

1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ « ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ...

Μέσο:ΚΟΝΤΡΑ NEWS

Ημ. Έκδοσης: ...07/11/2025 Ημ. Αποδελτίωσης: ...07/11/2025

Σελίδα: 1



ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΛΗΝΕΣ «ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ» ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΕΝΑΣ ΣΤΟΥΣ ΔΕΚΑ

Γνωρίζουμε από τις έρευνες της Eurostat ότι η Ελλάδα έχει τις υψηλότερες ανεκπλήρωτες δαπάνες υγείας σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πάνω από ένας στους πέντε πολίτες (21,9%) άνω των 16 ετών που χρειάστηκε ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία το 2024, δεν μπόρεσε να τις λάβει, λόγω οικονομικής αδυναμίας, μεγάλης αναμονής ή απόστασης από τους παρόχους υγείας.

► ΣΕΛ. 8-9



Γνωρίζουμε από τις έρευνες της Eurostat ότι η Ελλάδα έχει τις υψηλότερες ανεκπλήρωτες δαπάνες υγείας σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Πάνω από ένας στους πέντε πολίτες (21,9%) άνω των 16 ετών που χρειάστηκε ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία το 2024, δεν μπόρεσε να τις λάβει, λόγω οικονομικής αδυναμίας, μεγάλης αναμονής ή απόστασης από τους παρόχους υγείας.

Οι οικονομικοί λόγοι είναι η κυριότερη αιτία που τα φτωχότερα νοικοκυριά αποφεύγουν ή αναβάλλουν τις επισκέψεις στο γιατρό – παραμελώντας ιδίως την οδοντιατρική περίθαλψη που είναι και πιο ακριβή. Τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ είναι ακόμα πιο ανησυχητικά. Ανεβάζουν το ποσοστό των ατόμων που δεν έλαβαν ιατρική εξέταση ή θεραπεία για πρόβλημα υγείας, ενώ τη χρειάζονταν πραγματικά, στο 24,4% – σχεδόν ένας στους τέσσερις. Για τον φτωχό πληθυσμό τα ποσοστά ανεβαίνουν στο 36% – πάνω από ένας στους τρεις. Καταστροφικές είναι οι συνέπειες για τη σημαντική υγεία των Ελλήνων, με σχεδόν έναν στους τρεις (32%) να μην μπορεί να πληρώσει για τον οδοντογιατρό. Για τον φτωχό πληθυσμό το ποσοστό ανεβαίνει στο 59,4%.

Αποκαλυπτική έρευνα

Τι συμβαίνει όμως όταν ένα πρόβλημα υγείας είναι τόσο σοβαρό, που έχεις δεν έχεις χρήματα οφείλεις να το αντιμετωπίσεις; Τότε οι δαπάνες υγείας μπορεί να αποδειχθούν καταστροφικές, ωθώντας ένα νοικοκυριό κάτω από το κατώφλι της φτώχειας ή βυθίζοντάς το ακόμα περισσότερο στην ανέχεια.

Αποκαλυπτική έρευνα Ελλήνων επιστημόνων για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αξιολογεί κατά πόσο οι άνθρωποι στην Ελλάδα μπορούν να αντέξουν οικονομικά την υγειονομική περίθαλψη. Την έρευνα ανέθεξε σε νέο άρθρο ανάλυσης, για το Ινστιτούτο Ευρωπαϊκών Πολιτικών (ΕΝΑ) ο Δημοσθένης Παπαδόπουλος – Αναγνωστόπουλος, δρ. Πολιτικής Υγείας του τμήματος Ιατρικής του ΑΠΘ και Διδάσκων στο Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής του Πανετίου Πανεπιστημίου. Το άρθρο έχει θέμα «Ποιοι και γιατί δεν εμπιστεύονται το σύστημα υγείας – και γιατί αυτό είναι σοβαρό πρόβλημα».

Είναι καταστροφικές

Όπως εξηγεί ο Δ. Παπαδόπουλος – Αναγνωστόπουλος μιλώντας στο in, καταστροφικές δαπάνες έχουμε όταν οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ξεπερνούν ένα προκαθορισμένο ποσοστό του εισοδήματος που διαθέτει ένα νοικοκυριό. «Το «καταστροφικό» σημαίνει ότι το νοικοκυριό αυτό δεν μπορεί πια να καλύψει άλλες βασικές ανάγκες (π.χ. διατροφή, στέγαση, νερό, ενέργεια).

Η ό τι μπορεί να τις καλύψει μόνο αν ξεδεψίσει αποταμιεύσεις, αν πουλήσει περιουσιακά στοιχεία ή αν δανειστεί», μας λέει ο ίδιος. Όπως τονίζει, υπάρχουν δύο τρόποι για να μετρήσουμε τις «καταστροφικές» δαπάνες. «Ο ευκολότερος είναι να θεωρήσουμε καταστροφικές όσες ξεπερνούν ένα καθορισμένο ποσοστό (ένα «κατώφλι») του συνολικού προϋπολογισμού του νοικοκυριού. Για παράδειγμα, άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για φροντίδα υγείας από 10 ως 25% του οικιακού προϋπολογισμού θεωρούνται καταστροφικές. Αυτός ο τρόπος έχει το μειονέκτημα ότι δεν παίρνει υπόψη την πραγματική ικανότητα πληρωμής». Σύμφωνα

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ «Καταστροφικές δαπάνες υγείας» αντιμετωπίζει ένας στοις δέκα Έλληνες

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ ΠΛΗΡΩΝΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΠΛΑΣΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΜΕΣΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΦΟΡΕΑ, ΟΠΩΣ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΣ

να με τον ερευνητή, «ο δεύτερος, πιο απαιτητικός αλλά ακριβέστερος τρόπος, είναι να μετρήσουμε τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό του συνολικού εισοδήματος, αν από αυτό αφαιρέσουμε τις δαπάνες διαβίωσης. Αν, λοιπόν, οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές φτάνουν το 40% του υπολοίπου εισοδήματος, τότε είναι καταστροφικές», καταλήγει.

Η έρευνα του ΠΟΥ

Η έρευνα των καθηγητών Μιχάλη Χλέτσου και Χαράλαμπου Οικονομού για τον ΠΟΥ, είναι πραγματικό χαρτούμι. Καλύπτοντας την περίοδο από το 2008 ως το 2025, καταγράφει το μέγεθος της «υγειονομικής φτωχοποίησης» του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Είναι ενδεικτικό ότι με βάση τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για τον οικογενει-

ακό προϋπολογισμό (2024 με έτος αναφοράς το 2023), το 3% των νοικοκυριών ήταν φτωχά ή φτωχότερα μετά από την πληρωμή ιατρικών – φαρμακευτικών εξόδων από την τσέπη τους. Αντίστοιχα, το 10% των νοικοκυριών αντιμετώπισε καταστροφικές δαπάνες υγείας. Το 2008 καταστροφικές δαπάνες υγείας αντιμετώπισε το 7% του πληθυσμού.

Υγειονομικά φτωχότεροι

Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία συγκεντρώνονται σταθερά στο κατώτερο εισοδηματικό πεμπτημόριο σε επίπεδο καταναλώσης. Πρόκειται για το φτωχότερο 20% του πληθυσμού, που αντιστοιχεί στα δύο τρίτα του συνόλου όσων αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας. Για τα φτωχά νοικοκυριά η κατάσταση έχει χειροτερέψει δραματικά την τελευταία δεκαετία.

Πριν την κρίση σχεδόν ένα στα τέσσερα φτωχά νοικοκυριά αντιμετώπιζε καταστροφικές δαπάνες υγείας. Το 2023 το ποσοστό αυτό είχε ανέβει στο 32%. Δηλαδή σχεδόν ένα στα τρία φτωχά νοικοκυριά κυριολεκτικά «εκτροχιάζεται» οικονομικά αν τύχει κάποιο μέλος του να αρρωστήσει και χρειαστεί σοβαρή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία είναι επίσης πολύ υψηλότερες από τον μέσο όρο στα νοικοκυριά με επικεφαλής άτομα που κατηγοριοποιούνται ως μη ενεργά οικονομικά (17%), ηλικίας άνω των 60 ετών (15%), συνταξιούχοι (15%) ή άνεργοι (14%). Σύμφωνα με την έρευνα του ΠΟΥ για την Ελλάδα, οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία το 2023 οφείλονταν κυρίως στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και στα φάρμακα για εξωτερικούς ασθενείς. Για το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών

οι καταστροφικές δαπάνες σάν κυρίως φάρμακα και ψη εξωτερικών ασθενών 80% οι καταστροφικές σάν κυρίως έξοδα νοσ ιατρικής περίθαλψης.

Πριν και μετά την κ

Η οικονομική προστασ σε θέματα υγείας ήταν μ η το 2008, πριν από τ σπ. Όμως υπήρχαν ενδ σπ θα μπορούσε να β ε δειγμα, η μεγάλη εξάρ κές δαπάνες υγείας (οι πληρωμές από την τσ ε είχε μειωθεί λόγω τ ιων δημόσιων δαπανά άτομο, οι οποίες αυξήθ ένα τρίτο μεταξύ 2004

ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ο μέσος πολίτης της ΕΕ πλήρωσε 542 ευρώ επι

Αυτόσο, το γεγονός ότι οι πολίτες στη Μολδαβία, στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη (206 ευρώ), στη Ρουμανία (223 ευρώ), στην Πολωνία (232 ευρώ) και στη Σερβία (293 ευρώ) πληρώνουν λιγότερα από 300 ευρώ τον χρόνο, δεν σημαίνει κατ' ανάγκη καλύτερη πρόσβαση. Συχνά υποδηλώνει υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και περιορισμένη χρήση υπηρεσιών. Συγκρίνοντας τις πέντε μεγαλύτερες ευρωπαϊκές οικονομίες, φαίνεται ότι οι Γάλλοι πολίτες πληρώνουν τα λιγότερα από την τσέπη τους, μόλις 410 ευρώ ετησίως – κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Αντίθετως, η Ιταλία βρίσκε-

ται ψηλά στη λίστα με 718 ευρώ, η Γερμανία πια κάτω με 652 ευρώ, το Ηνωμένο Βασίλειο με 609 ευρώ (δεδομένα 2019) και η Ισπανία με 596 ευρώ. Οι δημογραφικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των επιπέδων δαπανών, εξηγεί ο Γκαρέλ. Για παράδειγμα, οι χώρες με γηρόσκοντες πληθυσμούς, όπως η Ιταλία και η Γερμανία, καθώς και με υψηλότερη συχνότητα καταγραφής χρόνιων παθήσεων, εμφανίζουν αυξημένη ζήτηση για ιατρική και μακροχρόνια φροντίδα.

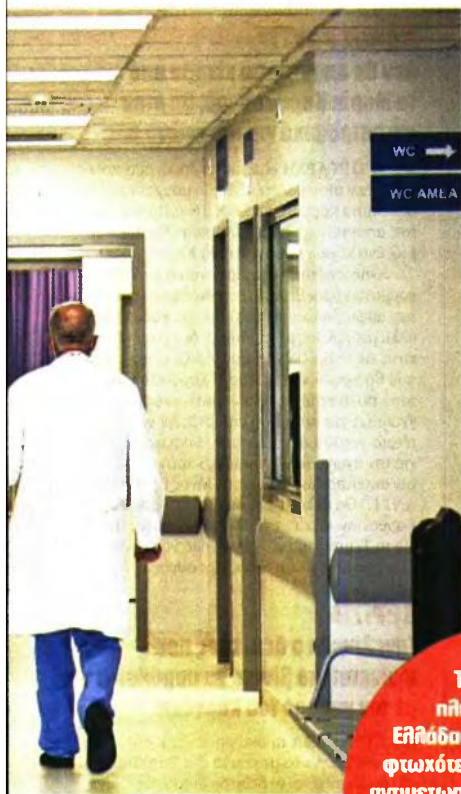
Αξίζει να σημειωθεί ότι, όπως δείχνουν οι πίνα



εμβρίου 2025

Επικαιρότητα

KONTRA 9



νών περιθαλψής και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας δεν δείχνουν ιδιαίτερη βελτίωση σε σύγκριση με την περίοδο της κρίσης.

Υγειονομική φτώχεια

Οι αιτίες της «υγειονομικής κρίσης» των φτωχών νοικοκυριών σύμφωνα με τους επιστήμονες είναι οι εξής:

- Η συνεχιζόμενη υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί μετά την οικονομική κρίση, αλλά, ως ποσοστό του ΑΕΠ παραμένουν πολύ κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, αναγκάζοντας την πολύ χαμηλή προτεραιότητα που δίνεται στην υγεία κατά την κατάρτιση - κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού.

- Επίμονες ελλείψεις και κενά στο σύστημα υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, τα οποία έχουν δυσανάλογα αρνητικό αντίκτυπο στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα.

Προτάσεις πολιτικής

Πώς μπορεί η Ελλάδα να βελτώσει την οικονομική προστασία του πληθυσμού σε θέματα υγείας;

Οι επιστήμονες προτείνουν μεταξύ άλλων τα εξής:

- Μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη με την επέκταση των παροχών του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) σε όλους τους κατοίκους. Τα άτομα που δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ εξαρτώνται από τις δημόσιες δομές και αντιμετωπίζουν

Το 10% του πληθυσμού της Ελλάδας και το 32% των φτωχότερων νοικοκυριών αντιμετωπίζει καταστροφικές δαπάνες υγείας. Τι αποκαλύπτει έρευνα Ελλήνων επιστημόνων για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση λόγω των μεγαλύτερων χρόνων αναμονής και της έλλειψης προσωπικού και εξοπλισμού. Πολλοί φορολογούμενοι δεν έχουν δικαίωμα στις παροχές του ΕΟΠΥΥ, παρόλο που συνεισφέρουν στη χρηματοδότησή του. Σε αυτούς περιλαμβάνονται και άτομα που έχουν καταβάλει εισφορές στον ΕΟΠΥΥ (ή στους προκάτοχους του) ενώ εργαζόνταν, αλλά δεν έχουν πλέον δικαίωμα στις παροχές του ΕΟΠΥΥ λόγω μακροχρόνιας ανεργίας.

• Αυτές οι προκλήσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν αλλοιώνοντας τη βάση για το δικαίωμα στις παροχές του ΕΟΠΥΥ από την καταβολή εισφορών στη (φορολογική) κατοικία, όπως συμβαίνει στην Τσεχία ή τη Γαλλία. Αυτό δεν θα απαιτούσε ιδιαίτερες αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ. Αντίθετα, θα σήμαινε ότι όλοι οι κάτοικοι θα είχαν δικαίωμα στις ίδιες παροχές υγειονομικής περιθαλψής και ότι η μη καταβολή εισφορών θα αντιμετωπιζόταν με τον ίδιο τρόπο όπως η μη καταβολή άλλων φόρων (δηλαδή με πρόστιμα και όχι με άρνηση πρόσβασης σε υπηρεσίες).

Αύξηση της προτεραιότητας που δίνεται στην υγεία κατά την κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού. Οποιαδήποτε πρόσθετη δημόσια δαπάνη για την υγεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται προσεκτικά για τη μείωση των οικονομικών δυσκολιών και των ανεκπλήρωτων αναγκών των νοικοκυριών με χαμηλά εισοδήματα. Από μόνη της, η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία δεν αποτελεί εγγύηση για καλύτερη οικονομική προστασία.

Αύξηση της προτεραιότητας που δίνεται στην υγεία κατά την κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού. Οποιαδήποτε πρόσθετη δημόσια δαπάνη για την υγεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται προσεκτικά για τη μείωση των οικονομικών δυσκολιών και των ανεκπλήρωτων αναγκών των νοικοκυριών με χαμηλά εισοδήματα. Από μόνη της, η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία δεν αποτελεί εγγύηση για καλύτερη οικονομική προστασία.

Δαπάνες υγείας

Τεράστιες ανισότητες μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΕ όσον αφορά στην επιβάρυνση των νοικοκυριών από δαπάνες υγείας αποκαλύπτουν τα νέα στοιχεία της Eurostat. Για πάνω από το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών οι Έλληνες βάζουν βαθιά το χέρι στην τσέπη (34,3%), όταν ο μέσος όρος στην Ευρώπη δεν ξεπερνά το 14,6%.

Στο σύνολο της ΕΕ, κατά μέσο όρο οι εισφορές υποχρεωτικής ασφάλισης καλύπτουν το 51% των δαπανών υγείας, ενώ κατά 30% καλύπτουν από τις κυβερνήσεις, αφήνοντας τα νοικοκυριά εκτεθειμένα σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές που συχνά επιβαρύνουν δραματικά τον οικογενειακό προϋπολογισμό («out of pockets»).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα φτωχότερα νοικοκυριά να αποφεύγουν ή να αναβάλλουν τις επισκέψεις στον γιατρό για τις καθημερινές εξετάσεις ή όταν προκύπτει ένα πρόβλημα υγείας που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Το 2024, για παράδειγμα, πάνω από ένας στους πέντε πολίτες (21,9%) άνω των 16 ετών που χρειάστηκε ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία, δήλωσε ότι δεν τις έκανε λόγω οικονομικών ανησυχιών, μεγάλης αναμονής ή απόστασης από τους παρόχους υγείας. Τις επισημάνσεις της Eurostat για την Ελλάδα επιβεβαιώνει και η πρόσφατη έρευνα (2008 -2025) των καθηγητών Μιχάλη Χλέτσου και Χαράλαμπου Οικονόμου για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπου γίνεται λόγος για «υγειονομική φτωχοποίηση» του πληθυσμού.

Σύμφωνα με αυτήν, το 2023 το 3% των νοικοκυριών ήταν εξαθλιωμένα ή περαιτέρω φτωχοποιημένα έπειτα από πληρωμές από την τσέπη τους, ενώ καταστροφικές δαπάνες υγείας (40% του εισοδήματος αφαιρούμενων των δαπανών διαβίωσης) αντιμετώπισε το 10% των νοικοκυριών έναντι 7% το 2008, οι οποίες αφορούσαν κυρίως φάρμακα και ιατρική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι τα νοικοκυριά είτε βρέθηκαν σε δυσχερή κατάσταση λόγω οικονομικών είτε αναγκάστηκαν να ξοδέψουν αποταμιεύσεις, να πουλήσουν περιουσιακά στοιχεία ή να δανειστούν.

Διευρυμένη ψαλίδα στην ΕΕ

Όπως φαίνεται στη λίστα με τις 34 χώρες-μέλη της ΕΕ που συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα της Eurostat για τις άμεσες ιδιωτικές

πληρωμές υγείας, η ψαλίδα είναι εντυπωσιακά διευρυμένη: Από το 8,5% του Λουξεμβούργου, το ποσοστό εκτινάσσεται στο 35,5% της Βουλγαρίας η οποία βρίσκεται στην κορυφή. Στη δεύτερη και τρίτη θέση αντιστοίχως κατατάσσονται η Λετονία (35,1%) και η Ελλάδα (34,3%). Ακολουθούν η Σερβία (32,1%), η Λιθουανία (31,4%) και η Βοσνία-Ερζεγοβίνη (31%), όλα κράτη της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης. Σύμφωνα με τον δρ Τζόζεφ Πίσκοπι, οικονομολόγο στο **Υπουργείο Υγείας** της Μάλτας, σε αυτές τις χώρες οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές είναι συνήθως υψηλότερες σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες. Από την άλλη, «οι ισχυρότερες οικονομίες μπορούν να διαθέσουν περισσότερους πόρους στα συστήματα υγείας τους και, κατά συνέπεια, να πετύχουν χαμηλότερα επίπεδα ιδιωτικών δαπανών», αναφέρει ο ίδιος στο Euronews Health. Στον αντίποδα, οι χαμηλότερες επιβαρύνσεις των νοικοκυριών εντοπίζονται μετά το Λουξεμβούργο (8,5%), στη Γαλλία (8,9%), στην Κροατία (9,4%), στην Ιρλανδία (10,6%) και στη Γερμανία (10,7%). Ανάμεσα στις πέντε μεγαλύτερες ευρωπαϊκές οικονομίες, η Ιταλία έχει το υψηλότερο ποσοστό (22,3%), ακολουθούμενη από την Ισπανία (20,9%). Η Γαλλία και η Γερμανία βρίσκονται στις χαμηλότερες θέσεις αυτής της ομάδας, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο, με 15,9% (δεδομένα 2019) βρίσκεται λίγο πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Χαμηλά παραμένουν τα ποσοστά και στις σκανδιναβικές χώρες: Σουηδία (13,4%), Δανία (13,9%), Νορβηγία (14,1%), Φινλανδία (16,1%), με την τελευταία να είναι η μόνη που βρίσκεται λίγο πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Ο βασικός παράγοντας

Ένας από τους βασικότερους λόγους για τις τεράστιες αποκλίσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών είναι οι εθνικές πολιτικές ασφαλείας υγείας, οι οποίες «καθορίζουν ποιος καλύπτεται, ποιες υπηρεσίες καλύπτονται και πόσο από το κόστος καλύπτεται» εξηγεί ο καθηγητής Τζόνθαν Σάιλους από το London School of Economics.

Και προσθέτει: «Σε πολλές από τις χώρες με τη χειρότερη επίδοση, όπως η Βουλγαρία, όσοι δεν πληρώνουν τις κοινωνικές τους εισφορές αποκλείονται από τη δημόσια κάλυψη, με αποτέλεσμα κάθε ανάγκη υγείας να την πληρώνουν εξ ολοκλήρου από την τσέπη τους». Από την άλλη, στις χώρες με ευρύ δημόσιο ή κοινωνικό σύστημα ασφαλείας υγείας τα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών είναι χαμηλότερα, σημειώνει ο Πασκάλ Γκαρέλ, διευθυντής σύμβουλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νοσοκομείων και Υγειονομικής Περιθαλψής (HOPE).

Αυτά τα συστήματα, όπως λέει, συνήθως προσφέρουν πλήρη πακέτα παροχών - νοσοκομειακή περίθαλψη, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και συσταγογραφούμενα φάρμακα -, οι συμμετοχές στις βασικές υπηρεσίες είναι χαμηλές ή μηδενικές, ενώ η προστασία ευάλωτων ομάδων είναι υψηλή. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιες προσεγγίσεις είναι η Γαλλία, η Γερμανία και η Σουηδία. Αντίθετα, χώρες όπως η Βουλγαρία και η Ελλάδα διαθέτουν περιθωριοποιημένα πακέτα παροχών, με ελλιπή κάλυψη σε φάρμακα εκτός νοσοκομείων (που παρέχονται από τα φαρμακεία), σε οδοντιατρική φροντίδα και διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ χαρακτηρίζονται από ασθενέστερη προστασία απέναντι στις «καταστροφικές» δαπάνες υγείας που μπορούν να οδηγήσουν σε οικονομική εξάντληση τα νοικοκυριά.

νες υγείας αφορούν ιατρική περίθαλψη. Για το υπόλοιπο των δαπανών αφορούν ηλεκτρικά και οδοντιατρικά.

Κρίση

α των νοικοκυριών ήδη σχετικά αδύνατη οικονομική κρίση εξηγεί ότι η κατάσταση επιδεινώθηκε. Για παράδειγμα, η παρότρυνση από τις ιδιωτικές λεγόμενες «άμεσες πληρωμές» των πολιτών, η σταθερή ανόδου στην υγεία ανά έτη κατά περίπου και 2008.

Μετά ήρθε η οικονομική κρίση και η κατάσταση οδηγήθηκε στα άκρα. Οι οικονομικές δυσκολίες και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες περιθαλψής αυξήθηκαν σημαντικά λόγω των μεγάλων και διαρκών περικοπών στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Τέθηκαν νέοι περιορισμοί στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, καθώς απαιτήθηκε από τους ασθενείς να πληρώνουν μεγαλύτερη συμμετοχή από την τσέπη τους για φάρμακα και περίθαλψη και μπήκε «πλαφόν» στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Μετά την κρίση η κατάσταση σταδιακά καλυτέρευε για το σύνολο του πληθυσμού, όχι όμως για τα πιο αδύναμα εισοδηματικά στρώματα. Για το 20% των φτωχότερων νοικοκυριών, οι οικονομικές δυσκολίες για κάλυψη δαπα-

αφορά στις παροχές υγείας.

Την ώρα που οι πλουσιότερες χώρες δείχνουν να έχουν καταφέρει να θωρακίσουν τους πολίτες τους, εκατομμύρια νοικοκυριά στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη εξακολουθούν να επιβαρύνονται δυσανάλογα.

Όσον αφορά στην Ελλάδα, η επιστημονική ομάδα που προχώρησε στην έρευνα για τον ΠΟΥ προτείνει σαφείς τρόπους που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την οικονομική προστασία του πληθυσμού. Μεταξύ αυτών είναι η επέκταση των παροχών του ΕΟΠΥΥ σε όλους τους κατοίκους, π.χ. και σε όσους εξαρτώνται από τις δημόσιες δομές για την περίθαλψή τους, αλλά και προσεκτική κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού με στόχο τη μείωση των οικονομικών δυσκολιών και των ανεκπλήρωτων αναγκών των νοικοκυριών με χαμηλά εισοδήματα.

Πώς από την τσέπη του

της Eurostat, οι αποκλίσεις μειώνονται όταν οι δαπάνες μετρώνται σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (PPS).

Βάσει αυτών των όρων, οι ετήσιες πληρωμές των νοικοκυριών κυμαίνονται από 191 στην Κροατία έως 1.304 στην Ελβετία, ενώ η κατάξη αλλάζει σημαντικά: στη Βουλγαρία, για παράδειγμα, το ποσό αντιστοιχεί σε 740 PPS αντί για 413 ευρώ, ενώ στην Ελλάδα από 623 (κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο) ανεβαίνει στα 752 PPS. Τα στοιχεία της Eurostat αποτελούν μια ακόμα επιβεβαίωση των ανισοτήτων που υπάρχουν στην Ευρώπη όσον