



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

<< Ιδιωτική και Δημόσια Ασφάλιση Υγείας: προβλεπτικοί παράγοντες διαφοροποίησης στην Ελλάδα και σε χώρες της Νοτίου Ευρώπης το 2017 >>

ΣΚΑΡΛΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Διπλωματική Εργασία που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Αναλογιστική Επιστήμη και τη Διοικητική Κινδύνου

Πειραιάς, Μάιος 2022

Η παρούσα διπλωματική εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την τριμελή εξεταστική Επιτροπή που ορίστηκε από τη ΓΣΕΣ του τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμόν συνεδρίαση του, σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου.

Τα μέλη της επιτροπής (με αλφαβητική σειρά) ήταν :

- Καθηγήτρια Βερροπούλου Γεωργία
- Αναπληρωτής Καθηγητής Σεβρόγλου Βασίλειος
- Αναπληρωτής Καθηγητής Γεώργιος Τζαβελάς



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

UNIVERSITY OF PIRAEUS

DEPARTMENT OF STATISTICS AND INSURANCE SCIENCE

POST GRADUATE PROGRAM IN ACTUARIAL SCIENCE AND RISK
MANAGEMENT

Private and public health insurance: Predictive factors in Greece
and across Southern European countries in 2017

SKARLI AIKATERINI

Diploma thesis submitted to the Department of Statistics and Insurance Science of the
University of Piraeus as part of the acquisition of the Postgraduate Diploma on
Actuarial Science and Risk Management

This thesis was approved unanimously by the three member commission of inquiry appointed by the Department of Statistics and Insurance Science of University of Pireaus No. meeting in accordance with the laws of the Postgraduate Program in Actuarial Science and Risk Management.

Committee members were:

- Verropoulou Georgia (Supervisor)
- Sevroglou Vasilis
- Tzavelas George

Ευχαριστίες

Έφτασε η στιγμή να κλείσει ένας υπέροχος κύκλος στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς και ειδικότερα στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης. Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που ήταν μαζί μου σε όλη αυτή την πορεία και συνέλαβαν στην επιτυχή ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Αρχικά είμαι ευγνώμων και θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα Καθηγήτρια κα Γεωργία Βεροπούλου για τη συνεχή ενθάρρυνση και υποστήριξη, τις συμβουλές της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Είμαι σίγουρη πως θα συνεχίσει με το ίδιο πάθος και ζήλο για πολλά χρόνια ακόμα.

Ταυτόχρονα, θέλω να ευχαριστήσω τον κύριο Σεβρόγλου Βασίλη και τον κύριο Τζαβελά Γεώργιο για τη συμμετοχή τους στην τριμελή μου επιτροπή. Θα ήθελα να ευχαριστήσω γενικότερα όλους τους καθηγητές που συνεργάστηκα στο μεταπτυχιακό αλλά και στο προπτυχιακό. Τέλος, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους δικούς μου ανθρώπους που με στήριζαν και ήταν δίπλα μου σε όλη αυτή τη διαδρομή. Το μεγαλύτερο ευχαριστώ όμως θα ήθελα να το πω στους γονείς μου και στον αδερφό μου για την υπομονή και τη στήριξη που μου παρείχαν σε όλο τον κύκλο σπουδών μου.

Περίληψη

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας προσπαθούμε να γίνει μια διερεύνηση σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, και κατά πόσο την επιλέγουν οι πολίτες σε συνδυασμό με τη δημόσια, στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης. Εξετάζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών και επικεντρωνόμαστε κυρίως στο πως θα μπορούσαν οι πολίτες να την εντάξουν στη ζωή τους. Στοχεύουμε στην ορθότερη ενημέρωσή τους ώστε να επιτύχουμε υψηλότερα ποσοστά στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στους στόχους της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφουμε ακριβώς τι επικρατεί σε κάθε μία από τις τέσσερις χώρες ενώ γίνεται και μια σύγκριση μεταξύ των χωρών. Στα επόμενα κεφάλαια γίνεται χρήση στοιχείων από την έρευνα SHARE με σκοπό να διεξαχθεί η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων και να εξαγάγουμε συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα, στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι μεταβλητές που χρησιμοποιούμε στην περιγραφική μας ανάλυση. Επίσης, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε τη δισδιάστατη ανάλυση με χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, μέσω γραφημάτων, πινάκων συχνοτήτων, ελέγχων ανεξαρτησίας και μέτρων συνάφειας. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσονται μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης βάσει των οποίων μελετάται η επίδραση διάφορων παραγόντων στην επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης.

Συνοψίζοντας, στο τελευταίο κεφάλαιο αναφέρονται τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν μέσω της ανάλυσης των διαθέσιμων δεδομένων. Αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι επιβεβαιώθηκε η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων, όπως του φύλου, της ηλικίας, της χώρας διαμονής αλλά και των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία στην επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης.

Abstract

In the context of this research, we attempt to investigate private health insurance and how much citizens choose it in combination with the public one in the countries of Southern Europe. We examine what prevails in each country and we focus mainly on how citizens could integrate it into their lives. Hence, we aim to pinpoint factors that would induce higher rates of participation in private health insurance schemes.

The first chapter highlights the aims of this research. In the second chapter we describe in detail what prevails in each of the countries of Southern Europe while we also examine differentials. . In the following chapters, data from the SHARE project have been used in order to carry out statistical analysis. More specifically, in the third chapter has been carried out an initial descriptive analysis of the data .

Also, in the third chapter we present a two-dimensional analysis using descriptive statistical methods, through graphs, frequency tables, independence tests and correlation measures.

In the fourth chapter, logistic regression models have been developed, to assess the influence of various factors on the choice of private health insurance.

Finally, the last chapter summarizes the most important conclusions of the analysis. It is worth mentioning that the influence of demographic factors, such as gender, age, place of residence, and of health- related factors, on the choice of private insurance has been confirmed.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων	vi
Κατάλογος Εικόνων και διαγραμμάτων	vii
Κεφάλαιο 1 : Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 2: Συστήματα Υγείας στη Νότια Ευρώπη	2
2.1 Συστήματα Δημόσιας Υγείας στη Νότια Ευρώπη.....	2
2.1.1 Ελλάδα	6
2.1.2 Ιταλία	11
2.1.3 Ισπανία.....	13
2.1.4 Πορτογαλία	15
2.2 Παράγοντες πίεσης στα Δημόσια συστήματα υγείας, έλλειψη σεβασμού όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών	19
2.2.1 Γήρανση Πληθυσμού.....	21
2.2.2 Οικονομική Κρίση	23
2.3 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στη Νότια Ευρώπη	24
2.3.1 Ελλάδα	26
2.3.2 Ιταλία	29
2.3.3 Ισπανία.....	31
2.3.4 Πορτογαλία	33
Κεφάλαιο 3	37
Περιγραφική Ανάλυση Δείγματος	37
3.2 Η έρευνα SHARE – παρουσίαση των στοιχείων.....	37
3.3 Μεταβλητές ενδιαφέροντος	38
3.3.1 Δημογραφικές Μεταβλητές – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....	39
3.3.2 Κοινωνικοοικονομικές Μεταβλητές – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....	40

3.3.3 Μεταβλητές σωματικής και ψυχικής υγείας – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....	42
3.4 Διαφοροποίηση της αυτοεκτιμούμενης υγείας βάσει δημογραφικών μεταβλητών	50
3.4.1 Η μεταβλητή “country”	50
3.4.2 Η μεταβλητή “gender”	51
3.4.3 Η μεταβλητή “single”	53
3.4.4 Η μεταβλητή “age”	55
3.4.5 Η μεταβλητή “yeduc”	57
Κεφάλαιο 4	59
4.1 Μοντέλα Λογιστικής παλινδρόμησης.....	59
4.2 Λογιστική Παλινδρόμηση.....	59
4.3 Έλεγχοι καλής προσαρμογής των δεδομένων λογιστικής παλινδρόμησης	60
4.4 Ανάλυση – Μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης.....	61
4.4.1 Μοντέλο Α	61
4.4.2 Μοντέλο Β	65
4.4.3 Μοντέλο Γ	70
4.4.4 Μοντέλο Δ	75
4.4.5 Μοντέλο Ε	80
4.4.6 Μοντέλο ΣΤ	84
5. Συμπεράσματα	90
Βιβλιογραφία	93

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Δομές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στις χώρες του SHARE	4
Πίνακας 2.2: Συγκριτική αξιολόγηση των επιπτώσεων της μεταρρύθμισης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Νότιας Ευρώπης	5
Πίνακας 2.3: Ιδίες πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος (%).	9
Πίνακας 2.4: Οι χρεώσεις των Πορτογάλων για τις υπηρεσίες υγείας.....	17
Πίνακας 2.5: Οι χρεώσεις στην Πορτογαλία στο εθνικό σύστημα υγείας	18
Πίνακας 2.6 : Οι μεταβολές στην κατά ηλικία δομή του παγκόσμιου πληθυσμού την περίοδο 1950-2005 (ποσοστιαία κατανομή σε ευρείες ηλικιακές ομάδες)	22
Πίνακας 2.7: Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα το 2002.....	28
Πίνακας 2.8: Αριθμός ασφαλισμένων στην Ιταλία.....	31
Πίνακας 2.9 : Επιλογές των ασθενών	35
Πίνακας 3.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά εξεταζόμενου δείγματος.....	39
Πίνακας 3.2: Μέτρα θέσης και διασποράς της ηλικίας	40
Πίνακας 3.3: Μέτρα θέσης και διασποράς της μεταβλητής έτη εκπαίδευσης.....	41
Πίνακας 3.4: Πίνακας συχνοτήτων του πλήθους χρόνιων νοσημάτων και κινητικών περιορισμών	43
Πίνακας 3.5: Πίνακας συχνοτήτων για την επισκεψιμότητα σε ιατρούς και θέματα ασφάλισης.....	50

Κατάλογος Εικόνων και διαγραμμάτων

Διάγραμμα 3.1: Ιστόγραμμα για την ηλικία.....	39
Διάγραμμα 3.2: Ιστόγραμμα για τα έτη εκπαίδευσης.....	40
Διάγραμμα 3.3: Κατανομή σύμφωνα με το αν υπάρχουν περιορισμοί.....	31
Διάγραμμα 3.4: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το πλήθος χρόνιων νοσημάτων.....	42
Διάγραμμα 3.5: : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το πλήθος κινητικών προβλημάτων.....	43
Διάγραμμα 3.6: Κατανομή σύμφωνα με το καθημερινό κάπνισμα.....	43
Διάγραμμα 3.7: Κατανομή σύμφωνα με τη φυσική αδράνεια.....	44
Διάγραμμα 3.8: Κατανομή σύμφωνα με τη βαθμολογία για τη γνωστική λειτουργία και τον προσανατολισμό.....	44
Διάγραμμα 3.9: Κατανομή της μεταβλητής «πλήθος των φορών».....	45
Διάγραμμα 3.10: Κατανομή σύμφωνα με το αν το νοικοκυριό μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά.....	46
Διάγραμμα 3.11: Κατανομή σύμφωνα με το αν έχουν 2+ νόσους.....	46
Διάγραμμα 3.12: Κατανομή σύμφωνα με την κλίμακα κατάθλιψης.....	46
Διάγραμμα 3.13: Αυτοαξιολόγηση της προσωπικής υγείας.....	48
Διάγραμμα 3.14: Box plot ηλικίας και αντιλαμβανόμενης υγείας.....	55
Διάγραμμα 3.15. Box plot αριθμού ετών εκπαίδευσης ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.....	57
Διάγραμμα 3.16. ROC Curve για το πρώτο μοντέλο.....	64
Διάγραμμα 3.17. ROC Curve για το δεύτερο μοντέλο.....	69
Διάγραμμα 3.18. ROC Curve για το τρίτο μοντέλο.....	74
Διάγραμμα 3.19. ROC Curve για το τέταρτο μοντέλο.....	78
Διάγραμμα 3.20. ROC Curve για το πέμπτο μοντέλο.....	83
Διάγραμμα 3.21. ROC Curve για το έκτο μοντέλο.....	88

Κεφάλαιο 1 : Εισαγωγή

Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως βασικό σκοπό την έρευνα σχετικά με τη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης και τη εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με διαφοροποιήσεις στις χώρες αυτές. Γίνεται διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με υψηλότερες πιθανότητες ένα άτομο να διαθέτει συμπληρωματική ασφάλιση και να αντιμετωπίζει προβλήματα σχετικά με τη δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στόχος μας είναι να δούμε τα επίπεδα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε αυτές τις χώρες και τους λόγους για τους οποίους έχουν μείνει τόσο πίσω σε σχέση με τις σκανδιναβικές χώρες, αλλά και τους παράγοντες για τους οποίους διαφέρουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια λεπτομερή περιγραφή για την κατάσταση που επικρατεί στις χώρες ενδιαφέροντος αναφορικά με την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης. Αναλύονται διεξοδικά οι λόγοι που κάποιος επιλέγει ή όχι την προαιρετική ασφάλιση και σε τι βαθμό επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την επιλογή των πολιτών. Αντίστοιχα, στα κεφάλαια τρία και τέσσερα βλέπουμε μέσω της περιγραφικής ανάλυσης και της λογιστικής παλινδρόμησης την επίδραση που έχει ο εκάστοτε παράγοντας στην πράξη, μελετώντας στοιχεία από το 7^ο κύμα της έρευνας SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Οι παράγοντες που εξετάζονται είναι τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα καθώς και η γενική τους υγεία. Διαφοροποιήσεις εξετάζονται σχετικά με τη χώρα διαμονής. Τέλος στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύουμε τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη λογιστική παλινδρόμηση, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία των παραγόντων επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την επιλογή των ατόμων για το αν θα προχωρήσουν σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Κεφάλαιο 2: Συστήματα Υγείας στη Νότια Ευρώπη

Στο κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν τα κύρια χαρακτηριστικά των συστημάτων δημόσια υγείας στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης και πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι παράγοντες πίεσης, όπως είναι η οικονομική κρίση και η γήρανση του πληθυσμού, ενώ αναφορά θα γίνει και στα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε αυτά τα κράτη.

2.1 Συστήματα Δημόσιας Υγείας στη Νότια Ευρώπη

Είναι γνωστό ότι η αύξηση του επιπέδου ζωής στις μέρες μας έχει επιφέρει αρκετές ανισότητες στα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών, πέρα από τα άλλα προβλήματα που τυχόν έχει δημιουργήσει. Στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης, όπως είναι η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία έχει παρατηρηθεί μεγάλος αριθμός ανισοτήτων, αλλά παρόλα αυτά αποφάσισαν εντέλει να κάνουν κάτι για αυτό μετά το τέλος της δεκαετίας του '90. Οι τέσσερις προαναφερθείσες χώρες παρουσιάζουν πολύ μεγάλες διαφορές στην αντιμετώπιση τέτοιων θεμάτων, σε σχέση με τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης. Κατά το 2011 άρχισαν να δίνουν την απαραίτητη σημασία σε θέματα που αφορούν το σύστημα της δημόσιας υγείας και ο λόγος που συνέβη αυτό ήταν γιατί τότε αντιμετώπισαν τις πρώτες συνέπειες από την οικονομική κρίση του 2008 και άρχισαν να τους επιβάλλονται τα μέτρα λιτότητας της ΤΡΟΙΚΑ.

Στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης υπάρχει ανεπάρκεια και γενικότερα έχουν διαπιστωθεί χαμηλά επίπεδα ορθής διαχείρισης όσον αφορά το κομμάτι του συστήματος υγείας, ενώ φαίνεται πως οι ίδιες οι κυβερνήσεις συντελούν στις παραπάνω δυσκολίες. Συχνά οι πολίτες έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα που αφορούν τόσο την κατ'οίκον περίθαλψη όσο και γενικότερα τις υπηρεσίες υγείας. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι μπορούμε να ισχυριστούμε έλλειψη σεβασμού προς τα δικαιώματα των πολιτών στο κομμάτι της υγείας. Σύμφωνα με έρευνα του Euro Health Consumer Index 2015, η Νότια Ευρώπη είναι απαραίτητο να γεφυρώσει το κενό που υπάρχει στο σύστημα υγείας σε σχέση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας των χωρών της Βορείου Ευρώπης.

Στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης παρατηρούμε πολλές ομοιότητες αλλά ταυτόχρονα και αρκετές διαφορές όσον αφορά αυτόν τον τομέα. Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε πως πολλά προβλήματα που συναντάμε σε αυτό το κομμάτι σχετίζονται με τις κοινωνικές ανισότητες, αλλά και τις γεωγραφικές, οι οποίες έχουν να κάνουν κατά κύριο λόγο με την αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Είναι ευρέως γνωστό πως σε αυτές τις χώρες παρατηρούμε έντονα ότι η συμμετοχή των πολιτών στο χώρο της υγείας είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτήν των ανθρώπων στην Βόρεια Ευρώπη(Oxford University ,2015).

Συνοψίζοντας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανισοτήτων που αναφέραμε παραπάνω έχουν να κάνουν κατά κύριο λόγο με την επαγγελματική κατάσταση, το εισόδημα, τη μόρφωση αλλά και την κοινωνική θέση που βρίσκεται ο καθένας. Αξίζει να σημειωθεί πως μετά την οικονομική κρίση του 2008 κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες, η πλειοψηφία των οποίων ήταν χώρες από το νότιο κομμάτι, έλαβαν οικονομική ενίσχυση για το κομμάτι της υγείας, καθώς ένα μεγάλο μέρος των πολιτών τους είχαν μείνει άνεργοι και οι ανασφάλιστοι στον τομέα της υγείας είχαν αγγίξει αρκετά υψηλά ποσοστά. Η παραπάνω κίνηση έγινε με σκοπό να ανασυνταχθούν τα συστήματα υγείας στις παραπάνω χώρες(Serapioni M, 2017).Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όλα τα προηγούμενα είναι το γεγονός ότι σε όλες αυτές τις χώρες οι πολίτες αναγκάζονται να έχουν μεγάλη συμμετοχή στο κομμάτι της πληρωμής των υπηρεσιών που τους παρέχονται από το σύστημα υγείας. Αυτό είναι κάτι που σίγουρα θα πρέπει να αλλάξει, κυρίως γιατί δεν έχουν όλοι τις ίδιες οικονομικές δυνατότητες να πληρώνουν τέτοια ποσά (Matos et al , 2017). Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι σε αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των ατόμων που δεν επισκέπτονται κάποιον γιατρό φτάνει τα ύψη, ενώ από τις βόρειες χώρες μόνο η Σουηδία τις συναγωνίστηκε μια χρονιά με το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν καμία επαφή με γιατρό να αγγίζει το 53, 8%(Λυμπεράκη κ.α. ,Αθήνα 2009). Παρακάτω θα αναφερθούμε σε κάθε χώρα ξεχωριστά, αναλύοντας το σύστημα υγείας της κάθε μίας από αυτές, βλέποντας έτσι διάφορες ομοιότητες και διαφορές που συναντάμε αντίστοιχα.

Παρακάτω βλέπουμε έναν πίνακα με τις δομές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στις χώρες του SHARE

Πίνακας 2.1: Δομές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας στις χώρες του SHARE

Χώρα	Τύπος	Δημόσιες Δαπάνες			Ιδιωτικές Δαπάνες		
		Γενική Φορολογία (%)	Κοινωνική Ασφάλιση (%)	Σύνολο (%)	Άμεσες Πληρωμές (%)	Ιδιωτική Ασφάλιση	Σύνολο (%)
Σουηδία	Φορολογία	Μ.δ	Μ.δ.	85,1	Μ.δ	Μ.δ.	14,9
Δανία	Φορολογία	82,9	0	82,9	15,8	1,2	17,0
Γερμανία	Κοινωνική Ασφάλιση	10,1	69,1	79,2	11,4	8,5	20,8
Βέλγιο *	Κοινωνική Ασφάλιση	Μ.δ.	Μ.δ.	71,7	24,0	4,4	28,4
Γαλλία	Κοινωνική Ασφάλιση	3,7	75,0	78,6	9,8	11,6	21,4
Ελβετία	Υποχρεωτική ή Ιδιωτική Ασφάλιση	17,9	40,0	57,9	31,5	9,6	42,1
Αυστρία	Κοινωνική Ασφάλιση	30,5	44,9	75,4	17,5	7,1	24,6
Ισπανία	Φορολογία	66,0	5,3	71,3	23,7	4,1	28,7
Ιταλία	Φορολογία	Μ.δ	Μ.δ.	74,5	74,5	2,1	25,5
Ελλάδα **	Φορολογία	26,5	20,5	47	47,0	2,3	53,0
Ολλανδία	Κοινωνική Ασφάλιση	3,9	58,6	62,5	50,7	17,1	37,5

Πηγή : OECD , OECD Health Data 2007 για το 2004. Η Ιδιωτική Ασφάλιση αναφέρεται στην κύρια (πρωτεύουσα ή συμπληρωματική) και στην εθελοντική .

*Πηγή : Avalosse & Leonard , 2006 .

** Πηγή : ICAP, 2007 , για το έτος 2004.

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε έναν πίνακα συγκριτικής αξιολόγησης των επιπτώσεων της μεταρρύθμισης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Νότιας Ευρώπης

Πίνακας 2.2: Συγκριτική αξιολόγηση των επιπτώσεων της μεταρρύθμισης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Νότιας Ευρώπης

	Ιταλία	Ισπανία	Πορτογαλία	Ελλάδα
Ημερομηνία ίδρυσης εθνικού συστήματος υγείας (NHS)	1978	1986	1979	1983
Διαδικασία αποκέντρωσης	Yes	Yes	No	No
Ομοιόμορφη δομή για την παροχή υπηρεσιών	Yes	Yes	No	No
Οριοθέτηση των υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από δημόσια έσοδα	Yes	Yes	No	No
Ποσοστό κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού από την ημερομηνία εγκατάστασης του ΕΣΥ μέχρι το 1992	95-100	93-99.7	66-100	88-100
Ποσοστό δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ από την ημερομηνία εγκατάστασης του ΕΣΥ μέχρι το 1992	4.9-6.5	4.7-5.8	3.4-4.4	3.3-3.4

Πηγή: Own elaboration based on OECD Health Data 2001- CD Rom. , *The Policies of Universalisation Establishity National Health services in Southern Europe* ,2002

2.1.1 Ελλάδα

Είναι ευρέως γνωστό πως στις μέρες μας στην Ελλάδα υπάρχει τόσο συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης όσο και της κοινωνικής όσον αφορά τις ασφαλίσεις υγείας. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι η χώρα μας χρησιμοποιεί σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα την ιδιωτική ασφάλιση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Αυτό έχει να κάνει κυρίως με παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο μόρφωσης των πολιτών, τις κοινωνικές τάξεις, αλλά και τις προτεραιότητες που βάζει ο καθένας από εμάς ξεχωριστά. Αξίζει να αναφέρουμε πως σίγουρα παίζει καθοριστικό ρόλο το γεγονός ότι πολλοί πολίτες καθησυχάζονται με το γεγονός ότι η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών μας όσον αφορά τον τομέα της υγείας.

Δεν είναι δυνατόν να μην αναφερθούμε στο ότι υπάρχουν αρκετές ελλείψεις σε αυτό το κομμάτι στη χώρα μας. Αρχικά, υπάρχουν αρκετές ανισότητες τόσο γεωγραφικές, αλλά και κοινωνικές. Για παράδειγμα τα νοσοκομεία της Αθήνας συχνά είναι πιθανόν να γεμίσουν από ασθενείς της επαρχίας, καθώς οι υπηρεσίες υγείας που υπάρχουν στο μεγαλύτερο μέρος της Ελλάδας δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες περιπτώσεις. Αυτό έχει ως συνέπεια να <<γονατίζει >> το σύστημα υγείας σε αντίξοες καταστάσεις, όπως αυτή που βιώνουμε τώρα με το Covid-19. Μέσα στο πέρασμα του χρόνου δεν είναι μικρό το ποσοστό που έχει παρατηρηθεί να μεταφέρεται μέσω ελικοπτέρου ως την πρωτεύουσα, με σκοπό να δεχθεί μια αξιοπρεπή ιατρική περίθαλψη. Δεν θα μπορούσαμε να μην αναλύσουμε το κομμάτι της μεγάλης συμμετοχής που καλούνται οι ασθενείς να καταβάλουν κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής υπηρεσίας. Είναι από τις μεγαλύτερες συμμετοχές που μπορεί να συναντήσει κανείς σε χώρα της Ευρώπης.

Σχετικά με όσα αναφέραμε παραπάνω η Ελλάδα κατέχει την πρωτιά στη συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σύστημα σε γενικές γραμμές είναι ισάριθμα κατανομημένο στο κομμάτι κοινωνικής ασφάλισης

και συμμετοχής πολιτών. Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται κυρίως από τους φόρους που πληρώνουν οι Έλληνες, ενώ η επιπλέον συμμετοχή καλύπτεται είτε ατομικά είτε μέσω ομαδικής ασφάλισης που συχνά παρατηρούνται σε εταιρείες.

Στην Ελλάδα επίσης παρατηρείται έντονα το φαινόμενο που ονομάζεται <<φακελάκι >>. Οι ασθενείς καλούνται να δώσουν συχνά στους γιατρούς επιπλέον χρήματα από τα συνηθισμένα ώστε να έχουν μια καλύτερη αντιμετώπιση κατά το χειρουργείο τους ή κατά τη θεραπεία τους. Ένας άλλος βασικός παράγοντας είναι το κομμάτι άμεσων πληρωμών σε γιατρούς ή νοσηλείες σε περίπτωση που επέλθει ο κίνδυνος. Οι άνθρωποι προτιμούν να πληρώσουν οι ίδιοι από την τσέπη τους έναν γιατρό ή ένα νοσοκομείο εάν χρειαστεί, από το να πληρώνουν μια ασφάλεια που ενδέχεται εν τέλει να μην χρειαστεί ποτέ.

Συνοψίζοντας, δεν θα μπορούσαμε να μη σχολιάσουμε το γεγονός ότι ένα ποσοστό των Ελλήνων καταφεύγουν σε άλλες χώρες για παροχή κάποιων ιατρικών υπηρεσιών όπως είναι για παράδειγμα οι οδοντιατρικές υπηρεσίες. Αυτό οφείλεται στο ότι στην Ελλάδα κάποιες παροχές στοιχίζουν δυστυχώς αστρονομικά ποσά, άρα δεν θα ήταν λάθος αν κάποιος υποστήριζε πως η μείωση των τιμών σε τέτοιου είδους υπηρεσίες θα παίξει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της ζήτησης των προγραμμάτων που έχουν να κάνουν με την υγεία. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όλα όσα αναφέραμε προηγουμένως είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των πολιτών φοβάται πως ίσως μειωθούν οι υπηρεσίες που παρέχονται από τη δημόσια ασφάλιση και έτσι σιγά σιγά θα καταφύγουν σε σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Liaropoulos, 2009).

Εν κατακλείδι, οι Έλληνες πρέπει να επικεντρωθούν στους λόγους για τους οποίους το σύστημα υγείας τους μένει πίσω σε σχέση με αυτό των υπόλοιπων χωρών στην Ευρώπη, με στόχο να βελτιωθεί. Ένας βασικός λόγος ο οποίος δεν αναφέρθηκε παραπάνω είναι το γεγονός ότι οι Έλληνες δεν είναι ικανοποιημένοι όσον αφορά τις υπηρεσίες που λαμβάνουν σε αυτόν τον τομέα. Η έλλειψη ικανοποίησης σχετίζεται κυρίως με τις μεγάλες λίστες αναμονής σε εξειδικευμένους γιατρούς αλλά και με το κομμάτι της χαμηλής ποιότητας των «ξενοδοχειακών» υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων. Ας μην παραλείψουμε το κομμάτι της φαρμακευτικής περίθαλψης, το οποίο κοστίζει υπέρογκα ποσά στους Έλληνες πολίτες εξαιτίας του ότι η κατανάλωση φαρμάκων στην Ελλάδα είναι αρκετά υψηλή σε σύγκριση με αυτής της υπόλοιπης

Ευρώπης. Σε όλα αυτά τα προβλήματα που αναφέραμε παραπάνω πρέπει να δοθεί έμφαση, ώστε να είναι πια ικανοποιημένοι οι Έλληνες από το σύστημα υγείας τους και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας να τους προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα που την χαρακτηρίζουν (Λυμπεράκη κ.α, 2009).

Παρακάτω θα δούμε έναν πίνακα όπου παρουσιάζονται οι ιδίες πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος (%).

Πίνακας 2.3: Ιδίες πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του οικογενειακού εισοδήματος (%).

	Σουηδία	Δανία	Ολλανδία	Γερμανία	Βέλγιο	Γαλλία	Ελβετία	Αυστρία	Ισπανία	Ιταλία	Ελλάδα
Μέση Τιμή	2,51	2,56	1,89	2,35	7,15	1,80	3,39	2,24	3,10	6,13	7,36
Συντελεστής Διακύμανσης	2,57	2,33	3,86	2,93	1,84	3,73	2,50	2,64	3,00	2,08	1,79
Διάμεσος	1,00	0,91	0,0	0,62	2,22	0,0	0,60	0,52	0,00	1,62	2,70
Δείκτης Συγκέντρωσης	-0,4300	-0,4087	-0,3175	-0,443	-0,3512	-0,2964	-0,4711	-0,3452	-0,3944	-0,3734	-0,3077
Ποσοστημόρια εισοδήματος											
Φτωχότερο (0-20%)	5,76	5,15	3,45	5,83	14,48	3,89	7,06	5,16	7,16	14,36	13,84
20-40%	2,88	3,51	2,42	2,46	8,24	1,62	5,46	2,25	2,68	6,78	9,46
Μέσο 40%-60%	1,99	1,95	1,70	1,30	6,19	0,96	2,63	1,67	3,12	5,41	6,95
Πλουσιότερο (60-80%)	1,26	1,28	1,32	1,43	4,74	1,58	0,960	1,62	1,89	3,32	4,61
Ανώτατο 20 %	0,71	0,98	0,66	0,89	3,34	1,07	0,92	0,78	1,19	2,18	3,09

Πηγή : Λαμπράκη Α κ.α., Ζωή 50 +, Αθήνα 2009

2.1.2 Ιταλία

Ακόμα και στις μέρες μας δυστυχώς παρατηρούνται ανισότητες σε τομείς που δεν θα έπρεπε να υπάρχουν. Ειδικά σε χώρες της Νοτίου Ευρώπης παρατηρούνται χάσματα στο κομμάτι της υγείας, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των πολιτών. Ο συγκεκριμένος τομέας θα έπρεπε να παρέχει ίσες υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως τάξεως. Αυτό το φαινόμενο έχει παρατηρηθεί έντονα και στην Ιταλία.

Κατά το 1978 οι Ιταλοί αποφάσισαν να προσπαθήσουν να μειώσουν τυχόν ανισότητες όπου υπήρχαν στον τομέα της υγείας. Το 1980, όταν εξέτασαν λεπτομερώς την κατάσταση που επικρατεί κατά τη νοσηλεία κάποιου ή γενικά κατά τη διαδικασία παροχής ιατρικής βοήθειας, είδαν πως οι διαφορές που παρατηρούνται ανάλογα με την κοινωνική τάξη του ασθενή είναι πιο μεγάλες από όσο φαντάζονταν. Τέτοιου είδους διακρίσεις είναι ανάλογες με αυτές που παρατηρούνται στην εκπαίδευση των παιδιών ή ακόμα χειρότερα και κατά τις βασικές συνθήκες διαβίωσης κάποιου.

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, τέτοιες αποκλίσεις παρατηρούνται και ανάλογα τη γεωγραφική περιοχή που ζει ο καθένας, όπως αναφέραμε παραπάνω και για την Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα οι νοσοκομειακές μονάδες δεν είναι κατανομημένες δίκαια στις περιοχές, αλλά και ανάλογα την περιοχή βλέπουμε και διαφορετικά ποσοστά νοσηρότητας. Δυστυχώς αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως τέτοιου είδους ανισότητες παρατηρούνται και ανάμεσα στους ντόπιους κατοίκους και τους μετανάστες. Οι δεύτεροι αντιμετωπίζουν αντίξοες συνθήκες όσον αφορά τον τομέα εργασίας τους, οι οποίες έχουν επιπτώσεις ακόμη και στα νεογνά τους. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί πως στις μετανάστριες συχνά συμβαίνουν επιπλοκές κατά τις εγκυμοσύνες τους ή αποκτούν μωρά πολύ χαμηλά σε βάρος.

Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανισοτήτων δυστυχώς προκύπτει από τους χειρισμούς και το πως αντιμετωπίζουν οι τοπικές κοινότητες θέματα που είναι πιθανό να προκύψουν. Για παράδειγμα μπορεί να δημιουργηθούν διακρίσεις κατά την παραλαβή νέων, εξειδικευμένων μηχανημάτων, όπου η χρήση τους είναι πιθανόν να περιοριστεί σε συγκεκριμένο αριθμό ατόμων που

θα τους το επιτρέπει η κοινωνική τάξη τους και η οικονομική τους κατάσταση. Επίσης, θα ήταν αδύνατον να μην σχολιάζαμε ότι πολλές φορές η περίθαλψη των ηλικιωμένων, είναι αρκετά δύσκολη για κάποιες γεωγραφικές περιοχές, το οποίο είναι από τα πρώτα πράγματα που θα πρέπει να διορθωθεί (Serapioni., 2017).

Ας δούμε πιο σχολαστικά τη δομή του ασφαλιστικού συστήματος στην Ιταλία. Κατά το 1978, υπήρχαν τρεις πυλώνες. Ο ένας αφορούσε όλους τους υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα. Ο δεύτερος ήταν κυρίως για ελεύθερους επαγγελματίες, ενώ ο τρίτος ήταν αποκλειστικά για τους φυματικούς. Από την παραπάνω δομή είχαν δημιουργηθεί αρκετά προβλήματα, με πιο σημαντικό το γεγονός ότι οι άνεργοι, οι οικογένειες τους και κυρίως τα εξαρτώμενα μέλη δεν είχαν από πουθενά κάλυψη. Αργότερα με το πέρασμα του χρόνου, έγινε προσπάθεια να διορθωθεί αυτή η κατάσταση παρέχοντας κάποιες υπηρεσίες και σε άνεργους πολίτες και στα εξαρτημένα μέλη τους μέχρι και να βρουν την πρώτη τους δουλειά. Το σύστημα από την άλλη πλευρά άλλαξε και υπήρχε μόνο ένας κοινός πυλώνας για όλους τους πολίτες, κάτι το οποίο οδήγησε σε όλες τις διακρίσεις που ανέφερα παραπάνω. Ας σημειώσουμε σε αυτό το σημείο πως το σύστημα υγείας της Ιταλίας βρίσκει κυρίως τους πόρους του από φόρους και όχι από άλλες χρηματοδοτήσεις.

Δυστυχώς ένα από τα κύρια προβλήματα του συστήματος, είναι η έλλειψη προγραμματισμού αλλά και η πλήρης άγνοια των πολιτών να προβούν σε προληπτικές εξετάσεις. Μετά την αλλαγή και τη μετατροπή του συστήματος στον ένα και μοναδικό πυλώνα, έγιναν προσπάθειες να γεφυρωθούν οι ανισότητες όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες δεν είναι ίδιες για όλους. Επίσης παρότρυναν τους πολίτες να προβούν σε προληπτικές εξετάσεις με τη βοήθεια νέων προγραμμάτων, ώστε μέσω της πρόληψης να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα δύσκολες καταστάσεις που ίσως αργότερα δεν θα διορθώνονται.

Κατά το 1978 ως και τα τέλη του 1980, ειδικότερα όμως κατά το 1983 η Ιταλική κυβέρνηση αποφάσισε πως πρέπει να ληφθούν στοχευμένα μέτρα για την επίλυση των προβλημάτων που έχουν παρατηρηθεί κατά καιρούς στο κομμάτι της υγείας. Αρχικά αποφάσισαν να μειώσουν το ποσό των απαλλαγών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε αυτό το σκεπτικό στηρίχθηκαν και περιόρισαν το ποσοστό των απαλλαγών και σε διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις. Κάποιες ιατρικές υπηρεσίες,

όπως είναι οι οδοντιατρικές εξαιρέθηκαν από το εθνικό σύστημα υγείας, αλλά δεν θα μπορούσαμε να μην τονίσουμε ότι πια λάμβαναν υπόψιν κατά τις υπηρεσίες υγείας την κοινωνική τάξη, αλλά και την μόρφωση του ασθενή με σκοπό την μείωση των διακρίσεων.

Συνοψίζοντας, για την ορθότερη επίλυση των προβλημάτων της στο συγκεκριμένο κομμάτι, η Ιταλία θα πρέπει να επικεντρωθεί στους τομείς που τα προκαλούν, όπως πρέπει να κάνουν και οι υπόλοιπες χώρες της Νοτίου Ευρώπης . Οι βασικότερες πηγές αυτών των προβλημάτων εντοπίζονται είτε από πολιτικούς, είτε από οικονομικούς είτε από κοινωνικούς παράγοντες (Guillen,2002) .

2.1.3 Ισπανία

Για αρκετά χρόνια η Ισπανία έμεινε στάσιμη στο κομμάτι της βελτίωσης των υποδομών και γενικότερα των χαρακτηριστικών της δημόσιας υγείας. Το παραπάνω φαινόμενο παρατηρήθηκε κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970, όπου η χώρα ήταν στο μεταβατικό κομμάτι προς το δρόμο της δημοκρατίας στον πολιτικό τομέα. Από τις αρχές αυτής της δεκαετίας οι Ισπανοί ήθελαν να καταφέρουν να υιοθετήσουν το Σκανδιναβικό μοντέλο για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν οι πολίτες. Παρόλα αυτά δεν κατάφεραν να υλοποιήσουν την επιθυμία τους, καθώς η προσοχή τους στράφηκε προς τον πολιτικό χώρο .

Όλη η κατάσταση που αναφέραμε παραπάνω δεν επηρέασε μόνο την Ισπανία, αλλά και τη γειτονική της χώρα, την Πορτογαλία, η οποία βίωνε επίσης μια μεταβατική πολιτική κατάσταση. Διαπιστώθηκε όμως ότι η Πορτογαλία δεν άφησε την πολιτική κατάσταση, να την φέρει πίσω στο κομμάτι των αποφάσεων για τον τομέα της υγείας σε αντίθεση με τους Ισπανούς, οι οποίοι χρειάστηκαν παραπάνω χρόνο για να τα συνδυάσουν και τα δύο και να καταλήξουν στις σωστές αποφάσεις που θα βελτίωναν το κομμάτι της δημόσιας υγείας .

Οι αναδιαμορφώσεις που είχαν οραματιστεί, έπρεπε να περιμένουν μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, όπου ξεκίνησαν οι διαδικασίες υλοποίησης τους. Κάπου το 1986, κατάφεραν το δημόσιο σύστημα να προστατεύει και ταυτόχρονα να εξυπηρετεί όλο το μέρος του λαού αξιοπρεπώς. Όλο αυτό οδήγησε στην αποκέντρωση του συστήματος υγείας και στη δημιουργία νέων υποδομών υπηρεσιών, αλλά σε συγκεκριμένα μέρη μόνο. Οι παραπάνω υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν ήταν εντελώς ανεξάρτητες ακόμα και στο οικονομικό κομμάτι.

Αργότερα κατά το 1986 πάλι, επιτεύχθηκε η δημιουργία ενός Ενιαίου Συστήματος Υγείας ακόμα και για τις περιοχές που είχαν τις δικές τους αυτόνομες υπηρεσίες. Οι αρχικά μεγάλες προσδοκίες για το συγκεκριμένο θέμα σιγά -σιγά έσβησαν καθώς οι αρνητικές συνέπειες που θα ακολουθούσαν στο μέλλον ήταν καταστροφικές για το σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, το εθνικό σύστημα υγείας είχε αναπτυχθεί σε αρκετά δυναμικό, αυτόνομο και εκτενές το οποίο όμως ήταν αρκετά δύσκολο στη διαχείριση. Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η καλή οικονομική κατάσταση που επικρατούσε, βοήθησε στη διαχείριση του <<διασκορπισμένου>> συστήματος. Θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε πως υπήρχαν διακρίσεις ανάμεσα στα μεμονωμένα τμήματα του εξαπλωμένου γεωγραφικά συστήματος υγείας και πως δεν λάμβαναν όλοι οι πολίτες ίση αντιμετώπιση.

Συγκρίνοντας τις προσπάθειες της Ισπανίας για τη βελτίωση του Εθνικού της συστήματος υγείας με των υπόλοιπων χωρών της Νότιας Ευρώπης, βλέπουμε πως είναι αξιοσημείωτες, μαζί με αυτές της Ιταλίας. Από την άλλη πλευρά η Ελλάδα και η Πορτογαλία, έχουν κάνει μικρότερες προσπάθειες βελτίωσης στο συγκεκριμένο τομέα. Αξίζει να αναφέρουμε πως η Ισπανία κατά την τελευταία δεκαετία του εικοστού αιώνα, έβρισκε τους πόρους τους για το κομμάτι της υγείας αποκλειστικά από τους φόρους.

Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όσα αναφέραμε προηγουμένως, είναι το γεγονός ότι οι Ισπανοί έπρεπε να αντιμετωπίσουν και το γεγονός ότι είχαν λιγότερο εκτενή ιδιωτικό τομέα, όχι τόσο δυναμικούς γιατρούς αλλά και ένα δυσφημισμένο δημόσιο σύστημα υγείας, κάτι το οποίο θα δούμε λεπτομερώς κατά περιγραφή του ιδιωτικού συστήματος υγείας. Όλα όσα αναφέραμε προηγουμένως είναι σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Νοτίου Ευρώπης (Guillen, 2002).

2.1.4 Πορτογαλία

Είναι γνωστό πως κάπου στο 1946 στην Πορτογαλία προνόμια για παροχές υγείας είχαν μόνο όσοι εργάζονταν και τα προστατευμένα μέλη αυτών. Το συγκεκριμένο σύστημα έβρισκε τους πόρους του από την υποχρεωτική συνεισφορά των υπαλλήλων και των εργοδοτών. Μετά το 1974 μια αναδημιουργία του συστήματος υγείας ξεκίνησε, με σκοπό να δημιουργηθεί το Εθνικό Σύστημα υγείας .

Στις μέρες μας το σύστημα υγείας της Πορτογαλίας αποτελείται από τρεις διαφορετικούς πυλώνες. Αρχικά υπάρχει ένας που αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάτι το οποίο συναντάται στην πλειοψηφία των χωρών. Επίσης υπάρχει ένα ειδικό σύστημα που εξυπηρετεί συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως είναι πολιτικοί μηχανικοί, υπάλληλοι σε τράπεζες και υπάλληλοι σε ασφαλιστικές εταιρίες. Τέλος, υπάρχει και ένα τρίτος πυλώνας, ο οποίος αφορά το κομμάτι της Ιδιωτικής Ασφάλισης .

Στις αρχές της τελευταίας δεκαετίας του εικοστού αιώνα, καθιερώθηκε το RHA, το οποίο είχε βασικό σκοπό τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στα πέντε διαχωρισμένα τμήματα της χώρας. Μία από τις βασικές του μέριμνες ήταν η επίβλεψη των δημοσίων νοσοκομείων, το μάρκετινγκ των νοσοκομειακών μονάδων αλλά και η διαχείριση των κέντρων υγείας τα οποία εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα . Αν και το RHA έχει οικονομικές υποχρεώσεις, αυτές είναι περιορισμένες, καθώς καθορίζονται αυτόματα μιας και οι πόροι για το κάθε μεμονωμένο πάροχο υγείας είναι συγκεκριμένες.

Τα συστήματα τα οποία εξυπηρετούν Πορτογάλους με συγκεκριμένα επαγγέλματα όπως αναφέραμε και παραπάνω, αφορούν περίπου το 20% του πληθυσμού και βρίσκουν τους πόρους τους κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων αλλά και των εργοδοτών. Ένα αξιοσημείωτο κομμάτι της χρηματοδότησης, ποσοστό 35%, λαμβάνεται από ιδιωτικούς πόρους, σε σύγκριση με τις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης που είναι κοντά στο 24 %. Δυστυχώς, ακόμα και στις μέρες μας ,περίπου το 80 % των χρημάτων προέρχεται από τους ίδιους τους πολίτες όταν πρόκειται για θεραπείες ή ιατροφαρμακευτική αγωγή ή για οδοντιατρικές υπηρεσίες. Πρέπει να αναφέρουμε πως κάποιο από αυτό το ποσοστό απευθύνεται σε απαλλαγές των ιδιωτικών ασφαλίσεων ή σε κάποια αλληλασφαλιστική παροχή.

Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται κυρίως από πόρους που προέρχονται από διεθνείς επιδοτήσεις, αλλά με την επιμονή τους για διαρκή εξέλιξη, επέκτειναν αυτού του είδους τις οικονομικές παροχές και σε χρήματα τα οποία προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα υγείας, αλλά και από το κομμάτι που καλύπτει πολίτες που ασχολούνται με συγκεκριμένα επαγγέλματα. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όσα αναφέραμε για το οικονομικό κομμάτι, είναι πως το Υπουργείο Υγείας διοχετεύει τους πόρους στις περιοχές όπου υπάρχουν κέντρα υγείας κυρίως βάσει των ιστορικών δεδομένων και στοιχείων που έχουν στην κατοχή τους για τις παρελθοντικές τους δαπάνες .

Κατά το 2014, η Πορτογαλία είχε 225 νοσοκομεία, από τα οποία 113 ανήκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ ο αριθμός των κρεβατιών ήταν ίσος με 34522. Τα ποσοστά είναι παρόμοια με αυτά που έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες της Ευρώπης οι οποίες έχουν παρόμοια συστήματα υγείας . Με το πέρασμα του χρόνου όμως έχει παρατηρηθεί μια μείωση στον αριθμό των νοσοκομείων, κυρίως λόγω του κλεισίματος κάποιων ψυχιατρικών κλινικών, αλλά και λόγω των πρόσφατων αναδιαμορφώσεων των δημόσιων νοσοκομείων. Αξίζει να αναφέρουμε πως υπάρχει μικρό απόθεμα κλινών σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, αλλά συγχρόνως έχει καλύτερα ποσοστά από την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο που έχουν παρόμοια Εθνικά Συστήματα Υγείας .

Οι Πορτογάλοι πολίτες έχουν 442,6 γιατρούς ανά 100.000 πολίτες, ενώ ο μέσος όρος στην υπόλοιπη Ευρώπη είναι 349,6. Από την άλλη πλευρά όμως έχουν 637,8 νοσοκόμες ανά 100.000 κατοίκους, ενώ οι υπόλοιποι Ευρωπαίοι έχουν περίπου 864,3. Διαπιστώνουμε δυστυχώς πως υπάρχει μια άνιση αναλογία ανάμεσα σε γιατρούς και νοσοκόμους.

Όσον αφορά τα φαρμακεία, είναι ομοιόμορφα κατανεμημένα μέσα στη χώρα και ο αριθμός τους έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά και πάλι μένει πίσω συγκριτικά με τα ποσά της υπόλοιπης Ευρώπης. Αντίθετα, οι υπάλληλοι υγείας βλέπουμε πως δεν είναι σωστά κατανεμημένοι και ότι υπάρχει μια συσσώρευση στα αστικά κέντρα . Το ίδιο δυστυχώς έχει διαπιστωθεί και για τον ιατρικό εξοπλισμό.

Στην Πορτογαλία η πρωτοβάθμια παροχή υγείας, παρέχεται συνδυαστικά από ιδιωτικές και δημόσιες πηγές. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει και γενική και εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα . Κάποιες υπηρεσίες όμως, όπως είναι οι οδοντιατρικές παροχές, οι διαγνωστικές υπηρεσίες ή αντίστοιχα περιπτώσεις αποκατάστασης παρέχονται μόνο από το ιδιωτικό κομμάτι.

Το 2006 δημιουργήθηκε το RNCCI, η Εθνική Ηλεκτρονική Υπηρεσία για Μακροχρόνια Φροντίδα . Αποτελείται από ομάδες οι οποίες προσφέρουν μακροχρόνια φροντίδα, κοινωνική στήριξη σε νοσοκομεία αλλά και σε κέντρα υγείας μέσω ιδιωτικών πόρων κυρίως. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το κομμάτι του Εθνικού Ινστιτούτου Επείγουσας Νοσηλείας. Το σύστημα επείγουσας νοσηλείας της Πορτογαλίας είναι γρήγορο και αποτελεσματικό, κάτι το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο για ένα σωστό σύστημα υγείας.

Το 2007 και το 2008 έγιναν προσπάθειες δημιουργίας νέων συστημάτων, αρχικά για τη φροντίδα του τοπικού πληθυσμού που δεν ζει σε αστικά κέντρα. Προσπάθησαν να ενισχύσουν οικονομικά και να αλλάξουν τον υπάρχοντα εξοπλισμό μέσω ιδιωτικών πόρων. Η παραπάνω κίνηση δεν έφερε πλήρως τα αποτελέσματα που επιθυμούσαν. Συνοψίζοντας, θα μπορούσε κάποιος να πει πως παρόλες τις προσπάθειες τους, δεν έχουν εκπληρωθεί ακόμα όλες οι προσδοκίες τους για το βέλτιστο σύστημα υγείας (Fronteira et al., 2017).

Παρακάτω βλέπουμε έναν πίνακα που σχετίζεται με τις χρεώσεις των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας στην Πορτογαλία

Πίνακας 2.4: Οι χρεώσεις των Πορτογάλων για τις υπηρεσίες υγείας

Υπηρεσίες υγείας	Τύπος χρέωσης του χρήστη της υπηρεσίας	Εξαιρέσεις ή / και μειωμένα ποσοστά
Επίσκεψη	Συν πληρωμή	Πολίτες με ανεπαρκή μέσα, άνεργοι, έγκυες , αιμοδότες , δότες κυττάρων και ιστών , πρόσφυγες και άτομα που έχουν αιτηθεί άσυλο , πυροσβέστες , ανήλικοι και εκείνοι που ανήκουν σε ορισμένες ομάδες

		ασθενών που εξαιρούνται από τα ιδρύματα του ΕΣΥ
Πρωτοβάθμια περίθαλψη	Συν πληρωμή	>>
Επίσκεψη ειδικών σε εξωτερικούς ασθενείς	Συν πληρωμή	>>
Επείγουσες επισκέψεις	Συν πληρωμή	
Συνταγογράφηση φαρμάκων σε εξωτερικούς ασθενείς	Συνασφάλιση , ποικίλει ανάλογα την αξία της θεραπείας	
Διαμονή ασθενών	Καμία	
Οδοντιατρική φροντίδα	Πληρωμή από την τσέπη των ασθενών	Οι έλεγχοι αμοιβής των οδοντιατρικών υπηρεσιών στοχεύουν σε κοινωνικά επιδόματα , εγκύους , μαθητές και ορισμένες ομάδες ασθενών (όπως HIV / AIDS)
Ιατρικές υπηρεσίες	Πληρωμή από την τσέπη των ασθενών	

Source : Authors' elaboration

Notes : “ Co-payment for inpatient stay was removed in 2009 . There is no cap in OOP payments.

Κλείνοντας την ενότητα βλέπουμε έναν πίνακα με τις χρεώσεις των Πορτογάλων , όσον αφορά το εθνικό σύστημα υγείας.

Πίνακας 2.5: Οι χρεώσεις στην Πορτογαλία στο εθνικό σύστημα υγείας

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Επείγουσα υπηρεσία						

Επείγον (γενικά)	9.60	20.00	20.60	20.65	20.60	18.00
Επείγον χειρουργείο	8.60	17.50	18.00	18.05	18.00	16.00
Υπηρεσία εξωτερικού ασθενή						
Εξειδικευμένη περίθαλψη	4.60	7.50	7.75	7.75	7.75	7.00
Βασική έκτακτη ανάγκη	8.60	15.00	15.45	15.50	15.45	14.00
Σύμβουλος πρωτοβάθμιας περίθαλψη	2.25	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50

Source : Barros (2012), SNS (2016)

Notes * General emergency services comprise all types of emergency services , including intensive care and several specialties.

Hit_Portugal _2_2017 , 2

2.2 Παράγοντες πίεσης στα Δημόσια συστήματα υγείας, έλλειψη σεβασμού όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα πολιτικής υγείας στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης είναι η υψηλή συμμετοχή των πολιτών στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι γνωστό πως η Ελλάδα κατέχει πρωταρχική θέση μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών υγείας και φαίνεται πως έχουν αυξητική τάση. Ένα μεγάλο μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας και η αύξηση τους οφείλεται στις άμεσες πληρωμές που καλούνται να καταβάλουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας από την τσέπη τους, καθώς μόνο ένα μικρό μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι η μεγάλη εξάρτηση από μη ασφαλισμένες πληρωμές οι οποίες αφορούν τη χρηματοδότηση της υγείας έχει σοβαρές συνέπειες στο βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών αλλά και στην οικονομική αβεβαιότητα με την οποία έρχονται αντιμέτωποι (Λυμπεράκη κ.α.,2009).

Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι Έλληνες εκφράζουν τον ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το ΕΣΥ έχει σημαντικά γραφειοκρατικά ζητήματα, ελλείψεις προσωπικού και εξελιγμένης υλικοτεχνικής υποδομής, τα οποία περιορίζουν το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών, ενώ

παράλληλα παρατηρούνται γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την κατανομή του ιατρικού δυναμικού μεταξύ των αστικών και αγροτικών περιοχών. Αυτό το ζήτημα έχει παρατηρηθεί ακόμα πιο έντονα τώρα που βιώνουμε την πανδημία του κορονοϊού. Όλες οι παραπάνω ελλείψεις που αναφέρθηκαν έχουν ως αποτέλεσμα να οδηγηθεί ένα μεγάλο μέρος των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας, ο οποίος έχει ως βασικό πυρήνα χρηματοδότησης τις άμεσες πληρωμές των χρηστών. Παρόλα όσα αναφέραμε παραπάνω οι άμεσες πληρωμές δεν καταβάλλονται αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. Ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας είναι το συνεχές πρόβλημα των άτυπων πληρωμών για υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τις δομές του ΕΣΥ (Liaropoulos et al. , 2008, Siskou, 2008).

Οι άμεσες πληρωμές υγείας εκθέτουν τα νοικοκυριά σε μεγάλο οικονομικό κίνδυνο εξαιτίας των απρόβλεπτων δαπανών, και είναι πιθανόν να φέρουν διαταραχές στο βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η ευημερία των πολιτών που αποστρέφονται τον κίνδυνο (risk-averse), και σε ακραίες περιπτώσεις, υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθεί ή να επιδεινωθεί η ένδεια καθώς οι πόροι των νοικοκυριών φεύγουν από την κάλυψη βασικών αναγκών με σκοπό να καλύψουν την αναγκαία ιατρική φροντίδα (Wagstaff & Van Doorslaer , 2003). Είναι ευρέως γνωστό πως η κοινωνική προστασία αλλά και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση αποτελούν μέρος των κοινών στόχων των συστημάτων υγείας που έχουν υιοθετηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η επιβάρυνση για την οποία ευθύνονται οι άμεσες δαπάνες υγείας στο βιοτικό επίπεδο των νοικοκυριών αλλά και η αντιμετώπιση της λεγόμενης παγίδας ιατρικής φτώχειας, δηλαδή η πρόκληση φτώχειας λόγω των πληρωμών για ιατρική φροντίδα, έχουν χαρακτηριστεί σαν ένα από τα κύρια ζητήματα πολιτικής σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (Whitehead & Dahlgren , 2007). Η αναλυτική κατηγοριοποίηση των δαπανών για τον κάθε τομέα περίθαλψης μεμονωμένα έχει ιδιαίτερη σημασία για τις συνέπειες σε επίπεδο πολιτικής, γιατί οι μηχανισμοί συν-πληρωμής διαφέρουν σημαντικά μεταξύ αυτών, αλλά και σχετικά με την έλλειψη σεβασμού που παρατηρείται όσον αφορά τα δικαιώματα των πολιτών.

Η νότια Ευρώπη είναι από τις περιοχές που κτυπήθηκε περισσότερο από την οικονομική κρίση (Serapioni, 2017). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να πιεστεί σε μεγάλο βαθμό το δημόσιο σύστημα υγείας και να παρατηρηθούν σοβαρά προβλήματα τα οποία είχαν αντίκτυπο στους πολίτες. Σε συνδυασμό με άλλα δυσμενή αποτελέσματα που επέφερε η οικονομική κρίση, όπως είναι ελλείψεις ιατρικού προσωπικού αλλά και ανεπάρκεια προηγμένων ιατρικών μηχανημάτων. Δεν χωράει αμφιβολία πως θα πρέπει να γίνει αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας σε αυτές τις χώρες, με σκοπό την ομαλή λειτουργία του.

2.2.1 Γήρανση Πληθυσμού

Ο καθένας μπορεί να αντιληφθεί με ποιον τρόπο η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει το κρατικό διανεμητικό σύστημα ασφάλισης. Αυτό μπορούμε να το δούμε μέσω της δημιουργίας ελλειμμάτων όταν υπάρχουν λιγότεροι ασφαλισμένοι για να συντηρήσουν τον κάθε συνταξιούχο και τις ανάγκες του όσον αφορά το κομμάτι της υγείας. Στο ιδιωτικό σύστημα, όμως, έχει συσσωρευθεί ένα κεφάλαιο από πριν, το οποίο προηγείται της δημογραφικής επιδείνωσης και έτσι δεν επηρεάζεται από τυχόν скаμπανεβάσματα. Όταν υπάρχει δηλαδή μείωση του εργαζόμενου πληθυσμού, υπάρχει ένα κεφάλαιο από το οποίο θα μπορούσαν να πληρωθούν οι συντάξεις και αντίστοιχα οι σχετικές παροχές για υπηρεσίες υγείας (Τήνιος, 2010).

Στο μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών του κόσμου και κυρίως στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης που μελετάμε, το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού έχει γίνει αντιληπτό. Η γήρανση του πληθυσμού προκύπτει κατά κύριο λόγο από το συνδυασμό της υπογεννητικότητας και τη μείωση της θνησιμότητας. Σε αρκετές χώρες ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος είχε ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά γεννήσεων, τα οποία όμως αργότερα μειώθηκαν σε αισθητό βαθμό, ενώ σήμερα κινούνται σε επίπεδα χαμηλότερα του ποσοστού το οποίο θα ήταν ικανό να αναπληρώσει τον πληθυσμό. Σε συνδυασμό με την αύξηση του του προσδόκιμου ζωής το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού γίνεται ακόμα πιο έντονο.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής έχει ως άμεση συνέπεια την αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων στο μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνιών. Το παραπάνω γεγονός έχει ως αποτέλεσμα να τεθούν νέα βάρη στα συνταξιοδοτικά συστήματα κάθε χώρας. Πιο συγκεκριμένα, τα αυξημένα όρια ηλικίας έχουν ως αποτέλεσμα πιο έντονη ζήτηση για αποταμίευση σχετικά με το κομμάτι των ασφαλιστηρίων ζωής, αλλά και για μακροχρόνια φροντίδα. Όσο παρατείνεται η ζωή ενός ανθρώπου τόσο πιο φθηνή θα είναι και η ασφάλιση του θανάτου του, κάτι το οποίο σημαίνει πως θα αυξηθούν οι πωλήσεις ασφαλίσεων ζωής σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού (Νεκτάριος, 2005).

Η ατομική εμπειρία της γήρανσης έχει να κάνει με την επιδείνωση της υγείας αλλά και τη δημιουργία ανησυχίας για τις προοπτικές της ποιότητας ζωής μετά τη σύνταξη. Έπειτα από μια μακρά περίοδο σταθερότητας στη μέση ηλικία, το κομμάτι της ζωής μετά τη συνταξιοδότηση προκαλεί μεγάλες ανησυχίες αλλά και αβεβαιότητα (Λυμπεράκη κ.α,2009). Ένα κομμάτι αυτής

της αβεβαιότητας πηγάζει από τις μεγάλες αλλαγές που μπορεί να προκύψουν εξαιτίας της αύξησης της ηλικίας, οι οποίες διαφέρουν αρκετά από άτομο σε άτομο. Δεν γερνούν όλοι με τον ίδιο τρόπο, δεν έχουν όλοι τους ίδιους πόρους να καλύψουν τυχόν νοσοκομειακές ανάγκες και τέλος δεν είναι σίγουρο ότι όλοι θα έχουν την ανάλογη φροντίδα από τα παιδιά τους ή γενικότερα από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Το οικονομικό αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο εξελίσσονται οι βιολογικές διαδικασίες διαφέρει αρκετά από χώρα σε χώρα. Όλα τα δυσμενή αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού αλλά και οι επιπτώσεις που έχει στο κομμάτι της ασφάλισης μπορούν διαμορφωθούν προς το καλύτερο αρκεί να κατανοήσουμε με ποιον τρόπο είναι δυνατό να γίνει αυτό.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί πως η δημογραφική γήρανση είναι μια διαδικασία που έχει μακροχρόνια ιστορία η οποία ξεκινά πριν τα μέσα του εικοστού αιώνα. Η μεταπολεμική περίοδος όμως διεύρυνε έντονα αυτό το φαινόμενο ως συνέπεια των αλλαγών στη γονιμότητα και στη θνησιμότητα που αναφέραμε προηγουμένως. Αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι, ενώ το 1950 το μισό του παγκόσμιου πληθυσμού ήταν κάτω των 24 ετών, το 1970 η αντίστοιχη ηλικία έφτασε τα 22, ενώ το 2006 η αντίστοιχη ηλικία άγγιξε τα 28 εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Αντίστοιχα το ποσοστό των νέων ατόμων ηλικίας 0-14 ετών αυξήθηκε από 34,2% το 1950 σε 37,4% το 1970, ενώ σήμερα το ποσοστό αυτό είναι ύψους 28,3%. Από την άλλη πλευρά όμως, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών ενώ παρέμεινε σχεδόν στάσιμο την περίοδο 1950 -1970 σε περίπου 5,2 με 5,4 %, το 2005 έφτασε στο 7,3 % (Τσίμπος , 2008).

Πίνακας 2.6 : Οι μεταβολές στην κατά ηλικία δομή του παγκόσμιου πληθυσμού την περίοδο 1950-2005 (ποσοστιαία κατανομή σε ευρείες ηλικιακές ομάδες)

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005
0-14 ετών	34,2	37,0	37,4	35,3	32,6	30,2	28,3
15-64 ετών	60,6	57,7	57,2	58,8	61,3	62,9	64,4
65 ετών και άνω	5,2	5,3	5,4	5,9	6,1	6,9	7,3

Πηγή : UN 2007

2.2.2 Οικονομική Κρίση

Είναι αρκετοί οι οικονομικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την κατανάλωση των ασφαλίσεων ζωής και υγείας. Ένας από τους πιο χαρακτηριστικούς παράγοντες είναι το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας. Το επίπεδο εισοδήματος μιας χώρας συμπεριλαμβάνεται στους πιο σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να ερμηνεύσουν τον τρόπο διαμόρφωσης της κατανάλωσης ασφαλίσεων ζωής και υγείας. Όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο εισοδήματος σε μια χώρα, υπό την προϋπόθεση ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, τόσο πιο αυξημένη θα είναι η ζήτηση της ιδιωτικής ασφάλισης. Πιο συγκεκριμένα, σε μικροοικονομικό επίπεδο, όσο υψηλότερο είναι το εισόδημα του νοικοκυριού, τόσο πιο μεγάλη θα είναι και η κατανάλωση στο κομμάτι των ασφαλίσεων ζωής και υγείας (Νεκτάριος, 2005).

Από το παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δημιουργούνται πολλές ανισότητες στο κομμάτι της υγείας εξαιτίας της οικονομικής κατάστασης που μπορεί να βιώνει κάποιος. Το μέρος των ανθρώπων που με τα βίαια τα βγάζουν πέρα δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώνουν επιπλέον κάποια ιδιωτική ασφάλεια, έτσι αρκούνται στις παροχές που δίνει το κράτος. Στην περίπτωση κάποιου έκτακτου γεγονότος η ανισότητα αυτή γίνεται ακόμα πιο αισθητή και τα έξοδα νοσηλείας που πρέπει να καταβληθούν είναι δυσβάστακτα. Η οικονομική κρίση του 2008 έκανε ακόμα πιο έντονο το παραπάνω φαινόμενο, ειδικά στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης. Στην Ελλάδα, στην Ιταλία, στην Πορτογαλία αλλά και στην Ισπανία στις αρχές του 2010-2011, όπου σε αυτές τις χώρες παρατηρήθηκαν οι πρώτες συνέπειες από την οικονομική κρίση, καταγράφηκαν αντίστοιχα και προβλήματα στα συστήματα υγείας (Serapioni M., 2017).

Μέσα από μελέτες έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να διαπιστώσουμε αν αυτές οι ανισότητες στο κομμάτι της υγείας σχετίζονται με το σύστημα υγείας που έχει υιοθετήσει η κάθε χώρα. Έχει διαπιστωθεί πως οι τέσσερις χώρες της Νοτίου Ευρώπης που μελετάμε έχουν τις πιο έντονες ανισότητες σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές, ειδικά μετά την οικονομική κρίση του 2008. Σε όλες τις χώρες τότε παρατηρήθηκε μείωση των εργαζομένων, περικοπές σε μισθούς και αύξηση της ανεργίας. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα αυστηρά μέτρα που τους επέβαλε η ΤΡΟΙΚΑ, είχαν ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν τεράστια χάσματα στον τομέα της ασφάλισης αλλά και της υγείας. Αξίζει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο πως τα πιο αυστηρά μέτρα επιβλήθηκαν στην Ελλάδα και μετά την ακολούθησε η Πορτογαλία.

Συνοψίζοντας, η οικονομική κρίση έφερε και στις τέσσερες χώρες προβλήματα στο κομμάτι των ασφαλίσεων υγείας. Τα προβλήματα αυτά είχαν κοινά χαρακτηριστικά και σχετίζονταν ιδιαίτερα με τις ανισότητες που παρατηρούνται σε αυτό το χώρο και τις τεράστιες συμμετοχές που καλούνται να καταβάλλουν οι πολίτες. Το τελευταίο συγκεκριμένα άγγιξε υψηλά ποσοστά και στις τέσσερις χώρες . Πάλι την πρωτιά κατείχε η Ελλάδα με ποσοστό 39,4% , μετά ακολούθησε η Πορτογαλία με 34 % , η Ισπανία με 30,1 % , ενώ τελευταία έρχεται η Ιταλία με ποσοστό 24,5% (Serapioni., 2017).

Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όσα αναφέραμε παραπάνω, είναι ότι η οικονομική κρίση επηρέασε και τις παροχές του ίδιου του κράτους . Παρατηρήθηκαν μειώσεις στα κρατικά κεφάλαια που αφορούσαν τον τομέα της υγείας με αποτέλεσμα να υπάρξουν μειώσεις στο ιατρικό προσωπικό αλλά και ανεπάρκειες στον εξοπλισμό . Επίσης οι πολίτες έπρεπε να περιμένουν σε τεράστιες λίστες αναμονής για να καταφέρουν να εξυπηρετηθούν. Η οικονομική κρίση του 2008 δεν άφησε κανέναν ανεπηρέαστο ,αλλά σίγουρα οι επιπτώσεις της ήταν πιο έντονες στις τέσσερες χώρες της Νοτίου Ευρώπης τις οποίες μελετάμε.

2.3 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στη Νότια Ευρώπη

Είναι γνωστό πως οι άνθρωποι πάντοτε επιζητούσαν την ασφάλεια. Η αδιάκοπη αυτή αναζήτηση αποτέλεσε τη βασική αιτία για τη διαμόρφωση των πρώτων οικογενειών, φύλων αλλά και άλλων ομάδων. Οι ομάδες αυτές αποτέλεσαν την πρωταρχική πηγή τόσο στο κομμάτι της σωματικής αλλά και στο κομμάτι της συναισθηματικής διασφάλισης από την εποχή που έκανε την εμφάνιση του το ανθρώπινο γένος. Με αυτόν τον τρόπο, οι άνθρωποι κατάφεραν να εξασφαλίζουν τα αναγκαία αγαθά για επιβίωση πιο εύκολα από ότι θα έκαναν ο καθένας μεμονωμένα και επιπλέον είχαν και την προστασία που προσφέρει η οικογένεια, διευκολύνοντας έτσι και τα άτυχα μέλη της στις δύσκολες στιγμές.

Στις μέρες μας το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων συνεχίζουν να αναζητούν τρόπους με σκοπό να εξασφαλίσουν ασφάλεια περιορίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο τους παράγοντες αβεβαιότητας . Ακόμα έχουμε στήριξη από ομάδες με σκοπό να επιτύχουμε την οικονομική μας διασφάλιση. Οι ομάδες αυτές μπορεί να είναι ο εργοδότης μας, το κράτος ή μια ασφαλιστική εταιρία. Στην εποχή μας όμως είμαστε πιο ευάλωτοι από ότι ήταν οι πρόγονοί μας. Το επίπεδο του εισοδήματος μας αλλά και η γενικότερα η περιουσία μας καθιστά τόσο εμάς όσο και τον οικογενειακό μας περίγυρο πιο ευάλωτους στις περιβαλλοντολογικές και

κοινωνικές αλλαγές για τις οποίες εμείς δεν μπορούμε να κάνουμε κάτι. Πιο τυποποιημένες μέθοδοι είναι αναγκαίες ώστε να μειώσουμε τις συνέπειες που είναι απόρροια της ανεργίας, της κακής υγείας, του θανάτου αλλά και των γηρατειών (Νεκτάριος , 2005).

Όλοι είμαστε εκτεθειμένοι σε σοβαρούς κινδύνους, όπως είναι σοβαρά προβλήματα υγείας που με το πέρασ του χρόνου μπορεί να προκύψουν. Αν και δεν μπορούμε να τα προβλέψουμε ή να αποφύγουμε εντελώς, είναι δυνατόν να προνοήσουμε για να καταφέρουμε να αντιμετωπίσουμε τέτοιες καταστάσεις και τις οικονομικές συνέπειες που τις συνοδεύουν. Ο βασικός ρόλος της ασφάλισης είναι να προφυλάσσει από τέτοιου είδους κινδύνους που συνήθως συμβαίνουν στους λίγους. Για αυτόν τον λόγο όμως υπάρχει και η ασφάλιση, για να κατανέμει τον κίνδυνο των λίγων στους πολλούς και στην συνέχεια με τη σιγουριά μιας μικρής οικονομικής επιβάρυνσης, το λεγόμενο ασφάλιστρο, να καλύπτει την αβεβαιότητα που επιφυλάσσει ένας πολύ μεγαλύτερος κίνδυνος.

Μέχρι το τέλος του εικοστού αιώνα οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης παρείχαν καλύψεις για τον τομέα της υγείας μέσω της κρατικής ασφάλισης. Με το πέρασμα του χρόνου και σε συνδυασμό με τις αλλαγές που έφερε αυτό, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έγινε πιο απαραίτητη από ποτέ κυρίως λόγω των περικοπών των παροχών από τους κρατικούς φορείς. Ως αποτέλεσμα αυτού, κάποιες χώρες μέλη όπως είναι η Ισπανία και η Σουηδία είχαν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας ως συμπληρωματικής της δημόσιας. Για παράδειγμα όσοι πολίτες την επέλεγαν είχαν μικρότερες αναμονές αλλά και άλλα προνόμια και ανέσεις επιπλέον από αυτά που πρόσφερε το κράτος. Άλλες χώρες όπως η Ουγγαρία, έχουν την ιδιωτική ασφάλεια με σκοπό να παρέχουν καλύψεις τις οποίες οι πολίτες στερούνται από τη δημόσια. Ενώ τέλος σε κάποια άλλη κράτη -μέλη ο ρόλος της είναι να καλύπτει τους πολίτες οι οποίοι για κάποιο λόγο δεν καλύπτονται από την κρατική (Pons -Pons J et al., 2015).

Σύμφωνα με όσα αναφέραμε παραπάνω βλέπουμε πως ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης δεν έχει τεράστιες αποκλίσεις αλλά σίγουρα συναντάμε μεγάλες διαφορές μεταξύ τους . Μια από τις πιο μεγάλες διαφορές που θα μπορούσαμε να σχολιάσουμε, είναι το ποσοστό των πολιτών που επιλέγει την ιδιωτική ασφάλεια ως κάλυψη. Στις αρχές του εικοστού αιώνα στις πρωταρχικές θέσεις παγκοσμίως ήταν οι Η.Π.Α., ενώ στην Ευρώπη μεγάλα ποσοστά συναντούσε κανείς στο Ηνωμένο βασίλειο. Στις χώρες της νοτίου Ευρώπης συναντάμε μικρότερα ποσοστά, καθώς υπήρξε μεγάλη δυσκολία στην ανάπτυξη μιας βιομηχανίας η οποία είχε μικρή ζήτηση. Στην Ισπανία για παράδειγμα αυτό το σκηνικό άρχισε να αλλάζει όταν μεγάλες εταιρίες άρχισαν να παρέχουν παροχές για υπηρεσίες υγείας στους εργαζομένους τους (Pons -Pons J et al., 2015).

Συνοψίζοντας, τις τελευταίες δεκαετίες η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό στην Ευρώπη. Σε αυτό το κομμάτι συνέβαλαν ιδιαίτερα οι ελλείψεις που υπήρχαν στο δημόσιο τομέα όπως είναι οι τεράστιες λίστες αναμονής. Οι ασφαλιστικές εταιρίες που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας κατάφεραν να δημιουργήσουν μια ισχυρή βιομηχανία, στελεχώνοντας τα συμβεβλημένα νοσοκομεία και κέντρα παροχής τους με δικό τους ιατρικό προσωπικό, καταφέροντας έτσι να προσελκύσουν τράπεζες και ασφαλιστικές με γενικό αντικείμενο για συνεργασία.

2.3.1 Ελλάδα

Είναι γνωστό πως η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Για να μιλήσουμε με ποσοστά, ως το 1980 το ποσοστό των Ελλήνων που προτιμούσαν την Ιδιωτική ασφάλιση άγγιζε το 2%. Κάπου κοντά στο 2005, αυτό το ποσοστό έφτασε το ύψος του 10 %, αλλά και πάλι είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε σχέση με αυτά της υπόλοιπης Ευρώπης. Δεν χωρά αμφιβολία στο γεγονός ότι για αρκετά χρόνια που η ασφάλιση υγείας ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την ασφάλιση ζωής, δεν μπορούμε να έχουμε τα ακριβή ποσοστά. Ένας βασικός παράγοντας για τη σύναψη ιδιωτικού συμβολαίου υγείας είναι το επίπεδο εκπαίδευσης όπως εξίσου σημαντικός είναι και το εισόδημα. Άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης και ικανοποιητικές αποδοχές από την εργασία τους είναι πιο πιθανό να καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση. Τα έσοδα που εισπράττονται από τα ασφαλιστρα δίνονται κατά βάση στα ιδιωτικά νοσοκομεία, για τα οποία αυτά τα χρήματα είναι ο βασικός χρηματικός πόρος.

Το εκάστοτε πρόγραμμα ασφάλισης υγείας καλύπτει συνήθως τη διαμονή, το φαγητό, τις εξετάσεις που ίσως χρειαστεί να κάνει ο ασθενής, χειρουργεία ή θεραπείες αλλά και τα έξοδα για τα φάρμακα. Μία εξίσου σημαντική κάλυψη σε σχέση με τις προηγούμενες που αναφέραμε είναι η παροχή εισοδήματος σε περίπτωση που ο πελάτης είναι ανίκανος να εργασθεί. Αυτό το ποσό δίνεται είτε σε μηνιαίες δόσεις είτε εφάπαξ αν η ανικανότητα είναι μόνιμη. Τις περασμένες δεκαετίες εξαιτίας του μεγάλου ανταγωνισμού είδαμε μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων, που το κάθε πρόγραμμα προσαρμοζόταν στις ανάγκες του κάθε ανθρώπου. Θα ήταν παράλειψη μας να μην αναφέρουμε την κάρτα υγείας που δημιουργήθηκε πριν κάποια χρόνια, αλλά η λάθος διαχείριση της έφερε οικονομικά ελλείματα στις ασφαλιστικές εταιρίες. Ένα μεγάλο ποσοστό των κατόχων έκανε άσκοπη χρήση για διαγνωστικές εξετάσεις ή δεν πρόσεχαν όσο θα έπρεπε εξαιτίας της ύπαρξης της κάρτας. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός

ότι η πρόληψη είναι το παν. Οι εταιρείες αναγκάστηκαν να γίνουν πιο αυστηρές κατά τη διαδικασία ανάληψης κινδύνων μέσω επιπλέον και πιο εξειδικευμένων check up (Liaropoulos et al, 2009) .

Υπάρχουν προοπτικές για ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα; Μέσα από έρευνες βλέπουμε πως οι Έλληνες αν λάβουν μια πιο σωστή ενημέρωση πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, θα είναι πιο πρόθυμοι να ασφαλιστούν και να προλάβουν τον τυχόν κίνδυνο. Σημαντικό παράγοντα θα αποτελέσει και η μείωση των τεράστιων απαλλαγών που παρατηρούνται στα περισσότερα ασφαλιστικά προγράμματα. Τα τελευταία εικοσιπέντε χρόνια αν και έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες για την αύξηση της ζήτησης της ιδιωτικής ασφάλισης, φαίνεται πως ήταν άκαρπες. Οι πολίτες συνεχίζουν να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχονται σε χαμηλό βαθμό και σε συνδυασμό με το ότι δεν εμπιστεύονται σχεδόν καθόλου το σύστημα υγείας καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως για να αλλάξει αυτή η κατάσταση οι φορείς πρέπει να ακολουθήσουν άλλη τακτική. Για παράδειγμα αν και ένα μεγάλο ποσοστό των νοσοκομείων έχει ένα αξιόλογο περιβάλλον διαμονής για τους ασθενείς συγχρόνως παρουσιάζει ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό .

Η πρόοδος του ιδιωτικού τομέα οφείλεται κυρίως στις διαγνωστικές εξετάσεις που παρέχονται. Επίσης αρκετοί υποστηρίζουν πως όποια ανάπτυξη έχει γίνει οφείλεται στις αλλαγές που συνέβησαν τα τελευταία χρόνια στον πολιτικό τομέα. Καθοριστικό ρόλο επίσης έπαιξε και το γεγονός ότι όσοι έχουν δυσανεστηθεί από το κρατικό σύστημα υγείας στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση ως συμπλήρωμα. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι υπάρχουν προοπτικές ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα αν ακολουθηθούν οι κατάλληλες τακτικές.

Όλα δείχνουν πως τα ποσοστά των Ελλήνων που θα χρησιμοποιούν ιδιωτική ασφάλιση στο μέλλον θα αυξηθεί. Αρχικά οι νέοι που στις μέρες μας δεν την αποζητούν φαίνεται πως σε μερικά χρόνια θα αρχίσουν να την επιλέγουν. Επίσης η ασφάλιση που παρέχει το κράτος όχι μόνο δεν προσπαθεί να κρατηθεί σε αξιοπρεπή επίπεδα αλλά ένα ποσοστό ύψους 60 % από τους ανθρώπους που ήδη έχουν ιδιωτική ασφάλιση πιστεύουν πως οι παροχές της κρατικής θα συρρικνωθούν και άλλο. Εξίσου σημαντικό με όσα έχουμε ήδη αναφέρει είναι ότι ένα ποσοστό του 70 % από Έλληνες που έχουν αλλά και από Έλληνες που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση θεωρούν ότι τα ποσά που θα πληρώνουν οι ασθενείς στο μέλλον από την τσέπη τους θα αυξηθούν και άλλο.

Συνοψίζοντας, για να καταφέρει ο ιδιωτικός τομέας να αναπτυχθεί πρέπει να επικεντρωθεί στο να καλύψει τις ελλείψεις του δημοσίου, δηλαδή πρέπει να παρέχει κατά κύριο λόγο

καλύψεις στις οποίες υστερεί η δημόσια ασφάλιση τόσο σε ποιότητα όσο και σε ποσότητα. Μία τέτοια παροχή είναι η οδοντιατρική που όπως αναφέραμε και προηγουμένως αρκετοί Έλληνες καταφεύγουν ακόμα και σε άλλες γειτονικές χώρες με σκοπό να εξυπηρετηθούν λόγω του κόστους. Ας τονίσουμε κλείνοντας πως κατά τη διαδικασία αυτής της ανάπτυξης οι φορείς θα πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικοί με σκοπό να αποφύγουν φαινόμενα ηθικού κινδύνου.

Πίνακας 2.7: Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα το 2002

	Ατομικά συμβόλαια	Ομαδικά συμβόλαια	Συνολικά
Αριθμός ατόμων που συμμετέχει στην ιδιωτική ασφάλιση σε χιλιάδες	964	746	1710
Ασφάλιστρα σε εκατομμύρια ευρώ	331	46	376
Αποζημιώσεις σε εκατομμύρια ευρώ	289	43	332

Siskoy 2009_Article_privateExpenditureHealthGreece)

2.3.2 Ιταλία

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει και παραπάνω το σύστημα υγείας της Ιταλίας χαρακτηρίζεται από πολλές ανισότητες τόσο γεωγραφικές όσο και ταξικές. Δεν έχουν όλοι οι πολίτες ίση μεταχείριση ούτε λαμβάνουν τις ίδιες παροχές σε αυτόν τον τομέα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε πως κάποιες ιατρικές παροχές εξαιρούνται τελείως από το εθνικό σύστημα υγείας. Οι πολίτες με σκοπό να εξυπηρετηθούν στρέφονται προς ιδιωτικούς φορείς, το οποίο σημαίνει πως όσοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να το κάνουν δεν είναι από πουθενά καλυμμένοι. Οι Ιταλοί έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν ποια ασφάλεια επιθυμούν να τους καλύπτει, η ιδιωτική ή η δημόσια (Thomson S. et al., 2009).

Οι πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν πολλαπλασιασμό των ανεξάρτητων προγραμμάτων υγείας κάτι το οποίο κάνει ακόμα πιο έντονες τις ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν οι Ιταλοί. Αυτό το φαινόμενο είναι πολύ συνηθισμένο στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης σε αντίθεση με τις Σκανδιναβικές χώρες που σπάνια συναντά κανείς τέτοιες καταστάσεις. Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι έχουν γίνει μεγάλες προσπάθειες από αυτές τις χώρες για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ιταλία όπως και στην Ελλάδα επιχειρείται η ιδιωτική ασφάλιση να καλύπτει τα κενά της δημόσιας. Για παράδειγμα στην Ιταλία ασθενείς οι οποίοι έχουν ιδιωτικό ασφαλιστήριο υγείας μπορεί να εξυπηρετηθούν από δημόσιο νοσοκομείο. Στην Ελλάδα από την άλλη πλευρά οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα τα απογεύματα να δέχονται κανονικά ασθενείς στα ιατρεία ενώ το πρωί δουλεύουν σε κάποιο νοσοκομείο. Ο στόχος των προηγούμενων ενεργειών είναι να εξλειφθούν οι ανισότητες που συναντάμε σε αυτόν τον τομέα αλλά και ταυτόχρονα η ιδιωτική και η δημόσια ασφάλιση να γίνουν ανταγωνιστικές μεταξύ τους (Serapioni M. ,2017).

Σύμφωνα με όσα αναφέραμε παραπάνω η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ιταλία μπορεί να πει κάποιος ότι λειτουργεί συμπληρωματικά στο κρατικό σύστημα υγείας, αλλά και σαν αντίγραφο, δηλαδή σαν επιπλέον κάλυψη στις υπάρχουσες παροχές. Αρχικά καλύπτει κάποιες παροχές οι οποίες δεν παρέχονται από το κράτος . Επίσης ένα μέρος των ιδιωτικών εργαστηρίων συνεργάζεται με το κρατικό σύστημα ώστε να εξυπηρετεί τους πολίτες στο κομμάτι των διαγνωστικών εξετάσεων (Cabiedes L et al., 2001).Τις τελευταίες δεκαετίες τα ποσοστά δείχνουν πως η ιδιωτική ασφάλιση έχει αναπτυχθεί αρκετά με την πιο υψηλή συμμετοχή να εμφανίζεται κατά την περίοδο 1991-1995 όπου οι παροχές της κρατικής ασφάλισης είχαν συρρικνωθεί. Μετά το 1995 που η δημόσια ασφάλιση άρχισε πάλι να εξελίσσεται αυτά τα ποσοστά άρχισαν να πέφτουν (Thomson S et al., 2009).

Η Ιταλία μαζί με την Δανία, τη Σουηδία, την Ελλάδα αλλά και τη Γαλλία ανήκουν στην ομάδα των ευρωπαϊκών χωρών στις οποίες υπερισχύει η δημόσια ασφάλιση υγείας. Οι τέσσερις πρώτες έχουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας ως κύριο πυλώνα για τα ζητήματα υγείας των πολιτών τους, ενώ η Γαλλία έχει ένα δημόσιο σύστημα ασφαλείας το οποίο διαφέρει από το ΕΣΥ (Voluntary_Private_Health_Care_Insurance across Europe, based on SHARE data,2007)⁶. Όλες οι χώρες αυτού του γκρουπ έχουν όμως ένα κοινό χαρακτηριστικό, το χαμηλό ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης, η καθεμία για τους δικούς της λόγους. Αυτοί οι λόγοι μπορεί να είτε δημογραφικοί, είτε οικονομικοί είτε γεωγραφικοί όπως στην περίπτωση της Ιταλίας, είτε κοινωνικοί. Η Ιταλία οδηγήθηκε στη δημιουργία του ΕΣΥ κυρίως λόγω της ετερογένειας που επικρατούσε στους τρόπους πληρωμής των παροχών υγείας και με σκοπό να εξαλειφθούν ανισότητες που είχαν εμφανιστεί (Thomson S. et al.,2009).

Στην Ιταλία το κομμάτι της ιδιωτικής ασφάλισης χωρίζεται σε τρεις πυλώνες. Ο πρώτος αφορά τους πολίτες που λαμβάνουν τις καλύψεις που επιθυμούν από αλληλασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που παρέχουν ασφαλιστικό προϊόντα. Στο δεύτερο ανήκουν τα άτομα που κάνουν απευθείας σύμβαση με τις ασφαλιστικές. Ενώ τέλος υπάρχει το κομμάτι της εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, το οποίο έχει και τα μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τα δύο προηγούμενα. Όσον αφορά το κομμάτι των πληρωμών υπάρχουν δύο τρόποι, ο ένας είναι αυτός των απαλλαγών και της συνασφάλισης, δηλαδή η εταιρεία καλύπτει τα έξοδα αλλά απαιτείται και μια μικρή συμμετοχή από τον ασθενή και ο άλλος είναι η απευθείας πληρωμή του ασθενή για τις υπηρεσίες που δέχεται (Thomson S et al , 2009).

Συνοψίζοντας, η Ιταλία έχει τα καλύτερα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης από αυτό το γκρουπ χωρών και η χρήση της έχει αρχίσει να εδραιώνεται. Οι ασφαλιστικές όμως πρέπει να βρουν έναν τρόπο έτσι ώστε αν στο μέλλον τα ποσοστά χρήσης της αρχίσουν να αυξάνονται, να μην γίνουν πιο έντονες τις οικονομικές ανισότητες που ήδη υπάρχουν σε αυτόν τον τομέα (Guglielmo Weber etc, 2007). Η ιστορία μας έχει δείξει πως ο ίδιος ο λαός είχε καταφέρει να διεκδικήσει καλύτερη μεταχείριση στο κομμάτι της υγείας με τη δική του φωνή. Το 1994, οι Ιταλοί, μετά από μαζικές κινητοποιήσεις, κατάφεραν να δημιουργήσουν τις οικογενειακές κλινικές στη Ρώμη και να εξαλείψουν τις ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα ακόμα και σε αυτόν τον τομέα (Matos AR et al., 2017). Οι Ιταλοί που προτιμούν την ιδιωτική κάλυψη έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα την προτιμούν οικογένειες με πολλά μέλη ή οι οικογένειες που το μέλος -αρχηγός είναι μεταξύ των ηλικιών 41 και 50 ετών (Thomson S et al., 2009). Άρα για να αναπτυχθεί αυτός ο τομέας ακόμα περισσότερο οι εταιρείες πρέπει να προσαρμόσουν και τα χαρακτηριστικά άλλων ατόμων στα προγράμματα υγείας.

Πίνακας 2.8: Αριθμός ασφαλισμένων στην Ιταλία

	Αριθμός ασφαλισμένων (χιλιάδες)	Μέσο ασφάλιστρο (ευρώ)	Συνολικά ασφάλιστρα (εκατομμύρια ευρώ)
Μη κερδοσκοπικές αλληλασφαλιστικές	400	200	90
Μη κερδοσκοπικοί αυτοχορηγούμενοι οργανισμοί	1,500	440	660
Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που καθοδηγούνται από ασφαλιστικές	1,500	310	435
Κερδοσκοπικοί οργανισμοί	900	270	245
Ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί	1500	530	790
Συνολικά	5,800	390	2,250

Private Health Insurance Europe , 2009.

2.3.3 Ισπανία

Η Ισπανία είναι η τελευταία από τις χώρες της Νοτίου Ευρώπης που δημιούργησε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Η συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας είναι κάτι που έχει απασχολήσει πολύ τη χώρα και έχουν γίνει πολλές κινητοποιήσεις για την αλλαγή αυτής της κατάστασης. Ειδικά μετά την κρίση του 2008 το ιατρικό προσωπικό μαζί με τη φωνή του λαού

έχουν κάνει μεγάλες προσπάθειες έτσι ώστε να ελαττωθεί η συμμετοχή των πολιτών, να σταματήσουν οι περικοπές στις επιχορηγήσεις που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας αλλά και για να υπάρχει ίση κάλυψη για όλους (Matos et al , 2017).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καλύπτει το μεγαλύτερο κομμάτι υπηρεσιών υγείας αλλά δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι ο αριθμός των ατόμων που επιζητούν την ιδιωτική κάλυψη αυξάνεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως όσοι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας καταλήγουν να είναι διπλοασφαλισμένοι. Αυτό το φαινόμενο είναι αρκετά διαδεδομένο σε χώρες όπου τα προγράμματα υγείας πωλούνται ατομικά. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε όλες τις θετικές επιπτώσεις που έχει . Αρχικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και για γεγονότα που το ΕΣΥ δεν καλύπτει, οι πολίτες δεν χρειάζεται να πληρώνουν απευθείας από την τσέπη τους αλλά έναντι του ασφαλιστρού που δίνουν είναι καλυμμένοι από την ασφαλιστική τους εταιρία. Έχουν πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις σε λογική τιμή ή ακόμα έχουν καλύτερη εξυπηρέτηση σε παροχές που ήδη παρέχει το ΕΣΥ, όπως για παράδειγμα μικρότερες αναμονές. Δυστυχώς όμως και εδώ υπάρχουν ανισότητες μεταξύ των πολιτών κυρίως για οικονομικούς λόγους (Thomson S. et al., 2009)

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ισπανία παρέχει δικούς της γιατρούς, δικά της νοσοκομεία σε αντάλλαγμα του ασφαλιστρού που πληρώνουν οι πολίτες. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες τα συμβόλαια πωλούνται κυρίως μεμονωμένα και όχι ομαδικά. Για να αποφύγουν οι ασφαλιστικές το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου υπάρχει μια περίοδος αναμονής περίπου 6 μήνες μέχρι να εξυπηρετηθεί ο ασφαλισμένος. Επίσης τα ασφαλιστήρια δίνουν τη δυνατότητα αθέτησης και από τη μεριά του ασφαλιστή αλλά και από τη μεριά του ασφαλισμένου. Το ασφάλιστρο προσαρμόζεται στα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου, ενώ άτομα με χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο διαβήτης εξαιρούνται και δεν καλύπτονται . Κύριος παράγοντας για τη διαμόρφωση της τιμής παίζει και το φύλο καθώς οι γυναίκες μετά από κάποια ηλικία κοστολογούνται με υψηλότερο ασφάλιστρο. Τέλος οι τιμές που έχουν καταγραφεί τα τελευταία χρόνια στην αγορά κυμαίνονται από 30 μέχρι 50 ευρώ μηνιαία (Thomson S. et al., 2009).

Τα τελευταία χρόνια έχουμε δει μια αύξηση στη ζήτηση της ιδιωτικής κάλυψης στη Ισπανία. Οι πολίτες που την επιλέγουν συνήθως είναι αυτοί που λαμβάνουν υψηλό εισόδημα και δηλώνουν πως δεν είναι ικανοποιημένοι από τις παροχές του ΕΣΥ. Επίσης ένα ακόμη χαρακτηριστικό των οπαδών της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι ότι αποστρέφονται τον κίνδυνο σε μεγάλο βαθμό . Ένας άλλος παράγοντας που αξίζει να αναφέρουμε είναι η ηλικία, αν και οι έρευνες δείχνουν πως δεν παίζει τόσο καθοριστικό ρόλο (Thomson S. et al, 2009).

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι ο κύριος λόγος που οι άνθρωποι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι η αποστροφή στον κίνδυνο. Σε μια κοινωνία όμως που το ΕΣΥ καλύπτει το μεγαλύτερο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να την επιλέγουν; Αυτό έχει να κάνει με το βαθμό που θέλουν να αποφύγουν τον κίνδυνο και το πόσο καλυμμένοι θέλουν να είναι. Κάποιοι άλλοι παράγοντες που συμβάλουν σε αυτή την επιλογή και δεν αναφέρθηκαν παραπάνω είναι το επίπεδο μόρφωσης αλλά και η περιοχή διαμονής του ατόμου. Οι άνθρωποι που ζουν σε αστικά κέντρα τείνουν να την επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό καθώς έχουν πιο εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες της.

Η συνύπαρξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με το εθνικό σύστημα υγείας, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της Ισπανίας μπορεί να είναι προβληματική. Ωστόσο, η επιθυμία αγοράς ιδιωτικής κάλυψης για να μην πληρώσεις απευθείας την υπηρεσία σε περίπτωση έλευσης του κινδύνου αλλά και εξαιτίας της μεγάλης αποστροφής προς αυτόν εξηγεί τους λόγους διαφυγής των πολιτών προς τον ιδιωτικό τομέα για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους. Η αύξηση της ζήτησης της το 2006 είχε φτάσει το 18 % κυρίως λόγω της χαμηλής ικανοποίησης των πολιτών από το ΕΣΥ (Private Health Insurance Europe, 2009). Εν κατακλείδι, βλέπουμε πως τα ποσοστά της ιδιωτικής κάλυψης της Ισπανίας είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα σε σχέση με τα ποσοστά των υπόλοιπων χωρών της Νοτίου Ευρώπης που έχουμε ήδη αναφέρει.

2.3.4 Πορτογαλία

Στις μέρες μας έχει παρατηρηθεί μια σημαντική ανάπτυξη όσον αφορά την επέκταση της ζωής του ανθρώπου αλλά από την άλλη πλευρά και μια αύξηση στις γεννήσεις. Αντίθετα όμως με αυτές τις εξελίξεις στο κομμάτι της υγείας στην Πορτογαλία ακόμα παρατηρούνται πολλές ανισότητες. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ, ενώ η κύρια χρηματοδότηση του συστήματος είναι οι φόροι. Οι απευθείας πληρωμές των πολιτών έχουν αυξηθεί, όχι μόνο εξαιτίας των απαλλαγών αλλά και λόγω των απευθείας πληρωμών στους ιδιώτες γιατρούς. Περίπου το ένα πέμπτο με το ένα τέταρτο του πληθυσμού έχουν μια επιπλέον κάλυψη για τις υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικούς φορείς, όπως είναι η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση αλλά και τα σωματεία κάποιων συγκεκριμένων επαγγελματιών. Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση ποικίλει στις παροχές, έχει πακέτα που καλύπτουν μόνο τις βασικές ανάγκες αλλά μπορεί να βρει κάποιος και πιο ακριβά πακέτα με πιο εξειδικευμένες καλύψεις. Οι Πορτογάλοι λαμβάνουν τις ιατρικές τους παροχές και από τον ιδιωτικό αλλά και από το δημόσιο τομέα. Από το δημόσιο κυρίως δέχονται τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ στο ιδιωτικό κομμάτι καταφεύγουν για διαγνωστικές εξετάσεις ή φυσικοθεραπείες. Το 2011, η

Πορτογαλία μετά το χτύπημα της οικονομικής κρίσης δέχθηκε ένα δάνειο ύψους 78 εκατομμυρίων ευρώ με σκοπό να ανασυντάξει τον τομέα της υγείας (Fronteira et al, 2017).

Οι ανισότητες στο κομμάτι της υγείας παραμένουν μια μεγάλη πρόκληση γενικότερα στην Πορτογαλία. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού έχει συσσωρευθεί στη Λισαβόνα με αποτέλεσμα οι μεγαλύτεροι άνθρωποι που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού να αποτελούν την πλειοψηφία του πληθυσμού στην επαρχία. Μετά την οικονομική κρίση αρκετοί Πορτογάλοι άφησαν την χώρα, ενώ τα ποσοστά της εσωτερικής μετανάστευσης έχουν πέσει αρκετά. Η Πορτογαλία παραμένει η τέταρτη πιο άνιση χώρα στην Ευρώπη, ενώ έχουν παρατηρηθεί ανισότητες ακόμα και ανάμεσα στα δύο φύλα. Για παράδειγμα οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες αλλά είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από ασθένειες όπως κατάθλιψη, παχυσαρκία ή να αναπτύξουν μυοσκελετικά προβλήματα. Σε συνδυασμό με τους δημογραφικούς παράγοντες, αυτές οι διαφοροποιήσεις αποτελούν μια τεράστια υποκίνηση, τόσο για την κοινωνική ασφάλεια αλλά και για το σύστημα υγείας.

Η δημόσια έκθεση στο ΕΣΥ υπολογίζεται στο 66 % περίπου των εξόδων της συνολικής έκθεσης που αφορά την υγεία. Τα συστήματα υγείας που σχετίζονται με συγκεκριμένα επαγγέλματα καλύπτουν περίπου το ένα τέταρτο του πληθυσμού και κυρίως χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες και από τις εισφορές των εργαζομένων. Ένα μεγάλο κομμάτι της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας προέρχεται από ιδιωτικούς πόρους κυρίως από το κομμάτι των απαλλαγών και των απευθείας πληρωμών των ασθενών. Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει περίπου το 26 % του πληθυσμού ενώ ο ρόλος της είναι κυρίως συμπληρωματικός για παράδειγμα πιο άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες σε σχέση με το ΕΣΥ ή ακόμα μπορεί να καλύπτει παροχές οι οποίες εξαιρούνται από το δημόσιο φορέα.

Το κομμάτι της ιδιωτικής ασφάλισης στην Πορτογαλία έχει αναπτυχθεί με πολύ πιο αργούς ρυθμούς σε σχέση με τη δημόσια ασφάλιση, εκτός από την περίοδο 2010-2015 όπου είχε μια ικανοποιητική εξέλιξη. Οι κύριες πηγές ιδιωτικής κάλυψης είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας αλλά και άλλοι ιδιωτικοί φορείς όπως είναι οι ασφαλιστικές. Ο μεγαλύτερος πυρήνας χρηματοδότησης είναι οι πληρωμές από απαλλαγές αλλά σημαντικό ρόλο παίζουν και τα ασφαλιστρα που πληρώνουν οι πολίτες για την περίπτωση που επέλθει ο κίνδυνος αλλά και τα αλληλσφαιστικά ιδρύματα. Την περίοδο 2010-2015 έγινε μια περικοπή στις χρηματοδοτήσεις του δημόσιου φορέα για αυτό και παρατηρήθηκε μια αύξηση στην ζήτηση της ιδιωτικής κάλυψης (Fronteira et al,2017).

Δεν χωράει αμφιβολία στο γεγονός ότι αν και τα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αυξηθεί στην Πορτογαλία, παραμένουν ακόμα σε χαμηλά επίπεδα εξαιτίας του γεγονότος ότι οι πολίτες

επαναπαύονται από την ύπαρξη του ΕΣΥ. Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπως είναι η Γερμανία και η Ολλανδία που ο βασικός πυλώνας στον τομέα της υγείας είναι η ιδιωτική ασφάλιση, τα ποσοστά είναι πολύ πιο υψηλά. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφέρουμε πως η Πορτογαλία είναι η χώρα με το πιο υψηλό ασφάλιστρο σε σύγκριση με την Αγγλία, τη Δανία, την Ελλάδα, τη Φιλανδία αλλά και την Ιταλία. Το 2013 υπήρχαν 26 εταιρίες που πωλούσαν ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας στην Πορτογαλία, με τα υψηλότερα ποσοστά να τα κατέχει η Fidelidade και η Ocidental Seguros. Με το πέρασμα των χρόνων αυτός ο τομέας έχει συμπυκνωθεί αρκετά ενώ τον έχουν απορροφήσει κυρίως οι ασφαλιστικές εταιρίες και οι τράπεζες για την πώληση των προϊόντων του. Όπως και στις υπόλοιπες χώρες που έχουμε ήδη αναφέρει οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν εφαρμόσει μέτρα με σκοπό να αποφύγουν τον ηθικό κίνδυνο και κανένας να μη βγάζει κέρδος από την ασφάλιση. Πατώντας πάνω στο κομμάτι του ηθικού κινδύνου οι ασφαλιστικές ισχυρίζονται πως αν η ιδιωτική ασφάλιση ήταν εναλλακτική του ΕΣΥ και όχι συμπληρωματική, η καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας θα άρχιζε να διακυβευόταν (Fronteira I. et al, 2017).

Πίνακας 2.9 : Επιλογές των ασθενών

Τύπος επιλογής	Είναι διαθέσιμο (Ναι/Όχι)	Έχουν οι πολίτες το δικαίωμα της επιλογής ;
Επιλογές σχετικά με την κάλυψη		
Επιλογή να είναι καλυμμένοι ή όχι	Όχι	ΕΣΥ(είναι εθνικό)
Επιλογή για ιδιωτική ή δημόσια κάλυψη	Όχι	Η ιδιωτική κάλυψη είναι προαιρετική
Επιλογή οργανισμού παροχής	Ναι	Μόνο στην ιδιωτική ασφάλιση
Επιλογή παρόχου		
Επιλογή πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ναι	Μόνο στον ιδιωτικό τομέα . Στο δημόσιο η επιλογή του ασθενή είναι περιορισμένη
Άμεση πρόσβαση σε ειδικούς	Ναι	Μόνο στον ιδιωτικό τομέα . Στο δημόσιο η επιλογή του ειδικού έχει να κάνει με την πρωτοβάθμια φροντίδα

Επιλογή νοσοκομείου	Ναι	Μόνο στον ιδιωτικό τομέα . Στον ιδιωτικό τομέα η επιλογή του νοσοκομείου έχει να κάνει με την περιοχή του ασθενή . Αν και το 2016 ξεκίνησε να αλλάζει αυτό και να προσαρμόζεται στις λίστες αναμονής του κάθε νοσοκομείου
Επιλογή για θεραπεία στο εξωτερικό	Όχι	Η θεραπεία στο εξωτερικό σχετίζεται με προγενέστερη ιατρική αξιολόγηση από την ιατρική κάρτα
Επιλογή θεραπείας		
Συμμετοχή στις επιλογές θεραπείας	Ναι	Είναι δικαίωμα του ασθενή
Δικαίωμα ενημέρωσης για συγκατάθεση	Ναι	Είναι δικαίωμα του ασθενή
Δικαίωμα για δεύτερη γνώμη	Όχι	Μόνο στον ιδιωτικό τομέα
Δικαίωμα για ενημέρωση σχετικά με εναλλακτικές μεθόδους	Ναι	Είναι δικαίωμα του ασθενή

Hit Portugal , 2017.

Κεφάλαιο 3

Περιγραφική Ανάλυση Δείγματος

3.1 Στόχοι εργασίας και ερευνητικές υποθέσεις

Για την ορθή επίτευξη της μελέτης της εργασίας μας, θα κάνουμε χρήση δεδομένων από την έρευνα SHARE, για την οποία θα αναφέρουμε κάποιες πληροφορίες παρακάτω, καθώς και θα διεξάγουμε μια περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών που είναι οι σημαντικότερες για την ολοκλήρωση της μελέτης μας. Για την εκπλήρωση της ανάλυσης των δεδομένων, θα κάνουμε χρήση μεθόδων περιγραφικής ανάλυσης και παλινδρόμησης καθώς και του πακέτου SPSS. Στόχος όλων των παραπάνω, είναι να διεξάγουμε συμπεράσματα για το κατά πόσο επηρεάζουν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου την ασφαλιστική του συνείδηση.

3.2 Η έρευνα SHARE – παρουσίαση των στοιχείων

Η έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), σχετίζεται με την υγεία, τη γήρανση αλλά και τη συνταξιοδότηση στις χώρες της Ευρώπης, αναφέρεται σε άτομα άνω των 50 ετών και αποτελείται από 140.000 συμμετέχοντες. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι ο διακρατικός της χαρακτήρας καθώς τα δεδομένα της έχουν συλλεχθεί από 27 διαφορετικές Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ. Άλλο ένα χαρακτηριστικό της που την καθιστά ξεχωριστή είναι ότι ανά τακτά χρονικά διαστήματα , κατά προσέγγιση κάθε δύο χρόνια , συλλέγονται δεδομένα για ένα ειδικό δείγμα του πληθυσμού . Όσοι συμμετέχουν στην έρευνα, παραμένουν οι ίδιοι καθ'όλη τη διάρκεια της, εκτός από την περίπτωση θανάτου ή κωλύματος απόκρισης, κάτι το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί με ανανέωση του δείγματος .

Το πρώτο κύμα της έρευνας, διεξήχθη το 2004, ενώ αποτελούνταν από στοιχεία 11 χωρών στο σύνολο. Οι χώρες αυτές ήταν διασκορπισμένες από τη Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία) μέχρι και την κεντρική Ευρώπη (Αυστρία , Γαλλία , Γερμανία , Ελβετία , Βέλγιο αλλά και Ολλανδία) αλλά και τη Μεσόγειο (Ισπανία , Ιταλία , Ελλάδα) . Στα τέλη του 2004 εντάχθηκε και το Ισραήλ, το οποίο αποτελεί και την πρώτη χώρα της Μέσης Ανατολής που πραγματοποίησε συστηματική μελέτη του γηράσκοντος πληθυσμού. Μέχρι και σήμερα έχουν διεξαχθεί 8 κύματα . Τα δεδομένα των πρώτων 7 είναι άμεσα διαθέσιμα, το κύμα 8 όμως διεξήχθη το 2020 με ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο αφορούσε το COVID-19. Κάποια πρώιμα αποτελέσματα αυτού του κύματος κυκλοφόρησαν το Δεκέμβριο του 2020, ενώ ολοκληρωμένα

αποτελέσματα αναμένονται να κυκλοφορήσουν την άνοιξη του 2021. Το μεγαλύτερο πλήθος των πληροφοριών που συλλέγονται στα κανονικά κύματα SHARE επικεντρώνονται κυρίως στις τρέχουσες συνθήκες ζωής, κάτι το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να μην έχουμε επαρκείς πληροφορίες για οτιδήποτε συνέβη νωρίτερα στη ζωή των συγκεκριμένων ανθρώπων. Στο κύμα 7 μπήκε ακόμα ένα αναδρομικό ερωτηματολόγιο το οποίο επικεντρωνόταν σε αρκετούς τομείς της ζωής των ερωτηθέντων, από τους συντρόφους τους μέχρι και το κομμάτι της στέγασης αλλά και της εργασίας. Ας μην παραλείψουμε το γεγονός ότι υπάρχουν και πιο στοχευμένες ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Το παραπάνω ερωτηματολόγιο ονομάστηκε SHARELIFE και είχε τη μορφή συνέντευξης (share-project.gr).

3.3 Μεταβλητές ενδιαφέροντος

Οι μεταβλητές της διπλωματικής αυτής εργασίας μπορούν να διακριθούν σε δημογραφικές μεταβλητές, απασχόλησης, κοινωνικοοικονομικές αλλά και σωματικής και ψυχικής υγείας.

- Δημογραφικές μεταβλητές : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι μεταβλητές που σχετίζονται με την ηλικία, τη χώρα διαμονής, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση : Age , Gender, Country, Single
- Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές : Εδώ συγκαταλέγονται οι μεταβλητές που αφορούν τα χρόνια εκπαίδευσης των ερωτώμενων καθώς και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε οικογενείας: Thinc , Hnetw, Yedu, fdistress.
- Μεταβλητές ψυχικής και σωματικής υγείας : Εδώ συμπεριλαμβάνονται οι μεταβλητές που σχετίζονται με τη σωματική υγεία, τη γνωστική λειτουργία καθώς και επικίνδυνες συμπεριφορές. Αυτές βασίζονται στην αυτοαξιολόγηση από το ίδιο το άτομο αναφορικά με τις καθημερινές συνήθειες και με προβλήματα υγείας : Sphus , Chronic, Gali, Mobility, Iadd, Orienti, Bmi, Phinact, Esmoked, Nursing home.
- Μεταβλητές που αναφέρονται σε επισκεψιμότητα σε ιατρούς, νοσοκομεία καθώς και θέματα ασφάλισης

3.3.1 Δημογραφικές Μεταβλητές – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Οι δημογραφικές μεταβλητές αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μας, δηλαδή στην ηλικία, το φύλο, τη χώρα διαμονής και την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων. Το δείγμα συνίσταται από 17562 άτομα. Η πλειοψηφία του δείγματος συνίσταται από γυναίκες σε ποσοστό 55,7% (n=9777) και το 44,3% από άνδρες. Ακολουθούν σε ποσοστό 75,5% τα άτομα που είναι δεσμευμένα (n=13253), ενώ σχεδόν το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων είναι ελεύθεροι (σε ποσοστό 24,5%, n=4309). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες προέρχονται από την Ισπανία και την Ιταλία σε ποσοστό 32,1% (n=5636) και 30,3% (n=5313) αντίστοιχα. Ακολουθούν όσοι προέρχονται από την Ελλάδα σε ποσοστό 28,1% (n=4937) και μόλις το 9,5% προέρχονται από την Πορτογαλία (n=1676).

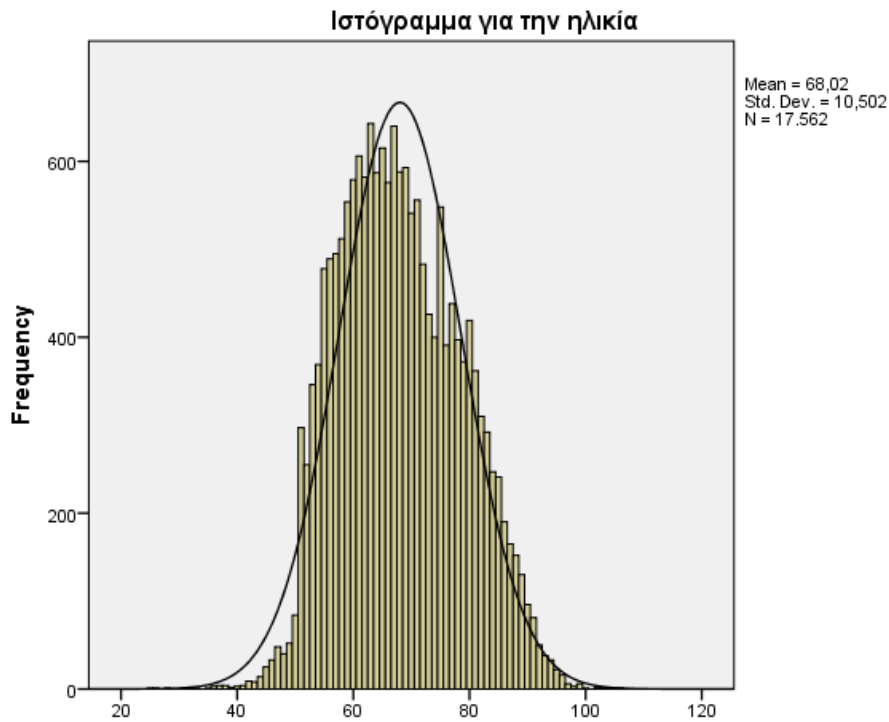
Πίνακας 3.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά εξεταζόμενου δείγματος

	N	N%
Φύλο		
Άνδρας	7785	44,3
Γυναίκα	9777	55,7
Χώρα διαμονής		
Ισπανία	5636	32,1
Ιταλία	5313	30,3
Ελλάδα	4937	28,1
Πορτογαλία	1676	9,5
Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος	4309	24,5
Δεσμευμένος	13253	75,5

Για την περιγραφική ανάλυση της ηλικίας εκτιμώνται τα περιγραφικά μέτρα της ηλικίας. Η ηλικία έχει εύρος από τα 25 έτη έως τα 106 έτη. Η μέση ηλικία είναι τα 68,02 έτη (T.A.=10,50 έτη) και η διάμεσος είναι 67 έτη, δηλαδή το 50% των συμμετεχόντων έχουν ηλικία από μικρότερη από τα 67 έτη. Τέλος, από το διάγραμμα 3.1, η κατανομή της ηλικίας δείχνει καλή προσαρμογή στην καμπύλη της κανονικότητας.

Πίνακας 3.2: Μέτρα θέσης και διασποράς της ηλικίας

Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
25	106	68,02	10,50	67



Διάγραμμα 3.1: Ιστόγραμμα για την ηλικία.

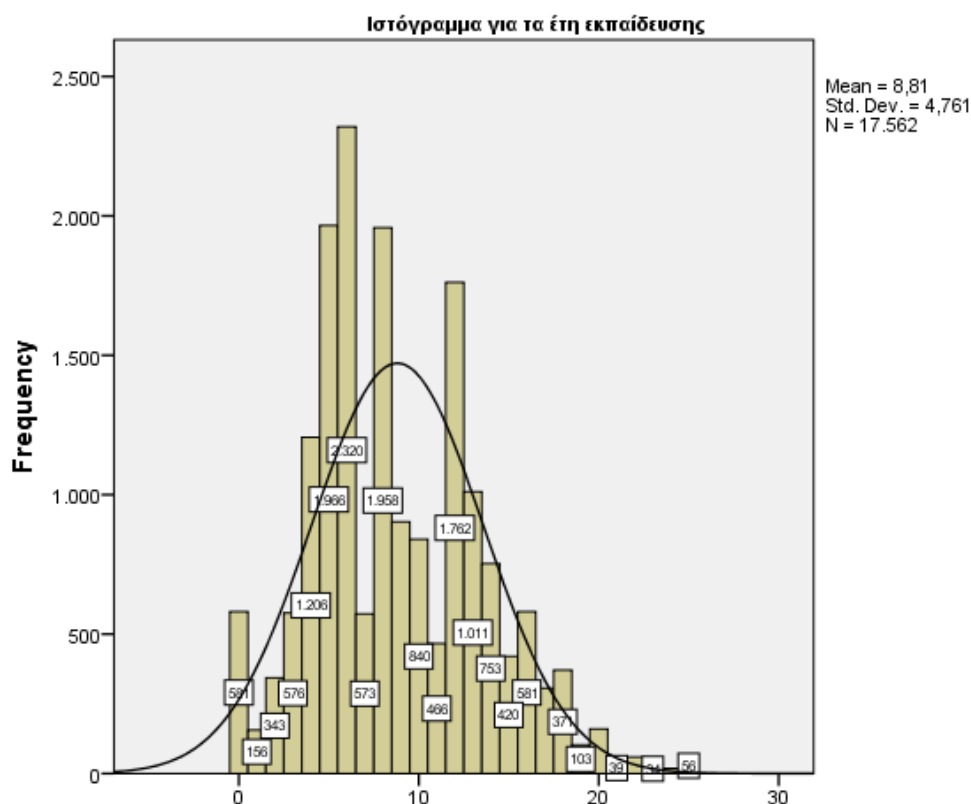
3.3.2 Κοινωνικοοικονομικές Μεταβλητές – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Στην συγκεκριμένη ενότητα, θα αναφερθούμε σε μια μεταβλητή, που σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων. Η μεταβλητή *yedu* (years of education) είναι διακριτή και αναφέρεται στα έτη εκπαίδευσης που έχουν συμπληρώσει τα άτομα.

Πίνακας 3.3: Μέτρα θέσης και διασποράς της μεταβλητής έτη εκπαίδευσης

Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
0	25	8,81	4,76	8,00

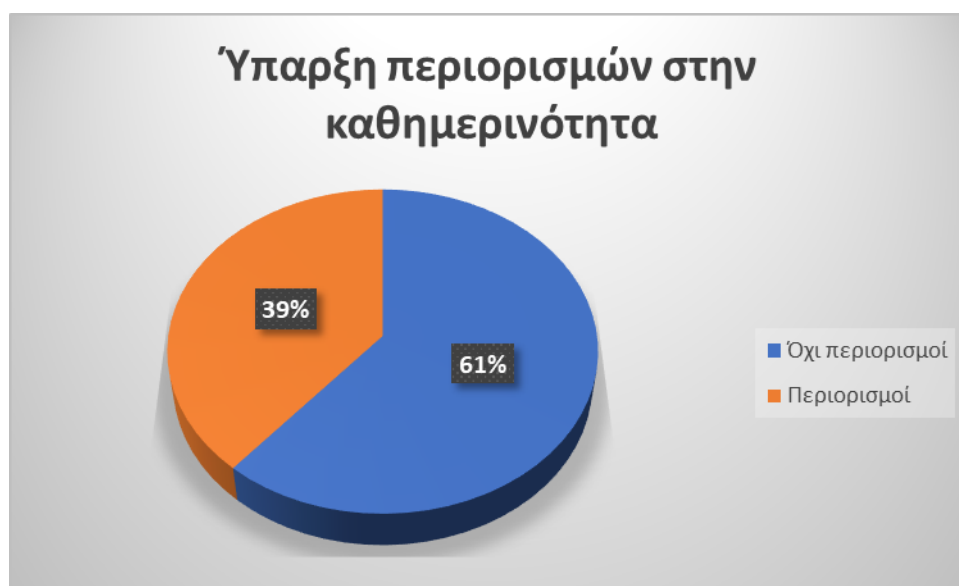
Τα έτη εκπαίδευσης έχουν εύρος από τα 0 έτη έως τα 25 έτη. Η μέση ηλικία είναι τα 8,81 έτη (Τ.Α.= 4,76 έτη) και η διάμεσος είναι τα 8 έτη, δηλαδή το 50% των συμμετεχόντων έχουν έτη εκπαίδευσης μικρότερα από τα 8 έτη. Από το διάγραμμα 3.2 διαπιστώθηκε ότι η κατανομή των ετών εκπαίδευσης είναι ασύμμετρη και λεπτόκυρτη και φανερώνει ίχνη θετικής ασυμετρίας.



Διάγραμμα 3.2: Ιστόγραμμα για τα έτη εκπαίδευσης

3.3.3 Μεταβλητές σωματικής και ψυχικής υγείας – Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Οι μεταβλητές που εξετάζονται στη συγκεκριμένη ενότητα είναι μεταβλητές που σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και κατά συνέπεια με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα. Η μεταβλητή *gal1* απαντάει στο αν υπάρχουν περιορισμοί λόγω κάποιου προβλήματος υγείας και η πλειοψηφία αναφέρει ότι δεν εμφανίζει περιορισμούς στην καθημερινότητά της σε ποσοστό 61% (n=10747) και μόνο το 39% αναφέρει ότι εμφανίζει περιορισμούς (n=6815).



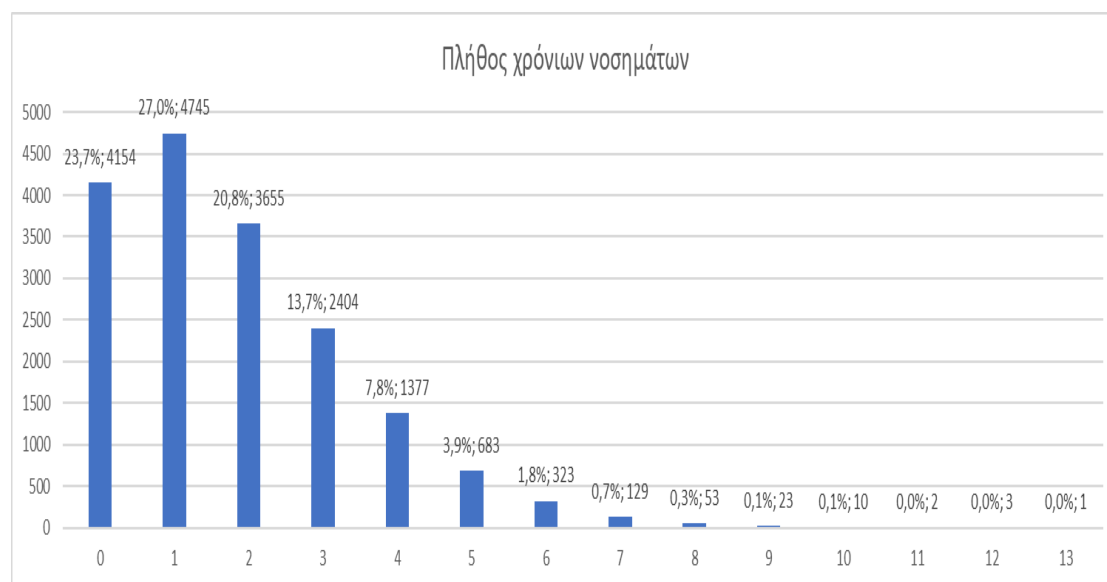
Διάγραμμα 3.3: Κατανομή σύμφωνα με το αν υπάρχουν περιορισμοί

Ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση στο πλήθος των χρόνιων νοσημάτων και στο πλήθος των κινητικών προβλημάτων που εμφανίζουν οι συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3.4 διαπιστώθηκε ότι περίπου το 25% των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν είχε κανένα χρόνια νόσημα (N=4154, N%=23,7%). Ένα χρόνια νόσημα είχε το 27% (N=4745), δύο το 20,8% (N=3655) και περισσότερα από 3 το 28,5%. Περίπου ένας στους δύο που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν κανένα κινητικό περιορισμό (N=8803, N%=50,1%), το 11,9% (N=2085) είχαν έναν, το 9,1 % (N=1601) είχαν 2 και το 28,9% είχαν περισσότερους από δύο. Τέλος στο

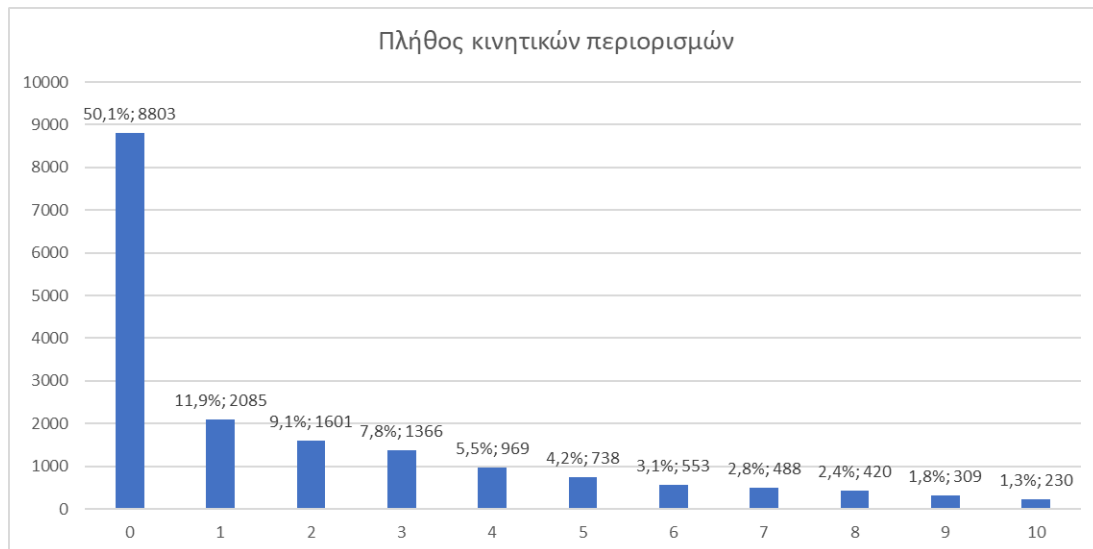
διάγραμμα 3.4 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτώμενων ανάλογα με τον αριθμό χρόνιων παθήσεων που έχουν αναφέρει.

Πίνακας 3.4: Πίνακας συχνοτήτων του πλήθους χρόνιων νοσημάτων και κινητικών περιορισμών

		N	N%
Πλήθος χρόνιων νοσημάτων	Κανένα	4154	23,7%
	1	4745	27,0%
	2	3655	20,8%
	3-5	4464	25,4%
	6-10	538	3,1%
	11-13	6	0,0%
Πλήθος κινητικών περιορισμών	0	8803	50,1%
	1	2085	11,9%
	2	1601	9,1%
	3-5	3073	17,5%
	6-10	2000	11,4%



Διάγραμμα 3.4: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το πλήθος χρόνιων νοσημάτων



Διάγραμμα 3.5: : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για το πλήθος κινητικών προβλημάτων

Όσον αφορά το κάπνισμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι δεν καπνίζουν σε ποσοστό 60% (n=10508) ενώ το 40% υποστηρίζει ότι καπνίζει καθημερινά (n=7054) (Διάγραμμα 3.6).



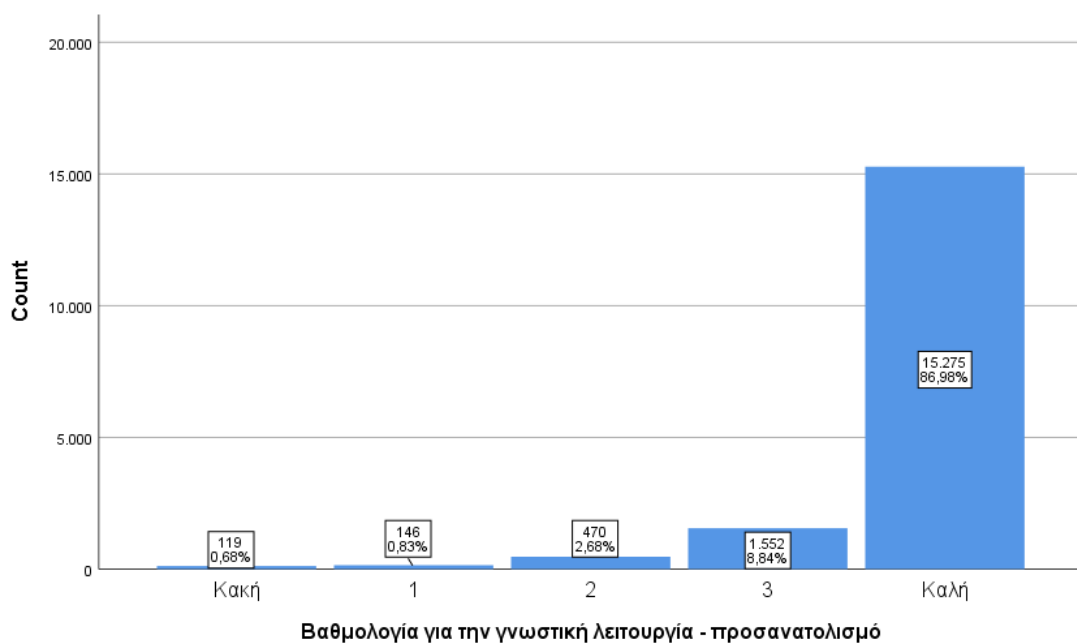
Διάγραμμα 3.6: Κατανομή σύμφωνα με το καθημερινό κάπνισμα

Εξετάζοντας τη φυσική αδράνεια των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν είναι σε κατάσταση φυσικής αδράνειας σε ποσοστό 82% (n=14471) και μόλις το 18% αναφέρει ότι είναι φυσικά αδρανείς (n=3091) (Διάγραμμα 3.7).



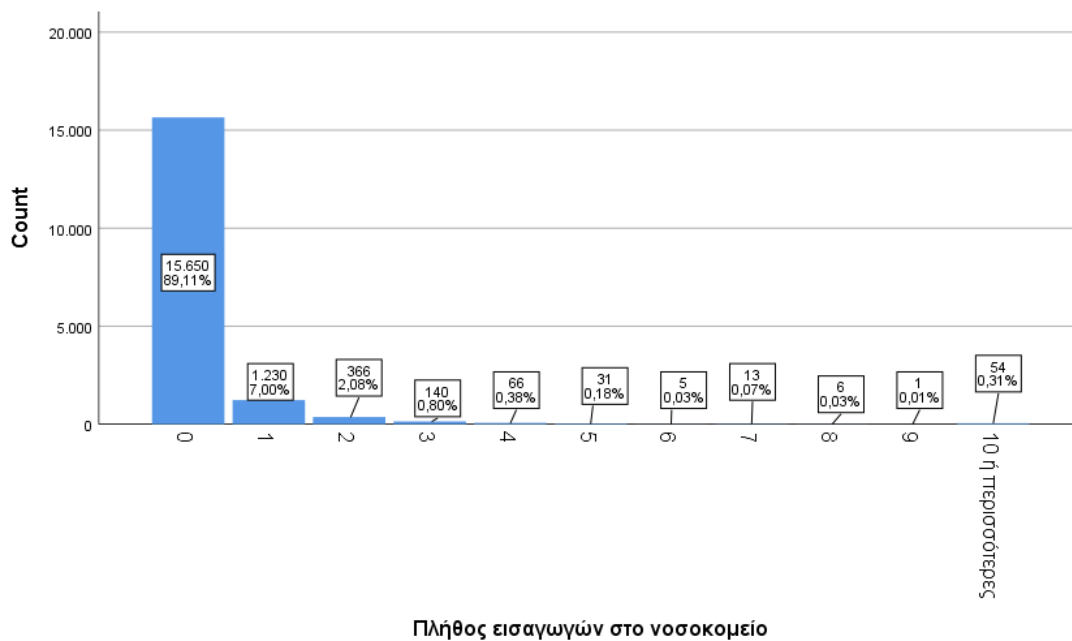
Διάγραμμα 3.7: Κατανομή σύμφωνα με τη φυσική αδράνεια

Η μεταβλητή “*Score of orientation in time test*” εκφράζει τη βαθμολογία για τη γνωστική λειτουργία-προσανατολισμό του ατόμου σε δοκιμή χρόνου. Είναι διατάξιμη μεταβλητή και παίρνει τιμές από το 0 (κακή) έως το 4 (καλή). Από το διάγραμμα 6 διαπιστώνουμε, ότι η πλειοψηφία των ατόμων έχει καλή βαθμολογία στη γνωστική λειτουργία 87% (n=15275). Ακολουθούν σε χαμηλότερα ποσοστά όσοι έχουν αρκετά καλή βαθμολογία (σε ποσοστό 8,8%, n=1552) και μόλις το 0,7% (n=119) είχαν κακή βαθμολογία (Διάγραμμα 6).



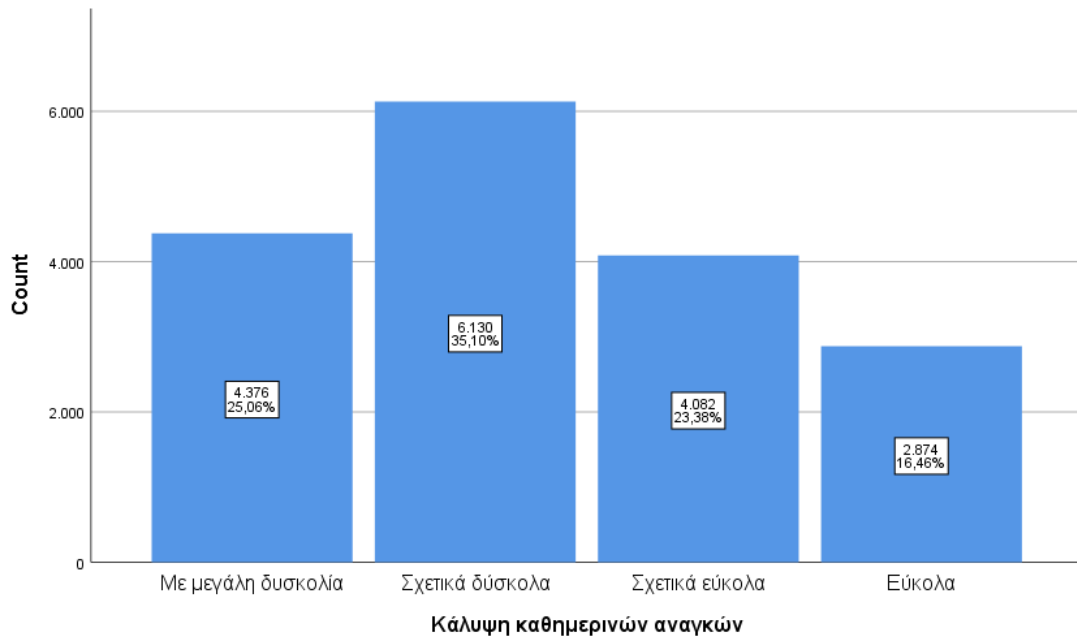
Διάγραμμα 3.8: Κατανομή σύμφωνα με τη βαθμολογία για τη γνωστική λειτουργία και τον προσανατολισμό

Σχετικά με το πλήθος των φορών που οι συμμετέχοντες βρέθηκαν στο νοσοκομείο διαπιστώθηκε ότι το 89,11% (N=15650) δεν εισήχθησαν ποτέ στο νοσοκομείο και στην συνέχεια το 7% (N=1230) δήλωσε ότι έχει εισαχθεί μια φορά, το 2% (N=366) δύο φορές ενώ όλες οι υπόλοιπες περιπτώσεις εμφάνισαν ποσοστά μικρότερα του 1%.



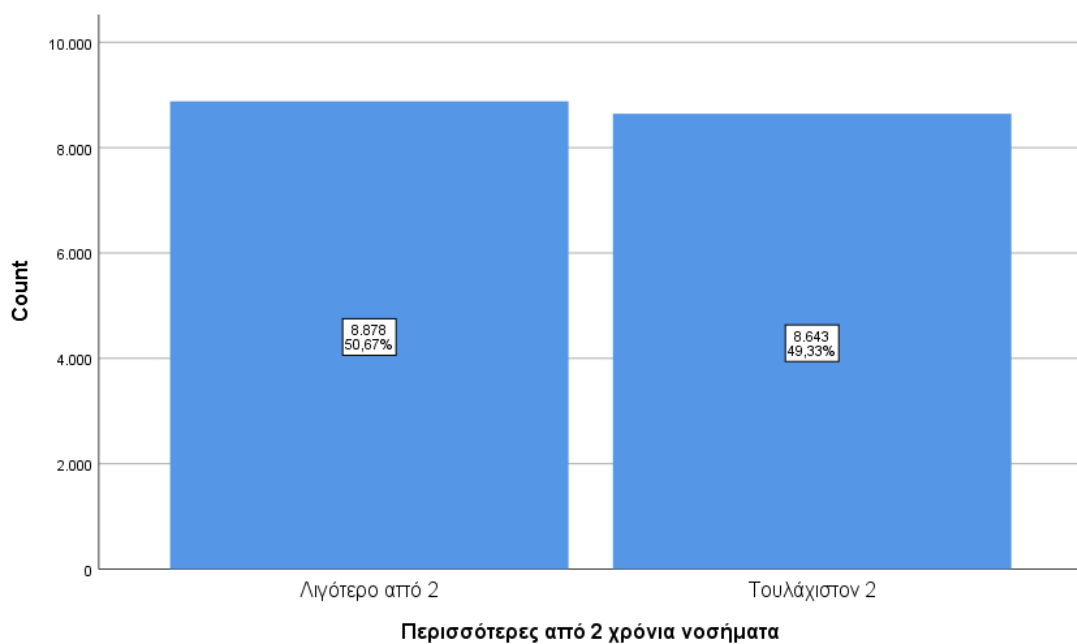
Διάγραμμα 3.9: Κατανομή της μεταβλητής Πλήθος εισαγωγών στο νοσοκομείο

Η μεταβλητή “*Household able to make ends meet*” είναι διατάξιμη και διακρίνεται σε 4 κατηγορίες περιγράφοντας εάν το νοικοκυριό που συμμετέχει στην έρευνα είναι σε θέση να ανταποκριθεί οικονομικά. Η πλειοψηφία των νοικοκυριών αναφέρει ότι συναντάει κάποιες οικονομικές δυσκολίες σε ποσοστό 35,1% (n=6130) και ακολουθούν όσοι έχουν μεγάλη δυσκολία σε ποσοστό 25,1% (n=4376). Σε μικρότερο ποσοστό δηλώνουν οι συμμετέχοντες ότι σχεδόν εύκολα μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε ποσοστό 23,4% (n=4082) και πολύ εύκολα αναφέρει το ποσοστό 16,4% (n=2874) (Διάγραμμα 7).



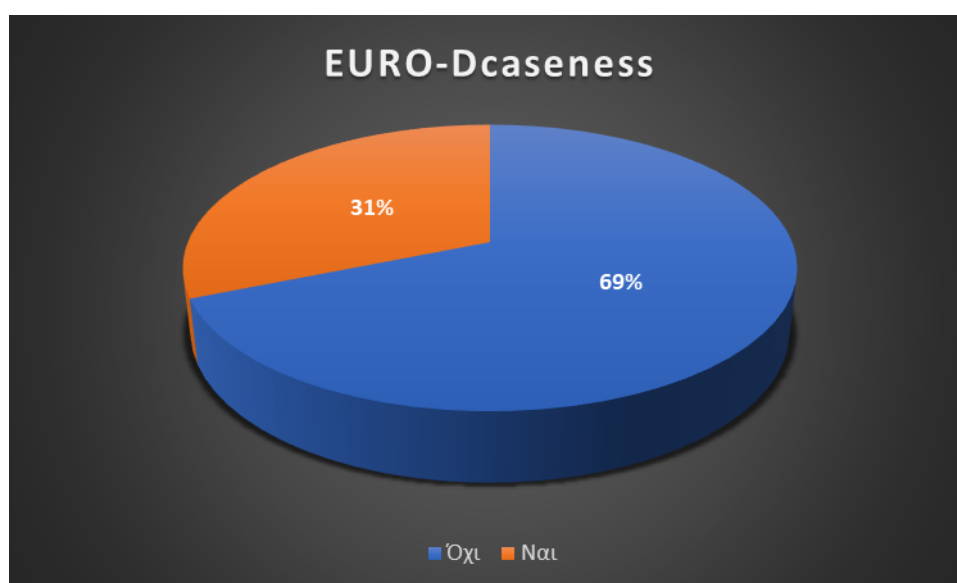
Διάγραμμα 3.10: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων και ποσοστών της δυνατότητας του νοικοκυριού να ανταπεξέλθει οικονομικά στις ανάγκες της καθημερινότητας

Στο ερώτημα «2+ chronic diseases, wave 2 version» είναι μια δίτιμη κατηγορική μεταβλητή που δηλώνει αν ο συμμετέχοντας στην έρευνα πάσχει από λιγότερες ή από περισσότερες από δύο χρόνιες παθήσεις. Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων αναφέρει ότι έχει 2 ή λιγότερες χρόνιες ασθένειες (σε ποσοστό 51%, n=8878) και σε κοντινό ποσοστό ακολουθούν όσοι αναφέρουν ότι εμφανίζουν περισσότερες από 2 ασθένειες σε ποσοστό 49% περίπου (n=8643).



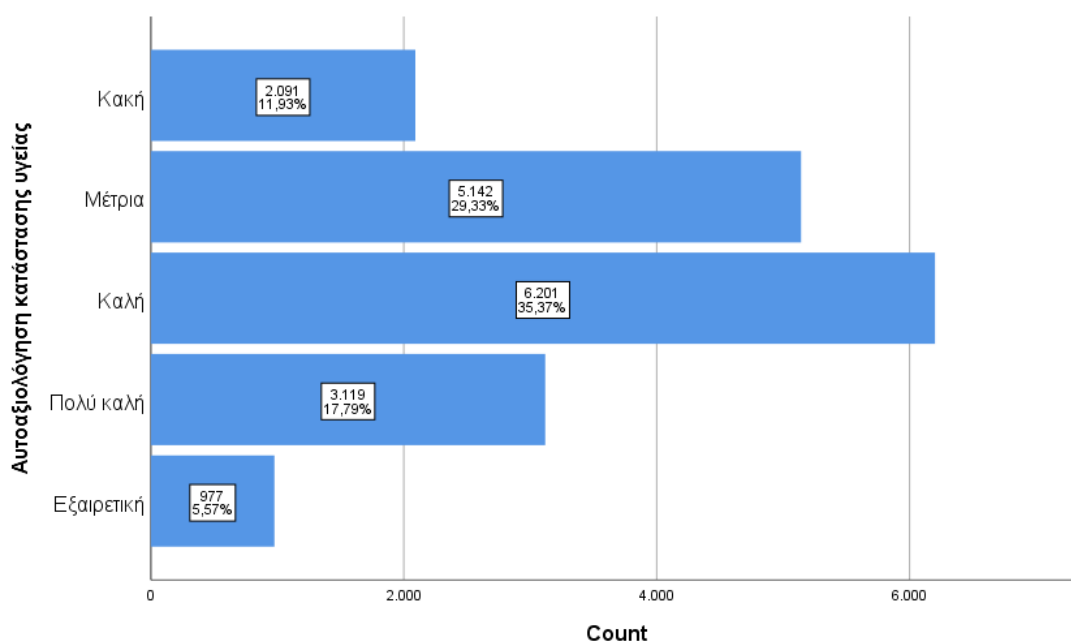
Διάγραμμα 3.11: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων και ποσοστών των κατηγοριών 2+ χρόνιων νοσημάτων

Η eurodcat (EURO-Dcaseness) μεταβλητή αποτελεί ουσιαστικά μια κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης και είναι δίτιμη κατηγορική μεταβλητή που δημιουργήθηκε από την μεταβλητή euro-d. Τα αποτελέσματα της euro-d προκύπτουν από ερωτήσεις της ενότητας «Ψυχική υγεία» του CAPI ερωτηματολογίου. Η euro-d παίρνει τιμές από το 0 έως το 12, με το 0 να δείχνει ότι ο ερωτώμενος δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα κατάθλιψης και το 12 ότι παρουσιάζει και τα 12 συμπτώματα. Με βάση την euro-d δημιουργήθηκε η μεταβλητή eurodcat η οποία χωρίζει το δείγμα μας σε δύο κατηγορίες. Στην κατηγορία 0 ανήκουν τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη, καθώς έχουν το πολύ 3 συμπτώματα της κλίμακας euro-d, ενώ στην κατηγορία 1 ανήκουν όσοι πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν τουλάχιστον 4 συμπτώματα. Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι με βάση τους δείκτες της euro-d κλίμακας, το 69% (11217) των συμμετεχόντων δεν πάσχει από κατάθλιψη, αρκετά μεγάλο ποσοστό, ενώ το 31% (5088) πάσχει από κατάθλιψη.



Διάγραμμα 3.12: Κατανομή σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης

Η μεταβλητή sphus (Self-perceived health) είναι ποιοτική, διατάξιμη και εκφράζει το πως αξιολογεί ο ίδιος ο ερωτώμενος την κατάσταση της υγείας του. Το 58,8% (n=10297) του δείγματος αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως τουλάχιστον καλή, κάτι που σημαίνει πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας. Αντιθέτως, 5142 (N%=29,3%) των συμμετέχοντες θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια ενώ μόλις 2091 (N%=11,9%) ως κακή.



Διάγραμμα 3.13: Αυτοαξιολόγηση της προσωπικής υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3.5 διαπιστώθηκε ότι μόνο το 30,1% επισκέφτηκε οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες ενώ υπήρξε και ένα σταθερό ποσοστό 11% με 15% που δεν μπορούσε να επισκεφτεί γιατρό λόγω κόστους και δεν μπορούσε να επισκεφτεί γιατρό λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής. Όσον αφορά θέματα ασφάλισης, μόνο το 9% των ερωτώμενων διαθέτει επικουρική ασφάλιση υγείας, το 41% πλήρωσε τμήμα ή το σύνολο των εξόδων του για επίσκεψη σε ιατρούς τους τελευταίους 12 μήνες πριν από την έρευνα και το 64% πλήρωσε τμήμα ή το σύνολο των εξόδων του για αγορά φαρμάκων. Τέλος, πολύ υψηλά ποσοστά των ερωτώμενων δηλώνουν ότι διαθέτουν ιδιωτική υποχρεωτική ή συμπληρωματική μακροχρόνια περίθαλψη.

Πίνακας 3.5: Πίνακας συχνοτήτων για την επισκεψιμότητα σε ιατρούς και θέματα ασφάλισης

	Ναι	Όχι
Επισκέφτηκε οδοντίατρο/οδοντιατρική υγιεινή τους τελευταίους 12 μήνες	30,1%	69,9%
Έμεινε μια νύχτα στο νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες	11,0%	89,0%
Διαθέτει επικουρική ασφάλιση υγείας	9,0%	91,0%
Δεν μπορούσε να επισκεφτεί γιατρό λόγω κόστους	11,4%	88,6%
Δεν μπορούσε να επισκεφτεί γιατρό λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής	14,7%	85,3%
Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσια	67,2%	32,8%
Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτικές υποχρεωτικές	98,2%	1,8%
Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτικές εθελοντικές/συμπληρωματικές	96,9%	3,1%
Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: κανένα από αυτά	36,4%	63,6%
Πληρώσατε οτιδήποτε μόνοι σας για επισκέψεις σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες	41,3%	58,7%
Πλήρωσες οτιδήποτε μόνος σου για φάρμακα τους τελευταίους 12 μήνες	64,0%	36%

3.4 Διαφοροποίηση της αυτοεκτιμούμενης υγείας βάσει δημογραφικών μεταβλητών

Αρχικά, έχει ενδιαφέρον να μελετηθούν οι διαφοροποιήσεις στην αυτοεκτίμηση ανάλογα με τις δημογραφικές μεταβλητές που έχουμε αναφέρει. Στο σημείο αυτό, μία μεταβλητή στην οποία δεν έχουμε αναφερθεί προγενέστερα και είναι χρήσιμη στην ανάλυση που θα κάνουμε, είναι η sphus (εξαρτημένη μεταβλητή ή μεταβλητή απόκρισης).

3.4.1 Η μεταβλητή “country”

Θα ελέγξουμε αν η χώρα διαμονής σχετίζεται με τη θετική ή αρνητική αντίληψη της αυτό-αναφερόμενης υγείας. Πραγματοποιούμε έλεγχο για να διαπιστώσουμε αν η χώρα διαμονής φαίνεται να επιδρά στα ποσοστά της αντιλαμβανόμενης υγείας. Βέβαια, αυτό θα εξακριβωθεί μέσω του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας.

H_0 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και χώρα είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και χώρα δεν είναι ανεξάρτητες

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι απορρίπτω την μηδενική υπόθεση ($\chi^2 = 712.672$, $df=3$, $p<0,001$) και δεν υπάρχει ανεξαρτησία ανάμεσα στις 2 μεταβλητές.

Country identifier * perh Crosstabulation

Count

		Perh		Total
		Αρνητική	Θετική	
Country identifier	Spain	2357	3279	5636
	Italy	2222	3091	5313
	Greece	1541	3396	4937
	Portugal	1145	531	1676
Total		7265	10297	17562

Πίνακας 3.7: Ανάλυση συχνοτήτων

Επιπλέον, έχοντας θεωρήσει στατιστικά σημαντική τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών, παρουσιάζει ενδιαφέρον ο υπολογισμός κατάλληλου μέτρου συνάφειας. Εν προκειμένω, επιλέγουμε το μέτρο V του Cramer. Διαπιστώνουμε, αρχικά, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της χώρας και της αντιλαμβανόμενης υγείας (εφόσον $p\text{-value} < 0.001$). Ωστόσο, η σχέση των μεταβλητών είναι μάλλον ασθενής (εφόσον $Cramer's V = 0.201$). Οπότε, η ένταση της συγκεκριμένης σχέσης δεν θεωρείται ιδιαίτερα ισχυρή. Στην Πορτογαλία φαίνεται να έχουν λιγότερο θετική εικόνα για την αντιλαμβανόμενη υγεία τους.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,201	,000
	Cramer's V	,201	,000
N of Valid Cases		17562	

Πίνακας 3. 8: Εκτίμηση μέτρου Phi & Cramer

3.4.2 Η μεταβλητή “gender”

Θα ελέγξουμε αν το φύλο σχετίζεται με τη θετική ή αρνητική εικόνα για την αντιλαμβανόμενη υγεία. Πραγματοποιούμε έλεγχο για να διαπιστώσουμε αν το φύλο

επιδρά στα ποσοστά της αντιλαμβανόμενης υγείας. Βέβαια, αυτό θα εξακριβωθεί μέσω του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας.

H_0 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και φύλο είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και φύλο δεν είναι ανεξάρτητες

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	78,071 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	77,799	1	,000		
Likelihood Ratio	78,280	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	78,067	1	,000		
N of Valid Cases	17562				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3220,48.

b. Computed only for a 2x2 table

Πίνακας 3.9: Έλεγχος ανεξαρτησίας για το φύλο και την αντιλαμβανόμενη υγεία

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι απορρίπτω την μηδενική υπόθεση και δεν υπάρχει ανεξαρτησία ανάμεσα στις 2 μεταβλητές.

Count		Perh		Total
		Αρνητική	Θετική	
Gender	Male	2934	4851	7785
	Female	4331	5446	9777
Total		7265	10297	17562

Πίνακας 3.10: Ανάλυση συχνοτήτων αναφορικά με το φύλο και την αντιλαμβανόμενη υγεία

Επιπλέον, έχοντας θεωρήσει στατιστικά σημαντική τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών, παρουσιάζει ενδιαφέρον ο υπολογισμός κατάλληλου μέτρου συνάφειας. Εν προκειμένω, επιλέγουμε το μέτρο V του Cramer. Διαπιστώνουμε, αρχικά, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της αντιλαμβανόμενης υγείας (εφόσον $p\text{-value} < 0.001$). Ωστόσο, η σχέση των μεταβλητών είναι αισθητά ασθενής (εφόσον $\text{value} = 0.067 \ll 1$). Οπότε, η ένταση της συγκεκριμένης σχέσης δεν θεωρείται ιδιαίτερα ισχυρή. Οι άνδρες αντιλαμβάνονται περισσότερο αρνητικά την υγεία τους.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,067	,000
	Cramer's V	,067	,000
N of Valid Cases		17562	

Πίνακας 3.11: Εκτίμηση μέτρου Phi & Cramer

3.4.3 Η μεταβλητή “single”

Θα ελέγξουμε αν η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με τη θετική ή αρνητική εικόνα για την αντιλαμβανόμενη υγεία. Πραγματοποιούμε έλεγχο για να διαπιστώσουμε αν η οικογενειακή κατάσταση επιδρά στα ποσοστά της αντιλαμβανόμενης υγείας. Βέβαια, αυτό θα εξακριβωθεί μέσω του X^2 ελέγχου ανεξαρτησίας.

H_0 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και η οικογενειακή κατάσταση είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές αντιλαμβανόμενη υγεία και η οικογενειακή κατάσταση δεν είναι ανεξάρτητες

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	332,976 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	332,326	1	,000		
Likelihood Ratio	329,281	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	332,957	1	,000		
N of Valid Cases	17562				

Πίνακας 3.12: Έλεγχος ανεξαρτησίας για την οικογενειακή κατάσταση και την αντιλαμβανόμενη υγεία

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι απορρίπτω την μηδενική υπόθεση και δεν υπάρχει ανεξαρτησία ανάμεσα στις 2 μεταβλητές.

		perh		Total
		Αρνητική	Θετική	
Single	No	4970	8283	13253
	Yes	2295	2014	4309
Total		7265	10297	17562

Πίνακας 3.13: Ανάλυση συχνοτήτων

Επιπλέον, έχοντας θεωρήσει στατιστικά σημαντική τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών, παρουσιάζει ενδιαφέρον ο υπολογισμός κατάλληλου μέτρου συνάφειας. Εν προκειμένω, επιλέγουμε το μέτρο V του Cramer. Διαπιστώνουμε, αρχικά, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και αντιλαμβανόμενης υγείας (εφόσον $p\text{-value} < 0.001$). Ωστόσο, η σχέση των μεταβλητών είναι αισθητά ασθενής (εφόσον $\text{value} = 0.138 \ll 1$). Οπότε, η ένταση της

συγκεκριμένης σχέσης δεν θεωρείται ιδιαίτερα ισχυρή. Όσοι είναι έγγαμοι αντιλαμβάνονται περισσότερο θετικά την υγεία τους.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,138	,000
	Cramer's V	,138	,000
N of Valid Cases		17562	

Πίνακας 3.14: Εκτίμηση μέτρου Phi & Cramer

3.4.4 Η μεταβλητή “age”

Θα ελέγξουμε αν η μέση ηλικία διαφοροποιείται ανάμεσα στην θετική ή αρνητική εικόνα για την αντιλαμβανόμενη υγεία. Πραγματοποιείται έλεγχος T-Independent Test.

H0: Η μέση ηλικία δεν διαφοροποιείται ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.

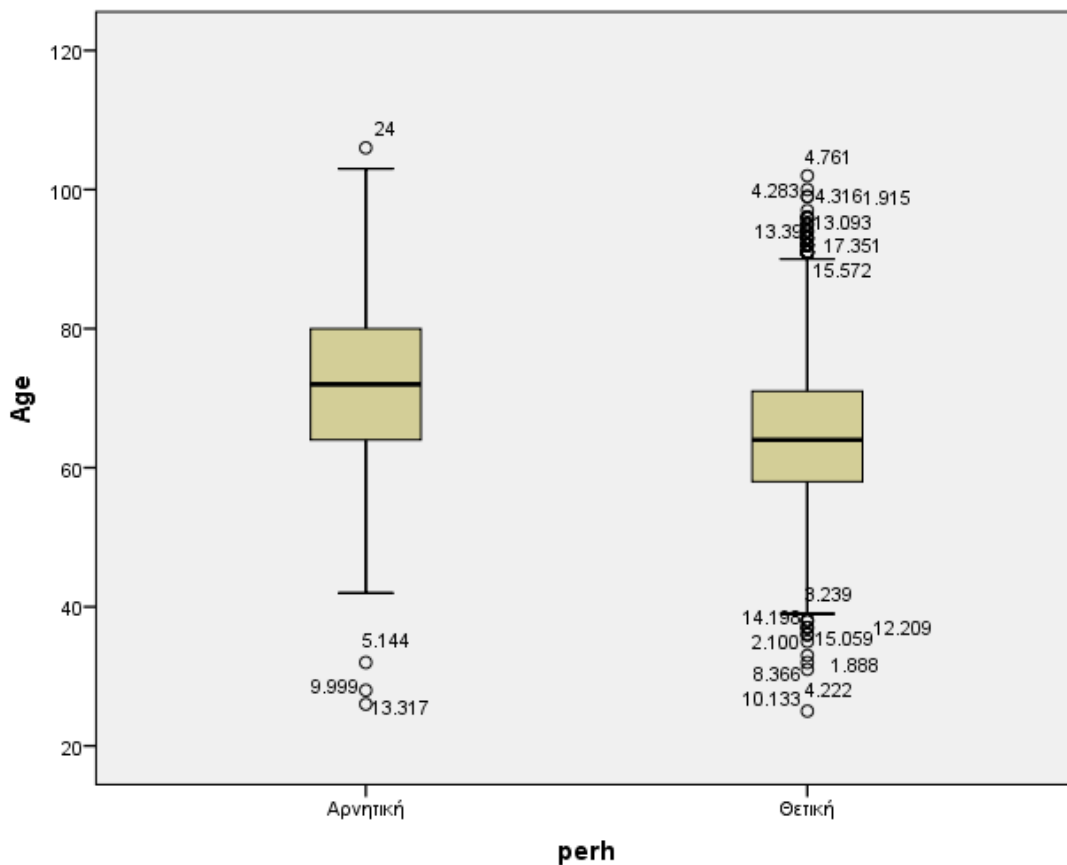
H1: Η μέση ηλικία διαφοροποιείται ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.

Independent Samples Test									
Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
							Lower	Upper	

Age	Equal									
variances	assumed	72,845	,000	45,350	17560	,000	6,904	,152	6,606	7,203
variances	not assumed			44,860	15011,945	,000	6,904	,154	6,603	7,206

Πίνακας 3.15: Έλεγχος διαφοράς μέσης ηλικίας

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στην μέση ηλικία ανάμεσα σε αυτούς που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους ($p < 0.001$).



Διάγραμμα 3.14: Box plot ηλικίας και αντιλαμβανόμενης υγείας

Από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι όσοι έχουν θετική εικόνα είναι νεότεροι από όσους έχουν αρνητική εικόνα.

3.4.5 Η μεταβλητή “yeduc”

Θα ελέγξουμε αν ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης διαφοροποιείται ανάμεσα σε άτομα με θετική ή αρνητική εικόνα για την αντιλαμβανόμενη υγεία. Πραγματοποιείται έλεγχος T-Independent Test.

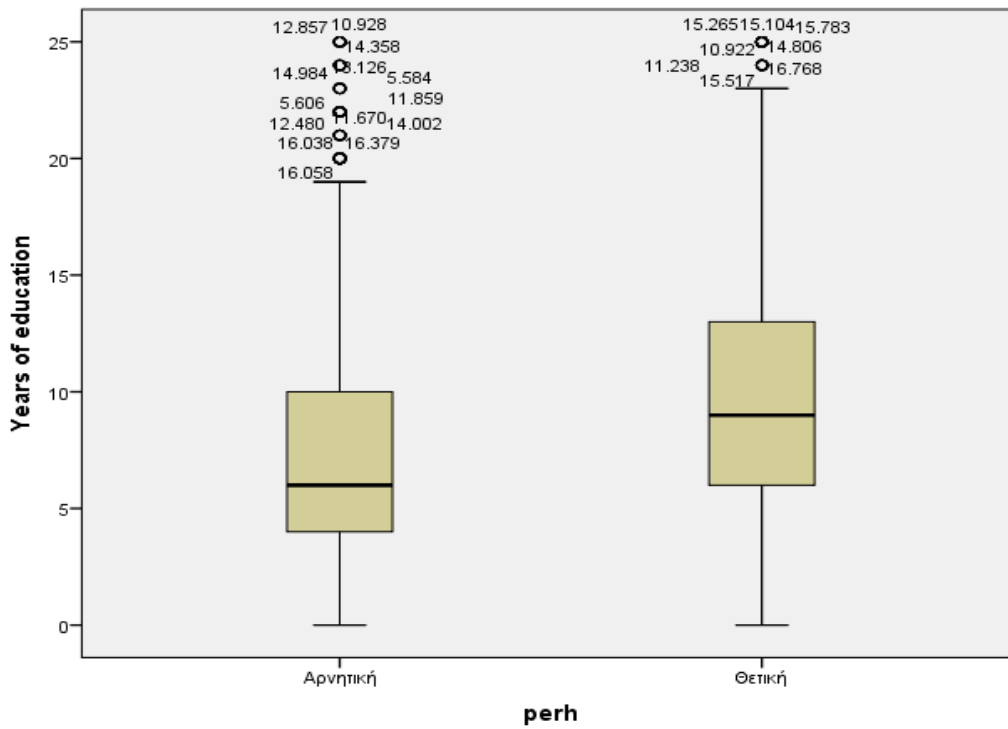
H0: Ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης δεν διαφοροποιείται ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.

H1: Ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης διαφοροποιείται ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Years of education	86,142	,000	-38,660	17560	,000	-2,707	,070	-2,844	-2,570
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			-39,019	16134,045	,000	-2,707	,069	-2,843	-2,571

Πίνακας 3.16: Έλεγχος διαφοράς μέσης εκπαίδευση



Διάγραμμα 3.15. Box plot αριθμού ετών εκπαίδευσης ανάμεσα στα άτομα που έχουν θετική και αρνητική εικόνα για την υγεία τους.

Από το παραπάνω διάγραμμα, συμπεραίνουμε ότι όσοι έχουν θετική εικόνα για την υγεία τους, έχουν πιο πολλά έτη εκπαίδευσης από αυτούς που έχουν αρνητική εικόνα.

Κεφάλαιο 4

4.1 Μοντέλα Λογιστικής παλινδρόμησης

Στο προηγούμενο κεφάλαιο μελετήσαμε κυρίως την περιγραφική ανάλυση και τις σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Παρακάτω θα προχωρήσουμε στη δημιουργία μοντέλων πρόβλεψης, με τη βοήθεια της λογιστικής παλινδρόμησης, με σκοπό να καταλήξουμε σε ένα ερμηνευτικό μοντέλο με το οποίο θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε τις μεταβλητές που σχετίζονται με την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης από τους κατοίκους της Νοτίου Ευρώπης. Η ανάλυση που θα κάνουμε θα είναι εμπειρική, καθώς βασίζεται σε τυχαίο δείγμα από την έρευνα SHARE και όχι στο σύνολο των πληθυσμών, έτσι το μοντέλο μας θα είναι στοχαστικό.

4.2 Λογιστική Παλινδρόμηση

Η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης μελετάει την ανάλυση δίτιμων εξαρτημένων μεταβλητών, οι οποίες παίρνουν μόνο δύο τιμές <<επιτυχία>> και <<αποτυχία>> αντίστοιχα, ενώ εξετάζει την περίπτωση που θέλουμε να μελετήσουμε πως η τιμή της δίτιμης μεταβλητής απόκρισης Y ($E(y)$) που αναμένουμε, διαμορφώνεται από ένα πλήθος ανεξάρτητων μεταβλητών X_i . Η μεταβλητή απόκρισης στη λογιστική παλινδρόμηση είναι κατηγορική και η εκτίμηση των παραμέτρων β_0 και β_i πραγματοποιείται με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας. Στην παρούσα διπλωματική εργασία, θα μελετήσουμε τη σχέση της εξαρτημένης μεταβλητής ή μεταβλητής απόκρισης με δημογραφικές μεταβλητές, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αλλά και μεταβλητές σωματικής και πνευματικής υγείας. Γενικότερα η εξίσωση της λογιστικής παλινδρόμησης ορίζεται ως :

$$\text{Log} \left(\frac{p}{1-p} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n, \text{ όπου } i = 1, 2, 3, \dots, n$$

Η ποσότητα $(p/(1-p))$ = καλείται και odds με το p να εκφράζει την πιθανότητα να συμβεί το υπό διερεύνηση γεγονός και το $1-p$ περιγράφει την πιθανότητα να μη συμβεί.

Αναφορικά με την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της λογιστικής παλινδρόμησης, σχετίζεται με το δειγματοληπτικό μέγεθος της έρευνας καθώς απαιτείται μεγάλος όγκος δεδομένων από το δείγμα. Από την άλλη πλευρά όμως, η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης δεν απαιτεί αυστηρές προϋποθέσεις κατά την εφαρμογή της, όπως η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης, κατά την οποία η σχέση μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητων μεταβλητών απαιτείται να είναι γραμμική. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε ωστόσο, ότι οι

ανεξάρτητες μεταβλητές θα πρέπει να έχουν γραμμική σχέση με το logit της εξαρτημένης μεταβλητής. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό με όσα αναφέραμε παραπάνω είναι ότι οι υποθέσεις περί ομοσκεδαστικότητας και κανονικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν χρειάζεται να ισχύουν.

4.3 Έλεγχοι καλής προσαρμογής των δεδομένων λογιστικής παλινδρόμησης

Αναφορικά με τον έλεγχο καλής προσαρμογής των δεδομένων θα κάνουμε χρήση του ελέγχου Hosmer and Lemeshow, ο οποίος εκτιμεί ένα δείκτη για τη συνολική προσαρμογή του μοντέλου, εξετάζοντας αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις εκτιμώμενες και τις παρατηρούμενες τιμές. Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος που πραγματοποιείται είναι ο εξής :

H_0 : Οι παρατηρηθείσες τιμές της Y δε διαφέρουν από τις εκτιμώμενες τιμές.

H_1 : Οι παρατηρηθείσες τιμές της Y διαφέρουν από τις εκτιμώμενες τιμές.

Απορρίπτουμε την H_0 όταν το p-value είναι μικρότερο του επιπέδου σημαντικότητας $\alpha=5\%$. Η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης σημαίνει ότι η προσαρμογή δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή.

Ο δείκτης R Square εκφράζει το μέγεθος της μεταβλητότητας του δείγματος, το οποίο ερμηνεύεται από την παλινδρόμηση, πιο συγκεκριμένα το ποσοστό ανάλυσης της εξαρτημένης μεταβλητής από τις ανεξάρτητες. Οι τιμές που παίρνει είναι μόνο θετικές, ενώ η μέγιστη τιμή που μπορεί να λάβει ισούται με τη μονάδα. Όσο μεγαλύτερη τιμή λαμβάνει ο δείκτης, τόσο περισσότερος είναι ο όγκος της πληροφορίας που προστίθεται στο μοντέλο. Ο πίνακας ταξινόμησης (classification table) αναλύει το ποσοστό των περιπτώσεων της μεταβλητής απόκρισης που έχουν προβλεφθεί σωστά από το μοντέλο. Σαν αποτέλεσμα, όσων αναφέραμε παραπάνω, όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό, τόσο πιο αποτελεσματική είναι η προσαρμογή του μοντέλου. Αν οι τιμές που παίρνουν τα ποσοστά, υπερβαίνουν το 70 %, τότε τα μοντέλα που μελετάμε θεωρούνται ικανοποιητικά. Στον πίνακα ταξινόμησης μελετώνται επίσης και οι δείκτες ειδικότητας (specificity) και ευαισθησίας (sensitivity) τους οποίους χρησιμοποιούμε για να προσδιορίσουμε την προβλεπτική ικανότητα της λογιστικής παλινδρόμησης. Περιγράφουν πόσο ορθά γίνεται η ταξινόμηση μέσα στις πειραματικές μονάδες που ικανοποιούν ή όχι μια συνθήκη εξαιτίας της επιλογής του cut off, προσδιορίζοντας έτσι το

πλήθος των σωστών και λανθασμένων ταξινομήσεων. Είναι εμφανές ότι όσο αυξάνεται η sensitivity, τόσο μειώνεται η specificity.

4.4 Ανάλυση – Μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης

4.4.1 Μοντέλο Α

Στο πρώτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «αν υπάρχει συμπληρωματική ασφάλιση- hc113 (has supplementary health insurance)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας: φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.117, κάτι που σημαίνει πως το 11,7% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	20,521	8	,009

Πίνακας 4.2: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ' όσον $p\text{-value} = 0.009 < 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή.

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 90,9%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Πίνακας 4.4: Αποτελέσματα μοντέλου Α λογιστικής παλινδρόμησης

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	age	,018	,003	35,328	1	,000	1,018
	Female	,075	,055	1,854	1	,173	1,078
	sphus	,178	,029	37,134	1	,000	1,195
	With great difficulty			170,965	3	,000	
	With some difficulty	-,587	,090	42,524	1	,000	,556
	Fairly easily	-,979	,094	108,395	1	,000	,376
	Easily	-1,211	,099	151,139	1	,000	,298
	Spain			645,464	3	,000	
	Italy	,869	,075	132,601	1	,000	2,385
	Greece	,868	,087	98,538	1	,000	2,383
	Portugal	-1,120	,077	210,630	1	,000	,326
	Constant	,999	,212	22,087	1	,000	2,714

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε τους συντελεστές του μοντέλου το οποίο έχουμε προσαρμόσει στα δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, περιέχονται οι εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων (στήλη “B”) και τα τυπικά σφάλματά τους (στήλη “S.E.”).

Συνεχίζοντας, γίνεται έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας κάθε μεταβλητής, μέσω της συνάρτησης “Wald”. Συνεπώς, παρουσιάζονται η τιμή της συνάρτησης (στήλη “Wald”), οι βαθμοί ελευθερίας (στήλη “df”) και το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (στήλη “Sig”). Αναφέρουμε ότι οι κατηγορίες που θεωρούνται στατιστικά σημαντικές (που έχουν, δηλαδή, στατιστικά σημαντική επίδραση στη θνησιμότητα) είναι αυτές για τις οποίες ισχύει $Sig < 0.05$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Τέλος, δίνεται η σημειοκά εκτιμώμενη σχετική πιθανότητα (στήλη “ $Exp(B)$ ”), δηλαδή το e^{β_i} που έχουμε αναφέρει προγενέστερα, αποτέλεσμα το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε κατά κόρον παρακάτω.

Ερμηνεία των αποτελεσμάτων του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που δεν έχουν συμπληρωματική ασφάλιση συγκρίνονται με αυτά που έχουν. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μην έχει συμπληρωματική ασφάλιση υγείας.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) p -value < 0.05 :

- Ιταλία: εφ’ όσον $Exp(B) = 2,385$, συμπεραίνουμε ότι οι Ιταλοί έχουν 138,5% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν συμπληρωματική ασφάλεια σε σύγκριση με τους Ισπανούς.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 138,3% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν συμπληρωματική ασφάλεια σε σύγκριση με τους κατοίκους της Ισπανίας.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 67,4% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν συμπληρωματική ασφάλεια σε σύγκριση με τους κατοίκους της Ισπανίας

Συμπερασματικά, Οι κάτοικοι της Πορτογαλίας έχουν τη μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να έχουν συμπληρωματική ασφάλεια σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους, ενώ οι κάτοικοι της Ιταλίας φαίνεται να έχουν τη μικρότερη σχετική πιθανότητα

Φύλο (μεταβλητή gender): Οι γυναίκες έχουν 7,8% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα μη συμπληρωματικής ασφάλειας συγκριτικά με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μην έχει συμπληρωματική ασφάλιση κατά 1.8%.

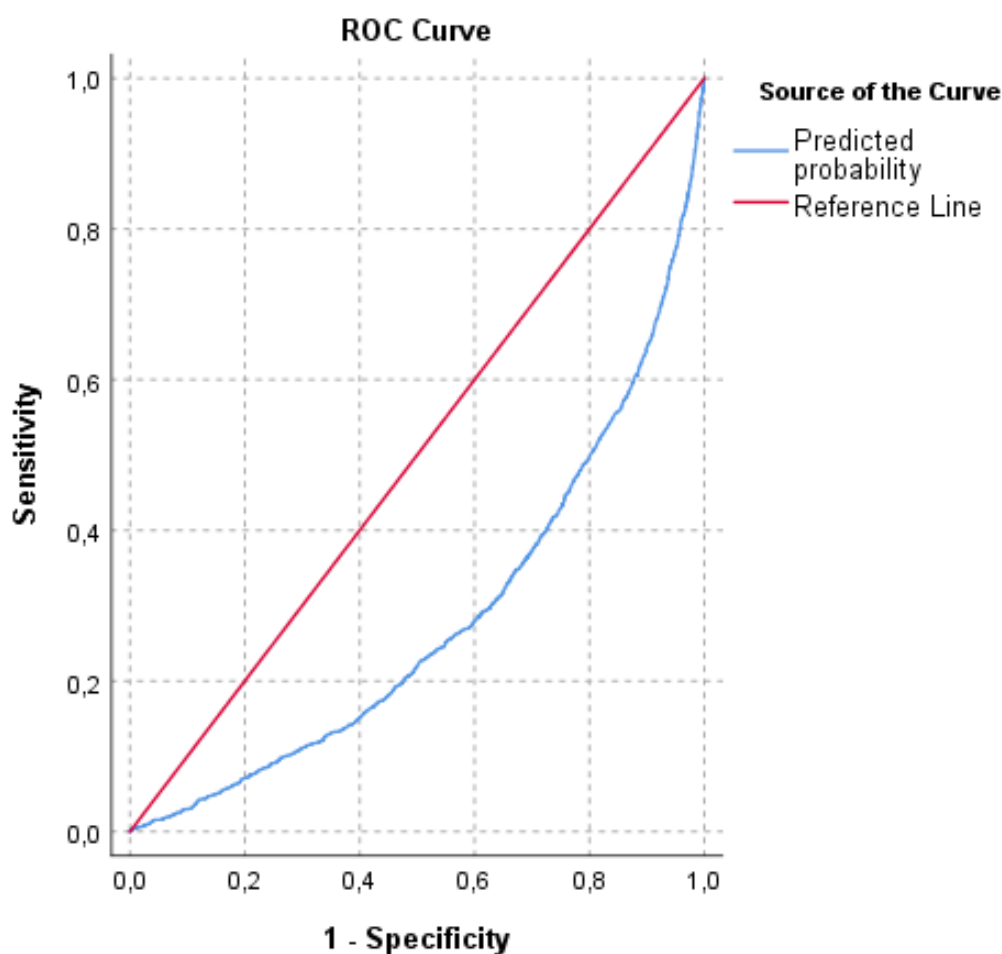
Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Όλες οι άλλες κατηγορίες της μεταβλητής διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς.

- Αυτοί που έχουν κάποιες οικονομικές δυσκολίες έχουν 44,4% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν συμπληρωματική ασφάλιση σε σχέση με αυτούς που έχουν πολλές δυσκολίες.
- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα σχετικά εύκολα έχουν 36,4% μικρότερη πιθανότητα να μην μπορούν να έχουν συμπληρωματική ασφάλιση σε σχέση με αυτούς που έχουν πολλές δυσκολίες..
- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα εύκολα έχουν 70% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην μπορούν να έχουν συμπληρωματική ασφάλιση σε σχέση με αυτούς που έχουν πολλές δυσκολίες.

Συμπερασματικά: Όσο πιο εύκολα τα βγάζει πέρα ένα νοικοκυριό, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει ο ερωτώμενος συμπληρωματική ασφάλιση

Αυτοεκτιμώμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμώμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία του ερωτώμενου), η πιθανότητα για μη απόκτηση συμπληρωματικής ασφάλειας αυξάνεται κατά 19,5%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Δηλαδή, χειρότερη υγεία φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερες σχετικές πιθανότητες να μην έχει κάποιος συμπληρωματική ασφάλεια.



Διάγραμμα 3.16. ROC Curve για το πρώτο μοντέλο

Στο διάγραμμα 3.16 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,283, δηλαδή μόνο το 28,3% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

4.4.2 Μοντέλο Β

Στο πρώτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «δεν μπόρεσα να δω το γιατρό λόγω του κόστους- hc114_ (could not see a doctor due to cost)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας : φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	9543,692 ^a	,151	,296

a. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.5: Ποσοστό επεξήγησης της εξαρτημένης μεταβλητής από την ανεξάρτητη Μοντέλο 2

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.296, κάτι που σημαίνει πως το 29,6% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	2,043	8	,980

Πίνακας 4.6: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ’ όσον $p\text{-value} = 0.980 > 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή.

Classification Table^a

	Observed	Predicted		
		Could not see a doctor because of cost		Percentage Correct
		Yes	No	
Step 1	Could not see a doctor because of cost	Yes 182	No 1812	9,1
		No 181	15233	98,8
	Overall Percentage			88,6

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.7: Ποσοστό περιπτώσεων που προβλέπονται σωστά από το μοντέλο

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 88,6%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
age	,021	,003	56,012	1	,000	1,021
Female	-,453	,055	67,546	1	,000	,636
sphus	-,399	,029	183,258	1	,000	,671
With great difficulty			742,966	3	,000	
With some difficulty	1,176	,058	415,147	1	,000	3,241
Fairly easily	1,843	,098	351,859	1	,000	6,314
Easily	2,646	,182	212,534	1	,000	14,103
Spain			580,057	3	,000	
Italy	-1,867	,127	216,675	1	,000	,155
Greece	-2,682	,125	463,889	1	,000	,068
Portugal	-1,601	,143	126,028	1	,000	,202
Constant	3,252	,217	223,708	1	,000	25,842

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Πίνακας 4.8: Αποτελέσματα μοντέλου Β λογιστικής παλινδρόμησης.

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε τους συντελεστές του μοντέλου στο οποίο έχουμε προσαρμόσει στα δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, περιέχονται οι εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων (στήλη “B”) και τα τυπικά σφάλματά τους (στήλη “S.E.”).

Συνεχίζοντας, γίνεται έλεγχος της στατιστικής σημαντικότητας κάθε μεταβλητής, μέσω της συνάρτησης “Wald”. Συνεπώς, παρουσιάζονται η τιμή της συνάρτησης (στήλη “Wald”), οι βαθμοί ελευθερίας (στήλη “df”) και το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας (στήλη “Sig”). Αναφέρουμε ότι οι κατηγορίες που θεωρούνται στατιστικά σημαντικές (που έχουν, δηλαδή, στατιστικά σημαντική επίδραση στη θνησιμότητα) είναι αυτές για τις οποίες ισχύει $Sig < 0.05$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Τέλος, δίνεται η σημειακά εκτιμώμενη σχετική πιθανότητα (στήλη “Exp(B)”), δηλαδή το e^{β_i} που έχουμε αναφέρει προγενέστερα, αποτέλεσμα το οποίο θα χρησιμοποιήσουμε κατά κόρον παρακάτω.

Ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που μπόρεσαν να δουν γιατρό ανεξαρτήτου του κόστους να συγκρίνονται με αυτά που δεν μπόρεσαν. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μπορεί να επισκεφτεί γιατρό ανεξαρτήτου κόστους.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) $p\text{-value} < 0.05$:

- Ιταλία: εφ’ όσον $Exp(B) = 0,155$, συμπεραίνουμε ότι έχουν 84,5% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστους του ιατρού σε σύγκριση με τους Ισπανούς και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 93,2% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστους του ιατρού σε σύγκριση με τους Ισπανούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 80% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστους του ιατρού σε σύγκριση με τους κατοίκους της Πορτογαλίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Φύλο (μεταβλητή gender): Οι γυναίκες έχουν 36,4% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστος του ιατρού σε σύγκριση με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

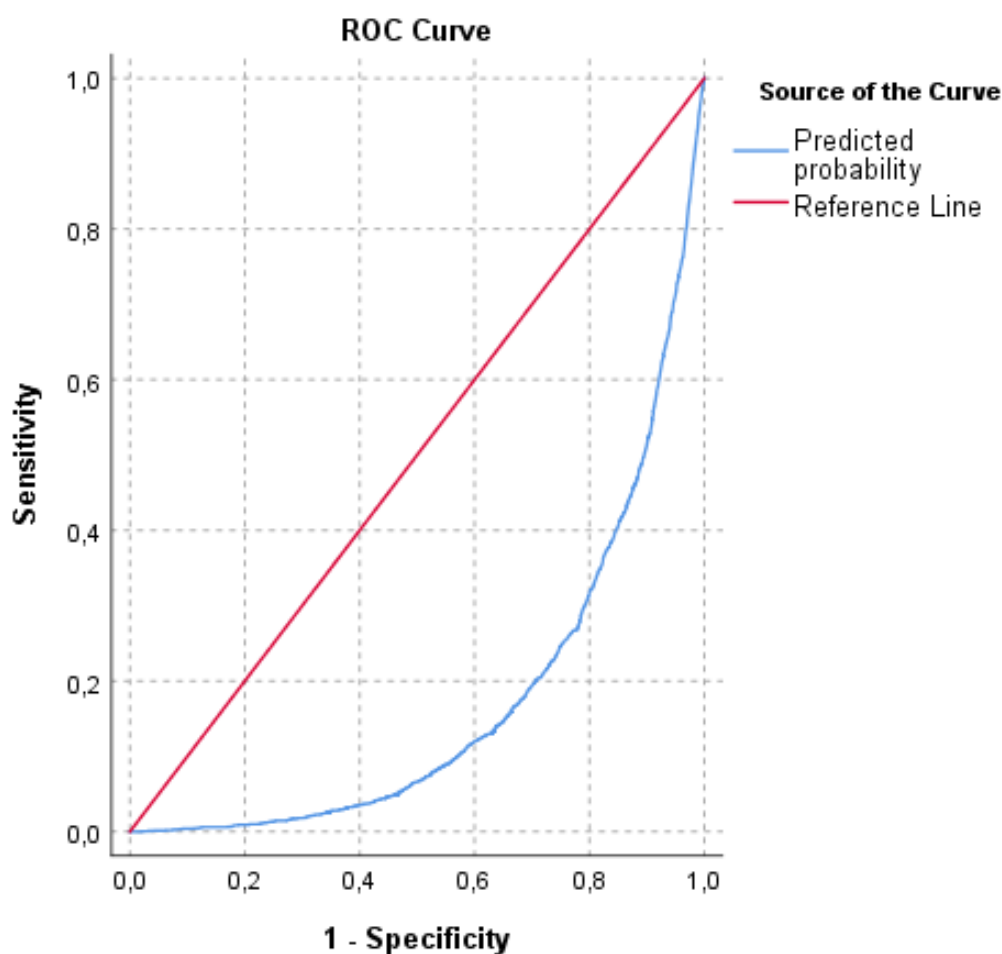
Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μπορεί να επισκεφτεί γιατρό ανεξαρτήτου κόστους κατά 2.1%.

Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Όλες οι άλλες κατηγορίες της μεταβλητής διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς.

- Αυτοί που έχουν λίγες οικονομικές δυσκολίες έχουν 224% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστος του ιατρού συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.
- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα σχετικά εύκολα έχουν 531% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστος του ιατρού συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.
- . Αυτοί που τα βγάζουν πέρα εύκολα έχουν 13,1 φορές υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μπορούν να ανταποκριθούν στο κόστος του ιατρού συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

Αυτοεκτιμούμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμούμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία κατά ένα επίπεδο), η σχετική πιθανότητα να μπορεί κανείς να ανταποκριθεί στο κόστος ιατρού μειώνεται κατά 33%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 3.17. ROC Curve για το δεύτερο μοντέλο

Στο διάγραμμα 3.17 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,172, δηλαδή μόνο το 17,2% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

4.4.3 Μοντέλο Γ

Στο τρίτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «δεν μπόρεσα να δω το γιατρό λόγω χρόνου αναμονής- hc115_ (could not see a doctor due to long waiting times)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας : φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	12741,891 ^a	,101	,178

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.9: Ποσοστό εξήγησης της εξαρτημένης μεταβλητής από την ανεξάρτητη Μοντέλο 3

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.178, κάτι που σημαίνει πως το 17,8% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	14,546	8	,069

Πίνακας 4.10: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ' όσον $p\text{-value} = 0.069 > 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή.

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		Could not see a doctor because of long waiting times		Percentage Correct	
		Yes	No		
Step 1	Could not see a doctor because of long waiting times	Yes	5	2573	,2
		No	6	14826	100,0
	Overall Percentage				85,2

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.11: Ποσοστό περιπτώσεων που προβλέπονται σωστά από το μοντέλο

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 85,2%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Variables in the Equation						
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
Age	,006	,002	6,201	1	,013	1,006
Female	-,219	,046	22,246	1	,000	,804
Sphus	-,330	,025	174,151	1	,000	,719
With great difficulty			406,597	3	,000	
With some difficulty	,628	,051	150,178	1	,000	1,874
Fairly easily	1,270	,075	289,099	1	,000	3,561
Easily	1,289	,094	189,607	1	,000	3,630
Spain			589,876	3	,000	
Italy	-1,750	,081	470,317	1	,000	,174
Greece	-1,754	,083	448,074	1	,000	,173
Portugal	-,818	,107	58,809	1	,000	,441

Constant	3,297	,177	348,061	1	,000	27,036
----------	-------	------	---------	---	------	--------

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Πίνακας 4.12: Αποτελέσματα μοντέλου Γ λογιστικής παλινδρόμησης

Ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που δεν αντιμετώπισαν πρόβλημα καθυστερημένης πρόσβασης σε γιατρό να συγκρίνονται με αυτά που αντιμετώπισαν πρόβλημα καθυστέρησης. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μην αντιμετώπισε πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) p -value <0.05:

- Ιταλία: εφ' όσον $Exp(B) = 0,174$, συμπεραίνουμε ότι έχουν 82,6% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό σε σύγκριση με τους Ισπανούς και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 82,7% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό σε σύγκριση με τους Ισπανούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 56% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό σε σύγκριση με κατοίκους της Ισπανίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Φύλο (μεταβλητή gender): Οι γυναίκες έχουν 20% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό σε σύγκριση με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μην έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό κατά 0.6%.

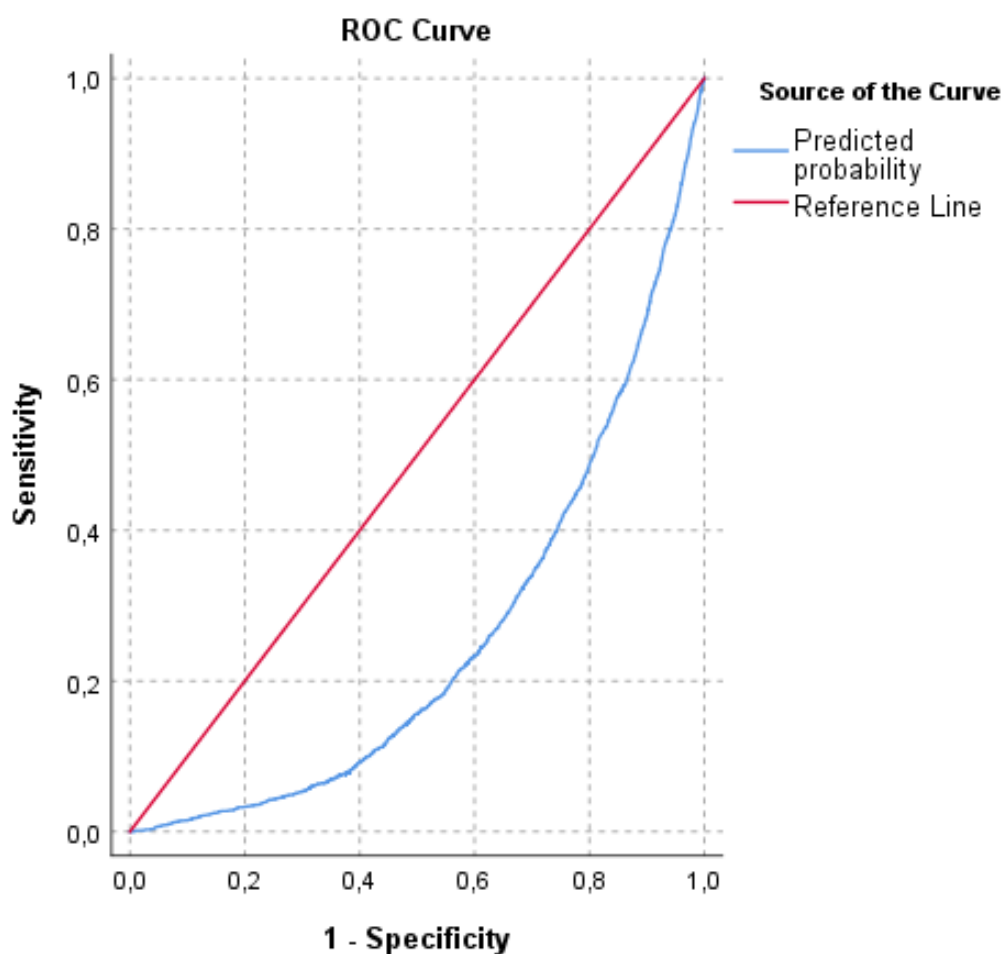
Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Όλες οι άλλες κατηγορίες της μεταβλητής διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς.

- Αυτοί που έχουν μέτριες οικονομικές δυσκολίες έχουν 87,4% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό συγκριτικά με αυτούς που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

Αυτοί που τα βγάζουν πέρα σχετικά εύκολα έχουν 256% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό συγκριτικά με αυτούς που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Αυτοί που τα βγάζουν πέρα με ευκολία έχουν 2,63 φορές υψηλότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό συγκριτικά με αυτούς που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

Αυτοεκτιμώμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμώμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία κατά ένα επίπεδο), η σχετική πιθανότητα να μην έχει αντιμετωπίσει κανείς πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό μειώνεται κατά 78%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 3.18. ROC Curve για το τρίτο μοντέλο
 Στο διάγραμμα 3.18 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,257, δηλαδή μόνο το 25,7% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

4.4.4 Μοντέλο Δ

Στο τέταρτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «είδαν έναν οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες- hc010_ (seen a dentist in the past 12 months)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας : φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square

1	20278,648 ^a	,059	,084
---	------------------------	------	------

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.13: Ποσοστό επεξήγησης της εξαρτημένης μεταβλητής από την ανεξάρτητη Μοντέλο 4

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.084, κάτι που σημαίνει πως το 8,4% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6,697	8	,570

Πίνακας 4.14: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ’ όσον $p\text{-value} = 0.570 > 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή.

		Predicted		Percentage Correct
		Seen a dentist/dental hygienist in the last 12 months		
Observed	Yes		No	
	No			

Step 1	Seen a dentist/dental hygienist in the last 12 months	Yes	455	4810	8,6
		No	392	11754	96,8
Overall Percentage					70,1

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.15: Ποσοστό περιπτώσεων που προβλέπονται σωστά από το μοντέλο

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 70,1%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
Age	,036	,002	372,089	1	,000	1,037
Female	-,142	,035	16,887	1	,000	,867
Sphus	,081	,018	19,448	1	,000	1,084
With great difficulty			341,551	3	,000	
With some difficulty	-,467	,047	98,278	1	,000	,627
Fairly easily	-,753	,054	198,036	1	,000	,471
Easily	-1,045	,059	313,305	1	,000	,352
Spain			207,976	3	,000	
Italy	-,348	,045	59,942	1	,000	,706
Greece	-,546	,049	122,301	1	,000	,579
Portugal	-,815	,063	165,149	1	,000	,443
Constant	-,884	,130	46,567	1	,000	,413

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Πίνακας 4.16 Αποτελέσματα μοντέλου Δ λογιστικής παλινδρόμησης

Ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που δεν έχουν επισκεφτεί οδοντίατρο να συγκρίνονται με αυτά που έχουν. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μην έχει επισκεφτεί οδοντίατρο.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) $p\text{-value} < 0.05$:

- Ιταλία: εφ' όσον $Exp(B) = 0,706$, συμπεραίνουμε ότι έχουν 30% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 42% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 56% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με κατοίκους της Πορτογαλίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Φύλο (μεταβλητή gender): Οι γυναίκες έχουν 13,7% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μην έχει επισκεφτεί οδοντίατρο κατά 3.7%.

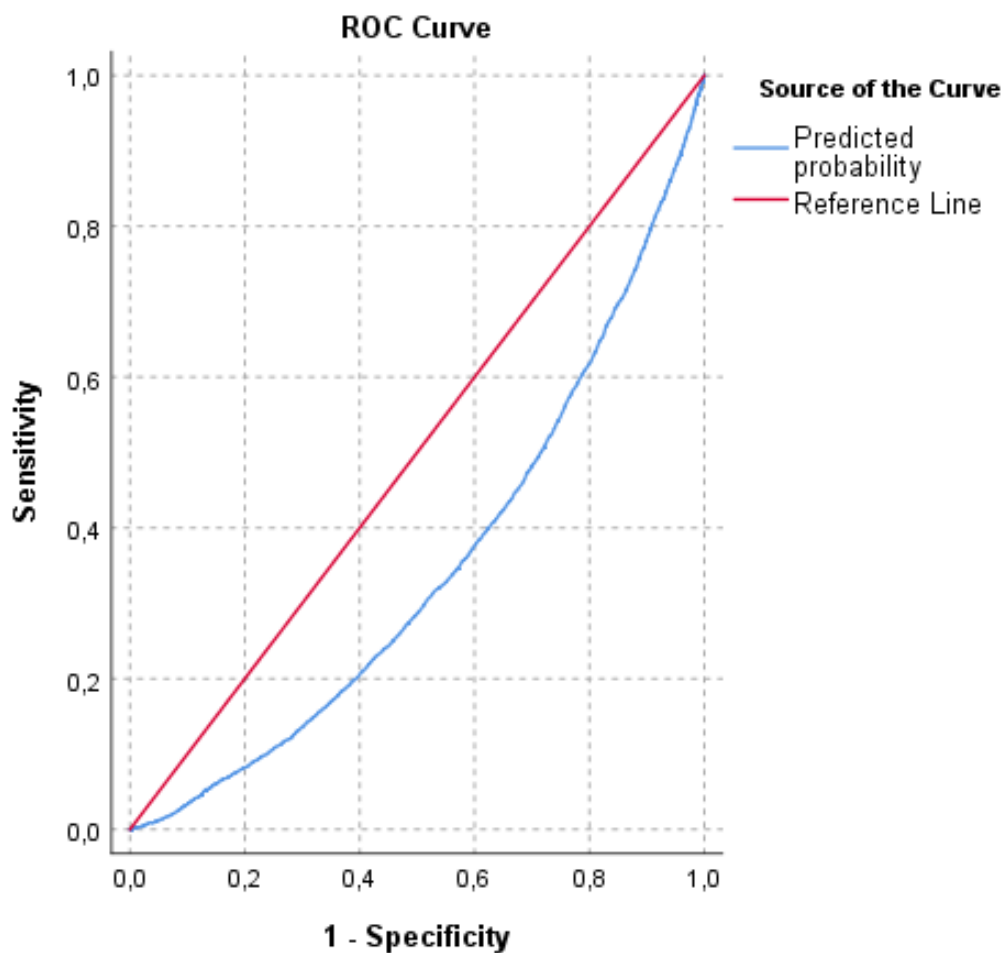
Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Όλες οι άλλες κατηγορίες της μεταβλητής διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς.

- Αυτοί που έχουν κάποιες οικονομικές δυσκολίες έχουν 37,3% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες
- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα σχετικά εύκολα έχουν 53% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα με ευκολία έχουν 56% χαμηλότερη πιθανότητα να έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

Αυτοεκτιμώμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμώμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία κατά ένα επίπεδο), η πιθανότητα να μην έχουν επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους 12 τελευταίους μήνες αυξάνεται κατά 8,4%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 3.19. ROC Curve για το τέταρτο μοντέλο

Στο διάγραμμα 3.19 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,348, δηλαδή μόνο το 34,8% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

4.4.5 Μοντέλο E

Στο πέμπτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «αν πληρώσαν για ιατρικές θεραπείες για τους τελευταίους 12 μήνες-hc682_ (Paid anything yourself for doctor visits last 12 months)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας : φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	14755,200 ^a	,305	,411

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.17: Ποσοστό επεξήγησης της εξαρτημένης μεταβλητής από την ανεξάρτητη Μοντέλο 5

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.411, κάτι που σημαίνει πως το 41,1% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Step	Chi-square	df	Sig.
1	20,824	8	,008

Πίνακας 4.18: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ' όσον $p\text{-value} = 0.008 < 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι δεν καλή.

Classification Table^a

		Predicted		
		Paid anything yourself for doctor visits last 12 months		Percentage Correct
		Yes	No	
Observed				
Step 1	Payed anything yourself for doctor visits last 12 months Yes	5037	1129	81,7
	No	2806	5880	67,7
Overall Percentage				73,5

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.19: Ποσοστό περιπτώσεων που προβλέπονται σωστά από το μοντέλο

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 73,5%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Age	,012	,002	30,871	1	,000	1,012
	Female	-,138	,041	11,466	1	,001	,871
	Sphus	-,203	,022	84,519	1	,000	,816
	With great difficulty			131,767	3	,000	
	With some difficulty	-,293	,051	32,942	1	,000	,746
	Fairly easily	-,504	,061	68,827	1	,000	,604
	Easily	-,784	,073	116,405	1	,000	,456
	Spain			2737,606	3	0,000	
	Italy	-3,088	,072	1864,767	1	0,000	,046
	Greece	-4,091	,079	2697,993	1	0,000	,017

Portugal	-3,349	,085	1539,442	1	0,000	,035
Constant	3,321	,164	408,624	1	,000	27,701

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Πίνακας 4.20 Αποτελέσματα μοντέλου Ε λογιστικής παλινδρόμησης

Ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που δεν έχουν συνεισφέρει οι ίδιοι οικονομικά για επίσκεψη σε γιατρό συγκρίνονται με αυτούς που έχουν πληρώσει. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μην έχει πληρώσει ο ίδιος για επίσκεψη σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) p -value <0.05:

- Ιταλία: εφ' όσον $Exp(B) = 0,046$, συμπεραίνουμε ότι έχουν 95% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 98% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 96,5% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με κατοίκους της Πορτογαλίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Φύλο (μεταβλητή gender): Η γυναίκα έχει 13% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχει πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τον άνδρα (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

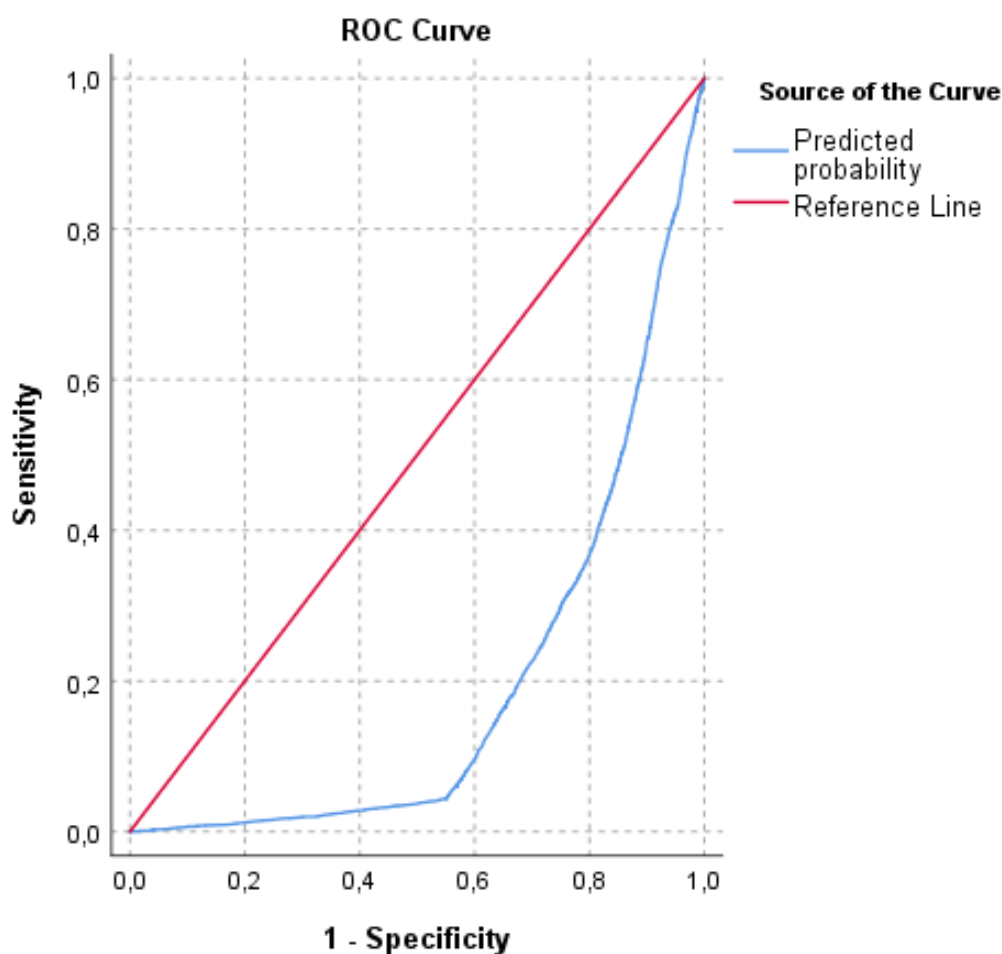
Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μην έχει πληρώσει ο ίδιος για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες κατά 1.2%.

Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Όλες οι άλλες κατηγορίες της μεταβλητής διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς.

- Αυτοί που έχουν μέτριες οικονομικές δυσκολίες έχουν 25% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσχέρειες.
- Αυτοί που τα βγάζουν πέρα με κάποια ευκολία έχουν 40% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσχέρειες.
- Αυτοί που έχουν βγάζουν πέρα εύκολα έχουν 54% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσχέρειες.

Αυτοεκτιμούμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμούμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία κατά ένα επίπεδο), η πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για κάποια ιατρική υπηρεσία τους 12 τελευταίους μήνες μειώνεται κατά 18%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 3.20. ROC Curve για το πέμπτο μοντέλο
 Στο διάγραμμα 3.20 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,192, δηλαδή μόνο το 19,2% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

4.4.6 Μοντέλο ΣΤ

Στο έκτο μοντέλο θα γίνει μία πρώτη προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη μεταβλητή «αν πλήρωσαν για φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους 12 μήνες- hc688_ (Payed anything yourself for medication last 12 months)», χρησιμοποιώντας μόνο τις δημογραφικές μεταβλητές και τις μεταβλητές υγείας : φύλο, χώρα, ηλικία, την κλίμακα Self-perceived health και αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	20901,097 ^a	,099	,135

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.21: Ποσοστό επεξήγησης της εξαρτημένης μεταβλητής από την ανεξάρτητη-Μοντέλο 6

Διαπιστώνουμε πως Nagelkerke R Square = 0.135, κάτι που σημαίνει πως το 13,5% της μεταβλητότητας (δηλαδή της συνολικής διασποράς) της εξαρτημένης μεταβλητής επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Ιδανικά, θα θέλαμε η τιμή του Nagelkerke R Square να είναι αρκετά υψηλή, δηλαδή μεγαλύτερη από 70%. Ωστόσο, για να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία του μοντέλου, θα διεξάγουμε ορισμένους περαιτέρω ελέγχους. Μέσω του “Hosmer & Lemeshow test”, θα διεξάγουμε τον έλεγχο:

H_0 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο είναι καλή

H_1 : Η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή

Step	Chi-square	df	Sig.
1	29,800	8	,000

Πίνακας 4.22: Καλή προσαρμογή του μοντέλου

Εφ’ όσον $p\text{-value} < 0.05$, αυτό σημαίνει ότι, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Δηλαδή, η προσαρμογή των δεδομένων στο μοντέλο δεν είναι καλή.

	Observed	Predicted

		Payed anything yourself for medication last 12 months		Percentage Correct
		Yes	No	
Step 1	Payed anything yourself for medication last 12 months Yes	9643	1503	86,5
	No	4302	1943	31,1
Overall Percentage				66,6

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.23: Ποσοστό περιπτώσεων που προβλέπονται σωστά από το μοντέλο

Επιπλέον, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ήτοι 66,6%, προβλέπονται (εκτιμώνται) σωστά από το μοντέλο. Αναμφίβολα, πρόκειται για ένα αποτέλεσμα που καθιστά την μετέπειτα ανάλυση ιδιαίτερα ισχυρή (robust).

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Age	-,008	,002	18,649	1	,000	,992
Female	-,197	,034	34,307	1	,000	,821
Sphus	-,449	,018	610,272	1	,000	,638
With great difficulty			29,145	3	,000	
With some difficulty	-,085	,045	3,596	1	,058	,918
Fairly easily	-,079	,051	2,397	1	,122	,924
Easily	-,296	,057	27,021	1	,000	,744
Spain			769,407	3	,000	
Italy	-,474	,041	131,775	1	,000	,622
Greece	-1,036	,047	478,618	1	,000	,355
Portugal	-1,829	,084	478,340	1	,000	,161
Constant	2,122	,126	283,925	1	,000	8,345

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, sphus, fdistress, country.

Πίνακας 4.24: Αποτελέσματα μοντέλου ΣΤ λογιστικής παλινδρόμησης

Ερμηνεία των συντελεστών του μοντέλου:

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι έτσι κωδικοποιημένη ώστε τα άτομα που δεν έχουν συνεισφέρει οι ίδιοι οικονομικά για φαρμακευτική αγωγή συγκρίνονται με αυτούς που

έχουν πληρώσει. Έτσι το μοντέλο μας δείχνει ποιες μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες ένα άτομο να μην έχει πληρώσει ο ίδιος για φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους 12 μήνες.

Χώρα (μεταβλητή country): Αρχικά, οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Ισπανία (η οποία είναι η κατηγορία αναφοράς) p -value <0.05:

- Ιταλία: εφ' όσον $Exp(B) = 0,622$, συμπεραίνουμε ότι έχουν 38% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Ελλάδα: οι κάτοικοι έχουν 64,5% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους Ισπανούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.
- Πορτογαλία: οι κάτοικοι έχουν 84% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με κατοίκους της Πορτογαλίας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Φύλο (μεταβλητή gender): Οι γυναίκες έχουν 18% μικρότερη σχετική πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες σε σύγκριση με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Ηλικία (μεταβλητή age): Η ηλικία είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή στο μοντέλο. Αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συνεπάγεται μείωση της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να μην έχει πληρώσει ο ίδιος για φαρμακευτική περίθαλψη τους 12 τελευταίους μήνες κατά 0.8%.

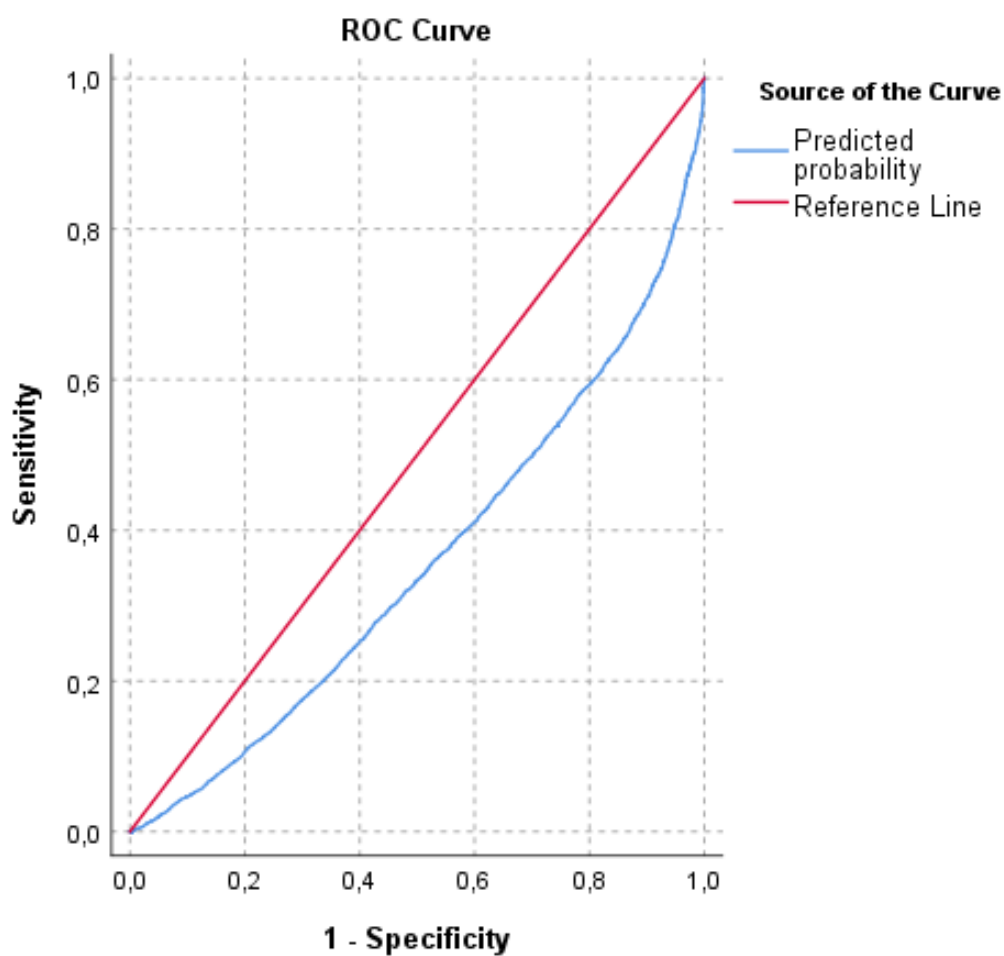
Αν το νοικοκυριό μπορεί να τα βγάλει πέρα

Η κατηγορία αναφοράς εδώ είναι τα άτομα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες.

- Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν κάποιες οικονομικές δυσκολίες και σε αυτούς που έχουν πολλές δυσκολίες.

- Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που τα βγάζουν πέρα με σχετική ευκολία και σε αυτούς που τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία.
- Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες και σε αυτούς που τα βγάζουν πέρα με ευκολία. Αυτοί που τα βγάζουν πέρα με ευκολία έχουν 25% χαμηλότερη πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες συγκριτικά με αυτούς που τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία.

Αυτοεκτιμώμενη υγεία: Όσο αυξάνεται η αυτοεκτιμώμενη υγεία κατά μια μονάδα (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία κατά ένα επίπεδο), η πιθανότητα να μην έχουν πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή τους 12 τελευταίους μήνες μειώνεται κατά 16%. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 3.21. ROC Curve για το έκτο μοντέλο
 Στο διάγραμμα 3.20 έχουμε ότι η περιοχή κάτω από την ROC καμπύλη (μπλε γραμμή) είναι ίση με 0,358, δηλαδή μόνο το 35,8% των παρατηρήσεων μπορούν να ταξινομηθούν με ακρίβεια με την βοήθεια του εξεταζόμενου μοντέλου.

5. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, σε αυτό το κεφάλαιο παραθέτουμε τα κυριότερα συμπεράσματα και χαρακτηριστικά της μελέτης που πραγματοποιήσαμε παραπάνω. Κυριότερο κομμάτι της εργασίας ήταν η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα και στις χώρες της Νοτίου Ευρώπης, καθώς επίσης και οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό. Πιο συγκεκριμένα, έγινε ανάλυση σε παράγοντες δημογραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς, αλλά και σε παράγοντες σωματικής και ψυχικής υγείας για το πώς επηρεάζουν τις επιλογές των ανθρώπων αναφορικά με την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Τα δεδομένα της έρευνας αφορούν άτομα ηλικίας 50 και άνω που προέρχονται από τέσσερις χώρες της Νοτίου Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των προηγούμενων μοντέλων είναι τα εξής:

Καταρχήν όσον αφορά την απόκτηση συμπληρωματικής ασφάλισης όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν εκτός από το φύλο φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο. Μικρότερη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερες πιθανότητες ενώ χειρότερη υγεία και χειρότερη οικονομική κατάσταση σχετίζονται με χαμηλότερες πιθανότητες απόκτησης συμπληρωματικής ασφάλισης. Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις κατά χώρα, φαίνεται ότι, ανεξάρτητα από το επίπεδο υγείας και την οικονομική κατάσταση, στην Πορτογαλία η συμπληρωματική ασφάλιση είναι περισσότερο διαδομένη σε σχέση με όλες τις άλλες χώρες. Έπεται η Ισπανία και τελευταίες ακολουθούν η Ιταλία και η Ελλάδα.

Αναφορικά με τη μεταβλητή που σχετίζεται με την ικανότητα επίσκεψης γιατρού λόγω του κόστους, όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν παίζουν σημαντικό ρόλο. Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να επισκεφτεί έναν γιατρό ανεξαρτήτου κόστους, ενώ δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα επίσκεψης σε γιατρό ανεξαρτήτου κόστους. Όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα, φαίνεται ότι οι Ισπανοί επισκέπτονται πιο συχνά γιατρούς ανεξαρτήτου κόστους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Ακολουθεί η Πορτογαλία και μετά η Ιταλία και η Ελλάδα. Τέλος, σχετικά με την αυτοεκτιμούμενη υγεία, όσο αυξάνεται (δηλαδή χειροτερεύει η υγεία), τόσο μειώνεται η δυνατότητα να ανταποκριθεί το άτομο στο κόστος του ιατρού, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να μην μπορέσουν να ανταποκριθούν.

Όσον αφορά τη μεταβλητή για την αναβολή επίσκεψης λόγω μεγάλης αναμονής, το σύνολο των παραγόντων που εξετάζουμε παίζει σημαντικό ρόλο. Αρχικά οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να μην έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα καθυστέρησης σε γιατρό σε σύγκριση με τους άνδρες. Επίσης, διαπιστώνουμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες ο ερωτώμενος να μην έχει αντιμετωπίσει καθυστέρηση στην επίσκεψη του σε γιατρό. Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις κατά χώρα φαίνεται ότι ανεξάρτητα από επίπεδο υγείας και οικονομική κατάσταση στην Ισπανία είναι το πιο σύνηθες να μην επισκέφθηκαν κάποιο γιατρό λόγω της αναμονής συγκριτικά με την με την Ιταλία. Ακολούθησαν η Ελλάδα και η Πορτογαλία. Η χειρότερη οικονομική κατάσταση, έχει σαν αποτέλεσμα να μην επισκεφτεί κάποιος έναν γιατρό λόγω της μεγάλης αναμονής. Τέλος, όσο χειροτερεύει η υγεία, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει αντιμετωπίσει κάποιος πρόβλημα καθυστέρησης στην πρόσβαση σε γιατρό.

Αναφορικά με τη μεταβλητή << επίσκεψη σε οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες>>, όλοι οι παράγοντες είναι στατιστικά σημαντικοί. Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα οι Ιταλοί είναι πιο πιθανό να έχουν επισκεφτεί οδοντίατρο σε σχέση με τους Έλληνες, ακολουθούν οι Πορτογάλοι και οι Ισπανοί. Όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα ο ερωτώμενος να μην έχει επισκεφθεί οδοντίατρο τον τελευταίο χρόνο, ενώ οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να μην έχουν δει τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους άνδρες. Η οικονομική κατάσταση του ερωτώμενου σχετίζεται άμεσα με την ετήσια επισκεψιμότητα στον οδοντίατρο. Όσο δυσμενέστερη είναι η οικονομική κατάσταση του ατόμου, τόσο μειώνεται η πιθανότητα επίσκεψης. Τέλος, όσο χειρότερη είναι η υγεία του ερωτώμενου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να μην έχει επισκεφτεί τον οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες.

Σχετικά με τη μεταβλητή που αφορά την πληρωμή ιατρικών υπηρεσιών τους τελευταίους 12 μήνες, παρατηρούμε ότι όλοι παράγοντες είναι στατιστικά σημαντικοί. Αρχικά, αναφορικά με τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα, οι Ισπανοί είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πληρώσει για ιατρικές υπηρεσίες τον τελευταίο χρόνο σε σχέση με τους Ιταλούς. Ακολουθούν οι Πορτογάλοι και μετά οι Έλληνες. Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες πληρώνουν πιο συχνά ιατρικές θεραπείες σε σχέση με τους άνδρες. Όσο δυσμενέστερη είναι η οικονομική κατάσταση του ερωτώμενου, τόσο πιο απίθανο είναι να πληρώσει για ιατρικές θεραπείες μέσα στο έτος.

Τέλος, αναφορικά με τη μεταβλητή << πλήρωσαν για φαρμακευτικά έξοδα τους τελευταίους 12 μήνες, όλοι οι παράγοντες εκτός από την οικονομική κατάσταση του ερωτώμενου, είναι στατιστικά σημαντικοί. Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα, οι Ισπανοί είναι πιο πιθανό να μην έχουν πληρώσει για ιατροφαρμακευτικά έξοδα σε σχέση με τους Ιταλούς. Ακολουθούν οι Έλληνες και μετά οι Πορτογάλοι. Από την άλλη πλευρά οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να

έχουν πληρώσει σε σχέση με τους άνδρες για φαρμακευτική αγωγή τους τελευταίους 12 μήνες. Όσο χειρότερη είναι η υγεία του ερωτώμενου, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει πληρώσει για φαρμακευτική αγωγή. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό με όλα τα προηγούμενα είναι το γεγονός ότι όσον αφορά την οικονομική κατάσταση του ατόμου, μόνο ανάμεσα σε αυτούς που τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία σε σχέση με αυτούς που τα βγάζουν πέρα με σχετική ευκολία υπάρχει στατιστική σημαντικότητα. Οι πρώτοι είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πληρώσει για φάρμακα σε σχέση με τους δεύτερους.

Συμπερασματικά, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ανεξαρτήτου των υπόλοιπων παραγόντων, φαίνεται να είναι λιγότερο πιθανό να έχουν ιδιωτική ασφάλιση αλλά είναι πιο πιθανό να επισκέπτονται γιατρούς ανεξαρτήτου κόστους και να πληρώνουν για φαρμακευτική περίθαλψη από δικά τους έσοδα. Επιπλέον, οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση και να επισκεφτούν γιατρό ανεξαρτήτου κόστους, αλλά επισκέπτονται πιο συχνά οδοντίατρο και πληρώνουν από δικά τους έσοδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όσον αφορά διαφοροποιήσεις σε επίπεδο χώρας, φαίνεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι λιγότερο διαδεδομένη στην Ελλάδα και στην Ιταλία. Τέλος, για την Ελλάδα παρατηρούμε μία τάση, οι συμμετέχοντες στην έρευνα να πληρώνουν από δικά τους έσοδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη συγκριτικά με τους Ισπανούς και τους Ιταλούς.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- 1) Λυμπεράκη Α., Τήνιος Π. , Φιλαλήθης Τ., 2009, Ζωή 50+ ,Υγεία ,γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, εκδόσεις Κριτική.
- 2) Νεκτάριος Μ. , 2005, Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας, Εκδόσεις Σταμούλη
- 3) Τήνιος Π., 2010, Ασφαλιστικό : Μια μέθοδος ανάγνωσης, Εκδόσεις Κριτική
- 4) Τσίμπος Κλέων, 2008, Εισαγωγή στην Πληθυσμιακή Γεωγραφία, Εκδόσεις Σταμούλη

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Augusto GF, Hernandez- Queredo C, Fronteira I, de Almeida Simoes J, 2017, Portugal , Health system review, World Health Organization
2. Cubiedes L, Guillen A, 2001, Adopting and adapting managed competition: Health care reform in Southern Europe.
3. Guillen A.M.,2002, The Politics Universalisation Establishing National Health Services in Southern Europe , West European Politics , 25:4 , 49-68 ,DOI :10.1080/713360/642
4. Economou C., Kostagiolas P., Liaropoulos L., Kaitelidou D. , Siskou ol., 2009, Private expenditure and the role of private health insurance in Greece : status quo and future trends, Eur j Health Econ(2009), 10:467-474, DOI :10. 1007/s10198-009-0164
5. Mossialos E, Thomson S, 2009, Private Health Insurance in the European Union , LSE, Health and Social Care London School of Economics and Political Science.
6. Paccagnella O, Rebba V, Weber G, 2013 ,Voluntary Private Health Insurance among the over 65 in Europe, John Wiley Sons, Ltd
7. Pons -Pons J. , Vilar – Rodriguez M.(2017), The genesis growth and organizational changes of private health insurance companies in Spain (1915-2015)
8. Serapioni M., 2017, Economic Crisis and Inequalities in health systems in countries of Southern Europe Ceninode Estudos Sociais Universidade de Coimbra
9. Motos AR, Serapioni M, The Challenge of citizens participation in health system in Southern Europe : a literature review , doi:10.590/0102-311x 00066716
10. Wagstaff,A. &Van Doorslaer E., 2003, Catastrophe and Improverishment in Paying for Health Care with applications to Vietnam, 1993-98, Health Economics, 12, 921-934.

11. Whitehead M. & Dahlgren G. (2007) << Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health : Leveling up Part 1>> Copenhagen : WHO Regional Office for Europe Studies on Social and Economic Determinates of Population Health