

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ  
ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ  
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

Γεώργιος Στασινόπουλος

Διπλωματική Εργασία

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

Πειραιάς  
Σεπτέμβριος 2017

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίσθηκε από τη ΓΣΕΣ του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμ. .... συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Αναλογιστική και Διοικητική Κινδύνου

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- Γ. Βερροπούλου (Επιβλέπων)
- Κ. Τσίμπος
- Μ. Νεκτάριος

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα.

UNIVERSITY OF PIRAEUS



DEPARTMENT OF STATISTICS  
AND INSURANCE SCIENCE

POSTGRADUATE PROGRAM IN  
ACTUARIAL SCIENCE AND RISK  
MANAGEMENT

A COMPARATIVE STUDY OF  
THE PROFILE OF PERSONS  
AGED 50+ WITH AND  
WITHOUT PRIVATE HEALTH  
INSURANCE AND  
DIFFERENTIALS BETWEEN  
EUROPEAN COUNTRIES

By

George Stasinopoulos

MSc Dissertation

Submitted to the Department of Statistics and Insurance Science  
of the University of Piraeus in partial fulfilment of the  
requirements for the degree of Master of Science in Actuarial  
Science and Risk Management

Piraeus, Greece  
September 2017

*Στους γονείς μου  
Τάσο και Σοφία*

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος << Αναλογιστικής Επιστήμης και Διαχείρισης Κινδύνου>> του τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ορισμένα άτομα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Αρχικά, να δώσω ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Βερροπούλου Γεωργία για την καθοδήγησή της στη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που μου συμπαραστάθηκαν για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής εργασίας. Τέλος, να αναφέρω τους φίλους μου και τους συναδέλφους μου, αφού χωρίς την «πίεση» τους, το ενδιαφέρον και την υποστήριξη τους, η ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας θα ήταν ακόμα πιο δύσκολη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν και να περιγραφούν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων άνω των 50 καθώς και το επίπεδο υγείας τους και ο τύπος ασφάλισης υγείας που έχουν, σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επιπλέον, επιχειρείται να γίνει σύγκριση των στοιχείων αυτών μεταξύ των χωρών και να διερευνηθούν συσχετίσεις μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών που σκιαγραφούν το προφίλ του πληθυσμού ηλικίας 50+. Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζουμε γενικές πληροφορίες για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και κάνουμε μια αναφορά στην οικονομική κρίση και στις επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας και στην υγεία των πολιτών. Επιπροσθέτως, στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναλύουμε τον ορισμό της γήρανσης, την γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, τις δαπάνες υγείας για τους ηλικιωμένους και τις προοπτικές εξέλιξης του φαινομένου αυτού. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφουμε το Ασφαλιστικό στην Ελλάδα καθώς και τις επιπτώσεις της χρηματοοικονομικής κρίσης σ' αυτό. Στην συνέχεια, στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρατίθεται το θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας, όπου περιλαμβάνονται γενικές πληροφορίες για και την έρευνα SHARE. Ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση των στοιχείων από το πέμπτο κύμα της έρευνας SHARE και οι στόχοι της εργασίας. Η ανάλυση περιλαμβάνει στο σύνολο της δεκατέσσερις χώρες οι οποίες είναι οι εξής: Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελβετία, Σλοβενία, Βέλγιο, Τσεχία, Εσθονία και Λουξεμβούργο. Οι ερωτώμενοι στις περισσότερες χώρες είναι ευχαριστημένοι από το βασικό σύστημα υγείας. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων έχει δημόσια σύνταξη. Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο, διερευνούμε την επίδραση δημογραφικών και άλλων μεταβλητών σε διάφορους τύπους ασφάλισης με τη μέθοδο της Λογιστικής Παλινδρόμησης. Σημαντική επίδραση έχει η επαγγελματική ή μη δραστηριότητα του ερωτώμενου. Παρατηρούμε επίσης ότι υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερη οικονομική ευμάρεια παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία.

**Λέξεις κλειδιά:** Ηλικιωμένοι, χρόνιες ασθένειες, περιορισμός σε δραστηριότητες, εισόδημα, κατάθλιψη, ιδιωτική ασφάλιση, δημόσια ασφάλιση, σύνταξη, γήρανση, δαπάνες υγείας, οικονομική κρίση, συστήματα υγείας, ασφαλιστικό σύστημα, έρευνα SHARE, παλινδρόμηση, περιγραφική ανάλυση.

# ABSTRACT

The aim of the research is to investigate and describe the socio-demographic characteristics of the population aged 50+, their health status and their preferences regarding insurance and health policies in countries of the European Union. In addition, it is attempted to compare these characteristics between countries and to investigate the existence of associations between the variables outlining the profile of the aging population. In Chapter 1 we present some information on the European health systems while we also report on the economic crisis and its impact on the systems and on citizens' health. In Chapter 2 we analyze the definition of aging, we outline the aging of the population in Greece and Europe, we present data on health expenditure for the elderly and the cost of disability as well as future prospects. In Chapter 3 we discuss the impact of the recent financial crisis on Insurance policies and the welfare system in Greece. The fourth chapter lists the theoretical framework of the analysis, including general information on the SHARE survey. The data used come from the fifth wave and include fourteen countries: Austria, Germany, Sweden, Holland, Spain, Italy, France, Denmark, Switzerland, Slovenia, Belgium, the Czech Republic, Estonia and Luxembourg. There are differences between these countries regarding the choice of insurance policies and schemes. Respondents in most countries are satisfied with the basic public health system. The majority is entitled to public pension. In Chapter 5, we examine the impact of sociodemographic variables, health and other factors on different types of health and long-term insurance policies using Logistic Regression. Employment status emerges as a very important factor. We also note that higher educational attainment and greater economic prosperity play an important role in health

**Key words:** Elderly, chronic diseases, activity limitations, income, depression, private insurance, public insurance, pension, aging, health costs, economic crisis, health systems, insurance policies, SHARE , logistic regression, descriptive analysis.

## Περιεχόμενα

1 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	12
1.1 Συστήματα Υγείας στην Ελλάδα- Ευρώπη.....	12
Αγγλοσαξονικό μοντέλο.....	12
Ηπειρωτικό (Κεντροευρωπαϊκό) μοντέλο.....	13
Σκανδιναβικό μοντέλο .....	14
Ελληνικό μοντέλο .....	14
1.2 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας.....	16
1.3 Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας.....	17
2 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο.....	21
2.1 Γήρανση του πληθυσμού : ορισμός και αίτια .....	21
2.2 Προσδόκιμο Επιβίωσης και Γήρανση στην Ελλάδα και την Ευρώπη .....	22
2.3 Η αναπηρία στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.....	25
2.4 Δαπάνες υγείας ηλικιωμένων.....	26
2.5 Προοπτικές .....	28
3 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	32
3.1 Γήρανση και Ασφαλιστικό στην Ελλάδα.....	32



3.2 Η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος.....	33
3.3 Η οικονομική κρίση του 2008 και κάποιες επιπτώσεις .....	36
4 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο .....	40
4.1 Έρευνα SHARE.....	40
4.2 Στόχοι της παρούσας Εργασίας .....	42
4.3 Περιγραφική Ανάλυση .....	42
4.3.1 Η Δημογραφική-Κοινωνική διάσταση .....	43
4.3.2 Οικονομική Διάσταση.....	51
4.3.3 Τομέας Υγείας .....	61
5 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Λογιστική Παλινδρόμηση .....	71
5.1 Ορισμός Λογιστικής Παλινδρόμησης και η Σημασία της.....	71
5.2 Χρόνιες ασθένειες.....	72
5.3 Δημόσια ασφάλεια μακροχρόνια περίθαλψης .....	76
5.4 Ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική.....	80
5.5 Ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική / συμπληρωματική .....	83
6 <sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Γενικά Συμπεράσματα .....	87
Βιβλιογραφία .....	89

## Πίνακες

Πίνακας 1.1 : Μεταβολή παραγωγής ασφαλιστρών κατά κλάδο την περίοδο 2013-14	Σελ 17
Πίνακας 2.1 : Δαπάνες Υγείας κατά ηλικία: Το παράδειγμα της Αγγλίας	Σελ 25
Πίνακας 2.2 : Κόστος Γήρανσης (% του ΑΕΠ)	Σελ 28
Πίνακας 4.1 Παράθεση όλων των δειγμάτων του πρώτου κύματος (2004-05, έκδοση δεδομένων 2.0.1.) κατά χώρα, φύλο και ηλικία	Σελ 38
Πίνακας 4.2 : Ποσοστό συμμετεχόντων στην έρευνα κατά χώρα σε 4 ηλικιακές ομάδες	Σελ 44
Πίνακας 4.3 : Σύνθεση του δείγματος κατά χώρα και οικογενειακή κατάσταση	Σελ 46
Πίνακας 4.4 : Δημόσια Σύνταξη κατά χώρα	Σελ 51
Πίνακας 4.5 : Δημόσια Ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης κατά χώρα	Σελ 55
Πίνακας 4.6: Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας κατά χώρα	Σελ 56
Πίνακας 4.7 : Εργασιακή Κατάσταση κατά φύλο	Σελ 57
Πίνακας 4.8: Χρόνιες ασθένειες κατά φύλο	Σελ 59
Πίνακας 4.9: Κατάθλιψη κατά οικογενειακά κατάσταση	Σελ 61
Πίνακας 4.10: Περιορισμός στις δραστηριότητες κατά φύλλο (δείκτης Gali)	Σελ 64
Πίνακας 4.11: Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσια	Σελ 66
Πίνακας 4.12: Ικανοποίηση με την κάλυψη της βασικής ασφάλισης υγείας/εθνικού συστήματος υγείας ανά χώρα	Σελ 67
Πίνακας 5.1 Model Summary (Χρόνιες Ασθένειες)	Σελ 69
Πίνακας 5.2: Hosmer and Lemeshow Test (Χρόνιες Ασθένειες)	Σελ 70
Πίνακας 5.3: Classification Table (Χρόνιες ασθένειες)	Σελ 70
Πίνακας 5.4: Variables in the Equation (Χρόνιες ασθένειες)	Σελ 71
Πίνακας 5.5: Model Summary (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)	Σελ 73
Πίνακας 5.6: Hosmer and Lemeshow Test (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)	Σελ 74
Πίνακας 5.7: Classification Table (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)	Σελ 74
Πίνακας 5.8: Variables in the Equation (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)	Σελ 75
Πίνακας 5.9: Model Summary (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)	Σελ 77
Πίνακας 5.10: Hosmer and Lemeshow Test (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)	Σελ 77
Πίνακας 5.11: Classification Table (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)	Σελ 78
Πίνακας 5.12: Variables in the Equation (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)	Σελ 79
Πίνακας 5.13: Model Summary (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)	Σελ 80
Πίνακας 5.13: Hosmer and Lemeshow Test (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)	Σελ 81
Πίνακας 5.14: Classification Table (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)	Σελ 81
Πίνακας 5.15: Variables in the Equation (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)	Σελ 82

## Διαγράμματα

Διάγραμμα 2.1 : Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΑΣΑ 2013	Σελ 19
Διάγραμμα 2.2 : Πρόβλεψη πληθυσμού άνω των 65 (2015-2050)	Σελ 21
Διάγραμμα 2.3 : Μέση ηλικία του πληθυσμού της Ευρώπης: 1960 και 2060	Σελ 22
Διάγραμμα 2.4 : Συσχέτιση δαπάνών υγείας κατά κεφαλή και προσδόκιμου επιβίωσης	Σελ 23
Διάγραμμα 2.6 : Οι οικονομικές συνέπειες της γήρανσης για τις 27 χώρες της Ευρώπης	Σελ 27
Διάγραμμα 4.1 : Κατανομή του δείγματος κατά φύλο	Σελ 41
Διάγραμμα 4.2 : Ποσοστά Γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα	Σελ 43
Διάγραμμα 4.3 : Ποσοστό Ανδρών ανά ηλικιακή ομάδα	Σελ 43
Διάγραμμα 4.4 : Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος	Σελ 45
Διάγραμμα 4.5 : Ιστόγραμμα συχνότητας ετών εκπαίδευσης κατά φύλο	Σελ 48
Διάγραμμα 4.6 : Εκπαίδευση κατά χώρα	Σελ 49
Διάγραμμα 4.7 : Δημόσια Σύνταξη κατά χώρα	Σελ 52
Διάγραμμα 4.8 : Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική κατά χώρα	Σελ 54
Διάγραμμα 4.9: Δημόσια Ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης κατά χώρα	Σελ 56
Διάγραμμα 4.10: Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας κατά χώρα	Σελ 57
Διάγραμμα 4.11 : Εργασιακή Κατάσταση κατά φύλο	Σελ 58
Διάγραμμα 4.12: Χρόνιες Ασθένειες κατά Φύλλο	Σελ 60
Διάγραμμα 4.13: Κατάθλιψη στους άνδρες	Σελ 61
Διάγραμμα 4.14: Κατάθλιψη στις γυναίκες	Σελ 63
Διάγραμμα 4.15: Περιορισμός Δραστηριοτήτων (Gali) και Εισόδημα	Σελ 65

## 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### 1.1 Συστήματα Υγείας στην Ελλάδα- Ευρώπη

Στην Ε.Ε υπάρχουν τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας, τα εξής:

- το αγγλοσαξονικό μοντέλο
- το ηπειρωτικό (κεντρικοευρωπαϊκό) πρότυπο
- το σκανδιναβικό μοντέλο
- τα συστήματα νοτιοευρωπαϊκού τύπου

#### Αγγλοσαξονικό μοντέλο

Αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge το 1947 και εξασφαλίζει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους μόνιμους πολίτες της χώρας. Το σύστημα υγείας της Αγγλίας είναι το National Healthcare System ή αλλιώς NHS. Πιο συγκεκριμένα η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν. Όσον αφορά την φαρμακευτική περίθαλψη υπάρχουν ωστόσο ειδικές κατηγορίες πολιτών που λαμβάνουν φάρμακα δωρεάν και πιο συγκεκριμένα τα άτομα ηλικίας άνω των 60 και κάτω των 16. Στο NHS απουσιάζουν εντελώς τα ασφαλιστικά ταμεία και είναι έντονη η κρατική παρέμβαση.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς ιατρούς. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς τον Εθνικό. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας προέρχεται κατά 90% από την γενική φορολογία και κατά 10% από τη

κοινωνική ασφάλιση. Γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.

Η δομή του συστήματος υγείας έχει την εξής μορφή: διοικείται από το υπουργείο υγείας το οποίο κατευθύνει και χρηματοδοτεί το εκάστοτε πρόγραμμα. Ακολουθούν 8 περιφέρειες (RHAs), οι υγειονομικές επαρχίες (DHAs) τέλος οι FHSAs διευθύνσεις οικογενειακής ιατρικής (Πιερράκος, 2017; Θεοδώρου, Σαρρής, και Σούλης, 2005).

### Ηπειρωτικό (Κεντροευρωπαϊκό) μοντέλο

Εμπνευστής του μοντέλου είναι ο Βίσμαρκ στη Γερμανία το 1833 και βασίζεται στην αυτονομία των εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού και η έντονη κρατική παρέμβαση. Η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Στην Γερμανία όλοι οι εργαζόμενοι είναι υποχρεωμένοι να εγγραφούν σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, ιδιωτικό ή δημόσιο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη των κατοίκων της Γερμανίας είναι δωρεάν στις υπηρεσίες υγείας και καλύπτεται από την ασφάλιση. Για την φαρμακευτική περίθαλψη είναι απαραίτητη η συνταγή γιατρού ενώ ο ασφαλισμένος καταβάλλει 5 έως 10€ ανά σκεύασμα. Στην ανώτερη βαθμίδα της δομής του συστήματος υγείας βρίσκεται η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση η οποία σχεδιάζει και νομοθετεί ενώ ακολουθούν οι τοπικές κυβερνήσεις οι οποίες παρεμβαίνουν σε θέματα τοπικών ιδιαιτεροτήτων. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι περιφερειακές ενώσεις γιατρών συμβάλλουν και αυτές στο σύστημα υγείας. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες

επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Πιερράκος, 2017, Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2005).

### Σκανδιναβικό μοντέλο

Το σύστημα υγείας στις χώρες αυτές εκπροσωπείται από τη Σουηδία και αποτελεί σημαντικό μέρος του κράτους πρόνοιας. Στηρίζεται στην αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης κάλυψης των αναγκών τους. Το σκανδιναβικό μοντέλο μεταθέτει την αρμοδιότητα της οικονομικής διαχείρισης και της αξιολόγησης του συστήματος υγείας στην κεντρική και κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Το κράτος χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων. Οι πόροι του δημοσίου συστήματος προέρχονται κυρίως από την φορολογία.

Κύρια πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι (70%) και ακολουθεί η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση που φτάνει στο (19%). Κάθε Σουηδός πολίτης έχει τις εξής δύο επιλογές: Να επισκεφθεί τον γιατρό ή ένα νοσοκομείο πληρώνοντας 18€ ή να καταβάλει 95€ τον χρόνο. Πληρώνοντας 200€ καλύπτει οποιαδήποτε φαρμακευτική δαπάνη προκύψει για ένα χρόνο. Το υπουργείο υγείας έχει αναλάβει το νομοθετικό έργο, οι περιφέρειες συντονίζουν την Τριτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα των πολιτών ενώ οι Τοπικές Κοινότητες είναι υπεύθυνες για την δημόσια υγεία στο σύνολο της Πρωτοβάθμιας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται μέσα από κέντρα υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς (Πιερράκος, 2017, Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2005).

### Ελληνικό μοντέλο

Η Ελλάδα έχει ένα μικτό σύστημα, όπου τα νοσοκομεία ακολουθούν το Αγγλικό σύστημα, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα το Γερμανικό σύστημα. Στην Ελλάδα το πρώτο νοσοκομείο χτίστηκε το 1836 ενώ το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

ιδρύθηκε το 1983. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας. Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά στις περιφέρειες (ΔΥΠε). Η φροντίδα των ασθενών παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στηρίζεται κυρίως στα έσοδα του δημοσίου τομέα, προερχόμενα από τη φορολογία και τα ασφαλιστικά ταμεία. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν σε υπηρεσίες υγείας και καλύπτεται από την ασφάλιση, ωστόσο υπάρχουν μερικές εξετάσεις που δεν τις χορηγούν τα ταμεία. Ο ασφαλισμένος για την εκτέλεση της συνταγής σε ιδιωτικό φαρμακείο πληρώνει συμμετοχή στην αγορά φαρμάκων που ανέρχεται σε ποσοστό 25% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου. Εξαιρούνται κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που τα φάρμακα τους χορηγούνται με συμμετοχή 10% ή με μηδενική συμμετοχή όπως αναφέρονται στους καταλόγους του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Από την άλλη υπάρχει και η ιδιωτική ασφάλιση όπου ανάλογα το συμβόλαιο που έχει συνάψει κανείς έχει πλήρη ή μερική κάλυψη, ταυτόχρονα όμως έχει και δημόσια ασφάλεια.

Ως κύριο 'πρόβλημα' του Ελληνικού συστήματος εμφανίζεται ο ασθενής έλεγχος δαπανών. Απαραίτητο συμπλήρωμα του συστήματος θα έπρεπε να είναι η υψηλή διοικητική ικανότητα. Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας επηρεάστηκε από τα χαρακτηριστικά της πολιτικής των τελευταίων 20 ετών και της νοοτροπίας της δημόσιας διοίκησης. Ο πελατειακός χαρακτήρας είχε επιρροή και στο ΕΣΥ ενώ η εξάρτησή του από το εκάστοτε κόμμα που ήταν στην εξουσία στέρησε από το

σύστημα τη δυνατότητα να αναπτυχθεί, να έχει αυτονομία και να υπάρχει αξιοκρατία. Η κοινή γνώμη λέει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ικανοποιητική καθώς και ότι υπάρχει ανισότητα (γεωγραφική και οικονομική) σε αυτές αλλά και στις παροχές υγείας. Η ανισότητα στις παροχές έγκειται όχι στο ύψος των ασφαλιστρών αλλά στην διαφορετικότητα των ταμείων. Ως εκ τούτου είναι ένα σύστημα πολλών ταχυτήτων.

Άλλα προβλήματα είναι οι άτυπες πληρωμές, οι λίστες αναμονής των ασθενών και η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το πρόβλημα του ΕΣΥ σήμερα είναι τα δημοσιονομικά ελλείματα και η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά το ΕΣΥ παρουσιάζει πλεονεκτήματα όπως τη περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος, την έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας, την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού κι την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας. (Πιερράκος, 2017, Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2005).

## 1.2 Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας

Υπάρχουν 2 επιλογές για το πώς χρηματοδοτείται η υγεία (Κοινωνική-δημόσια ασφάλιση ή ιδιωτική ασφάλιση) και για το πώς παρέχεται (από δημόσιους φορείς ή από ιδιωτικούς παρόχους). Παγκοσμίως έχουν χρησιμοποιηθεί όλοι οι συνδυασμοί, οι οποίοι έχουν θετικά και αρνητικά σημεία (Τήνιος, 2014).

1. Δημόσια χρηματοδότηση + δημόσια παροχή (Αγγλία, Σκανδιναβικές χώρες). Το κόστος διατηρείται χαμηλό και δεν υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης. Όμως υπάρχουν ουρές για νοσηλεία και η δυνατότητα επιλογής είναι περιορισμένη.
2. Δημόσια χρηματοδότηση + ιδιωτική παροχή (Καναδάς, Γερμανία). Οι δαπάνες ελέγχονται μέσω αυστηρών περιορισμών στην δαπάνη, πράγμα που δημιουργεί πρόβλημα με "φακελάκια".
3. Ιδιωτική χρηματοδότηση + ιδιωτική παροχή (ΗΠΑ). Αύξηση δαπάνης, κενά κάλυψης, δυσκολία στην εκπαίδευση νέων γιατρών.



Σύμφωνα με τον Barr προκύπτουν οι εξής διαπιστώσεις:

- ❖ Χρηματοδότηση: το σύστημα καθολικής κάλυψης (μέσω ασφάλισης ή φορολογικής χρηματοδότησης) είναι κατά πολύ προτιμότερο τόσο για να μην υπάρχουν κενά κάλυψης όσο και για την μείωση δαπανών.
- ❖ Παραγωγή – Υπάρχουν επιτυχίες και όπου η παραγωγή είναι δημόσια (Αγγλία), ιδιωτική (Καναδάς) ή μεικτή.
- ❖ Υπάρχουν συγκεκριμένοι βιώσιμοι συνδυασμοί όπως δημόσια χρηματοδότηση+ δημόσια παροχή ή δημόσια χρηματοδότηση + ιδιωτική παραγωγή + αυστηρούς ελέγχους.

Τέλεια λύση δεν υπάρχει όμως υπάρχουν πολλά παραδείγματα για το πώς πρέπει να μην είναι οργανωμένο το σύστημα υγείας (Τήνιος, 2014).

### **1.3 Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας**

Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, εξαπλώθηκε παγκοσμίως και είχε αντίκτυπο σε πολλούς κλάδους της οικονομίας. Το ποσοστό της ανεργίας και της εργασιακής ανασφάλειας αυξήθηκε κατακόρυφα και αυτό έφερε επιπτώσεις στο τομέα της υγείας. Η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό, σε πρόωρη θνησιμότητα από καρδιακά νοσήματα και κυρίως σε ψυχικές διαταραχές. Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Λόγω των οικονομικών δυσκολιών οι ασθενείς δεν φροντίζουν την υγεία τους και αυτό φέρει αρνητικά αποτελέσματα (Stuckler et al., 2009).

Η δυσλειτουργία του υγειονομικού τομέα οφείλεται στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας αφού είναι συνδεδεμένος άρρηκτα με αυτά. Η μείωση του εισοδήματος μαζί με τις επιπτώσεις στην υγεία οδηγούν τους ασθενείς στις δημόσιες μονάδες υγείας. Με μειωμένους προϋπολογισμούς είναι λογικό να μειωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε χειρότερη θέση βρίσκονται οι αναπτυσσόμενες οικονομίες αφού αυτές αντιμετωπίζουν οικονομική στενότητα και είναι αναγκασμένες να περικόψουν τις δαπάνες για την υγεία.

Από την άλλη, η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Συγκεκριμένα για την Ελλάδα, το ΕΣΥ έχει να επιλύσει θέματα όπως τον κατακερματισμό του, τη χαμηλή παραγωγικότητα και τη μειωμένη χρηματοδότηση από το κράτος εξαιτίας της οικονομική κρίσης και του εθνικού ελλείματος. Το σύστημα υγείας της χώρας θα μπορούσε να αναπτυχθεί με την καταπολέμηση της σπατάλης και της αναποτελεσματικότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι οικονομικοί πόροι που προορίζονται για την υγεία πρέπει να κατανεμηθούν σωστά για την προστασία των ευάλωτων ομάδων, για τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων και τέλος για την ορθή ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα οδήγησε στην κατάρρευση του συστήματος υγείας καθώς και στην αβεβαιότητα στο συνταξιοδοτικό, συνεπώς οι Έλληνες αναγκάστηκαν να στραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση. Να σημειώσουμε ότι οι ασφάλειες ζωής, υγείας και συνταξιοδοτικά προγράμματα συνδεδεμένα με επενδύσεις σημείωσαν αλματώδη αύξηση την χρονιά 2014. Σύμφωνα με την Ετήσια Στατιστική Έκθεση για το 2014 της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας η παραγωγή εγγεγραμμένων ασφαλιστρων έφτασε τα 4 δις ευρώ.

**Πίνακας 1.1:** Μεταβολή παραγωγής ασφαλιστρών κατά κλάδο την περίοδο 2013-

14

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΤΑ ΚΛΑΔΟ (Ποσά σε €)</b>			
<b>Κλάδοι Ασφάλισης</b>	<b>Ασφάλιστρα από πρωτασφαλίσεις &amp; Δικαιώματα Συμβολαίων 2014</b>	<b>2013</b>	<b>Μεταβολή %</b>
<b>A. Ασφαλίσεις κατά Ζημιών</b>			
1. Ατυχήματα	37.936.211,73	41.574.619,16	-8,75%
2. Ασθένειες	25.883.802,19	20.361.332,30	27,12%
3. Χερσαία οχήματα	209.456.116,20	240.607.025,89	-12,95%
5. Αεροσκάφη	264.199,05	136.053,59	94,19%
6. Πλοία (θαλάσσια, λιμναία, ποτάμια)	11.526.216,58	10.873.965,24	6,00%
7. Μεταφερόμενα εμπορεύματα	23.618.159,88	23.001.647,84	2,68%
8. Πυρκαϊά και στοιχεία της φύσεως	361.782.318,32	393.421.203,96	-8,04%
9. Λοιπές ζημιές αγαθών	109.373.953,29	124.924.172,30	-12,45%
10. Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων	1.025.972.658,38	1.198.272.964,08	-14,38%
11. Αστική ευθύνη από αεροσκάφη	651.568,82	497.616,93	30,94%
12. Αστική ευθύνη πλοίων	7.222.231,30	6.119.313,53	18,02%
13. Γενική αστική ευθύνη	76.629.546,41	76.307.402,25	0,42%
14. Πιστώσεις	28.830.351,95	26.865.048,50	7,32%
15. Εγγυήσεις	430.900,87	955.759,10	-54,92%
16. Διάφορες χρηματικές απώλειες	32.034.717,51	30.773.904,03	4,10%
17. Νομική προστασία	38.261.628,99	42.073.902,39	-9,06%
18. Βοήθεια	95.415.019,89	94.345.008,26	1,13%
<b>B. Ασφαλίσεις Ζωής</b>			
I. Κλάδος Ζωής	1.231.420.795,38	1.214.378.140,69	1,40%
III. Κλάδος Ασφάλισης Ζωής συνδ. με Επενδύσεις	398.121.322,01	247.345.974,84	60,96%
IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	99.594.558,60	76.597.262,68	30,02%
VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	114.977,79	52.999,56	116,94%
VII. Κλάδος Διαχείρισης Ομαδικών Συνταξ. Ταμείων	151.153.476,28	142.880.450,51	5,79%

(iefimerida.gr 25/11/15)

Η GPO διενέργησε έρευνα για λογαριασμό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε πανελλαδικό δείγμα 2.005 ατόμων από τις 22 Μαρτίου μέχρι και τις 24 Απριλίου 2016 (Βεγίρη, 2017). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, που παρουσιάστηκαν στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) (στην ενότητα «τρόποι κάλυψης εξόδων για νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο»), αποκαλύπτεται αύξηση του ποσοστού ιδιωτικής ασφάλισης για κάλυψη νοσοκομειακών εξόδων την περίοδο της κρίσης. Όσον αφορά τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζει αύξηση από 2,6% το 2006 σε 5,5% το 2016. Ωστόσο μειώνεται η πλήρης κάλυψη του ταμείου από 64,3% σε 54% και αυξάνεται η συμμετοχή του ασφαλισμένου στα έξοδα νοσηλείας. Οι ευκατάστατοι επιλέγουν συνήθως ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενώ υπάρχουν αρκετά άτομα που επιλέγουν το συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Σύμφωνα με τον Δρ. Ζαβρά τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και στη

νοσοκομειακή περίθαλψη, τα χαμηλά εισοδήματα συνδέονται με μικρότερη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και νοσοκομείων.

## 2° Κεφάλαιο

### 2.1 Γήρανση του πληθυσμού : ορισμός και αίτια

Ως γήρανση του πληθυσμού ορίζεται το φαινόμενο που προκαλείται από την αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής σε συνδυασμό με την παράλληλη μείωση της γεννητικότητας. Η γήρανση είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αναμένεται να αντιμετωπίσουν οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και η Ελλάδα στις επόμενες δεκαετίες. Δεν πρέπει να μπερδεύουμε την γήρανση με την απλή αύξηση του αριθμού των γερόντων η οποία οφείλεται στην αύξηση του μεγέθους του πληθυσμού και στο προσδόκιμο ζωής. Η γήρανση οφείλεται είτε σε μεταβολές στη βάση της πυραμίδας των ηλικιών, όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων, είτε σε μεταβολές στην κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξαιτίας της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών και της αύξησης του προσδόκιμου ορίου ζωής είτε σε συνδυασμό των δύο αυτών φαινομένων, που αποτελεί και την πιο συνηθισμένη περίπτωση.

Η γήρανση μπορεί να μετρηθεί με διάφορους δείκτες, ορισμένοι από τους οποίους είναι οι παρακάτω:

- Δείκτης γήρανσης  $P_{65+} / P_{0-14}$  : Είναι ο λόγος των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών (παιδικός πληθυσμός) προς τα άτομα με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών (γεροντικός πληθυσμός). Πως μπορεί όμως να μεγαλώσει το κλάσμα; Με την αύξηση των ηλικιωμένων εξαιτίας της υπογεννητικότητας. Συγκεκριμένα, για την κοινωνική ασφάλιση ο λόγος αποτελείται από το αριθμό των ασφαλισμένων προς τον αριθμό των συνταξιούχων.
- Ο Δείκτης εξάρτησης: Ο δείκτης φανερώνει πόσα εξαρτώμενα άτομα αναλογούν σε κάθε 100 παραγωγικά άτομα. Αυξάνεται με την αύξηση του

αριθμού των εξαρτημένων ατόμων (νέων ή ηλικιωμένων) ή με την μείωση του ενεργού/παραγωγικού πληθυσμού.

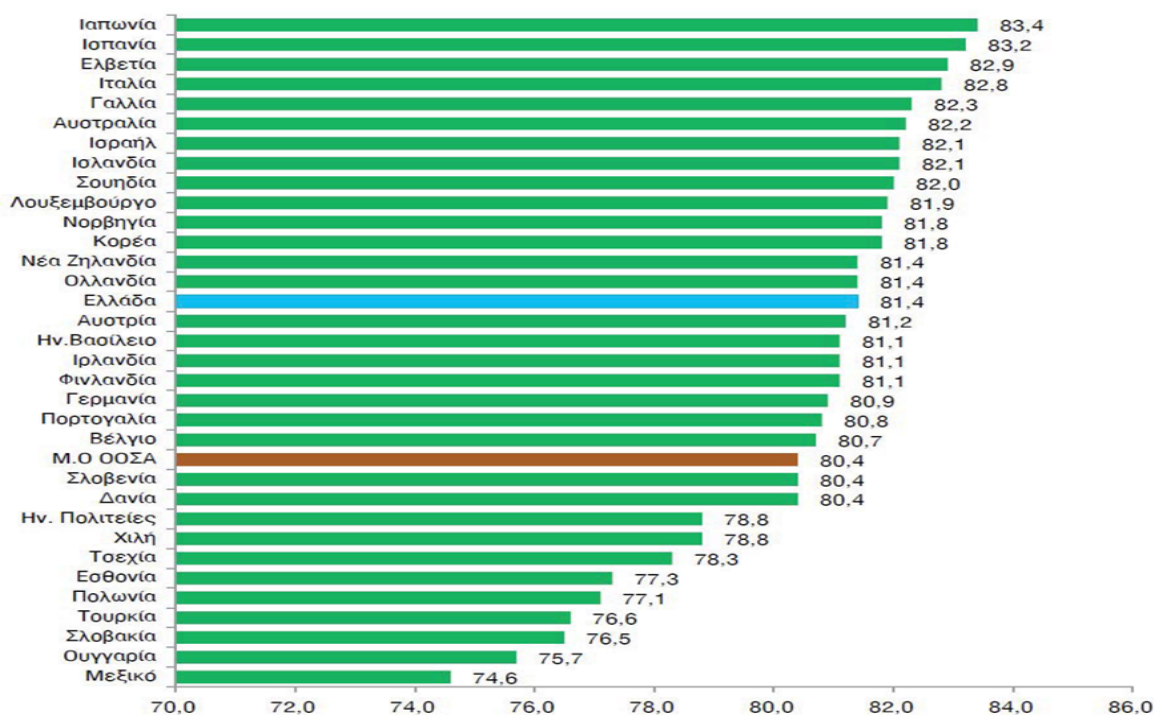
- Δείκτης αντικατάστασης Εκφράζει τον αριθμό των νέων που πρόκειται να αντικαταστήσει ένα ηλικιωμένο άτομο στον παραγωγικό πληθυσμό (Τήνιος, 2014)

## 2.2 Προσδόκιμο Επιβίωσης και Γήρανση στην Ελλάδα και την Ευρώπη

Όσο αφορά την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης, η Ελλάδα πλέον βρίσκεται στη 14η θέση στη σχετική λίστα του ΟΟΣΑ, με τους Έλληνες να έχουν προσδόκιμο επιβίωσης τα 81,4 έτη (84,0 για τις γυναίκες και 78,7 για τους άνδρες), δηλαδή περίπου δύο έτη λιγότερο κατά μέσο όρο από τους Ισπανούς (83,2).

### Διάγραμμα 2.1: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ 2013

Σχήμα 9: Προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2013

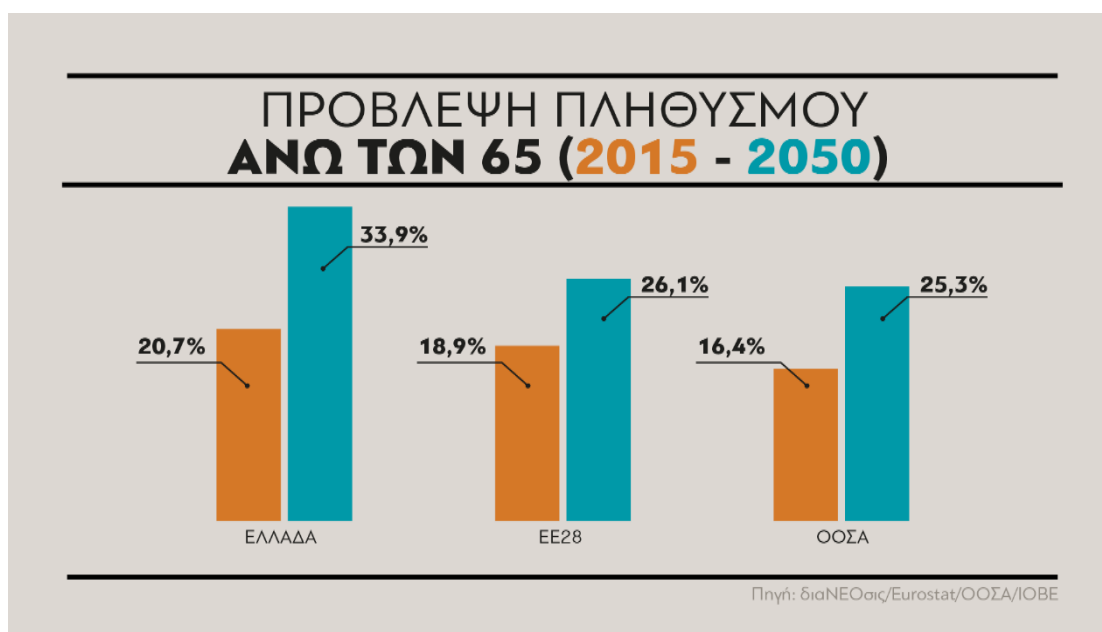


Πηγή: OECD, Health Data 2015

( OECD, Health Data 2015)

Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα, από 20,7% το 2015 προβλέπεται ότι θα ανέλθει το 2050 στο 1/3 του συνολικού πληθυσμού της χώρας (Διάγραμμα 2.2), ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. των 28 αλλά και των χωρών του ΟΟΣΑ αναμένεται να διαμορφωθεί σε χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με την Ελλάδα το 2050.

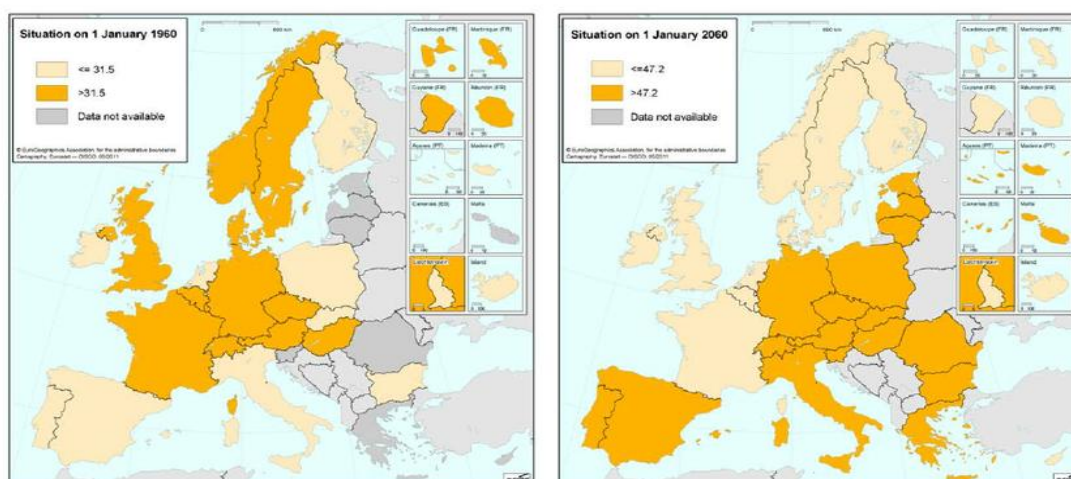
**Διάγραμμα 2.2:** Πρόβλεψη πληθυσμού άνω των 65 (2015-2050)



( διαΝΕΟσις/Eurostat/ΟΟΣΑ/ΙΟΒΕ,2015)

Οι τελευταίες προβλέψεις της Eurostat (Europop2010) δείχνουν ότι, κατά τα επόμενα 50 χρόνια, η γήρανση του πληθυσμού είναι πιθανό να φτάσει σε επίπεδα άνευ προηγουμένου σε 31 ευρωπαϊκές χώρες, αν και το μέγεθος, η ταχύτητα και το χρονοδιάγραμμα είναι πιθανόν να διαφέρουν (Διάγραμμα 2.3).

**Διάγραμμα 2.3:** Μέση ηλικία του πληθυσμού της Ευρώπης: 1960 και 2060



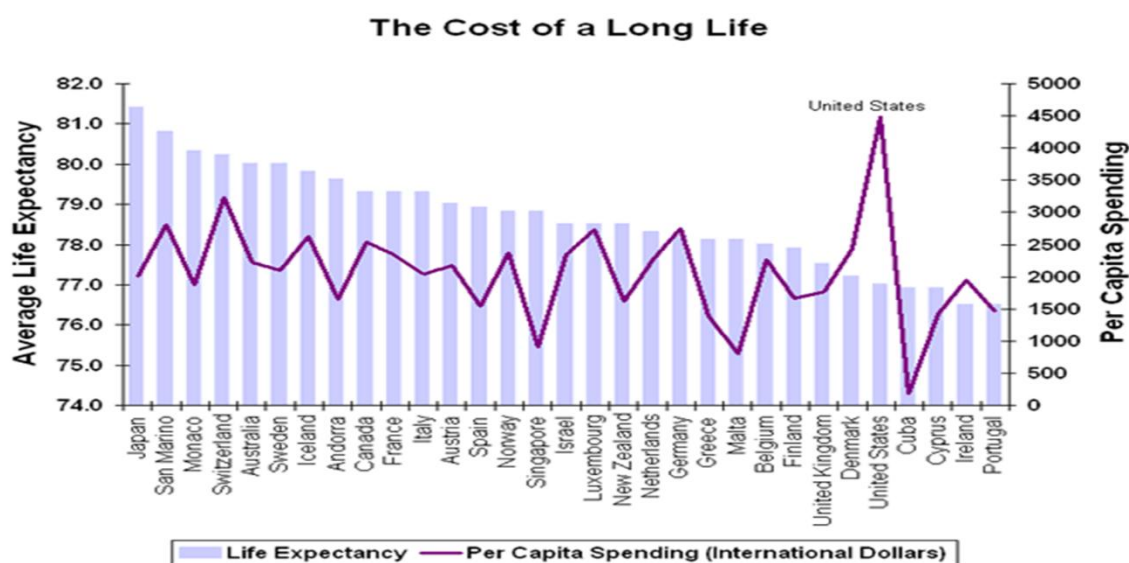
(Lanzieri, 2011)

Στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα, η Σουηδία ήταν η χώρα με τη μεγαλύτερη μέση ηλικία. Ωστόσο σήμερα η Σουηδία έχει πλέον έναν από τους νεότερους πληθυσμούς της Ευρώπης. Η Γερμανία βρίσκεται στις πρώτες θέσεις και προβλέπεται να είναι στις θέσεις αυτές και για τα επόμενα 30 χρόνια. Μετά το 2040 χώρες της ανατολικής Ευρώπης θα έχουν τις υψηλότερες μέσες ηλικίες.

Η γήρανση του πληθυσμού αναμφίβολα θα αποτελέσει το κλειδί της δημογραφικής πρόκλησης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες κατά τα επόμενα πενήντα χρόνια. Οι συνέπειές της στα κοινωνικοοικονομικά συστήματα όπως οι δημόσιες συντάξεις και οι δομές υγείας είναι σημαντικές. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2.4 υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης σε πολλές περιπτώσεις είναι συνδεδεμένο με υψηλές κατά κεφαλή δαπάνες αν και σε κάποιες χώρες (Μάλτα, Σιγκαπούρη, Κούβα) αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει. Επιπλέον, αν και οι ΗΠΑ φαίνεται να έχουν τις υψηλότερες κατά κεφαλή δαπάνες έχουν σχετικά χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης.



**Διάγραμμα 2.4:** Συσχέτιση δαπάνών υγείας κατά κεφαλή και προσδόκιμου επιβίωσης



( [http://ucatlas.ucsc.edu/health/spend/cost\\_longlife](http://ucatlas.ucsc.edu/health/spend/cost_longlife) 75.gif)

### 2.3 Η αναπηρία στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω

Η επιστήμη όσον αφορά την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών έχει κάνει προόδους και έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να ζουν περισσότερα χρόνια με καλή υγεία. Ακόμη, πολλές ασθένειες που παλαιότερα θεωρούνταν θανατηφόρες πλέον αντιμετωπίζονται. Ως αναπηρία μπορούν να θεωρηθούν περιορισμοί σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας (ADL – Activities of daily living – φαγητό, μπάνιο, ένδυση) ή σε λειτουργικές δραστηριότητες της καθημερινότητας (IADL – instrumental Activities of daily living – όπως ψώνια, καθαριότητα, προετοιμασία φαγητού).

Σύμφωνα λοιπόν με τον ΟΗΕ, στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ένα ποσοστό 8-10% του πληθυσμού έχει κάποιας μορφής αναπηρία. Σύμφωνα, με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στατιστικά της Eurostat:

- Το 2012, 42 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ε.Ε. είχαν κάποια μορφής αναπηρία που συχνά τους εμποδίζει να συμμετέχουν πλήρως στην κοινωνία και την οικονομία δηλαδή είτε στην αγορά εργασίας είτε στο εκπαιδευτικό σύστημα ή στους δείκτες της κοινωνικής ένταξης. Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στην Ευρώπη των 28 είναι λιγότερο ευνοϊκή από εκείνη των ατόμων δίχως αναπηρία.
- Αντίστοιχα, οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών, δήλωσαν με μεγαλύτερη ευκολία ότι έχουν κάποια αναπηρία, σε ποσοστό 42%.

Γενικά έχει επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων (65+) με τους εξής τρόπους: Πρόοδοι στην Ιατρική, μικρότερη έκθεση σε επιδημίες στην παιδική ηλικία, βελτιώσεις στον τρόπο ζωής, λιγότερα επαγγελματικά νοσήματα και ατυχήματα καθώς και βελτίωση στο επίπεδο εκπαίδευσης. Η αναπηρία έχει άρρηκτη σχέση με το εισόδημα, είναι πολύ συχνότερη στο φτωχότερο 30% (37%) και πολύ πιο σπάνια στο πλουσιότερο 30% (8%) για άνδρες και γυναίκες.

#### 2.4 Δαπάνες υγείας ηλικιωμένων

Οι δαπάνες υγείας των ηλικιωμένων θα αποτελέσουν σημαντικό τμήμα των αναμενόμενων πιέσεων στην οικονομία ως αποτέλεσμα της γήρανσης. Στις ΗΠΑ, την δεκαετία του '80, κάθε άτομο 65+ κόστιζε 3,8 φορές περισσότερο από ένα άτομο κάτω των 65. Το 1990 η σχετική αναλογία έφθασε τις 4,4 φορές. Στην Ιαπωνία είναι 5,3 ενώ στην Ευρώπη είναι λίγο χαμηλότερη (Γαλλία 3 και Γερμανία 2,8). Το μισό περίπου από τον εργασιακό φόρτο ενός νοσοκομείου οφείλεται στη χρήση υπηρεσιών υγείας από ηλικιωμένα άτομα, σε όρους μέτρησης κλίνες/ημέρα, ενώ η κατά κεφαλή κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών από ηλικιωμένους είναι 3-5 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (McKee 2002, Casey 2003).

**Πίνακας 2.1:** Δαπάνες Υγείας κατά ηλικία: Το παράδειγμα της Αγγλίας

Ηλικιακή Ομάδα	2002		2026	
	% νοσοκομειακή δαπάνη στο τελευταίο έτος ζωής	% δαπάνες	% νοσοκομειακή δαπάνη στο τελευταίο έτος ζωής	% δαπάνες
0-4	0.03	1.54	0.02	1.02
5-15	0.01	0.65	0.01	0.44
16-44	0.09	3.83	0.07	3.10
45-64	0.56	18.97	0.47	16.48
65-74	2.53	43.06	1.68	36.81
75-84	6.24	55.94	4.63	51.44
85+	15.90	64.63	13.47	63.04
Σύνολο	1.02	28.88	1.02	27.98

( Seshamani and Gray, 2004)

Μελέτες έχουν δείξει την οριακή επιρροή της γήρανσης στην δαπάνη υγείας, η οποία κυμαίνεται από 0,3%-0,8% του ετήσιου ρυθμού αύξησης δαπανών υγείας. Παρόλα αυτά σημειώνεται αύξηση της κατά κεφαλή δαπάνης για τους ηλικιωμένους συγκριτικά με τις άλλες ομάδες του πληθυσμού (Mendelson and Schwartz, 1993, Gerdthman, 1993). Η ηλικία μολονότι αποτελεί ένα χρήσιμο δείκτη, δεν είναι καθοριστικός παράγοντας και επεξηγηματική μεταβλητή για την αύξηση της δαπάνης. Οι εξισώσεις κινδύνου που βασίζονται μόνο στους παράγοντες ηλικία και φύλο τυπικά μπορούν να εξηγήσουν λιγότερο από το 3% της απόκλισης στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο κόστος (Gerdthman, 1993; Van de Ven and Ellis, 2002). Το κόστος διαχείρισης των ασθενών στο τέλος της ζωής τους, δηλαδή το σύντομο εκείνο χρονικό διάστημα πριν από το θάνατο, αποτελεί τον κρίσιμο εκείνο παράγοντα που επισύρει αύξηση της υγειονομικής δαπάνης (Seshamani & Gray,

2004). Όπως δείχνει και ο πίνακας 2.5 η αύξηση δαπανών για το τελευταίο έτος ζωής αυξάνεται σημαντικά όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου.

## 2.5 Προοπτικές

Στις πρώτες θέσεις μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε γηράσκοντα πληθυσμό κατατάσσεται η Ελλάδα, με ποσοστό αύξησης 21,4% μεταξύ των ετών 2001-2006 έναντι του μέσου όρου της ΕΕ που είναι 17,2%. Συγκεκριμένα, οι έξι πρώτες χώρες σε παγκόσμια κλίμακα που γηράσκουν ταχύτατα είναι κατά σειρά η Ιαπωνία, η Νότια Κορέα, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ελλάδα και η Ιταλία. Οι άνω των 60 ετών αποτελούσαν το 27% στην Ελλάδα το 2014 κι εκτιμάται ότι θα φθάσουν το 33,2% του ελληνικού πληθυσμού το 2030 και το 40,8% το 2050. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν ποσοστό πάνω από το 19,3% του πληθυσμού, ενώ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών είναι περίπου 14%.

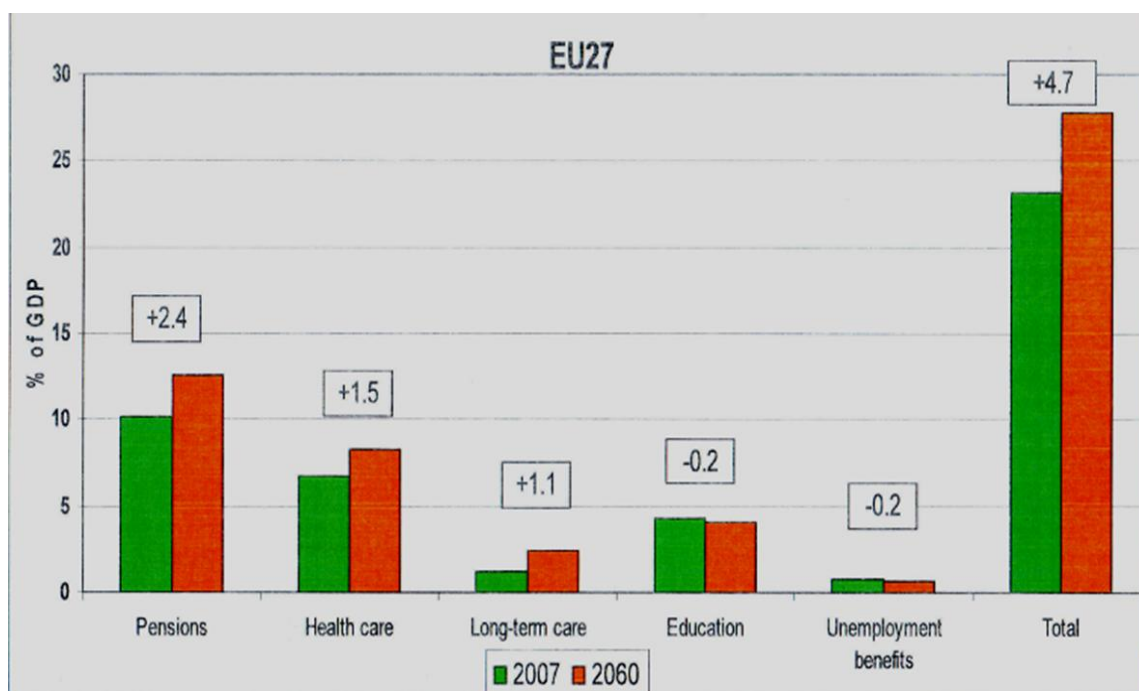
Την ίδια στιγμή η Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως μια από τις χειρότερες χώρες για να ζουν οι πολίτες άνω των 60 ετών. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία από την ετήσια έκθεση της διεθνούς οργάνωσης Help Age International, σχετικά με την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων, η Ελλάδα κατατάσσεται στην 79η θέση μεταξύ 96 χωρών, όσον αφορά στην κοινωνικοοικονομική ευημερία, κάτω από τη Βενεζουέλα και τη Νότια Αφρική. Παρόλα αυτά, όμως, σύμφωνα με την ίδια οργάνωση, το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων ηλικίας 60 ετών είναι 24 έτη και το προσδόκιμο ζωής με καλή υγεία τα 17,4 έτη, πολύ κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Ταυτόχρονα, η Ελλάδα και η Ιταλία καταγράφουν τον τρίτο χαμηλότερο δείκτη γεννήσεων (9‰) στην ΕΕ, μετά τη Γερμανία (8,4‰) και την Πορτογαλία (8,5‰). Ως αποτέλεσμα της υπογεννητικότητας και της γήρανσης του πληθυσμού αλλά και του πιθανού αρνητικού ισοζυγίου μετανάστευσης, υπολογίζεται ότι θα έχουμε μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας από τα 11 εκατομμύρια το 2013 στα 8,6 εκατομμύρια το 2060.

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι τα ιατρικά, κοινωνικά, οικογενειακά, οικονομικά, ασφαλιστικά, προβλήματα που προκύπτουν από την γήρανση του πληθυσμού θα λάβουν εκρηκτικές διαστάσεις τις προσεχείς δεκαετίες. Όπως αναφέρει η ΕΓΓΕ, υπολογίζεται ότι στη χώρα μας τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, αν και αποτελούν περίπου το 19,3% του πληθυσμού, καταναλώνουν δυσανάλογα μεγάλο ποσοστό των κρατικών πόρων για την Υγεία ( ΑΠΕ, 2011).

Μία εκτίμηση του κόστους της δημογραφικής γήρανσης παρουσιάζεται στο διάγραμμα 2.6, όπου σύμφωνα με έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2009) προβλέπεται ότι οι δαπάνες για συντάξεις και υγεία θα αυξηθούν σημαντικά την περίοδο 2007-2060 για τα 27 κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

**Διάγραμμα 2.6:** Οι οικονομικές συνέπειες της γήρανσης για τις 27 χώρες της Ευρώπης



( European Commission, 2009)

Σύμφωνα με την ίδια έκθεση, η αύξηση των δαπανών θα είναι πολύ σημαντική για την Ελλάδα, αρκετά υψηλότερη από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πίνακας 2.7).

**Πίνακας 2.2: Κόστος Γήρανσης (% του ΑΕΠ)**

	Συντάξεις		Υγεία		Μακροχρόνια Φροντίδα		Σύνολο	
	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
Βέλγιο	9,9	14,7	7,6	8,8	1,5	2,9	26,5	33,4
Βουλγαρία	8,3	11,3	4,7	5,4	0,2	0,4	16,5	20,2
Τσέχικη Δημοκρατία	7,7	11,0	6,2	8,4	0,3	0,7	17,9	23,4
Δανία	9,1	9,2	5,9	6,9	1,7	3,2	24,8	27,4
Γερμανία	10,5	12,8	7,4	9,2	1,0	2,4	23,6	28,4
Εσθονία	5,6	4,9	4,9	6,1	0,0	0,1	14,3	14,7
Ιρλανδία	5,2	11,3	5,8	7,6	0,9	2,2	17,3	26,2
<b>Ελλάδα</b>	<b>11,7</b>	<b>24,1</b>	<b>5,0</b>	<b>6,4</b>	<b>1,4</b>	<b>3,6</b>	<b>22,0</b>	<b>37,9</b>
Ισπανία	8,4	15,1	5,6	7,2	0,5	1,4	19,3	28,3
Γαλλία	13,0	14,0	8,2	9,4	1,4	2,2	28,5	31,2
Ιταλία	14,0	13,6	5,8	6,9	1,7	3,0	26,0	27,6
Κύπρος	6,3	17,7	2,7	3,3	0,0	0,0	15,4	26,2
Λετονία	5,5	5,1	3,5	4,1	0,4	0,9	13,2	13,6
Λιθουανία	6,8	11,4	4,5	5,6	0,5	1,1	15,8	21,2
Λουξεμβούργο	8,7	23,9	5,8	7,0	1,4	3,4	20,0	38,0
Ουγγαρία	10,8	13,8	5,7	7,0	0,2	0,6	21,6	25,7
Μάλτα	7,2	13,4	4,7	8,0	1,0	2,6	18,2	28,4
Ολλανδία	6,5	10,5	4,8	5,8	3,4	8,1	20,5	29,9
Αυστρία	12,7	13,6	6,5	8,0	1,3	2,5	25,9	29,0
Πολωνία	11,6	8,8	4,0	5,0	0,4	1,1	20,5	18,1
Πορτογαλία	11,3	13,4	7,2	9,1	0,1	0,2	24,4	27,8
Ρουμανία	6,6	15,8	3,5	4,9	0,0	0,0	13,1	23,2
Σλοβενία	9,8	18,6	6,6	8,5	1,1	2,9	23,0	35,8
Σλοβακία	6,8	10,2	4,9	7,2	0,2	0,6	15,2	20,4
Φιλανδία	10,1	13,4	5,5	6,5	1,8	4,4	24,2	30,5
Σουηδία	9,5	9,4	7,2	8,0	3,5	5,8	27,1	29,7
Ηνωμένο Βασίλειο	6,6	9,3	7,5	9,4	0,8	1,3	18,9	24,0
Νορβηγία	8,9	13,6	5,7	7,0	2,2	4,9	24,9	33,9
ΕΕ-27	10,2	12,6	6,7	8,2	1,3	2,4	23,1	27,8

( European Commission, 2009)

### Ανακαιφαλέωση

Όλα τα συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια διαπιστώνουν μια εκτίναξη του κόστους λειτουργίας τους, η οποία επιβαρύνει το δημόσιο (τους ασφαλιστικούς φορείς) και γενικότερα τα οικονομικά της χώρας. Οι δαπάνες υγείας σχετίζονται με

τον αριθμό των θανάτων και όχι με το ποσοστό των ηλικιωμένων με αποτέλεσμα η επιδείνωση να είναι μικρότερη. Οι πηγές δυσλειτουργίας πρέπει να αναζητηθούν αλλού. Πιο συγκεκριμένα :

1. Ασφαλιστικά προβλήματα στην υγεία. Η ασφάλιση υγείας δημιουργεί προβλήματα αποτελεσματικότητας και δικαιοσύνης λόγω ασυμετριών πληροφόρησης.

2. Προβλήματα προσφοράς. Κυρίαρχο ρόλο παίζουν η τεχνολογία, οι φαρμακευτικές εταιρίες και οι προμηθευτές.

## 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### 3.1 Γήρανση και Ασφαλιστικό στην Ελλάδα.

Δύο βασικά είδη συστημάτων ασφάλισης υπάρχουν στην Ευρώπη- το διανεμητικό και το κεφαλαιοποιητικό. Το διανεμητικό σύστημα ονομάζεται έτσι γιατί η τωρινή γενιά εργαζομένων «διανέμει» δικό της εισόδημα προς τις παλιότερες γενιές ώστε να πληρωθούν οι συντάξεις τους. Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι διανεμητικό, δηλαδή οι τωρινοί εργαζόμενοι πληρώνουν μέσω των εισφορών τους τις συντάξεις των σημερινών συνταξιούχων. Το κεφαλαιοποιητικό σύστημα λειτουργεί ως εξής: οι εισφορές του κάθε εργαζόμενου επενδύονται σε κάποιον λογαριασμό και όταν αποχωρεί από την εργασία έχει προκύψει ένα συνολικό ποσό. Βάσει αυτού και του προσδόκιμου επιβίωσης θα πάρει μια ορισμένη σύνταξη. Τα διανεμητικά συστήματα δουλεύουν καλά όταν υπάρχουν πολλοί εργαζόμενοι και λίγοι συνταξιούχοι. Όταν η σχέση αυτή αντιστρέφεται, όπως συνέβη στη χώρα μας, παρουσιάζουν μεγάλα προβλήματα και χρειάζονται προσαρμογές, όπως αύξηση των ορίων ηλικίας. Στο διανεμητικό σύστημα το ρίσκο αναλαμβάνει πρωτίστως η κοινωνία, όχι το άτομο. Έτσι, σύμφωνα με τον Τσακλόγλου (2016) «Οι νυν εργαζόμενοι πρέπει να «προσαρμοστούν» για να αντιμετωπιστεί ο δημογραφικός παράγοντας, η γήρανση του πληθυσμού, που είναι και η σημαντικότερη αιτία κρίσης των διανεμητικών συστημάτων ασφάλισης».

Τα αίτια της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης όμως οφείλονται σε πολλούς παράγοντες. Ενδεικτικά μπορούμε να πούμε ότι βασικές αιτίες είναι η ύφεση, η επιβράδυνση του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης, η παραοικονομία, η ανεργία, η μεγάλη γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα και η παράταση του ορίου ζωής, παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη σχέση εργαζομένων - συνταξιούχων. Η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού προκαλεί έκρηξη των δαπανών κοινωνικής προστασίας, χωρίς να αυξάνει παράλληλα και ο όγκος των εισφορών. Σύμφωνα με την οργάνωση



HelpAge, ένας στους τρεις κατοίκους της Ελλάδας θα είναι άνω των 60 ετών το 2030, ενώ το 2050 το ποσοστό των κατοίκων με ηλικία άνω των 60 ετών θα είναι πάνω από το 41% του πληθυσμού (Κήττας, 2016).

Η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται τη συρρίκνωση και τη διάρθρωση του εργατικού δυναμικού, τις συνθήκες προσφοράς και αποτελεσματικότητας της αγοράς εργασίας καθώς και την μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, οι δαπάνες συντάξεων για πρώτη φορά στα 65 έτη προς τους συνταξιούχους των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ θα είναι αυξημένες κατά 20% λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού (ΟΟΣΑ, 2013). Οι εξελίξεις αυτές συντελούνται εξ αιτίας της υπογεννητικότητας, το επίπεδο της οποίας αδυνατεί να συμβάλλει στην σταθεροποίηση του ενεργού πληθυσμού για τις επόμενες γενεές. Σημαντικό γεγονός το οποίο θα έπρεπε να τονισθεί είναι ότι οι εκτιμήσεις των προηγούμενων ετών για το προσδόκιμο ζωής έχουν διαφοροποιηθεί, με αποτέλεσμα τώρα η γήρανση του πληθυσμού να δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην χρηματοδότηση του συνταξιοδοτικού συστήματος.

Συμπερασματικά, υπάρχει ο κίνδυνος μεσοπρόθεσμα να καταρρεύσουν τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και τα συστήματα υγείας, πράγμα το οποίο καταλήγει στο να μην μπορούν οι νεότερες γενιές να λαμβάνουν σύνταξη και να απολαμβάνουν ένα ικανοποιητικό σύστημα υγείας. Ακόμη, το γεγονός ότι οι αυξημένες ανάγκες για παροχές στην υγεία λόγω της ύπαρξης πολλών ηλικιωμένων είναι αναγκαίες μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των διαθέσιμων αποθεμάτων για άλλους σημαντικούς τομείς, όπως για παράδειγμα για την βελτίωση της σχολικής εκπαίδευσης (Ζιώγα, 2012).

### **3.2 Η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος**

Η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος προϋποθέτει καινοτομίες οι οποίες μπορεί να αφορούν είτε τις παραμέτρους των δημοσίων συστημάτων

συνταξιοδότησης είτε όλη την δομή τους. Οι διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις που αφορούν στις παραμέτρους συμπεριλαμβάνουν τα ποσοστά εισφοράς ή αναπλήρωσης, τη διάρκεια (προσδοκώμενη ζωή, διάρκεια του εργασίου βίου) την ηλικία (ηλικία έναρξης ενεργού δράσης, ηλικία συνταξιοδότησης) το πλήθος ασφαλισμένων ή συνταξιούχων ή ακόμη και το ρυθμό αύξησης (παραγωγικότητα).

Μια από τις μεθόδους αύξησης των εσόδων των ασφαλιστικών συστημάτων είναι η αύξηση εισφορών η οποία όμως επηρεάζει αρνητικά την επιχειρηματικότητα και την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων. Μια άλλη πολιτική μεταρρύθμισης του συστήματος συνταξιοδότησης είναι η επιμήκυνση του εργασιακού βίου. Μπορεί να επιτευχθεί είτε με την αύξηση του χρόνου ασφάλισης είτε με την αύξηση των ορίων ηλικίας για τη θεμελίωση δικαιώματος σε σύνταξη και αποτελεί ένα από τα αποτελεσματικότερα βραχυπρόθεσμα μέτρα για τη βιωσιμότητα του διανεμητικού συστήματος αφού με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται ο αριθμός των ασφαλισμένων ενώ αντίστοιχα περιορίζεται ο αριθμός των συνταξιούχων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο δημογραφικός δείκτης συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τις συντάξεις (μείωση σύνταξης αναλογικά όσο αυξάνεται η προσδοκία ζωής). Αυτό επιτυγχάνεται με 2 τρόπους:

- στη βάση του γενικού προσδόκιμου ορίου ζωής (Γερμανία)
- στη βάση της προσδοκίας ζωής του συγκεκριμένου ασφαλισμένου (Σουηδία)

Άλλα μέτρα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών μακροπρόθεσμα αφορούν σε αλλαγές στο εκπαιδευτικό σύστημα έτσι ώστε να γίνει σύνδεση εκπαίδευσης-εργασίας ενώ οι δομές θα πρέπει να συμπεριλάβουν τους μεγαλύτερους σε ηλικία οι οποίοι πλήττονται κοινωνικά και οικονομικά. Οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν εύκολα να ενταχθούν στην αγορά εργασίας και οδηγούνται στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Είναι απαραίτητη η εισαγωγή μέτρων διότι η γνωσιακή γήρανση θα είναι πιο γρήγορη από τη βιολογική

γήρανση. Πρέπει λοιπόν να δωθούν κίνητρα για την αύξηση της κινητικότητάς τους μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα συνεχούς δια βίου μάθησης, έτσι ώστε με αυτόν τον τρόπο οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι να συνεχίσουν να εργάζονται.

Επιπλέον, η κοινωνική προστασία χρειάζεται να δείξει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα άτομα που διανύουν το δεύτερο μισό της ζωής τους αυξάνοντας την απασχολησιμότητά τους και τη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας. Για την ηλικιακή ομάδα των 50+ πρέπει να υπάρχει συνεχής επανεκπαίδευση, επανειδίκευση και επανακατάρτιση. Οι επενδύσεις στην εκπαίδευση εάν επεκταθούν ισότιμα και για τους εργαζομένους ενδιάμεσης και μεγάλης ηλικίας θα συντελέσουν στη διατήρηση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων τους και των ικανοτήτων τους κι έτσι θα μειωθεί ο κίνδυνος περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού τους από την αγορά εργασίας.

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να προσφέρουν ακόμα και να συνεχίζουν να δρουν ως ενεργοί πολίτες. Θα μπορούσαν να μην επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση εφόσον η κοινωνική προστασία τους παρέχει τις κατάλληλες δομές και συνθήκες για την συνέχιση της απασχόλησής τους. Με αυτό τον τρόπο θα αυξηθούν οι εισφορές προς το κράτος και συγχρόνως θα μειωθούν τα έξοδα καταβολής δαπανών για συντάξεις. Η ευέλικτη συνταξιοδότηση είναι μια μέθοδος για την καταπολέμηση των οικονομικών συνεπειών της δημογραφικής γήρανσης.

Τα συνταξιοδοτικά συστήματα μπορούν να συμβάλλουν στην αργότερη και πιο σταδιακή αποχώρηση από την εργασία και να προωθήσουν την γήρανση εν ενεργεία ή ενεργό γήρανση. Η ανάγκη επέκτασης της «ενεργούς» ζωής των ηλικιωμένων δημιούργησε τις συνθήκες για την ανάπτυξη του συστήματος της ευέλικτης συνταξιοδότησης το οποίο επιτρέπει στο άτομο εφόσον έχει συμπληρώσει κάποιο όριο ηλικίας (π.χ. τα 55 έτη) να συνταξιοδοτηθεί μερικώς λαμβάνοντας μειωμένη σύνταξη και παράλληλα να συνεχίσει να εργάζεται σε εργασίες μερικής απασχόλησης. Μ' αυτόν τον τρόπο συνεχίζει να καταβάλλει ένα

μέρος των εισφορών ενώ τα χρήματα από τη μερική απασχόληση συμπληρώνουν τη μειωμένη σύνταξη που λαμβάνει.

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της ευέλικτης συνταξιοδότησης είναι ευνοϊκές αφού οι ηλικιωμένοι σήμερα έχουν πολύ καλύτερη υγεία, η τεχνολογία μπορεί να αντirroπήσει ενδεχόμενη φυσική εξασθένηση, το προσδόκιμο όριο ζωής είναι μεγαλύτερο. Συστήματα ευέλικτης συνταξιοδότησης υπάρχουν σε πολλές χώρες (όπως Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Ιαπωνία, Ολλανδία, Βρετανία, Ηνωμένες Πολιτείες) όπου οι εργαζόμενοι μπορούν να επιλέξουν να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους μέχρι να συνταξιοδοτηθούν και να αποζημιωθούν λαμβάνοντας μερική σύνταξη.

### **3.3 Η οικονομική κρίση του 2008 και κάποιες επιπτώσεις**

Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 επηρέασε τις χώρες της Ευρώπης τόσο στις τιμές των περιουσιακών στοιχείων τους όσο και στον δανεισμό τους αφού έγινε με αυστηρότερους όρους. Τα κράτη που επλήγησαν χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- 1) Χώρες όπου τα μεγαλύτερα έσοδα προέρχονταν από τον μεσιτικό τομέα. Τα ακίνητα είχαν υπερεκτιμηθεί και ο κατασκευαστικός τομέας ήταν διογκωμένος: Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Ιρλανδία, Ισπανία και οι χώρες της Βαλτικής. Η μεγάλη εξάρτηση της οικονομικής δραστηριότητας από τις κατασκευές κατέστησε τις χώρες αυτές ευαίσθητες στη χρηματοπιστωτική κρίση.
- 2) Χώρες με δραστηριότητα στο εμπόριο (όπως Γερμανία, Ολλανδία και Αυστρία) είναι εκτεθειμένες σε αρνητικές εξελίξεις των διεθνών χρηματοοικονομικών αγορών.
- 3) Χώρες οι οποίες αντιμετωπίζουν μεγάλα οικονομικά ελλείματα, όπως τα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.

4) Ακόμη επηρεάστηκαν επίσης οι χώρες όπου ο χρηματοοικονομικός τομέας τους είναι εκτεθειμένος σε περιουσιακά στοιχεία τα οποία φέρουν υψηλό επενδυτικό κίνδυνο (Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Λουξεμβούργο).

Πριν ξεσπάσει η χρηματοπιστωτική κρίση, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προέβλεπε οικονομική ύφεση λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Η κρίση μειώνει τις επενδυτικές ευκαιρίες, μειώνει τις χορηγήσεις των δανείων και μεγαλώνει το κόστος δανεισμού.

Παρακολουθώντας την περίοδο 2009 – 2015, την πορεία και τα δρώμενα της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς και λαμβάνοντας υπόψη οικονομικά-παραγωγικά στοιχεία της Διεύθυνσης Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος, της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος και τις ετήσιες εκδόσεις μας «Άνθρωποι και Αριθμοί της Χρηματοοικονομικής και Ασφαλιστικής Βιομηχανίας», στις οποίες εμπεριέχονται στατιστικά στοιχεία που εκδίδει η Insurance Europe, καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα που είναι απογοητευτικά ως προς το μέγεθος των απωλειών που έχουν καταγραφεί στην ελληνική ασφαλιστική βιομηχανία στην επταετία της κρίσης και των μνημονίων. Η οικονομική κρίση επιβάρυνε την ελληνική ασφαλιστική αγορά, όπως προκύπτει από τα στατιστικά στοιχεία, οι τραγικές μειώσεις των αριθμών συνεπάγονται και σοβαρότατες μειώσεις του πληθυσμού των επαγγελματιών και ιδιαιτέρως των ασφαλιστικών διαμεσολαβητών στην ελληνική ασφαλιστική βιομηχανία. Αν σε όλα αυτά προσθέσει κανείς την αναγκαστική εστίαση των Τραπεζών στην ασφαλιστική δραστηριότητα, λόγω ελλείψεως άλλου αντικειμένου, αλλά και την εμφάνιση των direct πωλήσεων με την αξιοποίηση της όποιας τεχνολογίας, οι απώλειες θέσεων εργασίας για τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές ανέρχονται κατά την εκτίμησή μας στο 50%, την περίοδο 2009 – 2015. (Η ελληνική ασφαλιστική αγορά απώλεσε στην επταετία 2009-2015... - Ασφαλιστική Αγορά 7/12/16)

Ακόμη ο κλάδος των ζημιών (πλην ασφαλιστηρίων ζωής) έχασε στο τέλος του 2014 περίπου το 35% της παραγωγής ασφαλιστρών που κατεγράφη το 2009. Πάντως, η ελληνική αγορά ασφαλειών φαίνεται ότι είναι πλέον πιο "ασφαλής" από φαινόμενα τύπου "ΑΣΠΙΣ", τα οποία δεν είναι πιθανόν να επαναληφθούν, καθώς η εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος έχει εξυγιάνει τον κλάδο και οι περισσότερες ασφαλιστικές φαίνεται πως πληρούν τα κριτήρια φερεγγυότητας της Solvency II (Σκλάβος, 2015).

Γνωρίζουμε ότι πλέον γίνεται μεγάλη προσπάθεια εξυγίανσης των Ελληνικών Τραπεζών, ωστόσο οι ασφαλιστικές εταιρίες που βρίσκονται σε δυσχερή θέση δεν απολαμβάνουν αυτήν τη βοήθεια από την κυβέρνηση, παρόλο που είναι εξίσου σημαντικές για την λειτουργία της οικονομίας και την ανάπτυξη της χώρας. Οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο στήριξαν τις ασφαλιστικές εταιρίες τους για να ξεπεράσουν την κρίσης χαρακτηριστικό παράδειγμα η ενίσχυση της AIG από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρόμοια βοήθεια δέχθηκαν και οι ευρωπαϊκές ασφαλιστικές εταιρίες είτε με δάνεια και ευνοϊκότερους όρους για την αύξηση των κεφαλαίων τους. Εκδόθηκε μάλιστα και κοινοτική οδηγία (omnibus 2) όπου κρίνει απαραίτητη την στήριξη των ασφαλιστικών εταιριών από τα κράτη μέλη της ΕΕ η οποία αγνοήθηκε από την χώρα μας. Η οδηγία αυτή κατεύθυνε τις εποπτικές αρχές να αντιμετωπίζουν τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις με βάση την πολυπλοκότητα και τους πρόσθετους κινδύνους που αυτές αντιμετωπίζουν στα θέματα κεφαλαιακής επάρκειας. Ο ασφαλιστικός τομέας στη χώρα μας την περίοδο της κρίσης οδήγησε τις Ελληνικές Εποπτικές Αρχές να προχωρήσουν στο κλείσιμο 60 εταιριών που όμως μόνο 6 έχουν εκκαθαριστεί μέχρι σήμερα. Την ίδια στιγμή οι ξένες ασφαλιστικές εταιρίες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα απολαμβάνουν κάλυψη της κεφαλαιακής επάρκειας και παροχή αντασφαλιστικής κάλυψης από τις μητρικές τους εταιρίες με προνομιακούς όρους και έξω από την δυνατότητα ελέγχου από τις ελληνικές εποπτικές αρχές. Ως εκ τούτου ανταγωνίζονται τις Ελληνικές εταιρίες με άνισους όρους με αποτέλεσμα να είναι σχεδόν βέβαιη η εξαφάνισή τους (Βαλυράκης, 2015).

Παρόλο ότι η Ευρωπαϊκή οικονομία βίωσε τις συνέπειες της κρίσης από το 2008 και την ύφεση που ακολούθησε, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις κατάφεραν να σταθεροποιήσουν την πορεία τους πολύ σύντομα, ιδίως στις ασφαλίσσεις Ζωής το 2009. Από την άλλη οι ασφαλίσσεις κατά Ζημιών (μεταξύ των οποίων και οι ασφαλίσσεις αυτοκινήτων) εξακολουθούν και αντιμετωπίζουν τη συνδυασμένη επίδραση τόσο του έντονου ανταγωνισμού όσο και της ύφεσης. Αυτή την πορεία αντικατοπτρίζουν και οι δείκτες της ασφαλιστικής διεύθυνσης της Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς, οι οποίοι μετά την κάμψη που κατέγραψαν το 2008, ακολουθούν μία ομαλή πορεία το 2009.

Η χρηματοπιστωτική κρίση και η οικονομική ύφεση η οποία ακολούθησε έπληξε μεταξύ άλλων και την Ελληνική ασφαλιστική αγορά. Μέσα από την παρακολούθηση της εξέλιξης της παραγωγής ασφαλιστρών, αντιλαμβάνεται κανείς ότι οι ασφαλίσσεις Ζωής αποδείχτηκαν περισσότερες ευαίσθητες με κάμψη της παραγωγής το 2008 και σταθεροποίηση το 2009, ενώ οι ασφαλίσσεις κατά Ζημιών κατέγραψαν μικρές αυξήσεις και τις δύο τελευταίες χρονιές, οφειλόμενες κυρίως στον κλάδο Αστικής ευθύνης οχημάτων. Το ίδιο έτος παρουσίασαν σημαντική κάμψη και τα σημαντικότερα οικονομικά μεγέθη των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, όπως το Ενεργητικό, τα Ίδια κεφάλαια και τα Κέρδη (προ φόρων). Παρόμοια συμπεριφορά καταγράφει και η απεικόνιση των σημαντικότερων αριθμοδεικτών ασφαλιστικής διεύθυνσης, απόδοσης και αποδοτικότητας, με έντονη κάμψη το 2008 και επαναφορά το 2009, σε επίπεδα όμως χαμηλότερα από την προ κρίσης περίοδο. Η εξέταση τέλος της συσχέτισης της οικονομικής ύφεσης, έτσι όπως εκφράζεται από τη μεταβολή του ΑΕΠ της χώρας, με τις εργασίες του κλάδου της Ιδιωτικής ασφάλισης, υποδηλώνει ότι υπάρχει η δυναμική για την αντιστροφή του κύκλου εργασιών σε τροχιά ανάκαμψης όταν η οικονομία επανέλθει σε αναπτυξιακή πορεία.

## 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο

### 4.1 Έρευνα SHARE

Η πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και η δράση των Κρατών-Μελών είχε ως αποτέλεσμα την έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Η έρευνα SHARE είναι μία βάση δεδομένων η οποία αποτελείται από στοιχεία που αφορούν διάφορους επιστημονικούς κλάδους από διαφορετικές χώρες. Το περιεχόμενο τους αφορά θέματα υγείας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, εργασίας, συντάξεις και άλλα, και αφορούν συνολικά πάνω από 40.000 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

Η πρώτη διεξαγωγή της έρευνας δηλαδή το πρώτο κύμα πραγματοποιήθηκε το 2004-2005. Συμμετείχαν σε αυτό συνολικά 31.115 άτομα από έντεκα χώρες, οι οποίες ήταν οι: Δανία, Σουηδία, Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα, χώρες που μπορούν να αντιπροσωπεύσουν ως σύνολο την Ευρώπη λόγω της ομοιόμορφης κατανομής τους στο χάρτη. Το 2005-2006 προστέθηκαν δεδομένα από το Ισραήλ. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν ανά χώρα, φύλο και ηλικία, καθώς και οι Δείκτες Απόκρισης σε επίπεδο νοικοκυριών και ατόμων. Σαν σύνολο ο δείκτης απόκρισης νοικοκυριών άγγιξε το 61,6% ενώ των ατόμων το 85,3%.

**Πίνακας 4.1:**

Παράθεση όλων των δειγμάτων του πρώτου κύματος (2004-05, έκδοση δεδομένων 2.0.1.) κατά χώρα, φύλο και ηλικία

Χώρα	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	Κάτω των 50	50 έως 64	65- έως 74	75+	Ποσοτό Απόκρισης Νοικοκυριών*	Ποσοτό Απόκρισης Ατόμων*
<b>Αυστρία</b>	1,893	782	1,111	44	949	544	356	55.6%	87.5%
<b>Βέλγιο</b>	3,827	1,739	2,088	178	1,991	986	672	39.2%	90.5%



<b>Δανία</b>	1,707	771	936	92	916	369	330	63.2%	93.0%
<b>Γαλλία</b>	3,193	1,386	1,807	155	1,648	759	631	81.0%	93.3%
<b>Γερμανία</b>	3,008	1,38	1,628	65	1,569	886	486	63.4%	86.2%
<b>Ελλάδα</b>	2,898	1,244	1,654	229	1,458	712	499	63.1%	91.8%
<b>Ισραήλ</b>	2,598	1,139	1,459	142	1,416	690	347	60.1%	83.9%
<b>Ιταλία</b>	2,559	1,132	1,427	51	1,342	785	381	54.5%	79.7%
<b>Ολλανδία</b>	2,979	1,368	1,611	102	1,693	713	459	61.6%	87.8%
<b>Ισπανία</b>	2,396	994	1,402	42	1,079	701	573	53.0%	73.7%
<b>Σουηδία</b>	3,053	1,414	1,639	56	1,589	816	592	46.9%	84.6%
<b>Ελβετία</b>	1,004	462	542	42	505	251	204	38.8%	86.9%
<b>Σύνολο</b>	31,115	13,811	17,304	1,198	16,155	8,212	5,53	61.6%	85.3%

(SHARE, 2017)

Το δεύτερο κύμα της έρευνας έλαβε χώρα το 2006-2007. Στο κύμα αυτό συμμετείχαν ακόμη η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Πολωνία και η Ιρλανδία ανεβάζοντας τον αριθμό των συμμετεχόντων στα 33.281 άτομα. Το τρίτο κύμα της έρευνας πραγματοποιήθηκε το 2008-2009 με την εισαγωγή της Σλοβενίας και κατάφερε να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τις διαδρομές ζωής των ερωτώμενων (SHARELIFE). Σκοπός της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι να συμμετάσχουν όλα τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο κύμα του 2010-2011.

Η SHARE είναι εναρμονισμένη με παρόμοιες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Αγγλία (Αγγλική Γενεαλογική Μελέτη της Γήρανσης – English Longitudinal Survey of Ageing) και στις Η.Π.Α. (Έρευνα για την υγεία και την συνταξιοδότηση – Health and Retirement Survey) ενώ παρόμοιες έρευνες στην Ιαπωνία, την Κίνα και την Κορέα ακολουθούν το πρότυπο της έρευνας SHARE.

Όσον αφορά τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί κατά την έρευνα αφορούν κυρίως μεταβλητές υγείας (όπως υποκειμενικούς δείκτες για την κατάσταση υγείας, χρόνιες παθήσεις, βιολογικούς δείκτες), ψυχικής υγείας (ποιότητα ζωής, κατάθλιψη), οικονομικές μεταβλητές (εισόδημα, περιουσιακά στοιχεία, συντάξεις, προηγούμενη εργασία, εκπαιδευτικό επίπεδο), μεταβλητές κοινωνικής υποστήριξης (εθελοντισμός, παροχή βοήθειας από συγγενείς κ.ά.) κλπ.

Η SHARE υπερτερεί σε σχέση με τις άλλες έρευνες αφού έχει την δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης των δεδομένων της, λόγω της κατά επανάληψη συμμετοχής στην έρευνα των ίδιων ερωτώμενων. Έχει ως αποτέλεσμα να προσφέρει μια πλήρη περιγραφή της διαδικασίας της γήρανσης. Η σύνδεση των πληροφοριών από κύμα σε κύμα βοηθά τους ερευνητές όπως και τους φορείς πολιτικής για το πως διαμορφώνονται οι συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων παράλληλα με κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές αλλαγές.

#### 4.2 Στόχοι της παρούσας Εργασίας

Βασικοί στόχοι της έρευνας είναι να αναπτύσσει θεωρίες και να βρίσκει λύσεις σε διάφορα προβλήματα. Η παρούσα εργασία έχει βασικό στόχο να διερευνήσει διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω που έχουν δημόσια ή/και ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αναλύουμε τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών και διερευνούμε διαφοροποιήσεις στην υγεία τους και κατά χώρα διαμονής.

#### 4.3 Περιγραφική Ανάλυση

Πρώτα από όλα θα πρέπει να περιγράψουμε το προφίλ των ηλικιωμένων της Ευρώπης. Τα κύρια χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που θα μας απασχολήσουν θα διερευνηθούν μέσω των παρακάτω διαστάσεων:

- Η δημογραφική διάσταση
- Η κοινωνική διάσταση
- Η οικονομική διάσταση και
- Η διάσταση της υγείας

Θέλουμε λοιπόν μέσω των διαστάσεων αυτών να προσεγγίσουμε τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων όσον αφορά τα δημογραφικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), τα κοινωνικοοικονομικά τους στοιχεία (μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα), την υγεία τους καθώς και άλλους παράγοντες ενδιαφέροντος. Μέσω της χρήσης στοιχείων από το 5<sup>ο</sup> κύμα της έρευνας SHARE θα φτάσουμε σε συμπεράσματα για τους ηλικιωμένους 65 ετών και άνω για τις χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα αυτή.

#### 4.3.1 Η Δημογραφική-Κοινωνική διάσταση

Οι μεταβλητές που θα αναλύσουμε για να οδηγηθούμε στα όποια συμπεράσματα είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης και η χώρα. Το δείγμα μας αποτελείται από 62667 άτομα ηλικίας από 50 έως 104, με μέσο όρο ηλικίας τα 67,12 έτη. Οι γυναίκες αποτελούν το 55,4% του συνολικού πληθυσμού ενώ οι άνδρες το 44,6%.

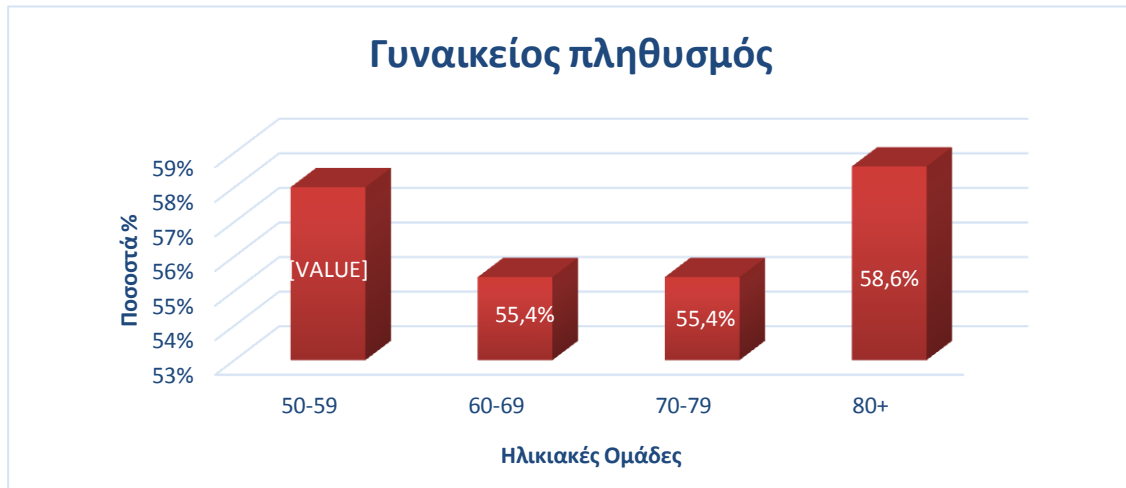
**Διάγραμμα 4.1 :** Κατανομή του δείγματος κατά φύλο



Χωρίσαμε το δείγμα σε τέσσερις ηλικιακές κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τις ηλικίες 50-59, η δεύτερη τις ηλικίες 60-69, η τρίτη τις ηλικίες 70-79 και η τέταρτη τα άτομα ηλικιών άνω των 80.

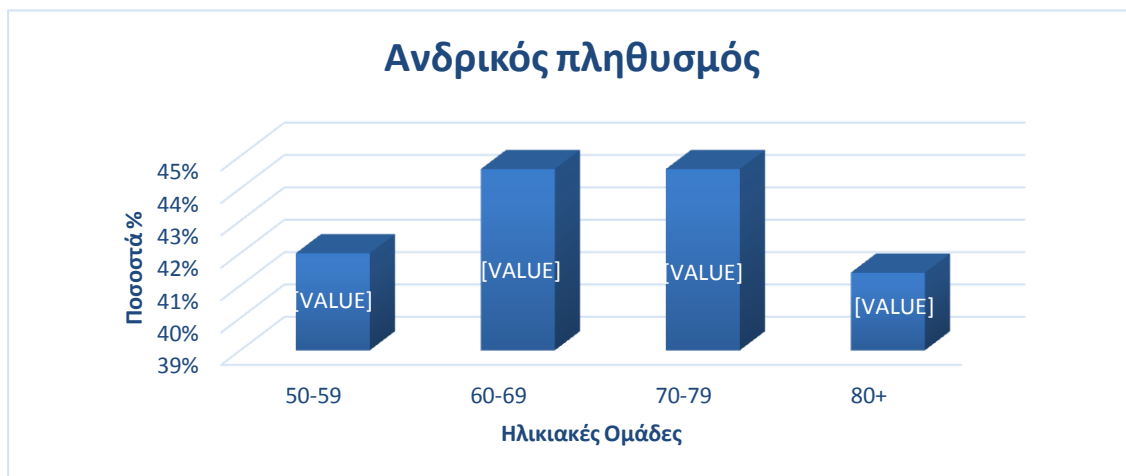
Η ηλικιακή ομάδα άνω των 80 περιλαμβάνει το υψηλότερο ποσοστό γυναικών (58,6%) ενώ δεύτερη ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 50-59 ετών. Μικρότερο ποσοστό, αλλά άνω του 50%, παρατηρείται στις ηλικίες 60-69 και 70-79 με δείκτη 55,4% και στις δύο περιπτώσεις.

**Διάγραμμα 4.2:** Ποσοστά Γυναικών ανά ηλικιακή ομάδα



Αντίθετα για τους άνδρες τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις ηλικίες 60-69 και 70-79. Το ποσοστό των ανδρών ηλικίας άνω των 80 είναι μόλις 41%, πολύ μικρότερο από αυτό των γυναικών.

**Διάγραμμα 4.3:** Ποσοστό Ανδρών ανά ηλικιακή ομάδα



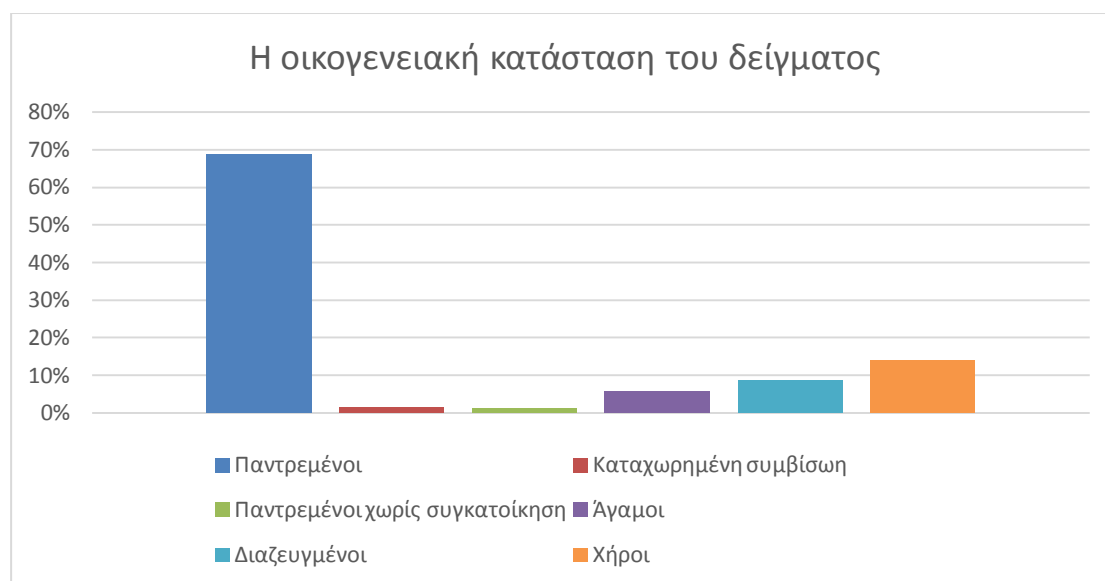
Στην συνέχεια παρατηρούμε το ποσοστό των ατόμων του δείγματος κατά χώρα, χωρισμένο σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες.

**Πίνακας 4.2:** Ποσοστό συμμετεχόντων στην έρευνα κατά χώρα σε 4 ηλικιακές ομάδες

Χώρες	Σύνολο 50-59 ετών		Σύνολο 60-69 ετών		Σύνολο 70-79 ετών		Σύνολο 80+ ετών	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Αυστρία	6,20%	6,20%	6,60%	7,10%	6,60%	7,10%	6,00%	6,70%
Γερμανία	11,90%	10,90%	9,60%	8,50%	9,60%	8,50%	6,90%	5,70%
Σουηδία	4,40%	4,90%	7,60%	6,90%	7,60%	6,90%	8,80%	6,40%
Ολλανδία	6,20%	6,90%	6,70%	6,50%	6,70%	6,50%	5,60%	5,30%
Ισπανία	9,90%	9,60%	10,90%	10,20%	10,90%	10,20%	16,00%	14,80%
Ιταλία	6,90%	7,40%	7,60%	7,30%	7,60%	7,30%	7,90%	6,40%
Γαλλία	6,60%	6,60%	6,80%	7,30%	6,80%	7,30%	8,30%	9,30%
Δανία	8,90%	8,00%	6,80%	6,30%	6,80%	6,3%	5,20%	5,50%
Ελβετία	4,80%	5,00%	4,90%	4,70%	4,90%	4,70%	4,60%	4,40%
Βέλγιο	11,00%	10,50%	9,00%	8,80%	9,00%	8,80%	9,00%	9,60%
Τσεχία	7,10%	7,80%	8,30%	9,30%	8,30%	9,30%	6,70%	7,20%
Λουξεμβούργο	3,70%	3,50%	2,70%	2,40%	2,70%	2,40%	2,00%	2,00%
Σλοβενία	4,90%	4,80%	4,50%	4,80%	4,50%	4,80%	4,30%	5,10%
Εσθονία	7,50%	7,80%	8,10%	9,90%	8,10%	9,90%	8,40%	11,60%
Σύνολο	100	100	100	100	100	100	100	100

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. Έχουμε χωρίσει την οικογενειακή κατάσταση σε 6 κατηγορίες. Συνολικά στο δείγμα μας το 68,7% είναι παντρεμένοι που συγκατοικούν με τον/την σύζυγο τους, το 1,5% είναι ζευγάρια με καταχωρημένη συμβίωση ενώ το 1,2% αντιπροσωπεύει ζευγάρια παντρεμένα που δεν ζουν κάτω από την ίδια στέγη. Ακόμη υπάρχουν άλλες 3 κατηγορίες: άτομα που δεν έχουν τελέσει ποτέ γάμο (άγαμοι) με ποσοστό 5% στο σύνολο, οι διαζευγμένοι με 8% στο σύνολο και τέλος οι χήροι που αντιπροσωπεύουν το 14% του πληθυσμού.

**Διάγραμμα 4.4:** Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος



Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζουμε την κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα κατά χώρα και οικογενειακή κατάσταση. Στο δείγμα μας το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να παρατηρούνται για τους Ισπανούς (76,9%) και τους Ιταλούς (76,5%). Αναλυτικότερα, οι κάτοικοι της Ολλανδίας και της Σουηδίας είναι αυτοί που κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό καταχωρημένης συμβίωσης της τάξης του 4%, ενώ οι ανατολικές χώρες όπως η Εσθονία και η Τσεχία έχουν το υψηλότερο ποσοστό χήρων (19,6% στην Εσθονία, 19% στην Τσεχία). Τέλος, οι κάτοικοι Αυστρίας, Βελγίου, Ελβετίας και Τσεχίας δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό διαζευγμένοι (με τα ποσοστά να είναι 11,90%, 11,50%, 11,20% και 13,10% αντιστοίχως).

**Πίνακας 4.3.:** Σύθεση του δείγματος κατά χώρα και οικογενειακή κατάσταση

Χώρα	Οικογενειακή κατάσταση					
	Παντρεμένοι με συγκατοίκηση	Καταχωρημένη Συμβίωση	Παντρεμένοι χωρίς συγκατοίκηση	Άγαμοι	Διαζευγμένοι	Χήροι
Αυστρία	2669	19	59	344	512	708
%	61,90%	0,40%	1,40%	8%	11,90%	16,40%
Γερμανία	4135	19	102	303	460	603
%	73,60%	0,30%	1,80%	5,40%	8,20%	10,70%
Σουηδία	3095	174	15	305	481	447
%	68,50%	3,90%	0,30%	6,80%	10,60%	9,90%
Ολλανδία	3010	165	48	162	286	456
%	72,90%	4,00%	1,20%	3,90%	6,90%	11,00%
Ισπανία	5075	73	75	341	170	866
%	76,90%	1,10%	1,10%	5,20%	2,60%	13,10%
Ιταλία	3575	63	34	275	124	605
%	76,50%	1,30%	0,70%	5,90%	2,70%	12,90%
Γαλλία	2830	26	43	317	438	778
%	63,90%	0,60%	1,00%	7,20%	9,90%	17,60%
Δανία	2845	21	41	264	436	457
%	70,00%	0,50%	1,00%	6,50%	10,70%	11,20%
Ελβετία	2070	28	57	194	335	318
%	69,00%	0,90%	1,90%	6,50%	11,20%	10,60%
Βέλγιο	3550	189	89	312	639	773
%	63,90%	3,40%	1,60%	5,60%	11,50%	13,90%
Τσεχία	3548	8	76	131	729	1056
%	64,00%	0,10%	1,40%	2,40%	13,10%	19,00%
Λουξεμβούργο	1186	5	28	75	126	172
%	74,50%	0,30%	1,80%	4,70%	7,90%	10,80%
Σλοβενία	2052	122	16	135	114	485
%	70,20%	4,20%	0,50%	4,60%	3,90%	16,60%
Εσθονία	3399	40	89	405	649	1118
%	59,60%	0,70%	1,60%	7,10%	11,40%	19,60%

## Τομέας Εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που έχουν σκοπό την επίδραση με συγκεκριμένο τρόπο στη σκέψη, στο χαρακτήρα και στη σωματική αγωγή του ατόμου. Με τη διαδικασία της εκπαίδευσης αποκτώνται γνώσεις, αναπτύσσονται δεξιότητες και ικανότητες και διαμορφώνονται αξίες (ηθική, ειλικρίνεια, επαγγελματισμός, υπευθυνότητα). Το άτομο εκπαιδεύεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Παράγοντες που επιδρούν στην εκπαίδευση του ατόμου είναι το φύλο, η χώρα, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση καθώς και η ηλικία του.

Ο αναλφαβητισμός απειλεί την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική συνοχή. Υπάρχει όχι μόνο στις υποανάπτυκτες χώρες αλλά και στις ανεπτυγμένες. Σχεδόν 80 εκατομμύρια ενήλικες στην Ευρώπη κατά το 2009 –το ένα τρίτο του εργατικού δυναμικού- διαθέτουν χαμηλές ή βασικές ικανότητες. (Πανελλήνιος Σύλλογος Καθηγητών Ιταλικής Γλώσσας και Φιλολογίας, 2011). Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται κυρίως στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, ενώ σε ορισμένες χώρες ο αναλφαβητισμός είναι καθολικός και δεν γίνονται μετρήσεις. Έρευνες που διενεργήθηκαν στην Ευρώπη έδειξαν ότι :

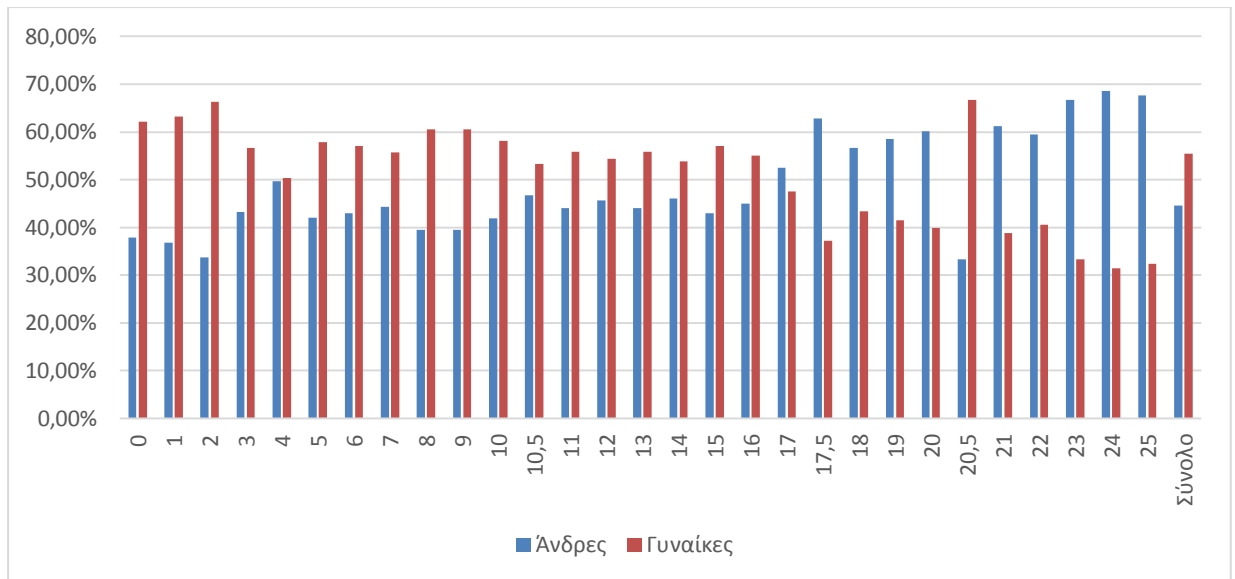
1. Μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, συγκεκριμένα το ποσοστό αυξάνεται στους ηλικιωμένους άνω των 75.
2. Παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης κατά φύλο.
3. Όσο περνάνε τα χρόνια οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ολοένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.
4. Πολύ μικρότερες αναλογίες ατόμων 75+ είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σύγκριση με άτομα 65-74 ετών.



5. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και κυρίως της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης το επίπεδο εκπαίδευσης είναι χαμηλότερο από την υπόλοιπη Ευρώπη (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Από το δείγμα της έρευνας SHARE, στους 62667 ερωτηθέντες παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες έχουν υψηλότερη εκπαιδευτική κατάρτιση από τις γυναίκες, σε, καθώς τα ποσοστά τους είναι υψηλότερα όσον αφορά τα χρόνια εκπαίδευσης με μέγιστο έτος εκπαίδευσης τα 25. Τα υψηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στα 20,5 έτη για τις γυναίκες (66,7%) και στα 24 έτη για τους άνδρες (68,6%). Από 0 έως 16 έτη εκπαίδευσης, οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά εκπαιδευτικής κατάρτισης από τους άνδρες. Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά από τα 17 έως τα 25 έτη εκπαίδευσης με εξαίρεση τα 20,5 έτη. Δεν προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι οι άνδρες έχουν αθροιστικά σε όλη την διάρκεια της καριέρας τους παραπάνω χρόνια εκπαιδευτικής κατάρτισης συγκριτικά με τις γυναίκες. Ο λόγος είναι προφανής, καθώς αρκετές γυναίκες μετά την βασική τους εκπαίδευση μαζί με την απόκτηση πτυχίου και κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου ίσως, έχουν ως βασική τους αρμοδιότητα την φροντίδα της οικογένειας, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την καριέρα.

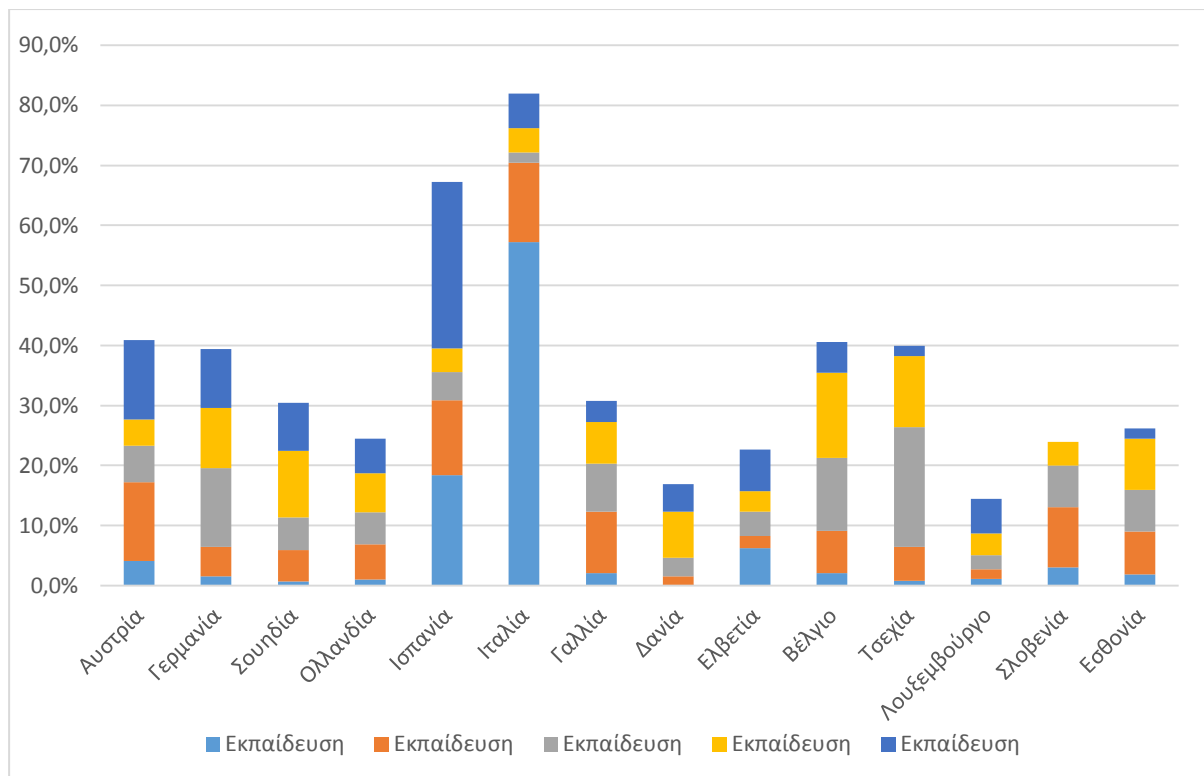
**Διάγραμμα 4.5:** Ιστόγραμμα συχνοτήτων ετών εκπαίδευσης κατά φύλο



### Εκπαίδευση κατά χώρα

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε το επίπεδο εκπαίδευσης για τις χώρες που συμμετέχουν στη έρευνα SHARE στα παρακάτω έτη.

### Διάγραμμα 4.6: Εκπαίδευση κατά χώρα



Από το διάγραμμα 4.6 προκύπτει ότι χώρες με υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης είναι το Λουξεμβούργο και η Αυστρία όπου τα ποσοστά των ατόμων με 25 έτη εκπαίδευσης υπερβαίνουν το 10%. Ειδικά στο Λουξεμβούργο το ποσοστό αυτό αγγίζει το 40%. Η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό ατόμων με μέχρι 5 έτη εκπαίδευσης είναι η Ιταλία (πάνω από 50%), 57,2% και ακολουθεί η Ισπανία και η Ελβετία με 18,4% και 6,2% αντίστοιχα. Συνολικά φαίνεται μία αντίθεση μεταξύ νότιας και βόρειας Ευρώπης όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο.

#### 4.3.2 Οικονομική Διάσταση

##### Χώρα διαμονής και Δημόσια Σύνταξη

Στο σημείο αυτό θα εξετάσουμε κατά πόσο οι κάτοικοι των χωρών της έρευνας SHARE τείνουν να παίρνουν δημόσια σύνταξη. Η έρευνα SHARE περιλαμβάνει 8 είδη σύνταξης: α) δημόσια σύνταξη λόγω συμπλήρωσης ορίου ηλικίας (κύρια), β) δημόσια συμπληρωματική σύνταξη ή δημόσια σύνταξη δεύτερης ηλικίας, γ)

πρόωρη συνταξιοδότηση, δ) κύρια δημόσια σύνταξη ασφάλισης αναπηρίας/παροχές ασθένειας, ε) δευτερεύουσα δημόσια ασφάλιση αναπηρίας/ασθένεια, στ) δημόσιο επίδομα ανεργίας/ασφάλιση, ζ) κύρια δημόσια σύνταξη επιζώντος από τον σύζυγο/σύντροφο, η) δευτερεύουσα δημόσια σύνταξη επιζώντος από τον σύζυγο/σύντροφο.

Η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων στην έρευνα εκφράζεται άμεσα με μεταβλητές όπως το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία ενώ συνδέεται με τη υγεία των ηλικιωμένων και τη σύνταξή τους. Συνεπώς οι παραπάνω παράγοντες αποτελούν κριτήριο επιλογής σύνταξης, όμως δεν είναι απαραίτητο να ισχύει καθολικά αυτό. Είναι γεγονός ότι οι πλουσιότερες χώρες επιλέγουν ευκολότερα ιδιωτική σύνταξη από δημόσια αφού οι οικονομικές δυνατότητες που έχουν τα νοικοκυριά τους το επιτρέπουν.

Στο σύνολο του δείγματος η πλειοψηφία επιλέγει δημόσια σύνταξη με ποσοστό 52% έναντι του 48% που δεν την επιλέγουν. Παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών. Με μια πρώτη ματιά παρατηρούμε ότι τα ηλικιωμένα άτομα στις χώρες της Μεσογείου προτιμούν άλλου είδους σύνταξη αντί της δημόσιας με ποσοστά 59% στην Ισπανία και 69% στην Ιταλία. Χώρες που ακολουθούν την ίδια επιλογή είναι η Δανία με ποσοστό 56%, το Βέλγιο με ποσοστό 56%, η Γερμανία με ποσοστό 52% και το Λουξεμβούργο με ποσοστό 52%. Όσον αφορά τις δύο τελευταίες χώρες η επιλογή της δημόσιας σύνταξης και η μη επιλογή της δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τον μέσο όρο για το σύνολο του δείγματος. Οι μισές χώρες που συμμετέχουν στη έρευνα δηλαδή φαίνεται ότι ακολουθούν την επιλογή εναλλακτικής μορφής σύνταξης.

Αντίθετα, παραδοσιακές χώρες όπως η Γαλλία και η Σουηδία που στηρίζονται πολύ στην κρατική συμβολή επιλέγουν την δημόσια σύνταξη. Η Γαλλία με ποσοστό 65% και η Σουηδία με ποσοστό 61% είναι πρωτοπόροι στη λίστα αυτή. Σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Αυστρία και η Ελβετία η επιλογή δημόσιας σύνταξης

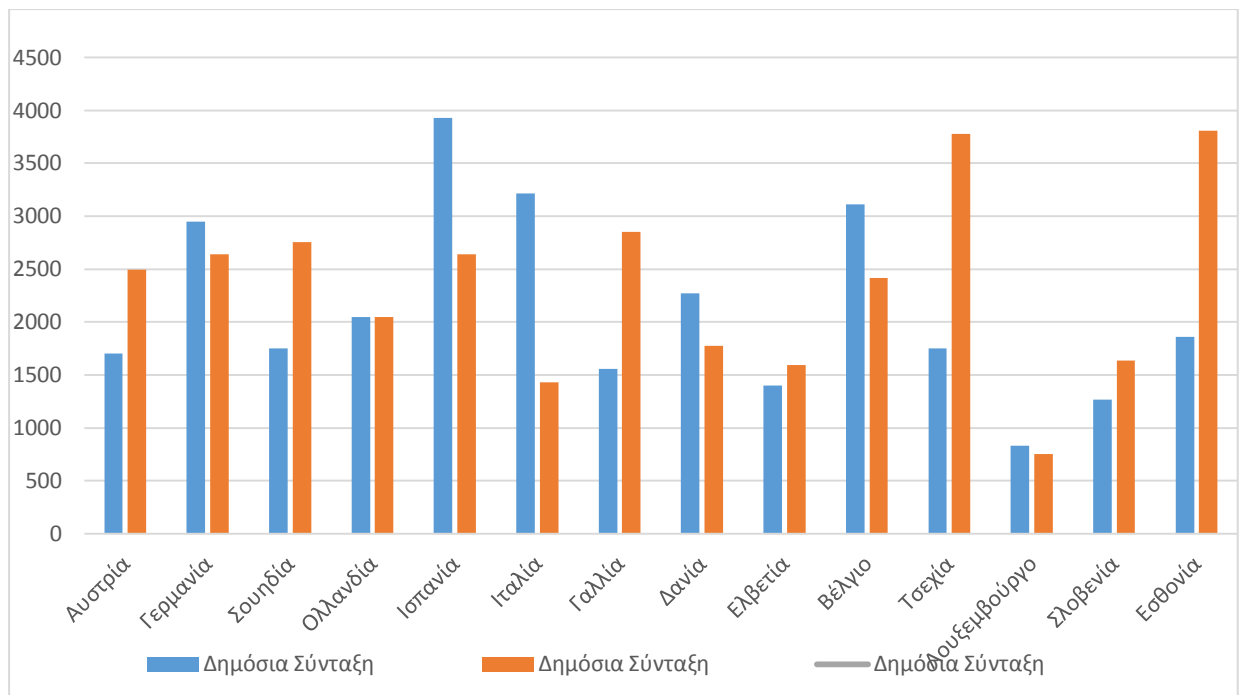
από τους κατοίκους των είναι επίσης πρώτη επιλογή αν και με χαμηλότερα ποσοστά (59% και 53% αντίστοιχα). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι της Ανατολικής Ευρώπης που ζουν σε χώρες όπως η Τσεχία, η Σλοβενία και η Εσθονία, όπου το κράτος επικρατούσε σε όλους τους τομείς τα τελευταία 50 χρόνια, επιλέγουν δημόσια σύνταξη. Η Τσεχία παρουσιάζει ποσοστό της τάξεως του 68%, η Εσθονία ποσοστό του 67% και η Σλοβενία μικρότερη τιμή από τις άλλες δύο χώρες με ποσοστό 56%.

**Πίνακας 4.4:** Δημόσια Σύνταξη κατά χώρα

Χώρα	Δημόσια Σύνταξη		Σύνολο
	Μη επιλογή	Επιλογή	
Αυστρία	41%	59%	4199
Γερμανία	53%	47%	5589
Σουηδία	39%	61%	4503
Ολλανδία	50%	50%	4099
Ισπανία	60%	40%	6570
Ιταλία	69%	31%	4649
Γαλλία	35%	65%	4409
Δανία	56%	44%	4045
Ελβετία	47%	53%	2996
Βέλγιο	56%	44%	5526
Τσεχία	32%	68%	5532
Λουξεμβούργο	53%	47%	1586
Σλοβενία	44%	56%	2908
Εσθονία	33%	67%	5669
Σύνολο	29656	32624	62280

Παρακάτω παρουσιάζεται και γραφικά η επιλογή και η μη επιλογή της δημόσιας σύνταξης από τις χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα καθώς και ο μέσος όρος τους.

**Διάγραμμα 4.7:** Δημόσια Σύνταξη κατά χώρα



### Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική / συμπληρωματική

Στο σύνολο όλων των χωρών του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι δεν προτιμά ιδιωτική ασφάλιση (93%) ενώ θετικά απάντησε μόνο το 7%.

#### Αυστρία

Μετά την διεξαγωγή της έρευνας βλέπουμε ότι το 99% επιλέγει να μην ασφαλιστεί ιδιωτικά. Είναι αναμενόμενο αφού είδαμε παραπάνω ότι η πλειοψηφία επιλέγει την δημόσια σύνταξη σε σχέση με κάποια άλλη μορφή.

#### Σουηδία

Η Σουηδία παρουσιάζει παρόμοια κατάσταση με την Αυστρία. Συγκεκριμένα το ποσοστό άρνησης σε μια τέτοια ασφάλιση είναι 88%.

## **Ολλανδία**

Η Ολλανδία είναι μια χώρα με υψηλό οικονομικό επίπεδο ωστόσο βλέπουμε ίδια κατάσταση με τις παραπάνω χώρες. Αναλυτικά σε ποσοστά η κατάσταση είναι η εξής:

- Επιλογή Ιδιωτικής Ασφάλισης : 15%
- Επιλογή άλλη μορφής Ασφάλισης : 85%

## **Ισπανία**

Η Ισπανία είναι η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων στην έρευνα. Το 95% από αυτούς απάντησε αρνητικά στην ερώτηση αυτή ενώ μόνο το 5% απάντησε θετικά.

## **Ιταλία**

Η Ιταλία όπως και η Ισπανία που είναι μεσογειακές χώρες σκιαγραφούν μια παρόμοια κατάσταση. Μικρό ποσοστό ατόμων, 2%, απάντησε θετικά. Οι υπόλοιποι ηλικιωμένοι απάντησαν αρνητικά (98%).

## **Γαλλία**

Η Γαλλία σαν χώρα της Κεντρικής Ευρώπης και σαν παραδοσιακή χώρα που στηρίζει τον δημόσιο τομέα περιμένουμε να βρίσκεται σε παρόμοια κατάσταση με την Ολλανδία και την Αυστρία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτημένων, 84%, απαντούν ότι δεν προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση. Το 16% των ερωτημένων ανταποκρίνεται θετικά σε μια τέτοια είδους ασφάλιση.

## **Χώρες της Ανατολικής Ευρώπης**

Η Εσθονία φαίνεται να επιλέγει άλλου είδους ασφάλιση πέρα της ιδιωτικής με ποσοστό 100%. Περίπου ίδιο ποσοστό παρουσιάζει και η Τσεχία αφού οι

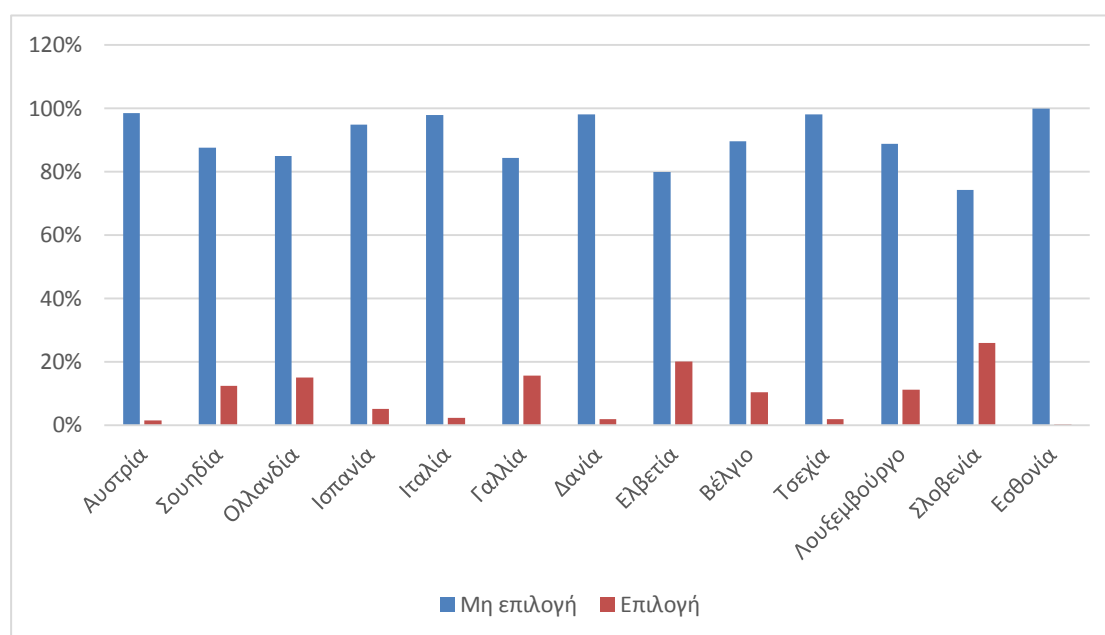
ηλικιωμένοι εμφανίζονται με ποσοστό 98% να μην προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση. Τα αποτελέσματα για την Σλοβενία δείχνουν ότι το 74% των ερωτωμένων είναι αρνητικοί ως προς την ιδιωτική ασφάλιση ενώ το 26% την επιλέγουν. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το δείγμα από την Σλοβενία δεν είναι τόσο μεγάλο όσο των άλλων χωρών αφού στην ερώτηση αυτή απάντησαν μόνο 244 άτομα.

### **Δανία-Ελβετία-Βέλγιο-Λουξεμβούργο**

Ο πίνακας ποσοστών για τις Δανία και Ελβετία παρατίθενται ως εξής:

Η πλειοψηφία των Δανών (98%) και υψηλά ποσοστά Ελβετών (80%) επιλέγουν ιδιωτική ασφάλιση. Επίσης πολύ υψηλά είναι τα ποσοστά των Βέλγων και των κατοίκων του Λουξεμβούργου που την επιλέγουν (90%) και (89%) αντίστοιχα.

**Διάγραμμα 4.8:** Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική / συμπληρωματική κατά χώρα





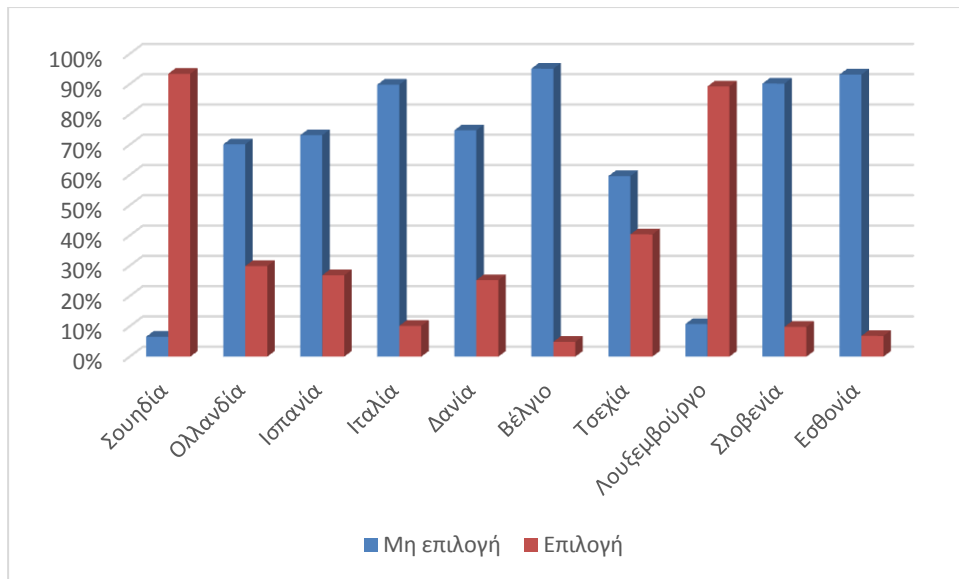
### Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσιες

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, δημόσια ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης επιλέγουν οι Σουηδοί (93%) και οι κάτοικοι του Λουξεμβούργου (89%). Στις υπόλοιπες χώρες τα ποσοστά είναι αρκετά κάτω του 50%.

**Πίνακας 4.5:** Δημόσια Ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης κατά χώρα

Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσιες		
Χώρα	Μη επιλογή	Επιλογή
Σουηδία	7%	93%
Ολλανδία	70%	30%
Ισπανία	73%	27%
Ιταλία	90%	10%
Δανία	75%	25%
Βέλγιο	95%	5%
Τσεχία	60%	40%
Λουξεμβούργο	11%	89%
Σλοβενία	90%	10%
Εσθονία	93%	7%
Σύνολο	68%	32%

**Διάγραμμα 4.9:** Δημόσια Ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης κατά χώρα



Ο παρακάτω πίνακας δείχνει το ποσοστό των ατόμων που επιλέγουν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας κατά χώρα.

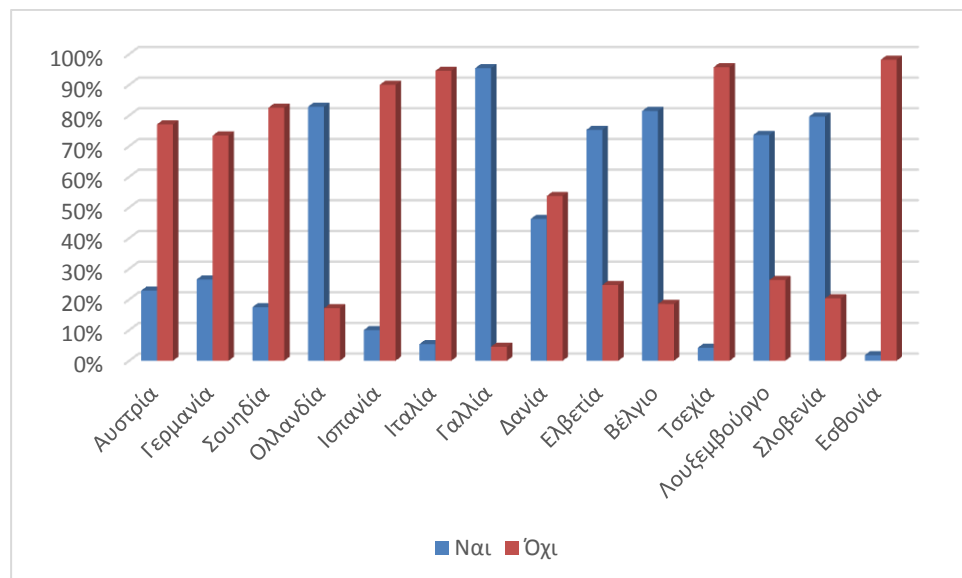
**Πίνακας 4.6:** Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας κατά χώρα

Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας		
Χώρα	Ναι	Όχι
Αυστρία	23%	77%
Γερμανία	27%	73%
Σουηδία	17%	83%
Ολλανδία	83%	17%
Ισπανία	10%	90%
Ιταλία	5%	95%
Γαλλία	95%	5%
Δανία	46%	54%
Ελβετία	75%	25%
Βέλγιο	81%	19%
Τσεχία	4%	96%
Λουξεμβούργο	74%	26%
Σλοβενία	80%	20%
Εσθονία	2%	98%
Σύνολο	39%	61%

Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλά σε πλούσιες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Ολλανδία, η Ελβετία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Γαλλία καθώς και

στην Σλοβενία. Αντίθετα ετα ποσοστά είναι χαμηλά σε χώρες της Νοτίου και της Ανατολικής Ευρώπης.

**Διάγραμμα 4.10:** Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας κατά χώρα



### Τρέχουσα Εργασιακή Κατάσταση - Φύλο

**Πίνακας 4.7:** Εργασιακή Κατάσταση κατά φύλο

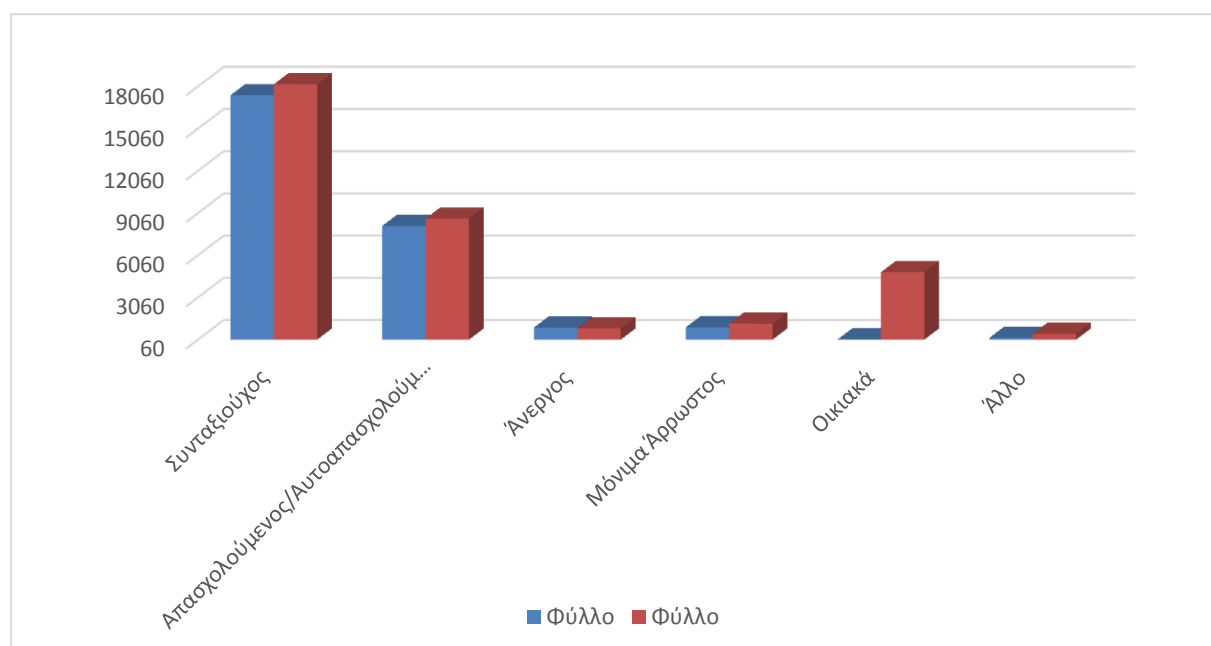
Τρέχουσα Εργασιακή Κατάσταση	Φύλλο		Σύνολο
	Άνδρας	Γυναίκα	
Συνταξιούχος	49%	51%	35658
Απασχολούμενος/Αυτοαπασχολούμενος	48%	52%	16818
Άνεργος	52%	48%	1785
Μόνιμα Άρρωστος	44%	56%	2139
Οικιακά	2%	98%	4934
Άλλο	29%	71%	666
Σύνολο	45%	55%	62000

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι οι συνταξιούχοι αποτελούν το 57% του δείγματος. Από τους συνταξιούχους 51% είναι γυναίκες ενώ 49% είναι άνδρες. Αυτό είναι λογικό αφού οι γυναίκες βγαίνουν στην σύνταξη νωρίτερα από τους άνδρες. Στην κατηγορία απασχολούμενος/

αυτοαπασχολούμενος που αποτελεί το 27% του δείγματος, και τα δύο φύλα έχουν ποσοστά που είναι κοντά στο 50%, συγκεκριμένα 48% είναι άνδρες και 52% είναι γυναίκες. Οι άνεργοι είναι πολύ λίγοι και μετά βίας φθάνουν στο 2%. Από αυτούς το 51% είναι άνδρες και το 48% είναι γυναίκες. Το μικρό αυτό ποσοστό εξηγείται αφού οι ερωτηθέντες είναι ηλικιωμένοι άνω των 50 ετών. Στην κατηγορία άρρωστοι το ποσοστό των ανδρών είναι 43% και οι γυναίκες είναι 56%. Στα οικιακά υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλλα, 2% και 98% είναι τα ποσοστά των ανδρών και γυναικών αντίστοιχα. Τέλος, στην τελευταία κατηγορία «Άλλο» το ποσοστό δεν ξεπερνά το 1% στις γυναίκες.

Παρακάτω παρατίθενται το διάγραμμα όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση για τους άνδρες και τις γυναίκες του δείγματος:

**Διάγραμμα 4.11:** Εργασιακή Κατάσταση κατά φύλο



### 4.3.3 Τομέας Υγείας

#### Χρόνιες Ασθένειες

Στην έρευνα SHARE μια από τις ερωτήσεις που καλούνται να απαντήσουν οι ερωτώμενοι είναι σχετικά με χρόνιες ασθένειες που έχουν. Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολύ μεγάλο βαθμό καταπολεμώντας διάφορα είδη ασθενειών, ωστόσο, οι χρόνιες ασθένειες παραμένουν η κύρια πηγή υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

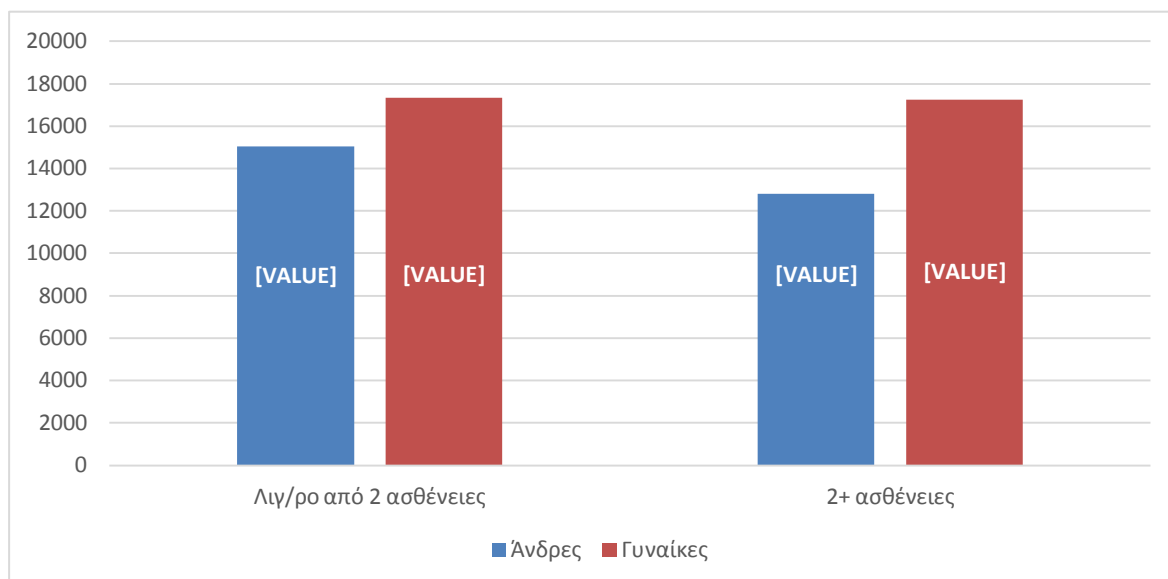
Οι χρόνιες ασθένειες για τους άνδρες και τις γυναίκες παρουσιάζονται ως:

**Πίνακας 4.8:** Χρόνιες ασθένειες κατά φύλο

Φύλλο	Λιγότερο από 2 ασθένειες	περισσότερες από 2 ασθένειες	Σύνολο
Άνδρες	54%	46%	27828
Γυναίκες	50%	50%	34601
Σύνολο	32379	30050	62429

Η έρευνα εξετάζει την υγεία των δύο φύλλων, ρωτώντας ποιοι από το δείγμα έχουν κάποιες συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα, πίεση, εγκεφαλικά, καρκίνο κλπ). Αθροίζοντας τις παθήσεις αυτές προκύπτει μία κλίμακα. Εξετάζοντας πόσοι έχουν λιγότερες από 2 ασθένειες διαπιστώσαμε πως 15034 άτομα είναι άνδρες ενώ 17345 άτομα είναι γυναίκες. Επιπλέον, 12794 άνδρες πάσχουν από 2+ ασθένειες ενώ οι γυναίκες είναι 17256. Τελικά διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζονται να είναι πιο επιρρεπείς όσον αφορά χρόνιες παθήσεις, εφόσον έχουμε 50% των γυναικών να πάσχουν από τουλάχιστον 2 παθήσεις έναντι 46% των ανδρών.

**Διάγραμμα 4.12:** Χρόνιες Ασθένειες κατά Φύλλο



## Κατάθλιψη

Κατάθλιψη ονομάζουμε μία ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης, με συναισθήματα μοναξιάς, απόγνωσης, απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης. Ο όρος χρησιμοποιείται για να δηλώσει την προαναφερθείσα διαταραχή, οπότε μιλούμε για ένα κλινικό σύνδρομο που μπορεί να εμφανισθεί πρωτογενώς ή δευτερογενώς σαν επιπλοκή πλήθους ψυχικών και σωματικών διαταραχών, άλλοτε για να δηλώσει το σύμπτωμα της κατάθλιψης και άλλοτε την συναισθηματική διαταραχή η οποία μπορεί να είναι ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Εννιά από τις δέκα χώρες του κόσμου με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών βρίσκονται στην Ευρώπη. Οι φοβίες και η κατάθλιψη είναι οι συνηθέστερες διαταραχές στη Γηραιά Ήπειρο, ενώ η ψυχική νόσος αποτελεί το 20% του φορτίου ασθενειών και επηρεάζει έναν στους τέσσερις ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η κατάθλιψη κάνει την εμφάνισή της και σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Αυτού του τύπου η κατάθλιψη ονομάζεται 'κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας'

και εμφανίζεται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία, δηλαδή μετά τα πενήντα, εξήντα ή εξήντα πέντε έτη.

Μονάδα μέτρησης της κατάθλιψης είναι η κλίμακα Eurod στο SHARE και βασίζεται σε 12 συμπτώματα. Συνήθως η κατάθλιψη δεν γίνεται αντιληπτή ούτε από τους συγγενείς των ηλικιωμένων, αλλά ούτε και από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπάρχει διαφορά στην πάθηση αυτή ανάμεσα στους νέους και στους ηλικιωμένους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας (και κυρίως οι γυναίκες) αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης. Θα αναφέρουμε μερικούς από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης :

- Γενετικοί παράγοντες (Οικογενειακό ιστορικό)
- Βιολογικοί παράγοντες (Νόσος του Πάρκινσον, εγκεφαλικό επεισόδιο, AIDS)
- Ψυχολογικοί παράγοντες (θάνατος γονιού, διαζύγιο, τρόπος σκέψης, απώλεια συντρόφου)

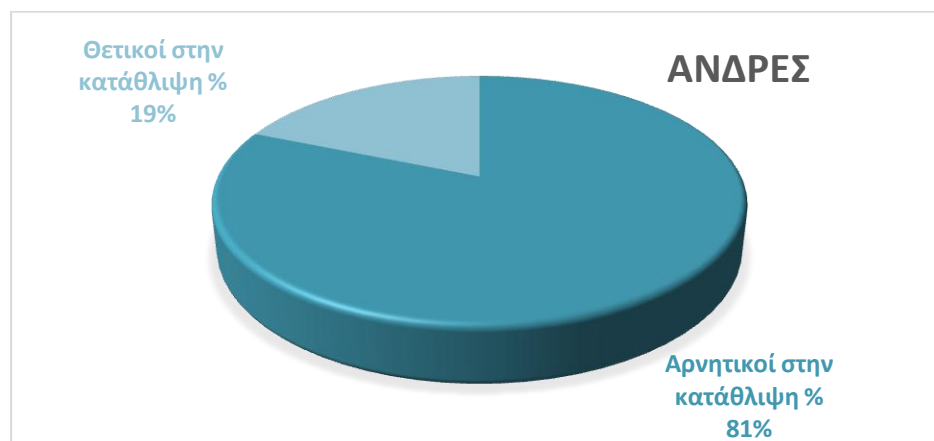
Η κατάθλιψη στο SHARE διαπιστώνεται βάσει 12 συμπτωμάτων. Άτομα που έχουν απαντήσει θετικά σε τουλάχιστον 4 συμπτώματα θεωρείται ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Στο δείγμα μας λοιπόν συνολικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 26%, δεν εμφανίζει κατάθλιψη. Τα ποσοτά αυτά διαφοροποιούνται σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Οι χήροι είναι τα άτομα με την πιθανότερη εμφάνιση της πάθησης αυτής (40%) ενώ μετά ακολουθούν οι παντρεμένοι χωρίς συγκατοίκηση (31%), οι διαζευγμένοι (30%) και οι άγαμοι (27%). Στους πρώτους που αναφέραμε η αιτία είναι ο θάνατος του/της συζύγου που δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα. Για τους υπόλοιπους φαίνεται ότι η έλλειψη συντρόφου στις ηλικίες άνω των 50 έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογία του ατόμου. Επιπλέον η ύπαρξη κατάθλιψης οδηγεί και στην 'απώλεια' του συντρόφου

(διαζύγια κλπ) σε μεγαλύτερα ποσοστά. Οι υπόλοιπες τρεις κατηγορίες δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και μάλιστα με υψηλά ποσοστά άνω του 70%.

**Πίνακας 4.9:** Κατάθλιψη κατά οικογενειακά κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Αρνητικοί στην κατάθλιψη %	Θετικοί στην κατάθλιψη %
Παντρεμένοι με συγκατοίκηση	77%	23%
Καταχωρημένη Συμβίωση	79%	21%
Παντρεμένοι χωρίς συγκατοίκηση	69%	31%
Άγαμοι	73%	27%
Διαζευγμένοι	70%	30%
Χήροι	61%	39%
Σύνολο	74%	26%

**Διάγραμμα 4.13:** Κατάθλιψη στους άνδρες



Οι άνδρες του δείγματος είναι 27019, από τους οποίους οι 21948 (81%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κατάθλιψη ενώ θετικά απάντησαν οι 5071 (19%).



**Διάγραμμα 4.14:** Κατάθλιψη στις γυναίκες



Οι ερωτώμενες γυναίκες είναι 33772. Αρνητικά δήλωσαν οι 22915 (68%), θετικά οι 10857 (32%).

Συγκριτικά τα παραπάνω διαγράμματα δείχνουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν κατάθλιψη σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άνδρες (32% έναντι 19%).

### **Περιορισμός των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες**

Όσο περνάνε τα χρόνια ο οργανισμός του ανθρώπου εξασθενεί και δυσκολεύεται να ανταποκριθεί ακόμα και σε καθημερινές δραστηριότητες, είτε στις βασικές είτε στις λειτουργικές. Οι πρώτες αναφέρονται και ως ADL – Activities of daily living (φαγητό, μπάνιο, ένδυση) ενώ οι δεύτερες ως IADL – instrumental Activities of daily living (ψώνια, ελαφρά εργασία καθαριότητας, προετοιμασία φαγητού κλπ). Η κακή υγεία και οι περιορισμοί δραστηριοτήτων έχουν αρνητική

σχέση με την πιθανότητα συμμετοχής στην απασχόληση, στην ηλικία συνταξιοδότησης, τις ώρες εργασίας και τις αποδοχές.

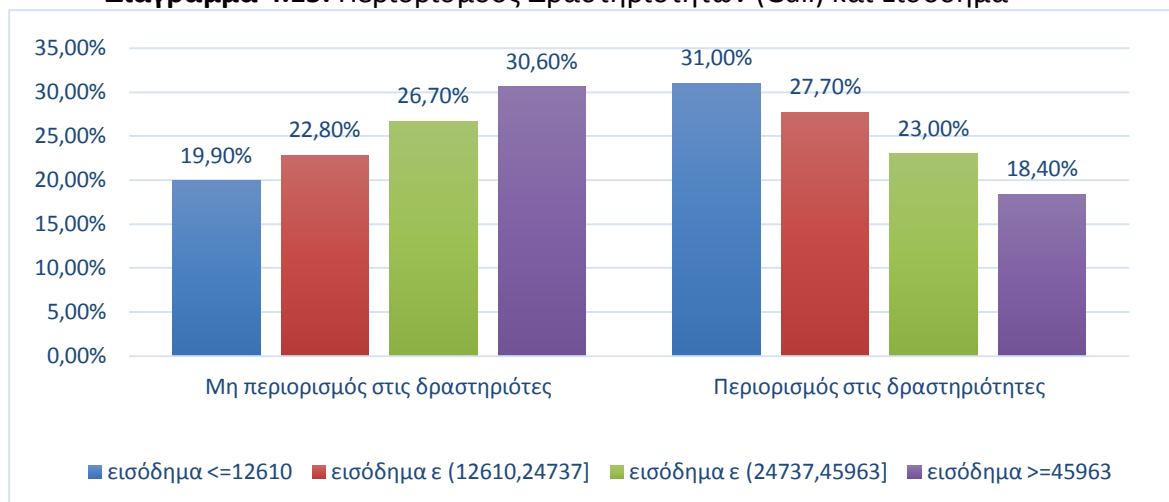
**Πίνακας 4.10:** Περιορισμός στις δραστηριότητες κατά φύλλο (δείκτης Gali)

Περιορισμός στις δραστηριότητες	Φύλλο	
	Άνδρας	Γυναίκα
Μη περιορισμός	47%	53%
Περιορισμός	42%	58%

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.22 οι γυναίκες φαίνεται να αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις δραστηριότητες σε μεγαλύτερα ποσοστά από ότι οι άνδρες, με διαφορά περίπου 16 ποσοστιαίων μονάδων.

Άλλος ένας συνδυασμός που θα εξετάσουμε είναι ο περιορισμός στις δραστηριότητες σε σχέση με το εισόδημα (Διάγραμμα 4.13). Είναι εμφανές ότι μεγαλύτερο εισόδημα συνδυάζεται με λιγότερους περιορισμούς στις δραστηριότητες, δηλαδή λιγότερους περιορισμούς κινητικότητας και καλύτερη κατάσταση υγείας.

**Διάγραμμα 4.15: Περιορισμός Δραστηριοτήτων (Gali) και Εισόδημα**



Στο συνολικό μας δείγμα το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι περιορισμένο στις δραστηριότητες σύμφωνα με τον δείκτη Gali (31%) προέρχεται από την χαμηλότερη οικονομική τάξη με εισόδημα που δεν ξεπερνάει τα 12610 Ευρώ ανά έτος. Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό που δεν αντιμετωπίζει περιορισμούς σε δραστηριότητες (30,6%) είναι άτομα που αντιστοιχούν στην πλέον εύπορη τάξη με ετήσιο εισόδημα τουλάχιστον 45963 Ευρώ. Παρατηρούμε στο διάγραμμα ότι οι τάξεις που είναι πιο εύπορες έχουν χαμηλότερα ποσοστά αναπηρίας από τις χαμηλότερες εισοδηματικά τάξεις.

#### **Δημόσια Ασφάλιση Μακροχρόνιας Περίθαλψης κατά φύλο**

Στην συνέχεια θα αναλύσουμε διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την Δημόσια Ασφάλιση Μακροχρόνιας Περίθαλψης.

**Πίνακας 4.11: Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσια**

Ασφάλειες μακροχρόνιας περίθαλψης: δημόσιες	Άνδρας	Γυναίκα
Επιλογή Ασφάλισης	33%	32%

Μη Επιλογή Ασφάλισης	67%	68%
----------------------	-----	-----

Παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην επιλογή ή στην μη επιλογή μακροχρόνιας δημόσιας ασφάλισης ανάμεσα στα δυο φύλλα. Ωστόσο, άνδρες και γυναίκες επιλέγουν αυτού του τύπου την ασφάλιση σε χαμηλά ποσοστά (32-33%).

### **Ικανοποίηση με την κάλυψη της βασικής ασφάλισης υγείας / εθνικού συστήματος υγείας ανά χώρα**

Παρακάτω παρατίθενται ο πίνακας που μας δείχνει πόσο ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι είναι οι ερωτώμενοι των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα SHARE σχετικά με την κάλυψη που τους παρέχει το εθνικό σύστημα υγείας κάθε χώρας. Με μια πρώτη ματιά σχεδόν όλες οι χώρες φαίνεται να είναι ευχαριστημένες από το βασικό σύστημα υγείας. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στην πρώτη και στην δεύτερη κατηγορία «Πολύ Ικανοποιημένοι» και «Κάπως Ικανοποιημένοι». Στην πρώτη κατηγορία οι χώρες με τα πιο υψηλά ποσοστά είναι οι εξής:

- Αυστρία 48%
- Γερμανία 39%
- Ισπανία 56%
- Δανία 68%
- Βέλγιο 39%
- Ελβετία/Λουξεμβούργο 48%

**Πίνακας 4.12:** Ικανοποίηση με την κάλυψη της βασικής ασφάλισης υγείας / εθνικού συστήματος υγείας ανά χώρα

Χώρα	Πολύ Ικανοποιημένος	Κάπως Ικανοποιημένος	Κάπως Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
Αυστρία	48%	42%	9%	1%
Γερμανία	39%	52%	7%	2%
Σουηδία	33%	55%	8%	3%
Ολλανδία	11%	71%	16%	3%
Ισπανία	56%	35%	7%	3%
Ιταλία	9%	55%	28%	8%
Γαλλία	32%	52%	13%	3%
Δανία	68%	25%	5%	2%
Ελβετία	48%	47%	4%	1%
Βέλγιο	39%	54%	5%	1%
Τσεχία	13%	71%	12%	4%
Λουξεμβούργο	48%	43%	7%	2%
Σλοβενία	37%	51%	9%	3%
Εσθονία	21%	50%	21%	8%
Σύνολο	21456	31044	6820	1989

Στην δεύτερη κατηγορία οι αριθμοί των απαντήσεων κυμαίνονται από 25% έως 71%. Δύο χώρες έχουν το υψηλότερο ποσοστό :

- Ολλανδία 71%
- Τσεχία 71%

Όσον αφορά την κατηγορία «Κάπως Απογοητευμένοι» η Ιταλία δείχνει έντονη δυσαρέσκεια για το εθνικό σύστημα υγείας με ποσοστό 28% καθώς και η Εσθονία με ποσοστό 21%.

Οι χώρες που απάντησαν σε μεγάλο ποσοστό «Πολύ Απογοητευμένοι» είναι πάλι η Ιταλία με το ποσοστό να φτάνει στο 8% και η Εσθονία με 8%.

Συνολικά για όλες τις χώρες για κάθε κατηγορία τα ποσοστά είναι τα εξής:

- «Πολύ Ικανοποιημένοι» 35%

- «Κάπως Ικανοποιημένοι» 51%
- «Κάπως Απογοητευμένοι» 11%
- «Πολύ Απογοητευμένοι» 3%

Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις οι μισοί ερωτηθέντες 51% επέλεξαν την δεύτερη κατηγορία ενώ το 35% επέλεξαν την πρώτη κατηγορία. Στην τρίτη κατηγορία το ποσοστό έφτασε το 11% ενώ στην ερώτηση για το αν είναι πολύ απογοητευμένοι οι απαντήσεις δεν ξεπέρασαν το 3%. Συμπεραίνουμε δηλαδή ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος είναι σχετικά ικανοποιημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας τους έχοντας ωστόσο κάποια παράπονα.

## 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Λογιστική Παλινδρόμηση

### 5.1 Ορισμός Λογιστικής Παλινδρόμησης και η Σημασία της

Η Λογιστική Παλινδρόμηση είναι μία τεχνική σχεδιασμένη για την πραγματοποίηση ανάλυσης δεδομένων που αφορούν την μελέτη και την πρόβλεψη τιμών κάποιας κατηγορικής εξαρτημένης μεταβλητής και χρησιμοποιεί ως ανεξάρτητες (επεξηγηματικές) ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές. Η λογιστική παλινδρόμηση (Logistic regression) αποτελεί στην ουσία ένα μοντέλο ταξινόμησης των τιμών μιας μεταβλητής απόκρισης  $Y$  με βάση τη θεωρία των πιθανοτήτων. Στο μοντέλο αυτό όπου η μεταβλητή  $Y$  συνήθως έχει δυαδικό χαρακτήρα (λαμβάνει δύο τιμές) στοχεύεται η πρόβλεψη της έκβασης αυτής από ένα πλήθος προβλεπτικών μεταβλητών που μπορεί να είναι ονομαστικές, τακτικές ή ποσοτικές. Κατά τη λογιστική παλινδρόμηση η εκτίμηση των παραμέτρων γίνεται με τη μέθοδο του λόγου της μέγιστης πιθανοφάνειας, δηλαδή επιλέγονται οι πιο πιθανοφανείς τιμές των παραμέτρων, προκειμένου να οδηγήσουν στα παρατηρούμενα αποτελέσματα.

Υπάρχουν τρεις τύποι λογιστικής παλινδρόμησης και ανάλογα με την φύση της εξαρτημένης κατηγορικής μεταβλητής διακρίνονται σε:

- Δίτιμη ή δυαδική (binary).
- Τακτική (ordinal) μεταβλητή.
- Ονομαστική (Nominal)

Εμείς στο μοντέλο μας για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας SHARE θα χρησιμοποιήσουμε τον πρώτο τύπο παλινδρόμησης.

## 5.2 Χρόνιες ασθένειες

Το πρώτο μοντέλο που θα περιγράψουμε έχει σχέση με τον τομέα της υγείας. Ουσιαστικά θα εξετάσουμε την στατιστική σημαντικότητα δημογραφικών και κοινωνικών μεταβλητών, δηλαδή αν οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή, Χρόνιες ασθένειες.

Η εξαρτημένη μεταβλητή μας είναι δίτιμη αφού διαιρείται σε δύο κατηγορίες:

- Λιγότερες από 2 ασθένειες
- Περισσότερες από 2 ασθένειες

και θα αναλυθεί βάσει των παρακάτω ανεξάρτητων μεταβλητών:

1. Ηλικία
2. Φύλλο
3. Χώρα
4. Εισόδημα

### **Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το Πρώτο Μοντέλο**

Το Nagelkerke RSquare ισούται με 11,2%, που είναι σχετικά μικρή τιμή και αντιπροσωπεύει το ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής που επεξηγείται από το μοντέλο. Γενικά θέλουμε η τιμή του το Nagelkerke RSquare να έχει μεγάλη τιμή.

**Πίνακας 5.1:** Model Summary (Χρόνιες Ασθένειες)

<b>Model Summary</b>			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	80960,142a	0,084	0,112



Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τον έλεγχο καλής προσαρμογής του μοντέλου στα δεδομένα.

- $H_0$  : Καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα
- $H_1$ : Μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

**Πίνακας 5.2:** Hosmer and Lemeshow Test (Χρόνιες Ασθένειες)

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	9,816	8	0,278

Καλή προσαρμογή υπάρχει στα δεδομένα αφού το Sig είναι μεγαλύτερο του 0,05 (Sig= 0,278), συνεπώς δεν απορρίπτω τη μηδενική υπόθεση  $H_0$ .

**Πίνακας 5.3:** Classification Table (Χρόνιες ασθένειες)

Το Classification Table δείχνει το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης που προβλέπεται σωστά από το μοντέλο. Στην περίπτωση αυτή είναι σχετικά χαμηλό 62,5%.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			2+ chronic diseases (w5 version)		Percentage Correct
			Less than 2 diseases	2+ chronic diseases	
Step 1	2+ chronic diseases (w5 version)	Less than 2 diseases	21597	10782	66,7
		2+ chronic diseases	12656	17394	57,9
	Overall Percentage				62,5

## Ανάλυση

**Πίνακας 5.4:** Variables in the Equation (Χρόνιες ασθένειες)

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1a	Ηλικία (κατηγ αναφοράς: 50-59)			3324,64	3	0,000	
	Ηλικία (60-69)	0,585	0,022	706,768	1	0,000	1,795
	Ηλικία (70-79)	1,159	0,024	2308,467	1	0,000	3,187
	Ηλικία(80+)	1,446	0,03	2346,766	1	0,000	4,244
	Αυστρία (κατηγ αναφοράς)			872,091	13	0,000	
	Γερμανία	0,555	0,043	168,826	1	0,000	1,743
	Σουηδία	0,247	0,045	29,576	1	0,000	1,281
	Ολλανδία	-0,029	0,046	0,386	1	0,534	0,972
	Ισπανία	0,262	0,042	39,433	1	0,000	1,300
	Ιταλία	-0,015	0,045	0,106	1	0,745	0,986
	Γαλλία	0,182	0,045	16,287	1	0,000	1,199
	Δανία	0,365	0,047	61,3	1	0,000	1,440
	Ελβετία	-0,271	0,053	25,979	1	0,000	0,763
	Βέλγιο	0,416	0,043	93,893	1	0,000	1,516
	Τσεχία	0,388	0,046	72,142	1	0,000	1,474
	Λουξεμβούργο	1,081	0,064	289,662	1	0,000	2,947
	Σλοβενία	-0,003	0,051	0,004	1	0,952	0,997
	Εσθονία	0,071	0,045	2,5	1	0,114	1,074
	Φύλλο (άνδρας)	0,154	0,017	81,885	1	0,000	1,166
	Εισόδημα(κατηγ.αναφοράς) <=12610			285,005	3	0,000	
	Εισόδημα ε (12610,24737]	-0,121	0,026	21,952	1	0,000	0,886
	Εισόδημα ε (24737,45963]	-0,31	0,029	116,985	1	0,000	0,733
	Εισόδημα >=45963	-0,506	0,032	250,189	1	0,000	0,603
Constant	-0,842	0,044	364,666	1	0	0,431	

Η ηλικιακή ομάδα αναφοράς είναι (50-59). Βάση αυτής θα συγκρίνουμε τις πιθανότητες να πάθουν χρόνιες ασθένειες οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Διαπιστώνουμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να πάσχουν από τουλάχιστον δύο χρόνιες ασθένειες και η διαφοροποίηση είναι στατιστικά σημαντική. Ειδικά τα άτομα ηλικίας 80+ έχουν τετραπλάσιες σχετικές πιθανότητες.

Η Αυστρία είναι η χώρα αναφοράς, οι υπόλοιπες χώρες θα συγκριθούν με αυτήν. Οι χώρες για τις οποίες το  $\text{sig} < 0,05$  διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την Αυστρία.

Συμπεραίνουμε ότι:

Οι Ολλανδοί, Ιταλοί, Σλοβένοι και Εσθονοί δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τους Αυστριακούς. Για όλες τις υπόλοιπες χώρες  $\text{Sig} < 0,05$ .

Οι υπόλοιπες χώρες εκτός της Ελβετίας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν χρόνιες ασθένειες από τους Αυστριακούς. Συγκεκριμένα το Λουξεμβούργο, η Τσεχία και το Βέλγιο έχουν 194,7%, 47,4% και 51,6% μεγαλύτερες πιθανότητες αντίστοιχα να υποστούν τουλάχιστον 2 χρόνιες ασθένειες.

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες έχουν λίγο υψηλότερη πιθανότητα να πάθουν κάποια χρόνια ασθένεια σε σχέση με τους άνδρες (κατηγορία αναφοράς) και η πιθανότητα είναι 16,6%.

Η επόμενη μεταβλητή που θα σχολιάσουμε για το μοντέλο μας είναι το εισόδημα. Αυτό παίζει καθοριστικό παράγοντα στη νοσηρότητα και στις χρόνιες παθήσεις. Το υψηλό εισόδημα παρέχει καλύτερη ποιότητα ζωής, νοσηλεία και θεραπεία. Άρα από το πίνακά μας οι ερωτηθέντες που ανήκουν στην κλάση με το πιο υψηλό εισόδημα ( $\text{εισόδημα} > 45963$ ) έχουν μικρότερη πιθανότητα να αρρωστήσουν από χρόνια ασθένεια σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες καθώς και με την κατηγορία αναφοράς.

### 5.3 Δημόσια ασφάλεια μακροχρόνια περίθαλψης

Η εξαρτημένη μεταβλητή στο δεύτερο μοντέλο που θα αναλύσουμε είναι δίτιμη και είναι η δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης. Θα την εξετάσουμε σε σχέση με τις παρακάτω ανεξάρτητες μεταβλητές:

- Ηλικία
- Χώρα
- Φύλο
- Τρέχουσα εργασιακή κατάσταση

#### **Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το Δεύτερο Μοντέλο**

Βλέποντας τον πίνακα παρατηρούμε ότι το Nagelkerke R Square=23,2%, άρα πρόκειται για καλό μοντέλο όπου οι ανεξάρτητες μεταβλητές (Ηλικία, χώρα, φύλλο, τρέχουσα εργασιακή κατάσταση) ερμηνεύουν το 23,2% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης).

**Πίνακας 5.5:** Model Summary (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	4276,010a	0,02	0,232

Στην συνέχεια ελέγχουμε την καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα:

- $H_0$ : Καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα
- $H_1$ : Μη καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

Η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα είναι καλή διότι το  $Sig=0,141 > 0.05 = \alpha$  και άρα γίνεται δεκτή η μηδενική υπόθεση δηλαδή ότι οι παρατηρηθείσες τιμές δεν διαφέρουν σημαντικά από τις αναμενόμενες.

**Πίνακας 5.6:** Hosmer and Lemeshow Test (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	12,247	8	0,141

Ο πίνακας 5.7 μας δείχνει αν το μοντέλο είναι επιτυχημένο ή αποτυχημένο. Γίνεται υπολογισμός για το αν οι παρατηρηθείσες τιμές συμπίπτουν με τις αναμενόμενες. Το ποσοστό ορθής ταξινόμησης είναι 99,2%, το οποίο είναι πολύ υψηλό ποσοστό οπότε το μοντέλο είναι αξιόπιστο.

**Πίνακας 5.7:** Classification Table (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)

Classification Table <sup>a</sup>					
Observed			Predicted		
			Public long-term care insurance		Percentage Correct
		Not selected	Selected		
Step 1	Public long-term care insurance	Not selected	61164	4	100,0
		Selected	468	1	0,2
	Overall Percentage				99,2

## Ανάλυση

**Πίνακας 5.8:** Variables in the Equation (Δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης)

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1a	Ηλικία(κατηγ αναφοράς) (50-59)			123,293	3	0,000	
	Ηλικία (60-69)	-0,759	0,164	21,497	1	0,000	0,468
	Ηλικία (70-79)	0,113	0,177	0,412	1	0,521	1,12
	Ηλικία(80+)	0,872	0,173	25,294	1	0,000	2,392
	Αυστρία (Χώρα κατηγ αναφοράς)			318,119	13	0,000	
	Γερμανία	-1,179	0,172	46,983	1	0,000	0,308
	Σουηδία	-17,58	571,632	0,001	1	0,975	0,000
	Ολλανδία	-1,96	0,236	68,905	1	0,000	0,141
	Ισπανία	-1,842	0,182	102,581	1	0,000	0,158
	Ιταλία	-17,828	558,172	0,001	1	0,975	0,000
	Γαλλία	0,004	0,131	0,001	1	0,973	1,004
	Δανία	-17,733	590,141	0,001	1	0,976	0,000
	Ελβετία	-17,572	699,509	0,001	1	0,98	0,000
	Βέλγιο	-2,076	0,215	93,289	1	0,000	0,125
	Τσεχία	-2,364	0,264	80,17	1	0,000	0,094
	Λουξεμβούργο	-0,961	0,238	16,23	1	0,000	0,383
	Σλοβενία	-1,82	0,27	45,403	1	0,000	0,162
	Εσθονία	-17,921	499,446	0,001	1	0,971	0,000
	Φύλο	0,163	0,103	2,522	1	0,112	1,177
	Συνταξιούχος (κατηγ αναφοράς)			458,076	5	0,000	
	Απασχ/νος-Αυτοαπ/ενος	-1,159	0,246	22,265	1	0,000	0,314
	Άνεργος	0,1	0,35	0,082	1	0,774	1,106
	Μόνιμα Άρρωστος	2,691	0,165	264,666	1	0,000	14,742
	Οικιακά	0,363	0,165	4,837	1	0,028	1,438
	Άλλο	0,654	0,373	3,084	1	0,079	1,924
	Constant	-3,648	0,184	394,977	1	0	0,026

Αρχικά θα αναλύσουμε την σχέση που έχει η εξαρτημένη μεταβλητή με την ηλικία των ερωτηθέντων, όπου τους έχουμε κατηγοριοποιήσει σε 4 ηλικιακές ομάδες με κατηγορία αναφοράς την ηλικιακή ομάδα (50-59). Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα (60-69), οι πιθανότητες να κάνει δημόσια ασφάλιση είναι  $1-0,468=0,532=53,2\%$  λιγότερες από την ηλικιακή ομάδα (50-59). Αντίθετα για τις ηλικίες (70-79) οι πιθανότητες αυξάνουν αλλά δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς. Για τις ηλικίες (80+) οι πιθανότητες είναι 39,2% περισσότερες από την ηλικιακή ομάδα (50-59).

Άλλη μια μεταβλητή που θα σχολιάσουμε και είναι ιδιαίτερα σημαντική είναι η χώρα, όπως είδαμε παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα SHARE προτιμούν δημόσια αντί ιδιωτική ασφάλιση. Η χώρα αναφοράς είναι η Αυστρία. Οι Γάλλοι είναι ο μοναδικός λαός που δείχνει να προτιμά περισσότερο την συγκεκριμένη ασφάλιση σε σχέση με τους άλλους λαούς κι έχουν παρόμοιες πιθανότητες με τους Αυστριακούς. Η Σουηδία, η Δανία, η Ιταλία, η Ελβετία και η Εσθονία δεν διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με την Αυστρία. Τέλος οι υπόλοιπες χώρες διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με την Αυστρία αφού το  $\text{sig}<0,05$  και δείχνουν πολύ μικρότερες πιθανότητες να έχουν δημόσια μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης σε σχέση με τη χώρα αναφοράς.

Ως προς το φύλο, οι γυναίκες δεν διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με τους άνδρες του δείγματος μας.

Για την εργασιακή κατάσταση των ερωτηθέντων του δείγματος φαίνεται πως όλες οι κατηγορίες εκτός της ομάδας Απασχολούμενοι/Αυτοαπασχολούμενοι έχουν πιο πολλές πιθανότητες σε σχέση με την ομάδα αναφοράς να προβούν σε δημόσια ασφάλιση. Συγκεκριμένα, οι Μονίμως Άρρωστοι έχουν 14,74 φορές περισσότερη πιθανότητα να κάνουν δημόσια ασφάλιση σε σχέση με τους Συνταξιούχους. Τα άτομα που δηλώνουν Άνεργοι, Οικιακά και Άλλο εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

## 5.4 Ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική

Η δίτιμη μεταβλητή, ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική θα αναλυθεί βάση των ανεξάρτητων τυχαίων μεταβλητών:

- Ηλικία
- Φύλλο
- Χώρα
- Εργασιακή κατάσταση
- Χρόνιες ασθένειες

### Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το Τρίτο Μοντέλο

Πρώτα από όλα το Nagelkerke RSquare στο μοντέλο μας ισούται με 0,411 ή 41,1%. Συγκεκριμένα αναλύει κατά προσέγγιση το 41,1% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής

**Πίνακας 5.9:** Model Summary (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	8467,695a	0,131	0,411

Έπειτα θα ελέγξουμε αν στο μοντέλο μας γίνεται καλή προσαρμογή στα δεδομένα:

- $H_0$  : Καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα
- $H_1$ : Μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα



Βλέπουμε ότι η τιμή του Sig ισούται με 0,199 είναι σχετικά καλή αφού είναι μεγαλύτερη του 0,05. Συνεπώς έχουμε καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας.

**Πίνακας 5.10:** Hosmer and Lemeshow Test (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	11,04	8	0,199

Το classification table δείχνει ότι το ποσοστό των περιπτώσεων που προβλέπεται ορθά από το μοντέλο είναι 95,2% το οποίο δείχνει ένα αρκετά αξιόπιστο μοντέλο.

**Πίνακας 5.11:** Classification Table (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)

Observed			Predicted		
			Long-term care insurances: private mandatory		Percentage Correct
			Not selected	Selected	
Step 1	Long-term care insurances: private mandatory	Not selected	33196	0	100
		Selected	1662	0	0
	Overall Percentage				

## Ανάλυση

Θα περιγράψουμε την σχέση που έχει η εξαρτημένη μεταβλητή με τις ανεξάρτητες οι οποίες θα παίξουν καθοριστικό παράγοντα στην ανάλυσή της. Η ηλικία είναι από τις βασικότερες μεταβλητές. Παρατηρώ ότι οι ηλικιακές ομάδες δεν έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά από την κατηγορία αναφοράς αφού τα sig>0,05.

Οι περισσότερες χώρες της έρευνα SHARE εκτός της Γαλλίας δείχνουν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την Ολλανδία αφού τα sig<0,05. Η Γαλλία έχει 94,2% λιγότερες πιθανότητες να διαλέξει την ιδιωτική υποχρεωτική ασφάλιση σε σχέση με την χώρα αναφοράς.

**Πίνακας 5.12:** Variables in the Equation (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική υποχρεωτική)

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1a	Ηλικία(κατηγ αναφοράς) (50-59)			4,114	3	0,249	
	Ηλικία (60-69)	-0,033	0,085	0,152	1	0,696	0,967
	Ηλικία (70-79)	0,133	0,111	1,425	1	0,233	1,142
	Ηλικία(80+)	0,08	0,13	0,38	1	0,537	1,084
	Ολλανδία(Χώρα κατηγ αναφοράς)			2920,188	8	0,000	
	Ισπανία	-4,527	0,169	715,749	1	0,000	0,011
	Ιταλία	-4,367	0,187	547,208	1	0,000	0,013
	Γαλλία	-2,842	0,1	809,196	1	0,000	0,058
	Βέλγιο	-4,344	0,239	329,287	1	0,000	0,013
	Τσεχία	-3,565	0,127	782,461	1	0,000	0,028
	Λουξεμβούργο	-2,283	0,123	344,872	1	0,000	0,102
	Σλοβενία	-3,113	0,454	47,029	1	0,000	0,044
	Εσθονία	-6,145	0,41	224,377	1	0,000	0,002
	Φύλο(Γυναίκες)	-0,146	0,062	5,524	1	0,019	0,864
	Συνταξιούχος(κατηγ αναφοράς)			43,249	5	0,000	
	Απασχ/Αυτοαπ	0,554	0,095	33,838	1	0,000	1,74
	Άνεργος	0,23	0,198	1,351	1	0,245	1,259
	Μόνιμα Άρρωστος	0,366	0,144	6,481	1	0,011	1,441
	Οικιακά	0,476	0,102	21,686	1	0,000	1,61
	Άλλο	0,527	0,231	5,221	1	0,022	1,694
	2+ χρόνιας ασθένειες	0,012	0,062	0,039	1	0,843	1,012
	Constant	-0,884	0,108	67,189	1	0	0,413

Οι Γυναίκες του δείγματος έχουν κατά 13,6% περίπου λιγότερες πιθανότητες να έχουν αυτού του είδους την ασφάλιση σε σχέση με τους άνδρες.

Σημαντική επίδραση στην μεταβλητή μας έχει και η εργασιακή κατάσταση.

Παρατηρούμε ότι όλες οι ομάδες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση (υποχρεωτική) περισσότερο από την κατηγορία αναφοράς με τις εξής πιθανότητες:

- Απασχολούμενοι/Αυτοαπασχολούμενοι με πιθανότητα 74%
- Άνεργοι με πιθανότητα 25,9%
- Μόνιμα άρρωστοι με πιθανότητα 44,1%
- Οικιακά με πιθανότητα 61%
- Άλλο με πιθανότητα 69,4%

Όσον αφορά τις χρόνιες ασθένειες (κατηγορία αναφοράς: λιγότερες από 2 χρόνιες ασθένειες) τα άτομα που έχουν πάνω από 2 χρόνιες ασθένειες και αυτά που έχουν κάτω των 2 χρόνιων ασθενειών έχουν ίδια πιθανότητα να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση (υποχρεωτική) συνεπώς δεν παίζει σημαντικό ρόλο στο μοντέλο μας.

## 5.5 Ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική / συμπληρωματική

Η δίτιμη μεταβλητή, ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική θα αναλυθεί βάση των ανεξάρτητων τυχαίων μεταβλητών:

- Ηλικία
- Φύλλο
- Κατάθλιψη

## Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το Τέταρτο Μοντέλο

**Πίνακας 5.13:** Model Summary (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	25609,244a	0,002	0,005

Αρχικά το Nagelkerke R Square στο μοντέλο μας ισούται με 0,5%. Συγκεκριμένα επεξηγεί κατά προσέγγιση το 0,5% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής

Έπειτα θα ελέγξουμε αν στο μοντέλο μας γίνεται καλή προσαρμογή στα δεδομένα:

- $H_0$  : Καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα
- $H_1$ : Μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

Βλέπουμε ότι η τιμή του Sig ισούται με 0,974 είναι καλή αφού είναι μεγαλύτερη του 0,05. Συνεπώς έχουμε καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας.

**Πίνακας 5.13:** Hosmer and Lemeshov Test (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)

Hosmer and Lemeshov Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	2,217	8	0,974

Το συνολικό ποσοτό των περιπτώσεων που έχουν ετικιμηθεί σωστά είναι 92,8%, αρκετά υψηλό, άρα το μοντέλο είναι επιτυχημένο.

**Πίνακας 5.14:** Classification Table (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)

Classification Tablea

			Predicted		
			Long-term care insurances: private voluntary/supplementary		Percentage Correct
			Not selected	Selected	
Step 1	Long-term care insurances: private voluntary/supplementary	Not selected	46712	0	100,0
		Selected	3558	0	0,0
	Overall Percentage				92,9

## Ανάλυση

**Πίνακας 5.15:** Variables in the Equation (ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης: ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική)

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Φύλλο (Γυναίκες)	-0,046	0,036	1,654	1	0,198	0,955
	Ηλικία (κατηγ αναφοράς) (50-59)			24,25	3	0,000	
	Ηλικία (60-69)	0,208	0,053	15,224	1	0,000	1,231
	Ηλικία (70-79)	0,161	0,066	5,993	1	0,014	1,175
	Ηλικία(80+)	0,003	0,077	0,001	1	0,97	1,003
	Συνταξιούχος (κατηγ αναφοράς)			63,323	5	0,000	
	Απασχ/Αυτοαπασ	0,296	0,054	29,992	1	0,000	1,344
	Άνεργος	-0,387	0,138	7,803	1	0,005	0,679
	Μόνιμα Άρρωστος	-0,099	0,107	0,848	1	0,357	0,906
	Οικιακά	-0,13	0,074	3,037	1	0,081	0,878
	Άλλο	0,109	0,169	0,417	1	0,518	1,115
	Constant	-2,733	0,062	1927,862	1	0	0,065

Θα περιγράψουμε την σχέση που έχει η εξαρτημένη μεταβλητή με τις ανεξάρτητες οι οποίες θα παίξουν καθοριστικό παράγοντα στην ανάλυσή της. Η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτού του είδους την ασφάλεια (μακροχρόνια

περίθαλψης, ιδιωτική εθελοντική/συμπληρωματική) καθώς όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνουν και οι πιθανότητες να κάνει κάποιος αυτή την ασφάλιση, με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα άνω των 80. Παρατηρώ ότι οι δύο πρώτες ηλικιακές ομάδες έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά από την κατηγορία αναφορά αφού τα  $\text{sig} < 0,05$ .

Οι γυναίκες του δείγματος έχουν τις ίδιες πιθανότητες με τους άνδρες να διαλέξουν αυτού του είδους την ασφάλιση.

Σημαντική επίδραση στην μεταβλητή μας έχει και η εργασιακή κατάσταση αν και οι περισσότεροι συντελεστές δεν είναι στατιστικά σημαντικοί. Παρατηρούμε ότι οι ομάδες που επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση περισσότερο από την κατηγορία αναφοράς είναι οι Απασχολούμενοι/Αυτοαπασχολούμενοι με πιθανότητα 34%. Αντίθετα οι άνεργοι έχουν σημαντικά χαμηλότερες πιθανότητες να επιλέξουν αυτού του τύπου την ασφάλιση.

## 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο: Γενικά Συμπεράσματα

Από την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα σχετικά με την ερευνά μας:

### *Δημόσια σύνταξη:*

- Γαλλία, Σουηδία, Αυστρία, Ελβετία και χώρες Ανατολικής Ευρώπης επιλέγουν/έχουν τη συγκεκριμένη σύνταξη σε ποσοστό 52%
- Δανία, Βέλγιο, Γερμανία και Λουξεμβούργο δεν επιλέγουν/έχουν Δημόσια σύνταξη σε ποσοστό 48%
- Σε χώρες της Κεντρικής Ευρώπης αλλά και σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης επιλέγεται η δημόσια σύνταξη από την πλειονότητα των κατοίκων
- Οι μισές χώρες που συμμετέχουν στη έρευνα φαίνεται ότι ακολουθούν την επιλογή εναλλακτικής μορφής σύνταξης

### *Δημοσια ασφάλιση:*

- Οι χώρες Εσθονία, Σλοβενία, Ιταλία και Βέλγιο έχουν Δημόσια ασφάλιση με το ποσοστό να φτάνει στο 32%
- Τα ποσοστά επιλογής από το Λουξεμβούργο και την Σουηδία ξεπερνούν το 90%

### *Ασφάλεια μακροχρόνιας περίθαλψης (ιδιωτική υποχρεωτική)*

- Η ηλικία δεν φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο στην επιλογή αυτού του τύπου ασφάλισης
- Οι Γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν αυτού του είδους την ασφάλιση σε σχέση με τους άνδρες
- Όλες οι εργασιακές κατηγορίες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση (υποχρεωτική) περισσότερο από τους συνταξιούχους

- Οι περισσότερες χώρες της έρευνα SHARE εκτός της Γαλλίας δείχνουν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την Ολλανδία

#### *Μακροχρόνια Περίθαλψη Ιδιωτική (εθελοντική/συμπληρωματική)*

- Ως προς το φύλλο δεν παρατηρούμε κάποια αξιοσημείωτη διαφορά
- Οι αυτοαπασχολούμενοι τείνουν να επιλέγουν αυτό τον τύπο της ασφάλισης (34%) περισσότερο σε σχέση με τους συνταξιούχους
- Οι υπολοιπες κατηγορίες (άνεργοι, μονίμως άρρωστοι κλπ) επιλέγουν λιγότερο τη ασφάλιση αυτή
- Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην επιλογή της είναι η ηλικία άνω των 60 αλλά μικρότερη των 80
- Το ποσοστό επιλογής αυτής της ασφάλισης δεν ξεπερνά το 7%
- 93% είναι το ποσοστό που δηλώνουν οι ερωτηθέντες ότι δεν έχουν/επιλέγουν αυτή την ασφάλιση

#### *Περιγραφική ανάλυση- Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας*

- Έχουν/επιλέγουν αυτή την ασφάλιση οι Αυστρία, Γερμανία, Τσεχία, Ιταλία, Ισπανία και Σουηδία
- Δεν έχουν/επιλέγουν αυτή την ασφάλιση Ολλανδία, Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ελβετία και Σλοβενία
- Η Δανία παρουσιάζει σχεδόν ίδια ποσοστά και στις δυο κατηγορίες
- Οι πιο πολλές χώρες είναι ευχαριστημένες από το βασικό σύστημα υγείας. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρίσκονται στην πρώτη και στην δεύτερη κατηγορία «Πολύ Ικανοποιημένοι» και «Κάπως Ικανοποιημένοι».



## **Acknowledgment**

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4, 5 and 6 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.600, 10.6103/SHARE.w2.600, 10.6103/SHARE.w3.600, 10.6103/SHARE.w4.600, 10.6103/SHARE.w5.600, 10.6103/SHARE.w6.600), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

Börsch-Supan, A., M. Brandt, C. Hunkler, T. Kneip, J. Korbmacher, F. Malter, B. Schaan, S. Stuck, S. Zuber (2013). *Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. International Journal of Epidemiology. DOI: [10.1093/ije/dyt088](https://doi.org/10.1093/ije/dyt088)

Casey, B et al. (2003). Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform. OECDE

European Commission. (2009). The economic consequences of ageing populations: projections for the EU27 Member States (2009 Ageing Report). Report of the Economic Policy Committee and the European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs)

Gerdthman, UG. (1993). The Impact of aging on health care expenditure in Sweden. Health Policy.

Lanzieri, G. (2011). Population and social conditions, Eurostat, Statistics in focus 23. [Online] Available from <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5578868/KS-SF-11-023-EN.PDF/882b8b1e-998b-454e-a574-bb15cc64b653>

McKee, M, and Healy, J. (2002). Pressures for change. In: McKee M., Healy J (eds). Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, pp36-85.

Mendelson, DN and Schwartz WB. (1993). The effects on ageing and population growth on health care costs. Health Affairs; 12:119-143

OECD. (2017). Health Data (2015). [Online] Available from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>

Seshamani and Gray. (2004). Time to Death and Health Expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs, Age and Ageing, 33: 556-561

SHARE. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), International Epidemiological Association

SHARE. (2017). Sample. [Online] Available from <http://www.share-project.org/data-documentation/sample.html>

Stuckler D., Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M., (2009), «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis».

Van de Ven, W., and Ellis R. (2002). 'Risk adjustment in competitive health schemes markets' in Culyer & Newhouse (eds) Handbook of Health Economics (Amsterdam Elsevier))

## Ελληνική

Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων. (2011). Στην Ευρώπη καταγράφονται τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών [Online]

Available from <http://health.in.gr/news/epidemiology/article/?aid=1231132428>

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. (2005). Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη: Από τη Σύνταξη. 22(1). [Online] Available from <http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf>

Βαλυράκης, Σ. (2015). Οικονομική κρίση και ιδιωτική ασφάλιση.[Online] Available from [Flashnews.gr](http://Flashnews.gr)

Βεγίρη, Β. (2017). Υπερδιπλάσια χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας την δεκαετία της κρίσης. [Online] Available from [Underwriter.gr](http://Underwriter.gr)

Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, American Hospital Association (2008)

Εμκε-Πουλοπούλου Η. (2007). Η μεταναστευτική πρόκληση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Ζιώγα, Μ.Ε.. (2012). Δημογραφικό Πρόβλημα και Σύνταγμα, Τμήμα Νομικής, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα

Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση: Αθήνα

Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία, [Online] Available from [http://www.healthtimes.gr/ponos/121/Katathlipsi\\_stin\\_triti\\_ilikia.htm](http://www.healthtimes.gr/ponos/121/Katathlipsi_stin_triti_ilikia.htm)

Κήττας. (2016). Οι αλήθειες που ξεχάσαμε στην ασφαλιστική μεταρρύθμιση.[Online] Available from <http://www.euro2day.gr/specials/opinions/article/1416136/oi-altheies-poy-xehasame-sthn-asfalistikh.html>

Κοκκώλης, Κ. (2004). Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση. [Online] Available from <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/155/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpsi.html>

Κυριόπουλος, Γ και Μυλωνά, Κ. (2009). Οικονομικές επιπτώσεις από τη γήρανση του πληθυσμού στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Πλ. και Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.) (2009). *Ζωή 50+, Υγεία, Σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Πιερράκος, Γ. (2017). Συστήματα Υγείας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Σκαπινάκης, Π. (2004). Αίτια της Κατάθλιψης: Κατεύθυνση Πολιτισμός, Σημειώσεις μαθήματος

Σκλάβος, Τ. (2015). Η οικονομική κρίση έπληξε την ασφαλιστική αγορά [Online] Available from <http://Dikaiologitika.gr>

Τήνιος Π. (2015α). Γήρανση του πληθυσμού και ασφαλιστική οικονομία, Αγορά εργασίας και ηλικιωμένοι. Εκδόσεις Κριτική

Τήνιος Π. (2015β). Γήρανση του πληθυσμού και ασφαλιστική οικονομία, Υγεία και γήρανση του πληθυσμού Εκδόσεις Κριτική

Ενωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος. (2015). Στην ιδιωτική ασφάλιση στέλνει τους Έλληνες η κρίση. Ρεκόρ ασφαλίσεων για υγεία, συντάξεις [πίνακες]. ΕΤΗΣΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΕΑΕΕ.[Online] Available from <http://www.iefimerida.gr/news/237541/stin-idiotiki-asfalisi-stelnei-toys-ellines-i-krisi-rekor-asfaliseon-gia-ygeia-syntaxeis>

Τήνιος, Π. (2014). Γήρανση του πληθυσμού και ασφαλιστική οικονομία, Οικονομικά για γηράσκουσες κοινωνίες - ειδικά θέματα συντάξεων. Σημειώσεις μαθήματος, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Τριανταφύλλου, Μ. (2014). Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο, ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Τσακλόγλου. (2016). Το Ασφαλιστικό στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Ποιες οι διαφορές, ποια τα λάθη και οι παθογένειες. [Online] Available from [http://www.huffingtonpost.gr/2016/01/31/politiki-oikonomia-koinwnia-afalistiko-\\_n\\_9120668.html](http://www.huffingtonpost.gr/2016/01/31/politiki-oikonomia-koinwnia-afalistiko-_n_9120668.html)

Φιολάκης, Μ. (2011). Ο ρόλος της κοινωνικής προστασίας στα πλαίσια μιας γηράσκουσας κοινωνίας, εθνική σχολή δημόσιας διοίκησης

Χλέτσος, Μ. (2009) Οικονομία και Κοινωνία, Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων