



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Διδακτορική Διατριβή

Κωνσταντία Α. Μπάρδα

Αθήνα, 2017

Η Διδακτορική Διατριβή εξετάστηκε από την κάτωθι Επταμελή Επιτροπή:

Γεώργιος Χονδρογιάννης,
Καθηγητής, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο
Πανεπιστήμιο

Ιωάννης Υφαντόπουλος,
Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Πανεπιστήμιο
Αθηνών

Μαρία Γιαννακούλια,
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας Διατροφής,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Άννα Σαϊτή,
Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο
Πανεπιστήμιο

Ελένη Θεοδωροπούλου,
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Ελένη Σαρδιανού,
Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας,
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Αιμιλία Παπακωνσταντίνου,
Λέκτορας, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου,
Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου δεν υποδηλώνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.

Η διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε με τη χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ) στο πλαίσιο της Πράξης «Προγράμματα Υποτροφιών Ι.Κ.Υ.» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» - ΕΣΠΑ 2007-2013 (MIS: 311542).



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Η Μπάρδα Κωνσταντία,

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1)** Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
- 2)** Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα 087 αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

**Σε όσους «έφυγαν» νωρίς...
και σε ό,τι νέο έρχεται.**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διδακτορική διατριβή θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή και Επιβλέποντα μου κ. Γεώργιο Χονδρογιάννη. Η επιστημονική, ακαδημαϊκή καθοδήγηση, από τα πρώτα χρόνια της συνεργασίας μας, μέχρι την ηθική υποστήριξη τους τελευταίους μήνες της ολοκλήρωσης της διδακτορικής διατριβής, ήταν καθοριστική για να υλοποιήσω τον ακαδημαϊκό στόχο μιας μακράς και επίπονης πορείας. Είναι τιμή για εμένα να έχω ως μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαρία Γιαννακούλια και τον Καθηγητή Ιωάννη Υφαντόπουλο. Οι συμβουλές τους υπήρξαν πολύτιμες για τη δομή της διδακτορικής διατριβής. Ευχαριστώ θερμά την Καθηγήτρια Ελένη Θεοδωροπούλου για τις εποικοδομητικές συναντήσεις, για τη στενή και άριστη συνεργασία μας. Με την ίδια θερμή θα ήθελα ευχαριστήσω την Καθηγήτρια Άννα Σαϊτή για τα εύστοχα σχόλια και τις επιστημονικές γνώσεις. Επιπρόσθετα, ευχαριστώ θερμά τη Λέκτορα Αιμιλία Παπακωνσταντίνου για την ανεκτίμητη επιστημονική της συμβολή και τη διαρκή υποστήριξή της. Ιδιαίτερη μνεία και θερμές ευχαριστίες στην Επίκουρη Καθηγήτρια Ελένη Σαρδιανού που ήταν πολύτιμη αρωγός από την σύνταξη της πρότασης, μέχρι και την τελευταία σελίδα της διδακτορικής μου διατριβής. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους καθηγητές μου που έφυγαν νωρίς... τον αείμνηστο Γεώργιο Καραμπατζό που ήταν ο λόγος που επέλεξα να σπουδάσω στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο και να αποκτήσω τον τίτλο του διδάκτορα και τον Αναστάσιο Τσίτουρα που υπήρξε μέλος της συμβουλευτικής μου επιτροπής και ο πρώτος που έθεσε τις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς της έρευνας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για τους γονείς μου, Αθανάσιο Μπάρδα και Ανδριανό Γιαννόπουλο για την αγάπη και τη δύναμη που μου έδωσαν να προσπαθώ και να υλοποιώ τους στόχους μου, αγνοώντας τις δυσκολίες. Το ευχαριστώ είναι λίγο για τη μητέρα μου και την αδελφή μου που ήταν οι αθόρυβοι συμπαραστάτες της διδακτορικής διατριβής. Η υπομονή, η εμπιστοσύνη, η διαρκής και ανιδιοτελής υποστήριξη από το σύζυγό μου είναι για εμένα τόσο πολύτιμα όσο και για τη ζωή που έρχεται...

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και τις ευχαριστίες στο ΙΚΥ για την υποστήριξη και την άριστη συνεργασία μας. Είναι τιμή για εμένα να είμαι Υπότροφος του ΙΚΥ ολοκληρώνοντας την παρούσα διδακτορική διατριβή.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
1.Εισαγωγή.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1 Θεωρητική προσέγγιση.....	20
2.1.1 Οργάνωση και ταξινόμηση υπηρεσιών υγείας.....	20
2.1.2 Το υπόδειγμα Grossman	21
2.1.3 Το υπόδειγμα Andersen.....	23
2.1.4 Η «Δραστική Προσέγγιση».....	24
2.2 Υπηρεσίες υγείας	26
2.2.1 Ελλάδα.....	26
2.2.2 Χαρακτηριστικά Δημόσιων - Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας.....	31
2.2.3 Ευρώπη.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
3.1 Φορείς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας	40
3.1.1 Οι δημόσιοι φορείς χρηματοδότησης	40
3.1.2 Οι ιδιωτικοί φορείς χρηματοδότησης.....	43
3.2 Η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος.....	46
3.3 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	48
3.4 Το εισόδημα του καταναλωτή	49
3.5 Η ιδιωτική ασφάλιση	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	55
4.1 Μεθοδολογία	55
4.2 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	57
4.3 Ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας	60
4.4 Αναγκαιότητα της έρευνας	61
4.5 Προϋποθέσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ	63
5.1 Εισαγωγή	63

5.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή.....	64
5.3 Ασφάλιση	68
5.4 Υπηρεσίες υγείας στάσεις και απόψεις του καταναλωτή	71
5.5 Νοσοκομειακή περίθαλψη	75
5.6 Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	79
5.6.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα	79
5.6.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα.....	80
5.6.3 Άτυπες πληρωμές.....	81
5.6.4 Κατανάλωση φαρμάκων	83
5.6.5 Επισκέψεις σε ιατρούς.....	87
5.6.6 Επισκέψεις σε νοσοκομεία	87
5.6.7 Επισκέψεις σε άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - Άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες	88
5.6.8 Επισκέψεις σε ειδικούς εναλλακτικής ιατρικής	88
5.7 Προληπτικές εξετάσεις.....	90
5.8 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας	91
5.9 Γενική κατάσταση υγείας	92
5.9.1 Χρόνιες παθήσεις	93
5.9.2 Επίπεδο υγείας.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	101
6.1 Εισαγωγή	101
6.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	103
6.3 Στατιστικά δεδομένα και μεθοδολογική προσέγγιση ζήτηση υπηρεσιών υγείας	109
6.3.1 Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό φορέα.....	109
6.3.2 Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς	109
6.4 Εμπειρικά αποτελέσματα	110
6.4.1 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις δαπάνες για επισκέπτες σε ιατρούς	110
6.5.Συμπεράσματα.....	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ	117
7.1 Εισαγωγή	117
7.2 Περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης	119
7.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	123

7.4 Μεθοδολογία	127
7.5 Εμπειρικά αποτελέσματα	129
7.5.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για την καταβολή άτυπης πληρωμής.....	129
7.5.2 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την καταβολή άτυπης πληρωμής έπειτα από αίτημα ιατρών	133
7.6 Συμπεράσματα	137
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	139
8.1 Εισαγωγή	139
8.2 Θεωρητική προσέγγιση.....	141
8.3 Περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης	145
8.4 Μεθοδολογία	146
8.5 Εμπειρικά αποτελέσματα	148
8.5.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού	148
8.5.2 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού	153
8.5.3 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων	157
8.6 Συμπεράσματα	165
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ.....	168
9.1 Εισαγωγή	168
9.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση	169
9.3 Στατιστικά δεδομένα και μεθοδολογική προσέγγιση ζήτηση υπηρεσιών υγείας	171
9.3.1 Μεθοδολογία - Ανάλυση του δείγματος	171
9.4 Εμπειρικά αποτελέσματα	173
9.4.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας	173
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	181
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	189
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	217
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	218
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	241

Περίληψη

Η παρούσα διδακτορική διατριβή παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας για τον προσδιορισμό των δαπανών υγείας. Σκοπός της έρευνας είναι η συστηματική καταγραφή και εμπειρική διερεύνηση των παραμέτρων που σχετίζονται με το ύψος των δαπανών και η ικανοποίηση των καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Η δειγματοληπτική έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 663 καταναλωτών από την περιοχή της Αττικής. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου καθώς και η μεθοδολογία επεξεργασίας των δεδομένων, στηρίχτηκαν σε προηγούμενες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν με σκοπό τη καταγραφή και τη διερεύνηση της συμπεριφοράς του καταναλωτή όσο αφορά τις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, για την επεξεργασία των δεδομένων εκτιμήθηκαν τα οικονομετρικά υποδείγματα των παλινδρομήσεων: λογιστικής, πολλαπλής γραμμικής, ισομερούς και διατεταρτημορικής. Επίσης γίνεται σύγκριση των εμπειρικών αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα αποτελέσματα της έρευνας υγείας που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2009. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας το ύψος της δαπάνης που αφορά επισκέψεις σε ιατρούς επηρεάζεται από παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, την ύπαρξη χρόνιας πάθησης, την τιμή της επίσκεψης καθώς και το ασφαλιστικό ταμείο. Η πιθανότητα ένας καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή επηρεάζεται από το επάγγελμα που ασκεί, την ηλικιακή ομάδα, την επίσκεψη σε νοσοκομείο, και τέλος από το χρόνο αναμονής που χρειάζεται να περιμένει. Στην ομάδα που έκανε χρήση φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή ιατρού κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες, οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες είναι τα δημογραφικά στοιχεία, η ύπαρξη ή μη χρόνιας ασθένειας καθώς και το επίπεδο υγείας του καταναλωτή. Επίσης, τα αποτελέσματα από την εκτίμηση ισομερούς παλινδρόμησης για το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών καταδεικνύουν ότι όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα αυξάνεται και το ύψος των δαπανών για φάρμακα. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος καθώς και οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Τέλος, οι καταναλωτές που προτίθενται να δαπανήσουν τα «επιπλέον» χρήματα για να λάβουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας συγκαταλέγονται στις πληθυσμιακές ομάδες που εργάζονται και είναι ασφαλισμένοι στο δημόσιο τομέα, έχουν οικογένεια με παιδιά, καθώς και σε καταναλωτές που είτε επιθυμούν την εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο διαθέτοντας κάποια «επιπλέον» χρήματα ή σε αυτούς που οι ανάγκες τους δε δύνανται να καλυφθούν από της ήδη προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: δαπάνες υγείας, ιδιωτικές δαπάνες, δαπάνες για φάρμακα, άτυπη πληρωμή, πρόθεση πληρωμής

Abstract

This doctoral thesis presents research insights on the determinants of health expenditures in Greece. In particular, the aim of the study is to investigate the determinants of the health expenditures and the consumer's satisfaction towards healthcare services employing a sample of 663 Greek consumers from Attica region. Previous studies on consumer's behavior were adopted to design the structure of the questionnaire, the methodological approach, and to conduct the empirical analysis. The empirical analysis is based on the estimation of econometrics models such as Ordinary Least Square (OLS), Logit models, Tobit models and Quantile regression. Empirical results suggest that the amount of money spent on medical expenditures is strongly related to the consumer's age, educational attainment, place of residence, the existence of a chronic disease and the insurance fund. A positive relation is estimated between medical expenditure and consumer's age. Higher educated individuals tend to spend more money for doctor visits. As expected, the existence of a chronic disease increases the medical expenditure of an individual. The insurance fund is a decisive factor as public sector employees are categorized with the lowest probability of our model. In addition, the empirical analysis results show that elderly are less probable than others to pay an informal payment for health care services. On the contrary, public servants are more probable than others to give an informal payment for health care services. Waiting time for a treatment is another reason correlated with informal payment, and the longer the waiting time the higher the probability for a consumer to give an informal payment. Regarding consumers that receive medications -with and without prescription- during the period of the last two weeks, the drug consumption is mainly affected by gender, age, educational level, the existence of a chronic disease, and their health condition. Men are less likely to use drugs than women. It is estimated that as the age of a consumer increases, the probability of buying prescription medications increases too. The existence of a chronic disease favors the consumption of drugs. A good health condition or a higher education degree is estimated to negatively affect the consumption of prescription drugs. These results are confirmed by the Hellenic Statistical Authority (ELSTAT) survey. Both place of residence and education level are estimated to be barriers towards the amount spent for medication and health services. Athens residents, who live near the town center spend a higher amount on medicines. The same holds true for postgraduate degree holders and consumers with private insurance. A pay raise also leads to an increase in the money spent for drugs. Quantile regression analysis results show that medicine expenditures increase as consumers' monthly income increases too. Highly educated consumers with private insurance spend more money for medicines. Consumers' willingness to pay for advanced health care services is positively affected in the cases of public sector employees, families with kids, consumers who prefer admission to a private hospital, consumers that can't meet their needs from public hospitals, and consumers willing to visit doctor's office. An income increase of 400 Euros would result to an extra payment for advanced healthcare services. The study of consumer behavior towards determinants of healthcare expenditures is a critical matter for countries under recession. Both short and long term policies in the healthcare sector can only be successful if they take into consideration findings relevant to consumer health expenditure behavior.

Keywords: health expenditure, private health expenditure; informal payments; health services, willingness to pay (WTP)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Είδη συστημάτων Υγείας	22
Πίνακας 2.2 Δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων	36
Πίνακας 5.1 : Δαπάνες φαρμάκων με τη συνταγή ιατρού	89
Πίνακας 5.2 : Δαπάνες φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού	90
Πίνακας 5.3 : Δαπάνες επισκέψεων σε ιατρούς, νοσοκομεία, άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες, ειδικούς εναλλακτικής ιατρικής.....	94
Πίνακας 5.4 : Δαπάνες φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού	99
Πίνακας 6.1: Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (OLS) για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των δαπανών για επισκέψεις σε ιατρούς και εκτίμηση της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional).	117
Πίνακας 7.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τη πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή	137
Πίνακας 7.2 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τη πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή έπειτα από αίτημα ιατρών	142
Πίνακας 8.1. Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες κατανάλωσης φαρμάκων με τη συνταγή ιατρού	157
Πίνακας 8.2. Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες κατανάλωσης φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού	162
Πίνακας 8.3 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (OLS) για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων και εκτίμηση της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional).....	167
Πίνακας 8.4. Υπόδειγμα εκτίμησης ισομερούς παλινδρόμησης για το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών.....	171
Πίνακας 9.1: Εκτίμηση υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόθεσης πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων για τις υπηρεσίες υγείας....	185
Πίνακας 9.2: Εκτίμηση υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας των «επιπλέον» χρημάτων	185

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ Η ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ: 2005, 2008 – 2016	12
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1: ΦΥΛΛΟ	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	72
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3: ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4: ΚΥΡΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5: ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ	74
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.6: ΑΣΦΑΛΙΣΗ	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.7: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ.....	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.8: ΕΞΟΔΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	76
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.9: ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	79
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.10: ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ)	79
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.11: ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΙΔΙΩΤΗΣ)	80
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.12: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	81
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.13: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	81
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.14: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	82
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.15: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ	91
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.16: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	97
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.17: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ**1.Εισαγωγή**

Υγεία και νους εσθλά τω βίω δύο ανάφερε ο Μένανδρος 4^{ος} αιώνα π.Χ., δηλαδή η υγεία και μυαλό είναι δυο θαυμαστά πράγματα στη ζωή. Πράγματι η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου, έχει ανεκτίμητη αξία η οποία είθισται να εκτιμάται με την εμφάνιση της ασθένειας.

Συγκεκριμένα όταν ο άνθρωπος είναι υγιής σωματικά και ψυχικά, μπορεί να ανταποκρίνεται στις ατομικές κοινωνικές και οικονομικές του υποχρεώσεις. Το αγαθό «υγεία» περιλαμβάνει διαστάσεις που μπορούν να προφυλάξουν και να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2010). Για αυτό το λόγο η υγεία αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες της ανάπτυξης μιας χώρας καθώς είναι δείκτης κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας ενός λαού (Stenberg et al., 2014).

Η Υγεία ήταν αρχαιοελληνική θεότητα, προσωποποίηση της Υγείας του σώματος και της ψυχής η οποία στην ελληνική μυθολογία συνδέθηκε με την πρόληψη των ασθενειών και τη διατήρηση της κατάστασης της υγείας. Ο Ιπποκράτης τον 5^ο αιώνα π.Χ. θεμελίωσε την ιατρική επιστήμη αναφέροντας ότι εκεί που υπάρχει αγάπη για τον άνθρωπο υπάρχει και αγάπη για την ιατρική τέχνη (Υφαντόπουλος, 2006). Ο Πλάτων, ο Αριστοτέλης και άλλοι σοφοί έδωσαν επίσης ιδιαίτερη σημασία στη διατήρηση της υγείας του σώματος και στη σωματική αγωγή γενικά.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 1946, «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός δε λαμβάνει υπόψη κάποια σωματική ή ψυχική νόσο αλλά

επικεντρώνεται στο βέλτιστο σημείο υγείας που ο άνθρωπος μεγιστοποιεί τις δυνατότητές του. Εστιάζεται στους κοινωνικούς, στους προσωπικούς πόρους και στις ικανότητες του ανθρώπου, να πραγματοποιεί τις φιλοδοξίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του (WHO, 1946, WHO, 1978, Williams, 2003, Seligman, 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό του 1946 για την υγεία, αντιλαμβανόμαστε ότι αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του βέλτιστου δυνατού επιπέδου της είναι στόχος κάθε κοινωνίας. Ο οποίος για να επιδεχθεί απαιτείται η συνδρομή όχι μόνο του σώματος αλλά και η ισορροπία του ανθρώπου με όλα σχεδόν τα στοιχεία του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει (Κουρέα - Κρεμαστινού, 2007). Άρα, οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου είναι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί, πολιτιστικοί περιβαλλοντικοί και πολιτικοί, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2003)

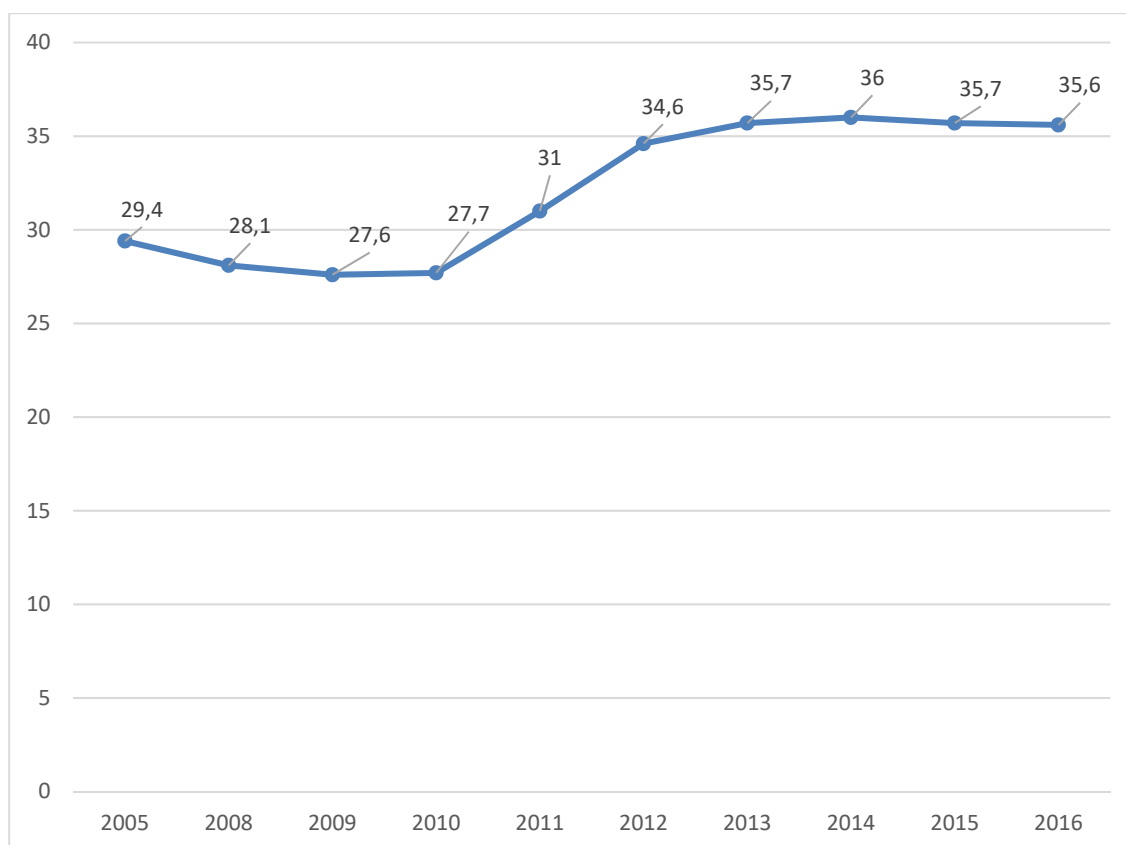
Στόχος της κάθε χώρας είναι να προστατεύει το αγαθό υγεία και η εκάστοτε κυβέρνηση έχει ευθύνη για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξασφαλίζεται από το σύστημα υγείας που έχει η κάθε χώρα με τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας που προσφέρει και τα αντίστοιχα κοινωνικά μέτρα που λαμβάνει (Callacan, 1973, WHO, 2002).

Στη χώρα μας η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 ήταν ένα αποτέλεσμα της αναδιάρθρωσης του κοινωνικού κράτους στο πλαίσιο μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας με μοναδικό σκοπό την καθολική και υγειονομική κάλυψη όλων των ελλήνων πολιτών, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάστασή τους (N.1397. ΦΕΚ 143 07.10.1983 τ. Α΄. Siskou et al., 2008, Tountas et al., 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση και τη μείωση του εισοδήματος, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι πλέον ισότιμη για όλους τους καταναλωτές. Η χρηματική επιβάρυνση για επισκέψεις σε γιατρούς ή για διαγνωστικές εξετάσεις εξαρτάται από το εισόδημα του καταναλωτή. Οι ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται στις ομάδες υψηλότερου εισοδήματος και εμφανίζονται σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ε.Ε..

Σύμφωνα με έρευνες της ΕΛΣΤΑΤ και συγκεκριμένα με την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό αυξάνεται συνεχώς από το 2009, με μικρή εξαίρεση το 2015 - 2016, που παρουσιάζει μικρή μείωση, σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.1.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1. ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ Η ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ: 2005, 2008 – 2016



ΠΗΓΗ: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συστηματική καταγραφή και η εμπειρική διερεύνηση των παραμέτρων που σχετίζονται με το ύψος των δαπανών και την ικανοποίηση των καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Ειδικότερα ο σκοπός διακρίνεται σε επιμέρους στόχους για την καλύτερη προσέγγισή του. Αρχικά προσδιορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα τόσο στον ιδιωτικό όσο και το δημόσιο τομέα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το προφίλ των καταναλωτών που πραγματοποιούν δαπάνες τόσο για υγειονομική όσο και για νοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης, πραγματοποιείται εκτίμηση προσδιοριστικών παραγόντων για τις ιδιωτικές δαπάνες, για την κατανάλωση και τις δαπάνες φαρμάκων, καθώς και για τις άτυπες πληρωμές.

Επιπρόσθετα εκτιμάται η ποιότητα ως χαρακτηριστικό της ικανοποίησης των καταναλωτών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τέλος, πραγματοποιείται η εκτίμηση της πρόθεσης των καταναλωτών να επιβαρυνθούν οικονομικά για ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης.

Η παρούσα έρευνα εξετάζει για πρώτη φορά στην Ελλάδα τη συμπεριφορά του καταναλωτή για τις υπηρεσίες υγείας στην περιοχή της Αττικής και προσδιορίζει το ύψος των δαπανών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Επίσης πραγματοποιείται όταν ήδη έχει ξεκινήσει η παγκόσμια οικονομική κρίση, η οποία ξεκίνησε από τις ΗΠΑ. Συνεπώς η χρονική περίοδος και η γεωγραφική περιοχή υλοποίησης της έρευνας, τη διαφοροποιούν από τις υπόλοιπες έρευνες. Επίσης η διαφορά της παρούσας έρευνας από τις έρευνες της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής είναι ότι για πρώτη φορά συλλέγονται δεδομένα που αφορούν τις καταναλωτικές δαπάνες υγείας και υπάρχει μεγαλύτερη ανάλυση των παραγόντων που τις επηρεάζουν, καθώς δεν πραγματοποιείται σε ολόκληρη τη χώρα αλλά σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Η μεθοδολογία στην οποία βασίστηκε η υλοποίηση του προαναφερθέντος σκοπού ήταν η πραγματοποίηση δειγματοληπτικής έρευνας με τη συλλογή ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από το υπεύθυνο μέλος του νοικοκυριού. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία στην περιοχή της Αττικής. Για την αξιοπιστία του δείγματος της έρευνας πραγματοποιήθηκε σύγκριση με το αντίστοιχο δείγμα της έρευνας υγείας που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία το 2009. Ο συνολικός αριθμός των καταναλωτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 663. Επιλέχθηκαν περιοχές της Αττικής και Νοσοκομεία κατά την ημέρα της εφημερίας. Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε σύμφωνα με τις μεθόδους της περιγραφικής στατιστικής της λογιστικής παλινδρόμησης.

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας και τη διευκόλυνση του αναγνώστη η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δέκα (10) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, τα είδη συστημάτων υγείας, τα χαρακτηριστικά δημόσιων - ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και οι υπηρεσίες υγείας, σε Ευρωπαϊκό και Εθνικό επίπεδο. Επίσης, παρουσιάζονται τα θεωρητικά μοντέλα ζήτησης υπηρεσιών υγείας κατά Grossman και Andersen.

Στη συνέχεια στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μία ιδιαίτερη αναφορά στους φορείς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Παρουσιάζονται η ιατρική εξωνοσοκομειακή φροντίδα, η οδοντιατρική φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος και αναλύεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το εισόδημα του καταναλωτή και η ιδιωτική ασφάλιση.

Το δεύτερο μέρος ξεκινά με το τέταρτο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Στη συνέχεια το πέμπτο παρουσιάζει το προφίλ του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση τα δεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2009 και τα πρωτογενή δεδομένα της παρούσας έρευνας. Σκοπός είναι να διερευνηθεί η πιθανή επίπτωση μιας σειράς προσδιοριστικών παραγόντων και να προσδιοριστεί η εκτίμηση της συμβολής του καθενός στην κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται η συμπεριφορά του καταναλωτή αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας και γίνεται ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την κατανάλωση φαρμάκων. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εκτίμησης του υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ερωτώμενους για την κατανάλωση φαρμάκων με και χωρίς συνταγή ιατρού.

Το όγδοο κεφάλαιο εξετάζει το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα εκτιμάται ο βαθμός στον οποίο τα κοινωνικά και τα οικονομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή επηρεάζουν τη συχνότητα καταβολής άτυπης πληρωμής και την αύξηση του μεγέθους των δαπανών για υπηρεσίες υγείας.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά των καταναλωτών ως προς τη πρόθεση πληρωμής για υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, τα συμπεράσματα της έρευνας, που αναδύονται από την ανωτέρω περιγραφή συνοψίζονται και καταγράφονται στο δέκατο και τελευταίο κεφάλαιο της μελέτης

αναπτύσσοντας παράλληλα προτάσεις στρατηγικής και πολιτικής ενός βιώσιμου συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**2.1 Θεωρητική προσέγγιση****2.1.1 Οργάνωση και ταξινόμηση υπηρεσιών υγείας**

Σε κάθε σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με το έργο που παράγουν. Τα τελευταία χρόνια, με την ανάπτυξη της πρόληψης και της γενικότερης ιατροκοινωνικής φροντίδας, στο πλαίσιο των νέων στρατηγικών του Π.Ο.Υ., έχει καθιερωθεί διεθνώς, διαφορετικός τρόπος ταξινόμησης σε τρεις κατηγορίες ή επίπεδα Υπηρεσιών Υγείας: Το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο (Τούντας, 1996).

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Οι υπηρεσίες αυτές, που αφορούν τόσο τον υγιή όσο και τον άρρωστο πληθυσμό, αποσκοπούν στη θεραπεία, την πρόληψη και για κάθε περίπτωση για την οποία δεν απαιτείται η νοσηλεία σε νοσοκομείο και παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Αγροτικά και Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων κλπ, και συνήθως σ' αυτό το επίπεδο περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τοπικά, μικρού ή μεσαίου μεγέθους, νοσοκομεία. Στα νοσοκομεία αυτά συνήθως υπάρχουν οι βασικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, γυναικολογία) και τα βασικά εργαστήρια (микροβιολογικό, ακτινολογικό). Σ' ορισμένες περιπτώσεις λειτουργούν πρόσθετες ειδικότητες και εργαστήρια και καλύπτει πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 μέχρι 500.000 άτομα (Σούλης κ.α., 2001).

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη από τα μεγάλα γενικά νοσοκομεία (π.χ. περιφερειακά). Η ύπαρξη στα νοσοκομεία αυτά όλων των ιατρικών

ειδικότητων, καθώς και η δυνατότητα κάλυψης κάθε σπάνιας ή εξειδικευμένης ανάγκης, καθιστά εφικτή την αντιμετώπιση οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος, Στο τριτοβάθμιο επίπεδο υπάγονται επίσης τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που αναπτύσσουν εξειδικευμένη εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, καθώς και οι ειδικές μονάδες, όπως τα καρδιοχειρουργικά κέντρα, τα κέντρα μαστού κλπ.

Αυτοφροντίδα είναι η ανθρώπινη δραστηριότητα (είτε μόνος του, είτε με τη συνδρομή του ανθρώπινου περιβάλλοντός του), που αποσκοπεί στην κάλυψη των αναγκών υγείας (πρόληψη, φροντίδα, θεραπεία) χωρίς τη συνδρομή των Υπηρεσιών Υγείας.

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των τριών επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη δυνατή επιστημονική διαχείριση του αρρώστου, αυξάνοντας την ικανοποίησή του και παράλληλα περιορίζοντας το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της διασύνδεσης, στον περιορισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης. Σύγχρονες προνοσοκομειακές και μετανοσοκομειακές υπηρεσίες, είναι σε θέση να αποσυμφορήσουν τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη, περιορίζοντας τον αριθμό των εισαγωγών, καθώς και τη μέση διάρκεια νοσηλείας (Τούντας, 2008).

Η επιστημονική βιβλιογραφία περιέχει ποικίλες εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Αντιθέτως, τα θεωρητικά υποδείγματα υστερούν σε αριθμό. Στην παρούσα εργασία γίνεται μνεία σε τρία βασικά υποδείγματα ζήτησης. Το μοντέλο του Grossman, το μοντέλο του Andersen και η Δραστική Προσέγγιση απαντώνται στις εμπειρικές μελέτες οι οποίες εξετάζονται κατωτέρω, κατά τη διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

2.1.2 Το υπόδειγμα Grossman

Ο οικονομολόγος Grossman μελέτησε την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων στην υγεία του ατόμου και κατασκεύασε το πρώτο θεωρητικό μοντέλο ζήτησης υπηρεσιών υγείας, συνδυάζοντας τη θεωρία του καταναλωτή και τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Το άτομο, σύμφωνα με τη θεωρία του καταναλωτή, θεωρεί την υγεία ως καταναλωτικό αγαθό. Το άτομο καταναλώνει υπηρεσίες υγείας για να μεγιστοποιεί τη χρησιμότητά του (Οικονόμου, 2008). Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου ορίζει ότι, το άτομο, παράλληλα, είναι και παραγωγός, με παραγόμενο προϊόν το επίπεδο υγείας. Η ατομική συνάρτηση παραγωγής κεφαλαίου υγείας μπορεί να εκφραστεί με τους παρακάτω δείκτες, όπου $HS = f(HC, K, D, Gym, To, AI, Dis, Ed)$. Το HS είναι το επίπεδο υγείας και, HC (σύστημα υγείας), K (κατοικία), D (υγιεινή διατροφή), Gym (άθληση), To (κάπνισμα), AI (κατανάλωση αλκοόλ), Dis (στρες), Ed (εκπαίδευση), οι δείκτες των προσδιοριστικών παραγόντων υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Δηλαδή, το άτομο θεωρεί την υγεία ως επένδυση (Οικονόμου, 2008). Εν κατακλείδι, ο Grossman (1972) υποστηρίζει ότι η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι μία εισροή στην ατομική συνάρτηση παραγωγής κεφαλαίου.

Ο Grossman (1972) θεωρεί την υγεία ως έναν ανθρώπινο πόρο που συντελεί στην παραγωγή του «υγιούς χρόνου». Συνεκδοχικά, το άτομο επιθυμεί τον «υγιή χρόνο» αφενός μεν για κατανάλωση, αφ' ετέρου δε, για παραγωγή. Η κατανάλωση του προσφέρει την ευχαρίστηση της καλής υγείας και η παραγωγή του εξασφαλίζει περισσότερο παραγωγικό χρόνο για απόκτηση εισοδήματος. Συνεπώς, η ατομική ζήτηση για υγεία επηρεάζει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Ο Grossman ονόμασε ο ίδιος το υπόδειγμά του ως θεωρητικό υπόδειγμα ζήτησης «καλής υγείας», παρατηρώντας ότι η ζήτηση για κεφάλαιο «καλής υγείας» υπερβαίνει τη ζήτηση του ατόμου για υπηρεσίες υγείας, διότι πιστεύει πως το κεφάλαιο υγεία είναι το σημαντικότερο των μορφών ανθρώπινου κεφαλαίου, εφόσον πραγματεύεται το ύψιστο αγαθό. Γι' αυτόν το λόγο, ο Grossman δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα, μέσω του μοντέλου του, στην ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν το αγαθό υγεία.

Με το πέρασμα των χρόνων, διάφοροι οικονομολόγοι επιχείρησαν να επεκτείνουν το υπόδειγμα του Grossman, με σκοπό να αναλύσουν πιο διεξοδικά τους παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Οι προεκτάσεις, του Basov (2002), των Jacobson (2000) και Bolin et al., (2002), του Cropper (1977), των Ehrlich and Chuma (1990), των Leung et al., (2004), των Dustmann and Windmeijer (2000) και Gjerde et al., (2005), εμβαθύνουν στην ανάλυση του Grossman, διατηρώντας την αρχή της θεωρίας του (Οικονόμου, 2008).

2.1.3 Το υπόδειγμα Andersen

Το θεωρητικό μοντέλο που ανέπτυξε ο Hans Christian Andersen (1968) γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία ως το «Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα», προέρχεται από την επιστήμη της Κοινωνικής Ψυχολογίας και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά υποδείγματα, στο οποίο βασίστηκαν ποικίλες εμπειρικές έρευνες.

Το συμπεριφοριστικό υπόδειγμα πρεσβεύει ότι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας χωρίζονται σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες, τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τους παράγοντες που επιτρέπουν σε ένα άτομο να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, τους παράγοντες που καθιστούν αναγκαία τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από το άτομο. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες αφορούν κυρίως σε δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές, δηλαδή την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, και δεν επηρεάζουν άμεσα τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, τον ασφαλιστικό φορέα. Η τελευταία μεταβλητή κυρίως επηρεάζει σημαντικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εμπειρικών μελετών του Andersen. Σύμφωνα με τον Andersen, οι μεταβλητές που είναι υψηλότερα συσχετιζόμενες με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι εκείνες οι οποίες δημιουργούν στο άτομο την αίσθηση της αναγκαιότητας για ιατρική περίθαλψη. Αυτές είναι η κατάσταση της υγείας του ατόμου, (προερχόμενη είτε από αυτοαξιολόγηση είτε από κλινική διάγνωση), η οποία αποτελεί και την τρίτη κατηγορία του συμπεριφοριστικού υποδείγματος (Μόσιαλος, 1990).

Τέλος, το μοντέλο Andersen δεν συμπεριελάμβανε τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως οι ψυχικές διαταραχές, η ψυχολογική, ηθική και πρακτική υποστήριξη από άτομα του κοντινού περιβάλλοντος. Έτσι το 1995 ο Andersen διαμόρφωσε το μοντέλο του σε μία πληρέστερη μορφή, που συμπεριλαμβάνει και τους ανωτέρω παράγοντες (Οικονόμου, 2008).

2.1.4 Η «Δραστική Προσέγγιση»

Κατά τη Δραστική Προσέγγιση (Agency Approach), τον πρώτο λόγο για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας δεν τον έχουν πια οι ασθενείς, αλλά οι θεράποντες ιατροί. Συγκεκριμένα, το ιατρικό προσωπικό καθορίζει σε ένα σημαντικό ποσοστό την ποσότητα των υπηρεσιών που θα καταναλώσουν οι ασθενείς, επηρεάζοντας τη ζήτησή τους, εκμεταλλευόμενοι την ιδιότητά τους, μέσω της εκάστοτε γνωμάτευσης. Η τακτική που ακολουθούν είναι να διεξάγουν τακτικούς ελέγχους υγείας και στο πλαίσιο της πραγματικής κλινικής εικόνας του ασθενούς να προτείνουν επιπλέον θεραπείες, οι οποίες συνιστώνται ως τονωτικές για την υγεία. Ως εκ τούτου, αυξάνεται η ζήτηση των ασθενών για νέες υπηρεσίες υγείας, τις οποίες επιθυμούν να καταναλώσουν με σκοπό να μεγιστοποιήσουν τη χρησιμότητά τους. Συνεπώς, γίνεται λόγος για ένα άκρως κατευθυνόμενο μοντέλο ζήτησης υπηρεσιών υγείας με στόχο το καθαρό οικονομικό κέρδος, κατά το οποίο τα κίνητρα του ασθενούς διαφέρουν ριζικά από εκείνα του θεράποντος ιατρού (Fabbri and Monfardini, 2002).

Πίνακας 2.1 Είδη συστημάτων Υγείας:

	Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark)	Εθνικό ή Δημόσιο Σύστημα Υγείας (Beveridge)	Ιδιωτικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας
Έλεγχος παραγωγικών συντελεστών	Δημόσιος – κοινωνικός ιδιωτικός (μη κερδοσκοπικός)	Δημόσιος	Ιδιωτικός (κερδοσκοπικός)
Κάλυψη	Πλήρης κατά κατηγορία επαγγέλματος	Πλήρης και καθολική	Ελεύθερη επιλογή
Προσφορά υπηρεσιών υγείας.	Συμβεβλημένοι γιατροί πάγια ή με αντιμισθία, μονάδες δημόσιες ή των ασφαλιστικών φορέων	Γιατροί με πλήρη ή μη αποκλειστική απασχόληση, μονάδες υγείας του δημοσίου	Συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί, συμβεβλημένες μονάδες υγείας
Δικαιούχοι πρόσβασης	Οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη κάθε ασφαλιστικού φορέα	Όλοι οι πολίτες	Ασφαλισμένα, συμβεβλημένα μέλη
Χώρα	Γαλλία-Γερμανία	Μεγάλη Βρετανία	Ηνωμένες Πολιτείες

Πηγή: Κυριόπουλος, 2003

Η φροντίδα της υγείας δεν ταυτίζεται με την υγεία. Η υγεία είναι ο στόχος, ενώ η φροντίδα της υγείας είναι το μέσον. Η φροντίδα της υγείας χρησιμοποιείται για τη διατήρηση ή για τη βελτίωση της υγείας του ατόμου (Κυριόπουλος, 2003).

Το κράτος Πρόνοιας είναι η βάση του ευρωπαϊκού οικοδομήματος και το μεγαλύτερο κοινωνικο-οικονομικό επίτευγμα της Ευρώπης. Ως σημαντικό στοιχείο της Ευρωπαϊκής ταυτότητας και πολιτισμού, αποτελεί την προϋπόθεση για την επίτευξη του ευρύτερου κοινωνικού συμφέροντος, με την μεγαλύτερη κοινωνική συναίνεση και αλληλεγγύη. Το κράτος Πρόνοιας έχει ως σκοπό την προστασία του ατόμου από κινδύνους για την ζωή του, τη σωματική και συναισθηματική του ακεραιότητα και τη δυνατότητα να συμμετέχει με όλες του τις δυνάμεις στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Έχει δηλαδή ως πεδίο εφαρμογής, την προστασία της υγείας, την ασφάλιση γήρατος, την προστασία από απρόβλεπτα γεγονότα και ατυχήματα την πρόνοια και την προστασία απέναντι στον κίνδυνο (Λιαρόπουλος, 2007).

Οι υπηρεσίες υγείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα πεδίων. Η ιστορική τους διαμόρφωση, η ταξινόμησή τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους, η αξιολόγησή τους, η διοίκησή τους αλλά και άλλοι κρίσιμοι τομείς, όπως είναι τα οικονομικά της Υγείας, η ασφάλιση Υγείας οι νέες τεχνολογίες κ.α. συνδιαμορφώνουν έναν από τους πιο σημαντικούς κλάδους της παγκόσμιας οικονομίας και της κοινωνικής πολιτικής. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν το δεύτερο μεγαλύτερο τομέα της οικονομίας, με ταχεία ανάπτυξη, απασχολώντας περισσότερο από 10% του εργατικού δυναμικού στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Ιδιαίτερη σημασία έχει, επίσης το γεγονός ότι οι δαπάνες υγείας διεθνώς αυξάνουν ραγδαία κατά τα τελευταία χρόνια, καθιστώντας έως και προβληματική τη βιωσιμότητα των δημοσίων συστημάτων υγείας (Τούντας, 2008).

2.2 Υπηρεσίες υγείας

2.2.1 Ελλάδα

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά υπογεννητικότητας έχουν διαταράξει τη δομή του ελληνικού πληθυσμού, σε ό, τι αφορά στην ηλικία, τα τελευταία τριάντα χρόνια. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας από τη απογραφή του πληθυσμού του 2001, το 17,8% και το 16,4% περίπου του συνολικού πληθυσμού της χώρας ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες των 45 – 59 και 60 – 74 ετών αντίστοιχα (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2003). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2011 ο αριθμός γεννήσεων ήταν 106.777 και ο αριθμός θανάτων 110.729. Το προσδόκιμο επιβίωσης, (αριθμός ετών ζωής του ανθρώπου που παραμένουν σε μια ορισμένη ηλικία), παρουσιάζει αύξηση και κυμαίνεται για το γενικό πληθυσμό στο 79,78%, για τους άνδρες στο 78,02% και για τις γυναίκες στο 81,09% (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014). Η υπογεννητικότητα στη χώρα μας σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οδηγεί όχι μόνο στην μείωση του μεγέθους του πληθυσμού, αλλά και σε δημογραφική γήρανση, με όλα τα επακόλουθα για την κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας.

Πολλαπλοί κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων, όπως η εξέλιξη της τεχνολογίας, η επικράτηση της πυρηνικής οικογένειας, η οικονομική ανεξαρτησία των συνταξιούχων, η εξασθένηση του θεσμού της «γειτονιάς». Το κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των γενεών μετατρέπεται και οι νέοι όροι δημιουργούν νέες ανάγκες και απαιτήσεις, οι οποίες καλούνται να ικανοποιηθούν άμεσα από το κοινωνικό κράτος (Daniilidou et al., 2003).

Το πρώτο σημαντικό μέτρο που λαμβάνεται στην Ελλάδα για την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, είναι η ίδρυση του ΙΚΑ το 1934, του οποίου σκοπός ήταν η παροχή συντάξεων και η ασφάλιση Υγείας στους μισθωτούς των αστικών περιοχών και στους βιομηχανικούς εργάτες (Αγαλλόπουλος, 1955).

Παρά την υψηλή οικονομική ανάπτυξη των δεκαετιών του '60 και του '70, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία παραμένουν χαμηλές και δεν ξεπερνούν το 2,5% του ΑΕΠ. Ο ιδιωτικός τομέας

επεκτείνεται με την αύξηση της άσκησης από μέρους των ιατρών ιδιωτικής πρακτικής και την ίδρυση ιδιωτικών κλινικών. Η μεγαλύτερη αλλαγή θεσμοθετείται το 1983 με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, βασισμένο στις αρχές της κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, της ισότητας στη διανομή και χρηματοδότηση αυτών, της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της αποκέντρωσης του σχεδιασμού, της βελτίωσης της διαχείρισης και της αποκλειστικής και μόνιμης απασχόλησης του υγειονομικού προσωπικού. Η νομοθεσία του 1992, δίνει τη δυνατότητα στους ιατρούς που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία να επιλέξουν μεταξύ πλήρους ή μερικής απασχόλησης στο ΕΣΥ. Την ίδια περίοδο αυξάνεται το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στην αγορά φαρμάκων και θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το σημαντικότερο όμως μέτρο είναι η πολύ μεγάλη αύξηση των ημερήσιων νοσηλίων (600%), η οποία είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία ελλειμμάτων στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Το 2001 και συγκεκριμένα με το Ν. 2889, επιχειρείται η περιφερειακή διάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας, με την ίδρυση των Πε.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας), η ενιαία οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ενίσχυση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού και η δημιουργία ισχυρού ασφαλιστικού μονοψωνίου στην αγορά Υπηρεσιών Υγείας (Κυριόπουλος 2003).

Το ελληνικό σύστημα υγείας προσφέρει καθολική δημόσια ασφάλιση, σε συνδυασμό με υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, οι οποίες τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί. Οι φορείς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συνοψίζονται σε τρεις, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) που αποτελείται από τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων, οι οποίες χρηματοδοτούνται εξ' ολοκλήρου από το κράτος και τέλος τις Υπηρεσίες Υγείας του Ιδιωτικού Τομέα, οι οποίες περιλαμβάνουν νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και τα έξοδα βαρύνουν αποκλειστικά τα άτομα που τις καταναλώνουν (Lahana et al., 2011).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί περιγράφεται η διαχρονική ανάπτυξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος σε μια προσπάθεια διερεύνησης των αιτιών της υψηλής δαπάνης υγείας (9,8% στην Ελλάδα, έναντι 8,45% που ήταν ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ το 2002). Πρόσθετα, παρατίθενται δεδομένα για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης ανά φορέα πληρωμής με ιδιαίτερη αναφορά στα νοικοκυριά.

Μετά την πτώση της δικτατορίας, το 1974, το πολιτικό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε σε θέματα κοινωνικής πολιτικής με ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της υγείας (Liaropoulos, 1998). Το κατακερματισμένο και υποχρηματοδοτούμενο υγειονομικό σύστημα της εποχής είχε ως επακόλουθο αφενός μεν την ελλιπή - ποσοτικά και ποιοτικά - κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, αφετέρου δε την έντονη ιδιωτικοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (OECD 1995).

Η προσπάθεια για την αντιμετώπιση των προαναφερομένων προβλημάτων εκφράστηκε μέσω ποικίλων υγειονομικών μεταρρυθμίσεων δύο εκ των οποίων σημάδεψαν τη σύγχρονη ιστορία του τομέα της υγείας στη χώρα μας: η πρώτη, του 1983 (Ν.1397), έθεσε τα θεμέλια για τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και επεχείρησε να διευρύνει τα όρια του κοινωνικού κράτους προσφέροντας υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Η δεύτερη, του 2001 (Ν.2889), εστιάστηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, εισάγοντας και στοιχεία αποδοτικής αξιοποίησης των πόρων και ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα.

Ο νόμος 1397/1983 απετέλεσε την κορύφωση της πορείας προς τη δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα που ξεκίνησε το 1976 με την Έκθεση για την Υγεία του ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών 1976) και συνεχίσθηκε με το νομοσχέδιο Δοξιάδη το 1980, με σκοπό την καθολική και ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Ιδεολογικός πυρήνας της μεταρρύθμισης του 1983 υπήρξε η αρχή ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους». Στο πλαίσιο αυτό, την ευθύνη για τη χρηματοδότηση του συστήματος ανέλαβε το κράτος, με απώτερο στόχο την αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας στο 4,5-5% του ΑΕΠ και αντίστοιχη μείωση των ιδιωτικών πληρωμών (Λιαρόπουλος, 2000).

Τα κυριότερα μέτρα πολιτικής για την εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης συνοψίζονται ακολούθως:

- Καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση των μισθών τους.
- Παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας Κέντρων Υγείας, σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία.

- Συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας υπεύθυνα για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας.
- Ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.

Έτσι, με χρονική υστέρηση 15 περίπου ετών, το ελληνικό υγειονομικό σύστημα προσαρμόστηκε με τις βασικές αρχές που απέρρεαν από την εποχή της «Ανάπτυξης και της Ισοτιμίας» η οποία χαρακτήριζε τα δυτικά υγειονομικά συστήματα τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 (Abel-Smith, 1992, Schieber and Poulhier, 1991).

Στη συνέχεια, στις αρχές της δεκαετίας του 2000 με την ψήφιση του νόμου 2889/2001 εισήχθησαν για πρώτη φορά στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, στοιχεία οικονομίας της αγοράς καθώς και στοιχεία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης των νοσοκομείων, υπαγορευόμενα από τις διεθνείς τάσεις, τόσο για τον περιορισμό του κόστους όσο και για τη βελτίωση της ποιότητας. Απώτερος σκοπός της μεταρρύθμισης του 2001 όπως αυτός διατυπώθηκε ήταν «η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης».

Οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν μεταξύ άλλων την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος (Υπουργείο Υγείας, 2000).

Χαρακτηριστικά μέτρα πολιτικής για την εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης ήταν τα ακόλουθα:

- Η συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ) ως Ν.Π.Δ.Δ στα οποία υπάγονται οι μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας, θεσμοθετώντας πλέον επίσημα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Το Πε.Σ.Υ ως νέος θεσμός απεικονίζει τον διοικητικά αποκεντρωμένο πλέον χαρακτήρα του ΕΣΥ, με σημείο αναφοράς τη διασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των μονάδων και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε επίπεδο περιφέρειας. Όπως αναλυτικά

ορίζεται στο Ν. 2889/2001, σκοπός του Πε.Σ.Υ, είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. Επίσης, σκοπός του Πε.Σ.Υ. είναι η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου της Περιφέρειάς του για την πρόληψη των ασθενειών και την προστασία της υγείας και η διαρκής αξιολόγηση και ο έλεγχος της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει δικαίωμα ίδρυσης ανώνυμων θυγατρικών εταιρειών για τη συνολική διαχείριση των προμηθειών, την ανάπτυξη και συντήρηση των κτιριακών υποδομών και τη διαχείριση των ξενοδοχειακών λειτουργιών. Στο σκεπτικό του νομοθέτη ήταν η αύξηση της διαπραγματευτικής ικανότητας του δημοσίου κατά τη διεξαγωγή προκηρύξεων έργων και προμηθειών, με τη σύσταση ολιγοψωνιακών. Με το νόμο 3106/2003, στην αρμοδιότητα των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας προστέθηκαν και οι μονάδες πρόνοιας και έτσι τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε ΠΕΣΥΠ- Περιφερειακά Συστήματα Υγείας Πρόνοιας.

- Ο διορισμός διοικητών στα νοσοκομεία μετά από ανοιχτή προκήρυξη και επιλογή από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, με την υποχρέωση υπογραφής εκ μέρους του διοικητή συμβολαίου αποδοτικότητας με το Πε.Σ.Υ. Η δυνατότητα θέσπισης ειδικών θέσεων Ξενοδοχειακής Αναβάθμισης έως 20% της δυναμικότητας των κλινών των δημοσίων νοσοκομείων, ώστε αυτά, να γίνουν ανταγωνιστικά και στον τομέα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών σε σύγκριση με τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Στόχος ήταν η σύναψη συμβολαίων νοσηλείας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και η προσέλκυση μεμονωμένων ιδιωτών ασθενών με απώτερο σκοπό τη μεταφορά εσόδων από τον ιδιωτικό τομέα προς τα δημόσια νοσοκομεία.
- Η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των δημοσίων νοσοκομείων χρηματοδοτούμενα από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών. Σε αυτά δύναται να συμμετέχουν τόσο οι πανεπιστημιακοί καθηγητές όσο και οι διευθυντές και οι επιμελητές Α΄ του ΕΣΥ αλλά και το λοιπό παραϊατρικό προσωπικό με αντίστοιχη αύξηση των αμοιβών τους.

Στα προσδοκώμενα οφέλη περιλαμβάνονταν η αύξηση των εσόδων των δημοσίων νοσοκομείων (40% των καταβαλλόμενων πληρωμών κατευθύνεται στα ταμεία των νοσοκομείων), η μείωση των λιστών αναμονής των ασθενών στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία και ο έλεγχος στον τρόπο άσκησης του ιδιωτικού έργου των γιατρών (Υπουργείο Υγείας, 2000).

Αξιοσημείωτο κενό της πρώτης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας του 1983 για τη συγκρότηση ενός ενιαίου συστήματος υγείας ήταν η έλλειψη μέτρων συγκράτησης του κόστους και εξασφάλισης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας - όμοια με αυτά που εφαρμόζονταν στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες- καθώς οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν τότε στην ανάπτυξη του δημοσίου τομέα υγείας (Λιαρόπουλος και συν., 2004).

2.2.2 Χαρακτηριστικά Δημόσιων - Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ταξινομούνται με βάση το θεσμικό τους καθεστώς σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), σε στρατιωτικά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία (ΑΕ). Τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία είναι ΝΠΔΔ, δηλαδή οργανισμοί αυτόνομοι, αυτοδιοικούμενοι και αυτοδιαχειριζόμενοι. Σε αυτά περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Tountas et al., 1995). Μια άλλη κατηγορία νοσοκομείων είναι τα ΝΠΙΔ, όπως είναι το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, το Παπαγεωργίου και το Ερρίκος Ντυνάν. Λειτουργούν με διαφορετικό καθεστώς το καθένα και δε θεωρούνται ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά, αλλά υπάγονται στην εποπτεία του δημόσιου τομέα. Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν τα στρατιωτικά θεραπευτήρια, που εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των στρατευμένων. Τέλος, υπάρχουν και νοσοκομεία που μέτοχοι είναι κυρίως ιατροί, αν και τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξανόμενη διείσδυση επιχειρηματιών στα ιδιωτικά νοσοκομεία, που έχουν συνήθως τη μορφή ανώνυμων εταιριών (Τούντας, 2008).

Από πολλούς ερευνητές, οι χρησιμοποιούμενες μεταβλητές (χαρακτηριστικά) που αξιολογούν το τομέα της προσφοράς των Νοσοκομείων, ταξινομούνται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της περιοχής ή της αγοράς ή του συστήματος Υγείας, στα οποία είναι ενταγμένο το Νοσοκομείο. Η περιφέρεια στην οποία γεωγραφικά ανήκει το Νοσοκομείο αποτελεί παράγοντα που εξετάζεται σε πολλές έρευνες, οι οποίες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στις γεωγραφικές διαφοροποιήσεις της χρήσης και της αποδοτικότητας των Νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η

Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

έννοιά της καθορίζεται ανάλογα με την έκταση και τα όριά της (χώρα, περιοχή, περιφέρεια, νομός, πόλη, δήμος κλπ). Οι διαπεριφερειακές ανισότητες στη χρήση των Νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι υπαρκτές. Ένας άλλος παράγοντας είναι η προσφορά εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών Υγείας, στην περιφέρεια που ανήκει το νοσοκομείο (οικογενειακοί ιατροί, ειδικοί ιατροί, νοσηλευτικοί ξενώνες, κέντρα αποκατάστασης, διαγνωστικά κέντρα).

Επίσης οι ιδιότητες που έχει ένα νοσοκομείο, όπως το μέγεθος, ο αριθμός των κλινών, η ιδιοκτησία και το είδος, καθώς και οι δείκτες του, είναι παράγοντες αξιολόγησής του. Συγκεκριμένα ένας δείκτης μεγέθους του νοσοκομείου είναι οι κλίνες, σύμφωνα με τον Roemer (1959), ενώ αναφέρεται και ως «υπόθεση» Roemer - Feldstein: «η αύξηση στη διαθεσιμότητα των νοσοκομειακών κλινών οδηγεί σε αύξηση και τη χρησιμοποίησή τους». Η κάλυψη ή η πληρότητα των κλινών εξετάζεται, μερικές φορές μεμονωμένα ως κυρίαρχος παράγοντας επίδρασης στην αποδοτικότητα ενός νοσοκομείου, που έχει οικονομικές προεκτάσεις. Η χαμηλή κάλυψη, αποδίδεται και στην αποφυγή μελλοντικού κινδύνου που θα δημιουργήσει απρόβλεπτη ζήτηση για νοσοκομειακές κλίνες (Feldstein, 1971). Έρευνες, όμως, έχουν δείξει ότι η υψηλή κάλυψη δημιουργεί οργανωτική δυστοκία που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της διάρκειας νοσηλείας, καθώς επίσης μειώνει και τη διάθεσή του να βελτιώσει τη θέση του στην αγορά (Noether, 1988).

Επιπρόσθετα, άλλα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την κάλυψη και τη διάρκεια νοσηλείας είναι: η ποσότητα τεχνολογίας που διαθέτει και λειτουργεί ένα νοσοκομείο (θετική συσχέτιση), η αναλογία των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία σε σχέση με τις εισαγωγές ασθενών (αρνητική συσχέτιση) και τέλος η ύπαρξη υπηρεσιών αποκατάστασης και μετα-νοσοκομειακής φροντίδας, αποσυμφορεί την εσωτερική νοσηλεία και μειώνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας.

Επίσης ένα άλλο χαρακτηριστικό των νοσοκομείων είναι τα χαρακτηριστικά των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, που αφορούν την επίδρασή τους, στη συνολική εικόνα του νοσοκομειακού προϊόντος. Συγκεκριμένα οι αποφάσεις των ιατρών καθορίζουν τη διάρκεια, το κόστος και την ποιότητα της νοσηλείας του ασθενή. Η άρρηκτη σχέση «προσφοράς κλινών» προς τη «ζήτηση-χρησιμοποίηση» αντικαθίσταται με τη σχέση «προσφορά γιατρών» προς «νοσοκομειακή χρησιμοποίηση».

Έρευνες (Burns and Wholey, 1992) δείχνουν οι ιατροί οδηγούν τις εισαγωγές περισσότερο προς τα μεγάλα νοσοκομεία, με τα οποία έχουν συνεργαστεί στο παρελθόν ή βρίσκονται κοντά στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Η συσχέτιση μεταξύ χειρουργών που απασχολεί ένα νοσοκομείο, και της αντίστοιχης των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται σ' αυτό, είναι απολύτως θετική (Bunker, 1970).

Επιπρόσθετα, διάφορες έρευνες παρουσιάζουν αμφιλεγόμενα συμπεράσματα, ως προς την επιρροή του βαθμού του επιπέδου σπουδών και της εξειδίκευσης του γιατρού σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Από τον Boaz (1979) βρέθηκε ότι, υψηλή εξειδίκευση και χαμηλή διάρκεια νοσηλείας έχουν θετική σχέση. Αντίθετα, υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι οι νεώτεροι και χωρίς εμπειρία ιατροί, τείνουν να κρατούν ασθενείς στο νοσοκομείο για περισσότερο χρόνο (Roos et al., 1986). Επίσης, σημαντικός παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς των ιατρών είναι και ο τρόπος πληρωμής (Casparie, 1996), σε σχέση με την οργάνωση και το μέγεθος των προσφερομένων υπηρεσιών. Όταν οι υπηρεσίες είναι οργανωμένες με βάση τα δίκτυα ιατρών και νοσοκομείων, με υψηλό αριθμό εισαγωγών, τότε οι ιατρικές πρακτικές έχουν μεγαλύτερη αποδοτικότητα (Burns et al., 1994, Πολύζος, 2014).

Εκτός από τον υπερπληθωρισμό των ιατρών, εξίσου μεγάλο πρόβλημα είναι και η ανισομερής γεωγραφική τους κατανομή. Στην Αττική όπου κατοικεί περισσότερο από το 34% του ελληνικού πληθυσμού, εξασκεί το λειτούργημά του, το 54% των ιατρών, ενώ αντίθετα στην Στερεά Ελλάδα όπου κατοικεί το 8% του πληθυσμού λειτουργεί το 3% του ιατρικού σώματος. Η ανισοκατανομή αυτή ισχύει και για τις ειδικότητες των ιατρών, αφού σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη εργάζεται το 80% των αναισθησιολόγων, το 90% των νευροχειρουργών, το 75% των γυναικολόγων, και το 70% των καρδιολόγων.

Από έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, το 2002, προκύπτει ότι το 50,1% των πολιτών της χώρας πραγματοποίησε τουλάχιστον μία επίσκεψη σε ιατρό τον προηγούμενο μήνα, ενώ το 28,1% πραγματοποίησε τουλάχιστον δύο ή περισσότερες επισκέψεις (Τούντας, 2008). Επίσης, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξεία περιστατικά στα δημόσια νοσοκομεία το 2000 ήταν περίπου 6 ημέρες.

Το 2004 λειτουργούσαν σε ολόκληρη τη χώρα 319 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 51.871 κλινών (163 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 35.808 κλίνες (69%)

αντιστοιχούσαν σε 141 θεραπευτήρια του δημοσίου και 14.515 κλίνες (28%) σε 172 ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ ήταν καταγεγραμμένες και 1.548 κλίνες σε 6 θεραπευτήρια (ΝΠΙΔ).

Από την έρευνα υγείας «Hellas Health I», που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας το 2006 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού, διαπιστώθηκε ότι το 66,6% του πληθυσμού έχει επισκεφτεί ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, και ότι το 25% έχει κάνει επίσκεψη στο διάστημα αυτό, το 22,4% δύο επισκέψεις, το 12,6% τρεις επισκέψεις και το 16,1% περισσότερες από δέκα επισκέψεις. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το 48% διαθέτει οικογενειακό ιατρό, ενώ το 50,1% επιλέγει ιδιώτες ιατρούς για πρωτοβάθμια περίθαλψη (Τούντας, 2008). Τέλος, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μετρήσεις (2009) τα θεραπευτήρια ανέρχονται σε 313, οι διαθέσιμες κλίνες σε 54.704, το ιατρικό προσωπικό σε 27.386 άτομα, το νοσηλευτικό προσωπικό σε 37.905 άτομα, οι επισκέπτριες υγείας σε 530 άτομα, οι μαίες σε 2.626 άτομα και οι λοιποί λειτουργοί υγείας σε 8.345 άτομα.

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αγγίζουν το 10,1% του Α.Ε.Π., με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ να πλησιάζει το 9%. Η συνολική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας εμφανίζεται υψηλότερη κατά 151€, από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 2.759\$ δηλαδή 1.877€. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο μέσος όρος της συνολικής κατά κεφαλή δαπάνης του ΟΟΣΑ επιμερίζεται σε 1.361€, ως δημόσια δαπάνη και 516€ ως ιδιωτική δαπάνη. Συνεπώς στην Ελλάδα, η κάθε οικογένεια δαπανά για υπηρεσίες υγείας κάθε μέλους της, το υπερδιπλάσιο ποσό από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Παρατηρείται ότι το ποσοστό των δημόσιων δαπανών υγείας έχει μια αυξητική τάση από το 1995 έως και το 2009 με ποσοστά 4.2% και 6.8% αντίστοιχα και μια μικρή κάμψη της τάξης του 0,8% μέχρι το 2013. Το ποσοστό όμως των ιδιωτικών δαπανών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ είναι από τα υψηλότερα. Το 2008 ήταν 3.9% του ΑΕΠ και το 2013 3,1%. (Τσακλόγλου κ.α. 2016). Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2013) οι δημόσιες και οι ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα και την ΕΕ κατά την περίοδο 1995-2013 ήταν υψηλές.

2.2.3 Ευρώπη

Παρόμοια φαίνεται να είναι η κατάσταση και σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σύμφωνα με έρευνες, μέχρι το 2020, περίπου είκοσι εκατομμύρια άνθρωποι θα είναι από ογδόντα ετών και πάνω, δηλαδή 300% αύξηση της τέταρτης ηλικίας από το 1960. Επιπλέον, ο ρυθμός υπογεννητικότητας επιδεινώνει την κατάσταση, με την Ελλάδα να λαμβάνει την τρίτη θέση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. (Daniilidou et al., 2003).

Όπως προκύπτει, τα κράτη μέλη της Ε.Ε. αφουγκράζονται τις αλλαγές στη δομή της κοινωνίας και ανταποκρίνονται σε αυτές. Τα εθνικά συστήματα υγείας αντανakλούν τις ανάγκες των πολιτών τους σε υπηρεσίες υγείας και άρα είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης. Η Δανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Σουηδία έχουν δημόσιο σύστημα ιατρικής περίθαλψης, το οποίο χρηματοδοτείται από τις εισφορές των ασφαλισμένων (Beveridgean systems). Παράλληλα, το εθνικό σύστημα υγείας της Αυστρίας, του Βελγίου, της Γαλλίας, της Γερμανίας και των Κάτω Χωρών χρηματοδοτείται από κρατικές εισφορές, με κριτήριο το ατομικό εισόδημα (Bismarckian systems) (Majo, 1979).

Ο πίνακας 2.2 είναι βασισμένος σε ετήσια στατιστικά στοιχεία μίας ολόκληρης δεκαετίας και είναι ενδεικτικό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων στο πλαίσιο της Ε.Ε.. Όπως διαφαίνεται στον πίνακα, η Ε.Ε. στο σύνολό της, δαπανά κατά μέσο όρο, τη δεκαετία 1999 – 2008, το 4% του Α.Ε.Π. της για έξοδα υγείας, της εξεταζόμενης ηλικιακής ομάδας. Πιο συγκεκριμένα, στον πίνακα γίνεται ξεκάθαρη η υπεροχή της Σουηδίας, ενώ αντίθετα το Λουξεμβούργο, έχει τις λιγότερες έως μηδαμινές δαπάνες για την υγεία των ηλικιωμένων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση υπάρχει προφανώς ένας προσανατολισμός προς την ιδιωτική αγορά υγείας, ως ένα φαινόμενο οικονομικής ευμάρειας των πολιτών.

Στη συνέχεια, η Δανία φαίνεται να ακολουθεί τη Σουηδία στις κρατικές παροχές. Όπως έχει προαναφερθεί, η Δανία και η Σουηδία ανήκουν στο ίδιο σύστημα ιατρικής περίθαλψης με την Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία (Beveridgean systems). Φυσικά, οι τρεις τελευταίες χώρες δε διαθέτουν ένα τόσο υψηλό ποσοστό του Α.Ε.Π. τους για τη χρηματοδότηση ανάλογων υπηρεσιών, όπως φαίνεται και στον πίνακα, μάλλον λόγω των χαμηλότερων ρυθμών ανάπτυξης σε σχέση με τις προηγούμενες χώρες. Εντούτοις, τα συστήματα υγείας των συγκεκριμένων χωρών βασίζονται στις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων. Ειδικά στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας παρέχει καθολική δημόσια ασφάλιση σε όλους τους πολίτες.

Εξαιρετικά χαμηλές εμφανίζονται να είναι οι κρατικές επιχορηγήσεις για την υγεία των ηλικιωμένων στο Βέλγιο, την Κύπρο, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία. Οι οικονομίες του Βελγίου και της Κύπρου θεωρούνται ιδιαίτερα ανεπτυγμένες, οπότε η χαμηλή κρατική συνεισφορά θα μπορούσε να αποδοθεί στην στρόφη των πολιτών σε ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης. Σε ό, τι αφορά τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία, οι κρατικές χορηγήσεις είναι χαμηλές, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν.

Οι Κάτω Χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Αυστρία κινούνται περίπου στα ίδια επίπεδα κρατικών χορηγήσεων για υγειονομικές υπηρεσίες που αφορούν σε άτομα τρίτης ηλικίας. Φυσικά, η Αυστρία προηγείται με μέσο όρο 1% του Α.Ε.Π., για τη δεκαετία 1999 – 2008. Δεύτερο έρχεται το Ηνωμένο Βασίλειο με 0,83% του Α.Ε.Π. και τρίτες οι Κάτω Χώρες με 0,7% του Α.Ε.Π.. Τα συστήματα υγείας της Αυστρίας, του Βελγίου, της Γαλλίας, της Γερμανίας και των Κάτω Χωρών ανήκουν σε ένα συγκεκριμένο είδος (Bismarckian systems), το οποίο χρηματοδοτείται από το κράτος, αναλογικά με το εισόδημα του κάθε πολίτη. Οπότε, εξετάζοντας την κάθε περίπτωση ξεχωριστά, η χαμηλή συνεισφορά του κράτους στην υγειονομική περίθαλψη στο Βέλγιο, τη Γαλλία και τη Γερμανία υποδηλώνει μάλλον το υψηλό εισοδηματικό προφίλ της πλειοψηφίας των πολιτών.

Ο δείκτης συμβολίζει τη δαπάνη για κοινωνική πρόνοια των ηλικιωμένων, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., για όλες τις χώρες της Ε.Ε. συνολικά και για κάθε μία ξεχωριστά, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Τα έξοδα καλύπτουν επιδόματα φροντίδας, στέγαση και βοήθεια στη διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Πίνακας 2.2 Δαπάνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων

Ποσοστό Α.Ε.Π. (% of GDP)										
Χώρα	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ΕΕ (27 χώρες)	:	0,41	0,41	0,45	0,47	0,49	0,48	0,46	0,41	0,41
Βέλγιο	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,06	0,05	0,05
Βουλγαρία	:	0	0	0	0	0	0,03	0,03	0,03	0,04
Δημοκρατία της Τσεχίας	0,4	0,43	0,42	0,44	0,34	0,35	0,33	0,33	0,48	0,54
Δανία	1,7	1,64	1,67	1,72	1,75	1,77	1,74	1,73	1,57	1,68
Γερμανία	0,19	0,18	0,18	0,18	0,17	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15
Εσθονία	0,17	0,13	0,11	0,11	0,09	0,09	0,08	0,08	0,07	0,08
Ιρλανδία	0,16	0,18	0,22	0,22	0,22	0,23	0,22	0,22	0,22	0,25
Ελλάδα	0,08	0,09	0,08	0,08	0,09	0,09	0,1	0,1	0,09	0,09
Ισπανία	0,16	0,21	0,2	0,24	0,31	0,32	0,33	0,36	0,38	0,45
Γαλλία	0,17	0,17	0,16	0,26	0,31	0,32	0,32	0,33	0,34	0,35
Ιταλία	0,1	0,1	0,11	0,12	0,12	0,12	0,11	0,12	0,13	0,14
Κύπρος	:	0,04	0,04	0	0	0	0	0	0	0
Λετονία	0,16	0,15	0,15	0,15	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,17
Λιθουανία	0,13	0,13	0,12	0,1	0,13	0,13	0,15	0,19	0,27	0,44
Λουξεμβούργο	0,03	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0
Ουγγαρία	0,27	0,28	0,29	0,34	0,41	0,38	0,38	0,35	0,33	0,32
Μάλτα	0,54	0,49	0,51	0,54	0,55	0,57	0,58	0,6	0,57	0,52
Ολλανδία	0,61	0,66	0,6	0,66	0,67	0,87	0,87	0,82	0,85	0,72
Αυστρία	0,9	1,01	0,98	0,96	0,97	0,97	0,96	0,98	0,95	1
Πολωνία	:	0,23	0,26	0,24	0,25	0,23	0,23	0,23	0,22	0,22
Πορτογαλία	0,15	0,17	0,2	0,21	0,23	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
Ρουμανία	:	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01	0,02	0,03	0,04
Σλοβενία	0,25	0,25	0,25	0,25	0,18	0,19	0,18	0,16	0,15	0,15
Σλοβακία	0,37	0,29	0,3	0,29	0,28	0,39	0,4	0,39	0,36	0,36
Φιλανδία	0,63	0,62	0,63	0,64	0,67	0,71	0,68	0,68	0,67	0,69
Σουηδία	2,35	2,32	2,41	2,52	2,55	2,44	2,37	2,35	2,25	2,33
Ηνωμένο Βασίλειο	0,78	0,81	0,84	0,9	0,95	1,01	0,99	0,87	0,55	0,56

Πηγή: Eurostat, 2012

Η συνολική στελέχωση του νοσοκομείου κυμαίνεται στη δυτική Ευρώπη μεταξύ 3 και 4,5 ατόμων όλων των ειδικοτήτων ανά κλίνη, ενώ στην Ελλάδα στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ο αντίστοιχος δείκτης είναι 2,5-3,5 (Κονταράτος, 2003). Οι αντίστοιχοι δείκτες για τους γιατρούς είναι 0,6-0,8 και 0,5-0,9, για τους νοσηλευτές 1,2-2 και 0,7-1,1 (43% του συνόλου των εργαζομένων), ενώ το διοικητικό προσωπικό στη δυτική Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 0,7 (για μεγάλα νοσοκομεία) και 0,9 ανά κλίνη (για μικρά νοσοκομεία) (OECD, 2006, Τούντας, 2008).

Διαπιστώνεται μία σταδιακή εγκατάλειψη της αυστηρής προσκόλλησης στα παραδοσιακά μοντέλα, με την ανάπτυξη μεικτών μοντέλων. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα), οι οποίες καθιέρωσαν Εθνικό Σύστημα Υγείας, χωρίς να εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης. Ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, ακόμα και στις χώρες με αναπτυγμένο σύστημα υγείας, όπως είναι η Μ. Βρετανία και η Σουηδία.

Σε αντίθεση με τις δαπάνες, οι νοσοκομειακές κλίνες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερες διακυμάνσεις: από 10,8/1000 στην Ολλανδία μέχρι 3,6/1000 στη Σουηδία, οι οποίες οφείλονται κυρίως σε διαφορές στις κλίνες χρόνιων ασθενών, ενώ οι κλίνες για οξεία περιστατικά παρουσιάζουν μικρότερες διακυμάνσεις.

Τέλος, σημαντική επίσης εξέλιξη αποτελεί η προσπάθεια των περισσότερων χωρών για αποκεντρωμένη οργάνωση και διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, οι δημόσιες υπηρεσίες είναι οργανωμένες σε περιφερειακό επίπεδο, είτε για τη χρηματοδότησή τους (Γερμανία) είτε για τη διοίκησή τους (Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Μ. Βρετανία). Στη Σουηδία ειδικότερα, είναι ιδιαίτερα ισχυρός ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης ως προς την οργάνωση και διοίκηση (Τούντας, 2008).

Σχετικά με τις δαπάνες υγείας, πρώτη θέση κατέχουν η Ελβετία 11,6%, επί του ΑΕΠ και ακολουθούν η Γαλλία με 11,1% και η Γερμανία με 10,7% και τελευταία είναι η Πολωνία με 6,2%. Οι δαπάνες υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αυξητικές τάσεις, παρουσιάζουν πλέον, όλο και πιο περιορισμένο εύρος διακυμάνσεων (από 8,1% του ΑΕΠ στη Μ. Βρετανία στο 10,6% του ΑΕΠ στη Γερμανία). Σε ότι αφορά το ποσοστό συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών, που και αυτό αυξάνεται, το εύρος διακυμάνσεων είναι ακόμα μικρότερο. Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα σχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό των δημοσίων

δαπανών (5,3% του ΑΕΠ), το χαμηλότερο μεταξύ των υπό εξέταση ευρωπαϊκών χωρών. Επίσης, σε χώρες με συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης Bismarck, όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η χρηματοδότηση προέρχεται και από τη γενική φορολογία.

Σε ότι αφορά τον τρόπο πληρωμής των νοσοκομείων, στις περισσότερες χώρες επικρατεί το σύστημα των προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, που κατά κανόνα στηρίζονται στην ταξινόμηση των ασθενών βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs). Εξαίρεση αποτελεί η Μ. Βρετανία, η οποία εφαρμόζει το σύστημα των συμβάσεων και η Ελλάδα, όπου ο ιδιωτικός τομέας πληρώνεται κατά πράξη, ενώ ο δημόσιος καλύπτει αναδρομικά τα ελλείμματά του με κρατικές συνεισφορές (Τούντας, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**3.1 Φορείς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας**

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα με σχεδόν ίσα ποσοστά χρηματοδότησης από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα, η δημόσια χρηματοδότηση αντλεί τα έσοδά της από τη φορολογία (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών προς την κοινωνική ασφάλιση. Από την άλλη πλευρά, οι πληρωμές των χρηστών αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, καθιστώντας το ελληνικό υγειονομικό σύστημα ως ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα υγείας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (Mossialos et al., 2005, Liaporoulos et al., 1998). Στις παραγράφους που ακολουθούν περιγράφονται οι κύριοι χρηματοδοτικοί φορείς, οι οποίοι είναι οι δημόσιοι φορείς όπως: το κράτος και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικοί φορείς όπως: η ιδιωτική ασφάλιση και οι πληρωμές των χρηστών.

3.1.1 Οι δημόσιοι φορείς χρηματοδότησης**A. Το Κράτος**

Στην Ελλάδα τα έσοδα από τη φορολογία προέρχονται εφενός από τους έμμεσους φόρους που επιβάλλονται σε αγαθά και υπηρεσίες και αφετέρου από τους άμεσους φόρους. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 χρόνων, η συμμετοχή των έμμεσων φόρων, στη διαμόρφωση των συνολικών φορολογικών εσόδων, μειώθηκε από το 70,2% στο 58,4%, γεγονός που βελτίωσε την ισοτιμία στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα (Mossialos and Davaki, 2002). Το 1990 περισσότερο από το 60% της δημόσιας υγειονομικής χρηματοδότησης προέρχονταν από τη φορολογία, ενώ λιγότερο από 40% αυτής αντλούνταν από τις εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση. Το γεγονός αυτό αντανακλά τις μεγάλες κρατικές επιχορηγήσεις που δόθηκαν εκείνη την περίοδο, προκειμένου να διατηρηθούν τα νοσήλια σε χαμηλά

επίπεδα, ώστε να αποφευχθούν πιθανές αυξήσεις στις ασφαλιστικές εισφορές). Ωστόσο, τα επόμενα χρόνια τα νοσήλια σχεδόν διπλασιάστηκαν, με αποτέλεσμα η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος να φτάσει πάνω από το 50%.

Όσον αφορά τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, χρηματοδοτούνται αφενός από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας, σε ποσοστό που για το έτος 2002 ξεπέρασε το 67% των συνολικών τους εσόδων και αφετέρου από την κοινωνική ασφάλιση και τις πληρωμές των ιδιωτών με ποσοστά που ανέρχονται στο 26,6% και στο 5,8% αντίστοιχα για το ίδιο έτος.

Αναφορικά με τα φορολογικά έσοδα, χρησιμοποιούνται και για την κάλυψη των ελλειμμάτων που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λόγω: α) της απουσίας κινήτρων για τήρηση του προϋπολογισμού τους, β) των μεγάλων χρονικών καθυστερήσεων στην εξόφληση των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων, γ) στην τιμολογιακή πολιτική των δυσανάλογα χαμηλών νοσηλίων των δημοσίων νοσοκομείων σε σχέση με το πραγματικό κόστος νοσηλείας και τέλος, δ) στη δωρεάν παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων και αλλοδαπών (Gounaris, 2002).

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποζημιώνουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ με βάση το κλειστό νοσήλιο, για την περίθαλψη των νοσηλευόμενων ασθενών, το ύψους του οποίου παραμένει σταθερά σε χαμηλότερα επίπεδα από το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Η μέθοδος της κατά πράξη αμοιβής χρησιμοποιείται για την αποζημίωση των υπηρεσιών που έλαβαν οι ασθενείς, όπου όμως και σε αυτήν την περίπτωση οι ισχύουσες τιμές υπολείπονται του πραγματικού κόστους. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται η μέθοδος της «τιμής πακέτο» για την κάλυψη του συνόλου των εξόδων συγκεκριμένων υγειονομικών παρεμβάσεων, συνήθως χειρουργικών με τιμές που σε ορισμένες, μη επιπλεγμένες περιπτώσεις, πλησιάζουν κατά προσέγγιση το πραγματικό κόστος (Siskou and Gounaris, 2004).

B. Η Κοινωνική Ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στη δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα με ποσοστά που διαχρονικά αυξομειώνονται, κυμαινόμενα μεταξύ 38% και 53% του συνόλου της δημόσιας χρηματοδότησης.

Συγκεκριμένα, λειτουργούν πολυάριθμα ταμεία κύριας και επικουρικής ασφάλισης, τα οποία προσφέρουν υγειονομική, συνταξιοδοτική και προνοιακή κάλυψη, στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, όπου είναι ασφαλισμένοι το σύνολο σχεδόν των εργαζομένων με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) ιδρύθηκε το έτος 1961 με σκοπό κατ' αρχήν τη χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος - χηρείας και την παροχή ασθένειας στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας και από το 1998 είναι το ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών (Ν. 2458/97) και παρέχει ευρύ και πλήρες φάσμα ασφαλιστικής προστασίας. Τέλος ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) δημιουργήθηκε με την ενοποίηση των Οργανισμών Ομοειδών Επαγγελματιών των Ταμείων Τ.Ε.Β.Ε. , Τ.Α.Ε. , Τ.Σ.Α. κ.λ.π. (Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2017).

Τα έσοδά τους, προέρχονται από τις συνολικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, οι οποίες παρουσιάζουν διακυμάνσεις μεταξύ των διαφόρων ταμείων. Σχετικά με το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), όπου είναι ασφαλισμένο το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων, οι μηνιαίες εισφορές είναι οι πιο υψηλές σε σχέση με τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία. Τα έσοδα του ΟΠΑΔ προέρχονται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, και γι' αυτό οι καταβαλλόμενες εισφορές κατευθύνονται στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, με τη μορφή δημοσίου εσόδου. Τέλος, τα έσοδα του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) προέρχονται από τις πάγιες μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων (Σούλης κ.α., 2001, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2003, Mossialos, 2002).

Επίσης, από την 1η Ιανουαρίου 2017 λειτουργεί ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) ως αποτέλεσμα της ενοποίησης των προϋπαρχόντων φορέων κοινωνικής ασφάλισης που λειτουργούσαν στη χώρα μας.

3.1.2 Οι ιδιωτικοί φορείς χρηματοδότησης

A. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Στην Ελλάδα, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι πολύ ανεπτυγμένος. Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και του δημοσίου συστήματος υγείας (Eurobarometer, 1998), καθώς και ο κίνδυνος των καταστροφικών δαπανών υγείας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι πολίτες σε περίπτωση ασθένειας, ωθούν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας.

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών αναφορικά με τη διαχρονική εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το ποσοστό του πληθυσμού καλύπτονταν με ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας ήταν κάτω από την ομάδα. Επίσης, σε ανάλογη μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό της Ε.Ε. (Shneider and Poulier, 1991) προέκυψε ότι το συνολικό ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που καλύπτονταν από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη αγγίζοντας μόλις το 2%. Το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά και κυμαίνεται μεταξύ 5-10% του πληθυσμού (Εconoμου, 2001). Συγκεκριμένα, το έτος 2002 οι ασφαλισμένοι-κατά εκτιμήσεις- ξεπερνούσαν το 1,5 εκατ. καλυπτόμενοι σχεδόν με το ίδιο ποσοστό από ατομικά και ομαδικά συμβόλαια υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλή ανταποδοτικότητα καθώς οι καταβληθείσες αποζημιώσεις ανέρχονταν στο 88% των εγγεγραμμένων ασφαλιστρών το ίδιο έτος. Αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω του συμπληρωματικού της χαρακτήρα, η ζήτηση εξαρτάται κυρίως από το διαθέσιμο εισόδημα, και συνεπώς η πλειοψηφία των ασφαλισμένων ανήκει στη μέση και ανώτερη κοινωνικό - οικονομική τάξη.

Αναφορικά με το είδος των παρεχόμενων καλύψεων, επικεντρώνονται αφενός στη νοσοκομειακή περίθαλψη και αφετέρου σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εισαγωγή της κάρτας νοσηλείας στη δεκαετία του 1990, προσέφερε πρόσβαση στο ευρύ κοινό στα μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, ταυτόχρονα όμως αύξησε δραματικά το κόστος των αποζημιώσεων λόγω έλλειψης ελέγχου. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού κρίθηκε σκόπιμη η συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα, αποτρέποντας με τον τρόπο αυτό την εμφάνιση του φαινομένου της ηθικής βλάβης (Παλαιολόγος, 2003).

Παρόλα αυτά, οι δαπάνες υγείας των ασφαλιστικών εταιρειών παρουσιάζουν αυξητική τάση σε απόλυτους αριθμούς. Το έτος 2003 οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες πλήρωσαν 338 εκ € για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε προγενέστερες μελέτες υποστηρίζονταν η άποψη ότι η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα ασφάλισης υγείας είναι δυνατόν να συνεισφέρει στην πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών για κοινωνική προστασία, και μάλιστα χωρίς την επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού (Λιαρόπουλος, 1993).

Η αύξηση των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση, δεν αναιρεί το συμπληρωματικό χαρακτήρα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, και τον περιορισμένο ρόλο του κοινωνικού κράτους πρόνοιας στον τομέα της υγείας. Μάλιστα, εκφράζεται ο προβληματισμός της επιστημονικής κοινότητας αναφορικά με τις συνέπειες που θα επιφέρουν τα επιτεύγματα της γενετικής διαγνωστικής στο χώρο της ασφάλισης υγείας (Λιαρόπουλος, 2005).

B. Οι Πληρωμές των Χρηστών

Οι πληρωμές των χρηστών διαμορφώνουν τη συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας, η οποία το υπερβαίνει το σύνολο των υγειονομικών δαπανών. Η ιδιωτική δαπάνη συμμετέχει στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, σχεδόν με διπλάσιο ποσοστό από ότι στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Συνεπώς, η συνεχής αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης αποδίδεται σε αντίστοιχη αύξηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών προϋπολογισμών με ιατρικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι κυρίως οι άμεσες και οι άτυπες πληρωμές των χρηστών, ενώ οι δαπάνες της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τις ευρωπαϊκές χώρες (Thomson et al., 2003).

Στο πλαίσιο των θεμελιωδών αρχών που διέπουν την ανάπτυξη του ΕΣΥ περί καθολικής υγειονομικής κάλυψης και ισότιμης και ευχερούς πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν σε όλους τους ασφαλισμένους των ταμείων με κάποια ενδεικτική επιβάρυνση. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνητικής εργασίας που διεξήγαγε το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας το 2003 περιγράφονται οι υγειονομικές παροχές των τεσσάρων κυριοτέρων ταμείων και τα εφαρμοζόμενα μέτρα συμμετοχής των πολιτών.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη εφαρμόζεται το μέτρο της συνασφάλισης με ποσοστά που κυμαίνονται από 0% έως 25% ανάλογα με τη βαρύτητα, τη χρονιότητα της νόσου και την οικονομική κατάσταση του ασθενούς (Kaitelidou and Theodorou, 2003). Στην ιατρική περίθαλψη που παρέχεται, είτε από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, είτε από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, επιβάλλεται το μέτρο της ενδεικτικής συμμετοχής. Στις διαγνωστικές εξετάσεις εφαρμόζεται η συνασφάλιση, ενώ στην πρόσθετη περίθαλψη εφαρμόζεται συνδυασμός της συνασφάλισης και των μέγιστων ορίων κάλυψης ανά κατηγορία δαπάνης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, τόσο στα δημόσια όσο και στα συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία, παρέχεται στους πολίτες δωρεάν. Σχετικά με την οδοντιατρική περίθαλψη, οι ασφαλισμένοι απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα, καθώς καλύπτεται μερικώς από ορισμένα ταμεία.

Σε αντίθεση με τις ιδιωτικές δαπάνες της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος, οι άτυπες συναλλαγές, δηλαδή οι συναλλαγές χωρίς τη λήψη απόδειξης, κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα (Τάτσος, 2001).

Συμπερασματικά η συμμετοχή των ιδιωτικών φορέων και κυρίως του καταναλωτή, στη χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος είναι εξαιρετικά υψηλή υπερβαίνοντας αισθητά τα αντίστοιχα ποσοστά των χωρών του ΟΟΣΑ. Το παράδοξο είναι, ότι η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι χαμηλή (Thomson et al., 2003), γεγονός που δημιουργεί ερωτηματικά αναφορικά με τους λόγους που ωθούν τους καταναλωτές στην καταβολή πρόσθετων πληρωμών για τη λήψη υπηρεσιών τόσο από τον ιδιωτικό τομέα, όσο και από το δημόσιο τομέα.

Ο τρόπος χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας αποτελεί σημαντικό ζήτημα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Η πηγή από την οποία αντλούνται οι πόροι που διατίθενται για αγορά και κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας έχει επιπτώσεις στην ισοτιμία του συστήματος, με σοβαρές αναδιανεμητικές επιπτώσεις στο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών και επηρεάζει τη συνολική οικονομική δραστηριότητα σε μία χώρα (Λιαρόπουλος, 2007).

3.2 Η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται σημαντικά από τη συμμετοχή του καταναλωτή στο κόστος. Οι υποστηρικτές του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος διατείνονται ότι με τον τρόπο αυτό μειώνεται η συνολική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνουν τα έσοδα κάνοντας εφικτή τη διεύρυνση των υγειονομικών παροχών, ιδιαιτέρως μάλιστα στις περιπτώσεις όπου τα κρατικά έσοδα δεν επαρκούν για τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, ή όταν οι πολίτες δεν αποδέχονται την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω των αυξημένων φορολογικών και ασφαλιστικών εισφορών (Abel-Smith, 1994, Chalkley and Robinson, 1997). Ακόμη, σύμφωνα με τον Willman (1998) τα πρόσθετα έσοδα μπορούν να κατευθυνθούν για την κάλυψη των αυξημένων υγειονομικών αναγκών των οικονομικά αδυνάτων, αμβλύνοντας έτσι τις ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Αντίθετα, ο Creese (1991) ισχυρίζεται ότι τα μέτρα συνεισφοράς των χρηστών στο κόστος, επιδρούν δυσμενώς στην ισοτιμία του συστήματος καθώς μετακυλύουν μέρος του χρηματοδοτικού «βάρους» από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση στα νοικοκυριά. Όσο μεγαλύτερο ποσοστό αντιπροσωπεύουν οι θεσμοθετημένες πληρωμές συμμετοχής των χρηστών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, τόσο μεγαλύτερο είναι το οικονομικό βάρος που επωμίζονται οι οικονομικά αδύνατοι και ασθενείς πολίτες (Rice and Morrison, 1994). Από αυτή την άποψη, διακυβεύεται η αλληλεγγύη στο σύστημα μεταξύ των υγιών και των ασθενών πολιτών (Van de Ven, 1983) καθώς οι υγιείς (και οικονομικά εύρωστοι πολίτες) παύουν να επιδοτούν τους ασθενείς (και φτωχούς) πολίτες. Ακολούθως αναλύεται η επίδραση του μέτρου στη ζήτηση, στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, και στη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών.

Στη διεθνή βιβλιογραφία συζητείται η συμβολή της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος στην αύξηση της αποδοτικότητας των υγειονομικών συστημάτων μέσω της υποκατάστασης «μη αναγκαίων υπηρεσιών υγείας» με τη χρήση φθηνότερων φροντίδων με καλύτερη σχέση κόστους –αποτελέσματος.

Θεωρητικά, η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος δεν επιφέρει καμία αρνητική συνέπεια στο επίπεδο υγείας, εφόσον αποτρέπει επιλεκτικά την κατανάλωση μη αναγκαίων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη στη Δανία (Hansen, 1991) προέκυψε ότι το μέτρο της συμμετοχής στο κόστος περιόρισε την κατανάλωση τόσο των μη απαραίτητων όσο και των απαραίτητων υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Σε ανάλογη μελέτη που διεξήχθη στη Σουηδία (Lundberg et al., 1998) αναφορικά με την επίδραση της συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων βρέθηκε ότι πιθανή αύξηση στις χρεώσεις των ασφαλισμένων είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της ζήτησης για τα μη απολύτως αναγκαία φάρμακα όπως τα αντιβηχικά, ενώ αντιθέτως επέφερε μικρή σχετικά μείωση σε απαραίτητα φάρμακα όπως αυτά της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Συγκεκριμένα, στην υποθετική περίπτωση διπλασιασμού της φαρμακευτικής χρέωσης τότε θα αναμένονταν μείωση της κατανάλωσης αντιβηχικών κατά 40% έναντι αντίστοιχης μείωσης θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

Επίσης, σε μεταγενέστερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Δανία (Kasje et al., 2002) αναφορικά με την επίδραση της συμμετοχής των χρηστών στη φαρμακευτική αγωγή, στις πρακτικές συνταγογράφησης που υιοθετούν οι ιατροί βρέθηκε ότι η απόφαση τους για τη συνταγογράφηση συγκεκριμένων φαρμάκων επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης για αυτά, μόνο στην περίπτωση που γνωρίζουν ότι οι ασθενείς τους έχουν περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος δε συνέβαλε στην ισορροπία των συνολικών δαπανών υγείας, καθώς η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από την προσφορά (Thomson et al., 2003). Επίσης, η συμμετοχή των καταναλωτών στο κόστος, όταν είναι αυξημένη επηρεάζει τους φορείς υπηρεσιών υγείας (Fahs, 1992).

Η αύξηση της συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης δεν έχει βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στη μείωση των δαπανών υγείας. Με αποτέλεσμα η μέση ετήσια αύξηση στις δαπάνες υγείας να παραμένει ή ίδια (Persson and Guzelgun, 1998). Επίσης, η εφαρμογή του μέτρου, για την αύξηση της συμμετοχής στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν επέφερε την αναμενόμενη μείωση στη συνολική δαπάνη υγείας και στην Ισλανδία, (Almarsdottir et al., 2000). Επίσης, οι ασφαλισμένοι με ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη είναι γεγονός ότι επισκέπτονται πιο συχνά τα δημόσια νοσοκομεία για προβλήματα υγείας και κυρίως στα επείγοντα (Lang et al., 1997). Στη Γερμανία

σχετικά με τη θεσμοθέτηση του κόστους στα φάρμακα προκειμένου να μην επιβαρυνθούν οι καταναλωτές το κόστος, επιλέγουν πιο φτηνά φάρμακα. Παράλληλα τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία επωφελήθηκαν από την αύξηση του ανταγωνισμού από τις εταιρείες φαρμάκων (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., 2002).

Σχετικά με την εφαρμογή του μέτρου στη φαρμακευτική περίθαλψη στη χώρα μας παρατηρήθηκε ότι μειώθηκε η ζήτηση για το σύνολο των δαπανών των φαρμάκων αλλά δε συνέβη το ίδιο στη ζήτηση για τα μη αναγκαία φάρμακα (Mossialos and Le Grand, 1999).

3.3 Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παρατηρείται ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες δεν είναι ισότιμη για όλους τους καταναλωτές. Όταν υπάρχει θεσμοθετημένη οικονομική επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας ο καταναλωτής αδυνατεί να αντεπεξέλθει στο ύψος της δαπάνης (Louckx et al., 2001). Το γεγονός επηρεάζει ιδιαίτερα τους καταναλωτές που έχουν χαμηλά εισοδήματα και που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Άρα παρόλο που υπάρχει ανάγκη για υπηρεσίες υγείας ο καταναλωτής που ανήκει στις κατώτερες οικονομικά ομάδες δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (Vanroelen, 2001).

Σε χώρες όπου υπάρχει πλήρης κάλυψη της νοσοκομειακής περίθαλψης από το ασφαλιστικό ταμείο παρατηρείται ότι υπάρχουν μεγαλύτερες διακυμάνσεις στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων (Jourdain, 2000). Συγκεκριμένα, οι καταναλωτές περιορίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικών δυσκολιών. Οι υπηρεσίες υγείας που περιορίζονται σε αυτήν την περίπτωση είναι κυρίως οι υπηρεσίες που αφορούν τη οδοντιατρική δαπάνη (Aunray et al., 2001).

Επίσης, στις Σκανδιναβικές χώρες μετά την αύξηση της συμμετοχής στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, προέκυψε ότι αρκετοί καταναλωτές δεν παρέλαβαν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, λόγω οικονομικών προβλημάτων. Τα οικονομικά προβλήματα αφορούσαν καταναλωτές είτε με χαμηλό εισόδημα και προνομιακά επιδόματα είτε μέλη μονογονεϊκών νοικοκυριών (National Board of Health and Welfare, 1997).

Οι καταναλωτές δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω της επιβαλλόμενης συμμετοχής στο κόστος και στη Δανία (Elofsson et al., 1998). Η πλειοψηφία των καταναλωτών που ήταν σε δυσχερή οικονομική κατάσταση, δήλωσε ότι δεν αναζήτησε υγειονομική περίθαλψη τουλάχιστον μία φορά κατά το προηγούμενο έτος.

Δεν παρατηρείται το ίδιο στους καταναλωτές που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και σε όσους έχουν υψηλό εισόδημα.

Στην Ελλάδα καθώς υπάρχουν χαμηλά σχετικά ποσοστά της θεσμοθετημένης συμμετοχής των πολιτών στο κόστος, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα είναι ισότιμη για όλους τους πολίτες. Το πρόβλημα στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η αυξημένη ζήτηση, η αδυναμία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να ανταπεξέλθει στη ζήτηση με άμεσα αποτελέσματα τις μεγάλες ουρές ανώνυμης και την χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τους καταναλωτές. Σε αυτή την περίπτωση ο καταναλωτής είτε απευθύνεται στον ιδιωτικό τομέα, είτε καταβάλλει άτυπη πληρωμή, είτε δέχεται την αύξηση του κόστους συμμετοχής.

Συγκεκριμένα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική των Δόλγερα και συν. (2001) παρατηρήθηκε ότι ο καταναλωτής ήταν διατεθειμένος για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας να καταβάλει αυξημένη συμμετοχή στο κόστος της επίσκεψης. Η πρόθεση πληρωμής όμως λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία δεν αφορά όλα τα οικονομικά στρώματα των καταναλωτών και επηρεάζεται από το διαθέσιμο εισόδημα.

Συμπερασματικά, η πιθανή αύξηση των πληρωμών μέσω της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος δεν αφορά όλους τους πολίτες, καθώς οι καταναλωτές που δε διαθέτουν το απαραίτητο εισόδημα, αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση της πρόθεσης πληρωμής για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας

3.4 Το εισόδημα του καταναλωτή

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από αρκετούς οικονομικούς παράγοντες. Στη συγκεκριμένη παράγραφο παρουσιάζεται η επίδραση του εισοδήματος καθώς η ζήτηση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από το διαθέσιμο εισόδημα του καταναλωτή. Η δυνατότητα

καταβολής άμεσων πληρωμών, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα για τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση και το ύψος του εισοδήματος του καταναλωτή. Λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνικοοικονομική ομάδα, στην οποία ανήκει ο καταναλωτής δημιουργούνται προβλήματα ανισότητας μεταξύ των πολιτών.

Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε ότι οι κοινωνικοοικονομικές ομάδες με χαμηλά εισοδήματα δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό του ακαθάριστου εισοδήματος τους σε υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με τους πολίτες των υψηλών εισοδημάτων (Δόλγερας και Κυριόπουλος, 2000). Το σύνολο των δαπανών υγείας του νοικοκυριού μειώνεται, όταν το νοικοκυριό ανήκει στις υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις (IOBE, 2004). Λαμβάνοντας υπόψη τις Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών των ετών 1981 και 1994, οι Liaropoulos and Tragakes (1998) κατέληξαν σε ανάλογα αποτελέσματα. Σε επόμενες Έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών διαπιστώθηκε ότι οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών με υψηλά εισοδήματα, υπερβαίνουν το μέσο όρο και αυτό πιθανότατα οφείλεται είτε σε υπερκατανάλωση κάποιων υπηρεσιών είτε στην καταβολή μη αναγκαίων πληρωμών. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Ευρωβαρομέτρου του 1996, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα εξαρτάται κυρίως από το διαθέσιμο εισόδημα.

Επίσης, οι Ματσαγγάνης και Μητράκος (1999) στην Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών (1993-94) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εισοδηματική ελαστικότητα των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι πολύ μεγάλη. Η δαπάνη υγείας των νοικοκυριών που ανήκουν στο ανώτερο 20% της κλίμακας εισοδήματος, είναι 20 φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη δαπάνη των νοικοκυριών που ανήκουν στο κατώτερο 20% της κλίμακας εισοδήματος, παρά το γεγονός ότι το διαθέσιμο εισόδημα των ευκατάστατων οικογενειών είναι μόνο 4,5 φορές μεγαλύτερο από αυτό των οικονομικά ασθενέστερων.

Με το θέμα της εισοδηματικής ελαστικότητας των υγειονομικών δαπανών των νοικοκυριών ασχολήθηκε η έρευνα του ΟΟΣΑ το 2002 και αφορούσε στη διερεύνηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, λόγω των εισοδηματικών διαφοροποιήσεων (Van Doorslaer and Masseria, 2004). Η εκτίμηση των υγειονομικών ανισοτήτων μεταξύ των εύπορων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών πραγματοποιήθηκε με βάση τον αριθμό κατανάλωσης παρόμοιων υπηρεσιών υγείας.

Η επίδραση του διαθέσιμου εισοδήματος του καταναλωτή στην κατάσταση υγείας απασχολεί ολοένα και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα. Το θέμα αυτό διερευνάται μεταξύ άλλων, και στο πλαίσιο της έρευνας για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας εμφανίζεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ υγείας και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης της κάθε χώρας. Ειδικότερα, όσον αφορά την κατάθλιψη υπάρχει μια καθαρά αρνητική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εισοδήματος στις βόρειες χώρες της Ευρώπης.

Επίσης, σχετικά με την επίδραση του εισοδήματος στην υγεία, οι Alter et al., (1999) στην Αμερική κατέγραψαν τις διαφορές στις υπηρεσίες υγείας που αφορούσαν τα καρδιακά προβλήματα σε σχέση με το διαθέσιμο εισόδημα. Η αναλογία των στεφανιογραφιών και τα ποσοστά επαναγγείωσης συνδέονται θετικά με το εισόδημα. Αντίθετα ο χρόνος αναμονής και τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν αντιστρόφως ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των πολιτών. Συγκεκριμένα, η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της πιθανότητας του θανάτου.

Παρόμοια ήταν και αποτελέσματα στη Φιλανδία (Hetemä et al., 2003, Keskimäki, 2003) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Payne and Saul, 1997, Ben-Shlomo and Chaturvedi, 1995). Τέλος, στην Ελλάδα η ανάλυση της σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της κατάστασης υγείας παρουσιάζει θετική συσχέτιση μεταξύ των καταγεγραμμένων ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας και του χαμηλού κοινωνικό - οικονομικού προφίλ του καταναλωτή (Τούντας και Φρισήρας, 1996).

Μελετώντας την προσβασιμότητα των διαφόρων κοινωνικών ομάδων στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρατηρούνται δύο αποκλίνουσες καταστάσεις. Έτσι, όσον αφορά τη δυνατότητα πρόσβασης σε γενικό ιατρό δεν καταγράφονται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ των εύπορων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ. Αντίθετα, η πρόσβαση σε ειδικούς γιατρούς είναι σχετικά δύσκολη για τους πολίτες με χαμηλό εισόδημα.

Σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα ως αγαθό «πολυτελούς φύσεως» δεν καλύπτεται πλήρως ασφαλιστικά, και ως εκ τούτου, η εφαρμοσιμότητα της αρχής της οριζόντιας ισοτιμίας είναι σχετικά περιορισμένη σε αρκετές χώρες (Van Doorslaer and Masseria, 2004). Η

προσφορά της, εξαρτάται κύρια από τη δυνατότητα πληρωμής των χρηστών και πολύ λιγότερο από την πραγματική ανάγκη. Είναι επομένως αναμενόμενο σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ να καταγράφεται σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός οδοντιατρικών επισκέψεων μεταξύ των πλουσίων πολιτών από ότι των φτωχότερων.

Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαιτέρως έντονο στα συστήματα όπου η οδοντιατρική περίθαλψη εξαιρείται από το βασικό πακέτο υπηρεσιών που καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση (Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιρλανδία, Καναδάς, Ουγγαρία, Ιταλία, Φιλανδία). Στις περιπτώσεις αυτές η οδοντιατρική δαπάνη καλύπτεται είτε από την ιδιωτική ασφάλιση είτε απευθείας από τα νοικοκυριά.

Ανάλογη είναι η κατάσταση και στην Ελλάδα όπου η ανεπαρκής κάλυψη της οδοντιατρικής περίθαλψης από την κοινωνική ασφάλιση συνεπάγεται τη μειωμένη ζήτηση της συγκεκριμένης υγειονομικής φροντίδας κύρια από τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα (Κυριόπουλος και Σουλιώτης, 2002, Κυριόπουλος, 2003). Η αδυναμία πρόσβασης στην οδοντιατρική περίθαλψη και κατ' επέκταση η κακή κατάσταση υγείας των δοντιών, πιθανόν να έχει επιβλαβείς συνέπειες στη γενικότερη κατάσταση υγείας. Το θέμα αυτό, απασχολεί ιδιαίτερα ορισμένους αμερικανούς μελετητές (Gladwell, 2005), κυρίως σε σχέση με τους ανασφάλιστους, από τους οποίους η δαπάνη οδοντιατρικής φροντίδας θεωρείται πολυτελείας. Σύμφωνα με τον Gladwell, η κακή οδοντιατρική υγεία των ανασφάλιστων επηρεάζει τόσο την εικόνα όσο και τη γενικότερη κατάσταση υγείας τους, παράγοντες που αποτελούν φραγμό στην προσπάθεια εύρεσης εργασίας.

Αναφορικά με τη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών η κατάσταση είναι διφορούμενη κύρια λόγω των διαφορών στη δομή των υγειονομικών συστημάτων μεταξύ των χωρών. Έτσι, για παράδειγμα ενώ στο Μεξικό και στην Πορτογαλία οι εύρωστοι οικονομικά πολίτες καταγράφουν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών, σε άλλες χώρες όπως στην Ελβετία, στον Καναδά, στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ η κατάσταση είναι αντίστροφη.

Σε μελέτη σε 21 χώρες του ΟΟΣΑ υπήρχε δυσανάλογα μεγάλος αριθμός επειγουσών εισαγωγών για τις οποίες εφαρμόζεται η αρχή της οριζόντιας ισοτιμίας σε ικανοποιητικό βαθμό (Van Doorslaer and Masseria, 2004). Γενικά, με βάση τα συμπεράσματα των Van Doorslaer et al., (2000), στις χώρες όπου οι πολίτες με χαμηλά εισοδήματα τείνουν να κάνουν

λιγότερη χρήση των εξωνοσοκομειακών δομών, σε σύγκριση με τους πολίτες των υψηλών εισοδηματικών κλιμακίων, παρατηρείται συχνότερη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών προκειμένου να αντισταθμίσουν το έλλειμμα που επιφέρει η περιορισμένη προσβασιμότητα στις εξωνοσοκομειακές δομές.

3.5 Η ιδιωτική ασφάλιση

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς καλύπτει τη θεσμοθετημένη συμμετοχή στο κόστος του καταναλωτή (Dourgnon and Sermet, 2002). Η κατανάλωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως η οδοντιατρική φροντίδα, είναι αυξημένη σε καταναλωτές που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αντίθετα, η χρήση της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. Επίσης υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας ανάλογα με το είδος του συμβολαίου που έχει υπογράψει ο καταναλωτής και ενδέχεται ο αριθμός των επισκέψεων σε ιατρούς να εξαρτάται από το ύψος των δαπανών της ιδιωτικής ασφάλισης.

Επίσης, η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ενισχύει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα έχουν συμβόλαια με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για την κάλυψη των δαπανών της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος. Αντίθετα, οι καταναλωτές οι οποίοι αντιμετωπίζουν με δυσκολία την οικονομική επιβάρυνση της θεσμοθετημένης συμμετοχής στο κόστος, αδυνατούν να έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, λόγω χαμηλού εισοδήματος (Christiansen et al., 2002).

Στις χώρες Αυστρία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση επιδοτείται από την πολιτεία καθώς τα ασφάλιστρα υγείας εκπίπτουν είτε πλήρως είτε μερικώς από το φορολογητέο εισόδημα. Το συγκεκριμένο μέτρο αποτελεί κίνητρο προς τους πολίτες για την απόκτηση ιδιωτικών συμβολαίων και παρουσιάζει πλεονεκτήματα όταν η αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας δεν είναι αποδεκτή (Evans, 2002).

Ωστόσο υπάρχει και η αντίθετη άποψη που θεωρεί ότι η επιδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης από το κράτος είναι κοινωνικά άδικη. Συγκεκριμένα στη Γαλλία υπάρχουν μηχανισμοί

προστασίας για την άμβλυνση των ανισοτήτων μεταξύ των εύπορων και οικονομικά ασθενών ομάδων στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες (Aligon and Grignon, 1999). Τέλος, η σημασία της πληροφόρησης σχετικά με τα προνόμια της επιδότησης ή φοροαπαλλαγής που προσφέρει η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα σημαντική. Έρευνες διαπιστώνουν ότι οι δικαιούχοι δεν απολαμβάνουν τα προνόμια της μερικής ή ολικής εξαίρεσης από τη συμμετοχή τους στο κόστος, εξαιτίας της ελλιπούς πληροφόρησης και των πολύπλοκων κανονισμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Μεθοδολογία

.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συστηματική καταγραφή και η εμπειρική διερεύνηση των παραμέτρων που σχετίζονται με το ύψος των δαπανών και την ικανοποίηση των καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Η έρευνα ξεκίνησε το Νοέμβριο του 2011 και ολοκληρώθηκε το Μάρτιο του 2012. Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 663 καταναλωτών, κατοίκων του Νομού Αττικής.

Λαμβάνοντας υπόψη το σχεδιασμό της μεθοδολογίας της δειγματοληπτικής έρευνας (Υφαντόπουλος, 2008), με σκοπό τη διανομή του ερωτηματολογίου στο Νομό Αττικής, υλοποιήθηκε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου της έρευνας σε αρχικό δείγμα 50 ατόμων, εκ των οποίων οι 20 ερωτώμενοι προέρχονται από τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου της Αττικής και οι 30 από τον υγιή πληθυσμό. Κατά τη διεξαγωγή της πιλοτικής εφαρμογής καταγράφηκε ο χρόνος διεξαγωγής της συνέντευξης και επανεξετάστηκαν οι ερωτήσεις που οι ερωτώμενοι είχαν πρόβλημα διατύπωσης.

Στη συνέχεια έγινε διατύπωση των ερωτήσεων και πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή του ερωτηματολογίου της έρευνας σε δείγμα 800 ατόμων, σε καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας, από τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής και από τον υγιή πληθυσμό. Από τα 800 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν πλήρως τα 663 και συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της έρευνας. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 82%. Για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος λήφθηκε υπόψη το 10% του πληθυσμού της Έρευνας υγείας που είχε πραγματοποιηθεί από την Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2009. Επίσης το δείγμα της παρούσας έρευνας σταθμίστηκε, όσον αφορά τα δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή και τη σύνθεση του νοικοκυριού με τα αντίστοιχα

χαρακτηριστικά του δείγματος της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ). Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία όσον αφορά τον υγιή πληθυσμό και όσον αφορά τα τακτικά και τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η πιο σημαντική δυσκολία της έρευνας ήταν η συλλογή των δεδομένων καθώς πολλές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου περιείχαν οικονομικές πληροφορίες και προσωπικά δεδομένα. Επίσης, οι καταναλωτές εκδήλωσαν δυσφορία ως προς τον αριθμό των ερωτήσεων με αποτέλεσμα πολλές φορές δε συνέχιζαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

4.2 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με συλλογή στοιχείων μέσω ερωτηματολογίου (Βλ. ερωτηματολόγιο, Παράρτημα 1). Το ερωτηματολόγιο, όπως είχε διαμορφωθεί αρχικά, διανεμήθηκε σε δείγμα 50 καταναλωτών για να προσδιοριστούν οι αναγκαίες αλλαγές (λόγω πιθανής ασάφειας των ερωτήσεων) και ο χρόνος συμπλήρωσής του. Από το αρχικό ερωτηματολόγιο προστέθηκαν ερωτήσεις, κυρίως σε θέματα επιπέδου υγείας.

Τα πρώτα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στις αρχές του Νοεμβρίου 2011 και ολοκληρώθηκαν στις τελευταίες μέρες του Μαρτίου 2012. Καλύφθηκαν όλες οι ημέρες της εβδομάδας και σχεδόν όλες οι ώρες της ημέρας. Τα 663 ερωτηματολόγια από το συνολικό δείγμα συμπληρώθηκαν με προσωπική επαφή (τύπου συνέντευξης) της ερευνήτριας με το δείγμα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά (7) ενότητες και τριακόσιες δέκα εννέα (319) ερωτήσεις. Από αυτές εκατόν δέκα (110) είναι «ανοικτού τύπου», ενώ οι υπόλοιπες είναι «κλειστού τύπου» ερωτήσεις, με προκαθορισμένες απαντήσεις. Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε ενότητες οι οποίες είναι οι εξής :

- A. Βασικά στοιχεία ατόμου – Δημογραφικά στοιχεία*
- B. Ασφάλιση*
- C. Υπηρεσίες Υγείας Απόψεις – Στάσεις*
- D. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας*
- E. Νοσοκομειακή περίθαλψη*
- F. Επίπεδο υγείας*
- G. Επίπεδο υγείας σήμερα (EuroQoL EQ-5D).*

Από την πρώτη ομάδα ερωτήσεων (Α) αντλούνται πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία ηλικία, φύλο, απασχόληση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός μελών του νοικοκυριού. Επίσης υπάρχουν ερωτήσεις για το εισόδημα και τις δυσκολίες για κάλυψη αναγκών λόγω της οικονομικής κρίσης.

Η δεύτερη ενότητα (B) των ερωτήσεων επικεντρώνεται τόσο στην δημόσια όσο και την ιδιωτική ασφάλιση. Συγκεκριμένα το ασφαλιστικό ταμείο που ανήκει ο καταναλωτής καθώς και το ύψος και τους λόγους επιλογής της ιδιωτικής ασφάλισης.

Στην τρίτη ενότητα (C) δίνεται η ευκαιρία στον καταναλωτή να εκφράσει τις απόψεις του για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Αν είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες την κύριας ασφάλισης και αν είναι διατεθειμένος να πληρώσει επιπλέον για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Επίσης διερευνούνται ποιοι είναι οι λόγοι επιλογής για επίσκεψη στον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα. Ακόμη υπάρχουν ερωτήσεις για την αύξηση των φαρμάκων, των διαγνωστικών εξετάσεων, των νοσηλίων και των επισκέψεων σε γιατρούς και ερωτήσεις που σχετίζονται με τη μείωση του εισοδήματος. Σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει μια ομάδα ερωτήσεων για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, ποια τα πιθανά προβλήματα κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και για την απόφαση να νοσηλευτούν σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Οι ίδιες ερωτήσεις αναφέρονται και στον ιδιωτικό τομέα.

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο της έρευνας αφορά τους καταναλωτές που έχουν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Εξετάζεται ο χρόνος αναζήτησης και χρήση της υπηρεσίας, η καταβολή ή όχι άτυπης πληρωμής για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους και τα προβλήματα που είχαν αντιμετωπίσει στην επίσκεψη σε ιατρό σε νοσοκομείο σε φαρμακείο, σε διαγνωστικό κέντρο και σε υπηρεσίες υγείας κατ' οίκον. Επιπρόσθετα καταγράφονται ο αριθμός και το κόστος της επίσκεψης ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού και το είδος της νοσοκομειακής φροντίδας καθώς και στις υπόλοιπες παραϊατρικές ειδικότητες και ειδικούς εναλλακτικής ιατρικής.

Σχετικά με τη χρήση φαρμάκων ο καταναλωτής καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως αν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων έχει καταναλώσει φάρμακα με και χωρίς τη συνταγή ιατρού, για ποιο λόγο, ασθένεια / χρόνια πάθηση και το κόστος.

Προκειμένου να εξεταστεί αν ο καταναλωτής προβαίνει και πόσο συχνά σε προληπτικές εξετάσεις, υπάρχουν ερωτήσεις για το αντιγριπικό εμβολιασμό, την εξέταση κοπράνων (mayer), τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης και της γλυκόζης. Ο γυναικείος

πληθυσμός απαντά σε ερωτήσεις για την εξέταση Τεστ Παπανικολάου (Pap Test) και μαστογραφίας.

Η πέμπτη (Ε) ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά εσωτερικούς ασθενείς σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία με ημερήσια νοσηλεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών. Ο καταναλωτής έχει τη δυνατότητα να καταγράψει τις ημέρες νοσηλείας και να εξηγήσει το λόγο που νοσηλεύτηκε σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο, ποια ήταν τα κριτήρια επιλογής. Επίσης, αξιολογεί γενικά τις υπηρεσίες της νοσοκομειακής φροντίδας, τους γιατρούς τους νοσηλευτές και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Στην έκτη (F) ενότητα καταγράφεται το επίπεδο υγείας του καταναλωτή. Συγκεκριμένα, υπάρχουν ερωτήσεις για τη σωματική δραστηριότητα, τις διατροφικές του συνήθειες, για το αν είναι καπνιστής ή όχι, και αν πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση.

Στην τελευταία ενότητα (G) χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο EuroQoL (European quality of life scale) EQ-5D αφενός γιατί αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση του επιπέδου της υγείας και αφετέρου είναι απλό και σύντομο (Fitzpatrick et al., 1998, Haywood et al., 2005). Το EQ-5D έχει δύο διακριτά εργαλεία το περιγραφικό και την οπτική αναλογική κλίμακα (EuroQoL Group, 1990). Αποτελείται δηλαδή, από δύο μέρη (Υφαντόπουλος, 2007). Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του καταναλωτή και χρησιμοποιούνται οι πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται (α) στην κινητικότητα, (β) στην αυτοεξυπηρέτηση, (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες, (δ) στον πόνο-δυσφορία και (ε) στο άγχος-κατάθλιψη. Καθεμιά από τις διαστάσεις αυτές λαμβάνει τρεις τιμές: 1 = κανένα πρόβλημα, 2 = κάποια προβλήματα και 3 = σημαντικά προβλήματα. Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με «11111», που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές «33333», που σημαίνει σημαντικά προβλήματα στις πέντε παραπάνω διαστάσεις.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0 = χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100 = άριστη νοητή υγεία. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Χρησιμοποιώντας το EQ-5D είναι δυνατή η

εκτίμηση της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

Ο πνευματικός πατέρας του EuroQoL EQ-5D ήταν ο καθηγητής Alan Williams. Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί από τον Καθηγητή Ιωάννη Υφαντόπουλο (Yfantopoulos, 2001, Υφαντόπουλος, 2001).

4.3 Ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας

Οι επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι εξής:

(Y1) Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει το εισόδημα του καταναλωτή και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

(Y2) Το υπάρχον σύστημα ασφάλισης της υγείας ικανοποιεί τις προτιμήσεις του καταναλωτή.

(Y3) Η καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας συνδέεται με την πρόθεση επιπρόσθετης πληρωμής.

(Y4) Τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν το εισόδημα του καταναλωτή.

(Y5) Οι λόγοι επίσκεψης στον ιατρό είναι μόνο οικονομικοί.

(Y6) Υπάρχουν προβλήματα μόνο στα δημόσια νοσοκομεία.

(Y7) Ο χρόνος εξυπηρέτησης στις υπηρεσίες υγείας συνδέεται με το ποσοστό ικανοποίησης.

(Y8) Ο καταναλωτής καταβάλει άτυπη πληρωμή.

(Y9) Ο αριθμός και οι δαπάνες των επισκέψεων συνδέονται με το επίπεδο υγείας.

(Y10) Ο αριθμός και οι δαπάνες των επισκέψεων συνδέονται με το εισόδημα.

(Y11) Η κατανάλωση και οι δαπάνες φαρμάκων σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και με το επίπεδο υγείας.

(Y12) Οι προληπτικές εξετάσεις μειώνουν τις δαπάνες υγείας.

(Y13) Οι λόγοι επιλογής ενός νοσοκομείου για ημερήσια νοσηλεία είναι οικονομικοί.

(Y14) Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από το χρόνο αναμονής.

(Y15) Η ικανοποίηση του καταναλωτή από τις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από την επίσκεψη σε ένα δημόσιο ή ένα ιδιωτικό νοσοκομείο

(Y16) Η στάση του υγειονομικού προσωπικού των νοσοκομείων διαφοροποιείται στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα

(Υ17) Η σωματική δραστηριότητα, η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η ύπαρξη χρόνιας πάθησης επηρεάζουν το επίπεδο υγείας

(Υ18) Το επίπεδο υγείας του καταναλωτή σήμερα είναι το καλύτερο επίπεδο υγείας.

Οι παραπάνω υποθέσεις έχουν προσωπική, κοινωνική, διοικητική και οικονομική διάσταση και ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του καταναλωτή τόσο στον ιδιωτικό όσο στο δημόσιο τομέα της χώρας μας.

4.4 Αναγκαιότητα της έρευνας

Λόγω της οικονομικής κρίσης η χώρα μας και συγκεκριμένα ο καταναλωτής έχει να αντιμετωπίσει οικονομικά αλλά και κοινωνικά προβλήματα. Ο τομέας της υγείας είναι ο πρώτος τομέας που δέχθηκε άμεσα τις μειώσεις και είναι αισθητό στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η μείωση της χρηματοδότησης, οι συγχωνεύσεις των νοσηλευτικών μονάδων, η διακοπή των προσλήψεων, η μείωση του ιατρικού υλικού, είναι οι άμεσες επιπτώσεις της κρίσης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Επίσης, αυξήθηκε το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών με άμεσο αντίκτυπο στο εισόδημα του καταναλωτή. Οι οικονομικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του καταναλωτή επηρέασαν σημαντικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Η σπουδαιότητα της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι παρόλο που το συγκεκριμένο θέμα έχει διερευνηθεί στην Ελλάδα σε εθνικό επίπεδο, όμως δεν έχει προσδιοριστεί η συμπεριφορά του καταναλωτή σε μεγάλη αστική περιοχή και κυρίως δεν έχουν καταγραφεί δαπάνες για υπηρεσίες υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία οι δαπάνες αφορούν περισσότερο το φορέα παροχής των υπηρεσιών και όχι τον καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας.

4.5 Προϋποθέσεις και περιορισμοί της έρευνας

Για τη διεξαγωγή της επιτόπιας έρευνας, όπως αναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία ερωτηματολογίου. Η τεχνική των δειγματοληπτικών ερευνών που βασίζονται σε ερωτηματολόγια έχουν αρκετά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Για την πραγματοποίηση της έρευνας έπρεπε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία και η μεγάλη ανταπόκριση

από τους καταναλωτές. Η μέθοδος του ανώνυμου ερωτηματολογίου επιτρέπει την ανωνυμία και ειδικά στην παρούσα έρευνα που υπάρχουν πολλές ερωτήσεις για την κατάσταση της υγείας. Το ερωτηματολόγιο ήταν γραπτό, ανώνυμο και τοποθετημένο σε φάκελο, καθώς συμπεριελάμβανε προσωπικές και εμπιστευτικές πληροφορίες. Πολλές φορές ο ερωτώμενος δυσκολευόταν να απαντήσει στις ερωτήσεις που αφορούσαν το εισόδημα και επίπεδο υγείας, με αποτέλεσμα να μην ολοκληρώσει το ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια που είχαν ελλιπείς απαντήσεις δε συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της έρευνας. Επίσης, το αίσθημα της εμπιστευτικότητας και της εχεμυθείας ήταν δύσκολο να αποκτηθεί σε 20 – 30 λεπτά που προβλέπεται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η υπεύθυνη για την πραγματοποίηση και η υπογράφουσα της έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία, έδινε περισσότερο χρόνο και περισσότερες επιλογές συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στους ερωτώμενους και αξιοποίησε όλες τις ημέρες και ώρες της εβδομάδας για τη συμπλήρωση του δείγματος των 663 καταναλωτών.

Οι περιορισμοί της έρευνας είναι ότι:

- Η έρευνα βασίζεται αποκλειστικά σε αυτοαναφερόμενες προθέσεις εκ μέρους των καταναλωτών χωρίς να μπορούμε να επαληθεύσουμε τους ισχυρισμούς τους.
- Η έρευνα επικεντρώνεται στην ανάλυση της συμπεριφοράς των καταναλωτών για τις υπηρεσίες υγείας, χωρίς να είναι σε θέση να εξετάσει τις υπηρεσίες που προσφέρουν φορείς του Ιδιωτικού Δημόσιου Τομέα.

5

Το προφίλ του καταναλωτή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

5.1 Εισαγωγή

Η συμπεριφορά του καταναλωτή είναι ένα πολύμορφο φαινόμενο, που είναι δύσκολο να προσδιοριστεί μόνο από τα οικονομικά στοιχεία (Υφαντόπουλος, 2006). Εκτός από τις οικονομικές και οι κοινωνικές επιστήμες έχουν συμβάλει στην ερμηνεία της συμπεριφοράς του ατόμου τόσο σε επίπεδο ατομικό όσο και κοινωνικό.

Στόχος της παρούσας ενότητας είναι να σκιαγραφηθεί το προφίλ του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, την περίοδο της οικονομικής κρίσης, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τους οικονομικούς περιορισμούς αλλά και τους κοινωνικούς.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η υγεία ενός πληθυσμού δεν επηρεάζεται μόνο από το καθεστώς ασφάλισης και από το υγειονομικό σύστημα της χώρας, αλλά και από άλλους παράγοντες. Κατ' επέκταση, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας και οι δαπάνες εξαρτώνται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή, τις στάσεις και τις απόψεις για τις υπηρεσίες υγείας τη χώρας, τη συχνότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, υπάρχουν και οι παράγοντες όπως η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας. Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται από τις προληπτικές εξετάσεις που πραγματοποιεί ετησίως ο καταναλωτής. Τέλος, το επίπεδο υγείας και η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας επηρεάζει το προφίλ του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα ενότητα γίνεται ανάλυση και σχολιασμός των αποτελεσμάτων της περιγραφικής στατιστικής. Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή, το καθεστώς ασφάλισης και του ασφαλιστικού ταμείου. Στη συνέχεια εκφράζονται οι στάσεις και οι απόψεις του καταναλωτή για τις υπηρεσίες υγείας. Έπειτα καταγράφεται η χρήση των

υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Στη συνέχεια αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας και τέλος παρουσιάζεται το επίπεδο υγείας του καταναλωτή.

5.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή

Τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή θεωρούνται μείζονος σημασίας παράγοντες για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η συστηματική περιγραφή κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών. Στα κοινωνικά χαρακτηριστικά λαμβάνονται υπόψη το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών και το μορφωτικό επίπεδο των καταναλωτών. Στα οικονομικά χαρακτηριστικά λαμβάνονται υπόψη η απασχόληση, το είδος καθώς και το ύψος του ετήσιου, μηνιαίου ατομικού οικογενειακού εισοδήματος.

Αναλυτικότερα, το δείγμα των 663 καταναλωτών περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 18 έως 84 ετών, με μέσο όρο τα 35 έτη. Το 69,8% είναι γυναίκες και το 30,2% είναι άνδρες (Βλ. Διάγραμμα 5.1). Η πλειοψηφία του δείγματος έχει ελληνική υπηκοότητα (98,9%) και είναι το υπεύθυνο άτομο του νοικοκυριού (60,8%). Τα περισσότερα άτομα δεν είναι παντρεμένοι (46,9%). Επίσης, το 41,6% είναι έγγαμοι, το 5,7% άγαμοι με συμβίωση, το 3,6% είναι διαζευγμένοι και το 0,9% είναι σε διάσταση, το 1,2% δήλωσε χήρος/α (Βλ. Διάγραμμα 5.2). Το 62,6% δεν έχουν παιδιά και όσοι έχουν (37,4%) ο επικρατέστερος αριθμός παιδιών είναι δύο και διαμένουν μαζί τους. Σχετικά με τα στοιχεία της κατοικίας, το 57,5% είναι ιδιόκτητη και το 42,5% ενοικιαζόμενη. Η πλειοψηφία του δείγματος διέμενε σε κατοικία περίπου 100 τμ με 3 δωμάτια.

Από τα άτομα του δείγματος το 35,5% είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 25,6% πτυχιούχοι Δημόσιου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ., το 20,2% κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης, το 10,7% απόφοιτοι λυκείου, το 3,3% απόφοιτοι γυμνασίου, το 2% κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος, το 1,2% απόφοιτοι δημοτικού, το 0,8% τελείωσε μερικές τάξεις δημοτικού, το 0,6% μερικές τάξεις γυμνασίου και το 0,6% δεν πήγε σχολείο (Βλ. Διάγραμμα 5.3).

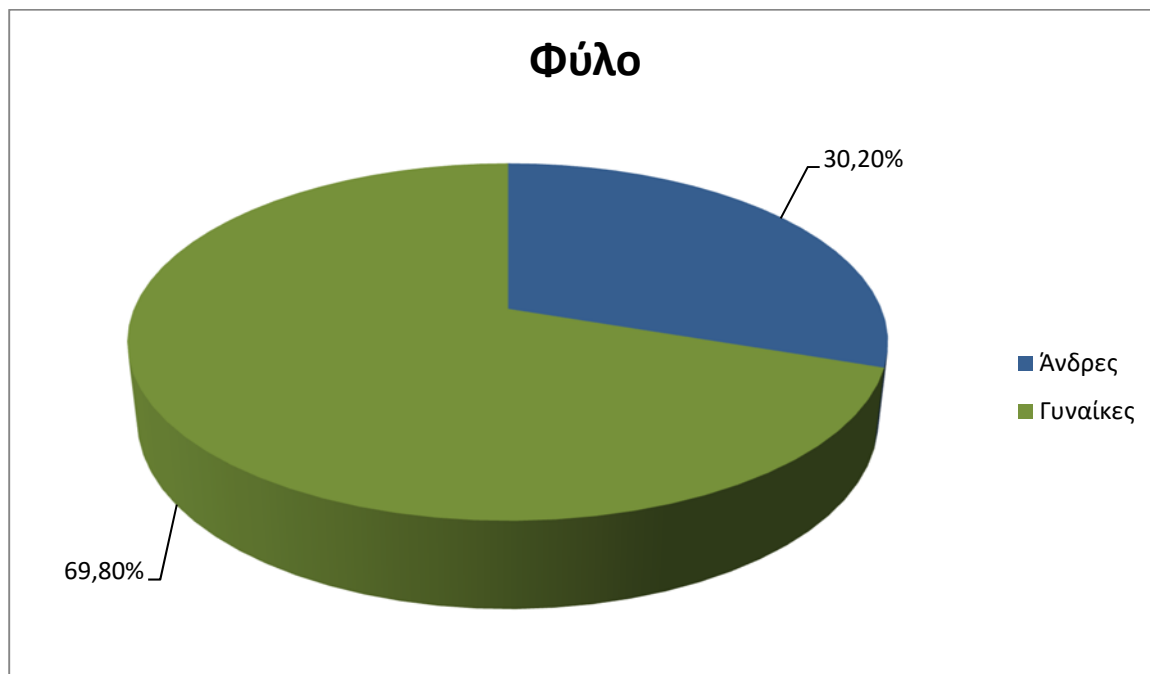
Σχετικά με την τρέχουσα ασχολία, το 81,1% του δείγματος δήλωσε ότι είναι εργαζόμενοι. Επίσης, το 9,8% δήλωσε ότι είναι άνεργοι και το 5,0% μη οικονομικά ενεργοί (σπουδαστές,

φοιτητές, στρατιώτες, νοικοκυρές, εισοδηματίες και ανίκανοι για εργασία). Οι συνταξιούχοι είναι 4,1% του δείγματος (Βλ. Διάγραμμα 5.4). Η πλειοψηφία των καταναλωτών είχαν εργαστεί με αμοιβή. Στην εργασία είναι μισθωτοί στο δημόσιο τομέα, με σχέση εργασίας μόνιμη ή αορίστου χρόνου και πλήρους απασχόλησης, με μέσο όρο την εβδομάδα 40 ώρες.

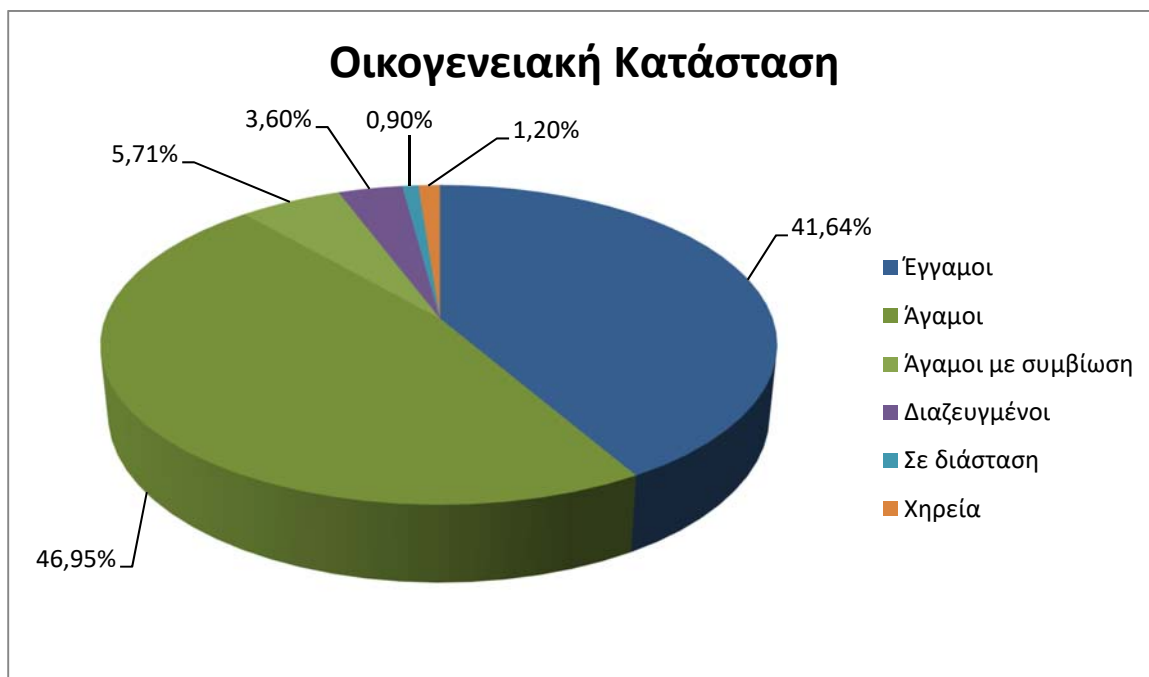
Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των καταναλωτών κυμαίνεται από 0€ έως 96.000€ με μέσο όρο τα 31.745,82€. Το καθαρό μηνιαίο ατομικό εισόδημα από την εργασία είναι κατά μέσο όρο 1.241€ και τα εισοδήματα από άλλες πηγές 155€. Επίσης δήλωσαν ότι 90€ το μήνα είναι για αποταμίευση. Παρόλα αυτά το 75,1% δηλώνει ότι το εισόδημα δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών και το 40,4% ότι έχει δανειστεί χρήματα.

Συγκεκριμένα το 54,6% δηλώνει αδυναμία κάλυψης δαπανών διασκέδασης, το 50,5% δαπανών τεχνολογίας, το 30,6% δαπανών ένδυσης / υπόδησης, το 26,1% δαπανών υγείας, το 25,9% δαπανών θέρμανσης, το 19,9% δαπανών εκπαίδευσης, το 19,2% και το 12,1% αδυναμία κάλυψης λογαριασμών και αδυναμία κάλυψης δαπανών ενοικίου/ δανείου αντίστοιχα. Τέλος, το 8,3% δηλώνει ότι δεν μπορεί να καλύψει τις δαπάνες διατροφής (Βλ. Διάγραμμα 5.5).

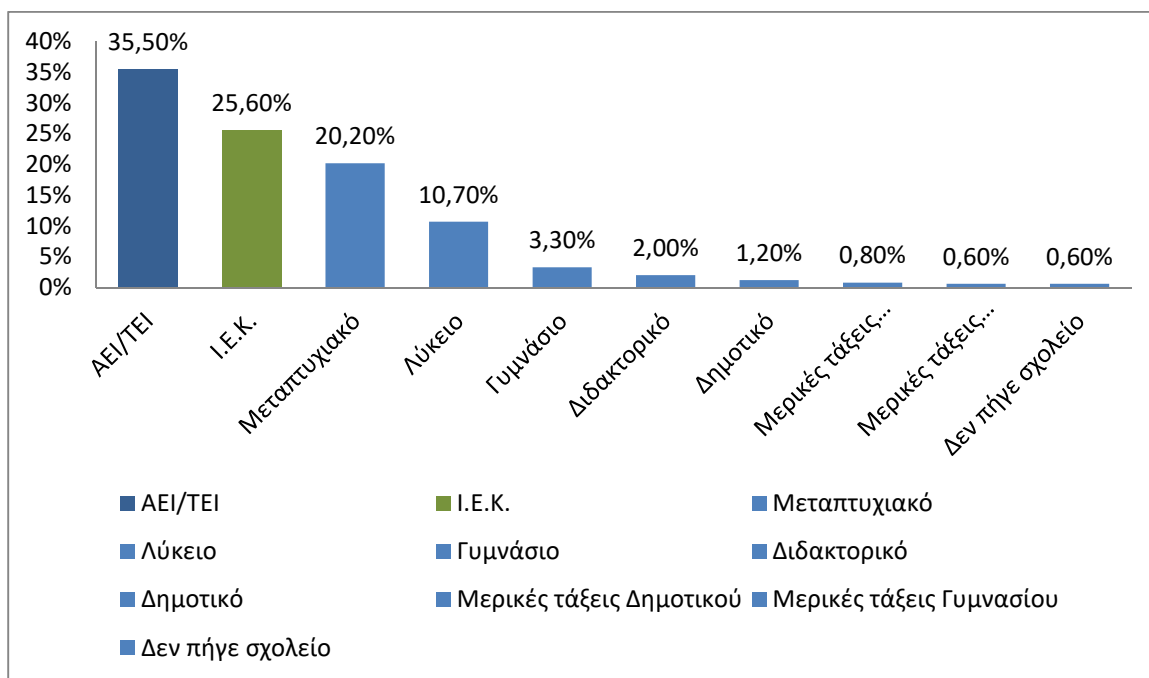
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1: ΦΥΛΟ



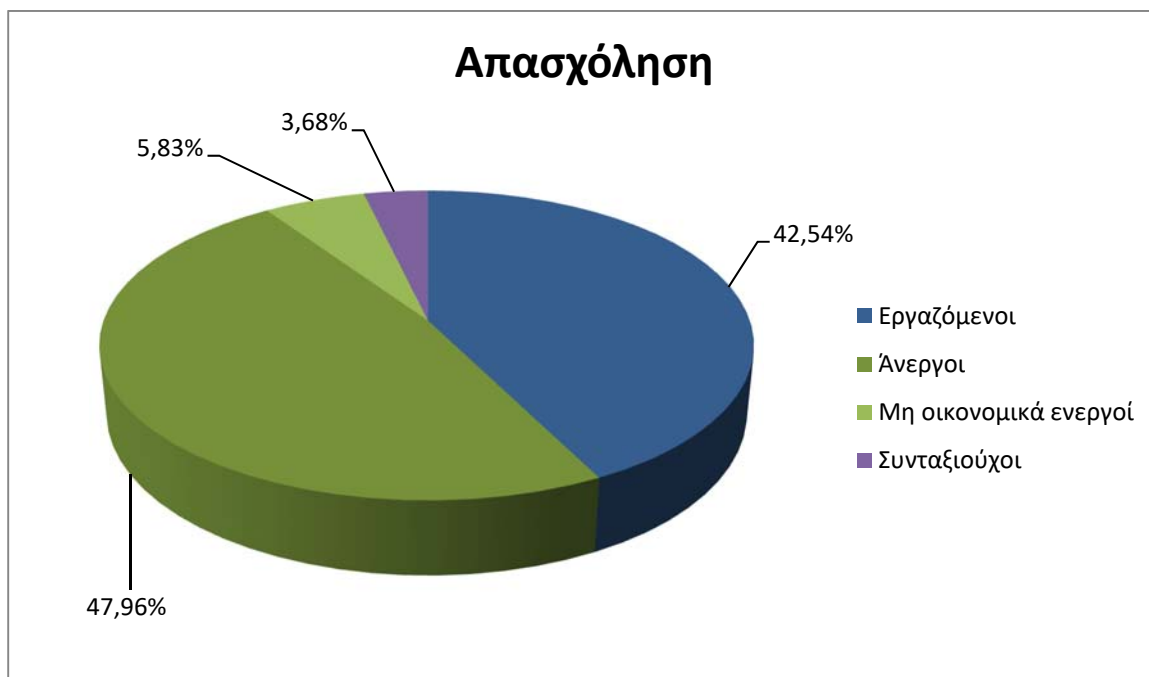
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3: ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

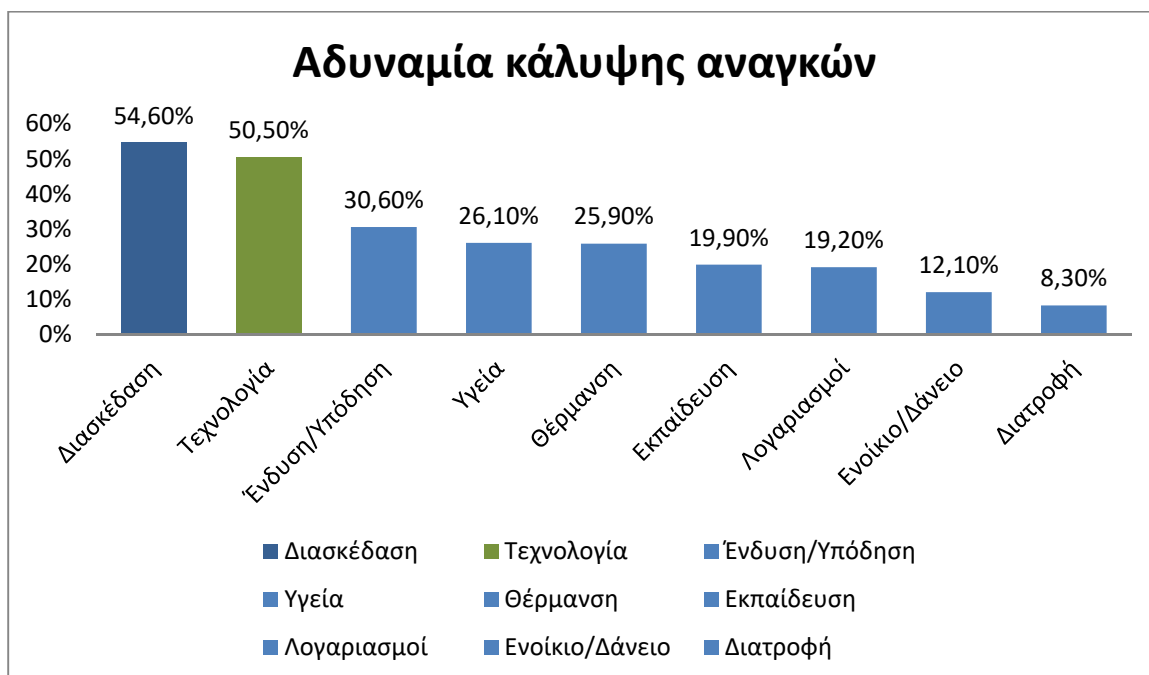


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4: ΚΥΡΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ



Μη οικονομικά ενεργοί (σπουδαστές, φοιτητές, στρατιώτες, νοικοκυρές, εισοδηματίες και ανίκανοι για εργασία).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5: ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ



5.3 Ασφάλιση

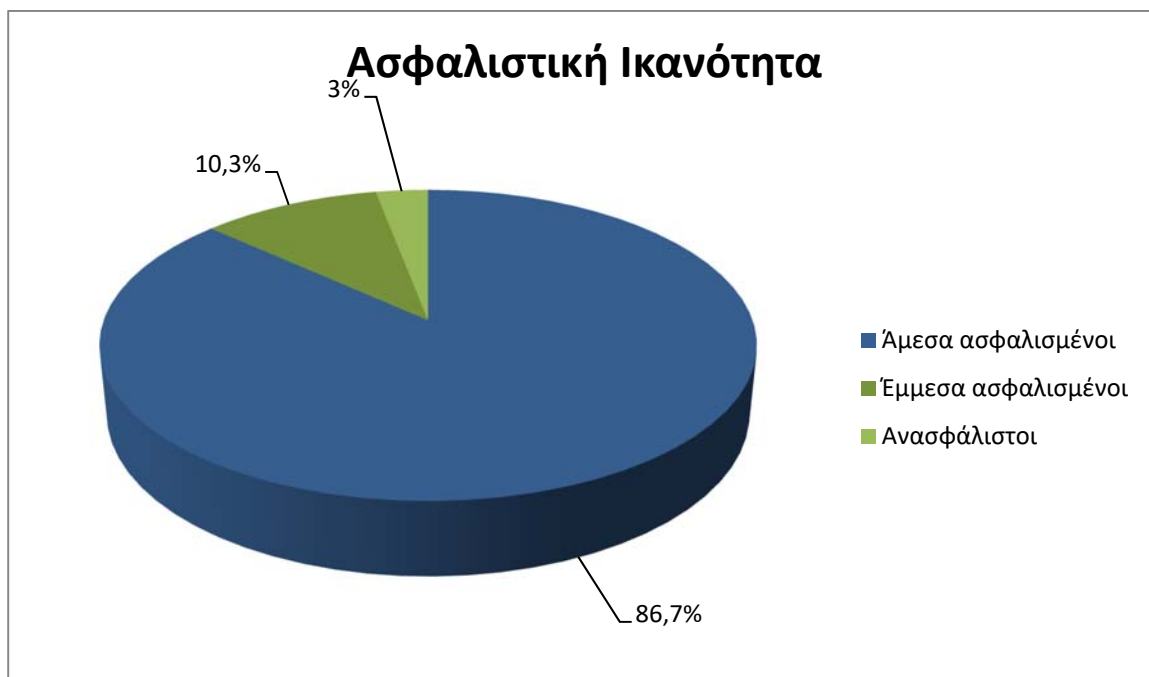
Οι καταναλωτές του δείγματος, σχετικά με την ασφάλιση, δηλώνουν το 86,7% άμεσα ασφαλισμένοι, το 10,3% έμμεσα ασφαλισμένοι και το 3,0% ανασφάλιστοι (Βλ. Διάγραμμα 5.6). Επίσης, το 9,7% δηλώνει ότι υπάρχουν άτομα στην οικογένεια χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Το ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης των καταναλωτών είναι το Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) (44,8%), ο Ο.Π.Α.Δ. (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου) (40,9%), ο Ο.Α.Ε.Ε. (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών) (8,3%) και τα λοιπά ταμεία (6%) όπως ΤΣΜΕΔΕ, ΟΓΑ, ΝΑΤ, ΔΕΗ, Τραπεζών (Βλ. Διάγραμμα 5.7).

Το 13,3% των καταναλωτών του δείγματος έχει και ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Συγκεκριμένα τα έξοδα για την ιδιωτική ασφάλιση της υγείας καλύπτονται από τον ίδιο τον καταναλωτή (56,3%), από το πρόγραμμα υγείας του φορέα εργασίας (26,4%), από τους γονείς (14,9%) και από τα προγράμματα υγείας της τράπεζας (2,3%) (Βλ. Διάγραμμα 5.8). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καλύπτει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (3,4%), νοσοκομειακή περίθαλψη (30,7%) και τα δύο (56,3%). Το κόστος που πληρώνει ετησίως ο καταναλωτής για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι περίπου 1.000€.

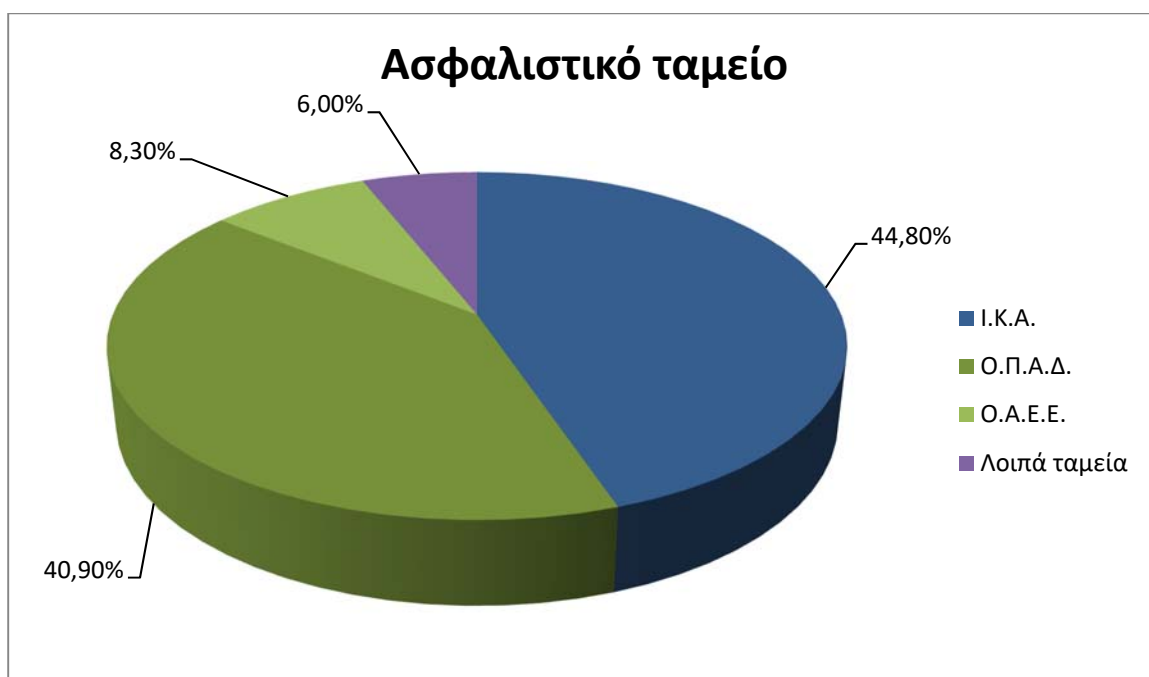
Οι λόγοι για τους οποίους έχει επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι οι εξής:

- ✓ Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας (64,8%)
- ✓ Δεν είναι ικανοποιημένος/η από τον ασφαλιστικό φορέα (58,6%)
- ✓ Λιγότερος χρόνος αναμονής για επισκέψεις σε ιατρούς (52,3%)
- ✓ Κάλυψη μεγαλύτερου ποσοστού χειρουργικών επεμβάσεων (51,1%)
- ✓ Σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα (50%)
- ✓ Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις (46,6%)
- ✓ Σύγχρονο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων (42,5%)
- ✓ Περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις (42%)
- ✓ Ετήσιο προληπτικό έλεγχο της υγείας (Check-up) (42%)
- ✓ Εξειδικευμένο δίκτυο ιατρών (41,9%)
- ✓ Περισσότερες επισκέψεις σε ιατρούς (29,5%)
- ✓ Σύγχρονα μέσα για γρήγορη και ασφαλή υγειονομική μεταφορά (26,1%)
- ✓ Άλλοι λόγοι (36,4%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.6: ΑΣΦΑΛΙΣΗ

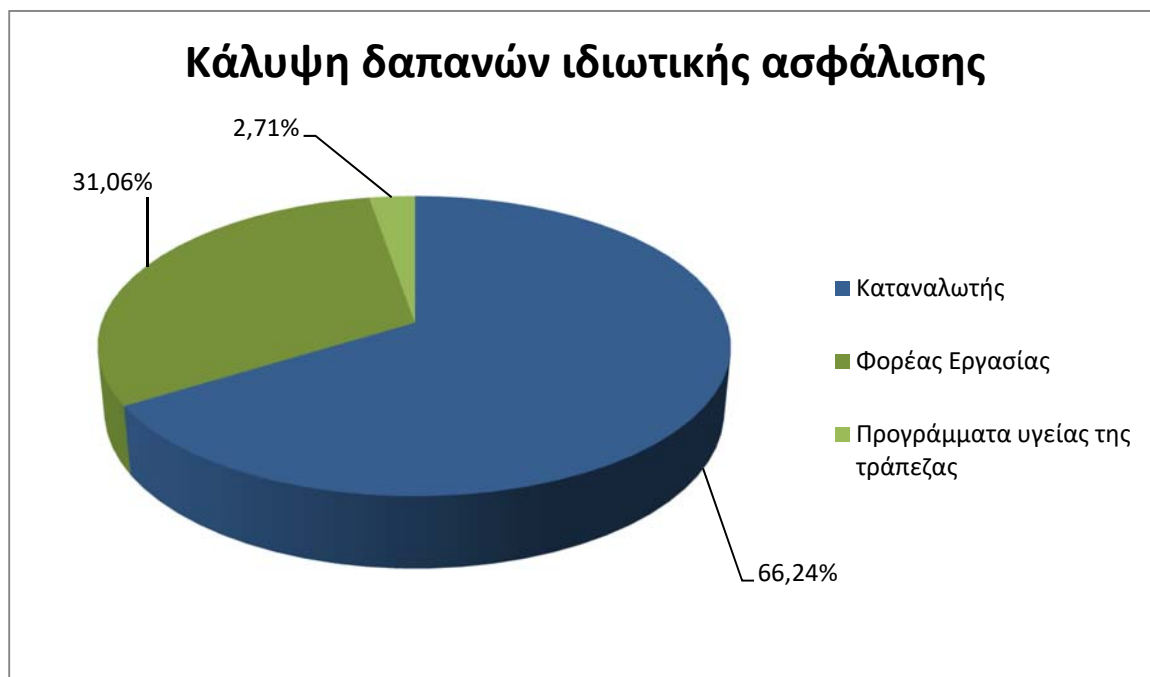


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.7: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ



Λοιπά ταμεία όπως ΤΣΜΕΔΕ, ΟΓΑ, ΝΑΤ, ΔΕΗ, Τραπεζών

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.8: ΕΞΟΔΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ



5.4 Υπηρεσίες υγείας στάσεις και απόψεις του καταναλωτή

Στη συγκεκριμένη ενότητα ζητήθηκε από τον καταναλωτή να περιγράψει τη στάση του και να εκφράσει τις απόψεις του για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα από το δείγμα μας, το 36% δηλώνει ότι είναι αρκετά ενημερωμένο για τις παροχές υγείας της κύριας ασφάλισης.

Επίσης, το 36,5% δηλώνει ότι είναι λίγο ικανοποιημένος/η από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την κύρια ασφάλιση, δεν ανταποκρίνονται στο ύψος των εισφορών που πληρώνει ο καταναλωτής (85,5%). Σχετικά με την πρόθεση πληρωμής το 10% θα έδινε επιπλέον χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Στη συνέχεια ο καταναλωτής καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις μιας υποτιθέμενης αύξησης του εισοδήματος κατά 400€ το μήνα και τη διάθεση των επιπλέον χρημάτων για υπηρεσίες υγείας. Το 41,2% δηλώνει ότι θα διέθετε επιπλέον χρήματα για την υγεία του. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι με τα επιπλέον χρήματα θα προέβαινε σε διαγνωστικές εξετάσεις (34,8%), θα έκανε επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς (26,45%) και μια προγραμματισμένη εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο (21,7%) και τέλος θα αγόρασε φάρμακα (17%) (Βλ. Διάγραμμα 5.9). Αντίθετα το 91% δε θα διέθετε τα επιπλέον χρημάτων για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο και το 86,1% για επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό φορέα.

Οι λόγοι επιλογής των ιατρών αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς του καταναλωτή. Συγκεκριμένα, για το συμβεβλημένο ιατρό με τον ασφαλιστικό φορέα, ο καταναλωτής δηλώνει ότι η αξιοπιστία/εμπιστοσύνη (61,8%), η εμπειρία του ιατρού (61,5%), η ακαδημαϊκή καριέρα/επιστημονική κατάρτιση (40,9%), η προσωπικότητα (39,1%), η φήμη (29,1%) και η απόσταση από την οικία (25,9%) τον επηρεάζουν «πάρα πολύ». Επιπλέον ο ιατρικός εξοπλισμός του ιατρείου (34,2%), η σύσταση από άλλον ιατρό (31,1%), οι φίλοι / συγγενείς (30,8%) τον επηρεάζουν «πολύ» (Βλ. Διάγραμμα 5.10). Αντίθετα δεν τον επηρεάζει «καθόλου» η τιμή επίσκεψης (54,3%).

Για τον ιδιώτη ιατρό ο καταναλωτής επηρεάζεται «πάρα πολύ» από την αξιοπιστία/εμπιστοσύνη (66,5%), την εμπειρία (60,9%), την ακαδημαϊκή καριέρα/επιστημονική κατάρτιση (49,9%), τη φήμη (43,3%), την προσωπικότητα του ιατρού (42,5%), από την τιμή επίσκεψης (59,3%), τον ιατρικό εξοπλισμό του ιατρείου (46,65), τη σύσταση από άλλον ιατρό (36,2%), την απόσταση από την οικία (34,7%) και από τους φίλους / συγγενείς (31,2%) (Βλ. Διάγραμμα 5.11).

Και στις δύο περιπτώσεις, τα στοιχεία του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ιατρού έχουν πολύ σημασία στην επίσκεψη στο ιατρείο. Η τιμή του ιατρού που είναι συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό φορέα είναι αναμενόμενο να μην επηρεάζει τον καταναλωτή. Το αντίθετο συμβαίνει σε μια επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η συμπεριφορά του καταναλωτή έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση, στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάζουμε την άποψή του για τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, ο καταναλωτής το τελευταίο χρονικό διάστημα, θεωρεί ότι έχει αυξηθεί η τιμή των φαρμάκων (77,2%), των επισκέψεων σε ιατρούς (70,9%), των διαγνωστικών εξετάσεων (67,1%), των νοσηλίων (59,7%) και των χειρουργικών επεμβάσεων (50,5%).

Σχετικά με την αδυναμία κάλυψης των υπηρεσιών υγείας λόγω του εισοδήματος, το 70,7% δηλώνει ότι δεν μπορεί να καλύψει την εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο και το 52,3% τις δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις. Αντίθετα, το 92,5% μπορεί να καλύψει την εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο, το 55,7% την επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό και το 53,7 % τις δαπάνες φαρμάκων.

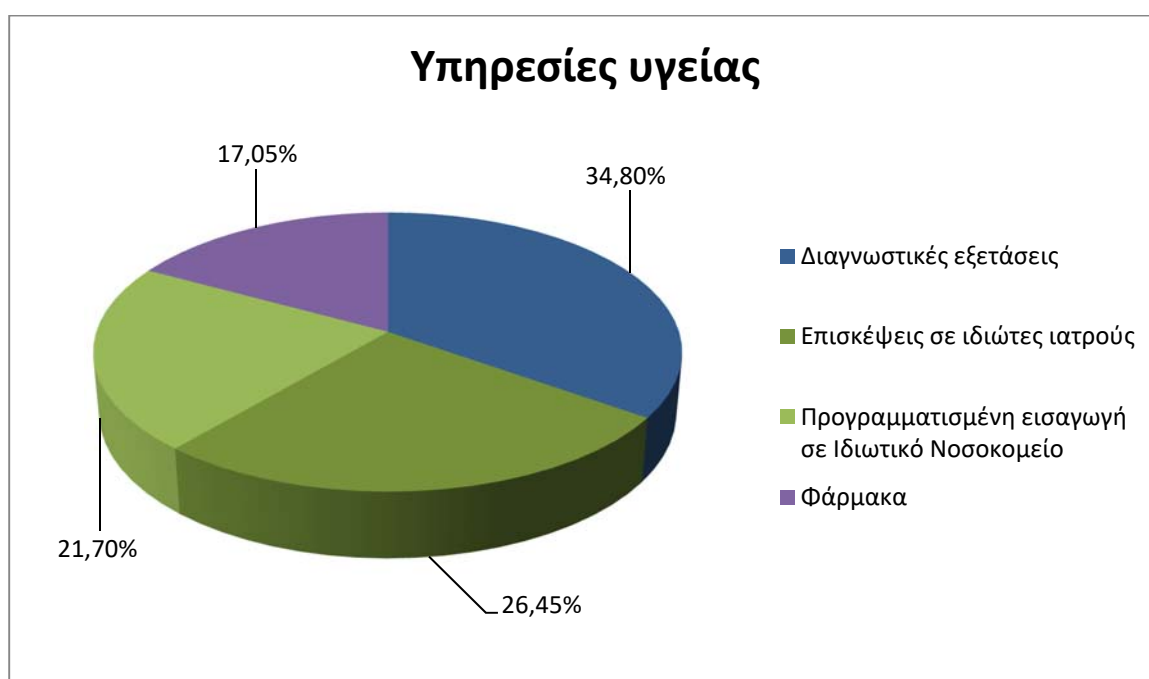
Στην ερώτηση αν υπήρξε στιγμή κατά την οποία ο καταναλωτής δεν αναζήτησε υπηρεσία υγείας επειδή δεν μπορούσε να την αντιμετωπίσει οικονομικά, το 25% δηλώνει θετικά. Εάν η τιμή των φαρμάκων αυξηθεί κατά 10% ο καταναλωτής δε θα περιορίζε τη χρήση τους (67,7%), με δεδομένο ότι το επιτρέπει η υγεία του. Επίσης, το 62,4% και το 52,3% θα περιορίζε τις επισκέψεις σε ιατρούς και τις διαγνωστικές εξετάσεις αντίστοιχα.

Το 79,2% των καταναλωτών δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες να καταβάλει τις εισφορές για περίθαλψη στον ασφαλιστικό φορέα. Η ερώτηση αφορά κυρίως τους

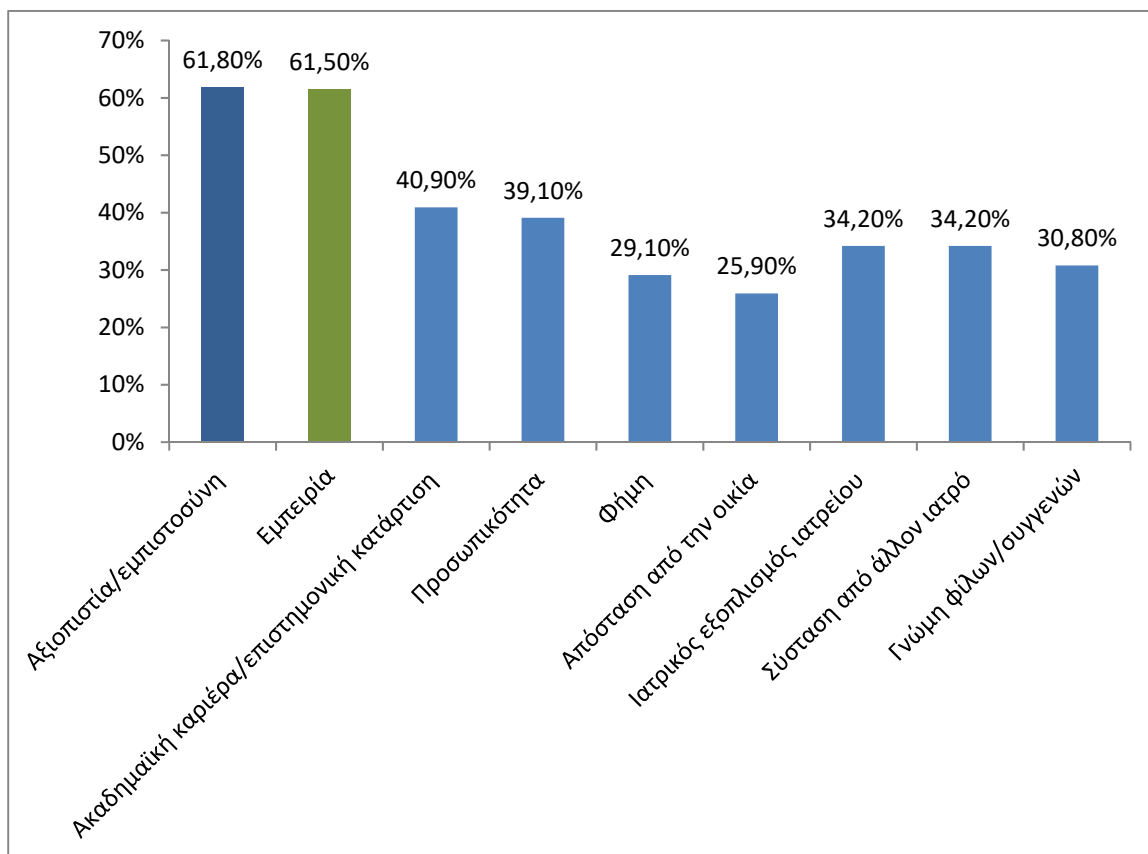
ελευθέρους επαγγελματίες και όχι τόσο τους μισθωτούς, καθώς οι κρατήσεις γίνονται κατευθείαν από τη μισθοδοσία.

Επίσης, λόγω προβλημάτων υγείας ο καταναλωτής αντιμετώπιζε δυσκολίες και συγκεκριμένα πήρε δάνειο από την τράπεζα (3,8%) και δανείστηκε χρήματα από φίλους/συγγενείς (12,5%). Μικρά είναι τα ποσοστά που ο καταναλωτής για λόγους υγείας διέκοψε για μεγάλο χρονικό διάστημα την εργασία του (4,1%), άλλαξε (1,5%) ή έχασε την εργασία του (1,4%). Τέλος το 60% δηλώνει ότι δεν είχε πρόβλημα υγείας.

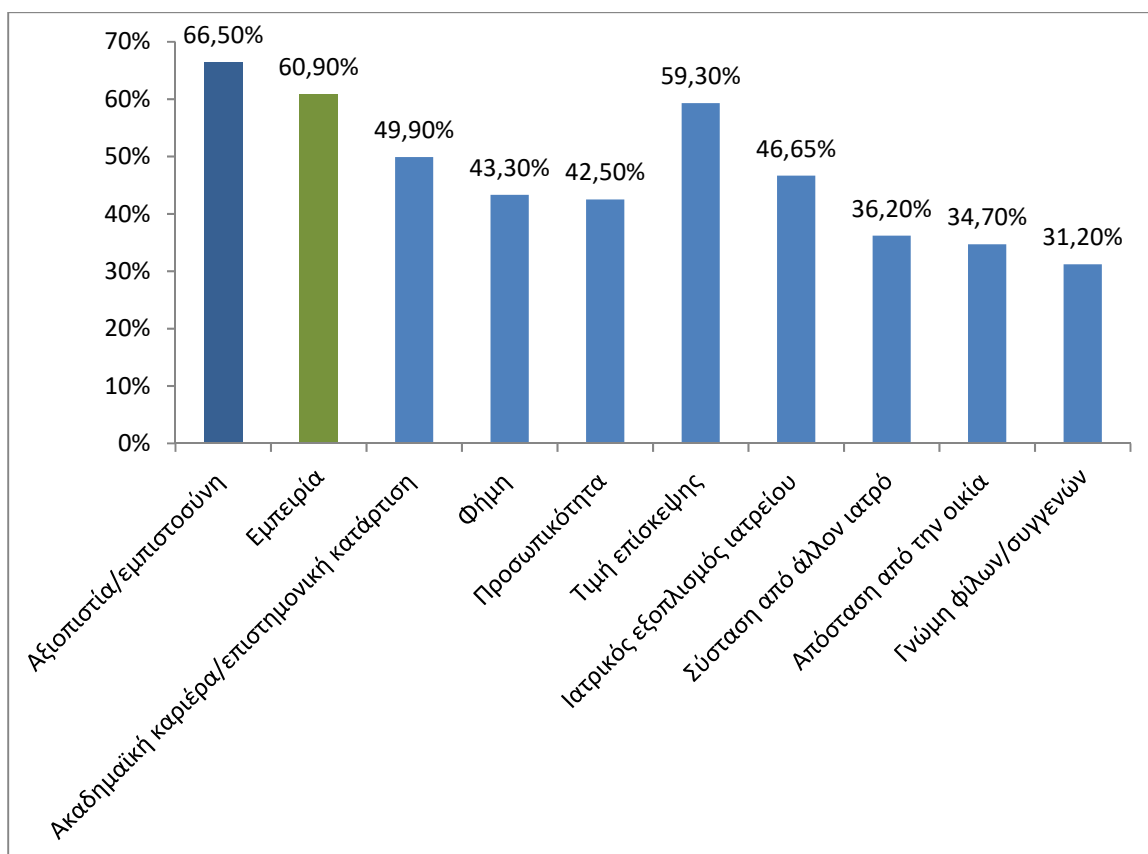
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.9: ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.10: ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.11: ΕΠΙΛΟΓΗ ΙΑΤΡΟΥ (ΙΔΙΩΤΗΣ)

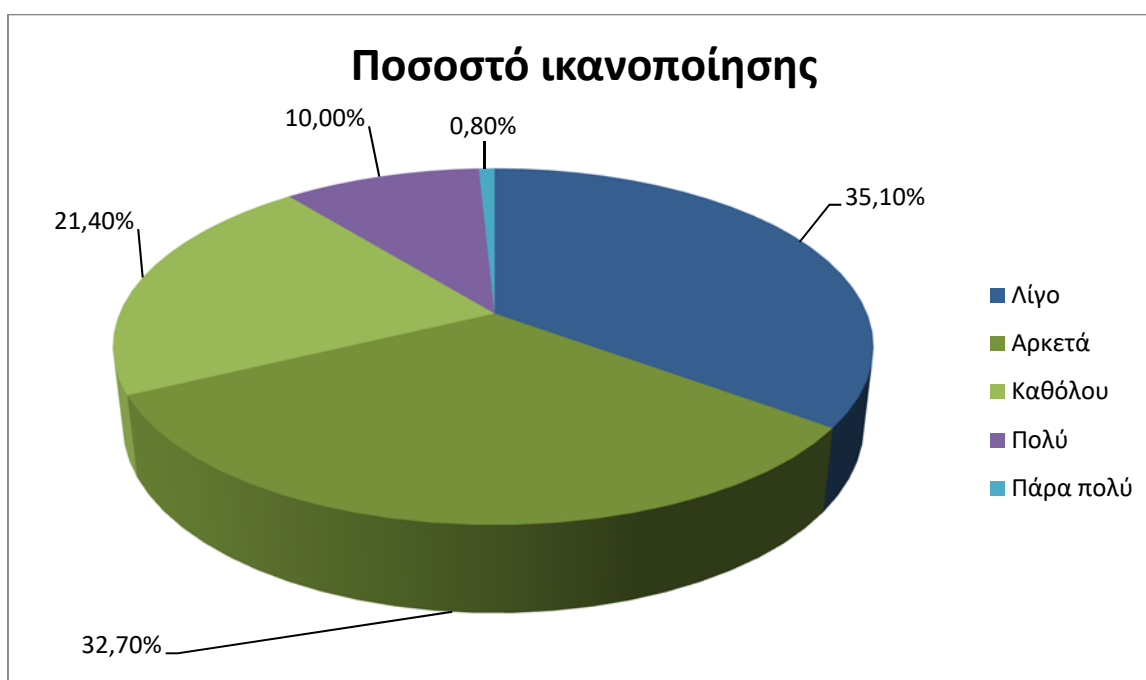


5.5 Νοσοκομειακή περίθαλψη

Σχετικά με την εμπειρία του καταναλωτή από τη νοσοκομειακή περίθαλψή παρατηρείται ότι το 35,1% είναι «λίγο» ικανοποιημένος/η από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, το 32,7% «αρκετά», το 21,4% «καθόλου», το 10% «πολύ» και μόλις το 0,8% «πάρα πολύ» (Βλ. Διάγραμμα 5.12).

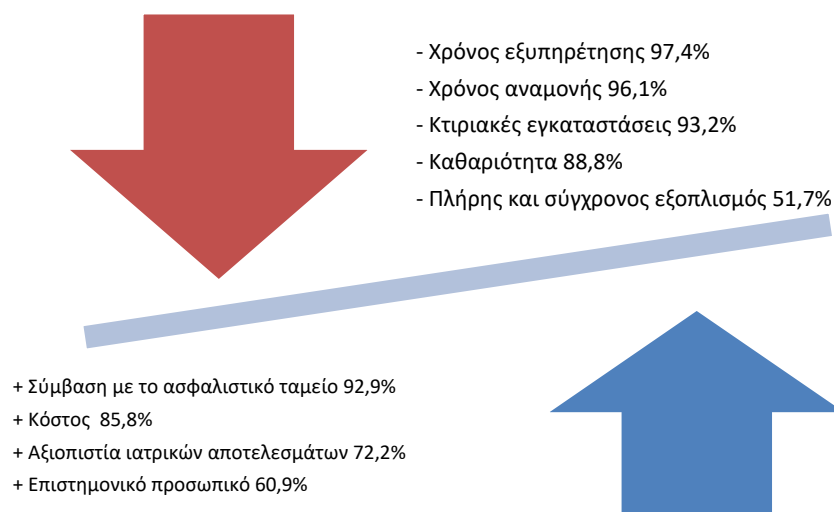
Ζητώντας να μας παρουσιάσει ο καταναλωτής τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, παρατηρείται ότι τα αρνητικά των δημοσίων νοσοκομείων είναι περισσότερα σε σχέση με τα θετικά. Το αντίθετο συμβαίνει στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Βλ. Διαγράμματα 5.13, 5.14).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.12: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

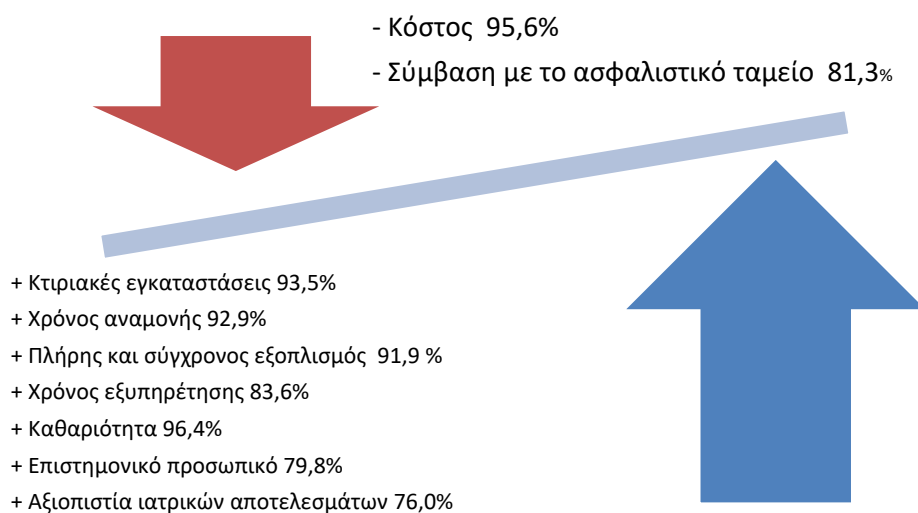


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.14: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Δημόσιων Νοσοκομείων



Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα Ιδιωτικών Νοσοκομείων



Τα πλεονεκτήματα των δημόσιων νοσοκομείων επικεντρώνονται στη σύμβαση με το ασφαλιστικό ταμείο (92,9%), στο χαμηλό κόστος (85,8%), στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (72,2%) και στο επιστημονικό προσωπικό των νοσοκομείων (60,9%).

Τα μειονεκτήματα των δημόσιων νοσοκομείων αφορούν στο χρόνο εξυπηρέτησης (97,4%) καθώς και στο χρόνο αναμονής (96,15%). Επίσης, οι παλαιές κτιριακές εγκαταστάσεις (93,2%), η καθαριότητα (88,8%) και ότι δεν έχουν πλήρη και σύγχρονο εξοπλισμό (51,7%) έχουν καταγραφεί από τον καταναλωτή ως μειονέκτημα.

Σε αντίθεση με τα δημόσια νοσοκομεία, τα ιδιωτικά έχουν πλεονέκτημα τις κτιριακές εγκαταστάσεις (93,5%), το χρόνο αναμονής (92,9%), τον πλήρη και σύγχρονο εξοπλισμό (91,9%), το χρόνο εξυπηρέτησης (83,%) και την καθαριότητα (96,4%). Επίσης, το επιστημονικό προσωπικό (79,8%) και η αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων (76,0%) είναι πλεονέκτημα και στις δύο περιπτώσεις.

Όπως είναι αναμενόμενο τα μειονεκτήματα των ιδιωτικών νοσοκομείων επικεντρώνονται στο κόστος (95,6%) και στην έλλειψη σύμβασης με το ασφαλιστικό ταμείο (81,3%).

Παρόλα τα μειονεκτήματα των δημοσίων νοσοκομείων ο καταναλωτής δηλώνει ότι για μια δύσκολη και απαιτητική επέμβαση θα επιλέξει το δημόσιο νοσοκομείο (46,2%). Δηλαδή η σύμβαση με το ασφαλιστικό ταμείο, το κόστος, η αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων και το επιστημονικό προσωπικό ενός δημόσιου ελληνικού νοσοκομείου επηρεάζουν περισσότερο την επιλογή του καταναλωτή. Το ιδιωτικό νοσοκομείο το επιλέγει το 34,2% και ένα νοσοκομείο του εξωτερικού το 19,6%.

Τα πιθανά προβλήματα που θεωρεί ότι θα αντιμετώπιζε ο καταναλωτής αν χρειαζόταν να νοσηλευτεί σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι η δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού (75,05%), οι πιθανοί λανθασμένοι χειρισμοί (67,3%), οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (60,5%), η λανθασμένη διάγνωση (57,0%) και η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (δόση, σκεύασμα, συνταγή, τρόπος χορήγησης) (51,3%).

Τα ίδια θεωρεί ότι θα αντιμετώπιζε και σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συγκεκριμένα το 75,4% θεωρεί ότι μια λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (δόση, σκεύασμα, συνταγή, τρόπος χορήγησης), θα συμβεί και σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο, το 75% ότι ενδεχομένως να υπάρξει μια δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού και το 60,3% πιθανόν να υπάρξουν λανθασμένοι χειρισμοί. Ωστόσο τα ποσοστά της λανθασμένης διάγνωσης και των

ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων είναι πιο χαμηλά σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο δηλαδή 28,1% και 28,5% αντίστοιχα.

Τέλος, ζητήθηκε από τον καταναλωτή να επιλέξει ανάμεσα σε δύο φράσεις προκειμένου να διαπιστωθεί το αίσθημα ασφάλειας σε ένα δημόσιο ή σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Η πλειοψηφία των καταναλωτών (59,9%) δήλωσε ότι «Αισθάνεται ασφαλής στο ιδιωτικό νοσοκομείο» και το 40,1% δήλωσε ότι «Αισθάνεται ανασφαλής σε δημόσιο νοσοκομείο».

5.6 Χρήση υπηρεσιών υγείας

Στην παρούσα ενότητα καταγράφεται η χρήση υπηρεσιών υγείας του καταναλωτή κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Ο καταναλωτής κλήθηκε να απαντήσει αν χρησιμοποίησε υπηρεσίες υγείας/φροντίδας για δικό του πρόβλημα υγείας. Συγκεκριμένα, το 80,1% δηλώνει ότι πραγματοποίησε επίσκεψη σε ιατρείο, το 84,5% σε φαρμακείο, το 43,1% σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου. Επίσης το 70,3% δηλώνει ότι πραγματοποίησε εργαστηριακές εξετάσεις κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Τα ποσοστά για τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας είναι κάτω από το 10%, όπως επίσκεψη ιατρού στο σπίτι (2,4%), βοήθεια για οικιακές εργασίες ή για φροντίδα ηλικιωμένων (2,0%), υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον (1,5%), υπηρεσίες μεταφοράς (1,1%), προσφορά γευμάτων κατ' οίκον (0,8%) και άλλες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας (5,4%).

5.6.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα

Η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψη του καταναλωτή σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε ένα «άτομο» των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα ήταν τους τελευταίους 6 – 12 μήνες (16,7%). Όταν αναζήτησε τις υπηρεσίες υγείας, δεν τις έλαβε αμέσως μόλις τις αναζήτησε, δηλώνει το 65,2%.

Συγκεκριμένα, από τη χρονική στιγμή που αναζήτησε υπηρεσίες υγείας μέχρι τη στιγμή που τις έλαβε, το 45,9% έπρεπε περιμένει περισσότερο από μια εβδομάδα με μέσο όρο αναμονής τις 25,6 ημέρες. Το 26,3% έπρεπε να περιμένει περισσότερο από μια ημέρα και λιγότερο από 1 εβδομάδα, με μέσο όρο αναμονής τις 1,7 ημέρες. Το 21% έπρεπε περιμένει περισσότερο από μια ώρα και λιγότερο από 1 ημέρα, με μέσο όρο αναμονής τις 1,29 ώρες. Επιπρόσθετα, το 6,8% των καταναλωτών έπρεπε να περιμένει λιγότερο από 1 ώρα με μέσο όρος αναμονής τα 11,5 λεπτά. Γενικά ο μέσος όρος αναμονής στο δημόσιο τομέα είναι 12,2 ημέρες.

Για τις εργαστηριακές εξετάσεις χρειάστηκε να περιμένει (π.χ. να κλείσει ραντεβού) περισσότερο από 10 ημέρες, δηλώνει το 34,4% των καταναλωτών. Το 36,7% δηλώνει ότι το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε να περιμένει για να λάβει τις απαντήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων, έχοντας υπόψη το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, ήταν 6-10 ημέρες. Σχετικά με την ποιότητα του χώρου που

επισκέφτηκε ο καταναλωτής για τη φροντίδα υγείας; (π.χ. καθαριότητα, τα καθίσματα στην αίθουσα αναμονής, κτλ) το 33,2 % δηλώνει ότι ήταν «μέτρια».

Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν την άσχημη αντιμετώπιση του καταναλωτή στο δημόσιο νοσοκομείο της χώρας μας, για λόγους όπως έλλειψης ασφάλισης (2,3%), φυλής / χρώματος (0,2%), φύλου (0,5%), γλώσσας (0,2%), θρησκευματος (0%), υπηκοότητας (0%), πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων (0,2%) τα ποσοστά είναι κάτω από τη μονάδα. Το 7,7% δηλώνει όμως ότι αντιμετωπίστηκε άσχημα λόγω έλλειψης χρημάτων και το 1,4% για την κατάσταση της υγείας του. Τέλος, το 89,3% του δείγματος δηλώνει ότι δεν είχε κανένα από τα ανωτέρω προβλήματα.

Ο καταναλωτής στις υπηρεσίες υγείας στο δημόσιο τομέα δεν έχει αντιμετωπίσει προβλήματα όπως, εξαπάτηση από ιδιωτική ασφάλεια υγείας (97,3%), υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών (94,3%), προβλήματα με το ασφαλιστικό ταμείο (87,25%), με την ποιότητα/ασφάλεια των υπηρεσιών (83,4%) με την εξυπηρέτηση που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (75,9%), με τις συναλλαγές με το διοικητικό προσωπικό (51,9%). Τέλος, το 62,1% δηλώνει ότι δεν έχει αντιμετωπίσει κανένα από τα παραπάνω προβλήματα.

5.6.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα

Σχετικά με την τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψή του καταναλωτή σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε ένα «άτομο» των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα ήταν τις τελευταίες 30 ημέρες (18,9%). Σε αντίθεση με το δημόσιο τομέα, όταν αναζήτησε τις υπηρεσίες υγείας, τις έλαβε αμέσως μόλις την αναζήτησε μας δηλώνει το 86,1%.

Συγκεκριμένα, από τη χρονική στιγμή που αναζήτησε υπηρεσίες υγείας μέχρι τη στιγμή που τις χρησιμοποίησε το 56,7% των καταναλωτών έπρεπε περιμένει λιγότερο από 1 ώρα, με μέσο όρος αναμονής τα 4,4 λεπτά. Το 25,6% έπρεπε περιμένει περισσότερο από μια ώρα και λιγότερο από 1 ημέρα, με μέσο όρο αναμονής τις 1,07 ώρες. Το 14,7% έπρεπε περιμένει περισσότερο από μια ημέρα και λιγότερο από 1 εβδομάδα, με μέσο όρο αναμονής τις 1,29 ημέρες. Επιπρόσθετα, το 3% έπρεπε περιμένει περισσότερο από μια εβδομάδα με μέσο όρο αναμονής τις 21,9 ημέρες. Γενικά ο μέσος όρος αναμονής στον ιδιωτικό τομέα είναι 0,8 ημέρες ή 19,6 ώρες.

Χρειάστηκε 1-2 ημέρες για να περιμένει για τις εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. να κλείσει ραντεβού) δηλώνει το 54,8% των καταναλωτών. Το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε να περιμένει για να λάβει τις απαντήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων, έχοντας υπόψη το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, ήταν 1-2 ημέρες δηλώνει το 61,2%. Σχετικά με την ποιότητα του χώρου που επισκέφτηκε ο καταναλωτής για τη φροντίδα υγείας; (π.χ. καθαριότητα, τα καθίσματα στην αίθουσα αναμονής, κτλ) το 52,5% δηλώνει ότι ήταν «πολύ καλή». Όλα τα ανωτέρω έρχονται σε αντίθεση με το δημόσιο τομέα.

Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν την άσχημη αντιμετώπιση του καταναλωτή στο ιδιωτικό νοσοκομείο της χώρας μας για λόγους όπως έλλειψης ασφάλισης (0,8%), φυλής / χρώματος (0,2%), φύλου (0,2%), γλώσσας (0,2%), θρησκευματος (0,2%), υπηκοότητας (0,2%), πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων (0,2%) και κατάστασης υγείας του, τα ποσοστά είναι κάτω από την μονάδα. Το 7,1% δηλώνει όμως ότι αντιμετωπίστηκε άσχημα λόγω έλλειψης χρημάτων σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Τέλος, το 92,8% του δείγματος δηλώνει ότι δεν είχε κανένα από τα ανωτέρω προβλήματα.

Ο καταναλωτής στις υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα δεν έχει αντιμετωπίσει προβλήματα όπως, εξαπάτηση από ιδιωτική ασφάλεια υγείας (97,7%), υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών (77,5%), προβλήματα με το ασφαλιστικό ταμείο (94,7%), με την ποιότητα/ασφάλεια των υπηρεσιών (96,8%) με την εξυπηρέτηση που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (98,8%), με στις συναλλαγές σας με το διοικητικό προσωπικό (98,0%). Τέλος, το 62,1% δηλώνει ότι δεν έχει αντιμετωπίσει κανένα από τα παραπάνω προβλήματα.

5.6.3 Άτυπες πληρωμές

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται και το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών. Συγκεκριμένα στο δημόσιο τομέα το 21,7% δηλώνει ότι για να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας χρειάστηκε να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Έπειτα από αίτημα των ιατρών δηλώνει το 71,9% και το 7,6% έπειτα από αίτημα διοικητικών. Οι πιο σημαντικοί λόγοι καταβολής της άτυπης πληρωμής ήταν για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης (19,1%), για να αποκτήσει ο καταναλωτής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; (π.χ. να κλείσει ραντεβού) (11,1%), και για να

λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα (7,1%). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 28,2% δηλώνει ότι κατέθεσε με δική του πρωτοβουλία άτυπη πληρωμή.

Σχετικά με το ύψος των άτυπων πληρωμών στο δημόσιο τομέα για τους ιατρούς ο μέσος όρος είναι περίπου 900€ και των διοικητικών περίπου 30€. Για να κλείσει ραντεβού ο καταναλωτής ο μέσος όρος της άτυπης δαπάνης είναι 40€, για να λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα 65€ και για να μειωθεί ο χρόνος επέμβασης ο μέσος όρος της άτυπης δαπάνης είναι 500€. Τέλος, ο καταναλωτής με δική του πρωτοβουλία καταθέτει άτυπη πληρωμή κατά μέσο όρο 350€.

Συγκεκριμένα στον ιδιωτικό τομέα το 29,9% δηλώνει ότι για να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας χρειάστηκε να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Έπειτα από αίτημα των ιατρών δηλώνει το 26,7% και το 4,6% έπειτα από αίτημα διοικητικών. Οι πιο σημαντικοί λόγοι καταβολής της άτυπης πληρωμής ήταν για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης) (7,6%), για να αποκτήσει ο καταναλωτής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; (π.χ. να κλείσει ραντεβού) (2,9%), και για να λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα (5,2%). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 45,3% δηλώνει ότι κατέθεσε με δική του πρωτοβουλία άτυπη πληρωμή.

Σχετικά με το ύψος των άτυπων πληρωμών στο ιδιωτικό τομέα για τους ιατρούς ο μέσος όρος είναι περίπου 1.900€ και των διοικητικών περίπου 80€. Για να κλείσει ραντεβού ο καταναλωτής ο μέσος όρος της άτυπης δαπάνης είναι 70€, για να λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα 80€ και για να μειωθεί ο χρόνος επέμβασης ο μέσος όρος της άτυπης δαπάνης είναι 300€. Τέλος, ο καταναλωτής με δική του πρωτοβουλία καταθέτει άτυπη πληρωμή στον ιδιωτικό τομέα κατά μέσο όρο 400€.

5.6.4 Κατανάλωση φαρμάκων

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, ο καταναλωτής χρησιμοποίησε φάρμακα που του δόθηκαν με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου 26,8% (Βλ. Διάγραμμα 5.15). Στα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται τα συμπληρώματα διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες και για τις γυναίκες, συμπεριλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, οι κύριες ασθένειες για τις οποίες οι καταναλωτές χρησιμοποίησαν φάρμακα με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου, είναι το άσθμα (2,2%), η χρόνια βρογχίτιδα (5,5%), η υπέρταση (10,1%), η μείωση της χοληστερόλης (9,6%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (4,5%), ο πόνος στους συνδέσμους (4,5%), ο πόνος στη μέση (8,4%), ο πονοκέφαλος ή ημικρανία (14%), διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (4,5%), ο σακχαρώδης διαβήτης (8,4%), αλλεργίες/δερματικές παθήσεις (10,7%), στομαχικά προβλήματα (10,7%), θεραπεία για τον καρκίνο (1,1%), κατάθλιψη (5,1%), υπερένταση (1,7%), προβλήματα του ουροποιητικού (4,5%), οστεοπόρωση (3,4%), ενδοκρινολογικά προβλήματα (19,7%), υπνωτικά χάπια (2,2%), αντιβιοτικά (10,7%), αντισυλληπτικά χάπια (7,3%) και ορμόνες (4,4%).

Λαμβάνοντας υπόψη τις δαπάνες για την κατανάλωση του κάθε φαρμάκου ανάλογα με την ασθένεια συμπεραίνουμε ότι τα φάρμακα για τον καρκίνο τις καρδιακές παθήσεις και το σακχαρώδη διαβήτη είναι τα πιο ακριβά (Βλ. Πίνακα 5.1).

Πίνακας 5.1 : Δαπάνες φαρμάκων με συνταγή ιατρού

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΚΟΣΤΟΣ σε €
Άσθμα	40.00
Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια πνευμονοπάθεια, εμφύσημα	16.00
Υπέρταση	19.35
Μείωση του επιπέδου χοληστερόλης	16.72
Άλλη καρδιακή νόσο, όπως αρρυθμία, καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα, περιφερική αγγειακή νόσο και εγκεφαλικό	52.95
Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)	18.75
Πόνο στη μέση, δισκοπάθεια οσφυαλγία	9.25
Πονοκέφαλο ή ημικρανία	1.30
Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μυοσκελετικού	33.46
Σακχαρώδη διαβήτη	56.14
Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις	35.60
Στομαχικά προβλήματα	20,06
Θεραπεία για τον καρκίνο (χημειοθεραπεία)	1.500,00
Κατάθλιψη	28.16
Υπερένταση ή νευρική κατάσταση	16.00
Σχιζοφρένεια και άλλη ψυχική ή διανοητική πάθηση	
Ακράτεια ούρων και προβλήματα ουροποιητικού συστήματος	18.91
Οστεοπόρωση	17.50
Θυρεοειδή ή άλλο ενδοκρινολογικό πρόβλημα	10.10
Υπνωτικά χάπια	9.00
Αντιβιοτικά όπως πενικιλίνη (ή οποιαδήποτε άλλο αντιβιοτικό)	30.25
Αντισυλληπτικά χάπια (για γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία μικρότερη των 50 ετών)	12.00
Ορμόνες για την εμμηνόπαυση (για γυναίκες κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου ή μετά την εμμηνόπαυση – ηλικίας συνήθως μεγαλύτερης των 45 ετών)	11.11
Άλλα φάρμακα.	48.30

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, ο καταναλωτής χρησιμοποίησε φάρμακα που του δόθηκαν χωρίς τη συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου 33,5%. Στα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται τα συμπληρώματα διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες και για τις γυναίκες, συμπεριλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες.

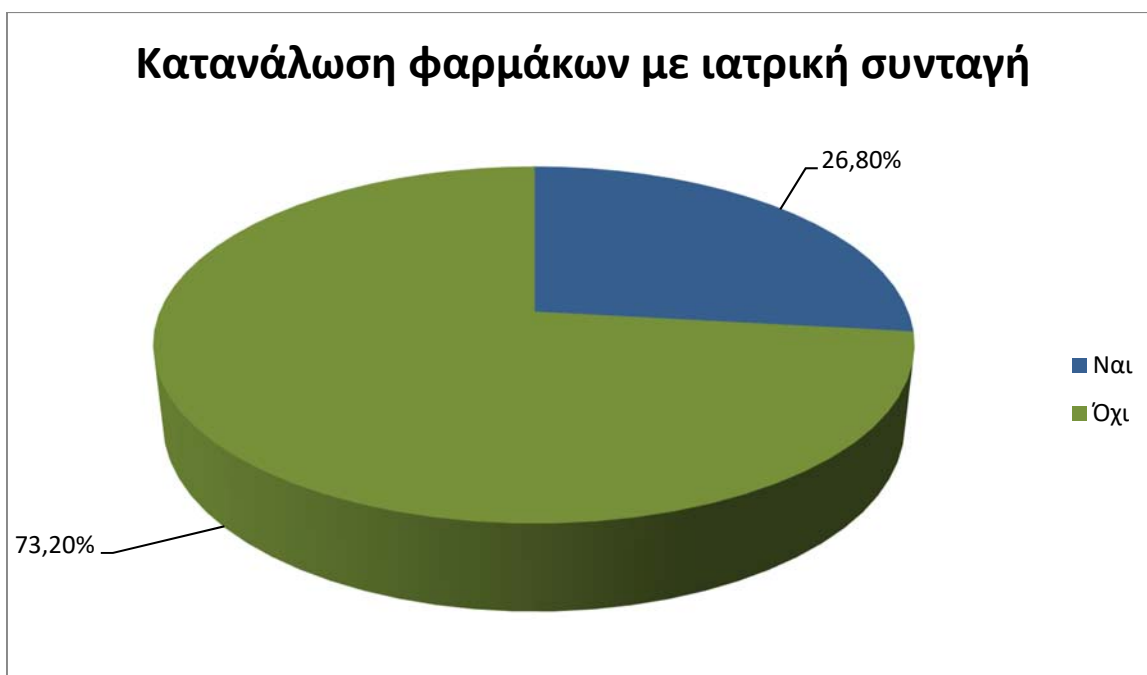
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, οι κύριες ασθένειες για τις οποίες οι καταναλωτές χρησιμοποίησαν φάρμακα χωρίς συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου, είναι ο πόνος στους συνδέσμους (7,7%), ο πονοκέφαλος ή ημικρανία (51,8%), διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (12,6%), το κρυολόγημα ή γρίπη (28,4%), οι αλλεργίες/δερματικές παθήσεις (6,8%), τα στομαχικά προβλήματα (8,1%), βιταμίνες ή τονωτικά (19,8%).

Λαμβάνοντας υπόψη τις δαπάνες για τη κατανάλωση του κάθε φαρμάκου ανάλογα με την ασθένεια συμπεραίνουμε ότι τα φάρμακα για πόνους και προβλήματα του μυοσκελετικού καθώς και για το κρυολόγημα, γρίπη ή πονόλαιμο είναι τα πιο ακριβά (Βλ. Πίνακα 5.2).

Πίνακας 5.2 : Δαπάνες φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΚΟΣΤΟΣ σε €
Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)	4.91
Πονοκέφαλο ή ημικρανία	8.99
Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μυοσκελετικού	55.20
Κρυολόγημα, γρίπη ή πονόλαιμο	24.58
Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις	11.64
Στομαχικά προβλήματα	9.76
Βιταμίνες, μέταλλα ή τονωτικά	23.42
Άλλα φάρμακα.	77.35

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.15: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ



5.6.5 Επισκέψεις σε ιατρούς

Σχετικά με τις επισκέψεις στους ιατρούς στο δημόσιο τομέα παρατηρείται ότι ο καταναλωτής κατά τους τελευταίους 12 μήνες επισκέφτηκε για δικό του πρόβλημα υγείας ιατρούς άλλων ειδικοτήτων κατά μέσο όρο 3,7 σε σχέση με τους παθολόγους (2,08), γενικούς ιατρούς (1,88), και γιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες (1,69). Ο μέσος όρος τους κόστους της επίσκεψης είναι πιο υψηλό στους ορθοδοντικούς και στους οδοντίατρους καθώς και στους ιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες. Οι γυναίκες επισκέπτονται γυναικολόγο συμβεβλημένο με το δημόσιο ταμείο κατά μέσο όρο 1,67 και με κόστος δαπάνης της επίσκεψης 86,166€.

Σχετικά με τις επισκέψεις σε ιατρούς του ιδιωτικού τομέα ο καταναλωτής επιλέγει να επισκεφτεί περισσότερες φορές κατά μέσο όρο 2,93 παθολογικές ειδικότητες, 2,56 χειρουργικές ειδικότητες, ορθοδοντικό 7,14 και οδοντίατρο 2,46. Ωστόσο η δαπάνη στον ιδιωτικό τομέα σε επίσκεψη ιατρών άλλων ειδικοτήτων είναι η πιο υψηλή με μέσο όρο 899,78€. Οι γυναίκες επισκέπτονται γυναικολόγο του ιδιωτικού τομέα κατά μέσο όρο 2,04 και με κόστος δαπάνης της επίσκεψης 163,68€. Τιμή διπλάσια από το μέσο όρο του δημοσίου τομέα.

5.6.6 Επισκέψεις σε νοσοκομεία

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες ο καταναλωτής επισκέφτηκε για δικό του πρόβλημα υγείας εξωτερικά ιατρεία ιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες κατά μέσο όρο 2,54 και ιατρούς με παθολογικές ειδικότητες 2,93 και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων 2,20. Ο μέσος όρος της δαπάνης στις χειρουργικές ειδικότητες είναι ο πιο υψηλός δηλαδή 257,76€.

Σχετικά με την εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο ο μέσος όρος είναι 1,06 με δαπάνη 57,00€, για χειρουργική επέμβαση είναι 1,23 με δαπάνη 1.015,66€. Ο μέσος όρος των επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία σε μαιευτήρα/γυναικολόγο είναι 1,67 και με δαπάνη τα 81,39€. Επίσης, δεν υπήρχε τοκετός σε δημόσιο νοσοκομείο.

Σε ιδιωτικό νοσοκομείο οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες είναι κατά μέσο όρο 2,29, με δαπάνη τα 466,36€ . Ακόμη οι επισκέψεις σε ιατρούς με παθολογικές ειδικότητες 1,41 με δαπάνη 153,75€.

Σχετικά με την εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο ο μέσος όρος είναι 1,14 με δαπάνη 685,71€, για χειρουργική επέμβαση είναι 1,23 με δαπάνη 6.228,57€. Ο μέσος όρος των επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία σε μαιευτήρα/γυναικολόγο είναι 1,37 και με δαπάνη τα 1.281,30€. Επίσης, υπήρχε κατά μέσο όρο 1 τοκετός σε ιδιωτικό νοσοκομείο με δαπάνη 2.855,00€.

5.6.7 Επισκέψεις σε άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - Άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες

Ο καταναλωτής κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες έχει επισκεφτεί κατά μέσο όρο 7,84 φυσιοθεραπευτή/κινησιοθεραπευτή με μέσο όρο δαπάνης 191,51€, διαιτολόγο 7,00 με δαπάνη 205,81€, ψυχολόγο/ψυχοθεραπευτή 7,07 με δαπάνη 454,61€, χειροπράκτη θεραπευτή 5,17 με δαπάνη 200,00€, νοσηλεύτρια ή μαία (αποκλειστικές νοσοκόμες) 6,19 με δαπάνη 140,30€, λογοθεραπευτή 4,50 με δαπάνη 165,00€, εργοθεραπευτή 1,00 με δαπάνη 30,00€, και τέλος έχει επισκεφτεί σε διαγνωστικό εργαστήριο 3,29 με δαπάνη 160,56€.

5.6.8 Επισκέψεις σε ειδικούς εναλλακτικής ιατρικής

Στο δείγμα μας υπήρχαν καταναλωτές που εκτός από τους ιατρούς και τις παραϊατρικές ειδικότητες έχουν επισκεφτεί και ομοιοπαθητικό κατά μέσο όρο τους τελευταίους μήνες 1,92 με δαπάνη 72,08€, βελονιστή 2,20 με δαπάνη 84,00€, φυτοθεραπευτή/βοτανολόγο 2,00 με δαπάνη 160,00€, και άλλο ειδικό εναλλακτικής ιατρικής 5,17 με δαπάνη 137,08€.

Επίσης, έχει επισκεφτεί για αναφορά ασθένειας φαρμακεία κατά μέσο όρο 4,06 με δαπάνη 98,10€ και έχει αγοράσει θεραπευτικό εξοπλισμό κατά μέσο όρο 1,14 με δαπάνη 25,00€.

Πίνακας 5.3 : Δαπάνες επισκέψεων σε ιατρούς, νοσοκομεία, άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες, ειδικούς εναλλακτικής ιατρικής

1.Ιατροί		Μέσος όρος συχνότητας επίσκεψης	Μέσος όρος δαπάνης σε €
Α. Ιατροί Συμβεβλημένοι με τον ασφαλιστικό σας φορέα	A.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς	1,88	64.15
	A.2. Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	2,08	51.73
	A.3. Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	1,69	230.71
	A.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	1,67	86.16
	A.5. Επίσκεψη σε Οδοντίατρο	1,47	152.70
	A.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό	1,50	316.66
	A.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς	3,70	97.33
Β. Ιατροί Ιδιώτες	B.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς	1,11	57.81
	B.2 Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	2,93	145.00
	B.3.Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	2,56	287.14
	A.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	2,04	163.68
	B.5.Επίσκεψη σε Οδοντίατρο	2,46	179.67
	B.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό	7,14	485.65
	B.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς	1,89	899.78
2. Νοσοκομεία			
Α. Νοσοκομεία Δημοσίου τομέα	A.1. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	1,74	39.68
	A.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	2,54	257.76
	A.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	1,67	81.39
	A.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο	5,23	100.00
	A.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες	2,20	71.50
	A.6. Εισαγωγή	1,06	57.00
	A.7. Χειρουργική επέμβαση	1,23	1.015.66
	A.8. Τοκετός	1,00	0
Β. Νοσοκομεία Ιδιωτικού τομέα	B.1. Επίσκεψη εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	1,41	153.75
	B.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	2,29	466.36
	B.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	1,37	1.281.30
	B.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο	2,00	176,66
	B.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες	1,25	125,28
	B.6. Εισαγωγή	1,14	685.71
	B.7. Χειρουργική επέμβαση	1,13	6.228.57
	B.8. Τοκετός	1,00	2.855.00
3. Άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - Άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες			
	3.1. Διαγνωστικό εργαστήριο	3,29	160.56

	3.2. Διαιτολόγο	7,00	205.81
	3.3. Λογοθεραπευτή	4,50	165.00
	3.4. Εργοθεραπευτή	1,00	30.00
	3.5. Φυσιοθεραπευτή/Κινησιοθεραπευτή	7,84	191.51
	3.6. Χειροπράκτη θεραπευτή	5,17	200.00
	3.7. Ψυχολόγο/Ψυχοθεραπευτή	7,07	454.61
	3.8. Νοσηλεύτρια ή Μαία (Αποκλειστικές Νοσοκόμες)	6,19	140.30
4. Ειδικούς Εναλλακτικής Ιατρικής			
	4.1. Ομοιοπαθητικό	1,92	72.08
	4.2. Βελονιστή	2,20	84.00
	4.3. Φυτοθεραπευτή/Βοτανολόγο	2,00	160.00
	4.4. Άλλο ειδικό εναλλακτικής Ιατρικής	5,17	137.08
	4.5. Φαρμακεία (αναφορά ασθένειας)	4,06	98.10
	4.6. Θεραπευτικός εξοπλισμός	1,14	25.00

5.7 Προληπτικές εξετάσεις

Σχετικά με τις προληπτικές εξετάσεις ο καταναλωτής δεν έχει προβεί για εμβολιασμό κατά την γρίπης κατά 66,2%. Στην ερώτηση ποια είναι η τελευταία φορά που έχει εμβολιαστεί η πλειοψηφία απάντηση ότι δεν θυμάται.

Για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης το 86,4% δηλώνει ότι έχει μετρηθεί τουλάχιστον μία φορά από επαγγελματία υγείας, εντός των τελευταίων 12 μηνών. Για τη μέτρηση της χοληστερόλης το 81,3% δηλώνει ότι έχει προβεί σε εξέταση και το 46% δηλώνει τον τελευταίο χρόνο. Για τη μέτρηση της γλυκόζης του αίματος το 80,8% δηλώνει ότι έχει κάνει εξέταση τον τελευταίο χρόνο. Επίσης, το 5% του δείγματος έχει προβεί σε εξέταση παρασιτολογική εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στο αίμα (εξέταση Mayer) και δεν θυμάται πότε ήταν η εξέταση.

Οι γυναίκες δηλώνουν ότι το 37,3% έχει κάνει μαστογραφία, η τελευταία φορά ήταν εντός 12 μηνών (62,7%) και ο λόγος ήταν προληπτικός με δική τους πρωτοβουλία (62,3%). Επίσης έχουν κάνει εξέταση ΠΑΠ - ΤΕΣΤ (Κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου) το 83,3% η τελευταία φορά ήταν τους τελευταίους μήνες (81,8%) και ο λόγος ήταν προληπτικός με δική τους πρωτοβουλία (37,2%).

5.8 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας

Εκτός από την οικονομική κρίση και το σύστημα υγείας της κάθε χώρας υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας όπως η φυσική κατάσταση, η διατροφή, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ. Στη συγκεκριμένη ενότητα του ερωτηματολογίου αναλύουμε τους ανωτέρω παράγοντες.

Λαμβάνοντας υπόψη το Δείκτη Μάζας Σώματος παρατηρείται στο δείγμα μας ότι το 53,6% των καταναλωτών έχουν κανονικό βάρος, το 35,4% είναι υπέρβαροι, το 8,0%, παχύσαρκοι και το 29% λιποβαρείς.

Σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, οι καταναλωτές έκαναν κατά μέσο όρο 1,32 ημέρες έντονη σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά (π.χ. αθλητισμός, γεωργικές οικοδομικές εργασίες), κατά μέσο όρο 3,66 ημέρες έκαναν μέτριες σωματικές δραστηριότητες για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά (π.χ. μεταφορά φορτίων μέτριου βάρους, γυμναστήριο, σκούπισμα, καθάρισμα, κυνήγι, ψάρεμα) και κατά μέσο όρο 4,77 ημέρες περπάτησαν για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά.

Σχετικά με τη διατροφή παρατηρείται ότι το 15,2% και το 18,3% 1-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει φρούτα και λαχανικά αντίστοιχα. Το 21% επίσης καταναλώνει χυμούς φρούτων και λαχανικών 1-3 φορές την εβδομάδα. Το 20,8% των καταναλωτών δηλώνει ότι 2-4 φορές μηνιαίως κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κατανάλωσε αλκοολούχα ποτά, οποιοδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, λικέρ, ουίσκι ή άλλα).

Σχετικά με το κάπνισμα ο καταναλωτής δηλώνει κατά 67,7% ότι δεν καπνίζει. Το 23,6% δηλώνει ότι καπνίζει καθημερινά και το 8,8% περιστασιακά. Το 57,8% δηλώνει ότι στο παρελθόν έχει υπάρξει καπνιστής. Ο μέσος όρος των ετών καπνίσματος είναι 10 έτη. Σχετικά με τον καπνό από τσιγάρο στο σπίτι το 64,5% δηλώνει ότι δεν εκτίθεται ποτέ και το 17,9% λιγότερο από μια ώρα, το 12,2% 1-5 ώρες ημερησίως και το 5,4% περισσότερο από 5 ώρες ημερησίως.

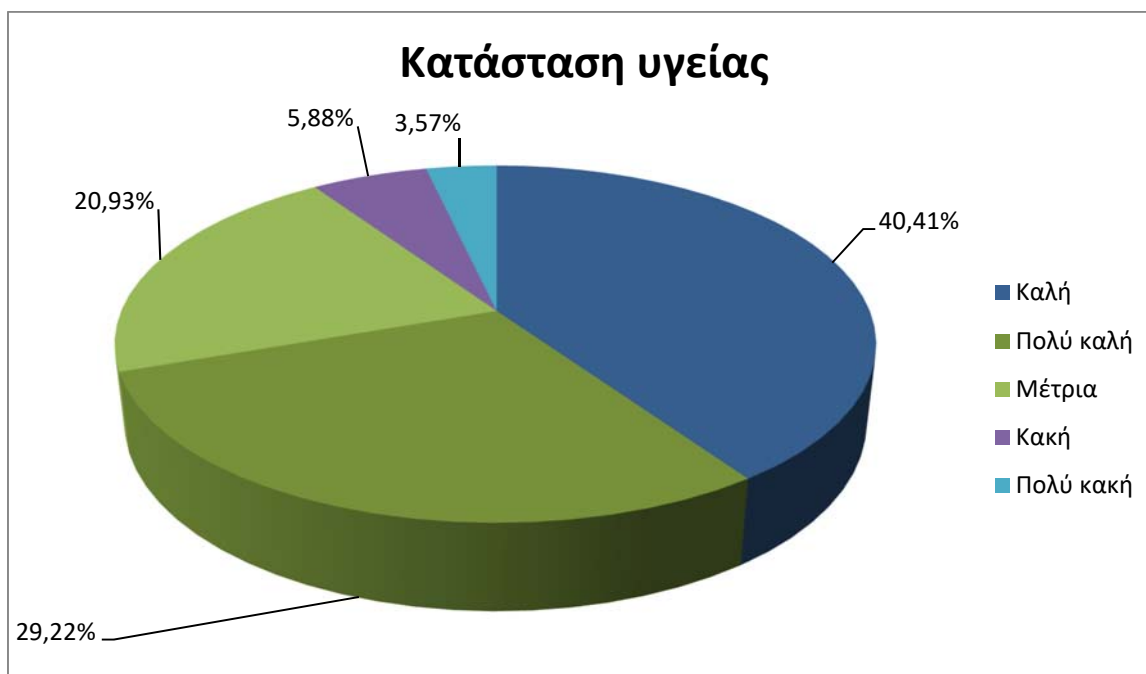
5.9 Γενική κατάσταση υγείας

Ο καταναλωτής χαρακτηρίζει την υγεία του «Καλή» κατά 41,9%, «Πολύ Καλή» το 30,3%, «Μέτρια» το 21,7%, «Κακή» το 6,1% και «Πολύ Κακή» το 3,7% (Βλ. Διάγραμμα 5.14). Το 79,8% δηλώνει ότι δεν έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση.

Επίσης, κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο, δηλώνει το 3,7% ότι έχει περιορίσει κάποιες από τις συνήθειες δραστηριότητες σας ή έχετε δυσκολευτεί σε αυτές, «πάρα πολύ», λόγω κάποιου προβλήματος υγείας. Το 13,3% «ΝΑΙ», αλλά όχι πάρα πολύ και το 82,9% «ΌΧΙ καθόλου». Επίσης, το 59,3% δεν είχε καμία πάθηση τους τελευταίους 12 μήνες.

Κάποια από τις παθήσεις τους τελευταίους 12 μήνες, που να προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε λόγω της εργασίας του καταναλωτή, το 30,8% δηλώνει ότι η/οι πάθηση/εις δεν προκλήθηκε/αν ή δεν επιδεινώθηκε/αν κατά την εργασία και το 9,9% ότι η/οι πάθηση/εις προκλήθηκε/αν ή επιδεινώθηκε/αν κατά την εργασία του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.16: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ



5.9.1 Χρόνιες παθήσεις

Στην έρευνα μας υπήρχε ερωτηματολόγιο στο οποίο ο καταναλωτής συμπλήρωσε αν έχει κάποια χρόνια πάθηση και αν την είχε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και αν έχει διαγνωστεί από το ιατρό.

Από τις χρόνιες παθήσεις οι πιο συχνές είναι η αλλεργία (π.χ. ρινίτιδα, φλεγμονή ματιών, δερματίτιδα, τροφική αλλεργία κ.α. με εξαίρεση το αλλεργικό άσθμα) (19,3%), η πάθηση στη μέση ή άλλα χρόνια προβλήματα μέσης (οσφυαλγία – δισκοπάθεια) (7,5%), η πάθηση του αυχένα ή άλλα χρόνια προβλήματα του αυχένα (7,1%), οι παθήσεις θυρεοειδούς (6,3%) και η διαταραχή στη χοληστερίνη, στα λιπίδια και στα τριγλυκερίδια (5,1%). Όλες οι ανωτέρω παθήσεις απασχολούσαν τον καταναλωτή τους τελευταίους 12 μήνες και είχαν διαγνωστεί από γιατρό (Βλ. πίνακα 5.4).

Πίνακας 5.4 : Ύπαρξη χρόνιας πάθησης

	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	Ύπαρξη Χρόνιας Πάθησης (Μ.Ο.)	Ύπαρξη Χρόνιας Πάθησης κατά τους τελευταίους 12 μήνες (Μ.Ο.)	Ύπαρξη Χρόνιας Πάθησης με διάγνωση ιατρού (Μ.Ο.)
1.	Άσθμα (περιλαμβάνεται το αλλεργικό)	3,5	2,6	3
2.	Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εμφύσημα	2,3	1,7	2
3.	Στεφανιαία νόσος ή στηθάγχη	0,5	0,6	0,6
4.	Έμφραγμα του μυοκαρδίου	0,5	0	0,3
5.	Καρδιακή ανεπάρκεια	0,2	0,2	0,2
6.	Βαβλιδιπάθεια	0,2	0,2	0,2
7.	Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by- pass)	0	0	0
8.	Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)	0,2	0	0,2
9.	Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραχυκαρδίες)	2,1	1,8	2,3
10.	Υπέρταση (Μικρή πίεση >8 Μεγάλη πίεση >14)	3,8	3,3	3,3
11.	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	0,6	0,3	0,9
12.	Σκλήρυνση κατά πλάκας	0,2	0,9	0,6
13.	Ρευματοειδή αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων ,π.χ. αρθριτικά)	1,5	1,7	1,7
14.	Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων ή συνδέσμων)	1,2	1,1	1,2
15.	Πάθηση στη μέση ή άλλα χρόνια προβλήματα μέσης (οσφυαλγία – δισκοπάθεια)	7,5	6,8	7,2
16.	Πάθηση του αυχένα ή άλλα χρόνια προβλήματα του αυχένα	7,1	5,7	6,2
17.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου Ι	1,2	1,4	0,9
18.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου ΙΙ	1,5	1,7	1,7
19.	Διαταραχή στη χοληστερίνη, στα λιπίδια και στα τριγλυκερίδια	5,1	4,2	5
20.	Αλλεργία (π.χ. ρινίτιδα, φλεγμονή ματιών, δερματίτιδα, τροφική αλλεργία κ.α.) Εξαιρείται το αλλεργικό άσθμα	19,3	10,9	41,6
21.	Έλκος στομάχου (γαστρικό ή δωδεκαδάκτυλου)	2,9	2	2,7
22.	Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος	0,5	0,5	0,5
23.	Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)	0,2	0,3	0,3
24.	Ακράτεια ούρων, αδυναμία ελέγχου κύστης	0,9	1,1	1,1
25.	Χρόνιο άγχος (κρίσεις πανικού)	3,5	3	1,8
26.	Χρόνια κατάθλιψη	1,1	0,6	0,8
27.	Σχιζοφρένεια	0	0	0

28.	Άλλη ψυχική / διανοητική πάθηση	0,2	0,3	0,3
29.	Μόνιμο τραύμα ή κάκωση από ατύχημα	1,5	1,2	1,2
30.	Παθήσεις θυρεοειδούς	6,3	5,7	5,9
31.	Οστεοπόρωση	1,4	1,5	1,4
32.	Νόσος Πάρκινσον	0	0	0
33.	Πολιομυελίτιδα	0	0	0
34.	Μυασθένεια	0	0	0
35.	Αιμορροΐδες	3,6	3,9	2,3
36.	Ηπατίτιδα	0	0,3	0,2
37.	Alzheimer	0	0	0

5.9.2 Επίπεδο υγείας

Στην τελευταία ενότητα (G) του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο EuroQoL (European quality of life scale) EQ-5D για τη μέτρηση του επιπέδου της υγείας. Το EQ-5D έχει δύο διακριτά εργαλεία το περιγραφικό και την οπτική αναλογική κλίμακα (EuroQol Group, 1990) και είναι σύντομο και απλό.

Στο πρώτο μέρος του EQ-5D καταγράφεται το προφίλ υγείας του καταναλωτή και χρησιμοποιούνται οι πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται (α) στην κινητικότητα, (β) στην αυτοεξυπηρέτηση, (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες, (δ) στον πόνο-δυσφορία και (ε) στο άγχος-κατάθλιψη (Υφαντόπουλος, 2007). Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με «11111», που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές «33333», που σημαίνει σημαντικά προβλήματα στις πέντε παραπάνω διαστάσεις.

Συγκεκριμένα για την κινητικότητα το 96,1% των καταναλωτών δηλώνει ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα στο περπάτημα. Το 3,7% έχει κάποια προβλήματα στο περπάτημα και το 0,2% αισθάνεται εντελώς αδύναμος/η να σηκωθεί από το κρεβάτι.

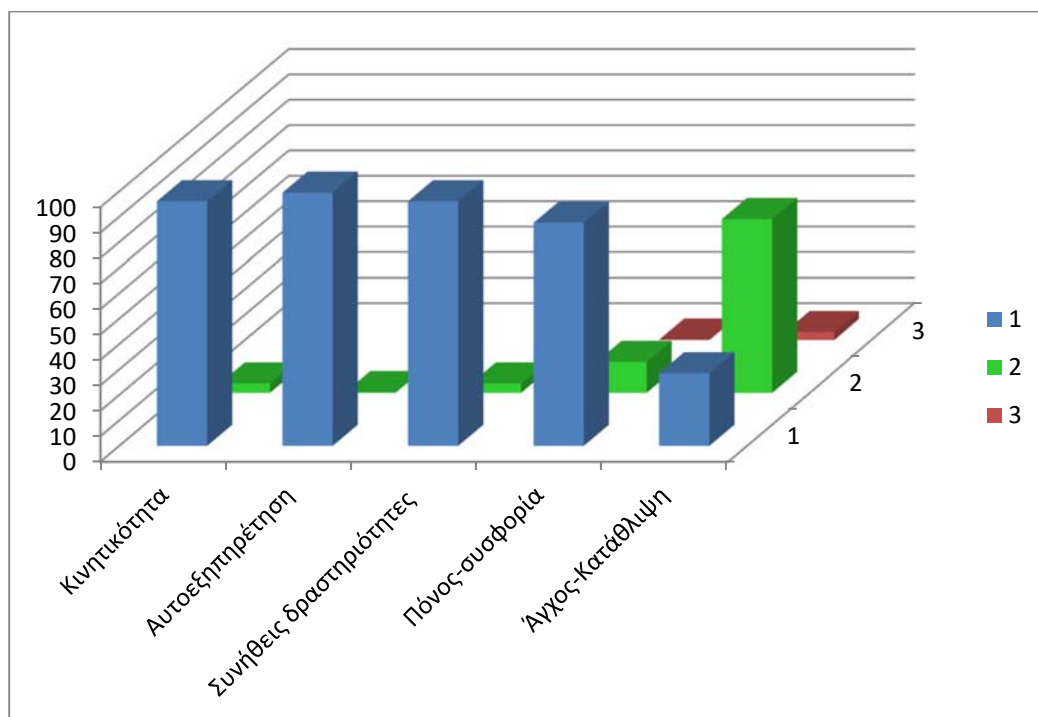
Για την αυτοεξυπηρέτηση το 99,5% δεν έχει κανένα πρόβλημα. Το 0,3% αντιμετωπίζει μέτρια δυσκολία να πλυθεί ή να ντυθεί μόνος/η του. Το 0,2% είναι εντελώς αδύναμος/η για να πλυθεί και να ντυθεί μόνος/η του.

Για τις συνήθειες δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, δουλειές του σπιτιού, της οικογένειας ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες) το 96,1% των καταναλωτών δεν έχει κανένα πρόβλημα, το 3,7% έχει μερικά προβλήματα και το 0,2% είναι εντελώς αδύναμος/η.

Σχετικά με τον πόνο / δυσφορία το 87,6% δεν αισθάνεται πόνο ή δυσφορία, το 12,2% αισθάνεται μέτριο πόνο ή δυσφορία, και το 0,2% υπερβολικό πόνο ή δυσφορία,

Για την τελευταία διάσταση που αφορά στο άγχος / κατάθλιψη το 28,5% δεν έχει καθόλου άγχος ή κατάθλιψη, το 68,3% έχει λίγο άγχος ή κατάθλιψη και το 3,2% έχει υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (Βλ. Διάγραμμα 5.15).

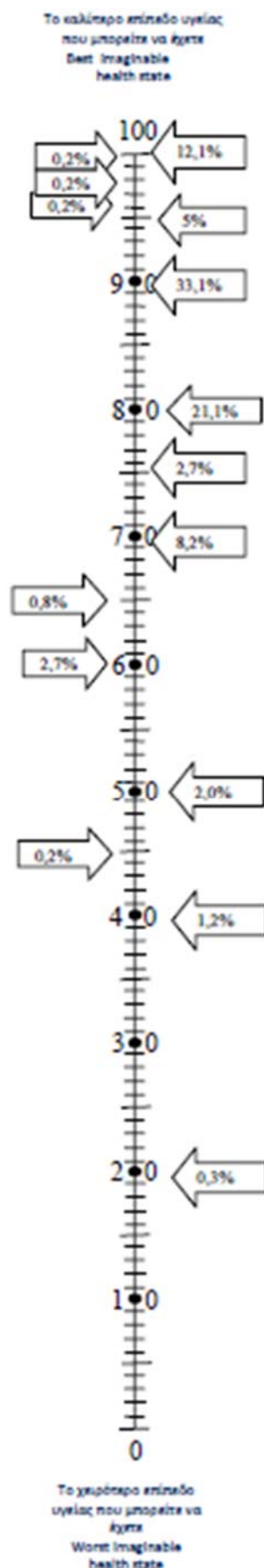
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.17: ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ



Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0 = χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100 = άριστη νοητή υγεία. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Συγκεκριμένα το 90% του δείγματος πιστεύει ότι η υγεία του είναι στο 90%, το 21,1% στο 80% και το 12,1% στο 100%.

Χρησιμοποιώντας το EQ-5D είναι δυνατή η εκτίμηση της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα αντιλαμβανόμαστε ότι μπορεί ο καταναλωτής να αισθάνεται πολύ καλά σωματικά, αλλά η πέμπτη διάσταση και τα ποσοστά του άγχους-κατάθλιψης να είναι αρκετά υψηλά.

Τα υψηλά ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης δεν αφορούν απαραίτητα λόγους υγείας αλλά κυρίως οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων.



6

Προσδιοριστικοί παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1 Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών παρατηρείται μια ανοδική πορεία των δαπανών για υγεία που προέρχονται τόσο από ιδιωτική όσο και δημόσια δαπάνη. Σε αρκετές χώρες του ΟΑΣΣΑ παρατηρείται ότι ο ρυθμός αύξησης είναι μεγαλύτερες της οικονομικής μεγέθυνσης.

Ανεξάρτητα από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας το οποίο καθορίζεται από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες παρατηρείται ότι η αύξηση των δαπανών υγείας επηρεάζει τη βιωσιμότητα του συστήματος.

Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας είναι το εισόδημα, η τεχνολογική πρόοδος, η δημόσια δαπάνη υγείας, ο αριθμός των ιατρών, ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού και το ΑΕΠ το οποίο προσδιορίζει το βιοτικό επίπεδο και το διαθέσιμο εισόδημα του πληθυσμού.

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση τα δεδομένα της Έρευνας Υγείας του 2009 και τα δεδομένα της παρούσας έρευνας.

Σκοπός είναι να διερευνηθεί η πιθανή επίπτωση μιας σειράς προσδιοριστικών παραγόντων και να προσδιοριστεί η εκτίμηση της συμβολής του καθενός στην κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Συγκεκριμένα αναλύονται τα θεωρητικά υποδείγματα ζήτησης υπηρεσιών υγείας, στα οποία βασίζονται και οι εμπειρικές μελέτες, οι οποίες έρχονται να συμπληρώσουν την εν λόγω θεματική ενότητα. Στη δεύτερη ενότητα επιχειρείται μία παρουσίαση της υπάρχουσας κατάστασης στην Ελλάδα σε ό, τι αφορά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με μία συγκριτική περιγραφή με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.. Στην τρίτη ενότητα αναλύονται τα εμπειρικά αποτελέσματα της έρευνας, όπου με τη βοήθεια της στατιστικής διατυπώνονται ποικίλες παρατηρήσεις βάσει της συσχέτισης των υπαρχόντων δεδομένων. Στην τέταρτη και τελευταία ενότητα διατυπώνονται τα συμπεράσματα.

6.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η αύξηση των δαπανών υγείας επηρεάζεται από δημογραφικούς, κοινωνικούς, επιδημιολογικούς, υγειονομικούς, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (Borras, 1994). Σύμφωνα με το «συμπεριφοριστικό υπόδειγμα» η χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα ατομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους ιατρούς. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν το εισόδημα, την ασφάλιση και η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει πληροφορίες που αφορούν το επίπεδο υγείας (Andersen, 1968). Επίσης, σύμφωνα με το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά, όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη και η ασθένεια (Rosenstock, 1969).

Οι δημογραφικοί παράγοντες περιλαμβάνουν μεταβλητές που αναφέρονται σε ατομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή και επηρεάζουν έμμεσα τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Μόσιαλος, 1990). Η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων του καταναλωτή και των δαπανών υγείας είναι ένας σημαντικός παράγοντας της καταναλωτικής συμπεριφοράς. Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνικότητα, ο τόπος κατοικίας και το εισόδημα προσδιορίζουν το ύψος των δαπανών.

Συγκεκριμένα για το φύλο η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το ποσοστό των γυναικών που αιτούνται ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερο συγκριτικά με τους άνδρες. Οι γυναίκες που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, συνήθως έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων σε ιατρούς. Αντίθετα οι άντρες παρουσιάζουν μειωμένη ζήτηση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά μεγαλύτερη νοσοκομειακή (Deb and Trivedi, 1997). Οι Evashwick et al., (1984), στις Η.Π.Α., παρατήρησαν ότι οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αμβλύνονται καθώς αυξάνεται η ηλικία. Επίσης, οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας (Bertakis et al., 2000). Τέλος, σχετικά με τη προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους, το 69% των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι γυναίκες (Theobald, 2004). Μάλιστα, οι γυναίκες άνω των 80 ετών έχουν περισσότερα κινητικά προβλήματα και είναι λιγότερα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.

Επίσης, τα άτομα τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά νοσηρότητας, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά ατόμων μέσης ηλικίας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις δυσχερών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, γιατί είναι άτομα που ζουν χωρίς την οικογένειά τους ή έχουν χάσει το σύντροφο τους. Συγκεκριμένα οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας που διαφέρουν από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες κυρίως λόγω των κινητικών προβλημάτων, όπως την κατ' οίκον φροντίδα. Ο αριθμός των επισκέψεων σε ιατρούς είναι αντιστρόφως ανάλογος με την αύξηση της ηλικίας. Επίσης, επισκέπτονται περισσότερες φορές τα νοσοκομεία και η παραμονή τους διαρκεί περισσότερες ημέρες, ενώ δεν επισκέπτονται συχνά τον οδοντίατρο (Evashwick et al., 1984, Deb and Trivedi, 1997).

Στη συνέχεια η εθνικότητα και η φυλή αποτελούν σημαντικούς παράγοντες δαπανών υγείας. Τα άτομα που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικά ομάδες έχουν χαμηλή προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, λόγω κακών συνθηκών εργασίας και διαβίωσης ή θρησκείας, ενώ οι λευκοί καταναλώνουν λιγότερες υπηρεσίες υγείας (Evashwick et al., 1984, Theobald, 2004).

Επίσης, ο τόπος κατοικίας επηρεάζει τις δαπάνες υγείας καθώς οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών δεν έχουν άμεση πρόσβαση καθώς και την ίδια ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τους κατοίκους των πόλεων, λόγω ανισοτήτων. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είναι πιο έντονες στις αγροτικές περιοχές, καθώς οι κάτοικοι κάνουν χρήση βασικών υπηρεσιών υγείας εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, η απόσταση της μόνιμης κατοικίας επηρεάζει τη συχνότητα των επισκέψεων σε ιατρούς (Evashwick et al., 1984, Lahana et al. 2011).

Ο αριθμός των μελετών σχετικά με την επίδραση που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, αποδεικνύει και τη σημαντικότητά τους ως προς τη χρήση τους από τα άτομα. Συγκεκριμένα, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάσταση απασχόλησης, η οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικό δίκτυο, είναι οι παράγοντες που επιδρούν καθοριστικά στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, καθώς επηρεάζουν την ψυχολογία και την κοινωνικότητα του καταναλωτή.

Το μορφωτικό επίπεδο αποδεικνύεται ότι είναι σχετίζεται θετικά με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο αυξάνεται η χρήση υπηρεσιών υγείας, ενώ σε άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου ισχύει το αντίστροφο.

Μάλιστα, όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο του καταναλωτή τόσο πιο εξειδικευμένες είναι οι υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιεί καθώς επισκέπτονται γιατρούς συγκεκριμένων ειδικοτήτων (Lostao et al., 2001).

Συγκεκριμένα η ζήτηση οδοντιατρικής φροντίδας σχετίζεται θετικά με το μορφωτικό (Evashwick et al., (1984). Σε δείγμα 70.884 ατόμων 15 ετών και άνω, η επίδραση του εισοδήματος και του μορφωτικού επιπέδου είναι σημαντική στην οδοντιατρική περίθαλψη (Millar et al., 1999).

Επίσης, οι Deb and Trivedi (1997) συνδέουν το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης με την αναζήτηση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα, είτε λόγω του εισοδήματος είτε της γνώσης και της ενημέρωσης. Επιπρόσθετα άτομα υψηλών εισοδημάτων επισκέπτονται ιατρούς ειδικοτήτων (Mc Isaak W. et al., 1997), ενώ τα άτομα χαμηλών εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία (Billings et al., 1993).

Λαμβάνοντας υπόψη την απασχόληση παρατηρείται ότι οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι μόνιμα ασθενείς έχουν αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τους εργαζομένους οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά. Αντίθετα, οι Deb and Trivedi (1997) παρατηρούν ότι το επάγγελμα δεν έχει καθόλου σημαντική επίδραση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την υγεία του ατόμου καθώς παρατηρείται ότι οι έγγαμοι καταναλώνουν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Τέλος, οι διαζευγμένοι σε σχέση με τους έγγαμους έχουν αφενός υψηλά ποσοστά χρήσης, αφετέρου έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας.

Σε αντίθεση με τα συμπεράσματα των Evashwick et al., (1984), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα άτομα που διαμένουν χωρίς την οικογένειά τους χρησιμοποιούν λιγότερες υπηρεσίες υγείας, εξαιρουμένης της φροντίδας κατ'οίκον. Ακόμη μεγαλύτερη αντίθεση εκφράζει το ερευνητικό αποτέλεσμα των Deb and Trivedi (1997), υποστηρίζοντας ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει καθόλου τη χρήση ιατρικής περίθαλψης.

Η συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές δραστηριότητες και προγράμματα είναι ένας δείκτης εκτίμησης της επιρροής των κοινωνικών παραγόντων στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Παρατηρείται ότι τα άτομα που ζουν μόνα τους καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες υγείας από ότι τα άτομα των οποίων το νοικοκυριό αποτελείται από περισσότερα άτομα και έχουν πιο διευρυμένο κοινωνικό περιβάλλον. Συμπληρωματικά, οι Bilsen et al., (2006) κρίνουν ότι η έλλειψη κοινωνικού δικτύου είναι αρνητικά συσχετιζόμενη με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Οι οικονομικοί παράγοντες οι οποίοι αντανakλούν τους πόρους που επιτρέπουν σε ένα άτομο να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας, προσδιορίζονται από δύο σημαντικούς παράγοντες, το εισόδημα και τον ασφαλιστικό φορέα.

Το εισόδημα, παρόλο που αποτελεί ισχυρό κριτήριο της κοινωνικής θέσης και των συνθηκών διαβίωσης, δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, είτε αυτό προέρχεται από εργασία, είτε από άλλα εισοδήματα. Η αιτιολόγηση του εν λόγω φαινομένου αποδίδεται στο δωρεάν ελληνικό σύστημα υγείας ίσων ευκαιριών. Οι Evashwick et al., (1984) υποστηρίζουν ότι έχουν μειωθεί οι οικονομικές δυσκολίες ως προς την κατανάλωση φροντίδων υγείας, με μόνη εξαίρεση αυτήν των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Οι Deb and Trivedi (1997) κυμαίνονται στα ίδια ερευνητικά αποτελέσματα, εφόσον συμπεραίνουν ότι το εισόδημα δεν επηρεάζει καθόλου τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Ωστόσο υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν ότι το εισόδημα επηρεάζει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα υπάρχει σημαντική επίδραση και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των καταναλωτών με χαμηλά εισοδήματα (Stuart and Grana, 1998). Στη Γερμανία, παρατηρείται μια διαφοροποίηση καθώς οι ηλικιωμένοι που διαθέτουν υψηλότερο εισόδημα φέρονται να καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Η ζήτηση αυτής της μορφής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί συμπληρωματικά των επίσημων θεσμών ιατρικής περίθαλψης με σκοπό να καθυστερήσουν την εισαγωγή τους σε οίκους ευγηρίας (Theobald, 2004). Σε αντίστοιχη έρευνα στις Κάτω Χώρες, τα εμπειρικά αποτελέσματα έχουν την αντίστροφη αναλογία του εισοδήματος με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς. Ειδικότερα όσο το εισόδημα αυξάνεται, τόσο οι ηλικιωμένοι απευθύνονται στην αγορά υπηρεσιών υγείας (Nijkamp and Vollering, 1992). Επίσης, οι Mielek et al., (2009) στην

έρευνά τους, ισχυρίζονται ότι οι καταναλωτές με χαμηλά εισοδήματα έχουν χαμηλότερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με ομάδες καταναλωτών με υψηλότερα εισοδήματα.

Επιπρόσθετα, το είδος και οι παροχές της ασφάλισης, συνδέονται με την οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, και δείχνουν ότι όσο πιο καλή είναι η ποιότητα ασφάλισης, τόσο αυξάνονται οι υπηρεσίες υγείας (Faulkner et al., 1997). Η ασφαλιστική κάλυψη είναι ο δείκτης που προσδιορίζει πολύ έντονα την πρόσβαση των ατόμων στην υγειονομική περίθαλψη, είτε στην πρωτοβάθμια, είτε στη δευτεροβάθμια.

Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α σε δείγμα 53.981 ενηλίκων, ηλικίας από 18 έως 64 ετών, για τις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής όπως, περιοδικές εξετάσεις, εξετάσεις αρτηριακής πίεσης και χοληστερίνης, τέστ Παπανικολάου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες χρησιμοποίησης τους (Faulkner et al., 1997).

Οι Deb and Trivedi (1997) υποστηρίζουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση δεν επιδρά στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, επειδή λειτουργεί συμπληρωματικά και όχι υποκατάστατα, εφόσον το κρατικό σύστημα υγείας καλύπτει ικανοποιητικά τις ανάγκες των πολιτών. Όμως τα άτομα που ζουν στο όριο της φτώχειας έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην περίθαλψη, ειδικά εάν ανήκουν στην ομάδα των νοσούντων.

Σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη τα άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου χρησιμοποιούν τα νοσοκομεία ως βασική πηγή φροντίδας υγείας, βάσει παρόμοιας ανάλυσης δεδομένων (Merzel et al., 2002). Επίσης, η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης οδηγεί σε μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών στα νοσοκομεία (Bazargan et al., 1998).

Τέλος, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας του καταναλωτή που αντανακλά την ανάγκη του για ιατρική περίθαλψη. Στην έρευνα του Andersen είναι φανερό ότι οι μεταβλητές που αξιολογούν το επίπεδο της υγείας έχουν την υψηλότερη συσχέτιση με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας (Mendoza-Sassi et al., 2001). Συγκεκριμένα για τη νοσοκομειακή περίθαλψη σε δείγμα 12.729 Βρετανών ενηλίκων, το επίπεδο υγείας ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας για τον αριθμό των εισαγωγών (Benzeneval et al., 1994).

Σχετικά με τις χρόνιες παθήσεις όσο αυξάνεται ο αριθμός τους, τόσο αυξάνεται και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Deb and Trivedi, 1997). Καθώς είναι άμεση και επιτακτική ανάγκη για ιατρική φροντίδα, και έχει την πιο σημαντική επίδραση στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας (Evashwick et al., 1984). Επίσης, καθώς αυξάνεται η ηλικία των καταναλωτών, οι χρόνιες παθήσεις καθιστούν πλέον απαραίτητη ανάγκη την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας, καθώς τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα (Theobald, 2004).

Στην έρευνα των Nijkamp and Vollerling (1992) η ύπαρξη διαφόρων μορφών αναπηρίας κρίνεται ως η πιο σημαντική. Όσο επιδεινώνεται η κατάσταση της αναπηρίας των ασθενών, τόσο αυξάνεται η ζήτησή τους για ιατρική φροντίδα. Ακόμη μια εμπειρική μελέτη συμβαδίζει με τα παραπάνω, αυτή των Bilsen et al., (2006), βάσει της οποίας, η φθίνουσα ικανότητα των ηλικιωμένων να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες, μαρτυρά αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Τέλος, η μελέτη των Carr – Hill and Dalley (1999), επιβεβαιώνει τη συμβολή της ανάγκης, που προέρχεται από την κατάσταση της υγείας ενός ηλικιωμένου, στην κατανάλωση του αγαθού της υγείας.

6.3 Στατιστικά δεδομένα και μεθοδολογική προσέγγιση ζήτηση υπηρεσιών υγείας

6.3.1 Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό φορέα

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας το 80,1% του δείγματος δήλωσε ότι έχει επισκεφτεί ιατρό τους τελευταίους 12 μήνες για δικό του πρόβλημα υγείας. Αλλά στην ερώτηση πότε ήταν η πιο πρόσφατη επίσκεψη σε άτομο των υπηρεσιών υγείας το 44,9% δήλωσε ότι δεν θυμάται, ενώ το 17% είχε επισκεφτεί το ιατρό τον τελευταίο μήνα.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν «πάρα πολύ» τους καταναλωτές για να επισκέπτονται ιατρούς του δημοσίου είναι η αξιοπιστία και εμπιστοσύνη του ιατρού (61,8%), η εμπειρία (61,5%), η ακαδημαϊκή καριέρα (40,9%), η προσωπικότητα (39,1%), η φήμη (29,1%). Ο ιατρικός εξοπλισμός του ιατρείου (34,2%), η επιρροή από φίλους και συγγενείς (30,8%), η σύσταση από άλλον ιατρό (31,1%) και η απόσταση από την κατοικία 25,9%, επίσης τους επηρεάζουν «πολύ». Αντίθετα η τιμή της επίσκεψης (54,3%) δεν επηρεάζει «καθόλου» τους καταναλωτές.

Συγκεκριμένα σχετικά με τις επισκέψεις σε ιατρούς τους τελευταίους 12 μήνες, παρατηρείται ότι έχει επισκεφτεί έστω και μια φορά τους παθολόγους, το 10% του δείγματος, τους γενικούς ιατρούς το 7,8%, το 2,6% έχει επισκεφτεί ιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες, το 8,1% των γυναικών τους γυναικολόγους, το 5,3% και το 0,5% τον οδοντίατρο και τον ορθοδοντικό αντίστοιχα και τέλος το 7,4% άλλες ειδικότητες, όπως οφθαλμίατρο, ψυχίατρο κτλ.

6.3.2 Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς

Σχετικά με τις επισκέψεις στους ιατρούς του ιδιωτικού τομέα παρατηρείται ότι η τιμή είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας επιλογής (59,3%). Επίσης, τα στοιχεία του χαρακτήρα του ιατρού όπως η αξιοπιστία-εμπιστοσύνη (66,5%), η εμπειρία (60,9%), η επιστημονική κατάρτιση (49,9%), η προσωπικότητα (42,5%), η φήμη του (43,1%), ο ιατρικός εξοπλισμός (46,6%) και η απόσταση του ιατρείου από την οικία (34,7%) επηρεάζουν «πάρα πολύ» τους καταναλωτές.

Συγκεκριμένα σχετικά με τις επισκέψεις σε ιατρούς τους τελευταίους 12 μήνες, παρατηρείται ότι έχει επισκεφτεί έστω και μια φορά ειδικότητες, όπως οφθαλμίατρο, ψυχίατρο το 6,9%, το 4,1% του δείγματος τους παθολόγους, το 3,6% τους ιατρούς με χειρουργικές ειδικότητες, τους γενικούς ιατρούς το 2,4%. Σε αντίθεση με το δημόσιο τομέα οι καταναλωτές έχουν επισκεφτεί έστω και μια φορά περισσότερο τον οδοντίατρο και τον ορθοδοντικό του ιδιωτικού τομέα με ποσοστά 10,6% και 1,7% αντίστοιχα. Τέλος, το 14,6% των γυναικών έχει επισκεφτεί τους γυναικολόγους του ιδιωτικού τομέα.

6.4 Εμπειρικά αποτελέσματα

6.4.1 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις δαπάνες για επισκέπτες σε ιατρούς

Η συγκεκριμένη εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε προκειμένου να βρεθούν οι δημογραφικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες του καταναλωτή για επισκέψεις σε ιατρούς. Η επιλογή των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν βασίζεται σε αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών.

Συγκεκριμένα επιχειρείται η εκτίμηση του ύψους των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως συνάρτηση των εξής παραγόντων αρχικά του μεγέθους του νοικοκυριού, της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού, του αριθμού των μελών του νοικοκυριού που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (από τις εξής: έως 1 έτους, 2-6 ετών, 45-54 ετών, 55-64 ετών, 65-74 ετών και άνω των 74 ετών), του εισοδήματος του νοικοκυριού, του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του νοικοκυριού (ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο, ΤΕΒΕ, λοιπά ταμεία), της πληρωμής ή όχι ασφαλίσεων για ιδιωτική ασφάλιση ζωής - υγείας.

Στην παλινδρόμηση αυτή εφαρμόστηκε η μέθοδος της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Linear Regression) καθώς η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποσοτική. Η συγκεκριμένη μέθοδος εκτιμάται με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Η εξίσωση λοιπόν πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προέκυψε, έχει γενική μορφή:

$$\text{reg Inprgiatroi} = \beta_0 + \beta_1 \text{A82mmb} + \beta_2 \text{A2age} + \beta_3 \text{age}^2 + \beta_4 \text{F8_dis} + \beta_5 \text{A4reg} + \beta_6 \text{aei} + \beta_7 \text{asf_pub} + \beta_8 \text{C8a_pr} + \beta_9 \text{F8_dis} + \beta_{10} \text{C8a_rp} + \epsilon_i$$

όπου,

- **Reg Inprgiatroi:** είναι ο λογάριθμος που εκφράζει τις συνολικές δαπάνες του καταναλωτή για τις επισκέψεις ιατρών (σε ευρώ)

και ερμηνευτικές μεταβλητές οι εξής:

- **age:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **age²:** ποσοτική μεταβλητή για την ηλικία στο τετράγωνο.
- **A4reg:** μεταβλητή που εκφράζει την περιοχή διαμονής
- **A82mmb:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των μελών της οικογένειας, που διαμένουν στην ίδια κατοικία.
- **aei:** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **asf_pub:** ψευδομεταβλητή για το ασφαλιστικό ταμείο, που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει ΟΠΑΔ, και την τιμή «0» για τα όλα ταμεία.
- **F8_dis :** μεταβλητή που εκφράζει την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει κάποια χρόνια ασθένεια, και την τιμή «0» όταν δεν έχει
- **C8a_pr:** μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό επιρροής της τιμής επίσκεψης του ιατρού και λαμβάνει τις τιμές 0 – 4 με την κλίμακα καθόλου - πάρα πολύ
- **C8a_rp:** μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό επιρροής της φήμης του ιατρού για τις επισκέψεις και λαμβάνει τις τιμές 0 – 4 με την κλίμακα καθόλου -πάρα πολύ
- **ε_i:** τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα αναμενόμενα πρόσημα των συντελεστών β της ανωτέρω παλινδρόμησης λαμβάνοντας υπόψη των αποτελεσμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Ερμηνευτικές Μεταβλητές	Αναμενόμενο πρόσημο
age:	+
A4reg	-
A82mmb	+
income:	+/-
aei:	+
asf_pub:	+
F8_dis	+
C8a_pr:	+
C8a_rp:	+

Όπως παρατηρείται αναμένεται ο τόπος διαμονής να επηρεάζει τις δαπάνες υγείας. Επίσης, οι οικογένειες με πολλά μέλη παρουσιάζουν υψηλότερες δαπάνες για υγεία. Το εισόδημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την τιμή της επίσκεψης στον ιατρό καθώς και η τιμή της επίσκεψης. Επίσης, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ιατρού επηρεάζουν θετικά την επίσκεψη και τις δαπάνες για υγεία. Τέλος, η χρόνια πάθηση που μπορεί να έχει ένα καταναλωτής αυξάνει τις δαπάνες υγείας καθώς και το είδος του ασφαλιστικού ταμείου.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την οικονομετρική ανάλυση για τον προσδιορισμό του ύψους των δαπανών για επισκέψεις σε γιατρούς.

Η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις δαπάνες επισκέψεων σε ιατρούς έχει την ακόλουθη μορφή:

$$\text{reg Inprgiatroi} = \beta_0 + 0,090A2age - 0,00age^2 - 0,065A82mmb + 0,127A4reg + 0,700aei + 0,129F8_dis - 0,824asf_pub + 0,445C8a_pr + 0,213C8a_rp + \epsilon_i$$

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδειγμάτων (OLS και Tobit models) για το σύνολο των δαπανών των καταναλωτών από επισκέψεις σε ιατρούς εμφανίζονται στον πίνακα 6.1.

Πίνακας 6.1: Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (OLS) για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των δαπανών για επισκέψεις σε ιατρούς και εκτίμηση της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional).

Μεταβλητές	Υπόδειγμα OLS	Υπόδειγμα TOBIT	Marginal effects
constant	-0,647 (-0.43)	-	-
A2age	0,090 (1,18)	0,015 (1,10)	0,0549 (1,10)
age ²	-0,000*** (-0,87)	-0,000 (-0,76)	0,000 (-0,77)
A82mmb	-0,065 (-0.73)	-0,010 (-0,65)	-0,378 (-0,65)
A4reg	0,127*** (2,74)	0,022*** (2,75)	0,079*** (2,76)
aei	0,700 (2,74)	0,127*** (2,89)	0,477*** (2,78)
F8_dis	0,129 (4,14)	0,024*** (4,18)	0,090*** (4,21)
asf_pub	-0,824*** (-3,30)	-0,153*** (-3,50)	-0,553*** (-3,49)
C8a_pr	0,445*** (5,31)	0,079*** (5,44)	0,288*** (5,48)
C8a_rp	0,213** (2,43)	0,042*** (2,60)	0,0152*** (2,61)
R square / Pseudo R2	0,1624	0,1525	
R ² (διορθωμένο)	0,1458	-	
Στατιστική F/ Z	9,76	84,40	
N	463	463	463

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική t z.

Αρχικά παρατηρείται ότι η ηλικία έχει θετική σχέση με το ύψος των δαπανών για επισκέψεις σε ιατρούς και αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών εκτιμήθηκε με θετικό πρόσημο αποδεικνύοντας ότι το συνολικό ύψος τις δαπάνης για ιατρούς αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών. Συγκεκριμένα εκτιμήθηκε ότι η αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών κατά ένα έτος οδηγεί κατά μέσο όρο 5,4% υψηλότερες δαπάνες για υγεία, δεδομένου ότι οι καταναλωτές ήδη δαπανούν για της υγεία τους (Evashwick et al., 1984, Deb and Trivedi, 1997).

Το μορφωτικό επίπεδο εκτιμήθηκε επίσης στατιστικά σημαντικό. Ο συντελεστής της ερμηνευτικής μεταβλητής του μορφωτικού επιπέδου και συγκεκριμένα του μεταπτυχιακού επιπέδου εκτιμήθηκε με θετικό πρόσημο. Δηλαδή, οι κάτοχοι πτυχίου AEI / TEI δαπανούν περισσότερα χρήματα για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με πτυχίο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκέπτονται ιατρούς κατά 2,1%. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, δαπανούν κατά μέσο όρο 7,4% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς (Lostao et al., 2001, Evashwick et al., 1984, Deb and Trivedi, 1997).

Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Επειδή το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή είναι θετικό, η σχέση που συνδέει τη χρόνια πάθηση με την εξαρτημένη (δαπάνες) είναι γραμμική. Με άλλα λόγια, όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων με χρόνια πάθηση τόσο αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας (Mendoza-Sassi et al., 2001, Benzeval et al., 1994, Deb and Trivedi, 1997, Nijkamp and Vollerling, 1992, Hill and Dalley, 1999).

Ένας ακόμη παράγοντας που ερμηνεύει τη συγκεκριμένη εξαρτημένη μεταβλητή είναι η περιοχή μόνιμης κατοικίας. Ο τόπος διαμονής ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Μάλιστα, οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για υγεία γεγονός που προσδιορίζεται από το θετικό πρόσημο της εκτιμήτριας. Συγκεκριμένα οι κάτοικοι του κέντρου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκέπτονται ιατρούς κατά 2,2%. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας των Αθηνών έχουν κατά μέσο όρο 9,7% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς (Evashwick et al., 1984, Lahana et al., 2011).

Επίσης, η τιμή της επίσκεψης και στοιχεία προσωπικότητας του ιατρού επηρεάζουν θετικά τις δαπάνες. Το πρόσημο του συντελεστή είναι θετικό και στις 2 περιπτώσεις. Συνεπώς όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που επηρεάζεται από την τιμή και τη φήμη του ιατρού αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας.

Ο αριθμός των μελών που απαρτίζουν ένα νοικοκυριό επίσης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας. Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή είναι αρνητικό. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού, τόσο μειώνονται οι δαπάνες υγείας. Επίσης τα μεγαλύτερα νοικοκυριά έχουν μικρότερη πιθανότητα να επισκέπτονται τους ιατρούς. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για υγεία, έχουν λιγότερες δαπάνες για ιατρούς.

Το ασφαλιστικό ταμείο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δαπάνες επισκέψεων σε ιατρούς σε επίπεδο 1%. Το πρόσημο της εκτιμήτριας είναι αρνητικό, που σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι του δημοσίου δαπανούν λιγότερα χρήματα. Ταυτόχρονα οι ασφαλισμένοι του δημοσίου έχουν μικρότερη πιθανότητα για δαπάνες υγείας. Η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας για τα νοικοκυριά του δημοσίου είναι χαμηλότερη σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% (Bazargan et al., 1998).

6.5.Συμπεράσματα

Σχετικά το ύψος των δαπανών για επισκέψεις σε ιατρούς αποδεικνύεται ότι η ηλικία είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, το συνολικό ύψος της δαπάνης για ιατρούς αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών. Είναι γεγονός ότι τα άτομα από την ηλικία περίπου των 45 ετών και άνω, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας, καθώς παρουσιάζονται προβλήματα υγείας. Κυρίως οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες δαπάνες για επισκέψεις σε ιατρούς.

Το μορφωτικό επίπεδο εκτιμήθηκε επηρεάζει τις δαπάνες καθώς οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ δαπανούν περισσότερα χρήματα για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Συγκεκριμένα, οι καταναλωτές με πτυχίο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκέπτονται ιατρούς κατά 2,1%. Επιπρόσθετα,

οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, δαπανούν κατά μέσο όρο 7,4% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο λόγω της ενημέρωσης, της πληροφόρησης αναζητούν πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και κυρίως επισκέπτονται ιατρούς με συγκεκριμένες ειδικότητες, στις οποίες το κόστος είναι πιο υψηλό σε σύγκριση με τις άλλες ειδικότητες ιατρών.

Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας γιατί όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων με χρόνια πάθηση τόσο αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας. Τα άτομα που έχουν χρόνια πάθηση λόγω της φαρμακευτικής αγωγής είναι αναμενόμενο να έχουν μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε ιατρούς άρα και αυξημένες δαπάνες.

Επίσης, όσο αυξάνεται ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού, τόσο μειώνονται οι δαπάνες υγείας. Τα μεγαλύτερα νοικοκυριά έχουν μικρότερη πιθανότητα να επισκέπτονται τους ιατρούς. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για υγεία, έχουν λιγότερες δαπάνες για ιατρούς.

Το ασφαλιστικό ταμείο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δαπάνες επισκέψεων και οι ασφαλισμένοι του δημοσίου δαπανούν λιγότερα χρήματα και έχουν μικρότερη πιθανότητα για δαπάνες υγείας. Το ασφαλιστικό ταμείο και κυρίως το είδος και το ύψος της ιατρικής κάλυψης που παρέχει στους ασφαλισμένους προσδιορίζει την τιμή της επίσκεψης στον ιατρό. Είναι λογικό λοιπόν οι καταναλωτές με ασφάλιση δημοσίου να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό κάλυψης, μεγαλύτερο δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών και χαμηλότερες δαπάνες.

Ο τόπος διαμονής ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία. Μάλιστα, οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για υγεία. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας των Αθηνών έχουν κατά μέσο όρο 9,7% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Στο κέντρο της Αθήνας υπάρχουν τα περισσότερα και τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας. Επίσης, ο αριθμός των ιατρείων είναι ιδιαίτερα υψηλός. Τέλος, η πρόσβαση που έχει ο καταναλωτής είναι πολύ πιο εύκολη όπως επίσης και οι επιλογές είναι περισσότερες σε σχέση με τις περιοχές που είναι πιο μακριά από το κέντρο της Αθήνας,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΠΛΗΡΩΜΩΝ

7.1 Εισαγωγή

Σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας έχει η μορφή του κοινωνικοοικονομικού συστήματος που συμβάλει στην παροχή και την αξιοποίηση των οικονομικών πόρων τόσο από την κρατική παρέμβαση, τους νόμους καθώς και τον τύπο του υγειονομικού συστήματος (Τούντας, 2008).

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών πραγματοποιείται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές δαπάνες. Μέχρι και το 1983 που δημιουργήθηκε το ΕΣΥ, η χρηματοδότηση πραγματοποιούνταν κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση και από τις κρατικές επιχορηγήσεις. Η δημόσια χρηματοδότηση δεν αφορά στη ζήτηση των υπηρεσιών για υγειονομική περίθαλψη αλλά τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Επίσης, με τη δημόσια χρηματοδότηση εξασφαλίζεται η παροχή του δημόσιου αγαθού και το λειτουργικό διοικητικό κόστος είναι χαμηλό.

Στον ιδιωτικό τομέα οι δαπάνες υγείας, περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των καταναλωτών σε συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται πλήρως ή μερικώς από την ασφάλιση, την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών καθώς και τις άτυπες πληρωμές. Περίπου το 69% από αυτές διοχετεύονται σε γιατρούς και οδοντιάτρους, 18% σε φαρμακευτικά προϊόντα και το υπόλοιπο (13%) σε διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές (Κυριόπουλος κ.α., 2001).

Σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες για υγεία την περίοδο 2008-2013, παρατηρείται μια σημαντική και απότομη μείωση της μέσης δαπάνης για υγεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2014). Συνολικά οι

μέσες ιδιωτικές δαπάνες για υγεία του ατόμου μειώθηκαν κατά 34,5%. Επίσης, λόγω των μέτρων δημοσιονομικής πειθαρχίας, παρατηρείται και μείωση των δημοσίων δαπανών για το σύστημα υγείας, και μετακίνηση μέρους του κόστους στους ίδιους τους καταναλωτές. Το άμεσο αποτέλεσμα είναι η αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών υγείας και η επιβάρυνση του εισοδήματος του καταναλωτή.

Σχετικά με τις ιδιωτικές πληρωμές υπάρχουν οι τυπικές με την παροχή απόδειξης και οι άτυπες πληρωμές με την παράνομη αμοιβή. Το φαινόμενο της άτυπης πληρωμής τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής, παρατηρείται αρκετά συχνά στο δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας, είναι δύσκολο να υπολογιστεί το συνολικό κόστος καθώς τόσο ο προσδιορισμός των δαπανών όσο και η καταγραφή τους είναι τις περισσότερες φορές ανεπιτυχείς.

Αποτελεί ένα σημαντικό φαινόμενο διαφθοράς, το οποίο στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ενισχύει την παραοικονομία. Οι συνέπειες ωστόσο έχουν άμεσο αντίκτυπο στο εισόδημα του καταναλωτή και σοβαρές επιπτώσεις στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας.

Στόχος της παρούσας ενότητας είναι να προσδιοριστεί ο βαθμός με τον οποίο τα κοινωνικά και τα οικονομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή επηρεάζουν τη συχνότητα καταβολής άτυπης πληρωμής και την αύξηση του μεγέθους των δαπανών για υπηρεσίες υγείας.

Η πρώτη ενότητα περιγράφει την υπάρχουσα κατάσταση, η δεύτερη παρουσιάζει προηγούμενες μελέτες και η τρίτη εξηγεί τη μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια στην τέταρτη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εκτίμησης λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Στην τελευταία ενότητα συνοψίζονται τα συμπεράσματα.

7.2 Περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης

Η Ελλάδα έχει σήμερα το πιο «ιδιωτικοποιημένο» υγειονομικό σύστημα μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. (Kondilis et al., 2011, Siskou, 2009, Niakas, 2013). Στη χώρα μας, λόγω της μείωσης των δημόσιων δαπανών, έχει αυξηθεί το μερίδιο των δαπανών για την υγεία που καταβάλλονται απευθείας από τα νοικοκυριά, κατά 4 εκατοστιαίες μονάδες από το 2009 (OECD, 2015). Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών υποκαταστάθηκαν σε ένα μεγάλο ποσοστό από τις ιδιωτικές δαπάνες, καθώς οι καταναλωτές υποχρεώθηκαν να αναζητήσουν υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα, οι οποίες αυξήθηκαν από το 2,1% στο 3,1%, ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά τα έτη 2008-2014 (OECD, 2015). Λαμβάνοντας υπόψη την καθολική κάλυψη της χώρας από το δημόσιο σύστημα, η περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι αυτό μπορεί να κληθεί «ελληνικό παράδοξο» (Siskou, 2008).

Επίσης, η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τη χρηματοδότηση των υπαρχόντων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Fanourgiakis and Kanourakis, 2014). Ειδικά στη χώρα μας, ο τομέας της υγείας και συγκεκριμένα το Εθνικό Σύστημα Υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται στο επίκεντρο των διαρθρωτικών δημοσίων μεταρρυθμίσεων και των σοβαρών περικοπών της χρηματοδότησης, στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόζεται σήμερα (Papadopoulos and Roumpakis, 2012).

Η Ελλάδα, προχώρησε σε περικοπές των δημοσίων δαπανών και στον τομέα της υγείας (Polyzos et al., 2013) προκειμένου να αποφύγει μια ενδεχόμενη δημοσιονομική αθέτηση το 2010. Συγκεκριμένα, η δέσμευση της Ελλάδας το 2012 ήταν η μείωση της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας σε λιγότερο από το 6% του ΑΕΠ και κατάφερε και έφτασε το 6,22% (OECD, 2015, Economou et al., 2014).

Η δημοσιονομική πίεση του Μνημονίου Συμφωνιών για τους προϋπολογισμούς των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, οδήγησε σε σημαντική μείωση τόσο των ανθρώπινων πόρων όσο και των ιατρικών υλικών, επιδείνωσε ακόμη περισσότερο τα προβλήματα των νοσοκομείων π.χ. μεγάλες ουρές αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις και εμπόδισε την αποτελεσματικότητα

των νοσοκομείων στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (Sissouras, 2014, Kaitelidou and Kouli, 2012).

Η ελληνική κυβέρνηση, σε μια προσπάθεια να μειώσει τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας, υιοθέτησε υψηλά ποσοστά κατανομής του κόστους των ασθενών και περικοπές των παροχών για την υγειονομική περίθαλψη στα νοσοκομεία. Για την ιδιωτική νοσηλεία, ο ΕΟΠΥΥ επιβάλλει σε ασθενείς που έχουν λάβει θεραπεία, ένα νόμιμο ποσοστό συμμετοχής 30% ή 50% για το συνολικό κόστος των ελληνικών διαγνωστικών ομάδων (DRG) (Grigorakis et al., 2016).

Τα άμεσα αποτελέσματα της περικοπής των δημόσιων δαπανών στον καταναλωτή αναφέρονται αφενός στη χρήση υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα και στην αύξηση των άτυπων πληρωμών για την καλύτερη εξυπηρέτηση.

Συγκεκριμένα οι ασθενείς αναζητούν υγειονομική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα καθώς το κόστος υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει τους ίδιους τους καταναλωτές και όχι το ταμείο τους (Cylus et al., 2012). Οι αδυναμίες και οι ελλείψεις των δημόσιων νοσοκομείων μπορεί αναπόφευκτα να οδηγήσουν τους ασφαλισμένους, ανεξάρτητα του εισοδήματος, στην ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη (Economou and Giorno, 2009).

Ένα άλλο αποτέλεσμα των περικοπών και της ανισότητας της χρηματοδότησης της υγείας είναι η αύξηση και των άτυπων πληρωμών στον τομέα της υγείας (Goranitis et al., 2014, Wagstaff et al., 1999).

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται διαχρονικά από σημαντικές άτυπες πληρωμές, οι οποίες το 2013 προσέγγισαν το 30,7% των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία. Σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ είναι σημαντικά υψηλότερες κατά 19,5%. Από την άποψη αυτή, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 4η θέση, μετά το Μεξικό, την Κορέα και τη Χιλή (OECD Health Data, 2015, OECD Health Statistics, 2015). Ωστόσο η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση όσον αφορά τα υψηλά επίπεδα άτυπων πληρωμών (Thomson et al., 2014).

Το 2013 οι άτυπες πληρωμές έφθασαν το 26,39% των συνολικών δαπανών για την υγεία (WHO, 2015). Για το ίδιο έτος, η χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα ήταν ένα

από τα χαμηλότερα στην Ε.Ε., καθώς πλησίασε το 65,5% των συνολικών δαπανών για την υγεία (Eurostat, 2015).

Αποτέλεσμα είναι η αύξηση των άτυπων πληρωμών, κυρίως στη δημόσια υγεία και συγκεκριμένα στα νοσοκομεία για την αναμονή (Kentikelenis et al., 2011, Siskou, 2008), που πάντα ήταν σημαντικό πρόβλημα για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα καθώς οι άτυπες πληρωμές φτάνουν το 20% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (Simou and Koutsogeorgou, 2014, Liaropoulos et al., 2008).

Επίσης, το 26,10% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών των ελληνικών νοικοκυριών αφορούσε τις αμοιβές των ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία και το 28,6% αυτών των δαπανών αντιπροσωπεύουν επιπλέον έξοδα σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Siskou et al., 2008).

Επιπλέον, οι ελληνικές ιδιωτικές νοσοκομειακές δαπάνες το 2013 έφθασαν τα 1,757 δισ. € ή το 10,52% του συνόλου των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ η χρηματοδότηση των άτυπων πληρωμών προσέγγισε το 57,5% των συνολικών ιδιωτικών νοσοκομειακών δαπανών (OECD, 2015).

Στις ανεπτυγμένες οικονομίες και ειδικά για τις χώρες που αντιμετωπίζουν δημοσιονομικά προβλήματα, ως αποτέλεσμα της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης μετά το 2008, τα στοιχεία είναι περιορισμένα για τις άτυπες πληρωμές (Grigorakis et al., 2016).

Επιπρόσθετα, ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τις άτυπες πληρωμές είναι το γεγονός ότι δεν περιλαμβάνει τον παράγοντα εργασίας (μισθούς για ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό), όπως ισχύει σε άλλα συστήματα υγείας. Συγκεκριμένα, στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ (Polyzos et al., 2013, Schreyögg et al., 2006) ισχύει η πολιτική τιμολόγησης και αποζημίωσης για τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες (DRG) για νοσοκομειακή περίθαλψη σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τα δημόσια νοσοκομεία, το κόστος εργασίας επιδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Για τα ιδιωτικά νοσοκομεία αυτό δε συμβαίνει, με αποτέλεσμα να προκύπτουν υψηλές άτυπες πληρωμές ειδικά για να καλυφθούν τα χρέη των χειρουργών και των αναισθησιολόγων που καταβάλλονται ξεχωριστά από τους καταναλωτές υγείας (Mathauer and Wittenbecher, 2013).

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα αναλυθούν οι άτυπες ιδιωτικές πληρωμές υγείας, τόσο από την πλευρά του καταναλωτή όσο και από τον τύπο υπηρεσίας, προκειμένου να διερευνηθούν οι λόγοι για τις ιδιωτικές δαπάνες στην Ελλάδα.

7.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ο όρος άτυπη πληρωμή χρησιμοποιείται για τις οικονομικές συναλλαγές που δεν είναι θεσμοθετημένες από το υγειονομικό σύστημα της κάθε χώρας, όπως η ανταμοιβή ή η προπληρωμή για την ικανοποίηση και την καλύτερη εξυπηρέτηση αντίστοιχα. Είναι πληρωμές για υπηρεσίες που παρέχονται δωρεάν στον πολίτη (Docteur and Oxley, 2003), αλλά για συγκεκριμένους λόγους ο καταναλωτής καλείται να καταβάλει επιπλέον χρήματα, εκτός από τη θεσμοθετημένη δαπάνη συμμετοχής.

Οι άτυπες πληρωμές είναι οι πληρωμές για την υγεία των καταναλωτών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας με τη μορφή δωρεών, χρημάτων ή χρηματικών συναλλαγών, προκειμένου να εξασφαλίσουν υψηλότερη ποιότητα και ταχύτερη ιατρική φροντίδα κλπ. (Lewis, 2002). Ο πιο συνηθισμένος τύπος άτυπης πληρωμής είναι όταν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ζητούν ανταμοιβή από τους ασθενείς τους και μέχρι έως ότου πληρωθούν, καθυστερούν τη θεραπεία ή την εγχείρηση (Ensor, 2004).

Όσον αφορά τον τομέα της ιδιωτικής υγείας, πραγματοποιούνται ανεπίσημες πληρωμές, όταν οι ασθενείς πληρώνουν, χωρίς οι επαγγελματίες υγείας να εκδίδουν νομικά τιμολόγια της αμοιβής τους (Pappadà and Zylberberg, 2014, Stepurko et al., 2010).

Τέλος, οι άτυπες πληρωμές περιλαμβάνουν όλες τις δαπάνες που καταβάλλουν επιπλέον οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και κατατάσσονται σε άμεσες επίσημες πληρωμές, επίσημη κατανομή του κόστους και ανεπίσημες πληρωμές (Mossialos and Thomson, 2002).

Με βάση τη βιβλιογραφία οι άτυπες συναλλαγές παρουσιάζονται συνήθως στη Γαλλία (Bellanger and Mosse, 2000) και στην Ελλάδα (Calltorp et al., 1994) και παρόλο που δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για την καταγραφή τους, επιβαρύνουν σημαντικά τον οικογενειακό προϋπολογισμό (Liaropoulos and Kaitelidou, 1998).

Οι άτυπες πληρωμές είναι κοινό χαρακτηριστικό στην Ελλάδα, στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Kaitelidou, 2012, Dimova et al., 2011, Gaal and McKee, 2005, Ensor, 2004, Balabanova and McKee, 2002, Lewis, 2000). Οι άτυπες πληρωμές

για νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν μέρος του προϋπολογισμού των νοικοκυριών στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, αντιπροσωπεύοντας το 46% του συνόλου των άτυπων πληρωμών σε νοσοκομειακή περίθαλψη (Allin et al., 2006).

Συγκεκριμένα στην Πολωνία, το 69% των ασθενών ανέφερε «πληρωμές φακέλων σε γιατρούς» σε μη περιφερειακά νοσοκομεία και το 61% των ασθενών σε περιφερειακά νοσοκομεία (Chawla et al., 1988). Στην Τσεχία, πάνω από το 50% των ασθενών που είχαν επισκεφτεί νοσοκομείο, ανέφερε άτυπη πληρωμή (Gaal and McKee, 2005), στη Σλοβακία το 60%, στη Βουλγαρία το 43% και στη Ρωσία το 53% (Ensor, 2004, Delcheva et al., 1997, Lewis, 2000). Επίσης, στη Γεωργία και το Αζερμπαϊτζάν, οι άτυπες πληρωμές αποτελούν σημαντική πηγή για τη διατήρηση του συστήματος υγείας (Belli, 2004, Lewis, 2009). Στη Βουλγαρία, οι άτυπες πληρωμές αποτελούν το 35% του μηνιαίου εισοδήματος και στην Αλβανία περίπου στο 40% (Lewis, 2007).

Στην Ελλάδα το 36% των νοσηλευομένων ανέφερε τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε έναν ιατρό (Liaropoulos et al., 2008). Οι πληρωμές που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το 20% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης των νοικοκυριών, δεν αποτελούν πολιτιστικό χαρακτηριστικό ή συνειδητή επιλογή πολυτελείας, αλλά μια καθιερωμένη καταναγκαστική κοινωνική συμπεριφορά που καθίσταται αναγκαία κατά την αναζήτηση ευκολότερης πρόσβασης σε ποιοτική θεραπεία (Siskou, 2008). Επίσης κανένα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων δε σχετίζεται με την πιθανότητα ή το μέγεθος των πρόσθετων πληρωμών (Liaropoulos et al., 2008, Beazoglou et al., 1998).

Οι κυριότεροι λόγοι καταβολής άτυπης πληρωμής είναι η έλλειψη χρηματοδοτικών πόρων του δημοσίου συστήματος, η προσπάθεια επηρεασμού των προμηθευτών καθώς και η κουλτούρα του καταναλωτή. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι όταν δεν επαρκεί το υγειονομικό υλικό, οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, προκείμενου να ικανοποιήσουν την ανάγκη για ιατρική φροντίδα, καταβάλουν άτυπη πληρωμή. Επίσης, στις μεσογειακές χώρες οι άτυπες πληρωμές θεωρούνται προϋπόθεση για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Τέλος, η κουλτούρα και η παράδοση – αντίληψη ενός λαού, επηρεάζει την καθιέρωση των άτυπων πληρωμών σε θεσμοθετημένων.

Επιπρόσθετα λαμβάνοντας υπόψη τις περικοπές και τη μείωση της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας, η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα είναι χαμηλή (Blendon et al., 2001, Moumtzoglou et al., 2000, Eurobarometer, 1998, Νιάκας και Γναρδέλλης, 2000).

Οι έρευνες σχετικά με τις άτυπες πληρωμές αναφέρονται στις οικονομικές επιπτώσεις που προκαλούν στην υγειονομική περίθαλψη στα νοικοκυριά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Είναι ο κυρίαρχος τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (O'Donnell et al., 2008) και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου ή του νοικοκυριού.

Επίσης, η κάλυψη της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη αποτελεί μεγάλη πρόκληση αν το κόστος είναι απρόσιτο για το νοικοκυριό (WHO, 2010). Τα νοικοκυριά αναγκάζονται να δανειστούν χρήματα να πουλήσουν περιουσιακά στοιχεία να δανειστούν από συγγενείς ή ακόμη και τράπεζες ή να βρουν χρήματα, αφήνοντας πίσω άλλες ανάγκες, προκειμένου να αναζητήσουν την αναγκαία υγειονομική περίθαλψη (Mwabu, 1986, Dercon and Krishnan, 2000). Μπορούν να επιλέξουν λιγότερο δαπανηρή ή μη βέλτιστη περίθαλψη ή να μην έχουν καθόλου τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που χρειάζονται (Goudge, et al., 2009, Malik and Syed, 2012). Στη Ρουμανία και τη Γεωργία οι φτωχότεροι ασθενείς κάνουν σημαντικές θυσίες για να πληρώσουν τις βασικές υπηρεσίες υγείας, τις οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις δε θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά. Στο Κιργκιστάν, ένας στους τρεις ασθενείς ανέφερε ότι δανείστηκε χρήματα για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ στις αγροτικές περιοχές το 45% των νοσηλευομένων διέθεσε ακίνητα για την κάλυψη του νοσοκομειακού κόστους (Lewis, 2007).

Επίσης, οι οικονομικές επιπτώσεις που προκαλούν οι άτυπες πληρωμές στην υγειονομική περίθαλψη παρατηρούνται στα νοικοκυριά και στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, με ανεπαρκή ή σχεδόν ανύπαρκτα συστήματα κοινωνικής υγείας (Scheil-Adlung and Bonan, 2013, Alam and Mahal, 2014, Ekwochi et al., 2014, Narcis et al., 2014, Misra et al., 2013, Van Minh et al., 2013, Gotsadze et al., 2009, Su et al., 2006, Gaal et al., 2006).

Μόνο μερικές μελέτες εξετάζουν το οικονομικό βάρος των άτυπων πληρωμών στις ανεπτυγμένες χώρες, για τα έτη πριν από την εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008 (Kronenberg and Barros, 2013, Xu et al., 2007, Merlis et al., 2006, Waters et al., 2004).

Όσον αφορά την Ευρώπη, αρκετές μελέτες εξέτασαν τις δαπάνες για τις άτυπες πληρωμές ιδίως για τους φτωχούς, τους χρόνιους ασθενείς και τους ηλικιωμένους πριν από την οικονομική κρίση (Kronenberg and Barros, 2013, Scheil-Adlung and Bonan, 2013).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό άτυπων πληρωμών είναι συγκρίσιμο με εκείνο των οικονομιών με ανεπαρκή κοινωνική ασφάλιση υγείας (Sun et al, 2009, Kwon, 2011, Van Doorslaer, 2007). Επίσης το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας στη χώρα μας δεν προστατεύει επαρκώς τους ανθρώπους από τις άτυπες πληρωμές, κυρίως σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Xu et al., 2007, Saksena et al., 2014)

Επίσης, οι άτυπες πληρωμές στην Ελλάδα συμβαίνουν όχι μόνο σε δημόσια αλλά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία με υψηλές απώλειες εσόδων για το ελληνικό κράτος (Grigorakis et al., 2016).

Επιπρόσθετα οι άτυπες πληρωμές παρουσιάζουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για τα οικονομικά των νοικοκυριών και κατ' επέκταση στην οικονομία (Van Doorslaer et al., 2008). Επηρεάζουν την ευημερία των ατόμων μέσω της μείωσης της κατανάλωσης ή του συμβιβασμού των βασικών δαπανών (αγορές αγαθών-υπηρεσιών, εκπαίδευσης, κ.λπ.) που μακροπρόθεσμα είναι καταστροφικές για την οικονομία ενός νοικοκυριού (Adhikari et al., 2009, Leive and Xu, 2008).

Προκειμένου να διακοπούν οι άτυπες πληρωμές στον τομέα της υγείας απαιτείται η ανάλυση των καθοριστικών παραγόντων που τις επηρεάζουν. Λαμβάνοντας υπόψη τον Grossman πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην υγεία (Grossman, 1972). Στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς και της αναζήτησης της υγείας σημαντικός είναι ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών, γεωγραφικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και του τρόπου ζωής (Marmot, 2008). Συγκεκριμένα, το μοντέλο υπηρεσιών υγείας τονίζει το ρόλο της δημογραφίας, της δομής της κοινωνίας και των πεποιθήσεων για την υγεία, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, των οικονομικών πόρων, την κοινωνική υποστήριξη, την αντιληπτή και πραγματική ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη και φυσικά την ικανοποίηση των καταναλωτών (Anderson and Bartkus, 1973, Andersen, 1995).

7.4 Μεθοδολογία

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήσαμε ένα τυχαίο δείγμα 663 ασφαλισμένων καταναλωτών που η πλειοψηφία τους έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες. Καθώς ο στόχος ήταν συγκεκριμένος πληθυσμός, ο οποίος είναι δύσκολο να βρεθεί με διαφορετικό τρόπο (Bell and Bryman, 2003) και λόγω της έλλειψης πλαισίου δειγματοληψίας (καθώς οι άτυπες πληρωμές δεν καταγράφονται), η δειγματοληψία που εφαρμόστηκε είναι η συνήθης προσέγγιση σε παρόμοιες μελέτες (Laokri et al., 2014, Kankeu et al., 2013, Saksena et al., 2010, Vian et al., 2006, Belli, 2004, Grigorakis et al., 2016).

Τα ποσοτικά στοιχεία συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας δομημένο ερωτηματολόγιο με βάση ερωτήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ερωτηθέντων (Souliotis et al., 2016, Balasubramanian, et al., 2015).

Στο δείγμα μας υπήρχαν άτομα και από τα δύο φύλα, από διάφορες κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις, με εμπειρία νοσηλείας από ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Τα δεδομένα της έρευνας αναφέρονται στο κόστος νοσηλείας καταναλωτών σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την αιτία νοσηλείας, το ετήσιο ακαθάριστο εισόδημα, το επάγγελμα και τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν στην απόφαση για καταβολή ή μη καταβολή άτυπης πληρωμής, είναι η μέθοδος της εμπειρικής ανάλυσης. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή η καταβολή ή μη καταβολή εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Συγκεκριμένα εκτιμήθηκε η λογιστική παλινδρόμηση (probit).

Στη μελέτη μας, οι άμεσες άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν τις πληρωμές υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων σε ιδιωτικά νοσοκομεία και ιατρούς με την παροχή μη επίσημης απόδειξης.

Σχετικά με το ποσοστό της άτυπης πληρωμής στο δημόσιο τομέα παρατηρείται ότι το 24,3% του δείγματος έχει καταβάλει έστω και μια φορά. Συγκεκριμένα οι λόγοι που οι καταναλωτές κατέβαλαν άτυπη πληρωμή το 68,9% απάντησε ότι έχει δώσει έπειτα από αίτημα των ιατρών

και το 8,1% έπειτα από αίτημα των διοικητικών. Η συγκεκριμένη περίπτωση οφείλεται αφενός στην ανεπάρκεια του υγειονομικού συστήματος για την εξασφάλιση των πόρων για μια εξέταση ή για μία επέμβαση, αφετέρου στη σπατάλη των οικονομικών πόρων λόγω της κακής διαχείρισης. Επίσης, το ύψος του μηνιαίου μισθού, τόσο των ιατρών του δημοσίου όσο και των διοικητικών υπάλληλων, πολλές φορές δεν ανταποκρίνεται στις συνθήκες και στις ώρες απασχόλησης, κυρίως στα νοσοκομεία. Με αποτέλεσμα η πρόσθετη αμοιβή να εξισορροπεί τον ικανοποιητικό μισθό των δημοσίων υπαλλήλων.

Επίσης, το 9,3% των καταναλωτών αναφέρει ότι ο λόγος που κατέβαλε άτυπη πληρωμή ήταν για να αποκτήσει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας π.χ. να κλείσει ραντεβού, το 16,1% για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης και το 5,6% για να λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα. Σημαντικό όμως είναι το ποσοστό των καταναλωτών που κατέβαλε άτυπη πληρωμή με δική του πρωτοβουλία 24,1 %.

Το ποσοστό της άτυπης πληρωμής παρατηρείται ότι είναι υψηλό (30,3%) και στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα από τους καταναλωτές που είχαν καταβάλει άτυπη πληρωμή έστω και μία φορά, η πλειοψηφία τους (40,8%) δήλωσε ότι ήταν από προσωπική πρωτοβουλία. Το 25,1% δήλωσε ότι ήταν έπειτα από αίτημα των ιατρών και το 3,9% έπειτα από αίτημα διοικητικών. Σχετικά με τους λόγους καταβολής της άτυπης πληρωμής το 2,9% ήταν για να αποκτήσει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για να κλείσει πιο γρήγορα ραντεβού, το 6,3% για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, νοσηλείας, επέμβασης και το 4,4% για να λάβει πιο γρήγορα τα αποτελέσματα.

7.5 Εμπειρικά αποτελέσματα

7.5.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για την καταβολή άτυπης πληρωμής

Η ανάλυση παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να καθοριστεί ο βαθμός με τον οποίο τα κοινωνικά και τα οικονομικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή, επηρεάζουν τη συχνότητα καταβολής άτυπης πληρωμής και την αύξηση του μεγέθους των δαπανών για υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα επιχειρείται ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την καταβολή άτυπης ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, όπως ο αριθμός επισκέψεων σε οδοντιάτρους, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, η επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου, ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που αναζήτησαν την υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν σε λεπτά, ώρες και ημέρες.

Η επιλογή των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν βασίζεται σε αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (Malik and Azam, 2012, Salti et al., 2010, Touhy et al., 2004, Joglekar, 2012, Lindelow and Wagstaff, 2005, Almeida and Sarti, 2013, Ewelukwa, et al., 2013, Roy, 2007). Σε όλες τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήσαμε $p < 0.05$ επίπεδο σημαντικότητας.

Συγκεκριμένα εκτιμήθηκε η κάτωθι λογιστική παλινδρόμηση (probit) που έχει τη γενική μορφή:

$$D8bfak = \beta_0 + \beta_1 D121b5 + \beta_2 A2age + \beta_3 age^2 + \beta_4 aei + \beta_5 dimosio + \beta_6 F8_dis + \beta_7 D1_3 + \beta_8 D4b_sc + \beta_9 D4b_hr + \beta_{10} D4b_ds + \epsilon_i$$

όπου,

- **D8bfak:** ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής έχει καταβάλει άτυπη πληρωμή και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **age:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του

ερωτώμενου.

- **age²:** ποσοτική μεταβλητή για την ηλικία στο τετράγωνο.
- **aei:** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **F8_dis :** μεταβλητή που εκφράζει την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής κάποια χρόνια ασθένεια, και την τιμή «0» όταν δεν έχει.
- **D1_3:** μεταβλητή που εκφράζει την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου.
- **D4b_sc:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τα λεπτά που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν.
- **D4b_hr:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ώρες που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν
- **D4b_ds:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ημέρες που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν.
- **ε_i:** τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την οικονομετρική ανάλυση για την καταβολή άτυπης πληρωμής.

Η εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης για τις ιδιωτικές άτυπες πληρωμές για τις υπηρεσίες υγείας έχει την ακόλουθη μορφή:

$$\text{D8bfak} = \beta_0 - 0,120\text{D121b5} - 0,048\text{A2age} + 0,000\text{age}^2 - 0,161\text{aei} + 0,463 \text{ dimosio} + 0,018\text{F8_dis} + 0,385\text{D1_3} + 0,181\text{D4b_sc} + 0,257\text{D4b_hr} + 0,257\text{D4b_ds} + \varepsilon_i$$

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδείγματος λογιστικής για τις άτυπες πληρωμές των καταναλωτών εμφανίζονται στον πίνακα 7.1.

Πίνακας 7.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τη πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Probit
constant	-0,038 (-0,07)
D121b5	-0,120** (-2.36)
A2age	- 0,048* (-1,77)
age2	0,000 (1,64)
aei	- 0,161 (-1,36)
dimosio	0,463*** (4,04)
F8_dis	0,018 (1,18)
D1_3	0,385*** (3,40)
D4b_sc	0,031*** (4,45)
D4b_hr	0,181* (1,79)
D4b_ds	0,257** (2,41)
Pseudo R2	0,1515
N	663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική z.

Το συγκεκριμένο υπόδειγμα, όπως προκύπτει από το συντελεστή προσδιορισμού, ερμηνεύει το 15% της πιθανότητας, ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή.

Αρχικά παρατηρείται ότι η πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή οι καταναλωτές επηρεάζεται από το επάγγελμα, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου, από τα λεπτά της αναμονής της αναζήτησης της υπηρεσίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Επιπλέον, οι μέρες αναμονής, η επίσκεψη σε οδοντίατρο επηρεάζουν την άτυπη πληρωμή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Τέλος, η ηλικία του ερωτώμενου και οι ώρες επηρεάζουν την πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι το είδος της απασχόλησης ασκεί θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Εκτιμήθηκε λοιπόν ότι είναι πιθανότερο οι απασχολούμενοι στο δημόσιο να καταβάλουν άτυπη πληρωμή σε σχέση με τους μισθωτούς στον ιδιωτικό τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους. Δηλαδή, όταν οι ερωτώμενοι απασχολούνται στο δημόσιο τομέα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή.

Η επίσκεψη σε ιατρείο του νοσοκομείου αποτελεί μια πολύ στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο υπόδειγμα, καθώς δείχνει ότι όταν ο ερωτώμενος επισκέπτεται το νοσοκομείο, αυξάνεται και η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή.

Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αλλά με αντίθετη επίδραση έχει η επίσκεψη σε ιατρό στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές που επισκέπτονται ιατρό του ιδιωτικού τομέα είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλουν άτυπη πληρωμή, σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες ιατρών.

Επίσης, τα λεπτά αναμονής που μεσολαβούν από την αναζήτηση της υπηρεσίας είναι πολύ σημαντικός παράγοντας, καθώς έχει θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Έτσι όσο αυξάνονται τα λεπτά αναμονής, τόσο πιο πιθανό είναι ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή.

Στη συνέχεια παρατηρείται ότι και οι μέρες αναμονής επηρεάζουν την άτυπη πληρωμή, καθώς ο συντελεστής έχει θετικό πρόσημο και αυξάνει την πιθανότητα να καταβάλει ο καταναλωτής άτυπη πληρωμή.

Επίσης, επηρεάζουν θετικά την καταβολή των άτυπων πληρωμών και οι ώρες. Δηλαδή όσο αυξάνονται, αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή, σε επίπεδο σημαντικότητας 10%.

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ηλικία αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα. Εκτιμήθηκε λοιπόν πως όταν αυξάνεται η ηλικία του ερωτώμενου είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλει άτυπη πληρωμή.

Επιπρόσθετα εξεταστήκαν και οι παράγοντες όπως η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου, αλλά δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες για τις άτυπες πληρωμές.

Συμπερασματικά, η καταβολή άτυπης πληρωμής δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο, αντίθετα επηρεάζεται από όλες τις μεταβλητές που αφορούν το χρόνο εξυπηρέτησης, αποδεικνύοντας την παθογένεια του συστήματος.

7.5.2 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την καταβολή άτυπης πληρωμής έπειτα από αίτημα ιατρών

Στη συγκεκριμένη ενότητα αναλύεται η καταβολή άτυπης πληρωμής, έπειτα από αίτημα των ιατρών, με σκοπό να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τον καταναλωτή να καταβάλει άτυπη πληρωμή, προκειμένου να έχει πρόσβαση ή να έχει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα εκτιμήθηκε η κάτωθι λογιστική παλινδρόμηση (probit) που έχει τη γενική μορφή:

$$\text{D9a911} = \beta_0 + \beta_1 \text{D121b5} + \beta_2 \text{A2age} + \beta_3 \text{age}^2 + \beta_4 \text{aei} + \beta_5 \text{dimosio} + \beta_6 \text{F8_dis} + \beta_7 \text{D1_3} + \beta_8 \text{D4b_sc} + \beta_9 \text{D4b_hr} + \beta_{10} \text{D4b_ds} + \epsilon_i$$

όπου,

- **D9a911:** ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή 1 στην περίπτωση που

ο καταναλωτής έχει καταβάλει άτυπη πληρωμή έπειτα από αίτημα ιατρών και την τιμή 0 σε οποιαδήποτε περίπτωση

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **D121b5:** μεταβλητή που εκφράζει την επίσκεψη του ερωτώμενου σε ιδιώτη ιατρό. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής έχει επισκεφτεί ιδιώτη ιατρό και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **age:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **age²:** ποσοτική μεταβλητή για την ηλικία στο τετράγωνο.
- **aei:** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **F8_dis :** μεταβλητή που εκφράζει την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει κάποια χρόνια ασθένεια, και την τιμή «0» όταν δεν έχει
- **D1_3:** μεταβλητή που εκφράζει την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου
- **D4b_sc:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τα λεπτά που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν
- **D4b_hr:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ώρες που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν
- **D4b_ds:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ημέρες που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν
- **ε_i:** τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τις άτυπες πληρωμές των καταναλωτών εμφανίζονται στον πίνακα 7.2.

Πίνακας 7.2 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τη πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή έπειτα από αίτημα ιατρών

Μεταβλητές	Υπόδειγμα II
constant	1,17 (2,08)
A1sex	-0.100 (-0.81)
A2age	-0.002 (-0.10)
age2	-0,000 (-0.11)
aei	0.172 (1.44)
dimosio	0.309*** (2.60)
F8_dis	-0.034*** (-2.05)
D1_3	0.265*** (2.29)
D4b_sc	-0.004 (-0.64)
D4b_hr	-0.108 (-1.12)
D4b_ds	-0.064 (-1.48)
Pseudo R2	0,148
N	663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική z.

Αρχικά παρατηρείται ότι η πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή οι καταναλωτές, έπειτα από αίτημα ιατρών, επηρεάζεται από το επάγγελμα, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου σε επίπεδο σημαντικότητας 1% και από την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Επιπλέον, οι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου καθώς και τα λεπτά, οι ώρες και οι μέρες αναμονής δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την καταβολή άτυπης πληρωμής έπειτα από αίτημα ιατρών.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι το είδος της απασχόλησης ασκεί θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Εκτιμήθηκε λοιπόν ότι είναι περισσότερο πιθανό οι απασχολούμενοι στο δημόσιο να καταβάλουν άτυπη πληρωμή σε σχέση με τους μισθωτούς στον ιδιωτικό τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους. Δηλαδή όταν οι ερωτώμενοι απασχολούνται στο δημόσιο τομέα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή.

Η επίσκεψη σε ιατρείο του νοσοκομείου αποτελεί μια στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο υπόδειγμα καθώς δείχνει ότι όταν ο ερωτώμενος επισκέπτεται το νοσοκομείο αυξάνεται η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή έπειτα από αίτημα ιατρών.

Επίσης, όταν ο καταναλωτής έχει χρόνια ασθένεια μειώνεται η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

7.6 Συμπεράσματα

Είναι ιδιαίτερα υψηλά τα ποσοστά καταβολής άτυπης πληρωμής στους καταναλωτές τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα, άτυπη πληρωμή στο δημόσιο τομέα παρατηρείται ότι έχει καταβάλει το 24,3% του δείγματος, έστω και μια φορά. Οι λόγοι που οι καταναλωτές κατέβαλαν άτυπη πληρωμή ήταν έπειτα από αίτημα των ιατρών ή των διοικητικών. Επίσης, οι σημαντικότεροι λόγοι ήταν για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης, για να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. να κλείσει ραντεβού) και να λάβουν πιο γρήγορα τα αποτελέσματα. Σημαντικό όμως είναι το ποσοστό των καταναλωτών που κατέβαλε άτυπη πληρωμή με δική του πρωτοβουλία.

Το ποσοστό της άτυπης πληρωμής παρατηρείται ότι είναι πιο υψηλό στον ιδιωτικό τομέα. Συγκεκριμένα από τους καταναλωτές που είχαν καταβάλει άτυπη πληρωμή, έστω και μία φορά, η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι ήταν από προσωπική πρωτοβουλία. Το 25,1% δήλωσε ότι ήταν έπειτα από αίτημα των ιατρών και το 3,9% έπειτα από αίτημα διοικητικών. Σχετικά με τους λόγους καταβολής της άτυπης πληρωμής, οι σημαντικότεροι λόγοι ήταν οι ίδιοι με το δημόσιο τομέα, δηλαδή για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής, νοσηλείας, επέμβασης, για πιο γρήγορα αποτελέσματα και για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Όλα τα ανωτέρω σχετίζονται αφενός με την οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων και των ιατρών, λόγω της χαμηλής χρηματοδότησης και των περικοπών των ανθρώπινων και υλικών πόρων, αφετέρου με την καλύτερη εξυπηρέτηση των καταναλωτών από το σύστημα υγείας.

Επίσης, η πιθανότητα οι καταναλωτές να καταβάλουν άτυπη πληρωμή επηρεάζεται από το επάγγελμα, την ηλικία, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου, από τα λεπτά τις ώρες και τις ημέρες αναμονής της αναζήτησης της υπηρεσίας. Σχετικά με το είδος της απασχόλησης παρατηρείται ότι ασκεί θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Είναι πιθανότερο οι απασχολούμενοι στο δημόσιο τομέα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή, σε σχέση με τους μισθωτούς στον ιδιωτικό τομέα και τους αυτοαπασχολούμενους. Επίσης, όταν ο ερωτώμενος επισκέπτεται το νοσοκομείο, αυξάνεται και η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Αντίθετα, όταν οι καταναλωτές που επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλουν άτυπη πληρωμή.

Όπως ήταν αναμενόμενο οι μέρες, οι ώρες και τα λεπτά αναμονής επηρεάζουν την άτυπη πληρωμή, καθώς αυξάνουν την πιθανότητα να καταβληθεί από τον καταναλωτή. Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όταν αυξάνεται η ηλικία του ερωτώμενου είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Επιπρόσθετα οι παράγοντες, όπως η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες για τις άτυπες πληρωμές.

Σχετικά με την πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή οι καταναλωτές, έπειτα από αίτημα ιατρών, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι επηρεάζεται από το επάγγελμα, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου και από την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Αντίθετα, οι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου καθώς και τα λεπτά, οι ώρες και οι μέρες αναμονής δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την καταβολή άτυπης πληρωμής έπειτα από αίτημα ιατρών.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι το είδος της απασχόλησης ασκεί θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Δηλαδή όταν οι ερωτώμενοι απασχολούνται στο δημόσιο τομέα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή. Επίσης, όταν ο ερωτώμενος επισκέπτεται το νοσοκομείο, αυξάνεται η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή έπειτα από αίτημα ιατρών. Τέλος, όταν ο καταναλωτής έχει χρόνια ασθένεια μειώνεται η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ
ΦΑΡΜΑΚΑ****8.1 Εισαγωγή**

Η γήρανση του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι «σύντομα οι κοινωνίες μας θα έχουν πολύ μεγαλύτερη αναλογία ηλικιωμένων και μικρότερο μέγεθος ενεργού πληθυσμού» (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 1999). Ως εκ τούτου, αυξήθηκε το προσδόκιμο ζωής και η ποσότητα ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών ξεπέρασε την προσφερόμενη ποσότητα. Συνεπώς, δημιουργούνται ερείσματα για έρευνα, σχετικά με τις μεταβολές που προκαλούνται στις ανάγκες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Η υγεία είναι ίσως το πολυτιμότερο από όλα τα αγαθά που ο άνθρωπος επιθυμεί να καταναλώνει, γι' αυτό η ζήτηση για υγεία έχει χαρακτηριστεί ως ανελαστική. Ως εκ τούτου, η ζήτηση παραμένει αμετάβλητη σε πιθανές μεταβολές του εισοδήματος.

Το παρόν κεφάλαιο έχει ως σκοπό να αναλύσει τη συμπεριφορά του καταναλωτή αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας και να προσδιορίσει, όσο το δυνατόν καλύτερα γίνεται, τους παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση φαρμάκων. Οι παράγοντες που θα εξεταστούν είναι δημογραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Επίσης, το επίπεδο υγείας επηρεάζει πολύ σημαντικά τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Στην πρώτη ενότητα αναλύονται τα θεωρητικά υποδείγματα ζήτησης υπηρεσιών υγείας-κατανάλωση φαρμάκων, στα οποία βασίζονται και οι εμπειρικές μελέτες, οι οποίες έρχονται να συμπληρώσουν την εν λόγω θεματική ενότητα. Στη δεύτερη ενότητα επιχειρείται μία παρουσίαση της υπάρχουσας κατάστασης στην Ελλάδα σε ό,τι αφορά τη ζήτηση για φάρμακα, σε συνδυασμό με μία συγκριτική περιγραφή με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.. Η τρίτη ενότητα

πραγματοεύεται το εμπειρικό μέρος της μελέτης, όπου με τη βοήθεια της στατιστικής διατυπώνονται ποικίλες παρατηρήσεις βάσει της συσχέτισης των υπαρχόντων δεδομένων. Συγκεκριμένα εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού και χωρίς συνταγή ιατρού.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων του ύψους των δαπανών φαρμάκων και της εκτίμησης της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional). Τέλος, εκτιμήθηκε το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών. Στην τέταρτη και τελευταία ενότητα διατυπώνονται τα συμπεράσματα.

8.2 Θεωρητική προσέγγιση

Το 2009 οι Ellul et al., σε έρευνά τους στη Μάλτα, εξέτασαν τις διαφορές στα φύλα, σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία και τη χρήση των φαρμάκων, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 3 μηνών και την πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης, σχετικά με τα φάρμακα. Για τη διεξαγωγή της έρευνας διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο σε τυχαίο δείγμα 514 ατόμων και ερευνήθηκαν από τους συγγραφείς, η κατάσταση της υγείας, η χρήση των φαρμάκων, καθώς και οι πηγές ενημέρωσης σχετικά με τα φάρμακα.

Αναλυτικά συμπληρώθηκαν 474 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων 53,8% ήταν γυναίκες. Σε γενικές γραμμές, από τις γυναίκες προέκυψαν παράπονα για την υγεία και τη χρήση φαρμάκων και τη χρήση των βιταμινών. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, υπογραμμίζουν την ανάγκη για ευαισθητοποίηση στην υγεία μεταξύ των παροχών υγειονομικής περίθαλψης και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Μια σημαντική συνέπεια των ευρημάτων είναι ότι οι ανάγκες υγείας των ερωτώμενων θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν πιο δίκαια, υιοθετώντας μια ολιστική προσέγγιση προσανατολισμένη κυρίως στις ανάγκες υγείας του κάθε ατόμου.

Σχετική μελέτη των Kasper and Wilson, 1983 συνοψίζει τα δεδομένα σχετικά με τη χρήση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι διαφορές στην προβλεπόμενη χρήση φαρμάκου δείχνουν ότι οι ερωτώμενοι που ανήκουν σε οικογένειες με χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, έχουν λιγότερες πιθανότητες για τη χορήγηση φαρμακευτικής συνταγής από ό,τι οι άλλες οικογένειες. Όταν οι ερωτώμενοι έκαναν επίσκεψη σε ένα ιατρό, δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των συνταγών, ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη του ασθενούς.

Σχετικά με τους ηλικιωμένους, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές όσον αφορά την κοινωνική τάξη και την πρόσβαση. Η πιθανότητα να τους χορηγηθεί τουλάχιστον μία συνταγή ήταν συγκρίσιμη, ανεξαρτήτως εισοδήματος και εκπαίδευσης. Ωστόσο, οι οικονομικά ασθενέστεροι και λιγότερο μορφωμένοι ηλικιωμένοι απαιτούν περισσότερες συνταγές. Οι διαφορές στη συνταγογράφηση για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα αντικατοπτρίζουν τις διαφορές στα επίπεδα της ασθένειας ή της κατάστασης της υγείας.

Επίσης, στην παγκόσμια έρευνα υγείας εξετάστηκαν η συμβολή της ασφάλισης υγείας και η λειτουργία του δημόσιου τομέα με σκοπό να έχουν πρόσβαση οι καταναλωτές στην περίθαλψη και τα φάρμακα, καθώς και η οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και οι αναλύσεις παλινδρόμησης με τα στοιχεία της Παγκόσμιας έρευνας για την υγεία 2002/3 σε 70 χώρες (Wagner et al., 2010).

Στην έρευνα συμμετείχαν 286.803 νοικοκυριά και 276.362 ερωτηθέντες. Περισσότερο από το 90% των νοικοκυριών είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες με χρόνια πάθηση, ανέφεραν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, στο σύνολο των δαπανών των νοικοκυριών το 13-32% αντιπροσωπεύει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για 4 εβδομάδες. Ένας στους τέσσερις από τα φτωχά νοικοκυριά στις χώρες χαμηλού εισοδήματος πραγματοποίησαν υπερβολικά ακριβές δαπάνες υγείας και περισσότερο από το 40%, δανείστηκε χρήματα, ή αναγκάστηκε να πουλήσει περιουσιακά στοιχεία για να πληρώσει για περίθαλψη. Μεταξύ 41% και 56% των νοικοκυριών σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, πέρασε το 100% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τα φάρμακα. Η ασφάλιση υγείας και η λειτουργία του δημόσιου τομέα, συνδέονται και οι δύο με την καλύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη και χαμηλότερο κίνδυνο της οικονομικής επιβάρυνσης.

Η μελέτη των Garfied et al., 2007, στοχεύει να αναπτύξει ένα μοντέλο των προτιμήσεων των ασθενών για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων για χρόνιες παθήσεις, στο Ηνωμένο Βασίλειο και να τη δοκιμάσουν σε ένα μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα των ασθενών με μία από τις δύο κλινικές συνθήκες. Στην έρευνα συμμετείχαν 516 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και είχαν επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία και τις κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ηλικία, η κοινωνική τάξη και η κλινική κατάσταση συνδέθηκαν με τις προτιμήσεις για τη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σχετικά με τη χρήση των φαρμάκων για χρόνιες ασθένειες. Αντίθετα το φύλο, η εθνικότητα, οι ανησυχίες για τα φάρμακα, οι πεποιθήσεις για την αναγκαιότητα των φαρμάκων, η κατάσταση της υγείας, η ποιότητα ζωής και ο χρόνος από τη διάγνωση δε συνδέθηκαν. Συνολικά, το μοντέλο εξήγησε μόνο το 14% της διακύμανσης. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η τρέχουσα έρευνα

δεν παρέχει βάση για την πρόβλεψη στις προτιμήσεις των ασθενών για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Η εργασία των Sibbritt et al., 2012, αναφέρει τα πορίσματα της πρώτης συγχρονικής μελέτης της χρήσης των συμβατικών φαρμάκων, των χρηστών της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, και την αυτο-καθορισμένη θεραπεία μεταξύ των γυναικών που υποφέρουν από αλλεργίες, αλλεργική ρινίτιδα και ιγμορίτιδα. Η υπάρχουσα βάση γνώσεων για τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής μεταξύ των ασθενών με αλλεργίες είναι βασισμένη σε διαπιστώσεις της έρευνας και υπάρχει έλλειψη δεδομένων. Παρατηρείται επίσης έλλειψη μελετών που εξετάζουν τόσο τη χρήση της συμβατικής ιατρικής και τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική σχετικά με τις αλλεργικές παθήσεις.

Η ανάλυση επικεντρώθηκε σε στοιχεία από 7.538 γυναίκες από την Αυστραλία μεταξύ 1996 και 2006. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που ζήτησαν βοήθεια για την αλλεργική διαταραχή που τους διαγνώστηκε, είχαν περισσότερες πιθανότητες να συμβουλευτούν μια σειρά από επαγγελματίες και εξατομικευμένη συμπληρωματική και εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή, από τις γυναίκες που είτε δε ζητούν βοήθεια ή δεν έχουν αλλεργικές διαταραχές. Η ανάλυση δείχνει ότι πολλές γυναίκες με αλλεργικές διαταραχές χρησιμοποιούν συμπληρωματική και εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή, παράλληλα ή ως συμπλήρωμα των συμβατικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το 2006 στη Νότια Κορέα (Younhee, 2011) πραγματοποιήθηκε έρευνα για τις δαπάνες φαρμάκων σε 90.696 νοικοκυριά. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων εκτιμήθηκε κάθε πηγή εισοδήματος και κατηγορίας δαπανών. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η παρουσία των αυξημένων δαπανών υγείας. Τα δεδομένα προήλθαν από έρευνα οικιακών εσόδων και δαπανών της Κορέας, των εθνικών αντιπροσωπευτικών νοικοκυριών που διεξήγαγε η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Νότιας Κορέας το 2006. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τα νοικοκυριά σε μηνιαία βάση. Τα στοιχεία αφορούν στο εισόδημα καθώς και στις καταναλωτικές δαπάνες. Περιλαμβάνονται επίσης, η κατάσταση της απασχόλησης και της εργασίας του υπεύθυνου του νοικοκυριού και της συζύγου του, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το μορφωτικό επίπεδο των μελών του νοικοκυριού. Ωστόσο, πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας για κάθε μέλος του νοικοκυριού δεν ήταν διαθέσιμες.

Μετά την προσαρμογή για τα χαρακτηριστικά των νοικοκυριών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα έσοδα, το επάγγελμα και το εισόδημα από την εργασία ήταν σημαντικά χαμηλότερο, αλλά και το εισόδημα από τα δάνεια ήταν σημαντικά υψηλότερο σε νοικοκυριά με αυξημένες δαπάνες υγείας, σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν. Όλες οι κατηγορίες κατανάλωσης, εκτός από δαπάνες υγείας ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε νοικοκυριά με αυξημένες δαπάνες υγείας σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν. Αυτό υποδηλώνει ότι τα νοικοκυριά μπορεί να έχουν την υποχρέωση να μειώσουν την κατανάλωση άλλων αγαθών.

Τα περισσότερα νοικοκυριά έχουν υψηλές δαπάνες υγείας, κυρίως για τις υπηρεσίες υγείας ή για φάρμακα με μεγάλο κόστος. Το 83% των νοικοκυριών με δαπάνες υγείας είχε μέλη που είχαν επισκεφτεί νοσοκομείο και πάνω από το 25% των νοικοκυριών με υπερβολικές δαπάνες υγείας είχε ένα μέλος στο νοσοκομείο. Νοικοκυριά που χρησιμοποίησαν οδοντιατρικές υπηρεσίες είχαν υψηλότερο ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με νοικοκυριά χωρίς δαπάνες υγείας.

8.3 Περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης

Σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ η χώρα μας έχει τη διπλάσια κατανάλωση φαρμάκων σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα το 2010, η κατανάλωση αντιβιοτικών ήταν η πιο υψηλή σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες και ένας στους τέσσερις Έλληνες να έκανε χρήση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2009, στο πλαίσιο ενός κοινοτικού στατιστικού προγράμματος, στο οποίο συμμετέχουν όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.172 ατόμων, ένας στους δύο δήλωσε ότι έκανε τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πριν από την ημέρα διενέργειας της έρευνας, χρήση κάποιου φαρμάκου (συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωμάτων διατροφής) κατόπιν συνταγής / σύστασης ιατρού ή οδοντίατρου. Ένας στους τέσσερις δήλωσε ότι, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, έκανε χρήση κάποιου φαρμάκου χωρίς τη συνταγή / σύσταση ιατρού ή οδοντίατρου.

Παράλληλα με την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων, αναπτύσσεται και η αγορά των φαρμακευτικών εταιρειών στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία, σύμφωνα με μελέτη της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΗΣ). Η αυξανόμενη κατανάλωση φαρμάκων συνδέεται σε μεγάλο βαθμό, μεταξύ άλλων, με δημογραφικούς παράγοντες όπως η γήρανση του πληθυσμού, με επιδημιολογικούς παράγοντες, όπως οι ασθένειες και επιδημίες όπως η γρίπη κατά τη διάρκεια του χειμώνα ή η νόσος των πουλερικών, καθώς και με τεχνολογικούς παράγοντες, όπως η εξέλιξη και η είσοδο στην αγορά νέων σκευασμάτων (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011).

8.4 Μεθοδολογία

Λαμβάνοντας υπόψη την έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που έγινε πρώτη φορά το 2009, σχεδιάστηκε και η παρούσα έρευνα. Η συγκεκριμένη μελέτη αφορά την ανάλυση αποτελεσμάτων από ένα τυχαίο δείγμα 663 καταναλωτών που η πλειοψηφία τους είχε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες. Για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος η παρούσα βάση σταθμίστηκε με την αντίστοιχη της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής.

Στο ερωτηματολόγιο της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής δεν υπήρχαν στοιχεία για τις δαπάνες φαρμάκων και γι αυτό το λόγο προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, ερωτήσεις που αφορούν τις δαπάνες και ερωτήσεις που αφορούν τη συμπεριφορά του καταναλωτή κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, ο καταναλωτής χρησιμοποίησε φάρμακα που του δόθηκαν με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου 26,8%. Στα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται τα συμπληρώματα διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες και για τις γυναίκες, συμπεριλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες.

Το 77,2% των καταναλωτών πιστεύει ότι αυξήθηκαν οι τιμές των φαρμάκων το τελευταίο χρονικό διάστημα. Το 46,3% των καταναλωτών δήλωσε αδυναμία κάλυψης των αναγκών για φάρμακα, λόγω του εισοδήματος. Το 17,2% των καταναλωτών δήλωσε διατεθειμένο να διαθέσει επιπλέον χρήματα για φάρμακα, σε μια ενδεχόμενη αύξηση του εισοδήματος.

Επίσης, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, οι κύριες ασθένειες για τις οποίες οι καταναλωτές χρησιμοποίησαν φάρμακα με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου, είναι το άσθμα (2,2%), η χρόνια βρογχίτιδα (5,5%), η υπέρταση (10,1%), η μείωση της χοληστερόλης (9,6%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (4,5%), ο πόνος στους συνδέσμους (4,5%), ο πόνος στη μέση (8,4%), ο πονοκέφαλος ή ημικρανία (14%), διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (4,5%), ο σακχαρώδης διαβήτης (8,4%), αλλεργίες/δερματικές παθήσεις (10,7%), στομαχικά προβλήματα (10,7%), θεραπεία για τον

καρκίνο (1,1%), κατάθλιψη (5,1%), υπερένταση (1,7%), προβλήματα του ουροποιητικού (4,5%), οστεοπόρωση (3,4%), ενδοκρινολογικά προβλήματα (19,7%), υπνωτικά χάπια (2,2%), αντιβιοτικά (10,7%), αντισυλληπτικά χάπια (7,3%), ορμόνες (4,4%).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, ο καταναλωτής χρησιμοποίησε φάρμακα που του δόθηκαν χωρίς τη συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου 33,5%. Στα φάρμακα συμπεριλαμβάνονται τα συμπληρώματα διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες και για τις γυναίκες, συμπεριλαμβάνονται τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).

Επίσης, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, οι κύριες ασθένειες για τις οποίες οι καταναλωτές χρησιμοποίησαν φάρμακα χωρίς συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου, είναι ο πόνος στους συνδέσμους (7,7%), ο πονοκέφαλος ή ημικρανία (51,8%), διάφορα μυοσκελετικά προβλήματα (12,6%), το κρυολόγημα ή γρίπη (28,4%), οι αλλεργίες/δερματικές παθήσεις (6,8%), τα στομαχικά προβλήματα (8,1%), βιταμίνες ή τονωτικά (19,8%).

8.5 Εμπειρικά αποτελέσματα

8.5.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού

Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εκτίμησης του υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ερωτώμενους για την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού (MD01). Για την εμπειρική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν δυο βάσεις δεδομένων, της έρευνας υγείας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (EHIS) και της παρούσας έρευνας (CB).

Αναλυτικότερα, σκοπός της συγκεκριμένης παλινδρόμησης αποτελεί ο προσδιορισμός της επίδρασης ορισμένων παραμέτρων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ύπαρξη χρόνιας πάθησης καθώς και του επιπέδου υγείας.

Στην παλινδρόμηση εφαρμόστηκε η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression) διότι η εξαρτημένη μεταβλητή (MD01) είναι ψευδομεταβλητή, η οποία εκφράζει αν οι ερωτώμενοι καταναλώνουν ή δεν καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ιατρού. Η εκτίμηση της λογιστικής παλινδρόμησης γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το λόγο των πιθανοτήτων και η εκτίμηση των παραμέτρων b_i γίνεται με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέχτηκαν σύμφωνα με τις προηγούμενες μελέτες σε διάφορες χώρες, όπου εξετάζουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού (MD01) συγκεκριμένα η Ηλικία (AGE) (Miners et al., 1978, Recondo-Sendino et al., 2006, Philippant et al., 2000, Ellul, 2009, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Garfield, 2007, Thompson et al., 2003, Stuart et al., 1998), το φύλο (SEX) (Hotckinss et al., 2005, Philippant et al., 2000, Ellul, 2009, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Thompson et al., 2003, Thompson et al., 2003, Stuart et al., 1998), το επίπεδο εκπαίδευσης (HH07) (Pappa and Niakas, 2006, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Stuart et al., 1998) το επίπεδο υγείας (HS01) (Lam et al., 2002, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Stuart et al., 1998) και η χρόνια πάθηση (HS02) (Mapelli 1993, Akin et al., 2004, Su et al., 2006, Wagner, 2011, Garfield, 2007).

Η εξίσωση παλινδρόμησης ορίζεται ως εξής:

$$MD01_i = b_0 + b_1 AGE_i + b_2 SEX_i + b_3 HH07_i + b_4 HS02_i + b_5 HS01_i + \varepsilon_i$$

Όπου,

- **MD01** Κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **age:** είναι ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **Sex:** Ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και «0» όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.
- **aei:** ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι απόφοιτος AEI ή κάτοχος μεταπτυχιακού (Τριτοβάθμια Εκπαίδευση) και την τιμή «0» αλλού.
- **HS02 :** ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος έχει κάποια χρόνια πάθηση και την τιμή «0» όταν δεν έχει
- **HS01:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου και λαμβάνει την τιμή από 1-5 όπου 0 = πολύ καλή και 5 πολύ καλή
- **ε_i:** Τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης για την κατανάλωση φαρμάκων εμφανίζονται στον πίνακα 8.1.

Πίνακας 8.1. Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες κατανάλωσης φαρμάκων με τη συνταγή ιατρού

Μεταβλητές	Υπόδειγμα PROBIT	Υπόδειγμα EHIS	Μεταβλητές	Υπόδειγμα CB
constant	-1,913 (-17,21)	-0,303 (0,244)		-0,454 (0,816)
age	0,021*** (17,06)	-0,030*** (0,002)	A2age	-0,046*** (0,011)
Sex	0,236*** (5,86)	-0,377*** (0,071)	A1sex	-0,536** (0,252)
aei	-0,007 (-0,61)	-0,045 (0,096)	D_A6edu_8	-0,519** (0,228)
HS01	1,503*** (33,04)	-0,579*** (0,049)	F7_hlt	-1,353*** (0,250)
HS02	0,125 (0,111)	2,063*** (0,082)	F8_dis	0,328*** (1,08)
N	6172	6172		663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις παρουσιάζουν το standard error.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της ανάλυσης (Πίνακας 8.1) παρατηρείται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης (aei) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, αφού το p-value είναι μικρότερο από το 0,05 του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εκτίμησης με το πρώτο υπόδειγμα το φύλο είναι σημαντικός παράγοντας για την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Το αρνητικό πρόσημο υποδηλώνει ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανότερο να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες.

Η ηλικία είναι σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, ενώ ο εκτιμώμενος συντελεστής έχει θετικό πρόσημο. Παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα με τη συνταγή ιατρού. Στη συγκεκριμένη παλινδρόμηση φαίνεται ότι οι μεγάλες ηλικιακές ομάδες είναι πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα με τη συνταγή ιατρού.

Σχετικά με τη μεταβλητή που εκφράζει το επίπεδο της υγείας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1%.

Στη συνέχεια η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Το θετικό πρόσημο του συντελεστή δείχνει ότι η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας επηρεάζει θετικά την κατανάλωση φαρμάκων.

Επίσης, συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (EHIS) με το υπόδειγμα της παρούσας έρευνας (CB) παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν διαφορές. Η ηλικίας και το επίπεδο υγείας είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Το φύλο επιβεβαιώνει ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ιατρού.

Τέλος, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας εξακολουθεί και είναι σημαντικός παράγοντας συνταγογράφησης φαρμάκων με συνταγή ιατρού σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Επίσης, στην παρούσα έρευνα το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανάλωση φαρμάκων. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ιατρού, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τους καταναλωτές να καταναλώσουν φάρμακα με τη συνταγή ιατρού είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο υγείας και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας.

Επίσης, το σύνολο των μεταβλητών και στις δύο βάσεις δεδομένων είναι στατιστικά σημαντικές και με το ίδιο πρόσημο. Εξαίρεση αποτελεί μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης που αν και έχει το ίδιο αρνητικό πρόσημο και στις δύο βάσεις δεν είναι στατιστικά σημαντικό στην παλινδρόμηση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής.

8.5.2 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού

Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εκτίμησης του υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ερωτώμενους για την κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού. Για την εμπειρική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν δυο βάσεις δεδομένων, της έρευνας υγείας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (EHIS) και της παρούσας έρευνας (CB).

Αναλυτικότερα, σκοπός της συγκεκριμένης παλινδρόμησης αποτελεί ο προσδιορισμός της επίδρασης ορισμένων παραμέτρων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ύπαρξη χρόνιας πάθησης καθώς και του επιπέδου υγείας.

Στην παλινδρόμηση εφαρμόστηκε η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression) διότι η εξαρτημένη μεταβλητή (MD03) είναι ψευδομεταβλητή, η οποία εκφράζει αν οι ερωτώμενοι καταναλώνουν ή δεν καταναλώνουν φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού. Η εκτίμηση της λογιστικής παλινδρόμησης γίνεται λαμβάνοντας υπόψη το λόγο των πιθανοτήτων και η εκτίμηση των παραμέτρων b_i γίνεται με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέχτηκαν σύμφωνα με τις προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες, όπου εξετάζουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού (MD03). Συγκεκριμένα η ηλικία (AGE) (Miners et al., 1978, Recondo-Sendino et al., 2006, Philippant D. et al., 2000, Ellul, 2009, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Garfield, 2007, Thompson et al, 2003, Stuart et al, 1998), το φύλο (SEX) (Hotckinss et al., 2005, Philippant D. et al., 2000, Ellul, 2009, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Thompson et al, 2003, Thompson et al, 2003, Stuart et al, 1998), το επίπεδο εκπαίδευσης (HH07) (Pappa and Niakas, 2006, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Stuart et al, 1998), το επίπεδο υγείας (HS01) (Lam et al., 2002, Kasper, 1983, Wagner, 2011, Stuart et al, 1998) και η χρόνια πάθηση (HS02) (Mapelli 1993, Akin et al., 2004, Su et al., 2006, Wagner, 2011, Garfield, 2007).

Η εξίσωση παλινδρόμησης ορίζεται ως εξής:

$$MD03_i = b_0 + b_1 AGE_i + b_2 SEX_i + b_3 HH07_i + b_4 HS02_i + b_5 HS01_i + \varepsilon_i$$

- **MD03** Κατανάλωση φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **age:** είναι ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **Sex:** Ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και «0» όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.
- **aei:** ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι απόφοιτος AEI (Τριτοβάθμια Εκπαίδευση) και την τιμή «0» αλλού.
- **HS02 :** ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος έχει κάποια χρόνια πάθηση και την τιμή «0» όταν δεν έχει
- **HS01:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου και λαμβάνει την τιμή από 1-5 όπου 0 = πολύ κακή και 5 πολύ καλή.
- **εi:** Τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης για την κατανάλωση φαρμάκων εμφανίζονται στον πίνακα 8.2.

Πίνακας 8.2. Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες κατανάλωσης φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού

Μεταβλητές	Υπόδειγμα EHIS	Μεταβλητές	Υπόδειγμα CB
constant	0,939 (0,224)		0,638 (0,780)
age	0,010*** (0,002)	A2age	0,012** (0,010)
Sex	-0,346*** (0,063)	A1sex	-0,408** (0,227)
aei	-0,200** (0,087)	D_A6edu_8	-0,356* (0,207)
HS01	-0,060 (0,037)	F7_hlt	-0,149** (0,100)
HS02	0,241*** (0,076)	F8_dis	0,689*** (0,243)
N	6172		663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική t.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 8.2 και συγκεκριμένα για το πρώτο μοντέλο παλινδρόμησης παρατηρείται ότι η ηλικία, το φύλο και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Συγκεκριμένα το φύλο έχει αρνητικό πρόσημο και υποδηλώνει ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανότερο να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες, όπως και στη συνταγογράφηση των φαρμάκων.

Επίσης, η πιθανότητα να καταναλώσουν φάρμακα, κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες χωρίς τη συνταγή ιατρού, είναι μικρότερη όταν οι καταναλωτές είναι απόφοιτοι AEI / TEI και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%.

Η ηλικία είναι σημαντικός παράγοντας κατανάλωσης φαρμάκων και σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού. Γεγονός που αποδεικνύει ότι οι μεγάλες ηλικιακές ομάδες είναι πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα και χωρίς τη συνταγή ιατρού.

Στη συνέχεια η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Το θετικό πρόσημο του συντελεστή δείχνει ότι η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας επηρεάζει θετικά την κατανάλωση φαρμάκων και χωρίς τη συνταγή ιατρού.

Το επίπεδο υγείας στο πρώτο μοντέλο (EHIS) δεν βρέθηκε στατικός σημαντικός παράγοντας αντίθετα στο μοντέλο παλινδρόμησης της παρούσας έρευνας (CB).

Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με καλύτερο επίπεδο υγείας έχουν λιγότερη πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν φάρμακα με συνταγή ιατρού σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν ότι το επίπεδο υγείας τους δεν είναι καλό. Παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο της υγείας, η πιθανότητα για κατανάλωση φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού μειώνεται και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1%.

Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο μοντέλα παλινδρόμησης καθώς όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, οι παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν σε επίπεδο σημαντικότητας 5% την κατανάλωση φαρμάκων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων.

Επίσης, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας αυξάνει την πιθανότητα οι καταναλωτές να καταναλώσουν φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τους καταναλωτές να καταναλώσουν φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων είναι η ηλικία και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Παρατηρούμε επίσης ότι επιβεβαιώνεται και με τη βάση της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ότι όσοι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο δεν καταναλώνουν φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού.

8.5.3 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων

Η συγκεκριμένη εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε προκειμένου να βρεθούν οι δημογραφικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες του καταναλωτή για επισκέψεις σε ιατρούς. Η επιλογή των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν βασίζεται σε αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών.

Συγκεκριμένα επιχειρείται η εκτίμηση του ύψους της φαρμακευτικής δαπάνης των καταναλωτών ως συνάρτηση των εξής παραγόντων του μεγέθους του νοικοκυριού, της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού, του αριθμού των μελών του νοικοκυριού, του εισοδήματος και το μορφωτικού επιπέδου του καταναλωτή καθώς και της ιδιωτικής ασφάλιση ζωής - υγείας.

Στην παλινδρόμηση εφαρμόστηκε η μέθοδος της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Linear Regression) καθώς η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποσοτική. Η συγκεκριμένη μέθοδος εκτιμάται με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Η εξίσωση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προέκυψε, έχει γενική μορφή:

$$\text{Infarmaka} = \beta_0 + \beta_1 \text{A82mmb}_i + \beta_2 \text{A4reg}_i + \beta_3 \text{A1sex}_i + \beta_4 \text{A2age}_i + \beta_5 \text{age}^2_i + \beta_6 \text{A911Inc}_i + \beta_7 \text{master}_i + \beta_8 \text{B4insp}_i + \epsilon_i$$

όπου,

- **Infarmaka:** είναι ο λογάριθμος που εκφράζει τις συνολικές δαπάνες του καταναλωτή για φάρμακα

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **age** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.

- **A4reg** μεταβλητή που εκφράζει την περιοχή διαμονής
- **A82mmb** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των μελών της οικογένειας, που διαμένουν στην ίδια κατοικία.
- **A911Inc** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το μηνιαίο ατομικό εισόδημα σε ευρώ.
- **master** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **A911Inc** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το μηνιαίο εισόδημα του καταναλωτή.
- **B4insp:** μεταβλητή που δηλώνει αν ο καταναλωτής έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, και λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και την τιμή «0» όταν δεν έχει.
- **ε_i:** τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Στον πίνακα συμπεριλαμβάνονται τα αναμενόμενα πρόσημα των συντελεστών β_i της ανωτέρω παλινδρόμησης λαμβάνοντας υπόψη των αποτελεσμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Ερμηνευτικές Μεταβλητές	Αναμενόμενο πρόσημο
age:	+
A4reg	-
A82mmb	+
income:	+/-
aei:	+
asf_pub:	+
F8_dis	+
C8a_pr:	+
C8a_rp:	+

Όπως παρατηρείται αναμένεται ο τόπος διαμονής να επηρεάζει τις δαπάνες για φάρμακα. Επίσης, οι οικογένειες με πολλά μέλη παρουσιάζουν υψηλότερες δαπάνες για φάρμακα. Το εισόδημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την αγορά φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού. Επίσης, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ιατρού επηρεάζουν θετικά την επίσκεψη και τις δαπάνες για υγεία. Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που μπορεί να έχει ένα καταναλωτής αυξάνει τις δαπάνες υγείας καθώς και το είδος του ασφαλιστικού ταμείου.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την οικονομετρική ανάλυση για τον προσδιορισμό του ύψους των δαπανών για φάρμακα.

Η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις δαπάνες φαρμάκων έχει την ακόλουθη μορφή:

$$\text{Infarmaka} = \beta_0 - 0,118A82mmb + 0.104A4reg - 0,343A1sex - 0,95A2age + 0,001age^2 + 0,000A911Inc + 0,217master + 0,793B4insp + \epsilon_i$$

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδειγμάτων (OLS και Tobit models) για το σύνολο των δαπανών των καταναλωτών για ιατρούς εμφανίζονται στον πίνακα 8.3.

Πίνακας 8.3 Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (OLS) για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων και εκτίμηση της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional)

Μεταβλητές	Υπόδειγμα OLS	Υπόδειγμα TOBIT	Marginal effects
constant	2, 841 (4.38)	-	-
A82mmb	-0,1185** (-2.56)	-0,357*** (-2.69)	-0,745*** (-2.70)
A4reg	0,1049*** (4,49)	0,028*** (4,66)	0,059*** (4,65)
A2sex	-0,343** (-2,52)	-0,093** (-2,49)	-0,194** (-2,49)
A2age	-0,956*** (-3,03))	-0,025*** (-2,87)	-0,0524 (-2,87)
age ²	0,011*** (3,23)	0,000*** (3,01)	0,000*** (-3,01)
A911Inc	0,000* (2.03)	5,220 (1.33)	0,000 (1,33)
master	0,217 (1.38)	0,086* (1,97)	0,183 (1,92)
B4insp	0,793*** (4,25)	0,227*** (4,40)	0,517*** (3,90)
R square / Pseudo R2	0,097	0,141	
R ² (Adj)	0,086	-	-
Στατιστική F/ Z	9,76	84,40	
N	661	661	661

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική t για την OLS και τη στατιστική z για την tobit.

Αρχικά παρατηρείται ότι ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού επηρεάζει τις δαπάνες για φάρμακα. Αναλυτικότερα εκτιμήθηκε ότι οι καταναλωτές που έχουν μεγάλα νοικοκυριά δεν δαπανούν για φάρμακα. Επίσης, έχουν μειωμένη πιθανότητα για δαπάνες κατά 3,5%. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για φάρμακα, έχουν λιγότερες δαπάνες για φάρμακα κατά μέσο όρο 7,4%. Οι ερωτώμενοι δαπανούν λιγότερα χρήματα.

Το φύλο επίσης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας καθώς, όπως φαίνεται από τον πίνακα οι άνδρες δαπανούν λιγότερα χρήματα για φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό φαίνεται και από το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή που είναι αρνητικό σε σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή που αφορά τις δαπάνες για φάρμακα. Επίσης, οι άνδρες έχουν μικρότερη πιθανότητα να καταναλώνουν φάρμακα κατά 3,9% σε σχέση με τις γυναίκες. Και αν λάβουμε υπόψη τους άνδρες που ήδη δαπανούν για φάρμακα έχουν λιγότερες δαπάνες κατά 1,9%.

Επίσης, η ηλικία έχει αρνητική σχέση με το ύψος των δαπανών για φάρμακα και αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Το συνολικό ύψος της δαπάνης για φάρμακα μειώνεται για τους καταναλωτές μέχρι 40. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι νέοι έχουν χαμηλότερες δαπάνες για φάρμακα σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Επίσης, η πιθανότητα οι καταναλωτές που ήδη δαπανούν για φάρμακα, να δαπανούν λιγότερο είναι δεδομένου ότι οι καταναλωτές αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών κατά ένα έτος οδηγεί κατά μέσο όρο 5,9%

Ένας ακόμη παράγοντας που ερμηνεύει τη συγκεκριμένη εξαρτημένη μεταβλητή είναι η περιοχή μόνιμης κατοικίας. Ο τόπος διαμονής ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Μάλιστα, οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για φάρμακα, γεγονός που προσδιορίζεται από το θετικό πρόσημο της εκτιμήτριας. Συγκεκριμένα οι κάτοικοι του κέντρου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δαπανούν για φάρμακα κατά 2,8%. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν κατά μέσο όρο 5,9% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς.

Η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης εκτιμήθηκε επίσης στατιστικά σημαντικός παράγοντας σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Ο συντελεστής της ερμηνευτικής μεταβλητής της ιδιωτικής

ασφάλισης εκτιμήθηκε με θετικό πρόσημο. Δηλαδή οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση υγείας δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με ασφάλιση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν φάρμακα κατά 2,2%. Επιπρόσθετα, οι εν λόγω καταναλωτές που έχουν ήδη θετικές δαπάνες για φάρμακα, δαπανούν κατά μέσο όρο 1,5% υψηλότερες δαπάνες για τα φάρμακα.

Τέλος, το ύψος του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος έχει θετική σχέση με τις δαπάνες για φάρμακα. Συγκεκριμένα, με βάση την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, ο συντελεστής του εισοδήματος εκτιμήθηκε 0,00 που αποτελεί και την ελαστικότητα του εισοδήματος. Σχετικά με την ανάλυση tobit για το σύνολο των καταναλωτών που δαπανούν για φάρμακα είναι χαμηλότερη. Επιπλέον, παρατηρείται ότι μία αύξηση του εισοδήματος κατά 1% οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για φάρμακα κατά 5,22.

Επιπρόσθετα, από την ανάλυση της παλινδρόμησης προκύπτει ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% με αρνητικό πρόσημο. Αντίθετα το τετράγωνο της ηλικίας έχει θετικό πρόσημο. Χρησιμοποιώντας τις εκτιμήτριες αυτών των δύο μεταβλητών προκύπτει ότι μέχρι την ηλικία των 44 ετών, ο καταναλωτής έχει χαμηλό ποσοστό δαπανών για φάρμακα επί του συνόλου των δαπανών. Μετά την ηλικία των 44 ετών αυξάνονται οι δαπάνες για φάρμακα.

Με δεδομένη την παρούσα οικονομική κατάσταση των καταναλωτών παρατηρείται ότι οι αυξημένες δαπάνες για φάρμακα αποτελούν παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την καταναλωτική συμπεριφορά όχι μόνο ενός μέλους ενός νοικοκυριού αλλά όλη την οικογένεια.

Στη συγκεκριμένη ενότητα εκτιμήθηκε η συμπεριφορά των καταναλωτών που ανήκουν την κατηγορία με αυξημένα ποσοστά δαπανών για φάρμακα. Στη συνέχεια, θα πραγματοποιηθεί η εκτίμηση του ποσοστού των φαρμάκων εφαρμόζοντας την μέθοδο της ισομερούς παλινδρόμησης για να ποσοστημόρια ($\theta = 0,25, 0,50, 0,75$ και 90) ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών.

Στη συνέχεια στον πίνακα 8.4 περιγράφονται τα αποτελέσματα της ισομερούς παλινδρόμησης για το ύψος των δαπανών του καταναλωτή ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών.

Πίνακας 8.4. Υπόδειγμα εκτίμησης ισομερούς παλινδρόμησης για το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών

Μεταβλητές	Υπόδειγμα OLS	0=0,50	0=0,75	0=0,90
constant	2, 841 (4.38)	0,199 (.....)	5,82 (4,46)	5,29 (3,79)
A82mmb	-0,1185** (-2.56)	-1,660 (-0.02)	-0,217** (-2.34)	-0,334*** (-3,17)
A4reg	0,1049*** (4,49)	0,199***	0,224*** (5,13)	0,091 (1,91)
A2sex	-0.343** (-2,52)	0,296 (0,14)	-0,503 (-1,89)	-0,800** (-2,48)
A2age	-0,956*** (-3,03))	1,700 (0,03)	-0,218*** (-3,43)	0,070 (-1,07)
age ²	0,011*** (3,23)	-1,710 (0,03)	0,025*** (3,36)	0,0010 (1,41)
A911Inc	0,000* (2,03)	-6,760 (-0,20)	0,000*** (2,81)	0,000 (1,71)
master	0,217 (1,38)	-1,710 (-0,06)	0,453 (1,41)	0,056 (0,15)
B4insp	0,793*** (4,25)	1,575 (4,200)	1,84*** (5,06)	1,11** (2,53)
R square / Pseudo R2	0,097		0,12	0,16
R ² (Adj)	0,086		-	
Στατιστική F/ Z	9,76			
N	661		661	661

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική t για την OLS και τη στατιστική z για την tobit.

Ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού είναι στατιστικά σημαντικός στο τρίτο και στο τέταρτο τεταρτημόριο του ύψους των δαπανών για φάρμακα με επίπεδα σημαντικότητας 1% και 5% αντίστοιχα. Στο τελευταίο τεταρτημόριο που οι δαπάνες για φάρμακα είναι υψηλότερες παρατηρείται ότι αριθμός των μελών του νοικοκυριού έχει αρνητική επίδραση.

Το φύλο είναι στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο σημαντικότητας 1% στο τέταρτο τεταρτημόριο. Λαμβάνοντας υπόψη το αρνητικό πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή οι άνδρες εξακολουθούν και έχουν λιγότερες δαπάνες ακόμη και όταν στα πιο υψηλά ποσοστά των δαπανών για φάρμακα.

Η ηλικία παρατηρείται ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική όταν το ύψος των δαπανών είναι μεγάλο και αποκτά θετικό πρόσημο ο συντελεστής στο τελευταίο τεταρτημόριο.

Το ύψος του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος είναι σημαντικός παράγοντας για τις σε επίπεδο σημαντικότητας σημαντικό 1% είναι μόνο στο τρίτο τεταρτημόριο τις δαπάνες για φάρμακα. Όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα μέχρι και το 75% των συνολικών δαπανών, αυξάνεται και το ύψος των δαπανών για φάρμακα.

Η περιοχή μόνιμης κατοικίας αυξάνει την επίδραση της στο τρίτο τεταρτημόριο των συνολικών δαπανών για φάρμακα και σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Ενώ στο τεταρτημόριο με το 90% των δαπανών για φάρμακα επιδρά θετικά, αλλά δεν είναι στατιστικά σημαντικός.

Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο των καταναλωτών και συγκεκριμένα το μεταπτυχιακό επίπεδο, αυξάνει την επίδραση του κατά 4,5% στο τρίτο τεταρτημόριο αλλά εξακολουθεί να μη είναι στατιστικό σημαντικός παράγοντας. Δηλαδή οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος εξακολουθούν και δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα ανεξάρτητα με τα τεταρτημόρια.

Η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης των καταναλωτών έχει μεγαλύτερη επίδραση στις δαπάνες για φάρμακα, στο τρίτο τεταρτημόριο των συνολικών δαπανών και σε επίπεδο σημαντικότητας 1%,. Συγκεκριμένα στο 50% των δαπανών για φάρμακα ο συντελεστής είναι 1,57 και αυξάνεται σε 1,84 στο 75% σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Δηλαδή οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα.

8.6 Συμπεράσματα

Στην παρούσα ενότητα εξετάσαμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού και χωρίς συνταγή ιατρού. Επίσης πραγματοποιήθηκε ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων του ύψους των φαρμάκων και της εκτίμησης της πιθανότητας για θετικές δαπάνες (probability) υπό την προϋπόθεση των θετικών δαπανών (conditional). Τέλος, εκτιμήθηκε το ποσοστό των δαπανών για φάρμακα ως ποσοστό επί του συνόλου των μηνιαίων δαπανών.

Η κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού επηρεάζεται από το φύλο καθώς οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανότερο να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες. Παρατηρείται επίσης ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα με τη συνταγή ιατρού.

Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανάλωση φαρμάκων καθώς οι καταναλωτές που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ιατρού, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, επηρεάζει θετικά την κατανάλωση φαρμάκων ενώ αντίθετα το επίπεδο της υγείας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού

Επίσης συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (EHIS) με το υπόδειγμα της παρούσας έρευνας (CB) παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν διαφορές.

Στη συνέχεια η κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο και την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Συγκεκριμένα οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες, όπως και στη συνταγογράφηση των φαρμάκων.

Επίσης, η πιθανότητα να καταναλώσουν φάρμακα, κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες χωρίς τη συνταγή ιατρού, είναι μικρότερη όταν οι καταναλωτές είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ.

Παρατηρείται επίσης ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού. Γεγονός που αποδεικνύει ότι οι

μεγάλες ηλικιακές ομάδες είναι πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα και χωρίς τη συνταγή ιατρού. Επίσης, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας αυξάνει την πιθανότητα οι καταναλωτές να καταναλώσουν φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων.

Το επίπεδο υγείας στο πρώτο μοντέλο (EHIS) δεν βρέθηκε στατικός σημαντικός παράγοντας αντίθετα στο μοντέλο παλινδρόμησης της παρούσας έρευνας (CB). Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με καλύτερο επίπεδο υγείας έχουν λιγότερη πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν φάρμακα με συνταγή ιατρού σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν ότι το επίπεδο υγείας τους δεν είναι καλό. Παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο της υγείας, η πιθανότητα για κατανάλωση φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού μειώνεται.

Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο μοντέλα καθώς όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, οι παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν σε επίπεδο σημαντικότητας 5% την κατανάλωση φαρμάκων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων.

Για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων, αρχικά παρατηρείται ότι ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού επηρεάζει τις δαπάνες για φάρμακα. Αναλυτικότερα οι καταναλωτές που έχουν μεγάλα νοικοκυριά δεν δαπανούν φάρμακα. Επίσης, έχουν μειωμένη πιθανότητα για δαπάνες κατά 3,5%. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για φάρμακα, έχουν λιγότερες δαπάνες για φάρμακα κατά μέσο όρο 7,4%.

Το φύλο επίσης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας καθώς οι άνδρες δαπανούν λιγότερα χρήματα για φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, οι άνδρες έχουν μικρότερη πιθανότητα να καταναλώνουν φάρμακα κατά 3,9% σε σχέση με τις γυναίκες.

Επίσης, η ηλικία έχει αρνητική σχέση με το ύψος των δαπανών για φάρμακα και αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι νέοι έχουν χαμηλότερες δαπάνες για φάρμακα σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Επίσης, η πιθανότητα οι καταναλωτές που ήδη δαπανούν για φάρμακα, να δαπανούν λιγότερο είναι δεδομένου ότι οι καταναλωτές αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών κατά ένα έτος οδηγεί κατά μέσο όρο 5,9%.

Ένας ακόμη παράγοντας είναι ο τόπος διαμονής που ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία. Οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για φάρμακα.

Επίσης, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με μεταπτυχιακό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα κατά 6,8%.

Η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης εκτιμήθηκε επίσης στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες για φάρμακα. Δηλαδή οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση υγείας δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με ασφάλιση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώσουν φάρμακα. Επιπρόσθετα, οι εν λόγω καταναλωτές που έχουν ήδη θετικές δαπάνες για φάρμακα, δαπανούν κατά μέσο όρο 1,5% υψηλότερες δαπάνες για τα φάρμακα.

Τέλος, το ύψος του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος έχει θετική σχέση με τις δαπάνες για φάρμακα και παρατηρείται ότι μία αύξηση του εισοδήματος κατά 1% οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για φάρμακα κατά 5,22.

Με δεδομένη την παρούσα οικονομική κατάσταση των καταναλωτών παρατηρείται ότι οι αυξημένες δαπάνες για φάρμακα αποτελούν παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την καταναλωτική συμπεριφορά όχι μόνο ενός μέλους ενός νοικοκυριού αλλά όλη την οικογένεια.

Σχετικά με το ύψος των δαπανών για φάρμακα, ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού είναι στατιστικά σημαντικός και έχει αρνητική επίδραση στο ύψος των δαπανών για φάρμακα. Επίσης, οι άνδρες εξακολουθούν και έχουν λιγότερες δαπάνες ακόμη και όταν στα πιο υψηλά ποσοστά των δαπανών για φάρμακα. Η ηλικία παρατηρείται ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική όταν το ύψος των δαπανών είναι μεγάλο.

Επίσης, όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα μέχρι και το 75% των συνολικών δαπανών, αυξάνεται και το ύψος των δαπανών για φάρμακα. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος εξακολουθούν και δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα ανεξάρτητα με τα τεταρτημόρια. Τέλος, οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**9.1 Εισαγωγή**

Η προθυμία πληρωμής χαρακτηρίζεται από τις προσωπικές επιλογές του καταναλωτή και οι παράγοντες που την προσδιορίζουν είναι οι δημογραφικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί, το επίπεδο της υγείας και η αξία της αγοράς του αγαθού (Hammit, 2002). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ανάλυση κόστους-οφέλους και η νέα μέθοδος προθυμίας πληρωμής (willingness to pay, WTP) είναι πολύ σημαντική όσον αφορά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (Blumenschein and Johannesson, 1996, Olsen et al., 1999). Στις μελέτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, λαμβάνεται υπόψη η ικανοποίηση των καταναλωτών και η προθυμία πληρωμής από αυτούς (Smith, 2003, Ryan et al., 2001).

Σύμφωνα με αυτή, το μέγιστο οικονομικό ποσό χρημάτων που ο καταναλωτής είναι πρόθυμος να πληρώσει αποτελεί δείκτη της αντίστοιχης αξίας του κέρδους για την υγεία (Ryan et al., 2003, Johannesson and Jönsson, 1991).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα ένα παράδειγμα πρόθεσης πληρωμής είναι η υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με το Ν. 1958/2013 όσοι επισκέπτονται τα πρωινά εξωτερικά ιατρεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) πλήρωναν για την είσοδό τους σε αυτά και όσοι επισκέπτονται τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία πληρώνουν την επίσκεψη ανάλογα με τη βαθμίδα του ιατρού που επιλέγουν. Έτσι παρατηρείται ότι στα δημόσια νοσοκομεία και στα εξωτερικά ιατρεία έχουν χαμηλή είσοδο στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία και μεγάλη αναμονή και υψηλή είσοδο στα απογευματινά ιατρεία και μικρή αναμονή (Πιερράκος, 2015).

Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να μελετηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά των καταναλωτών ως προς τη πρόθεση πληρωμής για υπηρεσίες υγείας.

9.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση

Ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η ικανοποίηση των καταναλωτών. Για αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαίο να εξετάζεται και με βάση τα αποτελέσματα των μελετών αξιολόγησης να λαμβάνονται αποφάσεις και πολιτικές στις υπηρεσίες υγείας.

Στην Ελλάδα αποτελέσματα μελέτης σε ομάδα ασθενών-χρηστών που επισκέφθηκαν τα δημόσια νοσοκομεία της Αττικής έδειξαν ότι στο σύνολό τους το δείγμα των ασθενών ήταν μέτρια ικανοποιημένο από τις υγειονομικές υπηρεσίες, με την ικανοποίησή τους να αυξάνεται έπειτα από τις εξετάσεις. Ειδικότερα, οι εξωτερικοί ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ από τις διοικητικές υπηρεσίες και το περιβάλλον-εγκαταστάσεις του νοσοκομείου ήταν μέτρια ικανοποιημένοι.

Επίσης, ένα μεγάλο πρόβλημα που απασχολεί τα δημόσια νοσοκομεία είναι η μεγάλη αναμονή. Η αναμονή σε θέματα υγείας δημιουργεί δυσαρέσκεια και έντονη διαμαρτυρία πολλές φορές από την πλευρά των καταναλωτών (Tountas et al., 2005).

Η δυσαρέσκεια για την αναμονή και κυρίως όταν δεν υπάρχει ενημέρωση από τον παρεχόμενο φορέα υγείας γίνεται πιο έντονη με άμεση επίδραση στα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας. Αποτελέσματα έρευνας (Niakas and Mylonakis, 2005) σε εξωτερικούς ασθενείς νοσοκομείων αναφέρουν ότι υπάρχει κατανόηση όταν έχει ενημερωθεί για την αιτία της καθυστέρησης.

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας είναι η συμμετοχή τους στη διαδικασία της διάγνωσης της ασθένειας, καθώς και από τη συμμετοχή στη λήψη απόφασης για θεραπεία (Chang et al., 2013, Hamilton et al., 2013, Schoenfelder et al., 2011).

Όσον αφορά στις διοικητικές υπηρεσίες, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόσβαση στις γραμματειακές υπηρεσίες δημιουργεί αρνητική ικανοποίηση στους ασθενείς.

Τέλος, σχετικά με τους χώρους και τις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων υπάρχει δυσaréσκεια από τους καταναλωτές καθώς αρκετά νοσοκομεία στη χώρα μας χαρακτηρίζονται από την παλαιότητα τους και από την έλλειψη καθαριότητας. Η βελτίωση των υποδομών του νοσοκομείου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν. 2008).

Γενικά στην Ευρώπη ασθενείς, ασφαλισμένοι και κυβερνητικοί φορείς ενδιαφέρονται για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Καθώς τα ποσοστά μη ικανοποίησης των καταναλωτών είναι υψηλά κυρίως από τη μεγάλη αναμονή και από τη μέθοδο της θεραπείας. Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων ανέφεραν αναπόφευκτα λάθη (Brennan et al., 1991), ιατρικά λάθη (Leape, 1994) και λάθη από κακή διαχείριση (Andrews et al., 1997). Επίσης, το 8% του λάθους των αναισθησιολόγων και το 92% της δυσλειτουργίας του συστήματος επέφερε θάνατο (Lagasse et al., 1995). Η διοίκηση ολικής ποιότητας στους φορείς υγείας υποστηρίζεται ότι μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και να μειώσει το κόστος (Øvretveit, 1999).

9.3 Στατιστικά δεδομένα και μεθοδολογική προσέγγιση ζήτηση υπηρεσιών υγείας

9.3.1 Μεθοδολογία - Ανάλυση του δείγματος

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα 663 καταναλωτών, που η πλειοψηφία τους έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες.

Από τη έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι καταναλωτές είναι αρκετά (36%) ενημερωμένοι για τις παροχές της κύριας ασφάλισης τους, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (30,8%) είναι λίγο ενημερωμένο.

Οι καταναλωτές είναι λίγο (36,5%) ικανοποιημένοι από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της κύριας ασφάλισης τους, ενώ παράλληλα πιστεύουν ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας δεν ανταποκρίνονται στις εισφορές που καταβάλουν (85,5%) και δεν είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερα χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας (80,4%) ούτε σε περίπτωση υποτιθέμενης αύξησης του μηνιαίου εισοδήματος κατά 400€ (58,8%).

Οι κύριες υπηρεσίες υγείας στις οποίες οι καταναλωτές δε θα διέθεταν επιπλέον χρήματα, σε περίπτωση υποτιθέμενης αύξησης του μηνιαίου εισοδήματος κατά 400€ είναι η νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο (91%), οι επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με τον ασφαλιστικό τους φορέα (86,1%), η νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο (78,3%), οι επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς (73,6%) και οι διαγνωστικές εξετάσεις (65,2%).

Το 67,1% των καταναλωτών πιστεύει ότι αυξήθηκαν οι τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων το τελευταίο χρονικό διάστημα. Το 59,7% πιστεύει ότι αυξήθηκαν τα νοσήλια, το 70,9% θεωρεί αυξημένες τις τιμές των επισκέψεων σε ιατρούς, ενώ το 50,5% εντόπισε αύξηση της τιμής των χειρουργικών επεμβάσεων.

Το 54,9% των καταναλωτών δήλωσε αδυναμία κάλυψης των αναγκών για διαγνωστικές εξετάσεις, λόγω του εισοδήματος.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση πληρωμής είναι η μέθοδος της εμπειρικής ανάλυσης. Συγκεκριμένα εκτιμήθηκε η λογιστική παλινδρόμηση, η οποία παρουσιάζεται στην επόμενη ενότητα.

9.4 Εμπειρικά αποτελέσματα

9.4.1 Εκτίμηση λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εκτίμησης υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα σκοπός είναι να μελετηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά των καταναλωτών ως προς τη πρόθεση πληρωμής για υπηρεσίες υγείας.

Σε αυτήν την παλινδρόμηση εφαρμόστηκε η μέθοδος της Λογιστικής Παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), διότι η εξαρτημένη μεταβλητή «C6hirs» είναι ψευδομεταβλητή που δηλώνει αν ο καταναλωτής έχει πρόθεση πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων σε μια πιθανή αύξηση του μισθού, για τις υπηρεσίες υγείας. Η εκτίμηση των παραμέτρων β_i γίνεται με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας.

Η εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης έχει την ακόλουθη γενική μορφή:

$$\text{C6hirs} = \beta_0 + \beta_1 \text{A1sex}_i + \beta_2 \text{aei}_i + \beta_3 \text{dimosio}_i + \beta_4 \text{A83kid}_i + \beta_5 \text{asf_pub}_i + \beta_6 \text{C2hsts}_i + \beta_7 \text{ikanop}_i + \varepsilon_i$$

όπου,

- **C6hirs:** ψευδομεταβλητή για την πρόθεση πληρωμής, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής είναι διατεθειμένος να διαθέσει επιπλέον χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **A1sex:** Ψευδομεταβλητή για το φύλο, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και «0» όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.

- aei:	ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- dimosio:	ψευδομεταβλητή για την απασχόληση, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής είναι μισθωτός στο δημόσιο τομέα και την τιμή «0» σε κάθε άλλη περίπτωση.
- A83kid:	ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των παιδιών.
- A91Inc:	ποσοτική μεταβλητή που δηλώνει το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος.
- asf_pub:	ψευδομεταβλητή για το ασφαλιστικό ταμείο, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ασφαλισμένος είναι του δημοσίου και «0» στις άλλες περιπτώσεις.
- C2hsts:	μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης του καταναλωτή από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου.
ε_i :	τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την οικονομετρική ανάλυση για την πρόθεση πληρωμής των «επιπλέον χρημάτων» για τις υπηρεσίες υγείας.

Η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόθεση πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων για τις υπηρεσίες υγείας έχει την ακόλουθη μορφή:

$$C6hirs = - 0,625 - 0,692A1sex + 0,715aei + 0,491dimosio + 0,386 A83kid - 0,751asf_pub + 0,197C2hsts - 1,65ikanop + \varepsilon_i$$

Στον πίνακα 9.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εκτίμησης της εξίσωσης της λογιστικής παλινδρόμησης για την πρόθεση πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων για τις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 9.1: Εκτίμηση υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόθεσης πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων για τις υπηρεσίες υγείας

Μεταβλητές	Υπόδειγμα Ι
constant	-0,625** (-3,14)
A1sex	- 0,692*** (-3,61)
aei	0,715*** (4.07)
dimosio	0,491 ** (2,27)
A83kid	0,386 ** (2,16)
asf_pub	-0,751 *** (-3,32)
C2hsts	0,191 * (1,77)
ikanop	-1,651 *** (-4.21)
Pseudo R2	0,179
N	663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις ακολουθούν τη στατιστική z.

Το φύλο αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την πρόθεση πληρωμής. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 1%. Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή είναι αρνητικό. Συνεπώς, οι άνδρες δεν έχουν πρόσθεση για να πληρώσουν επιπλέον χρήματα.

Το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για την πρόθεση πληρωμής. Συγκεκριμένα ο απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ είναι διατεθειμένος να πληρώσει τα

«επιπλέον» χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Η πρόθεση πληρωμής των «επιπλέον» χρημάτων επηρεάζεται και από την απασχόληση των καταναλωτών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έχουν πρόθεση να καταβάλουν τα «επιπλέον» χρήματα για την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Επειδή το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή είναι θετικό η πρόθεση πληρωμής αυξάνεται για τους μισθωτούς του δημοσίου τομέα και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 1%.

Επίσης, οι ασφαλισμένοι του δημοσίου έχουν πρόθεση να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, το είδος του ασφαλιστικού ταμείου και συγκεκριμένα του δημοσίου επηρεάζει θετικά την πρόθεση των καταναλωτών για τη διάθεση των «επιπλέον» χρημάτων.

Ένας άλλος παράγοντας σημαντικός είναι η ύπαρξη των παιδιών στην οικογένεια. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές που έχουν παιδιά είναι διατεθειμένοι να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Επίσης, η μεταβλητή που εκφράζει αν ο καταναλωτής είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου επηρεάζει αρνητικά την πρόθεση πληρωμής.

Στη συνέχεια στην εκτίμηση της παλινδρόμησης προστίθενται καινούργιες μεταβλητές στη λογιστική παλινδρόμηση με την ίδια εξαρτημένη. Δηλαδή την ψευδομεταβλητή για την πρόθεση πληρωμής για τα «επιπλέον χρήματα» για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας Όπως αν ο καταναλωτής θα έδινε τα «επιπλέον» χρήματα για την εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο και ποιες υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να καλύψει λόγω του εισοδήματος.

Η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόθεση πληρωμής επιπλέον χρημάτων για τις υπηρεσίες υγείας έχει την ακόλουθη μορφή:

$$\begin{aligned} \text{C6hirs} = & \beta_0 + \beta_1 \text{A1sex}_i + \beta_2 \text{aei}_i + \beta_3 \text{age}^2 + \beta_4 \text{dimosio}_i + \beta_5 \text{A83kid}_i + \beta_6 \text{asf_pub}_i + \beta_7 \text{sat_asf1}_i \\ & + \beta_8 \text{C7_hpr}_i + \beta_9 \text{C10drg}_i + \beta_{10} \text{C10dgn}_i + \beta_{11} \text{C10dsv}_i + \beta_{12} \text{C10dpr}_i + \beta_{13} \text{C10hsv}_i + \beta_{14} \text{C10hpr}_i \\ & + \varepsilon_i \end{aligned}$$

όπου,

- **C6hirs:** ψευδομεταβλητή για την πρόθεση πληρωμής, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής είναι διατεθειμένος να διαθέσει επιπλέον χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.

και οι ερμηνευτικές μεταβλητές

- **A1sex:** Ψευδομεταβλητή για το φύλο, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και «0» όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.
- **aei:** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **dimosio:** ψευδομεταβλητή για την απασχόληση, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής είναι μισθωτός στο δημόσιο τομέα και την τιμή «0» σε κάθε άλλη περίπτωση.
- **A83kid:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των παιδιών
- **A91Inc:** ποσοτική μεταβλητή που δηλώνει το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος.
- **asf_pub:** ψευδομεταβλητή για το ασφαλιστικό ταμείο, που λαμβάνει την τιμή «1» όταν είναι ασφαλισμένος του δημοσίου και «0» στις άλλες περιπτώσεις.
- **C2hsts:** μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης του καταναλωτή από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου.
- **C7_hpr:** μεταβλητή που εκφράζει την επιθυμία του ερωτώμενου να διαθέσει χρήματα για εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- **C10drg:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για φάρμακα.

- **C10dgn:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις.
 - **C10dsv:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για επίσκεψη σε ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό ταμείο.
 - **C10dpr:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς.
 - **C10hsv:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο.
 - **C10hpr:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Ει: τα σφάλματα εκτίμησης της παλινδρόμησης.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της εκτίμησης των υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης εμφανίζονται στον πίνακα 9.2.

Πίνακας 9.2: Εκτίμηση υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης για τους προσδιοριστικούς παράγοντες της πρόθεσης πληρωμής για υπηρεσίες υγείας των «επιπλέον» χρημάτων

Μεταβλητές	Υπόδειγμα I	Υπόδειγμα I I
constant	-0,935 (0,362)	-1,174 (0,252)
A1sex	-0,927*** (0,304)	-0,938*** (0,265)
aei8	0,119 (0,274)	-
dimosio1	0,698** (0,328)	0,667*** (0,239)
A83kid	0,640** (0,270)	0,373 (0,233)
asf_pub	-0,135 (0,333)	-
sat_asf1	-0,202 (0,280)	-
C7_hpr	4,270*** (0,531)	4,478*** (0,499)
C10drg	-1,485*** (0,341)	-1,312*** (0,293)
C10dgn	0,378 (0,320)	-
C10dsv	-1,287*** (0,462)	-0,826** (0,387)
C10dpr	0,517** (0,301)	0,929*** (0,227)
C10hsv	2,909*** (0,651)	2,559*** (0,502)
C10hpr	-0,066 (0,295)	-
N	663	663

Σημείωση: Οι ενδείξεις ***, ** και * δηλώνουν στατιστική σημαντικότητα, σε ποσοστό 1%, 5% και 10% αντίστοιχα. Τα μεγέθη στις παρενθέσεις παρουσιάζουν το standard error.

Το φύλο αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την πρόθεση πληρωμής για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε μια ενδεχόμενη αύξηση του εισοδήματος κατά 400 ευρώ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 1%. Το πρόσημο

του εκτιμώμενου συντελεστή είναι αρνητικό. Συνεπώς, οι άνδρες δεν έχουν πρόθεση για να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας.

Η πρόθεση πληρωμής για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας των «επιπλέον» χρημάτων επηρεάζεται και από την απασχόληση των καταναλωτών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έχουν πρόθεση να διαθέσουν «τα επιπλέον» χρήματα για την καλύτερη ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας. Επειδή το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή είναι θετικό και η πρόθεση πληρωμής αυξάνεται για τους μισθωτούς του δημοσίου και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι 1%.

Επιπλέον, οι καταναλωτές που θα ήθελαν να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για την εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο, είναι πρόθυμοι να διαθέσουν περισσότερα χρήματα για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Στη συνέχεια παρατηρείται ότι οι καταναλωτές που δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας όπως η εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο, οι δαπάνες για φάρμακα, οι επισκέψεις σε ιατρούς τόσο συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό ταμείο και όσο και σε ιδιώτες, σε μια αύξηση του εισοδήματος τους κατά 400 ευρώ, θα ήταν πρόθυμοι να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, η μεταβλητή που εκφράζει αν ο καταναλωτής είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου επηρεάζει αρνητικά την πρόθεση πληρωμής.

Το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου, το ασφαλιστικό ταμείο, η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια και η χαμηλή ικανοποίηση των καταναλωτών από αυτό, η αδυναμία κάλυψης των διαγνωστικών εξετάσεων και της εισαγωγής σε ιδιωτικό νοσοκομείο είναι παράγοντες που δεν επηρεάζουν τους καταναλωτές να διαθέσουν τα επιπλέον χρήματα για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση η οποία ξεκίνησε το 2007 στις ΗΠΑ και το 2008 στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στη χώρα μας, θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές περιόδους της διεθνούς οικονομίας. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής κρίσης, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Το εισόδημα του καταναλωτή έχει δεχθεί σημαντική μείωση και οι καταναλωτικές τους προτιμήσεις έχουν διαφοροποιηθεί και έχουν επικεντρωθεί στην κάλυψη βασικών αναγκών.

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη συμπεριφορά καταναλωτή και της οικογένειας τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά. Οι στάσεις και τα καταναλωτικά πρότυπα έχουν μεταβληθεί με μεγάλο βαθμό με τους οικονομικούς περιορισμούς, τη φορολογία και την αύξηση των τιμών των αγαθών. Οι οικονομικοί παράγοντες όπως η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η μείωση ή η απώλεια εισοδήματος έχουν επηρεάσει σημαντικά και το επίπεδο υγείας του καταναλωτή. Οι ψυχολογικοί παράγοντες κατά συνέπεια όπως το άγχος, η φτώχεια, ο μη ικανοποιητικός μισθός και η μη επιθυμητή θέση εργασίας σε συνδυασμό με τις εξαρτήσεις έχουν επιφέρει δυσμενείς συνέπειες σε προσωπικό όσο και κοινωνικό επίπεδο.

Στην ελληνική καταναλωτική κοινωνία η οικονομική κρίση αποτυπώνεται με τις στάσεις και τις απόψεις των καταναλωτών και για τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα με τις επισκέψεις σε ιατρούς και σε νοσοκομεία παρατηρείται ότι οι δαπάνες υγείας δεν αφορούν προληπτικές εξετάσεις αλλά εξετάσεις για κάποια ασθένεια ή για χρήση φαρμάκων. Το επίπεδο υγείας χαρακτηρίζεται καλό αλλά τα ποσοστά του άγχους και της ανασφάλειας είναι υψηλά.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμπεραίνουμε ότι σχετικά με το ύψος των δαπανών για επισκέψεις σε ιατρούς αποδεικνύεται ότι η ηλικία είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα, το συνολικό ύψος της δαπάνης για ιατρούς αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας των καταναλωτών. Είναι γεγονός ότι ο καταναλωτής ανήκει στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες, τότε η νοσηλεία δεν απαιτεί μόνο

μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε ιατρούς ή νοσοκομεία, αλλά υψηλή ιατρική τεχνολογία και συνοδεύεται με παραμονή σε ιατρικές μονάδες θεραπείας και με αντίστοιχη κατανάλωση δαπανηρών φαρμάκων.

Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιατρούς, καθώς οι πτυχιούχοι ΑΕΙ / ΤΕΙ δαπανούν περισσότερα χρήματα για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με πτυχίο ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δαπανούν για επισκέψεις σε ιατρούς. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, έχουν ψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Το μορφωτικό επίπεδο βοηθά τον καταναλωτή να εκτιμά την κατάσταση της ασθένειας του με αποτέλεσμα να επισκέπτεται ιατρούς εξειδικευμένων ειδικοτήτων. Η τιμή επίσκεψης των εξειδικευμένων ιατρών τις περισσότερες φορές είναι διπλάσια σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες.

Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας γιατί όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων με χρόνια πάθηση τόσο αυξάνονται και οι δαπάνες υγείας. Εάν ο καταναλωτής πάσχει από μια χρόνια ασθένεια είναι λογικό να επισκέπτεται συχνά ιατρούς. Η χρονιότητα και η σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς και η γενικότερη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, συνεπάγεται και αύξηση των δαπανών υγείας.

Ο τόπος διαμονής ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία. Μάλιστα, οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για υγεία. Επιπρόσθετα, οι ήδη χρήστες υπηρεσιών υγείας των Αθηνών έχουν κατά μέσο όρο 9,7% υψηλότερες δαπάνες για τις επισκέψεις σε ιατρούς. Η μεταβλητή του τόπου διαμονής συνδυάζεται με το διαθέσιμο χρόνο που έχει ο καταναλωτής για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και με τη διαθεσιμότητα των φορέων υπηρεσιών υγείας που έχει η περιοχή της μόνιμης κατοικίας του. Οι κάτοικοι των κεντρικών περιοχών της Αθήνας έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και λόγω απόστασης και λόγω ύπαρξης πολλών υπηρεσιών υγείας στο κέντρο της Αθήνας.

Το ασφαλιστικό ταμείο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις δαπάνες επισκέψεων και οι ασφαλισμένοι του δημοσίου δαπανούν λιγότερα χρήματα και έχουν μικρότερη πιθανότητα για

δαπάνες υγείας. Η παρεχόμενη ασφάλεια του δημοσίου ικανοποιεί τον καταναλωτή, δεν αυξάνει την ιδιωτική δαπάνη και δεν επιβαρύνει το εισόδημα του νοικοκυριού.

Επίσης, όσο αυξάνεται ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού, τόσο μειώνονται οι δαπάνες υγείας. Τα μεγαλύτερα νοικοκυριά έχουν μικρότερη πιθανότητα να επισκέπτονται τους ιατρούς. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για υγεία, έχουν λιγότερες δαπάνες για ιατρούς.

Σχετικά με τις ιδιωτικές δαπάνες και ειδικά για την περίπτωση της άτυπης πληρωμής τα ποσοστά καταβολής άτυπης πληρωμής στους καταναλωτές τόσο στον ιδιωτικό όσο στο δημόσιο τομέα είναι ιδιαίτερα υψηλά. Συγκεκριμένα, το ποσοστό της άτυπης πληρωμής παρατηρείται ότι είναι πιο υψηλό στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με το δημόσιο τομέα. Οι λόγοι που ο καταναλωτής κατέβαλε άτυπη πληρωμή ήταν κυρίως από αίτημα των ιατρών, με σκοπό να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης. Σημαντικό όμως είναι το ποσοστό των καταναλωτών που κατέβαλαν άτυπη πληρωμή με δική τους πρωτοβουλία τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα.

Επίσης, η πιθανότητα ο καταναλωτής να καταβάλει άτυπη πληρωμή επηρεάζεται από το επάγγελμα, την ηλικία, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου, από τα λεπτά τις ώρες και τις ημέρες αναμονής της αναζήτησης της υπηρεσίας. Σχετικά με το είδος της απασχόλησης παρατηρείται ότι ασκεί θετική επίδραση στις άτυπες πληρωμές. Είναι πιθανότερο λοιπόν ο καταναλωτής που απασχολείται στο δημόσιο να καταβάλει άτυπη πληρωμή σε σχέση με έναν καταναλωτή που είναι μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα και με έναν αυτοαπασχολούμενο.

Επίσης, όταν ο καταναλωτής επισκέπτεται το νοσοκομείο αυξάνεται και η πιθανότητα να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Αντίθετα οι καταναλωτές που επισκέπτεται ένα ιδιώτη ιατρό είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλουν άτυπη πληρωμή. Όπως ήταν αναμενόμενο οι μέρες, οι ώρες και τα λεπτά αναμονής επηρεάζουν την άτυπη πληρωμή καθώς αυξάνουν την πιθανότητα να καταβάλει ο καταναλωτής άτυπη πληρωμή.

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα όταν αυξάνεται η ηλικία του ερωτώμενου είναι λιγότερο πιθανό να καταβάλει άτυπη πληρωμή. Επιπρόσθετα οι παράγοντες όπως η ύπαρξη χρόνιας

ασθένειας καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου αλλά δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες για τις άτυπες πληρωμές.

Σχετικά με την πιθανότητα να καταβάλουν άτυπη πληρωμή οι καταναλωτές έπειτα από αίτημα ιατρών τα αποτελέσματα είναι παρόμοια. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι επηρεάζεται από το επάγγελμα, την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου και από την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Αντίθετα, οι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου καθώς και τα λεπτά, οι ώρες και οι μέρες αναμονής δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την καταβολή άτυπης πληρωμής έπειτα από αίτημα ιατρών.

Η κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού επηρεάζεται από το φύλο καθώς οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανότερο να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο γυναικείος πληθυσμός εκδηλώνει μεγαλύτερη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας άρα είναι αναμενόμενο οι άνδρες να μην καταναλώνουν τόσο συχνά φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες.

Παρατηρείται επίσης ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα με τη συνταγή ιατρού. Το ίδιο αποτέλεσμα έχει και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, η οποία επηρεάζει θετικά την κατανάλωση φαρμάκων.

Αντίθετα το επίπεδο της υγείας φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού. Ο τρόπος ζωής του καταναλωτή, το κοινωνικό περιβάλλον, οι αντιλήψεις του για την υγιεινή ζωή, οι γνώσεις για τη σημασία των προληπτικών εξετάσεων επιδρούν θετικά στο επίπεδο της υγείας του και επηρεάζουν άμεσα και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Όσο πιο καλό είναι το επίπεδο υγείας του καταναλωτή τόσο μικρότερη πιθανότητα έχει για ασθένεια ή ατύχημα με αποτέλεσμα τη μειωμένη κατανάλωση φαρμάκων με ιατρική συνταγή.

Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την κατανάλωση φαρμάκων καθώς οι καταναλωτές που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα με συνταγή ιατρού, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Ο καταναλωτής με υψηλό μορφωτικό επίπεδο εκτιμά τους κινδύνους που αφορούν την υγεία του, προσέχει τη διατροφή του, ασκείται συχνά και γενικά έχει υψηλό επίπεδο διαβίωσης. Επίσης, πηγαίνει έγκαιρα στους

φορείς υπηρεσιών υγείας αποφεύγοντας μια πιθανή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του και μιας πιθανής φαρμακευτικής αγωγής.

Στη συνέχεια η κατανάλωση φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο και την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Συγκεκριμένα οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώσουν φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες, όπως και στη συνταγογράφηση των φαρμάκων. Επίσης, η πιθανότητα να καταναλώσουν φάρμακα, κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες χωρίς τη συνταγή ιατρού, είναι μικρότερη όταν οι καταναλωτές είναι απόφοιτοι ΑΕΙ / ΤΕΙ. Παρατηρείται επίσης ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα ο καταναλωτής να αγοράζει φάρμακα χωρίς τη συνταγή ιατρού. Γεγονός που αποδεικνύει ότι οι μεγάλες ηλικιακές ομάδες είναι πιθανό να καταναλώνουν φάρμακα και χωρίς τη συνταγή ιατρού.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας υγείας από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΗΣ) με το υπόδειγμα της παρούσας έρευνας (CB) παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν διαφορές ως προς την κατανάλωση φαρμάκων με ιατρική συνταγή τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Στην καταναλωτή φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, το επίπεδο υγείας στο πρώτο μοντέλο (ΕΗΣ) δεν βρέθηκε στατικός σημαντικός παράγοντας αντίθετα στο μοντέλο παλινδρόμησης της παρούσας έρευνας είναι σημαντικός παράγοντας (CB). Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με καλύτερο επίπεδο υγείας έχουν λιγότερη πιθανότητα να χρησιμοποιήσουν φάρμακα με συνταγή ιατρού σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν ότι το επίπεδο υγείας τους δεν είναι καλό. Παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο της υγείας, η πιθανότητα για κατανάλωση φαρμάκων χωρίς τη συνταγή ιατρού μειώνεται. Παρόλα αυτά όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο μοντέλα.

Για τους προσδιοριστικούς παράγοντες του ύψους των φαρμάκων, αρχικά παρατηρείται ότι ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού επηρεάζει τις δαπάνες για φάρμακα. Αναλυτικότερα οι καταναλωτές που έχουν μεγάλα νοικοκυριά δεν δαπανούν φάρμακα. Επιπρόσθετα τα πολυμελή νοικοκυριά που έχουν θετικές δαπάνες για φάρμακα, έχουν λιγότερες δαπάνες για φάρμακα. Το φύλο επίσης επηρεάζει τις δαπάνες υγείας καθώς οι άνδρες δαπανούν λιγότερα χρήματα για φάρμακα σε σχέση με τις γυναίκες. Η ηλικία έχει αρνητική σχέση με το ύψος των δαπανών για φάρμακα και αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες υγείας. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι νέοι έχουν χαμηλότερες δαπάνες για

φάρμακα σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Ένας ακόμη παράγοντας είναι ο τόπος διαμονής που ασκεί ισχυρή επίδραση στις δαπάνες των καταναλωτών για υγεία. Οι καταναλωτές που διαμένουν όσο πιο κοντά στο κέντρο της Αθήνας τόσο αυξάνουν τις δαπάνες για φάρμακα. Επίσης, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με μεταπτυχιακό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν φάρμακα. Η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης εκτιμήθηκε επίσης στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τις δαπάνες για φάρμακα. Δηλαδή οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα. Συγκεκριμένα οι καταναλωτές με ασφάλιση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώσουν φάρμακα. Επιπρόσθετα, οι εν λόγω καταναλωτές που έχουν ήδη θετικές δαπάνες για φάρμακα, έχουν υψηλότερες δαπάνες για τα φάρμακα. Τέλος, το ύψος του ατομικού μηνιαίου εισοδήματος έχει θετική σχέση με τις δαπάνες για φάρμακα και παρατηρείται ότι η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για φάρμακα.

Σχετικά με το ύψος των δαπανών για φάρμακα, ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού είναι στατιστικά σημαντικός και έχει αρνητική επίδραση στο ύψος των δαπανών για φάρμακα. Επίσης, οι άνδρες εξακολουθούν και έχουν λιγότερες δαπάνες ακόμη και όταν στα πιο υψηλά ποσοστά των δαπανών για φάρμακα. Η ηλικία παρατηρείται ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική όταν το ύψος των δαπανών είναι μεγάλο. Επίσης, όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα μέχρι και το 75% των συνολικών δαπανών, αυξάνεται και το ύψος των δαπανών για φάρμακα. Τέλος, οι καταναλωτές με ιδιωτική ασφάλιση δαπανούν περισσότερα χρήματα για φάρμακα.

Σχετικά με τη πρόθεση πληρωμής σε μια ενδεχόμενη αύξηση του εισοδήματος κατά 400 ευρώ τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο αποδεικνύεται πως είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα οι άνδρες δεν έχουν πρόσθεση για να διαθέσουν τα «επιπλέον» χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο του καταναλωτή η ύπαρξη των παιδιών στην οικογένεια, το ασφαλιστικό ταμείο και η χαμηλή ικανοποίηση των καταναλωτών από αυτό, η αδυναμία κάλυψης των διαγνωστικών εξετάσεων και της εισαγωγής σε ιδιωτικό νοσοκομείο είναι παράγοντες που επηρεάζουν τους καταναλωτές να διαθέσουν τα επιπλέον χρήματα για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Οι καταναλωτές που έχουν παιδιά είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο

σημαντικότητας 5%. Επίσης, η μεταβλητή που εκφράζει αν ο καταναλωτής είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου επηρεάζει αρνητικά την πρόθεση πληρωμής.

Η πρόθεση πληρωμής για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας των «επιπλέον» χρημάτων επηρεάζεται και από την απασχόληση των καταναλωτών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται στο δημόσιο τομέα έχουν πρόθεση να διαθέσουν «τα επιπλέον» χρήματα για την καλύτερη ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, οι ασφαλισμένοι του δημοσίου έχουν πρόθεση να καταβάλουν επιπλέον χρήματα για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου EQ-5D που βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του συμπεραίνονται ότι μπορεί ο καταναλωτής να αισθάνεται πολύ καλά σωματικά, αλλά η πέμπτη διάσταση που αφορά τα υψηλά ποσοστά του άγχους-κατάθλιψης δείχνει ότι η ψυχική του κατάσταση δεν είναι πολύ καλή. Τα υψηλά ποσοστά του άγχους και της κατάθλιψης δεν αφορούν απαραίτητα λόγους υγείας αλλά κυρίως οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Όλα τα ανωτέρω σχετίζονται αφενός με την οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων και των ιατρών λόγω της χαμηλής χρηματοδότησης και των περικοπών των ανθρώπινων και υλικών πόρων, αφετέρου δε και από την μείωση του οικογενειακού εισοδήματος ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Με δεδομένη την παρούσα οικονομική κατάσταση των καταναλωτών παρατηρείται ότι οι αυξημένες δαπάνες για φάρμακα αποτελούν παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την καταναλωτική συμπεριφορά όχι μόνο ενός μέλους ενός νοικοκυριού αλλά όλης της οικογένειας. Η καταβολή άτυπης πληρωμής είναι ένα φαινόμενο παραοικονομίας με σοβαρές επιπτώσεις στα έσοδα του κράτους και στα έξοδα του καταναλωτή και κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ο ρόλος του ασφαλιστικού ταμείου, οι παροχές του προς τους ασφαλισμένους και η χρηματική διευκόλυνση που έχει για τον καταναλωτή είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για τη μείωση των δαπανών υγείας και για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Επίσης η πρόθεση πληρωμής για την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας των «επιπλέον» χρημάτων κυρίως, από άτομα που δυσκολεύονται να ανταποκριθούν οικονομικά, δείχνει ότι ο καταναλωτής επιθυμεί τη βέλτιστη κατάσταση για την υγεία του.

Με δεδομένη την παρούσα οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα, η μελέτη της καταναλωτικής συμπεριφοράς των δαπανών υγείας αποτελεί ζήτημα ιδιάζουσας σημασίας για τη διαμόρφωση πολιτικής στον τομέα της υγείας. Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να διευκολύνουν στην κατανόηση της καταναλωτικής συμπεριφοράς. Η τρέχουσα οικονομική κατάσταση της χώρας μας κάνει ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης των παραγόντων της συμπεριφορά των καταναλωτών κυρίως για την υιοθέτηση οικονομικοκοινωνικών πολιτικών. Οι πολιτικές πιο ήπιας δημοσιονομικής προσαρμογής, η μείωση της παραοικονομίας, η στελέχωση και η αναβάθμιση του ιατρικού εξοπλισμού των υπηρεσιών υγείας είναι μερικά μόνο μέτρα που έχουν προτείνει οι επιστημονικοί κύκλοι. Οι οικονομολόγοι υγείας τονίζουν ότι θα πρέπει να υπάρξει άμεσα «αποσυμφόρηση» του συστήματος υγείας και πρέπει να τεθεί υποχρεωτικά η προαγωγή της πρόληψης στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Εν κατακλείδι, η πρόληψη και η υιοθέτηση ενός υγιεινού προτύπου συνθηκών διαβίωσης μέσα από την ΠΦΥ και την αυτοφροντίδα θα διασφαλίσει την καλύτερη ποιότητα ζωής του καταναλωτή και της ανάπτυξη της κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ξενόγλωσση:

- Abel - Smith, B., (1992), *Cost Containment and New Priorities in Health Care*, Avebury, London.
- Abel - Smith, B., (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. London: Logman.
- Adhikari, R. Maskay, N. and B. Sharma, (2009), Paying for hospital-based care of Kala-azar in Nepal: assessing catastrophic, impoverishment and economic consequences. *Health Policy and Planning*, 24 (2), pp. 129–139.
- Alam, K. and A. Mahal, (2014), The economic burden of Angina on households in South Asia. *BMC Public Health*, 14 (1) pp. 179–190.
- Aligon A., and M. Grignon, (1999), Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis ; *Les cahiers du GRATICE*, 15, pp. 213-42.
- Allin, S. Davaki, K. and E. Mossialos, (2006), Paying for “free” health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. *Global Corruption Report*. Special focus-corruption and health. London UK: Pluto, pp. 63–70.
- Almarsdottir, A. B., J. M. Morgall and A. Grimsson, (2000), Cost containment of pharmaceutical use in Iceland: the impact of liberalization and user charges. *Journal of Health Services Research and Policy*, 5 (2), pp. 109-113.
- Almeida, G. and F.M. Sarti, (2013), Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33 (2), pp. 83–89.

- Alter, D.A., Naylor, C.D., Austin, P. and J.V. Tu, (1999), "Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction". *New England Journal of Medicine*, 341, pp. 1359-1367.
- Andersen, MR. (1995), Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), pp. 1–10.
- Anderson, JG. and DE. Bartkus, (1973), Choice of medical care: a behavioral model of health and illness behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 14 (4), pp. 348–362.
- Andrews, LB, Stocking, C. Krizek, T. Gottlieb, L. Krizek, C. Vargish, T. and M. Siegler (1997), An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 349 (9048), pp. 309-13.
- Auvray L., S. Dumesnil and P. Le Fur (2001), Sante soins et protection sociale en 2000. *Rapport and annexes*. Paris, CREDES
- Balabanova, D. and M. McKee, (2002), Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62 (3), pp. 243–273
- Balasubramanian, D. Prinja, S. and A.K. Aggarwal, (2015), Effect of user charges on secondary level surgical care utilization and out-of-pocket expenditures in Haryana State, India, *PLOS ONE*, 10 (5), pp. 1-15
- Beazoglou, T. Heffley, D. and J. Kyriopoulos, (1998), Human resources supply and cost containment in the health system. Athens: Exandas.
- Bell, E. and A. Bryman, (2003), Business research methods, Oxford University Press, Oxford.
- Belli, P. Gotsadze, G. and H. Shahriari, (2004), Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70 (1), pp. 109–123.

- Belli, P. Gotsadze, G. and H. Shahriari, (2004), Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70, pp. 109–23.
- Ben-Shlomo, Y. and N. Chaturvedi, (1995), Assessing Equity in Access to Health Care Provision in the UK: does where you live affect your chances of getting a coronary artery bypass graft?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49, pp. 200-204.
- Blendon R., Kim M., and J. Benson, (2001), The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 20 (3), 2001.
- Blendon, R. Kim, M. and J. Benson, (2001), The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs (Millwood)*, 20 (3), pp. 10–20.
- Blumenschein, K. and M. Johannesson, (1996), Incorporating quality of life changes into economic evaluations of health care: An overview. *Health Policy*. 36, pp. 155–166.
- Boaz, R.F., (1979), Utilization review and containment for hospital utilization: some implications of providing care in the "most appropriate setting". *Medical Care*. 17 (4), pp.: 315-330.
- Borrás J.M., (1994), Utilization of health services, *Gaceta Sanitaria*. 8 (40), pp. 30-49.
- Brennan, TA. Leape, LL. Laird, NM. Hebert, L. Localio, AR. Lawthers, AG. Newhouse, JP. Weiler, PC, and HH. Hiatt, (1991), Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*. 324 (6), pp. 370-376.
- Bunker, J.P., (1970), Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales. *New England Journal of Medicine*. 282, pp. 135–144.

- Burns, L.R., and D.R. Wholey, (1992), The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *Journal of Health Economics*. 11 (1), pp. 43-62.
- Burns, L.R., Chilingirian, J. A. and D. R Wholey, (1994), The effect of physician practice organization on efficient utilization of hospital resources. *Health Services Research*. 29 (5), pp. 583-603.
- Callahan, D., (1973), Bioethics as a discipline, *Studies - Hastings Centet*. 1 (1), pp. 66-73.
- Carr - Hill, R. and G. Dalley, (1999), Estimating Demand Pressures Arising from Need for Social Services for Older People. The university of York. Centre for health economics, pp. 7 - 13.
- Casparie, A.F., (1996), The Ambiguous Relationship between Practice Variation and Appropriateness of Care: An Agenda for Further Research. *Health Policy*. 35 (3), pp. 247–265.
- Chalkley, M. and R. Robinson, (1997), Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: An Economic Perspective. London: Office of Health Economics.
- Chang, C. Tseng, T. and A. Woodside, (2013), Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions' influences on hospital loyalty. *Journal of Services Marketing*. 27, pp. 91–103.
- Chawla, M. Berman, P. and D. Kawiorska, (1998), Financing health services in Poland, new evidence on private expenditures. *Health Economics*. 7, pp. 337–346.
- Christiansen, T. Lauridsen, J. and F. Kamper-Jorgensen, (2002), Demand for private health insurance and demand for health care privately and non-privately insured in Denmark. University of Southern Denmark, *Health Economics Paper 2002 : 1*, University of Southern Denmark.

- Creese, A., (1991), User charges for health care: a review of recent experience, *Health Policy and Planning*. 6 (4), pp. 309-319.
- Cylus, J. Mladovsky, P. and M. McKee, (2012), Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Services Research*. 47 (6) pp. 2204–2224.
- Daniilidou, N.V., Economou, H., Zavras, D., Kyriopoulos, J. and E. Georgoussi, (2003), Health and Social Care in Aging Population: an Integrated Care Institution for the Elderly in Greece, *International Journal of Integrated Care*. 3, pp. 1 -10.
- Davaki, K. and E. Mossialos, (2005), Plus ca Change: Health Sector Reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 30 (1), pp. 143-167.
- Deb, P. and P. Trivedi, (1997), Demand for Medical Care by the Elderly: a Finite Mixture approach, *Journal of Applied Econometrics*. 12, pp. 313 – 336.
- Dercon, S. and P. Krishnan, (2000), In sickness and in health: risk-sharing within households in rural Ethiopia. *Journal of Political Economy*. 108 (4), pp. 688–727.
- Dimova, A. Rohova, M. Moutafova, E. Atanasova, E. Koeva, S. Panteli, D. et al., (2012), Bulgaria. Health system review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies. 14 (3), pp. 1–186.
- Dixon, A. and E. Mossialos, (2000), Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?. *International Social Security Review*, 53 (4), pp 49-78.
- Docteur, E. and H. Oxley, (2003), Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Papers.
- Economou, C. and C. Giorno, (2009), Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 722 OECD Publishing, Paris.

- Economou, C. Kaitelidou, D. Kentikelenis, A. Sissouras, A. and A. Maresso, (2014), The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece. *WHO/European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen. pp. 1–60.
- Dourgnon, P. and C. Sermet, (2002), La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? Rapport n° 511 (biblio n° 1380), CREDES – Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé.
- Ekwochi, U. Osuorah, D.C. Ndu, I.K. Ezenwosu, O.U. Amadi O.F, Nwokoye, I.C. and O. I. Odetunde, (2014), Out-of-pocket cost of managing sick newborns in Enugu, southeast Nigeria. *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 2004 (6), pp. 29–35.
- Ellul, R., Darmanin M., Cordina A., Buhagiar A., Fenech, and J. Mifsud, (2009), An analysis of gender differences in self-reported health, use of medicines and access to information sources about medicines among adolescents, *International journal of adolescent medicine and health*. 21 (4), pp. 591-600.
- Elofsson, S. Unden, A. L. and I. Krakau, (1998), Patient charges –hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care. *Social Science & Medicine*. 46 (10), pp. 1375-80.
- Ensor, T., (2004), Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58 (2), pp. 237–246.
- Eurobarometer, (1998), Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey. European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- EuroQol Group, (1990), EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*.16 (3), pp.199-208.
- Eurostat, (2015), Eurostat database. Statistics by theme: health care expenditure <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

- Eurostat, (2012), Eurostat database. Statistics by theme: health care expenditure.
- Evans, RG. (2002), Financing health care: taxation and the alternatives. *Funding Health Care: Options for Europe*. Vol. 1, Philadelphia: European Observatory on Health Care Systems Series, 2002, pp. 31–58.
- Evashwick, C. Rowe, G. Diehr, P. and L. Branch, (1984), Factors Explaining the Use of Healthcare Services by the Elderly. *Health Service Research*. 19 (3), pp. 357 – 382.
- Ewelukwa, O. Onoka, C. and O. Onwujekwe, (2013), Viewing health expenditures, payment and coping mechanisms with an equity lens in Nigeria. *BMC Health Services Research*. 13 (87), pp. 1-9.
- Fabbri, D. and C. Monfardini, (2002), Public VS Private Health Care Services Demand in Italy. *Giornale degli Economisti e Annali di Economia*. 62, pp. 93 – 123.
- Fahs, M. C., (1992), Physician response to the United Mine Workers’ cost-sharing programme: the other side of the coin. *Health Services Research*. 27 (1), pp. 25-45
- Fanourgiakis, J. and E. Kanoupakis, (2014), Catastrophic healthcare expenditure during economic recession in the field of cardiovascular diseases. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 14 (1), pp. 5–8
- Faulkner, L.A., and H.H., Schauffler, (1997), The effect of health insurance coverage on the appropriate use of recommended clinical preventive services, *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (6), pp. 453-458.
- Feldstein, M., (1971), Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics. *American Economic Review*, 61 (5), pp. 853-872.
- Gaal, P. and M. McKee, (2005), Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine* 60, pp. 1445–57.

- Gaal, P. Belli, P. C. McKee, M. and M. Szócska, (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 31 (2), pp. 251-293.
- Garfield, S. Smith, F. Francis, S.A. and C. Chalmers, (2007), Can patients' preferences for involvement in decision-making regarding the use of medicines be predicted? *Patient Education and Counseling*, 66 (3), pp. 361-367.
- Gladwell, M. (2005), The Moral-Hazard Myth. The bad idea behind our failed health-care system. *Dept. of Public Policy*.
- Goranitis, I. Siskou, O. and L. Liaropoulos, (2014), Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy*. 117 (3), pp. 279–284.
- Gotsadze, G. Zoidze, A. and N. Rukhadze, (2009), Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research.*, 9 (69), pp. 1–9.
- Goudge, J. Russell, S. Gilson, L. Gumedde, T. Tollman, S. and A. Mills, (2009), Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development*. 21 (2), pp. 231-251.
- Grossman, M. (1972), On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*. 80 (2), pp. 223–255.
- Grossman, M., (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, 80 (2), pp. 223 – 255.
- Habbani, K., Groot, W., and I. Jelovac (2006), Household health –seeking behaviour in Khartoum, Sudan: The willingness to pay for public health services if these services are of good quality, *Health Policy*. 71, pp. 140-158.

- Hamilton, Df. Lane, Jv. Gaston, P. Patton, Jt. Macdonald, D. Simpson, Ah. et al. (2013), What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. *BMJ Open*, 3.pii:e002525.
- Hammitt, Jk., (2002), QALYs versus WTP. *Risk Analysis*. 22, pp. 985–1001.
- Hanlon, P. Walsh, D. Whyte, B. W. Scott, S.N. Lightbody, P. and M. L. Gilhooly, (1998), Hospital use by an aging cohort: an investigation into the association between biological, behavioral and social risk markets and subsequent hospital utilization. *Journal of Public Health Medicine*. 20 (4), pp. 467-476.
- Hansen, H.,C.H Jensen, and N. K. Rasmussen, (1991), The distribution effects of the Danish 800 crown rule: preliminary results of the DIKE study: *Ugeskr Laeger* 153 (20), pp 1436-1437.
- Hetemaa, I. Keskimäki, I, Manderbacka, K. Leyland, A.H. and S. Koskinen, (2003), How Did the Recent Increase in the Supply of Coronary Operations in Finland Affect Socio-economic and Gender Inequity in their Use?, *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57, pp. 178–185.
- Hills, J. (2000), Taxation for the Enabling State, CASE Discussion Paper No. 41. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.
- Ifanti, A.A. Argyriou, A.A. Kalofonou, F.H. and H.P. Kalofonos, (2013), Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*. 113 (1-2), pp. 8–12.
- Joglekar, R. (2012), Can insurance reduce catastrophic out-of-pocket health expenditure? *Indira Gandhi Institute of Development Research (IGIDR)* available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1181694

- Johannesson, M. and B. Jönsson, (1991), Economic evaluation in health care: Is there a role for cost-benefit analysis?. *Health Policy*. 17, pp. 1–23.
- Jourdain, A., (2000), Equity of a health system. *European Journal of Public Health*. 10 (2), pp. 138-142.
- Kaitelidou, D. and M. Theodorou, (2003), Cost Sharing in Greece. *Paper for the European Observatory on Health Care Systems / LSE Health and Social Care*, Athens.
- Kaitelidou, D. and E. Kouli, (2012), The health sector in Greece has been severely affected by the economic crisis, raising concerns for the future of the Greek health system. *LSE European Politics and Policy (EUROPP) Blog*, London available at: <http://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2012/07/20/greek-health-system/>
- Kaitelidou, D. Tsirona, C. Galanis, P. Siskou, O Mladovsky, P. Kouli, E. Prezerakos et al., (2012), Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 109 (1), pp. 23–30.
- Kanavos P., and E., Mossialos (1999), International comparisons of health care expenditures: what we know and what we do not know, *Journal of Health Services Research and Policy*. 4 (2), pp 122-126.
- Kankeu, H.T. Saksena, P. Xu, K. and D.B. Evans, (2013), The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*. 11 (31), pp. 1-12.
- Kasje W.N., J.W. Timmer, P. M Boendermaker and F. M. Haaijer-Ruskamp, (2002), Dutch GPs perceptions: the influence of out of pocket costs on prescribing. *Social Science & Medicine*. 55 (9), pp. 1571-1578.
- Kasper, J. A. and R. Wilson, (1983), Use of prescribed medicines: a proxy indicator of access and health status, *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 13 (3), pp. 433-442.

- Kentikelenis, A. Karanikolos, M. Papanicolas, I. Basu, S. McKee, M. and D. Stuckler, (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 378 (9801), pp. 1457–1458.
- Kondilis, E. Gavana, M. Giannakopoulos, S. Smyrnakis, E. Dombros, N. and A. Benos, (2011), Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Services Research*. 11 (234), pp. 1-11.
- Kronenberg, C. and P.P. Barros, (2013), Catastrophic healthcare expenditure – drivers and protection: the Portuguese case. *Health Policy*. 115 (1), pp. 44–51
- Kwesiga, B. Zikusooka, C.M and J.E. Ataguba, (2015), Assessing catastrophic and impoverishing effects of health care payments in Uganda. *BMC Health Services Research*. 15 (30), pp. 1-6.
- Kwon, S. (2011), Health care financing in Asia: key issues and challenges Asia Pacific. *Journal Public Health*. 23 (5) pp. 651–661.
- Lahana, E., Pappa, E. and D. Niakas, (2011), Do Place of Residence and Ethnicity Affect Health Services Utilization?, *International Journal for Equity in Health*. 10, pp. 3 – 11.
- Lang, T. Davido, A. Diakité, B. Agay, E. Viel, J. F. and B. Flicoteaux, (1997), Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology*. 13, pp. 223-228.
- Laokri, S. Dramaix-Wilmet, M. Kassa, F. Anagonou, S. and B. Dujardin, (2014), Assessing the economic burden of illness for tuberculosis patients in Ben determinants consequences of catastrophic health expenditures F inequities. *Tropical Medicine International Health*. 19 (10), pp. 1249–1258.

- Lagasse, RS. Steinberg, ES. Katz, RI. and AJ. Saubermann, (1995), Defining quality of perioperative care by statistical process control of adverse outcomes. *Anesthesiology*. 82 (5), pp. 1181-1188.
- Leape, LL. (1994), Error in medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 272 (23), pp. 1851-1857.
- Lave J., Lave L., and L.P., Silverman, (1972), Hospital Cost Estimation Controlling for Case Mix, *Applied Economics*. 3, pp. 168 – 180.
- Leive, A. and K. Xu, (2008), Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of World Health Organization*. 86 (11), pp. 849–856.
- Lewis, M. (2002), Informal health payments in central and Eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implication in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care System Series, Open University Press, Buckingham Buckingham Philadelphia. pp. 184-205.
- Lewis, M. (2007), Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*. 26 (4) pp. 984-997.
- Liaropoulos L., and D. Kaitelidou (1998), Changing the Public-Private Mix: AN Assessment of the Health Reforms in Greece, *Health Care Analysis*. 6, pp. 277-285.
- Liaropoulos L., and E. Tragakes, (1998), Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity, *Health Policy*. 43, pp. 153-169.
- Liaropoulos, L. Siskou, O. Kaitelidou, D. Theodorou, M. and T. Katostaras, (2008), Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 87 (1), pp. 72–81.

- Lindelow, M. and A. Wagstaff, (2005), Health shocks in China: are the poor and uninsured less protected? Policy Research Working Paper No 3740, World Bank.
- Louckx, F. Vanroelen, C. and M. Beck, (2001), Socio-economic differences in health and access to health care. *Archives of Public Health*. 59, pp. 239-263.
- Lundberg, L. Johannesson, M. Isacson, D.G.L. and L. Borgquist, (1998), Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy*. 44 (2), pp. 123-134.
- Majo, M.C. and A. van Soest, (1979), Income and Health Care Utilization Among the 50+ in Europe and the US. pp. 11 – 12.
- Malik, M.A. and S.I. Azam, (2012), Socio-economic determinants of household out-of-pocket payments on healthcare in Pakistan. *International Journal for Equity in Health*. 11 (51), pp. 1-7.
- Marmot, M. Friel, S. Bell, R. Houweling, TA, and S. Taylor, (2008), Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 372, pp. 1661–1669.
- Mathauer, I. and F. Wittenbecher, (2013), Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 91 (10) pp. 746A–756A.
- Mendosa-Sassi, R. and J.U. Beria, (2001), Health Services utilization: a systematic review of related factors, *Cadernos de Saúde Pública*. 17 (4), pp. 819-832.
- Merlis, M. Gould, D. and B. Mahato, (2006), Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets. *Commonwealth Fund*.
- Mielek, A. Kiess, R. Knesebeck, O. Stirbu, I. and E. Knust, (2009), Association between Forgone Care and Household Income among the Elderly in Five Western European

Countries – Analyses Based on Survey Data from the SHARE – Study, National Center for Biotechnology Information, pp. 1 – 5.

- Misra, S. Awasthi S. Singh, J.V. Agarwal, M. and V. Kumar, (2013), Estimation of out of pocket direct and indirect medical expenditure and spending burden ratio across income quintiles in urban Lucknow, India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 1 (1), pp. 12–18.
- Mossialos, E. Allin, S. and K. Davaki, (2005), Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*.14: S, pp. 151 – S 168.
- Mossialos, E. and S. Thomson, (2002), Voluntary Health Insurance in the European Union in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care System Series, Open University Press, Buckingham Buckingham Philadelphia, pp. 128–160.
- Mossialos, E. and K. Davaki, (2002), *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forward*. London: LSE Health and Social Care.
- Moumtzoglou, A. Dafogianni, C. Karra, V. Michailidou. D. Lazarou, P. and C. Bartsocas, (2000), Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health*, 12 (4), pp,. 331–337.
- Mwabu, GM., (1986), Health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya. *Social Science & Medicine* 22(3), pp 315–9.
- Narcı, H.Ö. Şahin, İ. and H. H. Yildirim, (2014), Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. *European Journal of Health Economic*, 16 (3), pp. 255-270.
- National Board of Health and Welfare, 1997.

- Niakas D., Theodorou M., L., Liaropoulos (2005), Can Privatising Selected Services Benefit the Public Healthcare System ? The Greek Case. *Applied Health Economics Health Policy*, 4 (3), pp 153-157.
- Niakas, D. (2013), Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43 (4), pp. 597–602.
- Niakas, D. and J. Mylonakis, (2005), Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6, pp.288–295.
- Nijkamp, P. and A. Vollerling, (1992), “Estimating the Demand for Care Services by the Elderly Population: The Package Model”, pp. 3 – 27.
- Noether, M. (1988), Competition among hospitals. *Journal of Health Economics*. 7 (3), pp. 259-84.
- O’ Higgins, M. (1980), Measuring the Hidden Economy, A review of evidence and methodology, London, OCPU.
- O’Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al, (2008), Who pays for health care in Asia? *Journal Health Economics*. 27 (2), pp. 460–475.
- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (1998), OECD Economics Surveys 1997-1998, Portugal. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development.
- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2003), Private Health Insurance Draft Final Report multi center study, Paris 236
- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2004), Private Health Insurance in OECD Countries. Policy Brief, Paris: France

- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2004), Summary Record of the 6th Meeting of Experts in National Health Accounts, Paris: France

- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2005), Electronic Health Data Base, Organization for Economic Co-operation and Development, Paris: France.

- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2006)

- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), (2015), Health Data <http://dx.doi.org/10.1787/data-00544-en>

- Olsen, Ja. Smith, Rd. and A. Harris (1999), Economic theory and the monetary valuation of health care: An overview of the issues as applied to the economic evaluation of health care programs. Centre for Health Program Evaluation (CHPE), Working Paper no 82.

- Orosz E., and Morgan D., (2004), SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD Health Working Papers.

- Øvretveit, J., (2000), Total quality management in European healthcare, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (2), pp.74-80.

- Paccagnella, O. Rebba, V. and G. Weber, (2013), Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe. *Health Economics*, 22 (3), pp. 289–315.

- Papadopoulos, T. and A. Roumpakis, (2012), The Greek welfare state in the age of austerity: anti-social policy and the politico-economic crisis in Kilkey, M. Rania, G. Fornworth K. (Eds.), *Social policy review 24: analysis and debate in social policy*, 2012, Bristol, U.K. Policy Press, pp. 205–230.

- Pappadà, F. and Y. Zylberberg, (2014), Austerity plans and tax evasion: theory and evidence from Greece, No. 14.01, Université de Lausanne, Faculté des HEC, DEEP.
- Payne, N. and C. Saul, (1997), Variations in Use of Cardiology Services in a Health Authority: Comparison of Coronary Artery Revascularisation Rates with Prevalence of Angina and Coronary Mortality, *British Medical Journal*. 314 (7076), pp. 257-261.
- Persson, A. and Z. Guzelgun, (1998), Taxes, premiums, user charges: financing from the point of view of consumers. *Developments in Health Economics and Public Policy*. 7, pp. 255-272.
- Philippant D., Van Tielen R., Sturbois G., and F. Peys, (2000), Discriptive analysis of the pharmaceutical prescription evolution in the Belgian ambulatory Sector between 1986 and 1996, *Archives of Public Health*. 58, pp. 85-107.
- Polyzos, N. Karanikas, H. Thireos, E. Kastanioti, C. and N. Kontodimopoulos, (2013), Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system. *Health Policy*. 109 (1), pp. 14–22.
- Ranson, M.K., (2002), Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*. 80 (8), pp. 613–621.
- Rice, T. and K.R. Morrison, (1994), Patient cost sharing for medical services: a review of the literature and implications for health care reform, *Medical Care Review*. 51 (3), pp 235-287.
- Roos, LL. Jr. Cageorge, SM. Roos, NP. and R. Danzinger, (1986), Centralization, certification, and monitoring. Readmissions and complications after surgery. *Medical Care*. 24 (11), pp. 1044-1066.
- Roy, K. and D.H. Howard, (2007), Howard Equity in out of pocket payments for hospital care: evidence from India. *Health Policy*. 80 (2) pp. 297–307.

- Russell, S. (2004), The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71 (2), pp. 147–155.

- Ryan, M. Scott, Da. Reeves, C. Bate, A. Van Teijlingen, Er. Russell, Em. et al., (2001), Eliciting public preferences for healthcare: A systematic review of techniques. *Health Technology Assessment*. 5, pp. 1–186.

- Ryan, M. Watson, V. and M. Amaya-Amaya, (2003), Methodological issues in the monetary valuation of benefits in healthcare. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 3, pp. 717–727.

- Saksena, P. Reyburn, H. Njau, B. Chonya, S. Mbakilwa. H. and A. Mills, (2010), Patient costs for pediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*. 25 (4), pp. 328–333.

- Saksena, P. Smith, T. and F. Tediosi, (2014), Inputs for universal health coverage: a methodological contribution to finding proxy indicators for financial hardship due to health expenditure. *BMC Health Services Research*., 14 (577), pp 1-10.

- Salti, N. Chaaban, J. and F. Raad, (2010), Research Health equity in Lebanon: a microeconomic analysis. *International Journal for Equity in Health*. 9 (11), pp.1-21.

- Scheil-Adlung, X. and J. Bonan, (2013), Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: are the elderly faced with financial ruin? *International Social Security Review*. 66 (1), pp. 25–48.

- Schieber, GJ. and J.P Poulrier, (1991), International health spending: issues and trends. *Health Affairs*. 10 (3), pp. 22-38 .

- Schoenfelder, T. Klewer, J. and J. Kugler, (2011), Determinants of patient satisfaction: A study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*. 23, pp. 503–509,
- Schreyögg, J. Tiemann, O. and R. Busse, (2006), Cost accounting to determine prices: how well do prices reflect costs in the German DRG-system? *Health Care Management Science*. 9 (3), pp. 269–279.
- Seligman, M.E.P., (2008), Positive health. *Applied Psychology*, 57, pp. 3-18.
- Shieber, G.J. (ed), (1997), Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, 10-11 March 1997. Washington, DC: World Bank.
- Sibbritt, D. Adams, J. Lui, C.W. and A. Broom, (2012), Health services use among young Australian women with allergies, hayfever and sinusitis: A longitudinal analysis, *Complementary Therapies in Medicine*. 20 (3), pp. 135-142.
- Simou, E. and E. Koutsogeorgou, (2014), Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*. 115 (1-2), pp.111-119
- Siskou, O. and Ch. Gounaris, (2004), Financial Resource Allocation. Chapter in “Health Care Systems in Transition: Greece”. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe.
- Siskou, O. Kaitelidou, D. Economou, C. Kostagiolas, P. and L. Liaropoulos, (2009), Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *European Journal of Health Economics*. 10 (4), pp. 467–474.
- Siskou, O. Kaitelidou, D. Papakonstantinou, V. and L. Liaropoulos, (2008), Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*. 88 (2-3), pp. 282–293.

- Siskou, O. Kaitelidou, D. Theodorou, M. and L. Liaropoulos, (2008), Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. *Archives of Hellenic Medicine*. 25 (5), pp 663-672.
- Sissouras, A., (2014), Greek crisis fallout is an opportunity for health Bulletin World Health Organization (WHO), 92 (1), pp. 1-76.
- Smith, RD., (2003), Construction of the contingent valuation market in health care: A critical assessment. *Health Economics*. 12, pp. 609–628.
- Souliotis, K. and J. Kyriopoulos, (2003), The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2 (3), pp. 129-134.
- Souliotis, K. Golna, C. Tountas, Y. Siskou, O. Kaitelidou, D. and L. Liaropoulos, (2016), Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...*European Journal of Health Economics*. 17 (2), pp. 159-170.
- Sox, CM. Bursin, HR. Edwards, RA. O'Neil, AC. and TA. Brennan. (1998), Hospital admissions through the emergency department: does insurance status matter? *American Journal of Medicine*. 105 (6), pp. 506-512.
- Stenberg, K. Axelson, H. Sheehan, P. Anderson, I. Gülmezoglu, A.M. Temmerman, M. et al., (2014), Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework, *The lancet*. 83, (9925), pp. 1333–1354.
- Stepurko, T. Pavlova, M. Gryga, I. and W. Groot, (2010), Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments BMC. *Health Services Research*. 10 (273), pp. 1-13.
- Stuart B., and J. Grana, (1998), Ability to Pay and the Decision to Medicate, *Medical Care*. 36 (2), pp. 202-211.

- Su, T.T. Kouyaté, B. and S. Flessa, (2006), Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*. 84 (1), pp. 21–27.
- Sun, X. Jackson, S. Carmichael, G. and A.C. Sleight, (2009), Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health Economics*. 18 (1), pp. 103–119.
- Theobald, H., (2004), Care Services for the Elderly in Germany: Infrastructure, Access and Utilisation from the Perspective of Different User Groups”, ECONSTAR, The Open Access Publication Server of the ZBW, pp. 99 – 118.
- Thompson, R., Miller, N., S. Witter (2003), Health-seeking behaviour and rural/urban variation in Kazakhstan, *Health Economics*. 12, pp. 553-564.
- Thomson, S. Figueras, J. Evetovits, T. Jowett, M. Mladovsky, P. Maresso, A. et al. (2014), Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. *WHO Regional Office for Europe*. No 12. pp.1-46.
- Thomson, S. Mossialos, E. and N. Jemai, (2003), User charges for health services in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, London, UK.
- Touhy, C.J. Flood, C.M. and M. Stabile, (2004), How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 29 (3), pp. 359–396.
- Tountas, Y. Karnaki, P. and E. Pavi, (2002), Reforming the reform: the Greek National Health System in transition. *Health Policy*. 62 (1), pp. 15-29.

- Tountas, Y. Karnaki, P. Pavi, E. and K. Souliotis, (2005), The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*. 74, pp. 167–180.
- Towse, A. and J. Sussex, (2000), Getting UK Health Care Expenditure Up to the European Union Mean-What Does That Mean?, *BMJ*, 320 (7235), pp. 640-642.
- Towse, A., (1999), Could charging patients fill the cash gap in Europe’s health care systems? *Eurohealth*. 5 (3), pp. 29-29.
- Van Bielsen, PMA, Hamers, JPH, Groot, W. and C. Speeuwenberg, (2006), Demand of Elderly People for Residential Care: an Exploratory Study, *BMC Health Services Research*. pp. 4 – 6.
- Van de Ven, W.P.M.M (1983), Effects of cost – sharing in health care, *Effective Health Care*. 1 (1), pp. 47-56.
- Van Doorslaer, E. Wagstaff, A. van der Burg H et al. (1999), The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, *Journal of Health Economics*. 18 (3), pp. 291-314.
- Van Doorslaer, E. O’Donnell, O. Rannan-Eliya, R.P Somanathan, A. Adhikari, S.R , C.C. Garg, et al., (2007), Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*. 16 (11), pp. 1159–1184.
- Van Doorslaer, E. O’Donnell, O. Rannan-Eliya, R.P., Somanathan, A, Adhikari, S.R. Akkazieva, B. et al. (2008), Who pays for health care in Asia? *Journal of health economics*. 27 (2), pp. 460-475.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I., Gerdtham, U-G, Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., John, J., Klavus, J., Leu, R.E., Nolan, B., O’Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Schellhorn, M., Sundberg, G. and O. Winkelhake, (2000), Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*. 19 (5), pp. 553-583.

- Van Doorslaer, E. and C. Masseria, (2004), Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries OECD, Paris.
- Van Minh, H. Phuong, N.T.K. Saksena, P James, C.D. and K. Xu, (2013), Financial burden of household out-of pocket health expenditure in VietNam: findings from the National Living Standard Survey 2002–2010. *Social Science and Medicine*. 96, pp. 258–263.
- Vanroelen, C., (2001), Socio-economic differences in health factors and accessibility problems in the Belgian health care system: analysis of the 1997. *Belgian Health Survey*, Brussels.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2002), Statistics: the Pharmaceutical Industry in Germany. Berlin.
- Vian, T. Gryboski, K. Sinoimeri, Z. and R. Hall, (2006), Hall Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study. *Social Science & Medicine*. 62 (4), pp. 877–887.
- Wagner, A. K., Graves A.J., Reiss, S. K., LeCates, R. Fang, Z. and D. R. Degnan, (2011), Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: Results from the World Health Survey, *Health Policy*. 100 (2-3), pp. 151-158.
- Wagstaff, A. Van Doorslaer, E. Van der Burg, H. Calonge, S. Christiansen, T. Citoni, G. et al., (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*. 18 (3), pp. 263–290.
- Waters, H.R. Anderson, G.F. and J. Mays, (2004), Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy*. 69 (3), pp. 339–349.
- Williams, M., (2003), Making sense of illness. London, Sage Publication Ltd, pp. 1-19.
- World Health Organization (WHO), (1978), Declaration of Alma-Ata. WHO.

- World Health Organization (WHO), (2002), The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO.
- World Health Organization (WHO), (2003), Social Determinants of Health: The solid Facts. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO), (2010), The World Health Report – Health systems financing: The path to universal coverage 2010. Geneva: The World Health Organization; <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.
- World Health Organization (WHO), (2015), National Health Accounts (NHA) indicators Global Health Expenditure database;, available at: <http://apps.who.int/nha/database>
- World Health Organization(WHO), (1946), Definition of health. New York, WHO.
- Xu, K. Evans, D. Kawabata, K. Zeramardini, R. Klavus, J. and C. Murray, (2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *The Lancet*, 362 (9378), pp. 111-117.
- Xu, K. Evans, D. B. Guido Carrin, G. Aguilar-Rivera, A.M. Musgrove, P. and T. Evans, (2007), Protecting Households From Catastrophic Health Spending, *Health Affairs*. 26 (4), pp. 972–983.
- Younhee, K. and Y. Bongmin, (2011), Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea. *Health Policy*. 100, (2–3), pp. 239–246.
- Yfantopoulos, J., (2001), The Greek version of EuroQol -EQ-5D – instrument. *Archives of Hellenic Medicine*. 18 (2), pp. 180-191.

B. Ελληνική:

- Αγαλλόπουλος, Χ. (1955), Κοινωνική ασφάλιση. Αθήνα.
- Δόλγερας, Α. Οικονόμου, Χ. Κυριόπουλος, Γ. και Δ. Κοντός, (2001), Η Πρόθεση των Χρηστών για τη Πρόσθετη Πληρωμή για την Βελτίωση της Ασφαλιστικής Κάλυψης των Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση του Λεκανοπέδιου. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (Επιστημονική Επιμέλεια) Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα. Σελ. 137-149.
- Δόλγερας, Α. και Ι. Κυριόπουλος, (2000), Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2003), Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών. Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014), Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2011), Εθνική Έρευνα Υγείας 2009. Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017), Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2016. Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014), Έρευνα Οικογενειακών προϋπολογισμών 2013. Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. (2007), Δημόσια Υγεία – Θεωρία Πράξη Πολιτικές. Εκδόσεις. Τεχνόγραμμα, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. Γκρέγκορυ, Σ. και Χ., Οικονόμου, (2003), Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

- Κυριόπουλος, Γ. Λιονής, Χ. Σουλιώτης, Κ. και Γ. Τσάκος, (2003), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις. Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία.
- Κυριόπουλος, Γ. Οικονόμου, Χ. και Ε. Γεωργούση, (2001).“Ασφαλιστική Κάλυψη και Ίδιες Πληρωμές για Υπηρεσίες Υγείας”. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ.(Επιστημονική Επιμέλεια) Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 127-136
- Κυριόπουλος, Ι. και Κ, Σουλιώτης, (2002), Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Λ., (2010), Η έννοια της υγείας και η μέτρηση του επιπέδου της υγείας. Στο: Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Τόμος Α΄. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Λ., (2007), Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
- Μόσιαλος, Η., (1990), Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Άνοιξη, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. και Χ. Γναρδέλλης, (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο. *Ιατρική*, 77, Σελ. 464– 470.
- Παπαγιαννοπούλου, Β. Πιερρακος, Γ. Σαρρης, Μ. και Γ. Υφαντόπουλος, (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 25, Σελ. 73–82.
- Πιερράκος, Γ. Λατσού, Δ. Γούλα, Α. Σταμούλη, Μ. Δημάκου, Σ. και Γ. Υφαντόπουλος, (2015), Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής Ενδεχόμενη μελέτη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 32 (5), Σελ. 629-635.

- Πολύζος, Ν., (2014), Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σούλης, Σ. Σαρρής, Μ. και Μ. Θεοδώρου, (2001) Συστήματα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
- Τούντας, Γ., (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τριχόπουλος Δ., Τζώνου Α., Κατσουγιάννη Κ., (2001), Βιοστατιστική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Τσακλόγλου Π., Οικονομίδης Γ., Παγουλάτος Γ., Φιλιπόπουλος Α. (2016), Χάρτης εξόδου από την κρίση. Ένα νέο παραγωγικό μοντέλο για την Ελλάδα. Εκδόσεις διανέοσις Αθήνα.
- Τσαούση Ι., Ντούρος Γ. (2002), Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών. Η Μέτρηση των Δαπανών Υγείας στο Κυριόπουλος Γιάννης, Σουλιώτης Κυριάκος (2002), Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Αλληλεγγύης, (2014), Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2001), Αξιολόγηση και μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3), Σελ. 279-287.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2003), Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2006), Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

- Υφαντόπουλος, Γ., (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΒΙΩΣΙΜΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ»



Ερωτηματολόγιο Διδακτορικής Διατριβής:

«Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας»

Υποψήφια Διδάκτωρ

Κωνσταντία Μπάρδα

Αριθμός Ερωτηματολογίου:

Περιοχή Διεξαγωγή της έρευνας:.....



Ημερομηνία:.....

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΛ.ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 70,
ΚΑΛΙΘΕΑ Τ.Κ. 176 71

Τηλ.: 210 95 49 126
Fax: 210 95 49 252
E-mail: kbarda@hua.gr
Constantia.barda@gmail.com

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο γίνεται στο πλαίσιο της έρευνας για την εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής με τίτλο «Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας».

Στόχος της διατριβής είναι η καταγραφή και εμπειρική διερεύνηση των παραμέτρων που σχετίζονται με το ύψος των δαπανών και την ικανοποίηση των καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Η συμπλήρωσή του αποτελεί σημαντικό τμήμα της εμπειρικής μελέτης και τα αποτελέσματά του θα οδηγήσουν στη διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο** και **απόλυτα εμπιστευτικό**. Επίσης, τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν για **ερευνητικούς – εκπαιδευτικούς και μόνο σκοπούς**.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή επιπρόσθετες λεπτομέρειες, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο e-mail: lbarda@hua.gr.

Ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για το χρόνο σας και για τη συνεργασία σας.

Με εκτίμηση,

Κωνσταντία Μπάρδα

A. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A.1. Φύλο: Άνδρας ☐ 1 Γυναίκα ☐ 0

A.2. Ηλικία:

A.3. Υπηκοότητα:.....

A.4. Περιοχή διαμονής:.....

A.5. Ποια η σχέση σας με τον/την υπεύθυνο/η του νοικοκυριού;

- Υπεύθυνος/η..... ☐ 1
- Σύζυγος/σύντροφος..... ☐ 2
- Παιδιά του/της υπευθύνου/ης ή συζύγου / συντρόφου ☐ 3
- Γονέας υπευθύνου/ης ή συζύγου / συντρόφου..... ☐ 4
- Άλλος συγγενής..... ☐ 5
- Οικιακή βοηθός..... ☐ 6
- Μη συγγενικό πρόσωπο..... ☐ 7

A.6. Παρακαλούμε να αναφέρετε το επίπεδο εκπαίδευσής σας.

- Δεν πήγα σχολείο..... ☐ 1
- Μερικές τάξεις Δημοτικού..... ☐ 2
- Απόφοιτος Δημοτικού..... ☐ 3
- Μερικές τάξεις Γυμνασίου..... ☐ 4
- Απόφοιτος Γυμνασίου..... ☐ 5
- Απόφοιτος Λυκείου..... ☐ 6
- Πτυχιούχος Δημόσιου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ..... ☐ 7
- Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. Α.Ε.Ι..... ☐ 8
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος..... ☐ 9
- Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος..... ☐ 10

A.7.1. Ποια είναι σήμερα η κύρια οικονομική σας δραστηριότητα;

- Εργαζόμενος..... ☐ 1
- Άνεργος..... ☐ 2
- Συνταξιούχος..... ☐ 3
- Μη οικονομικά ενεργός (μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης, νοικοκυρά, εισοδηματίας, ανίκανος για εργασία και λοιπές περιπτώσεις)..... ☐ 4

A.7.2. Έχετε εργαστεί ποτέ επ' αμοιβή; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

A.7.3. Στην εργασίας σας είστε/ήσασταν:

- Μισθωτός στο δημόσιο τομέα..... ☐ 1
- Μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα..... ☐ 2
- Αυτοαπασχολούμενος με μισθωτούς..... ☐ 3
- Αυτοαπασχολούμενος χωρίς μισθωτούς..... ☐ 4
- Βοηθός στην οικογενειακή επιχείρηση χωρίς αμοιβή..... ☐ 5
- Μαθητευόμενος με αμοιβή..... ☐ 6

A.7.4. Τι είδους εργασιακή σχέση έχετε/είχατε στην εργασία σας;

- Μόνιμη ή Αορίστου χρόνου..... ☐ 1
- Σύμβαση ορισμένου χρόνου / προσωρινή εργασία..... ☐ 2

A.7.5. Η απασχόληση στην εργασία σας είναι/ήταν:

Πλήρους Απασχόλησης ☐ 1 Μερικής Απασχόλησης ☐ 2

A.7.6. Πόσες ώρες απασχοληθήκατε κατά μέσο όρο την εβδομάδα στην κύρια εργασία σας; [.....]

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

A.8.1. Παρακαλούμε αναφέρατε την οικογενειακή σας κατάσταση.

- Άγαμος/η ☐ 1
- Άγαμος/η με συμβίωση ☐ 2
- Έγγαμος/η ☐ 3
- Χήρος/α ☐ 4
- Διαζευγμένος/η ☐ 5
- Σε διάσταση ☐ 6

A.8.2. Από πόσα μέλη αποτελείται το νοικοκυριό σας; [.....]**A.8.3. Έχετε παιδιά; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0**

(Αν ΟΧΙ, παρακαλούμε να προχωρήσετε στην ερώτηση A.8.7)

A.8.4. Αν ΝΑΙ, πόσα; [.....]**A.8.5. Αν έχετε παιδιά, διαμένουν μαζί σας; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0****A.8.6. Αν έχετε παιδιά, παρακαλούμε να συμπληρώσετε την ηλικία τους:**

1ου παιδιού [.....] 3ου παιδιού [.....]
2ου παιδιού [.....] 4ου παιδιού [.....]

A.8.7. Κατοικείτε στο ίδιο σπίτι με τους γονείς σας; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0**A.8.8. Η κατοικία στην οποία διαμένετε, είναι:**

Ιδιόκτητη ☐ 1 Ενοικιαζόμενη ☐ 2

A.8.9. Τετραγωνικά:[.....] A.8.10. Αριθμός δωματίων: [.....]**A.9.1. Ποιο είναι το καθαρό μηνιαίο ατομικό εισόδημά σας, από την εργασία σας (σε €);[.....]****A.9.2. Πιστεύετε ότι το εισόδημά σας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών σας;**

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

A.9.3. Έχετε δανειστεί χρήματα για την κάλυψη των αναγκών σας;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

A.9.4. Έχετε εισοδήματα από άλλες πηγές;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

A.9.5. Αν ΝΑΙ, αναφέρετε κατά προσέγγιση τις μηνιαίες αποδοχές σας από αυτές (σε €); [.....]**A.9.6. Πόσα χρήματα διαθέτετε κατά μέσο όρο μηνιαίως για αποταμίευση (σε €); [.....]****A.9.7. Ποιο είναι το καθαρό ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα (σε €); [.....]****A.9.8. Ποιες από τις ακόλουθες ανάγκες δεν μπορείτε να καλύψετε λόγω του εισοδήματός σας;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Ενοίκιο / Εξόφληση Στεγαστικού Δανείου.		
- Λογαριασμούς: ΔΕΗ/ ΟΤΕ/ ΕΥΔΑΠ / Κινητή Τηλεφωνία		
- Διατροφή (αγορές από σούπερ μάρκετ, λαϊκή αγορά, κτλ.)		
- Ένδυση και υπόδηση		
- Θέρμανση κατοικίας (πετρέλαιο, φυσικό αέριο)		
- Δίδακτρα Εκπαίδευσης (ιδιωτικό σχολείο, φροντιστήρια, ιδιαίτερα)		
- Αγορά προϊόντων τεχνολογίας		
- Διασκέδαση / Ψυχαγωγία		
- Υπηρεσίες υγείας		

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Β. ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Β.1. Για τις υπηρεσίες υγείας είστε:

- Άμεσα ασφαλισμένος..... ☐ 1
- Έμμεσα ασφαλισμένος..... ☐ 2
- Ανασφάλιστος..... ☐ 3

Β.2. Υπάρχουν άτομα στην οικογένειά σας χωρίς ασφαλιστική κάλυψη;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

Β.3. Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης υπάγεστε;

- Ο.Π.Α.Δ. (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου)..... ☐ 1
- Ι.Κ.Α. (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων)..... ☐ 2
- Ο.Α.Ε.Ε. (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών)..... ☐ 3
- ΛΟΙΠΑ παρακαλώ σημειώστε ☐ 4

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Β.4. Εκτός από την κύρια ασφάλισή σας έχετε και ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 (Αν ΟΧΙ, παρακαλούμε να προχωρήσετε στην ερώτηση C.1)

Β.5. Τα έξοδα για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σας καλύπτονται από:

- Πρόγραμμα υγείας του φορέα εργασίας σας..... ☐ 1
- Πρόγραμμα υγείας της τράπεζάς σας..... ☐ 2
- Τους γονείς σας..... ☐ 3
- Εμένα..... ☐ 4

Β.6. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, σας καλύπτει;

- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη..... ☐ 1
- Νοσοκομειακή περίθαλψη..... ☐ 2
- Και τα δύο..... ☐ 3

Β.7. Ποιο είναι το ποσό που πληρώνετε ετησίως για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σας (σε €); [.....]

Β.8. Για ποίους από τους παρακάτω λόγους έχετε επιλέξει ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τον ασφαλιστικό μου φορέα		
- Εξειδικευμένο δίκτυο ιατρών		
- Περισσότερες επισκέψεις σε ιατρούς		
- Λιγότερος χρόνος αναμονής για επισκέψεις σε ιατρούς		
- Σύγχρονο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων		
- Περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις		
- Ετήσιο προληπτικό έλεγχο της υγείας (Check-up)		
- Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις		
- Σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα		
- Κάλυψη μεγαλύτερου ποσοστού χειρουργικών επεμβάσεων		
- Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας		
- Σύγχρονα μέσα για γρήγορη και ασφαλή υγειονομική μεταφορά		
- Άλλο, παρακαλώ σημειώστε		

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

C. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**ΑΠΟΨΕΙΣ - ΣΤΑΣΕΙΣ****C.1. Κατά πόσο θεωρείτε ότι είστε ενημερωμένος/η για τις παροχές υγείας της κύριας ασφάλισής σας;**

(Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα την άποψή σας)

Καθόλου= 0 Λίγο= 1 Αρκετά= 2 Πολύ= 3 Πάρα πολύ= 4

C.2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της κύριας ασφάλισής σας; (Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα την άποψή σας)

Καθόλου= 0 Λίγο= 1 Αρκετά= 2 Πολύ= 3 Πάρα πολύ= 4

C.3. Πιστεύετε ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας που σας παρέχονται από την κύρια ασφάλισή σας ανταποκρίνονται στο ύψος των εισφορών που καταβάλετε;ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0**C.4. Είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε περισσότερα χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας;**ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0**C.5. Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε σημειώστε στην κλίμακα, το ποσοστό επι τοις εκατό που είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε παραπάνω για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας;**0% ☐ ☐ ☐ ☐ 10% ☐ ☐ ☐ ☐ 20% ☐ ☐ ☐ ☐ 30% ☐ ☐ ☐ ☐ 40% ☐ ☐ ☐ ☐ 50% ☐ ☐ ☐ ☐ 60% ☐ ☐ ☐ ☐ 70% ☐ ☐ ☐ ☐ 80% ☐ ☐ ☐ ☐ 90% ☐ ☐ ☐ ☐ 100%**C.6. Έστω ότι το εισόδημα σας αυξάνεται κατά 400 € το μήνα. Θα διαθέτατε τα επιπλέον χρήματα για υπηρεσίες υγείας;**ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0**C.7. Για ποιες από τις παρακάτω;**

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Για Φάρμακα		
- Για Διαγνωστικές εξετάσεις		
- Για Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό σας φορέα		
- Για Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς		
- Για Εισαγωγή σε Δημόσιο Νοσοκομείο		
- Για Εισαγωγή στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο		

C.8. Πώς τα παρακάτω κριτήρια επηρεάζουν την επιλογή σας για την επίσκεψή σας στο ιατρό;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Καθόλου= 0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4)

	Ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό φορέα	Ιδιώτη Ιατρό
- Τιμή επίσκεψης	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Ιατρικός Εξοπλισμός του ιατρείου	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Εμπειρία	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Αξιοπιστία/Εμπιστοσύνη	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Προσωπικότητα	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Ακαδημαϊκή Καριέρα/Επιστημονική κατάρτιση	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Φήμη	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Φίλοι / Συγγενείς	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Σύσταση από άλλον ιατρό	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
- Απόσταση από την οικία	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

C.9. Θεωρείτε ότι το τελευταίο χρονικό διάστημα, έχει αυξηθεί η τιμή:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Των φαρμάκων;		
- Των διαγνωστικών εξετάσεων;		
- Των νοσηλίων;		
- Των επισκέψεων σε γιατρούς;		
- Των χειρουργικών επεμβάσεων;		

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

C.10. Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες υγείας δεν μπορείτε να καλύψετε λόγω του εισοδήματός σας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Φάρμακα		
- Διαγνωστικές εξετάσεις		
- Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό σας ταμείο		
- Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς		
- Εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο		
- Εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο		

C.11. Υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε υπηρεσία υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

C.12. Εάν η τιμή των υπηρεσιών υγείας αυξηθεί κατά 10%, με δεδομένο ότι σας το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας σας, θα περιορίζατε τη χρήση:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Των φαρμάκων		
- Των διαγνωστικών εξετάσεων		
- Των επισκέψεων σε ιατρούς		

C.13. Λόγω οικονομικής κρίσης, αντιμετωπίζετε δυσκολίες να καταβάλετε τις εισφορές για την περίθαλψη στον ασφαλιστικό σας φορέα; ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

C.14. Λόγω προβλημάτων υγείας, αντιμετωπίσατε δυσκολίες και:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Πήρατε δάνειο από Τράπεζα		
- Δανειστήκατε χρήματα από φίλους/συγγενείς		
- Είχατε μείωση στο εισόδημά σας		
- Διακόψατε για μεγάλο χρονικό διάστημα την εργασία σας		
- Αλλάξατε εργασία		
- Χάσατε την εργασία σας		
- Δεν είχα κανένα πρόβλημα υγείας		

C.15. Πόσο ικανοποιημένος/η από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που σας παρέχετε από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας; (Παρακαλούμε κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα την άποψή σας)

Καθόλου= 0 Λίγο= 1 Αρκετά= 2 Πολύ= 3 Πάρα πολύ= 4

C.16. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ελληνικών νοσοκομείων, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα;

(Παρακαλούμε να σημειώσετε με συν (+) τα πλεονεκτήματα και με πλην (-) τα μειονεκτήματα)

	Δημόσιο Νοσοκομείο	Ιδιωτικό Νοσοκομείο
- Σύμβαση με το ασφαλιστικό το ταμείο		
- Κόστος		
- Πλήρης και σύγχρονος εξοπλισμός		
- Κτιριακές εγκαταστάσεις		
- Καθαριότητα		
- Επιστημονικό προσωπικό		
- Χρόνος εξυπηρέτησης		
- Χρόνος αναμονής		
- Αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων		

C.17. Ποια από τα παρακάτω νοσηλευτικά ιδρύματα θα επιλέγατε να πραγματοποιήσετε μια δύσκολη και απαιτητική επέμβαση;

- Δημόσιο νοσοκομείο	
- Ιδιωτικό νοσοκομείο	
- Νοσοκομείο χώρας του εξωτερικού	

C.18. Αν χρειάζοταν να νοσηλευτείτε σε ένα νοσοκομείο, ποια από τα παρακάτω προβλήματα πιστεύετε ότι θα αντιμετωπίζατε κατά τη διάρκεια της περίθαλψής σας; (Παρακαλούμε να απαντήσετε με ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0)

	Δημόσιο Νοσοκομείο	Ιδιωτικό Νοσοκομείο
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη διάγνωση	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Πιθανοί λανθασμένοι χειρισμοί	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (δόση, σκεύασμα,	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

συνταγή, τρόπος χορήγησης)		
- Δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

C.19. Παρακαλούμε, επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

- Αισθάνομαι ασφαλής στο ιδιωτικό νοσοκομείο	
- Αισθάνομαι ανασφαλής σε δημόσιο νοσοκομείο	

D. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

D.1. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, χρησιμοποιήσατε κάποια από τις ακόλουθες υπηρεσίες υγείας/φροντίδας για δικό σας πρόβλημα υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- Επίσκεψη σε ιατρείο		
- Επίσκεψη ιατρού στο σπίτι σας		
- Επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου		
- Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων		
- Επίσκεψη σε φαρμακείο		
- Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον		
- Βοήθεια για οικιακές εργασίες ή για φροντίδα ηλικιωμένων		
- Προσφορά γευμάτων κατ' οίκον		
- Υπηρεσίες μεταφοράς		
- Άλλες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας		

D.2. Πότε ήταν η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψή σας σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε ένα «άτομο» των υπηρεσιών υγείας;

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
1. Τις τελευταίες 30 ημέρες;		
2. Τους τελευταίους 3 μήνες;		
3. Τους τελευταίους 6 μήνες;		
4. Μεταξύ 6 και 12 μηνών;		
5. Δεν θυμάμαι		

D.3. Όταν αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας, λάβατε την υπηρεσία αμέσως μόλις την αναζητήσατε;

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
ΝΑΙ		
ΟΧΙ		

D.4. Από τη χρονική στιγμή που αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας μέχρι τη στιγμή που τις λάβατε, συνήθως πόσο έπρεπε να περιμένετε; (Παρακαλούμε, να αναφέρετε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα).

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
1. Λεπτά		
2. Ώρες		
3. Ημέρες		
4. Εβδομάδες		
5. Μήνες		

D.5. Πόσο χρόνο χρειάστηκε να περιμένετε για να κάνετε τις εργαστηριακές εξετάσεις; (π.χ. να κλείσετε ραντεβού)

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
1. Την ίδια ημέρα		
2. 1-2 ημέρες		
3. 3-5 ημέρες		
4. 6-10 ημέρες		
5. Περισσότερο από 10 ημέρες		

D.6. Συνήθως πόσο χρονικό διάστημα χρειάστηκε να περιμένετε για να λάβετε τις απαντήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων (Έχοντας υπόψη σας το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την εξαγωγή αποτελεσμάτων)

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
1. Την ίδια ημέρα		
2. 1-2 ημέρες		
3. 3-5 ημέρες		
4. 6-10 ημέρες		
5. Περισσότερο από 10 ημέρες		

D.7. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα του χώρου που επισκεφθήκατε για τη φροντίδα υγείας;
(π.χ. καθαριότητα, τα καθίσματα στην αίθουσα αναμονής, κτλ)

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
Πολύ κακή 0		
Κακή 1		
Μέτρια 2		
Καλή 3		
Πολύ καλή 4		

ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ

D.8. Για να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας χρειάστηκε να καταβάλετε «άτυπη πληρωμή» προκειμένου να εξυπηρετηθείτε;

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
ΝΑΙ		
ΟΧΙ		

D.9. Αν ΝΑΙ, σας παρακαλούμε να αναφέρετε το λόγο και το ποσό που καταβάλετε.

(Αν δεν έχετε καταβάλει ποσό συμπληρώστε 0)

		A. Δημόσιος Τομέας			B. Ιδιωτικός Τομέας		
9.1	Έπειτα από αίτημα των ιατρών;	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€
9.2	Έπειτα από αίτημα των διοικητικών;	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€
9.3	Για να αποκτήσετε πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; (π.χ. να κλείσετε ραντεβού)	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€
9.4	Για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης;	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€
9.5	Για να πάρετε πιο γρήγορα τα αποτελέσματα;	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€
9.6	Με δική σας πρωτοβουλία	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	€

D.10. Αντιμετωπισθήκατε άσχημα από το σύστημα ή τις υπηρεσίες υγείας της χώρας σας λόγω:

(Μπορείτε να σημειώσετε με ✓ περισσότερες από μία απαντήσεις)

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
- Έλλειψης ασφάλισης		
- Υψηλότητας		
- Φυλής / Χρώματος		
- Φύλου		
- Γλώσσας		
- Θρησκείματος		
- Πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων		
- Κατάστασης υγείας		
- Έλλειψης χρημάτων		
- Τίποτα από τα παραπάνω		

D.11. Ποια από τα κάτωθι προβλήματα έχετε αντιμετωπίσει σε υπηρεσίες υγείας;

(Μπορείτε να σημειώσετε με ✓ περισσότερες από μία απαντήσεις)

	A. Δημόσιος Τομέας	B. Ιδιωτικός Τομέας
- Υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών		
- Προβλήματα στις συναλλαγές σας με το διοικητικό προσωπικό		
- Προβλήματα με το ασφαλιστικό ταμείο σας		
- Εξαπάτηση από ιδιωτική ασφάλεια υγείας		
- Προβλήματα εξυπηρέτησης που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας		
- Προβλήματα με την ποιότητα/ασφάλεια των υπηρεσιών;		
- Δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα από τα παραπάνω		

D.12. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφτήκατε για δικό σας πρόβλημα υγείας ιατρούς, νοσοκομεία κτλ:
(Αναφέρετε τον **ΑΡΙΘΜΟ (0, 1, 2, κτλ)** των επισκέψεων και το αντίστοιχο **ΚΟΣΤΟΣ (0 Ευρώ, 50 Ευρώ, 100 Ευρώ, κτλ)**. Αν δεν έχετε καταβάλει ποσό να σημειωθεί μηδέν (0))

D.12. 1. Ιατροί		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
D.12.1. Α Ιατροί Συμβεβλημένοι με τον ασφαλιστικό σας φορέα	D.12. 1 Α.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς		
	D.12. 1 Α.2. Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες		
	D.12. 1 Α.3. Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες		
	D.12. 1 Α.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο		
	D.12. 1 Α.5. Επίσκεψη σε Οδοντίατρο		
	D.12. 1 Α.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό		
	D.12. 1 Α.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς		
D.12.1. Β. Ιατροί Ιδιώτες	D.12. 1 Β.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς		
	D.12. 1 Β.2. Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες		
	D.12. 1 Β.3. Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες		
	D.12. 1 Β.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο		
	D.12. 1 Β.5. Επίσκεψη σε Οδοντίατρο		
	D.12. 1 Β.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό		
	D.12. 1 Β.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς		
D.12.2. Νοσοκομεία		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
D.12.2.Α. Νοσοκομεία Δημοσίου τομέα	D.12. 2 Α.1. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες.		
	D.12. 2 Α.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες.		
	D.12. 2 Α.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο		
	D.12. 2 Α.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο		
	D.12. 2 Α.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες		
	D.12. 2 Α.6. Εισαγωγή		
	D.12. 2 Α.7. Χειρουργική επέμβαση		
	D.12. 2 Α.8. Τοκετός		
D.12.2.Β. Νοσοκομεία Ιδιωτικού τομέα	D.12. 2 Β.1. Επίσκεψη εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες		
	D.12. 2 Β.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες		
	D.12. 2 Β.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο		
	D.12. 2 Β.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο		
	D.12. 2 Β.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες		
	D.12. 2 Β.6. Εισαγωγή		
	D.12. 2 Β.7. Χειρουργική επέμβαση		
	D.12. 2 Β.8. Τοκετός		
D.12.3. Άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - Άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
	D. 12. 3.1. Διαγνωστικό εργαστήριο		
	D. 12. 3.2. Διαιτολόγο		
	D. 12. 3.3. Λογοθεραπευτή		
	D. 12. 3.4. Εργοθεραπευτή		
	D. 12. 3.5. Φυσιοθεραπευτή/Κινησιοθεραπευτή		
	D. 12. 3.6. Χειροπράκτη θεραπευτή		
	D. 12. 3.7. Ψυχολόγο/Ψυχοθεραπευτή		
	D. 12. 3.8. Νοσηλεύτρια ή Μαία (Αποκλειστικές Νοσοκόμες)		
D.12.4. Ειδικούς Εναλλακτικής ιατρικής		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
	D. 12. 4.1. Ομοιοπαθητικό		
	D. 12. 4.2. Βελονιστή		
	D. 12. 4.3. Φυτοθεραπευτή/Βοτανολόγο		
	D. 12. 4.4. Άλλο ειδικό εναλλακτικής Ιατρικής		
	D. 12. 4.5. Φαρμακεία (αναφορά ασθένειας)		
	D. 12. 4.6. Θεραπευτικός εξοπλισμός		

D.13. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, χρησιμοποιήσατε φάρμακα που σας δόθηκαν με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντίατρου; (Συμπεριλαμβανομένου συμπληρωμάτων διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες. Για γυναίκες, να συμπεριληφθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.13.1. Αν ΝΑΙ, τα φάρμακα που χρησιμοποιήσατε ήταν για:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΟΣΤΟΣ
D.13.1 1.	Άσθμα			
D.13.1 2.	Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια πνευμονοπάθεια, εμφύσημα			
D.13.1 3.	Υπέρταση			
D.13.1 4.	Μείωση του επιπέδου χοληστερόλης			
D.13.1 5.	Άλλη καρδιακή νόσο, όπως αρρυθμία, καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα, περιφερική αγγειακή νόσο και εγκεφαλικό			
D.13.1 6.	Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)			
D.13.1 7.	Πόνο στη μέση, δυσκοιλιότητα οσφυαλγία			
D.13.1 8.	Πονοκέφαλο ή ημικρανία			
D.13.1 9.	Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μυοσκελετικού			
D.13.1 10.	Σακχαρώδη διαβήτη			
D.13.1 11.	Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις			
D.13.1 12.	Στομαχικά προβλήματα			
D.13.1 13.	Θεραπεία για τον καρκίνο (χημειοθεραπεία)			
D.13.1 14.	Κατάθλιψη			
D.13.1 15.	Υπερένταση ή νευρική κατάσταση			
D.13.1 16.	Σχιζοφρένεια και άλλη ψυχική ή διανοητική πάθηση			
D.13.1 17.	Ακράτεια ούρων και προβλήματα ουροποιητικού συστήματος			
D.13.1 18.	Οστεοπόρωση			
D.13.1 19.	Θυρεοειδή ή άλλο ενδοκρινολογικό πρόβλημα			
D.13.1 20.	Υπνωτικά χάπια			
D.13.1 21.	Αντιβιοτικά όπως πενικιλίνη (ή οποιαδήποτε άλλο αντιβιοτικό)			
D.13.1 22.	Αντισυλληπτικά χάπια (για γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία μικρότερη των 50 ετών)			
D.13.1 23.	Ορμόνες για την εμμηνόπαυση (για γυναίκες κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου ή μετά την εμμηνόπαυση – ηλικίας συνήθως μεγαλύτερης των 45 ετών)			
D.13.1 24.	Άλλο. Συγκεκριμένα:			

D.13.2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, χρησιμοποιήσατε φάρμακα που σας δόθηκαν χωρίς συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντίατρου; (Συμπεριλαμβανομένου συμπληρωμάτων διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες. Για γυναίκες, να συμπεριληφθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.13.3. Αν ΝΑΙ, τα φάρμακα που χρησιμοποιήσατε ήταν για:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΚΟΣΤΟΣ
D.13.3. 1.	Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)			
D.13.3. 2.	Πονοκέφαλο ή ημικρανία			
D.13.3. 3.	Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μυοσκελετικού			
D.13.3. 4.	Κρυολόγημα, γρίπη ή πονόλαιμο			
D.13.3. 5.	Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις			
D.13.3. 6.	Στομαχικά προβλήματα			
D.13.3. 7.	Βιταμίνες, μέταλλα ή τονωτικά			
D.13.3. 8.	Άλλο. Συγκεκριμένα:			

ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

D.14. Έχετε ποτέ εμβολιαστεί κατά της γρίπης;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.14.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που έχετε εμβολιαστεί;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2

- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

D.15. Έχει μετρηθεί ποτέ η αρτηριακή σας πίεση από κάποιον επαγγελματία υγείας (ιατρό, φαρμακοποιό, νοσηλεύτη);

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.15.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που μετρήσατε την αρτηριακή σας πίεση;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3 **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ (χοληστερίνη)

D.16. Έχει μετρηθεί ποτέ η χοληστερόλη σας (χοληστερίνη);

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.16.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που μετρήσατε την χοληστερόλη σας;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (Σάκχαρο στο αίμα)

D.17. Έχει μετρηθεί ποτέ το σάκχαρό σας με αιματολογική εξέταση;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.17.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

Οι ερωτήσεις από D.18 έως και D.19.2 αφορούν γυναίκες. Αν ο ερωτώμενος είναι άνδρας να συνεχίσει με τη ερώτηση D.20

D.18. Έχει κάνει ποτέ μαστογραφία;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.18.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

D.18.2. Για ποιο λόγο κάνατε την τελευταία μαστογραφία;

- Εντοπίστηκε από εμένα ή από τον ιατρό μου κάτι ασυνήθιστο στο στήθος μου (π.χ. ογκίδιο) ☐ 1
- Ο γιατρός μου με συμβούλεψε να κάνω μαστογραφία προληπτικά..... ☐ 2
- Προληπτικά λόγω οικογενειακού ιστορικού..... ☐ 3
- Προληπτικά, με δική μου πρωτοβουλία..... ☐ 4

- Λόγω συμμετοχής μου σε πρόγραμμα προληπτικού (συμπτωματικού ελέγχου).. ☐ 5
- Για άλλο λόγο..... ☐ 6

D.19. Υποβληθήκατε ποτέ σε εξέταση ΠΑΠ - ΤΕΣΤ (Κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου);

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.19.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που πραγματοποιήσατε εξέταση ΠΑΠ - ΤΕΣΤ;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

D.19.2. Για ποίο λόγο κάνατε την τελευταία εξέταση ΠΑΠ – ΤΕΣΤ;

- Εξαιτίας συμπτωμάτων..... ☐ 1
- Λόγω επίσκεψης στο γυναικολόγο..... ☐ 2
- Προληπτικά, με δική μου πρωτοβουλία ☐ 3
- Λόγω συμμετοχής μου σε πρόγραμμα προληπτικού (συμπτωματικού ελέγχου)..... ☐ 4
- Για άλλο λόγο..... ☐ 5

D.20. Έχετε κάνει ποτέ παρασιτολογική εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στο αίμα (εξέταση Mayer);

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ -9

D.20.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβληθήκατε σε εξέταση;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών..... ☐ 1
- 1-5 έτη πριν..... ☐ 2
- Περισσότερο από 5 έτη..... ☐ 3
- Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω..... ☐ 4

Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

Ε.1. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών¹ κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο², ως εσωτερικός ασθενής, τουλάχιστον για μια νύχτα ή περισσότερο;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 (Αν ΟΧΙ, παρακαλούμε να προχωρήσετε στην ερώτηση **F.1**)

Ε.1.1. Αν, ΝΑΙ σε :

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
Ε.1.2. Παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα του Νοσοκομείου.		

Ε.2. Συνολικά πόσες φορές κάνατε εισαγωγή με διανυκτέρευση σε νοσοκομείο;

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
Ε.2. Αριθμός εισαγωγών:		
Ε.2.1. Διανυκτερεύσεις:		

Ε.3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο, για ημερήσια νοσηλεία, δηλαδή κάνατε εισαγωγή για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα;

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

Ε.3.1. Αν ΝΑΙ, πόσες φορές κάνατε εισαγωγή για ημερήσια νοσηλεία;

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
- Αριθμός εισαγωγών:		

Ε.4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, υπήρξε περίπτωση που πραγματικά χρειάζοσασταν να νοσηλευτείτε κατόπιν συστάσεως ιατρού, είτε ως εσωτερικός ασθενής, είτε για ημερήσια νοσηλεία, αλλά τελικά δεν νοσηλευτήκατε;

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

Ε.4.1.1. Αν ΝΑΙ, ποιος ο λόγος που δεν νοσηλευτήκατε σε ΔΗΜΟΣΙΟ νοσοκομείο;

- Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα (πολύ ακριβή η νοσηλεία ή δεν υπήρχε κάλυψη από το ασφαλιστικό μου ταμείο)..... ☐ 1
- Λίστα αναμονής ή άλλοι λόγοι που οφείλονται στο νοσοκομείο..... ☐ 2
- Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων..... ☐ 3
- Μεγάλη απόσταση από το Νοσοκομείο / δεν υπάρχουν μέσα συγκοινωνίας..... ☐ 4
- Φόβος για επεμβάσεις και θεραπεία..... ☐ 5
- Άλλος λόγος ☐ 6

Ε.4.1.2. Αν ΝΑΙ, ποιος ο λόγος που δεν νοσηλευτήκατε σε ΙΔΙΩΤΙΚΟ νοσοκομείο;

- Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα (πολύ ακριβή η νοσηλεία ή δεν υπήρχε κάλυψη από το ασφαλιστικό μου ταμείο)..... ☐ 1
- Λίστα αναμονής ή άλλοι λόγοι που οφείλονται στο νοσοκομείο..... ☐ 2
- Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων..... ☐ 3
- Μεγάλη απόσταση από το Νοσοκομείο/ δεν υπάρχουν μέσα συγκοινωνίας..... ☐ 4
- Φόβος για επεμβάσεις και θεραπεία..... ☐ 5
- Άλλος λόγος ☐ 6

Ε.5. Ποια από τα παρακάτω κριτήρια επηρέασαν την επιλογή σας για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;
(Μπορείτε να σημειώσετε με ✓ περισσότερες από μία απαντήσεις)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
--	-----------------------	------------------------

¹ Οι τελευταίοι 12 μήνες υπολογίζονται ημερολογιακά, από την ημέρα διενέργειας της έρευνας. Π.χ. εάν η έρευνα πραγματοποιείται στις 6 Απριλίου 2011 το διάστημα είναι 6 Απριλίου 2010 – 6 Απριλίου 2011.

² Περιλαμβάνονται νοσοκομεία, κλινικές, θεραπευτήρια, δημόσια και ιδιωτικά στην Ελλάδα.

- Σύμβαση με το ασφαλιστικό το ταμείο		
- Εφημερεύον		
- Κόστος νοσηλείας / επέμβασης		
- Πλήρης και σύγχρονος εξοπλισμός		
- Κτιριακές εγκαταστάσεις		
- Καθαριότητα		
- Επιστημονικό προσωπικό		
- Χρόνος εξυπηρέτησης		
- Συγκεκριμένος ιατρός		
- Προηγούμενη θετική εμπειρία		
- Φήμη		
- Φίλοι / Συγγενείς		
- Σύσταση από ιατρό		
- Απόσταση		
- Ποιότητα υπηρεσιών		
- Αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων		

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ****Ε.6. Πήρατε τη νοσοκομειακή περίθαλψη όσο γρήγορα εσείς θα θέλατε;**

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΑΙ		
ΟΧΙ		

Ε.7. Πως κρίνετε το χρόνο που απαιτήθηκε για: (Παρακαλούμε να απαντήσετε με Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
1. Την εισαγωγή στο νοσοκομείο		
2. Τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων		
3. Τη διενέργεια απλών ακτινολογικών εξετάσεων		
4. Τη διενέργεια άλλων εξετάσεων		
5. Τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης από τη στιγμή που είχαν ολοκληρωθεί οι εξετάσεις και δεν υπήρχε πρόβλημα από ιατρικής πλευράς		
6. Τη διενέργεια φαρμακευτικών θεραπειών		
7. Τη διενέργεια άλλων θεραπειών		

Ε.8 Ε.9 Πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν:

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
E.8. Από τις υπηρεσίες που σας παρείχαν κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο.		
E.9. Με τη λήψη έγκαιρης προσοχής στο νοσοκομείο.		

Ε.10. Πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν να βρείτε έναν από τους διαθέσιμους:

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Ιατρούς;		
B. Νοσηλεύτές/τριες;		
C. Υπαλλήλους του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ;		

Ε.11. Κατά τη διάρκεια παραμονής σας στο νοσοκομείο, πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν από τη συμπεριφορά:

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Του ιατρού;		
B. Των νοσηλευτών/τριών;		
C. Των υπάλληλων του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ;		

Ε.12. Όταν λάβατε την υπηρεσία υγείας, πόσο συχνά σας αντιμετώπισαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Οι ιατροί;		
B. Οι νοσηλεύτές/τριες;		
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;		

Ε.13. Πόσο η σωματική εξέταση και η θεραπεία σας έγινε με ένα τρόπο που σεβάσθηκε την ιδιωτικότητά σας;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ε.14. Πόσο συχνά, σας άκουσαν προσεκτικά;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Οι ιατροί;		
B. Οι νοσηλεύτές/τριες;		
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της		

γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;		
------------------------------------	--	--

E.15. Σας ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας σας ή για τις διοικητικές διαδικασίες με τρόπο που ήταν κατανοητός;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Οι ιατροί;		
B. Οι νοσηλεύτριες/τριες;		
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;		

E.16. Σας έδωσαν χρόνο να υποβάλετε ερωτήσεις για τα προβλήματα της υγείας ή της θεραπείας σας;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Οι ιατροί;		
B. Οι νοσηλεύτριες/τριες;		
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;		

E.17. Ζήτησαν την άδειά σας ή τη συγκατάθεσή σας για τη διενέργεια μιας θεραπείας ή μιας εξέτασης;

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)

	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
A. Οι ιατροί;	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
B. Οι νοσηλεύτριες/τριες;	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

E.18. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα του περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας που επισκεφθήκατε; (π.χ. χώρος, καθίσματα, καθαρός αέρας και καθαριότητα)

(Παρακαλούμε να απαντήσετε με Πολύ Κακή= 0, Κακή =1, Μέτρια =2, Καλή=3, Πολύ καλή=4)

A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

F. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ****ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ****F.1. Ύψος:** [.....]**F.2. Βάρος:** [.....]**ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ****F.3.1. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες κάνατε έντονη σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά; (π.χ. αθλητισμός, γεωργικές οικοδομικές εργασίες)**

- Ημέρες [.....]

F.3.2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών πόσες ημέρες κάνατε μέτριες σωματικές δραστηριότητές για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά; (π.χ. μεταφορά φορτίων μέτριου βάρους, γυμναστήριο, σκούπισμα, καθάρισμα, κυνήγι, ψάρεμα)

- Ημέρες [.....]

F.3.3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;

- Ημέρες [.....]

ΔΙΑΤΡΟΦΗ**F.4.1. Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα;** (Δεν περιλαμβάνονται χυμοί φρούτων)

- Ποτέ..... ☐ 1
- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα..... ☐ 2
- 1-3 φορές την εβδομάδα..... ☐ 3
- 4-6 φορές την εβδομάδα..... ☐ 4
- Μια φορά την ημέρα..... ☐ 5
- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα..... ☐ 6

F.4.2. Πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά; (Δεν περιλαμβάνονται χυμοί λαχανικών και οι πατάτες)

- Ποτέ..... ☐ 1
- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα..... ☐ 2
- 1-3 φορές την εβδομάδα..... ☐ 3
- 4-6 φορές την εβδομάδα..... ☐ 4
- Μια φορά την ημέρα..... ☐ 5
- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα..... ☐ 6

F.4.3. Πόσο συχνά καταναλώνετε χυμούς φρούτων ή λαχανικών;

- Ποτέ..... ☐ 1
- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα..... ☐ 2
- 1-3 φορές την εβδομάδα..... ☐ 3
- 4-6 φορές την εβδομάδα..... ☐ 4
- Μια φορά την ημέρα..... ☐ 5
- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα..... ☐ 6

F.5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά, οποιοδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, λικέρ, ουίσκι ή άλλα);

- Ποτέ..... ☐ 1
- Μια φορά το μήνα ή λιγότερο..... ☐ 2
- 2-4 φορές μηνιαίως..... ☐ 3
- 2-3 φορές την εβδομάδα..... ☐ 4

- 4-6 φορές την εβδομάδα..... ☐ 5
 - Καθημερινά..... ☐ 6

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

F.6.1. Καπνίζετε;

- ΝΑΙ καθημερινά..... ☐ 1
 - ΝΑΙ περιστασιακά..... ☐ 2
 - ΚΑΘΟΛΟΥ..... ☐ 3

F.6.2. Υπήρξατε καπνιστής κατά το παρελθόν;

ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

F.6.3. Για πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε καθημερινά;

- Έτη [.....]

F.6.4. Πόσο συχνά εκτίθεστε σε καπνό τσιγάρου μέσα στην κατοικία σας;

- Ποτέ..... ☐ 1
 - Λιγότερο από μια ώρα ημερησίως..... ☐ 2
 - 1- 5 ώρες ημερησίως..... ☐ 3
 - Περισσότερο από 5 ώρες ημερησίως ☐ 4

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

F.7. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;

- Πολύ κακή..... ☐ 1
 - Κακή..... ☐ 2
 - Μέτρια..... ☐ 3
 - Καλή..... ☐ 4
 - Πολύ καλή..... ☐ 5
 - Δεν απαντώ..... ☐ -9

F.8. Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση;

- ΝΑΙ ☐ 1
 - ΌΧΙ..... ☐ 2
 - Δεν απαντώ..... ☐ -9

F.9. Κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο, λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, έχετε περιορίσει κάποιες από τις συνήθειες δραστηριότητές σας ή έχετε δυσκολευτεί σε αυτές;

- ΝΑΙ πάρα πολύ..... ☐ 1
 - ΝΑΙ, αλλά όχι πάρα πολύ..... ☐ 2
 - ΌΧΙ καθόλου..... ☐ 3
 - Δεν απαντώ..... ☐ -9

F.10. Κάποια από τις παθήσεις τους τελευταίους 12 μήνες, προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε λόγω της εργασίας σας;

- Δεν είχα καμία πάθηση τους τελευταίους 12 μήνες..... ☐ 1
 - ΌΧΙ η/οι πάθηση/εις δεν προκλήθηκε/αν ή δεν επιδεινώθηκε/αν κατά τη εργασία μου..... ☐ 2
 - ΝΑΙ η/οι πάθηση/εις προκλήθηκε/αν ή επιδεινώθηκε/αν κατά τη εργασία μου..... ☐ 3
 - Δεν απαντώ..... ☐ -9

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	F.11.1. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;				F.11.2. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες έχετε ή είχατε κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;				F.11.3. Η πάθηση διαγνώστηκε από ιατρό;			
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ
		1	0	-8	-9	1	0	-8	-9	1	0	-8	-9
38.	Άσθμα (περιλαμβάνεται το αλλεργικό)												
39.	Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εμφύσημα												
40.	Στεφανιαία νόσος ή στηθάγχη												
41.	Έμφραγμα του μυοκαρδίου												
42.	Καρδιακή ανεπάρκεια												
43.	Βαβλιδιπάθεια												
44.	Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by-pass)												
45.	Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)												
46.	Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραχυκαρδίες)												
47.	Υπέρταση (Μικρή πίεση >8 Μεγάλη πίεση >14)												
48.	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο												
49.	Σκλήρυνση κατά πλάκας												
50.	Ρευματοειδή αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων ,π.χ. αρθριτικά)												
51.	Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων ή συνδέσμων)												
52.	Πάθηση στη μέση ή άλλα χρόνια προβλήματα μέσης (οσφυαλγία – δισκοπάθεια)												
53.	Πάθηση του αυχένα ή άλλα χρόνια προβλήματα του αυχένα												
54.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου Ι												
55.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου ΙΙ												
56.	Διαταραχή στη χοληστερίνη, στα λιπίδια και στα τριγλυκερίδια												

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	F.11.1. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;				F.11.2. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες έχετε ή είχατε κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;				F.11.3. Η πάθηση διαγνώστηκε από ιατρό;			
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ
		1	0	-8	-9	1	0	-8	-9	1	0	-8	-9
57.	Αλλεργία (π.χ. ρινίτιδα, φλεγμονή ματιών, δερματίτιδα, τροφική αλλεργία κ.α.) Εξαιρείται το αλλεργικό άσθμα												
58.	Έλκος στομάχου (γαστρικό ή δωδεκαδάκτυλου)												
59.	Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος												
60.	Καρκίνος (κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)												
61.	Ακράτεια ούρων, αδυναμία ελέγχου κύστης												
62.	Χρόνιο άγχος (κρίσεις πανικού)												
63.	Χρόνια κατάθλιψη												
64.	Σχιζοφρένεια												
65.	Άλλη ψυχική / διανοητική πάθηση												
66.	Μόνιμο τραύμα ή κάκωση από ατύχημα												
67.	Παθήσεις θυρεοειδούς												
68.	Οστεοπόρωση												
69.	Νόσος Πάρκινσον												
70.	Πολιομυελίτιδα												
71.	Μυασθένεια												
72.	Αιμορροΐδες												
73.	Ηπατίτιδα												
74.	Alzheimer												

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

G. Το επίπεδο υγείας σας σήμερα

Το καλύτερο επίπεδο υγείας
που μπορείτε να έχετε
Best imaginable
health state

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, με την τοποθέτηση ενός tick σε ένα κουτί σε κάθε ομάδα στη συνέχεια, παρακαλούμε να αναφέρετε τις δηλώσεις που περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

G.A. Κινητικότητα

- G.A.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα..... ☐ 1
G.A.2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα..... ☐ 2
G.A.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η να σηκωθώ από το κρεβάτι μου..... ☐ 3

G.B. Αυτοεξυπηρέτηση

- G.B.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση ☐ 1
G.B.2. Αντιμετωπίζω μέτρια δυσκολία να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου..... ☐ 2
G.B.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η για να πλυθώ και να ντυθώ μόνος/η μου..... ☐ 3

G.C. Συνήθειες δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, δουλειές του σπιτιού, της οικογένειας ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες)

- G.C.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με τις καθημερινές μου δραστηριότητες..... ☐ 1
G.C.2. Έχω μερικά προβλήματα με τις καθημερινές μου δραστηριότητες..... ☐ 2
G.C.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η να με τις καθημερινές μου δραστηριότητες..... ☐ 3

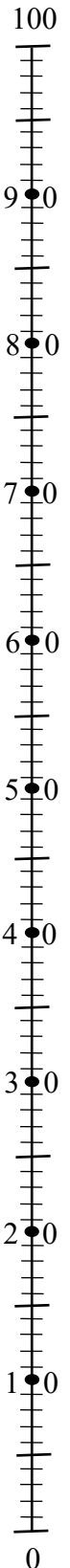
G.D. Πόνος / Δυσφορία

- G.D.1. Δεν αισθάνομαι πόνο ή δυσφορία..... ☐ 1
G.D.2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία..... ☐ 2
G.D.3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία..... ☐ 3

G.E. Άγχος / Κατάθλιψη

- G.E.1. Δεν έχω καθόλου άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 1
G.E.2. Έχω λίγο άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 2
G.E.3. Έχω υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 3

G.F. Παρακαλούμε σημειώστε στην κλίμακα, πως θα βαθμολογούσατε το επίπεδο της υγείας σας σήμερα.



© EuroQoL Group 1990
Quality of life

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

Το χειρότερο επίπεδο
υγείας που μπορείτε να
έχετε
Worst imaginable
health state

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

- **C6hirs:** ψευδομεταβλητή για την πρόθεση πληρωμής, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής είναι διατεθειμένος να διαθέσει επιπλέον χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.
- **A1sex:** Ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και «0» όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.
- **A83kid:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των παιδιών.
- **A91Inc:** ποσοτική μεταβλητή που δηλώνει το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος.
- **A91Inc:** ποσοτική μεταβλητή που δηλώνει το ύψος του μηνιαίου εισοδήματος.
- **aei:** ψευδομεταβλητή για το μορφωτικό επίπεδο η οποία λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **age:** είναι ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **age²:** ποσοτική μεταβλητή για την ηλικία στο τετράγωνο.
- **asf_pub:** ψευδομεταβλητή που λαμβάνει την τιμή «1» όταν είναι ασφαλισμένος του δημοσίου και «0» στις άλλες περιπτώσεις.
- **C10dgn:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις.
- **C10dpr:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου

να καλύψει τη δαπάνη για επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς.

- **C10drg:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για φάρμακα.
- **C10dsv:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για επίσκεψη σε ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό ταμείο.
- **C10hpr:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- **C10hsv:** μεταβλητή που εκφράζει την αδυναμία του ερωτώμενου να καλύψει τη δαπάνη για εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο.
- **C2hsts:** μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης του καταναλωτή από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλιστικού ταμείου.
- **C6hirs:** ψευδομεταβλητή για την πρόθεση πληρωμής, η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής είναι διατεθειμένος να διαθέσει επιπλέον χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.
- **C7_hpr:** μεταβλητή που εκφράζει την επιθυμία του ερωτώμενου να διαθέσει χρήματα για εισαγωγή σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- **D1_3:** μεταβλητή που εκφράζει την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου.
- **D4b_ds:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ημέρες που

περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν.

- **D4b_hr:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τις ώρες που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν.
- **D4b_sc:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τα λεπτά που περίμεναν οι καταναλωτές από τη στιγμή που αναζήτησαν μια υπηρεσία υγείας μέχρι και τη στιγμή που την έλαβαν.
- **D8bfak:** ψευδομεταβλητή η οποία λαμβάνει την τιμή «1» στην περίπτωση που ο καταναλωτής έχει καταβάλει άτυπη πληρωμή και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε περίπτωση.
- **dimosio:** ψευδομεταβλητή για την απασχόληση, και λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής είναι μισθωτός στο Δημόσιο και την τιμή «0» σε κάθε άλλη περίπτωση.
- **F8_dis :** μεταβλητή που εκφράζει την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει κάποια χρόνια ασθένεια, και την τιμή «0» όταν δεν έχει.
- **HS01:** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου και λαμβάνει την τιμή από 1-5 όπου 0 = πολύ καλή και 5 πολύ καλή.
- **HS02 :** ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος έχει κάποια χρόνια πάθηση και την τιμή 0 όταν δεν έχει

- **MD01** Κατανάλωση φαρμάκων με συνταγή ιατρού.
- **Sex:** Ψευδομεταβλητή, η οποία λαμβάνει την τιμή 1 όταν ο ερωτώμενος είναι άνδρας και 0 όταν ο ερωτώμενος είναι γυναίκα.
- **Infarmaka:** είναι ο λογάριθμος που εκφράζει τις συνολικές δαπάνες του καταναλωτή για φάρμακα
- **age** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- **A4reg** μεταβλητή που εκφράζει την περιοχή διαμονής
- **A82mmb** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των μελών της οικογένειας, που διαμένουν στην ίδια κατοικία.
- **A911Inc** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το μηνιαίο ατομικό εισόδημα σε ευρώ.
- **master** ψευδομεταβλητή για την το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- **A911Inc** ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το μηνιαίο εισόδημα του καταναλωτή.
- **B4insp:** μεταβλητή που δηλώνει αν ο καταναλωτής έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, και λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και την τιμή «0» όταν δεν έχει.

Reg Inprgiatroi:	είναι ο λογάριθμος που εκφράζει τις συνολικές δαπάνες του καταναλωτή για τις επισκέψεις ιατρών (σε ευρώ)
age:	ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει την ηλικία του ερωτώμενου.
- age²:	ποσοτική μεταβλητή για την ηλικία στο τετράγωνο.
- A4reg:	μεταβλητή που εκφράζει την περιοχή διαμονής
- A82mmb	ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει τον αριθμό των μελών της οικογένειας, που διαμένουν στην ίδια κατοικία.
- income:	ποσοτική μεταβλητή που εκφράζει το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα σε ευρώ.
- aei:	ψευδομεταβλητή για την το μορφωτικό επίπεδο. Λαμβάνει την τιμή «1» όταν ο καταναλωτής είναι απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ και την τιμή «0» σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση.
- asf_pub:	ψευδομεταβλητή για το ασφαλιστικό ταμείο, που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει ΟΠΑΔ, και την τιμή «0» για τα όλα ταμεία.
- F8_dis :	μεταβλητή που εκφράζει την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που λαμβάνει την τιμή «1» αν έχει ο καταναλωτής έχει κάποια χρόνια ασθένεια, και την τιμή «0» όταν δεν έχει.
- C8a_pr:	μεταβλητή που εκφράζει το βαθμό επιρροής της τιμής επίσκεψης του ιατρού και λαμβάνει τις τιμές 0 – 4 με την κλίμακα καθόλου - πάρα πολύ

Α. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
	code	
	region	
	date	
A.1. Φύλο:	A1sex	Άνδρας ☐ 1 Γυναίκα ☐ 0
A.2. Ηλικία:	A2age	
A.3. Υπηκοότητα	A3citi	
A.4. Περιοχή διαμονής	A4reg	
A.5. Ποια η σχέση σας με τον/την υπεύθυνο/η του νοικοκυριού;	A5rsp	- Υπεύθυνος/η..... ☐ 1 - Σύζυγος/σύντροφος..... ☐ 2 - Παιδιά του/της υπευθύνου/ης ή συζύγου / συντρόφου ... ☐ 3 - Γονέας υπευθύνου/ης ή συζύγου / συντρόφου..... ☐ 4 - Άλλος συγγενής..... ☐ 5 - Οικιακή βοηθός..... ☐ 6 - Μη συγγενικό πρόσωπο..... ☐ 7
A.6. Παρακαλούμε να αναφέρετε το επίπεδο εκπαίδευσής σας.	A6edu	- Δεν πήγα σχολείο..... ☐ 1 - Μερικές τάξεις Δημοτικού..... ☐ 2 - Απόφοιτος Δημοτικού..... ☐ 3 - Μερικές τάξεις Γυμνασίου..... ☐ 4 - Απόφοιτος Γυμνασίου..... ☐ 5 - Απόφοιτος Λυκείου..... ☐ 6 - Πτυχιούχος Δημόσιου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ .. ☐ 7 - Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. Α.Ε.Ι..... ☐ 8 - Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος..... ☐ 9 - Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος ☐ 10
A.7.1. Ποια είναι σήμερα η κύρια οικονομική σας δραστηριότητα;	A71job	- Εργαζόμενος..... ☐ 1 - Άνεργος..... ☐ 2 - Συνταξιούχος..... ☐ 3 - Μη οικονομικά ενεργός (μαθητής ,σπουδαστής, στρατιώτης, νοικοκυρά, εισοδηματίας, ανίκανος για εργασία και λοιπές περιπτώσεις)..... ☐ 4
A.7.2. Έχετε εργαστεί ποτέ επ' αμοιβή;	A72pay	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.7.3. Στην εργασίας σας είστε/ήσασταν:	A73sal	- Μισθωτός στο δημόσιο τομέα..... ☐ 1 - Μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα..... ☐ 2 - Αυτοαπασχολούμενος με μισθωτούς..... ☐ 3 - Αυτοαπασχολούμενος χωρίς μισθωτούς..... ☐ 4 - Βοηθός στην οικογενειακή επιχείρηση χωρίς αμοιβή ☐ 5 - Μαθητευόμενος με αμοιβή..... ☐ 6
A.7.4. Τι είδους εργασιακή σχέση έχετε/είχατε στην εργασία σας;	A74wrk	- Μόνιμη ή Αορίστου χρόνου..... ☐ 1

		- Σύμβαση ορισμένου χρόνου / προσωρινή εργασία..... ☐ 2
A.7.5. Η απασχόληση στην εργασία σας είναι/ήταν:	A75prt	Πλήρους Απασχόλησης ☐ 1 Μερικής Απασχόλησης ☐ 2
A.7.6. Πόσες ώρες απασχοληθήκατε κατά μέσο όρο την εβδομάδα στην κύρια εργασία σας	A76hrs	
A.8.1. Παρακαλούμε αναφέρατε την οικογενειακή σας κατάσταση.	A81mrt	- Άγαμος/η ☐ 1 - Άγαμος/η με συμβίωση ☐ 2 - Έγγαμος/η ☐ 3 - Χήρος/α ☐ 4 - Διαζευγμένος/η..... ☐ 5 - Σε διάσταση ☐ 6
A.8.2. Από πόσα μέλη αποτελείται το νοικοκυριό σας;	A82mmb	
A.8.3. Έχετε παιδιά;	A83kid	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.8.4. Αν ΝΑΙ, πόσα;	A84kid	
A.8.5. Αν έχετε παιδιά, διαμένουν μαζί σας;	A85kid	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.8.6. Αν έχετε παιδιά, παρακαλούμε να συμπληρώσετε την ηλικία τους:	A86kd1 A86kd2 A86kd3 A86kd4	1ου παιδιού [.....] 3ου παιδιού [.....] 2ου παιδιού [.....] 4ου παιδιού [.....]
A.8.7. Κατοικείτε στο ίδιο σπίτι με τους γονείς σας;	A87prn	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.8.8. Η κατοικία στην οποία διαμένετε, είναι:	A88own	Ιδιόκτητη ☐ 1 Ενοικιαζόμενη ☐ 2
A.8.9. Τετραγωνικά:	A89squ	
A.8.10. Αριθμός δωματίων:	A810rm	
A.9.1. Ποιο είναι το καθαρό <u>μηνιαίο</u> ατομικό εισόδημά σας, από την εργασία σας	A91Inc	
A.9.2. Πιστεύετε ότι το εισόδημά σας επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών σας;	A92Ind	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.9.3. Έχετε δανειστεί χρήματα για την κάλυψη των αναγκών σας;	A93brr	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.9.4. Έχετε εισοδήματα από άλλες πηγές;	A94itp	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
A.9.5.Αν ΝΑΙ, αναφέρετε κατά προσέγγιση τις μηνιαίες αποδοχές σας από αυτές (σε €);	A95itp	
A.9.6. Πόσα χρήματα διαθέτετε κατά μέσο όρο μηνιαίως για αποταμίευση (σε €);	A96sav	
A.9.7. Ποιο είναι το καθαρό <u>ετήσιο</u> οικογενειακό σας εισόδημα (σε €);	A97Inc	
A.9.8. Ποιες από τις ακόλουθες ανάγκες <u>δεν</u> μπορείτε να καλύψετε λόγω του εισοδήματος σας;		
- Ενοίκιο / Εξόφληση Στεγαστικού Δανείου	A98nd1	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λογαριασμούς: ΔΕΗ/ ΟΤΕ/ ΕΥΔΑΠ / Κινητή Τηλεφωνία	A98nd2	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Διατροφή (αγορές από σούπερ μάρκετ, λαϊκή αγορά, κτλ.)	A98nd3	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Ένδυση και υπόδηση	A98nd4	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Θέρμανση κατοικίας (πετρέλαιο, φυσικό αέριο)	A98nd5	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Δίδακτρα Εκπαίδευσης (ιδιωτικό σχολείο, φροντιστήρια, ιδιαίτερα)	A98nd6	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

- Αγορά προϊόντων τεχνολογίας	A98nd7	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0
- Διασκέδαση / Ψυχαγωγία	A98nd8	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0
- Υπηρεσίες υγείας	A98nd9	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0

B. ΑΣΦΑΛΙΣΗ		
B.1. Για τις υπηρεσίες υγείας είστε:	B1ins	- Άμεσα ασφαλισμένος..... ☐ 1 - Έμμεσα ασφαλισμένος. ☐ 2 - Ανασφάλιστος..... ☐ 3
B.2. Υπάρχουν άτομα στην οικογένειά σας χωρίς ασφαλιστική κάλυψη;	B2ins	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
B.3. Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης υπάγεστε;	B3ins	- Ο.Π.Α.Δ. (Οργανισμός Περίθαλψής Ασφαλισμένων του Δημοσίου) ☐ 1 - Ι.Κ.Α. (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) ☐ 2 - Ο.Α.Ε.Ε. (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών) ☐ 3 - ΛΟΙΠΑ ☐ 4
	B3inst	παρακαλώ σημειώστε
B.4. Εκτός από την κύρια ασφάλισή σας έχετε και ιδιωτική ασφάλιση υγείας;	B4insp	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
B.5. Τα έξοδα για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σας καλύπτονται από:	B5insp	- Πρόγραμμα υγείας του φορέα εργασίας σας..... ☐ 1 - Πρόγραμμα υγείας της τράπεζάς σας..... ☐ 2 - Τους γονείς σας..... ☐ 3 - Εμένα..... ☐ 4
B.6. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σας καλύπτει;	B6insp	- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη..... ☐ 1 - Νοσοκομειακή περίθαλψη..... ☐ 2 - Και τα δύο..... ☐ 3
B.7. Ποιο είναι το ποσό που πληρώνετε ετησίως για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας σας (σε €);	B7insc	
B.8. Για ποιούς από τους παρακάτω λόγους έχετε επιλέξει ιδιωτική ασφάλιση υγείας;		
- Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τον ασφαλιστικό μου φορέα	B8ins1	
- Εξειδικευμένο δίκτυο ιατρών	B8ins2	
- Περισσότερες επισκέψεις σε ιατρούς	B8ins3	
- Λιγότερος χρόνος αναμονής για επισκέψεις σε ιατρούς	B8ins4	
- Σύγχρονο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων	B8ins5	
- Περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις	B8ins6	
- Ετήσιο προληπτικό έλεγχο της υγείας (Check-up)	B8ins7	
- Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις	B8ins8	
- Σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα	B8ins9	
- Κάλυψη μεγαλύτερου ποσοστού χειρουργικών επεμβάσεων	B8ins10	
- Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας	B8ins11	
- Σύγχρονα μέσα για γρήγορη και ασφαλή υγειονομική μεταφορά	B8ins12	

- Άλλο,	B8ins13	
παρακαλώ σημειώστε	B8ins14	
C. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
ΑΠΟΨΕΙΣ - ΣΤΑΣΕΙΣ		
C.1. Κατά πόσο θεωρείτε ότι είστε ενημερωμένος/η για τις παροχές υγείας της κύριας ασφάλισής σας;	C1hinf	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C.2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της κύριας ασφάλισής σας;	C2hsts	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C.3. Πιστεύετε ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας που σας παρέχονται από την κύρια ασφάλισή σας ανταποκρίνονται στο ύψος των εισφορών που καταβάλετε;	C3hsrv	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
C.4. Είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε περισσότερα χρήματα για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας;	C4hwtpr	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
C.5. Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε σημειώστε στην κλίμακα, το ποσοστό επι τοις εκατό που είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε παραπάνω για καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας;	C5hklm	
C.6. Έστω ότι το εισόδημα σας αυξάνεται κατά 400 € το μήνα. Θα διαθέτατε τα επιπλέον χρήματα για υπηρεσίες υγείας;	C6hirs	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
C.7. Για ποιες από τις παρακάτω;		
- Για Φάρμακα	C7_drg	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
- Για Διαγνωστικές εξετάσεις	C7_dgn	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
- Για Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό σας φορέα	C7_dsv	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
- Για Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς	C7_dpr	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
- Για Εισαγωγή σε Δημόσιο Νοσοκομείο	C7_hsv	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
- Για Εισαγωγή στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο	C7_hpr	NAI ☐ 1 OXI ☐ 0
C.8. Πώς τα παρακάτω κριτήρια επηρεάζουν την επιλογή σας για την επίσκεψή σας στο ιατρό;		
Ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό φορέα		
- Τιμή επίσκεψης	C8a_pr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Ιατρικός Εξοπλισμός του ιατρείου	C8a_eq	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Εμπειρία	C8a_ex	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Αξιοπιστία/Εμπιστοσύνη	C8a_rl	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Προσωπικότητα	C8a_pr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Ακαδημαϊκή Καριέρα/Επιστημονική κατάρτιση	C8a_ph	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Φήμη	C8a_rp	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Φίλοι / Συγγενείς	C8a_fr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Σύσταση από άλλον ιατρό	C8a_dr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Απόσταση από την οικία	C8a_sd	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
Ιδιώτη Ιατρό		
- Τιμή επίσκεψης	C8b_pr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4

- Ιατρικός Εξοπλισμός του ιατρείου	C8b_eq	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Εμπειρία	C8b_ex	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Αξιοπιστία/Εμπιστοσύνη	C8b_rl	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Προσωπικότητα	C8b_pr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Ακαδημαϊκή Καριέρα/Επιστημονική κατάρτιση	C8b_ph	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Φήμη	C8b_rp	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Φίλοι / Συγγενείς	C8b_fr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Σύσταση από άλλον ιατρό	C8b_dr	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
- Απόσταση από την οικία	C8b_sd	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C.9. Θεωρείτε ότι το τελευταίο χρονικό διάστημα, έχει αυξηθεί η τιμή:		
- Των φαρμάκων;	C9pdrg	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των διαγνωστικών εξετάσεων;	C9pdgn	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των νοσηλίων;	C9pexp	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των επισκέψεων σε γιατρούς;	C9pdr	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των χειρουργικών επεμβάσεων;	C9psrg	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.10. Ποιες από τις ακόλουθες υπηρεσίες υγείας δεν μπορείτε να καλύψετε λόγω του εισοδήματος σας;		
- Φάρμακα	C10drg	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Διαγνωστικές εξετάσεις	C10dgn	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Επισκέψεις σε ιατρούς συμβεβλημένους με το ασφαλιστικό σας ταμείο	C10dsv	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς	C10dpr	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο	C10hsv	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Εισαγωγή στο ιδιωτικό νοσοκομείο	C10hpr	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.11. Υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε υπηρεσία υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά;		
	C11hsrv	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.12. Εάν η τιμή των υπηρεσιών υγείας αυξηθεί κατά 10%, με δεδομένο ότι σας το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας σας, θα περιορίζατε τη χρήση:		
- Των φαρμάκων	C12drg	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των διαγνωστικών εξετάσεων	C12dgn	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Των επισκέψεων σε ιατρούς	C12drs	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.13. Λόγω οικονομικής κρίσης, αντιμετωπίζετε δυσκολίες να καταβάλετε τις εισφορές για την περίθαλψη στον ασφαλιστικό σας φορέα;		
	C13cri	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.14. Λόγω προβλημάτων υγείας, αντιμετωπίσατε δυσκολίες και:		
- Πήρατε δάνειο από Τράπεζα	C14_1	
- Δανειστήκατε χρήματα από φίλους / συγγενείς	C14_2	
- Είχατε μείωση στο εισόδημά σας	C14_3	
- Διακόψατε για μεγάλο χρονικό διάστημα την εργασία σας	C14_4	

- Αλλάξατε εργασία	C14_5	
- Χάσατε την εργασία σας	C14_6	
- Δεν είχα κανένα πρόβλημα υγείας	C14_7	
C.15. Πόσο ικανοποιημένος/η από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που σας παρέχετε από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας;	C15sat	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C.16. Ποια θεωρείτε ότι είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ελληνικών νοσοκομείων, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα;		
Δημόσιο Νοσοκομείο		
- Σύμβαση με το ασφαλιστικό το ταμείο	C16a_1	
- Κόστος	C16a_2	
- Πλήρης και σύγχρονος εξοπλισμός	C16a_3	
- Κτιριακές εγκαταστάσεις	C16a_4	
- Καθαριότητα	C16a_5	
- Επιστημονικό προσωπικό	C16a_6	
- Χρόνος εξυπηρέτησης	C16a_7	
- Χρόνος αναμονής	C16a_8	
- Αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων	C16a_9	
Ιδιωτικό Νοσοκομείο		
- Σύμβαση με το ασφαλιστικό το ταμείο	C16b_1	
- Κόστος	C16b_2	
- Πλήρης και σύγχρονος εξοπλισμός	C16b_3	
- Κτιριακές εγκαταστάσεις	C16b_4	
- Καθαριότητα	C16b_5	
- Επιστημονικό προσωπικό	C16b_6	
- Χρόνος εξυπηρέτησης	C16b_7	
- Χρόνος αναμονής	C16b_8	
- Αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων	C16b_9	
C.17. Ποια από τα παρακάτω νοσηλευτικά ιδρύματα θα επιλέγατε να πραγματοποιήσετε μια δύσκολη και απαιτητική επέμβαση;	C17hst	- Δημόσιο νοσοκομείο..... 1 - Ιδιωτικό νοσοκομείο..... 2 - Νοσοκομείο χώρας του εξωτερικού... 3
C.18. Αν χρειάζοταν να νοσηλευτείτε σε ένα νοσοκομείο, ποια από τα παρακάτω προβλήματα πιστεύετε ότι θα αντιμετωπίζατε κατά τη διάρκεια της περιθαλψής σας;		
Δημόσιο Νοσοκομείο		
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	C18a_1	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη διάγνωση	C18a_2	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Πιθανοί λανθασμένοι χειρισμοί	C18a_3	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (δόση, σκεύασμα, συνταγή, τρόπος χορήγησης)	C18a_4	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού	C18a_5	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0

Καταναλωτής και Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας

Ιδιωτικό Νοσοκομείο		
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	C18b_1	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη διάγνωση	C18b_2	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Πιθανοί λανθασμένοι χειρισμοί	C18b_3	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή (δόση, σκεύασμα, συνταγή, τρόπος χορήγησης)	C18b_4	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
- Δυσλειτουργία του νοσοκομειακού εξοπλισμού	C18b_5	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
C.19. Παρακαλούμε, επιλέξτε την απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.	C19a_b	- Αισθάνομαι ασφαλής στο ιδιωτικό νοσοκομείο..... 1 - Αισθάνομαι ανασφαλής σε δημόσιο νοσοκομείο..... 2

D. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ		
D.1. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, χρησιμοποιήσατε κάποια από τις ακόλουθες υπηρεσίες υγείας/φροντίδας για δικό σας πρόβλημα υγείας;		
- Επίσκεψη σε ιατρείο	D1_1	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Επίσκεψη ιατρού στο σπίτι σας	D1_2	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου	D1_3	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων	D1_4	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Επίσκεψη σε φαρμακείο	D1_5	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον	D1_6	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Βοήθεια για οικιακές εργασίες ή για φροντίδα ηλικιωμένων	D1_7	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Προσφορά γευμάτων κατ' οίκον	D1_8	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Υπηρεσίες μεταφοράς	D1_9	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
- Άλλες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας	D1_10	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
D.2. Πότε ήταν η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψή σας σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε ένα «άτομο» των υπηρεσιών υγείας;		
A. Δημόσιος Τομέας	D2a_dm	Τις τελευταίες 30 ημέρες;..... 1 ☐ Τους τελευταίους 3 μήνες;..... 2 ☐ Τους τελευταίους 6 μήνες;..... 3 ☐ Μεταξύ 6 και 12 μηνών;..... 4 ☐ Δεν θυμάμαι: 5 ☐
B. Ιδιωτικός Τομέας	D2b_dm	Τις τελευταίες 30 ημέρες;..... 1 ☐ Τους τελευταίους 3 μήνες;..... 2 ☐ Τους τελευταίους 6 μήνες;..... 3 ☐ Μεταξύ 6 και 12 μηνών;..... 4 ☐ Δεν θυμάμαι: 5 ☐
D.3. Όταν αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας, λάβατε την υπηρεσία αμέσως μόλις την αναζητήσατε;		
A. Δημόσιος Τομέας	D3asrc	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0

B. Ιδιωτικός Τομέας	D3bsrc	NAI= ☐ , OXI= ☐
D.4. Από τη χρονική στιγμή που αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας μέχρι τη στιγμή που τις λάβατε, συνήθως πόσο έπρεπε να περιμένετε;		
A. Δημόσιος Τομέας		
Λεπτά	D4a_sc	
Ώρες	D4a_hr	
Ημέρες	D4a_ds	
Εβδομάδες	D4a_wk	
Μήνες	D4a_mn	
B. Ιδιωτικός Τομέας		
Λεπτά	D4b_sc	
Ώρες	D4b_hr	
Ημέρες	D4b_ds	
Εβδομάδες	D4b_wk	
Μήνες	D4b_mn	
D.5. Πόσο χρόνο χρειάστηκε να περιμένετε για να κάνετε τις εργαστηριακές εξετάσεις;		
A. Δημόσιος Τομέας	D5atim	Την ίδια ημέρα ☐ 1 1-2 ημέρες ☐ 2 3-5 ημέρες ☐ 3 6-10 ημέρες ☐ 4 Περισσότερο από 10 ημέρες ☐ 5
B. Ιδιωτικός Τομέας	D5btim	Την ίδια ημέρα..... ☐ 1 1-2 ημέρες ☐ 2 3-5 ημέρες ☐ 3 6-10 ημέρες ☐ 4 Περισσότερο από 10 ημέρες... ☐ 5
D.6. Συνήθως πόσο χρονικό διάστημα χρειάστηκε να περιμένετε για να λάβετε τις απαντήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων		
A. Δημόσιος Τομέας	D6atim	Την ίδια ημέρα..... ☐ 1 1-2 ημέρες ☐ 2 3-5 ημέρες ☐ 3 6-10 ημέρες ☐ 4 Περισσότερο από 10 ημέρες... ☐ 5
B. Ιδιωτικός Τομέας	D6btim	Την ίδια ημέρα..... ☐ 1 1-2 ημέρες ☐ 2 3-5 ημέρες ☐ 3 6-10 ημέρες ☐ 4 Περισσότερο από 10 ημέρες... ☐ 5

D.7. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα του χώρου που επισκεφθήκατε για τη φροντίδα υγείας;		
A. Δημόσιος Τομέας	D7aqui	Πολύ Κακή= 0, Κακή =1, Μέτρια =2, Καλή=3, Πολύ καλή=4)
B. Ιδιωτικός Τομέας	D7bqui	Πολύ Κακή= 0, Κακή =1, Μέτρια =2, Καλή=3, Πολύ καλή=4)
ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ		
D.8. Για να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας χρειάστηκε να καταβάλετε «άτυπη πληρωμή» προκειμένου να εξυπηρετηθείτε;		
A. Δημόσιος Τομέας	D8afak	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
B. Ιδιωτικός Τομέας	D8bfak	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
D.9. Αν ΝΑΙ, σας παρακαλούμε να αναφέρετε το λόγο και το ποσό που καταβάλετε.		
A. Δημόσιος Τομέας		
9.1 Έπειτα από αίτημα των ιατρών;	D9a911	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a912	
9.2 Έπειτα από αίτημα των διοικητικών;	D9a921	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a922	
9.3 Για να αποκτήσετε πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; (π.χ. να κλείσετε ραντεβού)	D9a931	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a932	
9.4 Για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης;	D9a941	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a942	
9.5 Για να πάρετε πιο γρήγορα τα αποτελέσματα;	D9a951	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a952	
9.6 Με δική σας πρωτοβουλία	D9a961	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9a962	
B. Ιδιωτικός Τομέας		
9.1 Έπειτα από αίτημα των ιατρών;	D9b911	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b912	
9.2 Έπειτα από αίτημα των διοικητικών;	D9b921	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b922	
9.3 Για να αποκτήσετε πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; (π.χ. να κλείσετε ραντεβού)	D9b931	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b932	
9.4 Για να μειωθεί ο χρόνος αναμονής/νοσηλείας/επέμβασης;	D9b941	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b942	
9.5 Για να πάρετε πιο γρήγορα τα αποτελέσματα;	D9b951	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b952	
9.6 Με δική σας πρωτοβουλία	D9b961	ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 0
	D9b962	
D.10. Αντιμετωπισθήκατε άσχημα από το σύστημα ή τις υπηρεσίες υγείας της χώρας σας		

λόγω:			
A. Δημόσιος Τομέας			B. Ιδιωτικός Τομέας
- Έλλειψης ασφάλισης	D10a01	- Έλλειψης ασφάλισης	D10b01
- Υπηκοότητας	D10a02	- Υπηκοότητας	D10b02
- Φυλής / Χρώματος	D10a03	- Φυλής / Χρώματος	D10b03
- Φύλου	D10a04	- Φύλου	D10b04
- Γλώσσας	D10a05	- Γλώσσας	D10b05
- Θρησκεύματος	D10a06	- Θρησκεύματος	D10b06
- Πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων	D10a07	- Πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων	D10b07
- Κατάστασης υγείας	D10a08	- Κατάστασης υγείας	D10b08
- Έλλειψης χρημάτων	D10a09	- Έλλειψης χρημάτων	D10b09
- Τίποτα από τα παραπάνω	D10a10	- Τίποτα από τα παραπάνω	D10b10
D.11. Ποια από τα κάτωθι προβλήματα έχετε αντιμετωπίσει σε υπηρεσίες υγείας;	A. Δημόσιος Τομέας		B. Ιδιωτικός Τομέας
- Υπερτιμολόγηση των υπηρεσιών	D11a01		D11b01
- Προβλήματα στις συναλλαγές σας με το διοικητικό προσωπικό	D11a02		D11b02
- Προβλήματα με το ασφαλιστικό ταμείο σας	D11a03		D11b03
- Εξαπάτηση από ιδιωτική ασφάλεια υγείας	D11a04		D11b04
- Προβλήματα εξυπηρέτησης που σχετίζονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας	D11a05		D11b05
- Προβλήματα με την ποιότητα/ασφάλεια των υπηρεσιών;	D11a06		D11b06
- Δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα από τα παραπάνω	D11a07		D11b07

D.12. 1. Ιατροί		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
D.12.1. Α Ιατροί Συμβεβλημένοι με τον ασφαλιστικό σας φορέα	D.12. 1 Α.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς	D121a1	D12101
	D.12. 1 Α.2. Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	D121a2	D12102
	D.12. 1.Α.3. Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	D121a3	D12103
	D.12. 1.Α.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	D121a4	D12104
	D.12. 1 Α.5. Επίσκεψη σε Οδοντίατρο	D121a5	D12105
	D.12. 1 Α.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό	D121a6	D12106
	D.12. 1 Α.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς	D121a7	D12107
D.12.1. Β. Ιατροί Ιδιώτες	D.12. 1.Β.1. Επίσκεψη σε Γενικούς ιατρούς	D121b1	D12108
	D.12. 1.Β.2 Επίσκεψη σε ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	D121b2	D12109
	D.12. 1.Β.3. Επίσκεψη σε ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	D121b3	D12110
	D.12. 1.Α.4. Επίσκεψη σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	D121b4	D12111
	D.12. 1.Β.5. Επίσκεψη σε Οδοντίατρο	D121b5	D12112

	D.12. 1.B.6. Επίσκεψη σε Ορθοδοντικό	D121b6	D12113
	D.12. 1.B.7. Επίσκεψη σε Άλλους Ιατρούς	D121b7	D12114
D.12.2. Νοσοκομεία		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
D.12.2.A. Νοσοκομεία Δημοσίου τομέα	D.12. 2.A.1. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες.	D122a1	D12201
	D.12. 2.A.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες.	D122a2	D12202
	D.12. 2.A.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο.	D122a3	D12203
	D.12. 2.A.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο.	D122a4	D12204
	D.12. 2.A.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες	D122a5	D12205
	D.12. 2. A.6. Εισαγωγή	D122a6	D12206
	D.12. 2. A.7. Χειρουργική επέμβαση	D122a7	D12207
	D.12. 2. A.8. Τοκετός	D122a8	D12208
D.12.2.B. Νοσοκομεία Ιδιωτικού τομέα	D.12. 2. B.1. Επίσκεψη εξωτερικά ιατρεία σε Ιατρούς με Παθολογικές ειδικότητες	D122b1	D12209
	D.12. 2. B.2. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Ιατρούς με Χειρουργικές ειδικότητες	D122b2	D12210
	D.12. 2. B.3. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Μαιευτήρα/Γυναικολόγο	D122b3	D12211
	D.12. 2. B.4. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε Οδοντίατρο	D122b4	D12212
	D.12. 2. B.5. Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία σε άλλες Ειδικότητες	D122b5	D12213
	D.12. 2. B.6. Εισαγωγή	D122b6	D12214
	D.12. 2. B.7. Χειρουργική επέμβαση	D122b7	D12215
	D.12. 2. B.8. Τοκετός	D122b8	D12216
D.12.3. Άλλες παραϊατρικές ειδικότητες - Άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
	D. 12. 3.1. Διαγνωστικό εργαστήριο	D123_1	D12301
	D. 12. 3.2. Διαιτολόγο	D123_2	D12302
	D. 12. 3.3. Λογοθεραπευτή	D123_3	D12303
	D. 12. 3.4. Εργοθεραπευτή	D123_4	D12304
	D. 12. 3.5. Φυσιοθεραπευτή/Κινησιοθεραπευτή	D123_5	D12305
	D. 12. 3.6. Χειροπράκτη θεραπευτή	D123_6	D12306
	D. 12. 3.7. Ψυχολόγο/Ψυχοθεραπευτή	D123_7	D12307
	D. 12. 3.8. Νοσηλεύτρια ή Μαία (Αποκλειστικές Νοσοκόμες)	D123_8	D12308
D.12.4. Ειδικούς Εναλλακτικής Ιατρικής		ΑΡΙΘΜΟΣ	ΚΟΣΤΟΣ
	D. 12. 4.1. Ομοιοπαθητικό	D124_1	D12401
	D. 12. 4.2. Βελονιστή	D124_2	D12402
	D. 12. 4.3. Φυτοθεραπευτή / Βοτανολόγο	D124_3	D12403
	D. 12. 4.4. Άλλο ειδικό εναλλακτικής Ιατρικής	D124_4	D12404
	D. 12. 4.5. Φαρμακεία (αναφορά ασθένειας)	D124_5	D12405
	D. 12. 4.6. Θεραπευτικός εξοπλισμός	D124_6	D12406

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ – ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ			
D.13. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο (2) εβδομάδων, χρησιμοποιήσατε φάρμακα που σας δόθηκαν με συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου; (Συμπεριλαμβανομένου συμπληρωμάτων διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες. Για γυναίκες, να συμπεριληφθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).	D131dg	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0 Δεν απαντώ ☐ 9	
D.13.1. Αν ΝΑΙ, τα φάρμακα που χρησιμοποιήσατε ήταν για:			ΚΟΣΤΟΣ
Άσθμα	D13_01	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1301
Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια πνευμονοπάθεια, εμφύσημα	D13_02	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1302
Υπέρταση	D13_03	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1303
Μείωση του επιπέδου χοληστερόλης	D13_04	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1304
Άλλη καρδιακή νόσο, όπως αρρυθμία, καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα, περιφερική αγγειακή νόσο και εγκεφαλικό	D13_05	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1305
Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)	D13_06	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1306
Πόνο στη μέση, διακοπάθεια οσφυαλγία	D13_07	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1307
Πονοκέφαλο ή ημικρανία	D13_08	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1308
Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μειοσκελετικού	D13_09	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1309
Σακχαρώδη διαβήτη	D13_10	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1310
Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις	D13_11	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1311
Στομαχικά προβλήματα	D13_12	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1312
Θεραπεία για τον καρκίνο (χημειοθεραπεία)	D13_13	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1313
Κατάθλιψη	D13_14	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1314
Υπερένταση ή νευρικότητα	D13_15	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1315
Σχιζοφρένεια και άλλη ψυχική ή διανοητική πάθηση	D13_16	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1316
Ακράτεια ούρων και προβλήματα ουροποιητικού συστήματος	D13_17	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1317
Οστεοπόρωση	D13_18	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1318
Θυρεοειδή ή άλλο ενδοκρινολογικό πρόβλημα	D13_19	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1319
Υπνωτικά χάπια	D13_20	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1320
Αντιβιοτικά όπως πενικιλίνη (ή οποιαδήποτε άλλο αντιβιοτικό)	D13_21	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1321
Αντισυλληπτικά χάπια (για γυναίκα σε αναπαραγωγική ηλικία μικρότερη των 50 ετών)	D13_22	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1322
Ορμόνες για την εμμηνόπαυση (για γυναίκες κατά τη διάρκεια της κλιμακτηρίου ή μετά την εμμηνόπαυση – ηλικίας συνήθως μεγαλύτερης των 45 ετών)	D13_23	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1323
Άλλο. Συγκεκριμένα:	D13_24	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0	D1324
	D13_25		
D.13.2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, χρησιμοποιήσατε φάρμακα που σας δόθηκαν χωρίς συνταγή/σύσταση ιατρού ή οδοντιάτρου; (Συμπεριλαμβανομένου συμπληρωμάτων διατροφής, όπως φάρμακα από βότανα ή βιταμίνες. Για γυναίκες, να συμπεριληφθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν ορμόνες).	D132dg	ΝΑΙ ☐ 1 OXI ☐ 0 Δεν απαντώ ☐	

ορμόνες).				
D.13.3. Αν ΝΑΙ, τα φάρμακα που χρησιμοποιήσατε ήταν για:				
Πόνο στους συνδέσμους (ρευματοειδής αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα)	D13_26	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1326
Πονοκέφαλο ή ημικρανία	D13_27	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1327
Κάθε άλλο είδους πόνου και προβλήματα του μειοσκελετικού	D13_28	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1328
Κρυολόγημα, γρίπη ή πονόλαιμο	D13_29	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1329
Αλλεργικά συμπτώματα (έκζεμα, ρινίτιδα, αλλεργικός πυρετός), δερματικές παθήσεις	D13_30	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1330
Στομαχικά προβλήματα	D13_31	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1331
Βιταμίνες, μέταλλα ή τονωτικά	D13_32	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1332
Άλλο. Συγκεκριμένα:	D13_33	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐ D1333
ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ				
D.14. Έχετε ποτέ εμβολιαστεί κατά της γρίπης;	D14vc	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐
D.14.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που έχετε εμβολιαστεί;	D14vc1	1 ☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών 2 ☐ 1-5 έτη πριν 3 ☐ Περισσότερο από 5 έτη 4 ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω		
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ				
D.15. Έχει μετρηθεί ποτέ η αρτηριακή σας πίεση από κάποιον επαγγελματία υγείας (ιατρό, φαρμακοποιό, νοσηλεύτη);	D15pr	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐
D.15.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που μετρήσατε την αρτηριακή σας πίεση;	D15pr1	1 ☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών 2 ☐ 1-5 έτη πριν 3 ☐ Περισσότερο από 5 έτη 4 ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω		
ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ (χοληστερίνη)				
D.16. Έχει μετρηθεί ποτέ η χοληστερόλη σας (χοληστερίνη);	D16ch	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐
D.16.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που μετρήσατε την χοληστερόλη σας;	D16ch1	1 ☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών 2 ☐ 1-5 έτη πριν 3 ☐ Περισσότερο από 5 έτη 4 ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω		
ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ (Σάκχαρο στο αίμα)				
D.17. Έχει μετρηθεί ποτέ το σάκχαρό σας με αιματολογική εξέταση;	D17gl	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐
D.17.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά;	D17gl1	1 ☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών 2 ☐ 1-5 έτη πριν 3 ☐ Περισσότερο από 5 έτη 4 ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω		
D.18. Έχει κάνει ποτέ μαστογραφία;	D18mm	ΝΑΙ ☐ 1	ΟΧΙ ☐ 0	Δεν απαντώ ☐

D.18.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία;	D18mm1	☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών ☐ 1-5 έτη πριν ☐ Περισσότερο από 5 έτη ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω	
D.18.2. Για ποιο λόγο κάνατε την τελευταία μαστογραφία;	D18mm2	☐ Εντοπίστηκε από εμένα ή από τον ιατρό μου κάτι ασυνήθιστο στο στήθος μου(π.χ. ογκίδιο) ☐ Ο γιατρός μου με συμβούλεψε να κάνω μαστογραφία προληπτικά ☐ Προληπτικά λόγω οικογενειακού ιστορικού ☐ Προληπτικά, με δική μου πρωτοβουλία ☐ Λόγω συμμετοχής μου σε πρόγραμμα προληπτικού (συμπτωματικού ελέγχου).. ☐ Για άλλο λόγο.....	
D.19. Υποβληθήκατε ποτέ σε εξέταση ΠΑΠ - ΤΕΣΤ (Κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου);	D19pt	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐	
D.19.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που πραγματοποιήσατε εξέταση ΠΑΠ - ΤΕΣΤ;	D19pt1	☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών ☐ 1-5 έτη πριν ☐ Περισσότερο από 5 έτη ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω	
D.19.2. Για ποίο λόγο κάνατε την τελευταία εξέταση ΠΑΠ – ΤΕΣΤ;	D19pt2	☐ Εξαιτίας συμπτωμάτων ☐ Λόγω επίσκεψης στο γυναικολόγο ☐ Προληπτικά, με δική μου πρωτοβουλία ☐ Λόγω συμμετοχής μου σε πρόγραμμα προληπτικού (συμπτωματικού ελέγχου) ☐ Για άλλο λόγο	
D.20. Έχετε κάνει ποτέ παρασιτολογική εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στο αίμα (εξέταση Mayer);	D20my	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0 Δεν απαντώ ☐	
D.20.1. Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβληθήκατε σε εξέταση;	D20my1	☐ Εντός των τελευταίων 12 μηνών ☐ 1-5 έτη πριν ☐ Περισσότερο από 5 έτη ☐ Δεν θυμάμαι / δεν γνωρίζω	

Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ – ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

E.1. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών ¹ κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο², ως εσωτερικός ασθενής, τουλάχιστον για μια νύχτα ή περισσότερο;	E1hosp		ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
E.1.1. Αν, ΝΑΙ σε :	E1a	E1b	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
E.1.2. Παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα του Νοσοκομείου.	E1a2	E1b2	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
E.2. Συνολικά πόσες φορές κάνατε εισαγωγή με διανυκτέρευση σε νοσοκομείο;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
E.2. Αριθμός εισαγωγών:	E2a	E2b	
E.2.1. Διανυκτερεύσεις:	E2a1	E2b1	
E.3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο, για ημερήσια νοσηλεία, δηλαδή κάνατε εισαγωγή για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα;	E3a	E3b	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
E.3.1. Αν ΝΑΙ, πόσες φορές κάνατε εισαγωγή για ημερήσια νοσηλεία;			
- Αριθμός εισαγωγών:	E3a1	E3b1	
E.4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, υπήρξε περίπτωση που πραγματικά χρειαζόσασταν να νοσηλευτείτε κατόπιν συστάσεως ιατρού, είτε ως εσωτερικός ασθενής, είτε για ημερήσια νοσηλεία, αλλά τελικά δεν νοσηλευτήκατε;	E4a	E4b	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
E.4.1.1. Αν ΝΑΙ, ποιος ο λόγος που δεν νοσηλευτήκατε σε ΔΗΜΟΣΙΟ νοσοκομείο;	E4a_1	E4b_1	☐ 1 Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα (πολύ ακριβή η νοσηλεία ή δεν υπήρχε κάλυψη από το ασφαλιστικό μου ταμείο) ☐ 2 Λίστα αναμονής ή άλλοι λόγοι που οφείλονται στο νοσοκομείο ☐ 3 Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων ☐ 4 Μεγάλη απόσταση από το Νοσοκομείο / δεν υπάρχουν μέσα συγκοινωνίας ☐ 5 Φόβος για επεμβάσεις και θεραπεία ☐ 6 Άλλος λόγος
E.4.1.2. Αν ΝΑΙ, ποιος ο λόγος που δεν νοσηλευτήκατε σε ΙΔΙΩΤΙΚΟ νοσοκομείο;			

¹ Οι τελευταίοι 12 μήνες υπολογίζονται ημερολογιακά, από την ημέρα διενέργειας της έρευνας. Π.χ. εάν η έρευνα πραγματοποιείται στις 6 Απριλίου 2011 το διάστημα είναι 6 Απριλίου 2010 – 6 Απριλίου 2011.

² Περιλαμβάνονται νοσοκομεία, κλινικές, θεραπευτήρια, δημόσια και ιδιωτικά στην Ελλάδα.

Ε.5. Ποια από τα παρακάτω κριτήρια επηρέασαν την επιλογή σας για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;			
- Σύμβαση με το ασφαλιστικό το ταμείο	E5a_1	E5b_1	
- Εφημερεύον	E5a_2	E5b_2	
- Κόστος νοσηλείας / επέμβασης	E5a_3	E5b_3	
- Πλήρης και σύγχρονος εξοπλισμός	E5a_4	E5b_4	
- Κτιριακές εγκαταστάσεις	E5a_5	E5b_5	
- Καθαριότητα	E5a_6	E5b_6	
- Επιστημονικό προσωπικό	E5a_7	E5b_7	
- Χρόνος εξυπηρέτησης	E5a_8	E5b_8	
- Συγκεκριμένος ιατρός	E5a_9	E5b_9	
- Προηγούμενη θετική εμπειρία	E5a_10	E5b_10	
- Φήμη	E5a_11	E5b_11	
- Φίλοι / Συγγενείς	E5a_12	E5b_12	
- Σύσταση από ιατρό	E5a_13	E5b_13	
- Απόσταση	E5a_14	E5b_14	
- Ποιότητα υπηρεσιών	E5a_15	E5b_15	
- Αξιοπιστία ιατρικών αποτελεσμάτων	E5a_16	E5b_16	

Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ			
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ			
	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
Ε.6. Πήρατε τη νοσοκομειακή περίθαλψη όσο γρήγορα εσείς θα θέλατε;	E6a	E6b	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 1
Ε.7. Πως κρίνετε το χρόνο που απαιτήθηκε για	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
1. Την εισαγωγή στο νοσοκομείο	E7a_1	E7b_1	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
2. Τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων	E7a_2	E7b_2	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
3. Τη διενέργεια απλών ακτινολογικών εξετάσεων	E7a_3	E7b_3	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
4. Τη διενέργεια άλλων εξετάσεων	E7a_4	E7b_4	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
5. Τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης από τη στιγμή που είχαν ολοκληρωθεί οι εξετάσεις και δεν υπήρχε πρόβλημα από ιατρικής πλευράς	E7a_5	E7b_5	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
6. Τη διενέργεια φαρμακευτικών θεραπειών	E7a_6	E7b_6	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
7. Τη διενέργεια άλλων θεραπειών	E7a_7	E7b_6	Σύντομο=0, Μεγάλο=1, Πολύ μεγάλο=2
Ε.8 Ε.9 Πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν:	A. ΔΗΜΟΣΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ	

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
E.8. Από τις υπηρεσίες που σας παρείχαν κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο.	E8a	E8b	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
E.9. Με τη λήψη έγκαιρης προσοχής στο νοσοκομείο.	E9a	E9b	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
E.10. Πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν να βρείτε έναν από τους διαθέσιμους:	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Ιατρούς;	E10a_a	E10b_a	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
B. Νοσηλεύτές/τριες;	E10a_b	E10b_b	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C. Υπαλλήλους του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ;	E10a_c	E10b_c	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
E.11. Κατά τη διάρκεια παραμονής σας στο νοσοκομείο, πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν από τη συμπεριφορά:	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Του ιατρού;	E11a_a	E11b_a	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
B. Των νοσηλευτών/τριών;	E11a_b	E11b_b	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
C. Των υπάλληλων του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ;	E11a_c	E11b_c	Καθόλου=0, Λίγο=1, Αρκετά=2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
E.12. Όταν λάβατε την υπηρεσία υγείας, πόσο <u>συχνά</u> σας αντιμετώπισαν με σεβασμό και αξιοπρέπεια;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Οι ιατροί;	E12a_a	E12b_a	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
B. Οι νοσηλεύτές/τριες;	E12a_b	E12b_b	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	E12a_c	E12b_c	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
E.13. Πόσο η σωματική εξέταση και η θεραπεία σας έγινε με ένα τρόπο που σεβάσθηκε την ιδιωτικότητά σας;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	E13a	E13b	Καθόλου= 0, Λίγο =1, Αρκετά =2, Πολύ=3, Πάρα πολύ=4
E.14. Πόσο συχνά, σας άκουσαν προσεκτικά;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Οι ιατροί;	E14a_a	E14b_a	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
B. Οι νοσηλεύτές/τριες;	E14a_b	E14b_b	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	E14a_c	E14b_c	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
E.15. Σας ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας σας ή για τις διοικητικές διαδικασίες με τρόπο που ήταν κατανοητός;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Οι ιατροί;	E15a_a	E15b_a	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
B. Οι νοσηλεύτές/τριες;	E15a_b	E15b_b	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	E15a_c	E15b_c	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4

E.16. Σας έδωσαν χρόνο να υποβάλετε ερωτήσεις για τα προβλήματα της υγείας ή της θεραπείας σας;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Οι ιατροί;	E16a_a	E16b_a	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
B. Οι νοσηλευτές/τριες;	E16a_b	E16b_b	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	E16a_c	E16b_c	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
E.17. Ζήτησαν την άδειά σας ή τη συγκατάθεσή σας για τη διενέργεια μιας θεραπείας ή μιας εξέτασης;	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
A. Οι ιατροί;	E17a_a	E17b_a	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
B. Οι νοσηλευτές / τριες;	E17a_b	E17b_b	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
C. Οι υπάλληλοι του χώρου υποδοχής, της γραμματείας, του λογιστηρίου κτλ ;	E17a_c	E17b_c	Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές Φορές=2, Συνήθως=3, Πάντα=4)
E.18. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα του περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας που επισκεφθήκατε; (χώρος, καθίσματα, καθαρός αέρας και καθαριότητα)	A. ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	B. ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
	E18a	E18b	Πολύ Κακή= 0, Κακή =1, Μέτρια =2, Καλή=3, Πολύ καλή=4

F. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ		
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ		
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ		
F.1. Ύψος:	F1_hgt	[.....]
F.2. Βάρος:	F2_wgt	[.....]
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		
F.3.1. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες κάνατε έντονη σωματική δραστηριότητα (αθλητισμός, γεωργικές οικοδομικές εργασίες) για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;	F3_ft	- Ημέρες [.....]
F.3.2. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών πόσες ημέρες κάνατε μέτριες σωματικές δραστηριότητες (μεταφορά φορτίων μέτριου βάρους, γυμναστήριο, σκούπισμα, καθάρισμα, κυνήγι, ψάρεμα) για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;	F3_ft2	- Ημέρες [.....]
F.3.3. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες περπατήσατε για τουλάχιστον 10 λεπτά τη φορά;	F3_ft3	- Ημέρες [.....]
ΔΙΑΤΡΟΦΗ		
F.4.1. Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα; (Δεν περιλαμβάνονται χυμοί φρούτων)	F4_nt1	- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα ☐ 1 - Μια φορά την ημέρα ☐ 2 - 4-6 φορές την εβδομάδα ☐ 3 - 1-3 φορές την εβδομάδα ☐ 4 - Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα ☐ 5 - Ποτέ ☐ 6
F.4.2. Πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά; (Δεν περιλαμβάνονται χυμοί λαχανικών και οι πατάτες)	F4_nt2	- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα ☐ 1 - Μια φορά την ημέρα. ☐ 2 - 4-6 φορές την εβδομάδα ☐ 3 - 1-3 φορές την εβδομάδα ☐ 4 - Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα. ☐ 5 - Ποτέ ☐
F.4.3. Πόσο συχνά καταναλώνετε χυμούς φρούτων ή λαχανικών;	F4_nt3	- Δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα ☐ 1 - Μια φορά την ημέρα. ☐ 2 - 4-6 φορές την εβδομάδα ☐ 3 - 1-3 φορές την εβδομάδα ☐ 4 - Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και μέχρι 3 φορές το μήνα ☐ 5 - Ποτέ.. ☐ 6
F.5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά, οποιοδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, λικέρ, ουίσκι ή άλλα);	F5_alc	- Ποτέ. ☐ 1 - Μια φορά το μήνα ή λιγότερο ☐ 2 - 2-4 φορές μηνιαίως ☐ 3

		- 2-3 φορές την εβδομάδα. ☐ 4 - 4-6 φορές την εβδομάδα ☐ 5 - Καθημερινά ☐ 6
ΚΑΠΝΙΣΜΑ		
F.6.1. Καπνίζετε;	F6_sm	- ΝΑΙ καθημερινά. ☐ 1 - ΝΑΙ περιστασιακά ☐ 2 - ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ 3
F.6.2. Υπήρξατε καπνιστής κατά το παρελθόν;	F6_sm2	ΝΑΙ ☐ 1 ΟΧΙ ☐ 0
F.6.3. Για πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε καθημερινά;	F6_sm3	- Έτη [.....]
F.6.4. Πόσο συχνά εκτίθεστε σε καπνό τσιγάρου μέσα στην κατοικία σας;	F6_sm4	- Ποτέ. ☐ 1 - Λιγότερο από μια ώρα ημερησίως. ☐ 2 - 1- 5 ώρες ημερησίως... ☐ 3 - Περισσότερο από 5 ώρες ημερησίως ☐ 4
ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ		
F.7. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;	F7_hlt	- Πολύ κακή ☐ 1 - Κακή ☐ 2 - Μέτρια ☐ 3 - Καλή ☐ 4 - Πολύ καλή ☐ 5 - Δεν απαντώ ☐ -9
F.8. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση;	F8_dis	- ΝΑΙ ☐ 1 - ΟΧΙ ☐ 2 - Δεν απαντώ ☐ -9
F.9. Κατά τους τελευταίους 6 μήνες ή και περισσότερο, λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, έχετε περιορίσει κάποιες από τις συνήθεις δραστηριότητές σας ή έχετε δυσκολευτεί σε αυτές;	F9_act	- ΝΑΙ πάρα πολύ ☐ 1 - ΝΑΙ, αλλά όχι πάρα πολύ ☐ 2 - ΟΧΙ καθόλου ☐ 3 - Δεν απαντώ ☐ -9
F.10. Κάποια από τις παθήσεις τους τελευταίους 12 μήνες, προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε λόγω της εργασίας σας;	F10_wrk	- Δεν είχα καμία πάθηση τους τελευταίους 12 μήνες ☐ 1 - ΟΧΙ η/οι πάθηση/εις δεν προκλήθηκε/αν ή δεν επιδεινώθηκε/αν κατά τη εργασία μου..... ☐ 2 - ΝΑΙ η/οι πάθηση/εις προκλήθηκε/αν ή επιδεινώθηκε/αν κατά τη εργασία μου ☐ 3 - Δεν απαντώ ☐ -9

F.11.1. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;					
F.11.2. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες έχετε ή είχατε κάποια από τις παθήσεις που παρατίθενται;					
F.11.3. Η πάθηση διαγνώστηκε από ιατρό;					
1.	Άσθμα (περιλαμβάνεται το αλλεργικό)	F11101	F11201	F11301	NAI 1 OXI 0 Δεν γνωρίζω-8 Δεν απαντώ-9
2.	Χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εμφύσημα	F11102	F11202	F11302	
3.	Στεφανιαία νόσος ή στηθάγχη	F11103	F11203	F11303	
4.	Έμφραγμα του μυοκαρδίου	F11104	F11204	F11304	
5.	Καρδιακή ανεπάρκεια	F11105	F11205	F11305	
6.	Βαβλιδιπάθεια	F11106	F11206	F11306	
7.	Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by- pass)	F11107	F11207	F11307	
8.	Αγγειοπλαστική (μπαλονάκι)	F11108	F11208	F11308	
9.	Αρρυθμία (ταχυπαλμία, κοιλική μαρμαρυγή, κοιλιακές αρρυθμίες, βραχυκαρδίες)	F11109	F11209	F11309	
10.	Υπέρταση (Μικρή πίεση >8 Μεγάλη πίεση >14)	F11110	F11210	F11310	
11.	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	F11111	F11211	F11311	
12.	Σκλήρυνση κατά πλάκας	F11112	F11212	F11312	
13.	Ρευματοειδή αρθρίτιδα (φλεγμονή συνδέσμων ,π.χ. αρθρίτικα)	F11113	F11213	F11313	
14.	Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλισμός αρθρώσεων ή συνδέσμων)	F11114	F11214	F11314	
15.	Πάθηση στη μέση ή άλλα χρόνια προβλήματα μέσης (οσφυαλγία – δισκοπάθεια)	F11115	F11215	F11315	
16.	Πάθηση του αυχένα ή άλλα χρόνια προβλήματα του αυχένα	F11116	F11216	F11316	
17.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου I	F11117	F11217	F11317	
18.	Σακχαρώδης διαβήτης (σάκχαρο) – Τύπου II	F11118	F11218	F11318	
19.	Διαταραχή στη χοληστερίνη, στα λιπίδια και στα τριγλυκερίδια	F11119	F11219	F11319	
20.	Αλλεργία (π.χ. ρινίτιδα, φλεγμονή ματιών, δερματίτιδα, τροφική αλλεργία κ.α.) Εξαιρείται το αλλεργικό άσθμα	F11120	F11220	F11320	
21.	Έλκος στομάχου (γαστρικό ή δωδεκαδάκτυλο)	F11121	F11221	F11321	
22.	Κίρρωση ή δυσλειτουργία ήπατος	F11122	F11222	F11322	
23.	Καρκίνος(κακοήθης όγκος, λευχαιμία, λέμφωμα)	F11123	F11223	F11323	
24.	Ακράτεια ούρων, αδυναμία ελέγχου κύστης	F11124	F11224	F11324	
25.	Χρόνιο άγχος (κρίσεις πανικού)	F11125	F11225	F11325	

26.	Χρόνια κατάθλιψη	F11126	F11226	F11326	
27.	Σχιζοφρένεια	F11127	F11227	F11327	
28.	Άλλη ψυχική / διανοητική πάθηση	F11128	F11228	F11328	
29.	Μόνιμο τραύμα ή κάκωση από ατύχημα	F11329	F11229	F11329	
30.	Παθήσεις θυρεοειδούς	F11130	F11230	F11330	
31.	Οστεοπόρωση	F11131	F11231	F11331	
32.	Νόσος Πάρκινσον	F11132	F11232	F11332	
33.	Πολιομυελίτιδα	F11133	F11233	F11333	
34.	Μυασθένεια	F11134	F11234	F11334	
35.	Αιμορροΐδες	F11135	F11235	F11335	
36.	Ηπατίτιδα	F11136	F11236	F11336	
37.	Alzheimer	F11137	F11237	F11337	

G. Το επίπεδο υγείας σας σήμερα

G.A. Κινητικότητα		G.A.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα..... ☐ 1 G.A.2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα..... ☐ 2 G.A.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η να σηκωθώ από το κρεβάτι μου..... ☐ 3
G.B. Αυτοεξυπηρέτηση	GB	G.B.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτηση..... ☐ 1 G.B.2. Αντιμετωπίζω μέτρια δυσκολία να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου..... ☐ 2 G.B.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η για να πλυθώ και να ντυθώ μόνος/η μου... ☐ 3
G.C. Συνήθεις δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, δουλειές του σπιτιού, της οικογένειας ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες)	GC	G.C.1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα με τις καθημερινές μου δραστηριότητες. ... ☐ 1 G.C.2. Έχω μερικά προβλήματα με τις καθημερινές μου δραστηριότητες... ... ☐ 2 G.C.3. Είμαι εντελώς αδύναμος/η να με τις καθημερινές μου δραστηριότητες... ☐ 3
G.D. Πόνος / Δυσφορία	GD	G.D.1. Δεν αισθάνομαι πόνο ή δυσφορία..... ☐ 1 G.D.2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία..... ☐ 2 G.D.3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία... ☐ 3
G.E. Άγχος / Κατάθλιψη	GE	G.E.1. Δεν έχω καθόλου άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 1 G.E.2. Έχω λίγο άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 2 G.E.3. Έχω υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη..... ☐ 3
G.F. Παρακαλούμε σημειώστε στην κλίμακα, πως θα βαθμολογούσατε το επίπεδο της υγείας σας σήμερα.	GF	