

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΓΩΓΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Διπλωματική Μελέτη

**«Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ζήτησης
των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»**



ΚΟΥΝΤΖΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, Α.Μ.: 25310

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Γ. Χονδρογιάννης, *Καθηγητής*
ΜΕΛΗ: Α. Σαϊτή, *Επικ. Καθηγήτρια*
Α. Τσίτουρας, *Λέκτορας*

ΑΘΗΝΑ, 2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Τα δεδομένα της έρευνας βασίζονται σε διαστρωματικές παρατηρήσεις. Η επιλογή τυχαίου δείγματος έγινε με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο 2007 έως και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους. Το δείγμα αποτελείται από 363 άτομα. Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από 47 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις σχετίζονται με δημογραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά καθώς και με το επίπεδο υγείας, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής, και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

Για να ερμηνευθούν οι διαφοροποιήσεις στη ζήτηση, εκτιμήθηκαν υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Ως εξαρτημένες μεταβλητές στα υποδείγματα εκτίμησης της ζήτησης, χρησιμοποιούνται: ο αριθμός των επισκέψεων σε χώρους υγείας και οι δαπάνες υγείας εντός ενός ορισμένου χρονικού διαστήματος (δύο μηνών).

Ως ερμηνευτικές μεταβλητές στα υποδείγματα χρησιμοποιούνται: το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ατομικό εισόδημα, το επίπεδο υγείας, η ύπαρξη χρόνιας πάθησης, η ύπαρξη επεισοδίου υγείας, κ.ά. Τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης δείχνουν ότι ένας από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης είναι το επίπεδο υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και το εισόδημα είναι παράγοντες που ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές. Ένα βασικό συμπέρασμα που προκύπτει, για το υπόδειγμα με εξαρτημένη μεταβλητή τις δαπάνες υγείας, είναι ότι η εισοδηματική ελαστικότητα ζήτησης είναι μικρότερη της μονάδος. Η εισοδηματική ελαστικότητα βρέθηκε 0,30. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί αγαθό πρώτης ανάγκης για το εξεταζόμενο αυτό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

ABSTRACT

The aim of the present study was to identify factors that affect the demand for health services in Greece.

Data was obtained through a cross-sectional survey. The data collection period extended from April 2007 to October 2007. A random sample of 363 participants was identified. Selection of the sample was based in *Stratified Sampling Method*. Participants were given a self-administered questionnaire. The questionnaire was designed to assess the general health status and the demand for health services. The research instruments contained questions related to demographic, economical and social characteristics of the sample. The questions are also related to health status, habits and lifestyle of the participants. The demand for health services was measured firstly by the frequency of using health services during a two-month period and secondly by the individual expenditure on health care.

Data was computed and analyzed using the OLS (Ordinary Least Squares) regression.

Predictors of the demand for health services in Greece, included sex, age, educational level, income, health status, chronic disease, health episode, having private health insurance coverage etc. The empirical results indicate that the most important predictor of the demand for health services is an individual's health status. The findings also suggest that higher age, higher educational level and higher income are associated with increased consumption. Another major finding is that income elasticity is almost 0,30, indicating that health care is a necessity.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός των Υπηρεσιών Υγείας.....	5
1.2. Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας.....	5
1.3. Κατηγορίες Προσδιοριστικών Παραγόντων Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας.....	7
1.3.1. Το Επίπεδο Εκπαίδευσης και η Οικογενειακή Κατάσταση.....	9
1.4. Η Επίδραση του Εισοδήματος στη Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας.....	10
1.5. Το Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης (Supply-Induced Demand).....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1. Εκτίμηση της Ανάγκης Υγείας.....	13
2.2. Η Σχέση μεταξύ Ανάγκης και Ζήτησης για Υπηρεσίες Υγείας.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1. Διαφοροποιήσεις στη Χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας. Περιγραφή των Διαφορετικών Θεωρητικών Προσεγγίσεων.....	16
3.2. Το Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα.....	20
3.3. Θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου και Παραγωγική Συμπεριφορά.....	21
3.4. Επίπεδο Υγείας και Αυτοαξιολόγηση του Επιπέδου Υγείας.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
4.1. Εμπειρικές Μελέτες για τη Ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας στις Οικονομικά Ανεπτυγμένες Χώρες.....	23
4.2. Εμπειρικές Μελέτες για τη Ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας στις Οικονομικά Αναπτυσσόμενες Χώρες.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

5.1. Συγκριτική Περιγραφή Ελλάδας και Ευρωπαϊκών Χωρών.....	44
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Η ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1. Κατανάλωση και Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Ιστορική Αναδρομή.....	49
6.2. Η κατάσταση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα.....	51
6.2.1. Συνολικές Δαπάνες Υγείας.....	52
6.2.2. Κατά Κεφαλήν Δαπάνες Υγείας.....	52
6.2.3. Κρατική Χρηματοδότηση, Αναλογίες Ιατρών και Νοσηλευτών.....	53
6.3. Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

7.1. Στόχοι της Έρευνας.....	59
7.2. Περιγραφή της Μεθόδου Δειγματοληψίας και του Δείγματος.....	60
7.2.1. Διακίνηση Ερωτηματολογίων και Λήψη Απαντήσεων.....	61
7.3. Κατάρτιση Ερωτηματολογίου Υγείας.....	61
7.4. Μεθοδολογία Εμπειρικής Μελέτης.....	62
7.4.1. Εξειδίκευση των Υποδειγμάτων.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

8.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	67
8.2. Οικονομικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά.....	69
8.3. Χαρακτηριστικά Υγείας.....	77
8.3.1. Επίπεδο Υγείας.....	77
8.3.2. Συνήθειες και Τρόπος Ζωής.....	79
8.3.3. Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας.....	80

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ
ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ**

9.1. Η Συχνότητα των Επισκέψεων σε Χώρους Υγείας.....	82
9.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Διαμόρφωσης των Δαπανών Υγείας.....	93
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	111

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε ποσοστό 57,2% των συνολικών δαπανών υγείας ανέρχονται οι δαπάνες των πολιτών (ιδιωτικές δαπάνες) στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Καταβάλλονται συνεπώς μεγαλύτερα χρηματικά ποσά συγκριτικά με χώρες όπου η υγεία βασίζεται κυρίως στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Οι συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, ξεπερνούν τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Οι περισσότεροι πολίτες δηλώνουν ότι προτιμούν να νοσηλευθούν σε κάποια ιδιωτική κλινική ή να επισκεφθούν κάποιον ιδιώτη ιατρό, ακόμη και αν πρόκειται να καλύψουν όλα τα έξοδα μόνοι τους (Λιαρόπουλος, 2007).

Στη βιβλιογραφία των οικονομικών της υγείας, έχουν αναπτυχθεί πολλές εμπειρικές μελέτες και οικονομετρικές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της ζήτησης. Από τη συντριπτική πλειοψηφία των μελετών προκύπτει ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Επιδημιολογικοί παράγοντες, δημογραφικοί παράγοντες, κοινωνικοί παράγοντες, οικονομικοί παράγοντες, και παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλιση και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας, επηρεάζουν την απόφαση για χρήση των υπηρεσιών υγείας και την έκταση της χρήσης αυτής. Κοινή συνισταμένη των μελετών, είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν “ανελαστικό αγαθό”. Αυτό σημαίνει ότι λόγω ύπαρξης συγκεκριμένων υγειονομικών αναγκών, μια αύξηση των τιμών ή του διαθέσιμου εισοδήματος θα επηρεάσει τη ζήτηση σε πολύ μικρό βαθμό.

Στο πλαίσιο που περιγράφηκε παραπάνω, η εμπειρική ανάλυση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας κρίνεται εξαιρετικά ενδιαφέρουσα.

Παλαιότερες αντιλήψεις θεωρούν την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η χρήση των υπηρεσιών υγείας αφορά κυρίως στη μελέτη της νοσηρότητας του πληθυσμού. Ωστόσο οι οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών οδήγησαν στη σύγχρονη αντίληψη, που θεωρεί την υγεία όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά ως μία συνολικότερη κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας. Αυτή η κατάσταση είναι που επιτρέπει στο άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, εξαρτάται δε από ένα πλήθος παραγόντων που έχουν σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με το υγειονομικό σύστημα και την ιατρική περίθαλψη (WHO, 1978).

Η καταγραφή και η ανάλυση της καταναλωτικής συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας κρίνεται πάντοτε αναγκαία για τη χάραξη των στρατηγικών εκ μέρους των σχεδιαστών της πολιτικής της υγείας των διαφόρων χωρών.

Στην παρούσα μελέτη λόγω της μικροοικονομικής προσέγγισης που ακολουθείται, δεν περιλαμβάνονται πολλά χαρακτηριστικά που αφορούν στα συστήματα και τις πολιτικές υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τη συμπεριφορά των καταναλωτών στον τομέα υγείας και να προσδιορίσει -όσο το δυνατόν πληρέστερα- τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Οι παράγοντες αυτοί είναι δημογραφικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί, ενώ τη ζήτηση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό ο τρόπος ζωής και το *επίπεδο υγείας* των ατόμων. Ο τελευταίος αυτός πολύ βασικός παράγοντας προκύπτει μέσα από την αυτοαξιολόγηση των ερωτηθέντων ατόμων-καταναλωτών.

Ως εξαρτημένες μεταβλητές στα υποδείγματα εκτίμησης της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται: οι δαπάνες υγείας, ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων, καθώς και η διάρκεια νοσηλείας ή ο αριθμός των εισαγωγών σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα όταν εξετάζεται η ζήτηση υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η παρούσα μελέτη ακολουθεί τις συναφείς εμπειρικές μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν χρησιμοποιήσει στατιστικά δεδομένα που βασίζονται σε διαστρωματικές παρατηρήσεις. Η ανάλυση γίνεται σε μικροοικονομικό επίπεδο, συνεπώς πραγματοποιείται παρατήρηση, μέτρηση και προσδιορισμός των παραμέτρων σε στοιχειώδες επίπεδο (ατόμου-καταναλωτή). Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται με την προσφυγή στις μεθόδους της ποσοτικής-περιγραφικής στατιστικής και της οικονομετρίας. Ο τρόπος που ο (μεμονωμένος) καταναλωτής δρα για την αγορά των υπηρεσιών υγείας είναι το αντικείμενο μελέτης.

Στα πρώτα δύο κεφάλαια, καθορίζεται η ευρύτερη έννοια και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας ενώ αναλύονται ορισμένες ιδιαιτερότητες της αγοράς υγείας όπως είναι για παράδειγμα το φαινόμενο της “προκλητής ζήτησης”, αλλά και το γεγονός ότι πρόκειται για μία αγορά με ανελαστική ζήτηση ως προς το εισόδημα και τις τιμές. Αναλύεται επίσης η σχέση και η διαφορά μεταξύ της ανάγκης και της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή του θεωρητικού πλαισίου στο οποίο κινούνται οι εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζονται οι βασικές κατευθύνσεις και οι διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά την επιλογή των ερμηνευτικών μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στα οικονομετρικά υποδείγματα. Τα οικονομετρικά υποδείγματα αναπτύσσονται με στόχο να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις στη ζήτηση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μία βιβλιογραφική επισκόπηση των εμπειρικών μελετών για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σε διάφορες χώρες ενώ στα επόμενα κεφάλαια (πέμπτο και έκτο) γίνεται περιγραφή της κατάστασης της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη, σε χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται περιγραφή: (α) της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθείται στην παρούσα έρευνα, (β) της δειγματοληψίας και (γ) του ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε άτομα άνω των 18 ετών από 5 δήμους, στην ευρύτερη περιοχή του νομού Αττικής.

Στο όγδοο κεφάλαιο, γίνεται η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος. Το κεφάλαιο χωρίζεται σε τρεις ενότητες, ακολουθώντας πιστά τη δομή του ερωτηματολογίου. Η πρώτη ενότητα, αποτελείται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η δεύτερη από τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και η τρίτη ενότητα περιγράφει τα χαρακτηριστικά της υγείας, το επίπεδο υγείας και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

Στο ένατο κεφάλαιο πραγματοποιείται εμπειρική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση και αναπτύσσονται τα σχετικά οικονομετρικά υποδείγματα. Συγκεκριμένα, εκτιμώνται υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (απλής και λογαριθμικής μορφής).

Οι εξαρτημένες μεταβλητές στα υποδείγματα είναι: (α) η συχνότητα των επισκέψεων σε χώρους υγείας (εξω-νοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη) εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος, και (β) το ύψος των δαπανών για υγεία που κατέβαλε “άμεσα και καθαρά” από το εισόδημά του κάθε άτομο που συμμετείχε στην έρευνα. Οι δαπάνες δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει ένα άτομο από ασφαλιστικούς οργανισμούς, από το κράτος κ.λπ.

Με την ολοκλήρωση της παρουσίασης και ανάλυσης των υποδειγμάτων, παρουσιάζονται τα κυριότερα συμπεράσματα της μελέτης συνολικά.

Στο παράρτημα της παρούσας εργασίας παρατίθενται το ερωτηματολόγιο, πίνακας με την κωδικοποίηση των μεταβλητών, πίνακες συχνοτήτων και διπλής εισόδου που αφορούν στην παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος καθώς και πίνακας με τις περιλήψεις των εμπειρικών μελετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός των Υπηρεσιών Υγείας

Με τον όρο “υπηρεσίες υγείας”, προσδιορίζονται όχι μόνο οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης αλλά γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες (Κυριόπουλος, 1985). Επομένως, κυρίαρχες έννοιες στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της ανάγκης και της ζήτησης. Ακολουθεί, σε συνδυασμό με τις “ιδιαιτερότητες” της αγοράς υγείας, ανάλυση της έννοιας της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, των χαρακτηριστικών της ζήτησης και των παραγόντων που επιδρούν σε αυτή.

1.2. Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, δεν εκφράζει την ανάγκη ή την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά την αναζήτηση αυτών των φροντίδων. Η ζήτηση προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων, όπως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το φύλο, η ηλικία, το εισόδημα, το επάγγελμα, η ασφαλιστική κάλυψη, το μορφωτικό επίπεδο, το προσδόκιμο επιβίωσης, ο τόπος κατοικίας και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1999). Η γενική σχέση που ισχύει είναι: $D=f(I,P,L)$, όπου D η ζήτηση, I το εισόδημα, P οι τιμές και L η κρισιμότητα της ασθένειας (Σουλιώτης, 2000). Η δυνατότητα που έχει το ιατρικό σώμα ή οι διοικητικοί παράγοντες, καθιερώνοντας ορισμένες υποχρεωτικές διαδικασίες, να προκαλούν αύξηση των ζητούμενων ως αναγκαίων υπηρεσιών υγείας ονομάζεται “προκλητή ζήτηση” (Evans, 1974).

Η νεοκλασική οικονομική θεωρία θέτει τις μεταβλητές που καθορίζουν τη ζήτηση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας. Θεωρεί ότι, δεδομένου των άλλων παραγόντων σταθερών, η ζήτηση ενός προϊόντος σχετίζεται αρνητικά με την τιμή. Ο καταναλωτής συγκρίνει την ωφέλεια την οποία αποκτά από την κατανάλωση $M.B.$ (*Marginal Benefit*) μιας επιπλέον μονάδας με το κόστος αυτής $M.C.$ (*Marginal Cost*). Έτσι, όσο $MB > MC$ ο καταναλωτής αυξάνει την κατανάλωσή του μέχρι το σημείο όπου $MB=MC$. Από τη στιγμή όμως που εισάγεται στην ανάλυση, για τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, η αγορά ασφάλισης αρχίζουν και εμφανίζονται σημαντικά θεωρητικά προβλήματα (Maynard, 1979). Μερικά από τα προβλήματα αυτά είναι τα εξής: Ο καταναλωτής πληρώνει στον τόπο της αγοράς των αγαθών και υπηρεσιών; Διότι με την πλήρη ασφάλιση, η οποία καλύπτει σχεδόν όλες τις ανάγκες του καταναλωτή, ο παραγωγός πληρώνει το κόστος των υπηρεσιών που προμηθεύει. Η πλήρης ασφάλιση σημαίνει ότι το κόστος για τον καταναλωτή τείνει στο μηδέν. Σε αντίθεση λοιπόν με την νεοκλασική θεωρία, ο καταναλωτής θα καταναλώσει υπηρεσίες και αγαθά υγείας μέχρι το σημείο όπου το οριακό όφελος θα είναι ίσο με μηδέν (και όχι με $M.C.$). Αυτή η αλλαγή στη συμπεριφορά του καταναλωτή ονομάζεται “*moral hazard*” (ηθική βλάβη). Το κόστος της κατανάλωσης μπορεί να μειωθεί από αυτό το υψηλό επίπεδο, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της πληρωμής ενός μέρους του κόστους των ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών από τον ασφαλιστικό οργανισμό (Arrow, 1963). Το φαινόμενο “*moral hazard*” εντοπίζεται συνήθως σε συγκεντρωτικά (αμιγώς κρατικά) εθνικά συστήματα (χρηματοδότησης των υπηρεσιών) υγείας και έχει ως αποτέλεσμα: (α) εμφανίζονται μειωμένα κίνητρα για μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, (β) η καμπύλη ζήτησης του ατόμου γίνεται ελαστική, (γ) η έλλειψη πληρωμών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τη ζήτηση ενώ τις περισσότερες φορές αποτρέπει τη συνετή χρήση τους.

Μεταβλητές οι οποίες φαίνεται μεταξύ άλλων να επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο χρόνος πρόσβασης και η χωροταξική θέση των χώρων κατανάλωσης. Η χωροταξική κατανομή και η θέση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και ο χρόνος αναμονής στις μονάδες προκειμένου να παράγουν τις υπηρεσίες αυτές, είναι παράγοντες που σε αναλύσεις για την προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπ’ όψιν (Μπέσης, 1993).

1.3. Κατηγορίες Προσδιοριστικών Παραγόντων Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας

Οι προκλήσεις με τις οποίες έρχονται “αντιμέτωποι” οι σχεδιαστές της κοινωνικής πολιτικής των διαφόρων χωρών παρά τις ουσιαστικές διαφορές που απαντώνται μεταξύ των χωρών αυτών (όσον αφορά τις μεθόδους οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας), συνοψίζονται στο δίπτυχο βιώσιμη χρηματοδοτική λειτουργία και αποδοτικότητα, μέσω της παροχής εκείνου του πλέγματος υπηρεσιών υγείας που εξασφαλίζει υψηλά υγειονομικά οφέλη και προάγει τις αρχές της ισότητας στην παροχή και την πρόσβαση σε ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες (Busse, 2002).

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα στα οποία έχει επικεντρωθεί η στρατηγική “Υγεία για όλους” του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι η μείωση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, ενώ η πολιτική “Υγεία 21” για την Ευρωπαϊκή Ένωση έθετε ως έναν από τους κύριους αντικειμενικούς της στόχους την ενίσχυση της ισότητας και της αλληλεγγύης στην κατανομή των πόρων υγείας κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής των ατόμων (Σακελλαρόπουλος, 2001).

Οι κοινωνικοί και οικονομικοί εκείνοι παράγοντες που ευθύνονται για τη διαφοροποιημένη κατανομή των υγειονομικών δεικτών και των υγειονομικών αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών στρωμάτων εντός ενός κοινωνικού σχηματισμού, είναι οι ίδιοι που πολλές φορές εμφανίζονται να καθορίζουν τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση των κατάλληλων φροντίδων υγείας, ακόμη και σε υγειονομικά συστήματα που διασφαλίζουν καθολική κάλυψη και προστασία (Βοζικάκη και Μπορμπουδάκη, 2005).

Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι η μεταβαλλόμενη δημογραφία επιφυλάσσει σημαντικές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας, καθώς συνδέεται με την αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας και τις συνακόλουθες επιπτώσεις που η αύξηση αυτή επιφέρει στην κατανομή των πόρων, έχει απασχολήσει εκτενώς τη διεθνή βιβλιογραφία (Saltman and Figueras, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αυξανόμενη βιβλιογραφία, η οποία ενισχύει την άποψη ότι η υγεία ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν επηρεάζεται **μόνο από το υγειονομικό σύστημα**. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες εκτός υγειονομικού συστήματος, όπως η διατροφή, η θέρμανση, η κατοικία, το εργασιακό περιβάλλον κ.λπ., οι οποίοι ασκούν ουσιαστική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Μάλιστα έχει επισημανθεί από διαφορετικούς ερευνητές ότι οι νέες πολύπλοκες θεραπευτικές και διαγνωστικές τεχνικές που αναπτύσσονται στον τομέα της υγείας είναι πολλές φορές λιγότερο αποτελεσματικές από τις απλές πατροπαράδοτες μεθόδους που υπήρξαν για πολλά χρόνια (Υφαντόπουλος, 2003).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες: (α) αυτοαναφερόμενη υγεία και επιδημιολογικοί παράγοντες, (β) δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία κ.λπ.), (γ) κοινωνικοί παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, κατάσταση απασχόλησης κ.λπ.), (δ) οικονομικοί παράγοντες (επίπεδο διαθέσιμου ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος, ασφαλιστική κατάσταση κ.λπ.) και (ε) παράγοντες που σχετίζονται με (δομικά) χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Διεθνώς και σε μικροοικονομικό επίπεδο, έχουν εκπονηθεί αρκετές εμπειρικές μελέτες, και άλλες περισσότερο θεωρητικές-μεθοδολογικές μελέτες με στόχο τη μοντελοποίηση της **ζήτησης για υπηρεσίες υγείας** (νοσοκομειακή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.λπ.) και της **ζήτησης για υγεία και υγιεινό τρόπο ζωής**. Η διάκριση αυτή είναι ουσιαστική και σηματοδοτεί την πολυπλοκότητα των επιλογών του καταναλωτή (Υφαντόπουλος, 2003).

Η ζήτηση επηρεάζεται, όπως έχει επισημανθεί από διάφορους ερευνητές, από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων η τιμή των υπηρεσιών υγείας, διάφορα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού (επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα), η αγορά ασφάλειας υγείας, η αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα (Propper, 2000, Wagstaff, 1986). Η εκτίμηση παραγόντων συνεπώς, όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η εργασιακή απασχόληση, η επαγγελματική τάξη και τα κοινωνικά δίκτυα στήριξης, βρίσκεται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος (Field and Briggs, 2001).

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση

Το επίπεδο εκπαίδευσης εκτός από τη θετική του επίδραση στην αύξηση του εισοδήματος, αυξάνει και το πλαίσιο του προϋπολογισμού των ατόμων για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μιας και το άτομο μαθαίνει και γνωρίζει καλύτερα τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης διαφόρων παθήσεων, αποκτά γνώσεις σε σχέση με τη διαταραχή της υγείας του και τη μέθοδο θεραπείας. Τα άτομα με τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης παρακολουθούν ενημερωτικές εκπομπές, διαβάζουν άρθρα και μελέτες, και ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία και την ποιότητα της ζωής τους.

Οι πηγές πληροφόρησης βέβαια διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης. Επίσης οι περισσότεροι μορφωμένοι πολίτες είναι πιο ισχυροί καταναλωτές ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης (ειδικές ιατρικές υπηρεσίες).

Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου είναι πολύ σημαντική αν δεν είναι κυρίαρχη στην κατανάλωση της ιατρικής και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού συνειδητοποιείται εντονότερα (Μόσιαλος, 1990).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, σχεδόν εκατό χρόνια πριν παρατηρήθηκε για πρώτη φορά το γεγονός ότι οι άγαμοι σε σχέση με τους έγγαμους είχαν συχνότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία της Αγγλίας και της Ουαλίας.

Χρησιμοποιώντας στοιχεία του 1951 για τη Μεγάλη Βρετανία, οι Abel-Smith και Titmuss, παρατήρησαν ότι για όλους τους τύπους νοσοκομείων, ο πληθυσμός των ενηλίκων άγαμων, χήρων και χωρισμένων (ανδρών και γυναικών) έκαναν διπλάσια χρήση των νοσηλευτικών κλινών, συγκριτικά με τον έγγαμο πληθυσμό. Δεδομένα επίσης του έτους 1971, πιστοποίησαν ότι στα μη-ψυχιατρικά νοσοκομεία, το 43% των ανδρών και το 62% των γυναικών ηλικίας άνω των 20 ετών δεν ήταν παντρεμένοι, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι το 23% και 31% αντιστοίχως των ανδρών και γυναικών άνω των 20 ετών, είναι τα ποσοστά των μη παντρεμένων στο σύνολο του πληθυσμού.

Η οικογενειακή κατάσταση συνεπώς φαίνεται ότι επηρεάζει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας ενώ πολλές μελέτες επισημαίνουν το γεγονός ότι οι διαφοροποιήσεις στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη σύνθετη λήψη αποφάσεων με κλινικά και μη κλινικά κριτήρια, με βάση κοινωνικά κριτήρια, με βάση το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσης (Μόσιαλος, 1990).

1.4. Η Επίδραση του Εισοδήματος στη Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας

Η εισοδηματική ελαστικότητα ζήτησης για υπηρεσίες υγείας είναι μικρότερη της μονάδος, δηλώνοντας έτσι μια ανελαστική καμπύλη ζήτησης σε σχέση με το εισόδημα. Χρησιμοποιώντας διάφορες μεταβλητές, προκειμένου να εκτιμηθεί η εισοδηματική ελαστικότητα (E_y), πολλοί ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτή κυμαίνεται από: $0,01 < E_y < 0,72$ (Μπέσης, 1993).

Η παραπάνω σχέση μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η μεταβολή του εισοδήματος έχει σαν αποτέλεσμα μιας μικρότερης έντασης μεταβολή της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Παρά το γεγονός ότι η ζήτηση είναι ανελαστική σε σχέση με το εισόδημα, υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι μειώνουν την αντίδραση της συμπεριφοράς χρησιμότητας σε μεταβολές του εισοδήματος.

Έτσι, παράγοντες όπως η αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης, η οποία τις περισσότερες φορές είναι συνδεδεμένη άμεσα με το ύψος του εισοδήματος, μειώνουν την οικονομική υποχρέωση του καταναλωτή απέναντι στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, η μείωση των δαπανών των ασφαλισμένων σαν αποτέλεσμα της αύξησης της ασφαλιστικής κάλυψης μειώνει την εξάρτηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας από το εισόδημα, με αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας πέρα από το επίπεδο το οποίο είναι αναγκαίο.

Υπάρχουν επίσης αρκετά στοιχεία τα οποία δείχνουν την αυξημένη τάση για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση της αυξημένης ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Στην περίπτωση κατά την οποία το μεγαλύτερο μέρος του κόστους καλύπτεται από τον ασφαλιστικό οργανισμό, οι ιατροί προτείνουν περισσότερες υπηρεσίες και κατ'επέκταση οι καταναλωτές ζητούν περισσότερες υπηρεσίες.

Ακολουθεί πίνακας με ορισμένα παλαιότερα και βασικά εμπειρικά αποτελέσματα υπολογισμών της εισοδηματικής ελαστικότητας ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1.1

Εμπειρικά αποτελέσματα υπολογισμού της εισοδηματικής ελαστικότητας

	Εξαρτημένη μεταβλητή	Συντελεστής
Feldstein and Carr (1964) Silver (1970)	Δαπάνες για υγεία Δαπάνες για υγεία	$1,00 \leq e_y \leq 1,02$
Fuchs and Cramer (1972) Acton (1976) Newhouse and Phelps (1976) Stano (1985)	1. Αριθμός επισκέψεων ανά ασθενή 2. Αριθμός επισκέψεων	$0,01 \leq e_y \leq 0,72$
Feldstein (1975) Phelps (1975) Newhouse and Phelps (1976)	1. Διάρκεια νοσηλείας 2. Εισαγωγές και μέρες νοσηλείας ανά περίοδο	$0,04 \leq e_y \leq 0,54$

Πηγή: Μπέσης (1993)

1.5. Το Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης (Supply-Induced Demand)

Η παραδοσιακή θεωρία υποθέτει ότι ο καταναλωτής είναι το άτομο το οποίο καταναλώνει υπηρεσίες υγείας. Όμως, η περίπτωση της αγοράς των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από το γεγονός της δύναμης που κατέχουν οι επαγγελματικές ομάδες των ιατρών με σημαντικές επιπτώσεις στην ανάλυση της αγοράς.

Εμπειρικές μελέτες που βασίζονται περισσότερο στη θεωρία, επικεντρώνονται κυρίως στις πηγές που καθορίζουν τη ζήτηση και σπάνια εξετάζουν τα αποτελέσματα του ρόλου των ιατρών ή τα πιθανά εμπόδια που θέτονται στην καταναλωτική συμπεριφορά.

Ένας από τους βασικούς λόγους που είναι αναγκαία η εξέταση του ρόλου των ιατρών, προέρχεται από το γεγονός της ποσότητας και της ποιότητας πληροφορίας που κατέχουν οι καταναλωτές (ασθενείς) και οι προμηθευτές των ιατρικών υπηρεσιών (Μπέσης, 1993).

Είναι εύκολα αντιληπτό ότι υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στην ποσότητα και την ποιότητα της πληροφόρησης που κατέχουν οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας. Σε λίγες περιπτώσεις, η διαφορά αυτή μειώνεται λόγω αυξημένου μορφωτικού επιπέδου ή λόγω του είδους της απασχόλησης των ατόμων.

Αντίθετα με τη νεοκλασική θεωρία, στην περίπτωση της αγοράς υγείας μόνο η μία πλευρά, οι ιατροί, είναι εκείνοι οι οποίοι παίρνουν αποφάσεις όσον αφορά την προσφορά αλλά και τη ζήτηση. Λόγω της πολυπλοκότητας της ιατρικής γνώσης και της ιατρικής τεχνολογίας, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι οι ιατροί κατέχουν περισσότερες γνώσεις για τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τα αποτελέσματά τους απ'ότι οι ασθενείς (Μπέσης, 1993). Όπως υποστηρίζεται, η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας είναι **μη κανονική** και **απρόβλεπτη**, και η αβεβαιότητα όσον αφορά την ποιότητα αυτών των υπηρεσιών είναι περισσότερο επικρατέστερη στην αγορά υγείας απ'ότι σε άλλες αγορές (Arrow, 1963).

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι μειώνεται η δυνατότητα του καταναλωτή να μπορεί να εκτιμά εναλλακτικές μορφές θεραπείας, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις του καταναλωτή να βασίζονται σε μη επαρκείς μορφές πληροφόρησης. Έτσι, οι ιατροί παρά οι ασθενείς είναι εκείνοι οι οποίοι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Naaborg, 1990). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται “Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης (Supply-Induced Demand)”.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Εκτίμηση της Ανάγκης Υγείας

Ο Bradshaw (1972) διέκρινε τέσσερα είδη αναγκών υγείας: (α) τη διαπιστωμένη ανάγκη, (β) την αισθανόμενη, (γ) την εκφραζόμενη και (δ) τη συγκριτική ανάγκη. Διαπιστωμένη είναι αυτή, που ο επαγγελματίας υγείας ορίζει ως ανάγκη ανάλογα με την κατάσταση που εξετάζει, μπορεί δε να μεταβάλλεται λόγω της εξέλιξης της γνώσης ή κοινωνικών αλλαγών. Αισθανόμενη (συνειδητή) ανάγκη είναι αυτή που αντιλαμβάνεται το άτομο ή το στενό του περιβάλλον. Εκφραζόμενη, είναι η αισθανόμενη ανάγκη όταν μετατρέπεται σε ζήτηση. Τέλος, συγκριτική είναι αυτή που προκύπτει όταν οι ανάγκες ενός πληθυσμού που χρησιμοποιεί συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας αντιστοιχισθούν σε έναν πληθυσμό με παρόμοια χαρακτηριστικά (Ζάβρας, 2003).

Η διάκριση σε “συνειδητές” (αντιληπτές) και “μη συνειδητές” (μη αντιληπτές) ανάγκες είναι χρήσιμη λόγω του γεγονότος ότι η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών προκύπτει από τις “συνειδητές” ιατρικές ανάγκες παρ’όλο που η αντιστοιχία των δύο όρων δεν είναι απόλυτη, αφού αφενός άτομα με “συνειδητές” ιατρικές ανάγκες συχνά δεν προσφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου η ζήτηση δεν σημαίνει πάντα την ύπαρξη αναγκών αλλά μπορεί να υπαγορεύεται από κοινωνικά κίνητρα, διαφήμιση ή νευρωσικές διαταραχές (Τριχόπουλος, 1982).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις ιατρικές ανάγκες μπορεί να είναι επιδημιολογικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνιολογικοί και οικονομικοί (Κυριόπουλος, 1999).

Επομένως “ανάγκη” είναι όλες οι καταστάσεις που πιθανότατα θα γίνουν “ζήτηση”, οπότε οι ανάγκες υγείας μπορούν να ορισθούν ως η διαφορά μεταξύ παρατηρούμενων και ιδεωδών επιπέδων υγείας. Σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας το “ισοδύναμο της ανάγκης” μπορεί να εκφραστεί από τους απαιτούμενους πόρους για να προσφερθούν οι υπηρεσίες που θα ικανοποιούν αυτή την ανάγκη (Ζάβρας, 2003).

2.2. Η Σχέση μεταξύ Ανάγκης και Ζήτησης για Υπηρεσίες Υγείας

Υπάρχουν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά τον καθορισμό της ανάγκης για ιατρική φροντίδα.

Η πρώτη περιγράφηκε από τον Donabedian (1973), που όρισε ότι η ανάγκη καθορίζεται με όρους φαινομένων που απαιτούν ιατρικές φροντίδες. Καθόρισε επίσης την ανάγκη ως διαταραχή της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η “ανθρωπιστική” αυτή προσέγγιση υποδηλώνει ότι όταν ένας άνθρωπος υποφέρει, η κοινωνία πρέπει άμεσα να ενδιαφερθεί γι’ αυτόν.

Η προσοχή δηλαδή συγκεντρώνεται κυρίως στην πιστοποίηση της ασθένειας παρά στο πώς αυτή θα αντιμετωπισθεί. Αγνοείται έτσι η έλλειψη πόρων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και το γεγονός ότι δεν μπορεί ένα σύστημα υγείας να είναι χωρίς όρια γενναιόδωρο και ταυτόχρονα δίκαιο. Η προσέγγιση αυτή λοιπόν χαρακτηρίστηκε ως ρομαντική περισσότερο παρά ως ανθρωπιστική (Μόσιαλος, 1990).

Η δεύτερη προσέγγιση που ονομάζεται *ρεαλιστική* βασίζεται στην υπόθεση: (α) ότι η ανάγκη για την παροχή ιατρικής φροντίδας θα αναγνωρισθεί, εφόσον μπορεί να συνδυαστεί με μία θετική ωφελιμότητα από τη χρήση των υπηρεσιών, και (β) ότι πραγματικά θα υπάρξει μία σχετικά ή απόλυτα ευνοϊκή πρόγνωση της πορείας της ασθένειας χωρίς τη σπατάλη υπερβολικών πόρων (*reasonable cost*).

Επικεντρώνεται επομένως η ανάλυση στις περιπτώσεις ασθενών που είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν επιτυχώς και όχι σε τελικούς (σε τελικό στάδιο) ασθενείς ή ασθενείς που δεν θεραπεύονται (Μόσιαλος, 1990).

Επισημαίνεται επίσης, σε αντίθεση με την “ανθρωπιστική” θεωρία, ότι είναι περιττό να ονομάζεται κάτι ως ανάγκη εφόσον δεν μπορεί να γίνει κάτι γι’ αυτό.

Οι ιατροί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας στην καθημερινή τους εργασία αποφασίζουν για κάθε ασθενή το ισοδύναμο της υπηρεσίας που του αντιστοιχεί.

Ενώ λοιπόν στην “ανθρωπιστική” προσέγγιση η κατανομή των πόρων θα γίνει μετά τις αποφάσεις του ιατρού και πιθανώς θα είναι άδικη, στη ρεαλιστική προσέγγιση οι αποφάσεις για τα ισοδύναμα των υπηρεσιών υπόκεινται στους περιορισμούς που θέτει η κατανομή των (διαθέσιμων) πόρων του τομέα της υγείας.

Η σχέση μεταξύ ανάγκης και ζήτησης είναι αρκετά σύνθετη. Επιχειρηματολογείται ότι:

1. Σαν άτομα πάντα θα έχουμε επιθυμίες για καλύτερη υγεία.
2. Για ορισμένες από αυτές τις επιθυμίες δεν κάνουμε τίποτα. Για άλλες ζητούμε ιατρική φροντίδα.
3. Ο ιατρός μπορεί να μη συμφωνεί με τις επιθυμίες μας ή την εκτίμησή μας για το επίπεδο της υγείας μας. Ο ιατρός επίσης μπορεί να θεωρήσει ότι ορισμένες επιθυμίες ή απαιτήσεις μας δεν χρήζουν θεραπείας. Μπορεί όμως να θεωρήσει ότι έχουμε ασθένειες που χρήζουν θεραπείας που εμείς δεν τις έχουμε αντιληφθεί.

Είναι βέβαιο ότι η πηγή για όλες τις μορφές της ζήτησης είναι η επιθυμία του ατόμου για καλύτερη υγεία. Βεβαίως ορισμένες επιθυμίες και απαιτήσεις εφόσον κριθούν από τους ιατρούς, μετατρέπονται σε ανάγκες αλλά δεν περιέχονται όλες οι ανάγκες στις επιθυμίες και τις απαιτήσεις των ατόμων για την παροχή ιατρικών φροντίδων. Υπάρχουν μορφές αναγκών που είναι **ανεξάρτητες** από τις επιθυμίες και τη ζήτηση, και που μόνο οι γιατροί και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να τις καθορίσουν.

Επομένως η ανάγκη μπορεί να είναι:

1. Ζητούμενη και Επιθυμητή
2. Μη Ζητούμενη και Επιθυμητή
3. Μη Ζητούμενη και Μη Επιθυμητή (Μόσιαλος, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Διαφοροποιήσεις στη Χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας. Περιγραφή των Διαφορετικών Θεωρητικών Προσεγγίσεων.

Διάφοροι τύποι υποδειγμάτων έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Τα υποδείγματα αυτά σχηματικά ονομάζονται ως εξής: 1. Δημογραφικά, 2. Κοινωνικής Δομής, 3. Κοινωνικής Ψυχολογίας, 4. Οικονομικής προσέγγισης, 5. Συστημικά (Μόσιαλος, 1990).

Στα **Δημογραφικά** υποδείγματα δίνεται έμφαση σε παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η μορφή της οικογένειας κ.ά. Η ανάλυση των ανωτέρω παραμέτρων δεν επιτρέπει επαρκείς εξηγήσεις των διαφοροποιήσεων στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Οι παράμετροι όμως αυτές χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε πιο ολοκληρωμένα υποδείγματα.

Τα υποδείγματα της **Κοινωνικής Δομής** δίνουν έμφαση σε παραμέτρους όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, η εθνικότητα και η κοινωνική-οικονομική τάξη. Οι παράγοντες αυτοί δεν αντανakλούν μόνο τις συνήθειες της ζωής ενός ατόμου, που από μόνες τους προβλέπουν σε μεγάλο βαθμό τη χρησιμοποίηση ορισμένων τύπων υπηρεσιών υγείας, αλλά επίσης αντανakλούν το γενικό φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο οι άνθρωποι ζουν.

Ορισμένοι οικονομολόγοι υποστηρίζουν ότι ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχει ως αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη γνώση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Βρέθηκε όμως ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Βραχυπρόθεσμα τα αποτελέσματα μοιάζουν να επαληθεύουν την προηγούμενη πρόταση, ενώ μακροπρόθεσμα είναι σίγουρο ότι θα επιτευχθεί μείωση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας και βελτίωση του επιπέδου υγείας. Βρέθηκε επίσης ότι οι ανισότητες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας προέρχονται περισσότερο από τις διαφορές που υπάρχουν στο διαθέσιμο εισόδημα, παρά από τις ανισότητες στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος, 1990).

Τα υποδείγματα **Οικονομικής προσέγγισης** μελετούν τους παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση αλλά και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη ζήτηση αφορούν κυρίως στην ύπαρξη και το επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης και στο ύψος του εισοδήματος. Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ασφαλιστικής κάλυψης και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες της προσφοράς περιλαμβάνουν τον αριθμό των νοσοκομείων, των ιατρών και των νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό μιας κοινότητας. Η οικονομική προσέγγιση επιχειρηματολογεί ότι το ύψος του όγκου των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνεται καθορίζεται από την αλληλεπίδραση των παραγόντων της προσφοράς και της ζήτησης. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, στην αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν ισχύουν οι νόμοι της ελεύθερα ανταγωνιστικής αγοράς αγαθών και υπηρεσιών. Η ιδιομορφία της οφείλεται στην κυριαρχία του ιατρικού δυναμικού που κατέχει τη θέση του αποφασίζοντος (*decision maker*) τόσο για τη χρησιμοποίηση, όσο πολλές φορές και για τον σχεδιασμό των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η κύρια και απόλυτα λογική αιτία είναι η ελλιπής πληροφόρηση του πολίτη σε θέματα υγείας που τον καθιστά -τις περισσότερες φορές- παθητικό δέκτη των αποφάσεων των ιατρών. Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Στην αγορά των υπηρεσιών υγείας η ζήτηση προέρχεται από τον καταναλωτή αλλά μπορεί να προκαλείται και από τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Ο καταναλωτής δεν είναι “κυρίαρχος” και δεν γνωρίζει συνήθως τι ακριβώς είναι αυτό που του προσφέρεται (είδος θεραπευτικής αγωγής, διαγνωστικές διαδικασίες κ.λπ.). Συνήθως δεν μπορεί να κρίνει απόλυτα την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, ορισμένα χαρακτηριστικά της αγοράς των υπηρεσιών υγείας που αφορούν όμως κρατικά συστήματα υγείας είναι η έλλειψη ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών των υπηρεσιών και η μη άμεση πληρωμή των υπηρεσιών από τον καταναλωτή (Third Part Payer), εφόσον πληρώνει το κράτος ή η κοινωνική ασφάλιση (Μόσιαλος, 1990).

Πίνακας 3.1

Διαφορές μεταξύ της αγοράς υπηρεσιών υγείας και της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς

	<i>ΑΓΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</i>	<i>ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ</i>
Η ζήτηση προέρχεται από τον καταναλωτή	ΝΑΙ και ΟΧΙ (Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης)	ΝΑΙ
Ο καταναλωτής είναι κυρίαρχος	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Η προσφορά είναι φανερή στον καταναλωτή	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Ο καταναλωτής μπορεί να κρίνει την ποιότητα των προσφερόμενων αγαθών	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Ο καταναλωτής πληρώνει άμεσα	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Οι τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών επηρεάζονται από τα ελλείμματα	ΟΧΙ	ΝΑΙ

Πηγή: Maynard (1983)

Τα υποδείγματα της **Κοινωνικής Ψυχολογίας** επισημαίνουν τις επιδράσεις στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, των στάσεων, των αξιών, των κοινωνικών κανόνων, του νομικού πλαισίου και της κουλτούρας. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα υποδείγματος Κοινωνικής Ψυχολογίας είναι το υπόδειγμα των πεποιθήσεων για την υγεία (*Health Belief Model-HBM*) του Rosenstock. Βάσει του υποδείγματος υποστηρίζεται ότι 4 παράγοντες διαμορφώνουν την απόφαση για τη ζήτηση προληπτικών ιατρικών φροντίδων και γενικότερα υπηρεσιών υγείας: (α) αντίληψη της ευπάθειας ή της απειλής από μία ασθένεια, (β) αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας, (γ) τα αναμενόμενα οφέλη από τη ζήτηση και (δ) τα εναύσματα για την ανάληψη δράσης όπως η ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι συμβουλές από τους ιατρούς, από τα μέλη της οικογένειας ή από φιλικά πρόσωπα. Επιπρόσθετα, ποικίλες δημογραφικές, ψυχολογικές και δομικές

μεταβλητές (γνώση για το είδος της ασθένειας, προηγούμενη νόσηση από την ίδια ασθένεια) ενσωματώθηκαν στο υπόδειγμα αυτό.

Τα υποδείγματα της κοινωνικής ψυχολογίας αναπτύχθηκαν για να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις στις στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, αλλά επίσης χρησιμοποιούνται για να ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά των ασθενών και ιδιαίτερα τη “συμμόρφωση” τους με τις οδηγίες των ιατρών.

Τα υποδείγματα *Συστημικής Προσέγγισης* υποστηρίζουν ότι όλες οι ανωτέρω μεταβλητές πρέπει να διερευνηθούν και να μελετηθούν για να ερμηνευθούν οι διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση αυτή μελετά τη φύση των εισροών στο σύστημα υγείας, το μετασχηματισμό των εισροών αυτών σε υπηρεσίες για τους ασθενείς και τα αποτελέσματα των εκροών ή των εκβάσεων καθώς και το μετασχηματισμό των διαδικασιών. Η προσέγγιση αυτή είναι ίσως η πιο ρεαλιστική εξ όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, διότι μελετά ένα σύνθετο πλέγμα σχέσεων που διαμορφώνουν τελικά το επίπεδο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος, 1990).

Τέλος, όσον αφορά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και το βαθμό στον οποίο μπορεί να επηρεασθεί από μεταβολές στην πολιτική υγείας ή από διοικητικές παρεμβάσεις, αξίζει να αναφερθεί ότι οι μεταβλητές των δημογραφικών υποδειγμάτων και των υποδειγμάτων της κοινωνικής δομής δεν είναι δυνατό να επηρεασθούν άμεσα, ενώ οι μεταβλητές των υποδειγμάτων της κοινωνικής ψυχολογίας υπόκεινται σε μακροχρόνιες επιδράσεις.

Αντίθετα, οι μεταβλητές των υποδειγμάτων οικονομικής προσέγγισης αλλά και των υποδειγμάτων συστημικής προσέγγισης είναι περισσότερο ευαίσθητες στις μεταβολές των πολιτικών υγείας και των άμεσων διοικητικών παρεμβάσεων. Επίσης, στο πλαίσιο του σχεδιασμού της πολιτικής υγείας, οι δημογραφικές μεταβλητές και οι μεταβλητές του υποδείγματος κοινωνικής δομής είναι οι πλέον χρήσιμες για τον καθορισμό των ομάδων αναφοράς που έχουν τις μεγαλύτερες ή τις μικρότερες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

3.2. Το Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα

Ένα από τα πιο γνωστά υποδείγματα που ενσωματώνει μεταβλητές από διάφορα προαναφερθέντα υποδείγματα (δημογραφικό, κοινωνικής δομής, οικονομικής προσέγγισης και κοινωνικής ψυχολογίας) είναι το *Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα* του Andersen (1968).

Το *συμπεριφοριστικό υπόδειγμα* υποστηρίζει ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν την πρόσβαση. Η απόφαση ενός ατόμου να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από μια αλληλουχία συνθηκών που ομαδοποιούνται σε τρία συστατικά:

1. Παράγοντες που προδιαθέτουν ένα άτομο να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (predisposing)
2. Παράγοντες που καθιστούν ένα άτομο ικανό να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (enabling)
3. Ανάγκη για υπηρεσίες υγείας και επίπεδο υγείας (Need-Illness Level).

Η πρώτη κατηγορία ενσωματώνει μεταβλητές που περιγράφουν τους ατομικούς παράγοντες που μόνο έμμεσα συσχετίζονται με τη χρησιμοποίηση και δεν θεωρούνται ειδικές αιτίες για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων ενσωματώνει μεταβλητές που επιτρέπουν σε ένα άτομο να ζητήσει ιατρική φροντίδα (εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη, προσφορά των υπηρεσιών υγείας). Η χρησιμοποίηση όμως των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται και από την ύπαρξη ανάγκης για ιατρική φροντίδα. Το βασικό συστατικό της ανάγκης μπορεί να αναλυθεί στην αντιληπτή ανάγκη που έχει σχέση με τη μέτρηση του επιπέδου υγείας από τον ίδιο τον ασθενή και στην αξιολογημένη από τον ιατρό ανάγκη (κλινική διάγνωση). Στις εμπειρικές εκτιμήσεις του Andersen βρέθηκε ότι οι μεταβλητές που έχουν σχέση με την ανάγκη για ιατρική φροντίδα (ημέρες ανικανότητας, συμπτώματα, επίπεδο υγείας, παροχή φροντίδων) έχουν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ορισμένες μεταβλητές (της δεύτερης κατηγορίας - enabling), που έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής των υπηρεσιών (π.χ. ασφαλιστική κάλυψη) βρέθηκε ότι είναι σημαντικές όσον αφορά την επίδραση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος, 1990).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι βελτιωμένο υπόδειγμα που ερμηνεύει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας προτάθηκε από τον Andersen (1995), σε αναθεώρηση εκείνου που είχε αρχικά διατυπωθεί από τον ίδιο, αναφορικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαμόρφωση της στάσης των καταναλωτών απέναντι στη διαθέσιμη υγειονομική φροντίδα (Βοζικάκη και Μπορμπουδάκη, 2005).

3.3. Θεωρία του Ανθρώπινου Κεφαλαίου και Παραγωγική Συμπεριφορά

Η θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου που αναπτύχθηκε πρώτα από τον Becker και στη συνέχεια από τον Grossman, υποστηρίζει ότι το άτομο είναι ταυτόχρονα **καταναλωτής και παραγωγός**. Ο χαρακτήρας συνεπώς της ατομικής συμπεριφοράς είναι δισυπόστατος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δεύτερη υπόσταση του ατόμου, ως παραγωγού. Το παραγόμενο προϊόν είναι ένα καλό επίπεδο υγείας. Οι παράγοντες που αναφέρονται στην κατοικία, την υγιεινή διατροφή τις αθλητικές δραστηριότητες, τις πιθανές επικίνδυνες συνήθειες του ατόμου, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τις ψυχολογικές διαθέσεις κ.λπ. επηρεάζουν την υγεία (επίπεδο υγείας) του ατόμου άρα και τη συνεπαγόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο σημαντικός ρόλος επίσης της εκπαίδευσης, στη βελτίωση της υγείας του ατόμου, είναι κάτι που πρέπει να επισημανθεί.

Η συνάρτηση παραγωγής του ατόμου μπορεί να λάβει την παρακάτω μορφή:
 $HS = f(HC, K, D, Gym, To, Al, Dis, Ed)$, όπου: HS ο δείκτης-το επίπεδο υγείας, HC το σύστημα υγείας (φορέας παροχής υγειονομικής περίθαλψης και βελτίωσης της υγείας των ατόμων), K η κατοικία, D η υγιεινή διατροφή, Gym οι αθλητικές δραστηριότητες, To η κατανάλωση τσιγάρων, Al η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, Dis το στρες ως δείκτης ψυχικής υγείας και Ed η εκπαίδευση (Υφαντόπουλος, 2003).

3.4. Επίπεδο Υγείας και Αυτοαξιολόγηση του Επιπέδου Υγείας

Μελέτες οι οποίες ασχολούνται με το επίπεδο υγείας και τη νοσολογική εικόνα του πληθυσμού, αναδεικνύουν πολλές φορές το επίπεδο υγείας ως τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Grimsmo, 1984, Borras, 1994, Krasnik *et al.*, 1997 κ.ά.).

Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο βασίζεται μεν στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, δεν συμπίπτει όμως απαραίτητα με αυτήν. Είναι γνωστό ότι ο ορισμός της υγείας και της ευημερίας, αλλά και οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο υγείας, διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με την ταυτότητα και την κουλτούρα του ατόμου, τα πολιτιστικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων και πληροφοριών και άλλα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις του ατόμου (Sadana *et al.*, 2000).

Η έννοια της αυτοαξιολόγησης συμβάλλει στην προσπάθεια προσδιορισμού του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, καθώς θεωρείται σημαντικός δείκτης αυτού, ειδικά εφόσον μπορεί να αντανακλά χαρακτηριστικά αλλά και ασθένειες οι οποίες δεν έχουν ακόμα εντοπιστεί με ιατρικές εξετάσεις (Eriksson *et al.*, 2001). Υπό την έννοια αυτή, τα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επιδημιολογικές έρευνες, κλινικές μελέτες, αλλά και μελέτες που εξετάζουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας η οποία εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο υγείας. Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι η συμβολή στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης καταστάσεων νοσηρότητας αλλά και η εξέταση της συμπεριφοράς του καταναλωτή στον τομέα της υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, μεταβλητές που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το επίπεδο της υγείας περιλαμβάνονται στα υποδείγματα που εκτιμώνται, στα κεφάλαια που ακολουθούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται μία καταγραφή εμπειρικών μελετών των τελευταίων τριάντα ετών, που ασχολούνται με την επίδραση διαφόρων παραγόντων στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εμπειρικές μελέτες που ασχολούνται με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, χωρίζονται μεταξύ άλλων σε δύο γενικές κατηγορίες: (α) στις μελέτες που επιχειρούν μία ανάλυση του συνόλου του τομέα της υγείας και των τάσεων που επικρατούν διαχρονικά (π.χ. στις συνολικές δαπάνες υγείας), προβαίνοντας συχνά και σε συγκρίσεις μεταξύ χωρών (Πασιαρδής, 2006), και (β) στις μελέτες που επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικονομική μονάδα (άτομο ή νοικοκυριό) προσπαθώντας όπως και στην πρώτη περίπτωση να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση, το μέγεθος αυτής της επίδρασης κ.λπ. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι στη δεύτερη κατηγορία δίδεται περισσότερη έμφαση σε κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Και οι δύο κατηγορίες μελετών χαρακτηρίζονται από υποδείγματα με παρόμοιες και αρκετές φορές ίδιες ερμηνευτικές μεταβλητές. Ωστόσο στην ενότητα αυτή γίνεται αναφορά στη δεύτερη κατηγορία των εμπειρικών μελετών λόγω (μεγαλύτερης) συνάφειας με την παρούσα μελέτη.

4.1. Εμπειρικές Μελέτες για τη Ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας στις Οικονομικά Ανεπτυγμένες Χώρες

Μία από τις πρώτες έρευνες, του χρονικού διαστήματος που εξετάζουμε, που προσπάθησε να καταγράψει εμπειρικά τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας των νοικοκυριών, ήταν αυτή των Miners *et al.* (1978). Τα δεδομένα της έρευνας είναι διαστρωματικά και αφορούν σε νοικοκυριά δύο αγροτικών κοινοτήτων του νομού Durham στη Βόρεια Καρολίνα της Αμερικής. Ο πληθυσμός της περιοχής όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν 2.275 άτομα. Τα στοιχεία της έρευνας συγκεντρώθηκαν από το τμήμα επιστημών υγείας του Πανεπιστημίου του Duke μεταξύ Σεπτεμβρίου 1973 και Ιουνίου 1975.

Εξετάσθηκε κυρίως η επίδραση που ασκούν οι διαφορές στην εθνικότητα και το εισόδημα στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Οι ερευνητές βασίστηκαν στο υπόδειγμα του Andersen (1968). Διατύπωσαν δηλαδή ένα “συμπεριφοριστικό υπόδειγμα”, το οποίο υποστηρίζει ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν την πρόσβαση. Οι ερευνητές εκτίμησαν υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Ο αριθμός των ιατρικών επισκέψεων και οι άμεσες (out-of-pocket) πληρωμές του νοικοκυριού για υπηρεσίες υγείας ήταν οι εξαρτημένες μεταβλητές ενώ χρησιμοποιήθηκαν ερμηνευτικές μεταβλητές όπως: ετήσιο οικογενειακό εισόδημα σε ετήσια βάση, χρόνος αναμονής στις μονάδες υπηρεσιών υγείας (μέχρι την παροχή ιατρικής φροντίδας), ύπαρξη χρόνιας πάθησης, επίπεδο υγείας, εθνικότητα, αριθμός μελών του νοικοκυριού κ.λπ.

Από την εκτίμηση της παλινδρόμησης προκύπτει ότι για τις οικογένειες που κατάγονται από την Αφρική (Black households), ο χρόνος αναμονής στους χώρους υγείας αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Ο χρόνος της πρόσβασης στους χώρους υγείας (σε συνδυασμό με χαμηλό επίπεδο υγείας) αποτελεί εξίσου σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα για τις οικογένειες (ανεξαρτήτου εθνικότητας). Οι φυλετικές διαφορές αποτυπώνονται στην κατάσταση της ασφαλιστικής κάλυψης των νοικοκυριών καθώς και στο τμήμα εκείνο του οικογενειακού εισοδήματος-προϋπολογισμού που προορίζεται για ιατρικές επισκέψεις και για δαπάνες υγείας.

Το μέγεθος του νοικοκυριού επίσης, προκύπτει ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα ζήτησης που εκτιμήθηκε για τις οικογένειες που κατάγονται από την Αφρική (Black households) παρουσιάζει το μεγαλύτερο συντελεστή προσδιορισμού ($R^2=0,631$), γεγονός που δείχνει ότι παρουσιάζει μία αρκετά καλή προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας. Ακολουθεί πίνακας με τα βασικά αποτελέσματα της εκτίμησης των οικονομετρικών υποδειγμάτων με τη μέθοδο OLS, με εξαρτημένη μεταβλητή τον αριθμό ιατρικών επισκέψεων των νοικοκυριών διαφορετικής εθνικότητας στη συγκεκριμένη περιοχή της Αμερικής.

Πίνακας 4.1
Εκτιμώμενοι συντελεστές παλινδρόμησης για τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Εξαρτημένη μεταβλητή	
	Αριθμός επισκέψεων	
	White households	Black households
Εισόδημα	0,0010 (0,20)	0,0086 (0,76)
N (μέγεθος νοικοκυριού)	0,0015 (0,11)	0,0123 (0,98)
Επεισόδιο υγείας	0,0184 (2,04)*	0,0045 (0,42)
Χρόνια πάθηση	0,0015 (0,39)	0,0109 (1,09)
Σταθερά	0,9862 (10,75)*	0,7955 (7,50)*
Αριθμός των παρατηρήσεων	201	93
Σημείωση: στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η τιμή της στατιστικής t (t-value) * Υποδηλώνει p-value<0,10 και μεγαλύτερο του 0,05.		

Πηγή: Miners *et al.* (1978)

Μία μεταγενέστερη έρευνα του Miners (1988), επιχειρεί τη σύγκριση μεταξύ της ατομικής ζήτησης και της ζήτησης του νοικοκυριού. Τα στοιχεία προέρχονται από το τμήμα επιστημών υγείας του Πανεπιστημίου του Duke. Κατά τη διάρκεια 21 μηνών πραγματοποιήθηκε μία μεγάλη έρευνα σε νοικοκυριά δύο αγροτικών κοινοτήτων στη Βόρεια Καρολίνα. Το ποσοστό κάλυψης στη μία κοινότητα ήταν εξαιρετικά υψηλό και ίσο με 94,4%. Ο αριθμός των οικογενειών που πέρασαν από συνέντευξη ήταν 665. Οι πληροφορίες που αντλήθηκαν αφορούν στον υπεύθυνο του νοικοκυριού και σε όλα τα άλλα μέλη του.

Χρησιμοποίησε τις εξής μεταβλητές: επισκέψεις σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ψευδομεταβλητές που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των μελών του νοικοκυριού (ύπαρξη παθήσεων, λήψη φαρμάκων κ.λπ.), ατομικό εισόδημα, εισόδημα νοικοκυριού, ύπαρξη απασχόλησης, είδος απασχόλησης, αριθμός μελών του νοικοκυριού, φύλο, επίπεδο υγείας ανδρών και γυναικών, αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών (εντός του νοικοκυριού), χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά του ασθενούς στη μονάδα υπηρεσιών υγείας, ύπαρξη ασφάλισης, είδος ασφάλισης κ.λπ.

Αρκετές από τις προηγούμενες συναφείς εμπειρικές μελέτες είχαν επικεντρώσει την προσοχή τους στους προσδιοριστικούς παράγοντες ζήτησης των υπηρεσιών υγείας για μεμονωμένα άτομα. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε αυτή την περίπτωση, δείχνουν για παράδειγμα ότι η θέση στην αγορά εργασίας ενός μέλους (ποσοστό των αμοιβών του επί των συνολικών αμοιβών του νοικοκυριού) μπορεί να επηρεάσει τη ζήτηση για ιατρική φροντίδα άλλων μελών του νοικοκυριού.

Διαφορετικά υποδείγματα ζήτησης εκτιμώνται για τα άτομα και για το νοικοκυριό ως οικονομική μονάδα. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι σχετικές μελέτες χρειάζεται να λαμβάνουν υπ'όψιν συνολικά τη δομή των νοικοκυριών σε αντίθεση με την κλασική ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων ζήτησης της ιατρικής φροντίδας για μεμονωμένα άτομα.

Σε έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. από τους Luft *et al.* (1978) εξετάζεται η επίδραση που ασκούν διάφοροι παράγοντες στη ζήτηση για ιατρικές επισκέψεις σε μια αγροτική κοινότητα (Livingston, California). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές αποτελούνται από παράγοντες κοινωνικούς-οικονομικούς, δημογραφικούς, παράγοντες συμπεριφοράς και κατάστασης της υγείας. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα είναι διαστρωματικά και αφορούν στον πληθυσμό εντός της περιοχής του Livingston (12.000 κάτοικοι). Στις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν, έλαβαν μέρος 315 οικογένειες από 306 νοικοκυριά και συνολικά 1.065 μεμονωμένα άτομα. Σε μία από τις τελευταίες φάσεις της έρευνας, εξαιρέθηκαν τα ερωτηματολόγια με ελλιπή δεδομένα. Το δείγμα συνεπώς μειώθηκε σε 299 οικογένειες και 1.010 άτομα. Οι ερευνητές εκτίμησαν τρία υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS).

Χρησιμοποίησαν μεταβλητές **οικονομικές** (εισόδημα), **δημογραφικές-κοινωνικές** (φύλο, ηλικία, μέγεθος νοικοκυριού, επίπεδο εκπαίδευσης, είδος απασχόλησης, εθνικότητα κ.λπ.), **τιμών και πρόσβασης** (ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά σε κάποιο χώρο υγείας, τιμές των υπηρεσιών υγείας), **συμπεριφοράς** (μέσω τριών κλιμάκων που μετρούν την οικονομική, κοινωνική και λειτουργική αυτάρκεια ενός ατόμου, τη μοιρολατρεία, τη στάση του απέναντι στη ζωή καθώς και τις εθνοκεντρικές ή άλλες τάσεις του ατόμου που μπορεί να χαρακτηρίζουν την προσωπικότητά του) και **επιπέδου υγείας** (εμφάνιση χρόνιας πάθησης, αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας κ.λπ.).

Τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με εκείνα των εθνικών μελετών υγείας, που διαπιστώνουν ότι η κατάσταση (επίπεδο) της υγείας είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης για ιατρική φροντίδα. Το εισόδημα, οι τιμές και ο χρόνος μεταφοράς στο χώρο υγείας (στη συγκεκριμένη αγροτική περιοχή) φαίνεται ότι δεν ασκούν κάποια σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Ένα βασικό συμπέρασμα που προκύπτει επίσης είναι ότι οι οικονομικοί πόροι των νοικοκυριών είναι πολύ πιθανότερο να διατεθούν (με βάση και τις ανάγκες υγείας) σε μια δεδομένη αγορά υγειονομικής περίθαλψης, παρά σε διάφορες αγορές.

Το επίπεδο υγείας είναι μια μεταβλητή που χρησιμοποιείται σε αρκετές περιπτώσεις υποδειγμάτων που επιχειρούν να ερμηνεύσουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ο Wedig (1988) πραγματοποίησε έρευνα σε δείγμα 5.322 ενηλίκων, χρησιμοποιώντας διαστρωματικά δεδομένα για το έτος 1980 από την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και τις Δαπάνες Υγείας (National Medical Care Utilization and Expenditure Survey) στις Η.Π.Α. Ανέπτυξε υποδείγματα που λαμβάνουν υπ'όψιν το επίπεδο υγείας, την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και άλλους παράγοντες στο πλαίσιο του γενικού υποδείγματος του Grossman (1982), καθώς και υποδείγματα που δεν λαμβάνουν υπ'όψιν τους το επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων ατόμων. Στα υπόδειγματα που ανέπτυξε, χρησιμοποίησε τις μεταβλητές που ακολουθούν: φύλο, ηλικία, εθνικότητα, περιοχή διαμονής, τιμή των υπηρεσιών υγείας, ατομικό εισόδημα, εισόδημα του νοικοκυριού, επίπεδο υγείας, επίπεδο εκπαίδευσης, μέγεθος νοικοκυριού (αριθμός μελών του νοικοκυριού), οικογενειακή κατάσταση. Από την έρευνα προκύπτει ότι η ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή επηρεάζεται από την ύπαρξη της μεταβλητής του επιπέδου υγείας. Για χαμηλό επίπεδο υγείας υπάρχει υψηλότερη ζήτηση των υπηρεσιών ενώ μεταβολές στην τιμή δεν προκαλούν σημαντικές μεταβολές στη ζήτηση (περαιτέρω μείωση της ελαστικότητας ζήτησης ως προς την τιμή). Στα επίπεδα

κατανάλωσης περί του μέσου όρου, το επίπεδο υγείας δεν φαίνεται να επηρεάζει την ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή.

Η έλλειψη εμπειρικών μελετών για τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, και για τις ανισότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ήταν πολύ μεγάλη στην περίπτωση της Ιταλίας. Η έρευνα του Mapelli (1993) στοχεύει στη διερεύνηση αυτών των ζητημάτων, αν και τα αποτελέσματά της θεωρούνται κυρίως μεθοδολογικά, λαμβάνοντας υπ' όψιν το μικρό σχετικά μέγεθος του δείγματος ($n=807$). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 9 τοπικές μονάδες υγείας διαφορετικών ιταλικών περιοχών. Προσοχή δόθηκε ώστε να θεωρηθεί κάθε “επεισόδιο υγείας” ως αιτία ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, εντός της περιόδου αναφοράς (4 εβδομάδες), προκειμένου να συνδεθούν κατάλληλα οι ανάγκες υγείας με τη ζήτηση των υπηρεσιών, άρα και με τις σχετικές δαπάνες. Στο υπόδειγμα που εκτιμήθηκε (LISREL), χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές: ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, αντικείμενο απασχόλησης, αριθμός μονάδων υπηρεσιών υγείας στην ευρύτερη περιοχή διαμονής, περιοχή διαμονής, εισόδημα και επίπεδο υγείας.

Ο χαμηλός συντελεστής προσδιορισμού ($R^2=0,26$) που προκύπτει δείχνει την περιορισμένη σχέση μεταξύ των κοινωνικών παραγόντων και της ανάγκης-ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Οι μοναδικές μεταβλητές αυτής της κατηγορίας που φαίνεται να ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στη ζήτηση αφορούν στη γεωγραφική περιοχή που βρίσκονται τα νοικοκυριά. Σύμφωνα και με προηγούμενες αναλύσεις, οι μεταβλητές που κατά κύριο λόγο επηρεάζουν τη ζήτηση είναι η ηλικία και η σοβαρότητα μίας ασθένειας. Σε αυτό το μικρό δείγμα των 9 τοπικών μονάδων υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται αρκετά “δίκαιο” ως προς τις “χαμηλές” οικονομικές ομάδες, εξασφαλίζοντας πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, ανά επεισόδιο υγείας, υψηλότερη από το μέσο όρο του δείγματος. Εάν ίσχυε αυτό σε μια μεγαλύτερη κλίμακα, θα σήμαινε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας ευνοεί τις ομάδες αυτές, ανεξάρτητα από τη δυνατότητά τους να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών.

Οι Fabbri and Monfardini (2004), επίσης στην Ιταλία, μελετούν τις ελαστικότητες ζήτησης των υπηρεσιών υγείας ως προς την τιμή και το εισόδημα. Προχωρούν σε εκτίμηση υποδείγματος *Negbin* τριών-μεταβλητών που αφορούν στα διαφορετικά είδη επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς (αρχική επίσκεψη-*primary care visit*, επίσκεψη σε ιατρό του δημοσίου, επίσκεψη σε ιατρό του ιδιωτικού τομέα). Το σύνολο των δεδομένων προέρχεται από μία έρευνα για τα νοικοκυριά σε εθνικό επίπεδο, που πραγματοποιείται από το ιταλικό εθνικό στατιστικό ινστιτούτο (ISTAT) κάθε πέντε χρόνια. Η τελευταία διαθέσιμη έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Σεπτέμβριο 1999 έως τον Αύγουστο 2000 ενώ συμμετείχε στη συνέντευξη ένα δείγμα 52.332 οικογενειών, που περιλαμβάνει 140.011 άτομα. Η έρευνα παρέχει μια πλήρη περιγραφή του επιπέδου υγείας, των δαπανών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, βιομετρικών και κοινωνικών-οικονομικών παραμέτρων (εκπαίδευση, είδος εργασίας, εισόδημα κ.λπ.).

Το υπόδειγμα περιλαμβάνει στα πλαίσια του γενικού υποδείγματος ζήτησης υπηρεσιών υγείας του Grossman (1982), μεταβλητές όπως: τιμή των υπηρεσιών, εισόδημα, επίπεδο εκπαίδευσης, ηλικία, φύλο και επίπεδο υγείας.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, οι υπηρεσίες ιδιωτικών ιατρών είναι ένα κανονικό αγαθό. Η ζήτηση για ιατρούς του δημοσίου τομέα (συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων των ασθενών) βρέθηκε ανελαστική ως προς το εισόδημα. Σχετικά με τις επισκέψεις σε ιατρό του ιδιωτικού τομέα, η ζήτηση είναι ανελαστική ως προς την τιμή. Οι “αρχικές επισκέψεις” και οι επισκέψεις σε ιατρό του ιδιωτικού τομέα αποδείχθηκαν υποκατάστατα αγαθά (σταυροειδής ελαστικότητα=0,23). Οι “αρχικές επισκέψεις” και οι επισκέψεις σε ιατρό του δημοσίου τομέα δεν αποδείχθηκαν συμπληρωματικά αγαθά. Τέλος, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Οι Ii and Ohkusa (2002), πραγματοποιώντας έρευνα για τη χώρα της Ιαπωνίας, εξετάζουν τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη που οφείλεται σε λιγότερο σοβαρές ασθένειες. Εξαιρείται επομένως από την ανάλυσή τους η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με χρόνιες άρα και σοβαρές (τις περισσότερες φορές και στην εξέλιξή τους) παθήσεις. Οι ερευνητές αξιοποίησαν διαστρωματικά δεδομένα 10 ετών (από το 1986 έως και το 1995) τα οποία είχαν δημοσιευθεί από το Υπουργείο Υγείας της Ιαπωνίας. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από τρία τμήματα: (α) δομή και χαρακτηριστικά της οικογένειας-νοικοκυριού, (β) υγεία, (γ) εισόδημα και αποταμίευση. Η έρευνα κάλυψε και τα 47 νομαρχιακά διαμερίσματα της Ιαπωνίας. Μεταξύ αυτών των νομαρχιακών διαμερισμάτων, 2.000 περιοχές επιλέχθηκαν τυχαία και μέσα στις επιλεγμένες περιοχές, όλες σχεδόν οι οικογένειες συμμετείχαν στη διαδικασία. Το σύνολο των στοιχείων παρέχει αρκετές πληροφορίες που αφορούν στο εισόδημα και την καταναλωτική συμπεριφορά, τη θέση εργασίας, τον τύπο ασφάλισης και τις διαφορές στις συνθήκες υγιεινής μεταξύ των νοικοκυριών. Η ανάλυση εστιάζει στα άτομα μεταξύ 22 και 59 ετών, που δεν νοσηλεύονταν μόνιμα και δεν έπασχαν επίσης από ορισμένες ασθένειες. Οι ερευνητές εκτίμησαν υποδείγματα πολυωνυμικής παλινδρόμησης πιθανοτήτων και πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων, σύμφωνα με αντίστοιχη έρευνα του Daganzo (1979).

Οι μεταβλητές που χρησιμοποίησαν, στα υποδείγματα που εκτίμησαν ήταν οι εξής: ηλικία, διάρκεια νοσηλείας (σε ημέρες) σε κάποιο χώρο υγείας, φύλο, είδος απασχόλησης (χρήση ψευδομεταβλητών), μέγεθος νοικοκυριού, εισόδημα ατομικό (από την κύρια απασχόληση, από άλλες πηγές), είδος ασφάλισης κ.λπ. Ορισμένα από τα αποτελέσματα της εκτίμησης του βασικού οικονομετρικού υποδείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 4.2
Εκτιμώμενοι συντελεστές παλινδρόμησης για το ύψος των δαπανών για υπηρεσίες
υγείας (που αφορούν σε λιγότερο σοβαρές ασθένειες)

Ερμηνευτικές μεταβλητές	Εκτιμώμενοι συντελεστές	Τιμή της στατιστικής t (t-value)	Prob.
Ηλικία	0,013	0,71	0,48
Φύλο	-0,391	-0,91	0,36
Εισόδημα από εργασία (in logs)	0,202	1,81	0,07
Εισόδημα από άλλες πηγές (in logs)	0,065	0,64	0,52
Θέση στην αγορά εργασίας-κατάσταση απασχόλησης (ψευδομεταβλητή)	-1,130	-1,97	0,05
Σταθερά	-0,380	-7,79	0,00

Πηγή: Ii and Ohkusa (2002)

Στη μελέτη των Ii and Ohkusa (2002) σημειώνεται επίσης ότι η ζήτηση μεταβάλλεται ελάχιστα έπειτα από μεταβολές της τιμής. Τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν πληροφορίες για διάφορες ιατρικές περιπτώσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν μεταξύ άλλων ότι για το σύνολο σχεδόν των συγκεκριμένων ιατρικών περιπτώσεων (ασθενειών), η εκτιμώμενη εισοδηματική ελαστικότητα είναι θετική αλλά πολύ μικρότερη της μονάδος (ως προς το εισόδημα από την κύρια εργασία) ενώ τείνει στο μηδέν (ως προς το εισόδημα από άλλες πηγές).

Οι Redondo-Sendino *et al.* (2006) στη χώρα της Ισπανίας θέλησαν να ερευνήσουν την πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας ξεχωριστά για τα δύο φύλα, προβαίνοντας έπειτα σε ορισμένες συγκρίσεις. Σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερευνητές εξετάζουν τους πιθανούς προσδιοριστικούς παράγοντες χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης των δύο φύλων και πραγματοποιούν σύγκριση μεταξύ τους. Χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά δεδομένα τα οποία αφορούν σε 3.030

άτομα, ηλικίας 60 ετών και άνω. Για να βρεθούν οι διαφορές όσον αφορά την απόφαση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών εκτιμήθηκαν λογιστικές παλινδρομήσεις ενώ οι τιμές της εξαρτημένων (διχοτομικών) μεταβλητών εκφράζονται με το λόγο των πιθανοτήτων (*odds*) και συγκεκριμένα με το λογάριθμο του λόγου των πιθανοτήτων, στα υποδείγματα που εκτιμήθηκαν.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες που ερμηνεύουν τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής: η ηλικία, επικεφαλής στο νοικοκυριό (άτομο που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις), το επίπεδο υγείας, η ύπαρξη χρόνιας πάθησης, το επίπεδο μόρφωσης, η οικογενειακή κατάσταση, το είδος απασχόλησης του ατόμου που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις του νοικοκυριού, καθώς και ο δείκτης που αφορά τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (*HRQL*).

Ο *HRQL* είναι ένας δείκτης της αντιληπτής ανάγκης για ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Ο *HRQL* μετρήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται κυρίως από κλίμακες που αφορούν: στη φυσική λειτουργία, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την “κοινωνική λειτουργία”, τη συναισθηματική υγεία και τη διανοητική υγεία των ερωτηθέντων. Οι απαντήσεις στα θέματα αυτά λαμβάνουν ένα αριθμητικό αποτέλεσμα που μετά κωδικοποιείται και ταξινομείται σε μία κλίμακα από 0 έως 100, έτσι ώστε όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα τόσο “καλύτερος” ο *HRQL*. Έπειτα υπολογίζεται το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε κλίμακας ερωτήσεων με την προσθήκη συντελεστών (στάθμιση) για κάθε μία από αυτές.

Σε σχέση με τους άνδρες, υψηλότερο ποσοστό γυναικών πραγματοποίησε εγχώριες ιατρικές επισκέψεις και έκανε χρήση περισσότερων φαρμάκων σε μηνιαία βάση. Οι παράγοντες που ερμηνεύουν καλύτερα την αυξημένη ζήτηση των γυναικών έναντι των ανδρών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι η ύπαρξη χρόνιας πάθησης και ο δείκτης *HRQL*.

Στη διεθνή βιβλιογραφία συνεπώς, αναφέρεται πλήθος ερευνών που επιχειρούν μέσω της εφαρμογής μεθόδων παλινδρόμησης να εντοπίσουν τους παράγοντες που καθορίζουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Η λογιστική παλινδρόμηση και η παλινδρόμηση Poisson, πέρα από την αρχικά και ευρύτατα διαδεδομένη μέθοδο εκτίμησης υποδειγμάτων των ελαχίστων τετραγώνων (OLS), αποτελούν δύο από τις βασικότερες τεχνικές κατασκευής υποδειγμάτων που αφορούν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ενώ η πρώτη τεχνική εφαρμόζεται με σκοπό την εύρεση των παραγόντων που συμβάλλουν στην χρησιμοποίηση ή μη των υπηρεσιών υγείας, η δεύτερη εξετάζει τους παράγοντες που επιδρούν στο μέγεθος της χρησιμοποίησης (Hunt-McCool *et al.*, 1994, Stuart and Grana, 1998, Mariko, 2003).

Η εφαρμογή λογιστικής παλινδρόμησης σε δεδομένα που προήλθαν από δείγμα 53.981 ενηλίκων, ηλικίας από 18 έως 64 ετών στις Η.Π.Α, σχετικά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής (περιοδικές εξετάσεις, εξετάσεις αρτηριακής πίεσης και χοληστερίνης, τεστ Παπανικολάου) οδήγησε στο συμπέρασμα ότι το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρησιμοποίηση των συγκεκριμένων υπηρεσιών (Faulkner *et al.*, 1997).

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη η ίδια τεχνική, αναλύοντας δεδομένα που προήλθαν από δείγμα 12.729 Βρετανών ενηλίκων, έδειξε πως ο σημαντικότερος παράγοντας εισαγωγών είναι το επίπεδο υγείας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες δεν επιδρούν σημαντικά (Benzeval *et al.*, 1994). Σημαντικό εύρημα αποτελεί για την ίδια κατηγορία υπηρεσιών υγείας το γεγονός ότι άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού προφίλ χρησιμοποιούν τα νοσοκομεία ως βασική πηγή φροντίδας υγείας, βάσει παρόμοιας ανάλυσης δεδομένων από δείγμα 695 ενηλίκων που κατοικούσαν στο Χάρλεμ των Η.Π.Α (Merzel *et al.*, 2002).

Για την οδοντιατρική περίθαλψη εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης σε δεδομένα από δείγμα 70.884 ατόμων 15 ετών και άνω, έδειξε πως η επίδραση του εισοδήματος και του μορφωτικού επιπέδου είναι σημαντική ακόμα και όταν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για οδοντιατρική περίθαλψη (Millar *et al.*, 1999).

Σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Αυστραλία, από την εφαρμογή της λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψαν γεωγραφικές ανισότητες στα ποσοστά επισκέψεων σε ψυχιάτρους, ψυχολόγους και λοιπούς επαγγελματίες υγείας (Parslow *et al.*, 2000).

Σχετικά με την έκταση της χρησιμοποίησης, εφαρμογή της παλινδρόμησης Poisson σε δεδομένα που προήλθαν από δείγμα 998 χαμηλόμισθων Αφροαμερικανών, έδειξε αφενός ότι χαμηλότερο επίπεδο πρόσβασης στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας συνοδεύεται από αύξηση των επειγόντων περιστατικών και αφετέρου ότι η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης οδηγεί σε μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών (Bazargan *et al.*, 1998).

Συγκριτική ανάλυση τριών ομάδων δεδομένων από εθνικές έρευνες στις Η.Π.Α., βάσει της εφαρμογής της παλινδρόμησης Poisson, έδειξε πως καθοριστικοί παράγοντες της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας είναι το επίπεδο υγείας και η ασφαλιστική κάλυψη (Miller *et al.*, 1997). Η ίδια τεχνική (παλινδρόμηση Poisson) όταν εφαρμόστηκε σε δεδομένα που προήλθαν από δείγμα 4.066 κατοίκων της Πενσυλβάνιας έδειξε ότι η συνταγογράφηση συνδέεται με το εισόδημα και το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης (Stuart *et al.*, 1998). Ωστόσο οι δύο τεχνικές που προαναφέρθηκαν δεν είναι οι μοναδικές που χρησιμοποιούνται στην μελέτη της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Η παλινδρόμηση Cox (1970) έχει χρησιμοποιηθεί προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της αυτοαξιολόγησης της υγείας των ατόμων και της χρήσης φαρμάκων ή της μελλοντικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Bath *et al.*, 1999).

Όσον αφορά την Ελλάδα, σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Ματσαγγάνης και Μητράκος (2000) γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση τα πρωτογενή μικρο-στοιχεία της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1993/1994. Με τα στοιχεία αυτά διερευνάται η πιθανή επίπτωση μιας σειράς προσδιοριστικών παραγόντων και επιχειρείται η εκτίμηση της συμβολής του καθενός στην κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τη θεωρία, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Όπως συμβαίνει και με τα περισσότερα αγαθά, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση της τιμής τους και θετική συνάρτηση του εισοδήματος των ατόμων. Επίσης, η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση του αποθέματος υγείας των ατόμων, με άλλα λόγια του επιπέδου υγείας που αυτά απολαμβάνουν: όσο χαμηλότερο το επίπεδο υγείας, τόσο υψηλότερη η ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τα άτομα ζητούν υπηρεσίες υγείας όχι μόνο επειδή η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας τους προσφέρει ωφέλεια, αλλά επειδή επιθυμούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, το οποίο έχει υποστεί μείωση (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000).

Τα διαθέσιμα δεδομένα της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών δεν περιέχουν πληροφορίες για το επίπεδο υγείας των μελών του πληθυσμού. Ωστόσο, μεγάλος αριθμός εμπειρικών μελετών δείχνει ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι συνάρτηση της ηλικίας - με σχήμα *U* ή καλύτερα *J*: οι ηλικιωμένοι ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας από ότι τα παιδιά, ενώ οι νεαροί ενήλικες ζητούν λιγότερες υπηρεσίες υγείας από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Οι ίδιες μελέτες δείχνουν επίσης ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερη για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες. Κατά συνέπεια στην εν λόγω μελέτη, φύλο και ηλικία των μελών του πληθυσμού χρησιμοποιούνται αντί του μη παρατηρήσιμου επιπέδου υγείας.

Με βάση τα παραπάνω, επιχειρείται η εκτίμηση του ύψους των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως συνάρτηση των εξής παραγόντων: (α) του μεγέθους του νοικοκυριού, (β) της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού, (γ) του αριθμού των μελών του νοικοκυριού που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (από τις εξής: 45-54 ετών, 55-64 ετών, 65-74 ετών και άνω των 74 ετών), (δ) του εισοδήματος του νοικοκυριού, (ε) του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του νοικοκυριού, (στ) της πληρωμής ή όχι ασφαλιστρών για ιδιωτική ασφάλιση ζωής - υγείας.

Η συνολική καταναλωτική δαπάνη προσεγγίζει περισσότερο ικανοποιητικά το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού και για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται ως ερμηνευτική μεταβλητή έναντι του εισοδήματος. Μονάδα ανάλυσης στην εν λόγω μελέτη είναι το νοικοκυριό.

Η αιτιολόγηση του συνυπολογισμού του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του νοικοκυριού ως πιθανού προσδιοριστικού παράγοντα των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα είναι ότι οι συχνά παρατηρούμενες διαφορές στην έκταση και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από διαφορετικούς φορείς ενδεχομένως ερμηνεύουν μέρος της διακύμανσης των ιδιωτικών δαπανών υγείας που δεν ερμηνεύεται από τους δημογραφικούς παράγοντες και το επίπεδο ευημερίας του νοικοκυριού. Η έκταση και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών επηρεάζουν την πιθανότητα κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με σχέση αντιστρόφως ανάλογη: όσο πληρέστερο και ικανοποιητικότερο είναι το δίκτυο των υπηρεσιών υγείας που παρέχει ένας ασφαλιστικός φορέας τόσο σπανιότερη θα είναι η χρήση υπηρεσιών εκτός των παρεχομένων.

Η ασφαλιστική κάλυψη σε ορισμένες περιπτώσεις επεκτείνεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Η αποζημίωση τμήματος των εξόδων υγείας μειώνει τις τιμές που αντιμετωπίζει ο καταναλωτής. Αυτό ισχύει όχι μόνο για κάποιους από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αλλά, ασφαλώς, και για το σύνολο της ιδιωτικής ασφάλισης. Αν και η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της ζήτησης με την προσφορά, η εν λόγω μελέτη δεν εξετάζει παράγοντες όπως η αναλογία ιατρών ή νοσοκομειακών κλινών στον πληθυσμό. Η τοπική-περιφερειακή διάσταση εν μέρει εισάγεται μέσω της μεταβλητής της ασφαλιστικής κάλυψης (χαρακτηριστικό παράδειγμα: ο ΟΓΑ ασφαλίζει τα περισσότερα νοικοκυριά αγροτικών περιοχών).

Σχετικά με την εμπειρική ανάλυση, μετά την απάλειψη των νοικοκυριών με ασφαλιστική κάλυψη σε περισσότερους του ενός φορείς κοινωνικής ασφάλισης, ο αριθμός των νοικοκυριών στο δείγμα περιορίστηκε σε 4.671. Το υπόδειγμα εξειδικεύεται ως εξής. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι διαδοχικά: (α) η συνολική δαπάνη υγείας, (β) η δαπάνη για φάρμακα, (γ) η δαπάνη για υπηρεσίες ιατρών, (δ) η δαπάνη για νοσοκομειακές υπηρεσίες (η συνολική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει εκτός των (β), (γ) και (δ) τη δαπάνη για ιατρικά είδη, τη δαπάνη για θεραπευτικές συσκευές, καθώς και τη δαπάνη για υπηρεσίες παραϊατρικών επαγγελματιών). Ως ερμηνευτικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται αρχικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας του. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι το μέγεθος του νοικοκυριού, η σύνθεση του νοικοκυριού κατά φύλο (λόγος αριθμού γυναικών προς το σύνολο των μελών του νοικοκυριού) και η ηλικιακή δομή του νοικοκυριού (αριθμός μελών ανά ομάδα ηλικίας). Στη συνέχεια, προστίθενται διαδοχικά η ισοδύναμη (συνολική) καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού και, σε τρίτο στάδιο, ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης και η ύπαρξη ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης.

Η εκτίμηση του υποδείγματος γίνεται σε δύο στάδια: Αρχικά, με τη μέθοδο λογιστικής παλινδρόμησης (logit) εκτιμάται η πιθανότητα να έχει το νοικοκυριό ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Στην περίπτωση του υποδείγματος λογιστικής παλινδρόμησης, η εξαρτημένη μεταβλητή έχει διακριτή μορφή και συγκεκριμένα είναι 0 εάν το νοικοκυριό έχει μηδενικές δαπάνες υγείας και 1 εάν έχει θετικές δαπάνες υγείας. Η εκτίμηση γίνεται για το σύνολο των 4.671 νοικοκυριών τόσο όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες υγείας, όσο και για τις επιμέρους δαπάνες για φάρμακα, υπηρεσίες ιατρών και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Στη συνέχεια, με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS) εκτιμάται το ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας εφόσον το νοικοκυριό καταναλώνει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς, η εκτίμηση γίνεται στο υποσύνολο των 2.762 μη μηδενικών παρατηρήσεων όσον αφορά τη συνολική δαπάνη υγείας. Οι παρατηρήσεις αυτές μειώνονται σε 1.624 στην περίπτωση των φαρμάκων, σε 1.095 στην περίπτωση των δαπανών για υπηρεσίες ιατρών και σε 488 στην περίπτωση των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Στις εξισώσεις που εκτιμήθηκαν με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ο λογάριθμος των αντιστοίχων δαπανών υγείας.

Τα κυριότερα αποτελέσματα της ανάλυσης είναι τα ακόλουθα: Η πιθανότητα να καταναλώνει το νοικοκυριό ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας εμφανίζεται να είναι θετική συνάρτηση του μεγέθους του νοικοκυριού, της αναλογίας γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική δαπάνη υγείας, όλες οι παραπάνω ερμηνευτικές μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές με πιθανότητα σφάλματος κάτω από 1% και έχουν τα αναμενόμενα πρόσημα. Επίσης, τα απόλυτα μεγέθη των συντελεστών δείχνουν ότι η πιθανότητα θετικών δαπανών υγείας είναι αύξουσα συνάρτηση της ηλικίας των ηλικιωμένων μελών του νοικοκυριού. Με τις επιμέρους κατηγορίες δαπανών υγείας ως εξαρτημένες μεταβλητές, ορισμένες ερμηνευτικές μεταβλητές δείχνουν μειωμένη στατιστική σημαντικότητα (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000).

Η ερμηνευτική ικανότητα όλων των υποδειγμάτων λογιστικής παλινδρόμησης είναι υψηλή: φθάνει το 65% στην περίπτωση του “πλήρους” υποδείγματος όταν χρησιμοποιείται η συνολική δαπάνη υγείας ως εξαρτημένη μεταβλητή. Ο αριθμός των μελών του νοικοκυριού με ηλικία άνω των 55 ετών συνδέεται επίσης θετικά με αυξημένη συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας, με πιθανότητα σφάλματος κάτω από 1%. Αυτή η σχέση εμφανίζεται λιγότερο έντονη όταν εξετάζονται οι επιμέρους κατηγορίες δαπανών υγείας, αν και η ηλικία άνω των 65 ετών διατηρεί σχεδόν πάντοτε κάποιο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Η αναλογία γυναικών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού έχει θετική επίδραση στο ύψος της δαπάνης για φάρμακα και υπηρεσίες ιατρών και, σε μικρότερο βαθμό, στη συνολική δαπάνη υγείας. Αξίζει, τέλος, να αναφερθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση ζωής-υγείας δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στην πιθανότητα ούτε στο ύψος της δαπάνης υγείας (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000).

4.2. Εμπειρικές Μελέτες για τη Ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας στις Οικονομικά Αναπτυσσόμενες Χώρες

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξετάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και στις χώρες με χαμηλή οικονομική ανάπτυξη.

Οι Akin *et al.* (1995), στη Νιγηρία, χρησιμοποίησαν διαστρωματικά δεδομένα που αφορούν σε δείγμα ασθενών, για την εκτίμηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Οι ερευνητές ακολούθησαν τη μέθοδο εκτίμησης πολυωνυμικής παλινδρόμησης πιθανοτήτων (*multinomial probit*). Η συγκεκριμένη οικονομετρική μέθοδος χαρακτηρίζεται από ένα υπόδειγμα τυχαίων προτιμήσεων όπου τα άτομα κάνουν τις επιλογές τους εντός ενός συνόλου αμοιβαία αποκλειόμενων εναλλακτικών λύσεων. Στη συγκεκριμένη έρευνα υπάρχουν τρεις επιλογές: (α) επιλογή του ασθενούς να μην προβεί σε ιατρική επίσκεψη, (β) επιλογή δημόσιου νοσοκομείου, (γ) επιλογή ιδιωτικής κλινικής. Η μέθοδος εκτίμησης πολυωνυμικής παλινδρόμησης πιθανοτήτων αποκλείει επίσης τη χρήση περισσότερων των τριών ή τεσσάρων κατηγοριών στις οποίες χωρίζεται η εξαρτημένη μεταβλητή.

Το δείγμα όπως αναφέρθηκε και παραπάνω αφορά μόνο σε ασθενείς ενώ ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά και συμπτώματα χρησιμοποιήθηκαν ως κοινή βάση για την τελική επιλογή του, ώστε να εξετασθεί στη συνέχεια η στατιστική επίδραση διαφόρων παραγόντων.

Οι ερμηνευτικές μεταβλητές του υποδείγματος ήταν οι εξής: τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών, φύλο του ασθενούς, επίπεδο μόρφωσης, εισόδημα του νοικοκυριού, περιοχή διαμονής (αστική ή αγροτική περιοχή), σοβαρότητα της ασθένειας, κατοχή ή όχι οχήματος μεταφοράς (δίκυκλο, αυτοκίνητο), ατομικό εισόδημα, εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων των ασθενειών, ύπαρξη δημόσιας ασφάλισης, απόσταση και χρόνος πρόσβασης του ασθενούς στους χώρους υγείας.

Ορισμένα πολύ βασικά συμπεράσματα της έρευνας ήταν τα ακόλουθα. Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής της τιμής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός. Επίσης όσο σοβαρότερη είναι η ασθένεια τόσο οι “χαμηλές” (όσο και οι “υψηλές”) εισοδηματικές ομάδες του δείγματος δεν αντιδρούν σε μεταβολές της τιμής.

Η έρευνα του Heller (1982) για τους προσδιοριστικούς παράγοντες ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών στη Μαλαισία, προσπάθει αρχικά να διαμορφώσει ένα θεωρητικό υπόδειγμα της ζήτησης των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα. Στις επόμενες ενότητες διατυπώνεται σχετικό οικονομετρικό υπόδειγμα με σκοπό να προσδιορισθούν οι παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση. Χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά δεδομένα που βασίζονται σε διαστρωματικές παρατηρήσεις για 640 αστικά και 825 αγροτικά νοικοκυριά. Εκτιμήθηκε υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων σε δύο στάδια -TOLS (two-stage least squares). Οι βασικές ερμηνευτικές μεταβλητές του υποδείγματος είναι: τιμή, χρόνος μεταφοράς στη μονάδα υπηρεσιών υγείας, εισόδημα, προσδοκίες όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, επίπεδο υγείας και εθνικότητα. Η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες (συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ασθενών και μη ατόμων) είναι ανελαστική ως προς το εισόδημα. Οι καταναλωτές επίσης ανταποκρίνονται αρνητικά στον αυξημένο χρόνο μεταφοράς ή αναμονής στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, εκδηλώνοντας μειωμένη ζήτηση.

Σημαντική μελέτη για την πολυπληθή χώρα της Κίνας πραγματοποίησαν οι Mocan *et al.* (2004). Οι ερευνητές αξιοποίησαν διαστρωματικά δεδομένα που αφορούν σε δείγμα 6.407 νοικοκυριών των πόλεων-αστικών περιοχών της Κίνας. Εξαιρείται από την έρευνα ο αγροτικός πληθυσμός. Η συλλογή των δεδομένων έγινε στις αρχές του 1990. Όσον αφορά την οικονομετρική ανάλυση, εκτιμήθηκαν υποδείγματα με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων, υποδείγματα “two-part” και υποδείγματα “discrete factor”. Στη δεύτερη κατηγορία υποδειγμάτων υπάρχει διχοτομική μεταβλητή στο πρώτο μέλος της συνάρτησης για να ληφθεί υπ’όψιν η πιθανότητα το νοικοκυριό να πραγματοποιεί δαπάνες για ιατρική φροντίδα και στην τρίτη κατηγορία υποδειγμάτων, διάνυσμα που αναπαριστά τις ερμηνευτικές μεταβλητές.

Οι Mocan *et al.* (2004) χρησιμοποίησαν στα υποδείγματά τους τις εξής ερμηνευτικές μεταβλητές: τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας), καταναλωτική δαπάνη του νοικοκυριού για αγαθά πρώτης ανάγκης (κυρίως για τρόφιμα), οικογενειακή κατάσταση, είδος απασχόλησης, χαρακτηριστικά της οικίας διαμονής, αριθμός δωματίων της οικίας διαμονής (ανά άτομο) ως μία από τις ενδείξεις βιοτικού επιπέδου, ύπαρξη μελών από εθνικές μειονότητες, δημογραφικές μεταβλητές όπως φύλο, ηλικία κ.λπ., ύπαρξη μελών εντός του νοικοκυριού με σοβαρά προβλήματα υγείας (αναπηρία, χρόνια φαρμακευτική αγωγή-ιατρική παρακολούθηση), μηνιαίο εισόδημα, εισόδημα από άλλες πηγές εκτός της κύριας απασχόλησης.

Τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης είναι τα εξής: Το 28% των νοικοκυριών παρουσίασε μηδενικές δαπάνες για ιατρική φροντίδα. Τα περισσότερα από τα μέλη των νοικοκυριών καλύπτονται (ιατρικά) από τη δημόσια-κοινωνική ασφάλιση γεγονός που επιδρά άμεσα και σε μεγάλο βαθμό (αρνητικά) στις δαπάνες υγείας. Τα έξοδα του νοικοκυριού για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται περίπου στο 2% επί του συνολικού οικογενειακού εισοδήματος. Οι εκτιμώμενες εισοδηματικές ελαστικότητες είναι 0,30 για το 1^ο και 0,24 για το 2^ο υπόδειγμα. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι η παροχή ιατρικής φροντίδας αποτελεί μία από τις *πρώτες ανάγκες* στην αστική Κίνα. Η ζήτηση επίσης είναι ανελαστική ως προς την τιμή ενώ αυξάνεται (κατά απόλυτη τιμή), γίνεται δηλαδή περισσότερο ελαστική για μεγαλύτερα νοικοκυριά.

Η έρευνα των Ichoku and Leibbrandt (2003) επιχειρεί να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα χρήσης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης των νιγηριανών νοικοκυριών. Είναι βασισμένη στη συλλογή και τη μελέτη δείγματος από μια μικρή περιοχή, με κριτήριο ορισμένα στοιχεία που συγκροτούν μία σχετικά ομοιογενή ομάδα νοικοκυριών. Οι εκτιμήσεις των συντελεστών των προσδιοριστικών παραγόντων ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη, θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές και για την άσκηση πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου 2000. Τα στοιχεία που αφορούν στα νοικοκυριά προέρχονται συνολικά από 15 κοινότητες οι οποίες εκτείνονται σε μία περιοχή περίπου 1000 τ.χλμ. Η περιοχή Nsukka σε σχέση με άλλα μέρη της Νοτιοανατολικής Νιγηρίας είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση και η πλειοψηφία του πληθυσμού ασχολείται με τη γεωργία, τις τέχνες και άλλα συναφή επαγγέλματα. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, εκτιμήθηκαν υποδείγματα λογιστικής παλινδρόμησης (logit).

Στο υπόδειγμα συμπεριλαμβάνονται οι μεταβλητές όπως: τοποθεσία (μεταβλητή που περιγράφει αν το νοικοκυριό βρίσκεται εντός ημι-αστικής ή αγροτικής περιοχής), απόσταση (η απόσταση που χρειάζεται ο ασθενής να διανύσει προκειμένου να φθάσει στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης), ηλικία, σοβαρότητα ασθένειας (η μεταβλητή μετρά τη σοβαρότητα της ασθένειας και προκύπτει από τον αριθμό των ημερών που ο ασθενής ήταν ανίκανος να πραγματοποιήσει τις κανονικές δραστηριότητές του μέσα στο μήνα που προηγείται της έρευνας), κατά κεφαλήν δαπάνες της οικογένειας για τρόφιμα και βασικά είδη, συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού κ.ά.

Οι εκτιμώμενοι συντελεστές των μεταβλητών που περιλαμβάνονται στο υπόδειγμα είναι σύμφωνοι με την οικονομική θεωρία και τη θεωρία ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, τα νοικοκυριά με υψηλότερο εισόδημα είναι πιθανότερο να επιδιώξουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας εφόσον υπάρχει ανάγκη. Μεγάλα μεγέθη νοικοκυριών (πολλά μέλη) δημιουργούν εμπόδια στη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη. Νοικοκυριά με συνολικά καλύτερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανότερο να επιδιώξουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, όταν μέλη τους παρουσιάσουν κάποιο πρόβλημα. Στη συγκεκριμένη περιοχή, η απόσταση από το χώρο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σε πολλές περιπτώσεις ανασταλτικό παράγοντα χρήσης των υπηρεσιών. Η σοβαρότητα της ασθένειας επίσης, αποτελεί συγκριτικά με το εισόδημα σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της ζήτησης, και φαίνεται να ασκεί μεγάλη επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Η χρονιότητα και η σοβαρότητα της ασθένειας, καθώς και η γενικότερη επιδείνωση της κατάστασης υγείας των ατόμων έχουν ως συνέπεια την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Η μελέτη των Hotchkiss *et al.* (2005) χρησιμοποιεί τα διαστρωματικά δεδομένα της εθνικής έρευνας υγείας του 2002, μία έρευνα για 2.000 νοικοκυριά σε τρεις περιοχές της Αλβανίας. Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τις άμεσες (out-of-pocket) πληρωμές των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας. Εκτιμήθηκαν δύο υποδείγματα: ένα υπόδειγμα πολλαπλής παλινδρόμησης (*multiple regression*) με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων και ένα υπόδειγμα πολυωνυμικής παλινδρόμησης πιθανοτήτων.

Τα υποδείγματα της μελέτης περιλαμβάνουν μεταβλητές όπως: ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, φύλο, ηλικία, επίπεδο υγείας, φύλο ατόμου που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις (επικεφαλής) του νοικοκυριού, διαμονή σε αστική περιοχή, επίπεδο εκπαίδευσης (σε έτη), τιμή των υπηρεσιών και εισόδημα του νοικοκυριού.

Ένα από τα βασικά συμπεράσματα είναι ότι η ασφαλιστική κάλυψη μειώνει σημαντικά την πιθανότητα πραγματοποίησης άμεσων πληρωμών κυρίως για φάρμακα, όχι όμως και για ιατρικές επισκέψεις συμβουλευτικού κυρίως χαρακτήρα. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (μέσα από την καταβολή άμεσων πληρωμών) βρέθηκε ανελαστική ως προς την τιμή για τις χαμηλές και για τις υψηλές εισοδηματικές ομάδες. Οι άμεσες πληρωμές επηρεάζονται από το κρατικό σύστημα ασφάλισης της Αλβανίας, αρκετές φορές από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, από τις τιμές των ιατρικών υπηρεσιών, από το εισόδημα του νοικοκυριού και από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να βρίσκεται είτε πλησιέστερα σε ένα υγιές επίπεδο είτε να αντιμετωπίζει σοβαρά και χρόνια προβλήματα που απαιτούν λήψη φαρμάκων, χρόνια ιατρική παρακολούθηση ή περίθαλψη.

Οι Kim *et al.* (2005) στη Νότια Κορέα, επιχείρησαν να προσδιορίσουν την επίδραση που ασκούν κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας στις **άμεσες πληρωμές** για υπηρεσίες υγείας ατόμων ηλικίας άνω των 20 ετών. Χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία της *Εθνικής Έρευνας για την Υγεία και τη Διατροφή* της χώρας. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 26.154 άτομα. Υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης εκτιμήθηκαν για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, εκτιμήθηκαν δύο υποδείγματα, ένα για τα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών και ένα για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Η εξαρτημένη μεταβλητή των δαπανών μετασχηματίστηκε σε λογαριθμική μορφή.

Οι ερμηνευτικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης (σε έτη), είδος ασφάλισης (ιδιωτική, κοινωνική-κρατική), μέγεθος νοικοκυριού, περιοχή διαμονής, επίπεδο υγείας, ύπαρξη χρόνιας πάθησης, ύπαρξη σοβαρών ασθενειών (έξι περιπτώσεις), εισόδημα νοικοκυριού, κ.ά.

Οι εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης δείχνουν ότι το είδος της ασφάλισης, η περιοχή διαμονής, το επίπεδο υγείας (όπως το αξιολογούν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα), και άλλοι παράγοντες σχετικοί με την κατάσταση της υγείας των ατόμων και τις παθήσεις, ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή των δαπανών-άμεσων πληρωμών. Το φύλο και η ηλικία αποδείχθηκαν σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης μόνο για τους μη-ηλικιωμένους ερωτηθέντες της έρευνας (ηλικίες κάτω των 65 ετών).

Τέλος, οι Parker and Wong (1997) στο Μεξικό, επιχείρησαν να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ του εισοδήματος και οικονομικών παραγόντων και των δαπανών για υγεία. Τα δεδομένα της έρευνας είναι διαστρωματικά και αποτελούνται κυρίως από οικονομικά, κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Όσον αφορά την οικονομετρική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, εκτιμήθηκαν υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης λογαριθμικής μορφής, με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων σε δύο στάδια (two stage least squares -2SLS). Τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στο Μεξικό είναι σχετικά ευαίσθητες στις αλλαγές του εισοδήματος και των τιμών. Η ομάδα που ανταποκρίνεται περισσότερο στις αλλαγές, είναι αυτή που διαθέτει χαμηλά εισοδήματα, ιδίως στην περίπτωση που δεν υπάρχει και ασφαλιστική κάλυψη. Ειδικότερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα μειώνουν τις δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη περισσότερο από άλλα που διαθέτουν υψηλότερο εισόδημα και ασφάλιση. Αξίζει να αναφερθεί ότι η εισοδηματική ελαστικότητα ζήτησης για τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα αγγίζει τη μονάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

Οι δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν ένα ολοένα αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ των χωρών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), πολλές από τις οποίες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού τους, υπογραμμίζει η έκθεση για την υγεία (“Πανόραμα Υγείας - Health at a Glance”, 2007) του διεθνή οργανισμού.

Το 2005, οι δαπάνες στον τομέα υγείας των 30 χωρών-μελών του ΟΟΣΑ αντιπροσώπευαν, κατά μέσο όρο, το 9% του ΑΕΠ, έναντι 8,6% το 2003, και 7,8% με 8,5% του ΑΕΠ την πενταετία 1997-2002 (OECD, 2007).

Πλέον, οι δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο του 10% του ΑΕΠ σε οκτώ χώρες του οργανισμού, σε σχέση με τέσσερις χώρες το 2000 και τρεις χώρες το 1995. Στην κορυφή της κατάταξης βρίσκονται οι ΗΠΑ, με δαπάνες υγείας που αντιπροσωπεύουν το 15,3% του ΑΕΠ ενώ ακολουθεί η Ελβετία με 11,6%, η Γαλλία με 11,1%, η Γερμανία με 10,7% και το Βέλγιο με 10,3% (OECD, 2007).

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται διάφορα στοιχεία που αφορούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στις δαπάνες υγείας Ευρωπαϊκών χωρών.

Τα στοιχεία που βρίσκονται στην παρούσα ενότητα έχουν ληφθεί από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (*Eurostat*) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (*World Health Organization*) και οι χρονιές στις οποίες γίνεται αναφορά είναι οι πιο πρόσφατες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Όσον αφορά λοιπόν τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, προηγείται η Γερμανία με ποσοστό που πλησιάζει το 11% ενώ η Γαλλία, η Ελλάδα, η Ισλανδία, η Μάλτα και η Νορβηγία έχουν ποσοστά που ξεπερνούν το 9,5%. Τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ, έχουν η Εσθονία και η Λετονία. Η Κύπρος επίσης παρουσιάζεται με σχετικά χαμηλό ποσοστό (μόλις ξεπερνά το 6%) δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ (Πασιαρδής και συν., 2006).

Για τις περισσότερες χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ, αποτελείται από δημόσιες δαπάνες υγείας, αφού η χρηματοδότηση της ιατρικής περίθαλψης στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες στο μεγαλύτερο μέρος της γίνεται από το κράτος. Το υψηλότερο ποσοστό δημοσίων δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ έχει η Γερμανία και το χαμηλότερο η Κύπρος. Αναφορικά με το ποσοστό των **ιδιωτικών δαπανών** στο ΑΕΠ, το υψηλότερο έχει η **Ελλάδα** (4,5%) και ακολουθεί η Κύπρος (πάνω από 3%), ενώ το χαμηλότερο η Τσεχία (κάτω από 1%).

Αναφορικά με τους μέσους ρυθμούς μεταβολής των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ για την περίοδο 1999-2002, τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης έχει η Γαλλία (12,4%) και ακολουθούν: Γερμανία (10,7%), Αυστρία (8,4%) και η Κύπρος (7,2%). Οι υπόλοιπες χώρες σημειώνουν αρνητικούς ρυθμούς μεταβολής, με το μεγαλύτερο ρυθμό μείωσης να σημειώνεται από τη Δανία (-10,4%) και ακολουθούν το Λουξεμβούργο (-9,4%) και η Ελλάδα (-9,1%).

Η κατανομή των δαπανών υγείας μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα (για το 2002) είναι η εξής: Το μεγαλύτερο ποσοστό δημοσίων δαπανών έχει η Τσεχία (πέραν του 90%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας έχει η Κύπρος (πέραν του 55%). Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κατανομής των δαπανών μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα έχει το σύστημα υγείας της κάθε χώρας.

Με εξαίρεση την Κροατία όλες οι χώρες παρουσίασαν αύξηση στο επίπεδο των κατά κεφαλήν δημοσίων (κρατικών) δαπανών από το 2001 στο 2002. Τη μεγαλύτερη κατά κεφαλήν δαπάνη παρουσιάζει η Νορβηγία ενώ τη χαμηλότερη δαπάνη έχει η Βουλγαρία. Η Ελλάδα καταγράφει σχετικά χαμηλό επίπεδο κατά κεφαλήν κρατικών δαπανών υγείας και βρίσκεται στις τελευταίες δέκα θέσεις μίας σχετικής κατάταξης.

Επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των “15” παρουσιάζει διαχρονικά η Ελλάδα (IOBE, 2005).

Ωστόσο, το ποσοστό της φαρμακευτικής δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15) τα τελευταία πέντε έτη, γεγονός που καταδεικνύει ότι η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και δεν αποτελεί την κύρια αιτία αύξησης των δαπανών υγείας (IOBE, 2005).

Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD HEALTH DATA 2004), η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2002 ανήλθε στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), όταν ο αντίστοιχος (σταθμισμένος ως προς το ΑΕΠ) μέσος όρος των 15 χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανήλθε στο 9,1%.

Πίνακας 5.1
Συνολική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7
Βέλγιο	8,7	8,9	8,6	8,6	8,7	8,8	9	9,1
Δανία	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Φινλανδία	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7,0	7,3
Γαλλία	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Γερμανία	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Ελλάδα	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,7	9,9	9,5
Ιρλανδία	6,8	6,6	6,4	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3
Ιταλία	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5
Λουξεμβούργο	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	5,5	5,9	6,2
Ολλανδία	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,2	8,5	9,1
Πορτογαλία	8,2	8,4	8,5	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3
Ισπανία	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6
Σουηδία	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15	8,8	8,9	8,7	8,6	8,7	8,7	8,9	9,1

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

Στην Ελλάδα, το ποσοστό της δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ δε μεταβάλλεται σημαντικά στην υπό εξέταση περίοδο, ενώ το 2002 την κατατάσσει στην τρίτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από το σύνολο των δαπανών υγείας, η δημόσια δαπάνη στην Ελλάδα ανέρχεται στο 52,9%, ενώ ο σταθμισμένος μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. διαμορφώνεται σε πολύ υψηλότερα επίπεδα, καθώς είτε μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είτε μέσω ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας οι δαπάνες υγείας των πολιτών καλύπτονται από το κράτος κατά 77,2%.

Πίνακας 5.2

Δημόσια Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	70,9	69,7	70	69,7	69,6	69,6	68,5	69,9
Βέλγιο	69,5	71,1	69,8	70,2	70,6	70,5	71,4	71,2
Δανία	82,5	82,4	82,3	82	82,2	82,5	82,6	83,1
Φινλανδία	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,5	75,7
Γαλλία	76,3	76,1	76,2	76	76	75,8	75,9	76
Γερμανία	80,5	80,6	79,1	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5
Ελλάδα	52,0	53,0	52,8	52,1	53,4	53,9	55,5	52,9
Ιρλανδία	71,6	71,4	74,6	76,5	72,8	73,3	75,6	75,2
Ιταλία	72,2	71,8	72,2	71,8	72,3	73,7	76	75,6
Λουξεμβούργο	92,4	92,8	92,4	92,3	89,8	89,7	89,8	85,4
Πορτογαλία	62,6	65,3	65,7	67,1	67,6	69,5	70,6	70,5
Ισπανία	72,2	72,4	72,5	72,2	72	71,6	71,3	71,4
Σουηδία	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,3
Ηνωμένο Βασίλειο	83,9	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83	83,4
Σταθμισμένος μ.ό ΕΕ 15*	77,4	77,3	76,5	76,3	76,4	76,6	77,2	77,2

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

Κατ' αντιστοιχία, η ιδιωτική δαπάνη ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κινείται διαχρονικά σε επίπεδα υπερδιπλάσια του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15), κατατάσσοντάς την πρώτη μεταξύ των άλλων χωρών.

Πίνακας 5.3

Ιδιωτική Δαπάνη για Υγεία ως ποσοστό (%) της Συνολικής Δαπάνης για Υγεία

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Αυστρία	29,1	30,3	30	30,3	30,4	30,4	31,5	30,1
Βέλγιο	30,5	28,9	30,2	29,8	29,4	29,5	28,6	28,8
Δανία	17,5	17,6	17,7	18	17,8	17,5	17,4	16,9
Φινλανδία	24,4	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,5	24,3
Γαλλία	23,7	23,9	23,8	24	24	24,2	24,1	24
Γερμανία	19,5	19,4	20,9	21,4	21,4	21,2	21,4	21,5
Ελλάδα	48,0	47,1	47,2	47,9	46,6	46,1	44,6	47,1
Ιρλανδία	28,4	28,6	25,4	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8
Ιταλία	27,8	28,2	27,8	28,2	27,7	26,3	24	24,4
Λουξεμβούργο	7,6	7,2	7,6	7,7	10,2	10,3	10,2	14,6
Πορτογαλία	37,4	34,7	34,3	32,9	32,4	30,5	29,4	29,5
Ισπανία	27,8	27,6	27,5	27,8	28	28,4	28,7	28,6
Σουηδία	13,4	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,7
Ηνωμένο Βασίλειο	16,1	17,1	19,6	19,6	19,4	19,1	17	16,6
Σταθμισμένος μ.ό. ΕΕ 15*	22,6	22,7	23,5	23,7	23,6	23,4	22,8	22,8

Πηγή: OECD HEALTH DATA, 2004

Αξιοσημείωτο είναι, σύμφωνα με το IOBE, πως, παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα υπάρχει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα μερίδια της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης στο σύνολο των δαπανών υγείας πλησιάζουν τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως για παράδειγμα στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, στο οποίο η δαπάνη για υγεία κατανέμεται μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με ποσοστά 55,1% και 44,9% αντίστοιχα (2002).

Τέλος, όσον αφορά τη σύγκριση του μέσου ετήσιου ρυθμού μεταβολής των δαπανών στην Ελλάδα και τις χώρες της Ε.Ε. (15), από τα στοιχεία προκύπτει ότι στη χώρα μας η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με ρυθμούς χαμηλότερους του ρυθμού αύξησης τόσο της δαπάνης υγείας όσο και του ΑΕΠ της χώρας.

Συγκεκριμένα, το ΑΕΠ της Ελλάδας αυξάνεται με ρυθμό κατά μέσο όρο 3,6% ετησίως, η δαπάνη υγείας αυξάνεται με ρυθμό 3,4%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη με ρυθμό 3%. Επιπλέον, σε σταθερές τιμές, ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής της φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1. Κατανάλωση και Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Ιστορική Αναδρομή

Η υγεία στη χώρα μας, θεωρήθηκε παλαιότερα ότι δεν αποτελεί και δεν προσφέρεται για μοχλός οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Οι δαπάνες για την υγεία του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού τομέα διατηρήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα σε περιόδους όπου σημειώθηκε έντονη οικονομική ανάπτυξη.

Ωστόσο στη χώρα μας ο μετασχηματισμός της οικονομίας και η ανάπλαση της κοινωνίας την περίοδο μετά τον εμφύλιο, σε συνδυασμό με τη σταδιακή και μεγάλη οικονομική ανάπτυξη, επέφεραν σημαντικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές με αποτέλεσμα να έχουμε σοβαρές τροποποιήσεις στον τρόπο σκέψης και την καταναλωτική συμπεριφορά των Ελλήνων (Μόσιαλος, 1990).

Η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών δεν ήταν δυνατό να ικανοποιηθεί από το δημόσιο τομέα.

Παράλληλα, υπήρξαν και μεταβολές του χαρακτήρα και της σύνθεσης των υπηρεσιών υγείας. Η χαμηλή ανάπτυξη των δαπανών του δημοσίου τομέα, η ανεπαρκής σε αρκετές περιπτώσεις έκταση της προστασίας που προσέφερε η κοινωνική ασφάλιση, αλλά και η αναποτελεσματικότητα, τα οργανωτικά, λειτουργικά και διαρθρωτικά προβλήματα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, είχαν ως αποτέλεσμα τις μεγάλες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας είναι σταθερά από τις υψηλότερες στον κόσμο (Μόσιαλος, 1990).

Την περίοδο κατά την οποία ο ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν από τους μεγαλύτερους σχεδόν σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, παρουσιάζεται μικρή σχετικά αύξηση των δαπανών για την υγεία σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, για να αντιστραφεί η εικόνα την περίοδο από το 1975 έως σήμερα, όπου οι δαπάνες για την υγεία διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα. Το παράδοξο αυτό φαινόμενο, οφείλεται στους εξής παράγοντες:

1. Στις δημογραφικές αλλαγές που συνέβησαν στη χώρα μας με κύριο φαινόμενο τη σημαντική αύξηση των ηλικιωμένων.
2. Στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και των εφαρμογών της στην ιατρική επιστήμη με αποτέλεσμα την αύξηση των επενδύσεων.
3. Στη σημαντική αύξηση του ιατρικού δυναμικού, με αποτέλεσμα την αύξηση όλων των μορφών υπηρεσιών υγείας (φάρμακα, ακτινολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις, διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.).
4. Στη φιλοσοφία επέκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού.
5. Στη σημαντική επέκταση του δημοσίου τομέα στο χώρο της υγείας (Μπέσης, 1993).

Στην Ελλάδα οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) ξεκίνησαν να ακολουθούν ένα ραγδαίο ρυθμό ανάπτυξης τη δεκαετία του '80 και από 5,1% του ΑΕΠ το 1985 έφθασαν το 8,3% του ΑΕΠ το 1989. Ο ρυθμός ανόδου των δαπανών για την υγεία ήταν *υψηλότερος* από την αντίστοιχη αύξηση του ΑΕΠ.

Πίνακας 6.1

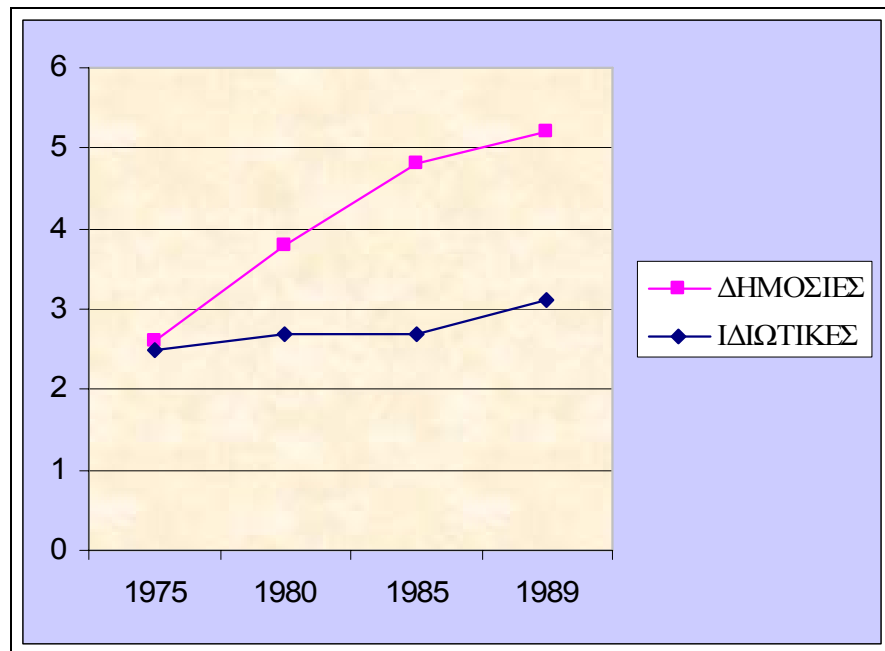
Δαπάνες υγείας την περίοδο 1975-1989 ως ποσοστό του Α.Ε.Π. (%)

Έτος	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Συνολικές
1975	2.6	2.5	5.1
1980	3.8	2.7	6.5
1985	4.8	2.7	7.5
1989	5.2	3.1	8.3

Πηγή: Κυριόπουλος και Νιάκας (1991)

Διάγραμμα 6.1

Εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του Α.Ε.Π. (%)



Πηγή: Κυριόπουλος και Νιάκας (1991)

6.2. Η κατάσταση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα

Ιδιαίτερα τα τελευταία έτη, η Ελλάδα καταλαμβάνει ορισμένες χαμηλές θέσεις στην κατάταξη που αφορά στο μέγεθος και τη σύνθεση (αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης) των δαπανών υγείας όπως δείχνουν σχετικές εκθέσεις του ΟΟΣΑ. Ειδικότερα σύμφωνα με την τελευταία έκθεση για την υγεία (“Πανόραμα Υγείας 2007”) του διεθνή οργανισμού, η Ελλάδα κατέλαβε την πρώτη θέση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας με 57,2% επί των συνολικών δαπανών υγείας, ξεπερνώντας ακόμη και αυτές των ΗΠΑ, που -μαζί με το Μεξικό-, κατέχουν τη δεύτερη θέση με 55%. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη (συμπεριλαμβανομένης και αυτής των ασφαλιστικών ταμείων), περιορίζεται σε 884 ευρώ, ποσό που κατατάσσει την Ελλάδα στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ με 42,8% των δημοσίων, επί των συνολικών δαπανών υγείας.

Η Ελλάδα υποσκελίζει ακόμα και τη σύνθεση των δαπανών για υγεία των ΗΠΑ, με το σχεδόν απόλυτα ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας. Οι ΗΠΑ καταλαμβάνουν την προτελευταία θέση, με 45% των δημοσίων, επί των συνολικών δαπανών υγείας (OECD, 2007).

Συνολικές δαπάνες υγείας

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, είναι 10,1% ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 9%. Την πρώτη θέση κατέχουν οι ΗΠΑ με 15,3% επί του ΑΕΠ και ακολουθούν η Ελβετία με 11,6%, η Γαλλία με 11,1% και η Γερμανία με 10,7%. Τελευταίες είναι η Κορέα με 6%, η Πολωνία με 6,2% και το Μεξικό με 6,4%.

Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας

Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, εμφανίζεται υψηλότερη κατά 151 ευρώ από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, που είναι 2.759 δολάρια, δηλαδή 1.877 ευρώ. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ο μέσος όρος της (συνολικής) κατά κεφαλήν δαπάνης του ΟΟΣΑ, επιμερίζεται σε 1.361 ευρώ ως δημόσια δαπάνη και 516 ως ιδιωτική δαπάνη. Συνεπώς, στην Ελλάδα κάθε οικογένεια πληρώνει, για υπηρεσίες υγείας κάθε μέλους της, το υπερδιπλάσιο ποσό (1.144 ευρώ) από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Κρατική χρηματοδότηση, αναλογίες ιατρών και νοσηλευτών

Όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα, σχετικά με την κρατική χρηματοδότηση στις συνολικές δαπάνες υγείας, το 2005 η Ελλάδα βρέθηκε στη χαμηλότερη θέση της σχετικής κατάταξης (ποσοστό 42,8%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ σχετικά με την αναλογία των νοσηλευτών, η Ελλάδα βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις με 3,8 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8,9. Αντίθετα, διαθέτει τη μεγαλύτερη αναλογία στους ιατρούς, με 4,9 ανά 1.000 κατοίκους, ενώ μόνο 0,3 ανά 1.000 κατοίκους είναι γενικοί ιατροί.

6.3. Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Η “προσφορά υπηρεσιών υγείας” εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.λπ.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: (α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, (β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, (γ) η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη (Κυριόπουλος, 1999).

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε ιδρυματικές (νοσοκομειακές), υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και σε υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης (Τριχόπουλος, 1982). Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης αποτελούν την “ανοικτή περίθαλψη” (εξωνοσοκομειακή) που έχει ως σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στα πλαίσια μίας κοινότητας ώστε να περιορίζεται η καταφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη (WHO, 1978).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους, γι’ αυτό και θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Simons and Bonnett-Jones, 1989).

Στην Ελλάδα ο αριθμός των ιατρών ήταν κατά το έτος 2000, 53.287, των οδοντιάτρων 12.858 και των φαρμακοποιών 11.639. Η αναλογία ιατρών στον πληθυσμό κυμαινόταν σε αρκετά υψηλά επίπεδα αφού αντιστοιχούσε 1 γιατρός σε 190 κατοίκους, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό η αναλογία αυτή ήταν 1 προς 950 (Μαρούδιας, 2001).

Σύμφωνα με τον Phelps (1986), το ερώτημα που προκύπτει αναφορικά με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, είναι κατά πόσο νομιμοποιείται κοινωνικά η συμπεριφορά του παραγωγού (ιατρού) να αποφασίζει όπως εκείνος πιστεύει για τη χρησιμοποίηση περιορισμένων ατομικών ή κοινωνικών πόρων. Η φιλοσοφία λοιπόν ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας αντικατοπτρίζει την πρόθεση της πολιτείας να παράγει και να χρηματοδοτεί αγαθά που εν συνεχεία διαθέτει ελεύθερα στον πολίτη χωρίς ή με μικρή συμμετοχή στο κόστος (Ζάβρας, 2003). Με αυτό το σκεπτικό αιτιολογείται ο παρεμβατικός ρόλος του κράτους και των ταμείων, που αφενός στοχεύουν στην άρση της αβεβαιότητας που δημιουργεί ο μελλοντικός κίνδυνος της ασθένειας και αφετέρου στην διαμόρφωση προτεραιοτήτων (Williams, 1988).

Βάσει του 1^{ου} άρθρου του νόμου 1397/83: “το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση”, με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη), παροχές σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό τους (Ζάβρας, 2003).

Όσον αφορά τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, αυτές βρίσκονται τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο των επιστημονικών συζητήσεων γύρω από τον υγειονομικό τομέα. Αυτό, κύρια διότι ανακύπτει ένα μείζον ζήτημα που σχετίζεται με τον προσδιορισμό του πραγματικού ποσού που ξοδεύεται στη χώρα μας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (κοινωνική ασφάλιση) και τους ιδιώτες για τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2002).

Τα ποσά που διατέθηκαν το 2002 για την υγεία, από τους προϋπολογισμούς του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αλλά και των Περιφερειακών Διοικήσεων, ως επιχορήγηση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ή ως γενικές δαπάνες του Υπουργείου άγγιξαν τα 2.344.658 χιλιάδες ευρώ. Η δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη των δημοσίων υπαλλήλων, συνταξιούχων, πολιτικών και στρατιωτικών άγγιξε τα 633.144 χιλιάδες ευρώ.

Το ποσό που διατέθηκε το έτος 2002 για παροχές ασθένειας από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης που υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έφτασε τα 4.008.709.491 ευρώ.

Από αυτό το ποσό, τα 3.637.712.693 ευρώ αφορούσαν τις παρακάτω παροχές ασθένειας σε είδος: Ιατρική Περίθαλψη: 609.401.717 ευρώ, Φαρμακευτική Περίθαλψη: 1.331.084.286 ευρώ, Νοσοκομειακή Περίθαλψη: 1.291.188.852 ευρώ, Οδοντιατρική Περίθαλψη: 35.459.505 ευρώ, Πρόσθετη Περίθαλψη: 282.834.311 ευρώ και Λοιπές Παροχές: 87.744.022 ευρώ.

Ωστόσο, η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης και η μερική αδυναμία του δημόσιου τομέα να καλύψει τις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, έχει οδηγήσει σε έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα κυρίως με κέντρα διαγνωστικής ιατρικής και μαιευτήρια.

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνονται οι Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του Συνόλου των Δαπανών Υγείας την περίοδο 1990-2000.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας για το έτος 2000 άγγιξαν τα 4.669,76 εκατ. ευρώ, τη στιγμή που οι Δημόσιες Δαπάνες Υγείας έφτασαν τα 6.276,13 εκατ. ευρώ (Σουλιώτης, 2000).

Πίνακας 6.2

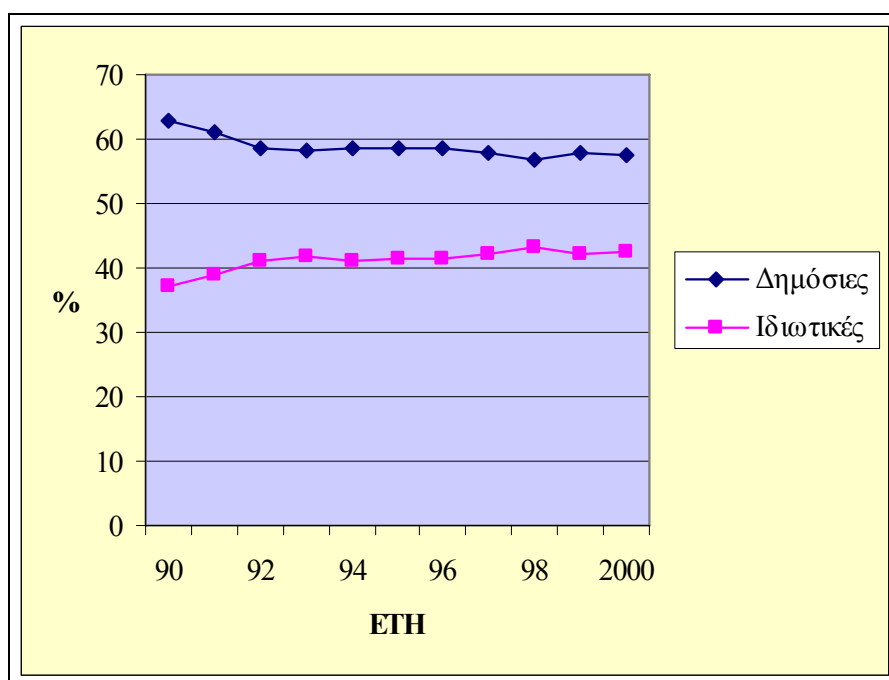
Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του Συνόλου των Δαπανών Υγείας την περίοδο 1990-2000

Δαπάνες	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες	62,70	61,07	58,75	58,19	58,75	58,73	58,69	57,68	56,82	57,82	57,34
Ιδιωτικές	37,30	38,93	41,25	41,81	41,25	41,27	41,31	42,32	43,18	42,18	42,66

Πηγή: Σουλιώτης (2000)

Διάγραμμα 6.2

**Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του Συνόλου των
Δαπανών Υγείας την περίοδο 1990-2000**



Πηγή: ΕΣΥΕ, 2000

Στον επόμενο πίνακα αποτυπώνονται οι Δημόσιες και οι Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ.

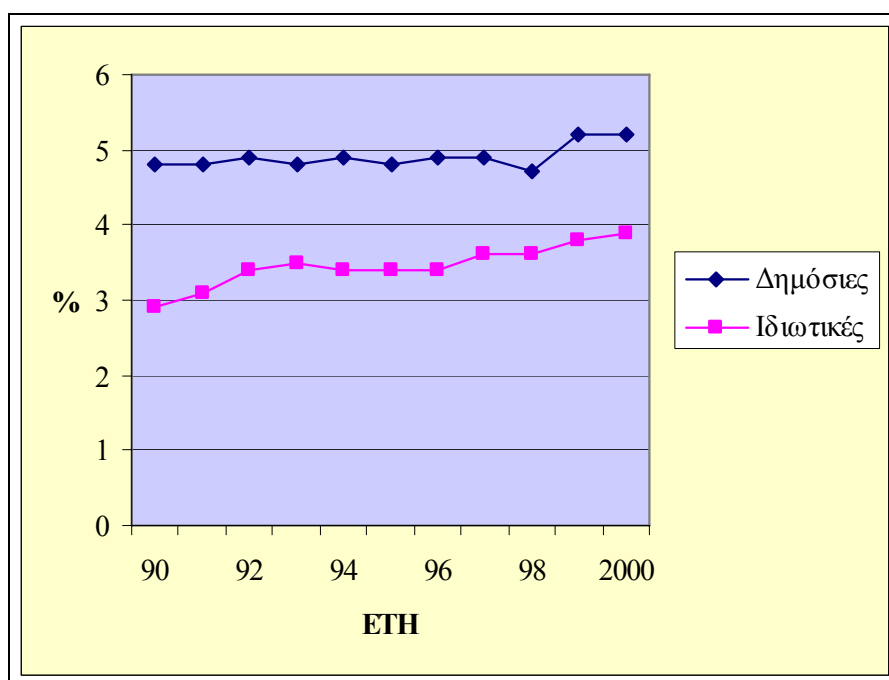
Πίνακας 6.3

**Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ
την περίοδο 1990-2000**

Δαπάνες	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες	4,8	4,8	4,9	4,8	4,9	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Ιδιωτικές	2,9	3,1	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9
Συνολικές	7,7	7,9	8,3	8,3	8,3	8,2	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1

Πηγή: Σουλιώτης (2000)

Διάγραμμα 6.3
Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ
την περίοδο 1990-2000



Πηγή: ΕΣΥΕ, 2000

Εξετάζοντας κανείς τις δαπάνες υγείας κατά το διάστημα ολόκληρης της προηγούμενης δεκαετίας, διαπιστώνει μία σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών για την υγεία στη χώρα μας η οποία έφτασε το 2000 σε ποσοστό 9,1% επί του ΑΕΠ. Το ποσοστό αυτό, ξεπερνά τον αντίστοιχο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Σουλιώτης, 2000).

Αναφορικά με τη σύνθεση των δαπανών υγείας (Πίνακας 7.1), είναι εμφανές ότι αποτυπώνει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο δόμησης του συστήματος υγείας, καθώς και τις χωρίς συνέχεια και μακρόπνοο σχεδιασμό παρεμβάσεις της πολιτικής υγείας. Συγκεκριμένα, κατά τη δεκαετία του '80 οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξάνονται σημαντικά, παράλληλα με την αύξηση της δημόσιας (και κυρίως της νοσοκομειακής) υποδομής σε πόρους υγείας. Την ίδια στιγμή, ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει κάμψη, για να επανέλθει από τα μέσα της ίδιας δεκαετίας και πιο έντονα από τις αρχές της δεκαετίας του '90, αρχικά με την ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων και έπειτα με τη δημιουργία μεγάλων επιχειρηματικών σχημάτων (Σουλιώτης, 2000).

Παράλληλα, μια σειρά από παράγοντες όπως η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η αύξηση των υγειονομικών πόρων, οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης και στην ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας. Με αυτά τα δεδομένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έφθασαν σε πολύ υψηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες χώρες που υιοθέτησαν εθνικά συστήματα υγείας (Σουλιώτης, 2000).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 2005 οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ανήλθαν σε 57,2% των συνολικών δαπανών υγείας. Επίσης καταγράφηκε μία τάση των πολιτών να προτιμούν να νοσηλευθούν σε κάποια ιδιωτική κλινική, ακόμη κι αν πρόκειται να καλύψουν όλα τα έξοδα μόνοι τους.

Στην Ελλάδα ο δημόσιος τομέας υγείας καλύπτει πλέον πολύ κάτω από το 50% του συνόλου των δαπανών υγείας, καθώς η δημόσια κατανάλωση από 46,4% το 2003 μειώθηκε σε 42,8% το 2005 (Λιαρόπουλος, 2007). Αν μάλιστα συγκρίνουμε το ποσοστό αυτό με το αντίστοιχο για το έτος 2000 (Πίνακας 6.2) παρατηρούμε μία αισθητή μείωση του δημόσιου τομέα και γενικότερα μία μεταβολή της κατάστασης στον τομέα της υγείας.

Σε πραγματικά ποσά, η δημόσια κατανάλωση αυξήθηκε από 4,6 δισ. ευρώ (2003) σε 4,9 δισ. ευρώ (2005), ενώ η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε από 7,7 δισ. ευρώ σε 10,1 δισ. ευρώ. Τα νοικοκυριά δηλαδή “επιβαρύνθηκαν” το 2005 με 2,4 δισ. ευρώ σε σχέση με το 2003. Από το 2004 επίσης ως το 2005 η ιδιωτική κατανάλωση για υπηρεσίες υγείας αυξήθηκε από 8,5 δισ. ευρώ στα 10,1 δισ. ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία οφείλεται στην απόδοση “άτυπων πρόσθετων πληρωμών” των ασθενών στους επαγγελματίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Στα κεφάλαια που προηγήθηκαν παρουσιάστηκαν τα βασικά συμπεράσματα εμπειρικών μελετών που εξετάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, κύρια σε χώρες της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών, αλλά και σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Οι προηγούμενες ενότητες συνεπώς αποτελούν μία σύνοψη του γενικού πλαισίου μέσα στο οποίο κινείται η ανάλυση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα η ανάλυση σε επίπεδο καταναλωτή και νοικοκυριού. Στο παρόν κεφάλαιο, γίνεται η περιγραφή της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα, ώστε να καταγραφεί η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας και να προσδιορισθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Γίνεται επίσης περιγραφή του ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε τυχαίο (στρωματοποιημένο) δείγμα 363 ατόμων ηλικίας άνω των 18 ετών στην ευρύτερη περιοχή του νομού Αττικής.

7.1. Στόχοι της Έρευνας

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο που αναπτύχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, γίνεται στην παρούσα μελέτη μία προσπάθεια προσέγγισης της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση γίνεται σε μικροοικονομικό επίπεδο, συνεπώς δεν υπεισέρχονται στην ανάλυση ειδικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο ελληνικό σύστημα και τις πολιτικές υγείας.

Η έρευνα στηρίζεται σε διαστρωματικά δεδομένα και σκοπός της είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση. Για το σκοπό αυτό έγινε εκτίμηση οικονομετρικών υποδειγμάτων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Στο πλαίσιο της ανάλυσης των παραγόντων που επηρεάζουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, αρχικά γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των ατόμων που αποτελούν το δείγμα (οικονομικά, κοινωνικά, χαρακτηριστικά υγείας κ.λπ.) και έπειτα εξετάζονται οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Εξαρτημένες μεταβλητές στα υποδείγματα εκτίμησης της ζήτησης είναι: (α) ο αριθμός των επισκέψεων σε χώρους υγείας και (β) οι δαπάνες υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο ποσό της δαπάνης υγείας σημειώνεται η συνολική αξία που

κατέβαλε ο καταναλωτής για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από έναν ασφαλιστικό οργανισμό, από το κράτος κ.λπ.

Συνεπώς ακολουθούνται δύο βασικά στάδια: (α) παρουσίαση των στοιχείων που προέκυψαν άμεσα από την έρευνα (περιγραφικά μέτρα, πίνακες διπλής εισόδου και πίνακες συχνοτήτων) τα οποία περιγράφουν τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων-του δείγματος, και (β) εκτίμηση των οικονομετρικών υποδειγμάτων με σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ένταση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας.

7.2. Περιγραφή της Μεθόδου Δειγματοληψίας και του Δείγματος

Για τη διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενή στοιχεία με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: Πραγματοποιήθηκε συλλογή στοιχείων (από την απογραφή πληθυσμού του 2001) της ΕΣΥΕ για το μόνιμο πληθυσμό της Ελλάδος. Έγινε μία επιλογή πέντε δήμων του Νομού Αττικής που ανήκουν σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές-κατευθύνσεις (ευρύτερη περιοχή Δήμου Αθηναίων, Νότια Προάστια, Βόρεια Προάστια, Δυτικά Προάστια, Ανατολική Αττική). Έπειτα τέθηκαν περιορισμοί όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και την πυκνότητα του πληθυσμού. Το δείγμα συνεπώς είναι στρωματοποιημένο ως προς τα τρία αυτά βασικά χαρακτηριστικά. Το δείγμα περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών που διαμένουν και εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Διακίνηση ερωτηματολογίων και λήψη απαντήσεων

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους τόπους εργασίας και στις οικίες διαμονής των ερωτώμενων. Στον πίνακα που βρίσκεται στο Παράρτημα 2, παρουσιάζονται οι αναλογίες των χαρακτηριστικών του πληθυσμού στο δείγμα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο 2007 έως και το Οκτώβριο του ίδιου έτους. Παρουσιάστηκε ικανοποιητικός βαθμός απόρριψης της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (12,53%). Η άρνηση των ατόμων να ανταποκριθούν στην έρευνα, στηριζόταν άλλοτε στο φόρτο εργασίας ή την καχυποψία λόγω έλλειψης εμπειριών συμμετοχής σε αντίστοιχες έρευνες, και άλλοτε στην απροθυμία να δώσουν πληροφορίες που σχετίζονται με την οικονομική τους κατάσταση και το επίπεδο της υγείας τους.

7.3. Κατάρτιση Ερωτηματολογίου Υγείας

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει σαράντα επτά (47) ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα 6), οι οποίες επιλέχθηκαν βάσει του θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου στο οποίο κινείται η ανάλυση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας στη διεθνή βιβλιογραφία. Σχεδόν όλες οι ερωτήσεις είναι “κλειστού τύπου”, από τις οποίες ο ερωτώμενος είναι υποχρεωμένος να επιλέξει μόνο μία απάντηση. Η τοποθέτηση των ερωτήσεων, κατά τη δημιουργία του ερωτηματολογίου, έγινε με βάση την κατηγοριοποίηση τους σε τρεις ενότητες, κάθε μία από τις οποίες εξετάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (α) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.λπ.), (β) τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά και (γ) τα χαρακτηριστικά υγείας, χαρακτηριστικά δηλαδή που αφορούν κύρια στο επίπεδο υγείας, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για το σχεδιασμό της τρίτης ενότητας του ερωτηματολογίου (Χαρακτηριστικά της Υγείας), χρησιμοποιήθηκε μεταξύ άλλων ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το οποίο φέρει τον τίτλο «Ερωτηματολόγιο για την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού», η αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα του οποίου έχει ελεγχθεί μέσα από πολλές έρευνες (Sadana *et al.*, 2000, Ustun *et al.*, 2001, κ.ά.).

Όσον αφορά την πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου (δημογραφικά χαρακτηριστικά), οι μεταβλητές που αφορούν στο φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, είναι χρήσιμες για να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο εμφανίζονται διαφορές στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας λόγω διαφορετικού φύλου, διαφορετικής ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης (Wedig, 1988, Miners, 1988, Acs and Sabelhaus, 1995).

Ως προς τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά (μορφωτικό επίπεδο, απασχόληση, εισόδημα, ασφάλιση, κατοικία-ανέσεις κ.λπ.), χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που βρίσκονται σε πολλές αντίστοιχες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία (Luft *et al.*, 1978, Miners, 1988, Akin *et al.*, 1995, Ii and Ohkusa, 2002, Ichoku and Leibbrandt, 2003, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005, Kim *et al.*, 2005, Su *et al.*, 2006, Pappa and Niakas, 2006).

Για την τρίτη και τελευταία ενότητα του Ερωτηματολογίου Υγείας που σχεδιάστηκε για την παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές από έρευνες της σχετικής εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας (Luft *et al.*, 1978, Miners, 1988, Mapelli, 1993, Akin *et al.*, 1995, Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000, Ii and Ohkusa, 2002, Ichoku and Leibbrandt, 2003, Fabbri and Monfardini, 2004, Mocan *et al.*, 2004, Kim *et al.*, 2005, Su *et al.*, 2006).

7.4. Μεθοδολογία Εμπειρικής Μελέτης

Με την ολοκλήρωση της τρίτης ενότητας του ερωτηματολογίου υγείας, σκοπός είναι να καταγραφεί όσο το δυνατόν πληρέστερα η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο υγείας των ερωτώμενων καθώς και άλλα χαρακτηριστικά υγείας που σχετίζονται με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ατόμων. Βασικός στόχος είναι να διερευνηθεί το ενδεχόμενο παράγοντες ή συνδυασμοί παραγόντων που εμφανίζονται στις προηγούμενες ενότητες (δημογραφικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί κ.λπ.) να επηρεάζουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας όπως αυτή αποτυπώνεται στις εκτιμήσεις των ερωτώμενων για τις δαπάνες υγείας και τις επισκέψεις σε χώρους υγείας.

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης εξετάζονται μέσω της εκτίμησης υποδειγμάτων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS), μίας οικονομετρικής τεχνικής όπου εφαρμόζεται, με ορισμένες διαφοροποιήσεις, σε ένα μεγάλο ποσοστό των εμπειρικών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας (Luft *et al.*, 1978, Miners *et al.*, 1978, Frost and Francis, 1979, Cullis *et al.*,

1980, Puffer, 1986, Wagstaff, 1986, Wedig, 1988, Miners, 1988, Parker and Wong, 1997, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005, Kim *et al.*, 2005, κ.ά.).

Εξειδίκευση των υποδειγμάτων

Ακολουθώντας τη βιβλιογραφική επισκόπηση που πραγματοποιήθηκε στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, μπορούν να διατυπωθούν τα αρχικά υποδείγματα εκτίμησης της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας σε μια γενική μορφή (πρώτη εξειδίκευση). Τα υποδείγματα είναι τα εξής:

TOTAL_i = α_1 Sex + α_2 Age + α_3 Ethnic + α_4 PlaceLiv + α_5 Family + α_6 Members + α_7 HaveKids + α_8 NumKids + α_9 AgeKids + α_{10} KidsLiv + α_{11} Educat + α_{12} Job + α_{13} IncMonth + α_{14} IncOther + α_{15} IncOEur + α_{16} MembersWork + α_{17} IncHouse + α_{18} IncEnough + α_{19} Insrn + α_{20} PublInsrn + α_{21} PrivInsrn + α_{22} PrHealIns + α_{23} PrHealCost + α_{24} ExpFoodetc + α_{25} ExpEducat + α_{26} CarOrMotor + α_{27} HomeOwn + α_{28} HomeRent + α_{29} HomeFrRel + α_{30} RentPaym + α_{31} m2 + α_{32} NumRooms + α_{33} DIFIC + α_{34} Concern + α_{35} MedUse + α_{36} MedSelf + α_{37} Hepisode + α_{38} Chronic + α_{39} Smok + α_{40} Alcoh + α_{41} FastFood + α_{42} HlikSmoke + α_{43} HlikDrink + α_{44} Training + α_{45} SysUse + α_{46} PerUse + α_{47} Access + α_{48} QualServ + α_{49} QualPlace + α_{50} Clean + α_{51} LastUse + e_i , το υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που αφορά στον αριθμό των επισκέψεων σε χώρους υγείας.

lnExpHealth_i = α_1 Sex + α_2 Age + α_3 Ethnic + α_4 PlaceLiv + α_5 Family + α_6 Members + α_7 HaveKids + α_8 NumKids + α_9 AgeKids + α_{10} KidsLiv + α_{11} Educat + α_{12} Job + α_{13} lnIncMonth + α_{14} IncOther + α_{15} lnIncOEur + α_{16} MembersWork + α_{17} lnIncHouse + α_{18} IncEnough + α_{19} Insrn + α_{20} PublInsrn + α_{21} PrivInsrn + α_{22} PrHealIns + α_{23} PrHealCost + α_{24} ExpFoodetc + α_{25} ExpEducat + α_{26} CarOrMotor + α_{27} HomeOwn + α_{28} HomeRent + α_{29} HomeFrRel + α_{30} RentPaym + α_{31} m2 + α_{32} NumRooms + α_{33} DIFIC + α_{34} Concern + α_{35} MedUse + α_{36} MedSelf + α_{37} Hepisode + α_{38} Chronic + α_{39} Smok + α_{40} Alcoh + α_{41} FastFood + α_{42} HlikSmoke + α_{43} HlikDrink + α_{44} Training + α_{45} SysUse + α_{46} PerUse + α_{47} Access + α_{48} QualServ + α_{49} QualPlace + α_{50} Clean + α_{51} LastUse + e_i , το υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (λογαριθμικής μορφής) που αφορά στις δαπάνες υγείας.

Τα ονόματα των μεταβλητών που ακολουθούν, εκφράζουν:

1. Sex	Φύλο ερωτώμενου
2. Age	Ηλικία ερωτώμενου
3. Ethnic	Εθνικότητα του ερωτώμενου
4. PlaceLiv	Περιοχή στην οποία διαμένει ο ερωτώμενος
5. Family	Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενου
6. Members	Αριθμός μελών του νοικοκυριού του ερωτώμενου
7. Havekids	Ο Ερωτώμενος έχει παιδιά
8. Numkids	Αριθμός των παιδιών του ερωτώμενου
9. AgeKids	Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών του ερωτώμενου
10. KidsLiv	Τα παιδιά μένουν στην ίδια οικία με τους γονείς τους
11. Educat	Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου
12. Job	Το είδος της απασχόλησης του ερωτώμενου
13. IncMonth	Μηνιαίο ατομικό εισόδημα του ερωτώμενου (κύρια απασχόληση)
14. IncOther	Ύπαρξη εισοδήματος σε μηνιαία βάση από άλλες πηγές
15. IncOEur	Εισόδημα σε μηνιαία βάση από άλλες πηγές
16. MembersWork	Συνολικά τα μέλη του νοικοκυριού που εργάζονται
17. IncHouse	Μηνιαίο εισόδημα (από όλες τις πηγές) του νοικοκυριού του ερωτώμενου
18. IncEnough	Το εισόδημα του οικονομικά “επικεφαλής” καλύπτει τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού
19. Insrn	Ο ερωτώμενος έχει κάποια ασφαλιστική κάλυψη
20. PublInsrn	Ο ερωτώμενος έχει δημόσια ασφάλιση
21. PrivInsrn	Ο ερωτώμενος έχει ιδιωτική ασφάλιση
22. PrHealIns	Ο ερωτώμενος έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας
23. PrHealCost	Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ετησίως)
24. ExpFoodetc	Ποσό δαπάνης του νοικοκυριού μηνιαίως (σε Ευρώ) για τρόφιμα και βασικά είδη
25. ExpEducat	Ποσό δαπάνης του νοικοκυριού μηνιαίως (σε Ευρώ) για εκπαίδευση
26. CarOrMotor	Ο ερωτώμενος διαθέτει μεταφορικό μέσο

27. HomeOwn	Ο ερωτώμενος έχει δική του κατοικία
28. HomeRent	Ο ερωτώμενος ενοικιάζει κατοικία
29. HomeFrRel	Ο ερωτώμενος διαμένει μόνιμα σε φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα
30. RentPaym	Ποσό ενοικίου μηνιαίως
31. m2	Τα m ² του σπιτιού που διαμένει ο ερωτώμενος
32. NumRooms 33. DIFIC	Αριθμός δωματίων του σπιτιού που διαμένει ο ερωτώμενος Συνολικά το επίπεδο υγείας του ερωτώμενου όπως προκύπτει από αυτοαξιολόγηση
34. Concern	Το μέγεθος της ανησυχίας του ερωτώμενου (5βάθμια κλίμακα) για την μελλοντική κατάσταση της υγείας του
35. MedUse	Ο ερωτώμενος κάνει χρήση φαρμάκων αυτή την περίοδο
36. MedSelf	Ο ερωτώμενος συνηθίζει να παίρνει φάρμακα ή να ακολουθεί θεραπείες μόνος του, χωρίς να έχει συμβουλευτεί γιατρό
37. Hepisode	Τους τελευταίους 12 μήνες ο ερωτώμενος είχε κάποιο επεισόδιο με την υγεία του
38. Chronic	Ο ερωτώμενος έχει μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις
39. Smok	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού καπνίσματος
40. Alcoh	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών
41. FastFood	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού κατανάλωσης φαγητού εκτός σπιτιού
42. HlikSmoke	Ηλικία έναρξης του καπνίσματος
43. HlikDrink	Ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών
44. Training	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού άθλησης του ερωτώμενου
45. SysUse	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ο ερωτώμενος έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα
46. PerUse	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ο ερωτώμενος έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα
47. Access	Αυτοαξιολόγηση της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

48. QualServ	Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της εξυπηρέτησης που δέχθηκε ο ερωτώμενος
49. QualPlace	Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας του γενικότερου περιβάλλοντος των χώρων υγείας συνολικά
50. Clean	Αυτοαξιολόγηση της καθαριότητας των χώρων υγείας συνολικά
51. LastUse	Η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψη του ερωτώμενου (για φροντίδα υγείας) σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε έναν υγειονομικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

8.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Φύλο και ηλικία

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών που διαμένουν-εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής και συγκεκριμένα σε πέντε διαφορετικούς δήμους. Το ποσοστό των ανδρών επί του συνολικού δείγματος είναι 47,11% και των γυναικών 52,89% (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.3).

Τα ποσοστά αυτά επιμερίζονται ως εξής: 32,78% (Δήμος Αθηναίων), 3,31% (Δήμος Γλυφάδας), 3,03% (Δήμος Αμαρουσίου), 6,34% (Δήμος Περιστερίου) και 1,65% (Δήμος Καλυβίων) για τους άνδρες και 37,19% (Δήμος Αθηναίων), 4,13% (Δήμος Γλυφάδας), 3,58% (Δήμος Αμαρουσίου), 6,34% (Δήμος Περιστερίου) και 1,65% (Δήμος Καλυβίων) για τις γυναίκες (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.4).

Αναφορικά με την ηλικία, μπορούμε να δούμε ότι κυμαίνεται μεταξύ 19 και 80 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων είναι 39,33 έτη. Η πρώτη κατηγορία ηλικιών (15-24 έτη) συγκεντρώνει το 16,49% όλου του δείγματος, η κατηγορία ηλικιών μεταξύ 25 και 39 ετών συγκεντρώνει το 29,07% του δείγματος. Η τρίτη κατά σειρά κατηγορία ηλικιών (40-54 έτη) συγκεντρώνει το 24,20% του δείγματος, η κατηγορία ηλικιών μεταξύ 55 και 64 ετών συγκεντρώνει το 11,98% του δείγματος. Η πέμπτη κατηγορία ηλικιών (65-79 ετών) συγκεντρώνει το 14,52% του δείγματος ενώ η τελευταία κατηγορία που αφορά άνδρες και γυναίκες ηλικίας 80 ετών και άνω, συγκεντρώνει το 3,75% του δείγματος (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.5).

Εθνικότητα

Αναφορικά με την εθνικότητα, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από άτομα ελληνικής καταγωγής (360 άτομα), το οποίο μεταφράζεται σε ποσοστό 99,20% του συνόλου. Μόνο τρεις ερωτηθέντες ήταν αλλοδαπής εθνικότητας (αλβανική και πολωνική) οι οποίοι αντιστοιχούν στο 0,80% του δείγματος (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.6).

Οικογενειακή κατάσταση

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, 133 άτομα δήλωσαν άγαμοι (ποσοστό 36,60%), 211 άτομα δήλωσαν παντρεμένοι (ποσοστό 58,10%) και αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος. Το 1,10% (4 άτομα) των ερωτώμενων δήλωσε συμβίωση, το 1,90% (7 άτομα) ανέφερε την περίπτωση του διαζυγίου ενώ το 2,20% του δείγματος (8 άτομα) ανέφερε την περίπτωση της χηρείας. Στην πρώτη κατηγορία (άγαμοι) εντοπίζουμε 67 γυναίκες και 66 άνδρες, στη δεύτερη κατηγορία (παντρεμένοι) 114 γυναίκες και 97 άνδρες, στην κατηγορία της συμβίωσης 1 γυναίκα και 4 άνδρες, στην τέταρτη κατηγορία (διαζευγμένοι) εντοπίζουμε 5 γυναίκες και 2 άνδρες ενώ στην τελευταία κατηγορία (περιπτώσεις χηρείας) 5 γυναίκες και 3 άνδρες. Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι παντρεμένοι ενώ αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό των άγαμων ατόμων. Συνολικά, ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος της τάξης του 5,20% είναι διαζευγμένοι/ες, χήροι/ες ή άτομα που συμβιώνουν με το σύντροφο τους.

Μέγεθος νοικοκυριών

Σχετικά με το μέγεθος των νοικοκυριών των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, παρατηρούμε ότι ποσοστό 8,30% αντιστοιχεί σε νοικοκυριά ενός ατόμου, το 20,90% του δείγματος αντιστοιχεί σε νοικοκυριά δύο ατόμων, το 30% αντιστοιχεί σε τριμελή νοικοκυριά, το 33,10% αντιστοιχεί σε τετραμελή νοικοκυριά, το 5,80% αντιστοιχεί σε πενταμελή νοικοκυριά ενώ το 1,70% του δείγματος αντιστοιχεί σε νοικοκυριά έξι ατόμων και το 0,30% αντιστοιχεί σε ένα νοικοκυριό το οποίο αποτελείται από επτά άτομα (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.8).

Γονείς

Αναφορικά με την ύπαρξη τέκνων, 190 άτομα (52,30% του συνόλου του δείγματος) δηλώνουν ότι έχουν ένα ή περισσότερα παιδιά ενώ 173 άτομα (47,70% των ερωτώμενων) δεν έχουν παιδιά. Στην κατηγορία των γονέων περιλαμβάνονται 102 γυναίκες και 88 άνδρες και στην κατηγορία των άτεκνων περιλαμβάνονται 90 γυναίκες και 83 άνδρες.

Αριθμός των παιδιών στο νοικοκυριό

Από τα 190 άτομα που δήλωσαν ότι έχουν παιδιά (γονείς του δείγματος), 77 άτομα (40,50%) έχουν ένα παιδί, 102 άτομα (53,70%) δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά, 10 άτομα

(ποσοστό 5,30%) έχουν τρία παιδιά ενώ 1 άτομο, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 0,50% των γονέων του δείγματος, έχει τέσσερα παιδιά (Παράρτημα 3, Πίνακας 3.10).

Κατάσταση διαμονής των παιδιών

Στο σύνολο των γονέων του δείγματος (190 άτομα), παρατηρούμε ότι 169 γονείς (ποσοστό 88,90%) κατοικούν μαζί με τα παιδιά τους, ενώ 21 γονείς (ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 11,10% των γονέων του δείγματος) δεν κατοικούν μαζί με τα παιδιά τους είτε λόγω της ηλικίας των παιδιών είτε εξαιτίας άλλων παραγόντων (οικογενειακή κατάσταση, οικονομική ανεξαρτητοποίηση κ.λπ.).

8.2. Οικονομικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά

Επίπεδο εκπαίδευσης

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, κανένα άτομο από αυτά που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα δεν είναι αναλφάβητο. Στην πρώτη βαθμίδα της βασικής εκπαίδευσης (Δημοτικό) εντοπίζουμε 13 άτομα που αντιστοιχούν σε ποσοστό 3,60% του συνόλου του δείγματος. Στην επόμενη εκπαιδευτική βαθμίδα (Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση) συγκεντρώνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (148 άτομα-40,80% του δείγματος). 74 άτομα (ποσοστό 20,40% του δείγματος) δήλωσαν απόφοιτοι Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK) και συναφών τεχνικών και επαγγελματικών σχολών. Σημαντικό ποσοστό, της τάξης του 26,20% του δείγματος (95 άτομα) είναι οι απόφοιτοι ιδρυμάτων της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ ή ΤΕΙ-KATEE κ.λπ.). Οι επόμενες δύο κατηγορίες απαρτίζονται από λιγότερα άτομα. Στην κατηγορία κατόχων διπλωμάτων μεταπτυχιακών σπουδών (Master) εντοπίζουμε 26 άτομα (ποσοστό 7,20%) ενώ στην κατηγορία κατόχων διδακτορικού διπλώματος εντοπίζουμε μόνο 7 άτομα που αντιστοιχούν σε ποσοστό 1,90% του συνόλου του δείγματος (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.1). Τέλος, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8.1 που ακολουθεί, παρατηρείται ότι σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, με μοναδική εξαίρεση τους αποφοίτους σχολών της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, οι γυναίκες υπερτερούν έναντι των ανδρών.

Πίνακας 8.1**Κατανομή ανδρών και γυναικών ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης**

	Γυναίκες	Άνδρες
Αναλφάβητος-η	0	0
Δημοτικό	7	6
Δ/βάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο ή Λύκειο ή Τεχνικό Λύκειο-Τεχνική Σχολή)	83	65
Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK) και συναφείς σχολές	42	32
Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ - ΚΑΤΕΕ	40	55
Κάτοχος διπλώματος μεταπτυχιακών σπουδών (Master)	15	11
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος (Ph.D)	5	2
Σύνολο	192	171

Απασχόληση

Σχετικά με την απασχόληση παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (30,30%) απασχολείται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (Υπουργεία, ΔΕΚΟ, ΟΤΑ, ΝΠΔΔ κ.λπ.). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (43%) απαρτίζεται από υπαλλήλους διαφόρων κλάδων, στον ιδιωτικό τομέα. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 156 άτομα. Ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (8,30%) απαρτίζεται από ελεύθερους επαγγελματίες και αυτοαπασχολούμενους. Συνολικά 30 άτομα εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία. 10 άτομα (ποσοστό 2,80% του δείγματος) δηλώνουν διοικητικά και ανώτερα στελέχη στον ιδιωτικό τομέα. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 1,10% του δείγματος αποτελείται από ιδιοκτήτες/ριες μικρού μεγέθους επιχειρήσεων, επιχειρήσεων δηλαδή που απασχολούν έως 10 άτομα ενώ ένας ερωτώμενος δήλωσε ότι είναι ιδιοκτήτης μεγαλύτερης επιχείρησης. Ένα επίσης άτομο δήλωσε εργάτης πρώτων υλών-οικοδόμος. Με τα οικιακά ασχολείται το 1,40% του συνόλου του δείγματος (5 άτομα) και 23 άτομα δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι (ποσοστό 6,30% του δείγματος). Το δείγμα περιλαμβάνει επίσης 15 φοιτητές (4,10% του δείγματος). Οκτώ άτομα ανέφεραν ότι βρίσκονται σε στάδιο εύρεσης

εργασίας (άνεργοι) και αποτελούν το 2,20% του συνόλου του δείγματος (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.2).

Εισόδημα από την κύρια απασχόληση

Συνολικά, 335 άτομα δήλωσαν ότι έχουν εισόδημα από την εργασία τους (συμπεριλαμβανομένων των συνταξιούχων). 29 άτομα (ποσοστό 8,70%) δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα από την κύρια απασχόληση έως 500€. 45 άτομα (13,40%) δήλωσαν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα 501-800€. 71 άτομα, ένα ποσοστό της τάξης του 21,20%, έχουν μηνιαίο εισόδημα από την κύρια απασχόληση 801-1.100€. Το μεγαλύτερο ποσοστό (22,10%) το οποίο αντιστοιχεί σε 74 άτομα, δηλώνει μηνιαίο εισόδημα 1.101-1.400€. Σημαντικό ποσοστό της τάξης του 20% βρίσκεται και στην επόμενη εισοδηματική κατηγορία, δηλαδή μεταξύ 1.401-1.700€. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 67 άτομα. Στην κατηγορία αμοιβών μεταξύ 1.701-2.000€ βρίσκονται 25 άτομα που αντιστοιχούν σε ποσοστό 7,50%. Λιγότερα άτομα παρατηρούμε ότι βρίσκονται στα άκρα της μισθολογικής κατάταξης. Στην πρώτη κατηγορία αμοιβών έως 500€, συγκεντρώνεται ένα ποσοστό χαμηλότερο του 10% του δείγματος ενώ πέραν της αμοιβής των 2.000€ παρατηρούμε μία ακόμη χαμηλότερη συγκέντρωση. Στις ενδιάμεσες κατηγορίες βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που αγγίζει το 80% (76,70%). Αναλυτικότερα τα στοιχεία παρατίθενται στον Πίνακα 8.2 που ακολουθεί.

Πίνακας 8.2
Κατανομή συχνοτήτων για το εισόδημα από την κύρια απασχόληση

Καθαρό μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 500	29	8,70
501 - 800	45	13,40
801 - 1100	71	21,20
1101 - 1400	74	22,10
1401 - 1700	67	20,00
1701 - 2000	25	7,50
2001 - 2300	9	2,70
2301 - 2600	6	1,80
2601 - 2900	2	0,60
2901 - 3200	3	0,90
3201 και άνω	4	1,20
Σύνολο	335	100,00

Εισόδημα από άλλες πηγές

Όσον αφορά την ύπαρξη εισοδήματος από άλλες πηγές, 130 άτομα απάντησαν ότι έχουν εισόδημα από πηγές πέραν της κύριας απασχόλησης (ποσοστό 35,80%). Το 64,20% του δείγματος (233 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει εισοδήματα από άλλες πηγές (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.4).

Για τους έχοντες εισοδήματα από δευτερεύουσα απασχόληση, ακίνητα, τίτλους κ.λπ., η μεγαλύτερη συγκέντρωση βρίσκεται στην πρώτη, τη δεύτερη και την τρίτη κατηγορία εισοδημάτων αυτού του τύπου (έως 500€, 501-800€, 801-1.100€) με ποσοστά 52,30%, 16,90% και 13,80% αντίστοιχα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.5).

Αριθμός εργαζομένων μελών στο νοικοκυριό

Δέκα άτομα (ποσοστό 2,80% του συνόλου του δείγματος) δήλωσαν ότι στο νοικοκυριό τους δεν εργάζεται κανείς αυτή την περίοδο, και ανήκουν στην κατηγορία των συνταξιούχων. 70 άτομα (ποσοστό 19,30%) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε νοικοκυριό όπου εργάζεται αυτή την περίοδο ένα άτομο. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ένα ποσοστό της τάξης του 61,40% (223 άτομα) δήλωσε ότι στο νοικοκυριό που βρίσκεται, εργάζονται αυτή τη στιγμή δύο άτομα. 46 άτομα (ποσοστό 12,70%) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε νοικοκυριό όπου εργάζονται τρία άτομα. 12 άτομα (ποσοστό 3,30% του δείγματος) δήλωσαν ότι βρίσκονται σε νοικοκυριό όπου εργάζονται τέσσερα άτομα. Τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 0,60% που αντιστοιχεί σε δύο άτομα, δήλωσε ότι στο νοικοκυριό που βρίσκεται εργάζονται αυτή την περίοδο πέντε άτομα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.6).

Συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού

Αναφορικά με το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού, 14 άτομα (ποσοστό 3,90%) δήλωσαν ότι το οικογενειακό εισόδημα δεν υπερβαίνει τα 1.000€. 67 άτομα (ποσοστό 18,50%) δήλωσαν ότι το οικογενειακό εισόδημα τους βρίσκεται μεταξύ 1.001 και 2.000€. Το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος της τάξης του 30,30% συγκεντρώνεται στην κατηγορία εισοδημάτων μεταξύ 2.001 και 3.000€. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 110 άτομα. Υψηλό ποσοστό της τάξης του 27,50% (100 άτομα) βρίσκεται και στην επόμενη εισοδηματική κατηγορία (3.001-4.000€). Η κατηγορία εισοδήματος νοικοκυριού 4.001-5.000€ συγκεντρώνει 28 άτομα (ποσοστό 7,70%), η κατηγορία εισοδήματος νοικοκυριού 5.001-6.000€ συγκεντρώνει 16 άτομα (4,40%) ενώ στις τελευταίες δύο κατηγορίες (6.001-

7.000€ και 7.001€ και άνω) έχουμε ποσοστά 2,80% και 5,00% αντίστοιχα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.7).

Κατάσταση ασφάλισης

Σχετικά με την κατάσταση ασφάλισης των ερωτηθέντων, παρατηρούμε τα εξής: Από τα 363 άτομα που αποτελούν το σύνολο του δείγματος, τα 357 άτομα είναι ασφαλισμένα είτε άμεσα είτε έμμεσα (μέσω κάποιου μέλους της οικογένειάς τους) σε κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό (ασφαλιστικό ταμείο ή και ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία). Συνεπώς, το ποσοστό των ασφαλισμένων του δείγματος είναι εξαιρετικά υψηλό. Το ποσοστό αυτό όπως φαίνεται και στον σχετικό πίνακα του Παραρτήματος ανέρχεται σε 98,30%. Το υπόλοιπο 1,70% του δείγματος δεν παρουσιάζει καμία ασφαλιστική κάλυψη. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε έξι άτομα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.8).

Όσον αφορά τη δημόσια ασφάλιση, παρατηρούμε τα ίδια ακριβώς ποσοστά ασφαλισμένων (σε ασφαλιστικό ταμείο) και ανασφάλιστων (98,30% και 1,70% αντίστοιχα). Στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η κατάσταση είναι ελαφρώς διαφορετική με ποσοστό της τάξης του 21,50% να δηλώνει ότι έχει παράλληλα με τη δημόσια ασφάλιση και κάποιο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (78,50%), ανεξαρτήτως του ύψους των δαπανών υγείας που πραγματοποιεί, δεν δηλώνει ασφαλισμένο σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 285 άτομα.

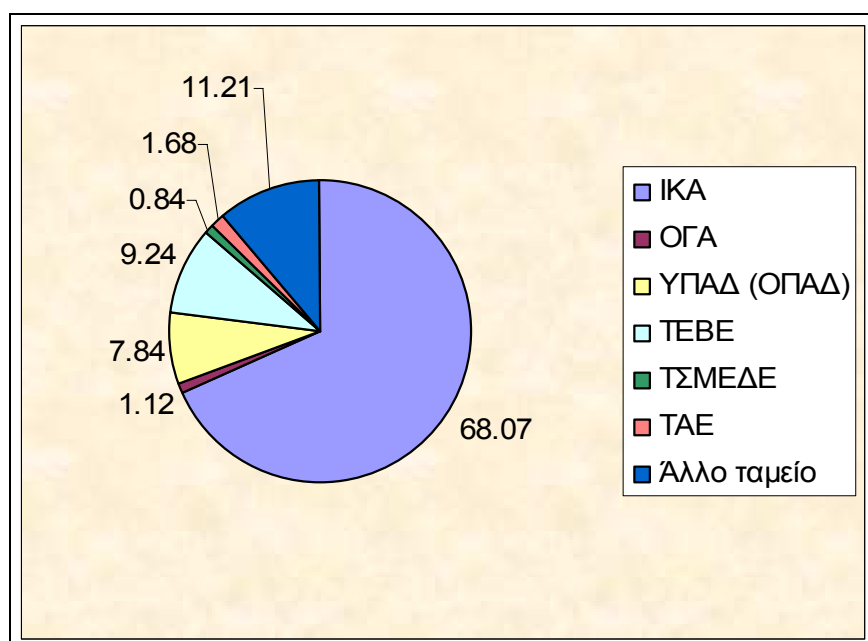
Ταμείο Κύριας Ασφάλισης

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, της τάξης του 68,07%, είναι ασφαλισμένο στο **ΙΚΑ**. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί συνολικά σε 243 άτομα. Η κατηγορία “**Άλλο ταμείο**” απαρτίζεται από 40 άτομα που αντιστοιχούν σε ποσοστό 11,21% του συνόλου του δείγματος. Τα άτομα αυτά είναι ασφαλισμένα στα εξής Ασφαλιστικά Ταμεία: Ταμείο Δ.Ε.Η., Ταμείο Δικηγόρων, Ταμείο Ε.ΥΔ.Α.Π., Ταμεία Τραπεζών (Εμπορική Τράπεζα-ΕΤΕ, Εθνική Τράπεζα-ΤΥΠΕΤ κ.λπ.), Ταμείο Εργατών Τύπου (ΤΑΤΤΑ), Ταμείο Εφημεριδοπωλών (ΤΣΕΥΠ), Ταμείο Δημοσιογράφων (ΕΔΟΕΑΠ), Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.), Ταμείο Ξενοδοχοϋπαλλήλων (ΤΑΞΥ), ΤΑΠ-ΟΤΕ, Ταμεία Πανεπιστημίων και Ταμείο Συμβολαιογράφων (ΤΑΣ). Συνολικά 33 άτομα (ποσοστό 9,24%) είναι ασφαλισμένα στο **ΤΕΒΕ** και ανήκουν στην ευρύτερη κατηγορία των ελεύθερων επαγγελματιών. Σημαντικό ποσοστό του δείγματος της τάξης του 7,84% συγκεντρώνεται και στον **ΟΠΑΔ**

(Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου). Στο Ταμείο Εμπόρων (Τ.Α.Ε.) βρίσκεται ασφαλισμένο το 1,68% του δείγματος (6 άτομα) ενώ στο Ταμείο Ασφάλισης Μηχανικών (ΤΣΜΕΔΕ) το 0,84% του δείγματος, που αντιστοιχεί σε τρία άτομα. Μόνο τέσσερα άτομα επίσης, δήλωσαν ασφαλισμένα στον ΟΓΑ (ποσοστό 1,12%). Η ποσόστωση αυτή ενδεχομένως οφείλεται στην τοπική διάσταση της δειγματοληψίας η οποία αφορά σε αστικές περιοχές-δήμους του Νομού Αττικής (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.11).

Διάγραμμα 8.1

Κατανομή συχνοτήτων για το ταμείο κύριας ασφάλισης (%)



Αποταμίευση

Το ποσοστό των ερωτηθέντων που αποταμιεύει ανέρχεται σε 62,50% του συνόλου του δείγματος ενώ το υπόλοιπο ποσοστό επί του συνόλου του δείγματος (που δήλωσε ότι δεν αποταμιεύει) ανέρχεται στο 37,50%. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αποταμιευτική κατάταξη, βρίσκεται στην πρώτη και τη δεύτερη κατηγορία (έως 50€ και 51-100€), με ποσοστά 15,70% (57 άτομα) και 10,20% (37 άτομα) αντίστοιχα. Ακολουθούν οκτώ κατηγορίες οι οποίες συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά του δείγματος, τα οποία δε διαφέρουν μεταξύ τους σημαντικά (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.12).

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, παρατηρούμε τα εξής: Ένα ποσοστό της τάξης του 21,50% (78 άτομα) δηλώνει ότι έχει κάποιο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (78,50%) δηλώνει ότι δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 285 άτομα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.13).

Αναφορικά με το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε ετήσια βάση, βλέπουμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 17,95% δεν δαπανά μεγάλα ποσά ετησίως. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 14 άτομα. Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή δηλώνουν ότι οι ετήσιες δαπάνες τους για ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν ξεπερνούν τα 500€. Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος παρουσιάζει δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση υγείας που ξεπερνούν τα 500€ και φτάνουν έως και 1.000€. Το ποσοστό αυτό είναι 56,41% και αντιστοιχεί σε 44 άτομα. Η επόμενη κατηγορία δαπανών για προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (1.001-1.500€) συγκεντρώνει το 14,10%, που αντιστοιχεί σε 11 άτομα. Ακολουθούν δύο κατηγορίες οι οποίες συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά (6,41% και 3,85% αντίστοιχα), τέσσερις κατηγορίες με μηδενικά ποσοστά οι οποίες αφορούν σε αρκετά υψηλές δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση και μία κατηγορία με ένα άτομο το οποίο δήλωσε για τις εν λόγω δαπάνες ότι υπερβαίνουν τα 4.500€ (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.14).

Δαπάνες του νοικοκυριού για τρόφιμα και βασικά είδη

Σχετικά με τις δαπάνες για τρόφιμα και βασικά είδη, οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι οι δαπάνες του νοικοκυριού ξεκινούν από την κατηγορία των 151-200€ (ποσοστό 4,40%). Η κατηγορία δαπανών από 201€ έως 250€ συγκεντρώνει το 7,70% του δείγματος. Ποσοστό της τάξης του 15,40% επίσης, δηλώνει δαπάνες 251-300€. Το υψηλότερο όμως ποσοστό του δείγματος (72,50%) δηλώνει ότι οι δαπάνες του νοικοκυριού για τρόφιμα και βασικά είδη είναι ύψους άνω των 300€. Το ποσοστό αυτό είναι αντιστοιχεί σε 263 ερωτώμενους του δείγματος (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.15).

Δαπάνες του νοικοκυριού για εκπαίδευση και επιμόρφωση

Όσον αφορά τις δαπάνες για εκπαίδευση και επιμόρφωση, παρατηρούμε τα εξής: Σε σχέση με τις δαπάνες για τρόφιμα και βασικά είδη υπάρχει μεγαλύτερη διασπορά στις απαντήσεις που δόθηκαν, γεγονός που φαίνεται στα ποσοστά που αντιστοιχούν στην κάθε μία από τις κατηγορίες των δαπανών. Η πρώτη κατηγορία (έως 50€) και η τελευταία (301€ και άνω) συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος (27,50% και

23,70% αντίστοιχα). Ενδιάμεσα βρίσκονται πέντε κατηγορίες οι οποίες συγκεντρώνουν τα εξής ποσοστά: 4,10% (15 άτομα) η κατηγορία δαπανών 251-300€, 6,60% (24 άτομα) η κατηγορία δαπανών 201-250€, 11,30% (41 άτομα) η κατηγορία δαπανών 151-200€, 11,30% (41 άτομα) η κατηγορία δαπανών 101-150€, και 15,40% (ποσοστό που αντιστοιχεί σε 56 άτομα) η κατηγορία δαπανών από 51€ έως και 100€ (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.16).

Μεταφορικό μέσο

Για την κατοχή μεταφορικού μέσου (αυτοκινήτου ή δικύκλου), ποσοστό 70,80% επί του συνόλου του δείγματος (ποσοστό που αντιστοιχεί σε 257 άτομα) απάντησε θετικά ενώ το υπόλοιπο 29,20% του δείγματος δήλωσε ότι αυτή τη στιγμή δεν διαθέτει μεταφορικό μέσο. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 106 άτομα (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.17).

Κατοικία και κατάσταση διαμονής

Το ποσοστό ιδιοκατοίκησης του συνολικού δείγματος είναι **67,50%** και αντιστοιχεί σε 245 άτομα. Το υπόλοιπο **32,50%** (118 άτομα) δε διαθέτει ιδιόκτητη κατοικία (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.18).

Το ποσοστό των ατόμων που δε διαθέτουν ιδιόκτητη κατοικία χωρίζεται ως εξής: Ένα ποσοστό της τάξης του **15,70%** επί του συνολικού δείγματος (57 άτομα) δήλωσε ότι ενοικιάζει την κατοικία που διαμένει ενώ το υπόλοιπο **16,80%** του συνόλου των ερωτηθέντων (61 άτομα) δήλωσε μόνιμη διαμονή σε συγγενείς και φίλους (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.19 και 4.20).

Αναφορικά με το ύψος του ενοικίου, 14 άτομα (ποσοστό 24,56%) δήλωσαν ότι οι δαπάνες τους για την ενοικίαση της κατοικίας διαμονής είναι της τάξης των 200-350€. 27 άτομα (ποσοστό 47,37%) δήλωσαν δαπάνες για την ενοικίαση της κατοικίας διαμονής από 350-500€. Ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που διαμένουν σε ενοικιαζόμενη κατοικία, της τάξης του 19,30% (11 άτομα), δήλωσε ότι δαπανά σε μηνιαία βάση από 501€ έως και 650€. Τέλος, το χαμηλότερο ποσοστό 8,77% που αντιστοιχεί σε πέντε άτομα, δήλωσε δαπάνες ενοικίασης της κατοικίας διαμονής οι οποίες ξεπερνούν τα 650€ και φτάνουν μέχρι και τα 700€ (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.21).

Σχετικά με το μέγεθος της οικίας διαμονής, ποσοστό 4,13% των ερωτηθέντων (15 άτομα) απάντησε ότι διαμένει σε κατοικία μεγέθους έως και 50 τ.μ. (m²). Το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος της τάξης του 64,18% (που αντιστοιχεί σε 233 άτομα), δήλωσε ότι διαμένει σε κατοικία 51-100 τ.μ. Ποσοστό 26,72% (97 άτομα) δήλωσε ότι διαμένει σε κατοικία 101-150 τ.μ. Ποσοστό της τάξης του 3,31% (12 άτομα) δήλωσε ότι διαμένει σε κατοικία 151-200 τ.μ. Ποσοστά χαμηλότερα του 1% συγκεντρώνονται στις επόμενες κατηγορίες μεγέθους της οικίας διαμονής (άνω των 200 τ.μ.). Υψηλότερη τιμή σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν είναι αυτή των 360 τ.μ. και χαμηλότερη αυτή των 35 τ.μ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μέση τιμή είναι 98 τ.μ. (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.22).

Κατηγοριοποιώντας τον αριθμό των δωματίων, το 0,60% δήλωσε ότι διαμένει σε οικία με ένα δωμάτιο, το 11,60% σε οικία με δύο δωμάτια, το 32,20% σε οικία τριών δωματίων, το 34,20% σε οικία τεσσάρων δωματίων, το 13,50% σε οικία με πέντε δωμάτια, το 5% δήλωσε ότι διαμένει σε οικία με έξι δωμάτια ενώ συνολικά ένα ποσοστό της τάξης του 3,10% απάντησε ότι διαμένει σε οικία άνω των έξι δωματίων (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.23).

Όσον αφορά την ύπαρξη ατόμων διαφορετικής εθνικότητας στο νοικοκυριό, ένα ποσοστό 3,30% (12 άτομα) απάντησε θετικά (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.24). Για την ύπαρξη ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας (αναπηρία, χρόνια ιατρική παρακολούθηση κ.λπ.) στο νοικοκυριό, ένα ποσοστό της τάξης του 16,30% (59 άτομα) απάντησε θετικά (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.26). Για την ύπαρξη ατόμων δίχως καμία ασφαλιστική κάλυψη στο νοικοκυριό, ένα ποσοστό 4,70% επί του συνόλου των ερωτηθέντων (17 άτομα) απάντησε θετικά (Παράρτημα 4, Πίνακας 4.28).

8.3. Χαρακτηριστικά Υγείας

8.3.1. Επίπεδο Υγείας

Αναφορικά με το επίπεδο υγείας, 31,70% του δείγματος δήλωσε ότι αξιολογεί ως πολύ καλό το επίπεδο της υγείας του τις τελευταίες 30 ημέρες. 54,80% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι θεωρεί καλό το επίπεδο της υγείας του ενώ μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 11,80%, δήλωσε ότι αξιολογεί ως μέτριο το επίπεδο της υγείας του τις τελευταίες 30 ημέρες. Μόνο έξι άτομα (ποσοστό 1,70% επί του συνόλου του δείγματος) ανέφεραν ότι θεωρούν κακό το επίπεδο της υγείας τους. Τα ποσοστά για την αξιολόγηση

του επιπέδου υγείας τους τελευταίους 12 μήνες είναι 29,20%, 55,10%, 14,30% και 1,40% αντίστοιχα (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.1 και 5.2).

Ορισμένα αποτελέσματα επίσης που προέκυψαν από ειδικότερες ερωτήσεις (με κλίμακα πέντε εναλλακτικών απαντήσεων) που αφορούν στην κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων, βρίσκονται στον Πίνακα 8.3 που ακολουθεί.

Πίνακας 8.3

Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του δείγματος της έρευνας

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. δυσκολία στις καθημερινές μετακινήσεις	49,60%	20,40%	24,50%	4,70%	0,80%
2. δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτηση	92,60%	6,10%	0,60%	0,60%	0,30%
3. δυσκολία με την εργασία ή τις δουλειές του σπιτιού	56,20%	28,40%	13,50%	1,40%	0,60%
4. δυσκολία στη συγκέντρωση και τη μνήμη	46,80%	40,20%	8,30%	3,90%	0,80%
5. δυσκολία στις προσωπικές σχέσεις ή τη συμμετοχή στα κοινά	63,40%	21,50%	12,90%	1,90%	0,30%
6. πόνος και δυσφορία	51,00%	33,90%	10,50%	2,50%	2,20%
7. λύπη και ανησυχία	36,10%	37,70%	20,10%	4,70%	1,40%
8. άγχος και νευρικότητα	12,10%	33,90%	34,20%	13,20%	6,60%

Ποσοστό της τάξης του 16% δήλωσε ότι δεν ανησυχεί καθόλου για την κατάσταση της υγείας του, 49,30% ανησυχεί σε μικρό βαθμό, ποσοστό 25,10% δήλωσε ότι ανησυχεί αρκετά για την κατάσταση της υγείας του ενώ χαμηλότερο ποσοστό, της τάξης του 8,50%, δήλωσε ότι ανησυχεί πολύ για την κατάσταση της υγείας του (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.11).

Ποσοστό 32% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι έκανε χρήση φαρμάκων τις τελευταίες 30 ημέρες. Ποσοστό της τάξης του 14,60% επί του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι συνηθίζει να παίρνει φάρμακα ή να ακολουθεί θεραπείες χωρίς να έχει συμβουλευτεί υγειονομικό. Ποσοστό 25,90% του δείγματος δήλωσε ότι είχε κάποιο επεισόδιο υγείας τον τελευταίο χρόνο ενώ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 30,60% (111 άτομα) δήλωσε την ύπαρξη κάποιας χρόνιας πάθησης. Η κατανομή των συχνοτήτων για το είδος της χρόνιας πάθησης βρίσκεται στον Πίνακα 8.4 που ακολουθεί.

Πίνακας 8.4
Κατανομή συχνοτήτων για το είδος της χρόνιας πάθησης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σακχαρώδης διαβήτης	21	18,92
Ψυχολογικές παθήσεις	11	9,91
Υπέρταση - καρδιοπάθεια	33	29,73
Ασθμα - αναπνευστικά προβλήματα	19	17,12
Αρθρίτιδα - προβλήματα με τα οστά	10	9,01
Άλλη χρόνια πάθηση	17	15,31
Σύνολο	111	100,00

8.3.2. Συνήθειες και Τρόπος Ζωής

Για το κάπνισμα, υψηλό ποσοστό της τάξης του 47,90% του δείγματος δήλωσε ότι δεν καπνίζει. Ποσοστό 14,90% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει λίγο, 23,70% δήλωσε ότι καπνίζει αρκετά ενώ ποσοστό 11% του δείγματος δήλωσε ότι καπνίζει πολύ και 2,50% ότι καπνίζει πάρα πολύ (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.17).

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, 37,70% του δείγματος δήλωσε ότι δεν καταναλώνει αλκοόλ, ποσοστό 43,50% του δείγματος δήλωσε ότι κάνει μία μικρή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ένα ποσοστό της τάξης του 14,60% δήλωσε ότι καταναλώνει αρκετά αλκοολούχα ποτά, ποσοστό 3% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά σε μεγάλο βαθμό, και ένα ποσοστό της τάξης του 1,10% δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοολούχα ποτά σε πολύ μεγάλο βαθμό (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.18).

Σχετικά με την κατανάλωση φαγητών εκτός σπιτιού, σημαντικό ποσοστό της τάξης του 19,30% δήλωσε ότι δεν επισκέπτεται καθόλου εστιατόρια, ταβέρνες και μαγαζιά με γρήγορα και έτοιμα φαγητά. Το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος, της τάξης του 53,20%, απάντησε ότι ένας μικρός αριθμός γευμάτων καταναλώνεται εκτός σπιτιού. Υψηλό επίσης ποσοστό του δείγματος (19,80%) δήλωσε ότι γευματίζει συστηματικά σε εστιατόρια, ταβέρνες και μαγαζιά με γρήγορα και έτοιμα φαγητά. Ένα ποσοστό της τάξης του 5,20% του δείγματος δήλωσε ότι κάνει μεγάλη κατανάλωση φαγητών εκτός σπιτιού ενώ 2,50% απάντησε ότι η κατανάλωση φαγητών εκτός σπιτιού είναι πολύ μεγάλη (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.19).

Πίνακες που περιγράφουν αναλυτικά τις ηλικίες έναρξης του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών βρίσκονται στο Παράρτημα 5 (Πίνακας 5.20 και 5.21). Αξίζει να σημειωθεί ότι η μέση τιμή των ηλικιών έναρξης των παραπάνω συνηθειών είναι 19,65 έτη και στις δύο περιπτώσεις.

Αναφορικά με τη σωματική άσκηση, η επίδραση της αστικοποίησης είναι εμφανής. Ποσοστό 27% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι δεν αθλείται καθόλου ενώ υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 29,80% δήλωσε ότι αθλείται λίγες φορές το χρόνο. Ποσοστό 22,60% δήλωσε ότι αθλείται λίγες φορές το μήνα. Σημαντικό ποσοστό της τάξης του 16,30% απάντησε ότι αθλείται λίγες φορές την εβδομάδα ενώ ένα μικρό ποσοστό (4,40%) απάντησε ότι αθλείται σε καθημερινή βάση (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.22).

8.3.3. Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, παρατηρούμε τα εξής: Η μέση τιμή των επισκέψεων σε χώρους υγείας τους τελευταίους δύο μήνες βρέθηκε 2,69. Ποσοστό 19,80% του δείγματος απάντησε ότι έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα τους τελευταίους 12 μήνες. Ποσοστό 80,20% απάντησε ότι δεν έκανε συστηματική χρήση των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.24). Ποσοστό της τάξης του 20,10% δήλωσε ότι έκανε χρήση των υπηρεσιών

υγείας σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (για την αντιμετώπιση αλλεργιών, εποχικών ασθενειών κ.λπ.) τους τελευταίους 12 μήνες. Ποσοστό 79,90% δήλωσε ότι δεν έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα τους τελευταίους 12 μήνες (Παράρτημα 5, Πίνακας 5.25).

Σχετικά με τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, ποσοστό 23,40% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι δεν πραγματοποίησε δαπάνες υγείας τους τελευταίους δύο μήνες. Ποσοστό της τάξης του 20,10% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι οι δαπάνες του δεν υπερβαίνουν το ποσό των 50€. Ποσοστό 20,40% δήλωσε ότι πραγματοποίησε δαπάνες υγείας άνω των 50€ και μέχρι 100€. Χαμηλότερο ποσοστό της τάξης του 12,10% δήλωσε δαπάνες για υπηρεσίες υγείας από 101-150€. Ποσοστό 8,30% του δείγματος δήλωσε ότι πραγματοποιεί δαπάνες για υπηρεσίες υγείας από 151€ έως και 200€. 4,10% του δείγματος δήλωσε δαπάνες υγείας άνω των 200€ και μέχρι το ποσό των 250€ τους τελευταίους δύο μήνες. Οι επόμενες κατηγορίες δαπανών (251-300€, 301-350€, 351-400€, 401-450€, 451€ και άνω) συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά του δείγματος, και συγκεκριμένα 3,30%, 3,60%, 2,50%, 0,80% και 1,40% αντίστοιχα.

Τα ποσοστά που δείχνουν τις απόψεις των ερωτώμενων για τους χώρους υγείας ποικίλουν ανάλογα με το κριτήριο αξιολόγησης (δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, περιβάλλον-προσωπικό, καθαριότητα των χώρων υγείας). Συνολικά η μεσαία κλίμακα αξιολόγησης συγκεντρώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος, και για τις τέσσερις κατηγορίες αξιολόγησης. Τα ποσοστά αυτά βρίσκονται κοντά στο 45% του συνόλου του δείγματος. Χαμηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι υπόλοιπες κλίμακες αξιολόγησης με μικρές σχετικά αποκλίσεις, με μία τάση για θετική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της καθαριότητας των χώρων υγείας (28,40% και 25,60% αντίστοιχα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

9.1. Η Συχνότητα των Επισκέψεων σε Χώρους Υγείας

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, εμπειρικές μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας έχουν προσδιορίσει πολλούς παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η ζήτηση επηρεάζεται, όπως έχει επισημανθεί από διάφορους ερευνητές, από παράγοντες όπως το υγειονομικό σύστημα, η τιμή των υπηρεσιών υγείας, τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, κατοικία, εργασιακό περιβάλλον κ.λπ.), η αγορά ασφάλειας υγείας, η αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα, το επίπεδο υγείας, κ.ά. (Manning *et al.*, 1981, Wagstaff, 1986, Propper, 2000).

Στο παρόν κεφάλαιο, πραγματοποιείται διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση (όπως εκφράζεται μέσα από τη συχνότητα των επισκέψεων σε χώρους υγείας και τις αντίστοιχες δαπάνες) και αναπτύσσονται τα οικονομετρικά υποδείγματα εκτίμησης της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το βαθμό κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, εκτιμήθηκε αρχικώς ένα υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, όπου ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιείται μία ποσοτική μεταβλητή, η οποία παίρνει διακριτές τιμές και εκφράζει τη συχνότητα των επισκέψεων σε όλους τους χώρους υγείας εντός ενός ορισμένου χρονικού διαστήματος (δύο μηνών).

Ως ανεξάρτητες χρησιμοποιήθηκαν μεταβλητές που βρίσκονται σε εμπειρικές μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας, όπως:

- η ηλικία (Miners *et al.*, 1978, Heller, 1982, Wedig, 1988, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005, Redondo-Sendino *et al.*, 2006),
- το φύλο (Luft *et al.*, 1978, Heller, 1982, Wedig, 1988, Akin *et al.*, 1995, Ii and Ohkusa, 2002, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005, Kim *et al.*, 2005, Redondo-Sendino *et al.*, 2006),
- το ατομικό εισόδημα (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000, Mocan *et al.*, 2004, Pappa and Niakas, 2006, κ.ά.),
- το επίπεδο εκπαίδευσης (Wedig, 1988, Mapelli, 1993, Akin *et al.*, 1995, Ichoku and Leibbrandt, 2003, Mocan *et al.*, 2004, Redondo-Sendino *et al.*, 2006, Pappa and Niakas, 2006),
- η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Akin *et al.*, 1995, Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000, Ii and Ohkusa, 2002, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005),
- η ύπαρξη χρόνιας πάθησης (Davis and Reynolds, 1976, Miners *et al.*, 1978, Kim *et al.*, 2005, Su *et al.*, 2006, Redondo-Sendino *et al.*, 2006),
- το επίπεδο υγείας (Luft *et al.*, 1978, Manning *et al.*, 1981, Heller, 1982, Wedig, 1988, Mapelli, 1993, Fernandez de la Hoz and Leon, 1995, Lam *et al.*, 2002),
- η ύπαρξη επεισοδίου υγείας (Luft *et al.*, 1978, Mapelli, 1993).

Ο Πίνακας 9.1, δίνει την περιγραφή των μεταβλητών που επιλέχθηκαν για το Υπόδειγμα 1.

Πίνακας 9.1 : Περιγραφή των μεταβλητών του Υποδείγματος 1 Συχνότητα επισκέψεων σε χώρους υγείας	
Μεταβλητές	Περιγραφή
Εξαρτημένη μεταβλητή (Total)	το σύνολο των επισκέψεων σε χώρους υγείας τους τελευταίους 2 μήνες
Age	Ηλικία (ποσοτική μεταβλητή η οποία παίρνει διακριτές τιμές και περιγράφει την ηλικία των ερωτώμενων) (min=19, max=80, mean=39,33)
Sex	Φύλο =1 για τους άνδρες =0 για τις γυναίκες
LnIncMonth	Μηνιαίο ατομικό εισόδημα (ποσοτική μεταβλητή, ο λογάριθμος του μηνιαίου ατομικού εισοδήματος από την κύρια απασχόληση)
PrivInsrn	Υπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης =1 για τα άτομα που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας =0 στην αντίθετη περίπτωση
Education	Εκπαίδευση =1 για τα άτομα που έχουν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση =0 σε κάθε άλλη περίπτωση
Chronic	Υπαρξη χρόνιας πάθησης =1 για τα άτομα που έχουν κάποια χρόνια πάθηση =0 στην αντίθετη περίπτωση
Dific	Επίπεδο υγείας των ερωτώμενων (ποσοτική μεταβλητή η οποία παίρνει διακριτές τιμές και προκύπτει από το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε κλίμακας-ερώτησης αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας)
Hepisode	Υπαρξη επεισοδίου υγείας =1 για τα άτομα που είχαν κάποιο επεισόδιο με την υγεία τους, τους τελευταίους 12 μήνες. =0 στην αντίθετη περίπτωση

Η συναρτησιακή μορφή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εκτιμάται είναι:

$$Total = b_0 + b_1Age + b_2Sex + b_3LnIncMonth + b_4PrivInsrn + b_5Education + b_6Chronic + b_7Dific + b_8Hepisode + e_i \quad (9.1)$$

Στον Πίνακα 9.2 παρατίθενται οι εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης, η στατιστική σημαντικότητά τους και ορισμένα ακόμη στοιχεία και συντελεστές που αφορούν στην εκτίμηση της παλινδρόμησης.

Πίνακας 9.2 : Εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης για τη συχνότητα των επισκέψεων σε χώρους υγείας	
Μεταβλητές	Υπόδειγμα 1.
Σταθερά	-6,5152*** (-8,7202)
Age	0,0426*** (4,0948)
Sex	-0,1007 (-0,4559)
lnIncMonth	0,1246 (0,4944)
PrivInsrn	0,5172* (1,9477)
Education	0,4010*** (3,7911)
Chronic	0,8138*** (2,9366)
Dific	0,3078*** (12,7645)
Hepisode	0,6450** (2,5124)
Log likelihood	-772,3031
Durbin-Watson stat	1,8493
R-squared (R^2)	49,68%
Adjusted R-squared (διορθωμένο)	48,54%
F-statistic	43,6868***
N (μέγεθος δείγματος)	278
Σημείωση: στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η τιμή της στατιστικής t (t-value) ***, ** και * υποδηλώνουν p-value<0,01, p-value<0,05 και p-value<0,10 αντίστοιχα	

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης είναι τα εξής: Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συχνότητα των επισκέψεων σε χώρους υγείας, ορισμένες μεταβλητές από αυτές που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο υγείας είναι στατιστικά σημαντικές με πιθανότητα σφάλματος (p -value) κάτω από 1% και 5%, και έχουν τα αναμενόμενα πρόσημα.

Όσον αφορά την επίδραση της ηλικίας στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, ο συντελεστής της συγκεκριμένης μεταβλητής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός και με θετικό πρόσημο, γεγονός που συμβαδίζει με τη θεωρία καθώς άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (λόγω χαμηλότερου επιπέδου υγείας και άλλων παραγόντων) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Ii and Ohkusa, 2002, Mocan *et al.*, 2004, Hotchkiss *et al.*, 2005, Kim *et al.*, 2005). Η τιμή του εκτιμώμενου συντελεστή ωστόσο δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεταβλητές του υποδείγματος δείχνει να έχει την ασθενέστερη επίδραση στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής του φύλου έχει το αναμενόμενο πρόσημο, με ομάδα αναφοράς στη μελέτη (και την κωδικοποίηση των μεταβλητών) τους άνδρες. Οι άνδρες φαίνεται ότι εκδηλώνουν χαμηλότερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις γυναikές (Redondo-Sendino *et al.*, 2006). Ο συντελεστής της μεταβλητής δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός.

Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής του εισοδήματος έχει το αναμενόμενο πρόσημο (θετικό), και τιμή μικρότερη από τη μονάδα. Η αύξηση του εισοδήματος θα προκαλέσει αύξηση στη ζήτηση σε μικρότερο όμως βαθμό. Ωστόσο ο εκτιμώμενος συντελεστής δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός.

Αναφορικά με την ασφάλιση, στο Υπόδειγμα 1 συμπεριλήφθηκε μεταβλητή που αφορά στην ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης. Η μεταβλητή είναι διχοτομική και παίρνει την τιμή 1 όταν το άτομο διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση. Από τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εκτιμήθηκε φαίνεται ότι η χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερη για άτομα που διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση. Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%. Ορισμένες εμπειρικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ιδιωτική ασφάλιση ζωής-υγείας δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στην πιθανότητα ούτε στο ύψος των δαπανών υγείας (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000, Van Dalen, 2006) ενώ στις περισσότερες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ασφαλιστική κάλυψη

τόσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Μόσιαλος, 1990) και το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση ασφάλισης από τον ιδιωτικό τομέα (Hunt-McCool *et al.*, 1994, Couttolenc and Nicoletta, 2007).

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, ο συντελεστής της μεταβλητής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός (Luft *et al.*, 1978, Aday and Eichhorn, 1972) ενώ φαίνεται ότι στο συγκεκριμένο δείγμα τα άτομα που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση **αυξάνουν** σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου γνωρίζουν καλύτερα τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης διαφόρων παθήσεων, αποκτούν γνώσεις σε σχέση με τη διαταραχή της υγείας τους και τη μέθοδο θεραπείας. Τα άτομα με περισσότερα έτη εκπαίδευσης παρακολουθούν στενότερα τις εξελίξεις, διαβάζουν και ενημερώνονται, και είναι πιθανότερο να ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία και την ποιότητα της ζωής τους (Μόσιαλος, 1990). Βρέθηκε επίσης ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας βραχυπρόθεσμα, ενώ μακροπρόθεσμα είναι σίγουρο ότι θα επιτευχθεί μείωση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας και βελτίωση του επιπέδου υγείας. Σύμφωνα με τη θεωρία από κάποιο σημείο και μετά, όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου τόσο υψηλότερη (καλύτερη) είναι η κατάσταση της υγείας του και χαμηλότερη η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης φαίνεται ότι ασκεί μία σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή (Su *et al.*, 2006). Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή της συγκεκριμένης μεταβλητής είναι **θετικό**, δείχνοντας πως στην περίπτωση ύπαρξης χρόνιας πάθησης το άτομο αυξάνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Το επίπεδο υγείας (health status), όπως έχει επισημανθεί από πολλούς ερευνητές, είναι μία από τις βασικότερες ερμηνευτικές μεταβλητές στα υποδείγματα που εξετάζουν την καταναλωτική συμπεριφορά στον τομέα της υγείας. Η μέτρηση του επιπέδου υγείας γίνεται με διάφορους τρόπους. Στις μελέτες με διαστρωματικά δεδομένα επιχειρείται η αποτύπωση του τρόπου με τον οποίο οι ερωτώμενοι του δείγματος αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους. Η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας γίνεται με τη βοήθεια διαφόρων εργαλείων κατά τη διάρκεια κατάρτισης ενός ερωτηματολογίου υγείας. Στην παρούσα μελέτη, επιλέχθηκε μία σειρά ερωτήσεων με πέντε εναλλακτικές απαντήσεις ενώ ως ερμηνευτική μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε κλίμακας-ερώτησης αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας. Το πρόσημο του εκτιμώμενου

συντελεστή συμβαδίζει με τη θεωρία. Υψηλότερος βαθμός δυσκολίας σε πτυχές της καθημερινής ζωής και δραστηριότητας (που ισοδυναμεί με **χαμηλό** επίπεδο υγείας) έχει ως αποτέλεσμα να εκδηλώνεται αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Manning *et al.*, 1981, Hunt-McCool *et al.*, 1994). Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Τέλος, στο Υπόδειγμα 1 χρησιμοποιήθηκε ως ερμηνευτική μεταβλητή η ύπαρξη επεισοδίου υγείας εντός ενός ορισμένου χρονικού διαστήματος (12 μηνών). Η συγκεκριμένη μεταβλητή, που βρίσκεται σε υποδείγματα ορισμένων εμπειρικών μελετών αποτυπώνει την ενδεχόμενη μεταβολή της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου για κάποιο χρονικό διάστημα και τη συνεπακόλουθη μεταβολή (αύξηση) της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Συνολικά, η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος, που εκτιμήθηκε με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS), είναι ικανοποιητική λαμβάνοντας υπ'όψιν ότι χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού (R^2 -adjusted) βρίσκεται κοντά στο 50% (48,54%). Η τιμή της στατιστικής Durbin-Watson είναι 1,85. Βρίσκεται κοντά στην τιμή 2,00 και δείχνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ύπαρξης αυτοσυσχέτισης στα σφάλματα πρόβλεψης. Επίσης δεν παρατηρείται πρόβλημα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών, καθώς ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 -adjusted δεν είναι πολύ υψηλός ($R^2 < 0,90$) και ταυτόχρονα οι συντελεστές της παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικοί. Αναφορικά με τον έλεγχο (White) για την ετεροσκεδαστικότητα (δηλαδή τη μη σταθερή διακύμανση των κατανομών των σφαλμάτων της παλινδρόμησης) δεν βρέθηκε να υπάρχει ένδειξη ότι η διακύμανση των κατανομών των σφαλμάτων δεν είναι σταθερή. Ο έλεγχος έγινε σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Πίνακας 9.3

Έλεγχος White για την ετεροσκεδαστικότητα των σφαλμάτων πρόβλεψης του
Υποδείγματος 1.

White Heteroskedasticity Test:			
F-statistic	2,358156	Probability	0,018193
Obs*R-squared	18,21873	Probability	0,019645

Αξίζει να σημειωθεί ότι με τις συχνότητες επισκέψεων στους επιμέρους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας (11 κατηγορίες) ως εξαρτημένες μεταβλητές δεν παρουσιάστηκε κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα. Οι περισσότερες ερμηνευτικές μεταβλητές έδειξαν μειωμένη στατιστική σημαντικότητα, με εξαίρεση το επίπεδο υγείας ενώ και η ερμηνευτική ικανότητα των υποδειγμάτων ήταν πολύ χαμηλή ($R^2 < 10\%$). Η συνδυασμένη επίδραση των παραγόντων που συζητήθηκαν παραπάνω, ερμηνεύει ένα χαμηλό ποσοστό της διακύμανσης των εξαρτημένων μεταβλητών, δηλαδή της συχνότητας των επισκέψεων στους επιμέρους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό αυτό μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να θεωρείται ικανοποιητικό επειδή χρησιμοποιούνται στατιστικά δεδομένα που βασίζονται σε διαστρωματικές παρατηρήσεις. Αυτό όμως που γενικά σημειώνεται είναι ότι εμφανίζεται μεγάλη διαφοροποίηση στις προτιμήσεις των ατόμων για υγεία, ενώ ποικίλοι προσωπικοί παράγοντες που είναι δύσκολο να καταγραφούν και να συμπεριληφθούν σε ένα υπόδειγμα, εμποδίζουν την ανάπτυξη κοινών τάσεων στη συμπεριφορά των ατόμων όσον αφορά τις επιμέρους υπηρεσίες υγείας.

Ξεχωρίζει το υπόδειγμα εκτίμησης της ζήτησης για υπηρεσίες **ειδικών ιατρών**. Όσον αφορά τη συχνότητα των επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς, οι παράγοντες που θεωρείται ότι είναι δυνατό να τη διαμορφώσουν είναι: τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η περιοχή διαμονής, η ύπαρξη και το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, το ύψος του εισοδήματος, καθώς και τα χαρακτηριστικά της υγείας (επίπεδο υγείας κ.λπ.) που φαίνεται ότι στα περισσότερα υποδείγματα διατηρούν κάποιο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας και κρίνονται ως ιδιαίτερα σημαντικές μεταβλητές στα τελευταία βήματα εκτίμησης των παλινδρομήσεων (Ζάβρας, 2003). Οι μεταβλητές που αφορούν στην κατάσταση της υγείας φαίνεται ότι ερμηνεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις διακυμάνσεις των εξαρτημένων μεταβλητών.

Η συναρτησιακή μορφή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που εκτιμήθηκε με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων, είναι η ακόλουθη:

$$SpecDoc = b_0 + b_1Age + b_2Education + b_3Hepisode + b_4Dific + b_5Chronic + e_i \quad (9.2)$$

Στον Πίνακα 9.4 παρατίθενται οι εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης, η στατιστική σημαντικότητά τους και ορισμένα ακόμη στοιχεία που αφορούν στην εκτίμηση του δεύτερου υποδείγματος.

Πίνακας 9.4 : Εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης για τη συχνότητα των επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς	
Μεταβλητές	Υπόδειγμα 3.
Σταθερά	-2,3661*** (-6,9414)
Age	0,0160*** (3,3632)
Education	0,1647*** (3,3682)
Hepisode	0,1441 (1,1999)
Dific	0,0842*** (7,4691)
Chronic	0,1753 (1,3748)
Log likelihood	-498,6813
Durbin-Watson stat	1,8226
R-squared (R^2)	25,74%
Adjusted R-squared (διορθωμένο)	24,70%
F-statistic	24,7461***
N (μέγεθος δείγματος)	144
Σημείωση: στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η τιμή της στατιστικής t (t-value) ***, ** και * υποδηλώνουν p-value<0,01, p-value<0,05 και p-value<0,10 αντίστοιχα	

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης για το δεύτερο υπόδειγμα είναι τα εξής:

Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής της ηλικίας και ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής της εκπαίδευσης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Το γεγονός αυτό συμβαδίζει με τα αποτελέσματα της εκτίμησης του πρώτου υποδείγματος, όπου ως εξαρτημένη μεταβλητή είχε χρησιμοποιηθεί το **σύνολο** των επισκέψεων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι τιμές ωστόσο των συντελεστών είναι εμφανώς **χαμηλότερες** στο δεύτερο υπόδειγμα,

δείχνοντας ότι οι παραπάνω μεταβλητές επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την περίπτωση του “πλήρους” υποδείγματος.

Αναφορικά με τις μεταβλητές της χρόνιας πάθησης και του επεισοδίου υγείας όπου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές στο πρώτο υπόδειγμα, εδώ αρχικά παρατηρούμε ότι τα πρόσημα είναι θετικά. Στην περίπτωση ύπαρξης χρόνιας πάθησης ή επεισοδίου υγείας, το άτομο αυξάνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Όμως οι εκτιμώμενοι συντελεστές και στις δύο περιπτώσεις δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί ($p\text{-value}>10\%$).

Η κατάσταση της υγείας όπως αξιολογήθηκε από τους ερωτώμενους είναι μία μεταβλητή που εξακολουθεί να ασκεί σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή της μεταβλητής συμβαδίζει με τη θεωρία. Υψηλότερος βαθμός δυσκολίας σε πτυχές της καθημερινής ζωής και δραστηριότητας (που ισοδυναμεί με χαμηλό επίπεδο υγείας) έχει ως αποτέλεσμα αύξηση του βαθμού χρησιμοποίησης των ειδικών ιατρών. Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Η τιμή του εκτιμώμενου συντελεστή βρέθηκε, και σ’ αυτή την περίπτωση, χαμηλότερη από την αντίστοιχη του πρώτου υποδείγματος ($0,08<0,31$).

Συνολικά, η ερμηνευτική ικανότητα του δεύτερου υποδείγματος, που εκτιμήθηκε με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων, είναι ικανοποιητική λαμβάνοντας υπ’ όψιν ότι χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά δεδομένα και ότι το δείγμα μειώθηκε περίπου κατά 50% ($n_2=144<n_1=278$).

Συγκεκριμένα, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού ($R^2\text{-adjusted}$) βρίσκεται κοντά στο 25% (24,70%). Η τιμή της στατιστικής Durbin-Watson είναι 1,82. Βρίσκεται κοντά στην τιμή 2,00 και δείχνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ύπαρξης αυτοσυσχέτισης στα σφάλματα πρόβλεψης, συνεπώς δεν παραβιάζεται η υπόθεση της ανεξαρτησίας των σφαλμάτων πρόβλεψης.

Επίσης δεν παρατηρείται πρόβλημα πολυσυγγραμμικότητας, καθώς ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού $R^2\text{-adjusted}$ δεν είναι πολύ υψηλός ($R^2<0,90$) και ταυτόχρονα οι περισσότεροι συντελεστές της παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικοί.

Αναφορικά με τον έλεγχο (White) για την ετεροσκεδαστικότητα (δηλαδή τη μη σταθερή διακύμανση των κατανομών των σφαλμάτων της παλινδρόμησης) δεν βρέθηκε να υπάρχει ένδειξη ότι η διακύμανση των κατανομών των σφαλμάτων δεν είναι σταθερή. Ο έλεγχος έγινε σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 9.5

**Έλεγχος White για την ετεροσκεδαστικότητα των σφαλμάτων πρόβλεψης του
Υποδείγματος 2.**

White Heteroskedasticity Test:			
F-statistic	1,863681	Probability	0,065856
Obs*R-squared	14,59911	Probability	0,067425

9.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Διαμόρφωσης των Δαπανών Υγείας

Για την ανάλυση της καταναλωτικής συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας, αναπτύσσονται υποδείγματα με τη χρήση της μεθόδου των ελαχίστων τετραγώνων (*OLS*), με σκοπό τη διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων διαμόρφωσης των δαπανών για τις βασικές κατηγορίες των υπηρεσιών υγείας. Αυτές, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, αφορούν δαπάνες για υπηρεσίες γενικών ιατρών, ιατρών ειδικότητας, οδοντιάτρων, φυσιοθεραπευτών, παραδοσιακών θεραπειών (πρακτικών), δαπάνες για νοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης-νοσηλείας, δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιωτικές κλινικές ή διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.

Οι παράγοντες που, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, διαμορφώνουν το ύψος των δαπανών υγείας είναι: τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μέγεθος του νοικοκυριού, τα οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως το ύψος του εισοδήματος, η κατάσταση απασχόλησης-ασφάλισης, και οι παράγοντες υγείας, όπως το επίπεδο υγείας και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής διότι ασκούν ουσιαστική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και επιδρούν τελικά στη ζήτηση.

Με τη χρήση της ανάλυσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης εκτιμάται η διακύμανση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας και εξετάζεται η επίδραση καθενός από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν.

Η εξίσωση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας είναι η ακόλουθη:

$$\ln \text{ExpHealth} = b_0 + b_1 \text{Sex} + b_2 \text{Age} + b_3 \ln \text{IncMonth} + b_4 \text{Education} + b_5 \text{Hepisode} + b_6 \text{Dific} + b_7 \text{Chronic} + e_i \quad (9.3)$$

Όπου **lnExpHealth**: είναι ο λογάριθμος των μηνιαίων δαπανών για υπηρεσίες υγείας.

Sex: είναι το φύλο των ερωτώμενων (εξαρτημένη μεταβλητή).

Age: είναι η ηλικία των ερωτώμενων.

lnIncMonth: είναι ο λογάριθμος του μηνιαίου ατομικού εισοδήματος από την κύρια εργασία.

Education: το επίπεδο εκπαίδευσης (είναι ψευδομεταβλητή η οποία παίρνει την τιμή 1 για τα άτομα που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση).

Hepisode: ύπαρξη επεισοδίου υγείας (είναι ψευδομεταβλητή η οποία παίρνει την τιμή 1 για τα άτομα που είχαν κάποιο επεισόδιο υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση).

Dific: το επίπεδο υγείας των ερωτώμενων (ποσοτική μεταβλητή η οποία παίρνει διακριτές τιμές και προκύπτει από το άθροισμα των αποτελεσμάτων κάθε κλίμακας-ερώτησης αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας).

Chronic: ύπαρξη χρόνιας πάθησης (είναι ψευδομεταβλητή η οποία παίρνει την τιμή 1 για τα άτομα που έχουν κάποια χρόνια πάθηση, και την τιμή 0 στην αντίθετη περίπτωση).

Οι εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης, η στατιστική σημαντικότητά τους, δείκτες και συντελεστές που αφορούν στην εκτίμηση της παλινδρόμησης δίνονται στον Πίνακα 9.6 που ακολουθεί.

Πίνακας 9.6 : Εκτιμώμενοι συντελεστές της παλινδρόμησης για το ύψος των δαπανών για υπηρεσίες υγείας	
Μεταβλητές	Υπόδειγμα 3.
Σταθερά	-0,7581*** (-2,9455)
Sex	-0,1282* (-1,7472)
Age	0,0088** (2,3341)
lnIncMonth	0,2953*** (3,8251)
Education	0,0108 (0,3096)
Hepisode	0,2391*** (2,9693)
Dific	0,0449*** (5,6322)
Chronic	0,0899 (1,0483)
Log likelihood	-224,8104
Durbin-Watson stat	2,0510
R-squared (R^2)	31,60%
Adjusted R-squared (διορθωμένο)	29,72%
F-statistic	16,8263***
N (μέγεθος δείγματος)	263
Σημείωση: στις παρενθέσεις παρουσιάζεται η τιμή της στατιστικής t (t-value) ***, ** και * υποδηλώνουν p-value<0,01, p-value<0,05 και p-value<0,10 αντίστοιχα	

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης για το τρίτο υπόδειγμα είναι τα εξής: Με εξαρτημένη μεταβλητή τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας, πέντε μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές με πιθανότητα σφάλματος (p-value) κάτω από 1%, 5% και 10%, και οι συντελεστές τους έχουν τα πρόσημα που συμβαδίζουν με τη θεωρία της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

Στο τρίτο υπόδειγμα, το φύλο και η ηλικία φαίνεται ότι επιδρούν στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (δαπάνες). Ο συντελεστής της μεταβλητής της ηλικίας βρέθηκε στατιστικά σημαντικός και με πρόσημο θετικό, γεγονός που συμβαδίζει με τη θεωρία καθώς άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (λόγω χαμηλότερου επιπέδου υγείας και άλλων παραγόντων) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δαπανούν μεγαλύτερα ποσά για υπηρεσίες υγείας (Ii and Ohkusa, 2002, Hotchkiss *et al.*, 2005). Η τιμή του εκτιμώμενου συντελεστή δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή ενώ βρίσκεται σε ακόμη χαμηλότερα επίπεδα από την αντίστοιχη τιμή του πρώτου υποδείγματος ($0,008 < 0,042$), όπου ως εξαρτημένη μεταβλητή είχε χρησιμοποιηθεί η συχνότητα των επισκέψεων σε χώρους υγείας. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεταβλητές του υποδείγματος, δείχνει να έχει την ασθενέστερη επίδραση στο ύψος των δαπανών υγείας. Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όσον αφορά το **φύλο**, παρατηρούμε ότι ο εκτιμώμενος συντελεστής είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 10%. Το αρνητικό πρόσημο φανερώνει ότι υπάρχει μία τάση για τις γυναίκες να κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τους άνδρες. Το γεγονός αυτό επισημαίνεται και σε άλλες εμπειρικές μελέτες (Redondo-Sendino *et al.*, 2006). Έχει πολλές φορές παρουσιασθεί στην οικονομετρική βιβλιογραφία ότι ο γυναικείος πληθυσμός εκδηλώνει μεγαλύτερη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Η μεταβλητή του μηνιαίου ατομικού εισοδήματος φαίνεται ότι ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Ο εκτιμώμενος συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1% και φανερώνει την εισοδηματική ελαστικότητα ζήτησης εφόσον έχει προηγηθεί μετασχηματισμός του υποδείγματος σε συγκεκριμένη λογαριθμική μορφή.

Το πρόσημο του συντελεστή είναι θετικό, συμβαδίζει με τη θεωρία και η τιμή του βρέθηκε 0,30. Οι υπηρεσίες υγείας συνεπώς έχουν μία εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης μικρότερη από 1. Η εκτιμώμενη εισοδηματική ελαστικότητα συμφωνεί με τιμές αντίστοιχων ερευνών (Miners *et al.*, 1978, Ii and Ohkusa, 2002, Mocan *et al.*, 2004, κ.ά.).

Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία από τις **πρώτες ανάγκες** για το εξεταζόμενο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής έχει θετικό πρόσημο. Το πρόσημο αυτό συμβαδίζει με τη θεωρία καθώς άτομα που έχουν λάβει ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση εκδηλώνουν, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ο εκτιμώμενος συντελεστής ωστόσο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντικός.

Η ψευδομεταβλητή που αφορά στην ύπαρξη επεισοδίου υγείας εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος συναντάται σε υποδείγματα σχετικών εμπειρικών μελετών και αποτυπώνει την ενδεχόμενη μεταβολή της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου για κάποιο χρονικό διάστημα και τη συνεπακόλουθη αύξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Ο εκτιμώμενος συντελεστής της μεταβλητής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%.

Το επίπεδο της υγείας των ερωτώμενων είναι μία από τις βασικότερες ερμηνευτικές μεταβλητές και στο Υπόδειγμα 3. Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή συμβαδίζει με τη θεωρία. Υψηλότερος βαθμός δυσκολίας σε πτυχές της καθημερινής ζωής και δραστηριότητας (που ισοδυναμεί με **χαμηλό** επίπεδο υγείας) έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο ύψος δαπανών για υπηρεσίες υγείας. Ο συντελεστής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Η τιμή του εκτιμώμενου συντελεστή ωστόσο είναι αρκετά χαμηλότερη (0,045) από την τιμή του εκτιμώμενου συντελεστή του επιπέδου υγείας στο Υπόδειγμα 1 (0,308).

Τέλος, η ύπαρξη χρόνιας πάθησης, μεταβλητή η οποία συμπεριλήφθηκε στα Υπόδειγματα 1 και 2, φαίνεται ότι δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή των δαπανών. Το πρόσημο του εκτιμώμενου συντελεστή της συγκεκριμένης μεταβλητής είναι θετικό δείχνοντας πως στην περίπτωση ύπαρξης χρόνιας πάθησης το άτομο αυξάνει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Όμως ο συντελεστής δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικός ($p\text{-value} > 10\%$).

Συνολικά, η ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος λογαριθμικής μορφής, που εκτιμήθηκε με τη μέθοδο ελαχίστων τετραγώνων (OLS), είναι ικανοποιητική λαμβάνοντας υπ'όψιν ότι χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού (εκφράζει το ποσοστό της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής Y το οποίο ερμηνεύεται από το συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών X) βρίσκεται κοντά στο 30% (29,72%). Η τιμή της στατιστικής Durbin-Watson είναι 2,05. Βρίσκεται πολύ κοντά στην τιμή 2,00 και δείχνει ότι δεν υπάρχει

πρόβλημα ύπαρξης αυτοσυσχέτισης των σφαλμάτων πρόβλεψης. Δεν παρατηρείται πρόβλημα γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών, καθώς ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού δεν είναι πολύ υψηλός ($R^2\text{-adjusted} < 0,90$) και ταυτόχρονα οι συντελεστές της παλινδρόμησης είναι στατιστικά σημαντικοί. Το φαινόμενο της ετεροσκεδαστικότητας παρατηρείται κατά κανόνα στις παλινδρομήσεις στις οποίες τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται είναι διαστρωματικά και έχει ως συνέπεια οι εκτιμήτριες ελαχίστων τετραγώνων να είναι μεν αμερόληπτες αλλά να μην είναι οι άριστες (σταθερή και μικρότερη διακύμανση στο σύνολο των αμερόληπτων και γραμμικών εκτιμητριών). Αναφορικά με τον έλεγχο (*White*) για την ετεροσκεδαστικότητα, δεν βρέθηκε να υπάρχει ένδειξη ότι η διακύμανση των κατανομών των σφαλμάτων δεν είναι σταθερή. Ο έλεγχος έγινε σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Πίνακας 9.7

Έλεγχος White για την ετεροσκεδαστικότητα των σφαλμάτων πρόβλεψης του Υποδείγματος 3.

White Heteroskedasticity Test:			
F-statistic	1,820155	Probability	0,051062
Obs*R-squared	19,42911	Probability	0,053813

Αξίζει να αναφερθεί ότι στο ερωτηματολόγιο υγείας δεν συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούν στις επιμέρους δαπάνες υγείας. Στα υποδείγματα με εξαρτημένη μεταβλητή τις επιμέρους δαπάνες υγείας υπάρχει συνολικά χαμηλή ερμηνευτική ικανότητα, συνεπώς χαμηλές τιμές των συντελεστών προσδιορισμού R^2 . Οι τιμές αυτές αποτελούν τον κανόνα στη διεθνή βιβλιογραφία, λόγω του ότι οι ατομικές και οικογενειακές δαπάνες υγείας κατανέμονται σε μεγάλο βαθμό τυχαία (Ματσαγγάνης και Μητράκος, 2000).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την καταναλωτική συμπεριφορά στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Μέσω της ανάπτυξης οικονομετρικών υποδειγμάτων, και με βάση στατιστικά δεδομένα από διαστρωματικές παρατηρήσεις, διερευνάται η πιθανή επίδραση μιας σειράς παραγόντων στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Η ανάλυση έγινε σε μικροοικονομικό επίπεδο, συνεπώς πραγματοποιήθηκε παρατήρηση, μέτρηση και προσδιορισμός των παραμέτρων σε στοιχειώδες επίπεδο (ατόμου-καταναλωτή). Ο τρόπος που ο (μεμονωμένος) καταναλωτής δρα για την αγορά των υπηρεσιών υγείας ήταν το αντικείμενο μελέτης.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αυξανόμενη βιβλιογραφία, η οποία ενισχύει την άποψη ότι η υγεία ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν επηρεάζεται μόνο από το υγειονομικό σύστημα. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες εκτός υγειονομικού συστήματος, όπως η διατροφή, η κατοικία, το εργασιακό περιβάλλον, οι οποίοι ασκούν ουσιαστική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003). Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σήμερα βασίζεται περισσότερο σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και κοινωνικούς παράγοντες απ'ότι στο παρελθόν.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες: (α) αυτοαναφερόμενη υγεία και επιδημιολογικοί παράγοντες, (β) δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία), (γ) κοινωνικοί παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, κατάσταση απασχόλησης), (δ) οικονομικοί παράγοντες (επίπεδο διαθέσιμου ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος, ασφαλιστική κατάσταση) και (ε) παράγοντες που σχετίζονται με (δομικά) χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Μία από τις ιδιαιτερότητες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας είναι ότι χαρακτηρίζεται από τη δύναμη που κατέχουν οι επαγγελματικές ομάδες των ιατρών. Η “δύναμη” αυτή οφείλεται στη μεγάλη διαφορά που υπάρχει στην ποσότητα και την ποιότητα της πληροφόρησης που κατέχουν οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας. Λόγω της πολυπλοκότητας της ιατρικής γνώσης και της ιατρικής τεχνολογίας, οι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν περισσότερες γνώσεις για τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τα αποτελέσματά τους, απ'ότι οι ασθενείς (Μπέσης, 1993). Από τα παραπάνω συνάγεται ότι μειώνεται η δυνατότητα του καταναλωτή να μπορεί να εκτιμά εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Έτσι, οι ιατροί παρά οι

ασθενείς είναι εκείνοι οι οποίοι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (Naaborg, 1990). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται “Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης”.

Ο καταναλωτής δεν είναι “κυρίαρχος” και δεν γνωρίζει αρκετές φορές τι ακριβώς είναι αυτό που του προσφέρεται (είδος θεραπευτικής αγωγής, διαγνωστικές διαδικασίες κ.λπ.). Συνήθως δεν μπορεί να κρίνει απόλυτα την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο ο καταναλωτής είναι το άτομο το οποίο καταναλώνει υπηρεσίες υγείας και παραμένει στο **επίκεντρο της ανάλυσης** της αγοράς.

Ορισμένες ακόμη ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής: η προσφορά των υπηρεσιών πολλές φορές δεν είναι φανερή στον καταναλωτή, σε ορισμένες κατηγορίες υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών των υπηρεσιών, ο καταναλωτής δεν πληρώνει πάντα άμεσα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Μόσιαλος, 1990).

Διάφοροι τύποι υποδειγμάτων έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Τα υποδείγματα αυτά σχηματικά ονομάζονται ως εξής: Δημογραφικά, Κοινωνικής Δομής, Κοινωνικής Ψυχολογίας, Οικονομικής προσέγγισης, Συστημικά (Μόσιαλος, 1990).

Ένα από τα πιο γνωστά υποδείγματα που ενσωματώνει μεταβλητές από διάφορα προαναφερθέντα υποδείγματα (δημογραφικό, κοινωνικής δομής, οικονομικής προσέγγισης και κοινωνικής ψυχολογίας) είναι το “Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα” του Andersen (1968). Το Συμπεριφοριστικό Υπόδειγμα υποστηρίζει ότι η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν την πρόσβαση.

Στην ανάλυση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, σημαντική είναι η επίδραση της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου που αναπτύχθηκε πρώτα από τον Becker και στη συνέχεια από τον Grossman και υποστηρίζει ότι το άτομο είναι ταυτόχρονα **καταναλωτής και παραγωγός**. Ο χαρακτήρας συνεπώς της ατομικής συμπεριφοράς είναι δισυπόστατος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δεύτερη υπόσταση του ατόμου, ως παραγωγού. Το παραγόμενο προϊόν είναι ένα καλό επίπεδο υγείας. Οι παράγοντες που αναφέρονται στην κατοικία, την υγιεινή διατροφή, τις αθλητικές δραστηριότητες, τις πιθανές επικίνδυνες συνήθειες του ατόμου, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τις ψυχολογικές διαθέσεις, τις αντιλήψεις, επηρεάζουν την υγεία (επίπεδο υγείας) του ατόμου άρα και τη χρήση των

υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ο σημαντικός ρόλος της εκπαίδευσης, στη βελτίωση της υγείας του ατόμου, είναι κάτι που πρέπει να επισημανθεί (Υφαντόπουλος, 2003).

Μελέτες οι οποίες ασχολούνται με το επίπεδο υγείας και τη νοσολογική εικόνα του πληθυσμού, αναδεικνύουν πολλές φορές το επίπεδο υγείας ως τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Grimsmo, 1984, Borras, 1994, Krasnik *et al.*, 1997 κ.ά.).

Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο βασίζεται μεν στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, δεν συμπίπτει όμως απαραίτητα με αυτήν. Είναι γνωστό ότι ο ορισμός της υγείας και της ευημερίας, αλλά και οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο υγείας, διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με την ταυτότητα και την κουλτούρα του ατόμου, τα πολιτιστικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων και πληροφοριών και άλλα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις του ατόμου (Sadana *et al.*, 2000).

Οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας αντιπροσωπεύουν πλέον ένα ολοένα αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ των χωρών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Το 2005, οι δαπάνες στον τομέα υγείας των 30 χωρών-μελών του ΟΟΣΑ αντιπροσώπευαν, κατά μέσο όρο, το 9% του ΑΕΠ, έναντι 8,6% το 2003, και 7,8% με 8,5% του ΑΕΠ την πενταετία 1997-2002 (OECD, 2007).

Επίπεδο δαπανών υγείας υψηλότερο από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των “15” παρουσιάζει διαχρονικά η Ελλάδα (IOBE, 2005). Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD HEALTH DATA 2004), η συνολική δαπάνη για υγεία στην Ελλάδα το 2002 ανήλθε στο 9,5% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος των 15 χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανήλθε στο 9,1%.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, είναι 10,1% ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 9% (OECD, 2007).

Ιδιαίτερα τα τελευταία έτη, η Ελλάδα καταλαμβάνει ορισμένες χαμηλές θέσεις στην κατάταξη που αφορά στο μέγεθος και τη σύνθεση (αναλογία δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης) των δαπανών υγείας όπως δείχνουν σχετικές εκθέσεις του ΟΟΣΑ. Ειδικότερα σύμφωνα με την τελευταία έκθεση για την υγεία (“Πανόραμα Υγείας 2007”) του διεθνή οργανισμού, η Ελλάδα κατέλαβε την πρώτη θέση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας με 57,2% επί των συνολικών δαπανών υγείας, ξεπερνώντας ακόμη και αυτές των ΗΠΑ, που -μαζί με το Μεξικό-, κατέχουν τη δεύτερη θέση με 55%. Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη (συμπεριλαμβανομένης και αυτής των ασφαλιστικών ταμείων), ανέρχεται σε 884 ευρώ, ποσό που κατατάσσει την Ελλάδα στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ με 42,8% των δημοσίων επί των συνολικών δαπανών υγείας.

Τα στατιστικά δεδομένα της παρούσας μελέτης βασίζονται σε διαστρωματικές παρατηρήσεις. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Τέθηκαν περιορισμοί όσον αφορά την ηλικία, το φύλο και την πυκνότητα του πληθυσμού. Το δείγμα συνεπώς είναι στρωματοποιημένο ως προς τα τρία αυτά βασικά χαρακτηριστικά. Το δείγμα περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών που διαμένουν και εργάζονται στην ευρύτερη περιοχή του νομού Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με ειδικό ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στους τόπους εργασίας και στις οικίες διαμονής των ερωτώμενων.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, παρατηρούμε ότι: Οι γυναίκες του δείγματος έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στις ενδιάμεσες κατηγορίες εισοδηματικής κατάταξης βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που αγγίζει το 80% (76,70%). Το ποσοστό των ασφαλισμένων του δείγματος είναι εξαιρετικά υψηλό και ανέρχεται σε 98,30%. Σημαντικά ποσοστά των ερωτώμενων του δείγματος δηλώνουν αυξημένη δυσκολία σε καθημερινές δραστηριότητες, ανεξάρτητα από την ηλικία.

Όσον αφορά το επόμενο στάδιο της εμπειρικής ανάλυσης, εκτιμήθηκαν τρία υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Για την εκτίμηση των υποδειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν διαδοχικά, το σύνολο των επισκέψεων σε χώρους υγείας, ο αριθμός των επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς και οι δαπάνες υγείας. Ειδικά για τις δαπάνες αξίζει να σημειωθεί ότι στο ποσό της δαπάνης σημειώνεται η συνολική αξία που κατέβαλε ο καταναλωτής για την απόκτηση της υπηρεσίας υγείας. Τα ποσά που καταγράφονται είναι καθαρά, δηλαδή δεν περιλαμβάνουν τα ποσά που τυχόν πήρε ή δικαιούται να πάρει το μέλος από έναν ασφαλιστικό οργανισμό, από το κράτος κ.λπ.

Τα κυριότερα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης, και για τα τρία υποδείγματα που εκτιμήθηκαν, δείχνουν ότι παράγοντες δημογραφικοί (φύλο, ηλικία), παράγοντες κοινωνικοί και οικονομικοί (επίπεδο εκπαίδευσης, ύπαρξη δημόσιας ασφάλισης, εισόδημα) και παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των ατόμων (ύπαρξη χρόνιας πάθησης, ύπαρξη επεισοδίου υγείας, επίπεδο υγείας όπως προκύπτει από αυτοαξιολόγηση) ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στις εξαρτημένες μεταβλητές, επηρεάζουν δηλαδή τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Οι οικονομετρικοί έλεγχοι δεν έδειξαν προβλήματα όσον αφορά την ερμηνευτικότητα των υποδειγμάτων ή την παραβίαση στατιστικών υποθέσεων του γραμμικού υποδείγματος. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εμπειρική ανάλυση, οι τιμές και τα πρόσημα των εκτιμώμενων συντελεστών και στα τρία υποδείγματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, συμβαδίζουν με τη θεωρία ζήτησης υπηρεσιών υγείας και τις εμπειρικές μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Συγκεκριμένα, από την εμπειρική ανάλυση προκύπτει ότι: Μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλότερο επίπεδο υγείας αυξάνουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας και αντίστροφα. Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συνεπάγεται αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Η ύπαρξη χρόνιας πάθησης ή επεισοδίου υγείας ασκεί θετική επίδραση στη ζήτηση. Η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης επιδρά θετικά στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει επίσης μία τάση για τις γυναίκες να κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Η εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης, στην περίπτωση του υποδείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή τις δαπάνες υγείας, βρέθηκε 0,30. Οι υπηρεσίες υγείας συνεπώς έχουν μία εισοδηματική ελαστικότητα της ζήτησης μικρότερη από 1. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία από τις **πρώτες ανάγκες** για το εξεταζόμενο αυτό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Acs, G. and J. Sabelhaus, (1995), "Trends in Out-Of-Pocket Spending on Health Care, 1980-1992", *Monthly Labor Review*, Vol. 118, No.12, pp. 35-45.
2. Akin, J.S., Guilkey, D.K. and E.H. Denton, (1995), "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation", *Social Science and Medicine*, Vol. 40, No.11, pp. 1527-1537.
3. Andersen, R., (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No.1, pp. 1-10.
4. Benzeval, M. and K. Judge, (1994), "The Determinants of Hospital Utilization: Implications for Resource Allocation in England", *Journal of Health Economics*, Vol. 3, No.2, pp. 105-116.
5. Blomqvist, A.G. and R.A. Carter, (1997), "Is Health Care Really A Luxury?", *Journal of Health Economics*, Vol. 16, No.2, pp. 207-229.
6. Cleary, P.D., Mechanic, D. and J.R. Greenley, (1982), "Sex Differences in Medical Care Utilization: An Empirical Investigation", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 23, No.2, pp. 106-119.
7. Couttolenc, B. and A. Nicoletta, "Private Health Insurance in Brazil: Features and Impact on Access and Utilization", Working Paper, Social Science Research Network (SSRN).
8. Duan, N., Manning, W.G., Morris, C.N. and J.P. Newhouse, (1983), "A Comparison of Alternative Models for the Demand for Medical Care", *Journal of Business and Economic Statistics*, Vol. 1, No.2, pp. 115-126.
9. Evans, R.G., (1974), "The Economics of Health and Medical Care", Wiley & Sons, New York.
10. Fabbri, D. and C. Monfardini, (2004), "Price Elasticity, Income and the Demand for Physician Visits", Working Paper No. 457, Department of Economics, University of Bologna.
11. Fernandez de la Hoz, K. and D.A. Leon, (1995), "Self-Perceived Health Status and Inequalities in Use of Health Services in Spain", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 25, No.3, pp. 593-603.

12. Field, K.S. and B.A. Briggs, (2001), "Socio-economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health Care, *Health and Social Care in the Community*, Vol. 9, No.5, pp. 294-308.
13. Finkelstein, M., (2001), "Utilization of Physicians' Services in Ontario", *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 165, No.5, pp. 565-570.
14. Gould, N. and E. Gould, (2001), "Health as a Consumption Object: Research Notes and Preliminary Investigation", *International Journal of Consumer Studies*, Vol. 25, No.2, pp. 90-101.
15. Gujarati, D., (2002), "*Basic Econometrics*", 4th Edition, McGraw-Hill, New York.
16. Heller, P., (1982), "A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia", *Social Science and Medicine*, Vol. 16, No.3, pp. 267-284.
17. Hotchkiss, D.R., Hutchinson, P.L., Malaj, A. and A.A. Berruti, (2005), "Out-Of-Pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts", *Health Policy*, Vol. 75, No.1, pp. 18-39.
18. Hunt-McCool, J. and B.F. Kiker, (1994), "Estimates of the Demand for Medical Care under Different Functional Forms", *Journal of Applied Econometrics*, Vol. 9, No.2, pp. 201-218.
19. Ichoku, H.E. and M. Leibbrandt, (2003), "Demand for Healthcare Services in Nigeria: A Multivariate Nested Logit Model", *African Development Review*, Vol. 15, No.3, pp. 396-424.
20. Ii, M. and Y. Ohkusa, (2002), "Price Sensitivity of the Demand for Medical Services for Minor Ailments: Econometric Estimates Using Information on Illnesses and Symptoms", *The Japanese Economic Review*, Vol. 53, No.2, pp. 154-166.
21. Kim, S.G., Yu, S.H., Park, W.S. and W.J. Chung, (2005), "Out-of-pocket Health Expenditures by Non-elderly and Elderly Persons in Korea", *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, Vol. 38, No.4, pp. 408-414.
22. Koc, C., (2004), "A Theoretical Rationale for an Inelastic Demand for Health Care", *Economics Letters*, Vol. 82, No.1, pp. 9-14.
23. Lam, C.L., Fong, D.Y., Lauder, I.J. and T.P. Lam, (2002), "The Effect of Health-Related Quality of Life (HRQOL) on Health Service Utilisation of a Chinese Population", *Social Science and Medicine*, Vol. 55, No.9, pp. 1635-1646.

24. Luft, H., Hershey, J.C. and J. Morrell, (1978), "Factors Affecting the Use of Physician Services in a Rural Community", *American Journal of Public Health*, Vol. 66, No.9, pp. 865-871.
25. Lynch, J.W., Due, P., Muntaner, C. and G. Davey-Smith, (2000), "Social Capital. Is it a Good Investment Strategy for Public Health?", *Journal of Epidemiology and Community*, Vol. 54, pp. 404-408.
26. Manning, W.G., Newhouse, J.P. and J.E. Ware, (1981), "*The Status of Health in Demand Estimation: Beyond Excellent, Good, Fair and Poor*", RAND Health Insurance Experiment Series, Santa Monica.
27. Mapelli, V., (1993), "Health Needs, Demand for Health Services and Expenditure Across Social Groups in Italy: An Empirical Investigation", *Social Science and Medicine*, Vol. 36, No.8, pp. 999-1009.
28. Mariko, M., (2003), "Quality of Care and the Demand for Health Services in Bamako, Mali: The Specific Roles of Structural, Process, and Outcome Components", *Social Science and Medicine*, Vol. 56, No.6, pp. 1183-1196.
29. Meesook, O., (1986), "Utilization of Health Services in Indonesia", *Social Science and Medicine*, Vol. 23, No.6, pp. 611-620.
30. Merzel, C. and J. Moon-Howard, (2002), "Access to Health Services in an Urban Community: Does Source of Care Make a Difference?", *Journal of Urban Health*, Vol. 79, No.2, pp. 186-199.
31. Miners, L.A., Greene, S.B., Salber, E.J. and R.M. Scheffler, (1978), "Demand for Medical Care in a Rural Setting: Racial Comparisons", *Health Services Research*, Vol. 13, No.3, pp. 261-275.
32. Miners, L., (1988), "Individual vs. Household Determinants of the Demand for Medical Care: A Study of Rural Families", *Journal of Family and Economic Issues*, Vol. 9, No.1, pp. 33-54.
33. Mocan, N., Tekin, E. and J.S. Zax, (2004), "The Demand for Medical Care in Urban China", *World Development*, Vol. 32, No.2, pp. 289-304.
34. Musgrove, P., (1983), "Family Health Care Spending in Latin America", *Journal of Health Economics*, Vol. 2, No.3, pp. 245-257.
35. Muurinen, J.M., (1982), "Demand for Health: A Generalized Grossman Model", *Journal of Health Economics*, Vol. 1, No.1, pp. 5-28.

36. Mwabu, G., (1986), "Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya", *Social Science and Medicine*, Vol. 22, No.3, pp. 315-319.
37. Pappa, E. and D. Niakas, (2006), "Assessment of Health Care Needs and Utilization in a Mixed Public-Private System: The Case of the Athens Area", *BMC Health Services Research*, Vol. 6, pp. 146-156.
38. Parker, S.W. and R. Wong, (1997), "Household Income and Health Care Expenditures in Mexico", *Health Policy*, Vol. 40, No.3, pp. 237-255.
39. Parslow, R., Jorm, A., Christensen, H., Jacomb, P. and B. Rodgers, (2004), "Gender Differences in Factors Affecting Use of Health Services: An Analysis of a Community Study of Middle-aged and Older Australians", *Social Science and Medicine*, Vol. 59, No.10, pp. 2121-2129.
40. Phelps, C.E., (1986), "Induced Demand-Can We Ever Know Its Extend", *Journal of Health Economics*, Vol. 5, pp. 355-365.
41. Propper, C., (2000), "The Demand for Private Health Care in the UK", *Journal of Health Economics*, Vol. 19, pp. 855-876.
42. Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, J.R. and F. Rodriguez-Artalejo, (2006), "Gender Differences in the Utilization of Health-Care Services Among the Older Adult Population of Spain", *BMC Public Health*, Vol. 6, pp. 152-159.
43. Ritter, P.L., Stewart, A.L., Kaymaz, H., Sobel, D.S., Block, D.A. and K.R. Lorig, (2001), "Self-Reports of Health Care Utilization Compared to Provider Records", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 54, No.2, pp. 136-141.
44. Saltman, R.B. and J. Figueras, (1997), "*European health care reform. Analysis of current strategies*", World Health Organization, Copenhagen: Regional Office for Europe.
45. Sindelar, J., (1982), "Differential Use of Medical Care by Sex", *Journal of Political Economy*, Vol. 90, No.5, pp. 1003-1019.
46. Sorkin, A.L., (1989), "Some Economic Aspects of the Demand for Health Services", *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, Vol. 5, No.11, pp. 610-620.
47. Stuart, B. and J. Grana, (1998), "Ability to Pay and the Decision to Medicate", *Medical Care*, Vol. 36, No.2, pp. 202-211.

48. Su, T., Pokhrel, S., Gbangou, A. and S. Flessa, (2006), "Determinants of Household Health Expenditure on Western Institutional Health Care", *The European Journal of Health Economics*, Vol. 7, No.3, pp. 199-207.
49. Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. and K. Souliotis, (2005), "The "Unexpected" Growth of the Private Health Sector in Greece", *Health Policy*, Vol. 74, pp. 167-180.
50. Van Dalen, H.P., (2006), "*When Health Care Insurance Does Not Make A Difference – The Case of Health Care in China*", Working Paper, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
51. Van der Heyden, J.H., Demarest, S., Tafforeau, J. and H. Van Oyen, (2003), "Socio-economic Differences in the Utilisation of Health Services in Belgium", *Health Policy*, Vol. 65, No.2, pp. 153-165.
52. Wagstaff, A., (1986), "The Demand for Health: Some New Empirical Evidence", *Journal of Health Economics*, Vol. 5, No.3, pp. 195-233.
53. Wagstaff, A., (1986), "The Demand for Health: Theory and Applications", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 40, No.1, pp. 1-11.
54. Wedig, G.J., (1988), "Health Status and the Demand for Health: Results on Price Elasticities", *Journal of Health Economics*, Vol. 7, No.2, pp. 151-163.
55. WHO, (1978), "*Alma-Ata. Primary Health Care*", Health Care for All, Series No.1, Geneve.
56. Williams, A., (1988), "Health Economics: The End of Clinical Freedom", *British Medical Journal*, Vol. 297, pp. 1183-1186.

B. Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Βοζικάκη, Μ. και Λ. Μπορμπουδάκη, (2005), *“Ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας σε τυχαιοποιημένο δείγμα ατόμων άνω των πενήντα ετών στην Ελλάδα”*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
2. Ζάβρας, Δ. και Ι. Πανάρετος, (2003), *“Στατιστικά Υποδείγματα Μελέτης της Χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα”*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Στατιστικής, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
3. IOBE, (2005), *“Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ”*, Εκδόσεις IOBE, Αθήνα.
4. Κυριόπουλος, Γ., (1985), *“Κοινωνιολογία-Ψυχολογία”*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
5. Κυριόπουλος, Γ., (1999), *“Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω”*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
6. Κυριόπουλος, Γ. και Κ. Σουλιώτης, (2002), *“Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας”*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
7. Κυριόπουλος, Γ. και Χ. Οικονόμου, (2003), *“Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό”*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
8. Μαρούδιας, Ν., (2001), *“Ανθρώπινοι Πόροι, Ιατρικό Προσωπικό στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα, Πραγματικότητα και Προοπτικές”*, Υπουργείο Υγείας Κύπρου & ΕΣΥ.
9. Ματσαγγάνης, Μ. και Θ. Μητράκος, (2000), *“Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα”*, *Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής*, Τεύχος 5^ο, σελ. 119-148.
10. Μόσιαλος, Η., (1990), *“Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα”*, Αθήνα.
11. Μπέσης, Ν., (1993), *“Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας”*, Ειδικά Κλαδικά Θέματα Νο.1, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα.
12. Πασιαρδής, Π., Πασιουρτίδου, Ν. και Ν. Ρωστάντη, (2006), *“Ανάλυση Δαπανών Υγείας: Ανασκόπηση, Συγκρίσεις και Προοπτικές”*, Δοκίμια Οικονομικής Πολιτικής, Κέντρο Οικονομικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Κύπρου.
13. Σακελλαρόπουλος, Θ., (2001), *“Υπερεθνικές κοινωνικές πολιτικές την εποχή της παγκοσμιοποίησης”*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
14. Σουλιώτης, Κ., (2000), *“Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας”*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

15. Σουλιώτης, Κ., (2006), *“Πολιτική και Οικονομία της Υγείας”*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
16. Σταυρινός, Β., (1984), *“Οικονομετρία, Τόμος Α΄ Θεωρία”*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
17. Τριχόπουλος, Δ., (1982), *“Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές”*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.
18. Υφαντόπουλος, Γ., (2003), *“Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική”*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Γ. Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

1. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ): www.statistics.gr
2. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and development): www.oecd.org
3. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization): www.who.int
4. World Health Organization - Regional Office for Europe: www.euro.who.int

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	
Κωδικοποίηση	Μεταβλητές του Ερωτηματολογίου
ΕΝΟΤΗΤΑ 1	A. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά
Sex	Φύλο ερωτώμενου
Age	Ηλικία ερωτώμενου
Ethnic	Εθνικότητα του ερωτώμενου (Ψευδομεταβλητή, 1 = Ελληνική υπηκοότητα, 0 = άλλη περίπτωση)
PlaceLiv	Περιοχή στην οποία διαμένει ο ερωτώμενος
Family	Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενου
Members	Αριθμός μελών του νοικοκυριού του ερωτώμενου
Havekids	Ο Ερωτώμενος έχει παιδιά
Numkids	Αριθμός των παιδιών του ερωτώμενου
AgeKids	Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών του ερωτώμενου
KidsLiv	Τα παιδιά μένουν στην ίδια οικία με τους γονείς τους
ΕΝΟΤΗΤΑ 2	B. Κοινωνικά και Οικονομικά Χαρακτηριστικά
Education	Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου
Job	Το είδος της απασχόλησης του ερωτώμενου
IncMonth	Μηνιαίο ατομικό εισόδημα του ερωτώμενου (κύρια απασχόληση)
IncOther	Ύπαρξη εισοδήματος σε μηνιαία βάση από άλλες πηγές
IncOEur	Εισόδημα σε μηνιαία βάση από άλλες πηγές
MembersWork	Συνολικά τα μέλη του νοικοκυριού που εργάζονται
IncHouse	Μηνιαίο εισόδημα (από όλες τις πηγές) του νοικοκυριού του ερωτώμενου
Apotam	Μηνιαία αποταμίευση του ερωτώμενου
IncEnough	Το εισόδημα του οικονομικά “επικεφαλής” καλύπτει τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού
Insrn	Ο ερωτώμενος έχει κάποια ασφαλιστική κάλυψη
PublInsrn	Ο ερωτώμενος έχει δημόσια ασφάλιση
PrivInsrn	Ο ερωτώμενος έχει ιδιωτική ασφάλιση
InsIKA	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στο ΙΚΑ

InsOGA	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ
InsOPAD	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στον ΟΠΑΔ (ΥΠΑΔ)
InsTEBE	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στο ΤΕΒΕ
InsTSMEDE	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στο ΤΣΜΕΔΕ
InsNAT	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στο NAT
InsTAE	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος στο ΤΑΕ
InsOther	Ο ερωτώμενος είναι ασφαλισμένος σε άλλο ασφαλιστικό ταμείο
PrHealIns	Ο ερωτώμενος έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας
PrHealCost	Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ετησίως)
Foodetc	Ποσό δαπάνης του νοικοκυριού μηνιαίως (σε Ευρώ) για τρόφιμα και βασικά είδη
Educat	Ποσό δαπάνης του νοικοκυριού μηνιαίως (σε Ευρώ) για εκπαίδευση
CarOrMotor	Ο ερωτώμενος διαθέτει μεταφορικό μέσο
HomeOwn	Ο ερωτώμενος έχει δική του κατοικία
HomeRent	Ο ερωτώμενος ενοικιάζει κατοικία
HomeFrRel	Ο ερωτώμενος διαμένει μόνιμα σε φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα
RentPaym	Ποσό ενοικίου μηνιαίως
m2	Τα m ² του σπιτιού που διαμένει ο ερωτώμενος
NumRooms	Αριθμός δωματίων του σπιτιού που διαμένει ο ερωτώμενος
HostDiffEthn	Το νοικοκυριό του ερωτώμενου φιλοξενεί άτομα διαφορετικής εθνικότητας
HostFrRel	Το νοικοκυριό του ερωτώμενου φιλοξενεί μόνιμα φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα
HostSerious	Το νοικοκυριό του ερωτώμενου φιλοξενεί άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας
HostNoIns	Το νοικοκυριό του ερωτώμενου φιλοξενεί άτομα χωρίς καμία ασφαλιστική κάλυψη
ENOTHTA 3	Γ. Χαρακτηριστικά Υγείας
HealthToday	Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του ερωτώμενου τη στιγμή της συνέντευξης

HealthYear	Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του ερωτώμενου κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών
DificMove	Αυτοαξιολόγηση της δυσκολίας που έχει ο ερωτώμενος με τις καθημερινές του μετακινήσεις τις τελευταίες 30 μέρες
DificSelf	Αυτοαξιολόγηση της δυσκολίας που έχει ο ερωτώμενος με την αυτοεξυπηρέτησή του τις τελευταίες 30 μέρες
DificJob	Αυτοαξιολόγηση της δυσκολίας που έχει ο ερωτώμενος με την εργασία του ή τις δουλειές του σπιτιού τις τελευταίες 30 μέρες
DificFocus	Αυτοαξιολόγηση της δυσκολίας που έχει ο ερωτώμενος με το να συγκεντρωθεί ή να θυμηθεί κάτι τις τελευταίες 30 μέρες
DificSocial	Αυτοαξιολόγηση της δυσκολίας που έχει ο ερωτώμενος με τις προσωπικές του σχέσεις τις τελευταίες 30 μέρες
Pain	Αυτοαξιολόγηση του πόνου και της δυσφορίας που αισθάνθηκε ο ερωτώμενος τις τελευταίες 30 μέρες
Sorrow	Αυτοαξιολόγηση της λύπης και της ανησυχίας που αισθάνθηκε ο ερωτώμενος τις τελευταίες 30 μέρες
Stress	Αυτοαξιολόγηση του άγχους και της νευρικότητας που αισθάνθηκε ο ερωτώμενος τις τελευταίες 30 μέρες
UnableHWork	Αριθμός ημερών που ο ερωτώμενος ήταν εντελώς αδύναμος να κάνει οποιαδήποτε δουλειά στο σπίτι
UnableJob	Αριθμός ημερών που ο ερωτώμενος ήταν εντελώς αδύναμος να πάει στη δουλειά του
Concern	Το μέγεθος της ανησυχίας του ερωτώμενου (5βάθμια κλίμακα) για την μελλοντική κατάσταση της υγείας του
MedUse	Ο ερωτώμενος κάνει χρήση φαρμάκων αυτή την περίοδο
MedSelf	Ο ερωτώμενος συνηθίζει να παίρνει φάρμακα ή να ακολουθεί θεραπείες μόνος του, χωρίς να έχει συμβουλευτεί γιατρό
Hepisode	Τους τελευταίους 12 μήνες ο ερωτώμενος είχε κάποιο επεισόδιο με την υγεία του
Chronic	Ο ερωτώμενος έχει μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις
Smok	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού καπνίσματος
Alcoh	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών

FastFood	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού κατανάλωσης φαγητού εκτός σπιτιού
HlikSmoke	Ηλικία έναρξης του καπνίσματος
HlikDrink	Ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών
Training	Αυτοαξιολόγηση του βαθμού άθλησης του ερωτώμενου
GenerDoc	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες γενικού γιατρού τους τελευταίους 2 μήνες
Dental	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε οδοντιατρικές υπηρεσίες τους τελευταίους 2 μήνες
SpecDoc	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες ειδικού γιατρού τους τελευταίους 2 μήνες
Physiother	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες φυσιοθεραπευτή τους τελευταίους 2 μήνες
Chiropract	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες χειροπράκτη τους τελευταίους 2 μήνες
Bonesetter	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες παραδοσιακού θεραπευτή (πρακτικού) τους τελευταίους 2 μήνες
HospServ	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείου τους τελευταίους 2 μήνες
Hosp	Οι φορές που έγινε εισαγωγή του ερωτώμενου σε νοσοκομείο τους τελευταίους 2 μήνες
Pharm	Οι φορές που ο ερωτώμενος επισκέφθηκε φαρμακείο (όπου μίλησε για την ασθένεια του και τη θεραπεία της και δεν αγόρασε απλώς φάρμακα) τους τελευταίους 2 μήνες
HomeMed	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε υπηρεσίες υγείας κατ'οίκον τους τελευταίους 2 μήνες
OtherMed	Οι φορές που ο ερωτώμενος χρησιμοποίησε άλλες υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιδιωτική κλινική ή διαγνωστικό κέντρο) τους τελευταίους 2 μήνες
SysUse	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ο ερωτώμενος έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα

PerUse	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ο ερωτώμενος έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα
ExpHealth	Ιδιωτικές δαπάνες υγείας του ερωτώμενου τους τελευταίους 2 μήνες
Access	Αυτοαξιολόγηση της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας
QualServ	Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της εξυπηρέτησης που δέχθηκε ο ερωτώμενος
QualPlace	Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας του γενικότερου περιβάλλοντος των χώρων υγείας συνολικά
Clean	Αυτοαξιολόγηση της καθαριότητας των χώρων υγείας συνολικά
LastUse	Η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψη του ερωτώμενου (για φροντίδα υγείας) σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε έναν υγειονομικό

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στρωματοποίηση ανά δήμο, ως προς την πυκνότητα του πληθυσμού, το φύλο και την ηλικία.

<i>ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ</i>		<i>ΠΟΣΟΣΤΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>ΔΕΙΓΜΑ</i>	<i>ΔΕΙΓΜΑ</i>	
ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ					
15-24	57378	5.96%	20.85	21	
25-39	104834	10.89%	38.10	38	
40-54	76743	7.97%	27.89	28	
55-64	35937	3.73%	13.06	13	
65-79	42336	4.40%	15.39	15	
80 και άνω	11034	1.15%	4.01	4	
			0.00		119
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	57084	5.93%	20.74	21	
25-39	98003	10.18%	35.62	36	
40-54	88372	9.18%	32.12	32	
55-64	46465	4.82%	16.89	17	
65-79	62954	6.54%	22.88	23	
80 και άνω	17731	1.84%	6.44	6	
			0.00		135
			0.00		
ΔΗΜΟΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ			0.00		
			0.00		
ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	5538	0.58%	2.01	2	
25-39	9296	0.97%	3.38	3	
40-54	9132	0.95%	3.32	3	
55-64	4406	0.46%	1.60	2	
65-79	3926	0.41%	1.43	1	
80 και άνω	709	0.07%	0.26	1	
			0.00		12
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	5875	0.61%	2.14	2	
25-39	10819	1.12%	3.93	4	
40-54	10337	1.07%	3.76	4	
55-64	4528	0.47%	1.65	2	
65-79	4635	0.48%	1.68	2	
80 και άνω	1223	0.13%	0.44	1	
			0.00		15
			0.00		
ΔΗΜΟΣ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ			0.00		
			0.00		
ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	4628	0.48%	1.68	2	
25-39	7830	0.81%	2.85	3	
40-54	7344	0.76%	2.67	3	
55-64	3889	0.40%	1.41	1	
65-79	3694	0.38%	1.34	1	
80 και άνω	782	0.08%	0.28	1	
			0.00		11
			0.00		

ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ					
15-24	4884	0.51%	1.77	2	
25-39	8806	0.91%	3.20	3	
40-54	9020	0.94%	3.28	3	
55-64	4348	0.45%	1.58	2	
65-79	4583	0.48%	1.67	2	
80 και άνω	1247	0.13%	0.45	1	
			0.00		13
			0.00		
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ			0.00		
			0.00		
ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	10971	1.14%	3.99	4	
25-39	19333	2.01%	7.03	7	
40-54	15037	1.56%	5.46	5	
55-64	6901	0.72%	2.51	3	
65-79	7161	0.74%	2.60	3	
80 και άνω	1228	0.13%	0.45	1	
			0.00		23
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	10932	1.14%	3.97	4	
25-39	18803	1.95%	6.83	7	
40-54	15045	1.56%	5.47	5	
55-64	7613	0.79%	2.77	3	
65-79	9028	0.94%	3.28	3	
80 και άνω	1867	0.19%	0.68	1	
			0.00		23
			0.00		
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΥΒΙΩΝ ΒΟΡΙΚΟΥ			0.00		
			0.00		
ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	727	0.08%	0.26	1	
25-39	1171	0.12%	0.43	1	
40-54	985	0.10%	0.36	1	
55-64	684	0.07%	0.25	1	
65-79	786	0.08%	0.29	1	
80 και άνω	120	0.01%	0.04	1	
			0.00		6
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ			0.00		
15-24	600	0.06%	0.22	1	
25-39	1106	0.11%	0.40	1	
40-54	1083	0.11%	0.39	1	
55-64	698	0.07%	0.25	1	
65-79	715	0.07%	0.26	1	
80 και άνω	152	0.02%	0.06	1	
					6
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	963096	100.00%	350.00	363	363

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Πίνακας 3.1
Περιγραφική στατιστική όλου του δείγματος

Μεταβλητές	Μέγεθος δείγματος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
SEX	363	0	1	0,470	0,500
AGE	363	19	80	39,330	12,770
Ethnicity	363	0	1	0,990	0,091
PLACELIV	363	1	5	1,720	1,220
FAMILY	363	1	5	1,750	0,770
MEMBERS	363	1	7	3,130	1,130
HAVEKIDS	363	0	1	0,520	0,500
NUMKIDS	363	-9	4	-3,420	5,350
AGEKIDS	363	-9	46	5,280	15,480
KIDSLIV	363	-9	1	-3,820	4,950
Education	363	2	7	3,980	1,130
JOB	363	1	12	3,130	3,160
INCMONTH	363	-9	11	3,630	2,110
INCOTHER	363	0	1	0,360	0,480
INCOEUR	363	-9	10	-4,910	5,640
MembersWork	363	0	5	1,960	0,780
INCHOUSE	363	1	8	3,660	1,600
APOTAM	363	-9	10	2,710	3,200
INSNAT	363	0	0	0,000	0,000
INSTAE	363	0	1	0,017	0,130
INSOTHER	363	0	1	0,110	0,310
PrHealIns	363	0	1	0,210	0,410
PrHealCost	363	-9	5000	204,020	514,340
Foodetc	363	4	7	6,560	0,820
Educat	363	1	7	3,610	2,330
CarOrMotor	363	0	1	0,710	0,460
HOMEOWN	363	0	1	0,670	0,470
IncEnough	363	0	1	0,620	0,490
INSRN	363	0	1	0,980	0,130

PublInsrn	363	0	1	0,980	0,130
PrivInsrn	363	0	1	0,210	0,410
INSIKA	363	0	1	0,670	0,470
INSOGA	363	0	1	0,011	0,100
INSOPAD	363	0	1	0,077	0,270
INSTEBE	363	0	1	0,091	0,290
InsTSMEDe	363	0	1	0,008	0,091
HealthToday	363	1	4	1,830	0,690
HealthYear	363	1	4	1,880	0,690
DificMove	363	1	5	1,870	0,990
DificSelf	363	1	5	1,100	0,410
DIFICJOB	363	1	5	1,620	0,810
DificFocus	363	1	5	1,720	0,840
DificSocial	363	1	5	1,540	0,810
PAIN	363	1	5	1,710	0,910
SORROW	363	1	5	1,980	0,940
HOMERENT	363	0	1	0,160	0,360
HomeFrRel	363	0	1	0,170	0,370
RENTPAYM	363	-9	700	63,940	176,430
M2	363	35	360	98,480	39,510
NUMROOMS	363	1	10	3,790	1,280
HostDiffEthn	363	0	1	0,033	0,180
HostFrRel	363	0	1	0,088	0,280
HostSerious	363	0	1	0,160	0,370
HostNoIns	363	0	1	0,047	0,210
SMOKING	363	1	5	2,050	1,180
ALCOHOL	363	1	5	1,860	0,850
FASTFOOD	363	1	5	2,180	0,890
HLIKSMOKE	363	-9	70	5,910	14,930
HLIKDRINK	363	-9	70	8,840	14,830
TRAINING	363	1	5	2,410	1,170
GENERDOC	363	0	4	0,550	0,770
DENTAL	363	0	6	0,590	1,080
SPECDOC	363	0	10	0,520	1,110
STRESS	363	1	5	2,680	1,060

UnableHWork	363	0	25	1,640	3,170
UnableJob	363	-9	30	1,060	4,860
CONCERN	363	1	5	2,290	0,880
MEDUSE	363	0	1	0,320	0,470
MEDSELF	363	0	1	0,150	0,350
HEPISODE	363	0	1	0,260	0,440
CHRONIC	363	0	1	0,310	0,460
Physiother	363	0	11	0,160	0,840
Chiropract	363	0	1	0,022	0,150
Bonesetter	363	0	1	0,017	0,130
HOSPSERV	363	0	4	0,190	0,550
HOSP	363	0	1	0,030	0,170
PHARM	363	0	5	0,380	0,830
HOMEMED	363	0	1	0,019	0,140
OTHERMED	363	0	4	0,210	0,600
TOTAL	363	0	19	2,690	2,870
SYSUS	363	0	1	0,200	0,400
PERUS	363	0	1	0,200	0,400
ExpHealth	363	-9	10	2,370	2,330
ACCESS	363	1	5	2,880	0,990
QUALSERV	363	1	5	3,160	0,920
QualPlace	363	1	5	2,930	0,950
CLEAN	363	1	5	3,030	0,930
LASTUSE	363	1	4	2,040	0,960

Πίνακας 3.2
Περιγραφική στατιστική όλου του δείγματος μετά την απαλοιφή παρατηρήσεων

Μεταβλητές	Μέγεθος δείγματος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
SEX	363	0	1	0,470	0,500
AGE	363	19	80	39,330	12,770
Ethnicity	363	0	1	0,990	0,091
PLACELIV	363	1	5	1,720	1,220
FAMILY	363	1	5	1,750	0,770
MEMBERS	363	1	7	3,130	1,130
HAVEKIDS	363	0	1	0,520	0,500
NUMKIDS	190	1	4	1,660	0,600
AGEKIDS	190	1	46	18,280	10,110
KIDSLIV	190	0	1	0,890	0,310
Education	363	2	7	3,980	1,130
JOB	363	1	12	3,130	3,160
INCMONTH	363	0	11	3,630	2,110
INCOTHER	363	0	1	0,360	0,480
INCOEUR	130	1	10	2,410	2,250
MembersWork	363	0	5	1,960	0,780
INCHOUSE	363	1	8	3,660	1,600
APOTAM	363	0	10	2,710	3,200
INSNAT	363	0	0	0,000	0,000
INSTAE	363	0	1	0,017	0,130
INSOTHER	363	0	1	0,110	0,310
PrHeallns	363	0	1	0,210	0,410
PrHealCost	78	265	5000	982,370	679,740
Foodetc	363	4	7	6,560	0,820
Educat	363	1	7	3,610	2,330
CarOrMotor	363	0	1	0,710	0,460
HOMEOWN	363	0	1	0,670	0,470
IncEnough	363	0	1	0,620	0,490
INSRN	363	0	1	0,980	0,130
PublInsrn	363	0	1	0,980	0,130
PrivInsrn	363	0	1	0,210	0,410

INSIKA	363	0	1	0,670	0,470
INSOGA	363	0	1	0,011	0,100
INSOPAD	363	0	1	0,077	0,270
INSTEBE	363	0	1	0,091	0,290
InsTSMEDe	363	0	1	0,008	0,091
HealthToday	363	1	4	1,830	0,690
HealthYear	363	1	4	1,880	0,690
DificMove	363	1	5	1,870	0,990
DificSelf	363	1	5	1,100	0,410
DIFICJOB	363	1	5	1,620	0,810
DificFocus	363	1	5	1,720	0,840
DificSocial	363	1	5	1,540	0,810
PAIN	363	1	5	1,710	0,910
SORROW	363	1	5	1,980	0,940
HOMERENT	363	0	1	0,160	0,360
HomeFrRel	363	0	1	0,170	0,370
RENTPAYM	57	230	700	455,530	126,780
M2	363	35	360	98,480	39,510
NUMROOMS	363	1	10	3,790	1,280
HostDiffEthn	363	0	1	0,033	0,180
HostFrRel	363	0	1	0,088	0,280
HostSerious	363	0	1	0,160	0,370
HostNoIns	363	0	1	0,047	0,210
SMOKING	363	1	5	2,050	1,180
ALCOHOL	363	1	5	1,860	0,850
FASTFOOD	363	1	5	2,180	0,890
HLIKSMOKE	189	10	70	19,650	5,830
HLIKDRINK	226	10	70	19,650	6,530
TRAINING	363	1	5	2,410	1,170
GENERDOC	363	0	4	0,550	0,770
DENTAL	363	0	6	0,590	1,080
SPECDOC	363	0	10	0,520	1,110
STRESS	363	1	5	2,680	1,060
UnableHWork	363	0	25	1,640	3,170
UnableJob	339	0	30	1,770	4,200

CONCERN	363	1	5	2,290	0,880
MEDUSE	363	0	1	0,320	0,470
MEDSELF	363	0	1	0,150	0,350
HEPISEDE	363	0	1	0,260	0,440
CHRONIC	363	0	1	0,310	0,460
Physiother	363	0	11	0,160	0,840
Chiropract	363	0	1	0,022	0,150
Bonesetter	363	0	1	0,017	0,130
HOSPSERV	363	0	4	0,190	0,550
HOSP	363	0	1	0,030	0,170
PHARM	363	0	5	0,380	0,830
HOMEMED	363	0	1	0,019	0,140
OTHERMED	363	0	4	0,210	0,600
TOTAL	363	0	19	2,690	2,870
SYSUS	363	0	1	0,200	0,400
PERUS	363	0	1	0,200	0,400
ExpHealth	363	0	10	2,370	2,330
ACCESS	363	1	5	2,880	0,990
QUALSERV	363	1	5	3,160	0,920
QualPlace	363	1	5	2,930	0,950
CLEAN	363	1	5	3,030	0,930
LASTUSE	363	1	4	2,040	0,960

Πίνακας 3.3
Κατανομή συχνοτήτων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Γυναίκες	192	52,9
Άνδρες	171	47,1
Σύνολο	363	100,0

Πίνακας 3.4
Κατανομή ανδρών και γυναικών ως προς την περιοχή διαμονής

		Περιοχή διαμονής					Σύνολο
		Δήμος Αθηναίων	Δήμος Γλυφάδας	Δήμος Αμαρουσίου	Δήμος Περιστερίου	Δήμος Καλυβίων	
Φύλο	Γυναίκες	135	15	13	23	6	192
	Άνδρες	119	12	11	23	6	171
Σύνολο		254	27	24	46	12	363

Πίνακας 3.5
Κατανομή συχνοτήτων για την ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
15-24	60	16,49
25-39	106	29,07
40-54	88	24,20
55-64	43	11,98
65-79	53	14,52
80 και άνω	13	3,75
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 3.6
Κατανομή συχνοτήτων για την εθνικότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αλλοδαπή	3	0,80
Ελληνική	360	99,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 3.7
Κατανομή συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγαμος/η	133	36,60
Παντρεμένος/η	211	58,10
Συμβίωση	4	1,10
Διαζευγμένος/η	7	1,90
Χήρος/α	8	2,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 3.8
Κατανομή συχνοτήτων για το μέγεθος των νοικοκυριών

Μέλη νοικοκυριού	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1	30	8,30
2	76	20,90
3	109	30,00
4	120	33,10
5	21	5,80
6	6	1,70
7	1	0,30
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 3.9
Κατανομή συχνοτήτων για τους γονείς

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έχουν παιδιά	190	52,30
Δεν έχουν παιδιά	173	47,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 3.10
Κατανομή συχνοτήτων για τον αριθμό των παιδιών*

Αριθμός παιδιών	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1	77	40,50
2	102	53,70
3	10	5,30
4	1	0,50
Σύνολο	190	100,00

*των γονέων του δείγματος

Πίνακας 3.11
Κατανομή συχνοτήτων για τον μέσο όρο ηλικίας των παιδιών*

Μέσος όρος ηλικίας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1	5	2,60
2	1	0,50
3	6	3,20
4	7	3,70
5	6	3,20
6	6	3,20
7	3	1,60
8	6	3,20
9	3	1,60
10	2	1,10
11	3	1,60
12	8	4,20
13	9	4,70
14	3	1,60
15	9	4,70
16	7	3,70
17	4	2,10
18	7	3,70
19	5	2,60
20	10	5,30
21	9	4,70
22	7	3,70
23	6	3,20
24	5	2,60
25	7	3,70
26	5	2,60
27	16	8,40
28	7	3,70
30	5	2,60
32	1	0,50
38	2	1,10
39	3	1,60
40	2	1,10
44	2	1,10
45	1	0,50
46	2	1,10
Σύνολο	190	100,0

*των γονέων του δείγματος

Πίνακας 3.12
Κατανομή συχνότητων για την κατάσταση διαμονής των παιδιών*

Στην ίδια οικία με τους γονείς	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	169	88,90
ΟΧΙ	21	11,10
Σύνολο	190	100,00

*των γονέων του δείγματος

Πίνακας 3.13
Κατανομή ανδρών και γυναικών ως προς την οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή κατάσταση					Σύνολο
		Άγαμος/η	Παντρεμένος/η	Συμβίωση	Διαζευγμέ- νος/η	Χήρος/α	
Φύλο	Γυναίκες	67	114	1	5	5	192
	Άνδρες	66	97	3	2	3	171
Σύνολο		133	211	4	7	8	363

Πίνακας 3.14
Κατανομή ανδρών και γυναικών ως προς την ύπαρξη τέκνων

		Γονείς		Σύνολο
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Φύλο	Γυναίκες	102	90	192
	Άνδρες	88	83	171
Σύνολο		173	190	363

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Πίνακας 4.1
Κατανομή συχνοτήτων για το επίπεδο εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος-η	0	0,00
Δημοτικό	13	3,60
Δ/βάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο ή Λύκειο ή Τεχνικό Λύκειο-Τεχνική Σχολή)	148	40,80
Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK) και συναφείς σχολές	74	20,40
Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ - ΚΑΤΕΕ	95	26,20
Κάτοχος διπλώματος μεταπτυχιακών σπουδών (Master)	26	7,20
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος (Ph.D)	7	1,90
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.2
Κατανομή συχνοτήτων για την απασχόληση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ευρύτερος δημόσιος τομέας (υπάλληλος σε Υπουργεία, ΔΕΚΟ, ΟΤΑ, ΝΠΔΔ)	110	30,3
Υπάλληλος στον ιδιωτικό τομέα	156	43,0
Ελεύθερος-η επαγγελματίας	30	8,30
Διευθυντής/ρια - ανώτερο στέλεχος στον ιδιωτικό τομέα	10	2,80
Ιδιοκτήτης/ρια μικρού μεγέθους επιχείρησης (απασχολούνται έως 10 άτομα)	4	1,10
Ιδιοκτήτης/ρια μεσαίου μεγέθους επιχείρησης (απασχολούνται πάνω από 10 άτομα)	1	0,30
Τεχνικός - Εργάτης πρώτων υλών	1	0,30
Οικιακά	5	1,40
Συνταξιούχος	23	6,30
Φοιτητής/τρια	15	4,10
Ανεργος-η	8	2,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.3
Κατανομή συχνοτήτων για το εισόδημα από την κύρια απασχόληση

Καθαρό μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	28	7,70
Έως 500	29	8,00
501 - 800	45	12,40
801 - 1100	71	19,60
1101 - 1400	74	20,40
1401 - 1700	67	18,50
1701 - 2000	25	6,90
2001 - 2300	9	2,50
2301 - 2600	6	1,70
2601 - 2900	2	0,60
2901 - 3200	3	0,80
3201 και άνω	4	1,10
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.4
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη εισοδήματος από άλλες πηγές

Ύπαρξη εισοδήματος από άλλες πηγές	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	130	35,80
ΟΧΙ	233	64,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.5
Κατανομή συχνοτήτων για το ύψος του εισοδήματος από άλλες πηγές

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 500 ευρώ	68	52,30
501 - 800	22	16,90
801 - 1100	18	13,80
1101 - 1400	5	3,80
1401 - 1700	4	3,10
1701 - 2000	3	2,30
2001 - 2300	2	1,50
2601 - 2900	5	3,80
2901 - 3200	3	2,30
Σύνολο	130	100,00

Πίνακας 4.6
Κατανομή συχνοτήτων για τα μέλη του νοικοκυριού που εργάζονται

Αριθμός μελών	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	10	2,80
1	70	19,30
2	223	61,40
3	46	12,70
4	12	3,30
5	2	0,60
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.7
Κατανομή συχνοτήτων για το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 1.000 ευρώ	14	3,90
1.001 - 2.000	67	18,50
2.001 - 3.000	110	30,30
3.001 - 4.000	100	27,50
4.001 - 5.000	28	7,70
5.001 - 6.000	16	4,40
6.001 - 7.000	10	2,80
7.001 και άνω	18	5,00
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.8
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ασφάλισης

Ύπαρξη ασφάλισης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	357	98,30
ΟΧΙ	6	1,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.9
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη δημόσιας ασφάλισης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	357	98,30
ΟΧΙ	6	1,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.10
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	78	21,50
ΟΧΙ	285	78,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.11
Κατανομή συχνοτήτων για το ταμείο κύριας ασφάλισης

Ταμείο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΙΚΑ	243	68,07
ΟΓΑ	4	1,12
ΥΠΑΔ (ΟΠΑΔ)	28	7,84
ΤΕΒΕ	33	9,24
ΤΣΜΕΔΕ	3	0,84
NAT	0	0
ΤΑΕ	6	1,68
Άλλο ταμείο	40	11,21
Σύνολο	357	100,00

Πίνακας 4.12
Κατανομή συχνοτήτων για την αποταμίευση

Αποταμίευση σε ευρώ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	136	37,50
έως 50 €	57	15,70
51 - 100	37	10,20
101 - 150	16	4,40
151 - 200	19	5,20
201 - 250	16	4,40
251 - 300	24	6,60
301 - 350	14	3,90
351 - 400	13	3,60
401 - 450	9	2,50
451 και άνω	22	6,10
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.13
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	78	21,50
ΟΧΙ	285	78,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.14
Κατανομή συχνοτήτων για τις δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε ετήσια βάση

Αποταμίευση σε ευρώ	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
έως 500 €	14	17,95
501 - 1000	44	56,41
1001 - 1500	11	14,10
1501 - 2000	5	6,41
2001 - 2500	3	3,85
2501 - 3000	0	0,00
3001 - 3500	0	0,00
3501 - 4000	0	0,00
4001 - 4500	0	0,00
4501 και άνω	1	1,28
Σύνολο	78	100,00

Πίνακας 4.15
Κατανομή συχνοτήτων για τις δαπάνες του νοικοκυριού για τρόφιμα και βασικά είδη

€	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 50	0	0,00
51 - 100	0	0,00
101 - 150	0	0,00
151 - 200	16	4,40
201 - 250	28	7,70
251 - 300	56	15,40
301 και άνω	263	72,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.16
Κατανομή συχνοτήτων για τις δαπάνες του νοικοκυριού για εκπαίδευση

€	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 50	100	27,50
51 - 100	56	15,40
101 - 150	41	11,30
151 - 200	41	11,30
201 - 250	24	6,60
251 - 300	15	4,10
301 και άνω	86	23,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.17
Κατανομή συχνοτήτων για την κατοχή μεταφορικού μέσου

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	257	70,80
ΟΧΙ	106	29,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.18
Κατανομή συχνοτήτων για τη διαμονή σε ιδιόκτητη κατοικία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	245	67,50
ΟΧΙ	118	32,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.19
Κατανομή συχνοτήτων για τη διαμονή σε ενοικιαζόμενη κατοικία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	57	15,70
ΟΧΙ	306	84,30
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.20
Κατανομή συχνοτήτων για τη μόνιμη διαμονή σε συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	61	16,80
ΟΧΙ	302	83,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.21
Κατανομή συχνοτήτων για το ύψος του ενοικίου

€	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
200 - 350	14	24,56
351 - 500	27	47,37
501 - 650	11	19,30
651 - 800	5	8,77
Σύνολο	57	100,00

Πίνακας 4.22
Κατανομή συχνοτήτων για το μέγεθος της οικίας διαμονής

τ.μ.	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 50	15	4,13
51 - 100	233	64,18
101 - 150	97	26,72
151 - 200	12	3,31
201 - 250	1	0,28
251 - 300	2	0,55
301 και άνω	3	0,83
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.23
Κατανομή συχνοτήτων για τον αριθμό δωματίων της οικίας διαμονής

Αριθμός δωματίων	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
1	2	0,60
2	42	11,60
3	117	32,20
4	124	34,20
5	49	13,50
6	18	5,00
7	4	1,10
8	5	1,40
9	2	0,60
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.24
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ατόμων διαφορετικής εθνικότητας στο νοικοκυριό

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	12	3,30
ΟΧΙ	351	96,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.25
Κατανομή συχνοτήτων για τη φιλοξενία συγγενικών ή φιλικών προσώπων στο νοικοκυριό

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	32	8,80
ΟΧΙ	331	91,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.26
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ατόμων με σοβαρά προβλήματα υγείας στο νοικοκυριό

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	59	16,30
ΟΧΙ	304	83,70
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 4.27
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη ατόμων δίχως καμία ασφαλιστική κάλυψη στο νοικοκυριό

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	17	4,70
ΟΧΙ	346	95,30
Σύνολο	363	100,00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Α. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Πίνακας 5.1

Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας τις τελευταίες 30 ημέρες

Επίπεδο υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ καλό	115	31,70
Καλό	199	54,80
Μέτριο	43	11,80
Κακό	6	1,70
Πολύ κακό	0	0,00
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.2

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

Επίπεδο υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ καλό	106	29,20
Καλό	200	55,10
Μέτριο	52	14,30
Κακό	5	1,40
Πολύ κακό	0	0,00
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.3

Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας στις καθημερινές μετακινήσεις

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	180	49,60
Λίγο	74	20,40
Αρκετά	89	24,50
Πολύ	17	4,70
Πάρα πολύ	3	0,80
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.4
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας στην
αυτοεξυπηρέτηση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	336	92,60
Λίγο	22	6,10
Αρκετά	2	0,60
Πολύ	2	0,60
Πάρα πολύ	1	0,30
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.5
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας στην εργασία και τις
δουλειές του σπιτιού

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	204	56,20
Λίγο	103	28,40
Αρκετά	49	13,50
Πολύ	5	1,40
Πάρα πολύ	2	0,60
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.6
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας στη συγκέντρωση
και τη μνήμη

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	170	46,80
Λίγο	146	40,20
Αρκετά	30	8,30
Πολύ	14	3,90
Πάρα πολύ	3	0,80
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.7
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση του βαθμού δυσκολίας στις προσωπικές
σχέσεις και τη συμμετοχή στα κοινά

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	230	63,40
Λίγο	78	21,50
Αρκετά	47	12,90
Πολύ	7	1,90
Πάρα πολύ	1	0,30
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.8
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση πόνου και δυσφορίας τις τελευταίες 30
ημέρες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	185	51,00
Λίγο	123	33,90
Αρκετά	38	10,50
Πολύ	9	2,50
Πάρα πολύ	8	2,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.9
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση λύπης και ανησυχίας τις τελευταίες 30
ημέρες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	131	36,10
Λίγο	137	37,70
Αρκετά	73	20,10
Πολύ	17	4,70
Πάρα πολύ	5	1,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.10
Κατανομή συχνοτήτων για την αυτοαξιολόγηση άγχους και νευρικότητας τις τελευταίες 30
ημέρες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	44	12,10
Λίγο	123	33,90
Αρκετά	124	34,20
Πολύ	48	13,20
Πάρα πολύ	24	6,60
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.11
Κατανομή συχνοτήτων για την ανησυχία των ερωτηθέντων για τη μελλοντική κατάσταση της υγείας τους

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	58	16,00
Λίγο	179	49,30
Αρκετά	91	25,10
Πολύ	31	8,50
Πάρα πολύ	0	0,00
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.12
Κατανομή συχνοτήτων για τη χρήση φαρμάκων τις τελευταίες 30 ημέρες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	116	32,00
ΟΧΙ	247	68,00
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.13
Κατανομή συχνοτήτων για την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	53	14,60
ΟΧΙ	310	85,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.14
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη επεισοδίου υγείας τους τελευταίους 12 μήνες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	94	25,90
ΟΧΙ	269	74,10
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.15
Κατανομή συχνοτήτων για την ύπαρξη χρόνιας πάθησης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	111	30,60
ΟΧΙ	252	69,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.16
Κατανομή συχνοτήτων για το είδος της χρόνιας πάθησης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σακχαρώδης διαβήτης	21	18,92
Ψυχολογικές παθήσεις	11	9,91
Υπέρταση - καρδιοπάθεια	33	29,73
Άσθμα - αναπνευστικά προβλήματα	19	17,12
Αρθρίτιδα - προβλήματα με τα οστά	10	9,01
Άλλη χρόνια πάθηση	17	15,31
Σύνολο	111	100,00

B. ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Πίνακας 5.17
Κατανομή συχνοτήτων για το κάπνισμα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	174	47,90
Λίγο	54	14,90
Αρκετά	86	23,70
Πολύ	40	11,00
Πάρα πολύ	9	2,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.18
Κατανομή συχνοτήτων για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	137	37,70
Λίγο	158	43,50
Αρκετά	53	14,60
Πολύ	11	3,00
Πάρα πολύ	4	1,10
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.19
Κατανομή συχνοτήτων για την κατανάλωση φαγητών εκτός σπιτιού

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	70	19,30
Λίγο	193	53,20
Αρκετά	72	19,8
Πολύ	19	5,20
Πάρα πολύ	9	2,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.20
Κατανομή συχνοτήτων για την ηλικία έναρξης του καπνίσματος

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
10-20 ετών	153	80,95
21-30	32	16,93
31-40	3	1,59
41-50	0	0,00
51-60	0	0,00
61-70	1	0,53
Σύνολο	189	100,00

Πίνακας 5.21
Κατανομή συχνοτήτων για την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
10-20 ετών	182	80,53
21-30	33	14,60
31-40	9	3,98
41-50	0	0,00
51-60	0	0,00
61-70	2	0,89
Σύνολο	226	100,00

Πίνακας 5.22
Κατανομή συχνοτήτων για τη σωματική άσκηση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καθόλου	98	27,00
Λίγο	108	29,80
Αρκετά	82	22,60
Πολύ	59	16,30
Πάρα πολύ	16	4,40
Σύνολο	363	100,00

Γ. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πίνακας 5.23

Κατανομή συχνοτήτων για το σύνολο των επισκέψεων σε χώρους υγείας τους τελευταίους 2 μήνες

Επισκέψεις σε χώρους υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	85	23,40
1	69	19,00
2	69	19,00
3	27	7,40
4	38	10,50
5	25	6,90
6	18	5,00
7	14	3,90
8	1	0,30
9	5	1,40
11	6	1,70
12	3	0,80
14	1	0,30
16	1	0,30
19	1	0,30
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.24

Κατανομή συχνοτήτων για τη χρήση υπηρεσιών υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα τους τελευταίους 12 μήνες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	72	19,80
ΟΧΙ	291	80,20
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.25

Κατανομή συχνοτήτων για τη χρήση υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα τους τελευταίους 12 μήνες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	73	20,10
ΟΧΙ	290	79,90
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.26
Κατανομή συχνοτήτων για τη συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 2 μήνες

€	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0	85	23,40
έως 50 €	73	20,10
51 - 100	74	20,40
101 - 150	44	12,10
151 - 200	30	8,30
201 - 250	15	4,10
251 - 300	12	3,30
301 - 350	13	3,60
351 - 400	9	2,50
401 - 450	3	0,80
451 και άνω	5	1,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.27
Κατανομή ανδρών και γυναικών ως προς τη συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 2 μήνες

€	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
0	38	47	85
έως 50 €	32	41	73
51 - 100	44	30	74
101 - 150	25	19	44
151 - 200	16	14	30
201 - 250	6	9	15
251 - 300	7	5	12
301 - 350	10	3	13
351 - 400	8	1	9
401 - 450	2	1	3
451 και άνω	4	1	5
Σύνολο	192	171	363

Πίνακας 5.28
Κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	38	10,50
Κακή	69	19,00
Μέτρια	174	47,90
Καλή	62	17,10
Πολύ καλή	20	5,50
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.29
Κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	17	4,70
Κακή	56	15,40
Μέτρια	165	45,50
Καλή	103	28,40
Πολύ καλή	22	6,10
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.30
Κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση του περιβάλλοντος των χώρων υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	27	7,40
Κακή	79	21,80
Μέτρια	166	45,70
Καλή	75	20,70
Πολύ καλή	16	4,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.31
Κατανομή συχνοτήτων για την αξιολόγηση της καθαριότητας των χώρων υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	21	5,80
Κακή	72	19,80
Μέτρια	161	44,40
Καλή	93	25,60
Πολύ καλή	16	4,40
Σύνολο	363	100,00

Πίνακας 5.32
Κατανομή συχνοτήτων για την τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψη σε μια μονάδα
υπηρεσιών υγείας ή σε έναν υγειονομικό

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
τις τελευταίες 30 μέρες	116	32,00
τους τελευταίους 3 μήνες	160	44,10
τους τελευταίους 6 μήνες	44	12,10
μεταξύ 6 και 12 μηνών	43	11,80
Σύνολο	363	100,00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

1. Φύλο: (παρακαλώ συμπληρώστε με ✓)

Ανδρας	
Γυναίκα	

2. Πόσων ετών είστε;

3. Έχετε την ελληνική υπηκοότητα;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

4. Περιοχή μόνιμης κατοικίας: (✓)

Κέντρο	
Νότια Προάστια	
Βόρεια Προάστια	
Δυτικά Προάστια	
Υπόλοιπο Αττικής	

5. Οικογενειακή Κατάσταση: (✓)

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

6. Παρακαλώ συμπληρώστε ή τοποθετήστε ένα (✓) όπου χρειάζεται.

- Από πόσα άτομα αποτελείται συνολικά το νοικοκυριό σας;		
- Ποιος είναι ο αριθμός ανδρών και γυναικών εντός του νοικοκυριού σας;	<u>Αριθμός ανδρών</u>	<u>Αριθμός γυναικών</u>
- Πόσα παιδιά έχετε;		
- Ποια είναι η ηλικία των παιδιών σας;		
- Τα παιδιά μένουν στην ίδια οικία με εσάς;	<u>ΝΑΙ</u>	<u>ΟΧΙ</u>

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Κοινωνικά και Οικονομικά Χαρακτηριστικά

7. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; Συμπληρώστε με (✓)

Αναλφάβητος-η	
Δημοτικό	
Δ/βάθμια Εκπαίδευση (Γυμνάσιο ή Λύκειο ή Τεχνικό Λύκειο-Τεχνική Σχολή)	
Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (IEK) και συναφείς σχολές	
Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ - ΚΑΤΕΕ	
Κάτοχος διπλώματος μεταπτυχιακών σπουδών (Master)	
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος (Ph.D)	

8. Παρακαλώ συμπληρώστε με (✓) ποια είναι η απασχόλησή σας.

Ευρύτερος δημόσιος τομέας (υπάλληλος σε Υπουργεία, ΔΕΚΟ, ΟΤΑ, ΝΠΔΔ)	
Υπάλληλος στον ιδιωτικό τομέα	
Ελεύθερος-η επαγγελματίας	
Ανώτερο στέλεχος στο δημόσιο τομέα	
Διευθυντής/ρια - ανώτερο στέλεχος στον ιδιωτικό τομέα	
Ιδιοκτήτης/ρια μικρού μεγέθους επιχείρησης (απασχολούνται έως 10 άτομα)	
Ιδιοκτήτης/ρια μεσαίου μεγέθους επιχείρησης (απασχολούνται πάνω από 10 άτομα)	
Τεχνικός - Εργάτης πρώτων υλών	
Οικιακά	
Συνταξιούχος	
Φοιτητής/τρια	
Άνεργος-η	

9. Τι μισθό παίρνετε μηνιαίως από την κύρια εργασία σας (σε €); (✓)

Έως 500	
501 - 800	
801 - 1100	
1101 - 1400	
1401 - 1700	
1701 - 2000	
2001 - 2300	
2301 - 2600	
2601 - 2900	
2901 - 3200	
3201 και άνω	

10. Έχετε εισόδημα από **άλλες πηγές** (δευτερεύουσα απασχόληση, ακίνητα, τίτλοι κ.λπ.);

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

11. Αν ναι, αναφέρετε παρακαλώ **τις αποδοχές σας** (σε €) από αυτές: (✓)

Έως 500	
501 - 800	
801 - 1100	
1101 - 1400	
1401 - 1700	
1701 - 2000	
2001 - 2300	
2301 - 2600	
2601 - 2900	
2901 - 3200	
3201 και άνω	

12. Πόσα μέλη του νοικοκυριού σας εργάζονται συνολικά; (✓)

Κανένας	
1 Άτομο	
2 Άτομα	
3 Άτομα	
4 Άτομα και άνω	

13. Ποιο είναι, κατά προσέγγιση, το μηνιαίο εισόδημα **του νοικοκυριού σας** (σε €);

(Παρακαλώ υπολογίστε συνολικά από όλες τις πηγές: μισθοί, συντάξεις, ενοίκια από ακίνητα κ.λπ.) Συμπληρώστε με (✓)

Έως 1.000	
1.001 - 2.000	
2.001 - 3.000	
3.001 - 4.000	
4.001 - 5.000	
5.001 - 6.000	
6.001 - 7.000	
7.001 και άνω	

14. Ποιο από τα παρακάτω ποσά αποταμιεύετε μηνιαίως; (✓)

0 € (δεν κάνω αποταμίευση)	
έως 50 €	
51 - 100	
101 - 150	
151 - 200	
201 - 250	
251 - 300	
301 - 350	
351 - 400	
401 - 450	
451 και άνω	

15. Το εισόδημα του “επικεφαλής” της οικογένειας καλύπτει τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

16. Είστε ασφαλισμένος-η;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

17. Αν **ναι**, έχετε:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δημόσια Ασφάλιση		
Ιδιωτική Ασφάλιση		

18. Σε περίπτωση που έχετε δημόσια ασφάλιση, σε ποιο ταμείο είστε ασφαλισμένος-η;

ΙΚΑ	
ΟΓΑ	
ΥΠΑΔ (ΟΠΑΔ)	
ΤΕΒΕ	
ΤΣΜΕΔΕ	
ΝΑΤ	
ΤΑΕ	
Άλλο ταμείο	

19. Αν έχετε **ιδιωτική ασφάλιση υγείας**, ποιο είναι το κόστος της ετησίως;€.

20. Ποιο από τα παρακάτω ποσά δαπανάτε μηνιαίως ως νοικοκυριό (σε €) για κάθε μία από τις 2 κατηγορίες;

	Έως 50	51 - 100	101 - 150	151 - 200	201 - 250	251 - 300	301 και άνω
Τρόφιμα και βασικά είδη							
Εκπαίδευση							

21. Έχετε μεταφορικό μέσο (δίκυκλο ή αυτοκίνητο);

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

22. Έχετε δική σας κατοικία;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

23. Σε περίπτωση που δεν έχετε:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ενοικιάζετε κατοικία;		
Διαμένετε μόνιμα σε φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα;		

24. Τι ποσό δαπανάτε μηνιαίως για ενοίκιο, σε περίπτωση που ενοικιάζετε κάποια κατοικία;
.....€.

25. Πόσα τ.μ. (τετραγωνικά μέτρα) είναι το σπίτι που διαμένετε;

26. Ποιος είναι ο **αριθμός δωματίων** της οικίας στην οποία διαμένετε;

27. Στο νοικοκυριό σας:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
- υπάρχουν άτομα διαφορετικής εθνικότητας;		
- φιλοξενείτε μόνιμα φιλικά ή συγγενικά πρόσωπα;		
- υπάρχουν άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας (κάποια αναπηρία, χρόνια ιατρική παρακολούθηση κ.λπ.);		
- υπάρχουν άτομα που δεν έχουν καμία ασφαλιστική κάλυψη (ούτε δημόσια ούτε ιδιωτική);		

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: Χαρακτηριστικά Υγείας

3.1. Αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας

28. Γενικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία σας σήμερα; (✓)

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	
Πολύ κακή	

29. Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία σας τους τελευταίους **12 μήνες**; (✓)

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	
Πολύ κακή	

30. Συνολικά τις τελευταίες **30 μέρες**, πόση δυσκολία είχατε με:

	Καμία	Μικρή	Μέτρια	Σοβαρή	Πολύ σοβαρή
- τις καθημερινές σας μετακινήσεις;					
- την αυτοεξυπηρέτησή σας, όπως π.χ. να πλυθείτε ή να ντυθείτε μόνος/η σας;					
- την εργασία σας ή τις δουλειές του σπιτιού;					
- το να συγκεντρωθείτε ή να θυμηθείτε κάτι;					
- τις προσωπικές σας σχέσεις ή τη συμμετοχή σας στα κοινά;					

Παρακαλώ τοποθετείτε ένα ✓ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

31. Συνολικά τις **τελευταίες 30 μέρες**, αισθανθήκατε:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
- πόνο και δυσφορία;					
- λύπη, ανησυχία ή δυσφορία;					
- άγχος και νευρικότητα;					

Παρακαλώ τοποθετείτε ένα ✓ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

32. Τις τελευταίες 30 μέρες, **πόσες μέρες** ήσασαν **εντελώς αδύναμος/η** να:

- κάνετε οποιαδήποτε δουλειά στο σπίτι: μέρες

- πάτε στη δουλειά: μέρες

33. Ανησυχείτε για τη μελλοντική κατάσταση της υγείας σας; (✓)

Καθόλου	
Λίγο	
Αρκετά	
Πολύ	
Πάρα πολύ	

34. Κάνετε χρήση φαρμάκων αυτή την περίοδο;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

35. Συνηθίζετε να παίρνετε φάρμακα ή να ακολουθείτε θεραπείες μόνος-η σας, χωρίς να έχετε συμβουλευτεί γιατρό;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

36. Τους τελευταίους **12 μήνες** είχατε κάποιο επεισόδιο με την υγεία σας (γιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας σας χορήγησε **εκτάκτως** φαρμακευτική αγωγή);

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

37. Παρακαλώ συμπληρώστε με (✓) αν έχετε μία ή περισσότερες από τις παθήσεις που αναγράφονται παρακάτω:

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σακχαρώδης διαβήτης		
Ψυχολογικές παθήσεις		
Υπέρταση - καρδιοπάθεια		
Άσθμα - αναπνευστικά προβλήματα		
Αρθρίτιδα - προβλήματα με τα οστά		
Άλλη χρόνια πάθηση		

3.2. Συνήθειες και τρόπος ζωής

38. Παρακαλώ βαθμολογείτε πόσο:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
- καπνίζετε					
- πίνετε αλκοολούχα ποτά					
- συχνά τρώτε εκτός σπιτιού (σε “fast food”, ταβέρνες, εστιατόρια κ.λπ.)					

39. Σε περίπτωση που καπνίζετε, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε;

40. Σε περίπτωση που πίνετε αλκοολούχα ποτά, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε;

41. Πόσο συχνά αθλείστε;

Καθόλου	Λίγες φορές το χρόνο	Λίγες φορές το μήνα	Λίγες φορές την εβδομάδα	Καθημερινά

3.3. Υπηρεσίες υγείας

42. Υπάρχουν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας που αναγράφονται παρακάτω. Παρακαλώ αναφέρετε πόσες φορές χρησιμοποιήσατε κάθε μία από αυτές τους **τελευταίους 2 μήνες**.

	Φορές
Γενικούς γιατρούς (γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή γιατρούς χωρίς ειδικότητα)	
Οδοντίατρους	
Ειδικούς γιατρούς (όλοι οι γιατροί με ειδικότητα πλην της γενικής ιατρικής)	
Φυσιοθεραπευτές	
Χειροπράκτες	
Παραδοσιακούς θεραπευτές (πρακτικούς)	
Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου	
Νοσοκομείο (για εισαγωγή)	
Φαρμακείο (όπου μιλήσατε για την ασθένεια σας και τη θεραπεία της και δεν αγοράσατε απλώς φάρμακα)	
Σας επισκέφθηκε στο σπίτι σας γιατρός, νοσηλεύτρια ή άλλος επαγγελματίας υγείας	
Άλλο (π.χ. ιδιωτική κλινική ή διαγνωστικό κέντρο)	

43. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε **τακτά** χρονικά διαστήματα;

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

44. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε χρήση των υπηρεσιών υγείας σε **συγκεκριμένα** χρονικά διαστήματα (π.χ. για την αντιμετώπιση αλλεργιών, εποχικών ασθενειών κ.λπ.);

Ναι	☐	Όχι	☐
-----	--------------------------	-----	--------------------------

45. Τι ποσό δαπανήσατε **“καθαρά” από το εισόδημά σας** (χωρίς το ποσό που κάλυψε το ασφαλιστικό ταμείο ή η ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία) **για υπηρεσίες υγείας** τους τελευταίους 2 μήνες; (✓)

Έως 50 €	
51 - 100	
101 - 150	
151 - 200	
201 - 250	
251 - 300	
301 - 350	
351 - 400	
401 - 450	
451 και άνω	

46. Σκεπτόμενος/η **όλους τους χώρους** που επισκεφθήκατε για φροντίδα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, πώς θα βαθμολογούσατε:

	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
- τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (άμεση ανταπόκριση, διαθεσιμότητα γιατρών, έλλειψη γραφειοκρατικών διαδικασιών κ.λπ.);					
- την ποιότητα των υπηρεσιών και γενικότερα την εξυπηρέτηση που δεχθήκατε;					
- την ποιότητα του γενικότερου περιβάλλοντος (χώροι, καθίσματα, καθαρός αέρας κ.λπ.);					
- την καθαριότητά τους;					

47. Πότε ήταν η τελευταία (πιο πρόσφατη) επίσκεψή σας (για φροντίδα υγείας) σε μια μονάδα υπηρεσιών υγείας ή σε έναν υγειονομικό; (✓)

τις τελευταίες 30 μέρες	
τους τελευταίους 3 μήνες	
τους τελευταίους 6 μήνες	
μεταξύ 6 και 12 μηνών	

Σας ευχαριστώ πολύ που διαθέσατε το χρόνο σας για να απαντήσετε στις ερωτήσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7

Πίνακας Εμπειρικών Μελετών για τη Ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας

A/A	Μελέτη	Στατιστικές Πηγές	Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Βασικά Συμπεράσματα
1	Miners <i>et al.</i> (1978)	Διαστρωματικές (n=2.275)	- Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα - Χρόνος πρόσβασης στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας - Χρόνος αναμονής στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. - Ύπαρξη χρόνιας πάθησης - Ψευδομεταβλητή για το είδος του χώρου παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, συνοικιακά ιατρικά κέντρα ή ιδιώτες ιατροί) - Εθνικότητα - Αριθμός μελών του νοικοκυριού.	Μεταβλητές που αποτελούν τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης: χρόνος πρόσβασης και χρόνος αναμονής στους χώρους υγείας, ύπαρξη χρόνιας πάθησης, εθνικότητα, εισόδημα. Οι φυλετικές διαφορές αποτυπώνονται στο μέγεθος της ασφαλιστικής κάλυψης των νοικοκυριών καθώς και στο τμήμα εκείνο του οικογενειακού εισοδήματος-προϋπολογισμού που προορίζεται για ιατρικές επισκέψεις-υπηρεσίες υγείας. Το μέγεθος του νοικοκυριού επίσης βρέθηκε ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Ελαστικότητες: -0,0073 (χρόνος αναμονής), -0,1563 και -0,0568 (χρόνος μεταφοράς), 0,0003 0,0063, 0,0012 και 0,0511 (εισόδημα), 0,6282 και 1,1093 (χρόνιες παθήσεις). Οι συντελεστές R^2 των εκτιμώμενων παλινδρομήσεων είναι: 14,9%, 63,10%, 21,70%, 24,40%, και εκφράζουν μία ικανοποιητική έως πολύ καλή ερμηνευτικότητα των υποδειγμάτων.

2	Miners (1988)	Διαστρωματικές (n=665 νοικοκυριά)	- Τιμή - Ψευδομεταβλητές που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των μελών του νοικοκυριού (λήψη φαρμάκων κ.λπ.) - Επίπεδο υγείας - Εισόδημα ατομικό - Εισόδημα νοικοκυριού - Κατάσταση απασχόλησης (διχοτομική μεταβλητή) - Είδος απασχόλησης - Αριθμός μελών του νοικοκυριού - Φύλο - Ψευδομεταβλητές που σχετίζονται με το άτομο που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις (επικεφαλής του νοικοκυριού) - Χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά ενός ασθενούς στο χώρο υγείας - Ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας - Κόστος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ανά εξάμηνο.	Η θέση στην αγορά εργασίας ενός μέλους (ποσοστό των αμοιβών του επί των συνολικών αμοιβών του νοικοκυριού) μπορεί να επηρεάσει τη ζήτηση για ιατρική φροντίδα άλλων μελών του νοικοκυριού. Χωριστά υποδείγματα εκτιμώνται για τα άτομα και για το νοικοκυριό ως οικονομική μονάδα. Τα εμπειρικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η τιμή των υπηρεσιών υγείας είναι ένας πολύ σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας σε όλα τα υποδείγματα εκτίμησης της ζήτησης. Μεταβλητές που βρέθηκε επίσης ότι ασκούν μια στατιστικά σημαντική επίδραση στη ζήτηση είναι: η κατάσταση απασχόλησης, το επίπεδο υγείας και το εισόδημα.
3	Luft <i>et al.</i> (1978)	Διαστρωματικές (n=1.010)	Οικονομικές: - Εισόδημα Δημογραφικές: - Φύλο - Ηλικία - Μέγεθος νοικοκυριού - Επίπεδο εκπαίδευσης (σε έτη) - Είδος απασχόλησης - Εθνικότητα Τιμών και πρόσβασης: - Ασφαλιστική κάλυψη (διχοτομική μεταβλητή) - Χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά στο χώρο υγείας (πρόσβαση) - Τιμή Επιπέδου υγείας: - Ύπαρξη χρόνιας πάθησης - Εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων.	Τα αποτελέσματα είναι σχετικά με εκείνα συναφών εθνικών μελετών που διαπιστώνουν ότι η κατάσταση (επίπεδο) της υγείας είναι ο καθοριστικός παράγοντας που επιδρά στη ζήτηση για ιατρικές επισκέψεις. Το εισόδημα, η τιμή και ο χρόνος μεταφοράς στο χώρο υγείας φαίνεται ότι δεν ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Ένα βασικό συμπέρασμα που προκύπτει επίσης είναι ότι οι οικονομικοί πόροι των

				νοικοκυριών είναι πολύ πιθανότερο να διατεθούν (βάσει και των υγειονομικών αναγκών) σε μια δεδομένη αγορά υγειονομικής περίθαλψης, απότι σε διάφορες αγορές.
4	Wedig (1988)	Διαστρωματικές (n=5.322)	- Ηλικία (ψευδομεταβλητή: 17-54 και 55-64 έτη) - Εθνικότητα - Φύλο - Περιοχή διαμονής - Τιμή - Χρόνος πρόσβασης στο χώρο υγείας - Ατομικό εισόδημα - Οικογενειακό εισόδημα - Επίπεδο υγείας - Επίπεδο εκπαίδευσης (κλίμακα: 1-8 έτη, 9-11 έτη, 12 έτη, 13-15 έτη) - Μέγεθος νοικοκυριού (αριθμός μελών του νοικοκυριού) - Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων	Για χαμηλό απόθεμα-επίπεδο υγείας υπάρχει υψηλότερη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας ενώ μεταβολές στην τιμή δεν προκαλούν σημαντικές μεταβολές στη ζήτηση (μείωση της ελαστικότητας ζήτησης ως προς την τιμή). Στα επίπεδα κατανάλωσης περί του μέσου όρου, το επίπεδο υγείας δεν φαίνεται να επηρεάζει την ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή.
5	Mapelli (1993)	Διαστρωματικές (n=807)	- Ηλικία (<15 ετών, 15-24, 25-44, 45-59, 60-74, 75+) - Φύλο - Εκπαίδευση - Αντικείμενο απασχόλησης - Αριθμός μονάδων υγείας στην ευρύτερη περιοχή διαμονής - Περιοχή διαμονής (αστική ή αγροτική) - Εισόδημα - Επίπεδο υγείας.	Οι χαμηλοί συντελεστές προσδιορισμού R^2 που προκύπτουν, δείχνουν την περιορισμένη σχέση των κοινωνικών χαρακτηριστικών με τις μεταβλητές ανάγκης άρα και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Η μεταβλητή αυτής της κατηγορίας που φαίνεται να ασκεί μεγαλύτερη επίδραση, αφορά στη γεωγραφική θέση των νοικοκυριών (περιοχή διαμονής). Οι μεταβλητές που κατά κύριο λόγο επηρεάζουν τη ζήτηση είναι η ηλικία και η σοβαρότητα μίας ασθένειας. Σ' αυτό το μικρό δείγμα των 9 (τοπικών) μονάδων υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται

				αρκετά “δίκαιο” ως προς τις “χαμηλές” οικονομικές ομάδες, εξασφαλίζοντας πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, ανά επεισόδιο υγείας, υψηλότερη από το μέσο όρο του δείγματος. Εάν ίσχυε αυτό σε μια μεγαλύτερη κλίμακα, θα σήμαινε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας ευνοεί τις ομάδες αυτές, ανεξάρτητα από τη δυνατότητά τους να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών.
6	Akin <i>et al.</i> (1995)	Διαστρωματικές (n=3.186)	- Τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών - Φύλο - Μορφωτικό επίπεδο - Εισόδημα του νοικοκυριού - Ατομικό εισόδημα - Περιοχή διαμονής (αστική ή αγροτική περιοχή)- ψευδομεταβλητή. - Σοβαρότητα της ασθένειας (χρόνια πάθηση) - Κατοχή οχήματος μεταφοράς (δίκυκλο, αυτοκίνητο)-διχοτομική μεταβλητή - Εμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων των ασθενειών (π.χ. στομαχικών κ.λπ.) - Ύπαρξη δημόσιας-ιδιωτικής ασφάλισης - Απόσταση και χρόνος που απαιτείται για τη μεταφορά στους χώρους υγείας (πρόσβαση) - Κόστος της παραπάνω μεταφοράς.	Ο συντελεστής της μεταβλητής της τιμής βρέθηκε στατιστικά σημαντικός. Όσο σοβαρότερη είναι η ασθένεια τόσο οι “χαμηλές” όσο και οι “υψηλές” εισοδηματικές ομάδες του δείγματος δεν αντιδρούν σε μεταβολές της τιμής. Η ζήτηση είναι ανελαστική ως προς την τιμή (-0,029). Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά θετικά στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

7	Heller (1982)	Διαστρωματικά δεδομένα για 640 αστικά και 825 αγροτικά νοικοκυριά	- Τιμή - Χρόνος μεταφοράς στο χώρο υγείας (πρόσβαση) - Εισόδημα - Επίπεδο υγείας - Εθνικότητα.	Η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες (συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ασθενών και μη ατόμων) είναι ανελαστική ως προς την τιμή των υπηρεσιών (-0,95) αλλά και ως προς το εισόδημα. Οι καταναλωτές επίσης ανταποκρίνονται στον αυξημένο χρόνο μεταφοράς(στατιστικά σημαντική - αρνητική επίδραση στη ζήτηση, ελαστικότητα $\approx -0,10$) ή αναμονής στους χώρους υγείας, μειώνοντας τη ζήτηση για τις εν λόγω υπηρεσίες.
8	Ματσαγγάνης και Μητράκος (2000)	Διαστρωματικές (n=4.671 νοικοκυριά)	- Φύλο - Ηλικία - Μέγεθος του νοικοκυριού - Βιοτικό επίπεδο (ισοδύναμη καταναλωτική δαπάνη) - Φορέας δημόσιας-κοινωνικής ασφάλισης - Ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης (διχοτομική μεταβλητή) - Επίπεδο υγείας.	Η πιθανότητα να καταναλώνει το νοικοκυριό ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας εμφανίζεται να είναι θετική συνάρτηση του μεγέθους του νοικοκυριού, της αναλογίας γυναικών-ανδρών μεταξύ των μελών του νοικοκυριού, καθώς και του βιοτικού επιπέδου (ισοδύναμη καταναλωτικής δαπάνης) του νοικοκυριού. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική δαπάνη υγείας, όλες οι παραπάνω ερμηνευτικές μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές με πιθανότητα σφάλματος κάτω από 1% και έχουν τα αναμενόμενα πρόσημα. Με τις επιμέρους κατηγορίες δαπανών υγείας ως εξαρτημένες μεταβλητές, ορισμένες ερμηνευτικές μεταβλητές δείχνουν μειωμένη στατιστική

				σημαντικότητα, αλλά το βιοτικό επίπεδο και η ηλικία διατηρούν σε όλες τις περιπτώσεις τα προηγούμενα υψηλά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Η ερμηνευτική ικανότητα όλων των υποδειγμάτων είναι υψηλή: φθάνει το 65% στην περίπτωση του “πλήρους” υποδείγματος όταν χρησιμοποιείται η συνολική δαπάνη υγείας ως εξαρτημένη μεταβλητή. Η ιδιωτική ασφάλιση ζώης-υγείας δεν ασκεί στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στην πιθανότητα ούτε στο ύψος της δαπάνης υγείας. Πρέπει να επισημανθεί ότι χαμηλά R^2 είναι ο κανόνας στη διεθνή βιβλιογραφία, λόγω του ότι οι ατομικές (οικογενειακές) δαπάνες υγείας κατανέμονται σε μεγάλο βαθμό τυχαία.
9	Mocan <i>et al.</i> (2004)	Διαστρωματικές (n=6.407 νοικοκυριά)	- Τιμή - Ύπαρξη δημόσιας-ιδιωτικής ασφάλισης - Ποσό του οικογενειακού εισοδήματος-προϋπολογισμού που προορίζεται για τρόφιμα και αγαθά πρώτης ανάγκης. - Οικογενειακή κατάσταση - Κατάσταση απασχόλησης - Είδος απασχόλησης - Ψευδομεταβλητή για την περιοχή διαμονής - Ιδιόκτητη κατοικία - Ενοικιαζόμενη κατοικία - Αριθμός δωματίων της οικίας διαμονής - Ύπαρξη μελών από εθνικές μειονότητες	Το 28% των νοικοκυριών παρουσίασε μηδενικές δαπάνες για ιατρική φροντίδα. Τα περισσότερα από τα μέλη των νοικοκυριών καλύπτονται (ιατρικά) από τη δημόσια ασφάλιση γεγονός που επιδρά άμεσα και σε μεγάλο βαθμό (αρνητικά) στις εν λόγω δαπάνες. Τα έξοδα του νοικοκυριού για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται στο 2% επί του συνολικού οικογενειακού εισοδήματος. Εντοπίστηκε πλήθος παραγόντων (δημογραφικών,

			- Επίπεδο εκπαίδευσης - Φύλο - Ηλικία (αριθμός ατόμων που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες: 0-15, 15-18, 19-24, 25-60, 60+) - Ύπαρξη μελών εντός του νοικοκυριού με μερική ή ολική αναπηρία - Εισόδημα του νοικοκυριού από την εργασία - Εισόδημα από άλλες πηγές.	οικονομικών, κοινωνικών κ.λπ.) που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η εισοδηματική ελαστικότητα βρέθηκε 0,30. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι η παροχή ιατρικής φροντίδας αποτελεί μία από τις πρώτες ανάγκες στην αστική Κίνα. Η ζήτηση επίσης είναι ανελαστική ως προς την τιμή ενώ αυξάνεται (κατά απόλυτη τιμή) για μεγαλύτερα νοικοκυριά.
10	Redondo-Sendino <i>et al.</i> (2006)	Διαστρωματικές (n=3.030)	- Ηλικία - Άτομο που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις-επικεφαλής του νοικοκυριού - Ύπαρξη χρόνιων παθήσεων - Επίπεδο μόρφωσης - Οικογενειακή κατάσταση - Είδος απασχόλησης του ατόμου που λαμβάνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις του νοικοκυριού - Δείκτης που αφορά τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL).	Σε σύγκριση με τους άνδρες, υψηλότερο ποσοστό γυναικών πραγματοποίησε περισσότερες ιατρικές επισκέψεις και έκανε χρήση περισσότερων φαρμάκων σε μηνιαία βάση. Οι παράγοντες που ερμηνεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό την αυξημένη ζήτηση των γυναικών έναντι των ανδρών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων και ο δείκτης HRQL.
11	Fabbri and Monfardini (2004)	Διαστρωματικές (n=52.332)	Το υπόδειγμα περιλαμβάνει στα πλαίσια του γενικού υποδείγματος ζήτησης υπηρεσιών υγείας του Grossman (1982), ερμηνευτικές μεταβλητές όπως: - τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών - εισόδημα - επίπεδο εκπαίδευσης - ηλικία - φύλο - επίπεδο υγείας.	Σύμφωνα με τα εμπειρικά αποτελέσματα, οι υπηρεσίες ιδιωτικού ιατρού είναι ένα κανονικό αγαθό. Η ζήτηση για ιατρούς του δημόσιου τομέα (συχνότητα ιατρικών επισκέψεων) βρέθηκε ανελαστική ως προς το εισόδημα. Σχετικά με τις επισκέψεις σε ιδιωτικό ιατρό, η ζήτηση δεν είναι ελαστική ως προς την τιμή.

				Οι αρχικές ιατρικές επισκέψεις και οι επισκέψεις σε ιατρό του ιδιωτικού τομέα αποδείχθηκαν υποκατάστατα αγαθά (σταυροειδής ελαστικότητα=0,23). Οι αρχικές ιατρικές επισκέψεις και οι επισκέψεις σε ιατρούς του δημοσίου τομέα δεν βρέθηκε ότι αποτελούν συμπληρωματικά αγαθά. Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.
12	Ii and Ohkusa (2002)	Διαστρωματικές (n=60.487)	- Ηλικία - Διάρκεια περίθαλψης-νοσηλείας (σε ημέρες) σε κάποιο υγειονομικό χώρο. - Φύλο - Είδος απασχόλησης (χρήση ψευδομεταβλητών) - Μέγεθος νοικοκυριού - Εισόδημα νοικοκυριού - Εισόδημα ατομικό - Ύπαρξη ασφάλισης - Είδος ασφάλισης.	Η ελαστικότητα ζήτησης των υπηρεσιών υγείας ως προς την τιμή βρέθηκε αρκετά μικρότερη από 1,00. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η ζήτηση δε μεταβάλλεται σε μεγάλο βαθμό έπειτα από μεταβολές της τιμής. Τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν πληροφορίες για διάφορες ιατρικές περιπτώσεις-ασθένειες ενώ γίνεται εκτίμηση των ελαστικοτήτων ζήτησης ως προς την τιμή, χωριστά για κάθε περίπτωση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχεδόν όλες οι εκτιμώμενες ελαστικότητες ως προς το εισόδημα και την τιμή είναι μικρότερες από 1,00 (ζήτηση ανελαστική).
13	Ichoku and Leibbrandt (2003)	Διαστρωματικές (n=254.422)	* ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ (LOCATION): ψευδομεταβλητή για το εάν το νοικοκυριό βρίσκεται εντός αστικής ή αγροτικής περιοχής. * ΑΠΟΣΤΑΣΗ (DISTANCE): η απόσταση που χρειάζεται προκειμένου να φθάσει ο ασθενής	Οι εκτιμώμενοι συντελεστές των μεταβλητών που περιλαμβάνονται στο υπόδειγμα είναι σύμφωνοι με την οικονομική θεωρία και τη θεωρία ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Τα νοικοκυριά με υψηλότερο εισόδημα

			στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (σε χλμ.). * AGE: Ηλικία του ασθενούς-ατόμου. * ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (SEVERITY): η μεταβλητή μετρά τη σοβαρότητα της ασθένειας και προκύπτει από τον αριθμό των ημερών που το άτομο ήταν ανίκανο να πραγματοποιήσει τις κανονικές δραστηριότητές του μέσα στο μήνα που προηγείται της συνέντευξης. * TIMH (PRICE). * Οι κατά κεφαλήν δαπάνες του νοικοκυριού για τρόφιμα και βασικά είδη. * ΕΙΣΟΔΗΜΑ (INCOME): το συνολικό εισόδημα του νοικοκυριού. * AV_YE_EDUCATION (ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ): ο αριθμητικός μέσος (μ.ο.) των ετών εκπαίδευσης των μελών του νοικοκυριού.	είναι πιθανότερο να επιδιώξουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας απ'ότι τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Μεγάλα μεγέθη νοικοκυριών (πολλά μέλη) δημιουργούν "εμπόδια" στη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη. Οι οικογένειες επίσης με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανότερο να επιδιώξουν τη φροντίδα υγείας όταν μέλη τους παρουσιάσουν κάποιο πρόβλημα. Η απόσταση φαίνεται να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα. Επιδρά αρνητικά στη ζήτηση. Η σοβαρότητα της ασθένειας αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα (συγκριτικά με το εισόδημα κ.λπ.), που ασκεί μεγάλη-θετική επίδραση στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.
14	Benzeval <i>et al.</i> (1994)	Διαστρωματικές (n=12.729)	- Φύλο - Ηλικία - Οικογενειακή κατάσταση - Τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης - Εισόδημα - Επίπεδο εκπαίδευσης - Επίπεδο υγείας - Ύπαρξη ασφάλισης - Είδος ασφάλισης.	Ο σημαντικότερος παράγοντας που επιδρά στη ζήτηση των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης (εισαγωγές σε νοσοκομειακή μονάδα, εξωτερικά ιατρεία) είναι το επίπεδο υγείας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση δεν επιδρούν σημαντικά στην εξαρτημένη μεταβλητή.

15	Miller <i>et al.</i> (1997)	Διαστρωματικές	- Φύλο - Ηλικία - Εθνικότητα - Τιμή - Εισόδημα - Επίπεδο εκπαίδευσης - Επίπεδο υγείας - Ασφαλιστική κάλυψη - Χρόνος πρόσβασης - Απόσταση από το χώρο κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας.	Συγκριτική ανάλυση τριών ομάδων δεδομένων απο εθνικές έρευνες των Η.Π.Α. (βάσει της εφαρμογής της παλινδρόμησης Poisson), έδειξε πως καθοριστικοί παράγοντες της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας είναι το επίπεδο υγείας και η ασφαλιστική κάλυψη.
16	Hotchkiss <i>et al.</i> (2005)	Διαστρωματικές (n=2.000 νοικοκυριά)	- Ασφαλιστική κάλυψη (διχοτομική μεταβλητή) - Φύλο - Ηλικία - Επίπεδο υγείας - Φύλο ατόμου που παίρνει τις κύριες οικονομικές αποφάσεις (επικεφαλής) του νοικοκυριού - Διαμονή σε αστική περιοχή (ψευδομεταβλητή). - Επίπεδο εκπαίδευσης (σε έτη) - Τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών - Εισόδημα νοικοκυριού.	Η ασφαλιστική κάλυψη μειώνει σημαντικά την πιθανότητα πραγματοποίησης και το ύψος των άμεσων πληρωμών για φάρμακα, όχι όμως και για ιατρικές επισκέψεις συμβουλευτικού κυρίως χαρακτήρα. Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (μέσα από την καταβολή άμεσων πληρωμών) βρέθηκε ανελαστική ως προς την τιμή για τις χαμηλές και για τις υψηλές εισοδηματικές ομάδες. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας και οι άμεσες πληρωμές επηρεάζονται από το κρατικό σύστημα ασφάλισης της Αλβανίας, από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, από τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, από το εισόδημα του νοικοκυριού και από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να βρίσκεται είτε πλησιέστερα σε ένα υγιές επίπεδο είτε να αντιμετωπίζει σοβαρά και χρόνια προβλήματα που απαιτούν λήψη

				φαρμάκων, χρόνια ιατρική παρακολούθηση κ.λπ.
17	Kim <i>et al.</i> (2005)	Διαστρωματικές (n=26.154)	- Φύλο - Επίπεδο εκπαίδευσης - Ύπαρξη ασφάλισης - Είδος ασφάλισης - Μέγεθος νοικοκυριού - Περιοχή διαμονής - Επίπεδο υγείας - Ύπαρξη χρόνιας πάθησης - Ηλικία - Εισόδημα νοικοκυριού.	Η ανάλυση της εκτιμώμενης παλινδρόμησης δείχνει ότι το είδος της ασφάλισης, η περιοχή διαμονής (μέγεθος), το επίπεδο υγείας (όπως το αξιολογούν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα) και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία-τις παθήσεις, ασκούν μία στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Το φύλο και η ηλικία αποδείχθηκαν σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης μόνο για τους μη-ηλικιωμένους (ηλικία<65 ετών).
18	Faulkner <i>et al.</i> (1997)	Διαστρωματικές (n=53.981)	- Φύλο - Ηλικία - Τιμές - Εισόδημα - Επίπεδο εκπαίδευσης - Επίπεδο υγείας - Ύπαρξη ασφάλισης - Είδος ασφάλισης.	Το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρησιμοποίηση των συγκεκριμένων υπηρεσιών (προληπτικής ιατρικής).
19	Millar <i>et al.</i> (1999)	Διαστρωματικές (n=70.884)	- Φύλο - Ηλικία - Τιμές υπηρεσιών οδοντιατρικής περίθαλψης - Εισόδημα - Επίπεδο εκπαίδευσης - Επίπεδο υγείας - Ασφαλιστική κάλυψη.	Σημαντικότερη είναι η επίδραση του εισοδήματος και του μορφωτικού επιπέδου, ακόμα και στην περίπτωση που υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για οδοντιατρική περίθαλψη.

20	Stuart <i>et al.</i> (1998)	Διαστρωματικές (n=4.066)	- Εισόδημα - Επίπεδο εκπαίδευσης - Ηλικία - Φύλο - Επίπεδο υγείας - Ύπαρξη ασφάλισης - Είδος ασφάλισης.	Η συνταγογράφηση και κατ'επέκταση η ζήτηση για φάρμακα συνδέεται με το εισόδημα, με το επίπεδο υγείας των ατόμων και με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης.
21	Parker and Wong (1997)	Τα δεδομένα της έρευνας είναι διαστρωματικά και αποτελούνται κυρίως από οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για την ανάλυσή τους εκτιμήθηκαν υποδείγματα πολλαπλής παλινδρόμησης - λογαριθμικής μορφής, με τη μέθοδο two stage least squares (2SLS).	- Εισόδημα - Ασφαλιστική κάλυψη - Περιοχή διαμονής (αστική-αγροτική) - Μέγεθος νοικοκυριού (1-2 μέλη, 3-5 μέλη, πάνω από 5 μέλη) - Επίπεδο μόρφωσης - Παροχή ηλεκτρισμού και καλές συνθήκες υγιεινής (αποχέτευση κ.λπ.)-ψευδομεταβλητές - Επίπεδο υγείας.	Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών στο Μεξικό είναι ευαίσθητες στις αλλαγές του εισοδήματος. Η ομάδα που ανταποκρίνεται περισσότερο στις αλλαγές, είναι αυτή του χαμηλού επιπέδου εισοδήματος ιδίως όταν δεν υπάρχει και ασφαλιστική κάλυψη. Το γεγονός αυτό μας πληροφορεί ότι, ειδικά σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, οι εν λόγω οικογένειες μειώνουν τις δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη περισσότερο από άλλες -με υψηλότερο εισόδημα και ασφάλιση. Εισοδηματική ελαστικότητα ζήτησης: 0,112 και 0,959.