

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της αντίστοιχης ζήτησης οδηγεί στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Επομένως οι όροι «ικανοποιημένη ζήτηση» και «χρησιμοποίηση» ταυτίζονται. Σύμφωνα με τον Andersen που διετύπωσε το «συμπεριφοριστικό υπόδειγμα» (Andersen R., 1968) η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στην έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν πρόσβαση.

Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους γιατρούς.

Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται μεταβλητές όπως το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος στην τρίτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας.

Από την άλλη, το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» εισάγει επιπλέον δομικά χαρακτηριστικά για να μελετήσει την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη, η γνώση για την ασθένεια και η πρότερη επαφή μαζί της (Rosenstock I., 1969).

Γενικεύοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι παράγοντες που συντελούν σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι: α) δημογραφικοί, β) κοινωνικοοικονομικοί, γ) επιδημιολογικοί και δ) παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος (Borrás J.M., 1994).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία.

Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως λόγω της ύπαρξης χρονίων νοσημάτων (Vladeck BC. et al., 1983). Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ η χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης αυξάνεται με την πάροδο των ετών η χρήση

πρωτοβάθμιας μειώνεται (Murphy JF. et al., 1996). Αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται και στην συνταγογράφηση (Philipppant D. et al., 2000).

Σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας (Bertakis KD. et al., 2000). Αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των αντρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άντρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι μετατρέπουν ευκολότερα από τους άντρες τις ανάγκες τους σε χρησιμοποίηση (Τριχόπουλος Δ., 1982).

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζεί και εργάζεται το άτομο, περιλαμβάνουν δε το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης και σχετίζονται με την κοινωνική θέση.

Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα υψηλότερου οικονομικού επιπέδου επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων (Mc Isaak W. et al., 1997) κάτι που ισχύει και για άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Lostao L. et al., 2001). Χαρακτηριστικό είναι ότι άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία (Billings J. et al., 1993).

Όσον αφορά τους επιδημιολογικούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το επίπεδο υγείας φαίνεται βάσει ερευνών ότι είναι καθοριστικής σημασίας στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Mendoza-Sassi R. et al., 2001).

Τέλος από τα δομικά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο αφού φαίνεται πως καλύτερης ποιότητας ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας (Faulkner LA. et al., 1997).

Στην χώρα μας οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ σημαντική θεωρείται και η επίδραση της δομής τόσο του συστήματος υγείας όσο και του ασφαλιστικού συστήματος. Ταυτόχρονα το κόστος μετακίνησης, επηρεάζει τα χαμηλά εισοδήματα, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συχνά λόγω λανθασμένης εκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους. Όσον αφορά στις

περιφερειακές ανισότητες, όπου συναντώνται, αποτελούν έκφραση των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων των περιφερειών, του τρόπου ζωής και επιλογών, καθώς και της ανισοκατανομής των πόρων (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000).

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, θεωρούνται από τις χαμηλότερες σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ωστόσο αν συνυπολογιστούν και οι ιδιωτικές δαπάνες η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης δε, είναι η κοινωνική ασφάλιση (κυρίως εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) και η γενική φορολογία. Η ιδιωτική ασφάλιση, συμμετέχει σε μικρό ποσοστό, αν και ολοένα αυξάνεται (Μωραΐτης και συν., 1995).

Αξιίζει βέβαια να αναφερθεί, ότι η καταβολή πρόσθετων «άτυπων» πληρωμών στο κόστος της φροντίδας είναι εξαιρετικά υψηλή (Κυριόπουλος, 1997), έτσι ώστε το σύνολο των ιδίων πληρωμών και παραπληρωμών να προσεγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας (Kyriopoulos, et. al, 1998).

Είναι χαρακτηριστικό δε, ότι η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, και η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων τα τελευταία χρόνια οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης και στην ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2002).

Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2000), το κύριο χαρακτηριστικό των τριών βασικών υποσυστημάτων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Ε.Σ.Υ., Ι.Κ.Α., ιδιωτικός τομέας) είναι ότι παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις σε κάθε μορφή προληπτικών δραστηριοτήτων, υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας. Στις αστικές περιοχές, η πρωτοβάθμια φροντίδα ακολουθεί πεπαλαιωμένα οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα με αποτέλεσμα την χαμηλή ποιότητα των φροντίδων και την μη ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών υγείας ενώ στην νοσοκομειακή περίθαλψη υπάρχει πρόβλημα ελλειμμάτων που επικεντρώνεται στα 25 περίπου μεγάλα αστικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία

τα οποία συγκεντρώνοντας τον μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, παρουσιάζουν και υψηλότερο έλλειμα ανά ασθενή.

Δεδομένου ότι πίσω από την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα βρίσκεται η ισότητα (Κυριόπουλος, 2000), βάσει αυτών των δύο κριτηρίων, πρέπει να καθοριστούν προτεραιότητες σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους.

Όσον αφορά την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας από την τρίτη ηλικία το βασικό χαρακτηριστικό της είναι ότι στρέφεται σε υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας παρά σε υπηρεσίες πρόληψης με αποτέλεσμα οι δαπάνες υγείας να είναι δαπάνες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη (Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., 1993).

Το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα που αυξάνουν την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και επομένως την συχνότητα ιατρικών επισκέψεων ή ημερών νοσηλείας (Μπαλασοπούλου και συν., 1991).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε περισσότερο από μια δεκαετία πριν από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Καράγιωργας και συν., 1990), οι άντρες εμφανίζονταν να χρησιμοποιούν συχνότερα από τις γυναίκες τις υπηρεσίες υγείας. Το ενδιαφέρον ωστόσο επικεντρώνεται στο γεγονός ότι την μεγαλύτερη χρήση στους άντρες έκαναν κατά σειρά οι τεχνίτες, οι γεωργοί-κτηνοτρόφοι και οι υπάλληλοι γραφείου ενώ τα διευθυντικά και ανώτερα στελέχη παρουσίαζαν την χαμηλότερη ζήτηση. Για τις γυναίκες, την μεγαλύτερη χρησιμοποίηση εμφανίζαν κατά σειρά οι αγρότισσες, οι εργάτριες, οι υπάλληλοι γραφείου και οι επιστήμονες ενώ τα ανώτερα στελέχη και στην περίπτωση των γυναικών εμφανίζαν την μικρότερη χρησιμοποίηση.