

ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΝΕΑ ΕΝΟΤΗΤΑ 5

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Επισκόπηση.....	1
A. Φυσιολογία, υγεία και γήρανση	2
Τι σημαίνει ‘γήρας’;.....	2
Έτη ζωής διορθωμένα για αναπηρία και επιτυχημένη γήρανση.....	3
Τι ισχύει στην Ελλάδα; ‘Αποτυχημένη γήρανση’;	4
B. Θα επιτρέψει η υγεία να εργαστούν περισσότερο τα άτομα 50-67 ετών στις ΗΠΑ;	7
Υγεία και Απασχόληση	7
B. Αναπηρία για τους άνω των 65.....	8
Λόγοι για μελλοντική ανησυχία;	10
Γ. Μακροβιότητα και υγεία – δαπάνες και προσδόκιμο.....	11
Ποιότητα ζωής και υγεία.....	11
Δαπάνες υγείας ηλικιωμένων και δημόσια οικονομικά.....	12
Δ. Η οργάνωση της ασφάλισης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας – διαφορετικά μοντέλα	15

Επισκόπηση

Το κεφάλαιο αυτό διαπραγματεύεται τέσσερα ξεχωριστά θέματα:

A. Φυσιολογία, υγεία και γήρανση. Σε τι βαθμό και σε ποια πράγματα είναι η φθορά της ηλικίας αναπόφευκτη και φυσιολογική; Υγεία και ποιότητα ζωής. Τι ισχύει στην Ελλάδα;

B. Υγεία και οι νεότεροι ηλικιωμένοι. Κρίσιμο ερώτημα αν θα μπορούν οι περισσότεροι εργαζόμενοι που θα υπάρχουν σε αυτές τις ηλικίες λόγω της γήρανσης να εργάζονται περισσότερο; Θα επιτρέψει η φυσική κατάσταση των ηλικιωμένων την συνεχιζόμενη ενεργό ενασχόληση με εργασία; **Το θέμα αυτό αφορά πρωτίστως αυτούς στον προθάλαμο της συνταξιοδότησης (50-64), και τους ‘νεότερους ηλικιωμένους’ 65-75.** Η προσέγγιση ακολουθεί το βιβλίο της Alicia Munnell & Steven Sass *Working Longer: The Solution to the Retirement Income Challenge*, Washington DC, 2008. Λόγω και της μεγαλύτερης διαθεσιμότητας εμπειρικών στοιχείων κύρια αναφορά γίνεται στις συνθήκες των ΗΠΑ.

Γ. Υγεία και μεγαλύτεροι ηλικιωμένοι. Ποιες οι επιπτώσεις της γήρανσης στις δαπάνες υγειονομικής προστασίας και στα οικονομικά του τομέα περίθαλψης (και ασφάλισης υγείας). και θέματα του πώς οι δαπάνες περίθαλψης εξαρτώνται από την συσχέτιση μεταξύ θεμάτων ζήτησης (γήρανση, υγειονομικό προφίλ ηλικιωμένων) και προσφοράς περίθαλψης (σχέση με τεχνολογία, παραγωγούς φαρμάκων κλπ).

Δ. Ποια μοντέλα οργάνωσης του τομέα Υγείας υπάρχουν διεθνώς; Ποια από αυτά είναι βιώσιμα και ποια όχι;

A. Φυσιολογία, υγεία και γήρανση

Τι σημαίνει ‘γήρας’;

Καθώς προχωρά η ηλικία, η φθορά είναι μια φυσιολογική εξέλιξη, η οποία μάλιστα αρχίζει από την ηλικία των 20. Αυτό αφορά σε φυσικές/βιολογικές πτυχές, αλλά και ψυχολογικές/γνωσιακές πτυχές.

Μια κρίσιμη διάκριση είναι μεταξύ **πρωτογενών** αλλαγών που αναπόφευκτα συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας και **δευτερογενών** αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία, αλλά δεν είναι αναπόφευκτες και σε πολλές περιπτώσεις είναι ιάσιμες. Παραδείγματα πρωτογενών αλλαγών είναι προβλήματα στην όραση (πρεσβυωπία), η εμμηνόπαυση ή η μείωση του βάρους. Δευτερογενείς αλλαγές που αυξάνονται με την ηλικία μπορεί να είναι καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη τύπου II, καρκίνος ή αναπηρίες που οφείλονται σε πτώσεις. Οι περισσότερες πρωτογενείς αλλαγές αρχίζουν πολύ ενωρίτερα, λειτουργούν σωρευτικά και έτσι γίνονται αντιληπτές σε μεγαλύτερη ηλικία.

Αντίστοιχες επισημάνσεις μπορούν να γίνουν και για ψυχολογικές και γνωσιακές καταστάσεις. Έτσι η ανάκληση από την μνήμη γίνεται βραδύτερη (πρωτογενής), ενώ η άνοια και η νόσος Αλτσχάιμερ ή Πάρκινσον είναι δευτερογενείς. Η κατάσταση αυτή προκύπτει επειδή δεν επηρεάζονται όλοι ενώ είναι δυνατόν να προληφθούν ή να καθυστερήσει η εμφάνισή τους.

Τα περισσότερα προβλήματα από την γήρανση προκύπτουν από δευτερογενείς καταστάσεις. Με άλλα λόγια (α) δεν είναι σταθερές στον τρόπο ή χρόνο εμφάνισής τους και (β) μπορούν να μετριαστούν σημαντικά με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής ή με την ιατρική. Σε ατομικό επίπεδο το θέμα αυτό σχετίζεται με μια μοιρολατρική στάση (‘όλα αυτά είναι θέμα ηλικίας και δεν μπορώ να κάνω τίποτε’) ή μια πιο ενεργητική στάση διαχείρισης των υγειονομικών κινδύνων. Παράδειγμα είναι να αγνοούνται και να μην αντιμετωπίζονται οι δευτερογενείς καταστάσεις. Αυτό επιδεινώνει την ποιότητα ζωής αλλά καθιστά και τα πρωτογενή συμπτώματα χειρότερα. Συχνό πρόβλημα στα ηλικιωμένα άτομα είναι η συσσώρευση πολλών χρόνιων ασθενειών που δημιουργεί το φαινόμενο της **πολυνοσηρότητας**.

Στις πολύ μεγάλες ηλικίες σημαντική κατάσταση είναι η **ευθραυστότητα** (frailty) που προκύπτει από συσσώρευση ασθενειών, αναπηριών και κακής υγείας. Συμπίπτει με χαμηλή φυσική δραστηριότητα, αδυναμία και βραδείες αντιδράσεις. Αφορά περί το 25% των ατόμων άνω των 85

Παλιότερα υπήρχε μια μονοδιάστατη ταύτιση της ηλικίας με την μοίρα, με την έννοια ότι οι διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων μειώνονταν – σαν τα χαρακτηριστικά τους να απορροφούνταν από μια μόνο ιδιότητά τους (την ηλικία τους και τα υγειονομικά προβλήματα που αυτή προκαλούσε). Η τάση αυτή εγκαταλείπεται όλο και περισσότερο, με τους ανθρώπους να δέχονται ότι η Τρίτη ηλικία μπορεί να περικλείει όπως και άλλες ηλικίες ποικιλία καταστάσεων και επιλογών.

Στην Ιατρική επιστήμη και τη Φυσιολογία τα τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται μια επανάσταση στο πώς αντιμετωπίζεται και γίνεται κατανοητό το γήρας. Παλαιότερα το γήρας προέκυπε από συσσώρευση διαφόρων καταστάσεων και παθολογιών που οδηγούσαν σε απομείωση δυνατοτήτων. Τα τελευταία χρόνια όμως η γήρανση εξετάζεται από την Μοριακή Βιολογία ως διαδικασία που λαμβάνει χώρα **μέσα στα κύτταρα** – δηλαδή εξετάζεται αυτοτελώς ως ξεχωριστό φαινόμενο. Δηλαδή εξετάζεται τι γίνεται μέσα στο κύτταρο προκειμένου κάποιος πχ 70 ετών να διαφέρει από κάποιον 20ρη. Με άλλα λόγια εξετάζεται το γήρας ισομερώς με καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως ‘ασθένειες’, δηλαδή ως αποτέλεσμα εσωτερικών διεργασιών. Άμεσο παρεπόμενο αυτής της θεώρησης είναι ότι, αν εντοπιστεί μια διαδικασία κυτταρικής γήρανσης, θα μπορούσε αυτή να σταματήσει ή ακόμη

και να αντιστραφεί. Πειράματα σε ποντίκια έδειξαν ότι χορήγηση συγκεκριμένης ουσίας οδηγούσε σε παράταση της ζωής (και μάλιστα με καλή υγεία) κατά 30%.

Εξυπακούεται ότι ανακάλυψη και χρήση τέτοιων φαρμάκων που επιμηκύνουν τη ζωή, πολύ δε περισσότερο αν αυτά μπορεί να αγοραστούν στην αγορά, θέτει πολλά διλήμματα. Τέτοια διλήμματα είναι ηθικά (ποιος το κάνει και με τι κριτήρια) οικονομικά (πχ τι θα γίνει με τις συντάξεις) κοινωνικά (πώς οργανώνεται η ζωή, η οικογένεια). Το πώς θα τεθούν και πώς (και αν) θα αντιμετωπισθούν παραμένουν ζητούμενα.

Έτη ζωής διορθωμένα για αναπηρία και επιτυχημένη γήρανση

Το θέμα της υγείας φέρνει στο προσκήνιο ένα κρίσιμο ερώτημα- της ποιότητας ζωής. Θα μπορεί λχ να επιμηκύνεται η ζωή αλλά να μειώνεται η ποιότητα ζωής μέσω εκτεταμένων ασθενειών ή αδυναμιών συμμετοχής στη ζωή.

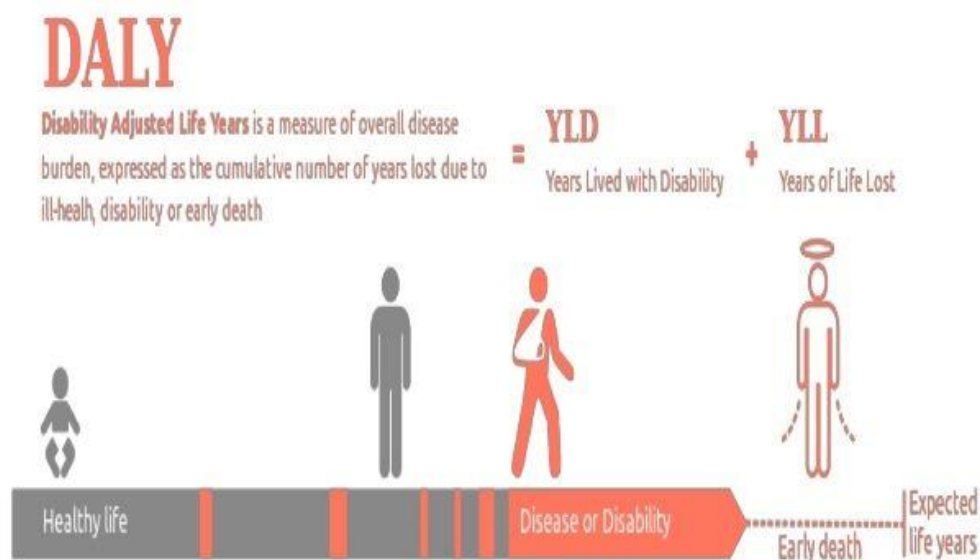
Το θέμα αυτό – το βάρος που δημιουργείται από ασθένειες ή πρόωρο θάνατο - το προσεγγίζει μια σημαντική μέτρηση. Ο δείκτης «Έτη ζωής διορθωμένα για αναπηρία» **Disability-Adjusted Life Years (DALY)** μετρά κάθε έτος υγιούς ζωής που 'χάνεται' είτε από θάνατο πριν το προσδόκιμο επιβίωσης ή από ασθένεια. Ο υπολογισμός γίνεται για κάθε ασθένεια ξεχωριστά και υπολογίζεται ως:

$$DALY = YLL + YLD$$

Years of Life Lost (YLL), έτη χαμένα από θάνατο σύν έτη που χάθηκαν όταν ασθενούσε από την ασθένεια αυτή ή από τις επιπτώσεις της (Years Lost due to Disability YLD). Το YLL υπολογίζεται από τον αριθμό θανάτων επί το προσδόκιμο επιβίωσης ανά φύλο του έτους στο οποίο έγινε ο θάνατος. Για το YLD, ο αριθμός περιπτώσεων πολλαπλασιάζεται με την διάρκεια της ασθένειας και ένα συντελεστή βαρύτητας που αντανακλά την σοβαρότητα της ασθένειας από 0 (100% υγιής) ως 1 (θάνατος).

$$YLD = I * DW * L$$

όπου I = περιπτώσεις, DW = συντελεστής L = μέση διάρκεια ως θεραπεία ή θάνατο. Το DW Δημοσιεύεται από τον Διεθνή Οργανισμό Υγείας (π.χ. φυματίωση 0,271, διαβήτης 0,02, καρδιακή προσβολή 0,479).



Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να προκύψουν στοιχεία συνολικά για κάθε χώρα ή αναλυτικά ανά ασθένεια. Το τελευταίο δείχνει πόσο 'κοστίζει' κάθε ασθένεια σε χαμένα χρόνια. Ο

δείκτης αυτός σταθμίζει περισσότερο ασθένειες που πλήττουν νεότερους ανθρώπους και αυτές που συνεπάγονται χειρότερη ποιότητα ζωής με την έννοια ότι οδηγούν σε περισσότερα εμπόδια διαβίωσης (αναπηρία, έλλειψη αυτοεξυπηρέτησης).

Το θέμα της υγείας παραπέμπει στο κρίσιμο θέμα της *ποιότητας ζωής*. Αυτό γενικεύεται με την έννοια της **επιτυχημένης γήρανσης**, όπου η απουσία ασθένειας πλαισιώνεται από άλλες διαστάσεις:

Η 'επιτυχής γήρανση' είναι σχετικά νέα αν και ασαφής έννοια. Σύμφωνα με το βιβλίο των Rowe και Kahn Successful Ageing του 1998 η επιτυχία ορίζεται μέσω συνδυασμού τριών παραγόντων που έχουν διεπιστημονική αφετηρία: (α) **αποφυγή ασθένειας και αναπηρίας**, (β) **υψηλή γνωσιακή και φυσική λειτουργία και (γ) ενεργό εμπλοκή στην ζωή**.

Από *βιοϊατρική* δίδεται έμφαση στην απουσία ασθένειας, ενώ, εστιάζοντας στην *ψυχολογία* το βάρος τίθεται στην ικανοποίηση από την ζωή. Τέλος οι *κοινωνιολόγοι* θα έθεταν έμφαση στην λειτουργία και δικτύωση μέσα στην κοινωνία.

Η πολυπαραγοντικής οπτική βρίσκει σύμφωνους τους ίδιους τους ηλικιωμένους: Αν και δίδουν έμφαση σε θέματα υγείας, δεν λησμονούν και ψυχολογία, οικονομική κατάσταση, κοινωνικές σχέσεις και κοινωνική ζωή. Πολύ γνωστό, όμως, είναι και το 'παράδοξο της γήρανσης' βάσει του οποίου το βαθύ γήρας συνοδεύεται από βελτίωση στην ικανοποίηση από την ζωή, παρά την επιδείνωση της φυσικής κατάστασης.

Όμως, όπως επισημαίνει η Pachana (2016), η ασάφεια των ορισμών σημαίνει ότι τα άτομα στην κατηγορία αυτή, αναλόγως των ορισμών, μπορεί να εκτείνονται από 3 σε 95% των ηλικιωμένων.

Τι ισχύει στην Ελλάδα; 'Αποτυχημένη γήρανση';

Στην Ελλάδα για μεγάλο διάστημα ήμασταν πρωταθλητές της. Κατάλοιπο αυτής της κατάστασης είναι η παρουσία της Ικαρίας ως μία από τις έξι Γαλάζιες Ζώνες μακροζωίας στον κόσμο¹. Αν και η Ικαρία διατηρεί και σήμερα την τιμητική αυτή θέση, η ιεραρχική κατάταξη της Ελλάδας συνεχώς διολισθαίνει. Ενώ κατά τη δεκαετία του 1980 μοιραζόταν την κορυφή με κάποιες σκανδιναβικές χώρες, σήμερα αν και κάπως υψηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο είναι περίπου στην μέση, με τάσεις όμως διολίσθησης. Ο πίνακας 1 δείχνει ότι, αν και τόσο άνδρες όσο και γυναίκες κέρδισαν περί τα 6 χρόνια ζωής μεταξύ 1980 και 2017, άλλες χώρες είχαν πολύ καλύτερες επιδόσεις. Για παράδειγμα Ιταλοί άνδρες κέρδισαν μια ολόκληρη δεκαετία ζωής, σχεδόν διπλάσιο διάστημα από τους Έλληνες.

Ένας άλλος δείκτης που εστιάζει σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι το προσδόκιμο στα 65 – δηλαδή πόσο αναμένεται να ζήσει κάποιος αν έχει επιβιώσει ως τα 65 (δηλαδή χρησιμοποιώντας την δεσμευμένη πιθανότητα). Ο δείκτης του προσδόκιμου στα 65 έχει μεγαλύτερη αξιοποίηση για τις συντάξεις (πόσα επιπλέον χρόνια θα εισπραχθούν οι συντάξεις) αλλά και για τους ηλικιωμένους. Η βελτίωση στο προσδόκιμο εξαρτάται πρωτίστως από κέρδη σε μικρότερες ηλικίες, ενώ στα 65 κυριαρχούν οι βελτιώσεις στην Τρίτη ηλικία.

¹ Οι Ικαριώτες 'ξεχνάνε να πεθάνουν'. [Ikaria, Greece - Blue Zones](#)

Πίνακας 1: Προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση, Ελλάδα και επιλεγμένες χώρες ΟΟΣΑ, 1980 και 2017 (έτη ζωής)

	1980			2017			Κέρδη 1980-2017		
	A	Γ	Σ	A	Γ	Σ	A	Γ	Σ
Ελλάδα	73.0	77.5	75.3	78.8	83.9	81.4	5.8	6.4	6.1
Ιταλία	70.6	77.4	74.0	80.8	85.2	83.0	10.2	7.8	9.0
Ισπανία	72.3	78.5	75.4	80.6	86.1	83.4	8.3	7.6	8.0
Γαλλία	70.2	78.4	74.3	79.6	85.7	82.7	9.4	7.3	8.4
Γερμανία	69.8	76.2	72.9	78.7	81.1	83.4	8.9	4.9	10.5
Ιαπωνία	73.4	78.8	76.1	81.1	87.3	84.2	7.7	8.5	8.1
ΗΠΑ	70.0	72.4	73.7	76.1	81.1	78.6	6.1	8.7	4.9
Σειρά κατάταξης (47 χώρες)									
Ελλάδα	3	6	5	22	19	21	-19	-13	-16

Πίνακας 2: Προσδόκιμο ζωής στα 65, Ελλάδα και επιλεγμένες χώρες, 1980 και 2017 (έτη)

	1980		2017		Κέρδη 1980-2017	
	A	Γ	A	Γ	A	Γ
Ελλάδα	15.2	17.0	18.6	21.4	3.4	4.4
Ιταλία	13.3	17.1	19.2	22.4	5.9	5.3
Ισπανία	14.7	17.9	19.3	23.4	4.6	5.5
Γαλλία	13.6	18.2	19.6	23.7	6.0	5.5
Γερμανία	12.8	16.3	18.1	21.2	5.3	4.9
Ιαπωνία	14.6	17.7	19.6	24.4	5.0	6.7
ΗΠΑ	14.1	18.3	18.0	20.6	3.9	2.3
Σειρά κατάταξης (47 χώρες)						
Ελλάδα	4	15	17	20	-13	-3

Πηγή: ΟΟΣΑ (<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart>)

Τι προκύπτει από τη σύγκριση των δύο πινάκων: ενώ στις ΗΠΑ το κέντρο βάρους των βελτιώσεων είναι κυρίως στις μικρές ηλικίες, στον υπόλοιπο κόσμο βελτιώσεις μετά τα 65 είναι πολύ πιο σημαντικές και ιδίως στις γυναίκες. Δηλαδή η επιμήκυνση της ζωής οφείλεται περισσότερο σε μειώσεις θνησιμότητας που αφορούν κυρίως τους μεγαλύτερους (ιατρική, περίθαλψη, τρόπος ζωής) – σε μεγαλύτερο βαθμό από τις ΗΠΑ. Η κατάσταση της σχετικής θέσης της Ελλάδας είναι λίγο καλύτερη από ότι στον Πίνακα 1.

Ως προς τα **έτη επιβίωσης με καλή υγεία**, τα στοιχεία της Eurostat δείχνουν την Ελλάδα υψηλά μεν ως προς τον μέσο όρο, αλλά μια από τις λίγες χώρες με εδραιωμένη τάση **επιδείνωσης**. Τα έτη με καλή υγεία **μειώθηκαν** κατά 2 χρόνια περίπου όταν η γενική τάση ήταν ισχυρή βελτίωση. (Πίνακας 3)

Πίνακας 3 Υγιή χρόνια ζωής Ελλάδα και σε επιλεγμένες χώρες ΕΕ, 2010-2017

	Άνδρες		Γυναίκες		Διαφορά 2010-7	
	2010	2017	2010	2017	Άνδρες	Γυναίκες
Ελλάδα	66,1	64,4	67,7	65,9	-1,7	-1,8
Ιταλία	63,6	66,2	62,5	66,9	2,6	4,4
Ισπανία	64,5	69,0	63,8	69,9	4,5	6,1
Γαλλία	61,8	62,5	63,4	64,9	0,7	1,5
Γερμανία	57,9	65,1	58,7	66,7	7,2	8
ΕΕ-27	61,3	63,5	62,2	64,3	2,2	2,1
Σειρά κατάταξης (27 χώρες)						
<i>Ελλάδα</i>	3	8	2	9	-5	-7

Πηγή: Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200407-1>

Έτσι, η Ελλάδα φαίνεται να συμμετέχει στην διεθνή τάση για επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης, να υστερεί όμως ποιοτικά: Μια ερμηνεία είναι ότι **«Ζούμε περισσότερο, αλλά όχι επιτυχημένα.»**

Ο Έλληνας και η Ελληνίδα ηλικιωμένοι μπορεί ως σήμερα να ζούσαν περισσότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά το έκαναν στο περιθώριο - με χειρότερη υγεία, σε μεγαλύτερη απόσταση από την ευρύτερη κοινωνία και με μικρότερη συμμετοχή στην οικονομία και στην παραγωγή².

² Οι Λυμπεράκη, κα 2009 συγκεντρώνουν σειρά συγκρίσεων μεταξύ ελλήνων και ευρωπαίων ατόμων ηλικίας 50+ από την έρευνα SHARE..

B. Θα επιτρέψει η υγεία να εργαστούν περισσότερο τα άτομα 50-67 ετών στις ΗΠΑ;

Η ενότητα αυτή ακολουθεί την ανάλυση των Munnell and Sass *Working Longer* (2008), που εξετάστηκε στην προηγούμενη ενότητα για τις ΗΠΑ. Η λογική είναι ότι οι ΗΠΑ διαθέτουν καλύτερα και περισσότερα στοιχεία και άρα θα μπορούσαν να είναι οδηγός για το τι θα γίνει στην Ευρώπη. Προσοχή όμως, γιατί ειδικά στην Υγεία μπορεί να ισχύουν διαφορετικές τάσεις από αυτές της Ευρώπης (βλ παραπάνω)

Γενική σύνοψη για τις ΗΠΑ

- : Στις ΗΠΑ υγεία των ηλικιωμένων (65+) σε σχέση με τους μεγαλύτερους εργαζόμενους (55-64) είχε μικρή βελτίωση την δεκαετία 70, αντιφατικές ενδείξεις το '80 και μεγάλη βελτίωση από τη δεκαετία του '90.
- Οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι: η αισθητή βελτίωση άρχισε ενωρίτερα –κατά τα έτη 1980. Σήμερα η υγεία τους είναι τουλάχιστον όσο καλή ήταν πριν από 40 χρόνια (δηλαδή πριν την μείωση της ηλικίας συνταξιοδότησης).
- Άρα, δεν φαίνονται εμπόδια στο να επιστρέψει η ηλικία εργασίας εκεί που ήταν το 1960.
- Αλλά: (α) 15-20% του πληθυσμού δεν θα έχει την φυσική δυνατότητα να εργαστεί όσο και τότε (β) μερικές μελέτες μπορούν να ερμηνευτούν ότι η βελτίωση δεν θα συνεχιστεί.

Υγεία και Απασχόληση

Πληθώρα μελετών συμπεραίνουν ότι η κακή υγεία έχει αρνητική σχέση με την πιθανότητα συμμετοχής στην απασχόληση, στην ηλικία συνταξιοδότησης, τις ώρες εργασίας και τις αποδοχές. Οι περισσότερες μελέτες βασίζονται σε δειγματοληψίες όπου ο ίδιος ο ερωτώμενος αξιολογεί την φυσική του κατάσταση (πολύ καλή, μέτρια .. πολύ κακή)³. Η αυτοαξιολόγηση περικλείει προβλήματα: αυτοί που τους αρέσει η εργασία τους θα υποβαθμίζουν τα προβλήματα υγείας, και αντιστρόφως. Όσοι ελάττωσαν την εργασία τους (για διαφορετικούς λόγους) είναι πιθανόν να το δικαιολογήσουν μέσω της υγείας. (π.χ. αν παίρνουν επιδόματα αναπηρίας) – αυτή η 'τάση δικαιολόγησης' θα οδηγεί σε υπερεκτίμηση της συσχέτισης υγείας – απασχόλησης.

Όλες οι διαθέσιμες μελέτες καταλήγουν ότι υπάρχει **αιτιώδης σχέση υγείας-απασχόλησης**. Ορισμένες μελέτες εξετάζουν και την ύπαρξη της **αντίστροφης** αιτίας: δηλαδή ότι η εργασία προάγει την (ψυχική και σωματική) υγεία.

Δηλαδή: (Υγεία) → (Απασχόληση) και (Απασχόληση) → (Υγεία)

Όσες μελέτες βασίζονται σε παρατήρηση μιας μόνο χρονικής στιγμής μπορούν απλώς να καταλήξουν ότι υφίσταται συσχέτιση μεταξύ υγείας και απασχόλησης χωρίς να διακρίνουν ποια από τα δύο είναι η βασική αιτία. Αντιθέτως, μελέτες που βασίζονται σε διαχρονικά δείγματα (με την μορφή πάνελ) είναι σε θέση να διακρίνουν τις δύο αιτιώδεις σχέσεις αφού διακρίνουν τι προηγήθηκε.

Προσδόκιμο επιβίωσης. Η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης αυξάνει την πιθανότητα παράτασης του εργασιακού βίου. Ως προς το **προσδόκιμο επιβίωσης στα 55** προκύπτουν διαφορετικά ευρήματα στις ΗΠΑ για άνδρες και γυναίκες:

³ Περισσότερο 'αντικειμενικές' μετρήσεις όπως π.χ. το αν κάποιος μπορεί να ανεβαίνει σκάλες δεν επηρεάζουν την δυνατότητα κάποιου να εργάζεται, πχ. Ως υπάλληλος γραφείου.

- **Άνδρες:** το προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 55 δεν διέφερε πολύ μεταξύ 1905 και 1965. (από 18 σε 20 χρόνια). Μετά το 1965 όμως ραγδαία άνοδος οδήγησε στο προσδόκιμο επιβίωσης να φτάσει **τα 25 χρόνια το 2005**.
- **Γυναίκες:** αύξησαν το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 7 χρόνια μεταξύ 1905 και 1965. Αντιθέτως μετά το 1965, η αύξηση ήταν μόλις 4 χρόνια. Συνολικά 11 χρόνια
- **Όμως, και τα δύο φύλα έχουν σημαντικά υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης από το 1965, όταν η ηλικία αποχώρησης από την εργασία ήταν πολύ υψηλότερη.**

Το ερώτημα αναλύεται σε 3 υποθέματα. Μακροβιότητα, Αναπηρία, υγεία εργαζομένων

A. Η μακροβιότητα αυξάνει την διαθεσιμότητα για εργασία:

Μια προσέγγιση είναι να εξετάσουμε **το πόσα έτη από τον θάνατο** υπάρχουν σήμερα σε σχέση με το 1960. Δηλ. αν το 1960 ο μέσος άνδρας συνταξιοδοτείτο στα 66 και είχε στα 66 προσδόκιμο επιβίωσης 12,7 χρόνια, τότε ερωτάμε σε ποια ηλικία συνταξιοδότησης σήμερα θα υπήρχε η ίδια προσδοκία είσπραξης της σύνταξης. Για τους άνδρες στις ΗΠΑ, για να κρατηθεί η ίδια διάρκεια συνταξιοδότησης, η ηλικία συνταξιοδότησης **θα έπρεπε να είχε αυξηθεί στα 69 το 1980 και 71 το 2000. Για τις γυναίκες, θα ήταν 68 το 1980 και 69 το 2000.**

Μια άλλη προσέγγιση εξετάζει **το ποσοστό που ‘πλησιάζουν τον θάνατο’** – δηλαδή που είναι 2 χρόνια από το πότε θα πεθάνουν⁴ (χρησιμοποιώντας διαχρονικές έρευνες). Το ποσοστό αυτό για άνδρες 66 ετών ήταν 7,8%. Το 2003 το ίδιο ποσοστό αυτό το έφθαναν άνδρες 73 ετών. Άρα, οι άνδρες δεν ζούν μόνο περισσότερο, αλλά και περισσότερα χρόνια χωρίς μεγάλα υγειονομικά προβλήματα.

B. Αναπηρία για τους άνω των 65.

Όταν η αιτία θανάτου είναι χρόνιες ασθένειες (π.χ. καρδιακά νοσήματα), η επιμήκυνση της ζωής **δεν** συνεπάγεται απαραίτητα μεγαλύτερο διάστημα με καλή υγεία. Υπάρχουν **τρεις** αντικρουόμενες τάσεις

1. Οι πρόοδοι στην αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών μπορούν να **‘συμπιέζουν’ την περίοδο ασθένειας** → περισσότερα χρόνια με καλή υγεία.
2. Οι πρόοδοι στην αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών σημαίνουν ότι **οι πάσχοντες ζουν περισσότερο** → λιγότερα χρόνια με καλή υγεία.
3. **‘Η αποτυχία λόγω επιτυχίας’:** επιτυχίες στην αντιμετώπιση ασθενειών που ήταν παλαιότερα θανατηφόρες θα αυξήσει το αριθμό ευάλωτων ατόμων και θα αυξήσει το ποσοστό αναπηρίας: → Μειώνεται η θνησιμότητα, αυξάνει η νοσηρότητα.

Τι είναι και πώς μετράται η αναπηρία; Η αναπηρία δεν μετράται με αναφορά στην **αιτία** της (πχ κάποια ασθένεια) αλλά ως δυσκολία ή αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης – δηλαδή με βάση το **αποτέλεσμα**. Άρα αναπηρία ορίζεται ως ‘ανάγκη φροντίδας’.

Για σοβαρές περιπτώσεις αυτό εκτιμάται από το κατά πόσον μπορεί να κάνει διάφορες καθημερινές λειτουργίες αυτοεξυπηρέτησης και φροντίδας (π.χ. να ντύνονται μόνοι τους). – Activities of Daily Living (ADL). Η διαδικασία αυτή μετράται σε δειγματοληψίες (όπως το SHARE) από ερωτήσεις για δυσκολίες και ανάγκη βοήθειας για να εκτελεστούν βασικές δραστηριότητες καθημερινότητας (ADL – Activities of daily living – φαγητό, μπάνιο, ένδυση) ή σε **λειτουργικές** δραστηριότητες καθημερινότητας (IADL – instrumental Activities of daily living – όπως ψώνια, ελαφρή εργασία καθαριότητας, προετοιμασία φαγητού).

Η αναπηρία (ή ανάγκη φροντίδας) είναι μια διαδικασία. Μπορεί να οφείλεται σε μια **παθολογική κατάσταση** (π.χ. υπέρταση). Αυτή οδηγεί σε **εξασθένηση** (impairment) (π.χ.

⁴ Στο διάστημα αυτό εμφανίζονται και τα περισσότερα υγειονομικά προβλήματα.

πόννοι στο στήθος, καρδιακό επεισόδιο) που καθιστά ορισμένες λειτουργίες πιο δύσκολες και έτσι οδηγεί σε **αδυναμία να εξασκεί εργασίες ή δραστηριότητες**. Όσον αφορά την απασχόληση το θέμα είναι αν τίθενται περιορισμοί στην δυνατότητα εργασίας.

Τάσεις στην αναπηρία: Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1970 στις ΗΠΑ υπήρχαν ενδείξεις *επιδείνωσης* της αναπηρίας – η αιτία της οποίας πιθανώς ήταν η *αποτυχία λόγω επιτυχίας*⁵. Από το 1990 και μετά όμως, υπάρχει αδιαμφισβήτητη βελτίωση – τόσο αν οριστεί η αναπηρία ως μόνο ADL ή ‘ως ανάγκη φροντίδας παράλληλα με ADL’⁵. Η βελτίωση αυτή σημειώθηκε σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Μεταξύ 1984 και 2004 το ποσοστό των ηλικιωμένων (65+) που απαιτούσαν φροντίδα μειώθηκε από 26,2% σε 19%. Για την βελτίωση αυτή έχουν αναφερθεί οι εξής αιτίες:

1. Πρόοδοι στην Ιατρική. Μειώθηκε η επίπτωση της αρθρίτιδας (αντιφλεγμονώδη φάρμακα), φάρμακα για την υπέρταση και πιο έγκαιρη πρόγνωση.
2. Μικρότερη έκθεση σε επιδημίες στην παιδική ηλικία. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι στις ΗΠΑ είχαν εκτεθεί λιγότερο σε ασθένειες όπως ελονοσία, τύφο, ιλαρά, σύφιλη όταν ήταν νέοι. Έκθεση στις αρρώστιες αυτές τροφοδοτεί προβλήματα σε μεγάλες ηλικίες.
3. Βελτιώσεις στον τρόπο ζωής. Το 1965 στις ΗΠΑ >40% των ανδρών κάπνιζαν, ενώ τώρα μόνο 25%. Μείωση στην κατανάλωση αλατιού και λιπών. Οι διαβητικοί ελέγχουν καλύτερα την κατάστασή τους. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μεγαλύτερο πρόβλημα με την παχυσαρκία και τον διαβήτη.
4. Λιγότερα επαγγελματικά νοσήματα και ατυχήματα. Η χειρωνακτική απασχόληση *μειώθηκε*⁶. Πρόοδοι στην υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία μείωσαν την επικινδυνότητα θέσεων εργασίας.
5. Βελτίωση στο επίπεδο εκπαίδευσης. Άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν μικρότερα ποσοστά αναπηρίας. Μεταξύ 1986 και 2000 στις ΗΠΑ οι πτυχιούχοι άνω των 65 ετών διπλασιάστηκαν. Ο λόγος είναι πιθανώς ότι άτομα με καλύτερη εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να ρυθμίζουν την ζωή τους, να την προσαρμόζουν σε ιατρικές συμβουλές και συνεπώς να διαχειρίζονται ασθένειες.

Τι εξηγεί το **timing της βελτίωσης μετά το 1980**; (1) πρόοδοι στην ιατρική (2) δραματικά καλύτερες συνθήκες στην νεότερη ηλικία των γεννηθέντων το 1930 με αυτούς που γεννήθηκαν το 1910 (π.χ. επιδημικές ασθένειες, διατροφή σε παιδική ηλικία, συμμετοχή στον Πόλεμο). Δηλαδή διαφορά στην εμπειρία της γενιάς που έγινε 65 μετά το 1980.

Γ. Τάσεις στην υγεία των εργαζομένων.

Το ποσοστό των εργαζομένων με κάποια αναπηρία αυξανόταν από το 1960 ως 1980. Η ερμηνεία του φαινομένου αυτού αμφισβητεί την επιδείνωση – π.χ. θα μπορούσε να οφείλεται στην μεγαλύτερη ευκολία με την οποία χορηγούνταν οι αναπηρικές συντάξεις ή σε ενωρίτερη διάγνωση χρόνιων καταστάσεων. Πάντως, η τάση επιδείνωσης αντιστρέφεται από τα μέσα της δεκαετίας 1980 και μετά. Παρά ταύτα, παραμένει ένα σημαντικό ποσοστό 15-20% των ατόμων 45-64 που έχουν αναπηρίες (και συνεπώς δεν μπορούν να εργάζονται λόγω υγείας)

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η αναπηρία έχει πολύ **ισχυρή συσχέτιση με το εισόδημα**: Η αναπηρία είναι κατά πολύ συχνότερη στο φτωχότερο 30% (37%) και πολύ πιο σπάνια στο πλουσιότερο 30% (8%) (για άνδρες και γυναίκες).

⁵ Κρίσιμο σημείο για την μέτρηση είναι να συμπεριληφθεί ο πληθυσμός που βρίσκεται σε οίκους ευγηρίας ή σε νοσοκομεία.

⁶ Οι χειρωνακτικές εργασίες σχετίζονται με χειρότερα επίπεδα υγείας και ταχύτερη επιδείνωση. Ισως αυτό οφείλεται στο είδος της εργασίας, μικρότερη αυτονομία και σε ψυχολογικούς παράγοντες.

Λόγοι για μελλοντική ανησυχία;

Υφίστανται τρεις πηγές απαισιοδοξίας για τις ΗΠΑ:

1. Η γενιά του Baby Boom. Έρευνες που βασίζονται σε πάνελ νοικοκυριών (το HRS, αντίστοιχο του SHARE) στις ΗΠΑ δείχνουν ότι η γενιά των γεννηθέντων μεταπολεμικά, δηλαδή του baby boom του 1948-53, ίσως αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από τους γεννηθέντες 1936-41. Αυτό ίσως να οφείλεται και στο ότι η καλή υγεία είναι αγαθό πολυτελείας – δηλαδή αποδίδεται έμφαση στην υγεία και ανεβαίνουν οι προσδοκίες με το εισόδημα.
2. Διεθνείς συγκρίσεις. Σύγκριση ατόμων από τις ΗΠΑ (HRS) με την Μεγάλη Βρετανία (ELSA) ή με την Ευρώπη (SHARE) δείχνουν ότι οι Αμερικανοί έχουν χειρότερη υγεία όπως μετράται από την πιθανότητα έκθεσης σε ασθένειες όπως ο καρκίνος, διαβήτης, καρδιακά, κλπ. Οι διαφορές υπάρχουν σε κάθε εισοδηματική κατηγορία. Πιθανώς αυτό να οφείλεται σε προβλήματα στην ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ.
3. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ποσοστά αναπηρίας σε μικρότερες ηλικίες στις ΗΠΑ αυξάνονται. Μια πιθανότητα είναι λόγω της εκτεταμένης παχυσαρκίας;

Πώς εξηγούνται; (1) 'Αποτυχία λόγω επιτυχίας' (2) Μεγαλύτερη ευαισθησία σε προβλήματα υγείας (γ) η ειδική ασφάλιση αναπηρίας στις ΗΠΑ έχει καταστήσει την συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας περισσότερο δημοφιλή. Πάντως η σημερινή τάση βελτίωσης θα μπορούσε να μετριαστεί ή ακόμη και να ανατραπεί σε μελλοντικές γενιές ηλικιωμένων. Στην πράξη αυτό θα αποτελούσε ένα είδος 'εκδίκησης' των προβλημάτων στην ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η **πανδημία** ιδίως στα αρχικά της στάδια, με τον μεγαλύτερο κίνδυνο στις μεγαλύτερες ηλικίες, οδήγησε σε ανησυχία για μόνιμες επιπτώσεις και αλλαγή της σχέσης ηλικίας-επιπέδου υγείας. Οι φόβοι αυτοί (αν και είναι ακόμη νωρίς, λόγω Long covid κλπ) δεν επιβεβαιώθηκαν. Υπάρχει και άποψη ότι ίσως να βοήθησε κάνοντας τους ανθρώπους πιο συνειδητοποιημένους για το τι χρειάζεται για την προαγωγή της υγείας τους.

Γ. Μακροβιότητα και υγεία – δαπάνες και προσδόκιμο Ποιότητα ζωής και υγεία

Καθώς ζούμε παραπάνω, ποια θα είναι η ποιότητα ζωής; Μήπως η μεγαλύτερη ζωή σημαίνει απλώς περισσότερα χρόνια ασθένειας; Υπάρχουν τρεις εναλλακτικές ερευνητικές επιδημιολογικές υποθέσεις: (Η νοσηρότητα ορίζεται ως συνολικός αριθμός ημερών που διανύονται σε κατάσταση αρρώστιας ή ανάγκης φροντίδας ως ποσοστό της ζωής)

1. **Σύντμηση της νοσηρότητας** (Compression of morbidity), η συμπίεση της νοσηρότητας. Καθώς ζούμε παραπάνω, η περίοδος κακής υγείας μειώνεται – *απόλυτα* (σε χρόνια κακής υγείας) ή *σχετικά* (ως ποσοστό της ζωής)

Ο James Fries σε εργασία του 1980 εξηγεί με το ότι οι χρόνιες παθήσεις υποχωρούν ταχύτερα από την αύξηση προσδόκιμου. Άρα ο μέσος άνθρωπος ελπίζει βásiμα σε περισσότερα υγιή χρόνια. Ο λόγος της υποχώρησης σχετίζεται και με αλλαγές στην διαβίωση: περισσότερη άσκηση/ λιγότερο κάπνισμα.

2. **Διεύρυνση της νοσηρότητας** (Expansion of morbidity). Καθώς ζούμε παραπάνω, η περίοδος κακής υγείας *αυξάνεται* – *απόλυτα* (περισσότερα χρόνια κακής υγείας) ή *σχετικά* (ως ποσοστό της ζωής)

E.M. Gruenberg (1977) αναφέρει την εξάντληση ευεργετικών επιπτώσεων μειώσεων που είχαν επικεντρωθεί σε βελτιώσεις που επηρέασαν μικρότερες ηλικίες. Τα Κέρδη τώρα πλέον στο προσδόκιμο είναι δυσκολότερα και δαπανηρότερα.

3. **Δυναμική ισορροπία.** (Dynamic Equilibrium). Ως αποτέλεσμα και της ‘αποτυχίας λόγω επιτυχίας’, οι χρόνιες παθήσεις εξελίσσονται με μικρότερη ταχύτητα. Αυτό σημαίνει ότι θα αλλάξει η μέση διάρκεια των επεισοδίων ασθένειας οι οποίες, όμως, θα είναι ελαφρύτερες. Άλλο παράδειγμα: αν γίνεται νωρίτερα η διάγνωση υπάρχει μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας (άρα μειώνεται η θνητότητα, αυξάνεται η νοσηρότητα).

K.G.Manton (1982) Η *Ελαφρά* νοσηρότητα ανεβαίνει, η *σοβαρή* μειώνεται (αξιοποίηση τεχνολογικών δυνατοτήτων, πρόοδοι στη θεραπεία. Το τμήμα της ζωής με σοβαρή ασθένεια μειώνεται σε σχετικούς όρους.

Υπάρχουν διάφορα μεθοδολογικά προβλήματα στην εξέταση του τι ισχύει. Για παράδειγμα, ο ορισμός νοσηρότητας: Κάποιοι το ορίζουν ως αριθμό νοσημάτων, άλλοι πιο σωστά ως ημέρες με ανάγκη φροντίδας ως ποσοστό των συνολικών ημερών. Εξίσου σημαντικό είναι το είδος στοιχείων, το χρονικό διάστημα που καλύπτεται κοκ.

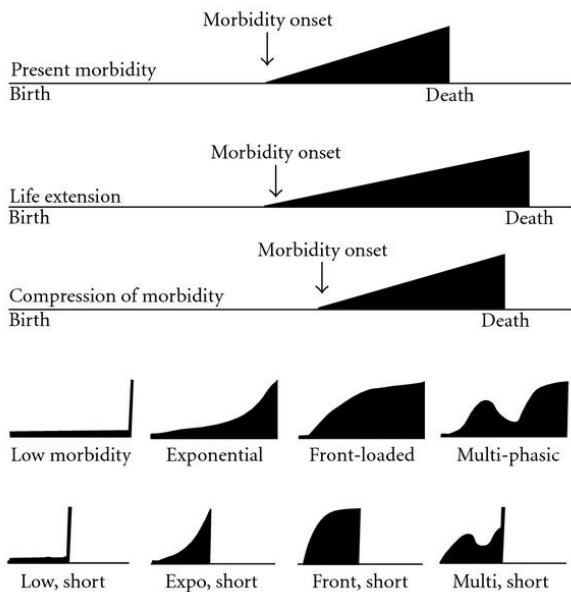
Οι ενδείξεις για το τι ισχύει είναι μεικτές: Σε έρευνα του ΟΟΣΑ 12 χωρών το 2007 βρέθηκε το εξής⁷:

- Σύντμηση: Σε 5 χώρες ΗΠΑ, Ιταλία, Ολλανδία, Δανία, Φιλανδία.
- Διεύρυνση: σε 3: Βέλγιο, Σουηδία, Ιαπωνία
- Ουδέτερη: σε 2: Αυστραλία, Καναδά
- Αντιφατικά αποτελέσματα σε 2 Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία.

Τα αποτελέσματα αυτά συνεπάγονται ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για συγκρίσιμα ποιοτικά στοιχεία που να μπορούν να απαντήσουν σε αυτό το κρίσιμο ερώτημα. Μελέτες που εξετάζουν το σύνολο της ζωής όπως το SHARE σχεδιάστηκαν για να μπορούν να απαντήσουν.

⁷ Lafortune, G., Balestat, G., and the Disability Study Expert Group Members. 2007. “Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and Future Implications.” OECD Health Working Papers No. 26. OECD.

Στις ΗΠΑ διάφορες μελέτες φαίνεται να επιβεβαιώνουν το σενάριο της σύντμησης, το οποίο φαίνεται να είναι και γενικότερα το επικρατέστερο – με πολλές επιφυλάξεις όμως.



Το σχήμα της σύντμησης: Τι γίνεται στην νοσηρότητα όταν επεκτείνεται η ζωή'.

Καθώς επεκτείνεται η ζωή μπορεί η νοσηρότητα (σκιασμένο κομμάτι) να αρχίζει παράλληλα την ίδια εποχή καθώς αυξάνει η ζωή ή να μετατίθεται.

Σε ατομικό επίπεδο η σχέση ζωής- νοσηρότητας μπορεί να έχει διάφορα σχήματα ανα ασθένεια, τα οποία εμφανίζονται στο κάτω τμήμα. Το άθροισμά τους στον πληθυσμό καταλήγει στην συνολική επίπτωση

Το κρίσιμο θέμα για την νοσηρότητα σε μεγάλες ηλικίες είναι συμπεριφορές (άσκηση, παχυσαρκία) και συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ) αφού όλα ενεργούν για να προλάβουν ή να αποτρέψουν νοσηρότητα σε μεγάλη ηλικία.

Δαπάνες υγείας ηλικιωμένων και δημόσια οικονομικά

Καθώς οι κοινωνίες γηράσκουν, οι δαπάνες υγείας και περίθαλψης των ηλικιωμένων θα αποτελέσουν σημαντικό τμήμα των αναμενόμενων πιέσεων στην οικονομία. Σημαντικά θέματα είναι το πώς θα εξελιχθεί η **ζήτηση για περίθαλψη**, και πώς αυτή θα επενεργήσει με την προσφορά για να προκύψει η τελική προβολή δαπανών. Σημαντικά σημεία που διαφοροποιούν τον τομέα αυτό είναι: (α) η οργάνωση της **χρηματοδότησης** – κοινωνική/ιδιωτική ασφάλιση και κάλυψη ιδίων εξόδων (β) η οργάνωση της **προσφοράς** – οργάνωση νοσοκομείων, φαρμακευτικού τομέα, σχέση με τεχνολογία κλπ.

Θέματα δαπανών περίθαλψης ηλικιωμένων: πώς σχετίζονται με την ηλικία;

Το κρίσιμο θέμα είναι αν οι δαπάνες περίθαλψης εξαρτώνται από την **ηλικία** – οπότε πρέπει να αναμένεται μεγάλη αύξηση – ή από τον **αριθμό θανάτων** – οπότε με βάση τα δημογραφικά δεδομένα μπορεί να αναμένεται και **μείωση** δαπανών. Η σύντμηση της νοσηρότητας τείνει να ευνοήσει την δεύτερη εκδοχή.

Στις ΗΠΑ την δεκαετία του '80 κάθε άτομο 65+ κόστιζε στην περίθαλψη 3,8 φορές όσο άτομα κάτω των 65. Το 1990 ο παράγοντας αυτός ήταν 4,4 φορές. Στην Ιαπωνία ο λόγος αυτός είναι 5,3, αν και στην Ευρώπη τείνει να είναι μικρότερο (Γαλλία 3,0, Γερμανία 2,8). Πώς θα εξελιχθεί η δαπάνη διαχρονικά;

1. **Διάκριση επείγουσας (οξείας) και χρόνιας περίθαλψης.** Ένα υγειονομικό πρόβλημα συχνά περιπλέκει ένα άλλο. Είναι άδηλο αν η τάση που έχει διαπιστωθεί για μικρότερη αναπηρία θα μεταφραστεί σε χαμηλότερη δαπάνη. Π.χ. η μείωση της αναπηρίας πιθανόν να οφείλεται σε μεγαλύτερες δαπάνες (π.χ. εγχειρίσεις καταρράκτη βελτιώνουν την όραση αλλά είναι δαπανηρές). Ένας υγιέστερος

πληθυσμός θα απαιτεί υψηλότερες επενδύσεις ώστε να αμβλυνθούν οι περιορισμοί από αναπηρίες. Η μείωση της αναπηρίας θα μειώσει το κόστος μακροχρόνιας φροντίδας και όχι δευτεροβάθμιας (νοσοκομειακής) περίθαλψης.

2. **Το τέλος της ζωής.** Υπάρχει η άποψη ότι η λύση του θέματος βρίσκεται στον έλεγχο δαπανών το τελευταίο διάστημα πριν τον θάνατο. Στις ΗΠΑ το 28% των δαπανών απορροφάται από το 5% των ασφαλισμένων άνω των 65 που βρίσκονται στο τελευταίο έτος ζωής τους.⁸ Συνεπώς αρκεί να περιοριστεί η δαπάνη στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ελπίδα;

ΑΛΛΑ:

- Η μεγάλη αύξηση δαπανών περίθαλψης από το 1980 δεν συνοδεύτηκε από διεύρυνση του μεριδίου του τελευταίου έτους. Πέραν αυτού, από αυτούς που βρίσκονταν στο τελευταίο έτος ζωής τους, περισσότερες δαπάνες κατευθύνονται στους νεότερους παρά στους γηραιότερους. (άρα προς αυτούς με μεγαλύτερες ελπίδες ανάκαμψης).
- Οι γιατροί δεν γνωρίζουν εκ των προτέρων ποιες είναι οι 'χαμένες περιπτώσεις' για να περιορίσουν τις προσπάθειές τους.
- Το 5% των πιο δαπανηρών περιπτώσεων απορροφούν άνω του 50% της συνολικής δαπάνης. Σε αυτές περιπτώσεις υπάρχουν και άτομα πολύ πριν το τελευταίο έτος τους.

Συνεπώς το θέμα της υπερβολικής δαπάνης κοντά στον θάνατο έχει μικρότερη εμβέλεια από ό,τι συχνά θεωρείται.

3. **Αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων.** Στις ΗΠΑ όπου κρατική ασφάλιση προσφέρεται μόνο στα άτομα άνω των 65 (Medicare), η γήρανση συνεπάγεται αύξηση των δικαιούχων των κρατικών προγραμμάτων⁹. Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η αύξηση στους πολύ ηλικιωμένους – άνω των 75. Άρα θα αυξηθούν και οι δικαιούχοι και η δαπάνη κατά κεφαλή. Μεγάλη σημασία έχει το αν (α) η επιμήκυνση στο προσδόκιμο επιβίωσης θα οφείλεται σε **μείωση σε ασθένειες** που είναι δαπανηρές (τότε προκύπτει **μείωση δαπανών**) ή (β) στην αξιοποίηση **δαπανηρών θεραπειών** (τότε προκύπτει **αύξηση δαπανών**). Σημειώνεται ότι η περίθαλψη είναι ένα αγαθό με υψηλή εισοδηματική ελαστικότητα (στις ΗΠΑ 1,4, στην Ευρώπη περί το 1,2), που σημαίνει ότι αν το εισόδημα των ηλικιωμένων ανεβαίνει η ζήτηση θα ανεβαίνει ταχύτερα.
4. **Ο ρόλος της τεχνολογίας.** Μεγάλο τμήμα της αύξησης δαπανών οφείλεται σε χρήση **διαγνωστικών εργαλείων** (π.χ. αξονική ή μαγνητική τομογραφία). Αν και δεν υπάρχει εγγενής σχέση με ηλικία, τα εργαλεία αυτά είναι δαπανηρά αλλά αφού έχουν μικρότερες παρενέργειες (είναι λιγότερο επιθετικά) προσφέρονται για χρήση σε άτομα (π.χ. τους πολύ ηλικιωμένους) που παλαιότερα τα απέφευγαν. Ετσι αναμένεται διεύρυνση της συχνότητας χρήσης τους στους ηλικιωμένους. Η χρήση τους θα οδηγήσει σε **ενωρίτερη διάγνωση** και άρα και σε περισσότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις. **Χειρουργικές επεμβάσεις** είναι πιο κοινές¹⁰, ενώ το κόστος τους δεν έχει μειωθεί. Η σχέση κόστους/οφέλους για πολλές επεμβάσεις

⁸ Αν είναι έτσι η μελλοντική δαπάνη θα εξαρτάται, όχι από το ποσοστό ηλικιωμένων, αλλά από τον αριθμό θανάτων.

⁹ Σε καθολική ασφάλιση η εξέλιξη αυτή σημαίνει ότι λιγότεροι ενεργοί ασφαλισμένοι επωμίζονται οικονομικά περισσότερους συνολικούς δικαιούχους.

¹⁰ Εγχειρίσεις bypass για τους άνω των 75 ήταν 3,0% το 1985 → 8,1% (1990) → 21,2% (2000)

έχει μεταβληθεί ούτως ώστε να γίνονται σε ηλικιωμένους επεμβάσεις που παλαιότερα γίνονταν μόνο σε νεότερους. Μελέτες που εξετάζουν την σχέση κόστους-οφέλους των περισσότερων νέων τεχνικών καταλήγουν ότι είναι θετική – άρα ότι οι νέες μέθοδοι είναι (ιατρικά) αποτελεσματικές.

- 5. Μακροχρόνια φροντίδα.** (βλ. και ενότητα 5). Ελλείψεις στο σύστημα φροντίδας σημαίνουν ότι πολύ συχνά άτομα που χρειάζονται απλώς φροντίδα βρίσκονται σε νοσοκομεία ή αξιοποιούν την υποδομή που υπάρχει για οξείες ή επείγουσες περιπτώσεις. Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας μέσω του 'ιατρικού μοντέλου' αυξάνει το συνολικό κόστος στα νοσοκομεία επιβαρύνοντας παράλληλα και τους παραλήπτες των υπηρεσιών. Αν, αντίθετα δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς η ανάγκη φροντίδας, τότε αυτό ενδεχομένως να οδηγήσει σε μεγαλύτερα έξοδα περίθαλψης αργότερα.

Δ. Η οργάνωση της ασφάλισης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας – διαφορετικά μοντέλα

Οδηγεί η μεγαλύτερη δαπάνη περίθαλψης σε καλύτερη υγεία; Καθόλου σίγουρο. Ίσως μάλιστα η δαπάνη να επιδεινώνει την υγεία:

Ας πάρουμε ένα παράδειγμα από ΗΠΑ: Ο Άτλας του Dartmouth (<http://www.dartmouthatlas.org/>) είναι λεπτομερής γεωγραφική καταγραφή κόστους περίθαλψης ανά ταχυδρομικό κώδικα και δικαιούχο στην Δημόσια ασφάλιση υγείας (για άτομα 65+). Αν συσχετιστεί το κόστος με δείκτες αποτελέσματος προκύπτει έντονα αρνητική συσχέτιση. Όσο περισσότερο ξοδεύεται, τόσο χειρότερο αποτέλεσμα. Ορισμένες περιοχές είναι πολύ πιο 'επιθετικές' στην χρήση διαγνωστικών και φαρμακευτικής δαπάνης. Συνολικά η δαπάνη υγείας στις ΗΠΑ είναι σχεδόν διπλάσια της ΕΕ, και όμως οι δείκτες χειρότεροι.

Άρα ο έλεγχος των δαπανών υγείας στα συστήματα υγείας προέχει των όποιων τάσεων διεύρυνσης λόγω δημογραφίας. Πρέπει να ληφθούν δηλαδή γενικά μέτρα, από τα οποία θα επωφεληθούν περισσότερο οι ηλικιωμένοι ως οι πιο κοινοί χρήστες.

Η ανάλυση ακολουθεί το βιβλίο Nick Barr *The Welfare State As Piggy Bank*, κεφ 4

Γενική επισκόπηση. Όλα τα συστήματα υγείας τα τελευταία 20 χρόνια διαπιστώνουν εκτίναξη του κόστους, το οποίο έχει ιδιαίτερα μεγάλη επιβάρυνση του δημοσίου και των δημοσίων οικονομικών. Συνεπώς, *ακόμη και αν υπάρχει επιδείνωση των απαιτήσεων λόγω του δημογραφικού* (και αν οι δαπάνες σχετίζονται με τον αριθμό θανάτων και όχι με το ποσοστό ηλικιωμένων, η επιδείνωση θα είναι μικρότερη), οι βασικές πηγές των δυσλειτουργιών πρέπει να αναζητηθούν αλλού, και συγκεκριμένα προς δύο κατευθύνσεις:

1. **Ασφαλιστικά προβλήματα και η ζήτηση περίθαλψης.** Η υγεία ως αντικείμενο ασφάλισης δημιουργεί δυσεπίλυτα προβλήματα αποτελεσματικότητας και δικαιοσύνης κυρίως λόγω ασυμμετριών πληροφόρησης. Τα προβλήματα αυτά αποτρέπουν την εύρυθμη λειτουργία της ασφάλισης, ενώ θα γίνουν χειρότερα με την μεγαλύτερη διαθεσιμότητα γενετικών τεστ.
2. **Προβλήματα από την πλευρά της προσφοράς.** Στην υγεία καθοριστικό ρόλο παίζουν η τεχνολογία και η οργάνωση των προμηθευτών (φαρμακευτικές εταιρείες, ιατρικά μηχανήματα, επαγγέλματα υγείας). Τα θέματα αυτά συνδυάζονται με τα προβλήματα πληροφόρησης για να καταστήσουν τον έλεγχο ποιότητας και δαπανών δυσχερή.

Οι δύο επιλογές που υπάρχουν για το πώς οργανώνεται η υγεία αναφέρονται στο πώς **χρηματοδοτείται** η υγεία (Κοινωνική-δημόσια ασφάλιση / ιδιωτική ασφάλιση) και πώς **παρέχεται** η υγεία (από δημόσιους φορείς/ από ιδιωτικούς παρόχους). Διεθνώς έχουν αξιοποιηθεί όλοι οι συνδυασμοί, όλοι εκ των οποίων έχουν συν και πλην:

1. **Ιδιωτική χρηματοδότηση + ιδιωτική παραγωγή:** (ΗΠΑ ως 1965, μετά δημόσια ασφάλιση για 65+). Αναπτύχθηκαν Οργανισμοί Προώθησης της Υγείας (HMOs), που παρέχουν πακέτα υπηρεσιών ασφάλισης + περίθαλψης με διαφοροποιημένες τιμές και παροχές. Επίσης μέθοδοι ελέγχου της τιμολόγησης (DRGs – Diagnosis Related Groups). Αποτέλεσμα: **Τεράστια αύξηση δαπάνης, πολλά κενά κάλυψης**, δυσκολία στην εκπαίδευση νέων γιατρών. Όμως, υπάρχει μεγάλη επιλογή, υψηλή ποιότητα και μικρές ουρές νοσηλείας. Προβληματίζεται για επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης.

2. **Δημόσια χρηματοδότηση + δημόσια παραγωγή.** – ΕΣΥ Αγγλίας, Σκανδιναβία: Γιατροί αποφασίζουν για νοσηλεία, η υγεία χρηματοδοτείται από φορολογία και είναι δωρεάν για τον ασθενή. Οι παραγωγοί αμείβονται κατ' αποκοπήν και η ύπαρξη υπερβάλλουσας ζήτησης (ουρές) αντιμετωπίζεται διοικητικά. Κόστος διατηρείται χαμηλό, δεν υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης. Όμως υπάρχουν **ουρές** για νοσηλεία και η **δυνατότητα επιλογής** είναι περιορισμένη.
3. **Δημόσια χρηματοδότηση + Ιδιωτική παραγωγή.** Καναδάς – δημόσια ασφάλιση και ιδιωτικά νοσοκομεία. Γερμανία – ασφάλιση μέσω Ταμείων ασφάλισης που διαπραγματεύονται με γιατρούς και νοσοκομεία σε περιφερειακή βάση¹¹ - με βάση το σύστημα διμερούς μονοπωλίου (κράτους – προμηθευτών). Οι δαπάνες ελέγχονται μέσω αυστηρών περιορισμών στην δαπάνη (και στα εισοδήματα των παραγωγών υγείας, πράγμα που δημιουργεί πρόβλημα με 'φακελάκια' – δηλαδή απαιτήσεις για επιπλέον πληρωμές από τους ασθενείς. Ουρές δεν είναι πρόβλημα. Η ποιότητα εξαρτάται (και) από την κρατική χρηματοδότηση.

Ο Barr καταλήγει στις 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 συγκράτηση δαπανών.
- Παραγωγή – Υπάρχουν επιτυχίες εκεί όπου η παραγωγή είναι δημόσια (Αγγλία), ιδιωτική (Καναδάς) ή μεικτή.
- Υπάρχουν συγκεκριμένοι συνδυασμοί που είναι βιώσιμοι: π.χ. δημόσια χρηματοδότηση+ δημόσια παροχή, άλλο δημόσια χρηματοδότηση + ιδιωτική παραγωγή + αυστηροί έλεγχοι¹².

Γενικά, δεν υπάρχει τέλεια λύση, ενώ υπάρχουν πολλά παραδείγματα για το πώς πρέπει να μην είναι οργανωμένο το σύστημα- δηλαδή παραδείγματα προς αποφυγήν.

¹¹ Η Ελλάδα και η Ιταλία πριν την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ ακολουθούσαν το Γερμανικό σύστημα. Η Ελλάδα τώρα έχει ένα μεικτό σύστημα, όπου τα νοσοκομεία ακολουθούν το Αγγλικό σύστημα του ΕΣΥ, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα το Γερμανικό μεικτό (βλ. Μεσογειακό κοινωνικό κράτος).

¹² Το 'πρόβλημα' του Ελληνικού συστήματος θα μπορούσε να θεωρηθεί ο ασθενής έλεγχος δαπανών. Απαραίτητο συμπλήρωμα του συστήματος θα έπρεπε να είναι η υψηλή διοικητική ικανότητα.