

# Οικονομία + Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας  
Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)  
Τόμος 3<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2013  
Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)  
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: [www.atiner.gr/oy.htm](http://www.atiner.gr/oy.htm)

## Από τον Διευθυντή Έκδοσης

### Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης

**Γιατί οι Δαπάνες Υγείας Συνεχίζουν να Αυξάνονται;**

### Επιστημονικό Άρθρο

**Η Κατάσταση Υγείας και το Κοινωνικό Κεφάλαιο των Πρόσφατων Μεταναστών στον Καναδά: Αποτελέσματα μιας Διαχρονικής Έρευνας Μεταναστών στον Καναδά**

Γιουν Ζάο, Τμήμα Έρευνας Πολιτικής της Υγείας, Καναδάς  
Λι Χιου & Τάρα Γκιλκινσον, Υπηρεσία Ιθαγένειας και Μετανάστευσης, Καναδάς

### Επιστημονικό Άρθρο

**Αντιλήψεις Ιατρών και Ασθενών για τις Ιατρικές Υπηρεσίες στη Γερμανία: Μια Εμπειρική Μελέτη**

Κονσταντζε Σόρενσεν & Ούρσουλα Γέσενφελντ, Πανεπιστήμιο του Λίνεμπουργκ, Γερμανία

### Επιστημονικό Άρθρο

**Η Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και η Ζήτηση Ιδιωτικής Ασφάλισης: Ανάλυση Παλινδρόμησης Εναλλαγής**

Λουζ Γκονζάλεζ Αλβάρεζ & Κλαβέρο Μπαρραγκουέρο, Πανεπιστήμιο της Μάλαγα, Ισπανία

### Βιβλιοπαρουσίαση

**Αποταμίευση και Συνταξιοδότηση**

### Ανακοινώσεις



# Οικονομία + Υγεία

Τόμος 3<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2013

## περιεχόμενα

<b>Από τον Διευθυντή Έκδοσης</b>	6
<b>Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης</b> <b>Γιατί οι Δαπάνες Υγείας Συνεχίζουν να Αυξάνονται;</b>	7
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Η Κατάσταση Υγείας και το Κοινωνικό Κεφάλαιο των Πρόσφατων Μεταναστών στον Καναδά: Αποτελέσματα μιας Διαχρονικής Έρευνας Μεταναστών στον Καναδά</b> Γιούν Ζάο, Τμήμα Έρευνας Πολιτικής της Υγείας, Λι Χιού & Τάρα Γκιλκινσον, Υπηρεσία Ιθαγένειας και Μετανάστευσης, Καναδάς	9
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Αντιλήψεις Ιατρών και Ασθενών για τις Ιατρικές Υπηρεσίες στη Γερμανία: Μια Εμπειρική Μελέτη</b> Κονστάντζε Σόρενσεν & Ούρσουλα Γέσενφελντ, Πανεπιστήμιο του Λίνεμπουργκ, Γερμανία	24
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Η Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και η Ζήτηση Ιδιωτικής Ασφάλισης: Ανάλυση Παλινδρόμησης Εναλλαγής</b> Λουζ Γκονζάλεζ Αλβάρεζ & Κλαβέρο Μπαρρανκουέρο, Πανεπιστήμιο της Μάλαγα, Ισπανία	33
<b>Βιβλιοπαρουσίαση</b> <b>Αποταμίευση και Συνταξιοδότηση</b>	46
<b>Ανακοινώσεις</b>	48

# Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)  
Τόμος 3<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2013  
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: [www.atiner.gr/oy.htm](http://www.atiner.gr/oy.htm)

## Ιδιοκτησία

[Ερευνητική Μονάδα Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#) (ΑΘΙΝΕΕ)

## Διευθυντής Έκδοσης και Υπεύθυνος Ύλης

Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος του ΑΘΙΝΕΕ & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, ΗΒ

## Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης

Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

## Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων

Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

## Επιμέλεια Δοκιμών και Μεταφράσεις

Ζωή Μπουτσιώλη, Λίλα Σκουντριδάκη, Βασίλης Χαραλαμπίδης

## Διανομή – Διαφήμιση

Σταυρούλα Κυρίτση, Σύλια Σακκά, Κατερίνα Μαράκη

## Επιστημονική Επιτροπή Κριτών

Τα επιστημονικά άρθρα δημοσιεύονται στο Ο&Υ κατόπιν κρίσης, από δύο τουλάχιστον κριτές. Η επιστημονική επιτροπή κριτών του περιοδικού αποτελείται από καθηγητές και ερευνητές της Ελλάδος και του εξωτερικού. Την τελική ευθύνη δημοσίευσης των άρθρων έχει ο διευθυντής του περιοδικού.

## Υποβολή Επιστημονικών Άρθρων

Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο [health@atiner.gr](mailto:health@atiner.gr). Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο [www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc](http://www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc)

## Συνδρομές

Το Ο&Υ κυκλοφορεί 4 φορές το χρόνο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Η ετήσια συνδρομή της ηλεκτρονικής μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 40 ευρώ, για ιδιώτες 20 ευρώ. Η ετήσια συνδρομή της έντυπης μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 100 ευρώ, για ιδιώτες 50 ευρώ.

## Διαφημίσεις

Πλήρης τιμοκατάλογος των καταχωρήσεων στο περιοδικό είναι διαθέσιμος για κάθε ενδιαφερόμενο.

## Συντακτική και Επιστημονική Επιτροπή

1. Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος, Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Σκωτία, ΗΒ.
2. Δρ. Χρήστος Σακελλαρίου, Αντιπρόεδρος Οικονομικών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Νανιάνγκ, Σιγκαπούρη.
3. Δρ. Νίκολας Πάππας, Αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Σαμ Χιούστον, ΗΠΑ.
4. Δρ. Παναγιώτης Πετράτος, Αντιπρόεδρος ICT του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πολιτειακό Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας (Στανισλάους), ΗΠΑ.
5. Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ.
6. Δρ. Ανδρέας Σ. Στεργάκης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.
7. Δρ. Στέφανος Α. Νάσσης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Δρ. Μελίνα Δριτσάκη, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Fellow), Πανεπιστήμιο Μπρουνέλ, ΗΒ.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Άιλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, ΗΒ.
11. Απόστολος Τσιαχρίστας, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Νέος Επιστημονικός Συνεργάτης (Junior Research Fellow), Ινστιτούτο Εκτίμησης Ιατρικής Τεχνολογίας, (Institute for Medical Technology Assessment), Πανεπιστήμιο Έρασμος, Ολλανδία.

Το παρόν τεύχος είναι το πρώτο του τρίτου τόμου. Με την ευκαιρία αυτή, το περιοδικό **Οικονομία και Υγεία** θα αναλάβει πρωτοβουλίες ευρύτερης διάδοσής του, με αναβάθμιση της βάσης των αποδεκτών, αλλά και με ειδικές εκδηλώσεις. Περισσότερες πληροφορίες θα δοθούν σε προσεχή τεύχη. Στο παρόν τεύχος, και τα τρία επιστημονικά άρθρα παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ. Στην ενότητα των βιβλιοπαρουσιάσεων, παρουσιάζεται το βιβλίο των Gordon L. Clark, Kendra Strauss & Janelle Knox-Hayes, με τίτλο «Saving for Retirement: Intention, Context, and Behavior», Oxford and New York: Oxford University Press, 2012. σσ. xix, 202. ISBN 978–0–19–960085–4).

Στο πρώτο επιστημονικό άρθρο εξετάζεται η κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών στον Καναδά και το πως αυτή επηρεάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο της χώρας. Για την επιστημονική διερεύνηση της σχέσης αυτής χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την Έρευνα Διαχρονικών Δεδομένων των Μεταναστών του Καναδά (LSIC). Το κοινωνικό κεφάλαιο μετρήθηκε με βάση τα κοινωνικά δίκτυα που είναι ανεπτυγμένα στη χώρα. Οι συγγραφείς βρήκαν σημαντική και θετική επίδραση των κοινωνικών δικτύων στην κατάσταση υγείας των μεταναστών στον Καναδά.

Το δεύτερο επιστημονικό άρθρο προέρχεται από το Γερμανικό Σύστημα Υγείας, με αναφορά στις ποιοτικές διαστάσεις των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, διερευνά τις αντιλήψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και την ικανοποίηση των ιατρών τόσο από την εργασία τους όσο και από τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Από τις οικονομετρικές αναλύσεις προέκυψε ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ αντίθετα, οι ιατροί δεν εμφανίζονται στα ίδια επίπεδα ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Επίσης, οι τελευταίοι εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από την τελευταία υγειονομική μεταρρύθμιση στη Γερμανία.

Στο τρίτο επιστημονικό άρθρο οι συγγραφείς Γκονζάλεζ Αλβάρεζ και Μπαρρανκουέρο από την Ισπανία διερευνούν τη σχέση ιδιωτικής ασφάλισης και ζήτησης/χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίστηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτούς που έχουν μονάχα δημόσια ασφάλιση και αυτούς που έχουν διπλή ασφαλιστική κάλυψη (δημόσια και ιδιωτική). Ως συμπέρασμα προκύπτει ότι οι δημόσια ασφαλισμένοι Ισπανοί πολίτες επισκέπτονται περισσότερο τους γενικούς ιατρούς, ενώ οι ασφαλισμένοι με διπλή κάλυψη προτιμούν περισσότερο τις απευθείας επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς.

**Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**

### Γιατί οι Δαπάνες Υγείας Συνεχίζουν να Αυξάνονται;

Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται συνεχώς. Δημοφιλείς εξηγήσεις αυτής της τάσης είναι οι νέες τεχνολογίες, η αύξηση του ΑΕΠ και η γήρανση του πληθυσμού. Λιγότερο δημοφιλής είναι η ικανότητα των συντελεστών της παραγωγής στον κλάδο υγείας να αυξάνουν το κόστος παραγωγής των ιατρικών υπηρεσιών. Με δεδομένη την ανελαστικότητα της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, μία αύξηση του κόστους, αυξάνει τις τιμές και συνεπώς τη συνολική δαπάνη για τις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο ρυθμό από ότι αυξάνει το κατά κεφαλή εισόδημα. Αυτή η θεωρία, που οφείλεται σε έναν αμερικανό οικονομολόγο, τον Μπομόλ (Baumol), δεν είναι ευρύτερα γνωστή και πολύ λιγότερο αποδεκτή, αν και πρόσφατα έχει βρει εμπειρική υποστήριξη στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Εξακολουθούν να κυριαρχούν οι προσεγγίσεις του ΑΕΠ και της γήρανσης του πληθυσμού. Γιατί άραγε; Ποιες είναι οι συνέπειες;

Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τις ακριβές νέες τεχνολογίες έχει σημαντικές επιδράσεις στη δημόσια και ιδιωτική προσφορά υπηρεσιών υγείας. Δικαιολογεί την αύξηση των δαπανών, χωρίς να αναρωτιέται κανείς γιατί ταυτόχρονα θα πρέπει να αυξάνουν οι αμοιβές των συντελεστών της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, χωρίς να έχει αυξηθεί η παραγωγικότητά τους.

Και επειδή η έννοια της αμοιβής κάποιου ανάλογα με την παραγωγικότητά του δεν ακούγεται καλά, δεν είναι δηλαδή πολιτικά ορθή, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το να αμείβεται κάποιος ανάλογα με τη δουλειά που προσφέρει είναι ότι πιο δίκαιο μπορεί να παρέχει η σημερινή κοινωνία. Και αυτό ανεξάρτητα από το αν αυτή η τακτική θεωρείται άδικη από κάποιους, οι οποίοι είναι συνήθως άτομα που από μικρή ηλικία δεν χρειάστηκε να δουλέψουν ποτέ για να ζήσουν (δηλαδή, κλασικοί τεμπέληδες). Σε αυτό το σημείο, έρχεται η θεωρία του Μπομόλ να ταρακουνήσει τα νερά, κυρίως στους κλάδους που το κράτος δαπανά πολλά χρήματα όπως, στην υγεία και την παιδεία.

Το παραμύθι που συνήθως λέγεται στους πολίτες μιας χώρας είναι ότι οι γιατροί και οι δάσκαλοι όλων των βαθμίδων θα πρέπει να αμείβονται πολύ καλά, διότι η δουλειά τους είναι ιερό λειτούργημα. Μα αν είναι έτσι και αναγνωρίζουν και αυτοί ως τέτοια τη δουλειά τους, τότε η ποιότητα και η ποσότητα (ώρες) της εργασίας τους δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από την αμοιβή τους. Όχι μόνο επηρεάζεται, αλλά είναι οι πρώτοι που περιμένουν στην ουρά για να πάρουν αυξήσεις και για να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους, με κάθε διαθέσιμο τερτίπι που έχουν εφεύρει οι μακροχρόνιοι αγώνες των συντεχνιών. Δεν είναι λοιπόν καθόλου τυχαίο ότι αυξάνονται οι δαπάνες υγείας σε μεγαλύτερο ρυθμό από ότι αυξάνει το σύνολο της παραγωγής μιας κοινωνίας. Και αν αυτή δεν φθάνει τότε η κοινωνία (το κράτος) καταφεύγει στον δανεισμό, δηλαδή τρώει και την παραγωγή των μελλοντικών γενεών. Ποιός πληρώνει το μάρμαρο; μα φυσικά αυτοί που δεν έχουν την πολιτική δύναμη να αυξάνουν τους μισθούς τους ανάλογα με την αύξηση του κατά κεφαλή ΑΕΠ.

Είναι ελληνικό φαινόμενο; Κάθε άλλο. Συμβαίνει παντού στις ΗΠΑ και σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες του ΟΟΣΑ. Ας δούμε πως λειτουργεί το κόλπο. Σύμφωνα με τον Μπομόλ, λοιπόν, η οικονομία χωρίζεται σε δύο κλάδους: τον προοδευτικό (progressive) και τον μη προοδευτικό (nonprogressive). Η έννοια της προοδευτικότητας εδώ είναι οικονομική και όχι ιδεολογική-πολιτική. Οικονομικά προοδευτικό είναι ότι παράγει πλούτο με συνεχώς μειούμενο κόστος ανά μονάδα προϊόντος. Ο μη προοδευτικός κλάδος είναι στάσιμος. Κερδίζει, όμως, διότι έχει τη δυνατότητα να αυξάνει το μέσο κόστος παραγωγής διότι αυξάνει τους μισθούς χωρίς να αυξάνει η παραγωγικότητα. Με άλλα λόγια, κλέβει την παραγωγή του προοδευτικού κλάδου της οικονομίας. Αυτό έχει ονομαστεί το νόσημα του κόστους του Μπομόλ.

Δεν σταματούν εδώ μονάχα οι επιδράσεις διότι το φαινόμενο είναι πιο γενικό και αφορά όλες τις υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο κορβανά. Αυξάνοντας τους μισθούς αυτών των υπηρεσιών, υπάρχει μεγάλη ζήτηση για δουλειά σε αυτές τις υπηρεσίες (δηλαδή όλοι θέλουν να γίνουν δημόσιοι υπάλληλοι), αφού πληρώνονται περισσότερο για λιγότερη δουλειά (μικρή παραγωγικότητα, καθισιά δηλαδή). Αν δεν μπορεί να γίνει αυτό, ας πούμε λόγω μνημονίου, τότε αυξάνει ραγδαία η ανεργία. Και αυτά δεν είναι τα δικά μας συμπεράσματα, αλλά το συμπέρασμα των λίγων μελετών που έχουν γίνει διεθνώς για αυτό το θέμα. Όσο αφορά την Ελλάδα, άλλο τόσο αφορά και τις ΗΠΑ.

Δεν επηρεάζει, όμως, όλους τους κλάδους υγείας το ίδιο. Το λιανεμπόριο των φαρμάκων μπορεί να επηρεαστεί διαφορετικά από ότι τα δημόσια νοσοκομεία. Διαφοροποίηση σίγουρα υπάρχει και μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών υγείας, αλλά και μεταξύ χωρών. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να ρίξει φως στα θέματα αυτά.

Στην Ελλάδα δεν χρειάζεται να περιμένουμε τις έρευνες. Γνωρίζουμε πολύ καλά τι έχει συμβεί τα χρόνια της μεταπολίτευσης στους μισθούς των υπηρεσιών που προσφέρονται από το κράτος. Η θέση μας εδώ είναι ξεκάθαρη. Οι υπηρεσίες της υγείας, πρόνοιας και παιδείας θα πρέπει να προσφέρονται δωρεάν, αλλά το κόστος τους θα πρέπει να είναι μικρότερο από αυτό που παράγεται στον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες αυτές είναι κοινωνικά αγαθά γι αυτό και οι μισθοί αυτών που εργάζονται σε αυτές θα πρέπει να είναι συμβολικοί και σίγουρα όχι μεγαλύτεροι από τους αντίστοιχους του ιδιωτικού τομέα. Για παράδειγμα, κανένας μισθός στο δημόσιο τομέα δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 1.000 ευρώ το μήνα. Η αντίθεση είναι ότι ποιος μπορεί να ζήσει με 1.000 ευρώ το μήνα; Η απάντηση: αυτοί που δουλεύουν στον ιδιωτικό τομέα. Μάλιστα αν οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του δημόσιου τομέα αναγκαστούν να δουλέψουν στον ιδιωτικό τομέα, λόγω και της υψηλής παραγωγικότητας που έχει και δεν μπορεί να αναδείξει στον ελληνικό δημόσιο τομέα, τότε οι μισθοί τους θα αυξηθούν, άνεργοι γιατροί και νοσηλευτές θα βρουν δουλειά στον δημόσιο τομέα και γενικά η οικονομία θα δουλέψει καλύτερα. Απαραίτητη ιδεολογική προϋπόθεση είναι να πιστεύουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ότι η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό που θα πρέπει να προσφέρεται δωρεάν. Αν δεν το πιστεύουν αυτό, τότε θα προσπαθούν να αυξάνουν τις νόμιμες και παράνομες αμοιβές τους (φακελάκια), σε βάρος των φορολογούμενων, που τυχαίνει να είναι αυτοί που εργάζονται στους προοδευτικούς κλάδους της οικονομίας.

**Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**

## Η Κατάσταση Υγείας και το Κοινωνικό Κεφάλαιο των Πρόσφατων Μεταναστών στον Καναδά: Αποτελέσματα μιας Διαχρονικής Έρευνας Μεταναστών στον Καναδά

Γιούν Ζάο, Τμήμα Έρευνας Πολιτικής της Υγείας, Καναδάς  
Λι Χιού & Τάρα Γκιλκινσον, Υπηρεσία Ιθαγένειας και Μετανάστευσης, Καναδάς

Η κατάσταση υγείας των μεταναστών παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για ερευνητές, φορείς χάραξης πολιτικής και εργαζομένους σε σχετικά προγράμματα, δεδομένου ότι οι μετανάστες αποτελούν σημαντικό ποσοστό επί του συνόλου του Καναδικού πληθυσμού, καθώς επίσης και της αύξησης του πληθυσμού. Εξαιτίας της απουσίας επίσημων στοιχείων, παρατηρείται έλλειψη σε ερευνητικές μελέτες για τις αποκλίσεις στην κατάσταση υγείας μεταξύ των υπο-ομάδων των μεταναστών – όπως είναι οι μετανάστες που ανήκουν στο πρόγραμμα οικογενειακής επανένωσης, οι οικονομικοί μετανάστες και οι πρόσφυγες (Zhao 2007). Αυτό το άρθρο θα προσπαθήσει να καλύψει αυτό το κενό με οικονομετρικές αναλύσεις. Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τη δυναμική των αλλαγών στην κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών στον Καναδά. Έτσι, επικεντρώνεται στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην κατάσταση υγείας των μεταναστών.

Η βασική πηγή δεδομένων του άρθρου αυτού είναι η LSIC (Longitudinal Survey of Immigrants to Canada-Έρευνα Διαχρονικών Δεδομένων Μεταναστών του Καναδά). Για να εξετασθεί η σχέση μεταξύ της κατάστασης υγείας και του κοινωνικού κεφαλαίου αναπτύξαμε μια ομάδα δεικτών κοινωνικού κεφαλαίου. Η προσπάθεια αυτή για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου βασίστηκε σε μια προσέγγιση με βάση τα κοινωνικά δίκτυα χρησιμοποιώντας πληροφορίες που παρέχει μόνο η βάση LSIC, ενώ ελήφθησαν υπόψη όλοι οι τύποι δικτύων και το περιεχόμενό τους (Xue 2008). Η μελέτη εξετάζει επιπλέον τη σχέση μεταξύ των δεικτών αυτών και της κατάστασης υγείας των μεταναστών χρησιμοποιώντας διαστρωματικά μοντέλα logit και συγκεκριμένα γενικευμένες εξισώσεις εκτίμησης (GEE - generalized estimating equations) του πληθυσμιακού-μέσου logit ώστε να μειώσει την επίδραση της μη παρατηρηθείσας ατομικής ετερογένειας.

Το παρόν άρθρο επιχειρεί να δώσει απάντηση στις εξής ερωτήσεις:

- Διαφοροποιείται η κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών στον Καναδά τα τέσσερα πρώτα χρόνια μετά την άφιξή τους;
- Παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ της κατάστασης υγείας των διαφόρων υπο-ομάδων των μεταναστών;
- Υπάρχουν κάποιοι βασικοί κοινωνικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών;
- Σε ποιο βαθμό επηρεάζει την κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών το κοινωνικό κεφάλαιο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με τα κοινωνικά δίκτυα;

### Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας

Ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο» αποτελεί μια «σύνθετη» έννοια (Nederveen Pieterse 2003: 32) η οποία «συνδέει τη θεωρητική και εμπειρική λογική που θεωρεί τους κοινωνικούς δεσμούς ως έναν δυνητικά σημαντικό παράγοντα για την ευημερία και τον πλούτο μιας κοινωνίας» (PRI 2005b, 37). Η μελέτη του κοινωνικού κεφαλαίου αναγνωρίζει την αξία που ενυπάρχει στα κοινωνικά δίκτυα, την κοινότητα, την

εμπιστοσύνη και την αμοιβαιότητα (Putnam 2000, Portes 1998, Kawachi 2008a), ενώ καθιστά δυνατή την επεξήγηση ποικίλων ατομικών και συλλογικών κοινωνικο-οικονομικών παρατηρήσεων (Mohan and Mohan 2002).

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι τα κοινωνικά δίκτυα μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση υγείας εφόσον λειτουργήσουν ως μέσο γρήγορης διάχυσης πληροφορήσης για την υγεία και συνεπώς ως μέσο που βελτιώνει την πρόσβαση σε πόρους για την υγεία (Kawachi et al. 1999, Berkman and Glass 2000). Επιπλέον αναγνωρίζεται ότι τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση υγείας μέσα από την παροχή απτής υλικής βοήθειας όπως «χρήματα, φροντίδα κατά την ανάρρωση και μεταφορά, η οποία μειώνει την ψυχική και σωματική καταπόνηση και παρέχει ένα δίκτυ ασφαλείας» (Putnam 2000: 327), μέσα από την ενίσχυση των προτύπων της υγείας (π.χ. σωματική άσκηση) και την κοινωνική επιρροή (αξίες και πρότυπα του κοινωνικού δικτύου) (Kawachi et al. 1999, Putnam 2000: 327, Berkman and Glass 2000) και τέλος μέσα από την ικανότητά τους να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη (Berkman and Glass 2000) η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως μια «ενεργοποίηση του μηχανισμού της ψυχολογίας του ατόμου που βοηθά στην τόνωση του ανοσοποιητικού συστήματος των ανθρώπων για την καταπολέμηση της νόσου και τη ρύθμιση του άγχους» (Putnam 2000: 327).

Τα τελευταία χρόνια η μελέτη του κοινωνικού κεφαλαίου έχει διαδοθεί σε μεγάλο βαθμό στην έρευνα που αφορά την υγεία (Health Canada 2006). Όπως δηλώνει ο Putnam «σε κανέναν από τους κλάδους στους οποίους έχω εντοπίσει αναφορές στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου δεν είναι η κοινωνική συνεκτικότητα τόσο καλά αναγνωρισμένη όσο στον κλάδο της υγείας και ευεξίας» (Putnam 2000: 326). Αρκετοί συγγραφείς έχουν συντάξει συστηματική επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στο κοινωνικό κεφάλαιο και έχουν δείξει ότι σε γενικές γραμμές τα ερευνητικά αποτελέσματα δεν χαρακτηρίζονται από ασυνέπεια μεταξύ τους (Seeman 1996, Kim et al. 2008, Blakely et al. 2006). Οι Kim et al. (2008) διαπιστώνουν ότι οι περισσότερες μελέτες που χρησιμοποίησαν την αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου ως μεταβλητή για να προσεγγίσουν την κατάσταση υγείας, διαχωρίζουν τα αποτελέσματα σε δύο εκβάσεις (εξαιρετική/πολύ καλή/καλή υγεία και μέτρια/κακή). Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι στις περισσότερες πολυ-επίπεδες μελέτες οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο συσχετίζονταν ως επί το πλείστον με υψηλότερα επίπεδα αυτοαξιολόγησης της υγείας. Αντίθετα, δε διαπιστώθηκε ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής συνοχής και αυτοαξιολογούμενης υγείας, ειδικότερα μετά από προσαρμογή για συμμεταβλητές που αφορούν το ατομικό επίπεδο (Kim et al. 2008: 150). Επιπλέον, οι Blakely et al. (2006) έκαναν ανασκόπηση 42 άρθρων που δημοσιεύτηκαν μεταξύ του 1995 και 2005 και αφορούσαν την υγεία και το κοινωνικό κεφάλαιο. Τα συμπεράσματά τους υποστηρίζουν επίσης ότι υπάρχει σταθερή συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου και των ποικίλων δεικτών υγείας.

Ωστόσο, περιορισμένη είναι η έρευνα που εξετάζει συγκεκριμένα τους τρόπους με τους οποίους το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει την υγεία των μεταναστών. Διαφωτιστική για τον τομέα αυτό είναι η έρευνα των Kemenade et al. (2006) που χρησιμοποιούν την Γενική Έρευνα Κοινωνικών Ζητημάτων (General Social Survey – GSS). Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι «η πρόσβαση σε κλειστά δίκτυα ατόμων με το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο – καθώς επίσης και σε προγράμματα που υποστηρίζουν αυτά τα δίκτυα – συσχετίζεται με την κοινωνική και οικονομική ένταξη των μεταναστών στη χώρα υποδοχής καθώς και με την ευεξία τους». Ο Zhao (2007) στην προσπάθειά του να κατανοήσει βαθύτερα την κατάσταση της υγείας και την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στην κατάσταση υγείας στον πληθυσμό των

πρόσφατων μεταναστών, προέβη σε ανάλυση της Έρευνας Διαμήκων Δεδομένων Μεταναστών του Καναδά (LSIC - Longitudinal Survey of Immigrants to Canada). Σύμφωνα με τον Zhao (2007) οι μετανάστες που είχαν συχνή επαφή με φίλους στον Καναδά, που μιλούσαν τουλάχιστον μια από τις επίσημες γλώσσες, που δεν ανήκαν σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος και που έμεναν σε ιδιόκτητο σπίτι αντί ενοικιαζόμενου είχαν μειωμένο κίνδυνο χειροτέρευσης της κατάστασης της υγείας τους. Ο Zhao (2007) επίσης διαπίστωσε ότι οι μετανάστες που ανήκαν σε κάποιο κοινωνικό δίκτυο και είχαν κοινωνική υποστήριξη είχαν περισσότερες πιθανότητες να επισκεφτούν γιατρούς.

Επιπλέον έρευνες έχουν συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε συγκεκριμένες ομάδες μεταναστών. Για παράδειγμα, δεδομένα από τη Μελέτη Ψυχικής Υγείας Κορεατών (Korean Mental Health Study), μια μελέτη διαμήκων δεδομένων που επικεντρώνεται στους Κορεάτες μετανάστες του Καναδά, υποδεικνύουν ότι η επίδραση χρόνιων αιτιών άγχους συσχετιζόμενου με την εμπειρία της μετανάστευσης, αμβλύνονται μερικώς από πηγές όπως η κοινωνική υποστήριξη. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι για τους Κορεάτες μετανάστες η κοινωνική υποστήριξη από τα άτομα ίδιας κουλτούρας συνεισφέρει σημαντικά σε χαμηλά επίπεδα ατομικού άγχους (Noh & Avison 1996).

## **Δεδομένα και Ορισμός**

### **Πηγές Δεδομένων**

Η βασική πηγή δεδομένων που χρησιμοποιείται σε αυτό το άρθρο είναι η Έρευνα Διαμήκων Δεδομένων Μεταναστών του Καναδά (Longitudinal Survey of Immigrants to Canada, LSIC), η οποία σχεδιάστηκε για να μελετήσει το πώς προσαρμόζονται οι νεοαφιχθέντες μετανάστες στη ζωή στον Καναδά κατά τη διάρκεια των τεσσάρων πρώτων ετών μετά την άφιξή τους. Η LSIC αναπτύχθηκε από κοινού από την Καναδική Υπηρεσία Ιθαγένειας και Μετανάστευσης (Citizenship and Immigration Canada) και τη Στατιστική Αρχή του Καναδά (Statistics Canada). Ο πληθυσμός που στόχευε η LSIC ήταν μετανάστες οι οποίοι: έφθασαν στον Καναδά μεταξύ του Οκτωβρίου του 2000 και του Σεπτεμβρίου του 2001, ήταν 15 ετών και άνω τη στιγμή άφιξης και έφθασαν στη χώρα από το εξωτερικό. Η έρευνα επικεντρώνεται σε μια σειρά ζητημάτων που περιλαμβάνει: τα δημογραφικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά του αποκρινόμενου, την υγεία, τα πολιτικά δικαιώματα, τις κοινωνικές επαφές, τους συλλόγους και τις οργανώσεις, τις γλωσσικές δεξιότητες, την κατοικία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, τις αξίες και αντιλήψεις, το εισόδημα και την αντίληψη για την εγκατάσταση στη νέα χώρα.

Η LSIC είναι διαμήκης έρευνα, δηλαδή οι ίδιοι αποκρινόμενοι παραχώρησαν συνέντευξη έξι μήνες (κύμα 1), δύο χρόνια (κύμα 2) και τέσσερα χρόνια (κύμα 3) μετά την άφιξή τους στον Καναδά. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται μια δυναμική εικόνα της εμπειρίας ένταξης των πρόσφατων αυτών μεταναστών. Το πρώτο κύμα συνεντεύξεων έγιναν μεταξύ Απριλίου του 2001 και Μαΐου του 2002, το δεύτερο κύμα μεταξύ Δεκεμβρίου 2002 και Δεκεμβρίου 2003 και το τρίτο κύμα μεταξύ Δεκεμβρίου του 2004 και Δεκεμβρίου του 2005. Το τελικό δείγμα της έρευνας αριθμεί 157.600 μετανάστες που εξακολουθούσαν να διαμένουν στον Καναδά κατά το τρίτο κύμα συνεντεύξεων (Statistics Canada 2007). Στη μελέτη αυτή συμπεριλήφθηκαν και τα τρία κύματα συνεντεύξεων της LSIC.

### **Ορισμοί**

#### **Δείκτης Κατάστασης της Υγείας**

Σε αυτό το άρθρο ως δείκτης της κατάστασης της υγείας των μεταναστών χρησιμοποιείται η αυτο-αξιολογούμενη υγεία. Στη συνέχεια η κατάσταση της υγείας ομαδοποιείται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την απάντηση: υγιής (τέλεια, πολύ

καλή, καλή) και μη υγιής (μέτρια, κακή). Η μεταβλητή της κατάστασης της υγείας είναι η εξαρτημένη μεταβλητή στα μοντέλα παλινδρόμησης διαμήκων δεδομένων logit. Το οικονομετρικό μοντέλο που χρησιμοποιείται παρουσιάζεται στη συνέχεια του άρθρου.

### Δείκτες Κοινωνικού Κεφαλαίου

Για να καθορίσουμε το βαθμό στον οποίο το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει την κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών, χρησιμοποιήθηκαν τα μοναδικά δεδομένα της LSIC, τα οποία προέρχονταν από ερωτήσεις σχετικά με τις κοινωνικές επαφές και τη συμμετοχή σε οργανωμένες ομάδες. Χρησιμοποιήσαμε δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου που αναπτύχθηκαν από τον Xuie (2008) και για να μετρήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιούν μια προσέγγιση βασιζόμενη σε δίκτυα. Μια προσέγγιση βασιζόμενη σε δίκτυα που χρησιμοποιείται για την κατανόηση του κοινωνικού κεφαλαίου δίνει έμφαση και στη δομή και το περιεχόμενο των δικτύων. Η δομή των δικτύων περιλαμβάνει το μέγεθος και την πολυμορφία. Το μέγεθος των δικτύων μπορεί να μετρηθεί από τον αριθμό των φίλων και συγγενών ή από τον αριθμό των τύπων των συλλόγων ή των οργανισμών στις οποίες ένα άτομο συμμετέχει. Η πολυμορφία των δικτύων μετράται από το σχετικό αριθμό ομοεθνών μελών επί των μελών άλλων εθνοτήτων στα δίκτυα ενός ατόμου. Το περιεχόμενο των δικτύων καθορίζεται από το μέγεθος της κοινωνικής εμπλοκής και υποστήριξης όπως η συχνότητα επαφών, ο αριθμός των μορφών βοήθειας από τα δίκτυα και η συνεισφορά του αποκρινόμενου στις σχέσεις.

Σύμφωνα με τον Xuie (2008), και σε αυτό το άρθρο τα κοινωνικά δίκτυα κατηγοριοποιούνται σε τρεις τύπους: συγγένειας, φιλίας και οργανώσεων. Το *δίκτυο συγγένειας* περιλαμβάνει σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας και συγγενείς που ζουν στον Καναδά. Το *δίκτυο φιλίας* απαρτίζονται από τους δεσμούς με φίλους. Ως *δίκτυο οργανώσεων* ορίζεται η συμμετοχή των μεταναστών σε ομάδες και οργανώσεις όπως οι οργανώσεις κοινότητας, οι θρησκευτικές ομάδες, οι εθνικοί ή μεταναστευτικοί σύλλογοι κλπ.

Ως μέγεθος κοινωνικού δικτύου ορίζεται ο αριθμός ατόμων ή μονάδων με τις οποίες οι μετανάστες διατηρούν διαφόρων τύπων σχέσεις (οικογένεια, φίλοι, οργανώσεις, κλπ). Παρά το ότι η LSIC δεν παρέχει πληροφόρηση για τους απόλυτους αριθμούς των ανθρώπων στα δίκτυα, υπάρχουν μερικά καλά υποκατάστατα για το μέγεθος του δικτύου. Για παράδειγμα, με βάση δεδομένα της LSIC, αποκτήσαμε προσεγγιστικά το μέγεθος του δικτύου με βάση οικογενειακούς δεσμούς, μετρώντας τον αριθμό συγγενών στον Καναδά όπως σύντροφο, παιδιά, γονείς, παππούδες, αδέρφια, θείους και θείες, ξαδέρφια κλπ. Όσον αφορά το δίκτυο φίλων, για να γίνει εκτίμηση του απόλυτου μεγέθους του δικτύου προσμετρήθηκαν οι πηγές από τις οποίες οι μετανάστες γνώρισαν φίλους, όπως οι εθνικοί σύλλογοι ή κλάμπ, η θρησκευτική δραστηριότητα, οι γνωριμίες μέσω συγγενών ή άλλων φίλων, τα σπορ, χόμπυ ή άλλα κλαμπ, η εργασία του συντρόφου, τα μαθήματα Αγγλικών ή Γαλλικών ως δεύτερη γλώσσα, άλλα μαθήματα κλπ.

Η ποικιλία κοινωνικών δικτύων αναπαριστά την κοινωνική και εθνική ετερογένεια των μελών των δικτύων. Ως πυκνότητα κοινωνικών δικτύων ορίζεται η συχνότητα επαφών μεταξύ των μελών του δικτύου. Δημιουργήσαμε δείκτες πολυμορφίας και πυκνότητας για κάθε τύπο δικτύου, με εύρος από 0 έως 1, χρησιμοποιώντας πληροφορίες (α) για τη συχνότητα επαφών με ανθρώπους στα δίκτυα και (β) για το σχετικό αριθμό ομοεθνών μελών των δικτύων φίλων και οργανώσεων. Όσο μεγαλύτερη είναι η πολυμορφία, τόσο περισσότερο διαφοροποιημένο είναι το δίκτυο. Όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης πυκνότητας, τόσο συχνότερα ένας μετανάστης έρχεται

σε επαφή με τα μέλη της οικογένειάς του, συγγενείς ή φίλους και/ή τόσο συχνότερα λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες κάποιας ομάδας ή οργάνωσης.

Ως ποιότητα του κοινωνικού δικτύου μπορεί να υπολογιστεί η βοήθεια που λαμβάνεται από αυτά καθώς επίσης και η συνεισφορά στα δίκτυα. Δημιουργήσαμε αρκετούς δείκτες για να μετρήσουμε τους διαφορετικούς τύπους βοήθειας που ένας μετανάστης έλαβε από ένα συγκεκριμένο τύπο δικτύου. Επίσης χρησιμοποιήσαμε μια μεταβλητή για να δείξουμε τον αριθμό οργανώσεων στις οποίες ένας μετανάστης εθελοντικά διέθεσε χρόνο.<sup>1</sup>

### Δείκτης Εισοδήματος

Το οικογενειακό εισόδημα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση υγείας του ατόμου σημαντικά (Zhao, 2007). Σε αυτό το άρθρο ομαδοποιήσαμε τους μετανάστες σε τέσσερα τεταρτημόρια ανάλογα με το εισόδημα οικονομικής δραστηριότητας της οικογένειας, από το χαμηλότερο στο υψηλότερο εισόδημα: 0-25%, 26-50%, 51-75% και 76-100%. Μια οικογένεια κατ' οικονομίαν αναφέρεται σε μια ομάδα δύο ή περισσότερων ατόμων που ζουν στον ίδιο χώρο και έχουν δεσμούς εξ αίματος λόγω γάμου, βάσει εθιμικού δικαίου ή υιοθεσίας (Statistic Canada 2007).

Η κατάσταση εργασίας ενός αποκρινόμενου ομαδοποιείται σε δύο κατηγορίες: απασχολούμενος και μη απασχολούμενος. Η κατάσταση απασχόλησης του συντρόφου ενός αποκρινόμενου ομαδοποιείται σε τρεις κατηγορίες: χωρίς σύντροφο, σύντροφος προσωρινά εργαζόμενος/η και σύντροφος προσωρινά μη εργαζόμενος/η.

### **Άλλες Κοινωνικο-Δημογραφικές Μεταβλητές**

Άλλες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που έχουν δυνητικά επίδραση στην κατάσταση της υγείας των πρόσφατων μεταναστών και ελέγχθηκαν στην ανάλυση παλινδρόμησης που διενεργήσαμε είναι η ηλικία, το φύλο, η κατηγορία μετανάστη, η περιοχή προέλευσης, το μορφωτικό επίπεδο κατά την άφιξη, η οικογενειακή κατάσταση, η γνώση της επίσημης γλώσσας (η αντίληψή της), η ποιότητα στέγασης (π.χ. η πυκνή κατοίκηση) και τα προβλήματα πρόσβασης στο Καναδικό σύστημα υγείας.

Ομαδοποιήσαμε τους μετανάστες σε πέντε κατηγορίες: μετανάστες για οικογενειακή επανένωση, ειδικευμένους εργάτες – κύριους αιτούντες, ειδικευμένους εργάτες – σύντροφοι και εξαρτώμενα μέλη, πρόσφυγες και άλλους μετανάστες.<sup>2</sup> Οι χώρες προέλευσης μεταναστών ομαδοποιήθηκαν στις ακόλουθες ευρείες περιοχές: Β. Αμερική, Η.Β. και Δυτική Ευρώπη, Ευρώπη εκτός Η.Β. και Δυτικής Ευρώπης, Ασία και Ειρηνικός, Αφρική και Μέση Ανατολή, Καραβαϊκή και Γουϊνέα, Νότια και Κεντρική Αμερική. Η εκπαίδευση κατά την άφιξη ομαδοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες: λύκειο ή χαμηλότερη εκπαίδευση, πιστοποιητικό επαγγελματικής κατάρτισης ή κολλέγιο/μερική πανεπιστημιακή εκπαίδευση, πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, μεταπτυχιακός τίτλος και υψηλότερη εκπαίδευση.

Για να διερευνηθεί η κατάσταση της υγείας ανάλογα με την ηλικία, διαχωρίσαμε τον πληθυσμό σε πέντε ηλικιακές ομάδες: 15-19, 20-34, 35-44, 45-64 και 65+ ετών. Ο τόπος κατοικίας ομαδοποιήθηκε σε έξι κατηγορίες σύμφωνα με τις εγγεγραμμένες αστικές περιοχές (census metropolitan areas - CMAs): κατοικία σε μια από τις πέντε καλύτερες αστικές περιοχές και κατοικία σε περιοχή εκτός των πέντε αυτών

<sup>1</sup> Στις ακόλουθες αναλύσεις με παλινδρόμηση δεν έχουν συμπεριληφθεί όλοι οι δείκτες δικτύων αλληλεγγύης. Λόγω χαμηλής μεταβλητότητας οι δείκτες για τον αριθμό ειδών βοήθειας δε συμπεριλαμβάνονται. Επιπλέον, ο δείκτης συνεισφοράς δεν εισέρχεται στις εκτιμήσεις ως απόλυτος αριθμός αλλά ως ψευδομεταβλητή που προσδιορίζει το κατά πόσον ένας μετανάστης προσέφερε εθελοντικά χρόνο σε ομάδες.

<sup>2</sup> Η κατηγορία άλλοι μετανάστες περιλαμβάνει κυρίως επιχειρηματίες και έναν πολύ μικρό αριθμό μεταναστών που έφτασε υπό συνθήκες που δεν περιλαμβάνονται στις προαναφερθείσες κατηγορίες.

περιοχών.<sup>3</sup> Η ικανότητα χειρισμού της επίσημης γλώσσας (αυτο-αξιολογούμενη)<sup>4</sup> εκφράστηκε από δύο ψευδομεταβλητές για Αγγλικά και Γαλλικά: καλή γνώση Αγγλικών (ή Γαλλικών) (δηλαδή σχετικά καλός χειρισμός της γλώσσας, καλός, πολύ καλός και τα Αγγλικά ή Γαλλικά αποτελούν μητρική γλώσσα) ή μη καλή γνώση (δηλαδή το άτομο μιλά λίγο ή καθόλου Αγγλικά ή Γαλλικά).

Η πυκνότητα του νοικοκυριού είναι ένας δείκτης χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής θέσης και μια κατάσταση που προκαλεί άγχος και συνδέεται με κακή κατάσταση υγείας (Melki et al. 2004). Ωστόσο, το γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μένουν στην ίδια κατοικία μπορεί να είναι μια πολιτισμική επιλογή. Για να διερευνηθεί η επίδραση των συνθηκών διαμονής στην κατάσταση υγείας χρησιμοποιούμε στην ανάλυση το δείκτη συνωστισμού του νοικοκυριού (household crowding index HCI). Ο HCI ορίζεται ως ο συνολικός αριθμός συγκατοίκων ανά νοικοκυριό δια το συνολικό αριθμό δωματίων εκτός κουζίνας και τουαλέτας (Melki et al. 2004). Στη συνέχεια, ο HCI ομαδοποιείται σε δύο κατηγορίες: μικρότερος ή ίσος του 1 και μεγαλύτερος από ένα κάτοικο ανά δωμάτιο. Όσο μεγαλύτερος είναι ο HCI τόσο χαμηλότερη είναι η πυκνότητα του νοικοκυριού.

Η προσβασιμότητα στο Καναδικό σύστημα υγείας κατηγοριοποιείται σε παρουσία ή έλλειψη προβλημάτων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα περιλαμβάνουν μεγάλες λίστες αναμονής, διακρίσεις, πρόβλημα εύρεσης οικογενειακού ιατρού, μεταφορά και/ή ασφαλιστική κάλυψη φαρμάκων κλπ.

### Οικονομετρικά Μοντέλα

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα δεδομένα της LSIC είναι διαμήκη και περιλαμβάνουν πολύ μεγάλες διατμηματικές μικρομονάδες που περιλαμβάνουν χιλιάδες ατόμων, καθώς και τρεις διατμηματικές περιόδους. Για να συμπεριληφθεί στο μοντέλο η πιθανότητα να δηλώσει ένας μετανάστης ότι είναι υγιής, λαμβανομένου υπό της ατομικής ετερογένειας, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα διαστρωματικών δεδομένων και κρατήθηκαν σταθερές οι μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου του ατόμου και άλλες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές. Βασικό πλεονέκτημα των μοντέλων διαστρωματικών δεδομένων είναι ότι μπορεί να συμπεριληφθούν διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ ατόμων. Η ανάλυσή μας περιλαμβάνει άτομα τα οποία συμμετείχαν και στις τρεις συνεντεύξεις της LSIC.

### Στατικά Μοντέλα Διαστρωματικών Δεδομένων

Τα στατικά μοντέλα διαστρωματικών δεδομένων επικεντρώνονται στην ετερογένεια των μονάδων αντί για τις αυτοσυσχετίσεις των χρονολογικών σειρών. Το βασικό πλαίσιο για τα δυαδικά μοντέλα διαστρωματικών δεδομένων είναι ένα μοντέλο μιας εξίσωσης:

$$y_{it}^* = X'_{it} \beta + z'_i \alpha + \varepsilon_{it}, \quad i = 1, \dots, n; t = 1, \dots, T_i. \quad (1)$$
$$y_{it} = \begin{cases} 1 & \text{if } y_{it}^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases}$$

όπου  $y^*$  είναι μια μη παρατηρηθείσα μεταβλητή σε λανθάνουσα μορφή της πιθανότητας ενός μετανάστη να δηλώσει υγιής.  $X$  είναι μια συλλογή  $n$  ανεξάρτητων

<sup>3</sup> Οι πέντε μεγαλύτερες αστικές περιοχές είναι το Τορόντο, το Βανκούβερ, το Μόντρεαλ, η Οττάβα και το Κάλγκαρι.

<sup>4</sup> Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εφόσον έχουμε να κάνουμε με δεδομένα έρευνας, όπως είναι και οι υπόλοιπες μεταβλητές στην LSIC, η γνώση της επίσημης γλώσσας είναι αυτοαξιολογούμενη μεταβλητή.

μεταβλητών που εκφράζονται από το διάνυσμα  $\mathbf{x}' = (\mathbf{x}_1, \mathbf{x}_2, \dots, \mathbf{x}_n)$  και είναι παρατηρήσιμες. Κάποιες από αυτές τις μεταβλητές μεταβάλλονται στο χρόνο, ενώ άλλες είναι σταθερές και άλλες δε μεταβάλλονται στο χρόνο. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν ακόμη μια σειρά ψευδομεταβλητών για κάθε κύμα συνεντεύξεων ώστε να ληφθούν υπόψη οι επιδράσεις του χρόνου.  $\epsilon$  είναι όρος σφάλματος με μέσο μηδέν και τυποποιημένη logit κατανομή με διακύμανση  $\pi^2/3$ . Ο υποδείκτης  $i$  είναι ο δείκτης των διατμηματικών μονάδων και ο  $t$  είναι δείκτης της χρονικής περιόδου ( $T=3$ ). Η μη παρατηρηθείσα ατομική επίδραση  $z_i'\alpha$  εκφράζει την ετερογένεια μεταξύ των ατόμων αυτών που καθορίζουν την πιθανότητα καλής υγείας.

Η  $z_i'\alpha$  περιλαμβάνει μια σειρά παραγόντων που αφορούν το κάθε άτομο ειδικά και είναι μη παρατηρήσιμοι όπως η διαφορά στην προσωπικότητα ή την ικανότητα, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της οικογένειας ή της ομάδας και η συμπεριφορά ως προς την υγεία. Γίνεται η υπόθεση ότι  $z_i$  και  $\epsilon_{it}$  δε συσχετίζονται.

Για την εκτίμηση υποδειγμάτων διατρωματικών δεδομένων έχει σημασία το κατά πόσον οι ατομικές επιδράσεις του  $z_i$  συσχετίζονται με τους παρατηρηθέντες παλινδρομητές  $\mathbf{X}$  (Greene 2002, Jones 2007). Συγκρίνοντας με το υπόδειγμα τυχαίων επιδράσεων, η προσέγγιση των εξισώσεων γενικευμένης εκτίμησης (generalized estimating equations - GEE) που πρότειναν οι Liang & Zeger (1986) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση των επιδράσεων στον πληθυσμιακό μέσο. Το GEE μοντέλο είναι μια εκδοχή του γενικευμένου γραμμικού μοντέλου (generalized linear model - GLM) για την εκτίμηση μακροχρόνιων δεδομένων που χρησιμοποιεί εκτίμηση οιονεί πιθανοτήτων. Το GEE μοντέλο έχει συνεπείς και ασυμπτωτικές λύσεις ακόμη και με κακή εξειδίκευση της δομής της παλινδρόμησης γιατί η υπόθεση της ανεξαρτησίας των μη παρατηρηθείσων ατομικών επιδράσεων από τις επεξηγηματικές μεταβλητές δεν είναι απαραίτητη (Hu et al. 1998). Το υπόδειγμα πληθυσμιακού μέσου δεν εξειδικεύει την κατανομή του πληθυσμού, αντιθέτως εξειδικεύει μόνο μια οριακή κατανομή, έτσι ώστε  $\mathbf{E}(\mathbf{y}_{it} | \mathbf{x}_{it}) = \mathbf{E}(\mathbf{y}_{it} | \mathbf{x}_i)$  για κάθε  $t$ . Η μέθοδος GEE χαλαρώνει την υπόθεση ανεξαρτησίας τυχαίων επιδράσεων και λαμβάνει υπόψη την εξάρτηση μεταξύ των μονάδων του. Το μοντέλο GEE είναι κατάλληλο όταν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος βρίσκονται συμπεράσματα για τον μέσο όρο του πληθυσμού. Σε αυτό το άρθρο, υψίστης σημασίας είναι η μέση διαφορά μεταξύ ομάδων που διαθέτουν διαφορετικό κοινωνικό κεφάλαιο και όχι η διαφορά κάθε μετανάστη ξεχωριστά. Γι' αυτό το λόγο στο παρόν άρθρο παρουσιάζουμε τα αποτελέσματά μας με βάση το μοντέλο GEE.<sup>5</sup>

#### Δυναμικά Μοντέλα Διατρωματικών Δεδομένων

Για να συμπεριλάβουμε σε μοντέλο αυτοσυσχέτιση χρονολογικών σειρών, τις μεταβολές στην αυτο-αξιολόγηση υγείας των πρόσφατων μεταναστών, χρησιμοποιήσαμε δυναμικά μοντέλα διατρωματικών δεδομένων, όπως προτάθηκε από τους Wooldridge (2005) και Jones (2007). Η βασική εξίσωση των δυναμικών μοντέλων διατρωματικών δεδομένων είναι ως εξής:

$$y_{it}^* = y_{it-1}'\gamma + X'_{it}\beta + z_i'\alpha + \epsilon_{it} \quad (2)$$

όπου  $y_{it-1}$  είναι ο δείκτης της κατάστασης της υγείας του μετανάστη κατά το προηγούμενο «κύμα» και  $\gamma$  είναι η παράμετρος που πρέπει να εκτιμηθεί.

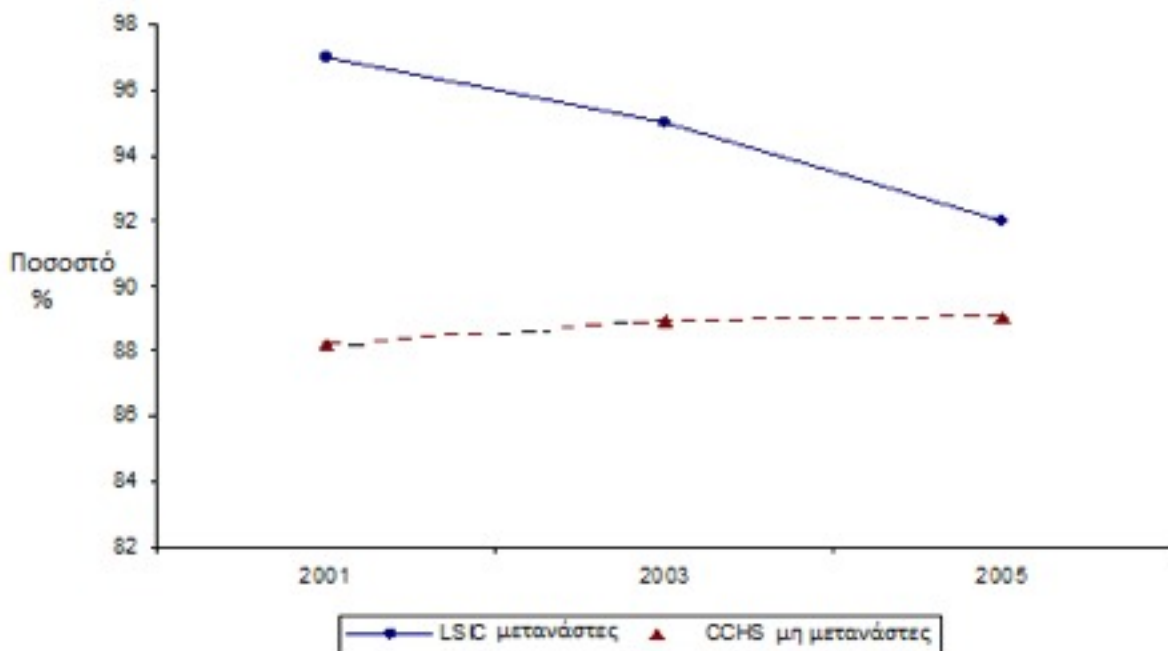
<sup>5</sup> Στον παρόν άρθρο παρουσιάζονται μόνο τα αποτελέσματα των μοντέλων GEE, ενώ τα αποτελέσματα των μοντέλων των τυχαίων και σταθερών επιδράσεων είναι διαθέσιμα κατόπιν αιτήματος από τους συγγραφείς.

Η βασική διαφορά μεταξύ στατικών και δυναμικών μοντέλων διαστρωματικών δεδομένων [εξισώσεις (1) και (2)] είναι ο συντελεστής  $y_{it-1}$  ο οποίος εκφράζει την κατάσταση εξάρτησης. Το δυναμικό μοντέλο μπορεί να θεωρηθεί ως διαδικασία Markov πρώτης τάξης και να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας εξειδικεύσεις συγκεντρωμένων και τυχαίων επιδράσεων (Jones 2007).

### Αποτελέσματα και Συζήτηση

Στοιχεία από την LSIC και την Έρευνα Υγείας Καναδικής Κοινότητας (Canadian Community Health Survey - CCHS) υποδεικνύουν ότι την πρώτη περίοδο μετά την άφιξη η αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης υγείας των πρόσφατων μεταναστών είναι καλύτερη από αυτή των μεταναστών που έχουν γεννηθεί στον Καναδά. Ωστόσο, αυτό το «Αποτέλεσμα του υγιή μετανάστη» σταδιακά μειώνεται όσο η διαμονή στον Καναδά μεγαλώνει. Η διαφορά στην υγεία μεταξύ των πληθυσμών που μόλις έφτασαν και αυτών που ζουν στον Καναδά γίνεται μικρή τέσσερα έτη μετά την άφιξη των πρώτων, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1. Τα αποτελέσματά μας είναι συνεπή με υπάρχουσες μελέτες για την κατάσταση υγείας των μεταναστών.

**Διάγραμμα 1.** Μερίδιο Μεταναστών και Καναδών που Αυτο-αξιολογούνται ως Υγιείς



Πηγή: LSIC (2005), CCHS (2000-2005).

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τους μέσους όρους και τα τυπικά σφάλματα των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε στα υποδείγματα.

Στη μελέτη αυτή, η εκτίμηση της πιθανότητας καλής υγείας γίνεται και στο στατικό και το δυναμικό μοντέλο. Οι αναλύσεις επικεντρώνονται στα αποτελέσματα παλινδρόμησης των GEE μοντέλων, όπως φαίνεται στους Πίνακες 2 και 3.

**Πίνακας 1. Μέσοι των μεταβλητών των εκτιμήσεων της τελευταίας εκειδίκευσης - όλοι οι μετανάστες**

	<b>N=7703</b>	
	<b>n=22457</b>	
	<b>Σταθμισμένος Μέσος</b>	<b>Τυπικό Σφάλμα</b>
Υγιής	0,946	0,227
Ειδικευμένος Εργάτης Κύριος Αιτών	0,352	0,478
Ειδικευμένος Εργάτης Σύντροφοι και Εξαρτώμενα μέλη	0,255	0,436
Πρόσφυγες	0,062	0,242
Άλλοι Μετανάστες	0,066	0,249
Άντρας	0,497	0,500
20-34	0,431	0,495
35-44	0,314	0,464
45-64	0,169	0,175
65+	0,035	0,184
Ευρώπη εκτός Η.Β. και Δ. Ευρώπης	0,054	0,226
Ασία και Ειρηνικός	0,060	0,237
Αφρική και Μέση Ανατολή	0,110	0,313
Καραβαϊκή και Γουϊνέα, Νότια και Κεντρική Αμερική	0,182	0,386
Προβλήματα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας	0,178	0,382
Τορόντο	0,436	0,496
Μόντρεαλ	0,148	0,355
Βανκούβερ	0,136	0,343
Οπτάβα	0,053	0,223
Κάλγκαρι	0,033	0,179
Αγγλικά	0,833	0,373
Γαλλικά	0,160	0,366
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 25%-50%	0,251	0,343
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 50%-75%	0,248	0,432
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 75%-100%	0,250	0,433
Άνεργος	0,580	0,494
Σύντροφος Απασχολούμενος/η	0,324	0,468
Άνεργος/η	0,285	0,451
Τεχνική εκπαίδευση ή Κολλέγιο ή μερική φοίτηση σε παν/μιο	0,034	0,181
Πανεπιστημιακός τίτλος	0,087	0,282
Μεταπτυχιακός τίτλος ή ανώτερος τίτλος	0,115	0,319
Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη	0,545	0,498
Συχνότητα επαφής με φίλους	0,767	0,234
Εθνική πολυμορφία φίλων	0,467	0,282
Κύμα2	0,331	0,471
Κύμα 3	0,334	0,472

**Αποτελέσματα Παλινδρομήσεων των Υποδειγμάτων GEE**

Ας εξετάσουμε πρώτα τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων των μοντέλων GEE (Πίνακας 2). Με σκοπό να διερευνήσουμε τις επιδράσεις του χρόνου κρατήσαμε σταθερούς δύο άλλους τύπους χρονικών μεταβλητών: (1) τον αριθμό των εβδομάδων στον Καναδά μετά την άφιξη (συνεχής μεταβλητή), (2) τις μεταβλητές κυμάτων (ψευδομεταβλητές). Και οι δύο μέθοδοι μας έδωσαν παρόμοια αποτελέσματα – η αυτο-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας των αποκρινόμενων είναι σημαντικά και αρνητικά συσχετιζόμενη με μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στον Καναδά. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συνεπές με τα ευρήματά μας στην περιγραφική ανάλυση ότι η υγεία πρόσφατων μεταναστών χειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου.

**Πίνακας 2. Εκτιμήσεις Μοντέλου Πληθυσμιακού Μέσου GEE της Πιθανότητας να είναι Υγιές το Άτομο - για όλους τους Μετανάστες τα τέσσερα πρώτα έτη στον Καναδά**

Εξαρτημένη Μεταβλητή	Υγιής									
	Κανένας δείκτης Κοινωνικού Κεφαλαίου		Όλοι οι δείκτες Κοινωνικού Κεφαλαίου		Επιδράσεις Κοινωνικού Κεφαλαίου		Επιδράσεις Κοινωνικού Κεφαλαίου και Χρόνου		Οριακές Επιδράσεις <sup>1</sup>	
	Συντ.	ΤΣ	Συντ.	ΤΣ	Συντ.	ΤΣ	Συντ.	ΤΣ	dy/dx	ΤΣ
<b>Κατηγορία Μετανάστη</b>										
[Επανεένωση Οικογένειας]										
Ειδικευμένος Εργάτης Κύριος Αιτών	0,317**	0,137	0,198	0,171	0,259*	0,139	0,255*	0,139	0,008*	0,004
Ειδικευμένος Εργάτης Σύντρ. & Εξαρτώμενα μέλη	0,11	0,117	-0,022	0,150	0,058	0,118	0,049	0,119	0,002	0,004
Πρόσφυγες	-0,389***	0,130	-0,522***	0,143	-0,421***	0,130	-0,416***	0,130	-0,016***	0,006
Άλλοι Μετανάστες	0,436	0,170	0,307	0,190	0,392**	0,170	0,397**	0,170	0,011**	0,004
<b>Φύλο</b>										
[Γυναίκα]										
Ανδρας	0,484***	0,094	0,474***	0,096	0,482***	0,094	0,475***	0,094	0,0116***	0,003
<b>Ηλικία</b>										
[15-19]										
20-34	-0,114	0,224	-0,088	0,253	-0,043	0,246	-0,64	0,247	-0,002	0,008
35-44	-0,6**	0,252	-0,553**	0,265	-0,505**	0,254	-0,527**	0,255	-0,019**	0,010
45-64	-1,107***	0,253	-0,996***	0,265	-0,995***	0,255	-1,016***	0,256	-0,047***	0,016
65+	-1,402***	0,280	-1,271***	0,288	-1,267***	0,281	-1,267***	0,282	-0,075***	0,026
<b>Τόπος Γέννησης</b>										
[Β. Αμερ., ΗΒ & Δ. Ευρ.]										
Ευρ. εκτός ΗΒ & Δ. Ευρ.	0,652**	0,308	0,521	0,335	0,563*	0,310	0,547*	0,311	0,015*	0,006
Ασία και Ειρηνικός	0,282	0,192	0,26	0,202	0,215	0,193	0,216	0,194	0,007	0,005
Αφρική & Μέση Ανατολή	0,031	0,124	-0,034	0,127	-0,009	0,124	-0,014	0,125	0,000	0,004
Καραϊβική & Γουινέα, Νότια & Κεντρική Αμερική	0,071	0,112	0,056	0,114	0,059	0,112	0,053	0,112	0,002	0,004
<b>Προβλήματα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας</b>										
[Όχι]										
Ναι	0,859***	0,074	-0,866***	0,075	-0,86	0,074	-0,874	0,074	-0,038***	0,004
<b>Πόλη κατοικίας</b>										
[Άλλες πόλεις]										
Τορόντο	-0,112	0,110	-0,124	0,111						
Μόντρεαλ	-0,414***	0,120	-0,43***	0,120						
Βανκούβερ	0,22	0,170	0,187	0,171						
Οττάβα	-0,156	0,173	-0,164	0,174						
Κάλγκαρι	0,313	0,245	0,33	0,246						
<b>Γλωσσική Επάρκεια</b>										
[Καμμία]										
Αγγλικά	0,659***	0,087	0,621***	0,090	0,604***	0,088	0,616***	0,088	0,025***	0,004
Γαλλικά	0,202	0,147	0,22	0,153	0,181	0,149	0,191	0,150	0,006	0,004
<b>Οικογενειακό Εισόδημα</b>										
[Εισοδηματικό τεταρτημόριο 0%-25%]										
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 25%-50%	0,196***	0,089	0,197***	0,091	0,196***	0,089	0,194***	0,089	0,006**	0,003
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 50%-75%	0,358***	0,098	0,378***	0,101	0,369***	0,098	0,362***	0,98	0,011***	0,003
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 75%-100%	0,37***	0,107	0,401***	0,112	0,387***	0,108	0,38***	0,108	0,016***	0,003
<b>Κατάσταση Απασχόλησης</b>										
[Απασχολούμενος]										
Άνεργος	0,336***	0,078	0,36***	0,081	0,32**	0,079	0,328***	0,079	0,011***	0,003
<b>Κατάσταση Απασχόλησης Συντρόφου</b>										
[Χωρίς σύντροφο]										
Απασχολούμενος/η	0,129	0,087	0,14	0,093	0,129	0,087	0,216**	0,091	0,007**	0,003
Άνεργος/η	0,071	0,095	0,077	0,105	0,079	0,095	0,128	0,096	0,004	0,003
<b>Μορφωτικό επίπεδο κατά την άφιξη</b>										
[Λύκειο ή χαμηλότερο επίπεδο]										
Τεχνική εκπαίδευση ή Κολλέγιο ή μερική φοίτηση σε παν/μιο	-0,265*	0,159	-0,271*	0,162	-0,287*	0,159	-0,275*	0,159	-0,010	0,007
Πανεπιστημιακός τίτλος	-0,014	0,148	-0,021	0,149	-0,007	0,147	0,006	0,148	0,000	0,005
Μεταπτυχιακός τίτλος ή ανώτερος τίτλος	-0,016	0,111	0,003	0,112	-0,024	0,111	-0,019	0,111	-0,001	0,004

<b>Αριθμός εβδομάδων στον Καναδά μετά την άφιξη Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>	-0,005***	0,000	-0,006***	0,001	-0,006***	0,000				
<b>Οικογένεια &amp; Συγγενείς</b>										
Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη			-0,211*	0,126						
Φίλοι στον Καναδά κατά την άφιξη			-0,088	0,088						
Σύντροφος διαφορετικής εθνικότητας			-0,025	0,120						
Αριθμός συγγενών			0,032	0,066						
Συχνότητα επαφής με οικογ. μέλος που προσφέρει στήριξη			-0,076	0,116						
<b>Φίλοι</b>										
Νέοι φίλοι			0,105	0,140						
Αριθμός φίλων			-0,038	0,028						
Συχνότητα επαφής με φίλους			0,488***	0,161	0,503***	0,142	0,468***	0,142	0,016***	0,005
Εθνική πολυμορφία φίλων			0,347*	0,190	0,322***	0,146	0,384***	0,148	0,013**	0,005
<b>Δίκτυα συλλόγων και οργανώσεων</b>										
Αριθμ. συλλόγων ή οργανώσεων στα οποία συμμετέχει το άτομο			-0,093	0,149						
Συχνότητα δραστηριο-τήτων με οργανώσεις			0,240	0,191						
Εθνική πολυμορφία των δικτύων οργανώσεων			-0,068	2,225						
Αριθμ. οργανώσεων που το άτομο προσφέρει εθελοντική εργασία			0,054	0,108						
<b>Επίδραση χρόνου</b>										
[Κύμα 1]										
Κύμα 2							-0,781***	0,091	-0,030***	0,004
Κύμα 3							-1,111***	0,099	-0,045***	0,005
<b>Σύνολο</b>	3,219***	0,298	3,009***	0,342	2,757***	0,310	2,693***	0,312		
Αριθμός παρατηρήσεων	22514		21943		22457		22457		22457	
Αριθμός ατόμων	7703		7616		7703		7703		7703	

\*p=0,1 \*\*p=0,05 \*\*\*p=0,01

1 Οι οριακές επιδράσεις για ψευδομεταβλητές με διακριτή μεταβολή είναι από 0 ως 1

Σε παρενθέσεις η τιμή που αποτελεί το σημείο αναφοράς για κάθε μεταβλητή

Οι εκτιμηθείσες επιδράσεις των δημογραφικών μεταβλητών (π.χ. ηλικία και φύλο) είναι συνεπείς με τις θεωρητικές ερμηνείες και τα ευρήματα υπαρχουσών εμπειρικών μελετών. Οι άνδρες είναι πιθανότερο να αναφέρουν καλή υγεία σε σχέση με τις γυναίκες. Μετανάστες των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων είναι πιθανότερο να αξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια ή κακή. Οι οριακές επιδράσεις που σχετίζονται με την ηλικιακή ομάδα 15-19 (την ομάδα που λειτούργησε ως σημείο αναφοράς) μειώνονταν καθώς η ηλικία αυξανόταν. Τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας (65+) είχαν 7,5% μικρότερη πιθανότητα να αναφέρουν καλή κατάσταση υγείας σε σχέση με τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 15-19. Ωστόσο, η περιοχή γέννησης δεν έχει σημαντική επίδραση στην κατάσταση υγείας πρόσφατων μεταναστών.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης έδειξαν ότι η κατάσταση υγείας ήταν σε σημαντικό βαθμό διαφορετική μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών. Σε σύγκριση με τους μετανάστες που ανήκαν στο πρόγραμμα οικογενειακής επανένωσης, οι ειδικευμένοι εργαζόμενοι-κύριοι αιτούντες είχαν 0,8% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώνουν καλύτερη υγεία, ενώ οι πρόσφυγες είχαν 1,6% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν κακή υγεία. Αυτό υποδεικνύει ότι η κατηγορία μετανάστευσης επηρεάζει την υγεία των πρόσφατων μεταναστών. Όσον αφορά τις μεταβλητές που αφορούν την αντίληψη για την ικανότητα στην επίσημη γλώσσα, η ικανότητα να μιλούν οι μετανάστες Αγγλικά έχει σημαντική και θετική επίδραση στην κατάσταση υγείας. Η άριστη γνώση των Αγγλικών συσχετίζεται με 2,5% μεγαλύτερη πιθανότητα αυτο-αξιολόγησης του αποκρινόμενου ως υγιής σε σχέση με έλλειψη γνώσης κάποιας επίσημης γλώσσας. Ωστόσο, η γνώση των Γαλλικών δεν είχε σημαντική επίδραση. Το επίπεδο της εκπαίδευσης κατά την άφιξη ήταν επίσης στατιστικά μη σημαντικό τα πρώτα χρόνια μετά την άφιξη.

Όσον αφορά τις μεταβλητές προσβασιμότητας στο Καναδικό σύστημα υγείας οι μετανάστες που είχαν προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ήταν πιθανότερο να αξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια ή κακή. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει το ρόλο που παίζει η ικανότητα του μετανάστη να αναγνωρίζει αποτελεσματικά και να προσεγγίζει τις υπηρεσίες υγείας (συμπεριλαμβανομένης και της προληπτικής φροντίδας) καθώς επίσης και τη θετική αντίληψη για την κατάσταση υγείας.

Το οικογενειακό εισόδημα φάνηκε να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία των πρόσφατων μεταναστών. Οι μετανάστες του χαμηλότερου τεταρτημορίου οικογενειακού εισοδήματος ήταν πιθανότερο να αναφέρουν κακή υγεία. Επιπλέον, και η κατάσταση απασχόλησης των αποκρινόμενων και των συντρόφων τους είχε σημαντική και θετική επίδραση στην υγεία των μεταναστών. Όσον αφορά τις μεταβλητές κοινωνικού κεφαλαίου, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα δίκτυα φίλιας έχουν σημαντική επίδραση στην αυτο-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας των αποκρινόμενων. Η συχνότητα επαφής με φίλους και η διαφορετικότητα στην εθνικότητα των φίλων είχε σημαντική και θετική επίδραση στην υγεία των μεταναστών.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, η συχνότητα επαφών με φίλους αύξησε την πιθανότητα να αναφερθεί καλή κατάσταση υγείας κατά 1,6%, ενώ η διαφορετικότητα στην εθνικότητα των φίλων κατά 1,3%. Αυτό υπονοεί δηλαδή ότι οι μετανάστες που έχουν φίλους πολλών διαφορετικών εθνικοτήτων και έχουν συχνή επαφή μαζί τους είναι πιθανότερο να δηλώσουν καλή κατάσταση υγείας. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκε σημαντική επίδραση από δίκτυα οικογένειας και συγγενών ή ομάδων και οργανώσεων στην κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών. Όταν στις παλινδρομήσεις που συμπεριλήφθηκαν οι δείκτες χρόνου επιβεβαιώθηκε το «Αποτέλεσμα του υγιή μετανάστη». Σε σύγκριση με την κατάσταση υγείας που δήλωσαν στο Κύμα 1, οι μετανάστες ήταν λιγότερο πιθανό να δηλώσουν καλή υγεία στο Κύμα 2 και 3 (κατά 3% και 4,5% λιγότερο, αντίστοιχα).

### **Αποτελέσματα Παλινδρόμησης των Δυναμικών Μοντέλων Διαστρωματικών Δεδομένων Logit**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, για το δυναμικό μοντέλο κρατήθηκαν σταθερές οι μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν την κατάσταση υγείας κατά την προηγούμενη περίοδο ώστε να εξεταστεί η εξάρτηση από την πολιτεία. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τις εκτιμήσεις των συντελεστών για όλους τους πρόσφατους μετανάστες με τη χρήση των δυναμικών μοντέλων διαστρωματικών δεδομένων. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι ο συντελεστής της μεταβλητής υγεία κατά την προηγούμενη περίοδο είναι στατιστικά σημαντικός και θετικός. Αυτό συνεπάγεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των παρατηρήσεων της προηγούμενης περιόδου και της πρόσφατης μη παρατηρηθείσας λανθάνουσας υγείας. Γενικά ένας πρόσφατος μετανάστης του οποίου η αυτο-αξιολόγηση ενός προηγούμενου κύματος ήταν τέλεια, πολύ καλή και καλή είχε περισσότερες πιθανότητες να είναι σε καλή κατάσταση υγείας στο παρόν κύμα. Για τις περιπτώσεις που η κατηγορία μεταναστών είχε διάδραση με την παρουσία συγγενών κατά την άφιξη, όπως φαίνεται στις δύο τελευταίες στήλες του Πίνακα 3, τα υπάρχοντα δίκτυα οικογένειας είχαν διαφορετική επίδραση σε μετανάστες διαφορετικής τάξης μεταναστών. Συγκεκριμένα, σε σύγκριση με τους μετανάστες ενταγμένων σε πρόγραμμα οικογενειακής επανένωσης (ομάδα που αποτελεί σημείο αναφοράς), οι υπάρχοντες οικογενειακοί δεσμοί κατά την άφιξη είχαν σημαντικά λιγότερο θετική επίδραση για μετανάστες που ήταν ειδικευμένοι εργάτες-κύριοι αιτούντες, καθώς και για άλλους μετανάστες (κυρίως επιχειρηματικής τάξης μετανάστες).

**Πίνακας 3. Δυναμικές Εκτιμήσεις της Πιθανότητας να είναι Υγιής ο Μετανάστης τα τέσσερα πρώτα έτη στον Καναδά**

Εξαρτημένη Μεταβλητή	Υγιής			
	Δυναμικό Μοντέλο		Δυναμικό Μοντέλο σε αλληλεπίδραση με την κατηγορία μετανάστη	
	Συντ.	ΤΣ	Συντ.	ΤΣ
<b>Ανεξάρτητες μεταβλητές</b>				
<b>Κατάσταση Υγείας κατά την τελευταία χρονική περίοδο</b>				
[Μη υγιής]				
Υγιής	1,836***	0,114	1,827***	0,114
<b>Κατηγορία Μετανάστη</b>				
[Αστική Οικογένεια]				
Ειδικευμένος Εργάτης Κύριος Αιτών	0,126	0,148	0,625***	0,291
Ειδικευμένος Εργάτης Σύντροφοι & Εξαρτώμενα μέλη	-0,111	0,128	0,252	0,277
Πρόσφυγες	-0,368***	0,137	-0,267	0,290
Άλλοι Μετανάστες	0,262	0,185	0,824**	0,326
<b>Φύλο</b>				
[Γυναίκα]				
Άνδρας	0,411***	0,093	0,404***	0,093
<b>Ηλικία</b>				
[15-19]				
20-34	-0,385	0,334	-0,388	0,334
35-44	-0,837**	0,342	-0,844**	0,342
45-64	-1,159***	0,346	-1,16***	0,345
65+	-1,226***	0,372	-1,241***	0,372
<b>Τόπος Γέννησης</b>				
[Β. Αμερική, Η.Β. και Δ.Ευρώπη]				
Ευρώπη εκτός Η.Β. και Δ. Ευρώπης	0,492*	0,280	0,466*	0,280
Ασία και Ειρηνικός	0,221	0,205	0,24	0,207
Αφρική και Μέση Ανατολή	0,132	134	0,129	0,135
Καραϊβική και Γουϊνέα, Νότια και Κεντρική Αμερική	0,056	0,117	0,064	0,117
<b>Προβλήματα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας</b>				
[Όχι]				
Ναι	0,867***	0,087	-0,868***	0,087
<b>Πόλη κατοικίας</b>				
[Άλλες πόλεις]				
Τορόντο	-0,112	0,110	-0,124	0,111
Μόντρεαλ	-0,414***	0,120	-0,43***	0,120
Βανκούβερ	0,22	0,170	0,187	0,171
Οπτάβα	-0,156	0,173	-0,164	0,174
Κάλγκαρι	0,313	0,245	0,33	0,246
<b>Γλωσσική Επάρκεια</b>				
[Καμμία]				
Αγγλικά	0,63***	0,101	0,642***	0,101
Γαλλικά	-0,034	0,155	-0,019	0,155
<b>Οικογενειακό Εισόδημα</b>				
[Εισοδηματικό τεταρτημόριο 0%-25%]				
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 25%-50%	0,265***	0,104	0,69**	0,104
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 50%-75%	0,328***	0,113	0,329***	0,113
Εισοδηματικό τεταρτημόριο 75%-100%	0,348***	0,122	0,345***	0,122
<b>Κατάσταση Απασχόλησης</b>				
[Απασχολούμενος]				
Άνεργος	0,335***	0,086	0,337***	0,086
<b>Κατάσταση Απασχόλησης Συντρόφου</b>				
[Χωρίς σύντροφο]				
Απασχολούμενος/η	0,206*	0,106	0,209**	0,106
Άνεργος/η	0,1	0,102	0,098	0,102
<b>Μορφωτικό επίπεδο κατά την άφιξη</b>				
[Λύκειο ή χαμηλότερο επίπεδο]				
Τεχνική εκπαίδευση ή Κολλέγιο ή μερική φοίτηση σε παν/μιο	-0,135	0,159	-0,152	0,158
Πανεπιστημιακός τίτλος	0,089	0,153	0,084	0,153
Μεταπτυχιακός τίτλος ή ανώτερος τίτλος	-0,092	0,114	-0,096	0,113

<b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>				
Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη	-0,184*	0,095	0,231	0,271
Συχνότητα επαφής με φίλους	0,584***	0,179	0,591***	0,179
Εθνική πολυμορφία φίλων	0,421**	0,170	0,427**	0,169
<b>Επίδραση χρόνου</b>				
[Κύμα2]				
Κύμα 3	-0,242***	0,091	-0,242***	0,091
ΕΕΚΑ*Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη			-0,662**	0,320
ΕΕΣΕ*Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη			-0,358	0,311
Πρόσφυγας*Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη			0,068	0,312
Άλλοι μετανάστες*Συγγενείς στον Καναδά κατά την άφιξη			-0,77*	0,404
<b>Σύνολο</b>	<b>0,494</b>	<b>0,416</b>	<b>0,113</b>	<b>0,485</b>
Αριθμός παρατηρήσεων	14937		14937	
Αριθμός ατόμων	7670		7670	

\*p=0,1 \*\*p=0,05 \*\*\*p=0,01

Στις παρενθέσεις βρίσκονται οι κατηγορίες αναφοράς.

## Συμπεράσματα

Χρησιμοποιώντας και τα τρία κύματα του LSIC, διερευνήσαμε τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών τόσο με περιγραφική ανάλυση όσο και με παλινδρομήσεις. Οι περιγραφικές αναλύσεις από την LSIC και CCHS παρέχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το «Αποτέλεσμα του Υγιή Μετανάστη» πραγματικά υπάρχει, κάτι που σημαίνει ότι η αυτο-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας των μεταναστών είναι καλύτερη από αυτή των ατόμων που γεννήθηκαν στον Καναδά, τουλάχιστον κατά τα τέσσερα πρώτα χρόνια μετά την άφιξή τους. Ωστόσο, τόσο τα περιγραφικά αποτελέσματα όσο και τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων υποδεικνύουν ότι το «Αποτέλεσμα του Υγιή Μετανάστη» εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου.

Ένα από τα σημαντικότερα ερωτήματα που το άρθρο αυτό επιχειρήσε να απαντήσει ήταν «υπάρχει διαφορά στην κατάσταση υγείας μεταξύ υπο-ομάδων πρόσφατων μεταναστών;» Τα ευρήματά μας προτείνουν ότι η απάντηση είναι θετική. Οι ειδικευμένοι εργάτες-κύριοι αιτούντες ήταν περισσότερο πιθανό να είναι σε τέλεια, πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας, ενώ οι πρόσφυγες ήταν πιθανότερο να αξιολογούν την υγεία τους ως μέτρια ή κακή.

Όσον αφορά τα ερωτήματα που σχετίζονται με την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία των μεταναστών φάνηκε από την έρευνα ότι υπάρχει σημαντική θετική επίδραση. Εξετάζοντας τις επιδράσεις μεταβλητών κοινωνικού κεφαλαίου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα δίκτυα φιλίας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία των πρόσφατων μεταναστών. Η πυκνότητα και η εθνική διαφορετικότητα στις φιλίες είχε σημαντική και θετική επίδραση στην αυτο-αξιολογούμενη κατάσταση υγείας. Όσον αφορά τους μετανάστες που ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα οικογενειακής επανένωσης, εκτός από τα δίκτυα φιλίας, τα δίκτυα ομάδων και οργανώσεων είχαν επίσης σημαντική και θετική επίδραση στην κατάσταση υγείας κατά τα πρώτα χρόνια μετά την άφιξη. Η ύπαρξη οικογενειακών δεσμών στον Καναδά κατά την άφιξη είχε σημαντικά μεγαλύτερη θετική επίδραση στην κατάσταση της υγείας των μεταναστών που ανήκαν σε πρόγραμμα οικογενειακής επανένωσης σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες μεταναστών.

Τα αποτελέσματα παλινδρόμησης των δυναμικών μοντέλων διαστρωματικών δεδομένων logit δείχνουν ότι η κατάσταση υγείας των πρόσφατων μεταναστών κατά την προηγούμενη περίοδο έχει στατιστικά σημαντικές και θετικές επιδράσεις στην παρούσα μη παρατηρηθείσα λανθάνουσα υγεία των πρόσφατων μεταναστών.

## Βιβλιογραφία

- Berkman, L. and T. Glass (2000), Social Integration, Social Networks, Social Support and Health, in *Social Epidemiology*, Eds .L. Berkman and I. Kawachi, New York: Oxford University Press.
- CIC (2008), Facts and Figures.
- Nederveen Pieterse, J. (2003), Social Capital and Migration, *Ethnicities*, 3(1), 29-58.
- Contoyannis, P. et al. (2004), The dynamics of health in the British Household Panel Survey, *Journal of Applied Econometrics*, 19: 473-503.
- Greene, William H. (2002), *Econometric Analysis*, Prentice-Hall Inc.
- Health Canada (2006), Building Social Capital: A Role for Public Health Policy? *Health Policy Research Bulletin*, Issue 2, September, 3-5.
- Hu, F., Goldberg, J., Hedeker, D., Flay, B. and M.A. Pentz (1998), Comparison of Population-Averaged and Subject-Specific Approaches for Analyzing Repeated Binary Outcomes, *Am. J Epidemiology*, 147(7) 694-703.
- Jones, Andrew (2007), *Applied Econometrics for Health Economists*, Radcliffe Publishing, Oxford.
- Kawachi, I., Kennedy, B., and R. Glass (1999), Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis, *Am. J. Public Health*, 89(8), 1187-1193.
- Kim, D., Subramanian S.V., and I. Kawachi (2008), Social Capital and Physical Health: A Systematic Review of the Literature, in *Social Capital and Health*, Eds. Kawachi, I., Subramanian, S., and D. Kim, New York: Springer.
- Liang, K., and S. Zeger (1986), Longitudinal Data Analysis Using Generalized Linear Models, *Biometrika*, 73, 13-22.
- Martel, Laurent and Caron-Malenfant, Éric (2007), Portrait of the Canadian Population in 2006: Findings, *Statistics Canada Working Paper No. 97-550-XWE2006001*.
- Melki, I., Beydoun, H., Tamim, H. and K. Yunis (2004), Household crowding index: a correlate of socioeconomic status and inter-pregnancy spacing in an urban setting, *J. Epid. Community Health*, 58, 476-480.
- Mohan G. and J. Mohan (2002), Placing Social Capital, *Progress of Human Geography*, 26(2), 191-210.
- Noh, S. and W. Avison (1996), Asian Immigrants and the Stress Process: A Study of Koreans in Canada, *J. Health & Social Behaviour*, 37(2), 192-206.
- PRI (2005), Measurement of Social Capital: Reference Document for Public Policy Research, Development, and Evaluation, Policy Research Initiative.
- Putnam, R. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Statistics Canada (2007), Longitudinal Survey of Immigrants to Canada, Wave 3 – Microdata User Guide.
- van Kemenade, Solange, Roy, Jean-Francois, and Louis Bouchard (2006), Social Networks and Vulnerable Populations: Findings from the GSS, *Health Policy Research Bulletin*, Issue 2, September, pp. 16-20.
- Woodrige, J. M. (2005), Simple Solutions to the Initial Conditions Problem in Dynamic, Nonlinear Panel Data Models with Unobserved Heterogeneity, CEMMAP Working Paper CWP18/02.
- Xue, Li (2008), Social Capital and Labour Market Outcomes of Recent Immigrants to Canada: Employment Entry, Wages and Duration of Access to the First Job in Intended Occupation, Ph.D. Dissertation, University of Ottawa.
- Zhao, Jun (2007), Socio-economic Determinants of Health and Health Care Utilization of Recent Immigrants in Canada, Prepared for the Citizenship and Immigration Canada.

## Αντιλήψεις Ιατρών και Ασθενών για τις Ιατρικές Υπηρεσίες στη Γερμανία: Μια Εμπειρική Μελέτη

Κονσταντζε Σόρενσεν & Ούρσουλα Γέσενφελντ, Πανεπιστήμιο του Λίνεμπουργκ, Γερμανία

Η προσπάθεια να αξιολογηθεί η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών και η σχετική απόδοση μιας χώρας σε αυτόν τον τομέα έχει πολλούς περιορισμούς. Μια πρόσφατη διεθνής σύγκριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιεί πέντε διαστάσεις: πρόσβαση, ποιοτική περίθαλψη, αποδοτικότητα, δικαιοσύνη και υγιείς πολίτες (Davis et al. 2007). Η λειτουργικότητα αυτών των διαστάσεων μπορεί να ποικίλει σε μεγάλο βαθμό (Frank & McGuire 1986, Davis et al. 2007, Lungen et al. 2008, Zuvekas & Taliaferro 2003), όπως για παράδειγμα η «πρόσβαση» είναι μια πολυδιάστατη μεταβλητή που περιέχει διαφορετικές πτυχές όπως:

- ❖ σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. απουσία καθολικής κάλυψης),
- ❖ προσιτότητα, σε οικονομικούς όρους,
- ❖ έγκαιρη παροχή και
- ❖ ποιότητα και προσαρμογή των ασθενών.

Στην έκθεση των Davis et al. (2007) η Γερμανία ταξινομήθηκε πρώτη σε θέματα «πρόσβασης» με τις μικρές λίστες αναμονής να έχουν βασικό ρόλο. Απ' την άλλη οι Lungen et al. (2008) άσκησαν κριτική για τις μεγάλες λίστες των ασφαλισμένων του δημοσίου για ραντεβού με ειδικούς γιατρούς στη Γερμανία, σε σχέση με τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση. Κατά συνέπεια, μπορεί να θεωρηθεί ότι η ασφάλιση (δημόσια έναντι ιδιωτική) και οι τρόποι αποζημίωσης των ασθενών (παροχές σε είδος έναντι επιστροφή της δαπάνης) επηρεάζουν τις λίστες αναμονής.

Ένας σημαντικός στόχος των συστημάτων υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Ωστόσο, η ποιότητα υπηρεσιών αποτελεί μια αόριστη και δυσδιάκριτη μεταβλητή (Parasuraman et al. 1985) κι έτσι η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών αναφέρεται σε όλες τις ιδιότητες, οι οποίες είναι σχετικές με την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Διακρίνονται τρεις διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών: ποιότητα δομών, διαδικασίας και αποτελέσματος (Donabedian 1980, Hilke 1989). Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι διαδικασίες (παροχή και χρήση υπηρεσιών) που απαιτούν έναν συνδυασμό παραγόντων και η έκβαση των υπηρεσιών αυτών έχει επίδραση στον καταναλωτή. Η δομή παρέχει τη δυνατότητα μιας ιατρικής υπηρεσίας η οποία περιλαμβάνει την χειρουργική επέμβαση του γιατρού και τον εξοπλισμό της, καθώς επίσης και τα προσόντα του γιατρού. Η διαδικασία της παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνει τη συζήτηση, τη διάγνωση και τη σύσταση μιας θεραπείας. Το αποτέλεσμα των υπηρεσιών αναφέρεται στον αντίκτυπο της φροντίδας στην κατάσταση της υγείας. Αυτό είναι δύσκολο να μετρηθεί δεδομένου ότι υπάρχουν εξωτερικές επιρροές (π.χ. συμμόρφωση του ασθενή, γενετική προδιάθεση) που έχουν επιπτώσεις στα αποτελέσματα της θεραπείας. Οι ιατρικές υπηρεσίες μπορούν να περιγραφούν με βάση τα χαρακτηριστικά της έρευνας, της εμπειρίας και της αξιοπιστίας (Nelson 1970, Darby & Karni 1975). Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό, εξ αιτίας της φύσης και της έκτασης των ασύμμετρων πληροφοριών στη σχέση μεταξύ των ιατρών και των ασθενών. Για παράδειγμα, το κλίμα σε μια χειρουργική επέμβαση επηρεάζεται από την ύπαρξη προσωπικού και η ικανοποιητική

διαμονή στο χώρο του νοσοκομείου αποτελεί συνεχώς ζητούμενο, αλλά και μια υποχρεωτική παρεχόμενη υπηρεσία. Οι ιδιότητες εμπειρίας και αξιοπιστίας εξελίσσονται από τις θετικές εμπειρίες και από την καλή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών. Όμως, ο ασθενής δεν μπορεί να αξιολογήσει πλήρως τη μακροπρόθεσμη επίδραση της θεραπείας λόγω της ανεπαρκούς πείρας.

Οι σημερινές συζητήσεις του γερμανικού συστήματος υγείας επικεντρώνονται γύρω από θέματα χρηματοδότησης, όπως το ζήτημα της «ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών» και το «κατ' αποκοπή ασφάλιστρο υγείας», γύρω από θέματα πληρωμών, όπως παροχές σε είδος έναντι επιστροφής δαπάνης ή ατομικές τιμολογήσεις. Ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη αποσκοπεί στην ευημερία των ασθενών και έτσι η αξιολόγηση των αντιλήψεων από τους ασθενείς θεωρείται πολύ σημαντική. Επίσης, η περιπατητική περίθαλψη επηρεάζεται αρκετά από τη συμμετοχή των φορέων παροχής υπηρεσιών.

Σε αυτό το άρθρο αναλύουμε (1) τις αντιλήψεις και τις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά την περιπατητική περίθαλψη και (2) την ικανοποίηση των γιατρών από την εργασία καθώς και την αξιολόγησή τους για τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη.

### **Οργάνωση της Υγειονομικής Περίθαλψης στη Γερμανία**

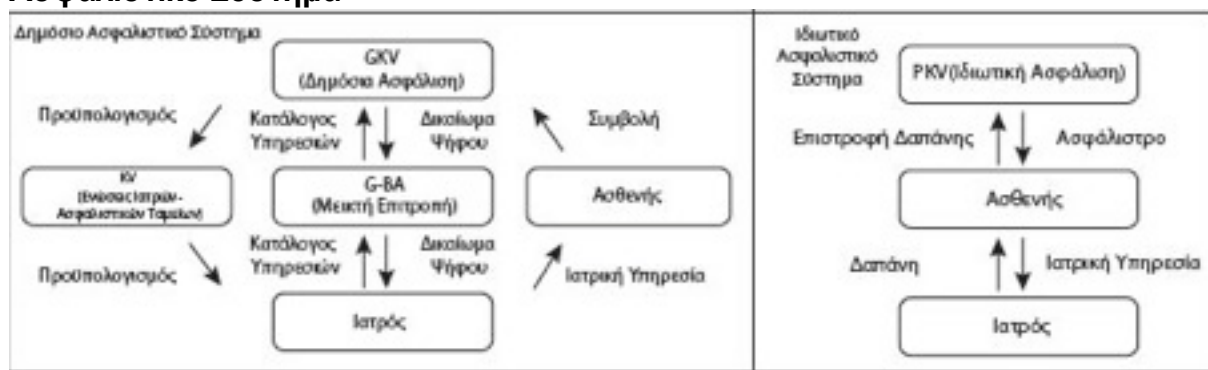
Στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται συλλογικά. Αυτό γίνεται είτε μέσω των συνεισφορών σε ένα δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα είτε μέσω της φορολογίας. Το γερμανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών ασφαλείων. Πάνω από το 90% των Γερμανών είναι μέλη της δημόσιας ασφάλισης για την υγεία (Gesetzliche Krankenversicherungen, GKV). Μέχρι το εισόδημα των 3.975 ευρώ το μήνα οι πολίτες πρέπει να ενταχθούν σε έναν από τους περίπου 200 δημόσιους οργανισμούς ασφάλισης. Οι συνεισφορές σχετίζονται με το εισόδημα (πληρώνονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες) και το φάσμα των υπηρεσιών καθορίζεται από τον κατάλογο των υπηρεσιών που διαμορφώνεται από την Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή<sup>6</sup>. Οι ασθενείς δεν πληρώνουν άμεσα για τις υπηρεσίες που βρίσκονται στον κατάλογο των υπηρεσιών. Ωστόσο, οι δαπάνες των φορέων παροχής υπηρεσιών επιστρέφονται από τη δημόσια ασφάλιση GKV (αρχή των παροχών σε είδος). Υπάρχει ένα καθορισμένο πακέτο παροχών το οποίο καλύπτει την ιατρική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων στους ειδικούς γιατρούς και της οδοντιατρικής φροντίδας. Η συμβολή στις πληρωμές για τα φαρμακευτικά είδη και τις ιατρικές πράξεις είναι συγκριτικά χαμηλή. Εντούτοις, ο περιορισμός του καταλόγου των υπηρεσιών και των παροχών σε είδος οδηγούν τους ασθενείς να είναι όλο και λιγότερο ενημερωμένοι για τις πιθανές θεραπείες και τις δαπάνες τους. Το υπόλοιπο 10% των Γερμανών έχουν ιδιωτικές ασφάλειες (Private Krankenversicherungen, PKV). Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζουν τις ιατρικές υπηρεσίες που βασίζονται σε ιδιωτικά συμβόλαια, ενώ τα ασφάλιστρά τους εξαρτώνται από τη ζητούμενη κάλυψη, καθώς και τον κίνδυνο που αναλογεί στο κάθε άτομο (ανάλογα την ηλικία, το φύλο και το ιατρικό ιστορικό). Πρέπει να πληρώσουν άμεσα για τα φάρμακα και τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και κατόπιν έχουν δικαίωμα σε (πλήρη ή μερική) αποζημίωση των ιατρικών εξόδων. Στην πράξη, οι

<sup>6</sup> Η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή διαμορφώνεται από ιατρικά αυτοδιοικούμενα όργανα (αποτελείται από τις εθνικές ενώσεις των γιατρών και των οδοντιάτρων, τη Γερμανική Νοσοκομειακή Ομοσπονδία και τις Ομοσπονδιακές Ενώσεις των ταμείων υγειονομικής ασφάλισης).

ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα συνήθως ενημερώνονται για διάφορες ιατρικές θεραπείες, ενώ οι ασφαλισμένοι στο δημόσιο ενημερώνονται απλώς για το φάρμακο και τις θεραπείες που περιλαμβάνονται στον κατάλογο των υπηρεσιών. Εξ αιτίας της αρχής «παροχές σε είδος» τα μέλη του δημοσίου στερούνται τις πληροφορίες για τις εναλλακτικές λύσεις υπηρεσιών και τα αντίστοιχα κόστη αυτών.

Η σχέση μεταξύ των άμεσων ενδιαφερομένων μερών των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει την αντίληψη και την αξιολόγηση των ασθενών για τους οργανισμούς υγείας (ασφαλιστικά ταμεία και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες). Όσο πιο καλές είναι οι σχέσεις, βάσει συμβολαίων και συμβάσεων παροχής υπηρεσιών, μεταξύ των ταμείων φορολογικών εσόδων του κράτους και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας τόσο πιο ισχυρή είναι η επιρροή τους στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Sauerland 2005).

### Διάγραμμα 1. Σχέσεις μεταξύ των Ενδιαφερόμενων Μερών: Δημόσιο και Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Σύστημα



Στο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα (GKV), τα ασφαλιστικά ταμεία, οι γιατροί, οι Ενώσεις Ιατρών Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας (Kassenärztliche Vereinigungen, KV), η μικτή επιτροπή (G-BA) και οι ασθενείς είναι τα ενδιαφερόμενα μέρη. Ο κατάλογος με τις παροχές και τις αμοιβές των ιατρών, για παράδειγμα, σχεδιάζονται και αναθεωρούνται από τους συμμετέχοντες της Μικτής Επιτροπής (G-BA) με το δικαίωμα ψήφου που κατέχει. Από το 2004 δόθηκε στους συλλόγους ασθενών το δικαίωμα να υποβάλουν αιτήσεις και να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις της Μικτής Επιτροπής (G-BA). Στο ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα PKV, οι ασθενείς είναι άμεσα συμβαλλόμενα μέλη των γιατρών. Σε σύγκριση με το ιδιωτικό σύστημα, το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα GKV είναι πολύ καλά ρυθμισμένο.

### Μέθοδος

Σε γραπτή έρευνα εξετάσαμε την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα ασφαλιστικά τους ταμεία καθώς και το πώς αντιλαμβάνονται τα νέα τιμολόγια. Χρησιμοποιήσαμε την τεχνική των δηλωμένων προτιμήσεων (SP) όπου οι ερωτηθέντες εξέφρασαν την προτίμησή τους σε υποθετικά σενάρια. Αν και αυτή η τεχνική SP δεν απεικονίζει την πραγματική συμπεριφορά, συγκεντρώσαμε πληροφορίες σχετικές με τις στάσεις και τις προτιμήσεις που δεν θα μπορούσαν να ληφθούν με άλλο τρόπο.

Το σχέδιο της μελέτης είναι βασισμένο σε διερευνητική διατμηματική μελέτη. Οι ασθενείς στα δωμάτια αναμονής ρωτήθηκαν σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 35 ερωτήσεις και χωρίζονταν σε διαφορετικά τμήματα: γενικές πληροφορίες σχετικά με τον ερωτηθέντα, προτιμήσεις όσον αφορά την περιπατητική φροντίδα, προσφορά υπηρεσιών και διαδικασίες πληρωμής και

τέλος, καινοτομίες και μεταρρυθμίσεις. Τα στοιχεία αξιολογήθηκαν σε μια κλίμακα Λίκερτ (Likert scale) από 1 (διαφωνώ πλήρως) σε 7 (συμφωνώ απόλυτα).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2007. Σε 116 χειρουργικές επεμβάσεις τα ερωτηματολόγια διατέθηκαν στο δωμάτιο αναμονής. Συνολικά, επιστράφηκαν 1.604 ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια.

Μια δεύτερη έρευνα αξιολόγησε τις στάσεις και αντιλήψεις των γιατρών. Οι 90 γιατροί κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: ιατροί γενικής ιατρικής (Hausarzt, HA), ιατροί ειδικοτήτων (Facharzt, FA) και οδοντίατροι (Zahnarzt/Kieferorthopäde, Z/K). Η έρευνα περιελάμβανε έντεκα τμήματα και επικεντρωνόταν στην ικανοποίηση εργασίας των ιατρών, στους παράγοντες που προκαλούν τα προβλήματα του γερμανικού συστήματος υγείας και στις καινοτομίες.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την απασχόληση, την κατάσταση της υγείας τους και την ασφάλισή τους κάλυψη. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 12.0 των Windows. Εφαρμόστηκε το στατιστικό t-test ώστε να αξιολογήσει τις διαφορές μεταξύ των ασθενών με διαφορετικές ασφάλειες υγείας (δημόσια ή ιδιωτική) και το Kruskal-Wallis-test ώστε να αναλύσει τις διαφορές μεταξύ των ομάδων των ιατρών. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 95% (δηλ. αξία τιμής  $p = 0,05$ ).

## Αποτελέσματα

Αρχικά, περιγράφουμε τα αποτελέσματα της έρευνας σε ασθενείς, όπου τους διακρίνουμε μεταξύ των υποχρεωτικά ασφαλισμένων και των ασφαλισμένων στον ιδιωτικό τομέα. Στη συνέχεια, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας των γιατρών.

### Αντιλήψεις των Ασθενών

Το 90,4% των ερωτηθέντων έχουν Δημόσια Ασφάλιση GKV (υποχρεωτική, προαιρετική ή συνασφάλιση) και το 9,6 % έχουν ιδιωτική ασφάλιση.

Όσον αφορά την αντίληψη της ποιότητας των δομών των υπηρεσιών, οι ασθενείς αξιολόγησαν μεταξύ των άλλων (1) τις ώρες των ιατρικών συμβουλίων, το χρόνο αναμονής, την υγιεινή, το περιβάλλον και την οργάνωση του ιατρείου, (2) την ευγένεια, τη φροντίδα, την εξυπηρέτηση και ικανότητα του προσωπικού, καθώς επίσης και (3) την ειλικρίνεια, ακρίβεια, και υπομονή του ιατρού. Συνολικά, 19 μεταβλητές αξιολογήθηκαν σε μια κλίμακα Likert από 1 (πολύ κακός) μέχρι 7 (πολύ καλός) με το μέσο όρο να κυμαίνεται από 5,41 (για την μεταβλητή: χρόνος αναμονής) έως 6,37 (για την μεταβλητή: επαγγελματική ικανότητα των γιατρών). Ο δείκτης **Cronbach  $\alpha$**  (alpha) μέτρησε την αξιοπιστία της κλίμακας «ποιότητα των δομών των υπηρεσιών» με 19 στοιχεία να είναι 0,972. Οι ασθενείς της έρευνας αξιολόγησαν την ίδια κλίμακα κυρίως ως καλή ή πολύ καλή. Σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με δημόσια (GKV) ή ιδιωτική (PKV) ασφάλιση δεν παρατηρήθηκε.

Σχετικά με την αντίληψη για την ποιότητα των διαδικασιών των υπηρεσιών, 18 ερωτήσεις υποβλήθηκαν στους ασθενείς σχετικά με το διάλογο μεταξύ του ασθενή και του ιατρού. Για άλλη μια φορά, οι διαφορές των μέσων μεταξύ των ασθενών με δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση δεν ήταν σημαντικές. Όλοι οι μέσοι ήταν πάνω από 4,5 και 15 από τους 18 μέσους όρους ήταν πάνω από 6,0. Ο δείκτης **Cronbach  $\alpha$**  (alpha) μέτρησε την αξιοπιστία της κλίμακας «ποιότητας των διαδικασιών των υπηρεσιών» με 18 στοιχεία να είναι 0,835.

Εξ αιτίας της υψηλής συνάφειας των εξωτερικών επιρροών στην επιτυχία των θεραπειών, δεν ζητήσαμε άμεσα την αξιολόγηση σχετικά με το αποτέλεσμα της

υγείας, αλλά αξιολογήσαμε το εάν έγινε κάποιο παράπονο ή ήταν προγραμματισμένο να γίνει. Από τις απαντήσεις προέκυψε ότι το 95,1% των ασθενών δεν είχε δηλώσει «κανένα παράπονο» και συνεπώς, δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των παραπόνων και της κατάστασης της ασφάλισης (δημόσια ή ιδιωτική).

Διαφορές μεταξύ των ασθενών δημόσιας (GKV) και ιδιωτικής (PKV) ασφάλισης βρέθηκαν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών των ασφαλειών υγείας και στις στάσεις των αποκρινόμενων για τις νέες τιμολογήσεις.

Οι ασθενείς της έρευνας κλήθηκαν να δείξουν το επίπεδο έγκρισής τους στην ποιότητα που προσφέρουν οι υπηρεσίες σε μια κλίμακα από 1 (διαφωνώ πλήρως) μέχρι το 7 (συμφωνώ απόλυτα).

### Πίνακας 1. Αξιολόγηση των Υπηρεσιών που Προσφέρουν οι Ασφαλιστικές

	Είδος Ασφάλισης	Αριθμός Παρατηρήσεων	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Η εισφορά που πληρώνω είναι αρκετή	GKV(Δημόσια)	1212	4,13	1,909
	PKV(Ιδιωτική)	120	4,54	1,801
<b>Οι υπηρεσίες του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετές*</b>	GKV(Δημόσια)	1234	<b>4,26</b>	1,800
	PKV(Ιδιωτική)	123	<b>5,29</b>	1,447
Ο δημόσιος κατάλογος υπηρεσιών καλύπτει όλες τις απαραίτητες θεραπείες	GKV(Δημόσια)	1212	3,54	2,006
	PKV(Ιδιωτική)	95	3,40	2,096
Ο δημόσιος κατάλογος υπηρεσιών θα πρέπει να επεκταθεί, ακόμα κι αν πρέπει να πληρώσω υψηλότερα ασφάλιστρα	GKV(Δημόσια)	1198	4,08	2,025
	PKV(Ιδιωτική)	91	3,76	2,024
<b>Ο δημόσιος κατάλογος υπηρεσιών θα πρέπει να μειωθεί και ο καθένας μας θα πρέπει να είναι υπεύθυνος για την προσωπική του ασφαλιστική κάλυψη*</b>	GKV(Δημόσια)	1198	<b>2,30</b>	1,868
	PKV(Ιδιωτική)	98	<b>3,13</b>	2,109

\* Στατιστικά σημαντικό, t-test.

Κατά μέσον όρο, οι ερωτηθέντες αξιολόγησαν τις προσφερόμενες υπηρεσίες των ασφαλιστικών οργανισμών αρκετά χαμηλότερες από τις υπηρεσίες των ιατρών. Οι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα ασθενείς εκτίμησαν υψηλότερα την επάρκεια της υπηρεσίας που λαμβάνουν από την ασφάλειά τους. Όσον αφορά την επάρκεια του δημόσιου συστήματος, οι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα είναι πολύ πιθανότερο να ψηφίσουν για μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και περισσότερη ατομική ευθύνη στους ασφαλισμένους. Ωστόσο, ενώ οι διαφορές μεταξύ του είδους ασφάλισης ήταν σημαντικές, οι μέσες εκτιμήσεις ήταν αρκετά χαμηλές (2,30 για τους ασθενείς ασφαλισμένους στο δημόσιο και 3,13 για τους ασθενείς με ιδιωτικές ασφάλειες).

Όσον αφορά τις δαπάνες θεραπείας, οι ασφαλισμένοι ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα ήταν κατά μέσον όρο περισσότερο ενημερωμένοι. Σε μια κλίμακα από το 1 (πολύ ανεπαρκώς ενημερωμένος για τις δαπάνες θεραπείας), 7 (πολύ καλά ενημερωμένος για τις δαπάνες θεραπείας) η μέση εκτίμηση των ασφαλισμένων στον ιδιωτικό τομέα ήταν 5,26 ενώ η μέση εκτίμηση των ασφαλισμένων του δημοσίου ήταν 4,50. Αυτό δεν είναι κάτι το περίεργο επειδή οι ασθενείς με ιδιωτικές ασφάλειες λαμβάνουν έναν λογαριασμό εξ αιτίας της επιστροφής δαπανών και είναι πιθανότερο να ενημερωθούν για εναλλακτικές λύσεις θεραπείας.

**Πίνακας 2. Στάσεις και Συμπεριφορές για τις Νέες Τιμολογήσεις**

	Είδος Ασφάλισης	Κατηγορία Ιατρών	Αριθμός Απαντήσεων	Μέσος Όρος	Τυπικό Σφάλμα
Αφαιρετέο Ποσό (μείωση του ποσοστού εισφοράς μέσω της συμπληρωμής)	GKV(Δημόσια)	Ιατροί γενικής ιατρικής	259	3,35	1,989
		Οδοντίατροι	187	3,57	1,883
		Ιατροί ειδικότητας	198	3,37	1,992
		<b>Σύνολο</b>	644	3,42	1,959
	PKV(Ιδιωτική)	Ιατροί γενικής ιατρικής	12	4,67	2,103
		Οδοντίατροι	36	5,31	1,704
		Ιατροί ειδικότητας	21	4,81	2,136
		<b>Σύνολο</b>	69	5,04	1,905
Σύστημα Επιβράβευσης (συλλογή πόντων επιβράβευσης μέσω της κατανόησης της σημασίας της υγείας)*	GKV(Δημόσια)	Ιατροί γενικής ιατρικής	341	4,86	2,068
		Οδοντίατροι	265	5,24	1,938
		Ιατροί ειδικότητας	255	5,13	2,038
		<b>Σύνολο</b>	861	<b>5,06</b>	2,025
	PKV(Ιδιωτική)	Ιατροί γενικής ιατρικής	15	6,00	1,195
		Οδοντίατροι	32	5,72	1,651
		Ιατροί ειδικότητας	23	4,83	2,269
		<b>Σύνολο</b>	70	<b>5,49</b>	1,840
Σύστημα Ανταπόδοσης (επιστροφή του ασφαλιστρού εάν καμία υπηρεσία δεν ζητήθηκε μέσα στο έτος ασφάλισης)	GKV(Δημόσια)	Ιατροί γενικής ιατρικής	301	4,94	2,261
		Οδοντίατροι	230	4,91	2,178
		Ιατροί ειδικότητας	228	4,94	2,221
		<b>Σύνολο</b>	759	4,93	2,221
	PKV(Ιδιωτική)	Ιατροί γενικής ιατρικής	19	4,68	2,212
		Οδοντίατροι	37	5,38	1,831
		Ιατροί ειδικότητας	26	4,73	2,255
		<b>Σύνολο</b>	82	5,01	2,064
Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ο ασθενής συμβουλευεται τους ειδικούς ιατρούς μόνο μέσω παραπομπών των οικογενειακών γιατρών)*	GKV(Δημόσια)	Ιατροί γενικής ιατρικής	383	4,81	2,294
		Οδοντίατροι	280	3,94	2,392
		Ιατροί ειδικότητας	297	4,28	2,414
		<b>Σύνολο</b>	960	<b>4,39</b>	2,386
	PKV(Ιδιωτική)	Ιατροί γενικής ιατρικής	17	3,82	2,270
		Οδοντίατροι	30	2,17	1,913
		Ιατροί ειδικότητας	24	3,08	2,185
		<b>Σύνολο</b>	71	<b>2,87</b>	2,171

\* Στατιστικά σημαντικό, t-test.

Οι νέες διαδικασίες και δομές στο γερμανικό σύστημα υγείας είναι υπό εξέλιξη. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών συστάθηκαν η Μικτή Επιτροπή και ο Οργανισμός για την Ποιότητα και την Αποδοτικότητα στην Υγειονομική Περίθαλψη (IQWiG), μια ηλεκτρονική κάρτα υγειονομικής περίθαλψης εξετάστηκε και εφαρμόστηκαν οι επιμέρους τιμολογήσεις.

Οι ασφαλισμένοι του δημοσίου εκτίμησαν την επιλογή του αφαιρετέου ποσού κατά μέσον όρο χαμηλότερα από τους ασθενείς με ιδιωτικές ασφάλειες (κλίμακα από 1 (πολύ αρνητικά) σε 7 (πολύ θετικά)). Οι ασθενείς με ιδιωτικές ασφάλειες εκτίμησαν το Σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά μέσον όρο χαμηλότερα από τους ασθενείς του δημοσίου. Και στις δύο περιπτώσεις, η χαμηλότερη εκτίμηση εμφανίζεται στην ομάδα για την οποία η τιμολόγηση ήταν ασυνήθιστη μέχρι τώρα.

Αξιοσημείωτη είναι η έλλειψη γνώσης για τις νέες τιμολογήσεις: το 13% απάντησε ότι δεν γνωρίζει για την τιμολόγηση του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και το

29% απάντησε ότι δεν γνωρίζει για το αφαιρετέο ποσό. Σίγουρα, οι αντιλήψεις μπορούν να αλλάξουν με την απόκτηση περισσότερης εμπειρίας με τις νέες τιμολογήσεις.

Η μέση εκτίμηση για την ερώτηση εάν οι ασθενείς ακολουθούν τις αναφορές των μεταρρυθμίσεων υγειονομικής περίθαλψης (1=ποτέ, 7=πολύ εντατικά) ήταν 4,88 (ΤΣ: 1,59, N=1.468) και για την ερώτηση, εάν οι βασικές αλλαγές της πιο πρόσφατης μεταρρύθμισης είναι γνωστές (1=καθόλου 7=πάρα πολύ) ήταν 4,18 (ΤΣ: 1,55, N=1.446). Το 43,2% αντιλήφθηκε ως αρνητικές τις συνέπειες της μεταρρύθμισης, 2,7% ως θετικές και το 28,7% δεν παρατήρησε καμία διαφορά (24,5 % επέλεξε «δεν γνωρίζω»).

### Αντιλήψεις Ιατρών

Λάβαμε 90 ερωτηματολόγια από τους γιατρούς εκ των οποίων τα 87 ήταν ολοκληρωμένα και χρησιμοποιήθηκαν. Από τους ερωτηθέντες οι 27 ήταν ιατροί γενικής ιατρικής, 33 οδοντίατροι και 27 ιατροί ειδικότητας.

Ζητήθηκε από τους ιατρούς να αξιολογήσουν την κατάσταση εργασίας τους (κλίμακα από το 1 (διαφωνώ πλήρως) σε 7 (συμφωνώ απόλυτα)). Οι μέσες εκτιμήσεις ήταν μεταξύ 3,41 («θα επέλεγα σήμερα τη Γερμανία για να ασκήσω το επάγγελμα μου») και 4,57 («θα ξαναεπέλεγα σήμερα το ιατρικό επάγγελμα»).

Στην ανάλυση παρουσιάζεται μια σημαντική διαφορά μεταξύ των ιατρικών ομάδων όσον αφορά τη μεταβλητή «ικανοποίηση με το ιατρικό επάγγελμα» (Kruskal-Wallis test): οι οδοντίατροι είναι κατά μέσον όρο περισσότερο ικανοποιημένοι.

Οι μέσες εκτιμήσεις των γιατρών για τις μεταβλητές αυτές είναι χαμηλότερες από τις εκτιμήσεις της ικανοποίησης των ασθενών. Ο ιατροί της γενικής ιατρικής παρουσίασαν κατά μέσον όρο το χαμηλότερο ποσοστό - εκτός από μια μεταβλητή. Ο **Cronbach α** για την κλίμακα «επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών» είναι 0,972. Έτσι, σύμφωνα με την έρευνά μας, το ιατρικό επάγγελμα δεν είναι πολύ ικανοποιημένο με την κατάσταση εργασίας τους.

Οι γιατροί αξιολόγησαν ως κακές τόσο την πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση όσο και ορισμένες επιμέρους πτυχές της (1=πολύ κακή, 7=πολύ καλή), με τις μέσες εκτιμήσεις να κυμαίνονται μεταξύ 1,95 (κίνητρα για τους ιατρούς) και 2,80 (Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας). Το τελευταίο δεν εκτιμήθηκε υψηλότερα ακόμη και από τους ιατρούς της γενικής ιατρικής.

### Συζήτηση

Σύμφωνα με την έρευνα, οι ασφαλισμένοι ασθενείς στο δημόσιο και οι ασθενείς με ιδιωτικές ασφάλειες είναι κατά μέσον όρο πολύ ικανοποιημένοι με τις ιατρικές υπηρεσίες των ιατρών τους. Αντιθέτως, οι ιατροί γενικής ιατρικής, οι οδοντίατροι και οι ιατροί ειδικότητας είναι δυσαρεστημένοι με την κατάστασή τους.

Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασφαλισμένων στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα όσον αφορά την αξιολόγηση των ιατρικών υπηρεσιών. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές (Lungen et al. 2008, Zok 2007) ανέλυσαν την πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες και πιο συγκεκριμένα την κατανομή των ραντεβού και ανακάλυψαν ότι οι ασθενείς του δημοσίου για ένα ραντεβού πρέπει να περιμένουν τρεις φορές περισσότερο από τους ασθενείς του ιδιωτικού τομέα. Η έρευνά μας δεν αξιολόγησε τον πραγματικό χρόνο αναμονής, αλλά εξέτασε την προσωπική αντίληψη για την ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών.

**Πίνακας 3. Αντιλήψεις Ιατρών για την Εργασιακή Ικανοποίηση**

	Κατηγορία Ιατρών	Αριθμός Παρατηρήσεων	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ταξινόμηση <sup>α</sup> (Σημαντ.)
Είμαι ικανοποιημένος με το ιατρικό επάγγελμα*	Ιατροί γενικής ιατρικής	26	3,62	1,602	33,90
	Οδοντίατροι	33	4,64	1,578	49,76
	Ιατροί ειδικότητας	26	4,31	1,692	43,52
	<b>Σύνολο</b>	<b>85</b>	<b>4,22</b>	<b>1,657</b>	<b>(044)</b>
Θα ξαναεπέλεγα το ιατρικό επάγγελμα	Ιατροί γενικής ιατρικής	27	4,67	2,320	46,85
	Οδοντίατροι	33	4,58	1,786	42,62
	Ιατροί ειδικότητας	27	4,48	2,119	42,83
	<b>Σύνολο</b>	<b>87</b>	<b>4,57</b>	<b>2,044</b>	<b>(772)</b>
Είμαι ευχαριστημένος με τις οικονομικές απολαβές από το επάγγελμά μου	Ιατροί γενικής ιατρικής	27	3,11	1,450	36,81
	Οδοντίατροι	33	4,12	1,431	51,97
	Ιατροί ειδικότητας	27	3,52	2,101	41,44
	<b>Σύνολο</b>	<b>87</b>	<b>3,62</b>	<b>1,707</b>	<b>(052)</b>
Θα επέλεγα τη Γερμανία για να ασκήσω το επάγγελμά μου	Ιατροί γενικής ιατρικής	27	3,19	2,202	40,35
	Οδοντίατροι	33	3,45	1,970	45,08
	Ιατροί ειδικότητας	27	3,59	2,080	46,33
	<b>Σύνολο</b>	<b>87</b>	<b>3,41</b>	<b>2,060</b>	<b>(644)</b>
Είμαι ευχαριστημένος με το ποσοστό του ελεύθερου χρόνου μου	Ιατροί γενικής ιατρικής	26	3,00	1,766	34,96
	Οδοντίατροι	33	3,82	1,811	46,83
	Ιατροί ειδικότητας	27	3,85	1,725	47,65
	<b>Σύνολο</b>	<b>86</b>	<b>3,58</b>	<b>1,792</b>	<b>(106)</b>
Είμαι ευχαριστημένος με το ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών	Ιατροί γενικής ιατρικής	26	3,04	1,843	36,06
	Οδοντίατροι	32	3,78	1,289	48,95
	Ιατροί ειδικότητας	27	3,48	1,868	42,63
	<b>Σύνολο</b>	<b>85</b>	<b>3,46</b>	<b>1,673</b>	<b>(132)</b>
Νιώθω θύμα της υγειονομικής μεταρρύθμισης του 2007	Ιατροί γενικής ιατρικής	27	3,78	2,190	40,72
	Οδοντίατροι	33	4,09	1,646	45,61
	Ιατροί ειδικότητας	27	4,11	2,207	45,31
	<b>Σύνολο</b>	<b>87</b>	<b>4,00</b>	<b>1,988</b>	<b>(712)</b>

Σημειώσεις: \*στατιστικά σημαντικό, τεστ Kruskal-Wallis.  
 α: τεστ Kruskal-Wallis, ασυμπτωτικό.  
 Σημαντικότητα: Chi-square, 2 βαθμούς ελευθερίας.

Οι Lauterbach (2007) και Jacobs (2006) κρίνουν το ιατρικό σύστημα των δύο κατηγοριών στη Γερμανία, ενώ άλλοι απαιτούν το άνοιγμα των ιδιωτικών ασφαλειών για ολόκληρο το γερμανικό πληθυσμό (Thomae 2005). Ωστόσο, στην έρευνά μας, οι διαστάσεις της δομής, διαδικασίας και έκβασης των ιατρικών υπηρεσιών εκτιμήθηκαν ως «καλές» ή «πολύ καλές», ανεξάρτητα από το είδος της ασφάλισης. Πιθανές εξηγήσεις που δίνονται είναι ότι ο χρόνος αναμονής παίζει δευτερεύοντα ρόλο στην αντίληψη για την περιπατητική περίθαλψη ή ότι οι ασθενείς δεν ενημερώνονται για τις διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αυτό θα σήμαινε ότι οι ασθενείς που δεν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες για τις εναλλακτικές ιατρικές υπηρεσίες εκτός από τον κατάλογο υπηρεσιών είναι - εξ αιτίας της άγνοιας - μάλλον ικανοποιημένοι.

Η έρευνα παρουσιάζει τη δυσαρέσκεια των ιατρών σχετικά με τη κατάσταση εργασίας τους, τις βασικές συνθήκες της υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση. Η διαδικασία ανάπτυξης του γερμανικού συστήματος υγείας γίνεται με μικρά βήματα.

Τα στοιχεία της έρευνας είναι διερευνητικής φύσης και όχι αντιπροσωπευτικά, αλλά απεικονίζουν τις πρόσφατες αντιλήψεις για τις βασικές συνθήκες και τις αλλαγές.

Στα επόμενα χρόνια θα χρειαστεί μια επανεκτίμηση των αντιλήψεων των ασθενών και των ιατρών όπου θα ελέγξει τα αποτελέσματα της μεταρρύθμισης.

### **Βιβλιογραφία**

Darby, M.R. & E. Karni (1973), Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *Journal of Law and Economics* 16 (April 1973): 67-88.

Davis, K., C. Schoen, S.C. Schoenbaum, M.M. Doty, A.L. Holmgren, J.L. Kriss & K.K. Shea (2007). *Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*. The Commonwealth Fund, May 2007.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Frank, R.G. & T.G. McGuire (1986). A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of special mental health services. *HSR*, 21, 1986: 241-266.

Hilke, W. (1989). Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-marketing. In: W. Hilke (ed.), *Dienstleistungs-Marketing*, Wiesbaden, 1989: 5-44.

Jacobs K. (2006). Wer bezahlt die Gesundheit? *Gesundheit und Gesellschaft*, 03/2006: 22-28.

Lauterbach K. (2007). *Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren*. Berlin, 2007.

Lungen, M., B. Stollenwerk, P. Messner, K.W. Lauterbach & A. Gerber (2008). Waiting times for elective treatments according to insurance status: a randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health* 2008, 7: 1.

Nelson, P. (1970), Information and Consumer Behavior. *J of Political Economy* 78: 311-329.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implication for future research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50.

Sauerland D. (2005). *Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung: GKV und PKV im Vergleich*. WHL-Wissenschaftliche Hochschule Lahr, 2005.

Thomae D. (2005). Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle. *ärztepost* 1/2005, *Forum PVS*, 2005: 18-21.

Zok K. (2007). Warten auf den Arzttermin, Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV und PKV-Versicherten. *WIDOMonitor*, 1, 2007: 1-7.

Zuvekas, S.H. & G.S. Taliaferro (2003). Pathways to access: health insurance, the health care delivery system, and racial/ethnic disparities 1996-1999. *Health Affairs* 22 (2), 2003: 139-153.

## Η Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και η Ζήτηση Ιδιωτικής Ασφάλισης: Ανάλυση Παλινδρόμησης Εναλλαγής

Λουζ Γκονζάλεζ Αλβάρεζ & Κλαβέρο Μπαρρανκουέρο,  
Πανεπιστήμιο της Μάλαγα, Ισπανία

Το Ισπανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας προβλέπει από το 1986 καθολική κάλυψη υγείας που περιλαμβάνει επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς ή παιδίατρο, επισκέψεις σε ειδικευμένους γιατρούς, νοσοκομειακή περίθαλψη και αντιμετώπιση επείγοντων περιστατικών. Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν ως «θυρωροί» του συστήματος υγείας και ταυτόχρονα ως εκπρόσωποι του ασθενή που αποφασίζουν κατά πόσον ο ασθενής χρειάζεται να επισκεφθεί ειδικευμένο γιατρό. Πέραν των άλλων συναιτιών, οι λίστες αναμονής που χρειάζεται να υπομείνουν ορισμένοι ασθενείς δημιούργησαν ζήτηση για συμπληρωματική ιδιωτική κάλυψη υγείας. Η τελευταία επιτρέπει ελεύθερη πρόσβαση σε ειδικευμένους γιατρούς. Αυτή η διπλή κάλυψη υγείας στην Ισπανία σχετίζεται επίσης με οικονομική ευμάρεια.

Είναι ένα ευρέως αναγνωρισμένο γεγονός ότι η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλειας υγείας επηρεάζει το επίπεδο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Pohlmeier & Ulrich 1995, Vera-Hernández 1999, Álvarez 2001, Rodríguez & Stoyanova 2004, Jones Koolman & Van Doorslaer 2006). Οι έρευνες σε ότι αφορά τον αριθμό των επισκέψεων στους γενικούς, αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς συνήθως βασίζονται σε υποδείγματα διακριτών δεδομένων. Ωστόσο, αυτή η μελέτη προτείνει ένα υπόδειγμα διακριτών δεδομένων με ενδογενή εναλλαγή.

Η παρούσα μελέτη αναλύει το πόσες φορές ένα άτομο έχει συμβουλευθεί έναν γενικό γιατρό και έναν ειδικευμένο γιατρό κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες, κάνοντας διαχωρισμό μεταξύ των δύο ομάδων ασφαλισμένων. Προτείνουμε μια νέα εναλλακτική μέθοδο με αντικειμενικό στόχο: 1) να επιβεβαιώσει την ύπαρξη διαφορών στην φροντίδα υγείας που οφείλονται στη διπλή ασφαλιστική κάλυψη, 2) να ποσοτικοποιήσει το βαθμό στον οποίο τέτοιες παρατηρηθείσες διαφορές μπορούν να αποδοθούν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου και το βαθμό στον οποίο μπορεί να αποδοθεί στον τύπο ασφαλιστικής κάλυψης και 3) να καθορίσει εάν τα άτομα με τα ίδια χαρακτηριστικά κάνουν υπερβολική χρήση ή χρησιμοποιούν ελλιπώς κάποια θεραπεία, εξαιτίας αποκλειστικά της ασφαλιστικής κάλυψης που έχουν.

### Μέθοδος Αποσύνθεσης των Διαφορών της Εξαρτημένης Μεταβλητής

Η διαδικασία αποσύνθεσης βασίζεται στη μεθοδολογία που πρωτοεισήγαγαν οι Oaxaca (1973) και Blinder (1973) στην ανάλυση διακρίσεων στην αγορά εργασίας. Στην ανάλυση αυτή, ένα μέρος της διαφοροποίησης στο μισθό αποδίδεται σε ατομικά χαρακτηριστικά και σε διαφορές στην παραγωγικότητα. Ένα άλλο σημαντικό μέρος της, ωστόσο, αποδίδεται σε διακρίσεις.

Όμοια, οι διαφορές στη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ ατόμων που έχουν δημόσια ασφαλιστική κάλυψη και αυτών που έχουν διπλή ασφαλιστική κάλυψη μπορούν να αποσυντεθούν σε μέρη. Έτσι, οι διαφορές μπορεί να αποδοθούν, εν μέρει, στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ατόμων και, εν μέρει, στο γεγονός ότι η οριακή επίδραση των χαρακτηριστικών αυτών επί της χρήσης υπηρεσιών είναι διαφορετικού μεγέθους.

Μέχρι σήμερα η μέθοδος αποσύνθεσης αυτή έχει κυρίως εφαρμοστεί στο πλαίσιο μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των

προαναφερθέντων εξαρτημένων μεταβλητών και των επεξηγηματικών τους μεταβλητών είναι μη γραμμική. Συνεπώς, για να αποφευχθούν τα παραπλανητικά αποτελέσματα, απαιτείται να εκτιμηθούν μη γραμμικά μοντέλα. Μια μέθοδος αποσύνθεσης κατάλληλη για μοντέλα με δυαδικές εξαρτημένες μεταβλητές αναπτύχθηκε από τον Fairlie (1999, 2003), ενώ ο García-Crespo (2001) πρότεινε μια μέθοδο αποσύνθεσης για μοντέλα με διακριτά δεδομένα. Οι Bauer και Sinning (2005, 2006) έχουν γενικεύσει τη μέθοδο αποσύνθεσης κατά Blinder-Oaxaca σε ορισμένα μη γραμμικά μοντέλα.

Η εφαρμογή της μεθοδολογίας αυτής απαιτεί, καταρχήν, την εξειδίκευση ενός οικονομετρικού μοντέλου, ικανού να επεξηγήσει το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας στην Ισπανία. Εξειδικεύτηκαν δύο μοντέλα ώστε να επιβεβαιωθεί το κατά πόσον υπάρχουν διαφορές στη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των δύο ομάδων ασφαλισμένων:

$$Y_{Pub} = X_{Pub}\beta_{Pub} + u_{Pub} \quad (1)$$

$$Y_{DC} = X_{DC}\beta_{DC} + u_{DC} \quad (2)$$

Αν υποθέσουμε ότι η προσδοκώμενη τιμή της διατάραξης είναι 0, οι διαφορές στη μέση αξιοποίηση μεταξύ των δύο ομάδων μπορούν να εκφραστούν ως εξής:

$$\Delta^{NL} = \bar{Y}_{DC} - \bar{Y}_{Pub} = E_{\beta_{DC}}(Y_{DC} | X_{DC}) - E_{\beta_{Pub}}(Y_{Pub} | X_{Pub}) \quad (3)$$

Μέρος αυτών των διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων μπορεί να επεξηγηθεί από τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας ( $X_G$ ), ενώ ένα άλλο μέρος τους μπορεί να αποδοθεί στη διαφορετική επίδραση που έχει κάθε ατομικό χαρακτηριστικό στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών ( $\beta_G$ ). Όσον αφορά την υγεία, μπορεί να γίνει η υπόθεση ότι η ανισότητα σε ότι αφορά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που προκύπτει ως αποτέλεσμα του τύπου ασφαλιστικής κάλυψης, μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική χρήση ορισμένων υπηρεσιών από τη μια ομάδα ασφαλισμένων και/ή την ελλιπή χρησιμοποίηση κάποιων υπηρεσιών από την άλλη ομάδα. Συνεπώς, για να γίνει μια αποσύνθεση της διαφοράς στη μέση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να συγκρίνουμε τις παρατηρηθείσες επισκέψεις με τις επισκέψεις που θεωρούνται μη-μεροληπτικές για κάθε ομάδα. Σε αυτήν την περίπτωση θα μπορούσε να οριστεί μια «ιδανική» χρήση παροχών  $E_{\beta^*}(Y_{DC} | X_{DC})$  και  $E_{\beta^*}(Y_{Pub} | X_{Pub})$  όπου  $\beta^*$  είναι το διάνυσμα των συντελεστών που καθορίζουν τη μορφή της ιδανικής, ή τουλάχιστον «μη-μεροληπτικής» χρήσης υπηρεσιών. Αν αυτοί οι όροι προστεθούν και αφαιρεθούν από την εξίσωση (3) και γίνει αναδιάταξη, καταλήγουμε στο ότι η διαφορά στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας αποτελείται από τρία συστατικά:

$$\begin{aligned} \Delta^{NL} = \bar{Y}_{DC} - \bar{Y}_{Pub} &= [E_{\beta^*}(Y_{DC} | X_{DC}) - E_{\beta^*}(Y_{Pub} | X_{Pub})] + \\ &+ [E_{\beta_{DC}}(Y_{DC} | X_{DC}) - E_{\beta^*}(Y_{DC} | X_{DC})] + \\ &+ [E_{\beta^*}(Y_{Pub} | X_{Pub}) - E_{\beta_{Pub}}(Y_{Pub} | X_{Pub})]. \quad (4) \end{aligned}$$

Το πρώτο δείχνει ποιες από τις διαφορές στη χρησιμοποίηση επεξηγούνται από τις διαφορές στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Το δεύτερο και τρίτο συστατικό της συνάρτησης εκφράζουν τις επιδράσεις των χαρακτηριστικών του ατόμου στη χρήση των υπηρεσιών ανάλογα με αν το άτομο καλύπτεται από δημόσια ή ιδιωτική

ασφάλιση. Το πρόσημο των διαφορών των συντελεστών προσδιορίζει το κατά πόσον οι παροχές χρησιμοποιούνται σε υπερβολικό ή, αντίθετα, πολύ μικρό βαθμό. Συνολικά, αν η διαφορά στο μέσο αριθμό επισκέψεων αντικατοπτρίζει τις διαφορές στα χαρακτηριστικά του ατόμου, μπορεί να γίνει αποδεκτό ότι ο τύπος ασφάλισης δεν επεξηγεί την ανισότητα στη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Ένα τελευταίο ζήτημα, αλλά πιθανόν το σημαντικότερο στην εφαρμογή αυτής της μεθόδου, είναι να καθοριστεί η «μη-μεροληπτική» ή «ιδανική» χρήση υπηρεσιών υγείας, που είναι μη παρατηρήσιμη. Σε αυτό το σημείο ο Neumark (1988) υποστηρίζει ότι η ιδανική χρήση μπορεί να προσεγγιστεί από τις δομικές παραμέτρους του μοντέλου του συνολικού πληθυσμού.

### Ανάλυση Παλινδρόμησης Εναλλαγής

Η μέτρηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας βασίστηκε στον αριθμό επισκέψεων σε γενικούς και ειδικευμένους γιατρούς. Επίσης, έχει γίνει εκτίμηση μοντέλων διακριτών δεδομένων ώστε να ληφθούν υπόψη μεροληπτικές, μη αρνητικές εξαρτημένες μεταβλητές. Παρά το ότι το αρνητικό δυαδικό μοντέλο είναι ένα κλασικό οικονομετρικό εργαλείο για την ανάλυση και των δύο μεταβλητών, η εφαρμογή του στις δύο ομάδες ασφαλισμένων δεν αναδεικνύει το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση συνεπάγεται μια μη παρατήρηση επιλογή. Για παράδειγμα, κάποια άτομα ίσως να επιλέγουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας απλώς επειδή επιθυμούν να έχουν πρόσβαση σε ειδικό γιατρό οποιαδήποτε στιγμή και θεωρούν τη διπλή ασφάλιση υγείας ως το καταλληλότερο μέσο γι αυτόν τον σκοπό.

Σε αυτή την ενότητα γίνεται εξειδίκευση του οικονομετρικού μοντέλου και περιγραφή της μεθόδου εκτίμησης.

### Εξειδίκευση Υποδείγματος

Το γενικό πλαίσιο ενός υποδείγματος διακριτών δεδομένων με ενδογενή εναλλαγή έχει ως ακολούθως:

$$DC_i^* = Z_i\gamma + \varepsilon_i$$

$$DC_i = \begin{cases} 1 & \text{if } DC_i^* > 0 \\ 0 & \text{if } DC_i^* \leq 0. \end{cases}$$

$$E_{\beta_{DC}}(Y_i | X_i, DC_i = 1) = \exp(X_i\beta_{DC} + u_{1i})$$

$$E_{\beta_{PC}}(Y_i | X_i, DC_i = 0) = \exp(X_i\beta_{PC} + u_{0i}) \quad (5)$$

Οι δύο πρώτες εξισώσεις περιγράφουν την επιλογή του ατόμου όσον αφορά τον τύπο ασφαλιστικής κάλυψης, όπου αν  $DC=1$  το άτομο έχει διπλή κάλυψη. Το διάνυσμα  $Z$  αφορά μεταβλητές που επηρεάζουν αυτήν την επιλογή. Οι άλλες δύο εξισώσεις περιγράφουν τη συμπεριφορά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από άτομα με διπλή ασφαλιστική κάλυψη και άτομα με κάλυψη μόνο μέσω του Ισπανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, αντίστοιχα. Η εξαρτημένη μεταβλητή  $Y$  αναπαριστά το πόσες φορές ένα άτομο έχει επισκεφθεί έναν γενικό και έναν ειδικευμένο γιατρό κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Το  $X$  είναι ένα διάνυσμα μεταβλητών που καθορίζει την προσδοκώμενη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Στις περιπτώσεις όπου είναι παρατηρήσιμη η συμπεριφορά μόνο της μιας ομάδας, το υπόδειγμα υποβαθμίζεται στο κλασικό μοντέλο αυτο-επιλογής κατά Heckman. Το βασικό πλεονέκτημα ενός μοντέλου εναλλαγής είναι η δυνατότητά του να εκφράσει ότι η χρήση των παροχών υγείας μπορεί να επηρεάζεται με ποικίλους τρόπους από την επιλογή μεταξύ απλής ή διπλής ασφάλισης. Για παράδειγμα, η χρήση υπηρεσιών από

άτομα των δύο διαφορετικών τύπων ασφάλισης, μπορεί να επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του ατόμου με πολλαπλούς τρόπους. Οι διαφορετικοί αυτοί τρόποι αντικατοπτρίζονται στις διαφορετικές παραμέτρους των δύο τελευταίων εξισώσεων. Επιπλέον, οι δύο ομάδες μπορεί να έχουν διαφορετικά παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά, όπως διαφορετικές αξίες στις επεξηγηματικές μεταβλητές.

Οι επεξηγηματικοί παράγοντες που περιλαμβάνονται στο μοντέλο βασίζονται στη βιβλιογραφία. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες είναι σημαντικοί για τον καθορισμό της ωφέλειας που αποκομίζεται από τη χρήση των παροχών υγείας. Μια επιδείνωση της κατάστασης της υγείας θα αύξανε τη ζήτηση για ιατρικές επισκέψεις. Ακόμη, η ηλικία και το γυναικείο φύλο συσχετίζονται με αυξημένο αριθμό επισκέψεων. Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα συσχετίζονται με αυξημένο αριθμό επισκέψεων σε ειδικούς και μειωμένο αριθμό επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, το διάνυσμα  $X$  περιλαμβάνει κι άλλες μεταβλητές που έχουν ενδιαφέρον όπως οι συνήθειες, η επαγγελματική ενασχόληση και ο τόπος κατοικίας.

### Μέθοδος Εκτίμησης

Η εκτίμηση των μοντέλων διακριτών δεδομένων με ενδογενή εναλλαγή γίνεται με την προσέγγιση Greene. Η μέθοδος αυτή είναι παρεμφερής με τη διαδικασία δύο-σταδίων κατά Heckman, προσαρμοσμένη σε περιπτώσεις όπου  $(Y_i, X_i)$  είναι παρατηρήσιμες σε δύο καταστάσεις ( $DC_i = 1$  ή  $0$ ). Το πρώτο βήμα είναι να λάβουμε μια εκτίμηση μέγιστης πιθανότητας (maximum likelihood) της εξίσωσης εναλλαγής probit  $\text{Prob}(DC_i) = Z_i\hat{\gamma}$ , και να εκτιμηθεί ο λόγος  $\frac{\phi(Z_i\hat{\gamma})}{\Phi(Z_i\hat{\gamma})}$ . Στο δεύτερο βήμα, χρησιμοποιείται η μέθοδος των μη γραμμικών ελαχίστων τετραγώνων ώστε να εκτιμηθούν οι παράμετροι  $(\beta_i, \theta)$  της παλινδρόμησης του  $Y_i$  στην συνάρτηση υπο συνθήκη μέσου, ως εξής:

$$\begin{aligned} E_{\beta_{DC}}(Y_i | X_i, DC = 1) &= \exp\left( X_i\beta_{DC}^* + \theta \frac{\phi(Z_i\hat{\gamma})}{\Phi(Z_i\hat{\gamma})} \right) \\ E_{\beta_{PC}}(Y_i | X_i, DC = 0) &= \exp\left( X_i\beta_{PC}^* + \theta \frac{-\phi(Z_i\hat{\gamma})}{1 - \Phi(Z_i\hat{\gamma})} \right) \end{aligned} \quad (6)$$

όπου  $\beta^*$  είναι ίδιο με το  $\beta$  χωρίς τη σταθερά, συνεπώς μεταβαλλόμενο κατά  $\sigma^2/2$ . Αν το  $\theta=0$ , η μεροληψία κατά την επιλογή δείγματος είναι μηδενική.

Όσον αφορά το μοντέλο εξειδίκευσης, είναι προτιμότερο να ικανοποιείται ο περιορισμός αποκλεισμού. Στην περίπτωση μας, στην εξίσωση με επιλογή τη διπλή κάλυψη απαιτείται τουλάχιστον μια μεταβλητή που δεν υπάρχει στην εξίσωση χρησιμότητας. Ως μεταβλητές αποκλεισμού χρησιμοποιούμε ψευδομεταβλητές για την ηλικία και το φύλο.

### Δεδομένα και Περιγραφική Ανάλυση

Η βάση δεδομένων που καθιστά αυτή τη μελέτη δυνατή είναι τα Διαστρωματικά Δεδομένα Νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Community Household Panel, ECHP), τα οποία σχεδιάζονται και συντονίζονται από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) και συγκεντρώνονται στην Ισπανία από το Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής (National Statistics Institute, INE). Η ECHP είναι μια έρευνα που βασίζεται σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια. Περιλαμβάνει ετήσιες συνεντεύξεις ενός αντιπροσωπευτικού πάνελ νοικοκυριών και ατόμων σε κάθε χώρα και περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος θεμάτων: εισόδημα, χαρακτηριστικά απασχόλησης,

εκπαίδευση, κατοικία, δημογραφικά στοιχεία και υγεία, χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, τύπο ασφαλιστικής κάλυψης κλπ.

Το 2000, το ΙΝΕ πραγματοποίησε επιπλέον συνεντεύξεις ώστε να δημιουργήσει ένα εκτεταμένο δείγμα. Ο συνολικός αριθμός παρατηρήσεων του επιλεγμένου δείγματος αριθμεί τις 33.417, ενώ τα ποσοστά πληθυσμού με δημόσια και διπλή κάλυψη είναι 89,59% και 10,41%, αντίστοιχα. Αυτά τα ποσοστά αποκτήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη το σχεδιασμό δειγματοληψίας της βάσης δεδομένων ECHP, δηλαδή τη διαστρωματική τυχαία δειγματοληψία σε δύο στάδια. Η διακύμανση διορθώθηκε και στα δύο στάδια καθώς μελετήθηκαν πεπερασμένοι πληθυσμοί, ενώ οι σταθμίσεις του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν σε όλους τους υπολογισμούς.

Η ανάλυση του μέσου αριθμού επισκέψεων αποκαλύπτει μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς από την ομάδα δημόσια ασφαλιζόμενων ατόμων ( $\Delta=0,8870$ ). Ωστόσο, ο μέσος αριθμός επισκέψεων σε ειδικευμένο γιατρό είναι μεγαλύτερος για την πληθυσμιακή ομάδα με διπλή ασφαλιστική κάλυψη ( $\Delta=0,5825$ ). Η διαφορά στους μέσους όρους είναι και στις δύο περιπτώσεις στατιστικά σημαντική σε επίπεδο εμπιστοσύνης 99%.

Αυτές οι διαφορές μπορεί να εξηγηθούν από τα διαφορετικά επίπεδα ορισμένων επεξηγηματικών παραγόντων. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται ο ορισμός αυτών των μεταβλητών και αναλύονται τα χαρακτηριστικά του δημόσια ασφαλισμένου πληθυσμού, καθώς και των ατόμων που έχουν διπλή ασφαλιστική κάλυψη.

Γενικά, μπορεί να παρατηρηθεί διαφορετικότητα μεταξύ των ατόμων, ειδικότερα όσον αφορά τους κοινωνικο-οικονομικούς προσδιοριστικούς παράγοντες. Όσον αφορά τους δείκτες ανάγκης για περίθαλψη, το 79% των ατόμων με διπλή ασφαλιστική κάλυψη δηλώνουν πολύ καλή και καλή κατάσταση υγείας, ενώ η δημογραφική τους εικόνα δείχνει ηλικιακά νεαρά άτομα. Το ποσοστό του πληθυσμού με επιπρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση και ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση ξεπερνά το 63%, ενώ περισσότεροι από τους μισούς έχουν ετήσιο εισόδημα που ξεπερνά τις 9.000 ευρώ. Το ποσοστό απασχολούμενων και φοιτητών είναι 17% υψηλότερο στην περίπτωση του πληθυσμού με διπλή κάλυψη. Τέλος, το 55% του πληθυσμού με επιπλέον ιδιωτική ασφάλιση συγκεντρώνεται σε πολυπληθείς περιοχές της χώρας.

## **Εμπειρικά Αποτέλεσματα**

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης. Όλες οι παλινδρομήσεις έχουν υπολογισθεί με τις σταθμίσεις του δείγματος ώστε να διατηρηθεί ο σχεδιασμός του δείγματος της ECHP.

### **Επιλογή μεταξύ Δημόσιας ή Διπλής Ασφάλισης**

Η εκτίμηση της εξίσωσης της επιλογής ασφάλειας υγείας probit με τη μέθοδο μέγιστης πιθανότητας παρουσιάζεται στον Πίνακα 2. Άτομα με κακή ή πολύ κακή υγεία έχουν μια σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα να έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Ωστόσο, οι συντελεστές των ψευδομεταβλητών που αντιπροσωπεύουν τις χρόνιες ασθένειες ή παθήσεις που δυσχεραίνουν την καθημερινή δραστηριότητα, είναι θετικοί. Αυτό σημαίνει ότι τα ασθενή αυτά άτομα είναι πιθανότερο να επιλέξουν διπλή κάλυψη. Η ηλικία και το φύλο είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας: οι άνδρες άνω των 35 και οι γυναίκες άνω των 25 σε σύγκριση με νεότερους άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη πιθανότητα να αγοράσουν επιπρόσθετη ασφάλιση.

**Πίνακας 1. Πληθυσμιακά Χαρακτηριστικά των Ασφαλισμένων**

Μεταβλητές	Ορισμός	Διπλή	Δημόσια
<b>Υγεία</b>			
Πολύ καλή	1 εάν η αυτο-αξιολογούμενη υγεία είναι πολύ καλή	24,65	20,71
Καλή	1 εάν η αυτο-αξιολογούμενη υγεία είναι καλή	54,34	49,49
Μέτρια	1 εάν η αυτο-αξιολογούμενη υγεία είναι μέτρια	16,39	19,39
Κακή/Πολύ κακή	1 εάν η αυτο-αξιολογούμενη υγεία είναι κακή ή πολύ κακή	4,62	10,41
Χρόνια	1 εάν υποφέρει από χρόνια ασθένεια	17,53	20,49
Οξεία	1 αν παρεμποδίζεται η καθημερινή δραστηριότητα τις δύο τελευταίες εβδομάδες	9,32	10,44
<b>Ηλικία και Φύλο</b>			
A1624	1 εάν είναι άνδρας 16-24	6,85	8,29
A2534	1 εάν είναι άνδρας 25-34	10,82	9,80
A3544	1 εάν είναι άνδρας 35-44	11,52	8,75
A4554	1 εάν είναι άνδρας 45-54	8,45	7,23
A5564	1 εάν είναι άνδρας 55-64	5,69	5,83
A6574	1 εάν είναι άνδρας 65-74	3,85	5,39
A75+	1 εάν είναι άνδρας μεγαλύτερος από 75	1,94	3,40
Γ1624	1 εάν είναι γυναίκα 16-24	6,23	7,80
Γ2534	1 εάν είναι γυναίκα 25-34	12,01	9,57
Γ3544	1 εάν είναι γυναίκα 35-44	11,86	8,62
Γ4554	1 εάν είναι γυναίκα 45-54	8,04	7,47
Γ5564	1 εάν είναι γυναίκα 55-64	5,34	6,22
Γ6574	1 εάν είναι γυναίκα 65-74	4,29	6,27
Γ75+	1 εάν είναι γυναίκα μεγαλύτερη από 75	3,11	5,37
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>			
Αμόρφωτος	1 εάν στερείται βασικής εκπαίδευσης	2,50	16,85
A-βάθμια	1 εάν έχει τελειώσει την Α-βάθμια ή το πρώτο στάδιο της Β-βάθμιας εκπαίδευσης	34,33	49,40
B-βάθμια	1 εάν έχει τελειώσει το δεύτερο στάδιο της Β-βάθμιας εκπαίδευσης	31,28	23,00
Πανεπιστήμιο	1 εάν έχει τελειώσει την Γ-βάθμια εκπαίδευση	31,89	10,74
<b>Εισόδημα</b>			
<3.000 €	1 εάν το τροποποιημένο, βάσει ΟΟΣΑ, ισοδύναμο του εισοδήματος του νοικοκυριού είναι < 3.000	3,13	9,03
3.000 – 4.500 €	1 εάν 3.000 ≤ εισόδημα < 4.500 €	5,30	16,74
4.500 – 6.000 €	1 εάν 4.500 ≤ εισόδημα < 6.000 €	11,60	20,39
6.000 – 9.000 €	1 εάν 6.000 ≤ εισόδημα < 9.000 €	22,89	28,62
9.000 –12.000 €	1 εάν 9.000 ≤ εισόδημα < 12.000 €	18,10	13,81
> 12.000 €	1 εάν το εισόδημα ≥ 12.000 €	38,97	11,41
<b>Απασχόληση</b>			
Εργαζόμενος	1 εάν είναι εργαζόμενος	58,78	42,90
Άνεργος	1 εάν είναι άνεργος	2,76	7,07
Φοιτητής	1 εάν είναι φοιτητής	11,49	9,69
Συνταξιούχος	1 εάν είναι συνταξιούχος	8,42	13,18
Οικιακά	1 εάν ασχολείται με τα οικιακά	16,02	21,39
Ανενεργός	1 εάν είναι ανενεργός	2,53	5,77

**Πίνακας 1. Πληθυσμιακά Χαρακτηριστικά των Ασφαλισμένων (συνέχεια)**

Μεταβλητές	Ορισμός	Διπλή	Δημόσια
<b>Καπνιστικές και Διατροφικές Συμπεριφορές</b>			
Καπνιστής	1 εάν είναι συστηματικός καπνιστής	27,34	27,23
Πρώην καπνιστής	1 εάν είναι πρώην καπνιστής	13,44	9,24
Περιστασιακός καπνιστής	1 εάν είναι περιστασιακός καπνιστής	10,31	9,06
Μη καπνιστής	1 εάν δεν είναι καπνιστής	48,90	54,47
Ανορεξικός	1 εάν $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$	7,98	6,97
Φυσιολογικό βάρος	1 εάν $18,5 \leq \Delta\text{Μ}\Sigma \leq 25$	65,73	62,53
Υπέρβαρος	1 εάν $\Delta\text{Μ}\Sigma > 25$	26,29	30,51
<b>Τόπος κατοικίας</b>			
Galicia	1 εάν κατοικεί στην Galicia	4,57	7,74
Asturias	1 εάν κατοικεί στην Asturias	0,68	2,90
Cantabria	1 εάν κατοικεί στην Cantabria	1,35	1,68
P.Vasco	1 εάν κατοικεί στην P.Vasco	6,71	5,41
Navarra	1 εάν κατοικεί στην Navarra	0,50	1,34
Rioja	1 εάν κατοικεί στην Rioja	0,45	0,65
Aragon	1 εάν κατοικεί στην Aragon	2,52	3,13
Madrid	1 εάν κατοικεί στην Madrid	25,54	9,61
C. Leon	1 εάν κατοικεί στην C. Leon	4,15	6,26
C. Mancha	1 εάν κατοικεί στην C. Mancha	3,05	4,76
Extremadura	1 εάν κατοικεί στην Extremadura	1,17	3,00
Cataluña	1 εάν κατοικεί στην Cataluña	29,26	13,87
C.Valenciana	1 εάν κατοικεί στην C.Valenciana	5,40	10,63
Baleares	1 εάν κατοικεί στην Baleares	3,73	1,80
Andalucia	1 εάν κατοικεί στην Andalucia	6,72	19,54
Murcia	1 εάν κατοικεί στην Murcia	1,74	3,03
Canarias	1 εάν κατοικεί στην Canarias	2,46	4,63

Πηγή: ECHP.

Όσον αφορά τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, το υψηλότερο εισόδημα ωθεί τα άτομα να αναζητήσουν διπλή ασφάλιση. Όταν η μόρφωση είναι χαμηλότερη, η πιθανότητα επιλογής διπλής ασφάλισης μειώνεται δραστικά. Όμοια, η κατάσταση ανεργίας, συνταξιοδότησης ή μη εργασίας σχετίζεται με μειωμένες πιθανότητες ιδιωτικής ασφάλισης σε σύγκριση με την κατάσταση απασχολούμενος. Πρώην καπνιστές και άτομα με δείκτη μάζας σώματος  $<18,5$  είναι πιθανότερο να επιλέξουν διπλή ασφάλιση. Τέλος, ορισμένες πόλεις συνδέονται με υψηλότερη πιθανότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης (Πίνακας 2).

#### Αριθμός Επισκέψεων

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων της μεθόδου των μη γραμμικών ελαχίστων τετραγώνων που έγιναν για τις δύο ομάδες ασφαλισμένων. Όσον αφορά τις επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς από τις δύο ομάδες, μπορεί να παρατηρηθεί ότι οι συντελεστές μέτριας, κακής και πολύ κακής υγείας ήταν θετικοί και σημαντικοί. Αυτό συνεπάγεται ότι τα άτομα αυτής της ομάδας επισκέπτονται το γιατρό πολύ ευκολότερα από τα άτομα με πολύ καλή υγεία, παρά το ότι παρατηρούνται μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των ατόμων με διπλή ασφάλιση. Το να δηλώσουν ότι υποφέρουν από κάποιο είδος ασθένειας είναι σημαντικό μόνο για τα δημοσίως ασφαλισμένα άτομα. Όμοια, η ηλικία και το φύλο δεν επηρεάζουν το μέσο αριθμό επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς στην ομάδα ατόμων με διπλή κάλυψη.

**Πίνακας 2. Επιλογή μεταξύ Δημόσιας ή Διπλής Κάλυψης: Probit**

Μεταβλητές		Συντελεστής	z-stat
<b>Υγεία</b>	Καλή	0,001	0,02
	Μέτρια	-0,032	-0,52
	Κακή/Πολύ Κακή	-0,269***	-3,18
	Χρόνια	0,153***	2,88
	Οξεία	0,141***	2,82
<b>Ηλικία και Φύλο</b>	A2534	0,118	1,50
	A3544	0,300***	4,03
	A4554	0,292***	3,62
	A5564	0,338***	3,73
	A6574	0,329**	2,27
	A75+	0,230	1,57
	Γ1624	-0,039	-0,51
	Γ2534	0,155*	1,87
	Γ3544	0,307***	3,94
	Γ4554	0,290***	3,37
	Γ5564	0,305***	3,06
	Γ6574	0,388***	3,92
	Γ75+	0,360***	3,12
		<b>Log(Εισόδημα)</b>	0,312***
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Αμόρφωτος	-1,221***	-15,89
	A-βάθμια	-0,579***	-12,71
	B-βάθμια	-0,311***	-6,73
<b>Απασχόληση</b>	Άνεργος	-0,287***	-3,97
	Φοιτητής	0,269***	3,84
	Συνταξιούχος	-0,172*	-1,82
	Οικιακά	0,007	0,13
	Ανενεργός	-0,263***	-3,34
<b>Καπνιστικές &amp; Διατροφικές Συμπεριφορές</b>	Καπνιστής	0,027	0,71
	Πρώην καπνιστής	0,167***	3,03
	Περιστασιακός καπνιστής	0,088*	1,71
	Ανορεξικός	0,108**	1,96
	Υπέρβαρος	0,010	0,30
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Galicia	0,071	0,85
	Asturias	-0,456***	-3,33
	Cantabria	0,179**	2,17
	P.Vasco	0,290***	3,61
	Navarra	-0,354***	-3,30
	Rioja	-0,005	-0,05
	Aragon	0,095	0,93
	Madrid	0,646***	8,22
	C. Leon	0,042	0,52
	C. Mancha	0,189**	2,29
	Cataluña	0,614***	8,38
	C.Valenciana	-0,032	-0,40
	Baleares	0,676***	7,04
	Andalucia	-0,128*	-1,66
	Murcia	0,086	0,94
	Canarias	0,025	0,29
		<b>Σταθερά</b>	-5,714***

\*\*\* Σημαντικός στο 1%, \*\* Σημαντικός στο 5%, \* Σημαντικός στο 10%. Κατηγορία αναφοράς: Άνδρας, 16-24 ετών, αναφέρων πολύ καλή κατάσταση υγείας, καμμία χρόνια ασθένεια ή τραυματισμό κατά τις δύο προηγούμενες εβδομάδες, πανεπιστημιακή εκπαίδευση, εργαζόμενος, μη-καπνιστής, κανονικό βάρος, κάτοικος της Extremadura.

Όσον αφορά τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, το εισόδημα συσχετίζεται αρνητικά και σημαντικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών των γενικών γιατρών στην ομάδα με διπλή ασφαλιστική κάλυψη. Αντίστοιχα, η επίδραση είναι ασήμαντη για τους δημόσια ασφαλισμένους. Ο αριθμός των επισκέψεων μειώνεται όσο το μορφωτικό επίπεδο αυξάνεται, ωστόσο οι διαφορές μεταξύ αποφοίτων πανεπιστημίων και ατόμων των υπόλοιπων μορφωτικών επιπέδων είναι σημαντικότερες στην ομάδα των ασφαλισμένων με διπλή ασφάλιση. Η επίδραση της απασχόλησης ενός ατόμου είναι διαφορετική μεταξύ των δύο ομάδων ασφαλιζόμενων. Στην περίπτωση των ανέργων η χρήση των παροχών υγείας είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με τους απασχολούμενους, μόνο όμως στην ομάδα των διπλά ασφαλισμένων. Αντιθέτως, ο αριθμός των επισκέψεων ατόμων που ασχολούνται με τα οικιακά ή είναι ανενεργοί για άλλους λόγους, είναι μεγαλύτερος μόνο για όσους έχουν και ιδιωτική ασφάλιση.

Παρά το γεγονός ότι η ιδιότητα του φοιτητή ή του συνταξιούχου επηρεάζει τη χρήση των παροχών και από τις δύο ομάδες, η χρήση είναι μεγαλύτερη από την ομάδα των ασφαλισμένων με διπλή ασφάλιση, ενώ το πρόσημο είναι αντίθετο. Στην πρώτη περίπτωση είναι αρνητικό, ενώ στην δεύτερη είναι θετικό, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.

Τέλος, ο τόπος κατοικίας φαίνεται να είναι σχετικός στην περίπτωση των δημόσια ασφαλισμένων σε ορισμένες πόλεις. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι περισσότερες περιοχές εμφανίζουν μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την περιοχή που λειτουργεί ως σημείο αναφοράς. Για εκείνους που έχουν διπλή ασφάλιση, ο αριθμός των περιοχών με σημαντική διαφορά στη χρησιμοποίηση είναι χαμηλότερος, ενώ η χρήση των υπηρεσιών υγείας σε ορισμένες περιοχές είναι χαμηλότερη από αυτή στην πόλη Extremadura.

Κατά τον υπολογισμό του αριθμού επισκέψεων σε ειδικούς, όλοι οι συντελεστές των μεταβλητών υγείας εκτιμήθηκαν ως θετικοί και σημαντικοί. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι σημαντικά μόνο για τα άτομα με δημόσια ασφάλιση: όσο η ηλικία αυξάνεται η χρήση ειδικευμένων γιατρών μειώνεται ενώ οι γυναίκες κάνουν επισκέψεις συχνότερα.

Όσον αφορά τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, τα συμπεράσματα για τη σχετικότητα του εισοδήματος είναι όμοια με αυτά που αφορούν τις επισκέψεις σε γενικούς γιατρούς. Η μεταβλητή είναι σημαντική μόνο για άτομα που έχουν διπλή ασφάλιση, ενώ όταν το εισόδημα αυξάνει, οι επισκέψεις σε ειδικούς αυξάνουν επίσης. Όμοια, το μορφωτικό επίπεδο ασκεί επίδραση στη χρήση των υπηρεσιών υγείας που γίνεται από άτομα με διπλή ασφάλιση: η χρησιμοποίηση μειώνεται όταν το μορφωτικό επίπεδο είναι ελάχιστο. Σχετικά με την επίδραση που ασκεί η κατάσταση απασχόλησης υπάρχουν συγκεκριμένες αποκλίσεις. Ενώ στους δημόσια ασφαλισμένους οι μόνες σημαντικές διαφορές προκύπτουν στους συνταξιούχους και μη εργαζόμενους (κάνουν περισσότερες επισκέψεις από τους εργαζόμενους), στην περίπτωση αυτών με διπλή ασφάλιση, το συμπέρασμα είναι ότι οι διαφορές είναι σημαντικές για άνεργους και άλλους μη ενεργούς, οι οποίοι επισκέπτονται ειδικούς σε μικρότερη συχνότητα.

Εν κατακλείδι, η σχετικότητα της περιοχής κατοικίας είναι ελάχιστη στην περίπτωση επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς. Στην ομάδα των δημόσια ασφαλιζόμενων, μόνο δύο περιοχές εμφανίζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την πόλη αναφοράς. Στην περίπτωση όσων έχουν διπλή ασφάλιση, αυτές οι διαφορές είναι σχετικές σε λίγες πόλεις και αφορούν υψηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

**Πίνακας 3. Εκτίμηση του Αριθμού των Επισκέψεων**

Μεταβλητές	Γενικός Ιατρός		Ειδικευμένος Ιατρός	
	Διπλή Ασφάλιση	Δημόσια	Διπλή Ασφάλιση	Δημόσια
	Συντελεστής	Συντελεστής	Συντελεστής	Συντελεστής
<b>Υγεία</b>				
Καλή	0,301	0,123	0,577***	0,424***
Μέτρια	0,898***	0,737***	0,908***	1,118***
Κακή/Πολύ κακή	1,202***	1,01***	0,753***	1,626***
Χρόνια	0,188	0,193***	0,817***	0,558***
Οξεία	0,229*	0,273***	1,192***	0,490***
<b>Ηλικία</b>	-0,004	0,002*	-0,005	-0,010***
<b>Γυναίκα</b>	0,167	0,204***	0,194	0,222**
<b>Log(Εισόδημα)</b>	-0,513**	-0,018	0,844***	0,021
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>				
Αμόρφωτος/<A-βάθμια	1,410*	0,235**	-2,577***	-0,271
A-βάθμια	0,934**	0,152*	-1,247***	-0,307**
B-βάθμια	0,581**	0,037	-0,551**	-0,168
<b>Δραστηριότητα</b>				
Άνεργος	0,831**	0,030	-1,098***	0,145
Φοιτητής	-0,516**	-0,176**	-0,137	-0,057
Συνταξιούχος	0,491**	0,196***	-0,019	0,209*
Οικιακά	0,159	0,146**	0,167	0,082
Ανενεργός	0,261	0,196**	-1,022***	0,234**
<b>Καπνιστικές και Διατροφικές Συμπεριφορές</b>				
Καπνιστής	-0,423***	-0,040	-0,158	0,192**
Πρώην καπνιστής	-0,322*	0,041	1,021***	0,234*
Περιστασιακός καπνιστής	-0,225	-0,042	0,572***	-0,122
Ανορεξικός	0,082	-0,100**	-0,073	-0,090
Υπέρβαρος	0,015	0,091**	-0,198	0,071
<b>Τόπος Κατοικίας</b>				
Galicia	-0,563	0,301***	0,923	0,007
Asturias	-0,039	0,295***	-0,571	-0,490***
Cantabria	-1,101**	0,042	1,185	-0,159
P.Vasco	-0,909*	0,364***	1,818**	0,206
Navarra	0,432	0,203**	-0,004	0,017
Rioja	-0,812*	0,275***	1,248*	-0,198
Aragon	-0,094	0,422***	1,105	-0,073
Madrid	-1,300**	0,473***	2,840***	0,348*
C. Leon	-0,840*	0,119	1,185	0,006
C. Mancha	-1,487***	-0,441***	1,066	-0,163
Cataluña	-1,566***	0,182**	2,779***	0,307*
C.Valenciana	-0,713	0,372***	0,395	0,105
Balears	-1,518**	0,264*	2,991***	0,988***
Andalucia	-0,268	0,156**	-0,719	-0,181
Murcia	-0,562	-0,076	1,217	-0,069
Canarias	-0,560	0,238***	-0,012	0,012
<b>Σταθερά</b>	10,37**	0,348	-18,96***	-0,614
<b>θ</b>	-1,348*	0,214	3,521***	0,197

\*\*\* Σημαντικός στο 1%, \*\* Σημαντικός στο 5%, \* Σημαντικός στο 10%. Κατηγορία αναφοράς: Άνδρας, 16-24 ετών, αναφέρων πολύ καλή κατάσταση υγείας, καμία χρόνια ασθένεια ή τραυματισμό κατά τις δύο προηγούμενες εβδομάδες, πανεπιστημιακή εκπαίδευση, εργαζόμενος, μη-καπνιστής, κανονικό βάρος, κάτοικος της Extremadura.

Οι αξίες του συντελεστή  $\theta$  είναι σημαντικές στο μοντέλο του γενικού και του ειδικευμένου γιατρού στο δείγμα διπλής κάλυψης, παρά το ότι τα πρόσημα είναι αντίθετα. Κάτι τέτοιο είναι λογικό γιατί ο θετικός συντελεστής συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι που αξιολογούν ότι θα κάνουν περισσότερες επισκέψεις σε ειδικούς είναι πιθανότερο να επιλέξουν διπλή κάλυψη. Το αρνητικό πρόσημο αντιθέτως

συνεπάγεται ότι τα άτομα με υψηλότερη πιθανότητα να επιλέξουν διπλή κάλυψη θα επισκέπτονταν τον γενικό γιατρό σε μικρότερη συχνότητα.

### Αποσύνθεση της Διαφοράς στη Χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας

Οι δύο πρώτες σειρές του Πίνακα 4 δείχνουν την πραγματική διαφορά στη χρήση υπηρεσιών υγείας από τις δύο ομάδες ασφαλισμένων. Το αρνητικό πρόσημο δείχνει ότι η ομάδα με δημόσια ασφάλιση χρησιμοποιεί περισσότερο τη δυνατότητα επίσκεψης σε γενικούς ιατρούς. Αντίστοιχα, το θετικό πρόσημο στη διαφορά επισκέψεων σε ειδικευμένους ιατρούς μαρτυρά ότι οι διπλά ασφαλισμένοι επισκέπτονται ειδικευμένους ιατρούς συχνότερα. Το αποτέλεσμα μπορεί να δικαιολογηθεί από την απόκλιση στην προσβασιμότητα σε ειδικούς από τις δύο ομάδες. Αυτό γιατί όσοι έχουν διπλή ασφάλιση πηγαίνουν σε ειδικευμένο γιατρό κατευθείαν, ενώ οι γενικοί γιατροί λειτουργούν ως «θυρωροί» στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στο πλαίσιο του Ισπανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Αναμένεται ότι η αποσύνθεση που προτείνεται στην παρούσα μελέτη θα αναδείξει τις αιτίες διαφορών στον αριθμό εκτιμηθέντων επισκέψεων. Όσον αφορά τους γενικούς ιατρούς, ως επί το πλείστον, η διαφορά στις επισκέψεις αποδίδεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων σε κάθε ομάδα (79%). Η μη χρήση των γενικών ιατρών από τα άτομα με διπλή ασφάλιση επεξηγεί το 20% των διαφορών, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αποδίδεται σε υπερβολική χρήση από την ομάδα των ασφαλισμένων με δημόσια ασφάλιση.

**Πίνακας 4. Αποσύνθεση κατά Oaxaca-Ransom με Διακριτά Δεδομένα και Ενδογενή Εναλλαγή**

	Γενικός Ιατρός	Ειδικευμένος Ιατρός
$\bar{Y}_{DC} - \bar{Y}_{PC}$	[2,5965 - 3,4835] = - 0,8875***	[2,0433 - 1,4608] = 0,5825***
$E_{\hat{\beta}_{DC}}(Y_{DC}   X_{DC}) - E_{\hat{\beta}_{PC}}(Y_{PC}   X_{PC})$	[2,5757 - 3,5611] = -0,9854	[1,7426 - 1,4311] = 0,3115
$E_{\hat{\beta}^*}(Y_{DC}   X_{DC}) - E_{\hat{\beta}^*}(Y_{PC}   X_{PC})$	[2,7728 - 3,5521] = - 0,7793 (79,08%)	[1,5152 - 1,4987] = 0,0165 (5,30%)
$E_{\hat{\beta}_{DC}}(Y_{DC}   X_{DC}) - E_{\hat{\beta}^*}(Y_{DC}   X_{DC})$	[2,5757 - 2,7728] = - 0,1971 (20,00%)	[1,7426 - 1,5152] = 0,2274 (73,00%)
$E_{\hat{\beta}^*}(Y_{PC}   X_{PC}) - E_{\hat{\beta}_{PC}}(Y_{PC}   X_{PC})$	[3,5521 - 3,5611] = - 0,0090 (0,92%)	[1,4987 - 1,4311] = 0,0676 (21,70%)

\*\*\* Σημαντικό στο 1%.

Τα συμπεράσματα που σχετίζονται με τις αιτίες της παρατηρηθείσας διαφοράς στον αριθμό επισκέψεων ειδικευμένων γιατρών παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η αποσύνθεση δείχνει τη σημασία των οριακών επιδράσεων στην ερμηνεία των διαφορών στη χρήση με βάση τον τύπο κάλυψης (95%). Ο βασικός λόγος είναι ότι τα άτομα που λαμβάνουν επιπρόσθετη ασφάλιση κάνουν περισσότερες επισκέψεις σε ειδικούς σε σχέση με τις επισκέψεις που προτείνονται ως «κατάλληλες». Η υπερβάλλουσα αυτή ζήτηση αντιπροσωπεύει το 73% της παρατηρηθείσας διαφοράς. Ωστόσο, οι δημόσια ασφαλισμένοι υπο-χρησιμοποιούν αυτήν την ιατρική υπηρεσία

σε βαθμό που επεξηγεί το 22% της διαφοράς. Το υπόλοιπο ποσοστό αποδίδεται σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων (5%).

### **Συμπεράσματα**

Σε αυτό το άρθρο προτείνουμε την υιοθέτηση της αποσύνθεσης κατά Oaxaca και Ransom στον κλάδο της υγείας. Στόχος είναι να συγκριθούν τα πρότυπα συμπεριφοράς σε ότι αφορά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών των γενικών και ειδικευμένων γιατρών από δύο ομάδες ασφαλισμένων: εκείνους που ασφαρίζονται μόνο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλους οι οποίοι έχουν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Η υιοθέτηση αυτής της μεθόδου αποτελεί συνεισφορά στη μελέτη ανισοτήτων.

Εκτιμήσαμε μοντέλα μετρήσιμων δεδομένων σε πλαίσιο ενδογενών αλλαγών ώστε να αποκτήσουμε συνεπείς και αποτελεσματικές παραμέτρους. Το μοντέλο λαμβάνει υπόψη ότι η κατοχή ιδιωτικής ασφάλισης συνεπάγεται μια μη παρατηρήσιμη αυτο-επιλογή ατόμων. Για παράδειγμα, κάποια άτομα ίσως να επιλέγουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας απλώς επειδή επιθυμούν να έχουν πρόσβαση σε ειδικό οποιαδήποτε στιγμή και θεωρούν τη διπλή ασφάλιση υγείας ως το καταλληλότερο μέσο γι αυτόν τον σκοπό.

Τα εμπειρικά αποτελέσματα της παραμέτρου  $\theta$  υποδεικνύουν ότι η μεροληψία αυτο-επιλογής δε μπορεί να αγνοηθεί κατά την ανάλυση των αποφάσεων περί χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα που έχουν διπλή κάλυψη.

Όσον αφορά την ανάλυση της ανισότητας, τα δεδομένα από την ECHP επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ανισοτήτων, όπου οι δημόσια ασφαλισμένοι κάνουν περισσότερες επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς. Η διαφορά αυτή βασικά εξηγείται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ομάδας των ασφαλισμένων με δημόσια κάλυψη, καθώς και από την ελλιπή χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με διπλή κάλυψη. Όσον αφορά την ανισότητα στις επισκέψεις σε ειδικευμένους γιατρούς, αυτή εξηγείται από την υπερβολική χρήση των υπηρεσιών αυτών από την ομάδα των ασφαλισμένων με διπλή ασφάλιση και την ελλιπή χρησιμοποίηση από την ομάδα με δημόσια ασφάλιση.

### **Βιβλιογραφία**

Álvarez, B. (2001). La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas XXV* (1): 93-138.

Bauer, TK., & Sinning, M. (2005). Blinder-Oaxaca decomposition for tobit models, Essen: RWI, Discussion Papers No. 32.

Bauer, TK., & Sinning M. (2006). An extension of the Blinder-Oaxaca decomposition to non-linear models. Essen: RWI, Discus. Papers No. 49.

Blinder, AS. (1973). Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *The Journal of Human Resources* 8 (4): 436-455.

Fairlie, RW. (1999). The absence of the African-American owned business: an analysis of the dynamics of self-employment. *Journal of Labor Economics* 17: 80-108.

Fairlie, RW. (2003). An extension of the Blinder-Oaxaca decomposition technique to logit and probit models. Yale University: Economic Growth Center, Discussion paper nº 873.

García-Crespo MD. (2001). Promotions in the Spanish labour market: differences by gender. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* vol. 63 (5): 599-615.

Greene, WH. (2001). FIML Estimation of Sample Selection Models for Count Data. in T. Negishi, R. Ramachandran & K. Mino (eds.) *Economic Theory, Dynamics and Markets*. Boston: MA Kluwer.

Jones, A., Koolman, X., & Van Doorslaer, E. (2006). The impact of having supplementary private health insurance on the use of specialists. *Annales d'Économie et de Statistique* 83/84: 251-275.

- Neumark, D. (1988). Employers' discriminatory behaviour and the estimation of wage discrimination. *The Journal of Human Resources* 23 (3): 279-295.
- Oaxaca, R. (1973). Male-female wage differentials in urban labor markets. *International Economic Review* 14 (3): 693-709.
- Oaxaca, R., & Ransom, MR. (1994). On discrimination and the decomposition of wage differentials. *Journal of Econometrics* 61: 5-21.
- Pohlmeier, W., & Ulrich, V. (1995). An econometric model of the two-part decision-making process in the demand for health care. *The J of Human Resources* 30(2): 339-361.
- Rodríguez, M., & Stoyanova, A. (2004). The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics* 13: 689-703.
- Vera-Hernández, AM. (1999). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics* 8: 579-598.

### Αποταμίευση και Συνταξιοδότηση

Η οικονομική κρίση και η αύξηση του προσδόκιμου της ηλικίας (γήρανση του πληθυσμού) έχουν αλλάξει άρδην τον τρόπο χρηματοδότησης των κοινωνικών δαπανών. Και αν η κρίση είναι μεσοχρόνια (δηλαδή πρόσκαιρη), η γήρανση του πληθυσμού έχει μόνιμο χαρακτήρα. Μία από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις είναι η αδυναμία των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων να καλύψουν τις συντάξεις ενός αυξανόμενου αριθμού συνταξιούχων. Δύο είναι οι λύσεις που μπορούν να εφαρμοστούν και συνδυαστικά. Πρώτον, μείωση του ποσού των συντάξεων και δεύτερον αύξηση του απαιτούμενου εργάσιμου βίου για συνταξιοδότηση. Υπάρχει και μία τρίτη λύση που είναι η αύξηση των φόρων και των εισφορών των ήδη εργαζομένων, αλλά αυτή η δεξαμενή μάλλον στερεύει, αν δεν στέρευσε. Μία άλλη λύση είναι η ιδιωτική αποταμίευση για συνταξιοδότηση. Το θέμα αυτό αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης που εξετάζεται στο σημερινό τεύχος (βλέπε Gordon L. Clark, Kendra Strauss & Janelle Knox-Hayes. *Saving for Retirement: Intention, Context, and Behavior*. Oxford and New York: Oxford University Press, 2012. pp. xix, 202. ISBN 978-0-19-960085-4).

Το βιβλίο οργανώνεται σε εννέα κεφάλαια. Στο πρώτο το εισαγωγικό, οι συγγραφείς περιγράφουν την ιστορική εξέλιξη της συνταξιοδότησης, κυρίως της συνταξιοδότησης μέσω της επαγγελματικής ενασχόλησης των ατόμων. Αυτή η αναδρομή αποτελεί τη βάση για την συζήτηση που ακολουθεί στα επόμενα κεφάλαια για τη λήψη απόφασης αποταμίευσης με σκοπό την συνταξιοδότηση. Έμφαση δίνεται στον χρηματοδοτικό κίνδυνο (ρίσκο), την αβεβαιότητα και την απαιτούμενη πληροφόρηση σε ό,τι αφορά τις χρηματοοικονομικές αγορές. Η έμφαση είναι στο άτομο ή καλύτερα τα νοικοκυριά. Και κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο οι συγγραφείς ξεκαθαρίζουν την προσέγγισή τους που είναι η χρήση οικονομετρικών μεθόδων για την ανάδειξη της σπουδαιότητας των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων που λαμβάνουν αποφάσεις για θέματα που σχετίζονται με χρηματοοικονομικό κίνδυνο.

Το δεύτερο κεφάλαιο έχει τίτλο Περιβάλλον και Συμπεριφορά. Η προσέγγιση αυτού του κεφαλαίου είναι οι βασικές αρχές που αφορούν τη φύση του ανθρώπου και το σκοπό του ορθολογισμού (rationality). Υποβαθμίζεται ο ρόλος της διαβούλευσης και της αιτιολογημένης κρίσης και αναδεικνύεται η διαίσθηση, η συνήθεια και η μίμηση. Το ζητούμενο είναι ο σχεδιασμός των ατομικών αποταμιεύσεων για συνταξιοδότηση μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό γεωγραφικό πλαίσιο. Και φυσικά αν αυτό είναι εφικτό σε εποχές αβεβαιότητας.

Το τρίτο κεφάλαιο, Ροπές Κινδύνου (Risk Propensities), εξετάζει την εκτίμηση του ατομικού (χρηματοοικονομικού) κινδύνου σε σχέση με την ηλικία του ατόμου, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση. Βρίσκουν ότι η προδιάθεση απέναντι στον κίνδυνο και η συμπεριφορά εξαρτάται από την κοινωνικό-δημογραφική θέση και το εισόδημα. Χαμηλού εισοδήματος γυναίκες έχουν μεγάλη απέχθεια για τον κίνδυνο (μεγάλη απροθυμία να αναλάβουν χρηματοοικονομικό κίνδυνο). Ο σχεδιασμός των αποταμιεύσεων επηρεάζεται από την συμπεριφορά των οικείων τους.

Το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με το άτομο του σχεδιασμού των αποταμιεύσεων για συνταξιοδότηση. Συγκεκριμένα οι συγγραφείς προσπαθούν

να διερευνήσουν το ποιος σχεδιάζει και ποιος αφήνει τα πράγματα στην τύχη τους. Γίνεται μια διαφοροποίηση μεταξύ εκείνων που ικανοποιούνται με την αναζήτηση πληροφοριών σε τοπικό επίπεδο και σε εκείνους που χρησιμοποιούν το διαδίκτυο και ψάχνουν παγκόσμια για την λήψη πληροφοριών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι πιο πολλοί αναζητούν πληροφορίες τοπικά παρά εμπιστεύονται ή έχουν συνάψει συμβάσεις.

Το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την αγορά. Οι συγγραφείς αναπτύσσουν ένα υπόδειγμα για να διερευνήσουν τις διαφορετικές αντιδράσεις των ατόμων στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της αγοράς. Βρίσκουν ότι μερικοί, συνήθως νέοι με κάποια κεφάλαια, έχουν την ικανότητα να προβλέπουν τι θα συμβεί στην αγορά. Αυτό, κατά τους συγγραφείς, εξηγεί γιατί ακόμη και στις πιο μεγάλες κρίσεις όπως αυτή του 1930, μερικοί καταφέρνουν να επιβιώσουν. Η έμφαση του κεφαλαίου είναι στην ιδιοκτησία ως αποταμιευτικού μέσου προς συνταξιοδότηση και αυτό συνδέεται με το επόμενο κεφάλαιο που αφορά την αγορά σπιτιού ως αποταμίευση για συνταξιοδότηση. Το σπίτι είναι κάτι παραπάνω από αποταμίευση. Δείχνει κοινωνικό επίπεδο, είναι ένας πόρος εισοδήματος και συνδέεται συναισθηματικά με τον ιδιοκτήτη. Οι πιο ηλικιωμένοι με υψηλό εισόδημα θεωρούν το σπίτι μία ασφαλή επένδυση για τα γεράματα. Μάλιστα συγκριτικά με άλλες εναλλακτικές που είναι διαθέσιμες στην αγορά, η ιδιοκτησία του σπιτιού είναι η πιο γνωστή.

Το έβδομο κεφάλαιο ασχολείται με την αγορά χρηματοοικονομικών επενδυτικών σχημάτων που αποφέρουν σταθερό εισόδημα (annuities). Μεταβλητές, όπως η κοινωνική θέση και η προσωπικότητα του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με τα τοπικά (γεωγραφικά) χαρακτηριστικά γνωρίσματα αποφέρουν πολύ διαφορετικά αποτελέσματα. Οι συγγραφείς βρίσκουν ότι αυτές οι προτιμήσεις αλλάζουν όσο τα άτομα μεγαλώνουν με σημαντικά διαφορετικές συμπεριφορές μετά τα 70 χρόνια της ζωής τους.

Το όγδοο κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή για το ένατο και τελευταίο κεφάλαιο και αφορά την διαχείριση (μάνατζμεντ) των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων και των συνταξιοδοτικών οργανισμών και θεσμών. Και τα δύο κεφάλαια σχετίζονται με το σημαντικό θέμα της κοινωνικής (δημόσιας) πολιτικής. Οι συγγραφείς εστιάζονται στις Δυτικές οικονομίες, αν και όλη η προηγούμενη ποσοτική τους ανάλυση αφορούσε αποκλειστικά το Ηνωμένο Βασίλειο. Διαφοροποιήσεις υπάρχουν μεταξύ των χωρών στον μακροχρόνιο σχεδιασμό των συνταξιοδοτικών τους προγραμμάτων. Γενικότερα αναγνωρίζεται μία έλλειψη εμπιστοσύνης στους υπάρχοντες θεσμούς και φορείς. Οι συγγραφείς επιχειρηματολογούν λέγοντας ότι πολλές από τις λεγόμενες λύσεις δεν καταφέρνουν να λάβουν υπόψη τους σοβαρά τα ευρήματα της δικής τους μελέτης. Αυτά αφορούν την συμπεριφορά των ατόμων ιδιαίτερα σε σχέση με την αδυναμία τους να δουν στο χρόνο και το χώρο τις τρέχουσες συνθήκες σε σχέση με τις μελλοντικές τους ανάγκες. Προτείνουν δε έναν συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών φορέων και θεσμών που λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αυτές τις αδυναμίες.

Το βιβλίο είναι χρήσιμο σε όλους όσους ασχολούνται με θέματα κοινωνικής πολιτικής. Μάλλον θέτει περισσότερα ερωτήματα για μελλοντικές έρευνες παρά δίνει απαντήσεις σε «γήινα» προβλήματα. Αλλά αυτό είναι το μειονέκτημα όλων των καλών ερευνών.

**Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**

## 1st Annual International Conference on Health and Medical Sciences

The [The Health Research Unit](#) of the [Athens Institute for Education and Research](#) (ATINER) will hold its 1<sup>st</sup> Annual International Conference on Health & Medical Sciences, 6-9 May 2013, Athens, Greece. For further details, please go to the conference website: <http://www.atiner.gr/healthsciences.htm>. The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health sciences, medical sciences and related disciplines.

The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of special events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi.

Please submit a 300-word abstract by email, [health@atiner.gr](mailto:health@atiner.gr), by **28 February 2013** to: Dr. Paul Contoyannis ([C.V.](#)), Head, [Health Research Unit](#), ATINER & Associate Professor, McMaster University, Canada., 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available at <http://www.atiner.gr/2013/FORM-HSC.doc>. Decisions are reached within 4 weeks. If you want to participate without presenting a paper, i.e. organize a mini conference or a panel (session), chair a session, review papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos, ([gtp@atiner.gr](mailto:gtp@atiner.gr)), President, ATINER.

## 12<sup>th</sup> Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy

The [Health Research Unit](#) of the [Athens Institute for Education and Research](#) (ATINER) will hold its 12<sup>th</sup> Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 24-27 June 2013, Athens, Greece. For further details, please go to the conference website: <http://www.atiner.gr/health.htm>. The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of special events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi.

The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health economics, management and policy. Areas of interest include (**but are not confined to**): Equity and Poverty in Health, Pharmaceutical Economics, Quality of Life, Economic Evaluation, Health Care Reforms, Social Security, School Health Programs, Health Law and Health Related Business. Selected papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings or Edited Books as part of ATINER's education book series. For Books and Proceedings of previous conferences you may visit [http://www.atiner.gr/docs/HEALTH\\_PUBLICATIONS.htm](http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm) for table of contents and order forms.

Please submit a 300-word abstract by email, [atiner@atiner.gr](mailto:atiner@atiner.gr), by **25 February 2013** to: Dr. Paul Contoyannis ([C.V.](#)), Head, [Health Research Unit](#), ATINER & Associate Professor, McMaster University, Canada, 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available at <http://www.atiner.gr/2013/FORM-HEA.doc>. Decisions are reached within 4 weeks.

If you want to participate without presenting a paper, i.e. organize a mini conference or a panel (session), chair a session, review papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos, ([gtp@atiner.gr](mailto:gtp@atiner.gr)), President, ATINER.

## Έντυπες και Ηλεκτρονικές Εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

α/α	Τίτλος	Επιμέλεια έκδοσης	Έτος δημοσίευσης	ISBN	Αριθμός σελίδων
1	Health Studies: Economics, Management and Policy	Angus Douglas & Zoe Boutsoli	2011	978-960-9549-25-7	312
2	Unexpected Demand and its Impact on Hospital Cost: The Case of Greece	Zoe Boutsoli (Συγγραφέας)	2010	978-960-6672-59-0	180
3	Themes on Health Care: Challenges and Future Actions	Zoe Boutsoli	2009	978-960-6672-54-5	442
4	Health Care Issues: An International Perspective	John N. Yfantopoulos, Gregory T. Papanikos & Zoe Boutsoli	2006	978-960-6672-15-6	500
5	Health Economics, Management and Policy	John N. Yfantopoulos & Gregory T. Papanikos	2005	960-88672-6-6	432
6	The Economics of Health Reforms	John N. Yfantopoulos	2004	960-88672-0-7	875
7	Issues of Health Economics and Health Management	Stephen Birch, John F.P. Bridges and Gregory T. Papanikos (assisted by Zoe Boutsoli)	2003	960-87822-1-X	200
8	Health Economics and Health Management	Sotiris Soulis	2002	960-02-1728-9	248

Για περισσότερες πληροφορίες για τις εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: [www.atiner.gr/docs/HEALTH\\_PUBLICATIONS.htm](http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm).

## **ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ**

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά Arial μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: [health@atiner.gr](mailto:health@atiner.gr)
2. Τα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από μια περίληψη, το ανώτερο μέχρι 150 λέξεις.
3. Οι πίνακες και τα διαγράμματα θα πρέπει να υποβάλλονται στο τέλος του κειμένου.
4. Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 5.000 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των κειμένων, των πινάκων, των διαγραμμάτων και της βιβλιογραφίας.
5. Τα άρθρα πρέπει να έχουν την εξής σειρά: περίληψη, κείμενο, παραπομπές, βιβλιογραφία και πίνακες-διαγράμματα.
6. Τα άρθρα που έχουν αποσταλεί προς δημοσίευση δεν θα υποβάλλονται σε άλλα περιοδικά, όσο αυτά είναι υπό εξέταση στο Οικονομία & Υγεία.
7. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στην συνημμένη επιστολή και στην πρώτη σελίδα αν τα άρθρα εκφράζουν τη θέση του συγγραφέα πάνω στο εκάστοτε θέμα ή αν προέρχονται από διδακτορική διατριβή.
8. Σε περίπτωση άρθρων που χρησιμοποιούν βάσεις δεδομένων θα πρέπει να αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η πηγή και να υποβάλλεται μαζί με το άρθρο για να μπορούν να γίνουν οι στατιστικές επαληθεύσεις από τους κριτές.
9. Όλα τα άρθρα που αποστέλλονται στο περιοδικό, εξετάζονται από δύο (2) κριτές. Το όνομα του συγγραφέα δε θα πρέπει να εμφανίζεται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται για παραπομπή.
10. Οι συγγραφείς των άρθρων που πρόκειται να δημοσιευτούν απαιτείται να μεταφέρουν τα πνευματικά δικαιώματα στο Οικονομία και Υγεία.

Βαλαωρίτου 8, 106 71 Αθήνα

