποφάσεις μπορούν να αναβληθούν ή να μετατεθούν.

Το 2018, εκτιμάται ότι, κατά μέσο όρο, τα κράτη μέλη της ΕΕ διέθεσαν περίπου το 0,4% του ΑΕΠ τους για κεφαλαιουχικές επενδύσεις στον τομέα της υγείας (Εικόνα 21). Αυτό συγκρίνεται με μέσο όρο 8,3% του ΑΕγχΠ που διατίθεται σε όλα τα συστήματα υγείας της ΕΕ σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικά είδη. Τα επίπεδα κεφαλαιουχικών επενδύσεων στην υγεία ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών της ΕΕ και με την πάροδο του χρόνου, ακόμη περισσότερο από ό, τι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία.

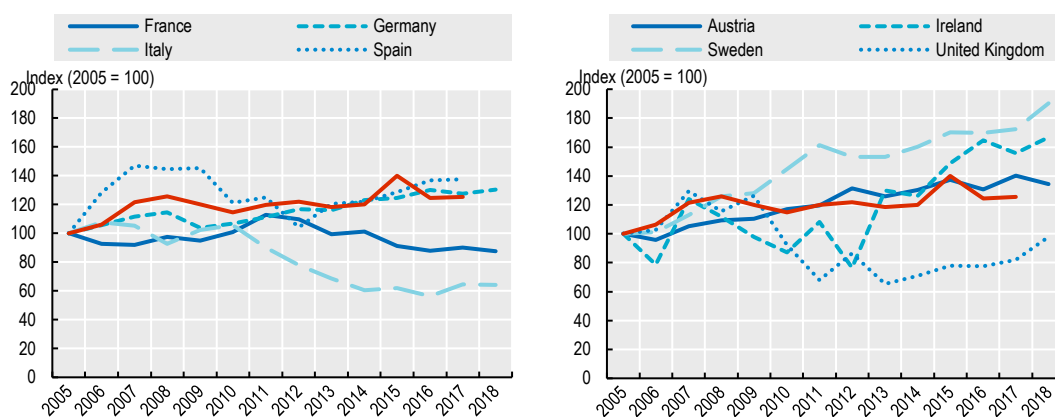


**Εικόνα 21.** Κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία ως μερίδιο του ΑΕγχΠ και σε σχέση με τις τρέχουσες δαπάνες για την υγεία, 2018 (ή πλησιέστερο έτος).

Πηγή: OECD Health Statistics 2020

Σε σχετικούς όρους, το Βέλγιο και η Αυστρία ήταν οι μεγαλύτεροι καταναλωτές κεφαλαιουχικών επενδύσεων στον τομέα της υγείας το 2018, έχοντας διαθέσει περίπου 0,7% του αντίστοιχου ΑΕγχΠ τους. Στο άλλο άκρο, η Κύπρος και η Ουγγαρία επένδυσαν λιγότερο από 0,2% του ΑΕγχΠ τους το 2018 σε κεφαλαιουχικές υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της υγείας.

Από τη φύση τους, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες κυμαίνονται περισσότερο από τις τρέχουσες δαπάνες από έτος σε έτος, σύμφωνα με τα κεφαλαιακά έργα για κατασκευές και επενδυτικά προγράμματα για νέο εξοπλισμό. Οι αποφάσεις για κεφαλαιουχικές επενδύσεις τείνουν επίσης να καθορίζονται πιο έντονα από οικονομικούς κύκλους, με τις δαπάνες για υποδομή και εξοπλισμό υγειονομικού συστήματος να αποτελούν συχνά πρωταρχικό στόχο μείωσης ή αναβολής κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής αβεβαιότητας. Ενώ οι κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 20% σε πραγματικούς όρους κατά μέσο όρο σε ολόκληρη την ΕΕ τα τρία χρόνια πριν από την οικονομική κρίση του 2008, τα επόμενα δύο χρόνια μειώθηκαν κατά σχεδόν 10%. Μεταξύ του 2010 και του 2014, τα μέσα επίπεδα κεφαλαιουχικών επενδύσεων στην υγεία αυξήθηκαν ελαφρά πριν από το άλμα του 2015. Το 2016, οι μέσες κεφαλαιουχικές επενδύσεις μειώθηκαν ξανά και παρέμειναν σταθερές το 2017. Ως αποτέλεσμα, το επίπεδο επενδύσεων το 2017 είναι μόνο περίπου στο επίπεδο του 2008 (Εικόνα 22).



Εικόνα 22. Αλλαγές σε ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου, σε πραγματικούς όρους, επιλεγμένες χώρες, 2005-18.

Πηγή: OECDs Health Statistics 2020

Παρά την οικονομική κρίση του 2008-2009, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία μεταξύ 2005 και 2018 συνέχισαν να αυξάνονται αρκετά σταθερά σε πραγματικούς όρους σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Η Σουηδία και η Αυστρία, για παράδειγμα, κατάφεραν να διατηρήσουν γενικά σταθερούς ετήσιους ρυθμούς αύξησης των κεφαλαιουχικών επενδύσεων στην υγεία κατά τη διάρκεια αυτής της εκτεταμένης περιόδου. Αντίθετα, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία ήταν πολύ ασταθείς στην Ιρλανδία κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Αφού μειώθηκε σημαντικά από το 2007 έως το 2012 ως αποτέλεσμα μέτρων για την εξισορρόπηση των δημόσιων προϋπολογισμών, οι επενδυτικές δαπάνες σε υποδομές και εξοπλισμό υγείας στην Ιρλανδία ανέκαμψαν έντονα το 2013 και έκτοτε ακολούθησε μια γενικά ανοδική τάση. Από την άλλη πλευρά, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο σημείωσαν σοβαρή μείωση των κεφαλαιουχικών δαπανών τους στον τομέα της υγείας. Στην Ιταλία, τα επίπεδα σημείωσαν αρνητική πορεία μεταξύ του 2010 και του 2016 με μόνο μια μικρή αύξηση το 2017. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κεφαλαιουχικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σχεδόν κατά 50% μεταξύ του 2009 και του 2011, αλλά αυξήθηκαν σταθερά από το 2013. Ωστόσο, το 2018, το επίπεδο επενδύσεων στην υγεία ήταν ακόμη περίπου 20% χαμηλότερο σε σύγκριση με το επίπεδο του 2009.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση στηρίζει τις κεφαλαιουχικές επενδύσεις σε εθνικά συστήματα υγείας σε ολόκληρη την ΕΕ μέσω των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων (ESIF) από το 2014. Οι βασικοί στόχοι αυτών των διαφόρων ταμείων στον

τομέα της υγείας είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ περιφερειών και κοινωνικών ομάδων και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η προσβασιμότητα των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (European Commission, 2020). Μεταξύ του 2014 και του 2020, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) - δύο στα πέντε ταμεία που κατατέθηκαν στο πλαίσιο του ΕΚΤ - παρείχαν περισσότερα από 9 δισεκατομμύρια ευρώ σε κράτη μέλη για επενδύσεις που σχετίζονται με την υγεία.

Μετά την πανδημία COVID - 19, η επενδυτική στήριξη από τα ταμεία της ΕΕ στον τομέα των συστημάτων υγείας θα αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια στο πλαίσιο του πακέτου ανάκαμψης «Επόμενη γενιά ΕΕ».

## **4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση επίδρασης των ιδιωτικών - άμεσων δαπανών (out of pocket-OOP) στη φτώχεια**

### **4.1 Εισαγωγή**

Η οικονομική επιβάρυνση από τις δαπάνες για την υγεία αποτελεί σοβαρή αιτία ανησυχίας για τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, καθώς ανήκουν στην πιο ευάλωτη ομάδα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χαμηλή δημόσια επένδυση στην υγεία, η έλλειψη επαρκών μηχανισμών δικτύων ασφαλείας και η κακή ποιότητα του συστήματος δημόσιας υγείας σε αυτές τις χώρες είναι ορισμένες από τις βασικές αιτίες για την επιβολή υψηλού οικονομικού φορτίου στους ανθρώπους (Audibert & Mathonnat, 2013; El-Sayed et al., 2018). Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες τείνουν να ωθούν τα νοικοκυριά στη φτώχεια ή να επιβαρύνουν την υπάρχουσα κατάσταση φτώχειας (McIntyre et al., 2006; Van Doorslaer et al., 2006; Xu et al., 2003). Μία μελέτη που έλαβε χώρα στην Ινδία έδειξε ότι περίπου το 3,5% του πληθυσμού ωθήθηκε κάτω από το όριο της φτώχειας το χρονικό διάστημα 2011–12 εξαιτίας των ιδιωτικών (out-of-pocket) δαπανών για την υγεία (Hooda, 2017).

Επίσης μελέτες έχουν δείξει την επίδραση των ιδιωτικών (out-of-pocket) δαπανών στη δημιουργία παγίδων φτώχειας που ονομάζονται «παγίδες ιατρικής φτώχειας» στις αναπτυσσόμενες χώρες (Whitehead et al., 2001). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επομένως αναγνωρίσει την προστασία από την οικονομική επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία ως τον θεμελιώδη στόχο των συστημάτων υγείας (WHO, 2000). Ένα ιδανικό σύστημα υγείας προστατεύει έτσι τους ανθρώπους όχι μόνο από ασθένειες, αλλά και από τις συνέπειές της από την άποψη της οικονομικής επιβάρυνσης.

### **4.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Η απροσδόκητη ασθένεια είναι η κύρια πηγή οικονομικού κινδύνου (Miller et al., 2013). Οι χρηματοοικονομικές δαπάνες που πραγματοποιούνται λόγω ασθένειας χρηματοδοτούνται κυρίως από άμεσες πληρωμές (out of pocket) σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Οι άνθρωποι καταφεύγουν επομένως σε διαφορετικές μεθόδους για να προσαρμοστούν σε αυτούς τους οικονομικούς κινδύνους που

προκαλούνται από ασθένειες. Ο Russell (1996) έδειξε ότι οι άνθρωποι αναζητούν εναλλακτικά μέσα για να εξασφαλίσουν πόρους για να πληρώσουν για την υγειονομική περίθαλψη ακόμα και όταν υπερβαίνει τις δυνατότητές τους. Ένα από τα κύρια εναλλακτικά μέσα περιλαμβάνει τη θυσία βασικών αναγκών όπως το φαγητό και την εκπαίδευση.

Οι Meyerhoefer et al. (2007) έχουν επίσης αποδείξει ότι οι καταναλωτές ανταποκρίνονται πολύ στην κατανάλωση τροφίμων, μη φαγητού και αναψυχής με αύξηση των ιατρικών εξόδων. Αυτό τεκμηριώνεται περαιτέρω από τον Foster (1994). Έδειξε ότι η κατανάλωση θερμίδων από τα νοικοκυριά θα επηρεαστεί με τη συχνότητα εμφάνισης ασθένειας, ιδίως μεταξύ των φτωχών νοικοκυριών. Ομοίως, η μελέτη των Kabir et al. (2000) έδειξε ότι η μείωση των καταναλωτικών δαπανών των νοικοκυριών είναι η δεύτερη κοινή απάντηση της στρατηγικής αντιμετώπισης κατά των υψηλών ιατρικών δαπανών. Το κόστος των τροφίμων, των καυσίμων και των μεταφορών είναι οι αυτά που μειώνονται, μειώνοντας παράλληλα τις δαπάνες των νοικοκυριών.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Leive & Xu, 2007) έκανε μια ανάλυση επιπτώσεων των άμεσων ή ιδιωτικών δαπανών στη σύνθεση της κατανάλωσης ενός νοικοκυριού σε έξι αφρικανικές χώρες χρησιμοποιώντας καμπύλες Engel. Χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο δύο μερών για την κατανόηση των απόλυτων αλλαγών στις δαπάνες. Η μελέτη διαπίστωσε ότι με την αύξηση των επιπέδων ιατρικών out of pocket δαπανών, οι δαπάνες που διατίθενται σε αγαθά εκτός από τα τρόφιμα μειώνονται. Τα ιατρικά out of pocket έξοδα αντισταθμίστηκαν με συμβιβασμό της κατανάλωσης των νοικοκυριών, της εκπαίδευσης και άλλων ειδών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι, αν και τα νοικοκυριά προστατεύουν την κατανάλωση τροφίμων, υπάρχει απόλυτη μείωση των δαπανών για τρόφιμα. Μια άλλη ανάλυση επιπτώσεων του κόστους υγειονομικής περίθαλψης στα πρότυπα κατανάλωσης των νοικοκυριών στην Τανζανία από τους Somi et al. (2009) έδειξε ότι η κατανάλωση ειδών πολυτελείας μειώθηκε με την εμφάνιση ασθένειας και ανακατανέμει τα κεφάλαια σε προϊόντα υγείας και υγειονομικής περίθαλψης.

Η μελέτη τεκμηρίωσε την υπόθεση ότι τα νοικοκυριά αντιμετωπίζουν στρατηγικά τις δαπάνες υγείας με ανακατανομή των πόρων τους. Παρόμοια μελέτη σε νοικοκυριά της Ινδίας αναλύθηκε από τον Pal (2013) χρησιμοποιώντας υπό όρους καμπύλες Engel. Στη μελέτη εξετάστηκαν δέκα ευρείες κατηγορίες αγαθών που περιλαμβάνουν

τρόφιμα, οиноπνευματώδη, καύσιμα, ρούχα, υποδήματα, εκπαίδευση, ψυχαγωγία, ταξίδια, ενοίκια, ανθεκτικά και άλλα αγαθά εξετάστηκαν για την ανάλυση. Η μελέτη χρησιμοποίησε τον 61<sup>η</sup> Εθνική Δειγματοληπτική έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των ινδικών νοικοκυριών. Διαπιστώθηκε ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά αυξάνουν την κατανάλωση τροφίμων, καυσίμων και ταξιδιών και μειώνουν την κατανάλωση ρούχων και εκπαίδευσης για να αντιμετωπίσουν τις δαπάνες υγείας. Ο συγγραφέας έκανε επίσης μια συγκριτική μελέτη σε υποομάδες λιγότερο ανεπτυγμένων κρατών και ανεπτυγμένων κρατών καθώς και σε κράτη με χαμηλές δημόσιες δαπάνες και άλλα. Τα φτωχά κράτη και οι πολιτείες με χαμηλή δημόσια επένδυση επηρεάζονται περισσότερο λόγω των υψηλών out of pocket δαπανών για την υγεία.

Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι υπάρχει αρνητικός αντίκτυπος των άμεσων ή ιδιωτικών δαπανών για την υγείας στην κατανάλωση ειδών εκτός από τα τρόφιμα για ένα νοικοκυριό. Τα νοικοκυριά προστατεύουν γενικά τις δαπάνες για τρόφιμα και κάνουν προσαρμογές με την εκπαίδευση, τα ρούχα και άλλα είδη κατανάλωσης. Καθώς τα φτωχά τμήματα της κοινωνίας ξόδεψαν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους σε τρόφιμα και προσπαθούν να καλύψουν άλλα έξοδα εκτός τροφής, φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία επηρεάζουν το μοτίβο κατανάλωσης βασικών αγαθών, όπως τρόφιμα, ρούχα, εκπαίδευση μεταξύ διαφορετικών τάξεων κατανάλωσης με ιδιαίτερη έμφαση στα νοικοκυριά κάτω από το όριο της φτώχειας (Panikkassery, 2020).

#### **4.3 Συμβολή των ιδιωτικών (out of pocket) δαπανών υγείας στο χάσμα φτώχειας**

Στα πλαίσια της έρευνας των Wagstaff (2015) διερευνήθηκε μεταξύ άλλων εάν οι άμεσες ή ιδιωτικές (Out-of-pocket) δαπάνες για την υγεία επιδρούν στο όριο της φτώχειας στα νοικοκυριά. Υπάρχουν, στην πραγματικότητα, δύο δείκτες φτώχειας: ο αριθμός των φτωχών (η προσθήκη στον αριθμό της φτώχειας λόγω των εξωφρενικών δαπανών που ωθούν τα νοικοκυριά κάτω από το όριο της φτώχειας) και την προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω εξόδων εκτός υγείας.

Οι Van Doorslaer et al. (2006) χρησιμοποίησαν δεδομένα από 11 ασιατικές οικονομίες για να υπολογίσουν τα «ακαθάριστα» και «καθαρά» ποσοστά φτώχειας και χάσματα φτώχειας χρησιμοποιώντας τη γραμμή φτώχειας σε δολάρια την ημέρα της Παγκόσμιας Τράπεζας (καθώς και τη γραμμή φτώχειας των 2 \$ την ημέρα). Οι Van Doorslaer et al. (2006) διαπιστώνουν ότι ο αριθμός των φτωχών σε δολάρια την ημέρα είναι, κατά μέσο όρο, σχεδόν τρεις εκατοστιαίες μονάδες υψηλότερος μετά την αφαίρεση των out-of-pocket δαπανών για την υγεία από τα έξοδα των νοικοκυριών. Στο Μπαγκλαντές και την Ινδία, η διαφορά είναι σχεδόν τέσσερις εκατοστιαίες μονάδες. Στη Μαλαισία και τη Σρι Λάνκα, αντιθέτως, η διαφορά είναι μόλις 0,1 και 0,3 εκατοστιαίες μονάδες, αντίστοιχα.

Οι Alam et al. (2005) συνέκριναν τα «ακαθάριστα» και «καθαρά» ποσοστά φτώχειας σε 10 χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης χρησιμοποιώντας ένα όριο φτώχειας 2,15 \$ την ημέρα σε τιμές και ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης του 2000. Κατά μέσο όρο, οι out of pocket δαπάνες για την υγεία αυξάνουν τον αριθμό της φτώχειας κατά δύο ποσοστιαίες μονάδες, με την Αρμενία (3,4%), τη Γεωργία (3,6%) και το Τατζικιστάν (3,3%) να καταγράφουν τις υψηλότερες ποσοστιαίες αυξήσεις.

Οι Wagstaff et al. (2015) εξέτασαν τα επίπεδα και τις τάσεις της φτώχειας στη γραμμή φτώχειας των 2\$ την ημέρα σε πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής, βρίσκοντας μια πτωτική τάση. Οι Wagstaff et al. (2016) κοιτάζετε τα επίπεδα και τις τάσεις της φτώχειας στη γραμμή φτώχειας των 2 \$ την ημέρα σε αρκετές χώρες που έχουν εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις «καθολικής κάλυψης υγείας», βρίσκοντας βελτιώσεις σε ορισμένες χώρες αλλά όχι σε όλες.

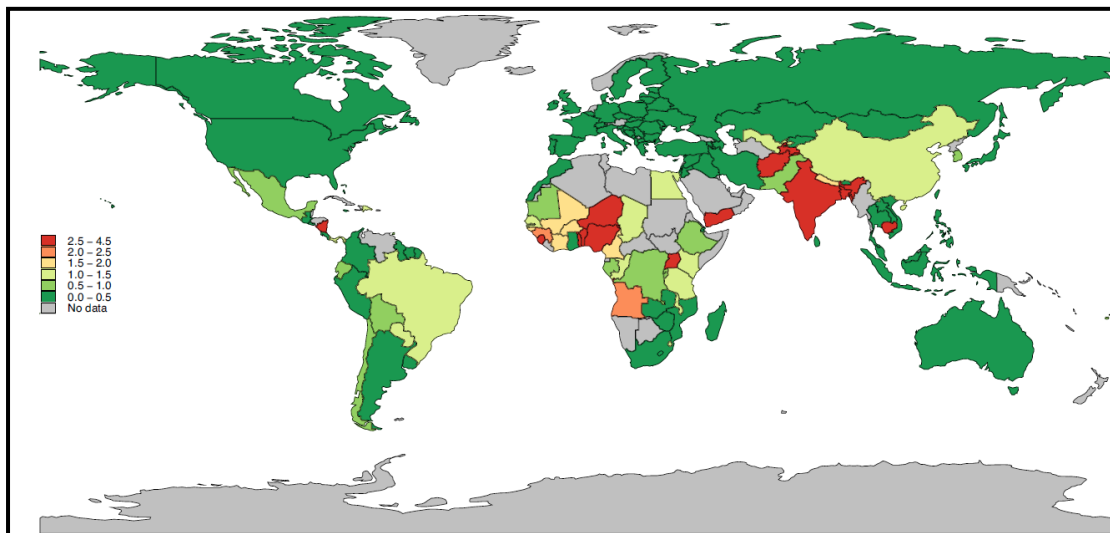
Οι Xu et al. (2007) αναλύουν τις out of pocket δαπάνες υγείας σε 89 χώρες στις οποίες ένα νοικοκυριό ορίζεται ως φτωχό εάν η κατανάλωσή βρίσκεται σε επίπεδο χαμηλότερο του περιθωρίου για το κόστος των τροφίμων. Αυτοί οι συγγραφείς υπολόγισαν ότι σε παγκόσμιο επίπεδο το 1,7% του πληθυσμού περιήλθε σε κατάσταση φτώχειας, εξαιτίας των out of pocket δαπανών για την υγεία, με το 90% των ανθρώπων αυτών να ζουν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα.

Οι Wagstaff et al. (2018) αναφέρουν ποσοστά φτώχειας σε 122 χώρες (πολλές για αρκετά χρόνια) χρησιμοποιώντας τα όρια φτώχειας 1,90 ημερησίως και 3,10 δολάρια

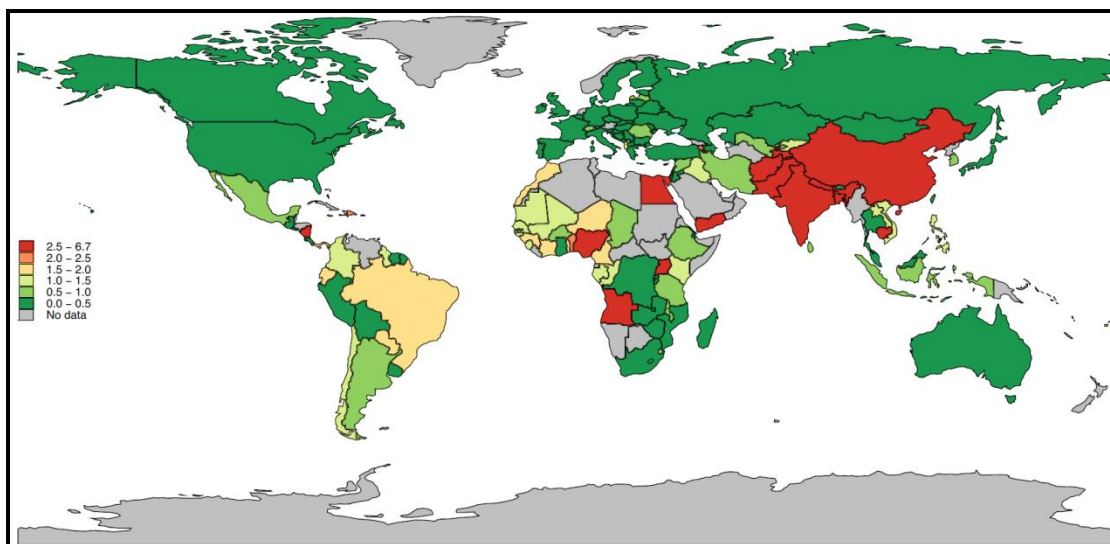


την ημέρα, καθώς και ένα σχετικό όριο φτώχειας ίσο με το 50% της μέσης κατανάλωσης. Αυτοί οι συγγραφείς βρίσκουν σταθμισμένα πληθυσμιακά ποσοστά μέσης φτώχειας 1,86% στη γραμμή 1,90 ημερησίως, 2,44% στη γραμμή 3,10 ημερησίως και 1,83% στη γραμμή σχετικής φτώχειας. Σε όλες τις χώρες, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της φτώχειας με βάση τον πληθυσμό είναι αρνητικός στη γραμμή 1,90 ημερησίως, αλλά θετική στα 3,10 δολάρια την ημέρα και τα σχετικά επίπεδα φτώχειας. Εκτιμούν ότι ο μέσος όρος του πληθυσμού της αύξησης του χάσματος φτώχειας που αποδίδεται στις out of pocket δαπάνες υγείας είναι 1,22 δολάρια ΗΠΑ κατά κεφαλήν στη γραμμή 1,90 ημερησίως και 3,74 δολάρια κατά κεφαλήν στη γραμμή 3,10 ημερησίως.

Οι παρακάτω χάρτες (Εικόνες 4.1 – 4.4) δείχνουν το ποσοστό του πληθυσμού που φτωχοποιούνται εξαιτίας των out of pocket δαπανών υγείας για τις τρεις διεθνείς γραμμές φτώχειας και τη γραμμή χαμηλού εισοδήματος 10,00 ημερησίως. Ο Πίνακας 2 δείχνει τους μέσους όρους ανά ομάδα εισοδήματος και περιοχή για τη γραμμή φτώχειας 1,90\$ την ημέρα Δεν προκαλεί έκπληξη, δεδομένου του υψηλότερου ποσοστού των νοικοκυριών που ζουν κοντά στο όριο της ακραίας φτώχειας σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, ότι σε αυτήν την ομάδα χωρών βλέπουμε το υψηλότερο ποσοστό φτώχειας λόγω out of pocket δαπανών υγείας. Το ποσοστό της φτώχειας στην ακραία γραμμή φτώχειας είναι ιδιαίτερα υψηλό στη Νότια Ασία, με το Αφγανιστάν και την Ινδία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (4,5 και 4,2 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα) Στη γραμμή των 3,20 \$ την ημέρα, οι χώρες χαμηλού εισοδήματος εξακολουθούν να έχουν το υψηλότερο ποσοστό φτώχειας, με τη Νότια Ασία να έχει και πάλι το υψηλότερο ποσοστό. Καθώς ανεβαίνουμε στο όριο της φτώχειας των 5,50 \$ την ημέρα, είναι οι χώρες του χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος που έχουν το υψηλότερο ποσοστό φτώχειας και στη γραμμή των 10,00 ημερών, είναι οι χώρες μεσαίου εισοδήματος που έχουν το υψηλότερο ποσοστό. Τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν επίσης ότι η φτώχεια (στο όριο της ακραίας φτώχειας) είναι χαμηλότερη στις πλουσιότερες χώρες και οι χώρες ξοδεύουν μεγαλύτερα μερίδια του ΑΕγχΠ τους στην υγεία και σε χώρες που διοχετεύουν μεγαλύτερα μερίδια του συνόλου των δαπανών για την υγεία τους μέσω προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας, κυβερνητικών συστημάτων ή μη κερδοσκοπικών προγραμμάτων (Panikkassery, 2020).

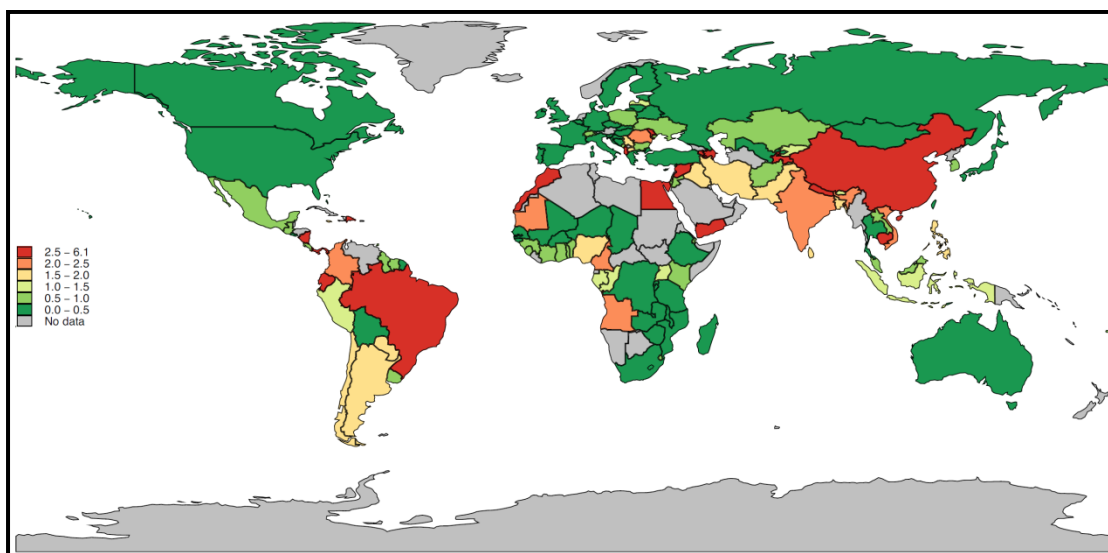


Εικόνα 4.1. Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 1,90 \$ – την ημέρα. Πηγή: Panikkassery, 2020



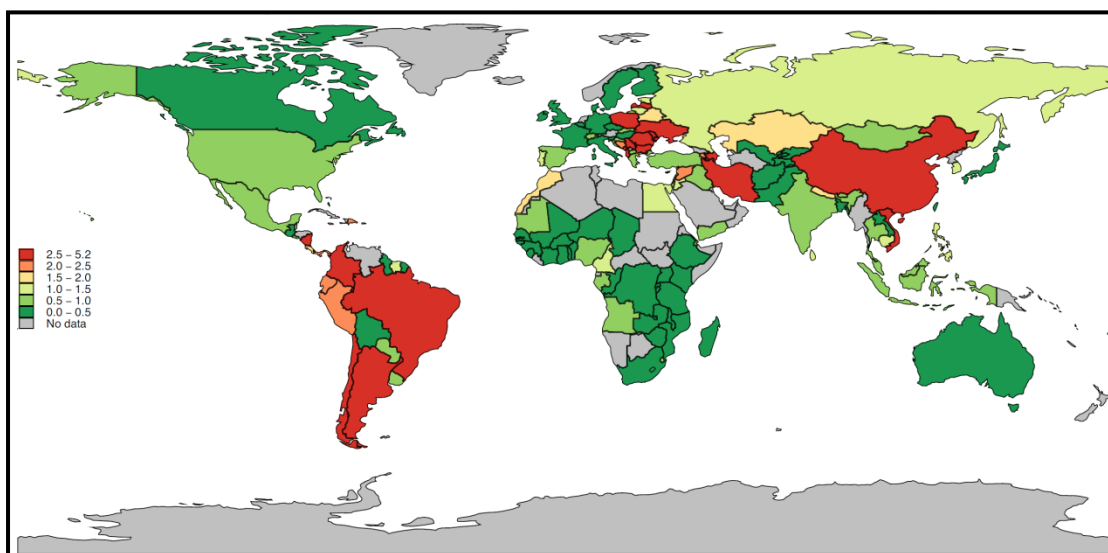
**Εικόνα 23.** Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 3,200 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020



**Εικόνα 24.** Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 5,50 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020



**Εικόνα 25.** Ποσοστό των νοικοκυριών που έχουν υποστεί φτώχεια εξαιτίας των Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, PL = 10 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020

**Πίνακας 2** Μέσα ποσοστά φτώχειας λόγω Out-Of-Pocket δαπανών υγείας, Γραμμή φτώχειας 1,90 \$ την ημέρα.

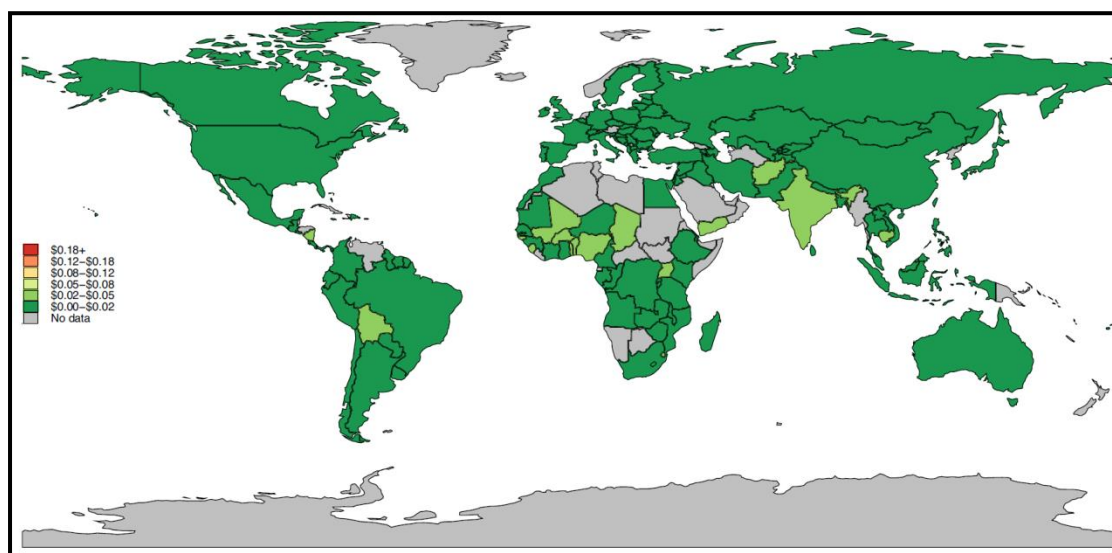
	Χαμηλού εισοδήματος	Χαμηλότερο μεσαίο εισόδημα	Ανώτερο μεσαίο εισόδημα	Υψηλό εισόδημα	Σύνολο
<b>Ανατολική Ασία &amp; Ειρηνικός</b>	1.70	0.25	0.78	0.18	0.25
<b>Ευρώπη &amp; Κεντρική Ασία</b>	1.98	0.00	0.00	0.04	0.03
<b>Λατινική Αμερική και Καραϊβική</b>	0.34	0.75	0.47	0.70	0.50
<b>Μέση Ανατολή και Βόρεια Αφρική</b>		0.13	0.27	0.44	0.20
<b>Βόρεια Αμερική</b>				0.18	0.18
<b>Νότια Ασία</b>	3.19			0.79	1.36
<b>Υποσαχάρια Αφρική</b>	1.34	1.36	0.45		1.21
<b>Σύνολο</b>	1.38	0.48	0.10	0.06	0.30

Πηγή: Panikkassery, 2020

Οι χάρτες (Εικόνες 4.5-4.8) δείχνουν την προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας από τις out of pocket δαπάνες υγείας, και πάλι για τις ίδιες τέσσερις γραμμές φτώχειας. Καθώς αυξάνεται το όριο της φτώχειας, η προσθήκη στο χάσμα φτώχειας αναπόφευκτα αυξάνεται. Τα όρια συνεπώς διατηρούνται σταθερά στους τέσσερις χάρτες και επιλέγονται να χωρίσουν τις χώρες στη γραμμή φτώχειας των 10,00 \$ την ημέρα σε πέντε ομάδες ίσου μεγέθους. Στη γραμμή των 10,00 \$ ημερησίως, οι χώρες με τις μεγαλύτερες προσθήκες στο χάσμα φτώχειας είναι η Καμπότζη, η Αίγυπτος, η Μολδαβία, το Νεπάλ και η Νικαράγουα. Οι χώρες με τις μικρότερες προσθήκες είναι η Τσεχική Δημοκρατία, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο, το Τιμόρ-Λέστε και το Ηνωμένο Βασίλειο (Panikkassery, 2020).

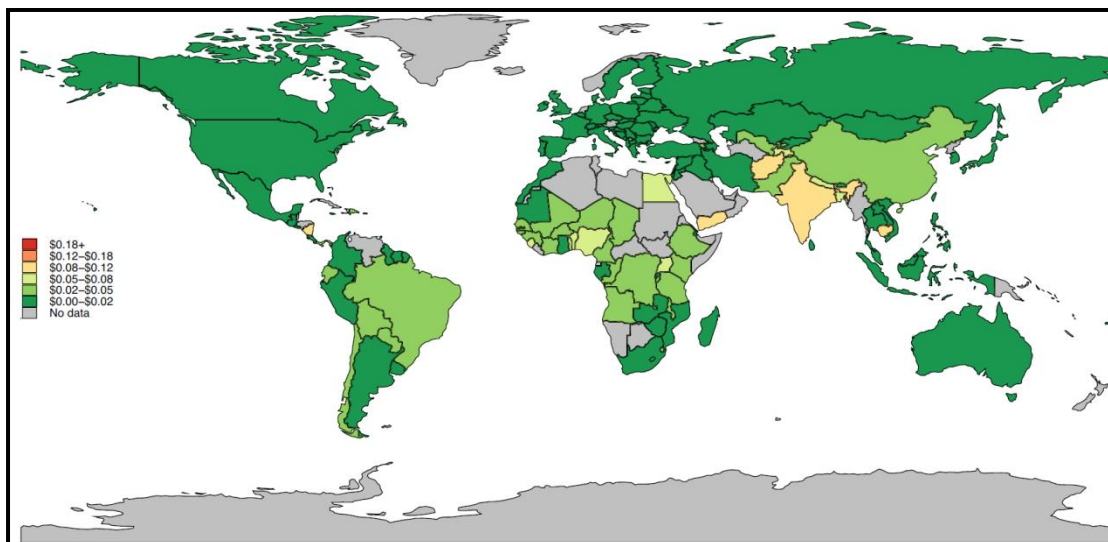
Άλλες χώρες χαμηλού εισοδήματος στην πέμπτη θέση - εκτός από το Τιμόρ - Λέστε - περιλαμβάνουν το Λεσόθο, τη Μαδαγασκάρη, τη Μοζαμβίκη, τη Ρουάντα και τη Ζιμπάμπουε. Η Χιλή είναι η χώρα με την υψηλότερη ένταση με την υψηλότερη προσθήκη στο χάσμα φτώχειας στο όριο της φτώχειας των 10,00 \$ την ημέρα. Άλλες χώρες του ΟΟΣΑ με σχετικά υψηλές προσθήκες στο χάσμα φτώχειας περιλαμβάνουν

το Ισραήλ, την Κορέα, την Πολωνία, την Ελβετία και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Πίνακας 2 δείχνει τους μεσαίους ανά ομάδα εισοδήματος και περιοχή για τη γραμμή 1,90 ημερησίως \$: μόνο στην ομάδα χαμηλού εισοδήματος βλέπουμε οποιαδήποτε σημαντική συμβολή στο χάσμα φτώχειας. Τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης υποδηλώνουν ότι η προσθήκη στο χάσμα φτώχειας λόγω των out-of-pocket δαπανών υγείας (στο όριο της ακραίας φτώχειας) είναι χαμηλότερη στις πλουσιότερες χώρες και σε χώρες που διοχετεύουν μεγαλύτερα μερίδια των συνολικών δαπανών τους για υγεία μέσω μη κερδοσκοπικών προγραμμάτων (Panikkassery, 2020).



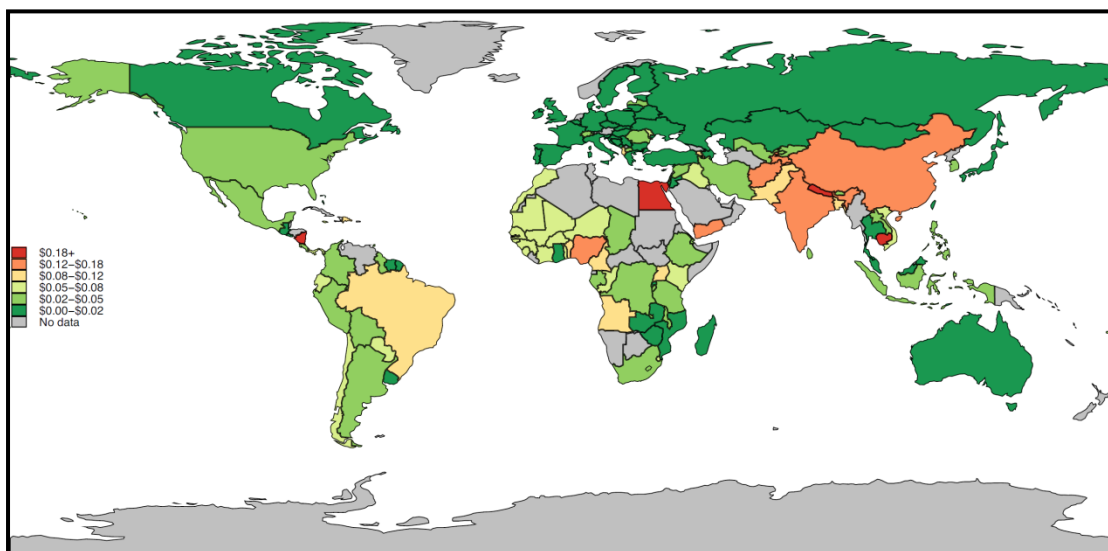
**Εικόνα 26.** Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 1,90 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020



**Εικόνα 27.** Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία,  
PL = 3,20 \$ – την ημέρα.

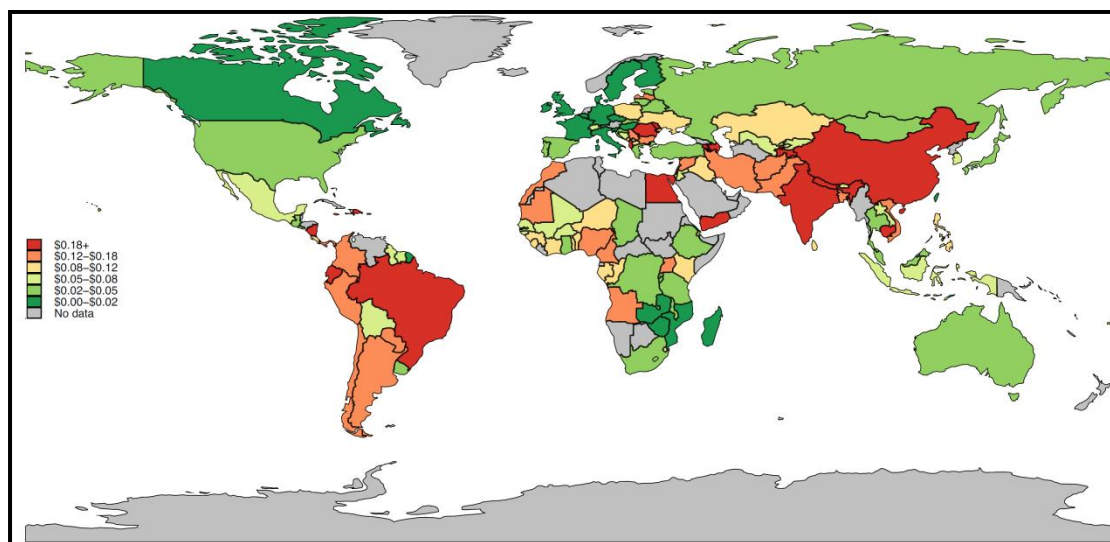
Πηγή: Panikkassery, 2020



**Εικόνα 28.** Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία,  
PL = 5,50 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020





**Εικόνα 29.** Προσθήκη στο κατά κεφαλήν χάσμα φτώχειας λόγω Out Of Pocket δαπανών για την υγεία, PL = 10,0 \$ – την ημέρα.

Πηγή: Panikkassery, 2020

#### 4.4 Καταστροφικές Δαπάνες

Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία είναι ένας καθιερωμένος δείκτης οικονομικής προστασίας που χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση της παγκόσμιας προόδου προς την κάλυψη της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης (Universal Health Coverage - UHC), (Xu et al., 2003; Xu et al., 2007; van Doorslaer et al., 2007; Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Wagstaff et al., 2018), όπως ορίζεται στο «Μετασχηματισμός του κόσμου μας: η ατζέντα του 2030 για την αειφόρο ανάπτυξη». Ορίζεται ως δαπάνη για την υγεία που υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο ποσοστό ή κατώφλι της ικανότητας ενός νοικοκυριού να πληρώνει για υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, η ικανότητα πληρωμής μπορεί να ερμηνευθεί με διαφορετικούς τρόπους, οδηγώντας σε διαφορές μέτρησης.

Η απλούστερη προσέγγιση προϋποθέτει ότι ολόκληρος ο προϋπολογισμός ενός νοικοκυριού είναι διαθέσιμος για δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είναι γνωστό ως μέθοδος κατανομής προϋπολογισμού, επειδή λαμβάνει υπόψη τις δαπάνες για την υγεία σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες νοικοκυριού ή, λιγότερο συχνά, με το εισόδημα. Άλλες προσεγγίσεις απορρίπτουν αυτή την υπόθεση με την αιτιολογία ότι τα νοικοκυριά πρέπει πρώτα να καλύψουν βασικές ανάγκες, όπως τροφή και στέγη, προτού καλύψουν τα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι μέθοδοι θεωρούν τις

δαπάνες για την υγεία σε σχέση με τις δαπάνες των νοικοκυριών μείον ένα ποσό που αντιπροσωπεύει τις δαπάνες για βασικές ανάγκες. Το υπόλοιπο αναφέρεται ως ικανότητα νοικοκυριού να πληρώσει για υγειονομική περίθαλψη (Cylus et al., 2018).

#### **4.4.1 Μέθοδοι υπολογισμού καταστροφικών δαπανών**

Για τους στόχους της αειφόρου ανάπτυξης (SDGs), οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία παρακολουθούνται με τη μέθοδο κατανομής προϋπολογισμού. Ο δείκτης 3.8.2 SDG ορίζει την επίπτωση καταστροφικών δαπανών για την υγεία ως «το ποσοστό του πληθυσμού με μεγάλες δαπάνες νοικοκυριού για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών ή εισοδημάτων των νοικοκυριών». Χρησιμοποιούνται δύο κατώτατα όρια για τον ορισμό μεγάλου μεγέθους: 10% και 25% (SDG indicators, 2018).

Όλες οι μέθοδοι επιλέγουν πληρωμές εκτός τσέπης ως αριθμητή για τον υπολογισμό της επίπτωσης καταστροφικών δαπανών για την υγεία. Αυτό συμβαίνει επειδή άλλες πηγές δαπανών για την υγεία (π.χ. ασφάλιστρα, εισφορές ή φόροι) έχουν σχεδιαστεί ρητά για την προστασία από τον οικονομικό κίνδυνο που σχετίζεται με την κακή υγεία, μέσω προπληρωμής και επιμερισμού των κινδύνων. Οι πληρωμές εκτός τσέπης περιλαμβάνουν επίσημες και ανεπίσημες πληρωμές που πραγματοποιούνται από νοικοκυριά στο σημείο της χρήσης οποιονδήποτε υγειονομικών αγαθών ή υπηρεσιών που προσφέρονται από οποιονδήποτε τύπο παρόχου, μετά την αποζημίωση από τρίτο μέρος.

Μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η βάση για τον παρονομαστή, το εισόδημα ή την καταναλωτική δαπάνη, πρέπει να καθοριστεί από το εάν πιστεύουμε ότι είναι σωστό για τους ανθρώπους να αντλήσουν χρήματα από τις αποταμιεύσεις τους, να πουλήσουν περιουσιακά στοιχεία ή να δανειστούν για να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη. Εάν επιλέξουμε εισόδημα, υποθέτουμε ότι οι άνθρωποι δεν διαθέτουν άλλους πόρους για να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη. Ούτε το εισόδημα ούτε η καταναλωτική δαπάνη αποτυπώνουν τέλεια τους διαθέσιμους πόρους ενός νοικοκυριού. Η έρευνα, ωστόσο, ευνοεί σταθερά την κατανάλωση έναντι εισοδήματος για δύο λόγους: θεωρείται ότι είναι ένας καλύτερος δείκτης ευημερίας, ειδικά στις φτωχότερες χώρες, και είναι ευκολότερο να μετρηθεί με ακρίβεια. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη μέτρηση καταστροφικών δαπανών για την υγεία διακρίνονται κυρίως από τον τρόπο που καθορίζουν την ικανότητα ενός νοικοκυριού να πληρώνει για



υγειονομική περίθαλψη. Στη μέθοδο κατανομής προϋπολογισμού, ο παρονομαστής είναι το σύνολο των δαπανών νοικοκυριού (ή μερικές φορές το εισόδημα), το οποίο υποθέτει ότι όλοι οι πόροι ενός νοικοκυριού είναι διαθέσιμοι για δαπάνες για την υγεία. Αντίθετα, οι άλλες τρεις μέθοδοι υποθέτουν ότι τα νοικοκυριά πρέπει να καλύψουν βασικές ανάγκες πριν μπορέσουν να δαπανήσουν για την υγεία. Αυτές οι λεγόμενες μέθοδοι χωρητικότητας προς πληρωμή ορίζουν την ικανότητα πληρωμής για υγειονομική περίθαλψη ως συνολικές δαπάνες νοικοκυριού μείον ένα ποσό που αντιστοιχεί στις δαπάνες για βασικές ανάγκες. Κάθε μέθοδος καθορίζει αυτό το ποσό διαφορετικά (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 .Σύγκριση τεσσάρων μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της επίπτωσης καταστροφικών δαπανών για την υγεία. Πηγή: Cylus et al., 2018

Μέθοδος	Αριθμητής	Βάση για τον παρονομαστή	Παρονομαστής	Βασικές ανάγκες που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της δυνατότητας του νοικοκυριού (ή της ικανότητας) να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη	Τα κατώτατα όρια χρησιμοποιούνται συνήθως για να δηλώσουν καταστροφικές δαπάνες	Χρήση σε παγκόσμια ή περιφερειακή παρακολούθηση της καθολικής υγείας
Μερίδιο προϋπολογισμού	Πληρωμές εκτός τσέπης	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών εάν υπάρχουν, διαφορετικά εισόδημα	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών εάν είναι διαθέσιμες, διαφορετικά συνολικό εισόδημα	Κανένας	10% και 25%	SDGs; WHO; World Bank
Πραγματικές δαπάνες για τρόφιμα	Πληρωμές εκτός τσέπης	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών μείον τις πραγματικές δαπάνες τροφίμων	Πραγματικές δαπάνες τροφίμων νοικοκυριού	25% και 40%	PAHO; World Bank
Μερικές κανονιστικές δαπάνες για τρόφιμα	Πληρωμές εκτός τσέπης	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών	Οι δαπάνες νοικοκυριού μείον ένα τυπικό ποσό που αντιπροσωπεύει τις δαπάνες διαβίωσης σε τρόφιμα. Εκτός από νοικοκυριά που βρίσκονται ήδη κάτω από το επίπεδο διαβίωσης, σε αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιούνται οι συνολικές δαπάνες των	Μέση δαπάνη για τρόφιμα ανά (ισοδύναμο) άτομο μεταξύ νοικοκυριών των οποίων το μερίδιο τροφίμων στις συνολικές δαπάνες κυμαίνεται μεταξύ 45 <sup>ου</sup> και 55 <sup>ου</sup> εκατοστημορίου	40%	WHO

Μέθοδος	Αριθμητής	Βάση για τον παρονομαστή	Παρονομαστής	Βασικές ανάγκες που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της δυνατότητας του νοικοκυριού (ή της ικανότητας) να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη	Τα κατώτατα όρια χρησιμοποιούνται συνήθως για να δηλώσουν καταστροφικές δαπάνες	Χρήση σε παγκόσμια ή περιφερειακή παρακολούθηση της καθολικής υγείας
			νοικοκυριών μείον τις πραγματικές δαπάνες για τρόφιμα			
Κανονικές δαπάνες για τρόφιμα, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφελείας	Πληρωμές εκτός τσέπης	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών	Συνολικές δαπάνες νοικοκυριών μείον ένα κανονικό ποσό που αντιπροσωπεύει δαπάνες διαβίωσης για τρόφιμα, ενοίκια και υπηρεσίες κοινής ωφελείας (νερό, ηλεκτρικό ρεύμα, φυσικό αέριο και άλλα καύσιμα) · εφαρμόζεται σε όλα τα νοικοκυριά, έτσι ώστε ορισμένα πολύ φτωχά νοικοκυριά να έχουν αρνητική ικανότητα πληρωμής	Δαπάνες για τρόφιμα, ενοίκια και υπηρεσίες κοινής ωφελείας ανά (ισοδύναμο) άτομο (για νοικοκυριά που ξοδεύουν αυτά τα είδη) μεταξύ του 25ου και του 35ου εκατοστημορίου των συνολικών δαπανών ανά (ισοδύναμο) ατόμου (χρησιμοποιώντας τον μέσο όρο για αυτό το εύρος εκατοστημορίου)	40%	WHO Regional Office for Europe

## 4.5 Συμπεράσματα Θεωρητικού μέρους

Η υγειονομική περίθαλψη διαφέρει από άλλα κονδύλια του προϋπολογισμού με διάφορους βασικούς τρόπους. Η κατανάλωσή της είναι ακανόνιστη και απρόβλεπτη. Αυτό αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι η θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη είναι πολύτιμη μόνο σε περίπτωση ασθένειας, η χρονική στιγμή και η φύση της οποίας είναι ουσιαστικά πέρα από τον έλεγχο του ατόμου, και η έναρξη της οποίας μπορεί να φέρει σημαντικό κίνδυνο σωματικής βλάβης, εάν όχι θανάτου. Η κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνει πόνο και ταλαιπωρία. Επιπλέον, στην καλύτερη περίπτωση επιτρέπει στο άτομο να επαναφέρει τη χρησιμότητά του στο επίπεδό του πριν από την ασθένεια. Η επακόλουθη μείωση των δαπανών για άλλα κονδύλια του προϋπολογισμού - είτε στην τρέχουσα περίοδο είτε σε άλλες περιόδους - συνδέεται επομένως με τη μείωση της ευημερίας παρά με την αύξηση, όπως συμβαίνει με άλλα αγαθά και υπηρεσίες.

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι δαπάνες εκτός τσέπης είναι μια λύση. Τα άτομα με την ίδια κατάσταση υγείας μπορεί να καταλήξουν να ξοδεύουν διαφορετικά ποσά για διάφορους λόγους: μπορεί να διαφέρει η ασφαλιστική κάλυψη, επίσης μπορεί μερικοί να έχουν άλλες καταστάσεις υγείας που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία που χρειάζονται, οι άνθρωποι θα ποικίλλουν σε ό, τι μπορούν να πληρώσουν εκτός της τσέπης, έτσι μερικοί μπορεί να μην έχουν όλη την υγειονομική περίθαλψη που χρειάζονται και ορισμένοι μπορεί να λάβουν (και να πληρώσουν) περιττή φροντίδα, αγνοώντας ότι είναι ιατρικά περιττή. Αυτό σημαίνει ότι το ποσό που πληρώνει κάποιος εκτός τσέπης για υγειονομική περίθαλψη είναι μία κακή μεταβλητή για τη βελτίωση της υγείας που σχετίζεται με αυτήν. Αλλά δεν αναιρεί το γεγονός ότι το συμβάν υγείας που πυροδότησε τη θεραπεία ήταν πέρα από τον έλεγχο του ατόμου και στην καλύτερη περίπτωση η θεραπεία επιστρέφει το άτομο στην προηγούμενη υγεία και χρησιμότητα του, αντί να το ανεβάσει πάνω από τα αρχικά του επίπεδα.

Υπάρχουν δύο συνέπειες αυτών των ειδικών χαρακτηριστικών των δαπανών υγείας εκτός τσέπης. Πρώτον, σε μελέτες ανισότητας και φτώχειας, οι δαπάνες υγείας εκτός τσέπης από τα νοικοκυριά δεν πρέπει να θεωρηθούν ότι υπολογίζονται στην πρόνοια. Δεύτερον, δεδομένου ότι το ποσό που πληρώνουν οι άνθρωποι για την υγειονομική περίθαλψη δεν είναι σταθερό, αλλά μπορεί να επηρεαστεί από τη δημόσια πολιτική (π.χ. μέσω ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας και ρυθμίσεων πληρωμής από πάροχο υπηρεσιών), οι

υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής ενδιαφέρονται προφανώς για το πόσα ξοδεύουν τα νοικοκυριά εκτός τσέπης για υγειονομική περίθαλψη - τόσο σε απόλυτους όρους όσο και σε σχέση με τον συνολικό προϋπολογισμό ενός νοικοκυριού. Αυτό το ενδιαφέρον αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι οι στόχοι της αειφόρου ανάπτυξης (SDGs) περιλαμβάνουν τώρα έναν δείκτη που καταγράφει τις δαπάνες υγείας εκτός τσέπης σε σχέση με το μέσο όρο των δαπανών ενός νοικοκυριού.

## 5 Μεθοδολογία

### Βήμα 1<sup>ο</sup>

Η πρώτη μεταβλητή που φτιάχνω είναι η Total Consumption Expenditure (TCE) που αποτελεί τη συνολική καταναλωτική δαπάνη ανά άτομο. Ο υπολογισμός γίνεται ως εξής:

$$TCE = HE01 + HE02 + HE03 + HE04 + HE05 + HE06 + HE07 + HE08 + HE09 + HE10 + HE11 + HE12$$

Όπου:

HE01 = Είδη διατροφής και μη οينوπνευματώδη ποτά

HE02= Οينوπνευματώδη ποτά και καπνός

HE03 = Είδη ένδυσης και υπόδησης

HE04 = Στέγαση, Ύδρευση, Καύσιμα και Φωτισμός κύριας και Δευτερεύουσας ή Εξοχικής Κατοικίας

HE05 = Διαρκή Αγαθά Οικιακής Χρήσης - Οικιακά Είδη Άμεσης Κατανάλωσης και Οικιακές Υπηρεσίες

HE06 = Υγεία

HE07 = Μεταφορές

HE08 = Επικοινωνίες

HE09 = Αναψυχή και Πολιτισμός

HE10 = Εκπαίδευση

HE11 = Ξενοδοχεία, Καφενεία και Εστιατόρια

HE12 = Διάφορα Αγαθά και Υπηρεσίες

### Βήμα 2<sup>ο</sup>

Ακολουθώς φτιάχνω τη μεταβλητή Adjusted Total Consumption Expenditure (ATCE) που αποτελεί το σύνολο των σταθμισμένων δαπανών λαμβάνοντας υπόψιν το μέγεθος των νοικοκυριών (House size). Ο υπολογισμός της μεταβλητής αυτής γίνεται ως εξής:

$$ATCE = \frac{TCE}{House\ size}$$

### Βήμα 3<sup>ο</sup>

Στη συνέχεια ονομάζω τις άτυπες πληρωμές μου (Out of Pocket) ως HE06 (καταναλωτική δαπάνη για την υγεία). Άρα:

$$OOP=HE06$$

### Βήμα 4<sup>ο</sup>

Στη συνέχεια φτιάχνω τη μεταβλητή του ποσοστού των άτυπων πληρωμών (ratio of OOP) στο σύνολο των σταθμισμένων δαπανών (ATCE). Ο υπολογισμός της μεταβλητής αυτής γίνεται ως εξής:

$$ROOP = \left( \frac{OOP}{ATCE} \right) * 100 = ROOP - 1 = \left( \frac{OOP}{TCE} \right) * 100$$

### Βήμα 5<sup>ο</sup>

Ακολουθεί η δημιουργία της μεταβλητής του σταθμισμένου εισοδήματος (AHI- Adjusted Household Income). Ο υπολογισμός της μεταβλητής γίνεται ως εξής:

$$AHI = \frac{HH095}{HB061}$$

Όπου:

HH095 = Συνολικό καθαρό εισόδημα (δεν περιλαμβάνονται τα εισοδήματα σε είδος, δεν περιλαμβάνονται οι φόροι) – ετήσιο

HB061= Ισοδύναμο μέγεθος νοικοκυριού (House size)

### Βήμα 6<sup>ο</sup>

Στη συνέχεια ακολουθεί η δημιουργία της μεταβλητής Poor\_1 η οποία παίρνει την τιμή 1 αν είναι φτωχοί δηλαδή εάν το σταθμισμένο οικογενειακό εισόδημα είναι <60% του διάμεσου σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος (Πίνακας 3)

**Πίνακας 3 Σταθμισμένοι Οικογενειακό Εισόδημα και Γραμμή Φτώχειας**

Έτος	Σταθμισμένο Οικογενειακό Εισόδημα	Γραμμή Φτώχειας (Poverty line)= 60% του διάμεσου σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος.
2008	10300	6180
2009	10706	6424
2010	10212	6127
2011	9454	5672
2012	10553	6332
2013	9711	5827
2014	9374	5624
2015	7327	4396
2016	7765	4659
2017	7765	4659

#### Βήμα 7ο

Στη συνέχεια υπολογίζεται η μεταβλητή της ικανότητας πληρωμής (Capacity to pay –CTP). Ο υπολογισμός της λαμβάνει χώρα με την αφαίρεση του διάμεσου σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος από το διάμεσο σταθμισμένο οικογενειακό εισόδημα (poverty line). Δηλαδή υπολογίζεται ως εξής:

$$CTP\_N = \text{Capacity to pay} = \text{Total household expenditure (ATCE)} - \text{Poverty line}$$

Έτσι ορίζονται οι παρακάτω μεταβλητές του μοντέλου πιθανομονάδας:

Poor\_A\_1: Εάν  $CTP\_N < 0 \rightarrow$  είναι φτωχοί

$CTP\_N \geq 0 \rightarrow$  δεν είναι φτωχοί

#### Βήμα 8ο

Στη συνέχεια δημιουργείται η μεταβλητή Financial Protection η οποία προσδιορίζει την οικονομική προστασία που επιτυγχάνεται όταν οι άμεσες πληρωμές που πραγματοποιούνται για την απόκτηση υπηρεσιών υγείας δεν εκθέτουν τους ανθρώπους σε οικονομικές δυσκολίες και δεν απειλούν το βιοτικό επίπεδο. Ο υπολογισμός της γίνεται ως εξής:



$$FP = \left( \frac{OOPS}{CTP_N} \right) * 100$$

Πολλά νοικοκυριά έρχονται αντιμέτωπα πολλές φορές με αυτό που λέμε Καταστροφικές Δαπάνες (CATA)

Έτσι έχουμε καταστροφικές δαπάνες εάν  $FP \geq 0.4$  οπότε και λαμβάνει την τιμή 1 σύμφωνα με το μοντέλο probit αλλιώς εάν δεν ισχύει το παραπάνω παίρνει την τιμή 0.

Επιπρόσθετα όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία τα νοικοκυριά θα μπορούσαν να φτωχοποιηθούν ακόμη περισσότερο. Έτσι φτιάχνω την αντίστοιχη μεταβλητή που μας δείχνει ποια νοικοκυριά φτωχοποιούνται:

F\_POOR\_A φτωχοποιούνται τα νοικοκυριά που έχουν  $FP < 0$ .

Ειδικότερα κάθε νοικοκυριό του οποίου η αναλογία των OOP προς την ικανότητα να πληρώσει είναι μικρότερη από 0 ωθείται περαιτέρω στη φτώχεια από τους OOP.

F\_POOR\_A → Εάν  $FP < 0$  λαμβάνει την τιμή 1 → σπρώχνονται περαιτέρω στη φτώχεια

→ Εάν λαμβάνει την τιμή 0 → δεν φτωχοποιούνται περαιτέρω

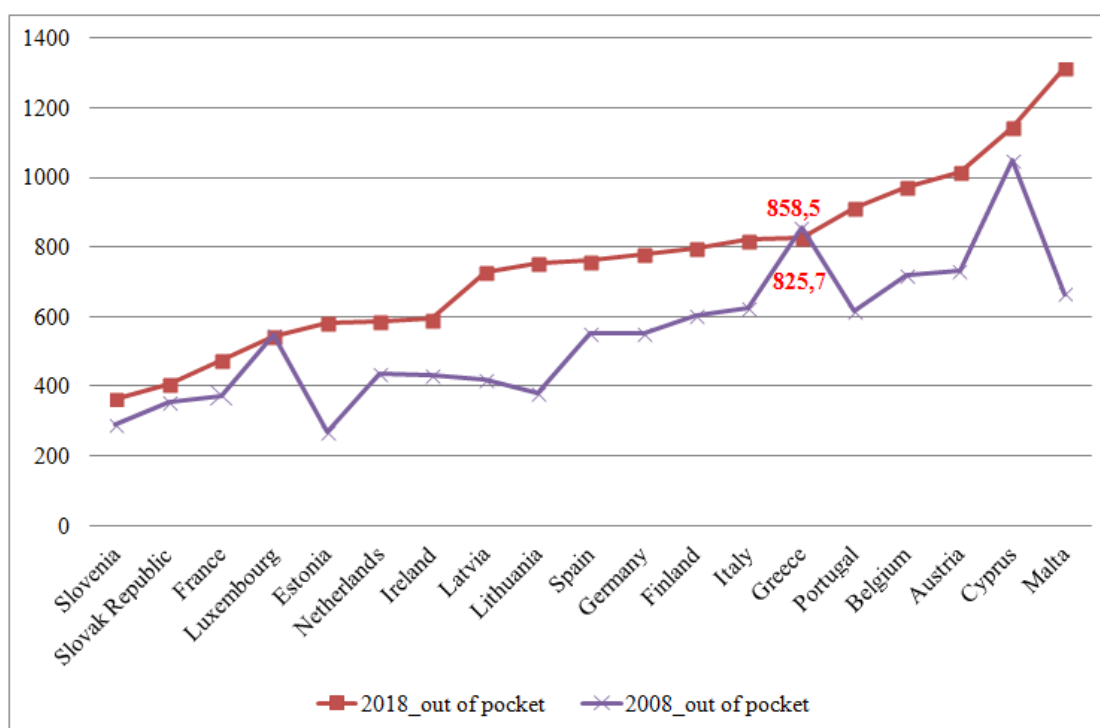
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση των στατιστικών προγραμμάτων SPSS και STATA.

## 6 Αποτελέσματα

### 6.1 Διαχρονική μεταβολή άτυπων πληρωμών υγείας (OOP)

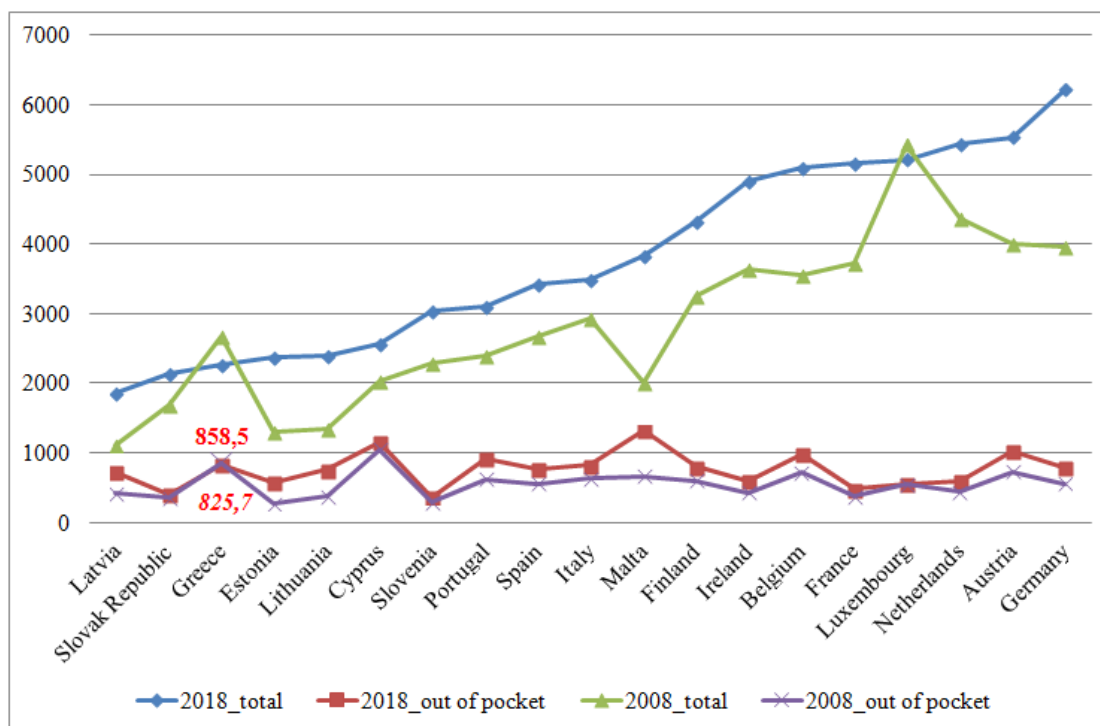
Οι δαπάνες για την υγεία μετρούν την τελική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (δηλ. τρέχουσες δαπάνες για την υγεία) συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης (θεραπευτική περίθαλψη, αποκατάσταση, μακροχρόνια περίθαλψη, βοηθητικές υπηρεσίες και ιατρικά αγαθά) και συλλογικές υπηρεσίες (υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας καθώς και διοίκηση υγείας), αλλά εξαιρουμένων των δαπανών για επενδύσεις. Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού ρυθμίσεων χρηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένων των κρατικών δαπανών και της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (Κυβέρνηση /υποχρεωτική-Government/compulsory), καθώς και εθελοντική ασφάλιση υγείας και ιδιωτικά κεφάλαια, όπως οι άτυπες πληρωμές των νοικοκυριών, οι ΜΚΟ και οι ιδιωτικές εταιρείες ("Voluntary"). Αυτός ο δείκτης παρουσιάζεται ως σύνολο και ανά είδος χρηματοδότησης ("Κυβέρνηση / υποχρεωτική δαπάνη", "Εθελοντική δαπάνη", "Άτυπες Δαπάνες") και μετράται ως μερίδιο του ΑΕΠ, ως μερίδιο των συνολικών δαπανών για την υγεία και σε δολάρια USD ανά κάτοικο (OECD, 2021). Στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιηθούν τόσο οι συνολικές δαπάνες όσο και οι άτυπες για δύο χρονικές περιόδους 2008 και 2018.

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του ποσού άτυπων πληρωμών (out of pocket) για την υγεία σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες για τα έτη 2008 και 2018. Επίσης λαμβάνει χώρα σύγκριση της διαχρονικής εξέλιξης του ποσού των άτυπων πληρωμών στις διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όπως γίνεται αντιληπτό οι συνολικές άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα παρουσιάζουν μείωση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2008-2018 από 825,7 σε 858,5 US δολάρια/κάτοικο σε αντίθεση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου οι άτυπες πληρωμές παρουσιάζουν αύξηση μεταξύ 2008 και 2018. Επιπλέον η Ελλάδα φαίνεται να αποτελεί μία από τις χώρες της Ευρώπης, όπου οι άτυπες πληρωμές υγείας βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα και για τις δύο χρονικές περιόδους. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι και οι συνολικές δαπάνες υγείας ανά κάτοικο έχουν μειωθεί στην Ελλάδα σε σχέση με όλες τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, πλην του Λουξεμβούργου (Εικόνα 30 και 31).



Εικόνα 30. Μεταβολή άτυπων πληρωμών υγείας κατά τη δεκαετία 2008-2018.

Πηγή: OECD, 2021, ίδια επεξεργασία

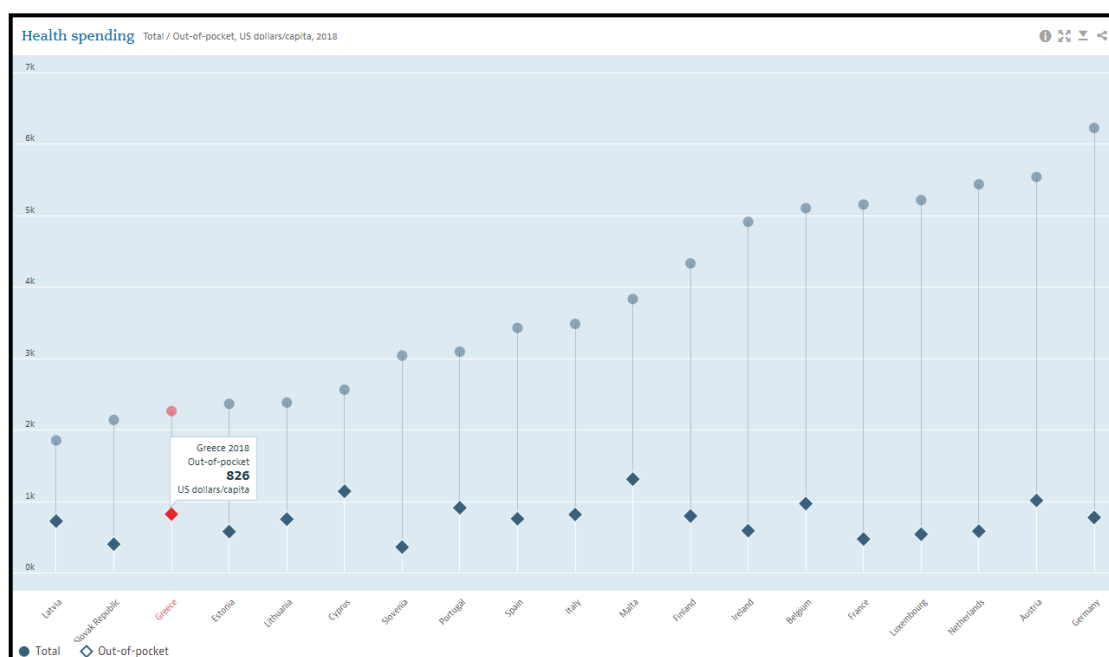


Εικόνα 31. Μεταβολή άτυπων πληρωμών και συνολικών δαπανών υγείας κατά τη δεκαετία 2008-2018.

Πηγή: OECD, 2021, ίδια επεξεργασία

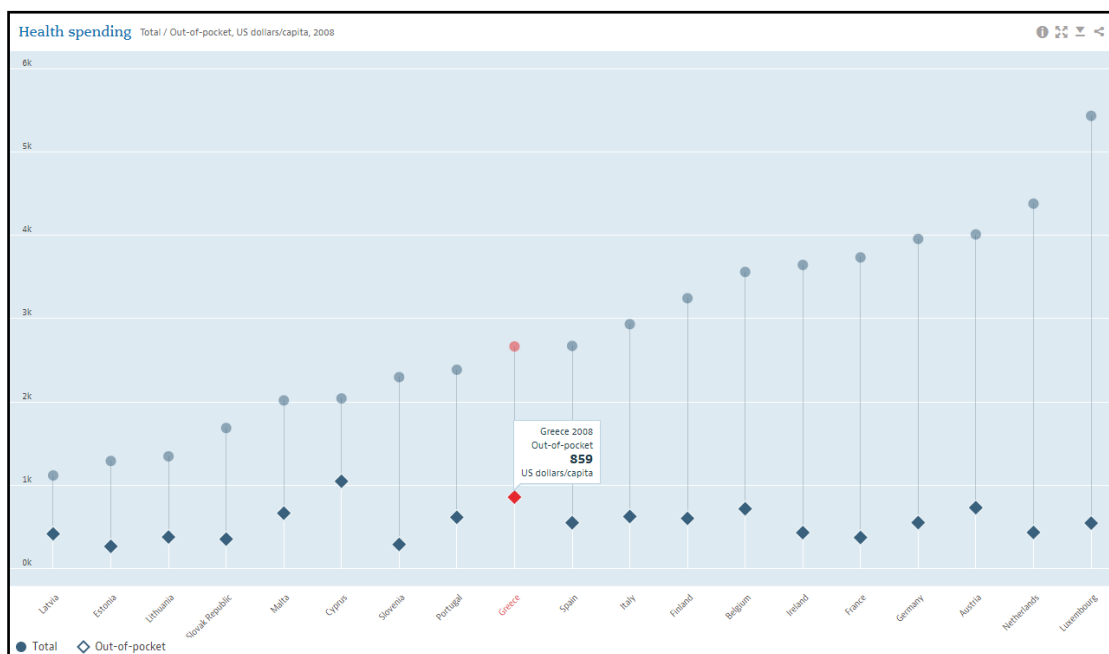
**Πίνακας 4.** Διαχρονική μεταβολή των άτυπων πληρωμών υγείας

	2018_total	2018 Out of pocket	2008_total	2008 Out of pocket
Latvia	1856,5	727,4	1118,3	417,2
Slovak Republic	2142,1	405	1687,1	354,6
Greece	2265,9	825,7	2665,5	858,5
Estonia	2368,1	581,6	1291,7	267,7
Lithuania	2385,1	754,7	1347,2	379,6
Cyprus	2565,6	1145,3	2041,6	1048
Slovenia	3042,3	364,5	2297,5	290,4
Portugal	3097,3	914,4	2386,1	616,1
Spain	3429,8	760,2	2671,8	551,5
Italy	3484,9	820,5	2932,5	625,8
Malta	3832,6	1314,4	2018,3	665,6
Finland	4331,5	798,3	3243,8	602,5
Ireland	4911,8	593,5	3643,3	432,2
Belgium	5103,2	972,2	3558,8	717,9
France	5154,1	476,7	3733,4	373,9
Luxembourg	5216,3	544,4	5431,1	546,5
Netherlands	5436,3	587,1	4378,4	434,5
Austria	5538,3	1017,1	4009,3	731,5
Germany	6223,8	778,4	3955	552,5



**Εικόνα 32.** Συνολικές και άτυπες πληρωμές υγείας για το έτος 2018.

Πηγή: OECD, 2021, ίδια επεξεργασία



Εικόνα 33. Συνολικές και άτυπες πληρωμές υγείας για το έτος 2008.

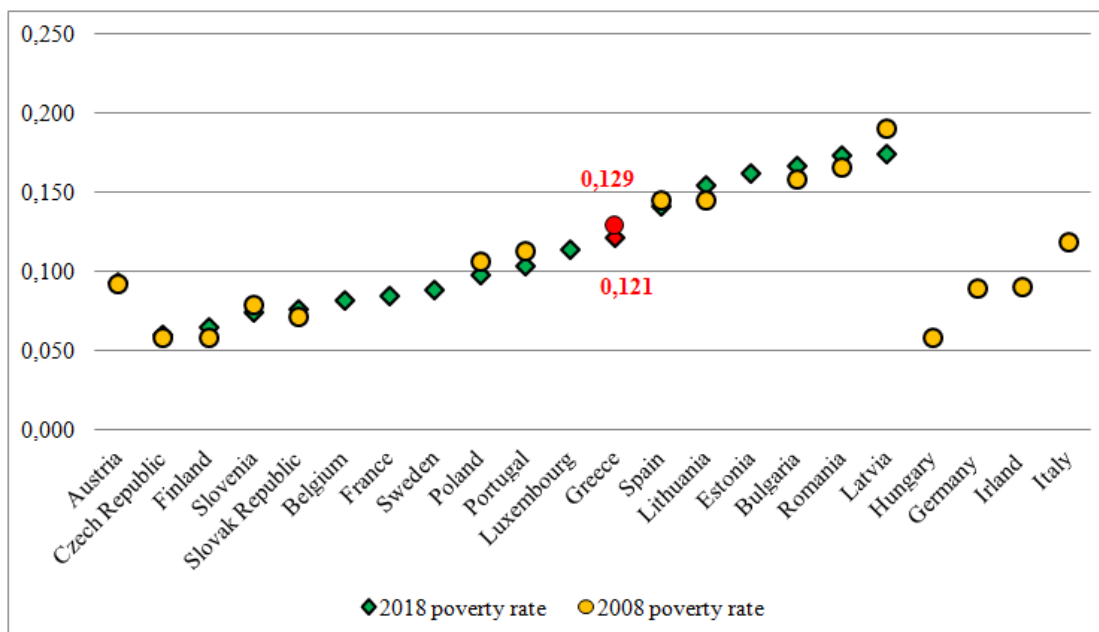
Πηγή: OECD, 2021, ίδια επεξεργασία

## 6.2 Διαχρονική μεταβολή ποσοστού φτώχειας

Το ποσοστό φτώχειας είναι η αναλογία του αριθμού των ατόμων (σε μια δεδομένη ηλικιακή ομάδα) των οποίων το εισόδημα πέφτει κάτω από το όριο της φτώχειας, λαμβάνεται ως το ήμισυ του μέσου εισοδήματος των νοικοκυριών του συνολικού πληθυσμού. Δύναται να παρουσιαστεί σύμφωνα με διάφορες ηλικιακές ομάδες: παιδική φτώχεια (0-17 ετών), φτώχεια σε ηλικία εργασίας και φτώχεια ηλικιωμένων (66 ετών και άνω). Ωστόσο, δύο χώρες με τα ίδια ποσοστά φτώχειας μπορεί να διαφέρουν ως προς το σχετικό επίπεδο εισοδήματος των φτωχών. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το συνολικό ποσοστό φτώχειας που αφορά την Ελλάδα σε σύγκριση με το συνολικό ποσοστό φτώχειας άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά τη διάρκεια των δύο χρονικών περιόδων 2008 και 2018 (OECD, 2021a).

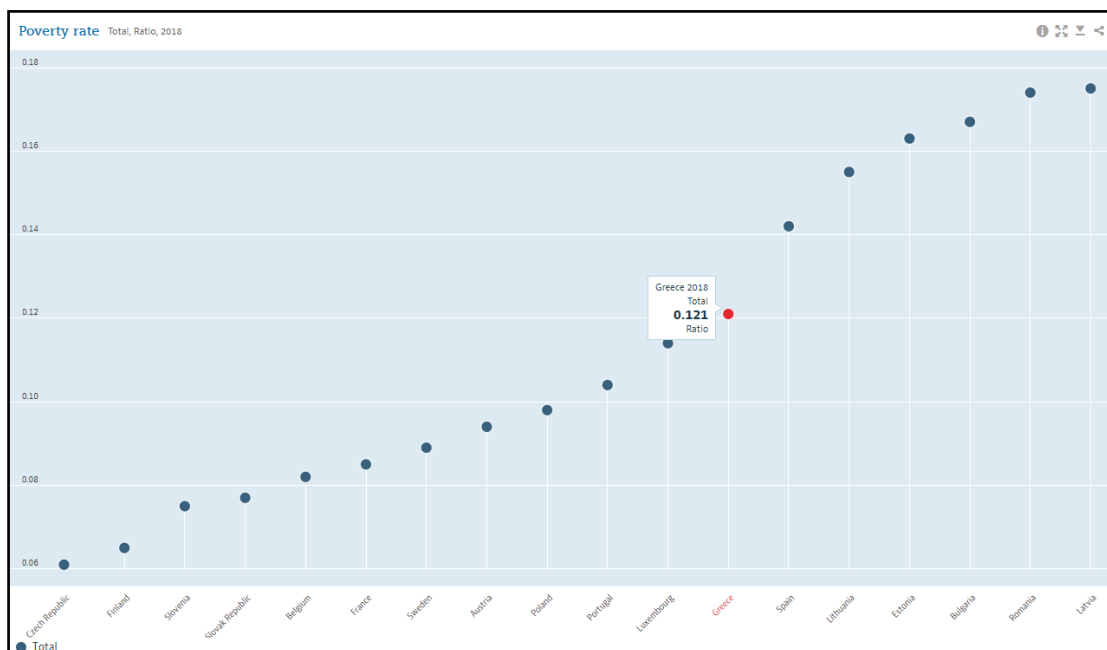
Από τα αποτελέσματα των διαγραμμάτων που παρουσιάζονται πιο κάτω η Ελλάδα φαίνεται να έχει μειώσει το ποσοστό φτώχειας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2008-2018 που από 0,129 ή (12,9%) που ήταν το 2008 μειώθηκε στο 0,121 (12,1%). Ωστόσο παραμένει σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χώρες που

παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό φτώχειας σε σχέση με τη Ελλάδα είναι η Ισπανία, η Λιθουανία, η Εσθονία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Λετονία (Εικόνα 34, 35 και 36).



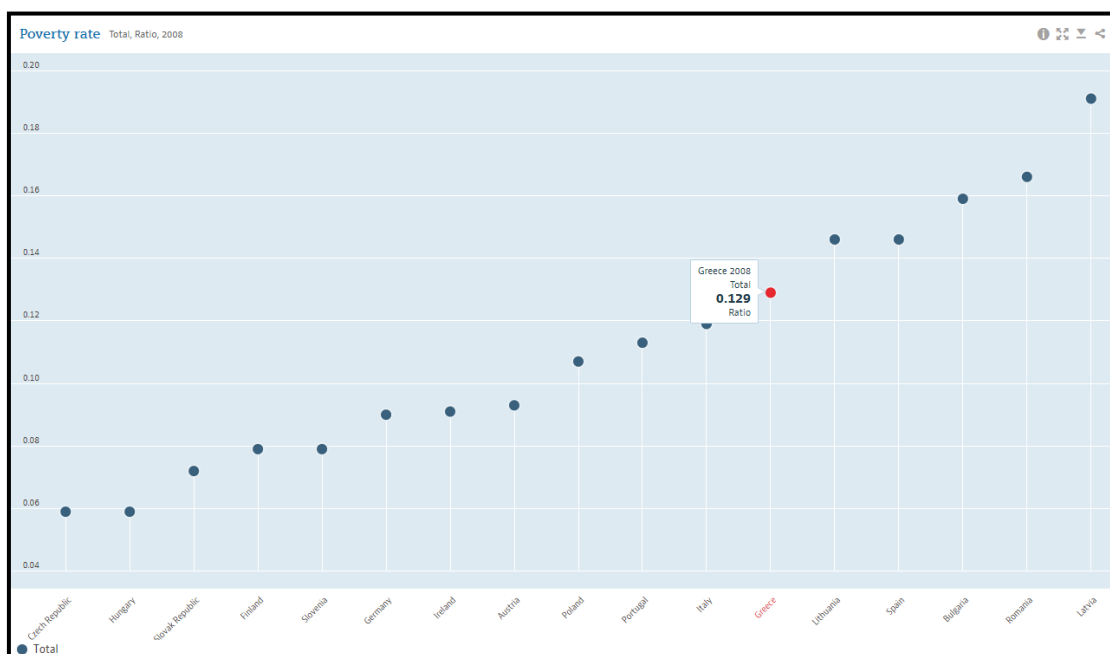
Εικόνα 34. Διαχρονική μεταβολή ποσοστού φτώχειας 2008-2018.

Πηγή: OECD, 2021a, ίδια επεξεργασία



Εικόνα 35. Ποσοστό φτώχειας 2018.

Πηγή: OECD, 2021a



Εικόνα 36. Ποσοστό φτώχειας 2008.

Πηγή: OECD, 2021a

### 6.3 Στατιστική Ανάλυση Άτυπων Πληρωμών

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας οι μεταβλητή OOP αφορά τις άτυπες πληρωμές, η μεταβλητή AHI αφορά το σταθμισμένο οικογενειακό εισόδημα και το TCE τη συνολική καταναλωτική δαπάνη ανά άτομο. Όπως παρατηρείται τόσο από τον πίνακα 5 όσο και από το διάγραμμα της εικόνας 37 (το οποίο δείχνει συνοπτικά τη μέση τιμή της μεταβλητής των άτυπων πληρωμών) υπάρχει μια κατακόρυφη μείωση στις άτυπες πληρωμές μέχρι το 2012. Αυτό δείχνει την επίδραση της οικονομικής κρίσης και της έναρξης των μνημονίων στην Ελλάδα στις άτυπες πληρωμές. Ακολούθως υπάρχει μια μικρή αύξηση τα δύο επόμενα χρόνια μέχρι το 2014 και στη συνέχεια παρατηρείται και πάλι μείωση. Η αύξηση των άτυπων πληρωμών κατά την περίοδο 2012-2014 οφείλεται στο γεγονός ότι την περίοδο αυτή σημειώθηκε εγχωρίως μικρή οικονομική ανάκαμψη (0,8%) ενώ το 2014 χορηγήθηκε για πρώτη φορά το «κοινωνικό μέρισμα».

Η τάση της μεταβολής της κατά κεφαλήν κατανάλωσης από το 2008 είναι παρόμοια με εκείνη του κατά κεφαλήν μισθού των υπαλλήλων σε ισοτιμίες αγοραστικών δυνάμεων, αλλά προηγείται χρονικά αυτής, κατά περίπου δύο έτη. Η νωρίτερη εκδήλωση παρόμοιας τάσης στην κατά κεφαλήν κατανάλωση μάλλον οφείλεται στις ταχύτερες εξελίξεις σε

μήματα της αγοράς εργασίας εκτός της μισθωτής απασχόλησης, στα οποία ο βαθμός ρύθμισης είναι μικρότερος, δηλαδή στους ελεύθερους επαγγελματίες και τους υπόλοιπους επιχειρηματίες, επιταχύνοντας τις επιδράσεις της οικονομικής ύφεσης των ετών 2008-2013 (Ματσαγγάνης, 2020), αλλά και της σταθερότητας του ΑΕΠ την περίοδο 2014-2016 (Βασιλειάδης, 2020).

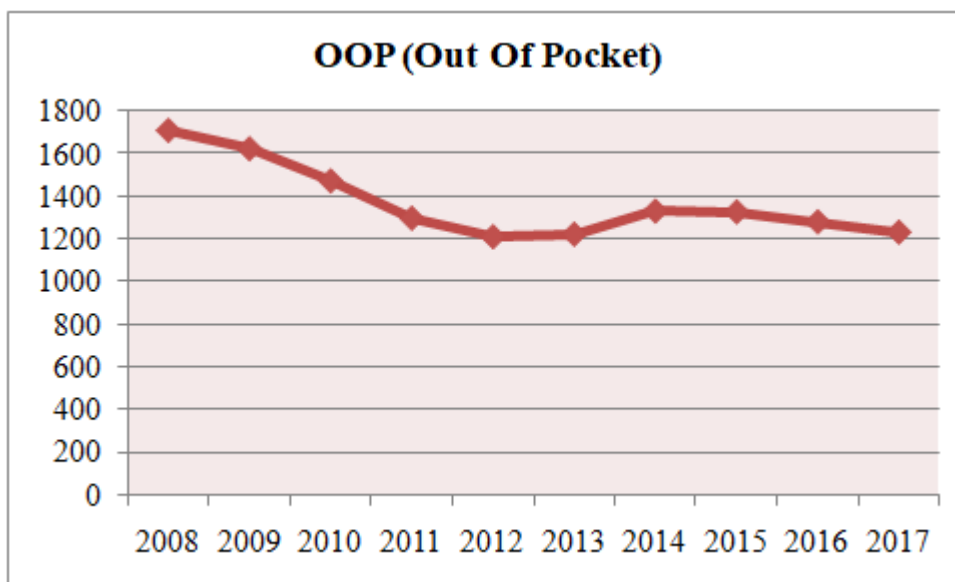
Η ίδια εικόνα παρατηρείται με μικρές διαφορές και για τη μεταβλητή του σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος (AHI). Στην περίπτωση αυτή παρατηρούμε μια μικρή αύξηση της μεταβλητής από το 2008 έως το 2009 και στη συνέχεια μια μείωση έως το 2011 γεγονός που δείχνει την επίδραση της οικονομική ύφεσης. Τον επόμενο χρόνο 2012 παρατηρείται μια αξιοσημείωτη αύξηση και στη συνέχεια απότομη πτώση μέχρι το 2015. Έκτοτε και μέχρι το 2017 παραμένει περίπου σε σταθερά επίπεδα πιθανό λόγο της σταθερότητας του ΑΕΠ την περίοδο 2014-2016 (Βασιλειάδης, 2020).

**Πίνακας 5.** Διαχρονική μεταβολή περιγραφικών Χαρακτηριστικών 2008-2017

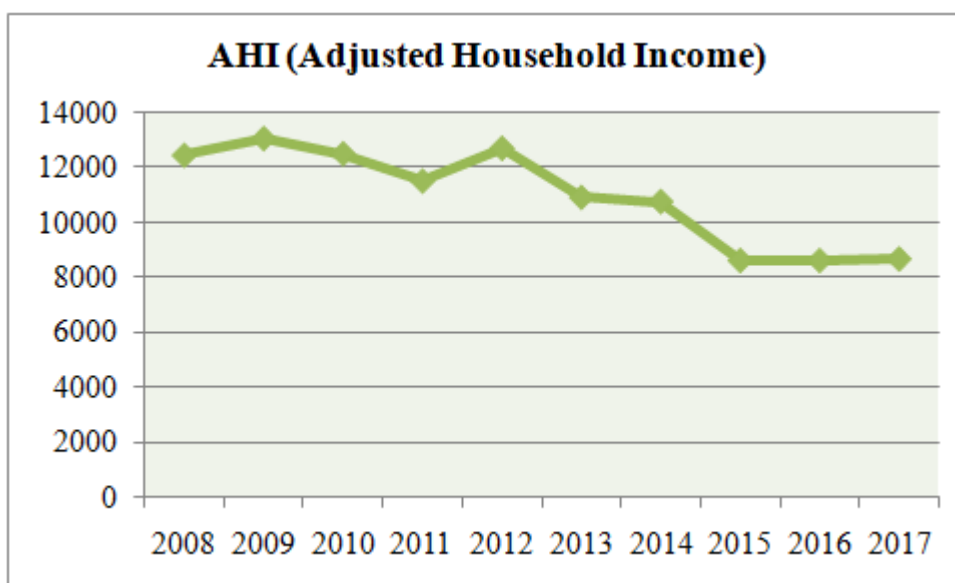
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
2008					
OOP	3460	,00	35393,28	1710,43	2512,82
AHI	3460	,00	241058,82	12407,63	10312,90
TCE	3460	2451,60	285275,52	9223,37	9223,37
Valid N (listwise)	3460				
2009	N				
OOP	3524	,00	44420,04	1624,3759	2413,75630
AHI	3524	,00	172329,32	13009,2759	10244,24795
TCE	3524	3558,84	201988,32	9223,37	9223,37
Valid N (listwise)	3524				
2010	N				
OOP	3512	,00	33096,72	1472,91	2413,27
AHI	3512	141,18	173200,08	12463,81	8912,32
TCE	3512	2503,32	170429,99	9223,37	9223,37
Valid N (listwise)	3512				
2011	N				
OOP	3515	,00	36816,48	1297,57	2275,81
AHI	3515	18,53	217269,96	11481,30	9445,23
TCE	3515	3089,64	185746,44	9223,37	9223,37



Valid N (listwise)	3515				
2012					
OOP	3572	,00	69000,00	1210,6582	2338,89632
AHI	3572	218,74	281081,40	12662,3330	11516,07214
TCE	3572	2450,2799	153023,64	9223,37	9223,372
Valid N (listwise)	3572				
2013					
OOP	3468	,00	40723,68	1222,2348	1931,35406
AHI	3468	150,00	77517,50	10896,0788	6597,50771
TCE	3468	2983,799	177820,44	9223,372	9223,372
Valid N (listwise)	3468				
2014					
OOP	5888	,00	56905,56	1331,3137	2142,54172
AHI	5888	83,04	108981,96	10743,7123	7023,56219
TCE	5888	3464,64	158806,56	9223,372	9223,372
Valid N (listwise)	5888				
2015					
OOP	6150	,00	67270,56	1327,9700	2356,68999
AHI	6117	,00	259741,20	8623,6586	7142,82658
TCE	6150	3414,60	166181,04	9223,372	9223,372
Valid N (listwise)	6117				
2016					
OOP	6073	,00	21789,96	1280,676	2033,27
AHI	6070	58,80	111218,40	8622,4004	5468,68
TCE	6073	2159,64	179115,96	9223,37	9223,372
Valid N (listwise)	6070				
2017	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Dviation
OOP	6176	,00	28920,00	1232,1820	2046,62129
AHI	6158	,00	70210,40	8677,0384	5383,91095
TCE	6176	1830,60	207924,72	9223,372	9223,372
Valid N (listwise)	6158				



Εικόνα 37. Διαχρονική μεταβολή άτυπων πληρωμών



Εικόνα 38. Διαχρονική μεταβολή σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος

#### 6.4 Στατιστική ανάλυση φτωχών νοικοκυριών σύμφωνα με τη μεταβλητή Poor\_1

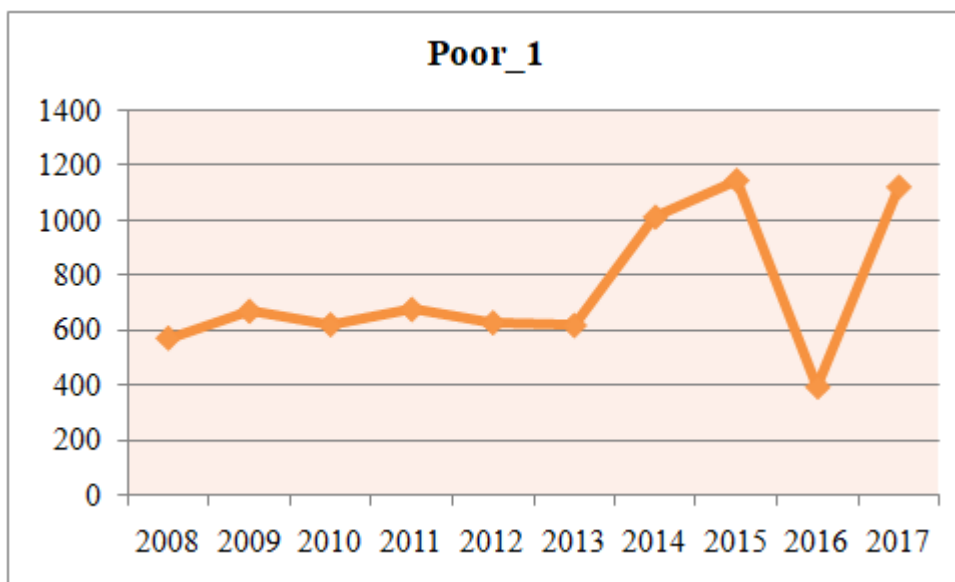
Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας εάν το σταθμισμένο οικογενειακό εισόδημα είναι  $< 60\%$  του διάμεσου σταθμισμένου οικογενειακού εισοδήματος τότε η μεταβλητή παίρνει την τιμή 1 Poor\_1 γεγονός που σημαίνει ότι τα νοικοκυριά είναι φτωχά αλλιώς λαμβάνουν τη τιμή 0.

Πίνακας 6. Διαχρονική μεταβολή φτωχών και μη νοικοκυριών

POOR_1					
2008		Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid	0	2891	83,6	83,6	83,6
	1	569	16,4	16,4	100,0
	Total	3460	100,0	100,0	
2009					
Valid	0	2857	81,1	81,1	81,1
	1	667	18,9	18,9	100,0
	Total	3524	100,0	100,0	
2010					
Valid	0	2894	82,4	82,4	82,4
	1	618	17,6	17,6	100,0
	Total	3512	100,0	100,0	
2011					
Valid	0	2841	80,8	80,8	80,8
	1	674	19,2	19,2	100,0
	Total	3515	100,0	100,0	
2012					
Valid	0	2947	82,5	82,5	82,5
	1	625	17,5	17,5	100,0
	Total	3572	100,0	100,0	
2013					
Valid	0	2853	82,3	82,3	82,3
	1	615	17,7	17,7	100,0
	Total	3468	100,0	100,0	
2014					
Valid	0	4876	82,8	82,8	82,8
	1	1012	17,2	17,2	100,0
	Total	5888	100,0	100,0	
2015					
Valid	0	5004	81,4	81,4	81,4
	1	1146	18,6	18,6	100,0
	Total	6150	100,0	100,0	
2016					
Valid	0	5683	93,6	93,6	93,6
	1	390	6,4	6,4	100,0
	Total	6073	100,0	100,0	

2017					
Valid	0	5054	81,8	81,8	81,8
	1	1122	18,2	18,2	100,0
	Total	6176	100,0	100,0	

1= φτωχοί, 0= όχι φτωχοί



Εικόνα 39. Διαχρονική μεταβολή φτωχών νοικοκυριών

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 και εικόνα 39 γίνεται φανερό ότι ο αριθμός των φτωχών νοικοκυριών παρουσιάζει μια περίπου σταθερότητα από το 2008-2013 ενώ τα δύο επόμενα έτη 2014 και 2016 καθώς και το 2017, ο αριθμός των φτωχών οικογενειών αυξάνεται σχεδόν κατακόρυφα γεγονός που οφείλεται στις αρνητικές επιπτώσεις που έχει επιφέρει η πολύχρονη οικονομική ύφεση και ο ερχομός των μνημονίων. Έκπληξη αποτελεί ο πολύ μικρός αριθμός των φτωχών νοικοκυριών το 2016 σε επίπεδα πιο κάτω και από το 2008-πριν την έλευση της οικονομικής κρίσης- γεγονός που πιθανόν να οφείλεται σε στατιστικό λάθος.

## 6.5 Στατιστική ανάλυση ικανότητας πληρωμής –Capacity to pay

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας ένα νοικοκυριό είναι φτωχό αν  $CTP_N < 0$  οπότε και λαμβάνει την τιμή 1 αλλιώς λαμβάνει την τιμή 0.

Άρα  $Poor\_A\_1 \rightarrow CTP\_N < 0 \rightarrow \text{Φτωχοί}$

$\rightarrow CTP\_N \geq 0 \rightarrow \text{Όχι Φτωχοί}$

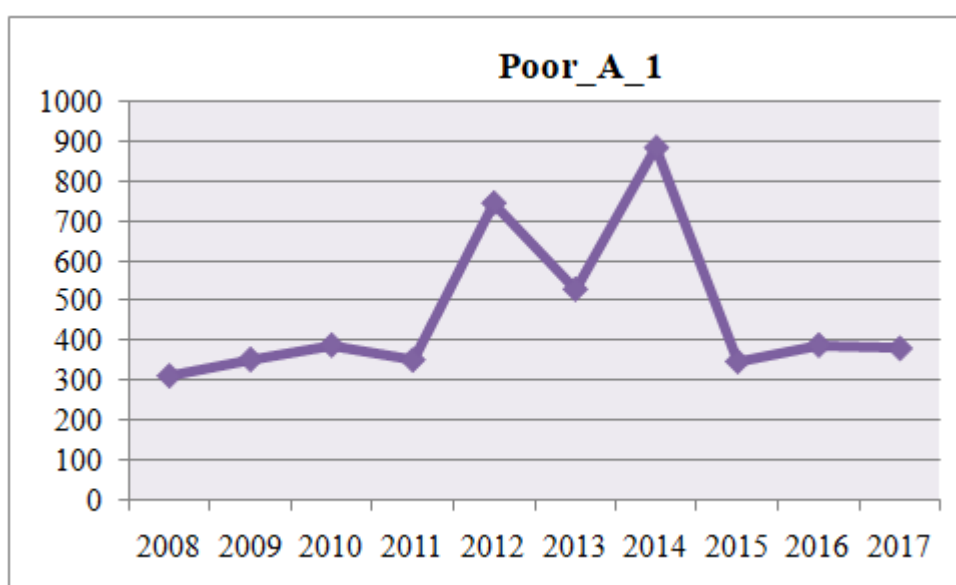
Πίνακας 7. Διαχρονική μεταβολή ικανότητας πληρωμής

POOR_A_1					
2008-2017		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	40646	89,7	89,7	89,7
	1	4692	10,3	10,3	100,0
	Total	45338	100,0	100,0	
2008					
Valid	0	3147	91,0	91,0	91,0
	1	313	9,0	9,0	100,0
	Total	3460	100,0	100,0	
2009					
Valid	0	3170	90,0	90,0	90,0
	1	354	10,0	10,0	100,0
	Total	3524	100,0	100,0	
2010					
Valid	0	3122	88,9	88,9	88,9
	1	390	11,1	11,1	100,0
	Total	3512	100,0	100,0	
2011					
Valid	0	3162	90,0	90,0	90,0
	1	353	10,0	10,0	100,0
	Total	3515	100,0	100,0	
2012					
Valid	0	2826	79,1	79,1	79,1
	1	746	20,9	20,9	100,0
	Total	3572	100,0	100,0	
2013					
Valid	0	2938	84,7	84,7	84,7
	1	530	15,3	15,3	100,0
	Total	3468	100,0	100,0	
2014					
Valid	0	5003	85,0	85,0	85,0
	1	885	15,0	15,0	100,0
	Total	5888	100,0	100,0	
2015					
Valid	0	5801	94,3	94,3	94,3
	1	349	5,7	5,7	100,0
	Total	6150	100,0	100,0	

2016		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	5683	93,6	93,6	93,6
	1	390	6,4	6,4	100,0
	Total	6073	100,0	100,0	

2017		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	0	5794	93,8	93,8	93,8
	1	382	6,2	6,2	100,0
	Total	6176	100,0	100,0	



Εικόνα 40. Διαχρονική μεταβολή ικανότητας πληρωμής

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 και διάγραμμα 40 γίνεται φανερό ότι ο αριθμός των νοικοκυριών που χαρακτηρίζονται ως φτωχά βρίσκονται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα τα έτη από το 2008 έως 2011 με μέσους όρους που κυμαίνονται από 300-400 νοικοκυριά. Ακολούθως παρατηρείται κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των φτωχών νοικοκυριών το έτος 2012 ενώ ακολουθεί αξιοσημείωτη μείωση το 2013. Το 2014 ο αριθμός των φτωχών νοικοκυριών αυξάνεται και πάλι σε μεγάλο βαθμό ενώ τα επόμενα έτη 2016 και 2017 μειώνεται κατακόρυφα. Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι απόρροια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης που έλαβε χώρα το Σεπτέμβριο του 2008 η οποία συνέπεσε με τη δραματική επιδείνωση του ελληνικού δημοσιονομικού και εξωτερικού ελλείμματος με αποτέλεσμα την προσφυγή στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), ζητώντας χρηματοοικονομική στήριξη. Τα μνημόνια υπέβαλαν μεγάλο

αριθμό περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, αυξήσεις φόρων και σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Αποτέλεσμα των παραπάνω μεταρρυθμίσεων ήταν μέσα σε τέσσερα χρόνια να συντελεστεί τεράστια δημοσιονομική προσαρμογή όπου από 15,4% του ΑΕΠ το 2009, το έλλειμμα της γενικής κυβέρνησης είχε πέσει το 2013 στο 1,8%. Επίσης το κόστος ήταν δραματικό με αποτέλεσμα να χαθεί το 1/4 του ΑΕΠ, το 19% των θέσεων απασχόλησης, τριπλασιάστηκες σχεδόν η ανεργία φτάνοντας το 27% το 2013, παρατηρείται εξάπλωση της φτώχειας και λαμβάνει χώρα διεξαγωγή σφοδρών κοινωνικών και πολιτικών συγκρούσεων.

Ο κίνδυνος φτώχειας αποτελεί το ποσοστό των πολιτών οι οποίοι διαμένουν σε νοικοκυριά, των οποίων το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα είναι χαμηλότερο από το 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος. Έτσι εξετάζοντας τον πίνακα 7 και διάγραμμα 40 βλέπουμε ότι ο δείκτης που εξετάζεται άρχισε να αυξάνεται έως και το 2012 και το 2014, στα οποία έτη σημείωσε το υψηλότερο ποσοστό και στη συνέχεια άρχισε να μειώνεται από το 2014 κι μετά. Γίνεται λοιπόν αντιληπτός ο αρνητικός αντίκτυπος που είχαν για τον πληθυσμό οι περικοπές των επιδομάτων και των συντάξεων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

## 6.6 Στατιστική ανάλυση Financial Protection

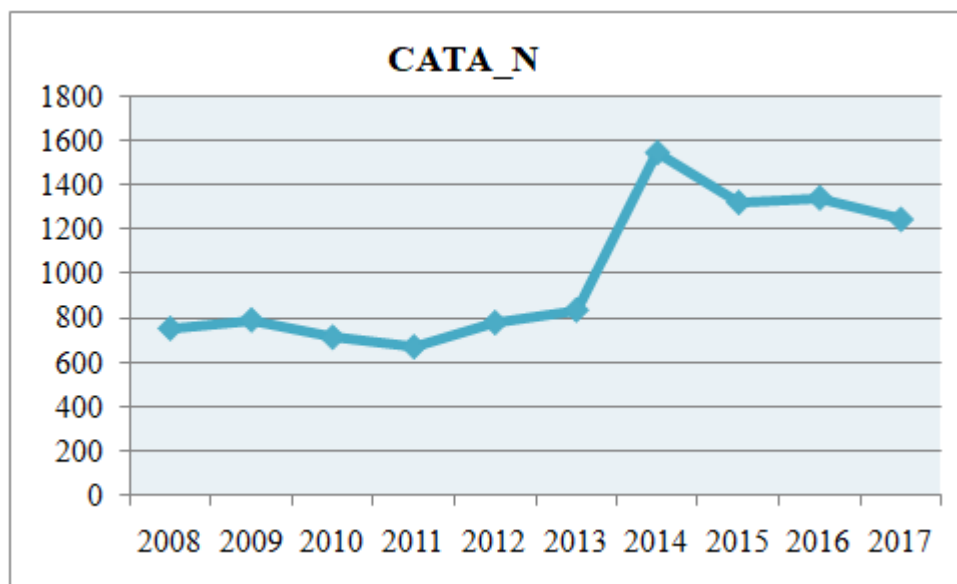
Όπως έχει αναφερθεί και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας όταν το  $FP \geq 0.4$  τότε το νοικοκυριό αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες. Επομένως οι CATA\_N λαμβάνουν την τιμή 1 αλλιώς εάν δεν αντιμετωπίζουν καταστροφικές δαπάνες λαμβάνουν τη τιμή 0. Σύμφωνα με τα συνολικά αποτελέσματα της χρονικής περιόδου 2008-2017 το σύνολο των νοικοκυριών που έρχονται αντιμέτωπα με καταστροφικές δαπάνες είναι 10002. Σύμφωνα με τον πίνακα 8 και το διάγραμμα της εικόνας 41 γίνεται φανερό ότι οι καταστροφικές δαπάνες στην Ελλάδα παρουσιάζουν κατά μέσο όρο ανοδική πορεία την περίοδο 2008-2017 ενώ παρατηρείται σημαντική αύξηση των καταστροφικών δαπανών μεταξύ των ετών 2014 έως 2017.

**Πίνακας 8. Διαχρονική μεταβολή Financial Protection**

CATA_N					
2008-2017		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	,00	35336	77,9	77,9	77,9
	1,00	10002	22,1	22,1	100,0
	Total	45338	100,0	100,0	
2008					
Valid	,00	2706	78,2	78,2	78,2
	1,00	754	21,8	21,8	100,0
	Total	3460	100,0	100,0	
2009					
Valid	,00	2732	77,5	77,5	77,5
	1,00	792	22,5	22,5	100,0
	Total	3524	100,0	100,0	
2010					
Valid	,00	2798	79,7	79,7	79,7
	1,00	714	20,3	20,3	100,0
	Total	3512	100,0	100,0	
2011					
Valid	,00	2844	80,9	80,9	80,9
	1,00	671	19,1	19,1	100,0
	Total	3515	100,0	100,0	
2012					
Valid	,00	2792	78,2	78,2	78,2
	1,00	780	21,8	21,8	100,0
	Total	3572	100,0	100,0	
2013					
Valid	,00	2631	75,9	75,9	75,9
	1,00	837	24,1	24,1	100,0
	Total	3468	100,0	100,0	
2014					
Valid	,00	4342	73,7	73,7	73,7
	1,00	1546	26,3	26,3	100,0
	Total	5888	100,0	100,0	
2015					
Valid	,00	4829	78,5	78,5	78,5
	1,00	1321	21,5	21,5	100,0
	Total	6150	100,0	100,0	



2016					
Valid	,00	4731	77,9	77,9	77,9
	1,00	1342	22,1	22,1	100,0
	Total	6073	100,0	100,0	
2017					
Valid	,00	4931	79,8	79,8	79,8
	1,00	1245	20,2	20,2	100,0
	Total	6176	100,0	100,0	



Εικόνα 41. Διαχρονική μεταβολή Financial Protection

Είναι γεγονός ότι οι άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών ξεκίνησαν να αλλάζουν κατεύθυνση λόγω της κρίσης, και έτσι η χρήσης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των διαγνωστικών εξετάσεων μετέβησαν προς την ενδονοσοκομειακή φροντίδα για τα πλουσιότερα νοικοκυριά και τα εξωνοσοκομειακά φάρμακα για τα φτωχότερα. Οι καταστροφικές δαπάνες κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκαν κυρίως στα φτωχότερα στρώματα, με σημαντική μείωση των άμεσων πληρωμών από τα νοικοκυριά, που συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση της μη ικανοποιούμενης ανάγκης για ιατρική περίθαλψη, αλλά και οδοντιατρική φροντίδα, με αύξηση των καταστροφικών δαπανών. Αξιοσημείωτο είναι επίσης να αναφερθεί και το γεγονός ότι, παρά την αλλαγή στη νομοθεσία για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού το 2016 στην Ελλάδα παραμένουν οι σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση, δεδομένου ότι τα άτομα που καλύπτονται από τον καινούριο νόμο δεν έχουν τα ίδια δικαιώματα κάλυψης με όσους είναι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ (WHO, 2019b).

## 6.7 Στατιστική ανάλυση περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών

Η μεταβλητής της περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών συμβολίζεται με F\_POOR\_A και δείχνει τα νοικοκυριά που φτωχοποιούνται και έχουν  $FP < 0$ .

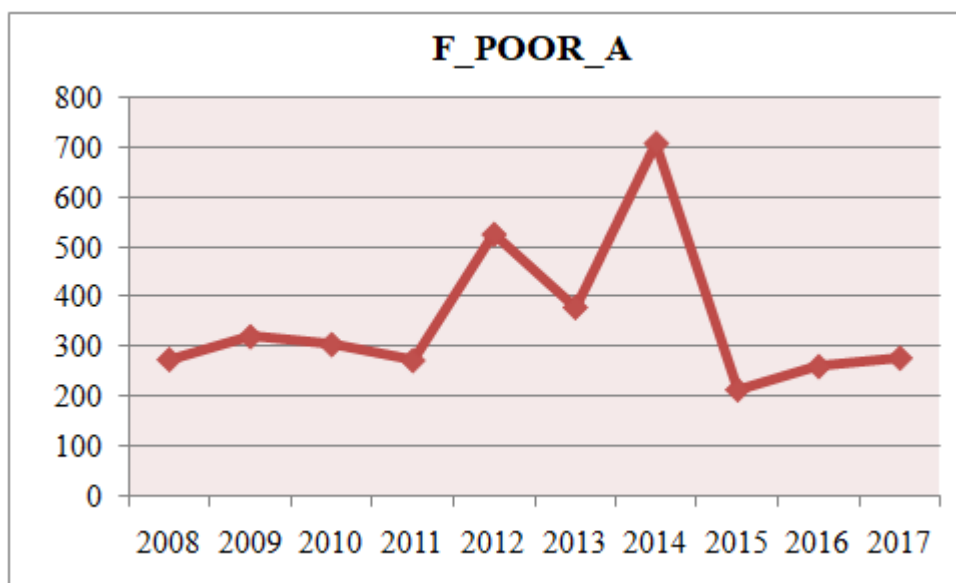
Ειδικότερα κάθε νοικοκυριό του οποίου η αναλογία των OOP προς την ικανότητα να πληρώσει είναι μικρότερη από 0 ωθείται περαιτέρω στη φτώχεια από τους OOP.

**Πίνακας 9. Διαχρονική μεταβολή περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών**

		F_POOR_A			Cumulative Percent
2008-2017		Frequency	Percent	ValidPercent	
Valid	,00	41794	92,2	92,2	92,2
	1,00	3544	7,8	7,8	100,0
	Total	45338	100,0	100,0	
2008					
Valid	,00	3185	92,1	92,1	92,1
	1,00	275	7,9	7,9	100,0
	Total	3460	100,0	100,0	
2009					
Valid	,00	3203	90,9	90,9	90,9
	1,00	321	9,1	9,1	100,0
	Total	3524	100,0	100,0	
2010					
Valid	,00	3207	91,3	91,3	91,3
	1,00	305	8,7	8,7	100,0
	Total	3512	100,0	100,0	
2011					
Valid	,00	3242	92,2	92,2	92,2
	1,00	273	7,8	7,8	100,0
	Total	3515	100,0	100,0	
2012					
Valid	,00	3045	85,2	85,2	85,2
	1,00	527	14,8	14,8	100,0
	Total	3572	100,0	100,0	
2013					
Valid	,00	3088	89,0	89,0	89,0
	1,00	380	11,0	11,0	100,0
	Total	3468	100,0	100,0	

2014					
Valid	,00	5178	87,9	87,9	87,9
	1,00	710	12,1	12,1	100,0
Total		5888	100,0	100,0	
2015					
Valid	,00	5936	96,5	96,5	96,5
	1,00	214	3,5	3,5	100,0
Total		6150	100,0	100,0	
2016					
Valid	,00	5812	95,7	95,7	95,7
	1,00	261	4,3	4,3	100,0
Total		6073	100,0	100,0	
2017					
Valid	,00	5898	95,5	95,5	95,5
	1,00	278	4,5	4,5	100,0
Total		6176	100,0	100,0	

1 = Further pushed into poverty, 0 = NON



Εικόνα 42. Διαχρονική μεταβολή περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 9 και του διαγράμματος της εικόνας 42 γίνεται φανερό ότι αριθμός των νοικοκυριών που φτωχοποιούνται περαιτέρω ήταν σε χαμηλά επίπεδα μέχρι το 2011 (με μέσο όρο περίπου 300 νοικοκυριά) ενώ στη συνέχεια παρατηρείται κατακόρυφη αύξηση ιδιαίτερα τα έτη 2012 και 2014, ενώ από το 2015 και μετά παρατηρείται σημαντική πτώση των νοικοκυριών που φτωχοποιούνται σε επίπεδα

χαμηλότερα ακόμα και από το 2008. Γίνεται λοιπόν σαφές για άλλη μια φορά ότι η έλευση της οικονομικής κρίσης και η έναρξη των μνημονίων είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση του οικονομικού κινδύνου και της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών, αλλά και του επιπέδου φτωχοποίησής τους. Είναι γεγονός ότι όταν υπάρχει μεγάλο ποσοστό άμεσων δαπανών υγείας δεν παρέχονται οι αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Ως εκ τούτου οι φτωχότεροι πολίτες μπορεί να μην είναι σε θέση να αναζητήσουν ιατρική περίθαλψη ή ακόμα και να σταματήσουν την αγωγή τους σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων. Επίσης μπορεί σε περίπτωση που δε δύναται να σταματήσουν την αγωγή τους βρίσκονται υπό τον κίνδυνο φτωχοποίησης εφόσον θα χρειαστεί να πληρώσουν γι' αυτήν (WHO, 2013). Έτσι όταν το σύστημα υγείας στηρίζεται για την χρηματοδότησή του ως επί το πλείστον στις άμεσες πληρωμές των νοικοκυριών και σε μικρότερο βαθμό στις κρατικές δαπάνες για την υγεία, γεγονός που ισχύει στην Ελλάδα, αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση του οικονομικού κινδύνου για τα νοικοκυριά και το επίπεδο φτωχοποίησής τους (Xu et al., 2010).

## 6.8 Αποτελέσματα μοντέλου Probit για τις Καταστροφικές Δαπάνες

Στην παρούσα μελέτη εφαρμόζεται ένα μοντέλο Πιθανομονάδας (probit) για τη διερεύνηση των καταστροφικών δαπανών υγείας OOP (Out of pocket). Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι μια δυαδική μεταβλητή αποτελέσματος που κωδικοποιείται 1 ή 0. Το μοντέλο πιθανότητας καθορίζεται ως εξής (Adisa, 2015):

$$Pr = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon_i \quad 1$$

Όπου Pr είναι η πιθανότητα εμφάνισης μιας παρατήρησης (Y) να είναι 1, όπου η εξαρτημένη μεταβλητή κωδικοποιείται 1 εάν το νοικοκυριό εμφανίζει για παράδειγμα καταστροφικές δαπάνες υγείας και 0 διαφορετικά,  $\beta$  είναι οι συντελεστές και  $x_1$  έως  $x_k$  είναι ένα σύνολο επεξηγηματικών μεταβλητών,  $\varepsilon$  είναι ένας όρος σφάλματος που περιλαμβάνει όλες τις άλλες χρήσιμες πληροφορίες (Adisa, 2015).

Τα μοντέλα Probit εκτιμούν συντελεστές που παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την κατεύθυνση της επίδρασης της αλλαγής. Για παράδειγμα, ένας αρνητικός συντελεστής υποδηλώνει ότι η επεξηγηματική μεταβλητή είναι λιγότερο πιθανό να συσχετιστεί με την εξαρτημένη μεταβλητή μας, Pr και αντίστροφα, διατηρώντας όλες τις άλλες επεξηγηματικές

μεταβλητές σταθερές. Τα οριακά αποτελέσματα μετρούν την αλλαγή του  $x_1$  σε  $x_k$  στο Pr (Adisa, 2015).

Πριν γίνει η ανάλυση των αποτελεσμάτων του μοντέλου probit είναι αναγκαία η επεξήγηση των μεταβλητών που παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

**Πίνακας 10. Μεταβλητές μοντέλου Probit**

HI11	1	<b>Πηγές εισοδήματος</b>
	2	Μισθοί ή ημερομίσθια
	3	Εισόδημα από αυτοαπασχόληση
	4	Εισόδημα από περιουσία Συντάξεις και επιδόματα συντάξεων
HB074		<b>Τύπος νοικοκυριού- 1</b> <b>(Περιλαμβάνονται παιδιά ηλικίας 16 ετών και άνω)</b>
	1	Ένας ενήλικας
	2	Δύο ενήλικες
	3	Περισσότεροι από 2 ενήλικες
	4	Ένας ενήλικας με εξαρτώμενα παιδιά
	5	Δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά
HC23	6	Περισσότεροι από 2 ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά
		<b>Κοινωνικό- οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς</b>
		<u>Ιδιωτικός τομέας</u>
	Z1	Χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας
	Z2	Μη χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας
		<u>Δημόσιος τομέας</u>
	Z3	Χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας
	Z4	Μη χειρώνακτας εργαζόμενος εκτός της γεωργίας
		Άλλο
	Z5	Αυτοαπασχολούμενος εκτός της γεωργίας
	Z6	Γεωργός- κτηνοτρόφος ή εργάτης γης
	Z7	Άνεργος
	Z8	Συνταξιούχος
	Z9	Μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης Νοικοκυρά
	10	Νοικοκυρά ή άτομο με μη οικονομική δραστηριότητα
	11	Ακατάλληλος για εργασία
HD20	0- xx	Αριθμός μη οικονομικά ενεργών ατόμων

Στον πίνακα 11 η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η Poor\_A1 η οποία δείχνει την πιθανότητα εμφάνισης φτωχών νοικοκυριών σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (HI11, HB074, HC23 και HD20).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εφαρμογής του μοντέλου παρατηρούμε ότι για την ανεξάρτητη μεταβλητή HI11 η τιμή p-value είναι  $<0,05$  μόνο για τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από περιουσία και από συντάξεις και επιδόματα συντάξεων. Επομένως εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από περιουσία έχουν 0,33 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος μισθούς και ημερομίσθια. Αντίστοιχα τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από συντάξεις και επιδόματα συντάξεων έχουν 0,68 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος μισθούς και ημερομίσθια.

Στη συνέχεια για τη μεταβλητή HB074 (Τύπος νοικοκυριού- 1) η τιμή p-value είναι  $<0,05$  για όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής επομένως θεωρούνται στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς τα νοικοκυριά που αποτελούνται από δύο ενήλικες έχουν 0,46 μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Ακολούθως τα νοικοκυριά που αποτελούνται από περισσότερους από 2 ενήλικες έχουν 0,67 μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Τα νοικοκυριά που αποτελούνται από έναν ενήλικα με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 0,38 μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Ακολούθως τα νοικοκυριά που αποτελούνται από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 0,63 μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Τέλος τα νοικοκυριά που αποτελούνται από περισσότερους από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 1,11 μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχά σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο.

Ακολούθως εξετάστηκε η μεταβλητή HC23 που αφορά στην κοινωνικό- οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς. Όπως παρατηρείται από τον πίνακα 11 σε όλες σχεδόν τις υποκατηγορίες της μεταβλητής η τιμή p-value  $<0,05$  επομένως θεωρούνται στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου συνηγορούν στα παρακάτω:

- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι χειρώνακτας εργαζόμενος ιδιωτικού τομέα έχει 0,94 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με το χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι χειρώνακτας εργαζόμενος δημόσιου τομέα έχει 0,34 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με το χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι μη χειρώνακτας εργαζόμενος δημόσιου τομέα εκτός της γεωργίας έχει 0,97 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι αυτοαπασχολούμενος εκτός της γεωργίας έχει 0,56 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι συνταξιούχος έχει 0,24 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης ή νοικοκυρά έχει 1,47 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι νοικοκυρά ή άτομο με μη οικονομική δραστηριότητα έχει 0,33 φορές μικρότερη πιθανότητα να είναι φτωχός σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.

Η τελευταία μεταβλητή αναφέρεται στον αριθμό των μη οικονομικά ενεργών ατόμων (HD20). Όπως παρατηρείται από τον πίνακα 11 μόνο στην περίπτωση που υπάρχει μόνο ένα μη οικονομικά ενεργό άτομο στα νοικοκυριά τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Συνεπώς εξάγεται το συμπέρασμα ότι όταν τα νοικοκυριά έχουν ένα άτομο που είναι μη οικονομικά ενεργό έχει 0,20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι φτωχό σε σχέση με τα νοικοκυριά που δεν έχουν κανέναν μη οικονομικά ενεργό άτομο.

Η μεταβλητή ROOP δείχνει το ποσοστό των άτυπων πληρωμών στο σύνολο των σταθμισμένων δαπανών για κατανάλωση. Όπως γίνεται φανερό η μεταβλητή αυτή έχει αρνητικό πρόσημο (-0,004) και είναι στατιστικά σημαντική γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξάνεται το ROOP τόσο μειώνεται ο αριθμός των φτωχών. Ακολούθως η μεταβλητή PHE δείχνει της δημόσιες δαπάνες υγείας, ωστόσο δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p\text{-value}=0.913>0.05$ ). Τέλος η μεταβλητή DUM2 συνιστά μια ψευδομεταβλητή που λαμβάνει

την τιμή 1 από το 2011 και μετά, ενώ λαμβάνει την τιμή 0 πριν από το 2011, για να δείξουμε ότι το 2011 έγινε η είσοδος στα μνημόνια. Η μεταβλητή αυτή έχει αρνητικό πρόσημο (-0,215) γεγονός που δείχνει ότι από το 2011 και μετά όσο αυξάνεται το DUM2 τόσο μειώνεται ο αριθμός των φτωχών.

**Πίνακας 11. Αποτελέσματα μοντέλου probit για την εμφάνιση φτωχών νοικοκυριών**

Probit regression				Number of obs	=	28595
				LR chi2(27)	=	1862.21
				Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -10036.84				Pseudo R2	=	0.0849
POOR_A_1	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
HI11_1						
2	-.0906686	.0484988	-1.87	0.062	-.1857245	.0043873
3	.3287246	.0458934	7.16	0.000	.2387752	.4186739
4	.685357	.0579299	11.83	0.000	.5718165	.7988975
HB074						
2	.4595801	.0308901	14.88	0.000	.3990367	.5201235
3	.669856	.0415015	16.14	0.000	.5885146	.7511974
4	.3856979	.077027	5.01	0.000	.2347277	.5366681
5	.6347621	.0376993	16.84	0.000	.5608727	.7086514
6	1.109916	.0513528	21.61	0.000	1.009266	1.210565
HC23						
2	-.9452084	.0710272	-13.31	0.000	-1.084419	-.8059977
3	-.3428891	.0717529	-4.78	0.000	-.4835222	-.202256
4	-.9752338	.0634243	-15.38	0.000	-1.099543	-.8509244
5	-.5643172	.0564038	-10.00	0.000	-.6748667	-.4537677
6	-.0371592	.0657997	-0.56	0.572	-.1661242	.0918058
7	.1024454	.0585547	1.75	0.080	-.0123198	.2172106
8	-.2395671	.0511616	-4.68	0.000	-.3398419	-.1392923
9	-1.469628	.1656263	-8.87	0.000	-1.79425	-1.145007
10	-.330111	.0589409	-5.60	0.000	-.4456331	-.2145888
11	-.046794	.0734942	-0.64	0.524	-.1908399	.0972519
88	0	(empty)				
99	-.3423097	.075101	-4.56	0.000	-.489505	-.1951144
HD20						
1	.203555	.033223	6.13	0.000	.1384391	.2686709
2	.0620594	.0374224	1.66	0.097	-.0112872	.1354059
3	-.0673924	.0623543	-1.08	0.280	-.1896045	.0548198
4	-.1123853	.1062505	-1.06	0.290	-.3206324	.0958618
5	.2468274	.2968848	0.83	0.406	-.3350561	.8287109
6	0	(empty)				
7	0	(empty)				
ROOP	-.0043826	.0007718	-5.68	0.000	-.0058953	-.0028698
PHE	.0002761	.0025398	0.11	0.913	-.0047017	.005254
DUM2	-.2150961	.032748	-6.57	0.000	-.279281	-.1509113
_cons	-1.544584	.1600348	-9.65	0.000	-1.858247	-1.230922



Στον πίνακα 12 η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η F\_Poor\_A1 η οποία δείχνει την πιθανότητα περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών σε σχέση και πάλι με τις ανεξάρτητες μεταβλητές (HI11, HB074, HC23 και HD20).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εφαρμογής του μοντέλου παρατηρούμε ότι για την ανεξάρτητη μεταβλητή HI11 η τιμή p-value είναι  $<0,05$  μόνο για τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από περιουσία και από συντάξεις και επιδόματα συντάξεων. Επομένως εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από περιουσία έχουν 0,37 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος μισθούς και ημερομίσθια. Αντίστοιχα τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος από συντάξεις και επιδόματα συντάξεων έχουν 0,61 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν πηγές εισοδήματος μισθούς και ημερομίσθια.

Στη συνέχεια για τη μεταβλητή HB074 (Τύπος νοικοκυριού- 1) η τιμή p-value είναι  $<0,05$  για όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής επομένως θεωρούνται στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς τα νοικοκυριά που αποτελούνται από δύο ενήλικες έχουν 0,40 μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Ακολούθως τα νοικοκυριά που αποτελούνται από περισσότερους από 2 ενήλικες έχουν 0,60 μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Τα νοικοκυριά που αποτελούνται από έναν ενήλικα με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 0,34 μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Ακολούθως τα νοικοκυριά που αποτελούνται από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 0,57 μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο. Τέλος τα νοικοκυριά που αποτελούνται από περισσότερους από δύο ενήλικες με εξαρτώμενα παιδιά έχουν 0,98 μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που έχουν μόνο ένα άτομο.

Ακολούθως εξετάστηκε η μεταβλητή HC23 που αφορά στην κοινωνικό- οικονομική κατάσταση του προσώπου αναφοράς. Όπως παρατηρείται από τον πίνακα 12 σε όλες σχεδόν τις υποκατηγορίες της μεταβλητής η τιμή p-value  $<0,05$  επομένως θεωρούνται

στατιστικά σημαντικές. Συνεπώς τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου συνηγορούν στα παρακάτω:

- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι χειρώνακτας εργαζόμενος ιδιωτικού τομέα έχει 0,73 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με το χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι χειρώνακτας εργαζόμενος δημόσιου τομέα έχει 0,19 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με το χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι μη χειρώνακτας εργαζόμενος δημόσιου τομέα εκτός της γεωργίας έχει 0,77 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι αυτοαπασχολούμενος εκτός της γεωργίας έχει 0,52 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης ή νοικοκυρά έχει 1,29 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.
- ✓ Όταν ο ερωτώμενος είναι νοικοκυρά ή άτομο με μη οικονομική δραστηριότητα έχει 0,19 φορές μικρότερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τον χειρώνακτα εργαζόμενο ιδιωτικού τομέα.

Η τελευταία μεταβλητή αναφέρεται στον αριθμό των μη οικονομικά ενεργών ατόμων (HD20). Όπως παρατηρείται από τον πίνακα 12 μόνο στην περίπτωση που υπάρχει μόνο ένα μη οικονομικά ενεργό άτομο στα νοικοκυριά τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Συνεπώς εξάγεται το συμπέρασμα ότι όταν τα νοικοκυριά έχουν ένα άτομο που είναι μη οικονομικά ενεργό έχει 0,17 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να φτωχοποιηθούν περαιτέρω σε σχέση με τα νοικοκυριά που δεν έχουν κανέναν μη οικονομικά ενεργό άτομο.

Όπως γίνεται φανερό η μεταβλητή ROOP έχει θετικό πρόσημο (0,004) και είναι στατιστικά σημαντική γεγονός που δείχνει ότι όσο αυξάνεται το ROOP τόσο μειώνεται η πιθανότητα περαιτέρω φτωχοποίησης. Ακολούθως η μεταβλητή PHE δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p\text{-value}=0.825>0.05$ ). Τέλος η μεταβλητή DUM2 έχει αρνητικό πρόσημο (-0,215) γεγονός

που δείχνει ότι από το 2011 και μετά όσο αυξάνεται το DUM2 τόσο μειώνεται η πιθανότητα περαιτέρω φτωχοποίησης.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα μοντέλου probit για την περαιτέρω φτωχοποίησης των νοικοκυριών

Probit regression			Number of obs	=	28595	
			LR chi2(27)	=	1477.40	
			Prob > chi2	=	0.0000	
Log likelihood = -8582.2887			Pseudo R2	=	0.0793	
F_POOR_A	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
HI11_1						
2	-.0259713	.0537611	-0.48	0.629	-.1313411	.0793985
3	.3793177	.0493294	7.69	0.000	.2826338	.4760017
4	.6118546	.0630164	9.71	0.000	.4883447	.7353646
HB074						
2	.4035671	.0331717	12.17	0.000	.3385518	.4685824
3	.6041002	.0441784	13.67	0.000	.5175122	.6906883
4	.344419	.0859905	4.01	0.000	.1758806	.5129573
5	.5722132	.0416716	13.73	0.000	.4905384	.6538881
6	.9782104	.0546398	17.90	0.000	.8711184	1.085302
HC23						
2	-.7374132	.0773149	-9.54	0.000	-.8889476	-.5858787
3	-.1947211	.0786829	-2.47	0.013	-.3489367	-.0405055
4	-.7709434	.069409	-11.11	0.000	-.9069825	-.6349042
5	-.5281394	.0641216	-8.24	0.000	-.6538154	-.4024634
6	.0355013	.0718656	0.49	0.621	-.1053526	.1763553
7	.1047286	.0646171	1.62	0.105	-.0219185	.2313758
8	-.0955156	.0555538	-1.72	0.086	-.2043991	.0133368
9	-1.290445	.2026663	-6.37	0.000	-1.687664	-.8932264
10	-.1943441	.0638771	-3.04	0.002	-.319541	-.0691472
11	-.0095731	.0793034	-0.12	0.904	-.165005	.1458587
88	0	(empty)				
99	-.3216959	.0869169	-3.70	0.000	-.4920499	-.151342
HD20						
1	.1716057	.0353687	4.85	0.000	.1022843	.2409271
2	.0565469	.0397379	1.42	0.155	-.021338	.1344318
3	-.0323511	.0657013	-0.49	0.622	-.1611234	.0964212
4	-.0817926	.1100407	-0.74	0.457	-.2974685	.1338832
5	.1569208	.3179918	0.49	0.622	-.4663317	.7801732
6	0	(empty)				
7	0	(empty)				
ROOP	.0048523	.0007438	6.52	0.000	.0033945	.00631
PHE	-.0005996	.0027078	-0.22	0.825	-.0059068	.0047075
DUM2	-.1887527	.0352624	-5.35	0.000	-.2578658	-.1196396
_cons	-1.830196	.1712897	-10.68	0.000	-2.165917	-1.494474

## 7 Συζήτηση – Συμπεράσματα

Μετά την Οικονομική Ύφεση του 2008, η παγκόσμια οικονομία συρρικνώθηκε κατά 1,7%, η πρώτη παγκόσμια συρρίκνωση μετά από 60 χρόνια (Crookes et al., 2020). Σε αντίθεση με τις συστάσεις του ΠΟΥ, εισήχθησαν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες πολλές πολιτικές που περιελάμβαναν τη μείωση του κόστους και περικοπές του προϋπολογισμού, με αποτέλεσμα την οπισθοδρομική χρηματοδότηση και την καθολική υγειονομική κάλυψη (universal health coverage) (WHO, 2015).

Η Ελλάδα παρουσίασε μια μοναδικά σοβαρή οικονομική ύφεση (Kondilis et al., 2013). Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε κατά περισσότερο από 27% σε πραγματικούς όρους μεταξύ 2008 και 2016, η ανεργία έφτασε στο 27% και το ποσοστό του πληθυσμού που κινδυνεύει από φτώχεια έφτασε το 36%. Μεταξύ 2009 και 2012 οι δαπάνες δημόσιας υγείας για τις υπηρεσίες εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών μειώθηκαν κατά 9% και 35%, αντίστοιχα (Crookes et al., 2020). Μειώθηκαν οι μισθοί των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα της υγείας και το πάγωμα των προσλήψεων που επιβλήθηκε το 2010 συνέβαλε στη μείωση του προσωπικού των νοσοκομείων κατά 15% (Economou et al., 2017). Πολλές μεταρρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης κατανομής κόστους και της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, στοχευμένων φαρμακευτικών δαπανών, μειώθηκαν κατά 40% έως το 2014. Επί του παρόντος, οι ιδιωτικές δαπάνες συμβάλλουν σε σημαντικό ποσοστό στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Οι άτυπες πληρωμές (Out of Pocket) αποτελούσαν το 34,8% των δαπανών για την υγεία το 2017, υπερδιπλάσιο του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (Crookes et al., 2020).

Οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις κατά τη διάρκεια της λιτότητας μπορούν να επηρεάσουν τα συστήματα υγείας μέσω ορισμένων μηχανισμών. Ένα πλαίσιο που αναπτύχθηκε από το Kentikelenis (2017) προσδιορίζει τρεις κύριους παράγοντες. Δηλαδή, πολιτικές άμεσης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας (όπως κατανομή κόστους), πολιτικές που επηρεάζουν έμμεσα τα συστήματα υγείας (συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στις τιμές εισαγωγής και της ιδιωτικοποίησης) και μέσω του αντίκτυπου στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως η εκπαίδευση, η ανεργία και η φτώχεια. Μαζί, αυτοί οι μηχανισμοί οδηγούν σε αυξημένα εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη και επιδεινώνουν τα αποτελέσματα της υγείας (Crookes et al., 2020).

Κατά τη διάρκεια της ελληνικής κρίσης, το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με τα μειωμένα επίπεδα εισοδήματος, δημιούργησαν οικονομικά εμπόδια στη φροντίδα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η μείωση της προσβασιμότητας οδήγησε τους ασθενείς να καθυστερήσουν ή να αποφύγουν να αναζητήσουν περίθαλψη (Souliotis et al., 2016; Kyriopoulos et al., 2019; Patelarou et al., 2015). Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αυξήθηκαν μεταξύ του γενικού πληθυσμού (Zavras et al., 2016) και δυσανάλογα μεταξύ των μειονεκτούντων πληθυσμών, αυξάνοντας το χάσμα στην πρόσβαση στη φροντίδα μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων ομάδων κατά 10 φορές (Karanikolos & Kentikelenis, 2016).

Τα διαθέσιμα στοιχεία με τις ελληνικές δαπάνες για την υγεία των νοικοκυριών δείχνουν ότι οι συνήθειες των ελληνικών οικιακών δαπανών άλλαξαν μετά την έναρξη της κρίσης, με τις άτυπες πληρωμές να αυξάνονται τόσο στην αξία όσο και στην επίπτωση (ικανότητα πληρωμής, φτωχά νοικοκυριά, περαιτέρω φτωχοποίηση) με τον αντίκτυπο αυτό να διαφέρει μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Filippidis et al., 2017).

Η απόκτηση λεπτομερούς κατανόησης των τάσεων κατανομή των άτυπων πληρωμών υγείας με την πάροδο του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς τα στοιχεία δείχνουν την επίδραση της οικονομικής κρίσης σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και είδη δαπανών για την υγεία (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

**Βιβλιογραφία**

- Adisa, O. (2015). Investigating determinants of catastrophic health spending among poorly insured elderly households in urban Nigeria. *International Journal For Equity In Health*, 14(1). doi: 10.1186/s12939-015-0188-5
- Agarwal, B. (1991). Social security and the family: Coping with seasonality and calamity in rural India, In Ethisham, A. Dreze, J. Hills J. & Sen A. (eds) *Social Security in Developing Countries*, Oxford: Oxford University Press.
- Alam, A., Murthi, M., Yemtsov, R., Murrugarra, E., Dudwick, N., Hamilton, E., & Tiongson, E. (2005). Growth, Poverty, and Inequality: *Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-6193-1
- Alkire, S., & Sumner, A. (2013). Multidimensional poverty and the post-2015 MDGs. *Development*, 56(1), 46–51. <http://www.palgrave-journals.com/development/journal/v56/n1/pdf/dev20136a.pdf>
- Alkire, S., Kanagaratnam, U. and Suppa, N. (2020). ‘The global Multidimensional Poverty Index (MPI): 2020 revision’, OPHI MPI Methodological Note 49, Oxford Poverty and Human Development Initiative, University of Oxford.
- Alkire, S., Roche, J. M., & Sumner, A. (2013). *Where do the world’s multidimensionally poor people live?* (Working Paper No. 61). OPHI, University of Oxford. [ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp-61.pdf](http://ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp-61.pdf)
- Anand, S., Segal, P., & Stiglitz, J. E. (Eds.). (2010). *Debates on the measurement of global poverty* (Initiative for Policy Dialogue Series). Oxford University Press.
- Atkinson, A. (1987). On the Measurement of Poverty. *Econometrica*, 55(4), 749-764. doi:10.2307/1911028
- Audibert, M., & Mathonnat, J. (2013). Facilitating access to healthcare in low income countries: A contribution to the debate. *Field Actions Science Reports: The Journal of Field Actions*, 8, 1–6.
- Baulch, B. (1996). Neglected Trade-offs in Poverty Measurement. *IDS Bulletin*, 27(1), 36-42. doi: 10.1111/j.1759-5436.1996.mp27001004.x
- Belloni, A., D. Morgan and V. & Paris (2016). Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges, *OECD Health Working Papers*, No. 87, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.

- Bond, R. & Mukherjee, N. (2001). *Livelihood Asset Status Tracking (LAST): A case from Rajasthan*, University of Manchester: Institute for Development Policy and Management.
- Brandolini, A., Magri, S., & Smeeding, T. M. (2009). *Asset-related measures of poverty and economic stress*. <http://www.oecd.org/site/progresskorea/43626536.pdf>
- Burkhauser, R. V., & Duncan, G. J. (1989). Economic risks of gender roles: Income loss and life events over the life course. *Social Science Quarterly*, 70(1), 3.
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2018). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, 211, 338-351. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.024
- Chen, K.-M., & Wang, T.-M. (2015). Determinants of poverty status in Taiwan: A multilevel approach. *Social Indicators Research*, 123(2), 371–389.
- Cotter, D. A. (2002). Poor people in poor places: Local opportunity structures and household poverty. *Rural Sociology*, 67(4), 534–555.
- Coudouel, A., Hentschel, J. S., & Wodon, Q. T. (2002). Poverty measurement and analysis. In *The PRSP Sourcebook*. Washington, DC: World Bank.
- Croke, K., Dabalen, A., Demombyes, G., Giugale, M., & Hoogeveen, J. (2012). *Collecting high frequency panel data in Africa using mobile phone interviews* (Policy Research Working Paper 6097). Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9313/WPS6097.pdf>
- Crookes, C., Palladino, R., Seferidi, P., Hirve, R., Siskou, O., & Filippidis, F. (2020). Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*, 10(8), e038158. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038158
- Cylus, J., Thomson, S., & Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 599–609. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.209031>
- D'Ambrosio, C., Deutsch, J., & Silber, J. (2011). Multidimensional approaches to poverty measurement: An empirical analysis of poverty in Belgium, France, Germany, Italy and Spain, based on the European panel. *Applied Economics*, 43(8), 951–961.
- Datt, G., & Ravallion, M. (1992). Growth and redistribution components of changes in poverty measures. *Journal Of Development Economics*, 38(2), 275-295. doi: 10.1016/0304-3878(92)90001-p



- Devicienti, F., Gualtieri, V., & Rossi, M. (2007). *The dynamics and persistence of poverty: Evidence from Italy*. LABORatorio R. Revelli, Working paper series (62-2007).
- Diallo, A.B. (2009). Four essays on the links between poverty, inequality and health with empirical application to developing countries: Africa compared to the rest of the world. Dissertation. Docteur ès Sciences Economiques.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health systems in transition*, 19(5), 1–166.
- Ehlert, M. (2016). *The impact of losing your job: Unemployment and influences from market, family, and state on economic well-being in the US and Germany*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- El-Sayed, A. M., Vail, D., & Kruk, M. E. (2018). Ineffective insurance in lower and middle income countries is an obstacle to universal health coverage. *Journal of Global Health*, 8(2), 1–10.
- European Commission (2020), *Health Investments by European Structural and Investment Funds 2014-2020*,  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health\\_structural\\_funds/docs/esif\\_factsheet\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_structural_funds/docs/esif_factsheet_en.pdf).
- Falkingham, J. & Namazie, C. (2002) *Measuring health and poverty: a review of approaches to identifying the poor*, London, UK. Department for International Development Health Systems Resource Centre, 71pp.
- Ferreria, F., & Lugo, M. A. (2012). *Multidimensional poverty analysis: Looking for a middle ground* (ECINEQ WP 2012 –251). ECINEQ.  
<http://www.ecineq.org/milano/WP/ECINEQ2012-251.pdf>
- Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific reports*, 7, 46423. <https://doi.org/10.1038/srep46423>
- Filmer, Deon and Lant Pritchett. (1998a). *Estimating Wealth Effects without Expenditure Data - or Tears: an Application to Educational Enrolments in States of India*. World Bank Policy Research Working Paper No. 1994, Washington. 262
- Filmer, Deon and Lant Pritchett. (1998b). *The Effect of Household Wealth on Educational Attainment around the World: Demographic and Health Survey Evidence*. World Bank Policy Research Working Paper No. 1980, Washington



- Foster, A. D. (1994). Poverty and illness in low-income rural areas. *The American Economic Review*, 84(2), 216–220.
- Grootaert, C., & Braithwaite, J. (1998). *Poverty correlates and indicator-based targeting in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington: World Bank
- Grootaert, C., & Kanbur, R. (1995). The lucky few amidst economic decline: Distributional change in cote d'ivoire as seen through panel data sets, 1985–88. *The Journal Of Development Studies*, 31(4), 603-619. doi: 10.1080/00220389508422380
- Grosh, M. & Glewwe P. (2000). *Designing Household Survey Questionnaires for Developing Countries: Lessons from 15 Years of the Living Standards Measurement Study*, Washington DC: World Bank.
- Grosh, M. & Munoz, J. (1996). A manual for planning and implementing the Living Standards Measurement Survey, *LSMS Working Paper*, No. 126, Washington DC: World Bank.
- Haining, R., & Haining, R. P. (2003). *Spatial data analysis: Theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Haughton, J., & Khandker, S. R. (2009). *Handbook on poverty and inequality*. Washington, DC: World Bank.
- Henly, J. R., Danziger, S. K., & Offer, S. (2005). The contribution of social support to the material wellbeing of low-income families. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 122–140.
- Hooda, S. K. (2017). Out-of-pocket payments for healthcare in India: Who have affected the most and why? *Journal of Health Management*, 19(1), 1–15.
- Jayaraman, R. & Lanjouw, P. (1998). The evolution of poverty and inequality in Indian villages, *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 1870, Washington DC: World Bank.
- Kabir, M. A., Rahman, A., Salway, S., & Pryer, J. (2000). Sickness among the urban poor: A barrier to livelihood security. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 12(5), 707–722.
- Karanikolos, M., & Kentikelenis, A. (2016). Health inequalities after austerity in Greece. *International Journal For Equity In Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12939-016-0374-0
- Kauppinen, T. M., Angelin, A., Lorentzen, T., Bøckman, O., Salonen, T., Moisio, P., et al. (2014). Social background and life-course risks as determinants of social assistance

- receipt among young adults in Sweden, Norway and Finland. *Journal of European Social Policy*, 24(3), 273–288
- Kentikelenis, A. (2017). Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways. *Social Science & Medicine*, 187, 296–305. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.02.021
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*, 103(6), 973–979. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301126>
- Kyriopoulos, I., Nikoloski, Z., & Mossialos, E. (2019). The impact of the Greek economic adjustment programme on household health expenditure. *Social Science & Medicine*, 222, 274–284. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.021
- Leive, A., & Xu, K. (2007). *Coping with out-of-pocket health payments: Applications of Engel curves and two-part models in six African countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Lekobane, K. R., & Seleka, T. B. (2017). Determinants of household welfare and poverty in Botswana, 2002/2003 and 2009/2010. *Journal of Poverty*, 21(1), 42–60.
- Lewin, A. C., Stier, H., & Caspi-Dror, D. (2006). The place of opportunity: Community and individual determinants of poverty among Jews and Arabs in Israel. *Research in Social Stratification and Mobility*, 24(2), 177–191.
- McGee, R. & Brock, K. (2001). From poverty assessment to policy change: Processes, actors and data', *IDS Working Paper*, No. 133, Brighton: Institute of Development Studies
- McGee, R. (1998). Looking at poverty from different points of view: A Colombian case study, PhD thesis, University of Manchester.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858–865.
- McKinley, T. (1997) Beyond the line: Implementing complementary methods of poverty measurement, *UNDP Technical Support Document*. <http://www.undp.org/poverty/publications/tsd/tsd3/tsd3.pdf>
- Meng, X., Gregory, R., & Wan, G. (2007). Urban poverty in China and its contributing factors, 1986–2000. *Review of Income and Wealth*, 53(1), 167–189.

- Meyerhoefer, C. D., Sahn, D. E., & Younger, S. D. (2007). The joint demand for health care, leisure, and commodities: Implications for health care finance and access in Vietnam. *The Journal of Development Studies*, 43(8), 1475–1500.
- Micklewright, J. and Stewart, K. (2001) ‘Child well-being in the EU – and enlargement to the East’, in K. Vleminckx and T. Smeeding (eds) *Child Well-being, Child Poverty and Child Policy in Modern Nations*, Bristol: The Policy Press, pp. 129–50.
- Miller, G., Pinto, D., & Vera-Herna'ndez, M. (2013). Risk protection, service use, and health outcomes under Colombia's health insurance program for the poor. *American Economic Journal: Applied Economics*, 5(4), 61–91.
- Mok, T. Y., Gan, C., & Sanyal, A. (2007). The determinants of urban household poverty in Malaysia. *Journal of Social Sciences*, 3(4), 190–196.
- Montgomery, M., Gagnolati, M., Burke, K., & Paredes, E. (2000). Measuring Living Standards with Proxy Variables. *Demography*, 37(2), 155. doi: 10.2307/2648118
- Morgan, D. & R. Astolfi (2014), Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries, *OECD Health Working Papers*, No. 68, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>.
- Moser, C. (1998). The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development*, 26(1), 1-19. doi: 10.1016/s0305-750x(97)10015-8
- Mueller, M. & D. Morgan (2018), Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework; <http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>.
- Mukherjee, S., & Benson, T. (2003). The determinants of poverty in Malawi, 1998. *World Development*, 31(2), 339–358.
- Norton, A., Bird, B. & Brock, K. (2001). *A Rough Guide to PPAs: Participatory Poverty Assessment, A Guide to Theory and Practice*, London: DFID.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

- OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
- OECDa Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/2n9apk>
- OECDb Health Statistics 2020; Eurostat Database: Ανακτήθηκε από :<https://stat.link/3arsjh>
- OECDc Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/urm8qw>
- OECDd Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/jasob>
- OECDe Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/njho4g>
- OECDf Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/4rljp5>
- OECDg Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/4w2q7p>
- OECDh Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/shr2gl>
- OECDi Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/aruk46>
- OECDj Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/g3bhjz>
- OECDk Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/21hx7d>
- OECDl Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/o67gqk>
- OECDm Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/ispd4q>
- OECDn Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/cveumh>
- OECDo Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/84yna>

- OECDp Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/m3rw75>
- OECDq Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/26t8oc>
- OECDr. Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database. Ανακτήθηκε από: <https://stat.link/f6bowg>
- Okidi, J. A. and G. K. Mugambe. (2002). *An overview of chronic poverty and Development policy in Uganda*. EPRC Occasional paper No. 12.
- OPHI (2018). *Global Multidimensional Poverty Index 2018: The Most Detailed Picture to Date of the World's Poorest People*. Oxford Poverty and Human Development Initiative, University of Oxford.
- Pal, R. (2013). Out-of-pocket health expenditure: Impact on the consumption of Indian households. *Oxford Development Studies*, 41(2), 258–279.
- Panikkassery, A. (2020). Impact of Out of Pocket Health Expenditure on Consumption Pattern of Below Poverty Line Households in India. *Millennial Asia*, 11(1), 27-53. doi: 10.1177/0976399619900608
- Patelarou, A.E., Kleisiaris, C.F., Androulakis, E., Tsirakos, D.K., Kritsotakis, G. , Konstantinidis, T.I. & Androulaki Z. (2016). Use of primary health care services in southern Greece during a period of economic crisis. *Archives Of Hellenic Medicine* 2016, 33(1):84-89
- Piketty, T. (2014). *Capital in the twenty-first century*. London: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Poston, D. L., Singelmann, J., Siordia, C., Slack, T., Robertson, B. A., Saenz, R., et al. (2010). Spatial context and poverty: Area-level effects and micro-level effects on household poverty in the Texas Borderland & Lower Mississippi Delta: United States, 2006. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 3(2–3), 139–162.
- Poverty Analysis Discussion Group. (2012). *Understanding poverty and wellbeing - A note with implications for research and policy*. London: DFID. [odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7654.pdf](https://odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7654.pdf)
- Rahman, M. A. (2013). Household characteristics and poverty: A logistic regression analysis. *The Journal of Developing Areas*, 47(1), 303–317.

- Ravallion, M. (2010). *Mashup indices of development* (Policy Research Working Paper 5432). Washington, DC: World Bank. [documents.worldbank.org/curated/en/454791468329342000/pdf/WPS5432.pdf](http://documents.worldbank.org/curated/en/454791468329342000/pdf/WPS5432.pdf)
- Ravallion, M., & Chen, S. (2013). A proposal for truly global poverty measures. *Global Policy*, 4(3), 258-265
- Rohwerder, B. (2016). *Poverty and Inequality: Topic guide*. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.
- Rupasingha, A., & Goetz, S. J. (2007). Social and political forces as determinants of poverty: A spatial analysis. *The Journal of Socio-Economics*, 36(4), 650–671.
- Russell, S. (1996). Ability to pay for health care: Concepts and evidence. *Health Policy and Planning*, 11(3), 219–237.
- Sahn, D., & Stifel, D. (2000). Poverty Comparisons Over Time and Across Countries in Africa. *World Development*, 28(12), 2123-2155. doi: 10.1016/s0305-750x(00)00075-9
- Scott, J. (1985). *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. London: Yale University Press
- Sen, A.K. (1985) *Commodities and Capabilities*, Amsterdam: North Holland.
- Sen, A.K. (1987). The Standard of Living: Lecture II, Lives and Capabilities, in G. Hawthorn (ed.) *The Standard of Living*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 20–38.
- Sen, A.K. (1999). *Development as Freedom*, Oxford: Oxford University Press
- Somi, M. F., Butler, J. R., Vahid, F., Njau, J. D., & Abdulla, S. (2009). Household responses to health risks and shocks: A study from rural Tanzania raises some methodological issues. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 21(2), 200–211.
- Souliotis, K., Agapidaki, E., & Papageorgiou, M. (2015). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. *Forum Of Clinical Oncology*, 6(4), 7-11. doi: 10.1515/fco-2015-0020
- Steele, P. D. (2010). Rotten outcomes: How impoverished neighborhoods influence the life trajectories of children in the United States. *Forum on Public Policy Online: A Journal of the Oxford Round Table*, 4, 1–15.
- UNCTAD. (2002). *The Least Developed Countries Report: Escaping the Poverty Trap*. Geneva.



- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., ... Zhao, Y. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet*, 368(9544), 1357–1364
- Vandecasteele, L. (2011). Life course risks or cumulative disadvantage? The structuring effect of social stratification determinants and life course events on poverty transitions in Europe. *European Sociological Review*, 27(2), 246–263.
- Vandecasteele, L. (2015). Social class, life events and poverty risks in comparative European perspective. *International Review of Social Research*, 5(1), 61–74.
- Wagstaff, A., Cotlear, D., Eozenou, P., & Buisman, L. (2016). Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. *Oxford Review Of Economic Policy*, 32(1), 147–189. doi: 10.1093/oxrep/grv019
- Wagstaff, A., Dmytraczenko, T., Almeida, G., Buisman, L., Hoang-Vu Eozenou, P., & Bredenkamp, C. et al. (2015). Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage. *Health Affairs*, 34(10), 1704–1712. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1453
- Wagstaff, A., Eozenou, P., & Smits, M. (2020). Out-of-Pocket Expenditures on Health: A Global Stocktake. *The World Bank Research Observer*, 35(2), 123–157. doi: 10.1093/wbro/lkz009
- Wagstaff, A., Flores, G., Smits, M. F., Hsu, J., Chepynoga, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global health*, 6(2), e180–e192. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2)
- Weaver, R. D. (2012). Social capital and its role in poverty reduction: A Canadian-based analysis. *Journal of Comparative Social Welfare*, 28(1), 57–74.
- Weaver, R. D., & Habibov, N. (2012). Social capital, human capital, and economic well-being in the knowledge economy: Results from Canada's General Social Survey. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 39(2), 31–53.
- Weaver, R. D., McMurphy, S. M., & Habibov, N. N. (2013). Analyzing the impact of bonding and bridging social capital on economic well-being: Results from Canada's General Social Survey. *Sociological Spectrum*, 33(6), 566–583.

- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358(9284), 833–836.
- WHO. (2013). *Arguing for universal health coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2019b). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Bank. (2000). *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty*. Washington D.C. The World Bank
- World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Maresso, Anna, Mladovsky, Philipa, Thomson, Sarah. et al. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174010>
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multi country analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111–117.
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., & Evans, D. B. (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report, Background Paper, 19. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zavras, D., Zavras, A., Kyriopoulos, I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1557-5
- Zhang, S., Anderson, S. G., & Zhan, M. (2011). The differentiated impact of bridging and bonding social capital on economic well-being: An individual level perspective. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 38(1), 119.



- Βασιλειάδης, Μ. (2020). Οδεύει η Ελλάδα προς ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο; Ενδείξεις από την εξέλιξη της μακροοικονομικής διάρθρωσης της οικονομίας Οδεύει η Ελλάδα προς ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο; Ενδείξεις από την εξέλιξη της μακροοικονομικής διάρθρωσης της οικονομίας. Στο: IOBE & Τράπεζα της Ελλάδος (2020). *Η επόμενη ημέρα της ελληνικής οικονομίας: Προκλήσεις και αναπτυξιακές προοπτικές*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών. Αθήνα
- Ματσαγγάνης, Μ. (2020). Η πολιτική οικονομία του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα, 2010-2019. Στο: IOBE & Τράπεζα της Ελλάδος (2020). *Η επόμενη ημέρα της ελληνικής οικονομίας: Προκλήσεις και αναπτυξιακές προοπτικές*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών. Αθήνα

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.