



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας των κατοίκων του νομού Ιωαννίνων

Ζιώγας Ηλίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μπουτσιώλη Ζωή

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών
χαρακτηριστικών στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας των
κατοίκων του νομού Ιωαννίνων.»

Ζιώγας Ηλίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μπουτσιώλη Ζωή

Η παρούσα εργασία αφιερώνεται στους Καθηγητές μου,

Σας ευχαριστώ!

Ι. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Α.Ε.Π: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Δ.Ε.Κ.Ο: Δημόσια Επιχείρηση Κοινής Ωφέλειας

Ι.Κ.Α: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Κ.Υ: Κέντρο Υγείας

Ν.Π.Δ.Δ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ο.Γ.Α: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Τ.Α: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ο.Α.Ε.Ε: Οργανισμός Ασφάλισης Επαγγελματιών Ελλάδας

Ο.Π.Α.Δ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου

Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε: Ταμείο Συντάξεως Μηχανικών & Εργοληπτών Δημοσίων Έργων

Τ.Σ.Α.Υ: Ταμείο Συντάξεως και Ασφάλισεως Υγειονομικών

II. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>Περίληψη</u>σελ.9	σελ.9
<u>Summary</u>σελ.10	σελ.10
<u>Εισαγωγή</u>σελ.11	σελ.11
<u>Κεφάλαιο 2. Τα χαρακτηριστικά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας</u>	
2.1 Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας.....σελ.14	σελ.14
2.2 Ελαστικότητα ζήτησης.....σελ.16	σελ.16
2.3 Σχέση ζήτησης και ανάγκης.....σελ.18	σελ.18
<u>Κεφάλαιο 3. Θεωρητικές προσεγγίσεις των υποδειγμάτων ζήτησης</u>	
3.1 Το υπόδειγμα της ατομικής ζήτησης του Grossman.....σελ.21	σελ.21
3.2 Το υπόδειγμα της ατομικής ζήτησης κατά Andersenσελ.23	σελ.23
3.3 Διαδικασία των δύο σταδίων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.....σελ.24	σελ.24
3.4 Η αξία της κατανόησης των υποδειγμάτων.....σελ.27	σελ.27
<u>Κεφάλαιο 4. Προσδιορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων</u>	
4.1 Οριζόντια και κάθετη ισότητα.....σελ.28	σελ.28
4.2 Παγκόσμια οικονομική κρίση και υγειονομική ισότητα.....σελ.29	σελ.29
4.3 Οικονομική κρίση και χρήση υπηρεσιών υγείας.....σελ.31	σελ.31
<u>Κεφάλαιο 5. Υπάρχουσα γνώση: Δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ατομική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας</u>	
5.1. Δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ζήτηση.....σελ.33	σελ.33
5.2. Εμπειρικές μελέτες για την διαφοροποιημένη ζήτηση δημόσιων έναντι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείαςσελ.41	σελ.41
<u>Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογική προσέγγιση και στατιστικά δεδομένα</u>	
6.1 Βασικές υποθέσεις και στόχοι της έρευνας.....σελ.45	σελ.45
6.2 Μέθοδος δειγματοληψίας.....σελ.46	σελ.46
6.3 Διακίνηση ερωτηματολογίων.....σελ.46	σελ.46
6.4 Παρουσίαση του ερωτηματολογίου.σελ.46	σελ.46
6.5 Μεθοδολογία Εμπειρικής μελέτης.....σελ.48	σελ.48
6.6 Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων.....σελ.48	σελ.48
<u>Κεφάλαιο 7. Περιγραφή του δείγματος</u>	
7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....σελ.50	σελ.50
7.2 Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.....σελ.53	σελ.53
7.3 Χαρακτηριστικά υγείαςσελ.57	σελ.57

7.4 Ζήτηση υπηρεσιών υγείας.....σελ.58	
<u>Κεφάλαιο 8. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ζήτηση</u>	
8.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας.....σελ.61	
8.2 Πρόσβαση.....σελ.67	
8.3 Ατομική Δαπάνη.....σελ.71	
<u>Κεφάλαιο 9. Συζήτηση</u>	
9.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες χρήσης.....σελ.74	
9.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ατομικών δαπανών.....σελ.76	
9.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες δυσκολίας στην πρόσβαση.....σελ.76	
9.4 Περιορισμοί της μελέτης.....σελ.77	
9.5 Εφαρμογές της μελέτης.....σελ.78	
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>σελ.79	
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>σελ.84	
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</u>	
Παράρτημα 1: Ορισμός των μεταβλητών.....σελ.87	
Παράρτημα2: Συνολική παρουσίαση των στατιστικών αποτελεσμάτων της έρευνας.....σελ.88	
Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο.....σελ.90	

III. ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Σχήμα 2.1: Κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών υπό συνθήκες προκλητής ζήτησης
2. Διάγραμμα 4.1: Μεταβολές στην χρήση ΠΦΥ σε 5 χώρες(%), λόγω της οικονομικής κρίσης του 2007
3. Πίνακας 5.1: Χρήση υπηρεσιών υγείας ανδρών και γυναικών στην χώρα της Ισπανίας σε δείγμα πληθυσμού 3.030 ατόμων, για το έτος 2001
4. Πίνακας 7.1: Κατανομή συχνοτήτων για το φύλο
5. Πίνακας 7.2: Κατανομή συχνοτήτων για την ηλικία
6. Πίνακας 7.3: Κατανομή συχνοτήτων για την υπηκοότητα
7. Πίνακας 7.4: Κατανομή συχνοτήτων ως προς την περιοχή διαμονής
8. Πίνακας 7.5: Κατανομή συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση
9. Πίνακας 7.6: Κατανομή συχνοτήτων για το μέγεθος του νοικοκυριού
10. Πίνακας 7.7: Περιγραφική στατιστική για το μέγεθος του νοικοκυριού
11. Πίνακας 7.8: Κατανομή συχνοτήτων ως προς επίπεδο μόρφωσης
12. Πίνακας 7.9: Κατανομή συχνοτήτων για την εργασιακή απασχόληση
13. Πίνακας 7.10: Κατανομή συχνοτήτων για την μορφή της εργασιακής απασχόλησης
14. Πίνακας 7.11: Κατανομή συχνοτήτων για το μηνιαίο ατομικό εισόδημα
15. Πίνακας 7.12: Κατανομή συχνοτήτων για το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα
16. Πίνακας 7.13: Κατανομή συχνοτήτων για την ατομική μηνιαία αποταμίευση
17. Πίνακας 7.14: Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας
18. Πίνακας 7.15: Κατανομή συχνοτήτων ως προς τα ταμεία ασφάλισης
19. Πίνακας 7.16: Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους τελευταίους 12 μήνες
20. Πίνακας 7.17: Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη χρόνιας πάθησης
21. Πίνακας 7.18: Κατανομή συχνοτήτων για την χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες
22. Πίνακας 7.19: Κατανομή συχνοτήτων για την ιδιωτική δαπάνη υγείας τους τελευταίους 2 μήνες
23. Πίνακας 7.20: Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη υγειονομικής ανάγκης τους τελευταίους 12 μήνες
24. Πίνακας 8.1: Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης
25. Πίνακας 8.2: Ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης
26. Πίνακας 8.3: Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και της οικογενειακής κατάστασης
27. Πίνακας 8.4: Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και μορφή εργασιακής απασχόλησης
28. Πίνακας 8.5: Σχέση μεταξύ συνολικής χρήσης υπηρεσιών υγείας και φύλου
29. Πίνακας 8.6: Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και φύλου
30. Πίνακας 8.7: Σχέση μεταξύ δημόσιων δομών υγείας και τόπου διαμονής
31. Πίνακας 8.8: Σχέση μεταξύ δημοσίων δομών υγείας και ύπαρξης χρόνιας πάθησης
32. Πίνακας 8.9: Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και επίπεδο μόρφωσης
33. Πίνακας 8.10: Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και τόπου κατοικίας
34. Πίνακας 8.11: Σχέση μεταξύ επισκέψεων σε μη συμβ/νο ιατρείο και φύλου

35. Πίνακας 8.12: Σχέση μεταξύ συχνότητας εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και ηλικίας
36. Πίνακας 8.13: Συχνότητα μη εκπλήρωσης των υγειονομικών αναγκών ως προς τις αιτίες
37. Πίνακας 8.14: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω απόστασης και τόπου κατοικίας
38. Πίνακας 8.15: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω εργασίας και εργασιακή
39. Πίνακας 8.16: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητας
40. Πίνακας 8.17: Ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) μεταξύ μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητας
41. Πίνακας 8.18: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίου ατομικού εισοδήματος
42. Πίνακας 8.19: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος
43. Πίνακας 8.20: Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης
44. Πίνακας 8.21: Λόγος των πιθανοτήτων μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης
45. Πίνακας 8.22: Σχέση ιδιωτικών δομών υγείας και ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες
46. Πίνακας 8.23: Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και φύλου
47. Πίνακας 8.24: Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και υπηκοότητας
48. Πίνακας 8.25: Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και ύπαρξης χρόνιας πάθησης

Περίληψη

Σκοπός στην παρούσα μελέτη είναι η ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών διαστάσεων στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τα άτομα. Ειδικότερα, στοχεύει να προσδιορίσει το ρόλο των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που οδηγούν σε ανισότητα στην χρήση και πρόσβαση των κατοίκων στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων.

Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από δείγμα 147 ατόμων και περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 18 ετών και πάνω. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με την συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε με βάση την σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε. Για να ερμηνευθεί η ζήτηση χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που φανερώνουν την συχνότητα χρήσης και πρόσβασης για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και της καθαρής δαπάνης για το διάστημα των τελευταίων 2 μηνών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι μεταβλητές της ύπαρξης χρόνιας πάθησης, του φύλου, του εισοδήματος, του τύπου διαμονής, του μορφωτικού επιπέδου και της εργασιακής απασχόλησης, αποτελούν ισχυρούς επεξηγηματικούς παράγοντες των εξαρτημένων μεταβλητών. Με βάση τα σημαντικότερα ευρήματα, φαίνεται ότι τα άτομα με χρόνια πάθηση και τα άτομα που μένουν στους περιφερειακούς δήμους, παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα κάλυψης των υγειονομικών αναγκών τους από τις δημόσιες δομές. Αντίθετα, οι γυναίκες και τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κάνουν χρήση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου. Επίσης, φαίνεται πως υπάρχει μια ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών από τον ιδιωτικό τομέα και της «καθαρής» ιδιωτικής δαπάνης. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η μη κάλυψη υγειονομικών αναγκών λόγω εμποδίων στην πρόσβαση, επηρεάζεται με ισχυρό τρόπο από το εισόδημα, την υπηκοότητα, τον τόπο διαμονής και την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης.

Τα παραπάνω ευρήματα προσφέρουν στοιχεία που αποδεικνύουν μια άνιση κατανομή στην παροχή υπηρεσιών υγείας, υπό την επίδραση των ατομικών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών. Αυτή η διάσταση στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας φανερώνει την ανάγκη για σχεδιασμό των πολιτικών υγείας ώστε να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις σε διαφορετικούς τομείς της οικονομίας και της κοινωνίας, με τελικό στόχο την μείωση των επιπτώσεων από την ύπαρξη της οριζόντιας ανισότητας στον πληθυσμό της περιοχής.

Summary

The aim at the present study is to analyze the socio-economic dimensions in demand for health services by individuals. In particular, it aims to identify the role of demographic and socioeconomic factors that lead to inequality in access and healthcare services usage in the Prefecture of Ioannina.

Survey's data are derived from a sample of 147 persons and include both men and women, aged 18 years and over. Data collection has been performed by using the method of random stratified sampling by completing specific questionnaire, created and based on the relative literature. To interpret this demand, variables indicating the frequency of use and access for the last 12 months of completing the questionnaire and the net expenditures paid for the last two months, were used.

These results show that the variables of having a chronic disease, gender differentiation, income level, place of residence, educational level and occupational employment, constitute all some powerful explanatory factors of the dependent variables. Based on most significant findings, it seems that people with chronic diseases and people who live in regional municipalities, have an increased likelihood of health needs coverage from public structures. In contrast, women and people at higher education levels make use of services offered by the private sector to a greater extent, compared with the control groups. Moreover, there seems to be a strong positive correlation between health needs coverage in the private sector and the "pure" private expenditure. Additionally, it was found that the non-coverage of health needs due to access barriers, was influenced in a powerful way from the income, citizenship, place of residence and the insurance coverage provision.

These findings provide evidence of an unequal distribution of health services, under the influence of individual socioeconomic characteristics. This dimension into health support services shows a further need for structuring health policies that should include interventions in different areas of the economy and society, the final goal of this is the reduction of the consequences of the horizontal inequality of the residences.

1. Εισαγωγή

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, η υγεία και η παιδεία αποτελούν τη θεμελιώδη προϋπόθεση για την διατήρηση και τη βελτίωση του ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου της χώρας και προσδιορίζεται ως υψηλή κοινωνική προτεραιότητα.

Σύμφωνα με τον Grossman (1972), όταν τα άτομα ζητούν ιατρική φροντίδα αυτό που στην πραγματικότητα ζητούν είναι κεφάλαιο υγείας. Θεωρώντας με αυτό τον τρόπο την υγεία ως ένα διαρκές κεφάλαιο, το οποίο παράγει αποτελέσματα σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο μια δίκαιη πολιτική υγείας πρέπει να έχει ως στόχο την βελτίωση της ατομικής και κοινωνικής ευημερίας, μέσω των περιορισμών των ανισοτήτων στην ζήτηση και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Το θέμα της ζήτησης μάς οδηγεί στο ερώτημα για ποιόν ή τι πρέπει οι διαμορφωτές των πολιτικών υγείας να σχεδιάσουν. Από έναν πληθυσμό κάποιος θα περίμενε η ζήτηση υπηρεσιών να διαμορφώνεται με βάσει μόνο την ύπαρξη σε ανάγκες υγείας. Έτσι το επίπεδο ζήτησης δεν θα διέφερε από ομάδα σε ομάδα και θα υπήρχε ισότητα. Όμως, η ανακολουθία μεταξύ των βασικών αναγκών και στην τελική ζήτηση είναι σημαντική. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει λιγότερη χρήση από την αναμενόμενη εξαιτίας περιορισμών στην πρόσβαση. Ενώ, αντίθετα, μπορεί να υπάρχει υπερχρήση χωρίς αυτό να δικαιολογείται από την ανάγκη υγείας (Ruckert, 2012).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι μεταβλητές που συνδυάζονται και επιδρούν στη ζήτηση είναι πολλαπλές και οι αλληλοεπιδράσεις τους σύνθετες. Η εκτίμηση προσωπικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η εργασιακή απασχόληση, οι ώρες εργασίας, το κοινωνικό δίκτυο, κ.λ.π., βρίσκονται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Άλλωστε η γνώση αυτών για τον προσδιορισμό της τελικής ατομικής ζήτησης μπορεί να είναι σημαντικότερος παράγοντας από ότι η γνώση του ακριβούς επιπέδου νοσηρότητας του πληθυσμού.

Έτσι λοιπόν, στην παρούσα εργασία η ανάλυση γίνεται σε μικροοικονομικό επίπεδο και υπό αυτό το πρίσμα γίνεται ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την ζήτηση σε επίπεδο μονάδας / ατόμου. Καθίσταται χρήσιμο να διερευνηθούν με λεπτομέρεια τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων που επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Το

άτομο είναι ο τελικός καταναλωτής υπηρεσιών έστω και εάν υπεισέρχονται και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, το βασικό ερευνητικό ερώτημα της εργασίας μπορεί να οριστεί ως εξής: *Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των κατοίκων του νομού Ιωαννίνων οδηγούν σε διαφοροποιημένη ατομική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας;* Ειδικότερα, η παρούσα μελέτη στοχεύει να διαπιστώσει εάν εμφανίζονται συνθήκες που οδηγούν σε ανισότητα στη χρήση και πρόσβαση των κατοίκων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω των ατομικών δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής: Το κεφάλαιο 2 παρουσιάζει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγοράς υγείας, όπως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση, του ηθικού κινδύνου, αλλά και της διερεύνησης του κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας είναι αγαθό πολυτελείας ή βασικό αγαθό. Επίσης αναλύεται η σχέση της υγειονομικής ανάγκης και της ζήτησης υπηρεσιών.

Το κεφάλαιο 3 παρουσιάζει το υπόδειγμα του Grossman και το συμπεριφορικό υπόδειγμα του Andersen, τα οποία αναφέρονται στους προσδιοριστικούς παράγοντες ζήτησης. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στην διαδικασία της λήψης απόφασης των δύο σταδίων όπου υποστηρίζεται ότι η ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται σε δύο στάδια (απόφαση συνάντησης και απόφαση συχνότητας) και επιδρούν διαφορετικοί παράγοντες.

Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται οι έννοιες της οριζόντιας και κάθετης ισότητας. Επίσης στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αναλύονται οι επιδράσεις της στην υγειονομική ισότητα και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στο 5^ο κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ανασκόπηση εμπειρικών μελετών στη βάση των οποίων διερευνάται η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των ατομικών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών και των δεικτών ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Στο 6^ο κεφάλαιο γίνεται η περιγραφή της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε ώστε να καταγραφεί και αναλυθεί η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων, καθώς και η περιγραφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων.

Στο 7^ο κεφάλαιο γίνεται η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, με βάση την σειρά καταγραφής στο ερωτηματολόγιο. Στην πρώτη ενότητα

καταγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην δεύτερη τα κοινωνικά και οικονομικά, στην τρίτη τα χαρακτηριστικά υγείας και στην τέταρτη η χρήση υπηρεσιών υγείας.

Το κεφάλαιο 8 παρουσιάζει τα στατιστικά αποτελέσματα των υπό ανάλυση μεταβλητών που επηρεάζουν την ατομική ζήτηση, όπως αυτή εκφράζεται από την συχνότητα χρήσης, την αντίστοιχη ατομική δαπάνη και την δυσκολία στην πρόσβαση.

Το κεφάλαιο 9 παραθέτει μια συζήτηση με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης και σε συνδυασμό με τα ήδη υπάρχοντα ευρήματα σχετικών εμπειρικών μελετών, όπως παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Στο τέλος παρουσιάζονται συνολικά τα συμπεράσματα της μελέτης.

Στο παράρτημα παρατίθεται το ερωτηματολόγιο, πίνακας επεξήγησης των μεταβλητών και συνοπτικός πίνακας παρουσίασης των αποτελεσμάτων όπως προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση.

Κεφάλαιο 2. Τα χαρακτηριστικά της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά σε βασικές έννοιες της Οικονομικής της Υγείας, όπως της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση, του ηθικού κινδύνου, της ελαστικότητας ζήτησης, καθώς και την σχέση υγειονομικής ανάγκης και χρήσης υπηρεσιών.

Οι θεμελιώδεις αρχές της βασίζονται στα βασικά θέματα που θέτει η Πολιτική Οικονομία και σκοπός της είναι η εξασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια του κλασικού οικονομικού προβλήματος. Της στενότητας, δηλαδή, των ανθρώπινων και υλικών πόρων και την ισορροπία μεταξύ των απεριόριστων αναγκών και των πεπερασμένων πόρων (Σούλης, 1999).

Υπό το πρίσμα της μικροοικονομικής προσέγγισης ενδιαφέρεται για ζητήματα όπως, για τους αιτιολογικούς παράγοντες της διαμόρφωσης της καταναλωτικής ζήτησης, την ελαστικότητα ως προς την τιμή, ως προς το εισόδημα και τις ατομικές προτιμήσεις του καταναλωτή.

Ιδιαίτερα, σε συνθήκες ακραίας οικονομικής κρίσης, όπως η παρούσα περίοδος, ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Καθώς η κρίση των υγειονομικών συστημάτων βάζει σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών, διευρύνοντας το χάσμα των υγειονομικών ανισοτήτων, η Οικονομική της Υγείας με τα μεθοδολογικά εργαλεία που διαθέτει μπορεί να συμβάλει στην μείωση των αρνητικών αυτών καταστάσεων.

2.1. Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Η θεωρία της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τους γιατρούς είναι ένα από τα βασικά ζητήματα στα οικονομικά της υγείας. Τα θεωρητικό υπόβαθρο στηρίζεται στην υπόθεση της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση μεταξύ των γιατρών και των ασθενών και του ηθικού κινδύνου. Οι ερευνητές της υγείας δίνοντας ιδιαίτερη σημασία σε αυτό το φαινόμενο (καταναλώνοντας περισσότερο σε μηδενικές τιμές από ότι σε θετικές) το θεωρούν ηθικό και δεοντολογικό πρόβλημα και παρέκκλιση από την σωστή ανθρώπινη συμπεριφορά¹(Grytten & Sorensen, 2001).

Σύμφωνα με τον Arrow (1963), ο γιατρός ενεργεί ως εντολοδόχος εκ μέρους των τρίτων - πληρωτών. Τα προβλήματα εμφανίζονται διότι ένα ασφαλισμένο άτομο δεν είναι ευαίσθητο στις τιμές και ο πάροχος ιατρικής φροντίδας μπορεί να

¹ Ο Pauly (1968) θεωρεί ότι η επιδίωξη για περισσότερη φροντίδα υγείας υπό ασφάλιση παρά με απουσία της δεν είναι αναγκαστικά αποτέλεσμα δολιότητας, αλλά ίσως ορθολογικής οικονομικής συμπεριφοράς

προκαλέσει ζήτηση στην κατανάλωση μη αναγκαίας και ακριβής φροντίδας, γνωστό ως φαινόμενο της προκλητής ζήτησης. Το χειρότερο είναι ότι μπορεί να υπάρξει αναποτελεσματική χρήση της ιατρικής φροντίδας όταν δεν γίνεται υποκατάσταση με καλύτερη αναλογία τιμής – ποιότητας. Επιπλέον, λόγω του ηθικού κινδύνου, τα άτομα (με ασφάλιση) έχουν την τάση να διεκδικούν περισσότερες υπηρεσίες και να υποκαθιστούν λιγότερο κοστοβόρες υπηρεσίες από ακριβότερες δευτεροβάθμιες².

Σύμφωνα με τους Gosten et al. (2006), σε συνθήκες ασύμμετρης πληροφόρησης και αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση, οι γιατροί μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς στην κατανάλωση περισσότερων υπηρεσιών και εξετάσεων από αυτές που θα ήθελαν να καταναλώσουν εάν είχαν πλήρη πληροφόρηση - ενημέρωση.

Σε απλή μορφή το έσοδο για τον ιατρό από κάθε ασφαλισμένο σε περιβάλλον αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση (Fee For Service) μπορεί να εκφραστεί ως (Lu & Jonsson, 2008):

$$\begin{aligned}\Pi^{\text{ffs}} &= \mathbf{F}\mathbf{q} - \mathbf{c}\mathbf{q} \\ &= (\mathbf{F}-\mathbf{c})\mathbf{q}\end{aligned}$$

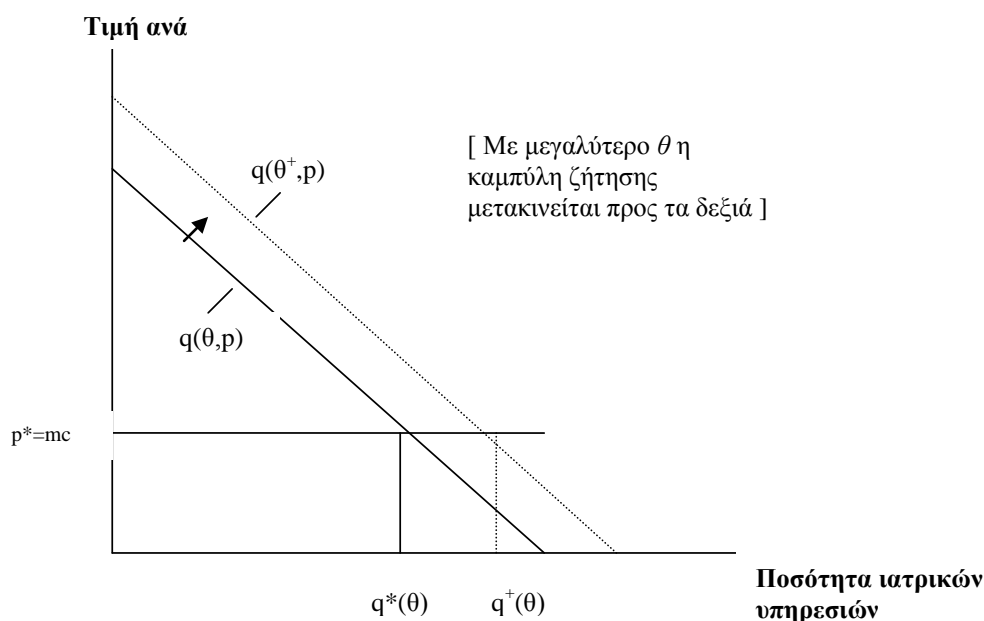
όπου \mathbf{F} δηλώνει την αμοιβή στον ιατρό για κάθε παρεχόμενη υπηρεσία \mathbf{q} και \mathbf{c} το σταθερό οριακό κόστος ανά υπηρεσία. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η παροχή περισσότερων υπηρεσιών σχετίζεται με αύξηση του εισοδήματος για τον ιατρό όπου $\mathbf{F} > \mathbf{c}$. Συνεπακόλουθα ο ιατρός έχει αυξημένο οικονομικό κίνητρο να μεγιστοποιήσει την παραγωγή υπηρεσιών του (ακόμη και αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες αποδίδουν ελάχιστο όφελος στους ασθενείς).

Όπως φαίνεται στο σχήμα 2.1 με πλήρη πληροφόρηση ο ασφαλισμένος θα προτιμήσει την ποσότητα ιατρικών υπηρεσιών $q^*(\theta, p^*)$, ως αποτέλεσμα της σοβαρότητας της ασθένειας θ και της αγοραίας τιμής p^* . Τώρα υποθέτοντας ότι ο ασθενής έχει ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με την σοβαρότητα της ασθένειας και δεχόμενος³ την ψευδή ιατρική διάγνωση για την σοβαρότητα της ασθένειάς του θ^+

² Το πώς γίνονται αυτές οι επιδράσεις δεν είναι ξεκάθαρο, αλλά παρατηρείται ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον φαινόμενο: τα άτομα δεν καταναλώνουν ιατρικές υπηρεσίες με βάση το πόσο άρρωστοι είναι και οι διαγνωστικές εξετάσεις που ζητάνε οι γιατροί δεν προκύπτουν από την ιατρική τους κατάρτιση (ειδικότητα) (Pauly, 2006).

³ Με δεδομένο ότι τα ιατρικά έσοδα έχουν θετική συσχέτιση με την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών, μια ολοκληρωτικά ιδιοτελή συμπεριφορά από την πλευρά των ιατρών θα ήταν η διόγκωση της σοβαρότητας της ασθένειας χωρίς όριο. Όμως, υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί στην επιθυμία ή τη δυνατότητα των προμηθευτών να το κάνουν, όπως αισθήματα αλτρουισμού, ψυχικό κόστος, αρνητική επίπτωση στην υγεία των ασφαλισμένων λόγω υπερχρήσης ιατρικών υπηρεσιών, απροθυμία των

από την αληθή θ , η καμπύλη ζήτησης μετακινείται από το σημείο $q(\theta, p)$ στο $q(\theta^+, p)$. Συνεπακόλουθα, ο ασθενής θα επιλέξει q^+ αντί q^* , και ως εκ τούτου τα έσοδα για τον Γ.Ι αυξάνουν από $(F-c)q^*$ σε $(F-c)q^+$ (Lu & Jonsson, 2008).



Σχήμα 2.1 :

Κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών υπό συνθήκες προκλητής ζήτησης

Πηγή: Lu & Jonsson (2008).

2.2. Ελαστικότητα ζήτησης.

Ο Getzen (2000), διερευνώντας κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας είναι αγαθό πολυτελείας ή βασικό αγαθό παρουσιάζει μια ενδιαφέρουσα επισκόπηση της βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τον ίδιο η δυσκολία προκύπτει κυρίως από την αποτυχία να προσδιοριστεί ακριβώς το επίπεδο της ανάλυσης σε μικρο και μακροεπίπεδο ώστε να γίνει δυνατή η παραπάνω διάκριση. Έτσι, για αρκετές δεκαετίες η διαμάχη σε ερευνητικό επίπεδο γίνεται για το εάν η εισοδηματική ελαστικότητα για δαπάνες υγείας είναι πάνω ή κάτω από την μονάδα⁴.

ασφαλισμένων και απώλεια φήμης (και πελατείας), κίνδυνος από την αναζήτηση δεύτερης ιατρικής γνώμης (Lu & Jonsson, 2008).

⁴ Μια τιμή εισοδηματικής ελαστικότητας μικρότερη από την μονάδα, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η μεταβολή του εισοδήματος έχει σαν αποτέλεσμα μια μικρότερη ένταση μεταβολής στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Οι Costa-Font et al. (2009), υποστηρίζουν ότι λόγω της μεγάλης ετερογένειας των υπηρεσιών υγείας (εξωνοσοκομειακή φροντίδα, νοσοκομειακή, επείγουσα νοσηλεία, φαρμακευτική περίθαλψη, κα) η εισοδηματική ελαστικότητα διαφοροποιείται για κάθε τύπο υπηρεσιών. Επίσης η προέλευση των δεδομένων, εάν δηλαδή αναφέρονται σε εθνικό, περιφερειακό ή ατομικό επίπεδο, δημιουργούν παράγοντες απόκλισης. Έτσι, στη μελέτη τους χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της μετα-ανάλυσης ελέγχει την υπόθεση εάν η εισοδηματική ελαστικότητα υπερβαίνει την μονάδα, δηλαδή εάν θεωρείται αγαθό πολυτελείας. Η διορθωμένη ελαστικότητα εκτιμήθηκε σε ένα εύρος από 0,4 έως 0,8, η οποία απορρίπτει την υπόθεση του αγαθού πολυτελείας.

Η γενική θεώρηση είναι ότι η εισοδηματική ελαστικότητα για την ατομική ζήτηση υγείας είναι, υπό ασφαλιστική κάλυψη (συνήθως 60% έως 95% των συνολικών δαπανών), τυπικά κοντά στο μηδέν ή αρνητική, ενώ η ελαστικότητα στις συνολικές δαπάνες υγείας των χωρών με βάση το ΑΕΠ είναι τυπικά μεγαλύτερο της μονάδας (Getzen, 2000).

Κρίσιμο ζήτημα είναι ο ρόλος της κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, καθώς ο σκοπός της ασφάλισης είναι να περιορίσει τον ατομικό εισοδηματικό περιορισμό και να μειώσει ή να εξαλείψει την επίδραση του κόστους στην απόφαση του ασθενούς ή του ιατρού για την ποσότητα ζήτησης. Έτσι, εάν το άτομο έχει πλήρη ασφάλιση δεν αναμένεται το ατομικό εισόδημα να παρέχει πληροφορία όσον αφορά την εισοδηματική επίδραση κάθε αυτή. Όμως, αντί για τις μετρήσιμες συσχετίσεις μπορεί να αντανakλά άλλες μη μετρήσιμες επιδράσεις (κόστος χρόνου, οικογενειακό εισόδημα, μόρφωση, κα) τα οποία σχετίζονται με το προσωπικό εισόδημα (Getzen, 2000).

Έρευνες με δεδομένα πριν την δεκαετία του 1960, όπου η ασφάλιση ήταν λιγότερο διαδεδομένη και οι πληρωμές ήταν άμεσες, δείχνουν μια μεγαλύτερη εισοδηματική ελαστικότητα (0,2-0,7). Παρόμοια, η κατανάλωση οδοντιατρικών υπηρεσιών, πλαστικής χειρουργικής, αγορά γυαλιών, και άλλοι τύποι φροντίδας που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη ή έχουν σε μικρό ποσοστό, δείχνουν μια εισοδηματική ελαστικότητα ισχυρά θετική και σημαντικά πάνω από 1,0. Σε μακρο-επίπεδο οι μελέτες δείχνουν σταθερά ελαστικότητες μεγαλύτερες από 1,0.

Ένα βασικό ερώτημα είναι εάν οι δαπάνες υγείας αυξάνουν με μεγαλύτερο ρυθμό από ότι το κατά κεφαλήν εισόδημα. Η σημαντικότητα συνίσταται στο ότι εάν η υγεία είναι βασικό αγαθό υπάρχει ανάγκη για ανακατανομή των υγειονομικών πόρων

και μεγαλύτερη δημόσια εμπλοκή. Επομένως, η αξία της εισοδηματικής ελαστικότητας παρέχει τη γνώση για το απαραίτητο επίπεδο των δαπανών υγείας στην οικονομία και την αποτελεσματική αναλογία των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας. Αντίθετα, εάν η ελαστικότητα είναι πάνω από την μονάδα, αρκετοί θα επιχειρηματολογούσαν ότι δεν είναι αναγκαία η καθολική κάλυψη υγείας, καθώς η ιδιωτική αγορά είναι πιο αποτελεσματική στην παρεχόμενη ασφάλιση (Costa-Font et al., 2009)

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλο & Νιάκα (1994), η ύπαρξη έστω και ενός μικρού βαθμού ελαστικότητας στη ζήτηση για αρκετούς τύπους υγειονομικών φροντίδων, σημαίνει ότι το σύστημα τιμών με τη μορφή επιβαρύνσεων και της ποσοστιαίας συμμετοχής, ενώ μπορεί να έχει μια σημαντική συμβολή στον περιορισμό της ηθικής βλάβης, έχει όμως και ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως το υψηλό διοικητικό κόστος και η μείωση της χρήσης στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα λόγω μεγαλύτερης ευαισθησίας στις τιμές.

Ιδιαίτερα στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα μπορεί να προκαλέσει την αποφυγή επισκέψεων στα πρώτα στάδια της νόσου με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας και την υποκατάσταση με υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας που οδηγεί σε υψηλότερο κόστος.

2.3. Σχέση ζήτησης και ανάγκης

Κυρίαρχες έννοιες στη διανομή των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της υγειονομικής ανάγκης και της ζήτησης. Καθώς μέσω αυτών μπορεί να γίνει ο σχεδιασμός με βάση τον προσδιορισμό του αριθμού και του είδους των υπηρεσιών υγείας, ώστε ο πληθυσμός να καλυφτεί αποτελεσματικά μέσα σε προκαθορισμένο οικονομικό κόστος. Μπορεί να επιτευχθεί δηλαδή η εκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης συσχετίζοντας την ποσότητα με μεταβλητές όπως, η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η ανεργία. Επιπλέον, ο σχεδιασμός με βάση την εκπλήρωση αναγκών δεν ανταποκρίνεται στο ενδιαφέρον του ατόμου μόνο ως ασθενή αλλά και ως φορολογούμενου (EACH, 2009).

Υπό αυτό το πρίσμα της διαμόρφωσης των υγειονομικών αναγκών και της έκφρασης σε καταναλωτική ζήτηση ο ρόλος κράτους είναι ουσιαστικός δια μέσου της κατεύθυνσης του υγειονομικού προγραμματισμού, την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και τον τρόπο χρηματοδότησης (Σούλης, 1999).

Όμως, ενώ η ζήτηση προκαλείται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες, ο καθορισμός των αναγκών στον χώρο της υγείας είναι μια δύσκολη διαδικασία λόγω

της δομικής πολυπλοκότητας της έννοιας της ανάγκης, καθώς επίσης και της έννοιας της υγείας. Έτσι είναι αναμενόμενο να υπάρχει ένα μεγάλος αριθμός σχετικών ορισμών (Lari et al., 2003).

Ο Bradshaw (1972) προτείνει τέσσερα διαφορετικά είδη αναγκών⁵. Η παρακάτω τυπολογία είναι χρήσιμη στο χώρο της υγείας και βοηθά ιδιαίτερα τους ερευνητές:

- στη διαπιστωμένη ανάγκη, όπου αναφέρεται σε τι βασίστηκε η γνώμη του ειδικού για να ερμηνεύσει την ανάγκη. Για παράδειγμα, οι αρμόδιες υγειονομικές αρχές προτείνουν όλα τα παιδιά ηλικίας 12-15 μηνών πρέπει να εμβολιστούν απέναντι στην ιλαρά. Αυτό υποδηλώνει μια ανάγκη υγείας εφόσον τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι πολλά παιδιά δεν είναι προστατευμένα,
- στην εκφραζόμενη ανάγκη, μια ανάγκη μπορεί να υπάρχει, αλλά λόγω μη δυνατότητας παροχής της υπηρεσίας μπορεί να μην αναγνωριστεί. Έτσι η εκφραζόμενη ανάγκη μπορεί να μην εξηγηθεί με σαφήνεια,
- στην συγκριτική ανάγκη, όταν από την μελέτη των παρεχόμενων υπηρεσιών στον πληθυσμό μιας περιοχής και με βάση αυτή την πληροφόρηση μπορεί να καθοριστεί το είδος των υπηρεσιών σε μια άλλη περιοχή με παρόμοιο πληθυσμό. Βέβαια σε αυτή την προσέγγιση χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή μήπως τα δεδομένα περιέχουν φαινόμενα υπέρ ή υπό χρήσης που οφείλονται στους προμηθευτές και όχι την ανάγκη για πραγματική ζήτηση με βάση την υγεία των καταναλωτών,
- στην αισθανόμενη, που είναι η ανάγκη που αντιλαμβάνεται το άτομο ή το στενό του περιβάλλον. Συνήθεις μέθοδοι για να εντοπιστούν οι αισθανόμενες ανάγκες είναι τα ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια.

Σύμφωνα με τους Lari et al. (2003), ο διαχωρισμός των αναγκών σε μικρό και μεγάλο επίπεδο είναι χρήσιμος, καθώς οι ανάγκες πρέπει να οριστούν και σε επίπεδο ατόμου⁶, όπως υποδηλώνονται στη σχέση ιατρού – ασθενή. Επίσης, η γεωγραφική απόκλιση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μπορεί να επηρεάσει την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ιδεατά, η παροχή των υπηρεσιών πρέπει να καλύπτει τις

⁵ Ο συγγραφέας αργότερα (1994) θεωρεί ότι αυτή η ταξινόμηση των αναγκών περιορίστηκε λόγω των δομικών προβλημάτων της έννοιας ανάγκη.

⁶ Οι περισσότερες προσεγγίσεις των αναγκών υγείας έχουν γίνει σε επίπεδο πληθυσμού (ρυθμός θνησιμότητας, νοσηρότητας,κά) (Lari et al., 2003).

περισσότερες από τις ανάγκες του πληθυσμού. Ως επακόλουθο, ο προσδιορισμό των αναγκών είναι αναγκαίος σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, ώστε να διαπιστωθούν ποιες υπηρεσίες απαιτούνται ώστε να καλυφθούν οι υγειονομικές ανάγκες (Lari et al., 2003).

Οι Lari et al. (2003), υποστηρίζουν ότι ένας από τους πιο αποδεκτούς ορισμούς στο χώρο των οικονομικών υγείας που αφορά την έννοια των αναγκών είναι 'η δυνατότητα των ανθρώπων να κερδίζουν από κάθε παροχή υπηρεσίας υγείας'. Με άλλα λόγια 'ανάγκη' υπάρχει μόνο εκεί που υπάρχει και η δυνατότητα του οφέλους από τη χρήση μιας υπηρεσίας. Υιοθετώντας αυτή την οικονομική εκδοχή του ορισμού, τα υγειονομικά αποτελέσματα από την παρέμβαση αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Κεφάλαιο 3. Θεωρητικές προσεγγίσεις των υποδειγμάτων ζήτησης

Οι ανάγκες του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας είναι άμετρες, γνωρίζοντας όμως ποιος καταναλώνει τις υπηρεσίες και γιατί, αυτό μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια ώστε να κατανεμηθούν οι υγειονομικοί πόροι αποτελεσματικότερα. Κατανοώντας δηλαδή, ποια ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικά στη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας, οι πολιτικές υγείας μπορεί να γίνουν πιο αποτελεσματικές. Παρόμοια, η γνώση αυτή μπορεί να προετοιμάσει τους υγειονομικούς σχηματισμούς για τις επικείμενες δημογραφικές (π.χ γήρανση) και κοινωνικοοικονομικές (ανεργία., μείωση εισοδήματος) μεταβολές (Rebhan, 2003).

Έτσι σε αυτό το κεφάλαιο θα αναπτυχθεί αρχικά το υπόδειγμα του Grossman, στο οποίο ο συγγραφέας (1972) τονίζει ότι η κατασκευή ενός υποδείγματος αναφορικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης κεφαλαίου υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, λόγω της σημαντικότητας του αγαθού “υγεία”. Στη συνέχεια αναλύεται το συμπεριφορικό υπόδειγμα του Andersen (1995). Τέλος, γίνεται αναφορά στην διαδικασία της λήψης απόφασης των δύο σταδίων και υποστηρίζεται ότι η ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται σε δύο στάδια (απόφαση συνάντησης και απόφαση συχνότητας), όπου επιδρούν διαφορετικοί παράγοντες.

3.1 Το υπόδειγμα της ατομικής ζήτησης του Grossman

Ο βασικός στόχος του υποδείγματος σύμφωνα με τον Grossman (1972) είναι να θεωρηθεί η υγεία ως ένα διαρκές κεφάλαιο το οποίο παράγει αποτελέσματα σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Το υπόδειγμα συνδυάζει πολλά στοιχεία από τη νεοκλασική θεωρία του καταναλωτή και τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου⁷. Η αρχική υπόθεση είναι ότι τα άτομα κληρονομούν ένα αρχικό απόθεμα υγείας (H_0) το οποίο αποσβένεται με ένα ρυθμό (δ), ο οποίος με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται. Το ατομικό κεφάλαιο υγείας μπορεί να αυξηθεί ανάλογα με την πραγματοποιούμενη επένδυση.

Η συνάρτηση χρησιμότητας ενός τυπικού καταναλωτή έχει την μορφή:

$$U = U(\varphi_0 H_0, \dots, \varphi_i H_i, Z_0, \dots, Z_i) \quad (1)$$

όπου H_0 είναι το απόθεμα υγείας που κληρονομείται, H_i το απόθεμα υγείας την i χρονική περίοδο, φ_i οι υπηρεσίες υγείας ανά μονάδα αποθέματος, $h_i = \varphi_i H_i$ είναι η

⁷ Το ανθρώπινο κεφάλαιο ορίζεται ως το σύνολο των δυνατοτήτων, των γνώσεων και των ικανοτήτων τις οποίες κατέχει κάθε άτομο. Η απόκτηση των παραπάνω κοστίζουν ωστόσο αποφέρουν μελλοντικά οφέλη και υπό αυτή την έννοια αποτελούν στοιχεία επένδυσης (Σούλης, 1999).

συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και Z_i είναι η συνολική κατανάλωση ενός άλλου αγαθού την περίοδο i . Στόχος είναι η μεγιστοποίηση της διαχρονικής συνάρτησης χρησιμότητας. Σημειώνεται ότι η διάρκεια ζωής (η) θεωρείται ενδογενής μεταβλητή και ιδιαίτερα ο χρόνος του θανάτου επέρχεται όταν το απόθεμα κεφαλαίου υγείας φτάσει στην τιμή κατωφλίου, δηλαδή σε ένα συγκεκριμένο κατώτατο επίπεδο όταν $H_i = H_{min}$.

Εξ ορισμού, η καθαρή επένδυση στο κεφάλαιο υγείας είναι ίση με τη συνολική επένδυση μείον την απόσβεση:

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i \quad (2)$$

Όπου I_i είναι η συνολική επένδυση και δ_i είναι ο ρυθμός απόσβεσης κατά την i περίοδο. Το δ_i θεωρείται ως εξωγενής μεταβλητή, αλλά μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου.

Οι καταναλωτές προκαλούν ακαθάριστες επενδύσεις σε απόθεμα «καλής υγείας» και άλλων αγαθών. Οι αντίστοιχες συναρτήσεις παραγωγής μέσω των οποίων πραγματοποιούνται οι παραπάνω επενδύσεις είναι:

$$I_i = I_i (M_i, T H_i; E_i) \quad (3)$$

$$Z_i = Z_i (X_i, T_i; E_i) \quad (4)$$

Σε αυτές τις ισότητες οι εισροές είναι: α) στην συνάρτηση παραγωγής κεφαλαίου υγείας (I_i), M_i η κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, $T H_i$ ο απαιτούμενος χρόνος και E_i το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου, β) στη συνάρτηση παραγωγής άλλων καταναλωτικών αγαθών Z_i , X_i οι διάφορες αναγκαίες εισροές, T_i ο απαιτούμενος χρόνος για την παραγωγή τους και E_i η επένδυση του ατόμου σε εκπαίδευση. Για λόγους απλούστευσης ο Grossman χρησιμοποιεί την ιατρική φροντίδα ως ενδεικτική εισροή στην συνάρτηση I_i , καθώς αναφέρει και τη σπουδαιότητα και άλλων εισροών, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι συνθήκες διαβίωσης, κα. Για τη μεγιστοποίηση της συνάρτησης χρησιμότητας υφίστανται ο εισοδηματικός και χρονικός περιορισμός.

Με δεδομένο ότι η ελαστικότητα της ατομικής καμπύλης ζήτησης είναι μικρότερη από τη μονάδα, τότε η ακαθάριστη επένδυση κεφαλαίου υγείας και ο ρυθμός απόσβεσης θα μπορούσαν να έχουν θετική συσχέτιση με το σημείο του κύκλου ζωής του ατόμου, ενώ οι ακαθάριστες επενδύσεις και το κεφάλαιο υγείας έχουν αρνητική συσχέτιση. Εκφρασμένο διαφορετικά, με δεδομένη μια ανελαστική καμπύλη ζήτησης υγείας τα άτομα επιθυμούν να αντισταθμίσουν μέρος από τη μείωση του κεφαλαίου υγείας με την αύξηση του ρυθμού απόσβεσης, μέσω της

αύξησης της συνολικής του δαπάνης. Στην πραγματικότητα, η σχέση μεταξύ του κεφαλαίου υγείας και του αριθμού των υγείων ημερών υποδηλώνει ότι η ελαστικότητα είναι μικρότερη της μονάδας (Grossman, 1972).

Στις βασικές προβλέψεις του μοντέλου, ο ρυθμός απόσβεσης αυξάνει με την ηλικία και ελαχιστοποιείται σε αρκετά σημεία του κύκλου ζωής. Έτσι, η ζητούμενη ποσότητα για υπηρεσίες υγείας θα μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Επίσης, η ατομική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας συσχετίζεται θετικά με το ρυθμό αύξησης του ημερομισθίου, ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζεται θετικά με τη ζήτηση αποθέματος κεφαλαίου 'καλής υγείας', αλλά αρνητικά με την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών. Αυτό συμβαίνει υπό την υπόθεση ότι τα πιο μορφωμένα άτομα είναι αποτελεσματικά στην παραγωγή κεφαλαίου 'καλής υγείας'.

Στην πιο πάνω θεωρία έχει αναπτυχθεί ένας σημαντικός αριθμός κριτικών. Η θεμελιώδης υπόθεση της λειτουργίας του υποδείγματος υπό συνθήκες βεβαιότητας, αποτελεί μια από τις βασικές του αδυναμίες. Επίσης η υπόθεση ότι ο καταναλωτής είναι πλήρως πληροφορημένος και επομένως προχωρά στη λήψη ορθολογικών επιλογών είναι ένα ακόμη μειονέκτημα.

Όμως, παρά την κριτική που δέχεται το υπόδειγμα έχει μια σημαντική συνεισφορά στη βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας και έχει επεκταθεί σε θέματα όχι μόνο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας αλλά και σε τομείς, όπως η ερμηνεία των υγειονομικών ανισοτήτων. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα του υποδείγματος είναι ότι υποδηλώνει με σαφήνεια ότι παράγοντες όπως το εισόδημα, το επίπεδο τιμών, το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση έχουν άμεση συσχέτιση με τη ζήτηση για υγεία και για το λόγο αυτό θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994).

Έτσι, το υπόδειγμα Grossman ενισχύει την άποψη ότι αφού η ζήτηση προσδιορίζεται από μια σειρά ατομικών και κοινωνικών μεταβλητών για τη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής πολιτικής απαιτούνται μέτρα και πολιτικές υγείας που υπερβαίνουν τα στενά όρια των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα προσέγγισης θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι μια διατομεακή υγειονομική πολιτική πρέπει να εφαρμοσθεί με στόχο την βελτίωση του υγειονομικού επιπέδου του πληθυσμού (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994).

3.2 Το υπόδειγμα της ατομικής ζήτησης κατά Andersen

Το υπόδειγμα αναπτύχθηκε στα τέλη του '60 και είχε ως μονάδα ανάλυσης την οικογένεια. Βασικός σκοπός ήταν η κατανόηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε

επίπεδο οικογένειας ώστε να εφαρμοστούν πολιτικές που θα συμβάλλουν στην επίτευξη του στόχου για ισότητα στην πρόσβαση (Andersen, 1995).

Αρχικά περιλάμβανε τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ατομικής ζήτησης σε τρεις κατηγορίες: α) τους προδιαθεσιακούς παράγοντες (predisposing characteristics) που αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην δομική θέση του ατόμου στην κοινωνία (social structure) και τα πιστεύω (health beliefs), β) τις πηγές (πόρους) που ενεργοποιούν την χρήση (enabling resources), όπως το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η επαγγελματική κατάσταση του ατόμου και γ) τους παράγοντες ανάγκης (need variables), η κατάσταση της υγείας η οποία τελικά οδηγεί στην ατομική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο το υπόδειγμα δέχτηκε κριτική διότι δεν έδωσε προσοχή σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας, όπως η ύπαρξη του κοινωνικού δικτύου, η κοινωνική αλληλοεπίδραση και η μόρφωση (Rebhan, 2003).

Έτσι ο Andersen (1995), αναγνωρίζοντας ότι η οικογένεια ως μονάδα ανάλυσης χαρακτηρίζεται από ετερογένεια κάνει στροφή στην ανάλυση σε επίπεδο ατόμου. Στην οριστική ανασκευή του υποδείγματος θεωρεί ότι η ζήτηση για διαφορετικές υπηρεσίες επηρεάζονται και από διαφορετικά ατομικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η ζήτηση για μη επείγουσες ιατρικές υπηρεσίες (π.χ προληπτικές εξετάσεις) συσχετίζεται με το ατομικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, αντίθετα η χρήση επείγουσών προβλημάτων υγείας (π.χ ενδονοσοκομειακής νοσηλείας) σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται από τους παράγοντες ανάγκης και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

3.3 Διαδικασία των δύο σταδίων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών διαφωνεί με την υπόθεση που υιοθετεί το υπόδειγμα Grossman ότι το άτομο / καταναλωτής είναι ο μοναδικός παράγοντας που καθορίζει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και ισχυρίζονται ότι η ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται σε δύο στάδια, όπου επιδρούν διαφορετικοί παράγοντες.

Στην έρευνα του ο Van Orphem (2011) θεωρεί ότι η διαδικασία επιλογής της συχνότητας ιατρικών επισκέψεων για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα πρέπει να διαχωριστεί σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο το άτομο αποφασίζει να επισκεφθεί ένα γιατρό ή όχι (απόφαση συνάντησης). Στο δεύτερο στάδιο η απόφαση αναφορικά με την ποσότητα των επισκέψεων ή γενικότερα του θεραπευτικού πλάνου, γίνεται από

τον γιατρό (απόφαση συχνότητας). Έτσι η απόφαση για την ποσότητα χρήσης των υπηρεσιών αναμένεται να γίνεται πρωταρχικά από το γιατρό και η επιθυμία / άποψη του ατόμου μπορεί να μην έχει ιδιαίτερο βάρος. Όπως και να έχει το πιο σημαντικό είναι ότι η πρώτη απόφαση λαμβάνεται ανεξάρτητα από το άτομο, ενώ η δεύτερη όχι.

Ακολουθώντας τον Winkelmann (2004, στο Van Ophem, 2011) το υπόδειγμα για την απόφαση της επίσκεψης ή μη σε γιατρό έχει την μορφή:

$$z_i = \chi_i' \gamma + \varepsilon_i,$$

όπου: z_i είναι ένας ειδικός δείκτης παρατήρησης, όπου όταν υπερβαίνει το μηδέν το άτομο αποφασίζει να μην επισκεφτεί τον γιατρό ($d_i=1$, σε αυτή την περίπτωση). Εάν είναι μικρότερος ή ίσος με μηδέν τότε αποφασίζει 'ναι' στην ιατρική επίσκεψη ($d_i=0$). Ο δείκτης αυτός μπορεί να ιδωθεί ως μια εικόνα της υγείας του ατόμου. Χαμηλή τιμή φανερώνει κακή υγεία και το αντίθετο. Αυτό ο δείκτης υγείας εξαρτάται από εξωγενείς παράγοντες που εκφράζονται από το διάνυσμα χ_i' . Ο Winkelmann χρησιμοποιεί μεταβλητές όπως η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το εισόδημα και ένα όρο λάθους ε_i . Εάν η υγεία του ατόμου καταστεί κακή, περνώντας το κατώφλι του μηδέν αποφασίζει να δει ένα γιατρό.

Συχνά οι γενικοί γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς σε γιατρούς ειδικοτήτων. Αυτό φέρνει και έναν τρίτο παράγοντα απόφασης στην παραπάνω ισότητα και προσθέτει μια άλλη πολυπλοκότητα. Καθώς οι πολυπλοκότητες στον πραγματικό κόσμο είναι δύσκολο να ανιχνευθούν σε ένα οικονομετρικό μοντέλο, πρέπει να γίνεται χρήση ενός κατάλληλου μοντέλου που θα τις συλλαμβάνει όσο το δυνατόν καλύτερα (Van Ophem, 2011) .

Στα οικονομικά της υγείας η μελέτη των Pohlmeier & Ulrich (1995, στο Farmbacher, 2012) ήταν από τις πρώτες που με την χρήση ενός two – part hurdle υποδείγματος ανέλυσαν τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων με βάση την υπόθεση των δύο σταδίων. Ο σκοπός ήταν να δώσουν έμφαση στο ότι η απόφαση για συνάντηση με το γιατρό είναι μια διαδικασία δυο σταδίων.

Τα δεδομένα προέρχονταν από ένα δείγμα 5056 ατόμων, για το 1985, από το German Socio – Economic Panel, όπου διαχώρισαν τον αριθμό επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς και ειδικούς, για το διάστημα των τελευταίων τριών μηνών. Μετά την κατάλληλη υποδειγματοποίηση της παραπάνω υπόθεσης βρήκαν ότι τα ατομικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες του σταδίου 'απόφασης συνάντησης', ενώ κατά το δεύτερο στάδιο της

‘απόφασης συχνότητας’ η πλευρά της προσφοράς (πυκνότητα γιατρών) αποτελεί τον βασικό προσδιοριστικό παράγοντα.

Ο Van Orphem (2011) χρησιμοποιώντας δεδομένα, επίσης, από το German Socio – Economic Panel για το έτος 1999 το οποίο περιελάμβανε 6.231 άτομα και χρησιμοποιώντας ένα παρόμοιο υπόδειγμα δυο σταδίων (two – part hurdle model), βρήκε ότι τα μικρότερης ηλικίας άτομα και οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να επισκεφτούν ένα γιατρό. Άτομα με καλή (κακή) υγεία είναι λιγότερο (περισσότερο) πιθανό να πραγματοποιήσουν επίσκεψη. Οι έγγαμοι και αυτοί που ζουν σε μικρό αριθμό νοικοκυριού επισκέπτονται πιο συχνά γιατρούς. Όσοι έχουν υψηλότερα εισοδήματα είναι πιο πιθανό να κάνουν μια ή περισσότερες επισκέψεις. Εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση πραγματοποιούν λιγότερες ιατρικές επισκέψεις.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Santos Silva & Windmeijer (2001, στο Farmbacher 2012), με τη χρήση του υποδείγματος δυο σταδίων hurdle, η ατομική κατάσταση υγείας αποδεικνύεται ως βασική επεξηγηματική μεταβλητή και για τα δύο στάδια απόφασης.

Στην εργασία του ο Gerdtham (1997) χρησιμοποίησε ένα count data model με δεδομένα σε μικροεπίπεδο και δείγμα 5011 ατόμων για το έτος 1991. Όπου, εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων (12 μήνες) και η νοσοκομειακή φροντίδα (hospital care weeks). Οι επεξηγηματικές μεταβλητές περιλάμβαναν τις υγειονομικές ανάγκες και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Στη μελέτη επιχειρήθηκε μια προσπάθεια να διαπιστωθεί εάν, που, γιατί και πως εμφανίζονται συνθήκες ανισότητας στο υγειονομικό σύστημα της Σουηδίας. Με βάση τα ευρήματα, απορρίφθηκε η υπόθεση της μη ύπαρξης ανισοτήτων στο σύστημα υγείας της Σουηδίας λόγω της ύπαρξης ισχυρών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι έχουν ισχυρή επίδραση στην χρήση υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρώτη επαφή και η συχνότητα σχετίζονται θετικά σε επίπεδο σημαντικότητας 1% με τις ανάγκες υγείας (με βάση την νοσηρότητα). Η επίδραση της υγειονομικής ανάγκης στην χρήση ήταν ξεκάθαρη (συνεπής με την κάθετη ισότητα).

Η μεταβλητή της ηλικίας έχει σημαντικά αρνητική συσχέτιση, αν και όχι πάντα, και για τα δυο επίπεδα απόφασης. Μετά τον έλεγχο της νοσηρότητας, του εισοδήματος και άλλων παραγόντων, φαίνεται ότι οι συνταξιούχοι (ηλικία > 65 ετών) έχουν την τάση για χαμηλότερο επίπεδο ιατρικών επισκέψεων, αλλά όχι μικρότερη πιθανότητα για ιατρική επίσκεψη. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ανισότητα με

μειονέκτημα στους συνταξιούχους, πχ ηλικιακή ανισότητα ως αποτέλεσμα άνισης αντιμετώπισης για ίση ανάγκη. Αυτή η επίδραση βέβαια δεν υπάρχει στην πιθανότητα και την συχνότητα στην νοσοκομειακή φροντίδα.

Όσον αφορά στο ατομικό εισόδημα, αυτό σχετίζεται θετικά με την απόφαση συνάντησης, αλλά δεν έχει σημαντική επίδραση στη συχνότητα των επισκέψεων. Ο αριθμός μελών της οικογένειας έχει αρνητικά σημαντική συσχέτιση και για τα δύο στάδια απόφασης.

Η μεταβλητή της εργασίας είναι στατιστικά σημαντική στην απόφαση επαφής, αλλά όχι στη συχνότητα, ενώ η ο τόπος διαμονής συσχετίζεται θετικά με τη συχνότητα επισκέψεων αλλά όχι για την απόφαση επαφής. Κάτοικοι μεγάλων πόλεων (Στοκχόλμη, κα) πραγματοποιούσαν περισσότερες επισκέψεις από τους κατοίκους μικρότερων πόλεων. Μια πιθανή ερμηνεία μπορεί να είναι ότι αντικατροπτίζεται η ανισότητα ως αποτέλεσμα της πληθώρας των γιατρών (supplier – induced demand) (Gerdtham, 1997).

3.4 Η αξία της κατανόησης των υποδειγμάτων

Η κατανόηση των υποδειγμάτων ζήτησης στην πολιτική υγείας βοηθά στην προσέγγιση των ζητημάτων της ισότητας, της ίσης δυνατότητας πρόσβασης και χρησιμοποίησης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αν και το θέμα της ζήτησης για φροντίδα υγείας έχει προσεγγιστεί με διαφορετικούς τρόπους στη βιβλιογραφία των Οικονομικών της Υγείας, το βασικό είναι ότι παρόλο το διαφορετικό σημείο εκκίνησης των υποδειγμάτων ζήτησης το κάθε ένα ξεχωριστά συμβάλει στην επιστημονική κατανόηση του κρίσιμου ρόλου της ζήτησης και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η γνώση όλων των υποδειγμάτων θεωρείται βασικός όρος για την διαμόρφωση και υλοποίηση μια αποτελεσματικής πολιτικής υγείας (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1994)

Κεφάλαιο 4. Προσδιορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων

Η επίτευξη - το κατά το δυνατόν περισσότερο - της ισότιμης πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως των δημογραφικών, οικονομικών και κοινωνικών τους χαρακτηριστικών, πρέπει να είναι βασικός στόχος των κρατικών πολιτικών υγείας (Andersen, 1995).

Σε αυτό το κεφάλαιο θα καθοριστούν οι έννοιες της οριζόντιας και κάθετης ισότητας. Επίσης, στο πλαίσιο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης θα γίνει μια προσπάθεια να αναλυθούν οι επιδράσεις της στην υγειονομική ισότητα και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

4.1 Οριζόντια και κάθετη ισότητα

Το ζήτημα της ισότητας⁸ στην υγεία έχει αναγνωριστεί ως σοβαρή απειλή για την δημόσια υγεία τον 21^ο αιώνα. Ο Π.Ο.Υ προσδιορίζει την ισότητα στην υγεία ως την απουσία των συστηματικών διαφορών στην υγεία, τόσο μεταξύ των χωρών όσο και στο εσωτερικό τους. Η μελέτη της ισότητας στην υγεία βασίζεται στην αρχική υπόθεση ότι πολλές διαφορές στα υγειονομικά αποτελέσματα μεταξύ τμημάτων του πληθυσμού παρουσιάζονται ως άμεση επίπτωση των ανισοτήτων που δημιουργούν οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες (Ruckert & Labonte, 2012). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω των παραπάνω χαρακτηριστικών.

Η Starfield (2001, στην Παππά 2007) θεωρεί ότι το ζήτημα της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική προτεραιότητα για τους διαμορφωτές πολιτικών. Επίσης όσον αφορά την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας υιοθετεί τον ορισμό της κάθετης και οριζόντιας ισότητας.

Ως οριζόντια ισότητα ορίζεται η ίση φροντίδα για ίση ανάγκη και ως κάθετη η άνιση φροντίδα για άνιση ανάγκη. Στο δεύτερο ορισμό, όπως έχει αναφερθεί, υπάρχει δυσκολία στην διερεύνηση διότι ο προσδιορισμός της υγειονομικής ανάγκης είναι μια δύσκολη διαδικασία. Έτσι είναι δύσκολο να μετρηθεί ή διαφορετική ή άνιση ανάγκη. Και οι δύο μορφές ανισότητας συμβάλλουν στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στις υπηρεσίες υγείας η μελέτη και ανάλυση των δύο μορφών είναι αναγκαία.

⁸ Δεν υπάρχει ένας ξεκάθαρος ορισμός για την έννοια equity (ισονομία/αμεροληψία), αλλά είναι γενικά αποδεκτό ότι σημαίνει equality (ισότητα).

Μέσα στο πλαίσιο άσκηση πολιτικής ο Money et al. (1991, στην Παππά 2007) προκρίνει την ισότητα στην πρόσβαση ως τον πιο πρόσφορο ορισμό για την ισότητα στην φροντίδα υγείας. Εφόσον υπάρχει ισότητα στην πρόσβαση τα άτομα θεωρείται ότι αντιμετωπίζουν το ίδιο κόστος (χρηματικό, χρονικό, κτλ).

Μια άλλη διάκριση είναι μεταξύ της πρόσβασης και της χρήσης. Η πρόσβαση είναι ζήτημα της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χρήση είναι θέμα προσφοράς και ζήτησης. Πρέπει να αναφερθεί ότι η ζήτηση δεν είναι δεδομένη και ίδια μεταξύ των ατόμων, καθώς παρεμβάλλονται και άλλοι παράγοντες (π.χ διαφορετικές αντιλήψεις για την ωφέλεια μιας υπηρεσίας).

Σύμφωνα με τον Culyer (2001) πρέπει να γίνεται διαχωρισμός σε μικρο και μακρο ισότητα (micro and macro equity). Σε μικροεπίπεδο η αναφορά γίνεται σε επίπεδο ατόμου και στη σχέση ασθενή – ιατρού ή ασθενή – νοσοκομείου (π.χ η αναμονή σε λίστα θα πρέπει να γίνεται με ισότιμο τρόπο). Σε μακροεπίπεδο ο προσδιορισμός γίνεται σε προγράμματα ίσης κατανομής φροντίδας. Ένα δίκαιο / εξισορροπημένο (equitable) σύστημα υγείας πρέπει να επιδιώκει την μείωση των ανισοτήτων σε κάθε στάδιο της ζωής του ατόμου.

4.2 Παγκόσμια οικονομική κρίση και υγειονομική ισότητα

Η φιλελευθεροποίηση των οικονομικών αγορών έχει αναγνωριστεί ως ένας βασικός πυλώνας της νεοφιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης. Η απώλεια στην πολιτική σφαίρα αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους οι αποφάσεις των επενδυτών μπορεί να επιδράσουν στην πολιτική διαδικασία. Στον τομέα της υγείας αυτό σημαίνει ότι όταν οι κυβερνήσεις θέλουν να εκπληρώσουν την αποστολή τους για να βελτιώσουν την πρόσβαση για περισσότερη υγειονομική δικαιοσύνη, μπορεί να αντιμετωπίσουν την απροθυμία ανάληψης του οικονομικού ρίσκου και την άρνηση του δανεισμού από τις αγορές (Ruckert & Labonte, 2012).

Στη μελέτη τους μετά την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας διακρίνουν τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις της οικονομικής κρίσης.

Άμεσες επιδράσεις.

Η μείωση της συνολικής οικονομικής δραστηριότητας ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης είναι η πιο σημαντική σύνδεση μεταξύ οικονομικής κρίσης και υγειονομικής ισότητας. Αυτή η μείωση οδηγεί σε πτώση των φορολογικών εσόδων, που μπορούν να χρηματοδοτήσουν τις πολιτικές υγείας.

Την ίδια στιγμή προηγούμενες σχετικές εμπειρίες δείχνουν ότι η επίπτωση στην υγειονομική ισότητα σχηματίζεται πιο γρήγορα από ότι στην διάρκεια μιας

ήπιας οικονομικής ύφεσης. Επίσης, τα δεδομένα δείχνουν ότι αυτή η επίπτωση στην ισότητα έχει μακροχρόνια διάρκεια. Σε αρκετές χώρες (Βουλγαρία, Τσεχία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα) οι προϋπολογισμοί για την υγεία μειώθηκαν, σε πολλές περιπτώσεις περισσότερο από 20%.

Μια άλλη επίπτωση στην υγειονομική ισότητα προέρχεται από την αύξηση της ανεργίας, ως το επόμενο βήμα της οικονομικής δραστηριότητας. Σε πολλές χώρες η αύξηση του επιπέδου της ανεργίας επηρεάζει την δυνατότητα των κυβερνήσεων να χρηματοδοτήσει τις δαπάνες υγείας, λόγω της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση ασκεί πίεση στις κυβερνήσεις για ποιοτικό μετασχηματισμό των καναλιών διανομής μέσα στο υγειονομικό σύστημα, με στόχο την αποτελεσματικότητα. Βελτιώνοντας όμως την αποτελεσματικότητα μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης των δαπανών υγείας, ωστόσο παραμένει ανοικτό το εάν η αλλαγή αυτή μπορεί να βάλει σε κίνδυνο τον στόχο της ισότητας. Για παράδειγμα πολλές χώρες (Τσεχία, Ελλάδα, Γαλλία, κα) έχουν υιοθετήσει την χρέωση τιμών για υπηρεσίες υγείας, το οποίο είναι γενικά αποδεκτό έχουν αρνητική επίπτωση στην υγειονομική ισότητα (Ruckert & Labonte, 2012).

Επιπρόσθετα, οι μελλοντικές προκλήσεις που αφορούν την υγειονομική ισότητα είναι υπαρκτές, καθώς το κυρίαρχο ιδεολογικό κλίμα της δημοσιονομικής αusterότητας μπορεί να επιβάλει μεγαλύτερες περικοπές στις δαπάνες υγείας και άλλες κοινωνικές δαπάνες. Αυτό είναι ήδη ορατό στις Ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες έχουν ήδη επιβληθεί δραματικές περικοπές στην υγεία και τις κοινωνικές παροχές.

Έμμεσες επιδράσεις:

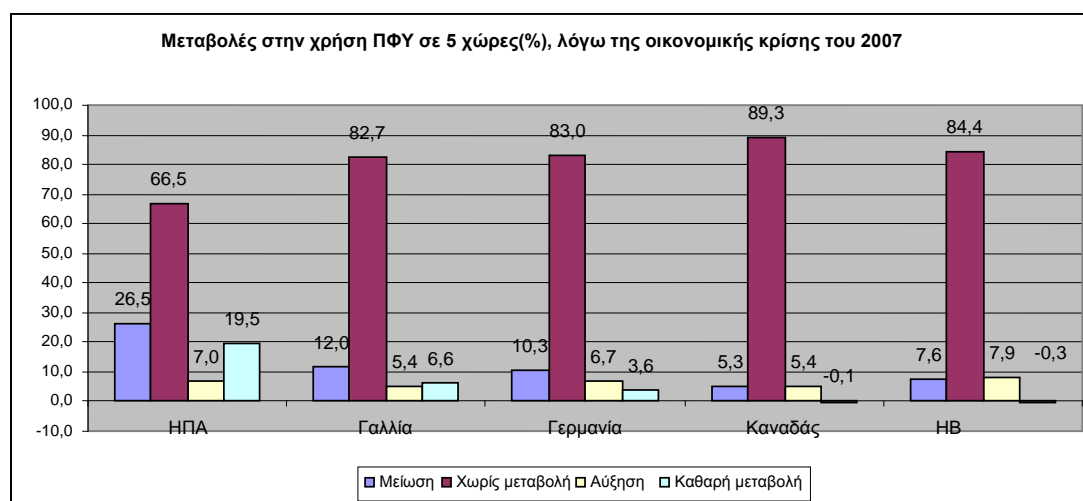
Αρκετές μελέτες (Strucker et al. 2011; Bradley et al. 2011, στο Ruckert & Labonte 2012) δείχνουν ότι χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικών δαπανών σε τομείς εκτός της υγείας σχετίζονται με επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού.

Μια άλλη έμμεση επίδραση προέρχεται από τον μετασχηματισμό της αγοράς εργασίας, η οποία επιδρά στην ισότητα. Η αυξανόμενη ευελιξία των μορφών εργασίας, ως κυρίαρχη νεοφιλελεύθερη επιλογή, έρχεται σε αντίθεση με το προηγούμενο εργασιακό περιβάλλον της σταθερότητας, του αξιοπρεπούς μισθού και άλλων σημαντικών χαρακτηριστικών. Αυτή η μεταφορά δύναμης / οφέλους από τους εργαζόμενους στους εργοδότες δημιουργεί νέα δεδομένα για τους πρώτους και τις οικογένειές τους, καθώς εξασθενίζει την αξία της συμβολής των κοινωνικών χαρακτηριστικών στην υγεία των ατόμων. Αυτές οι αλλαγές λαμβάνουν χώρα τώρα και σε ευρεία κλίμακα στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία.

4.3 Οικονομική κρίση και χρήση υπηρεσιών υγείας

Η γενική παραδοχή είναι πως η κρίση αναμένεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια υγεία καθώς προκαλεί μείωση των δαπανών για τον προληπτικό έλεγχο. Σε αρχικό στάδιο θα μειωθούν οι ιατρικές επισκέψεις, αλλά με την πάροδο του χρόνου λόγω της αναβλητικότητας θα αυξηθεί η ζήτηση για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες και τα σοβαρά περιστατικά θα τείνουν να αυξηθούν (Lusardi, Schneider and Tufano, 2010; Catalano, 2009). Επίσης επηρεάζεται αρνητικά η παιδική θνησιμότητα και η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας μειώνεται περισσότερο στους νέους (Catalano, 2009).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ διαφορετικών κρατών και συστημάτων ασφάλισης διαπιστώθηκε ότι σε όλες τις χώρες παρατηρείται ουσιώδης μεταβολή στην αλλαγή της χρήση πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, λόγω της οικονομικής κρίσης το 2007. Όμως: α) σε χώρα με ιδιωτική ασφάλιση (ΗΠΑ) παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή, β) σε χώρα με καθολική ασφάλιση (ΗΒ) συνολικά δεν παρατηρήθηκε ουσιώδη μεταβολή και γ) σε χώρες όπου από τους χρήστες των υπηρεσιών απαιτείται μεγαλύτερη οικονομική συμμετοχή (Γερμανία, Γαλλία) υπάρχει άξια λόγου μεταβολή (Lusardi, Schneider and Tufano, 2010). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στο διάγραμμα 4.1.



Διάγραμμα 4.1:

Μεταβολές στην χρήση ΠΦΥ σε 5 χώρες(%), λόγω της οικονομικής κρίσης του 2007

Πηγή: Lusardi, Schneider and Tufano (2010).

Η Ελλάδα έχει υποστεί τις σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης από το ξεκίνημά της το 2007, από οποιαδήποτε άλλη ευρωπαϊκή χώρα.

Στην μελέτη των Kentikelenis et al. (2011), με την χρήση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος 15.045 ατόμων για τα έτη 2007 και 2009, όπου συμπληρώθηκαν πλήρη δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: υπήρξε μια σημαντική αύξηση των ατόμων που δεν επισκεφθήκαν ιατρό ή οδοντίατρο, παρόλο που είχαν την ανάγκη (odds ratio 1,15, 95% CI, 1,02-1,30 για ιατρικές επισκέψεις και 1,14, 1,01-1,28 για οδοντιατρικές επισκέψεις). Μετά την εισαγωγή μεταβλητών στο υπόδειγμα, όπως η ηλικία, το φύλο, η συζυγική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τόπος διαμονής, βρέθηκε ότι μεταξύ των βασικών επεξηγηματικών μεταβλητών ήταν: ο χρόνος αναμονής (1,83, 1,26-2,64), η απόσταση (2,50, 1,35-4,63), και άλλων μεταβλητών (1,54, 1,05-2,27) οι οποίες δεν ανιχνεύθηκαν από το ερωτηματολόγιο. Αντίθετα η μη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω αδυναμίας κάλυψης του οικονομικού κόστους δεν φάνηκε να είναι σημαντική μεταβλητή (0,87, 0,74-1,02).

Κεφάλαιο 5. Υπάρχουσα γνώση: Δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ατομική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιείται μια ανασκόπηση εμπειρικών μελετών όπου διερευνάται η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των ατομικών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών όπως, η ηλικία, το φύλο, η υπηκοότητα, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση και των δεικτών ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Ως βασική κατηγορία μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για να ποσοτικοποιήσουν τα αποτελέσματα της ζήτησης είναι ο ρυθμός χρήσης υπηρεσιών υγείας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, καθώς και η καθαρή ατομική δαπάνη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι εμπειρικές μελέτες που αναλύονται επικεντρώνουν την προσοχή τους σε επίπεδο οικονομικής μονάδας ατόμου και νοικοκυριού και όχι σε μακρο επίπεδο στον τομέα της συνολικής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Αυτό γίνεται για λόγους συνάφειας με την παρούσα εργασία, όπου η έμφαση δίνεται στα ατομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

5.1 Δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ζήτηση

Οι Miners et al. (1978) πραγματοποίησαν μια ενδιαφέρουσα μελέτη όπου βασικός σκοπός ήταν να αναλυθούν οι επιδράσεις στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που οφείλονται στην διαφορά της εθνικότητας και του εισοδήματος. Αναλύθηκαν δεδομένα που αφορούν νοικοκυριά από οικογένειες Λευκών και οικογένειες Αφροανερικανών. Ο πληθυσμός του δείγματος (N= 2.275 άτομα) προέρχεται από την αγροτική περιοχή της Νότιας Καρολίνας και τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν μεταξύ του Σεπτεμβρίου 1973 και του Ιουνίου 1975.

Πιο συγκεκριμένα έγινε μια προσπάθεια να αναλυθεί η επίδραση μεταβλητών όπως, το εισόδημα και το μέγεθος του νοικοκυριού, η κατάσταση της υγείας, το οικονομικό και μη οικονομικό κόστος των υπηρεσιών υγείας, στις εξαρτημένες μεταβλητές της ζήτησης για ιατρική φροντίδα και στις άμεσες πληρωμές για αγορά υπηρεσιών.

Η ανάλυση έγινε με τη χρήση υποδειγμάτων πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Οι αναλυτές ανέμεναν ότι το κόστος των υπηρεσιών και η μη χρηματική επιβάρυνση θα είχαν μια αρνητική συσχέτιση με την ζήτηση. Αντίθετα, το μέγεθος του νοικοκυριού, το οικογενειακό εισόδημα, και η κακή κατάσταση υγείας ανέμεναν να έχουν θετική επίπτωση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οικογένειες των Αφροαμερικανών έχουν την τάση για λιγότερες ιατρικές επισκέψεις, καθώς επίσης πραγματοποιούσαν λιγότερες δαπάνες υγείας από ότι οι οικογένειες των Λευκών. Οι φυλετικές διαφορές στην ζήτηση εμφανίζονται καθώς οι έγχρωμες οικογένειες έχουν μικρότερο εισόδημα και η ασφαλιστική τους κάλυψη έχει μικρότερο εύρος. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η ασφαλιστική κάλυψη είναι σημαντικός προσδιοριστικό παράγοντας για τις οικογένειες των λευκών, ενώ οι Αφροαμερικανοί αναγκάζονται σε άμεσες πληρωμές.

Το μέγεθος της οικογένειας και η ύπαρξη κακής υγείας είχαν σημαντική θετική συσχέτιση και για τα δυο νοικοκυριά. Ενώ όμως το μέγεθος του νοικοκυριού μεγαλώνει, υπάρχει μια αυξητική τάση για περισσότερες ιατρικές επισκέψεις, αντίθετα στην πρόκληση δαπανών υπάρχει αρνητική συσχέτιση καθώς οι οικογενειακές δαπάνες μειώνονται.

Η επίδραση του χρόνου ταξιδιού, του χρόνου αναμονής στο γραφείο και του ύψους της αμοιβής για την υπηρεσία είχε στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο 90%, για την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Το 74,3 % των Λευκών οικογενειών δεχόταν υπηρεσίες σε ιδιωτικά ιατρεία, ενώ για τα νοικοκυριά των Αφροαμερικανών το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 26,6%. Επίσης, ο χρόνος αναμονής ήταν μικρότερος για τις οικογένειες των Λευκών.

Τα παραπάνω ευρήματα σχετικά με το κόστος του χρόνου επιβεβαιώνονται και από τις εργασίες των McGregor, McKee and O'Neill (2006) και Tjerbo (2010), όπου η δυνατότητα για άμεση πρόσβαση σε τοπικούς προμηθευτές με εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, αυξάνουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Donnell (2000) το άνοιγμα ενός κοντινού γενικού νοσοκομείου οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδα, καθώς υψηλότερος ρυθμός παραπομπών συσχετίζεται με μικρότερες αποστάσεις από νοσοκομεία.

Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά έχουν βρεθεί επανειλημμένα να επηρεάζουν την ατομική ζήτηση με ισχυρό τρόπο. Οι Sendino-Redondo et al. (2006) διερεύνησαν τους προσδιοριστικούς παράγοντες που διαφοροποιούν την ζήτηση μεταξύ των δύο φύλων στην Ισπανία. Χρησιμοποιήθηκαν στρωματοποιημένα δεδομένα 3030 ατόμων σε δείγμα ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω. Οι ερευνητές δημιούργησαν τρεις ηλικιακές ομάδες: 60-69 έτη, 70-79 έτη και 80- άνω. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο έως τον Φεβρουάριο του 2001.

Ως πιθανοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης ανδρών και γυναικών χρησιμοποιήθηκαν οι ερμηνευτικές μεταβλητές της ηλικίας, της ύπαρξης χρόνιας ασθένειας, του επίπεδο εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης, της επαγγελματικής κατάστασης του επικεφαλής του νοικοκυριού, της ύπαρξης κοινωνικού δικτύου υποστήριξης, και της κατάστασης της υγείας, όπως εκφράζεται με το δείκτη HRQL, ο οποίος είναι ένας δείκτης της αντιληπτής ανάγκης για ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Η ανίχνευση των διαφορών στην χρήση μεταξύ των δυο φύλων έγινε με την χρήση της λογιστικής παλινδρόμησης και οι τιμές των ερμηνευτικών μεταβλητών εκφράζονται με το λόγο των πιθανοτήτων.

Σε σύγκριση με τους άνδρες οι γυναίκες πραγματοποίησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ιατρικές επισκέψεις (OR:1,24, 95%CL, 1,07-1,44), προκάλεσαν περισσότερες ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι (OR:1,67, 95%CL, 1,34-2,10) και έκαναν μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων (OR:1,54, 95%CL, 1,34-1,79). Με την προσαρμογή όμως και άλλων μεταβλητών υπήρξε μια μείωση των πιθανοτήτων στην πρόκληση ζήτησης υπηρεσιών υγείας των γυναικών έναντι των ανδρών. Η εισαγωγή στην επίδραση της μεταβλητής της ύπαρξης χρόνιας ασθένειας μείωσε το λόγο των πιθανοτήτων στις παραπάνω επιδράσεις. Μετά την εισαγωγή στο υπόδειγμα του δείκτη HRQL ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) διαμορφώθηκε σε 1,03 (0,89-1,21) για την ιατρική επίσκεψη, 1,24 (0,98-1,58) για την κατ' οίκον επίσκεψη και 1,14 (0,97-1,33) για την κατανάλωση φαρμάκων.

Επίσης, όσον αφορά την νοσηλεία σε νοσοκομεία με την προσαρμογή των δύο παραπάνω μεταβλητών ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) των γυναικών έναντι των ανδρών είναι 0,68 (0,56-0,84).

Έτσι, οι βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που ερμηνεύουν καλύτερα την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας μεταξύ των δύο φύλων είναι η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας και ο δείκτης ο σχετικός με την ποιότητα της υγείας (HRQL). Όσον αφορά την ισότητα στην πρόσβαση παρατηρείται μια ανισότητα όταν εμφανίζονται υγειονομικές ανάγκες δευτεροβάθμιου επιπέδου, η οποία αποδεικνύεται από την μικρότερη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομείο για τις γυναίκες (Sendino-Redondo et al., 2006).

Στον πίνακα 5.1 αποτυπώνεται η ποσοστιαία χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των δυο φύλων.

Πίνακας 5.1:

Χρήση υπηρεσιών υγείας ανδρών και γυναικών στην χώρα της Ισπανίας σε δείγμα πληθυσμού 3.030 ατόμων, για το έτος 2001

Υπηρεσία υγείας	% γυναίκες	% άνδρες	p
Ιατρική επίσκεψη ≥ 1 ανά μήνα	41.97	36.85	0.004
Κατ'οίκον επίσκεψη ≥ 1 ανά έτος	15.07	9.58	<0.0001
Εισαγωγή σε νοσοκομείο το προηγούμενο έτος	17.34	18.12	0.573
Λήψη φαρμάκων ≥ 3	52.19	41.40	<0.0001
Συνολική χρήση (≥ 1 από τις παραπάνω υπηρεσίες υγείας)	84.83	79.49	<0.0001

Πηγή: Sendino-Redondo et al. (2006).

Στην εργασία των Sassi et al. (2003) τα δεδομένα προέρχονται από την επαρχία του Rio Grande, περιοχή της νότιας Βραζιλίας. Το δείγμα αποτελείται από 1.260 άτομα ηλικίας από 15 έτη και πάνω. Η εξαρτημένη μεταβλητή που μετρά την χρήση υπηρεσιών υγείας ορίζεται από την πραγματοποίηση μιας επίσκεψης σε γιατρό τους δυο πρόσφατους μήνες.

Οι ερμηνευτικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι κοινωνικοοικονομικές (ατομικό εισόδημα, ασφάλιση, εκπαίδευση, εργασία, ανεργία), οι δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, φυλή, και οικογενειακή κατάσταση) και οι ανάγκες υγείας όπως καθορίζονται από την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων και την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας. Η ανάλυση έγινε με την μέθοδο της Poisson. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου παλινδρόμησης έγινε λόγω της υψηλής συχνότητας επισκέψεων στην περίοδο των δυο μηνών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για κάθε χρόνο εκπαίδευσης μειώνεται κατά 1% η πιθανότητα ζήτησης υπηρεσιών υγείας (PR 0,99, 95% CI 0,96-1,01, p=0,3). Οι γυναίκες, τα άτομα ηλικίας 25-44 ετών και 65-άνω και οι χωρισμένοι ήταν σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρέαζαν την ζήτηση ιατρικών επισκέψεων. Όσον αφορά το εισόδημα, τα άτομα που ανήκουν στο χαμηλότερο εισοδηματικό όριο και ταυτόχρονα χωρίς εκπαίδευση είχαν 56% μείωση της πιθανότητας για επίσκεψη σε γιατρό. Αυτή η διαφορά μειωνόταν με την ύπαρξη οποιουδήποτε χρόνου εκπαίδευσης, που υποδηλώνει την σχέση μεταξύ εκπαίδευσης

και εισοδήματος. Περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης μείωναν συνεχώς την πιθανότητα ιατρικής επίσκεψης.

Ένα μεγάλο μέρος των σχετικών εμπειρικών ερευνών έχει εστιάσει στο ρόλο της εργασιακής κατάστασης του ατόμου πάνω στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σε μια μελέτη οι Economidou et al. (2008) ανέλυσαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών σε ατομικό επίπεδο, επικεντρώνοντας στην επίδραση της ανεργίας, του χαμηλού εισοδήματος και των ωρών εργασίας. Τα δεδομένα προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Έρευνας (European Community Household Panel, ECHP) για το χρονικό διάστημα 1994-2001 και αναφέρεται σε εννέα χώρες της Ε.Ε (Δανία, Ολλανδία, Ισπανία, Πορτογαλία, Η.Β., Ελλάδα, Βέλγιο, Ιταλία και Ιρλανδία). Για την επίτευξη ενός υψηλού βαθμού ομοιογένειας στο δείγμα περιλήφθηκαν άτομα άνω των 18 ετών.

Η βάση δεδομένων περιείχε επαρκείς πληροφορίες για τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα, η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία, κ.ά. Δυστυχώς, το ECHP δεν έδινε λεπτομερείς δείκτες ατομικής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, παρά μόνο δυο εναλλακτικές δυνατότητες μέτρησης. Τον αριθμό ημερών νοσηλείας και τον αριθμό των επισκέψεων σε γιατρούς, οδοντίατρους και οπτικούς για τους τελευταίους 12 μήνες. Ένας αριθμός δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικό δίκτυο), κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (εισόδημα, εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματικά χαρακτηριστικά) και η κατάσταση υγείας αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Ωστόσο, η βασική μεταβλητή ενδιαφέροντος είναι αυτή που περιγράφει την ατομική εργασιακή κατάσταση. Σε ένα πρώτο στάδιο διερευνάται η επίδραση της εργασιακής κατάστασης στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Στο δεύτερο επίπεδο της ανάλυσης το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα.

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη αυξημένης ζήτησης δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τους ανέργους. Στατιστική σημαντικότητα υπήρχε για τις πέντε από τις εννέα χώρες (Ελλάδα, Βέλγιο, Δανία, Ολλανδία και Πορτογαλία). Αντίθετα τα άτομα που εργάζονται περισσότερες από 40 ώρες την εβδομάδα φαίνεται να έχουν λιγότερες μέρες νοσηλείας συγκρινόμενα με τους ανέργους σε όλες τις υπό εξέταση χώρες εκτός από την Ισπανία και την Ιρλανδία. Αυτό το φαινόμενο οι συγγραφείς το αποδίδουν σε δύο πιθανές ερμηνείες: είτε ο χρόνος που αφιερώνεται στις δραστηριότητες για εργασία και αυτός στην επένδυση

κεφαλαίου είναι υποκατάστατα (substitute), ή το να εργάζεται κανείς υπερωριακά σχετίζεται θετικά με την καλή υγεία.

Στην εργασία δεν αποδεικνύεται η υπόθεση ότι η εκπαίδευση αυξάνει την αποτελεσματικότητα της παραγωγής κεφαλαίου υγείας. Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά με την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, την Δανία, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και το ΗΒ, τα άτομα των υψηλότερων εκπαιδευτικών βαθμίδων παρουσιάζουν ένα αυξημένο αριθμό ημερών νοσηλείας, συγκρινόμενο με τα άτομα των χαμηλότερων βαθμίδων.

Διαφορετικά επηρεάζουν οι ατομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες την χρήση υπηρεσιών υγείας σε μη επείγουσες συνθήκες. Η ύπαρξη οριζόντιας ανισότητας, άλλωστε, είναι πιο εμφανής όταν για την μέτρηση της χρήσης ως δείκτης χρησιμοποιείται η επίσκεψη σε γιατρό, σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η εργασιακή κατάσταση βρέθηκε ως σημαντική μεταβλητή στις επτά από τις εννέα χώρες. Όντας άνεργος κάποιος έχει μεγαλύτερη πιθανότητα ιατρικής επίσκεψης, σε σύγκριση με τα άτομα που εργάζονται. Τα άτομα που εργάζονται περισσότερο από 40 ώρες την εβδομάδα παρουσιάζουν μια αρνητική συσχέτιση με την πρόκληση ιατρικής επίσκεψης. Ωστόσο, η επίδραση της εργασίας με την μορφή της μερικής απασχόλησης στην ζήτηση υπηρεσιών είναι ασθενής. Για την Ελλάδα, την Πορτογαλία και το Η.Β. τα άτομα που εργάζονται υπό αυτό το εργασιακό καθεστώς έχουν λιγότερες πιθανότητες ιατρικών επισκέψεων συγκρινόμενοι με τους ανέργους, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στο Βέλγιο και την Ιταλία.

Μια δυνατή επίδραση διαφαίνεται μεταξύ εισοδήματος και επισκέψεων σε γιατρούς, με εξαίρεση την Ιρλανδία. Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να είναι σημαντικός επεξηγηματικός παράγοντας. Τα άτομα με υψηλή ή μέση εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης σε σύγκριση με τα άτομα χαμηλότερου επιπέδου. Ωστόσο, η θετική αυτή συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και ρυθμού χρήσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας και τις ατομικές προτιμήσεις για την υγεία. (Economou et al., 2008)

Άλλα αποτελέσματα στην έρευνα δείχνουν μια μη γραμμική σχέση μεταξύ της ηλικίας και του ρυθμού χρήσης υπηρεσιών. Έτσι, καθώς η ηλικία αυξάνει η ζήτηση μειώνεται μέχρι ένα σημείο από όπου μετά αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας (μορφή U). Όμως, αυτό το σημείο ηλικιακού ελάχιστου διαφέρει μεταξύ των χωρών. Για το Βέλγιο είναι τα 41 έτη, την Δανία 53, την Ιρλανδία 45, το Η.Β τα 50.

Ως προς το φύλλο, οι γυναίκες, συνεπή με την βιβλιογραφία, σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης και στις εννέα χώρες. Όμως, στην νοσοκομειακή φροντίδα στην επίδραση του φύλου παρατηρείται μια διχοτόμηση των χωρών βορρά – νότου. Στην Δανία, την Ολλανδία και το Η.Β, οι γυναίκες σχετίζονται με υψηλότερο βαθμό ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Το αντίθετο συμβαίνει στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία.

Μεταξύ των παντρεμένων και της επίσκεψης σε γιατρό υπάρχει θετική συσχέτιση και για τις εννέα χώρες. Παντρεμένοι, χωρισμένοι, ή χήροι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης σε σύγκριση με αυτούς που ζουν μόνοι. Επίσης η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα αυξάνει την πιθανότητα ιατρικής επίσκεψης στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία, την Ολλανδία, και το Η.Β. Αυτό σημαίνει ότι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ζήτηση υπηρεσιών είναι στατιστικά σημαντική.

Εμπειρικές μελέτες σε αρκετές χώρες έχουν δείξει μια σχέση μεταξύ της εργασιακής ιδιότητας, της ασφάλισης υγείας και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα στις Η.Π.Α παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον οι διαφορές μεταξύ των αυτοαπασχολούμενων και των μισθωτών. Κάποιος θα περίμενε ότι οι διαφορές αυτές θα εξαλείφονταν σε χώρες με καθολική κάλυψη (Machnes, 2006).

Ωστόσο, αυτό δεν επιβεβαιώνεται στην περίπτωση της Γερμανίας, όπου με καθολική κάλυψη του πληθυσμού 99,9% οι Riphahn et al (στο Machnes, 2006) βρήκαν ότι οι αυτοαπασχολούμενοι επισκέπτονται τους γιατρούς λιγότερο συχνά από ότι οι μισθωτοί και εξηγούν αυτή την διαφορά λόγω της σκιάδους τιμής μιας επίσκεψης, καθώς ο αυτοαπασχολούμενος δεν αποζημιώνεται για την απώλεια εισοδήματος που προκαλείται από την ανταλλαγή του χρόνου να δεχθεί μια ιατρική υπηρεσία.

Στην εργασία του Machnes (2006) αποδεικνύεται ότι οι ιδιώτες γιατροί θεωρούνται ότι όχι μόνο παρέχουν υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών αλλά επιπρόσθετα οι ώρες γραφείου τους είναι πιο ευέλικτες. Υπό την θεώρηση του σχετικού χρονικού κόστους για τους αυτοαπασχολούμενους, το οποίο δεν αποζημιώνεται, αυτό αναμένεται να προκαλεί μια μεγαλύτερη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας από ότι οι μισθωτοί. Επίσης, οι αυτοαπασχολούμενοι ανησυχώντας για την απώλεια εισοδήματος, προχωρούν στην σύναψη συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας πιο συχνά από ότι οι μισθωτοί, ως αντιστάθμισμα του κινδύνου για τις ιδιωτικές δαπάνες.

Σε συνέχεια του παραπάνω ευρήματος το εισόδημα βρέθηκε να είναι κύρια επεξηγηματική μεταβλητή για την ζήτηση συμπληρωματικής ασφάλισης. Οι αυτοαπασχολούμενοι αγοράζουν σημαντικά περισσότερο συμπληρωματική ασφάλιση και πληρώνουν περισσότερο για ασφάλιση από ότι οι μισθωτοί (Machnes, 2006).

Στην ίδια έρευνα τα χρόνια εκπαίδευσης βρέθηκαν επίσης ως σημαντική επεξηγηματική μεταβλητή στην ζήτηση. Ειδικότερα για το νοικοκυριό στο οποίο η μητέρα έχει μια υψηλότερη μόρφωση παρουσιάζεται μια μεγαλύτερη επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο. Η μεταβλητή της ηλικίας του επικεφαλής του νοικοκυριού έχει μια θετική επίδραση στην κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών μέχρι την ηλικία των 65 ετών, μετά την οποία η πιθανότητα μειώνεται. Παρόμοια, το σύνολο των χρημάτων που ξοδεύονται αυξάνει μέχρι την ηλικία των 55 ετών και έπειτα μειώνεται.

Στην μελέτη των Feng et al. (2006) γίνεται μια προσπάθεια να αναλυθεί η επίδραση του μετασχηματισμού του συστήματος υγείας στις αγροτικές περιοχές της Κίνας. Ειδικότερα γίνεται μια προσπάθεια να κατανοηθεί η ζήτηση των κατοίκων που ζουν σε αγροτική περιοχή, μετά από μια περίοδο στην οποία υπάρχει δημόσια ασφαλιστική κάλυψη υγείας για τον πληθυσμό. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν τα έτη 1991 – 1997 από το China Health and Nutrition survey και ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 10347 άτομα. Από τους ερευνητές ελέγχθηκε και η ύπαρξη σχετικών υγειονομικών υποδομών στις αγροτικές κοινότητες, ως δείκτης οικονομικής ανάπτυξης και δυνατότητας πρόσβασης των ατόμων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι την δεκαετία του 90' η αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερη από την αύξηση του εισοδήματος των Κινέζων αγροτών. Ενδεικτικά το μέσο κόστος για την θεραπεία της γρίπης αυξήθηκε 2,96 φορές την περίοδο 1991-1997, ενώ το μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα των αγροτών μόνο 87%.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (υψηλή εκπαίδευση = 9 έτη) έχουν σημαντικά υψηλότερες δαπάνες, ενώ τα νεότερα άτομα έχουν τις χαμηλότερες δαπάνες. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης ή τα πιο ηλικιωμένα υπόκεινται σε υψηλότερο ρυθμό απόσβεσης της καλής υγείας και έτσι εμφανίζουν υψηλότερες ατομικές δαπάνες υγείας. Η επίδραση της εκπαίδευσης στις δαπάνες υγείας είναι αρνητική από την στιγμή που υπάρχει εισοδηματικός περιορισμός. Ένας χρόνος περισσότερης εκπαίδευσης μειώνει τις ατομικές δαπάνες υγείας έως 4%. Τα άτομα με υψηλότερη μόρφωση κάνουν περισσότερες δαπάνες μετά από την ύπαρξη ασθένειας καθώς έχουν

καλύτερη γνώση και επίσης μπορούν να έχουν μεγαλύτερο εισόδημα. Έτσι η οριακή επίδραση της εκπαίδευσης είναι θετική στα άτομα που αισθάνονται άρρωστα.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται δυο μελέτες που αναφέρονται στους ατομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας έναντι των ιδιωτικών.

5.2 Εμπειρικές μελέτες για την διαφοροποιημένη ζήτηση δημόσιων έναντι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Θεσσαλίας και της Στερεάς Ελλάδας από τους Σεμερτζιάδη και συν (2011) εξετάζεται η επίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση των ατόμων για ζήτηση νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο έως τον Ιούλιο του 2009 σε δείγμα 141 ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία είχαν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές κατηγοριοποιήθηκαν σε δυο ενότητες. Στην πρώτη εξετάζονται στοιχεία σχετικά με την κατάσταση της υγείας και στην δεύτερη τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την επιλογή νοσοκομείου. Οι στατιστικοί έλεγχοι των δεδομένων περιλάμβαναν τον μη παραμετρικό έλεγχο των Mann-Whitney, τον έλεγχο χ^2 και την πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε η επιλογή του νοσοκομείου (δημόσιο ή ιδιωτικό).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες ($\chi^2=9,2$, $p=0,02$) και οι ασθενείς χωρίς μηνιαία οικογενειακή αποταμίευση ($\chi^2=24,1$, $p<0,001$) έκαναν συχνότερη χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας. Επίσης, τα χρόνια εκπαίδευσης σχετίζονται με την επιλογή του δημόσιου τομέα. Συγκεκριμένα τα άτομα υποχρεωτικής εκπαίδευσης και έως την μεταλυκειακή εκπαίδευση επέλεξαν συχνότερα το δημόσιο νοσοκομείο ($\chi^2=5,1$, $p=0,078$).

Οι ασθενείς με μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα >2.200 ευρώ ($\chi^2=6,1$, $p=0,049$), οι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ ($\chi^2=7,3$, $p=0,064$) και τα άτομα με μη χειρωνακτική εργασία ($\chi^2=16,4$, $p=0,001$) προτιμούσαν το ιδιωτικό νοσοκομείο συχνότερα. Στην περίπτωση επείγουσας νοσηλείας τα άτομα κατευθυνόταν συχνότερα σε δημόσιο νοσοκομείο ($\chi^2=2,9$, $p=0,086$).

Στα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές του φύλου, της εκπαίδευσης και της ύπαρξης αποταμίευσης ερμήνευαν το 36,3% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης

μεταβλητής. Οι γυναίκες είχαν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εισαχθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο ($p=0,014$) και τα άτομα που προέρχονταν από οικογένεια με μηνιαία αποταμίευση είχαν περίπου 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηλείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο, από αυτούς με χωρίς οικογενειακή αποταμίευση ($p<0,001$).

Σε ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία δήλωσαν την πρόθεση να επιλέξουν σε επόμενη εισαγωγή το ίδιο νοσοκομείο σε σχέση με εκείνους του δημόσιου τομέα ($\chi^2=7,8$, $p=0,005$).

Ένα σημαντικό ζήτημα που τίθεται είναι η διαφορετική επίδραση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών σε διαφορετικές υπηρεσίες υγείας (Andersen, 1995). Οι Pappa & Niakas (2006) προσπαθούν να εντοπίσουν τους παράγοντες διακύμανσης στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας, στην πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, η οποία οφείλεται στις ανάγκες υγείας και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1027 ατόμων ηλικίας > 18 έτη, στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Ο δείκτης HRQL χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης καθορισμού ύπαρξης των υγειονομικών αναγκών.

Ο βαθμός χρήσης μετρήθηκε με τις εξής μεταβλητές: α) την ιατρική επίσκεψη στο δημόσιο τομέα τον τελευταίο μήνα, β) την ιατρική επίσκεψη στο ιδιωτικό τομέα τον τελευταίο μήνα, γ) την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου το τελευταίο έτος, και δ) την εισαγωγή σε νοσοκομείο το τελευταίο έτος.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες: 1. Δημογραφικές (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, 2. κοινωνικοοικονομικές: (επίπεδο εκπαίδευσης, μηνιαίο καθαρό οικογενειακό εισόδημα, και ύπαρξη ιδιόκτητης κατοικίας), 3. δείκτης μέτρησης των αναγκών (SF-36 PCS and MCS score). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που προκαλούσαν ζήτηση αποτιμούσαν σημαντικά χαμηλότερη την γενική κατάσταση της υγείας τους, σε σχέση με τους μη χρήστες. Οι γυναίκες συγκρινόμενες με τους άνδρες ανέφεραν φτωχότερη φυσική και ψυχική υγεία (48,7% και 48,1 προς 51,3% και 52,1%).

Η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φαίνεται να εξαρτάται από τις δημογραφικές μεταβλητές (13,8%), σε μικρό βαθμό από την υγειονομική ανάγκη και καθόλου από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι γυναίκες και τα άτομα με υψηλότερη μόρφωση είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας από

τον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά την χρήση επείγουσας φροντίδας σε αυτή την περίπτωση μόνο η κατάσταση της υγείας μπορεί να εξηγήσει την διακύμανση.

Τα άτομα που ζουν χωρίς σχέση (χωρισμένοι, χήροι) ήταν περισσότερο πιθανό να εισαχθούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Οι παντρεμένοι ήταν πιο πιθανό να επισκεφτούν τον συμβεβλημένο γιατρό του ταμείου τους.

Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με την νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο. Καθώς το μηνιαίο καθαρό εισόδημα αυξάνει τα άτομα κάνουν περισσότερες εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Τα πιο μορφωμένα και πιο πλούσια άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό από αυτόν του ασφαλιστικού τους ταμείου. Όσον αφορά την δευτεροβάθμια φροντίδα οι ηλικιωμένοι έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν το δημόσιο νοσοκομείο και αυξάνει 98% με την ηλικία.

Σε έρευνα των Bourne et al. (2010) έγινε μια προσπάθεια να ανιχνευθεί η σχέση μεταξύ της ζήτησης ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών υγείας στην Τζαμάικα, για μια περίοδο 17 ετών (1988-2009). Οι ειδικότεροι στόχοι ήταν να αναλυθεί η επίδραση των οικονομικών μεταβλητών στην χρήση δημόσιων – ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Οι μεταβλητές περιλαμβάνουν κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά ατομικά χαρακτηριστικά. Από τους συμμετέχοντες ζητούνται να καθορίσουν την ατομική κατανάλωση υπηρεσιών για το διάστημα των τελευταίων 30 ημερών από τη λήψη του ερωτηματολογίου. Η βασική δομή του ερωτηματολογίου παρέμενε η ίδια σε όλη την χρονική διάρκεια. Περίπου 1800 ερωτηματολόγια αναλύονταν κάθε χρόνο και δημοσιεύονταν ετησίως στο Jamaica Survey of Living Conditions., το οποίο έδινε έμφαση στην πολιτική επίδραση.

Βρέθηκε μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ ατομικού εισοδήματος και ζήτησης ιδιωτικών – δημόσιων υπηρεσιών ($\chi^2 = 35,68$, $df=4$, $p=0,005$). Καθώς το εισοδηματικό τεταρτημόριο αλλάζει από τους φτωχότερους στους πλουσιότερους, τα άτομα κάνουν χρήση λιγότερο δημόσιων υπηρεσιών, ενώ αντίθετα αυξάνει η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών. Η μελέτη αποκαλύπτει ότι τα έτη 2000-2011 η οικονομική ύφεση επέφερε μια μείωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας επιφέροντας μια μεταβολή από τον ιδιωτικό (-22,1%) στον δημόσιο (49,4%). Όταν η οικονομία εισήλθε σε φάση ανάπτυξης (2002-2004) μεταβλήθηκε η ατομική ζήτηση και αυξήθηκε η ζήτηση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Το εισόδημα αποτέλεσε βασικό επεξηγηματικό προσδιοριστικό παράγοντα για την χρήση ιδιωτικών – δημόσιων υπηρεσιών. Καθώς αυξανόταν το εισόδημα η ζήτηση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα αυξάνει.

Σε σχέση με το φύλο οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες παθήσεις και αναζητούσαν ιατρικές υπηρεσίες πιο συχνά από τους άντρες. Η ζήτηση των γυναικών της Τζαμάικας για υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τους άντρες ήταν κατά μέσο όρο υψηλότερη (mean= 59,4 % vs 55,4, $r=0,897$, $p<0,001$).

Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία

Στα προηγούμενα κεφάλαια παρουσιάστηκαν τα βασικά συμπεράσματα παρόμοιων εμπειρικών μελετών και έγινε μια σύνοψη του γενικού πλαισίου στο οποίο θα κινηθεί η ανάλυση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στην παρούσα μελέτη, όπου η ανάλυση γίνεται σε μικροοικονομικό επίπεδο. Υπό αυτό το πρίσμα γίνεται ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την ζήτηση σε επίπεδο μονάδας / ατόμου. Τα άτομο είναι ο καταναλωτής υπηρεσιών έστω και εάν υπεισέρχονται και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες. Επιπλέον εξετάζοντας μόνο τους προσδιοριστικούς παράγοντες της προσφοράς (πυκνότητα προσωπικού, τιμές, κά) δεν υπάρχει επαρκή εικόνα για τις παρατηρούμενες ανισότητες λόγω των ατομικών διαφορών.

Η ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών διαστάσεων γίνεται υπό το θεωρητικό πλαίσιο του υποδείγματος του Grossman. Οι βασικές προβλέψεις αφορούν την σχέση των ατομικών, δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, το επίπεδο υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει η περιγραφή της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε ώστε να καταγραφεί και αναλυθεί η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων. Επίσης γίνεται η περιγραφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων.

6.1 Βασικές υποθέσεις και στόχοι της έρευνας.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση στο πρώτο μέρος γίνεται αντιληπτό ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως, το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το επάγγελμα, ο τόπος διανομής, κτλ, αποτελούν βασικές ερμηνευτικές μεταβλητές που επηρεάζουν την χρήση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Έτσι σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των ατομικών χαρακτηριστικών που οδηγούν σε διαφοροποιημένη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στο νομό Ιωαννίνων. Επίσης, εξετάστηκε εάν η ύπαρξη προβλημάτων υγείας έχει θετική συσχέτιση με την ζήτηση και τις ατομικές δαπάνες.

Υπό αυτό το πρίσμα, ερευνητικό στόχο αποτέλεσε η μελέτη των τυχόν διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στην πρόσβαση και χρήση στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας των παραπάνω χαρακτηριστικών και η δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων με εκείνα παρόμοιων ερευνών που παρουσιάζονται στην σχετική βιβλιογραφία.

Καθώς η ανάλυση, όπως έχει αναφερθεί, γίνεται σε επίπεδο οικονομικής μονάδας δεν γίνεται εισαγωγή στην ανάλυση χαρακτηριστικών σε μακρο επίπεδο που αναφέρονται σε ειδικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Ακολουθούνται δύο βασικά στάδια, όπου στο πρώτο γίνεται η παρουσίαση των στοιχείων της έρευνας (περιγραφικά μέτρα, πίνακες συχνότητας, κα) και στο δεύτερο αναλύονται οι μεταβλητές που επηρεάζουν την ζήτηση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

6.2 Μέθοδος δειγματοληψίας.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενή στοιχεία με τη χρήση ερωτηματολογίου. Για την επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκε η μέθοδος της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Οι περιορισμοί που τέθηκαν αφορούν την ηλικία και το φύλο του πληθυσμού. Έτσι το δείγμα είναι στρωματοποιημένο ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά και περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω που διαμένουν μόνιμα στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων. Η γεωγραφική αυτή περιοχή αποτελείται από οκτώ Καλλικρατικούς δήμους. Ο δήμος Ιωαννιτών αποτελεί την αστική περιοχή του νομού και οι υπόλοιποι επτά τους περιφερειακούς δήμους.

Για τη συλλογή των δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο μετά την ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη των δεδομένων ήταν η προσωπική συνέντευξη με ταυτόχρονη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

6.3 Διακίνηση ερωτηματολογίων.

Η έρευνα έλαβε χώρα από τον Δεκέμβριο 2013 έως τον Μάρτιο 2014. Ο βαθμός ανταπόκρισης της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου παρουσίασε ικανοποιητικό βαθμό (72 %). Οι λόγοι άρνησης συμμετοχής στην έρευνα στηρίζονταν στον φόρτο εργασίας, στην καχυποψία, αλλά κυρίως στην άρνηση να δώσουν πληροφορίες για την οικονομική τους κατάσταση και την ύπαρξη προβλημάτων υγείας.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους χώρους εργασίας και τις κατοικίες των ερωτώμενων.

6.4 Παρουσίαση του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι οποίες διαμορφώθηκαν μετά από την μελέτη του θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου ανάλυσης στο πρώτο

μέρος της παρούσας εργασίας. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν συναντώνται στην πλειοψηφία των εμπειρικών ερευνών.

Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις βασικές ενότητες και εξετάζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) στην πρώτη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, κτλ), β) στην δεύτερη τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (μόρφωση, απασχόληση, εισόδημα, κτλ), γ) τα χαρακτηριστικά υγείας (ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, κτλ) και δ) το βαθμό χρήσης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (δημόσιες/ιδιωτικές δομές, ιδιωτική πληρωμή, αδυναμία πρόσβασης λόγω του χρηματικού και μη κόστους κτλ).

Στην πρώτη ενότητα (Δημογραφικά χαρακτηριστικά) οι μεταβλητές χρησιμοποιούνται ώστε να εντοπιστούν εάν και σε ποιο βαθμό παρουσιάζονται διαφορές στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας που οφείλονται στο φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την οικογενειακή κατάσταση και τον τόπο διαμονής των ερωτώμενων (αστική / μη αστική περιοχή).

Στην δεύτερη ενότητα (Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά) χρησιμοποιούνται μεταβλητές που βρίσκονται σε πολλές αντίστοιχες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία και βρέθηκαν να επηρεάζουν με τρόπο σημαντικό την πρόσβαση και ζήτηση υπηρεσιών υγείας (τα χρόνια εκπαίδευσης, το εισόδημα, η αποταμίευση, η εργασιακή κατάσταση, η ύπαρξη ασφάλισης).

Για την δημιουργία της τρίτης ενότητας (Χαρακτηριστικά Υγείας) χρησιμοποιήθηκαν δύο μεταβλητές. Η πρώτη αναφέρεται στην αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας και η δεύτερη δίνει οι πληροφορίες για την ύπαρξη χρόνιας ή χρόνιας παθήσεων, όπως: για σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, άσθμα, αρθρίτιδα, κτλ. Οι παραπάνω μεταβλητές είναι δείκτες υγειονομικών αναγκών και αποτελούν σοβαρό προβλεπτικό παράγοντα χρήσης υπηρεσιών υγείας, ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε συνδυασμό με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Στην τέταρτη και τελευταία ενότητα (Χρήση υπηρεσιών υγείας) που σχεδιάστηκε για την παρούσα μελέτη οι μεταβλητές έχουν ως στόχο να μετρήσουν την ατομική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας των ερωτώμενων. Για την μέτρηση την ατομικής ζήτησης στην παρούσα εργασία δίνονται δυο εναλλακτικοί δείκτες: α) ο αριθμός επισκέψεων σε διάφορες υπηρεσίες υγείας και β) η «καθαρή» ιδιωτική δαπάνη (χωρίς δηλαδή να υπολογίζονται οι επιστροφές από τα ασφαλιστικά ταμεία). Η μέτρηση του βαθμού χρήσης διαφορετικών υπηρεσιών υγείας (δημόσιες / ιδιωτικές υπηρεσίες, κτλ) γίνεται για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών και οι ιδιωτικές

πληρωμές για το διάστημα των τελευταίων δύο μηνών από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης σε αυτό το πλαίσιο ανάλυσης γίνεται μια προσπάθεια να εντοπιστούν ατομικές υγειονομικές ανάγκες οι οποίες δεν οδήγησαν τελικά σε αντίστοιχη ζήτηση. Η ανακολουθία μεταξύ των βασικών αναγκών και της τελικής ζήτησης μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους περιορισμούς στην πρόσβαση (απόσταση, μη χρηματικό κόστος, κτλ), κάτι που έχει εντοπιστεί στην διεθνή βιβλιογραφία.

6.5 Μεθοδολογία Εμπειρικής μελέτης

Με την ολοκλήρωση των τεσσάρων ενοτήτων σκοπός είναι να αποτυπωθεί όσο το δυνατόν πληρέστερα η χρήση υπηρεσιών υγείας, η δυσκολία στην πρόσβαση και οι πραγματοποιούμενες ατομικές δαπάνες.

Ένας αριθμός ατομικών δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, κα), κοινωνικοοικονομικών (εισόδημα, εργασιακά χαρακτηριστικά, κα) και της κατάστασης της υγείας έχουν ελεγχθεί σε αυτή την ανάλυση. Αναλυτική παρουσίαση των ορισμών των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν δίνονται στο Παράρτημα 1.

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος με τη θέληση τους στην παρούσα εργασία, αφού ενημερώθηκαν για τον σκοπό που εκπονείται και αφού εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους.

6.6 Στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας ερευνητικής διαδικασίας χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 22.0. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 95% ($p < 0,05$).

Στην παρούσα μελέτη η ταξινόμηση έγινε σύμφωνα με το είδος των ποιοτικών μεταβλητών σε ονομαστική κλίμακα (Nominal) και ιεραρχική (Ordinal) και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες με τη δημιουργία πινάκων κατανομής συχνοτήτων. Για την ποσοτική μεταβλητή, που αφορά τον συνολικό αριθμό των ατόμων του νοικοκυριού, η παρουσίαση των στοιχείων γίνεται με τη μορφή των μέσων τιμών.

Στην συνέχεια ανάλογα με το είδος των μεταβλητών η ανάλυση επεκτάθηκε σε μεθόδους επαγωγικής στατιστικής. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων ήταν:

- Για τον έλεγχο κατηγορικών μεταβλητών από τις οποίες δύο είναι ανεξάρτητες και μία εξαρτημένη χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test). Για την μέτρηση

της έντασης της σχέσης χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές Contingency coefficient, Phi και Gramer's V.

- Ο ακριβής έλεγχος Fisher (Fisher – exact test), σε περιπτώσεις όπου δεν ικανοποιούνταν οι παραδοχές της μεθόδου X^2 από τα δεδομένα (όταν οι αναμενόμενες συχνότητες είναι πολύ χαμηλές)
- Για κατηγορικές μεταβλητές με δύο μεταβλητές έγινε έλεγχος με το Κριτήριο t (t-test). Για περισσότερες από δύο ομάδες έγινε έλεγχος με τη χρήση της Ανάλυσης Διασποράς (Analysis of variance) ANOVA

Κεφάλαιο 7. Περιγραφή του δείγματος

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο και Ηλικία

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 18 έτη και άνω, που διαμένουν και εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων. Στο συνολικό δείγμα των 147 ατόμων το ποσοστό των ανδρών και γυναικών είναι 42,9% και 57,1 αντίστοιχα (Πίνακας 7.1).

Πίνακας 7.1:

Κατανομή συχνότητων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΕΣ	63	42,9
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	84	57,1
Σύνολο	147	100,0

Αναφορικά με την ηλικία: η πρώτη κατηγορία ηλικιών (18-24) συγκεντρώνει το 6,8% όλου του δείγματος, η δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (25-34) το 22,4%, η τρίτη κατηγορία (35-44) το 25,9%, η τέταρτη κατηγορία (45-54) το 21,8%, η πέμπτη κατηγορία (55-64) το 8,8% και η έκτη κατηγορία (65 και άνω) το 14,3% του δείγματος.

Πίνακας 7.2:

Κατανομή συχνότητων για την ηλικία

Ηλικιακή κατηγορία (έτη)	Συχνότητα (N)	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
18-24	10	6,8	6,8
25-34	33	22,4	29,3
35-44	38	25,9	55,1
45-54	32	21,8	76,9
55-64	13	8,8	85,7
≥65	21	14,3	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Υπηκοότητα

Όσον αφορά την υπηκοότητα η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από άτομα που έχουν την ελληνική υπηκοότητα (137 άτομα) που αντιστοιχεί σε ποσοστό 93,2% του συνόλου. Το υπόλοιπο 6,8% ανήκει σε αλλοδαπά άτομα (10 άτομα αλβανικής υπηκοότητας). (Πίνακας 7.3).

Πίνακας 7.3:

Κατανομή συχνοτήτων για την υπηκοότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ελληνική	137	93,2
Αλλοδαπή	10	6,8
Σύνολο	147	100,0

Περιοχή διαμονής

Τα άτομα προέρχονται από τους οκτώ Καλλικρατικούς δήμους και επιμερίζονται ως εξής: 74,8% στο Δήμο Ιωαννιτών, 7,5% στο Δήμο Δωδώνης, 4,8% στο Δήμο Ζίτσας, 2% στο Δήμο Ζαγορίου, 3,4% στο Δήμο Πωγωνίου, 2% στο Δήμο Κόνιτσας, 4,8% στο Δήμο Μετσόβου και 0,7% στο Δήμο Τζουμέρκων (Πίνακας 7.4).

Πίνακας 7.4:

Κατανομή συχνοτήτων ως προς την περιοχή διαμονής

	Συχνότητα	Ποσοστό%	Αθροιστική συχνότητα %
ΔΗΜΟΣ ΙΩΑΝΝΙΤΩΝ	110	74,8	74,8
ΔΗΜΟΣ ΔΩΔΩΝΗΣ	11	7,5	82,3
ΔΗΜΟΣ ΖΙΤΣΑΣ	7	4,8	87,1
ΔΗΜΟΣ ΖΑΓΟΡΙΟΥ	3	2,0	89,1
ΔΗΜΟΣ ΠΩΓΩΝΙΟΥ	5	3,4	92,5
ΔΗΜΟΣ ΚΟΝΙΤΣΑΣ	3	2,0	94,6
ΔΗΜΟΣ ΜΕΤΣΟΒΟΥ	7	4,8	99,3
ΔΗΜΟΣ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ	1	,7	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Οικογενειακή κατάσταση

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, 41 άτομα δήλωσαν άγαμοι (ποσοστό 27,9%), την πλειοψηφία του δείγματος 89 άτομα με ποσοστό 60,5% την αποτελούν οι έγγαμοι. Τα άτομα που δήλωσαν σε συμβίωση είναι 5 (ποσοστό 3,4%), 4 άτομα (ποσοστό 2,7%) δήλωσε σε κατάσταση διαζυγίου, ενώ την περίπτωση χηρείας ανέφεραν 8 άτομα (ποσοστό 5,4%). Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το αποτελούν έγγαμοι, καθώς επίσης και οι άγαμοι αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό. Αντίθετα ένα μικρό ποσοστό του δείγματος της τάξης του 11,5% το αποτελούν άτομα που συμβιώνουν, είναι διαζευγμένα ή σε χηρεία. (Πίνακας 7.5).

Πίνακας 7.5:

Κατανομή συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΓΑΜΟΣ/Η	41	27,9
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	89	60,5
ΣΥΜΒΙΩΣΗ	5	3,4
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	4	2,7
ΧΗΡΟΣ/Α	8	5,4
Σύνολο	147	100,0

Μέγεθος νοικοκυριού

Αναφορικά με το μέγεθος του νοικοκυριού παρατηρούμε ότι σε ποσοστό 17% αποτελείται από ένα μέλος, το 21% αντιστοιχεί σε νοικοκυριά των δύο ατόμων, το 18,4% σε τριμελή νοικοκυριά, το 32,7% σε τετραμελή, το 10,2% σε πενταμελή και το 0,7% αντιστοιχεί σε νοικοκυριά των έξι ατόμων. Ο μέσος όρος είναι 3 άτομα και η τυπική απόκλιση 1,3 (Πίνακες 7.6 και 7.7).

Πίνακας 7.6:

Κατανομή συχνοτήτων για το μέγεθος του νοικοκυριού

Αρ. μελών νοικοκυριού	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
1	25	17,0	17,0
2	31	21,1	38,1
3	27	18,4	56,5
4	48	32,7	89,1
5	15	10,2	99,3
6	1	,7	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Πίνακας 7.7:

Περιγραφική στατιστική για το μέγεθος του νοικοκυριού

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ	147	1	6	3,00	1,303

7.2 Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά

Επίπεδο εκπαίδευσης

Μόλις 2 άτομα (ποσοστό 1,4%) από το δείγμα δήλωσε αναλφάβητο. Στην πρώτη βαθμίδα (δημοτικό) της εκπαίδευσης εντοπίζεται το 18,4% του δείγματος, ενώ στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση το 25,9%. Σε ποσοστό 5,4% δήλωσαν απόφοιτοι ΙΕΚ και συναφών σχολών. Οι πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 36,1%. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ανέρχονται σε ποσοστό 11,6%, ενώ οι κάτοχοι διδακτορικού σε 1,4% (Πίνακας 7.8).

Πίνακας 7.8:

Κατανομή συχνότητας ως προς επίπεδο μόρφωσης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	2	1,4	1,4
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	27	18,4	19,7
Δ/ΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠ/ΣΗ	38	25,9	45,6
ΙΕΚ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΣΧΟΛΕΣ	8	5,4	51,0
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΑΕΙ Ή ΤΕΙ	53	36,1	87,1
ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	17	11,6	98,6
ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	2	1,4	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Απασχόληση

Αναφορικά με την απασχόληση οι δημόσιοι υπάλληλοι (ΝΠΔΔ, ΔΕΚΟ, ΟΤΑ, Ασφαλιστικά ταμεία, κλπ) αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 36,7%. Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό με 12,9%. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι αυτοαπασχολούμενοι εντοπίζονται σε ποσοστό 15%. Συνολικά 22 άτομα εντοπίζονται σε αυτή την κατηγορία. 10 άτομα δήλωσαν αγρότες (ποσοστό 2,7%). Το 3,4% του δείγματος ασχολείται με τα οικιακά (5 άτομα). Οι συνταξιούχοι με ποσοστό 17,7% αποτελούν την δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία του δείγματος. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2% αποτελείται από φοιτητές. 6 άτομα δήλωσαν ότι δεν εργάζονται και βρίσκονται στο στάδιο ανεύρεσης εργασίας (ποσοστό 4,1%). 8 άτομα (ποσοστό 5,4%) δήλωσε την κατηγορία Άλλη περίπτωση (εργάτες οικοδόμοι, ειδικευόμενοι γιατροί, κá) (Πίνακας 7.9).

Πίνακας 7.9:

Κατανομή συχνοτήτων για την εργασιακή απασχόληση

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	54	36,7	36,7
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	19	12,9	49,7
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	22	15,0	64,6
ΑΓΡΟΤΗΣ	4	2,7	67,3
ΟΙΚΙΑΚΑ	5	3,4	70,7
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	26	17,7	88,4
ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	3	2,0	90,5
ΑΝΕΡΓΟΣ	6	4,1	94,6
ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	8	5,4	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Εργασιακή μορφή απασχόλησης

Το 54,4% των ατόμων που εργάζονται ανέφεραν πλήρη εργασιακή απασχόληση με 30-40 ώρες εργασίας ανά εβδομάδα. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 80 άτομα. Λιγότερες από 30 ώρες εργασίας, μερική απασχόληση, δήλωσε το 6,8% των εργαζομένων, που αντιστοιχεί σε 10 άτομα. Ενώ 17 άτομα (ποσοστό 11,65%) δήλωσαν υπερωριακή απασχόληση με περισσότερες από 40 ώρες εργασίας την εβδομάδα. (Πίνακας 7.10).

Πίνακας 7.10:

Κατανομή συχνοτήτων για την μορφή της εργασιακής απασχόλησης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (30-40 ΩΡΕΣ/ΕΒΔ.)	80	54,4	74,8
ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 30ΩΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ)	10	6,8	84,1
ΥΠΕΡΩΡΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ (ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 40ΩΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ)	17	11,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	107	72,8	

Ατομικό εισόδημα

Ποσοστό 23,1% δήλωσε ότι έχει μηνιαίο ατομικό εισόδημα έως 500 ευρώ. 27 άτομα (18,4%) δήλωσαν ότι έχουν εισόδημα 501-800 ευρώ. Το μεγαλύτερο ποσοστό που αντιστοιχεί σε 54 άτομα και ποσοστό 36,7% το μηνιαίο εισόδημα ανέρχεται σε 801-1100 ευρώ. Στην κατηγορία εισοδήματος μεταξύ 1101-1400 ευρώ βρίσκεται το

10,9%. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 16 άτομα. Μεταξύ 1401-1700 ευρώ αντιστοιχεί το 4,1% του δείγματος, ενώ στην κατηγορία 1701-2000 ευρώ βρίσκεται το 1,4% (2 άτομα). Μόλις 0,7% που αντιστοιχεί σε ένα άτομο έχει εισόδημα 2301-2600. Επίσης, 7 άτομα (4,8%) δεν απάντησαν (Πίνακας 7.11).

Πίνακας 7.11:

Κατανομή συχνοτήτων για το μηνιαίο ατομικό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΕΩΣ 500 ΕΥΡΩ	34	23,1	23,1
501-800	27	18,4	41,5
801-1100	54	36,7	78,2
1101-1400	16	10,9	89,1
1401-1700	6	4,1	93,2
1701-2000	2	1,4	94,6
2301-2600	1	,7	95,2
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	7	4,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	147	100,0	

Οικογενειακό εισόδημα

Αναφορικά με το οικογενειακό εισόδημα 36 άτομα (ποσοστό 24,5%) δήλωσαν ότι αυτό δεν υπερβαίνει τα 1000ευρώ. Στην κατηγορία εισοδημάτων 1001-2000 ευρώ βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό (46,3%) με 68 απαντήσεις. Υψηλό ποσοστό της τάξης του 17% (25 άτομα) βρίσκεται στην επόμενη εισοδηματική κατηγορία 2001-3000. Η κατηγορία 3001-4000 συγκεντρώνει το 2,7 των απαντήσεων (4 άτομα). Στην αμέσως επόμενη κατηγορία 4001-5000 δεν παρατηρήθηκε καμία απάντηση. Χαμηλό ποσοστό της τάξης του 0,7 (1 άτομο) βρίσκεται στην κατηγορία 5001-6000, ενώ στην προτελευταία κατηγορία 6001 και άνω το ποσοστό είναι 2% (3 άτομα). Τα άτομα που δεν θέλησαν να απαντήσουν για το ύψος του οικογενειακού τους εισοδήματος ανέρχονται στο ποσοστό του 6,1% (9 άτομα) (Πίνακας 7.12).

Πίνακας 7.12:

Κατανομή συχνοτήτων για το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΕΩΣ 1000 ΕΥΡΩ	36	24,5	24,7
1001-2000	68	46,3	71,2
2001-3000	25	17,0	88,4
3001-4000	4	2,7	91,1
5001-6000	1	,7	91,8

6001 ΚΑΙ ΑΝΩ	3	2,0	93,8
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	9	6,1	100,0
Σύνολο	146	99,3	
Απούσα τιμή	1	,7	
ΣΥΝΟΛΟ	147	100,0	

Αποταμίευση

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αποταμιευτική κατάσταση παρατηρείται στην πρώτη κατηγορία όπου 84 άτομα (ποσοστό 57,1) δήλωσαν ότι δεν αποταμιεύουν. Στις δύο επόμενες κατηγορίες (έως 100 ευρώ και 101-200) βρίσκεται το 10,9% και 10,2% των ατόμων. Στις επόμενες τέσσερις εισοδηματικές κατηγορίες συγκεντρώνονται τα χαμηλότερα ποσοστά του δείγματος, χωρίς μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Στην τελευταία κατηγορία βρίσκεται το 7,5% που προτίμησαν να μην δηλώσουν το ύψος της αποταμίευσης. Συμπερασματικά το 42,8% των ερωτηθέντων του δείγματος αποταμιεύει, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό επί του συνόλου του δείγματος δήλωσε αδυναμία αποταμίευσης (Πίνακας 7.13).

Πίνακας 7.13:

Κατανομή συχνότητας για την ατομική μηνιαία αποταμίευση

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
0 ΕΥΡΩ (ΔΕΝ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΩ)	84	57,1	57,1
ΕΩΣ 100 ΕΥΡΩ	16	10,9	68,0
101-200	15	10,2	78,2
201-300	7	4,8	83,0
301-400	5	3,4	86,4
401-500	3	2,0	88,4
501 ΚΑΙ ΑΝΩ	6	4,1	92,5
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	7,5	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Κατάσταση ασφαλιστικής κάλυψης

Από τα 147 άτομα του συνόλου τα 142 άτομα διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε κάποιο δημόσιο οργανισμό, είτε ως άμεσα είτε ως έμμεσα ασφαλισμένοι (ποσοστό 96,6%). Συνεπώς παρατηρείται ένα πολύ υψηλό ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς μόλις το 3,4% του δείγματος (5 άτομα) δεν διαθέτει καμία ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 7.14:

Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	142	96,6
ΟΧΙ	5	3,4
Σύνολο	147	100,0

Ασφαλιστικά Ταμεία Υγείας

Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 35,4% που δηλώνουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν ως ταμείο κύριας ασφάλισης το ΙΚΑ. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 52 άτομα. Οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ ανέρχονται στο 14,3% του δείγματος (21 άτομα) και η αναλογία αυτή οφείλεται στην τοπική διάσταση της δειγματοληψίας που αφορά τις αγροτικές περιοχές - δήμους του νομού. 38 άτομα είναι ασφαλισμένα στον ΟΠΑΔ (ποσοστό 25,9%). Στον Ταμείο Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) βρίσκεται ασφαλισμένο το 15,6% του δείγματος (23 άτομα), ενώ στο Ταμείο Ασφάλισης Μηχανικών (ΤΣΜΕΔΕ) το 2,7% του δείγματος, που αντιστοιχεί σε 4 άτομα. 3 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΣΑΥ (ποσοστό 2%), ενώ 1 άτομο δήλωσε ότι καλύπτεται από το Ταμείο Απορίας (ποσοστό 0,7%) (Πίνακας 7.15)

Πίνακας 7.15:

Κατανομή συχνοτήτων ως προς τα ταμεία ασφάλισης

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΙΚΑ	52	35,4
ΟΓΑ	21	14,3
ΟΠΑΔ	38	25,9
ΟΑΕΕ	23	15,6
ΤΣΜΕΔΕ	4	2,7
ΑΠΟΡΙΑΣ	1	,7
ΤΣΑΥ	3	2,0
Ανασφάλιστοι	5	3,4
Σύνολο	147	100,0

7.3 Χαρακτηριστικά υγείας

Επίπεδο υγείας

Αναφορικά με το επίπεδο υγείας τους τελευταίους 12 μήνες από την λήψη του ερωτηματολογίου, 24,5% του δείγματος δήλωσε ότι αξιολογεί ως πολύ καλή την υγεία

του. 41,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θεωρεί καλό το επίπεδο υγείας του. Ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 25,2% θεωρεί ως μέτριο το επίπεδο της υγείας του τους τελευταίους 12 μήνες. Κακή υγεία δήλωσε 6,1% του δείγματος και πολύ κακή υγεία το 2,7% (Πίνακας 7.16).

Πίνακας 7.16:

Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τους τελευταίους 12 μήνες

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	36	24,5	24,5
ΚΑΛΗ	61	41,5	66,0
ΜΕΤΡΙΑ	37	25,2	91,2
ΚΑΚΗ	9	6,1	97,3
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	4	2,7	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Υπαρξη χρόνιας πάθησης.

Ποσοστό 51,7% ανέφερε την ύπαρξη κάποιου ή κάποιων χρόνιων προβλημάτων όπως, σακχαρώδης διαβήτης, χοληστερίνη, υπέρταση, αναπνευστικά προβλήματα, προβλήματα με τα οστά, κτλ. Ενώ 48,3% του δείγματος δήλωσε ότι δεν πάσχει από κάποιο χρόνια πρόβλημα (Πίνακας 7.17)

Πίνακας 7.17:

Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη χρόνιας πάθησης

Παρουσία χρόνιας πάθησης	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	76	51,7
ΟΧΙ	71	48,3
Σύνολο	147	100,0

7.4 Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (89,1%) του δείγματος δήλωσε ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών πραγματοποίησε επίσκεψη σε κάποιο γιατρό ή υπηρεσία υγείας. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 131 άτομα. Αντίθετα, 16 άτομα (ποσοστό 10,9%) δήλωσε ότι δεν έκανε καμία χρήση σε υπηρεσία υγείας σε αυτό το διάστημα. Η συχνότητα των επισκέψεων αποτυπώνεται στον Πίνακας 7.18.

Πίνακας 7.18:

Κατανομή συχνότητας για την χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες

Χρήση υπηρεσιών υγείας το τελευταίο έτος	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	131	89,1
ΟΧΙ	16	10,9
Σύνολο	147	100,0

Ιδιωτική δαπάνη

Σχετικά με την καθαρή ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας, τους τελευταίους δυο μήνες από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρατηρούμε ότι: σε ποσοστό 17,7% του συνόλου του δείγματος δεν πραγματοποιήθηκε καμία δαπάνη. Ποσοστό της τάξης του 19% δήλωσε ότι οι πληρωμές που έκανε δεν υπερβαίνουν τα 50 ευρώ (διάστημα 1-50 ευρώ). Δαπάνες από 51 έως 100 ευρώ δήλωσε ότι πραγματοποίησε το 15,6% του συνόλου. Στην επόμενη κατηγορία 101-200 ευρώ βρίσκεται η πλειοψηφία των απαντήσεων με ποσοστό 25,2% του δείγματος. Χαμηλότερο ποσοστό της τάξης του 10,2% δήλωσε ότι δαπάνησε από 201 έως 300 ευρώ από το εισόδημά του. Οι επόμενες κατηγορίες δαπανών (301-400, 401-500, 501 και άνω) συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά, 1,4%, 4,1% και 4,1% αντίστοιχα. Επίσης 4 άτομα (ποσοστό 2,7%) δεν απάντησαν (Πίνακας 7.19)

Πίνακας 7.19:

Κατανομή συχνότητας για την ιδιωτική δαπάνη υγείας τους τελευταίους 2 μήνες

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστική συχνότητα %
0 ΕΥΡΩ	26	17,7	17,7
1-50	28	19,0	36,7
51-100	23	15,6	52,4
101-200	37	25,2	77,6
201-300	15	10,2	87,8
301-400	2	1,4	89,1
401-500	6	4,1	93,2
501 ΚΑΙ ΑΝΩ	6	4,1	97,3
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	4	2,7	100,0
Σύνολο	147	100,0	

Ύπαρξη υγειονομικής ανάγκης

Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 55,1% του δείγματος δήλωσε την ύπαρξη υγειονομικής ανάγκης τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία όμως δεν

ικανοποιήθηκε. Αντίθετα, ποσοστό 44,9% δήλωσε ότι θεωρεί ότι δεν υπήρξε περίπτωση υγειονομικής ανάγκης την οποία δεν κάλυψε (Πίνακας 7.20)

Πίνακας 7.20:

Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη υγειονομικής ανάγκης τους τελευταίους 12 μήνες

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	81	55,1
ΟΧΙ	66	44,9
Σύνολο	147	100,0

Κεφάλαιο 8. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ζήτηση

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια διερεύνηση των μεταβλητών που επηρεάζουν την ατομική ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτές εκφράζονται από την απόφαση επαφής, την συχνότητα χρήσης και την αντίστοιχη ατομική δαπάνη.

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3 η ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται σε δύο στάδια (απόφαση συνάντησης και απόφαση συχνότητας), όπου επιδρούν διαφορετικοί παράγοντες. Έτσι σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια ανάλυση των ατομικών παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για συνάντηση με κάποια υπηρεσία υγείας.

8.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας.

Απόφαση συνάντησης.

Με την χρήση της μεταβλητής ‘ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ’ (Διχοτομική, 1=ΝΑΙ / 2=ΟΧΙ), η οποία αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή, γίνεται η ανάλυση και συσχέτιση των προσδιοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την απόφαση συνάντησης με κάποια υπηρεσία υγείας. Τα κυριότερα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Όπως φαίνεται στον πίνακα 8.1 υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ της παρατηρηθείσας και της αναμενόμενης πιθανότητας μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής και της ανεξάρτητης μεταβλητής ‘ΥΠΑΡΞΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΘΗΣΗΣ’ (1=ΝΑΙ / 2=ΟΧΙ), ($X^2= 11,04$, $df=1$, $p=0,001$). Ο δείκτης συσχέτισης Phi παίρνει την τιμή 0,274. Επιπλέον, στον πίνακα 8.2 αποτυπώνεται ο λόγος των πιθανοτήτων, όπου τα άτομα με κακή υγεία έχουν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να πραγματοποιήσουν επίσκεψη σε χώρους υγείας (OR: 1,21, CI95%, 1,075-1,36).

Πίνακας 8.1:

Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης

	Τιμή	df	Τιμή p
Κριτήριο X^2	11,049	1	0,001
Δείκτης συσχέτισης Phi	0,274		0,001
N	147		

Πίνακας 8.2:

Ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης

	Τιμή OR	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το OR
Χρήση Υπηρεσιών Τους Τελευταίους 12 Μήνες και Ύπαρξη Χρόνιας Πάθησης (1=ΝΑΙ)	1,213	1,075-1,369

Στην συνέχεια με την χρήση της απλής μορφής διακύμανσης (One – Way ANOVA) έγινε η ανάλυση της επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής ‘ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ’ στην εξαρτημένη μεταβλητή. Το μοντέλο φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικό καθώς η τιμή του $p\text{-value}=0,001<0,05$. Επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της μη προσαρμογής του μοντέλου στα δεδομένα. Όμως, καθώς δεν γνωρίζουμε που υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά των ομάδων με τη χρήση Bonferroni γίνεται μια ανάλυση κατά ζεύγη, διότι αυτός ο έλεγχος είναι πιο αξιόπιστος (Δημητριάδης, 2012).

Πίνακας 8.3:

Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και της οικογενειακής κατάστασης

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική χρήση υπηρεσιών υγείας*			
Οικογενειακή κατάσταση		F	p
Μεταξύ των ομάδων		6,707	0,001
Ανάλυση με την χρήση Bonferroni			
Οικογενειακή κατάσταση	Δ.Μ	p	95% Δ.Ε
Άγαμος /Παντρεμένος	0,270	0,001	0,11-0,43

Δ.Μ: Διαφορά μέσω

Συνολική Χρήση υπηρεσιών υγείας = το άθροισμα των πιθανόν επισκέψεων σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (Κ.Υ, Πολυιατρεία, ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, εξωτερικά ιατρεία, εισαγωγή σε δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτική κλινική)

Έτσι, η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής βρέθηκε συνολικά σημαντική ($F=6,7$, $p=0,00$). Μετά από μια προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων, η μοναδική σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των μέσων όρων των

άγαμων και των παντρεμένων. Ο μέσος όρος των παντρεμένων ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των άγαμων (διαφορά μέσων= 0,27, $p=0,001$, Δ.Ε 95%, 0,11-0,43).

Στον πίνακα 8.4 παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της συσχέτισης με την μεταβλητή 'ΜΟΡΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ'. Με την διαδικασία X^2 υπολογίζεται ο ακριβός έλεγχος Fisher όπου φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (ακριβής έλεγχος Fisher $p=0,007$, Δ.Ε 99%, 0,005-0,009). Ο δείκτης Phi δείχνει μια ασθενή συσχέτιση (0,067).

Πίνακας 8.4:

Σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και μορφή εργασιακής απασχόλησης

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2	9,221	2	0,007	0,005-0,009
N	107			
Δείκτης συσχέτισης Phi	0,067			

Απόφαση συχνότητας.

Για να ποσοτικοποιηθεί η ατομική χρήση, τους τελευταίους 12 μήνες από την λήψη των δεδομένων, δημιουργήθηκαν τρεις νέες (εξαρτημένες) μεταβλητές:

- Μια με την ονομασία 'ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ' με το άθροισμα των πιθανόν επισκέψεων σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (Κ.Υ, Πολυιατρεία, ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, εξωτερικά ιατρεία, εισαγωγή σε δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτική κλινική),
- μια με την ονομασία 'ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ', όπου περιλαμβάνεται το άθροισμα των φορών που τα άτομα χρησιμοποίησαν τα Κ.Υ, τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τα εξωτερικά ιατρεία και τα δημόσια νοσοκομεία (για εισαγωγή), και
- τέλος μια μεταβλητή με την ονομασία 'ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ', με το άθροισμα των ιδιωτικών δομών υγείας (ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, ιδιωτική κλινική).

Τα κυριότερα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Στον πίνακα 8.5 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες (5,81) παρουσιάζουν μια μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε σχέση με τους άνδρες (3,81). Επίσης, παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών των υποομάδων, που δημιουργήθηκαν από την ανεξάρτητη ποιοτική μεταβλητή «Φύλο». Η μηδενική

υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται (Sig.F= 0,009<0,05). Επίσης, η τιμή του δείκτη Eta Squared 0,046 ερμηνεύει το 4,6 % των μεταβολών της εξαρτημένη μεταβλητής.

Πίνακας 8.5:

Σχέση μεταξύ συνολικής χρήσης υπηρεσιών υγείας και φύλου

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική χρήση υπηρεσιών υγείας*						
	M.O	T.A	N	F	p	Eta Squared
ΑΝΔΡΑΣ	3,19	2,999	63	7,003	0,009	0,046
ΓΥΝΑΙΚΑ	5,81	7,408	84			
Σύνολο	4,69	6,059	147			

M.O: μέσος όρος

T.A: τυπική απόκλιση

Συνολική Χρήση υπηρεσιών υγείας = το άθροισμα των πιθανών επισκέψεων σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (Κ.Υ, Πολυιατρεία, ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, εξωτερικά ιατρεία, εισαγωγή σε δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτική κλινική)

Όσον αφορά στην συχνότητα επισκέψεων στις ιδιωτικές δομές παροχής υγείας, στον πίνακα 8.6 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες (2,98) παρουσιάζουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε σχέση με τους άνδρες (1,40). Η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των μέσων τιμών των υποομάδων, που δημιουργήθηκαν από την ανεξάρτητη ποιοτική μεταβλητή «Φύλο», με την ποσοτική μεταβλητή ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, υπάρχει διότι απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση του ελέγχου (Sig.F= 0,03<0,05). Επίσης, η τιμή του δείκτη Eta Squared 0,032 ερμηνεύει το 3,2% των μεταβολών της εξαρτημένη μεταβλητής.

Πίνακας 8.6:

Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και φύλου

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δομές υγείας*						
	M.O	T.A	N	F	p	Eta Squared
ΑΝΔΡΑΣ	1,4	2,06	63	4,817	0,03	0,032
ΓΥΝΑΙΚΑ	2,98	5,42	84			
Σύνολο	2,30	4,37	147			

M.O: μέσος όρος

T.A: τυπική απόκλιση

Ιδιωτικές δομές υγείας = το άθροισμα των επισκέψεων στις ιδιωτικές δομές υγείας (ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, ιδιωτική κλινική).

Στον πίνακα 8.7 παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων της συχνότητας επισκέψεων στις δημόσιες δομές των ατόμων που προέρχονται από τον αστικό δήμο και τους περιφερειακούς δήμους (1,91 προς 3,76), η μηδενική

υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται (Sig.F= 0,02<0,05). Επίσης, η τιμή του δείκτη Eta Squared 0,035 ερμηνεύει το 3,5% των μεταβολών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 8.7:

Σχέση μεταξύ δημόσιων δομών υγείας και τόπου διαμονής

Εξαρτημένη μεταβλητή: Δημόσιες δομές υγείας*						
	M.O	T.A	N	F	p	Eta Squared
Δήμος Ιωαννιτών	1,91	3,56	110	5,231	0,02	0,035
Περιφερ. Δήμοι	3,76	5,85	37			
Σύνολο	2,37	4,31	147			

M.O: μέσος όρος

T.A: τυπική απόκλιση

Δημόσιες δομές υγείας = το άθροισμα των επισκέψεων στις Δημόσιες δομές υγείας (Κ.Υ, Πολυϊατρεία, εξωτερικά ιατρεία, δημόσια νοσοκομεία).

Η μεταβλητή της ύπαρξης χρόνιας πάθησης παρουσιάζει σημαντική στατιστική συσχέτιση με την μεταβλητή δημόσιες δομές υγείας (F=9,87, p= 0,002) και ο δείκτης Eta Squared 0,064 δείχνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει το 6,4 των μεταβολών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 8.8:

Σχέση μεταξύ δημοσίων δομών υγείας και ύπαρξης χρόνιας πάθησης

Εξαρτημένη μεταβλητή: Δημόσιες δομές υγείας*						
	M.O	T.A	N	F	p	Eta Squared
ΝΑΙ	3,42	4,3	46	9,87	0,002	0,064
ΟΧΙ	1,25	4,0	71			
Σύνολο	2,37	4,31	147			

M.O: μέσος όρος

T.A: τυπική απόκλιση

Δημόσιες δομές υγείας = το άθροισμα των επισκέψεων στις Δημόσιες δομές υγείας (Κ.Υ, Πολυϊατρεία, εξωτερικά ιατρεία, δημόσια νοσοκομεία).

Στην συνέχεια περιέχονται ο μέσος όρος και οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (Ιδιωτικές δομές υγείας) των δύο ομάδων (Χαμηλό/Υψηλό Επίπεδο Μόρφωσης). Ο έλεγχος Levene δείχνει ότι οι διακυμάνσεις είναι άνισες, επειδή η τιμή 0,022 της πιθανότητας p είναι στατιστικώς σημαντική. Συνεπώς, ο μέσος όρος των τιμών των ατόμων με υψηλό επίπεδο μόρφωσης που χρησιμοποιούν τις ιδιωτικές δομές υγείας (M=3,08, SD=5,50) είναι σημαντικά υψηλότερος (t=2,55, df=105,62, 2-tailed p=0,012) από αυτόν με χαμηλό επίπεδο μόρφωση (M=1,37, SD=2,12)

Πίνακας 8.9:

Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και επίπεδο μόρφωσης

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δομές υγείας*					
	M.O	T.A	N	t	p
Χαμηλό επίπεδο**	1,37	2,21	67	2,55	0,012
Υψηλό επίπεδο***	3,08	5,50	80		
Σύνολο			147		

Ιδιωτικές δομές υγείας* = το άθροισμα των επισκέψεων στις ιδιωτικές δομές υγείας (ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένα και μη, ιδιωτική κλινική).

Χαμηλό επίπεδο** = Αναλφάβητος, δημοτικό, Δ/βαθμια, ΙΕΚ

Υψηλό επίπεδο*** = ΑΕΙ/ΤΕΙ, Μετ/κό, Διδακτ/κό

Στον πίνακα 8.10 το αποτέλεσμα του στατιστικού ελέγχου δείχνει ότι η διαφορά των τιμών στην χρήση των ιδιωτικών δομών των ατόμων που προέρχονται από αστικό δήμο (2,68, SD= 4,9) και των περιφερειακών (M= 1,16, SD=1,34) είναι 1,52. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από 0,491 έως 2,549. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιέχει το 0,00, η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 5%.

Πίνακας 8.10:

Σχέση μεταξύ ιδιωτικών δομών υγείας και τύπου κατοικίας

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δομές υγείας*							
	M.O	T.A	N	t	p	Δ.Μ	95%Δ.Ε για Δ.Μ
Δήμος Ιωαννιτών	2,68	4,94	110	2,919	0,004	1,52	0.491- 2.549
Περιφ/κοί δήμοι	1,16	1,34	37				
Σύνολο			147				

Ιδιωτικές δομές υγείας* = το άθροισμα των επισκέψεων στις ιδιωτικές δομές υγείας (ιδιωτικά ιατρεία

Ο Πίνακας 8.11 δείχνει ότι η διαφορά μεταξύ των τιμών στην χρήσης μη συμβεβλημένου ιατρού από τους άνδρες (M= 0,65, SD=1,19) και στις γυναίκες (M= 1,45, SD=2,21) είναι -0,802. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% της διαφοράς κυμαίνεται από -1,36 έως -0,23. Επειδή το διάστημα εμπιστοσύνης δεν περιέχει το 0,00, η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο διπλής ουράς 5%.

Πίνακας 8.11:

Σχέση μεταξύ επισκέψεων σε μη συμβ/νο ιατρείο και φύλου

Εξαρτημένη μεταβλητή: Χρήση μη συμβεβλημένου ιατρείου							
	M.O	T.A	N	t	p	Δ.Μ	95%Δ.Ε για Δ.Μ
Άνδρες	0,65	1,19	63	-2,81	0,006	-0.802	(-1.36)
Γυναίκες	1,45	2,21	84				
Σύνολο			147				
							(-0.23)

Στον Πίνακα 8.12 οι μέσες τιμές δείχνουν μια αυξητική τάση στη συχνότητα εισαγωγών στα νοσοκομεία με βάση την ηλικιακή ομάδα. Η μεταβλητή της ηλικιακής κατηγορίας παρουσιάζει σημαντική στατιστική συσχέτιση με την μεταβλητή συχνότητα εισαγωγής σε δημόσιο νοσοκομείο ($F=4,01$, $p= 0,002$) και ο δείκτης Eta Squared 0,125 δείχνει ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή ερμηνεύει το 12,5% των μεταβολών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Πίνακας 8.12:

Σχέση μεταξύ συχνότητας εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και ηλικίας

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ			
ΗΛΙΚΙΑ	M.O	N	T.A
18-24	,00	10	,000
25-34	,06	33	,242
35-44	,05	38	,226
45-54	,13	32	,336
55-64	,38	13	,961
65ΚΑΙΑΝΩ	,52	21	,814
Total	,16	147	,497

$F=4.01$, $B.E=5$, $p= 0.002$, Eta Squared 0.125

8.2 Πρόσβαση

Στον πίνακα 8.13 γίνεται μια ανάλυση των μεταβλητών οι οποίες σχετίζονται με τους λόγους μη ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών των ατόμων, όπως αυτές εκφράστηκαν για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών. Διαπιστώθηκε ότι το 26,9% των ατόμων που ανέφεραν την ύπαρξη κάποιας ανάγκης ο λόγος μη εκπλήρωσης οφείλεται στην εργασία, το 6,4% λόγω των παιδιών, το 48,7% λόγω του κόστους, 28,2% λόγω της απόστασης από τις υγειονομικές δομές, 28,2% λόγω της ύπαρξης

λίστας και το 6,4 για διαφόρους λόγους (όπως αδιαφορία, φόβο, κτλ). Όπως δείχνει η στήλη των συχνοτήτων επί των συμμετεχόντων, το 77% των ατόμων που ήθελε υγειονομική βοήθεια και δεν την είχε οφείλεται στο χρηματικό και χρονικό κόστος.

Πίνακας 8.13:

Συχνότητα μη εκπλήρωσης των υγειονομικών αναγκών ως προς τις αιτίες

		Απαντήσεις		Ποσοστό επί των απαντήσεων
		Σύνολο	Ποσοστό	
SMHEΠΛHa	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΛΟΓΩ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	21	18,6%	26,9%
	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΛΟΓΩ ΠΑΙΔΙΩΝ	5	4,4%	6,4%
	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΛΟΓΩ ΚΟΣΤΟΥΣ	38	33,6%	48,7%
	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΛΟΓΩ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ	22	19,5%	28,2%
	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΛΟΓΩ ΛΙΣΤΑΣ	22	19,5%	28,2%
	ΜΗ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	5	4,4%	6,4%
Σύνολο		113	100,0%	144,9%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

Στον πίνακα 8.14 η διαδικασία X^2 δείχνει ότι υπάρχει μια σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ τόπου κατοικίας (αστικοί και περιφερειακοί δήμοι) και μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω απόστασης ($X^2=59,36$, $df=1$, $p=0,001$). Ο συντελεστής συσχέτισης παίρνει την τιμή 0,53.

Πίνακας 8.14:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω απόστασης και τόπου κατοικίας

	Τιμή	df	Τιμή p
Κριτήριο X^2	59,36	1	0,001
N	147		
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,536		0,001

Με τη διαδικασία του ακριβή ελέγχου Fisher διαπιστώθηκε σημαντική σχέση μεταξύ της εργασιακής απασχόλησης και της μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω εργασίας (ακριβής έλεγχος Fisher διπλής ουράς $p=0,003$, CI 99%, 0,002-0,005) (Πίνακας 8.15). Ο συντελεστής Contingency coefficient είναι 0,381.

Πίνακας 8.15:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω εργασίας και εργασιακή απασχόληση

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2	20,101	8	0,003	0,002-0,005
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,381		0,005	0,003-0,006

Στον Πίνακα 8.16 κοιτάζοντας την p-value του ελέγχου X^2 διαπιστώνεται ότι μεταξύ των μεταβλητών Υπηκοότητας και μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους υπάρχει σημαντική συσχέτιση ($p=0,001$). Ο Πίνακας 8.17 αποτυπώνει το λόγο των πιθανοτήτων τους, όπου τα αλλοδαπά άτομα παρουσιάζουν μια αυξημένη πιθανότητα να δηλώσουν ως λόγω μη εκπλήρωσης το κόστος, σε σχέση με τα άτομα που έχουν την ελληνική υπηκοότητα (OR: 0,27, CI95%, 0,17-0,42).

Πίνακας 8.16:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητας

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2	16,41	1	0,001	
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,317		0,001	0,000-0,001

Πίνακας 8.17:

Ο λόγος των πιθανοτήτων (OR) μεταξύ μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητας

	Τιμή OR	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το OR
Μη εκπλήρωση της υγειον. ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητας	0,27	0,17-0,42

Μεταξύ των μεταβλητών του Μηνιαίου Ατομικού Εισοδήματος και της μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των παρατηρηθεισών και των αναμενόμενων παρατηρήσεων. Έτσι, στον

πίνακα 8.18 υπολογίζεται ο ακριβός έλεγχος Fisher όπου φαίνεται η σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ των δύο (ακριβής έλεγχος Fisher διπλής ουράς $p=0,009$, CI 99%, 0,007-0,012). Ο συντελεστής συσχέτισης είναι 0,33.

Πίνακας 8.18:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίου ατομικού εισοδήματος

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2	16,48	7	0,009	0,007-0,012
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,33		0,008	0,006-0,01

Παρόμοια με τα παραπάνω είναι τα αποτελέσματα μεταξύ των μεταβλητών του Οικογενειακού Εισοδήματος και της μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους όπου ο ακριβός έλεγχος Fisher διαμορφώνεται σε $p=0,008$ (Πίνακας 8.19)

Πίνακας 8.19:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2	15,64	6	0,008	0,006-0,010
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,323		0,008	0,005-0,010

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 8.20 μεταξύ των μεταβλητών Ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης και μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ παρατηρούμενων και αναμενόμενων αποτελεσμάτων (έλεγχος Fisher διπλής ουράς $p=0,001$). Στον Πίνακα 9.20 εκφράζεται ο λόγος των πιθανοτήτων (OR: 0,23, CI95%, 0,17-0,31).

Πίνακας 8.20:

Σχέση μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο X^2		1	0,001	
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,303		0,001	0,000-0,002

Πίνακας 8.21:

Λόγος των πιθανοτήτων μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξης ασφαλιστικής κάλυψης

	Τιμή OR	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το OR
Μη εκπλήρωση της υγειον. ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης (1=NAI)	0,232	0,172-0,313

8.3 Ατομική δαπάνη

Με την ανάλυση One – Way ANOVA έγινε η σύγκριση των μέσων τιμών της μεταβλητής Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (ιεραρχικής κλίμακας ποιοτική μεταβλητή) και της μεταβλητής ιδιωτικές δομές υγείας. Στο πίνακα 8.22 δίνονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και το πλήθος των ατόμων ανά υποομάδα. Ο πίνακας δείχνει ότι μεταξύ των μέσων των υποομάδων υπάρχει σημαντική διαφορά (Sig.F=0,001<0,05). Ο δείκτης Linearity δείχνει ότι υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Sig.F=0,009<0,05).

Πίνακας 8.22:

Σχέση ιδιωτικών δομών υγείας και ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 2 ΜΗΝΕΣ	M.O	T.A	N
0 ΕΥΡΩ	,38	,941	26
1-50	1,00	1,122	28
51-100	2,00	1,931	23
101-200	2,14	1,858	37
201-300	3,13	3,701	15
301-400	5,00	2,828	2
401-500	5,67	5,854	6
501 ΚΑΙ ΑΝΩ	12,00	15,925	6
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	3,00	5,354	4
Σύνολο	2,30	4,374	147

F= 6,98, B.E= 8, p=0,001

δείκτης Linearity =0,009

R Squared = 0,186

Με την μέθοδο του μη συσχετισμένου ελέγχου t έγινε η σύγκριση των μέσων τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (ιεραρχικής κλίμακας ποιοτική μεταβλητή) και της ανεξάρτητης ποιοτικής του Φύλου. Παρατηρείται ότι οι

γυναίκες (2,69) προκαλούν περισσότερες ιδιωτικές πληρωμές σε σχέση με τους άνδρες (2,21). Όμως μεταξύ των δύο δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα (Sig.2-Tailed= 0,153 >0,05)

Πίνακας 8.23:

Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και φύλου

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δαπάνες							
	M.O	T.A	N	t	p	Δ.Μ	95%Δ.Ε για Δ.Μ
Άνδρες	2,21	2,09	63	-1,43	0,153	0,484	(-1,151) - 0,183
Γυναίκες	2,69	1,97	84				
Σύνολο			147				

Με την ίδια στατιστική ανάλυση έγινε η σύγκριση των μέσων τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (ιεραρχικής κλίμακας ποιοτική μεταβλητή) και της ανεξάρτητης ποιοτικής της Υπηκοότητας. Παρατηρείται ότι τα άτομα ελληνικής υπηκοότητας (2,58) προκαλούν περισσότερες ιδιωτικές πληρωμές σε σχέση με τα άτομα που είναι άλλης υπηκοότητας (1,20). Μεταξύ των δύο υπάρχει στατιστική σημαντικότητα (Sig.2-Tailed= 0,038 <0,05)

Πίνακας 8.24:

Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και υπηκοότητας

Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δαπάνες							
	M.O	T.A	N	t	p	Δ.Μ	95%Δ.Ε για Δ.Μ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	2,58	2,04	137	2,09	0,038	1,377	0,076- 2,677
Άλλη	1,20	1,39	10				
Σύνολο							

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 8.25 υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ της παρατηρηθείσας και της αναμενόμενης πιθανότητας άμεσης ιδιωτικής πληρωμής τους τελευταίους 2 μήνες, των ατόμων με και χωρίς την ύπαρξη χρόνιας πάθησης. Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών καθώς ο ακριβής έλεγχος Fisher διπλής ουράς δίνει πιθανότητα $p=0,012$ (CI 99%, 0,009-0,014). Ο δείκτης συσχέτισης παίρνει την τιμή 0,333 και δείχνει μια ικανοποιητική συσχέτιση.

Πίνακας 8.25:

Σχέση ιδιωτικών δαπανών υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και ύπαρξης χρόνιας πάθησης

	Τιμή	df	Τιμή p	99% ΔΕ
Κριτήριο χ^2	18,251	8	0,012	0,009-0,014
N	147			
Δείκτης συσχέτισης Contingency Coefficient	0,333		0,013	0,01- 0,015

Στο παράρτημα 2 δίνεται μια συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων

Κεφάλαιο 9. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη αφορούσε την ανάλυση των ατομικών παραγόντων που επηρεάζουν στην ζήτηση (όπως αυτή διαμορφώνεται μέσα από την συχνότητα της χρήσης και την σχετική ατομική δαπάνη), καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των κατοίκων που διαμένουν και εργάζονται μόνιμα στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων.

Τα κυριότερα αποτελέσματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

9.1 Προσδιοριστικοί παράγοντες χρήσης

Όσον αφορά στην συχνότητα στη χρήση, ορισμένες μεταβλητές από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα με πιθανότητα σφάλματος κάτω του 5%.

Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης παρουσίασε μια σημαντική επίδραση σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Τα άτομα με κακή υγεία παρουσιάζουν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν επίσκεψη σε κάποια δομή υγείας γεγονός που συμβαδίζει με την θεωρία (Winkelmann, 2004; Van Ophem, 2011; Gerdtham, 1997). Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας υπάρχει μια σημαντική σχέση στο πως τα άτομα που δηλώνουν την ύπαρξη χρόνιας πάθησης απευθύνονται στον δημόσιο τομέα των δομών της υγείας ($p=0,002$, $R \text{ Squared} = 6,4\%$). Κάτι που ίσως οφείλεται στο υψηλό κόστος διαχείρισης των προβλημάτων υγείας τους.

Η επίδραση του φύλου είχε την αναμενόμενη επίδραση στην συνολική χρήση υπηρεσιών σε επίπεδο σημαντικότητας κάτω του 1%. Γενικά, οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες πραγματοποιούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ιατρικές επισκέψεις (Sendino-Redondo et al., 2006; Van Ophem, 2011; Bourne et al., 2010). Σε συμφωνία με προγενέστερες μελέτες (Σεμερτζιάδη και συν, 2011) οι γυναίκες παρουσίασαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν χρήση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα ($p=0,03$).

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει τον αριθμό των επισκέψεων. Πιο συγκεκριμένα αυτή η διαφορά αποτυπώθηκε μεταξύ των άγαμων και των παντρεμένων. Κάτι που συμβαδίζει με την θεωρία που υποστηρίζει ότι όντας κάποιος παντρεμένος, χωρισμένος ή χήρος έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης σε σχέση με αυτούς που ζουν μόνοι (Economidou, 2008).

Όσον αφορά στη μεταβλητή του τόπου διαμονής παρουσιάζεται μια σημαντική διαφορά στη συχνότητα επισκέψεων στις δημόσιες δομές, των ατόμων

που διαμένουν στον αστικό δήμο και τους περιφερειακούς. Αυτό υποδηλώνει την έλλειψη ιδιωτικών δομών (ιατρείων) σε αυτές τις περιοχές. Σύμφωνα με την θεωρία μια πιθανή ερμηνεία μπορεί να είναι η ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος (Gerdtham, 1997).

Η μορφή εργασίας, εάν δηλαδή τα άτομα εργάζονται υπό πλήρη, μερική απασχόληση ή εργάζονται υπερωριακά, αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για την πιθανότητα επίσκεψης τους τελευταίους 12 μήνες ($p=0,007$). Τα άτομα που εργάζονται με πλήρη απασχόληση έχουν μια μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης από την αναμενόμενη, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται υπερωριακά ή με μερική απασχόληση. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μελέτη με βάση την οποία εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση πραγματοποιούν λιγότερες επισκέψεις (Van Ophem, 2011). Όμως, τα άτομα που ανέφεραν πλήρη απασχόληση εργάζονται στο δημόσιο τομέα, ενώ οι άλλες δύο κατηγορίες, κυρίως, εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας. Έτσι, πιθανώς αυτό να οφείλεται σε αυτό που οι Riphahn et al. (στο Machnes, 2006) χαρακτηρίζουν ως κόστος ευκαιρίας μιας επίσκεψης. Στη μη αποζημίωση δηλαδή για την απώλεια εισοδήματος που προκαλείται από την ανταλλαγή του χρόνου να δεχθεί το άτομο μια ιατρική υπηρεσία.

Η μεταβλητή του επιπέδου μόρφωσης ασκεί σημαντική επίδραση στην πιθανότητα επίσκεψης στις ιδιωτικές δομές. Μεταξύ των δύο ομάδων (Χαμηλό / Υψηλό επίπεδο) παρατηρείται σημαντική διαφορά των μέσων όρων επισκέψεων στις ιδιωτικές δομές. Τα άτομα με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης καλύπτουν τις υγειονομικές τους ανάγκες με υπηρεσίες προερχόμενες από τον ιδιωτικό τομέα (Σεμερτιάδη και συν, 2011; Pappa and Niakas, 2006) Σύμφωνα με την θεωρία το επίπεδο μόρφωσης σχετίζεται θετικά με την ζήτηση αποθέματος κεφαλαίου 'καλής υγείας', υπό την υπόθεση βέβαια ότι είναι πιο αποτελεσματικά στην παραγωγή κεφαλαίου καλής υγείας (Crossman, 1972). Τα άτομα επομένως με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είναι πιο ενημερωμένα και γνωρίζουν καλύτερα την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης.

Η μεταβλητή της ηλικίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική με p -value 0.002, με τη συχνότητα εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Κάτι που συμβαδίζει με τη θεωρία καθώς τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα πρόκλησης ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών. Η διακύμανση στη χρήση της δευτεροβάθμιας φροντίδας μπορεί εξηγηθεί από την κατάσταση της υγείας, που τα

ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (Andersen, 1995; Pappa & Niakas, 2006).

9.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες ατομικών δαπανών.

Όσον αφορά στις μεταβλητές που επηρεάζουν την καθαρή ιδιωτική δαπάνη έχουμε:

Υπάρχει μια ισχυρή γραμμική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ και ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης βρέθηκε ότι περίπου το 18% των ατομικών δαπανών ερμηνεύονται από τη χρήση των ιδιωτικών δομών.

Όσον αφορά στην ύπαρξη χρόνιας πάθησης, εκτός από την επίδραση που ασκεί στη χρήση, ασκεί σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή της ατομικής δαπάνης. Σε περίπτωση χρόνιας πάθησης το άτομο αναγκάζεται σε αυξημένη ατομική πληρωμή ($p=0,01$). Παρόλο τη σχεδόν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού οι συν-πληρωμές ασκούν αρνητική επίπτωση στο ύψος των ιδιωτικών πληρωμών.

Όσον αφορά στη μεταβλητή του φύλου οι γυναίκες υποχρεώνονται σε περισσότερες ιδιωτικές πληρωμές. Ωστόσο, όμως δεν βρέθηκε στατιστική σημαντική συσχέτιση ($p=0,153$).

Η μεταβλητή της υπηκοότητας παρουσιάζει επίσης μια σημαντική συσχέτιση με την ατομική δαπάνη. Τα άτομα που είναι αλλοδαπά πραγματοποιούν μικρότερες άμεσες πληρωμές. Τα αποτελέσματα είναι συνεπή με την σχετική βιβλιογραφία και αυτό το αποτέλεσμα θεωρείται ότι οφείλεται στα μειωμένα εισοδήματα των ατόμων που προέρχονται από άλλες χώρες (Miners et al., 1978).

9.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες δυσκολίας στην πρόσβαση.

Όσον αφορά στα εμπόδια που παρουσιάζονται στην μη εκπλήρωση των εκφραζόμενων αναγκών δόθηκε η δυνατότητα πολλαπλών επιλογών με την χρησιμοποίηση των μεταβλητών: του τόπου κατοικίας (απόσταση), του κόστους, της ύπαρξης παιδιών, της εργασιακής απασχόλησης, της λίστας αναμονής.

Τα αποτελέσματα των ερμηνευτικών μεταβλητών έδειξαν:

Η μεταβλητή του τόπου κατοικίας δείχνει ότι τα άτομα που διαμένουν στους περιφερειακούς δήμους δηλώνουν μια δυσκολία στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, λόγω γεωγραφικής απόστασης. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται από σχετικές

μελέτες που αναφέρουν ότι η μη δυνατότητα για άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες επηρεάζει την απόφαση για ιατρική επίσκεψη (Donnell, 2006; Tjierbo, 2010; McGregor et al., 2006; Kentikelenis et al., 2011).

Το μηνιαίο ατομικό και οικογενειακό εισόδημα ασκεί ισχυρή επίδραση στην απόφαση για μη κάλυψη της εκφραζόμενης υγειονομικής ανάγκης, η οποία οφείλεται στην αδυναμία κάλυψης του χρηματικού κόστους. Σύμφωνα με την θεωρία για την ερμηνεία των υγειονομικών ανισοτήτων πρέπει μεταξύ άλλων να λαμβάνεται υπόψη το εισόδημα και το επίπεδο τιμών (Crossman, 1972; Κυριόπουλος και Νιάκας, 1994).

Υπό την οπτική του χρηματικού κόστους, η μεταβλητή της ύπαρξης ασφαλιστικής υγειονομικής κάλυψης είχε σημαντική στατιστική επίδραση, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Τα άτομα με μη ασφαλιστική κάλυψη είχαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να εκφράσουν ως λόγω μη εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης το χρηματικό κόστος. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία χώρες, όπως η Ελλάδα, που έχουν υιοθετήσει την χρέωση τιμών έχουν αρνητική επίπτωση στην ισότητα στην πρόσβαση (Ruckert & Labonte, 2012; Lusardi et al., 2010).

Όσον αφορά στη μεταβλητή της υπηκοότητας τα άτομα με αλλοδαπή υπηκοότητα έχουν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να μην καλύψουν τυχόν πρόβλημα υγείας λόγω του κόστους.

9.4 Περιορισμοί της μελέτης.

Ο ορισμός της μέτρησης της ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι μια δύσκολη υπόθεση, έτσι ο καθορισμός των ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση χρειάζεται λεπτομερή σχεδιασμό.

Η παρούσα έρευνα εμφανίζει τις δυσκολίες και περιορισμούς που εντοπίζονται στις παρακάτω δομικές αδυναμίες.

1. Το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό, κάτι που εμποδίζει την δυνατότητα γενίκευσης.

2. Λόγω του χρονικού περιορισμού δεν έγινε λεπτομερής καταγραφή των ατομικών υγειονομικών αναγκών

Έτσι, θα ήταν ωφέλιμο η έρευνα να πραγματοποιηθεί με ένα μεγαλύτερο δείγμα που να επιτρέπει την αναγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

9.5 Εφαρμογές της μελέτης

Τα εμπειρικά ευρήματα έδειξαν ότι η ύπαρξη υγειονομικών ανισοτήτων στην περιοχή είναι υπαρκτή και επιβαρύνει κυρίως τις ασθενέστερες ομάδες του πληθυσμού, όπως τους χρόνια πάσχοντες, τους ηλικιωμένους, τους αλλοδαπούς, τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και τα άτομα που ζουν στους περιφερειακούς δήμους.

Σε μια χρονική περίοδο ραγδαίων αλλαγών στο χώρο της υγείας με σημαντικές μεταβολές στον υγειονομικό χάρτη του νομού, θα πρέπει να τεθεί υπό εξέταση το ενδεχόμενο υποβάθμισης των δημόσιων δομών υγείας να επηρεάσει αρνητικά την χρήση και πρόσβαση σε αυτές τις ομάδες.

Επίσης, η ύπαρξη των ανισοτήτων, σε συνδυασμό με την χειροτέρευση δεικτών όπως η δημογραφική γήρανση, η αύξηση των χρόνιων παθήσεων, η απότομη αύξηση της ανεργίας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, επιβάλουν τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Έτσι, τα αποτελέσματα μπορεί να έχουν συμβολή στην διαμόρφωση πολιτικών και ιδιαίτερα στην κατάλληλη κατανομή των σπάνιων υγειονομικών πόρων και την ιδανική σχέση αλληλοσυμπλήρωσης μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της υγείας στην ευρύτερη περιοχή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός στην παρούσα μελέτη ήταν ο προσδιορισμός και ανάλυση των ατομικών παραγόντων που επηρεάζουν την καταναλωτική συμπεριφορά σε υπηρεσίες υγείας, στον νομό Ιωαννίνων. Το δείγμα των 147 ατόμων περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 18 ετών και πάνω και προέρχονται από τον πληθυσμό που διαμένει μόνιμα στην ευρύτερη περιοχή του νομού Ιωαννίνων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με την συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε με βάση την σχετική βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία. Στην στατιστική ανάλυση διερευνήθηκε μια σειρά δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και η πιθανή επίδραση στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Καθώς η ανάλυση έγινε σε μικροοικονομικό επίπεδο το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε αποκλειστικά σε επίπεδο ατόμου – καταναλωτή. Τα άτομο είναι ο καταναλωτής υπηρεσιών έστω και εάν υπεισέρχονται και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες.

Υπό αυτό το πρίσμα το ενδιαφέρον είχε διπλό χαρακτήρα. Αφενός να γίνει η καταγραφή και μέτρηση των μεταβλητών που ποσοτικοποιούν την ζήτηση και αφετέρου να γίνει ένας προσδιορισμός των παραγόντων όπου εκφραζόμενες υγειονομικές ανάγκες δεν κατέληξαν στην κάλυψή τους και οδηγούν σε ανισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Για την καταγραφή και ανάλυση των παραπάνω χρησιμοποιήθηκαν διαδοχικά ανεξάρτητες μεταβλητές που ποσοτικοποιούν την συχνότητα χρήσης για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και της καθαρής δαπάνης για το διάστημα των τελευταίων 2 μηνών. Ειδικά για τις δαπάνες υγείας πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές αφορούσαν την «καθαρή» ατομική δαπάνη, αυτή δηλαδή που επιβαρύνει τον ατομικό προϋπολογισμό καθώς δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Αναφορικά με τους λόγους που οδήγησαν σε δυσκολία στην πρόσβαση και στη μη κάλυψη των εκφραζόμενων υγειονομικών αναγκών, αυτή η ανίχνευση έγινε για το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών και έγινε με την χρήση των μεταβλητών: του τύπου κατοικίας, του κόστους, της ύπαρξης παιδιών, της εργασιακής απασχόλησης και της λίστας αναμονής.

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 22.0 και το

επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 95% ($p < 0,05$). Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, η μέθοδος X^2 (Pearson Chi Square), ο ακριβής έλεγχος Fisher (Fisher – exact test), ο μη συσχετισμένος έλεγχος t και η μη συσχετισμένη ανάλυση διακύμανσης (ANOVA).

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας για τις εξαρτημένες μεταβλητές (της χρήσης, της ατομικής δαπάνης, τους λόγους μη πρόσβασης) έδειξαν ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής), οι κοινωνικοοικονομικές, μεταβλητές (εργασιακή κατάσταση, επίπεδο μόρφωσης, εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη) και τα χαρακτηριστικά υγείας (ύπαρξη χρόνιας πάθησης) ασκούν σημαντική στατιστική επίδραση και επηρεάζουν την ζήτηση και πρόσβαση των κατοίκων του νομού Ιωαννίνων.

Αναλυτικά, από την εμπειρική ανάλυση φαίνεται ότι:

Τα άτομα με χρόνια πάθηση παρουσίασαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν επίσκεψη σε κάποια δομή υγείας γεγονός που συμβαδίζει με την θεωρία (Winkelmann, 2004; Van Ophem, 2011; Gerdtham, 1997). Επιπλέον, και το σημαντικότερο, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας για την κάλυψη των προβλημάτων τους απευθύνονται σε μεγαλύτερο βαθμό στον δημόσιο τομέα των δομών της υγείας, από ότι σε ιδιώτες πάροχους. Επιπλέον, τα άτομα που έχουν κάποια χρόνια πάθηση αναγκάζονται σε αυξημένη ατομική πληρωμή. Αυτό θα πρέπει να απασχολήσει τους διαμορφωτές πολιτικής διότι μπορεί να οδηγήσει αυτά τα άτομα σε εγκατάλειψη της θεραπευτικής τους προσπάθειας υπό το βάρος της αδυναμίας να ανταπεξέλθουν στην οικονομική επιβάρυνση.

Σημαντικές διαφορές εντοπίζονται στα δυο φύλα, όπου υπάρχει μια τάση για τις γυναίκες να πραγματοποιούν μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Ειδικότερα, και σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, οι γυναίκες παρουσίασαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν χρήση υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά την καθαρή ιδιωτική δαπάνη φαίνεται ότι οι γυναίκες πραγματοποιούν μεγαλύτερες ιδιωτικές πληρωμές, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστική σημαντική συσχέτιση ($p = 0,153$).

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει τον αριθμό των επισκέψεων. Πιο συγκεκριμένα αυτή η διαφορά αποτυπώθηκε μεταξύ των άγαμων και των παντρεμένων. Τα αποτελέσματα αυτά υπερασπίζονται μερικώς την άποψη

ότι όντας κάποιος παντρεμένος, χωρισμένος ή χήρος έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης σε σχέση με αυτούς που ζουν μόνοι (Economou, 2008).

Όσον αφορά την μεταβλητή του τόπου διαμονής παρουσιάζεται μια σημαντική διαφορά στην συχνότητα επισκέψεων στις δημόσιες δομές, των ατόμων που διαμένουν στον αστικό δήμο και τους περιφερειακούς, δείχνοντας έτσι μια ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος και έλλειψη απαραίτητων υγειονομικών υποδομών σε βάρος της περιφέρειας του νομού. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται από σχετικές μελέτες που αναφέρουν ότι η μη δυνατότητα για άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες επηρεάζει τον απόφαση για ιατρική επίσκεψη (Donnell, 2006; Tjierbo, 2010; McGregor et al., 2006; Kentikelenis et al., 2011). Ομοίως, μη μετρήσιμες επιδράσεις, όπως το χρονικό κόστος, μπορεί να δυσκολέψουν σημαντικά την χρήση και πρόσβαση σε αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες (Getzen, 2000).

Σημαντικές διαφορές εντοπίζονται με βάση την μεταβλητή της μορφής εργασίας, εάν δηλαδή τα άτομα εργάζονται υπό πλήρη, μερική απασχόληση ή εργάζονται υπερωριακά, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα για την πιθανότητα επίσκεψης τους τελευταίους 12 μήνες. Τα άτομα που εργάζονται με πλήρη απασχόληση παρουσίασαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης από την αναμενόμενη, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται υπερωριακά ή με μερική απασχόληση. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με μελέτη όπου εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση πραγματοποιούν λιγότερες επισκέψεις (Van Ophem, 2011). Αυτή η διαφορά δείχνει μια ανισότητα στην χρήση καθώς τα άτομα με πλήρη απασχόληση εργάζονται, κυρίως, στον δημόσιο τομέα όπου αντιμετωπίζουν λιγότερους εργοδοτικούς περιορισμούς, ενώ οι άλλες δύο κατηγορίες στον ιδιωτικό τομέα της οικονομίας.

Το υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης ασκεί σημαντική επίδραση στην πιθανότητα επίσκεψης στις ιδιωτικές δομές. Τα άτομα με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης καλύπτουν τις υγειονομικές τους ανάγκες με υπηρεσίες προερχόμενες από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό όμως καταδεικνύει προβλήματα ανεπαρκούς κάλυψης με οριζόντια ανισότητα στην πρόσβαση για τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό προφίλ, καθώς οι χρήστες των ιδιωτικών δομών εκφράζουν μια μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με αυτούς που δέχονται υπηρεσίες από τον δημόσιο τομέα (Σεμερτζιάδη και συν, 2011)

Η μεταβλητή της ηλικίας βρέθηκε στατιστικά σημαντική, με την συχνότητα εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία. Κάτι που συμβαδίζει με την θεωρία καθώς όσο αυξάνει η ηλικία εμφανίζεται μια μεγαλύτερη πιθανότητα πρόκλησης ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών. Η διακύμανση στην χρήση της δευτεροβάθμιας φροντίδας μπορεί εξηγηθεί από την κατάσταση της υγείας, όπου τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (Andersen, 1995; Pappa & Niakas, 2006).

Σε ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης βρέθηκε μια ισχυρή γραμμική συσχέτιση μεταξύ της κάλυψης των ατομικών αναγκών από τις ιδιωτικές δομές και της άμεσης ιδιωτικής πληρωμής, όπου φαίνεται ότι το 18% των ατομικών δαπανών ερμηνεύεται από την υγειονομική κάλυψη από ιδιώτες πάροχους. Επίσης, το μηνιαίο ατομικό και οικογενειακό εισόδημα βρέθηκε να ασκεί ισχυρή αρνητική επίδραση στην απόφαση για μη κάλυψη της εκφραζόμενης υγειονομικής ανάγκης.

Η σημαντικότητα των δύο πιο πάνω ευρημάτων (σχέση ιδιωτικών δομών προς ιδιωτική δαπάνη, και αρνητική επίδραση του εισοδήματος στην απόφαση για χρήση) συνίσταται στο ότι, με βάση την ανάλυση που έγινε στο τμήμα 2.2, η υγεία αποτελεί βασικό αγαθό, καθώς η τιμή της ελαστικότητας είναι γενικά αποδεκτό ότι σε μικροεπίπεδο είναι μικρότερη της μονάδας. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ανάγκη για ανακατανομή των υγειονομικών πόρων και μεγαλύτερη δημόσια εμπλοκή (Costa-Font et al., 2009). Επίσης, και το βασικό, η ύπαρξη έστω και ενός μικρού βαθμού ελαστικότητας στη ζήτηση, σημαίνει ότι το σύστημα τιμών με τη μορφή επιβαρύνσεων και της ποσοστιαίας συμμετοχής μπορεί να έχει ανεπιθύμητες παρενέργειες με τη μείωση της χρήσης στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα. Ιδιαίτερα στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα μπορεί να προκαλέσει την αποφυγή επισκέψεων στα πρώτα στάδια του συμπτώματος με επιπτώσεις στην υγεία και το κόστος (Κυριόπουλο & Νιάκας, 1994).

Σημαντικές διαφορές στη διαμόρφωση της ατομικής δαπάνης εντοπίζονται μεταξύ των ατόμων με ελληνική και άλλη υπηκοότητα. Οι αλλοδαποί πραγματοποιούν μικρότερες άμεσες πληρωμές. Αυτό συνάδει με το εύρημα που αφορά στην μη κάλυψη της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους, όπου οι αλλοδαποί παρουσιάζουν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να μην καλύψουν τυχόν πρόβλημα υγείας λόγω του κόστους.

Ομοίως, υπό την οπτική του χρηματικού κόστους η μεταβλητή της ύπαρξης ασφαλιστικής υγειονομικής κάλυψης είχε σημαντική στατιστική επίδραση. Τα ανασφάλιστα άτομα είχαν μια μεγαλύτερη πιθανότητα να εκφράσουν ως λόγω μη

εκπλήρωσης της υγειονομικής ανάγκης την αδυναμία κάλυψης του κόστους. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία χώρες, όπως η Ελλάδα, που έχουν υιοθετήσει την χρέωση τιμών έχουν αρνητική επίπτωση στην ισότητα στην πρόσβαση (Ruckert & Labonte, 2012; Lusardi et al., 2010).

Ανακεφαλαιώνοντας, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν στοιχεία που αποδεικνύουν την έντονη επίδραση των ατομικών κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών στην χρήση και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των κατοίκων. Αυτή η διάσταση στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας φανερώνει την ανάγκη για σχεδιασμό των πολιτικών υγείας ώστε να είναι πολυεπίπεδες και να περιλαμβάνουν παρεμβάσεις σε διαφορετικούς τομείς της οικονομίας και της κοινωνίας, όπως η αγορά εργασίας, η κοινωνική ενσωμάτωση, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού, η ισόρροπη ανάπτυξη σε δομές των περιφερειακών δήμων, κλπ., με τελικό στόχο την μείωση των επιπτώσεων από την ύπαρξη των οριζόντιων υγειονομικών ανισοτήτων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: (Ξερόγλωσση)

- Arrow K., (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *The American Economic Review*, **5**, pp.941-973.
- Andersen R., (1995), “Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter;”, *Journal of Health and Social Behavior*, **36**(1), pp.1-10.
- Bourne P., Shearer D., Paul T., LaGrenade J., Charles C., (2010), “Public and private health care utilization differences between socioeconomic strata in Jamaica”, *Patient Related Outcome Measures*, **1**, pp.81-91.
- Catalano R, (2009), “Health, Medical Care, and Economic Crisis”, *N Engl J Med*, (360), pp 749-751.
- Costa-Font J., Gemmill M., Rubert G., (2009), Re-visiting the health care luxury good hypothesis: Aggregation, precision, and publication biases?, HEDG Working Paper 09/02, The University of York.
- Culyer A., (2001), “Equity – some theory and its policy implication”, *Journal of Medical Ethics*, **27**, pp. 275-283.
- EACH (eastern access community health), “What are the types of needs”, (Source: Hawe, Degeling & Hall, 1990 / ACT Health Promotion 2009).
- Economou A., Nikolaou A., Theodossiou, (2008), “Socioeconomic status and health – care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union”, *Health Services Management Research*, **21**, pp.40-59.
- Farmbacher H., (2012), “Extensions of hurdle models for overdispersed count data, *Health Economics*, pp.
- Gerdtham (1997), “Equity in health care utilization: Further tests based on hurdle models and Swedish micro data” *Econometrics and Health Economics*, **6**, pp.303-319
- Getzen T., (2000), “Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures”, *Journal of Health Economics*, **19**, pp. 259-270.
- Gosden T, Forland F, Christiansen I, Sutton M., Leese F., Giuffrida A., Sergison M., (2006), “Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
- Grossman M., (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy*, pp. 223-255.

- Grytten J., Sorensen R., (2001), "Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway", *Journal of Health Economics*, **20**, pp. 379-393.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, **378**, pp. 1457-1458.
- Lu M., Jonsson E., (2008), *Financing Health Care*, Wiley –VCH .
- Lusardi A, Schneider D, Tufano P, (2010), "The Economic Crisis and Medical Care Usage", *Harvard Business School*.
- Machnes Y., (2006), "The demand for private health care under national health insurance", *Eur J Health Econ*, **7**, pp.265-269.
- Miners L., Green S., Salder E., Scheffler R., (1978), "Demand for medical care in a rural setting: Racial comparisons" *Health Service Research*, **13**(3), pp.261-275.
- Pauly, (2006), "Adverse selection and moral hazard: implications for health insurance markets", Oberlin College Health Economics Conference, September 8-10-2006.
- Pappa E., Niakas D., (2006), "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area", *BMC*, **6**, pp.146-157.
- Rebhan D., (2008), Health care utilization: Understanding and applying theories and models of health care behavior, Case Western Reserve University.
- Lari M., Packham C., Gray D., (2003), "Need for redefining needs", *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:34.
- Ruckert A., Labonte R., (2012), " The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework", *Critical Public Health*, **22**(3), pp.267-279.
- Sassi R., Beria J., Barros A., (2003), "Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study", *Rev Saude Publica*, **37**(3), pp. 372-378.
- Sendino-Redondo A., Castillon P., Banegas R., Rondriguez –Artalejo F., (2006), " Gender differences in the utilization of health-care service among the older adult population of Spain", *BMC Public Health*, **6**, pp.152-159.
- Van Ophem H., (2011), "The frequency of visiting a doctor: is the decision to go independent of the frequency", *Journal of Applied Econometrics*, **26**, pp. 872-879.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: (Ελληνόγλωσσα)

Δημητριάδης Ε., (2012), *Στατιστική Επιχειρήσεων με εφαρμογές σε SPSS και LISREL*, Αθήνα: Κριτική.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, (2008), Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Επιμέλεια Έφη Σίμου.

Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1994), *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, ΕΣΔΥ.

Οικονόμου Α., (2008), *Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές Διαστάσεις στην κατάσταση της υγείας και στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας των μελών του εργατικού δυναμικού στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης*, Διδακτορική Διατριβή, Παν/μιο Μακεδονίας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Παππά Ε., (2007), *Διερεύνηση της ισότητας στη χρήση υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση της περιφέρειας πρωτευούσης*, Διδακτορική διατριβή, ΕΑΠ.

Σεμερτζιάδη Μ., Γαλάνης Π., Σίσκου Ο., (2011), «Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση ιδιωτικής έναντι δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης σε επαρχιακές πόλεις», *Νοσηλευτική*, **50**(4), σελ. 410-420.

Σούλης Σ., (1999), *Οικονομική της υγείας*, Αθήνα: Παπαζήση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Ορισμός των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

1. Φύλο	(1 = άνδρας, 2 = γυναίκα)
2. Ηλικία	(Κατηγορική μεταβλητή)
3.Υπηκοότητα	(1=Ελληνική, 2 = Άλλο)
4. Περιοχή μόνιμης διαμονής	(1 = δήμος Ιωαννιτών, 2 = Περιφ/κή δήμοι)
5. Οικογενειακή κατάσταση	(Κατηγορική μεταβλητή)
6. Αριθμός ατόμων του νοικοκυριού	(Ποσοτική μεταβλητή)
7. Μορφωτικό επίπεδο	(1 = Χαμηλό επίπεδο, 2= Υψηλό επίπεδο)
8. Απασχόληση	
9. Μορφή εργασίας	(1=Πλήρους, 2=Μερικής, 3=Υπερωριακής)
10. Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	
11. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	
12. Μηνιαία Αποταμίευση	
13. Ύπαρξη Ασφαλιστικής κάλυψης	(1=ναι, 2=όχι)
14 Ταμείο ασφάλισης	
15 Γενικά το επίπεδο υγείας σήμερα	
16 Συνολικά το επίπεδο υγείας τους τελευταίους 12 μήνες	
17. Ύπαρξη χρόνιας πάθησης	(1=ναι, 2= όχι)
18Επίσκεψη σε γιατρό ή άλλη υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 12 μήνες	(1=ναι, 2=όχι)
19Συχνότητα χρήσης Κέντρου Υγείας ή Αγροτικού ιατρείου τους τελευταίους 12 μήνες	
20 Συχνότητα χρήσης πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ τους τελευταίους 12 μήνες	
21 Συχνότητα χρήσης ιδιωτικού ιατρείου συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ τους τελευταίους 12 μήνες	
22.Συχνότητα χρήσης ιδιωτικού ιατρείου μη συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ τους τελευταίους 12 μήνες	
23.Συχνότητα χρήσης εξωτερικών ιατρείων δημόσιου νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες	
24. Συχνότητα χρήσης Δημόσιο Νοσοκομείο (για εισαγωγή) τους τελευταίους 12 μήνες	
25. Συχνότητα χρήσης Ιδιωτικής κλινικής τους τελευταίους 12 μήνες	
26. Συχνότητα χρήσης Άλλο (π.χ ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο) τους τελευταίους 12 μήνες	
27.Ύπαρξη υγειονομικής ανάγκης τους τελευταίους 12 μήνες που δεν ικανοποιήθηκε	(1=ναι, 2=όχι)
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω εργασίας	Διχοτομική

Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω της φροντίδας των παιδιών	
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους	
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω απόστασης	
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω λίστας αναμονής	
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης για άλλους λόγους	
32. Ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 2 μήνες	

Παράστημα 2: Συνολική παρουσίαση των στατιστικών αποτελεσμάτων της έρευνας

Μεταβλητές	Στατιστικό κριτήριο				
	X ²	Fisher	One – Way ANOVA	t-test	OR
1. χρήση υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης	X ² = 11.04, df=1, p=0.001				OR: 1,21, CI95%, 1.075-1.36
Χρήση υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και οικογενειακή κατάσταση			A. συνολικά σημαντική (F=6.7, p=0.00). B. κατά Bonferroni η μοναδική σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των άγαμων και των παντρεμένων (διαφορά μέσων=0.27, p=0.00, CI 95%, 0.11-0.43).		
Χρήση υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες και μορφή εργασιακής κατάστασης		p=0.007, CI 99%, 0.005-0.009			
2. Συνολική χρήση υπηρεσιών υγείας και φύλο			Sig.F(7.03)= 0.009<0.05 Eta Squared 0.046		
Χρήση ιδιωτικών δομών υγείας και φύλο			Sig.F(4.81)= 0.03<0.05 Eta Squared 0.032		
Δημόσιες δομές υγείας και τόπος διαμονής			Sig.F(5.23)= 0.02<0.05 Eta Squared 0.035		
Δημόσιες δομές υγείας και ύπαρξη χρόνιας πάθησης			F=9.87, p= 0.002 Eta Squared 0.064		
Ιδιωτικές δομές υγείας και επίπεδο μόρφωσης				t=-2.55, p=0.012, MD= 1.702, CI95%,	

				(-3.025) – (-0.379)	
Ιδιωτικές δομές υγείας και τόπος κατοικίας				t=2.91, p=0.004, MD=1.52, CI95%, 0.491-2.549	
Συχνότητα χρήσης μη συμβεβλημένου ιατρού τους τελευταίους 12 μήνες και φύλο				t=-2.81, p=0.006, MD=-0.802, CI95%, (-1.364) – (-0.239)	
Συχνότητα εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και ηλικία			F(4.011)= p=0.002 Eta Squared 0.125		
3. Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω απόστασης και τόπος κατοικίας	X ² =59.36, df=1, p=0.000				
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω εργασίας και εργασιακή απασχόληση		p=0.003, CI 99%, 0.002-0.005			
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και υπηκοότητα		p=0.001			OR: 0,27, CI95%, 0,17-0,42
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίο ατομικό εισόδημα		p=0.009, CI 99%, 0.007-0.012			
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		p=0.008, CI 99%, 0.006-0.010			
Μη εκπλήρωση της υγειονομικής ανάγκης λόγω κόστους και ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης		p=0.001			OR: 0,23, CI95%, 0,17-0,31
4. Ιδιωτικές δομές υγείας και ιδιωτικές δαπάνες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες			Sig.F(6.98)=0.00. Ο δείκτης Linearity (Sig.F(36.09)=0.00 R ² = 18.6%		
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας τους τελευταίους 2 μήνες και υπηκοότητα				t=2.09, p=0.038, MD=1.377, CI95%, 0.076-2.677	
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες και ύπαρξη χρόνιας πάθησης		p=0.012, CI 99%, 0.009-0.014			

Παράρτημα 3: Ερωτηματολόγιο

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Φύλο: (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα √)

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε; (√)

18-24	
25-34	
35-44	
45-54	
55-64	
65και άνω	

3. Έχετε την ελληνική υπηκοότητα: (√)

Ναι	
Όχι	

4. Περιοχή μόνιμης κατοικίας: (√)

Δήμος Ιωαννιτών	
Σε άλλο Δήμο	

5. Οικογενειακή κατάσταση: (√)

Άγαμος/η	
Παντρεμένος/η	
Συμβίωση	
Διαζευγμένος/η	
Χήρος/α	

6. Από πόσα άτομα αποτελείται συνολικά το νοικοκυριό σας:
.....άτομα

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Κοινωνικά και Οικονομικά χαρακτηριστικά

7. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; (√)

Αναλφάβητος/η	
Δημοτικό	
Δ/βαθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο ή Λύκειο ή Τεχνικό Λύκειο-Τεχνική Σχολή)	
Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) και συναφείς σχολές	
Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος	
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος	

8. Συμπληρώστε με (√) ποια είναι η απασχόλησή σας:

Δημόσιος Υπάλληλος	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	
Ελεύθερος επαγγελματίας	
Αγρότης	
Οικιακά	
Συνταξιούχος	
Φοιτητής/τρια	

Άνεργος	
Άλλη περίπτωση (γράψτε το)

9. Η εργασία σας είναι: (√)

Πλήρους απασχόλησης (30-40 ώρες εργασίας την εβδομάδα)	
Μερικής απασχόλησης (λιγότερες από 30 ώρες εργασίας)	
Υπερωριακή απασχόληση (περισσότερες από 40 ώρες)	

10. Ποιο είναι το μηνιαίο ατομικό εισόδημά σας; (√)

Έως 500 ευρώ	
501-800	
801-1100	
1101-1400	
1401-1700	
1701-2000	
2001-2300	
2301-2600	
2601 και άνω	
Δεν απαντώ	

11. Ποιο είναι κατά προσέγγιση το μηνιαίο σας οικογενειακό εισόδημα: (√)

Έως 1000 ευρώ	
1001-2000	
2001-3000	
3001-4000	
4001-5000	
5001-6000	
6001 και άνω	
Δεν απαντώ	

12. Ποιο από τα παρακάτω ποσά αποταμιεύετε μηνιαίως; (√)

0 ευρώ(δεν αποταμιεύω)	
Έως 100ευρώ	
101-200	
201-300	
301-400	
401-500	
500 και άνω	
Δεν απαντώ	

13. Είστε ασφαλισμένος; (√)

Ναι	
Όχι	

14. Σε ποιο ταμείο είστε ασφαλισμένος;

ΙΚΑ	
ΟΓΑ	
ΟΠΑΔ	
Άλλο ταμείο

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: Χαρακτηριστικά υγείας

3.1. Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας

15. Γενικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία σας σήμερα; (√)

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	
Πολύ κακή	

16. Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία σας τους τελευταίους 12 μήνες;(√)

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	
Πολύ κακή	

17. Παρακαλώ συμπληρώστε με (√) αν έχετε μια ή περισσότερες παθήσεις που αναγράφονται παρακάτω:

Σακχαρώδης διαβήτης	
Αυξημένη χοληστερίνη	
Υπέρταση-Καρδιοπάθεια	
Άσθμα-Αναπνευστικά προβλήματα	
Αρθρίτιδα-Προβλήματα με τα οστά	
Άλλη χρόνια πάθηση

ΕΝΟΤΗΤΑ 4: Χρήση υπηρεσιών υγείας

18. Κατά την διάρκεια των τελευταίων **12 μηνών**, επισκεφθήκατε κάποιο γιατρό ή κάποια υπηρεσία υγείας (π.χ οδοντίατρο, φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο, οπτικό); (√)

Ναι (Συνεχίζεται στην ερώτηση 21)	
Όχι (συνεχίζεται στην ερώτηση 22)	

19. Υπάρχουν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας που αναγράφονται παρακάτω. Παρακαλώ αναφέρετε **πόσες φορές** χρησιμοποιήσατε κάθε μια από αυτές τους τελευταίους **12 μήνες**.

	<u>ΦΟΡΕΣ</u>
Κέντρο Υγείας ή Αγροτικό ιατρείο	
Πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ	
Ιδιωτικό ιατρείο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ	
Ιδιωτικό ιατρείο μη συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ	
Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου	
Δημόσιο Νοσοκομείο (για εισαγωγή)	
Ιδιωτική κλινική	
Άλλο (π.χ ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο)

20. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών υπήρξε, κατά την γνώμη σας, κάποια περίπτωση που χρειάζοσασταν ιατρική φροντίδα και δεν την είχατε; (√)

Ναι (Συνεχίζεται στην ερώτηση 23)	
Όχι (Συνεχίζεται στην ερώτηση 24)	

21. Παρακαλώ υποδείξτε με (√) τον λόγο ή τους λόγους που δεν μπορούσατε να καλύψετε την ανάγκη για την υπηρεσία υγείας;

Δεν μπορούσα να απουσιάσω από την εργασία μου	
---	--

Είχα την φροντίδα των παιδιών μου	
Δεν μπορούσα να πληρώσω το κόστος	
Λόγω απόστασης	
Μακριά λίστα αναμονής	
Άλλος λόγος (γράψτε το)

22. Πόσα χρήματα δαπανήσατε «καθαρά» από το εισόδημά σας (χωρίς το ποσό που κάλυψε το ασφαλιστικό σας ταμείο ή η ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία) για υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους **2 μήνες**; (περιλαμβάνεται η αμοιβή γιατρών, η συμμετοχή για αγορά φαρμάκων ή ειδών που σχετίζονται με προβλήματα της υγείας σας, όπως της αγοράς γυαλιών, ακουστικών, ορθοπεδικών ειδών, κá)

Έως 50 ευρώ	
51-100	
101-200	
201-300	
301-400	
401-500	
501 και άνω	
Δεν απαντώ	