

Οι επιπτώσεις της έλλειψης υγειονομικής ασφάλισης στη φυσική κατάσταση και υγεία ηλικιωμένων ασθενών

I.A. Βογιατζής, *A. Κοτσάνη, Θ. Καραμήτσος, E. Καμπίτση, I.M. Βογιατζής

Καρδιολογικό και *ΩΡΛ Τμήμα, Γ. N. Νοσοκομείο Βέροιας

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που είναι ανασφάλιστοι ολόενα και αυξάνει τα τελευταία χρόνια και συχνά αποτελεί καθοριστική αιτία πλημμελούς ιατρικής φροντίδας. Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και οι επιπτώσεις στην υγεία ανασφάλιστων ηλικιωμένων που νοσηλεύονται σε Γενικό Νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήθηκαν τα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα 68 ανασφάλιστων ηλικιωμένων ασθενών, (Ομάδα Α, 40 άνδρες – 28 γυναίκες, μέσης ηλικίας $72,5 \pm 5,32$ χρόνων) και συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα 68 ασφαλισμένων στα Ασφαλιστικά Ταμεία ηλικιωμένων ασθενών με ανάλογα προβλήματα υγείας (Ομάδα Β, 38 άνδρες – 30 γυναίκες, μέσης ηλικίας $73,6 \pm 8,54$ χρόνων). Αναλύθηκε η λειτουργική κατάσταση, το επίπεδο της υγείας και η θνητότητα στην εισαγωγή, αλλά και μετά από παρακολούθηση για 6 μήνες με 1 χρόνο 40 ασθενών της ομάδας Α που

Πολλές μελέτες έδειξαν κατά καιρούς ότι οι ανασφάλιστοι δέχονται υποβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, ενώ οι ανάγκες για φροντίδα είναι μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες των ασφαλισμένων στα Ταμεία¹. Επιπλέον παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνητότητα από αυτούς με ασφάλιση και μεγαλύτερη έκπτωση στη φυσική ικανότητα, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι. Η ειδική αυτή ομάδα του πληθυσμού παρουσιάζει ιδιαίτερα υγειονομικά προβλήματα που οφείλονται στην αυξημένη νοσηρότητα και στη μακρόχρονη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη². Επίσημα στοιχεία στη χώρα μας αναφέρουν ότι για κάθε πέντε χρόνια μετά την ηλικία των 35 χρόνων αυξάνει η μέση διάρκεια νοσηλείας κατά μία ημέρα³. Επιπλέον η κακή οικονομική κατάσταση αποτελεί συχνά καθοριστική αιτία πλημμελούς ιατρικής φροντίδας⁴.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα καταγράφεται αυξηση του αριθμού των ηλικιωμένων με αντίστοιχη αυξηση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα παρατηρείται αυξηση του αριθμού των ανασφάλιστων, κυρίως λόγω μετανάστευσης, ιδιαίτερα από χώρες της Ανατολικής Ευρώπης⁵. Από την άλλη πλευρά η πρόσβαση των ανασφάλιστων στις υπηρεσίες υγείας ποικίλει ανάλογα με τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο, έτσι ώστε υπάρχει μία σχέση μεταξύ της έλλειψης ασφάλισης και του κινδύνου επί-

ασφαλίστηκαν στην Πρόνοια (Ομάδα Γ, 28 άνδρες – 12 γυναίκες, μέσης ηλικίας $71,4 \pm 4,54$ χρόνων).

Αποτελέσματα: Οι ανασφάλιστοι είχαν χειρότερη λειτουργική κατάσταση και επίπεδο υγείας από τους ασφαλισμένους ($21,6\% - 12,8\% / p=0,02$). Στους 6 μήνες και 1 χρόνο οι ασθενείς που είχαν ασφαλιστεί στην Πρόνοια βελτίωσαν το επίπεδο της Υγείας κατά $12,8\%$ ($p=0,04$) αλλά παρέμειναν σε χαμηλότερη στάθμη συγκριτικά με την ομάδα Β (Ομάδα Α: $48,7\% -$ Ομάδα Γ: $22,5\%$ έναντι Ομάδα Β: $10,7\% / p=0,01$). Η θνητότητα ήταν σημαντικά μικρότερη στους ασθενείς της ομάδας Β (Ομάδα Α: $13,4\% -$ Ομάδα Γ: $8,3\% -$ Ομάδα Β: $2,8\% / p<0,001$)

Συμπέρασμα: Η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης στους ηλικιωμένους ασθενείς σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ελάττωσης της λειτουργικής κατάστασης και του επίπεδου της υγείας και με αυξημένη θνητότητα.

Ιπποκράτεια 2004, 8 (1): 40-43

δρασης στην υγεία, εξαιτίας πλημμελούς πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες⁶.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και οι επιπτώσεις στην υγεία ανασφάλιστων ηλικιωμένων που νοσηλεύονται σε Γενικό Νοσοκομείο.

Υλικό και μέθοδοι

Μελετήθηκαν τα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα 68 ηλικιωμένων ανασφάλιστων ασθενών, (Ομάδα Α, 40 άνδρες – 28 γυναίκες, μέσης ηλικίας $72,5 \pm 5,32$ χρόνων) και συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα 68 ασφαλισμένων στα Ασφαλιστικά Ταμεία ηλικιωμένων ασθενών με ανάλογα προβλήματα υγείας (Ομάδα Β, 38 άνδρες – 30 γυναίκες, μέσης ηλικίας $73,6 \pm 8,54$ χρόνων).

Συγκεκριμένα αναλύθηκε η φυσική κατάσταση, το επίπεδο της υγείας (κατανάλωση αλκοόλ, υπέρταση, σαχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, καρκίνος, αρθρίτιδα, ΑΕΕ, δυσκολία στην όραση) και η θνητότητα στην εισαγωγή (νοσοκομειακή), αλλά και μετά παρακολούθηση 40 ασθενών για 6 μήνες με 1 χρόνο, της ομάδας Α που είχαν ασφαλιστεί στην Πρόνοια (Ομάδα Γ, 28 άνδρες – 12 γυναίκες, μέσης ηλικίας $71,4 \pm 4,54$ χρόνων). Τα στοιχεία προήλθαν από τα αρχεία του νοσοκομείου αλλά και από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων από τους ασθενείς ή από το άμεσο περιβάλλον τους.

Η λειτουργική κατάσταση εκτιμήθηκε από την ικανότητα να επιτελούν από μόνοι τους ορισμένες βασικές λειτουργίες (κίνηση, αυτοεξυπηρέτηση) ή εμφάνιζαν ακράτεια, αμνησία και διαταραχές προσωπικότητας⁷. Το επίπεδο της υγείας ορίστηκε σαν “καλό”, “μέτριο” και “κακό” σύμφωνα με υποκειμενικά (απάντηση στο ερωτηματολόγιο) και αντικειμενικά κριτήρια (ιατρική γνωμάτευση)⁷.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 9.0 for Windows. Η σύγκριση των ποιοτικών χαρακτηριστικών έγινε με τη δοκιμασία χ^2 και των ποσοτικών με τη δοκιμασία t-test (σύγκριση δύο μεταβλητών), ενώ εφαρμόστηκε ανάλυση της μεταβλητής κατά ANOVA, όταν συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά περισσότερων των δύο ομάδων. Πιθανότητα $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

Αποτελέσματα

Οι ανασφάλιστοι είχαν χειρότερη λειτουργική κατάσταση και επίπεδο υγείας από τους ασφαλισμένους. Στον Πίνακα 1 καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών των δύο ομάδων. Μετά την πρώτη νοσηλεία οι περισσότεροι ασθενείς ασφαλίζονται στην Πρόνοια για να έχουν πρόσβαση στις Νοσοκομειακές υπηρεσίες αλλά και στη φαρμακευτική αγωγή, μέσω των φαρμακείων των Νοσοκομείων.

Στους 6 μήνες και 1 χρόνο οι ασθενείς που είχαν ασφαλιστεί στην Πρόνοια βελτίωσαν το επίπεδο της Υγείας κατά 12,8% αλλά παρέμειναν σε χαμηλότερη στάθμη συγκριτικά με την ομάδα Β. Η θνητότητα ήταν σημαντικά μικρότερη στους ασθενείς της ομάδας Β (Ομάδα Α : 13,4% - Ομάδα Γ : 8,3% - Ομάδα Β : 2,8%). Αναλυτικά στον Πίνακα 2 καταγράφονται τα χαρακτη-

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των ασθενών στη Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία

	ΟΜΑΔΑ Α n=68	ΟΜΑΔΑ Β n=68	p
Φύλο (Α/Γ)	40/28	38/30	0,1
Ηλικία (έτη)	72,5+5,32	73,6+8,84	0,09
Κάπνισμα π (%)	17 (25)	18 (26,5)	0,2
Αλκοόλ π (%)	34 (50)	22 (32,3)	0,02
Δείκτης μάζης (Kgr/m^2)	27,4+1,23	26,7+0,99	0,1
Χρόνιοι νόσοι (n)	1,2+0,04	1,05+0,01	0,05
Λειτουργική κατάσταση			
Καλή π (%)	48 (70,6)	59 (86,8)	
Μέτρια π (%)	14 (20,6)	7 (10,31)	0,04
Κακή π (%)	6 (8,8)	2 (2,91)	
Επίπεδο Υγείας			
Καλό π (%)	41 (60,29)	53 (77,9)	
Κακό π (%)	27 (39,71)	15 (22,1)	0,04
Πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας			
Ικανοποιητική π (%)	7 (10,3)	60 (88,24)	<0,001
Κακή π (%)	61 (89,7)	8 (11,76)	

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των ασθενών μετά από διηνη - 1 έτους παρακολούθηση

	ΟΜΑΔΑ Α n=28	ΟΜΑΔΑ Β n=68	ΟΜΑΔΑ Γ n=40	p
Φύλο (Α/Γ)	18/10	38/30	22/18	0,04
Ηλικία (έτη)	75+9,54	73,6+8,84	72,3+8,4	0,1
Κάπνισμα π (%)	15 (53,6)	12 (17,6)	17 (42,5)	0,03
Αλκοόλ π (%)	15 (53,6)	22 (32,3)	13 (32,5)	0,1
Δείκτης μάζης (Kgr/m^2)	24,5+1,02	26,7+0,99	22,3+0,86	0,2
Χρόνιοι νόσοι (n)	1,02+0,02	1,05+0,01	1,1+0,02	0,3
Λειτουργική κατάσταση				
Καλή π (%)	15 (53,6)	59 (86,8)	25 (62,5)	
Μέτρια π (%)	9 (32,1)	7 (10,31)	13 (32,5)	0,04
Κακή π (%)	4 (14,3)	2 (2,91)	2 (5)	
Επίπεδο Υγείας				
Καλό π (%)	15 (53,5)	53 (77,9)	32 (80)	
Κακό π (%)	13 (46,5)	15 (22,1)	8 (20)	0,01
Πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας				
Ικανοποιητική π (%)	10 (35,7)	60 (88,24)	33 (82,5)	
Κακή π (%)	18 (64,3)	8 (11,76)	7 (17,5)	0,02
Θνητότητα π (%)	4 (13,4)	2 (2,8)	4 (8,3)	<0,001

ριστικά των ασθενών στην παρακολούθηση και η θνητότητα.

Συζήτηση

Στην εργασία μας βρήκαμε ότι οι ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν χειρότερη λειτουργική κατάσταση και επίπεδο υγείας από τους ασφαλισμένους σε κάποιο Ταμείο Υγείας, με ταυτόχρονη χαμηλή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Για ορισμένους από αυτούς που στη συνέχεια ασφαλίστηκαν, κυρίως στην Πρόνοια, βελτιώθηκαν τα πράγματα, αλλά και πάλι υπολείπονται σημαντικά συγκριτικά με τους συνεχώς ασφαλισμένους ήταν σημαντικά μικρότερη. Τα ευρήματα της μελέτης μας συμφωνούν με τα ευρήματα δύο μελετών, όπου άτομα που έχασαν την ασφαλιστική τους κάλυψη εμφάνισαν σε σύντομο χρονικό διάστημα ελάττωση του επιπέδου της υγείας τους^{8,9}.

Στην εργασία μας οι ανασφάλιστοι ασθενείς συγκρίθηκαν με αντίστοιχους ασφαλισμένους, που εμφάνιζαν περίπου ίδια ηλικία, φύλο και άλλα δημιογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα και το άλκοολ παίζουν σημαντικό ρόλο στα κοινωνικά αίτια εμφάνισης διαφόρων νόσων (στεφανιαία νόσος, καρκίνος πνεύμονα, κύρωση ήπατος) και οι μεταβολές στις συνήθειες αυτές πηγαίνουν παράλληλα αφενός με την επίπτωση αυτών των νόσων αλλά αφετέρου στη θνητότητα¹⁰. Έτσι εξηγείται η παράλληλη σχέση κάπνισμα, χρόνιοι νόσοι και χαμηλότερο επίπεδο υγείας στους ανασφάλιστους ασθενείς της μελέτης μας που έπασχαν από σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό χρόνιων νόσων. Από την άλλη πλευρά οι ανασφάλιστοι έχουν χαμηλότερη πρόσβαση στις

υπηρεσίες υγείας και δεν γνωρίζουν την ύπαρξη κάποιων χρόνιων νοσημάτων (υπέρταση, καρκίνος), που είναι υπεύθυνες για το χειρότερο επίπεδο υγείας που αναφέρονται, παρά μόνο στα τελικά στάδια¹.

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή τους, όσον αφορά τη λειτουργική τους ικανότητα (βάδιση, αυτοεξυπηρέτηση, ακράτεια κλπ). Η έλλειψη προστασίας από το οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί απαιτήσεις για παρουσία τρίτου ατόμου ή παροχή φροντίδας σε κάποιο ίδρυμα. Στην περιπτώση όμως ανασφάλιστων, όπου η ασφάλεια δεν καλύπτει και το εισόδημα πιθανόν δεν επαρκεί, η ζωή γίνεται ανυπόφορη και ο υπερήλικας δυστυχής, με αποτέλεσμα έκπτωση της λειτουργικής του ικανότητας⁶. Επιπλέον οι ανασφάλιστοι δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν εύκολα όλες τις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα κάποιες ειδικές (καθετηριασμός, τομογραφίες κλπ), ενώ υποχρεούνται να νοσηλευτούν στο Νοσοκομείο για παθολογικές καταστάσεις που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από πρωτοβάθμια φροντίδα (πχ κρίση βρογχικού άσθματος, απλή στηθαγχική κρίση)¹¹. Επίσης η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στη νοσοκομειακή νοσηλεία¹².

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών μετά την πρώτη νοσηλεία σε νοσοκομείο ασφαλίζονται, κυρίως στην Πρόνοια, πιθανόν μετά από παρότρυνση των λειτουργών της υγείας του νοσοκομείου προς το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους. Αυτοί παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση του επιπέδου της υγείας τους και καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη συνέχεια. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων ασθενών, συνεχώς ή/και περιοδικά, παραμένουν σε χειρότερο επίπεδο υγείας. Αυτό εξηγείται πιθανόν γιατί η σιγουριά στην εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους κάνει να επισκέπτονται τα Επείγοντα Ιατρεία όταν εμφανιστεί σημαντικά το πρόβλημα και όχι στην αρχική φάση¹³. Από την άλλη πλευρά οι ανασφάλιστοι αναπτύσσουν διαπροσωπικές, κοινωνικές σχέσεις με το προσωπικό υγείας, ιδιαίτερα στην επαρχία, οπότε αυτό εξισορροπεί την αδυναμία “νόμμης” πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας¹⁴.

Άλλες μελέτες όμως γενικά έδειξαν ότι οι περιοδικά ασφαλισμένοι απέφευγαν να δέχονται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιδιαίτερα την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή και έτσι παρέμεναν αβοήθητοι. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, όπου σε αρκετές περιπτώσεις τα έσοδά τους δεν επαρκούν για την αγορά των φαρμάκων τους και την τήρηση του ειδικού διαιτολογίου που απαιτεί η πάθηση τους. Μόλιστα μία πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η οικονομική συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αυξάνει τον κίνδυνο για ανεπιθύμητα συμβάματα, ιδιαίτερα μεταξύ ασθενών με χαμηλότερα εισόδημα, έτοις ώστε προκαλείται ανθρώπινος πόνος, ελάττωση του επιπέδου υγείας και δημιουργία τελικά επιπλέον κόστος στη φροντίδα υγείας¹⁵. Με αυτά εξηγείται και η υψηλότερη θνητότητα στην ομάδα των ανασφαλίστων.

Γενικά φαίνεται ότι ο αριθμός των ανασφαλίστων

ηλικιωμένων αυξάνει και υπάρχει σκεπτικισμός αν μπορεί να αντιστραφεί με ειδικά πολιτικά και κοινωνικά μέτρα. Οι ηλικιωμένοι είναι ανασφάλιστοι για διάφορους λόγους (απώλεια εργασίας, μετανάστευση, έλλειψη φροντίδας οικογενειακού περιβάλλοντος) και έτσι είναι δύσκολο να παρθούν ουσιαστικά μέτρα για να αυξηθεί η ασφαλιστική τους κάλυψη. Ήσως απαιτούνται γενικότερες αποφάσεις στην κατεύθυνση της μεταρρύθμισης του ασφαλιστικού συστήματος, αντίστοιχα με αυτές των ΗΠΑ, δηλαδή τροποποίηση της συμπεριφοράς των ατόμων μέσω της αγωγής υγείας σε νεαρές ηλικίες, σε συνδυασμό με υλοποίηση προγραμμάτων προσυπηλωματικών ελέγχων στα άτομα της τρίτης ηλικίας και με την εφαρμογή νέων θεραπευτικών διαδικασιών¹⁶.

Συμπέρασμα

Η έλλειψη κοινωνικής ασφαλισης στους ηλικιωμένους ασθενείς σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ελάττωσης της φυσικής και λειτουργικής κατάστασης, του επιπέδου της υγείας και με αυξημένη θνητότητα.

Abstract

Vogiatzis IA, Kotsani A, Karamitsos T, Kambitsi E, Vogiatzis IM. The lack of insurance of elderly patients and the impact on their health and functional capacity. Hippokratia 2004, 8 (1): 40-43*

Background: A relatively large proportion of the elderly population receives inadequate health care, mainly due to lack of Health Insurance, since this seems to be a rising social problem over the last years.

The aim of this study is to evaluate the overall functional and health state of hospitalized elderly patients without Health Insurance.

Subjects and Methods: A total of 136 old-aged patients presenting with common health problems were enrolled in the study. In-hospital care costs were borne by an insurance company in 68 of them, (Group B, 38 males- 30 females, mean age 73.6 ± 8.5 years), whereas the rest 68 patients lacked any form of Health Insurance (Group A, 40 males – 28 females, mean age 72.5 ± 5.32 years). Clinical and epidemiological data of both groups were analyzed, focusing on functional state, wellbeing and mortality on admission, 6 months and 1 year after discharge, by which time 40 patients of the 1st group (Group A) were already enrolled in a Public Health Insurance Program (Group C , 28 males – 12 females, mean age 71.4 ± 4.5 years).

Results: Elderly patients without Health Insurance were functionally impaired and in a worse state of health compared to those with any form of Health Insurance (21.6% vs 12.8%, p=0.02). During the follow-up period, patients with recently acquired Health Insurance presented with a better quality of life, (12.8%, p=0.04), but still remained at a lower level when compared to those of Group B (Group A : 48.7% – Group C : 22.5% vs Group B : 10.7%, p=0.01). Mortality rates were significantly lower in Group B, as well (Group A : 13.4% – Group C : 8.3% vs Group B : 2.8%, p < 0.001).

Conclusion: Poor functional state, bad health and higher rates of mortality in the elderly are closely related to the lack of Social and Health Insurance.

Βιβλιογραφία

1. Ayanian JZ, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA, Zaslavsky AM. Unmet health needs of uninsured adults in the United States. *JAMA* 2000; 284:2061-2069
2. Franks P, Clancy CM, Gold MR. Health insurance and mortality: evidence from a national cohort. *JAMA* 1993; 270:737-741
3. Τούντας Ι. Κοινωνία και Υγεία, 2^η Έκδοση Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα 2001, Σελ.:129-136
4. Τούμπος Κ, Ρουμελιώτου Α, Παπαευαγγέλου Γ. Περιφερειακές διαφοροποιήσεις της θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά αιώνα θανάτου. *Ιατρική*, 1990, 58: 1974-1978
5. Γεργοριάδου Α, Πηγαδάς Α, Δαρδαβέσης Θ, Κουτσογιαννόπουλος Β. Ωρίμανση και γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. *Ελληνική Ιατρική* 1991: 57: 126-132
6. Δαρδαβέσης Θ. Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή 1998
7. Φραγκίσκου Ι Χανιώτη. Εγχειρίδιο Γηριατρικής. Εκδόσεις Λίτσας 1992. Σελ. 19-21
8. Lurie N, Ward NB, Shapiro MF, Brook RH. Termination from Medical – does it affect health? *N Engl J Med* 1984; 311:480-484
9. Fihn SD, Wischer JB. Withdrawing routine outpatient medical services: effects on access and health. *J Gen Intern Med* 1988; 3:356-362
10. Wardle J, Farrell M, Hillsdon M et al. Smoking, drinking, Physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D, Shaw M, Dorling D, Davey Smith G, eds. *Inequalities in Health*. Bristol: Policy Press, 1999: 213-239
11. Hadley J, Steinberg EP, Feder J. Comparison of uninsured and privately insured hospital patients: condition on admission, resource use and outcome. *JAMA* 1991; 265:374-379
12. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, Corey CR. Regular source of ambulatory care and access to health services. *Am J Public Health* 1991; 81:434-438
13. Schoen C, DesRoches C. Uninsured and unstably insured: the importance of continuous insurance coverage. *Health Serv Res* 2000; 35:187-206
14. Sloan FA, Conover CJ. Life transitions and health insurance coverage of the near elderly. *Med Care* 1998; 36:110-125
15. Tamblyn R et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001 24/31, 285:421-429
16. Idem. Health insurance of the near elderly: a growing concern. *Med Care* 1998; 36:598-614

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ι.Α. Βογιατζής, Στονιγιαννάκη 3^a – Πανόραμα, 55236 Θεσσαλονίκη, Τηλ. – fax: 2310345709 / 6944276230 - e-mail: gianaris@hol.gr

Corresponding author: Voyatzis I, Stougiannaki 3a, Panorama, 55236 Thessaloniki, Greece, Tel. – fax: 2310345709 / 6944276230 - e-mail: gianaris@hol.gr