



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ  
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ”

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Λιονάκη Δήμητρα  
ΑΜ: 2002158

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Δημόπουλος Ιωάννης

Καλαμάτα 2010

## Συντομογραφίες

Συντομογραφία	Αναλυτική Περιγραφή
ΑΕΠ	Ακαθόριστο εθνικό προϊόν
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΚΕ	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

<b>Θέμα Διπλωματικής Εργασίας</b>	
Περίληψη	7
Abstract	8
<b>Εισαγωγή</b>	9
Μεθοδολογία έρευνας – Συνοπτική παρουσίαση μελέτης	9
<b>1. Η έννοια της δημογραφικής γήρανσης</b>	10
1.1 Ορισμός της δημογραφικής γήρανσης	10
1.2 Ιστορική αναδρομή	11
1.3 Παρούσα κατάσταση	13
1.4 Δείκτες μέτρησης της δημογραφικής γήρανσης	14
<b>2. Δημογραφικές μεταβολές</b>	16
2.1 Δημογραφικές μεταβολές στη τελευταία 25ετία	16
2.2 Οι δημογραφικές μεταβολές στο μέλλον	21
<b>3. Οι συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης</b>	23
3.1 Οι επιπτώσεις στη σύγχρονη οικονομία	23
3.2 Ο αντίκτυπος της δημογραφικής γήρανσης στα συστήματα υγείας	25
3.3 Επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας	27
3.4 Οι συνέπειες στις δαπάνες υγείας	28
3.5 Οι οικονομικές προκλήσεις και οι επερχόμενες αλλαγές των συστημάτων υγείας	32
3.5.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων	34
3.6 Οι επιπτώσεις στη κοινωνική ασφάλιση	39
3.7 Σύνοψη κεφαλαίου	40
<b>4. Οι αιτίες του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης</b>	42
4.1 Τα αίτια σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες	42

4.2 Έρευνα του Economist	43
4.3 Παρουσίαση και ανάλυση των αιτιών	44
<b>5. Προτάσεις – προοπτικές</b>	49
5.1 Συζήτηση- συμπεράσματα	49
5.2 Προτεινόμενα μέτρα	50
<b>Βιβλιογραφία</b>	53

<b>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ</b>	
<b>ΤΙΤΛΟΣ</b>	<b>ΣΕΛΙΔΑ</b>
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Απογραφή της Ελλάδος 1981-2001	14
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή του πληθυσμού της Ελλάδας (απογραφές) κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες, δείκτης εξάρτησης, γήρανσης, αντικατάστασης, αναλογών αριθμός ηλικιωμένων άνω των 65 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών (1870-1998)	18
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας, 1950 - 1980. Ακαθάριστα ποσοστά γεννητικότητας, Δείκτης γονιμότητας, Συνολικός πληθυσμός, Δείκτης γηράνσεως. Γεννήσεις ζώντων	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών, δείκτης γήρανσης, δείκτης εξάρτησης, διάμεση ηλικία 1941, 1951, 1961, 1971, 1981, 1984, 1986	20
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ελλάδα – Προβολές πληθυσμού, 2005, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ελλάδα – Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού, 2005, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 7.: Μελλοντικές επιπτώσεις στην κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα.	31

<b>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ</b>	
<b>ΤΙΤΛΟΣ</b>	<b>ΣΕΛΙΔΑ</b>
ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποσοστό εξέλιξης της δημογραφικής γήρανσης (+65 ετών)	18
ΓΡΑΦΗΜΑ 2-3: Ελλάδα ,ηλικιακή δομή του πληθυσμού	22
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Συνολικό ποσοστό γονιμότητας	45

## ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα αυτές της ηπείρου μας (της χώρας μας συμπεριλαμβανομένης) «γηράσκουν» και θα συνεχίσουν να «γηράσκουν» χωρίς αμφιβολία στη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, πιθανότατα ακόμη πιο γρήγορα απ' ότι αφήνουν να διαφανεί οι δημογραφικές προβολές που διαθέτουμε.

Οι δημογραφικές εξελίξεις της μεταπολεμικής περιόδου και ιδιαίτερα της τελευταίας δεκαετίας, έχουν προσελκύσει την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας και της κοινής γνώμης στη χώρας μας. Σύμφωνα με τις δημογραφικές προβολές, εφόσον τα δεδομένα για τη γεννητικότητα, τη μετανάστευση, την επιδημιολογία, τη θνησιμότητα δεν ανατραπούν, το 2050, δηλαδή σε περίπου 40 χρόνια από σήμερα, στις παιδικές χαρές θα παίζουν λιγότερα παιδιά, ενώ τα ΚΑΠΗ θα ασφυκτιούν από ηλικιωμένους. Μια ματιά στους δημογραφικούς δείκτες της χώρας μας καταδεικνύει το μέγεθος της δημογραφικής κάμψης που η Ελλάδα γνωρίζει, κυρίως τα τελευταία χρόνια, και μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι η χώρα μας γνωρίζει έναν πρωτοφανή δημογραφικό μαρασμό, οι συνέπειες του οποίου τα επόμενα χρόνια θα είναι πιο έντονες. Το 2050 τα παιδιά μέχρι 14 ετών θα φτάνουν μόλις το 12% (από το σημερινό 15%), ενώ οι άνω των 65 ετών θα αγγίζουν το 31% του πληθυσμού (16,6% σήμερα). Εν ολίγοις, οι πρόσφατοι υπολογισμοί δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι «γηραιότεροι γηραιοί» θα αυξάνουν ταχύτατα σε σχέση με τους νέους.

Έτσι γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει και θα υπάρξει ακόμα μεγαλύτερη στο μέλλον επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας (αυξημένη ζήτηση), λόγω της μεταβολής του μοντέλου νοσηρότητας του πληθυσμού που συνοδεύεται με έξαρση των χρόνιων νοσημάτων. Η ανάγκη ανάπτυξης εναλλακτικών δομών υπηρεσιών υγείας είναι πλέον ορατή και αφορά την κλειστή ή ανοικτή περίθαλψη.

## ABSTRACT

The industrial countries and particularly those of continent of (country μ[as] included) “age” and they will continue “ageing” without doubt during the decades, very probably more fast from that they leave to emerge the [dimografikes] projections that we allocate.

The demographic developments of postwar period and particularly the last decade, have attracted the attention of scientific community and common opinion in our country. According to the demographic projections, provided that the data on the birthrate, the immigration, the epidemiology, the mortality are not reversed, in 2050, that is to say at about 40 years from today, in the children's charms will play less children, while the CENTRES FOR ELDERLY CITIZENS suffocate from old men. A glance in the demographic indicators of our country shows the size of demographic bending that Greece knows, mainly in the past few year, and leads us to the ascertainment that the country to us knows a unprecedented demographic decline, the consequences of which the next years will be more intense. In 2050 the children up to 14 years will reach hardly 12% (from the current 15%), while [ano] the 65 years they touch upon the 31% of population (16,6% today), the recent calculations show that old and particular anile” will increase very rapidly concerning the young persons (Angel [Stergeioly], 2005).

Thus it becomes comprehensible that it exists and will exist still bigger in the future tax of services of health (increased demand), because the change of model of sickliness of population that is accompanied with elation of chronic diseases. The need of growth of alternative structures of services of health is henceforth visible and concerns the closed or open care.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τη δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα χαρακτηρίζει η χαμηλή γεννητικότητα και η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής που συνακόλουθα οδηγούν στη μείωση του αριθμού των νέων και στη γήρανση του πληθυσμού. Η δημογραφική γήρανση δεν αποτελεί νέο φαινόμενο στη χώρα μας. Απλά σήμερα γίνεται περισσότερο εμφανές το πρόβλημα του δημογραφικού μαρασμού, οι επιδράσεις και οι επιπτώσεις του οποίου στην κοινωνία είναι ολοφάνερες. Σύμφωνα με τις προβλέψεις ειδικών, η πτωτική τάση των επιμέρους δημογραφικών δεικτών δεν φαίνεται να αλλάζει, τουλάχιστον για το άμεσο μέλλον (Σουλιώτης Κ.2006)

Στόχος της μελέτης αυτής είναι να αναδείξει το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης ιδιαίτερα στην Ελλάδα, να καταγράψει την σημερινή κατάσταση και να εξετάσει τις επιπτώσεις και τις αιτίες του φαινομένου αυτού στο υγειονομικό σύστημα.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό και την έννοια της δημογραφικής γήρανσης, όπως επίσης και στους καταλληλους δείκτες οι οποίοι μας δίνουν την δυνατότητα ανάλυσης του προβλήματος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται οι δημογραφικές μεταβολές που συντελέστηκαν την τελευταία 25ετία προκειμένου να γίνει κατανοητή η εξέλιξη της δημογραφικής γήρανσης. Επιπλέον εξετάζεται η παρούσα κατάσταση και παρουσιάζεται η εκτίμηση της δημογραφικής γήρανσης τα επόμενα 50 χρόνια περίπου σύμφωνα με τους διεθνείς οργανισμούς και παρατηρητήρια δημογραφίας.

Στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείτε μια ανάλυση των επιπτώσεων της δημογραφικής γήρανσης καθώς και οι κυριότερες αιτίες διόγκωσης της. Επιπλέον αναλύονται οι επερχόμενες αλλαγές, και οι οικονομικές προκλήσεις όσον αφορά τις επιπτώσεις στα συστήματα υγείας. Τέλος εξετάζονται προηγούμενες έρευνες και γίνεται μια ανασκόπηση των σημαντικότερων αποτελεσμάτων τους.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προτάσεις και μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού, ιδιαίτερα όσο αφορά στις οικονομικές επιπτώσεις.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η έννοια της Δημογραφικής Γήρανσης

### 1.1 Ορισμός της δημογραφικής γήρανσης

Ως δημογραφική γήρανση ορίζουμε τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60, 65, 70, 75+) στο συνολικό πληθυσμό. Καθίσταται προφανές ότι η συνεχής αυτή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων συμβαδίζει με τη μείωση του ειδικού βάρους των παιδιών (0-14 ετών) και ενδεχομένως με αυτή των ενδιάμεσων ηλικιών (15 έτη-κατώτατο ηλικιακό όριο που θέτουμε για να οριοθετήσουμε την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων). Επομένως, η δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση συνιστάται στις δομικές μεταβολές των πληθυσμών μας και δεν ταυτίζεται/ορίζεται απλά ως αύξηση του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων (του πλήθους τους δηλαδή).

Η δημογραφική (ή πληθυσμιακή) γήρανση επομένως δεν πρέπει να συγχέεται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (που μπορεί να οφείλεται στη συνολική αύξηση του πληθυσμού ή/και στην παράταση του μέσου όρου ζωής, δηλαδή σε άλλους παράγοντες βασικά από αυτούς που οδήγησαν μέχρι στιγμής στη δημογραφική γήρανση), όταν δεν καταλήγει στην αύξηση του ειδικού βάρους τους (αναλογία τους) στον πληθυσμό.

Η δημογραφική (ή πληθυσμιακή) γήρανση δεν πρέπει ακόμη να συγχέεται με την ατομική γήρανση (τα «γηρατειά»), την επίδραση δηλαδή του χρόνου στο άτομο, που προκαλεί σειρά μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών. Εάν οι δημογράφοι πρόταξαν την εξέλιξη των αναλογιών αντί αυτών των απολύτων αριθμών, αυτό δεν είναι τυχαίο. Καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή αυτή έπαιξε η σημασία, σε όλες τις κοινωνίες (ιδιαίτερα δε στις σύγχρονες βιομηχανικά ανεπτυγμένες) των οικονομικών σχέσεων ανάμεσα στις γενεές (σχέσεις πχ ανάμεσα στους ενεργούς και στους μη

ενεργούς, ανάμεσα στους «εισφέροντες» και στους «συνταξιούχους», ανάμεσα στους ενταγμένους στο σύστημα της βασικής εκπαίδευσης και τους ενεργούς κ.ο.κ.) *Clark, Spengler 1980, OCDE, 1988, Nations Unies, 1988*.

## 1.2 Ιστορική Αναδρομή

Το φαινόμενο αυτό της «δημογραφικής γήρανσης» αρχίζει να αναδύεται στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες, ήδη από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα (Chesnais, 1981 και 1986). Η αιτιολογία του, θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε το πώς και γιατί συνέβη. Οφείλουμε όμως παράλληλα να επισημάνουμε ότι μόνο στη διάρκεια της τελευταίας 25ετίας, το φαινόμενο αυτό βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών. Οι κοινωνίες μας συνειδητοποιούν αργά και προοδευτικά την «ποιοτική» αλλαγή, την τομή που συνιστά το πέρασμα από τη βιολογική γήρανση (κύρια ατομικό φαινόμενο) στη δημογραφική γήρανση, συλλογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται – απορρέει από τις αλλαγές της δομής του πληθυσμού, την κατανομή του σε μεγάλες ηλικιακές ομάδες.

Οι δημογράφοι απέδειξαν ήδη από τις αρχές της πρώτης μεταπολεμικής δεκαετίας (*J. Bourgeois-Pichat, 1951, Sauvy, 1963*) ότι τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης πρέπει να αναζητηθούν πρωταρχικά και κύρια στην πτώση της γεννητικότητας/γονιμότητας (δηλαδή στην μείωση του αριθμού των παιδιών που φέρνουμε στον κόσμο) και όχι στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (στη μείωση δηλαδή της θνησιμότητας), όπως πιστεύει ο «κοινός νους» (ταυτίζοντας τη δημογραφική γήρανση με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που όταν δεν είναι επάγωγος της αύξησης του συνολικού πληθυσμού, απορρέει από την αύξηση του μέσου όρου ζωής).

Τέλος απέδειξαν ταυτόχρονα ότι η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του μέσου όρου ζωής σε μια πρώτη φάση όχι μόνο δεν οδήγησαν στη δημογραφική γήρανση, αλλά αντιθέτως επιβράδυναν τους ρυθμούς αύξησής της (*Nations Unies, 1956*) στο βαθμό που συρρικνώθηκε καταρχάς προοδευτικά αλλά ριζικά η βρεφική και η παιδική-εφηβική θνησιμότητα (συρρίκνωση μέχρι πρόσφατα σημαντικά ταχύτερη αυτής στις ενδιάμεσες – μεγάλες ηλικίες) κερδήθηκε σημαντικός αριθμός νέων ατόμων από το θάνατο, που σε αντίθετη περίπτωση (λαμβάνοντας υπόψη την προοδευτική μείωση του αριθμού των παιδιών που κάνουμε), θα οδηγούσε σε μεγαλύτερη επιτάχυνση των ρυθμών δημογραφικής γήρανσης: τα όλο και λιγότερα παιδιά που γεννάμε, θα έμεναν ακόμη λιγότερα εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας και επομένως το ειδικό τους βάρος (η

αναλογία τους στο συνολικό πληθυσμό) θα ήταν ακόμη μικρότερο από αυτό που είναι σήμερα, ενώ το ποσοστό – αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων (που προέρχονται από πολυπληθείς γεννήσεις του παρελθόντος) θα ήταν ακόμη μεγαλύτερο.

Καθίσταται προφανές ότι η δημογραφική αυτή γήρανση που γνωρίσαμε σε μια πρώτη φάση, γήρανση «εκ των κάτω» όπως συνηθίζουμε να την αποκαλούμε στο βαθμό που οφείλεται στη συρρίκνωση της βάσης των πληθυσμιακών πυραμίδων<sup>1</sup>, οδήγησε σε ριζική αλλαγή των μορφών τους: οι πυραμίδες αυτές είχαν αρχικά τη μορφή ισοσκελούς τριγώνου, αργότερα τη μορφή καμπάνας και τέλος τείνουν να πάρουν τη μορφή ενός σχήματος με στενή βάση (λίγοι νέοι), διογκωμένη μέση και κορυφή.

Και ενώ οι δημογράφοι μας προσπαθούσαν δικαίως να μας πείσουν ενάντια στον «κοινό νου» για τον καθοριστικό ρόλο που έπαιξε η μείωση της γονιμότητας στην αύξηση της δημογραφικής γήρανσης (γεγονός αναμφισβήτητο παρότι «παράδοξο»), την τελευταία δεκαπενταετία (αναλόγως των χωρών αναφοράς) η θνησιμότητα επανέρχεται δυναμικά στο προσκήνιο, περιπλέκονται ακόμη τα πράγματα και επιταχύνοντας τώρα πλέον τη γήρανση. Έτσι, ενώ στο απώτερο και μέσο παρελθόν από τα κέρδη του αγώνα ενάντια στο θάνατο επωφελήθηκαν κύρια οι μικρές ηλικίες (βρέφη, παιδιά), τώρα όλο και περισσότερο επωφελούνται τα ώριμα-ηλικιωμένα άτομα που «κερδίζουν» σημαντικά χρόνια ζωής χάρη στις προόδους της ιατρικής (*Dittgen, Legoux, 1990*).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ακόμα αύξηση του αριθμού τους και επομένως και του ειδικού τους βάρους. Στη γήρανση «εκ των κάτω» έρχεται έτσι να προστεθεί προοδευτικά «εκ των άνω», που από τις πρώτες δεκαετίες του επόμενου αιώνα, αν τίποτε δεν αλλάξει στις αναπαραγωγικές μας συμπεριφορές (αν δηλαδή συνεχίσουμε να κάνουμε τον ίδιο αριθμό παιδιών που κάνουμε και σήμερα) θα παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο, στο βαθμό που οι πρόοδοι της ιατρικής, γενετικής, βιολογίας κ.ο.κ. θα μας επιτρέψουν να αυξήσουμε το μέσο όρο ζωής μας, κερδίζοντας χρόνια όχι σε όλες τις ηλικίες, αλλά βασικά στις “ώριμες” ηλικίες (50 έτη +). Τέλος, δεν θα ήταν σκόπιμο να αποσιωπήσουμε και έναν άλλο παράγοντα που έπαιξε σημαντικό ρόλο, αν και διαφοροποιημένο από περιοχή σε περιοχή, χώρα σε χώρα, ήπειρο σε ήπειρο ακόμη (και που θα συνεχίζει και στο μέλλον να παίζει σημαντικό ρόλο): τις μεταναστεύσεις των πληθυσμών, ιδιαίτερα δε όταν πρόκειται για μεταναστεύσεις εργατικού δυναμικού (δηλαδή νέων ατόμων σε αναζήτηση εργασίας). Καθίσταται προφανές ότι στις χωρικές ενότητες υποδοχής μεταναστών η γήρανση των

---

<sup>1</sup> πληθυσμιακή πυραμίδα είναι η γραφική απεικόνιση της κατανομής του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία

πληθυσμών τους επιβραδύνεται, ενώ αντίστοιχα οι χωρικές ενότητες που χάνουν τους νεανικούς πληθυσμούς τους είναι ακόμη πιο «γηρασμένες» απ' ότι αναμένετο.

### *1.3 Παρούσα κατάσταση*

Ο πληθυσμός που ανήκει στην Τρίτη Ηλικία είναι δεδομένο, λοιπόν, ότι αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς στις χώρες της Ευρώπης, και κυρίως στη χώρα μας. Αυτή η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η οποία παρατηρείται στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες, απασχολεί σημαντικά πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς οι δημογραφικές εκτιμήσεις παρατηρούν αξιοσημείωτη στασιμότητα στην αύξηση του πληθυσμού, η οποία συγχρόνως συνοδεύεται από μείωση των νεαρών ατόμων και ταυτόχρονη αύξηση των ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα προβλέπεται ότι το ποσοστό των ατόμων της Τρίτης ηλικίας θα φτάσει το 27% το έτος 2015. Το σημαντικό είναι ότι θα υπάρξει κατακόρυφη αύξηση το αριθμού των ατόμων που ανήκουν σε ηλικίες μεγαλύτερες των 80 (Υφαντόπουλος Ι. 2000) . Στον παρακάτω πίνακα 1. παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά δεδομένα της χώρας μας, όπου διαπιστώνεται η σημαντικότερη αύξηση του πληθυσμού των ατόμων που ανήκουν σε ηλικίες άνω των 65, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Παρατηρείται ότι ο πληθυσμός που ανήκει στις ηλικίες 65 ετών και άνω ανέρχεται το 2001 σε 1.873.243 άτομα. Το αντίστοιχο ποσοστό είναι, ήδη το 17,08% του Ελληνικού πληθυσμού και είναι αξιοπρόσεκτο.

Όλη αυτή η μεταβολή του πληθυσμου, φυσικα επιφέρει πολλές αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα με τη συνεχή και ανεξέλεκτη αύξηση των δαπανών υγείας. Η συνεχής και ανεξέλεγκτη τα τελευταία χρόνια αύξηση των δαπανών υγείας, και μάλιστα με ρυθμούς μεγαλύτερους από εκείνους της αύξησης του ΑΕΠ, είναι προφανές ότι θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης που αποτελεί βασικό πυλώνα του ίδιου του κράτους πρόνοιας, αλλά και την ίδια την οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Οι ανάγκες στη Τρίτη ηλικία αυξάνονται συνεχώς και συνεπάγεται και οι απαιτήσεις τους. Τα προβλήματα που δημιουργούνται είναι πολλά και πολύπλοκα.

Πίνακας 1: Απογραφή της Ελλάδος 1981-2001

<b>ΑΠΟΓΡΑΦΗ</b>	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>
<b>Σύνολο Ελλάδος</b>	<b>9.739.589</b>	<b>10.259.900</b>	<b>10.964.020</b>
<b>Άρρενες</b>	4.779.551	5.055.408	5.431.816
<b>Θήλειες</b>	4.960.018	5.204.492	5.532.204
<b>0-14 ετών</b>	2.307.297	1.974.867	1.666.888
<b>15-64 ετών</b>	6.192.751	6.880.681	7.423.889
<b>65 ετών και άνω</b>	1.239.541	1.404.352	<b>1.873.243</b>
<b>Ποσοστιαία κατανομή %</b>			
<b>Άρρενες</b>	49,07	49,27	49,54
<b>Θήλειες</b>	50,93	50,73	50,45
<b>0-14 ετών</b>	23,69	19,25	15,20
<b>15-64 ετών</b>	63,58	67,06	67,71
<b>65 ετών και άνω</b>	12,73	13,69	<b>17,08</b>

Σε αντίθεση με άλλες χώρες της ΕΟΚ η Ελλάδα στην περίοδο 1981-1991 γνώρισε νέα αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη μείωση της γονιμότητας και στην είσοδο στην κατηγορία των 65 ετών και άνω ατόμων που γεννήθηκαν στην περίοδο 1924-1926, όταν η γεννητικότητα ήταν υψηλή.

#### 1.4 Δείκτες Μέτρησης της Δημογραφικής Γήρανσης

Προτού ξεκινήσουμε την ανάλυση μας θα πρέπει να εξετάσουμε τους βασικούς δείκτες που αποτυπώνουν /προσμετρούν άμεσα ή έμμεσα τη δημογραφική γήρανση. Ας επισημάνουμε ότι μέχρι στιγμής δεν αναφερθήκαμε στα ηλικιακά όρια που ορίζουν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων, χωρίς αυτό να θέτει εμπόδια στην παρουσίαση των μηχανισμών-αιτιών που οδήγησαν στο αυξανόμενο προοδευτικά ειδικό τους βάρος στο σύνολο του πληθυσμού.

Στο σημείο αυτό θα επισημάνουμε ότι: α) δεν υπάρχει αντικειμενικό όριο ηλικίας που να επιτρέπει το διαχωρισμό ανάμεσα στους «γέροντες- ηλικιωμένους» και μη, β) εν αντιθέσει με το άτομο, ένας πληθυσμός δεν έχει ηλικία και επομένως δεν μπορεί να χαρακτηριστεί από έναν απόλυτο δείκτη

γήρανσης/νεότητας. Επομένως, στον τομέα αυτό, οι ορισμοί και οι δείκτες βασίζονται σε κατά σύμβαση παραδοχές, συνάρτηση των «προβλημάτων» που θέλουμε να εξετάσουμε. άκριτης. Θα τις δεχτούμε απλώς εδώ, γιατί επί αυτών εδράζονται όλοι οι χρησιμοποιούμενοι ως σήμερα δείκτες, επισημαίνοντας ότι τα όρια που θα προσδιορίζουν τις ηλικιακές ομάδες παραπέμπουν στον πληθυσμό που ακολουθεί την υποχρεωτική εκπαίδευση (0-14 ετών), σ' αυτόν που εξέρχεται συνήθως συνταξιοδοτούμενος της αγοράς εργασίας (65+) και σ' αυτόν που εντάσσεται στις «παραγωγικές ηλικίες» 15-64 ετών.

- 1ος δείκτης η αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού
- 2ος δείκτης ο δείκτης εξάρτησης, ήτοι ο αναλογών αριθμός ατόμων των ομάδων 0-14 ετών και 65 και άνω, ως προς 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών
- 3ος δείκτης ο δείκτης γήρανσης, ήτοι ο αναλογών αριθμός ατόμων άνω των 65 ετών ως προς 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών
- 4ος δείκτης ο δείκτης αντικατάστασης ήτοι ο αναλογών αριθμός νέων 10-14 ετών ως προς ένα άτομο 60-64 ετών (ή προς 100 άτομα 60-64 ετών)
- 5ος δείκτης η αναλογία των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών επί των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## 2

### Δημογραφικές μεταβολές

---

#### *2.1 Δημογραφικές Μεταβολές την τελευταία 25ετία*

Ας εξετάσουμε όμως ταυτόχρονα διαχρονικά τις μεταβολές της δομής του πληθυσμού στη χώρα μας σε εθνικό επίπεδο κατ' αρχήν στη διάρκεια των τελευταίων 130 ετών. Στη διάρκεια της πρώτης τριακοπενταετίας (1870-1907) ο πληθυσμός μας είναι ακόμα ιδιαίτερα νεανικός (Πίνακας 2): η ομάδα 0-14 ετών αποτελεί σχεδόν το 40% του συνόλου, η άνω των 65 ετών 3,5-4,0%. Παράλληλα αντιστοιχούν 70-75 «εξαρτημένα» άτομα σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών, 9-11 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών σε 100 νέους 0-14 ετών και μόλις 6-7 ηλικιωμένοι σε 100 άτομα 15-64 ετών. Στην επόμενη τεσσαρακονταπενταετία (1907-1951) ο πληθυσμός μας «ωριμάζει» προοδευτικά: οι νέοι 0-14 ετών από 38-40% του συνόλου συρρικνώνονται το 1951 στο 29% και οι ηλικιωμένοι από 4% ανέρχονται αντίστοιχα στο 7%.

Αντιστοίχως, ο δείκτης εξάρτησης, στο βαθμό που στον αριθμητή του αθροίζονται δυο ηλικιακές ομάδες με διαφορετικές εξελίξεις (0-14+ ετών και άνω των 65 ετών) αντικατοπτρίζει τις επελθούσες αλλαγές: αντιστοιχούν πλέον το 1951 μόνον 55 «εξαρτημένα» άτομα σε 100 άτομα 15-64 ετών. Αντιθέτως ο δείκτης γήρανσης υπερδιπλασιάζεται (11 ηλικιωμένα άτομα το 1907 επί 100 νέων 0-14 ετών, 23 το 1951) ενώ παράλληλα από 7 ηλικιωμένους επί 100 ατόμων ηλικίας 15-64 ετών το 1907, έχουμε άνω των 10 το 1951. Θα παρατηρήσουμε ταυτόχρονα ότι στη διάρκεια της πρώτης αυτής

μακράς περιόδου (1870- 1951) το ειδικό βάρος της ομάδας 15-64 ετών παρουσιάζει και τις μικρότερες (μεταβολές 58% το 1870, 64% το 1951).

Τέλος, στην τελευταία μεταπολεμική πεντηκονταετία (1951-2000) οι αλλαγές επιταχύνονται, η γονιμότητα και μετανάστευση παίζουν καθοριστικό ρόλο, ενώ η θνησιμότητα από επιβραδυντικούς της γήρανσης παράγοντας αρχίζει να γίνεται προοδευτικά παράγοντας της επιτάχυνσής της (B. Koizamanis, J.P. Sardon, 1998). Τα αποτελέσματα είναι προφανή: υπερδιπλασιάζεται η αναλογία των ηλικιωμένων (από 6,8% σε 17%) και μειώνεται κατά 13 ποσοστιαίες μονάδες η αναλογία των νέων 0-14 ετών (28,8-15,2%). Ο δείκτης γήρανσης από 23 ανέρχεται σε 113, αναλογούν πλέον 25 ηλικιωμένοι σε 100 άτομα των ηλικιών 14-65 (έναντι 10,5 το 1951), και 1 άτομο ηλικίας 10-14 ετών σε έναν ηλικιωμένο 60-64 ετών (3,5 το 1951). Θα παρατηρήσουμε ταυτόχρονα ότι ο δείκτης εξάρτησης συρρικνώνεται σημαντικά σε βαθμό που το ειδικό βάρος των νέων 0-14 ετών μειώνεται με ταχύτερους ρυθμούς από το 1972 ότι αυξάνεται η αναλογία των άνω των 65 ετών (Πίνακας 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή του πληθυσμού της Ελλάδας (απογραφές) κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες, δείκτης εξάρτησης, γήρανσης, αντικατάστασης, αναλογών αριθμός ηλικιωμένων άνω των 65 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών (1870-2000)

Έτη	Πληθυσμός (000)	0-14 %	15-64 %	>65 %	Δείκτης εξάρτησης	Δείκτης γήρανσης	Δείκτης αντικατάστασης	Δείκτης >65/15-64
					1	2	3	4
1870	1.457,8	38,2	58,2	3,6	71,8	9,5		6,1
1879	1.653,3*	39,2	57,3	3,5	74,5	9,0		6,2
1907	2.630,3*	38,3	57,6	4,1	73,7	10,8		7,2
1920	5.041,1*	34,3	60,0	5,7	66,4	16,6		9,4
1928	6.184,6	32,2	62,0	5,8	61,4	18,1		9,5
1951	7.632,8	28,8	64,4	6,8	55,2	23,4	3,5	10,5
1961	8.388,5	26,7	65,1	8,2	53,7	30,6	2,3	12,6
1971	8.767,3	24,9	64,0	11,1	56,3	44,8	1,6	17,3
1981	9.740,4	23,7	63,6	12,7	57,3	53,7	1,8	20,0
1991	10.200,0	18,4	67,3	14,2	48,6	77,2	1,6	21,1
2000**	10.498,8	15,2	67,6	17,2	47,9	113,2	1,0	25,4

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστικές Επετηρίδες της Ελλάδος, 1976 και 2000

(\*) Άτομα έχοντα δηλώσει την ηλικία τους κατά την απογραφή.

(\*\*) Εκτίμηση

1. Πληθυσμός (0-14 ετών) και (>65 ετών) πληθυσμό 15-64 ετών x100

2. Πληθυσμός >65 ετών / πληθυσμό 0-14 ετών x100

3. Πληθυσμός 10-14 ετών /60-64 ετών

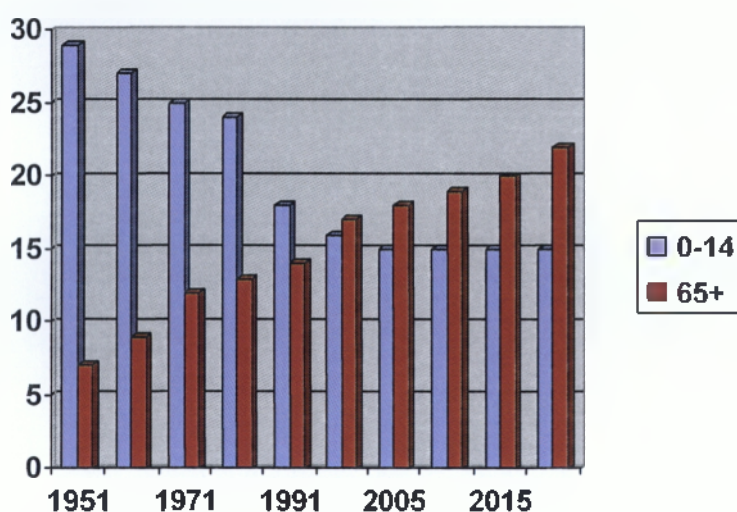
4. Άτομα >65 ετών/ άτομα ηλικίας 15-64 ετών x100

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζουμε τις δημογραφικές μεταβολές που συντελέστηκαν την περίοδο 1980-2000 με τις αντίστοιχες προβλέψεις για την επερχόμενη εικοσαετία 2000-2020. Διακρίνουμε έξι ηλικιακές κατηγορίες. Από την ανάλυση των διαχρονικών δημογραφικών εξελίξεων μπορούμε



να διακρίνουμε μεταξύ τριών ευρέων ηλικιακών ομάδων, στις οποίες πρόκειται να παρατηρηθούν οι εντυπωσιακότερες αλλαγές.

- (1) Η ομάδα νέων (0-29 ετών) αναμένεται να μειωθεί κατά 15,4 %. Αυτή η μείωση αναμένεται να ασκήσει άμεση επίδραση στην εκπαιδευτική υποδομή, καθώς επίσης και στις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες, τις σχετικές με τον νεότερο πληθυσμό
- (2) Ο εργαζόμενος πληθυσμός (29-64) θα παρουσιάσει αρχικά μια πτώση κατά 11,8% στην ηλικιακή ομάδα 30-49 ετών, η οποία ακολουθείται από ,μία ουσιαστική αύξηση κατά 17,9 % στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών. Η συνολική επίδραση της ηλικιακής ομάδας 29-64 ετών αναμένεται να είναι μια γενική αύξηση της τάξεως του 6,1 %. Αυτή η αλλαγή θα έχει ισχυρό αντίκτυπο στο εργατικό δυναμικό και την αντίστοιχη παραγωγικότητα του.
- (3) Η ομάδα ηλικιωμένων (+65) θα επιδειξει μια εντυπωσιακή αύξηση κατά 27,7 %, η οποία γεννά νέες απαιτήσεις για τις υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους και επιβάλλει ένα πρόσθετο φορτίο στις συντάξεις και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποσοστό εξέλιξης της δημογραφικής γήρανσης (+65 ετών)

Πηγή: Υφαντόπουλος, 2006

Πράγματι, μέσα σε μια εικοσαετία η πυραμίδα ανεστράφη. Το 1981 ο αριθμός των νέων παιδιών μέχρι 14 ετών ήταν σχεδόν διπλάσιος του αριθμού των ατόμων 65 ετών και άνω. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να έχουν διπλασιαστεί οι Έλληνες άνω των 65 ετών και είναι πολύ λιγότερα τα παιδιά

από τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, ο δείκτης γονιμότητας μειώθηκε δραματικά (40% σε 20 χρόνια), κάτω από τα όρια αναπαραγωγής του πληθυσμού με τάσεις περαιτέρω μείωσης: Από 2,12 παιδιά ανά γυναίκα το 1981 φτάσαμε το 2001 στο 1,29 παιδιά.

Η δημογραφική γήρανση χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού των παιδιών και συρρίκνωση των παραγωγικών ηλικιών. Στην Ελλάδα η αναλογία των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω, σχεδόν τριπλασιάστηκε από το 1941 ως το 1986 (από 6,3% σε 15,0%) και ο αριθμός τους αυξήθηκε από 450.000 σε 1.500.000 άτομα. Εντυπωσιακή είναι και η αύξηση της αναλογίας των ατόμων άνω των 60 ετών από 9% σε 19%. Η γήρανση στην Ελλάδα καλπάζει. Το 2000 οι 65 ετών και άνω θα είναι 1.650.000 - ποσοστό 16,6% και δείκτης γήρανσης 83 - ποσοστά ρεκόρ για την Ευρώπη

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας, 1950 - 1980. Ακαθάριστα ποσοστά γεννητικότητας, Δείκτης γονιμότητας, Συνολικός πληθυσμός, Δείκτης γήρανσεως, Γεννήσεις ζώντων.

	1941	1951	1961	1971	1981	1986
Πληθυσμός	7.132.801	7.632.801	8.388.553	8.768.640	9.739.589	9.895.801
Γεννήσεις	198.200	156.000	150.000	140.000	140.000	113.000
Γεν/τα επί τοις χιλ.	24,9	20,4	17,8	15,98	14,5	11,1
Δείκτης Γονιμότητας	2,80	2,48	2,40	2,29	2,07	1,58
Δείκτης Γήρανσεως	10,0	23,4	30,6	44,8	53,7	71,0

Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφές πληθυσμού 1928-1984.ΚΕΠΕ, Ο πληθυσμός της Ελλάδος, Αθήνα 1978.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών, δείκτης γήρανσης, δείκτης εξάρτησης, διάμεση ηλικία 1941, 1951, 1961, 1971, 1981, 1984, 1986

Έτος Απογραφής ή Υπολογισμού	Συνολικός πληθυσμός	Διάρθρωση του πληθυσμού κατά ομάδες ηλικιών επί %			Δείκτης γήρανσης
		0-14	15-64	65 - άνω	
1941	7.100.000	33,0	60,7	6,3	19,0
1951	7.632.801	28,8	64,4	6,8	23,4
1961	8.388.553	26,7	65,1	8,2	30,6
1971	8.768.640	24,9	64,0	11,1	44,8
1981	9.739.589	23,7	63,6	12,7	53,7
1984	9.895.801	21,3	65,4	13,3	62,4
1986	9.900.000	21,0	64,0	15,0	71,0
2000	9.900.000	20,4	63,3	16,6	83,0

Πηγή ΕΣΥΕ 1986

Ο Ελληνικός αναπαραγωγικός πληθυσμός συνεχώς περιορίζεται. Το 1950 οι γυναίκες ηλικίας 15-49 ετών έφθαναν το 53% στο σύνολό τους, ενώ σήμερα (1986) είναι μόνο το 40%. Παράλληλα, ο αναπαραγωγικός πληθυσμός εμφανίζει σαφή γήρανση, που εκδηλώνεται με αύξηση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 35-49 ετών και μείωση της αναλογίας των γυναικών ηλικίας 15-34 ετών, που είναι η κυρίως αναπαραγωγική ηλικία. Ο αριθμός των πολυτέκνων οικογενειών - με 5 παιδιά και άνω - έφθανε το 1940 στις 165.000, το 1950 στις 95.000, το 1970 στις 43.000, για να πέσει το 1979 στις 16.000. Το 1979, με την αλλαγή της νομοθεσίας, αναγνωρίστηκαν ως πολύτεκνοι και όσοι έχουν 4 παιδιά και άνω. Έτσι, άλλες 50.000 πολύτεκνες οικογένειες προστέθηκαν στις 16.000 πολυτέκνων με 5 παιδιά και άνω. Το 1984 οι πολύτεκνοι με 4 παιδιά είναι 40.000, και μόνο 5.000 εκείνοι με 5 παιδιά. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, έχουμε μία κάθετη πτώση του αριθμού των πολυτέκνων από το 1940 μέχρι σήμερα.

## 2.2 Οι δημογραφικές μεταβολές στο μέλλον

Οι επόμενοι πίνακες (5 και 6) αφορούν στο 2005 και ενδεικτικά στα ενδιάμεσα έτη 2010, 2030 και το 2050. Σε απόλυτα νούμερα προβλέπεται η μείωση του συνολικού πληθυσμού. Αναδεικνύεται από τον πίνακα 6 η αλλαγή στο συσχετισμό των ποσοστών του πληθυσμού που είναι σε παραγωγική και μη παραγωγική ηλικία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Ελλάδα – Προβολές πληθυσμού, 2005, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050

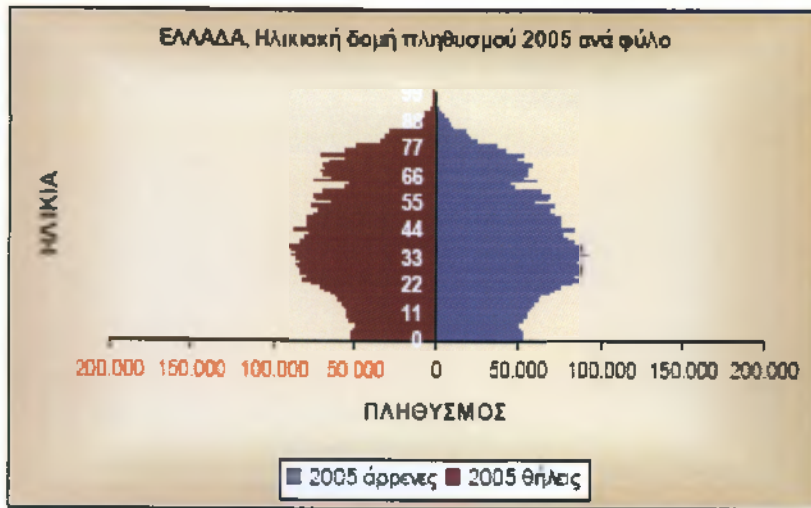
Ηλικίες/Έτος	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Κάτω των 15 ετών	1.598.737	1.580.078	1.529.492	1.370.586	1.320.581	1.307.097
Από 15 έως 64 ετών	7.482.321	7.581.210	7.605.246	7.253.058	6.674.492	6.080.902
Άνω των 65 ετών	2.001.054	2.082.830	2.308.186	2.626.278	3.082.783	3.390.998
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	11.080.712	11.244.118	11.342.924	11.249.902	11.077.816	10.778.997
ΔΕΙΚΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ <sup>1</sup>	125,36	131,82	150,91	191,62	233,44	259,43
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ <sup>2</sup>	48,09	48,32	51,13	55,11	65,97	77,26
ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ <sup>3</sup>	26,75	27,47	30,75	38,21	48,19	55,76

Πηγή: Προβολές ΕΣΥΕ, 2005

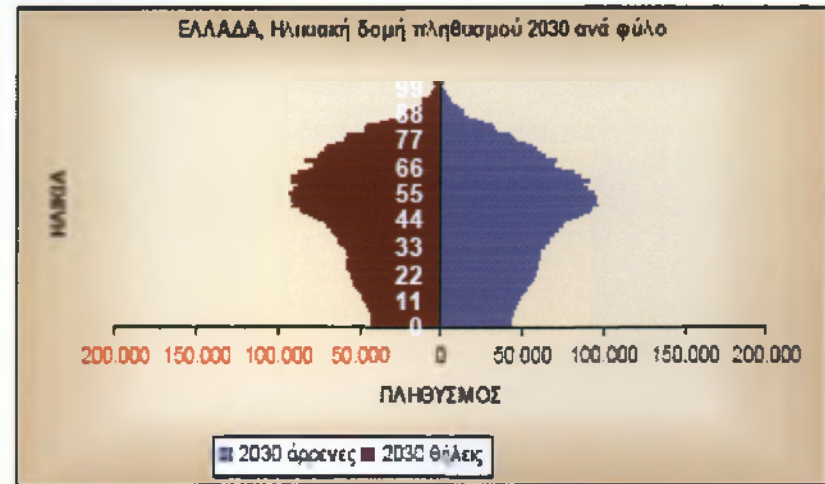
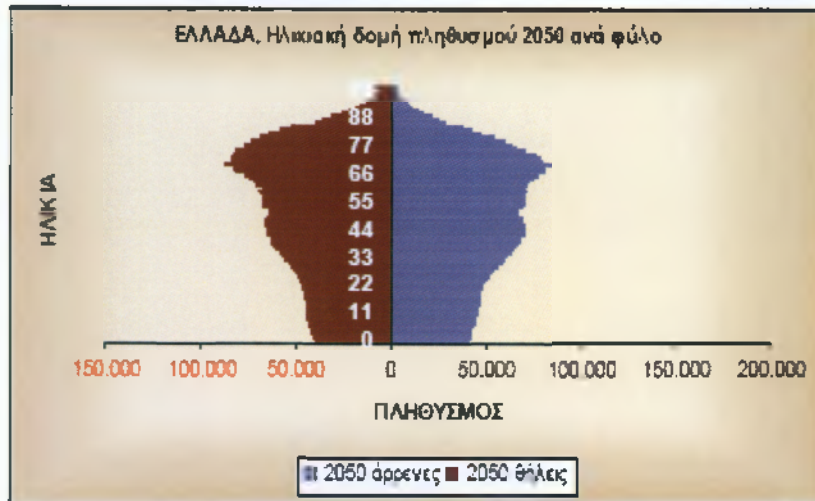
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ελλάδα – Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού, 2005, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050

Ηλικίες/Έτος	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Κάτω των 15 ετών	14,41%	14,05%	13,48%	12,18%	11,92%	12,13%
Από 15 έως 64 ετών	67,53%	67,42%	66,17%	64,47%	60,25%	56,41%
Άνω των 65 ετών	18,06%	18,52%	20,35%	23,34%	27,83%	31,46%
ΣΥΝΟΛΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Πηγή: Προβολές ΕΣΥΕ, 2005



Με την πάροδο των ετών εμφανίζεται σχηματικά η μορφή της ανεστραμμένης πυραμίδας, σημάδι γήρανσης του πληθυσμού.



Πηγή: Προβολές Πληθυσμού Ε.Σ.Υ.Ε. 2005, Ενδιάμεση έκδοχή

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ 2-3: Ελλάδα, ηλικιακή δομή του πληθυσμού

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# Οι συνέπειες της Δημογραφικής Γήρανσης

### 3.1 Οι επιπτώσεις στη σύγχρονη οικονομία

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γερασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας(Κατσανέβας Θ.,2006).

Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%. Οι πιο γερασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η

Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%. Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία. Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό,τι στο παρελθόν.

Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών. Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3). Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού.

Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικά σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, και την εθνική άμυνα. Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλινοστούτων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

### 3.2 Ο αντίκτυπος της δημογραφικής γήρανσης στα Συστήματα Υγείας

Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών αντιμετωπίζουν τεράστιες οικονομικές και άλλες πιέσεις. Ανάμεσα σε αυτές και η αύξηση των δαπανών εξαιτίας δημογραφικών αλλαγών και διάχυση της βιοιατρικής τεχνολογίας στα συστήματα. Τα αναπτυγμένα κράτη καταβάλλουν έντονες προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά, προσπαθώντας να δώσουν την απαιτούμενη σημασία στην οικονομική διάσταση του θέματος και κυρίως σε αυτήν που αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Αυτές οι εξελίξεις μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες για τα συστήματα υγείας, ακόμα και αν αυτές δύσκολα μετρούνται με ακρίβεια. Πράγματι, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας αυξάνονται έντονα ύστερα από τα έτη, και ακόμα περισσότερο ύστερα από τα 80 έτη. Η υψηλότερη νοσηρότητα των ηλικιωμένων ατόμων, η τάση τους για πολλαπλή νοσηρότητα, η μεγαλύτερη σοβαρότητα και ο χρόνιος χαρακτήρας των παθολογιών που συνδέονται με την ηλικία, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν ως και την εξάρτηση, αποτελούν τους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν αυτή τη κατανομή των δαπανών ανά ηλικιακή ομάδα. Το σύστημα υγειονομικής ενημέρωσης, η δημιουργία του οποίου προβλέπεται στην εκκρεμούσα πρόταση για ένα πρόγραμμα δράσης σε θέματα δημόσιας υγείας, θα επιτρέψει τη βελτίωση των γνώσεων σχετικά με τα ζητήματα αυτά (*Επίσημη Εφημερίδα αριθ. C 038 E της 12/02/2004 σ. 0269 – 0277*).

Ωστόσο, είναι λεπτό ζήτημα η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, ή της νοσηρότητας που θα εμφανίζουν σε πολλές δεκαετίες από σήμερα οι ηλικιωμένοι, καθώς και του προσδόκιμου επιβίωσης « με καλή υγεία » των γενεών που θα φθάσουν τα 60 έτη γύρω στο 2030. Και αυτό γιατί κατ' αρχάς, οι δαπάνες υγείας συγκεντρώνονται στο τελευταίο έτος της ζωής (*Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2001*) και γιατί οι δαπάνες για εντατική περίθαλψη στη διάρκεια αυτού του τελευταίου έτους είναι χαμηλότερες όταν το άτομο είναι πολύ ηλικιωμένο. Κατά δεύτερο λόγο, η άνοδος του βιοτικού και του μορφωτικού επιπέδου - η οποία αποτελεί ουσιαστικό καθοριστικό παράγοντα της κατάστασης της υγείας, παράλληλα με το ίδιο το σύστημα υγείας - θα συμβάλει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των πληθυσμών, ευνοώντας ιδίως την υιοθέτηση υγιέστερων τρόπων ζωής και τακτικών πρόληψης: με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να μετατοπιστεί η ηλικία στην οποία αυξάνει η προσφυγή στην ιατρική περίθαλψη μειώνοντας παράλληλα τους κινδύνους βαριάς εξάρτησης των πιο ηλικιωμένων. Αλλά αντίστροφα, οι ηλικιωμένοι που θα ανήκουν σε γενεές



συνηθισμένες σε υψηλό επίπεδο προσφυγής στην περίθαλψη, ενδέχεται να απαιτούν τις πιο σύγχρονες θεραπείες, οι οποίες με τη σειρά τους ενδέχεται να είναι πιο δαπανηρές.

Παράλληλα, η διόγκωση του πληθυσμού αυτών των ηλικιακών ομάδων επιφέρει νέα ζήτηση για παροχή μακροχρόνιας μέριμνας. Πράγματι, οι παθήσεις που συνδέονται με την ηλικία και οποίες μπορούν να φθάσουν έως και στην εξάρτηση, απαιτούν μακροχρόνια περίθαλψη, τόσο στα εξωτερικά ιατρεία όσο και στις μονάδες μακράς διαμονής και στις μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης, οι οποίες δεν εμπίπτουν στο κλασικό σύστημα υγείας, αλλά στον ιατρικο-κοινωνικό κλάδο. Από την άλλη πλευρά όμως, η αύξηση του αριθμού των πιο περιορισμένων και ασταθών οικογενειακών δομών ενδέχεται να κατακερματίσει τα οικογενειακά δίκτυα αλληλεγγύης και να καταστήσει δυσκολότερη την παροχή φροντίδας και τη φύλαξη των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον. Κατά συνέπεια, εάν αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται μακροχρόνια περίθαλψη και δεδομένης της αύξησης στο ποσοστό απασχόλησης των γυναικών (οι οποίες παρέχουν κυρίως την άτυπη φροντίδα), πρέπει να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο συγκεκριμένης προσφοράς. Εκτιμάται λοιπόν ότι οι παράγοντες που συνδέονται με την οργάνωση της προσφοράς έχουν καθοριστική σημασία.

Η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας για το γηραιό πληθυσμό προσεγγίζεται με διαφορετικό τρόπο από τις διάφορες χώρες. Υπάρχουν τουλάχιστον πέντε εναλλακτικά μοντέλα χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας τα οποία διαφοροποιούνται στη βάση της σχέσης ισορροπίας μεταξύ της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης και της φύσης και του εύρους της συγκέντρωσης του κινδύνου. Ειδικότερα τα βασικά μοντέλα χρηματοδότησης αναφέρονται σε:

- Χρηματοδότηση από ιδιωτικές οικονομίες, μερικές φορές και μέσα από ειδικούς αποταμιευτικούς λογαριασμούς.
- Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση, η οποία αγοράζεται αποκλειστικά με ιδιωτική πρωτοβουλία και μπορεί να υφίσταται είτε αυτόνομα είτε σε συνδυασμό με άλλη συνταξιοδοτική ρύθμιση ή και ιδιωτική ασφάλιση ζωής.
- Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση, η οποία οικονομικά υποστηρίζεται από το κράτος, με την έννοια της φορολογικής απαλλαγής ή και άλλων ειδικών απαλλακτικών, ευνοϊκών ρυθμίσεων και κινήτρων για την αγορά της ασφάλισης αυτής.
- Χρηματοδότηση από τα γενικά φορολογικά έξοδα του κράτους, η οποία προσανατολίζεται είτε στην οικονομική κάλυψη παρεχόμενων υπηρεσιών είτε στη καταβολή επιδομάτων και

άλλων σε είδος παροχών στη βάση της ανάγκης και ενδεχόμενα στη βάση του εισοδήματος ή του κεφαλαίου κάθε δικαιούχου, και

- Χρηματοδότηση από τη δημόσια κοινωνική ασφάλιση, στη βάση των ασφαλιστικών εισφορών των δικαιούχων και στην κατεύθυνση τις οικονομικής κάλυψης παρεχόμενων υπηρεσιών ή της καταβολής επιδομάτων και άλλων σε είδος παροχών ανάλογα με την ανάγκη και το ύψος των εισφορών.

Στη βάση βέβαια, οι περισσότερες χώρες, τουλάχιστον σε επίπεδο πολιτικής, εφαρμόζουν ένα μείγμα των εναλλακτικών αυτών μοντέλων. Ο δημόσιος τομέας, συνήθως διασφαλίζει την ύπαρξη ενός ελάχιστου δικτύου ασφαλείας, ώστε να προστατεύσει τις φτωχότερες γηραιές πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας. Οι πιο ευκατάστατες κοινωνικές ομάδες αναμένονται, από την άλλη, να βασιστούν καταρχάς στο προσωπικό τους <κομπόδεμα> ή να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση, η οποία και να τους καλύπτει για το ενδεχόμενο να χρειαστούν μακροχρόνια φροντίδα (Knapp *et al*, 2002).

### 3.3 Επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας

Η αξιολογη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση, σε συνδυασμό με τη θεαματική μείωση των γεννήσεων που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει, αναπόφευκτα, στη γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην αξιοσημείωτη βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων στη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη εμφανίζεται υψηλότερο σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο . Οι διαφορές, ωστόσο, που εντοπίζονται τόσο μεταξύ των διαφόρων Ευρωπαϊκών κρατών, όσο και αναμεταξύ των κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού, είναι λογικό ότι οδηγούν σε σημαντικές ανισότητες σε θέματα αναφορικά με την υγεία. Το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που ανήκουν σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ευθύνεται, κατά κύριο λόγο, για το φαινόμενο της επιδημιολογικής μετάβασης από το μοντέλο νοσηρότητας που χαρακτηριζόταν από υψηλά ποσοστά οξέων νοσημάτων (πρώτιστα λοιμωδών) και ατυχημάτων, σε ένα άλλο μοντέλο όπου παρατηρούνται με μεγάλη συχνότητα τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα (Τούντας Γ. κά, 2000). Αυτή η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες και στη χώρα μας, δεν μπορεί παρά να συνοδεύεται από την παράλληλη αύξηση αυτών των χρόνιων νοσημάτων, των λεγόμενων «ασθενειών της τρίτης ηλικίας». Πολλές κλινικές και δημογραφικές μελέτες προσθέτουν την επισήμανση ότι το 30% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζουν ειδικές ανάγκες (Υφαντόπουλος, 2000). Οι πιθανότητες ανάπτυξης

καρδιο-αγγειακών νοσημάτων, αναπνευστικών, νεοπλασμάτων και ψυχικών διαταραχών είναι μεγαλύτερες στις ηλικίες άνω των 60. Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενειών αυτών μετατρέπεται σε χρόνιες παθήσεις. Εξυπακούεται ότι η αντιμετώπισή τους επιβάλλεται να παρέχεται από εξειδικευμένες υγειονομικές υπηρεσίες . Η αύξηση των χρόνιων γηριατρικών νοσημάτων συνοδεύεται και με αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών που εισάγονται σε Νοσοκομεία. Παρατηρείται, λοιπόν, η τάση να καλύπτονται οι νοσοκομειακές κλίνες με τέτοια περιστατικά σε ποσοστό που ανέρχεται στο 35 έως και 40% (Αργυράκ Ε., κ.ά, 2000). Η εξεύρεση τρόπου μείωσης των συγκεκριμένων εισαγωγών, καθώς και του χρόνου παραμονής σε νοσοκομειακές μονάδες αυτών των περιστατικών θα παρέχει πολλαπλό όφελος .

### 3.4 Οι συνέπειες στις Δαπάνες Υγείας

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας για ένα σταδιακά γηραιότερο πληθυσμό παραμένει ψηλά στην ατζέντα της πολιτικής υγείας. Υπολογίζεται για παράδειγμα ότι στο τελευταίο έτος της ζωής ενός ατόμου ξοδεύεται το 1/5 του συνόλου της δαπάνης υγείας. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί ότι το «κόστος» (για την παροχή φροντίδας υγείας) ενός ατόμου που πεθαίνει σε ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών ανέρχεται στο 80% του αντίστοιχου κόστους για άτομα που πεθαίνουν σε ηλικία 65-79 ετών. Επίσης η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών (κατά 59%) στη συνολική δαπάνη υγείας οφείλεται μεταξύ άλλων, στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης τους και τη σημαντικά μεγαλύτερη παρουσία τους σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.

Η δομή των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και της μακρόχρονης περίθαλψης ανά ηλικιακή ομάδα συνδυάζεται με τις δημογραφικές προβολές έτσι ώστε να παραγάγει εκτιμήσεις των μελλοντικών δημόσιων δαπανών.

Η επίπτωση των δημογραφικών εξελίξεων στη μακροχρόνια περίθαλψη και μέριμνα (με τα ίδια σενάρια) θα είναι ακόμα εντονότερη όταν οι ενδιαφερόμενες χώρες διαθέτουν ήδη δομημένους τρόπους παροχής της περίθαλψης, και κατά συνέπεια τα υπάρχοντα επίπεδα δαπανών τους είναι ήδη υψηλά (μεταξύ 1,5% και 3% του ΑΕΠ). Σύμφωνα με αυτό το σενάριο, στη Σουηδία, τη Φινλανδία, τη Δανία, τις Κάτω Χώρες, που βρίσκονται σε αυτή την ομάδα, η γήρανση του πληθυσμού θα επιφέρει την αυτόματη αύξηση των δαπανών για μακροχρόνια περίθαλψη από 1,7 περίπου έως 2,5 μονάδες του ΑΕΠ, δηλαδή σχεδόν έναν διπλασιασμό. Άλλες έξι χώρες - οι οποίες, με την εξαίρεση

του Ηνωμένου Βασιλείου, δαπανούν το 2000 λιγότερο από το 1% του ΑΕΠ για αυτή την περίθαλψη - θα σημειώσουν μετριότερες αυξήσεις (μεταξύ 0,2 και 1 εκατοστιαίας μονάδας του ΑΕΠ). Αλλά αυτές οι χώρες, υπό την επιρροή της διόγκωσης των ενδιαφερόμενων πληθυσμών και των κοινωνικών μεταβολών, μπορούν να υποστούν εξέλιξη των δομών που διαθέτουν για την παροχή μακροχρόνιας μέριμνας προς μία κατεύθυνση μεγαλύτερης τυποποίησης και επισήμοποίησης, γεγονός που θα επέφερε την αύξηση του μεριδίου τους στις δημόσιες δαπάνες και το ΑΕΠ. Αυτές οι προβλέψιμες εξελίξεις θα επιφέρουν την ανάγκη για καθορισμό των κατάλληλων προϋποθέσεων χρηματοδότησης στο εσωτερικό του κλάδου ασθένειας-αναπηρίας, ή όπου αυτό χρειαστεί κατά τρόπο πιο συγκεκριμένο (δημιουργία ενός συγκεκριμένου κινδύνου "εξάρτηση", διαμοίραση των δαπανών μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής αρωγής, προσφυγή στις ιδιωτικές ασφάλειες).

Συνολικά, το «αυθόρμητο» αποτέλεσμα της δημογραφικής γήρανσης θα μπορούσε να αυξήσει το μερίδιο των δημόσιων δαπανών που προορίζεται για την υγεία και τη μακροχρόνια μέριμνα από 1,7 έως περίπου 4 εκατοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ, δηλαδή το επίπεδο των δημόσιων δαπανών θα αντιπροσώπευε μεταξύ του 7,5% (χαμηλότερη υπόθεση για την Ιταλία) και του 12,1% του ΑΕΠ (υψηλότερη υπόθεση για τη Σουηδία) σε σύγκριση με 5,5% (I) και 8,8% (S) του ΑΕΠ κατά το 2000.

Κατά γενικό τρόπο, μία τέτοια αύξηση της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας μέριμνας θέτει το ζήτημα του ανθρώπινου δυναμικού, δεδομένου ότι αυτή η περίθαλψη είναι από τη φύση της εντατική όσον αφορά το ειδικευμένο εργατικό δυναμικό. Αυτές οι ανάγκες πρόσληψης θα προέκυπταν σε ένα πλαίσιο σταθεροποίησης ή μείωσης του ενεργού πληθυσμού, και ενώ παράλληλα ο κλάδος της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας ήδη εμφανίζει μία αύξηση της απασχόλησης πολύ εντονότερη από το μέσο όρο: στην Ένωση μεταξύ του 1995 και του 2000, η συνολική απασχόληση αυξήθηκε κατά 6,8%, αλλά κατά 12,6% στον κλάδο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας".

Οι δημογραφικές εξελίξεις προδιαγράφουν και καθορίζουν σε ένα βαθμό τη σημαντική δέσμευση των υγειονομικών πόρων για τις επόμενες δεκαετίες. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις νεαρότερες συνήθως ηλικίες, των οποίων ο κύριος όγκος ζήτησης στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες.

Είναι γνωστό ότι το κόστος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγαλύτερο από το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτούνται σύγχρονες και δαπανηρές θεραπευτικές μέθοδοι, αλλά και η υποστήριξη της, συχνά ιδιαίτερα δαπανηρές, φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επιπρόσθετα, η συχνότητα της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στην τρίτη ηλικία, όπως και η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Ειδικά στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές κλινικές. Εικάζεται ότι σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων νοσηλεύεται σε τέτοιου είδους κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονάδες οξείας νοσηλείας, εφόσον δεν διαθέτουν το κατάλληλο έμπυχο δυναμικό και άψυχο υλικό (Νιάκας και Μπεαζόγλου, 1993).

Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη νέου τύπου κοινωνικών υπηρεσιών για την πρόληψη και υποστηρικτική θεραπεία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των γηριατρικών κρεβατιών, σε συνεργασία πάντοτε με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Στη χώρα μας η πλημμελής καταγραφή και επεξεργασία των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων στον υγειονομικό τομέα, δεν επέτρεψε ουσιαστικά την εκτίμηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, άρα και τη διατύπωση μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, το 1993 επιχειρήθηκε μια μελέτη προσέγγισης των μελλοντικών οικονομικών εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα (Γεωργούση Ε. και συν., 1993). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της μελέτης αυτής, το συνολικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, το οποίο προέρχεται από δημόσιους πόρους, ανερχόταν το 1990 σε 153,8 δισεκατομμύρια δραχμές ή περίπου 30,4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας. Με βάση τις προβλέψεις των ερευνητών το ποσοστό αυτό υπολογίζεται να ανέλθει σε 52% το 2050. Η πρόσθετη χρηματοδότηση, η οποία απαιτείται προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες των ηλικιωμένων, προϋποθέτει ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας κατά 0,33% ή 15 – 20 δισεκατομμύρια δραχμές (τιμές 1990).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.: Μελλοντικές επιπτώσεις στην κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα.

	ΕΤΟΣ						
	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
ΠΟΣΟΣΤΟ (%)							
Ηλικιωμένων 65+ ετών	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Νοσοκομειακών δαπανών για ηλικιωμένους 65+ ετών	26.1	31.8	35.6	37.8	41.4	44.6	44.8
Δαπάνες για την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών <sup>(1)</sup>	30.4	37.1	41.5	44.0	48.2	51.9	52.1
Δαπάνες για την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών <sup>(2)</sup>	34.9	42.5	47.6	50.5	55.3	59.5	59.8

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993

(1) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 3,0:1 (εκτιμήσεις ΙΚΑ)

(2) Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 4,3:1 (εκτιμήσεις ΟΟΣΑ)

Οι δυσσείωνες προβλέψεις του 1993 επιβεβαιώθηκαν κατά μέσο όρο και κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους μιας τα δυσμενή αποτελέσματα της δημογραφικής γήρανσης είχαν φανεί εδώ και καιρό και προϊδέαζαν τα άσχημα σε πολλούς τομείς αποτελέσματα.

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου 1996), στην Ελλάδα

βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ'οίκον νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (*Hutten and Kerkstra, eds. 1996*).

Ειδικότερα, τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ'οίκον νοσηλεία» αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο σπίτι του και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής, στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου και στην έγκαιρη επέμβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη ψυχολογική του υποστήριξη (*Χαλασάνη Β. 1993, Κυριόπουλος Γ., και συν. 1995*).

Η τρίτη αλλά και η τέταρτη ηλικία, όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος. Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζόμενων, επιχειρηματιών, υπηρεσιών και μεταποίησης, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται με επίκεντρο τις ηλικίες αυτές. Η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας, συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας, κατοικίας, αναψυχής και τουρισμού, συνδέεται άμεσα με την ως άνω πραγματικότητα.

### 3.5 Οι οικονομικές προκλήσεις και οι επερχόμενες αλλαγές των συστημάτων υγείας

Οι συνεχείς υπερβάσεις των δαπανών υγείας, οι οποίες αναμένεται ότι θα λάβουν εκρηκτικές διαστάσεις τις επόμενες δεκαετίες εξαιτίας της γήρανσης του ευρωπαϊκού πληθυσμού, καθώς και η πανσπερμία πολιτικών που ακολουθούν τα κράτη-μέλη στον τομέα αυτόν, καθιστούν αναγκαία τη χάραξη μιας κοινής ολοκληρωμένης πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ζήτημα περιλαμβάνεται στην ατζέντα κοινωνικής πολιτικής της ελληνικής προεδρίας και θα απασχολήσει την εαρινή σύνοδο κορυφής, όπου αναμένεται οι ηγέτες των Δεκαπέντε να υιοθετήσουν συγκεκριμένες κατευθύνσεις στρατηγικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων. Αφετηρία της συζήτησης των ηγετών των Δεκαπέντε αποτελεί έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Στην έκθεση αυτή καταγράφονται οι τάσεις, τα «συμπτώματα» και οι οικονομικές προκλήσεις των συστημάτων υγείας στις χώρες της ΕΕ, ενώ υπογραμμίζεται η ανάγκη άμεσης πολιτικής παρέμβασης ώστε τα κράτη-μέλη να προετοιμασθούν επαρκώς για να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές της επόμενης πεντηκονταετίας.

Ετοιμότητα και συνεργασία προτείνει στις πολιτικές ηγεσίες των 15 κρατών-μελών η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις - κυρίως οικονομικές - που θα προκαλέσει η σημαντική αύξηση της ζήτησης για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους τις επόμενες δεκαετίες. Δύο είναι οι λόγοι που οδηγούν την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο συμπέρασμα αυτό, όπως αποτυπώνονται στην έκθεση, που αποτελεί αφετηρία για τη χάραξη κοινής πολιτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Την έκθεση αυτή θα επεξεργασθεί το αρμόδιο συμβούλιο υπουργών με στόχο να παρουσιασθούν τα συμπεράσματα στην εαρινή σύνοδο κορυφής.

Οι ειδικοί στις Βρυξέλλες ανησυχούν, πρώτον, διότι θα υπάρχουν περισσότεροι ηλικιωμένοι. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών στην ΕΕ αναμένεται ότι θα αυξηθεί από 61 εκατ. το 2000 σε 103 εκατ. το 2050. Αυτοί που θα είναι άνω των 80 ετών αναμένεται ότι θα αυξηθούν ακόμη περισσότερο: από 14 εκατ. το 2000 σε 38 εκατ. το 2050. Αντίθετα, ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία εργασίας αναμένεται ότι θα μειωθεί σημαντικά. Δεύτερον, θα ζούμε περισσότερα χρόνια. Σήμερα το προσδόκιμο ζωής στην ΕΕ ανέρχεται σε 75 χρόνια για τους άνδρες και σε 81 για τις γυναίκες. Το 2050 το όριο αυτό θα έχει αυξηθεί κατά 4-5 χρόνια. Η αύξηση αυτή θα συνδυαστεί και με την προσδοκία καλύτερης ζωής και καλύτερης υγείας, εξελίξεις που θα προκαλέσουν επιπλέον πίεση στις δαπάνες υγείας. Αναμφίβολα οι αλλαγές αυτές θα έχουν επιπτώσεις στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης σε όλη την ΕΕ και θα οδηγήσουν στην ανάγκη δημιουργίας βιώσιμων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας για τους ηλικιωμένους.

Εν όψει των αλλαγών αυτών, η πανσπερμία των οργανωτικών δομών και του τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων που παρατηρείται στην ΕΕ αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, επισημαίνεται στην έκθεση της Επιτροπής. Σε όλα τα κράτη-μέλη το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης για την υγεία αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της συνολικής. Το ποσοστό αυτό διαφέρει από χώρα σε χώρα, από το 56% της Ελλάδας ως το 84% της Μεγάλης Βρετανίας. Η διαφορά οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο χρηματοδότησης (μέσω φορολογίας ή κοινωνικών εισφορών), αλλά και στο μερίδιο της δαπάνης που καλύπτουν οι ίδιοι οι ασθενείς. Στα περισσότερα κράτη-μέλη η συμμετοχή των καταναλωτών κυμαίνεται μεταξύ του ενός πέμπτου και του ενός τετάρτου της συνολικής δαπάνης, αλλά στη Μεγάλη Βρετανία και στο Λουξεμβούργο είναι μόνο 5%, ενώ στην Ιταλία και στην Πορτογαλία ανέρχεται σε 42%.



### 3.5.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων

Βάση της αρχικής έκθεσης του Ευρωπαϊκού συμβουλίου του 2002 το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετωπίζει την πρόκληση να επιτύχει ταυτόχρονα τους εξής τρεις στόχους:

- Προσβασιμότητα σε όλους

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ως ένα μεικτό σύστημα με βασικά συστατικά του στοιχεία το τομέα της ασφάλισης και το τομέα της παροχής. Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος όμως απέναντι στους πολίτες δεν είναι η αναμενόμενη και τα αίτια της δυσαρέσκειας επικεντρώνονται τόσο στην ανεπάρκεια του υγειονομικού μας συστήματος όσο και στην αδυναμία του να ανταποκριθεί στις αυξημένες προσδοκίες των πολιτών.

Η εύκολη και απρόσκοπη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κυρίαρχο ζητούμενο και πρωτεύοντα στόχο της πολιτικής υγείας κάθε χώρας. Η κάλυψη των σημαντικών ελλείψεων σε υποδομές νοσηλείας μακράς διάρκειας, καθώς και σε υποδομές αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ατόμων, συνιστά πρόκληση για το υγειονομικό μας σύστημα. Όπως επίσης κρίνεται αναγκαία η οργάνωση υπηρεσιών περίθαλψης και αγωγής υγείας σε περιπτώσεις μεγάλων ζητημάτων της δημόσιας υγείας, διότι είναι πολύ σημαντική η μετάβαση από το τομέα της θεραπείας στο τομέα της πρόληψης. Επιπλέον όσον αφορά την μακροχρόνια φροντίδα η απομάκρυνση από το κλινικό μοντέλο και η υιοθέτηση του κοινωνικού μοντέλου βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα από την οποία επιτυγχάνεται εξοικονόμηση πόρων και λειτουργεί θετικά και στην ψυχολογία των ηλικιωμένων.

Οι βασικοί άξονες ανάπτυξης των πολιτικών για τους ηλικιωμένους παραμένουν σταθεροί τα τελευταία χρόνια, και είναι:

- η διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης,
- η αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας,
- η ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας),
- η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και η παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους, και

- η διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- η ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας.

Στόχος της Ελληνικής Κυβέρνησης είναι η αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και που πρέπει να τύχουν ισότιμης, αλλά ταυτόχρονα ενεργητικής προστασίας και υποστήριξης, ώστε να ενταχθούν στις κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες και να αποτραπεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Με βάση τα προαναφερθέντα, στις προγραμματιζόμενες αλλαγές της πολιτικής εντάσσονται :

Α) τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων, τα οποία θα συμβάλουν στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής,

Β) η ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ) το οποίο στοχεύει στην υποστήριξη των ατόμων που βρίσκονται αντιμέτωποι με κάποια επείγουσα μορφή κινδύνου και χρειάζονται άμεση ιατρική βοήθεια.

Γ) η ανάπτυξη περισσότερων εξειδικευμένων Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) και

Δ) Κοινωνικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο δήμων και στις οποίες κοινωνικοί επιστήμονες καταγράφουν τις ανάγκες στο χώρο ευθύνης, διαγιγνώσκουν και εισηγούνται τη συμμετοχή ατόμων σε ειδικά προγράμματα κοινωνικής ένταξης, σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο πολίτη.

- Υψηλή ποιότητα υπηρεσιών

Όσον αφορά την ποιότητα υπηρεσιών στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ δύσκολο να αξιολογηθούν λόγω της πολυπλοκότητας και της υποκειμενικότητας του όρου. Ο στόχος ο οποίος γίνεται εύκολα κατανοητός και απαραίτητος είναι η αξιοποίηση της υπάρχουσας πληροφορίας, προκειμένου να τυποποιηθούν οι διεργασίες και οι υπηρεσίες και να καταστεί δυνατή η διαρκής παρακολούθηση και βελτίωση των υπηρεσιών αυτών αξιοποιώντας τις δυνατότητες του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Υγείας. Επιπλέον κρίνεται απαραίτητη η μετάβαση από την κοινωνία της πληροφορίας στη κοινωνία της γνώσης και η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, με έμφαση στη πρόληψη και στη συμμετοχή του πολίτη στη διαχείριση της υγείας του. Στόχος πλέον, όχι μόνο η εισαγωγή της τεχνολογίας στο τομέα της υγείας αλλά και η δυνατότητα αφομοίωσης της.

Το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών τομέα Υγείας (Ε.Σ.Π.Υ.) προβλέπεται ως μία εκ των βασικών Υποδομών για την Ποιότητα, καθιστώντας υποχρεωτική την τροφοδότησή του με στοιχεία από τις Μονάδες Υγείας ενώ επιπλέον δημιουργούνται οι παρακάτω υποδομές για την υποστήριξη του.

Α) Το Εθνικό Κέντρο Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (Ε.ΚΕ.Π.Υ.Υ.) προβλέπεται να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης πολιτικής και στρατηγικών ποιότητας και Αρχή Πληροφοριών τομέα Υγείας.

Β) Το Κέντρο Διαχείρισης Πληροφοριών και Τεχνικής Υποστήριξης Συστημάτων τομέα Υγείας με τη μορφή της Ανώνυμης εταιρείας κοινής ωφελείας «Κ.Ε.Π.Υ.Σ.Υ. Α.Ε.» και σκοπός του είναι η ανάπτυξη, διατήρηση και διαθεσιμότητα των πόρων του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Τομέα Υγείας και η αποτελεσματική υποστήριξη των φορέων παροχής υπηρεσιών τομέα Υγείας και των επαγγελματιών τομέα Υγείας για την ενεργόσυμμετοχή τους σε αυτό.

Γ) Το Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Ανθρώπινου Δυναμικού τομέα Υγείας (Ι.Κ.Ε.Α.Δ.Υ.) που στόχος του είναι η υλοποίηση του σχεδιασμού ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.

Τέλος το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας αποτελεί σημαντικό βήμα για την προαγωγή της υγείας με την ευρεία έννοια και μεταξύ άλλων αρμοδιοτήτων περιλαμβάνεται η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της ποιότητας και της επάρκειας των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης και η επιθεώρηση και ο έλεγχος για τη διαπίστωση της τήρησης από όλους τους φορείς των υγειονομικών διατάξεων και των αναγκαίων μέτρων ασφάλειας για την υγιεινή διαβίωση των περιθαλπομένων και του προσωπικού.

#### Οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας

Όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας για το έτος 2001 ανέρχονταν στο 9,1% επί του ΑΕΠ, ποσοστό υψηλότερο από το μέσο όρο των 15 χωρών της Ε.Ε. Περίπου το 60% των δαπανών αυτών (5,5% επί του ΑΕΠ) είναι δημόσιες και προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και το υπόλοιπο 40% (3,6% επί του ΑΕΠ) από ιδιωτικές πληρωμές. Στις συνολικές δαπάνες δεν περιλαμβάνονται ποσά που προέρχονται από την Ε.Ε. στο πλαίσιο του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Ως εκ τούτου υπάρχει πρόβλημα στην κατανομή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών, με τις τελευταίες να βρίσκονται σε πολύ υψηλά επίπεδα για μια χώρα, όπως είναι η Ελλάδα με δημόσιο σύστημα υγείας. Αντίστοιχα οι δημόσιες δαπάνες είναι σχετικά χαμηλές και το δημόσιο σύστημα φαίνεται να υποχρηματοδοτείται.

Από τις δημόσιες δαπάνες το 54% προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και το υπόλοιπο 46% από την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, συνταξιούχων και εργοδοτών). Στη νοσοκομειακή περίθαλψη οι περισσότερες δαπάνες κατευθύνονται στο δημόσιο τομέα. Αντίθετα, η ελλιπής πρωτοβάθμια φροντίδα και ο πληθωρισμός των γιατρών είναι οι κύριοι λόγοι για τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες στην εξωνοσοκομειακή και οδοντιατρική φροντίδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις ιδιωτικές δαπάνες αφορά οδοντιατρική φροντίδα (34%), το 31% πρωτοβάθμια φροντίδα, το 15% φαρμακευτική και το 12% νοσοκομειακή.

Δυστυχώς τα τελευταία χρόνια οι συνολικές δαπάνες είναι πολύ αυξημένες και αυτό αφορά και τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες. Πιο συγκεκριμένα οι συνολικές δαπάνες υγείας ανέρχονταν το 1991 στο 7,9% του ΑΕΠ για να φτάσουν το 2001 στο 9,1%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις δημόσιες δαπάνες (κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση μαζί) ήταν το 1981 4,8% και το 1991 5,5%, ενώ για τις ιδιωτικές 3,1% και 3,6%. Πρέπει βέβαια να αναφέρουμε ότι το κόστος περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι πολλαπλάσιο με τον υπόλοιπο πληθυσμο και αυτό οφείλεται στο ότι όπως έχει προαναφερθεί το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση είναι στη χώρα μας από τα υψηλότερα στην Ευρώπη και ο δείκτης γονιμότητας από τους χαμηλότερους, παράγοντες που οδηγούν σε συνεχή αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού και στο ότι οι ανάγκες υγείας αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι αρκετά υψηλές.

Από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας βλέπουμε ότι η εξέλιξη του **δείκτη τιμών υπηρεσιών υγείας** συμβαδίζει με την εξέλιξη του **γενικού δείκτη τιμών καταναλωτή**. Με έτος βάσης το 1994 (1994 = 100) ο δείκτης τιμών υπηρεσιών υγείας το 1999, ανήλθε στο 134,2, ενώ ο γενικός δείκτης τιμών καταναλωτή στο 133,7. Με εξαίρεση το δείκτη τιμών φαρμάκων και φαρμακευτικών προϊόντων, όπου την περίοδο 1994 - 99 σημειώνει πτώση, στις υπόλοιπες κατηγορίες ιατρικών υπηρεσιών οι σχετικοί δείκτες παρουσιάζουν αύξηση. Η γήρανση του πληθυσμού, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και η διατήρηση παραγόντων όπως η πολυφαρμακία, η υπερβάλλουσα και συχνά αναίτια χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας, η προκλητή ζήτηση σε συνδυασμό με τον πληθωρισμό γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, αλλά και οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι αυξητικές τάσεις πρόκειται να συνεχισθούν και στα επόμενα χρόνια.

Συμπερασματικά σύμφωνα και με το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών στην Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής (Economic Policy Committee) το οποίο το 2001 κατέθεσε προβολές που αφορούν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία αναφέρονται αν οι ρυθμοί γονιμότητας παραμείνουν

κάτω από τα απαιτούμενα για την ανανέωση του πληθυσμού ή για τη σταθεροποίηση της ηλικιακής δομής, αν το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται και για τα δύο φύλα περίπου κατά ένα έτος τη δεκαετία, και αν συνεχιστεί η εισροή μεταναστών, τότε αναμένεται αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία από 1,6 % έως 1,7% επί του ΑΕΠ μεταξύ των ετών 2000 και 2050.

Απ' την άλλη πλευρά μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει περιθώριο εξοικονόμησης πόρων, το οποίο μπορεί να γίνει πράξη και να υπάρξει μια ανάσα στο σύστημα υγείας αρκεί να υπάρχει μέτρο στη συνταγογράφηση και την κατανάλωση φαρμάκων, έλεγχος διάχυσης στο σύστημα και χρήσης της ακριβής βιοϊατρικής τεχνολογίας, διαφάνεια στις προμήθειες και περιορισμός των καταστρατηγήσεων και της προκλητής ζήτησης, φαινόμενα που ενδημούν εκεί όπου η μέθοδος αμοιβής του γιατρού ή του εργαστηρίου είναι κατά πράξη.

Ωστόσο τα προβλήματα στους μηχανισμούς ελέγχου του κόστους είναι μεγάλα και αυτό οφείλεται στο ότι:

- τόσο το εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, όσο και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν έχουν μηχανογραφηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό,
- τα 2 συστήματα λειτουργούν σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα και δεν αξιοποιούν πληροφορία κοινού ενδιαφέροντος για τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης,
- τα συστήματα παραμένουν εν πολλοίς γραφειοκρατικά και στερούνται ουσιαστικών μηχανισμών ανάληψης και ελέγχου διοικητικής ευθύνης για την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους,
- η απουσία μηχανισμών τυποποίησης δεν επιτρέπει την κοστολόγηση, στη βάση αντικειμενικών στοιχείων και την αναπροσαρμογή των τιμών των υπηρεσιών, και
- δεν υπάρχουν εθνικές υποδομές για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας.

### *3.6 Οι επιπτώσεις στην κοινωνική ασφάλιση*

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, η πολιτική της κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σε δυο βασικές κατευθύνσεις: στη συνολική αύξηση του επιπέδου των συντάξεων και στην επέκταση του συστήματος επικούρησης σε όλους τους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα. Παράλληλα όπως στις άλλες χώρες, οι δαπάνες του προϋπολογισμού που διατίθενται για τις συντάξεις έχουν αυξηθεί. Στην

Ελλάδα η αύξηση αυτή διαμόρφωσε ένα επίπεδο δαπανών για τις συντάξεις, που αντιπροσωπεύει το 9,1 % του ΑΕΠ το 1980, το 14,55% το 1985 το 2000 και 2010 στο 12,6 % του ΑΕΠ .Συγκριτικά το 2000-2050 προβλέπεται να πέσει στο 12,2% (*Εφημερίδα Καθημερινή 11-05-2007*).

Το κύριο χαρακτηριστικό της κρίσης του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης εκδηλώνεται, από τις αρχές της δεκαετίας του '70, με τη μορφή αυξανόμενου ελλείμματος. Το έλλειμμα αυτό οφείλεται στην υστέρηση των εσόδων σε σχέση με την αύξηση των δαπανών. Αυτή η αύξηση των δαπανών έναντι των εσόδων, συνοδεύεται και από την επιδείνωση της σχέσης ασφαλισμένων/ συνταξιούχων.

Η χρηματοοικονομική κρίση της κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται και με τις δημογραφικές εξελίξεις καθώς και με την ίδια την οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, Από την άποψη αυτή σημαντικό περιοριστικό παράγοντα αποτελεί η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης σε επαγγελματικούς κλάδους, με αποτέλεσμα τον υψηλό αριθμό των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Η διάρθρωση αυτή, δημιουργεί προβλήματα συντονισμού και διοικητικής λειτουργίας, καθώς επίσης και μεγάλες διαφοροποιήσεις επιπέδου παροχών και χρηματοδότησης. (*Εφημερίδα Καθημερινή 11-05-2007*)

Παράλληλα, η αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή κρατική χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, συνέβαλε στη διαμόρφωση ενός χαμηλού επιπέδου παροχών για την πλειοψηφία των ασφαλισμένων και συνταξιούχων.

Η σύγχρονη κρίση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μια σύζευξη των εξωτερικών παραγόντων (επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης, αύξηση της ανεργίας, γήρανση του πληθυσμού και περιορισμένη αύξηση του αριθμού των ασφαλισμένων) με τους εσωτερικούς παράγοντες, που αναφέρονται ιδιαίτερα σε οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοοικονομικές αδυναμίες. Ήδη, από τη δεκαετία του '70, η ένταση της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε στην προοδευτική ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, η οποία προτείνει στους πελάτες τις ασφαλιστικά προγράμματα. Έτσι, ο αριθμός αυτών, που έχουν συνάψει ασφαλιστικά συμβόλαια ζωής, αυξήθηκε σημαντικά και αποτελεί για τις ασφαλιστικές εταιρίες τη σημαντικότερη πηγή του κύκλου εργασιών τους.

### 3.7 Σύνοψη κεφαλαίου

Συνοψίζοντας θα πρέπει να αναφερθούμε εν συντομία στις «θεωρούμενες» επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης έτσι ώστε να μπορέσουμε να διατυπώσουμε στα επόμενα κεφάλαια τις προτάσεις που μπορεί να αποτελέσουν τις λύσεις στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

1. **Οικονομικές επιπτώσεις:** επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Αναφέρεται συχνότατα ότι η δημογραφική γήρανση:
  - α) εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζόμενους προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων και
  - β) προκαλεί μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία υπό την διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες. Ταυτόχρονα, στον ίδιο αυτό τομέα τονίζεται η αύξηση «των οικονομικών βαρών», γενικώς στον οικονομικά παραγωγικό πληθυσμό.
2. Πολιτικές επιπτώσεις: όπως οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα και θεωρείται ότι είναι περισσότερο «συντηρητικοί», πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση στην παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).
3. Εθνικές επιπτώσεις: αναφέρονται εδώ συνήθως οι επιπτώσεις στην άμυνα όπως η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς, η μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού, η αύξηση της στρατιωτικής θητείας κ.ο.κ.
4. Κοινωνικές επιπτώσεις: αναφέρονται συνήθως η σύγκρουση των γενεών, η διεύρυνση χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, η ένταση του αγώνα για κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας, η διεύρυνση της φτώχειας, η περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων, οι μεταβολές στη συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους, οι ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις για την εργαζόμενη γυναίκα. (Υφαντόπουλος Γ., 1985)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

# Οι αιτίες του φαινομένου της Δημογραφικής Γήρανσης

### 4.1 Τα αίτια σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες

Σύμφωνα με την έρευνα του κ. Υφαντόπουλου (2000) ένας από τους κύριους λόγους, στους οποίους οφείλεται η αύξηση των δαπανών για την υγεία, είναι το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι καταναλωτές υγείας αυξήθηκαν υπέρμετρα και αποτελούν τους κύριους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών. Τα άτομα που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται να χρησιμοποιούν κατά κόρον τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αναφορικά και με τη συχνότητα, αλλά και με τις μέρες νοσηλείας. Είναι ενδεικτικό ότι από τα 1000 άτομα της τρίτης ηλικίας περίπου τα 200 νοσηλεύονται σε νοσοκομείο σε ετήσια βάση. Το χαρακτηριστικό είναι ότι στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι απευθύνονται κυρίως σε γενικές υγειονομικές υπηρεσίες αφού υπάρχει σχεδόν παντελής έλλειψη εξειδικευμένων γηριατρικών νοσοκομείων ή τουλάχιστον μονάδων Γηριατρικής στα νοσοκομεία. Αυτό όπως φαίνεται οφείλεται και στην, έως σήμερα, έλλειψη σοβαρού προβληματισμού για τις επιπτώσεις του δημογραφικού προβλήματος στις υπηρεσίες υγείας και την ανάγκη για αντιμετώπιση του ειδικού προβλήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Το πρόβλημα έχει πάρει υπολογίσιμες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια αφού το έτος 1990 το συνολικό κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους ηλικιωμένους ανήλθε σε 153.752.000.000 δρχ., ενώ σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε χρόνο απαιτείται αύξηση των συγκεκριμένων δαπανών κατά 20 δις δρχ. (Υφαντόπουλος Γ., 2000).

Θα πρέπει να επισημανθεί κατά τον Καθηγητή Λιονή (2000) ότι η έλλειψη οργανωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας.



Στην πραγματικότητα η πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως παρουσιάζεται σήμερα, έχει σαφή έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών, ενώ η εξειδίκευση αναφορικά με τα συχνά εμφανιζόμενα χρόνια νοσήματα, απουσιάζει. Έτσι, ως αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος, η πρωτοβάθμια φροντίδα απορροφάται σε σχετικά υψηλό βαθμό από υπηρεσίες συνταγογράφησης. Οι επισκέψεις των γιατρών στα σπίτια των ασθενών έχουν σχεδόν εγκαταλειφθεί, ενώ η φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα που οδηγούν σε αναπηρία ή περιορισμό στο σπίτι είναι αποσπασματική και εφαρμόζεται, κατά κύριο λόγο, από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό (ΛιονήςΧ., κ.ά., 2000).

Η πολιτική υγείας στα πλαίσια αναμόρφωσης των υπηρεσιών υγείας έχει να αντιμετωπίσει πολλαπλές προκλήσεις, οι οποίες προέρχονται από τα νέα δημογραφικά, επιδημιολογικά, τεχνολογικά και περιβαλλοντικά δεδομένα. Η ανάπτυξη των νέων κοινωνικών δεδομένων σηματοδοτεί την ανάγκη έγκαιρης, ειδικής και αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους. Οι νέες τεχνολογίες όπως η τηλεϊατρική, η πληροφορική και το διαδίκτυο με την κατάλληλη αξιοποίησή τους διαφαίνεται ότι είναι σε θέση να βοηθήσουν καταλυτικά στην αντιμετώπιση των προκλήσεων αναδεικνύοντας ένα σύστημα υγείας αποδοτικό, ποιοτικό και αξιόπιστο. Συνεπάγεται βέβαια ότι θα πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός, των υπάρχοντων υπηρεσιών υγείας και ίσως να στρατηγηθεί η ανάπτυξη νέων υγειονομικών δομών για τους ηλικιωμένους χρήστες τους, προκειμένου να αποφευχθούν, κατά το δυνατόν, τα δυσάρεστα αποτελέσματα της δημογραφικής γήρανσης.

#### *4.2 Έρευνα του Economist*

Σύμφωνα με έρευνα του economist το πρώτο μεγάλο αίτιο αφορά στο γεγονός ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο. Η τάση αυτή ξεκίνησε με τη βιομηχανική επανάσταση και κατέστη η νέα δημογραφική πραγματικότητα. Το 1900 το μέσο προσδόκιμο ζωής στον πλανήτη ήταν τα 30 έτη και στις ανεπτυγμένες χώρες λίγο κάτω από τα 50. Σήμερα είναι 67 και 78 έτη αντίστοιχα και ακόμα αυξάνονται. Σε πείσμα της όλης συζήτησης για την επερχόμενη «κρίση γήρανσης των πληθυσμών», η συγκεκριμένη εξέλιξη είναι σίγουρα κάτι για το οποίο πρέπει να αισθανόμαστε ευγνώμονες. Ειδικά σήμερα που οι ηλικιωμένοι παραμένουν υγιείς, σε καλή κατάσταση και δραστήριοι για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με το πολύ πρόσφατο παρελθόν.

Το δεύτερο και πολύ πιο σημαντικό αίτιο της διαδικασίας πληθυσμιακής γήρανσης είναι το γεγονός ότι οι σημερινοί άνθρωποι γεννάνε πολύ λιγότερο με αποτέλεσμα οι νεότερες ηλικιακές ομάδες να

είναι πολύ μικρές σε μέγεθος για να μπορέσουν να εξισορροπήσουν το αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη δημογραφική τάση προέκυψε πιο αργά συγκριτικά με την τάση για μακροζωία, πρώτα στις ανεπτυγμένες χώρες και πλέον αφορά και στις φτωχότερες χώρες. Στις αρχές της δεκαετίας του '70 οι γυναίκες ανά τον πλανήτη γεννούσαν μέσο όρο 4,3 παιδιά η κάθε μία. Ο σημερινός παγκόσμιος μέσος όρος είναι 2,6, με τις ανεπτυγμένες να βρίσκονται στο 1,6. Ο ΟΗΕ υπολογίζει ότι μέχρι το 2050 ο μέσος όρος γεννητικότητας του πλανήτη θα έχει πέσει σε μόλις δύο παιδιά με αποτέλεσμα στα μέσα του αιώνα ο πληθυσμός της γης να ξεκινήσει σταδιακά να αποκλιμακώνεται. Σε ορισμένες χώρες παρατηρείται ήδη συρρίκνωση του πληθυσμού. Ανάλογα με την άποψη που έχει ο καθένας αυτό μπορεί να αποτελεί μια θετική ή αρνητική εξέλιξη, σε κάθε περίπτωση, όμως, είναι μαθηματικά βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι η προσωρινή πληθυσμιακή έκρηξη του baby boom, η οποία συνέβη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, διόγκωσε τις συνέπειες της χαμηλής γεννητικότητας και της υψηλής μακροζωίας. Η περίοδος της μεταπολεμικής πληθυσμιακής έκρηξης διαφέρει από χώρα σε χώρα ωστόσο στις ΗΠΑ, όπου η συγκεκριμένη δημογραφική εξέλιξη υπήρξε πιο ισχυρή, υπολογίζεται ότι καλύπτει τα πρώτα είκοσι χρόνια μετά το 1945. Κατά την περίοδο αυτή γεννήθηκαν περίπου 80 εκατομμύρια Αμερικανοί. Οι πρώτοι έχουν ήδη βγει στη σύνταξη (Beck, 2009).

### *4.3 Παρουσίαση και Ανάλυση των αιτιών*

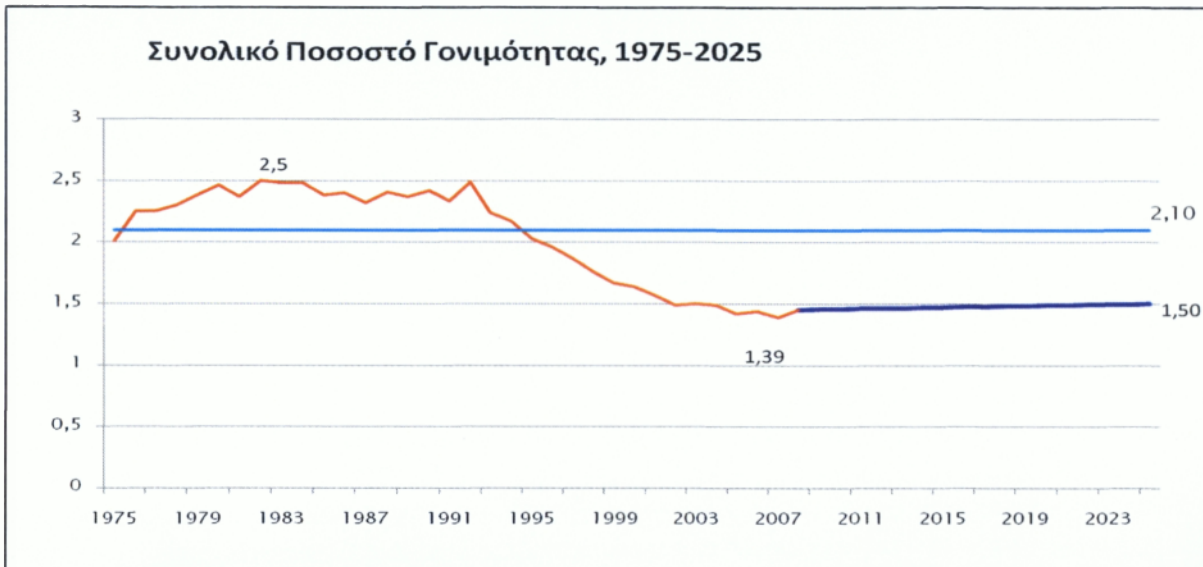
**Αναλυτικότερα αναφέρουμε τα κύρια αίτια στην ενίσχυση της δημογραφικής γήρανσης:**

#### **A) Δημογραφικά**

Η Ελλάδα, τα τρία τέταρτα του 20ου αιώνα, υπήρξε χώρα αποδημίας. Η αποδημία των Ελλήνων τη μεταπολεμική περίοδο, συνέβαλε ουσιαστικά στη μείωση της γεννητικότητας. Η εξωτερική μετανάστευση τις δύο πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, αφήνοντας ένα έλλειμμα γύρω στο 1 εκατομμύριο ατόμων, συνέβαλε στη γήρανση και την αποδυνάμωση του πληθυσμού της Ελλάδας, αφού αποστέρησε τη χώρα από νέους ανθρώπους και επισώρευσε ηλικιωμένους και ανίκανους για εργασία.

## Β) Υπογονιμότητα

Ένα 10-20% των ζευγαριών διεθνώς, που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι υπογόνιμα. Η υπογονιμότητα δεν οδηγεί μόνο στην υπογεννητικότητα της χώρας, αλλά έχει και σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις στο ζευγάρι. Σύμφωνα με τη Eurostat (2008) το συνολικό ποσοστό γονιμότητας έχει μειωθεί στο 1,40% (2008) περίπου από 2,5% το 1980.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Συνολικό ποσοστό γονιμότητας

Πηγή: Eurostat, 2008

## Γ) Κοινωνικά

Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, η Ελληνίδα σπουδάζει, εργάζεται και μεταθέτει τη γονιμότητα, με συνέπεια αλυσιδωτές μεταβολές, σχετικές με τη δημογραφική εξέλιξη και σύνθεση του ελληνικού πληθυσμού.

Για τη δημιουργία οικογένειας και την απόκτηση παιδιών, βασική προϋπόθεση στη χώρα μας είναι η τέλεση γάμου. Παρατηρείται, όμως, συνεχής μείωση του αριθμού των ατόμων που τελούν πρώτο γάμο και μάλιστα σε ηλικίες ολοένα και μεγαλύτερες. Στη σημερινή βιομηχανική και μοντέρνα κοινωνία της ακοινωνησίας που ζούμε, με την κυριαρχία του πανσεξουαλισμού, ήταν φυσικό να προκληθεί κρίση και στο θεσμό του γάμου. Η αφόρητη μοναξιά του σύγχρονου ανθρώπου, ο άκρατος φεμινισμός, οι δυσκολίες στο επαγγελματικό περιβάλλον της σημερινής γυναίκας, ο άμετρος εγωισμός και άλλα, έφεραν την κρίση στο γάμο, με αποτέλεσμα την αύξηση των διαζυγίων. Το διαζύγιο αποτελεί ιδιαίτερης σημασίας βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα, που συνεπάγεται τη

διάλυση της οικογένειας με όλες τις δυσμενείς επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων είναι και η υπογεννητικότητα. Τα τελευταία 50 χρόνια, η αναλογία των διαζευγμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού δεκαπλασιάστηκε, εμφανίζοντας τάση συνεχούς αύξησης. Συγκεκριμένα, η σχέση των διαζευγμένων προς τους παντρεμένους, από 1 προς 108 που ήταν το 1951, αυξήθηκε στο 1 προς 40 το 1991.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζει σε νοικοκυριά όπου υπάρχει ένας μόνο γονιός. Οι κοινωνιολόγοι συνηθίζουν να λένε σε αυτές τις περιπτώσεις πως «οι μητέρες είναι οι γονείς και οι πατέρες οι προμηθευτές». Στην Ελλάδα, ο θεσμός της οικογένειας με την έννοια του «δεσίματος» μεταξύ των μελών της ήταν και ευτυχώς παραμένει ακόμη πολύ ισχυρός. Τα τελευταία, όμως, 20 χρόνια βλέπουμε να αναπτύσσεται μια νέα μορφή οικογένειας, η μονογονεϊκή, που προέκυψε από τις αλλαγές των αντιλήψεων και στάσεων απέναντι στο γάμο. Αν συνεχιστεί η αύξηση του αριθμού των μονογονεϊκών οικογενειών θα επηρεάσει βαθύτατα το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας και το μοντέλο της πολύτεκνης οικογένειας σιγά-σιγά θα εκλείψει εντελώς από την ελληνική κοινωνία.

#### **Ε) Οικονομικά**

Η χαμηλή γεννητικότητα αυξάνει διαχρονικά τον αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού, επηρεάζοντας όλους τους τομείς της οικονομίας και της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής, όπως επίσης και τη λειτουργία της αγοράς εργασίας. Κατά τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ, το έτος 2000, το 17,1% του πληθυσμού της Ελλάδας ήταν άνω των 65 ετών και το έτος 2030 θα είναι το 24,6%, υπερβαίνοντας το μέσο όρο των χωρών του οργανισμού αυτού (14,7 και 23,2% αντίστοιχα). Τα τελευταία χρόνια εισέρχονται ετησίως στο εργατικό δυναμικό περίπου 60.000 νέοι, ηλικίας 15-24 ετών.

Από την άλλη μεριά, εξέρχονται αντίστοιχα από το εργατικό δυναμικό λόγω συνταξιοδότησης, θανάτου ή άλλων αιτίων, περίπου 80.000 άτομα. Κατά συνέπεια, η δημογραφική είσοδος των νέων, καλύπτει μόνο τα τρία τέταρτα των εξερχομένων. Υπολογίζεται ότι από τους αποχωρούντες από το εργατικό δυναμικό τα τελευταία χρόνια, το 12% έχει τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 29% είναι αγράμματοι. Από τους νέους που εισέρχονται στο εργατικό δυναμικό, το 10,5% έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση και μόνο το 1,2% είναι αγράμματο. Το φαινόμενο αυτό αντανακλάται στη σχετικά υψηλή ανεργία των πτυχιούχων της τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και στην κάλυψη πολλών θέσεων ανειδίκευτης εργασίας από μετανάστες.

## **Z) Ψυχολογικά**

Παρά την είσοδο της γυναίκας στην αγορά εργασίας, η μητρότητα παραμένει ο κυρίαρχος ρόλος της. Η υπογονιμότητα είναι μια ψυχοπιεστική συνθήκη, η οποία λειτουργεί ως απώλεια που επηρεάζει το μεγαλύτερο μέρος της ζωής των ανθρώπων που τη βιώνουν, λόγω του κινδύνου να αποστερηθούν τον ιερότερο ρόλο για τον οποίο οι άνθρωποι είναι ταγμένοι, εκείνου των γονέων!! Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες, επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί προκειμένου να συμμορφωθούν με τις οικογενειακές και κοινωνικές επιταγές και να εξασφαλίσουν τη διαδοχή των προγόνων τους. Ο Freud (1900) θεωρεί τα παιδιά ως το μοναδικό δρόμο προς την αθανασία, ενώ ανάλογη άποψη διατυπώνει και ο Πλάτων. Το πόσο σημαντική είναι η γονιμότητα διαφαίνεται από πολλές πηγές. Σε δύο γνωστά θεατρικά έργα, αναδύεται τόσο η σημασία της γονιμότητας, όσο και ο ψυχικός πόνος που προκαλεί η στειρότητα.

## **ΣΤ) Ιατρικά**

Οι επιπτώσεις των εκτρώσεων στην υπογεννητικότητα είναι, αφενός μεν άμεσες από τη μη γέννηση των εμβρύων, αφετέρου δε δευτεροπαθείς, λόγω της υπογονιμότητας που προσβάλλει ένα ποσοστό γυναικών που υποβάλλονται σε εκτρώσεις.

Οι εκτρώσεις αποτελούν απαράδεκτη επιστημονική μέθοδο ελέγχου των γεννήσεων. Παρατηρείται αύξηση της συχνότητάς τους σε άγαμες γυναίκες και μείωση ανάλογη με το μορφωτικό επίπεδο. Όσο μορφωμένες είναι οι γυναίκες, τόσο λιγότερες εκτρώσεις κάνουν. Σύμφωνα με συντηρητικούς υπολογισμούς, οι εκτρώσεις στη χώρα μας υπερβαίνουν τις 200.000 ετησίως. Ήτοι αντιστοιχούν 95 αμβλώσεις σε κάθε 1.000 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας (Λώλης Δ., Αντωνάκης Γ.). Υπολογίζεται ότι 100.000-200.000 γυναίκες, παγκοσμίως, πεθαίνουν ετησίως από επιπλοκές των εκτρώσεων.

Η Ελληνίδα γυναίκα είναι εκτεθειμένη και υποβάλλεται σε αμβλώση 17 φορές συχνότερα από την αντίστοιχη Ολλανδέζα, 13 από την Γερμανίδα, περίπου 7 φορές συχνότερα από τη Βρετανίδα, ακόμη και από την κάτοικο της Αφρικανικής Τυνησίας. Οι σοβαρότερες επιπτώσεις των εκτρώσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών και κατ' επέκταση και στο δημογραφικό πρόβλημα της πατρίδας μας, πρέπει να γίνουν αντιληπτές από όλους: από τα ζευγάρια, τους ιατρούς, τους πολιτικούς, τους υπεύθυνους για τη χάραξη της υγειονομικής πολιτικής, τους εκπροσώπους της εκκλησίας, ώστε με συνδυασμένες ενέργειες να διαδοθούν τα μηνύματα του οικογενειακού

προγραμματισμού στις γυναίκες και τους άνδρες του αναπαραγωγικού πληθυσμού (Λώλης Δ., Αντωνάκης Γ.).

### **Άλλα αίτια**

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που παρουσιάζει αύξηση του αριθμού των νεκρών από τροχαία ατυχήματα. Στην Ελλάδα, για την περίοδο 1980-1993, ο αριθμός των τραυματιών αυξήθηκε κατά 30%. Στην υπόλοιπη Ευρωπαϊκή Ένωση, το ίδιο χρονικό διάστημα, ο αριθμός των τραυματιών παρουσίασε μείωση κατά 9%. Οι αριθμοί είναι ιδιαίτερα αποκρουστικοί. Σε μια χώρα συνολικού πληθυσμού 10.000.000 περίπου, με τεκμηριωμένο πρόβλημα υπογεννητικότητας και γήρανσης του πληθυσμού, σκοτώνονται ετησίως περίπου 2.500 άνθρωποι (Λαμπίρης Η.). Τραυματίζονται βαρέως, περνώντας στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής, περίπου 5.500 και τραυματίζονται ελαφρότερα, φέροντας όμως τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του τροχαίου ατυχήματος, άλλοι 30.000 άνθρωποι και πρόκειται κυρίως για νεαρής ηλικίας άτομα, που θα έπρεπε να έχουν όλη τη ζωή μπροστά τους.

Η επίδραση της παχυσαρκίας στην αναπαραγωγική ικανότητα των γυναικών δεν πρέπει να υποεκτιμηθεί. Πειραματικά και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν τη θετική σχέση της με διαταραχές του γεννητικού κύκλου, με την υπογονιμότητα και τη στειρότητα. Ο χρόνιος υποσιτισμός αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία και οδηγεί στην εμφάνιση πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς αμηνόρροιας (Λώλης Δ. 2001).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## Προτάσεις και προοπτικές

### 5.1 Συζήτηση – συμπεράσμα

Υπό τις προαναφερθείσες συνθήκες πληθαίνουν οι παρεμβάσεις φορέων και επιστημόνων που θέτουν επιτακτικά την αναγκαιότητα χάραξης μιας ενεργούς δημογραφικής πολιτικής και βασικά της λήψης επειγόντων μέτρων που θα στοχεύουν την αναπαραγωγή. Το ζήτημα που τίθεται είναι προς ποια κατεύθυνση, σε ποια πεδία πρέπει να ληφθούν τα "μακρόπνοα και γενναιόδωρα μέτρα για την ανακοπή της δημογραφικής παρακμής του έθνους" (sic) που οφείλεται κυρίως στην υπογεννητικότητα και ποια η εμβέλεια - αποτελεσματικότητά τους;

Δεχόμενοι ως δεδομένη τόσο την αναγκαιότητα αύξησης της γονιμότητας όσο και την οξύτητα του προβλήματος, ας εξετάσουμε τις δυνατότητες και τα όρια των πολιτικών παρέμβασης. Ας υπενθυμίσουμε κατ' αρχάς ότι για τη χάραξη-υλοποίηση μιας δημογραφικής πολιτικής απαιτούνται:

- i) η σύλληψη και ο προσδιορισμός των προβλημάτων
- ii) η διατύπωση σαφών στόχων-μέσων της πολιτικής,
- iii) η υλοποίηση της και τέλος
- iv) η αξιολόγησή της.

Με δεδομένο ότι η αύξηση της δημογραφικής γήρανση είναι προ του πυλών συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι θα αυξηθούν οι ανάγκες για την παροχή από το κράτος μεταβιβάσεων και υπηρεσιών σε συνάρτηση με τη γήρανση του πληθυσμού. Οι κρατικές δαπάνες προβλέπεται ότι θα αυξηθούν κατά μέσο όρο κατά 4¼ ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ περίπου μέχρι το 2060. Επιπλέον τα συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας αναμένεται

ότι θα αντιμετωπίσουν και αυτά σοβαρές προκλήσεις στο μέλλον. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει και οφείλει να προσαρμοστεί σε αυτή τη κοινωνική πρόκληση σε όλους τους τομείς παρόλο που γίνεται απόλυτα κατανοητό ότι οι δυσκολίες είναι πολλές κυρίως οικονομικές, οργανωτικές, κοινωνικές και αντικειμενικές.

Οι δημογραφικές μεταβολές μέρα με τη μέρα θέτουν νέες προκλήσεις στα συστήματα υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα. Οι κυριότερες επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης θα συνδέονται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονται περισσότερη υγειονομική περίθαλψη απ'ότι άλλες ηλικιακές ομάδες λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας σοβαρών ασθενειών. Έτσι συνεπάγεται ότι η δαπάνη είναι σημαντικά υψηλότερη για αυτές τις ομάδες, ενώ θα πρέπει τα συστήματα να προσαρμοστούν σε διαφορετικά πρότυπα ασθένειας με την αλλαγή του ηλικιακού προφίλ των ασθενών. Η γήρανση επίσης θα οδηγήσει στην ανάγκη προσαρμογής των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών λόγω της αύξησης χρόνιων παθήσεων

## *5.2 Προτεινόμενα μέτρα*

Η εμβέλεια και αποτελεσματικότητα των ληφθέντων και προτεινόμενων μέτρων πολιτικής θα πρέπει να είναι ως εξής:

1. Πολιτική που στοχεύει στην **ανακοπή των αργών ρυθμών πτώσης της γονιμότητας** των γενεών (και ακόμη περισσότερο στην αναστροφή μεσοπρόθεσμα της τάσης αυτής), οφείλει να είναι ενσωματωμένη, να αποτελεί οργανικό τμήμα μιας γενικότερης πολιτικής που θα έχει σαφείς στόχους, για την υλοποίηση ενός συλλογικού κοινωνικού οράματος-σχεδίου επί του οποίου θα έχει ήδη επιτευχθεί ευρύτερη συναίνεση στην ελληνική κοινωνία (στο πλαίσιο π.χ. ενός συνολικού προγραμματισμού για μια δεδομένη, σαφώς προσανατολισμένη και οριοθετημένη, κοινωνική, οικονομική, και πολιτισμική ανάπτυξη). Η ενσωμάτωση μιας πολιτικής γονιμότητας, στα πλαίσια ενός γενικότερου συλλογικού "σχεδιασμού", προϋποθέτει τη σαφή διατύπωση στόχων για την επίδραση των τάσεων αναπαραγωγής, οι οποίες θα απορρέουν από τις ανάγκες της υλοποίησης των γενικότερων στόχων της πολιτικής και θα ευρίσκονται σε αντιστοιχία με αυτές. Κατ' επέκταση, με κριτήριο την επίτευξη των γενικότερων στόχων και τη συμβολή τους σε αυτήν θα πρέπει να



αξιολογηθούν τα προγράμματα και τα μέσα της πολιτικής για τη γονιμότητα. Ταυτόχρονα και παράλληλα, θα πρέπει να ληφθούν πιθανόν σοβαρά υπόψη ορισμένες ιδιαιτερότητες της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας και ιδιαίτερα ορισμένων υποσυνόλων της.

2. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) οι δημοσιονομικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης καθιστούν ακόμα πιο αναγκαία τη **μεταρρύθμιση των συστημάτων συντάξεων** και υγείας. Οι κάτοικοι των πιο πλούσιων χωρών πρέπει να αποθαρρυνθούν από την ιδέα ότι οι κρατικές συντάξεις θα γίνονται όλο και πιο γενναιόδωρες με την πάροδο του χρόνου και η κρατικά παρεχόμενη υγεία περισσότερο περιεκτική. Δεδομένου ότι όλοι ζουν περισσότερο, στην πλειονότητά τους σε καλή κατάσταση υγείας, θα πρέπει να αποδεχτούν να δουλεύουν και περισσότερο, και οι συντάξεις τους να είναι μικρότερες.

3. Την καλύτερη **προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας** και την υιοθέτηση μιας προληπτικής προσέγγισης, όσον αφορά τις χρόνιες νόσους, θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν σημαντικές από τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και τη φροντίδα εξαρτημένων ατόμων. Ο αντίκτυπος της προόδου της τεχνολογίας παρέχει τη δυνατότητα επέκτασης της υγειονομικής περίθαλψης

4. Πρόταση για δυνατότητα **ευέλικτης συνταξιοδότησης**, (το άτομο να μπορεί να εργαστεί και μετά από το χρόνο συνταξιοδότησής του), μπορεί να προσφέρει στην αντιμετώπιση των οικονομικών επιπτώσεων του δημογραφικού. Όπως και η πρόταση για «δια βίου μάθηση» η οποία μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα π.χ. σε μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζομένους να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες εργασίας, όπως είναι η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών.

5. Πρόταση υιοθέτησης μιας εναρμονισμένης ενιαίας **μεταναστευτικής πολιτικής**, προσελκύεται ειδικευμένο εργατικό δυναμικό, δίνοντας προοπτική ένταξής του στις οικονομικο-κοινωνικές δραστηριότητες της χώρας. Η μετανάστευση (1,8 εκατομμύρια μετανάστες προς την ΕΕ μόνο το 2004 σύμφωνα με στατιστική της Eurostat) μπορεί να αντισταθμίσει τις συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας, της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και να συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη.

6. Οι τρεις στόχοι της πρόσβασης, της ποιότητας και της βιωσιμότητας επιβάλλεται να εναρμονιστούν στην υγειονομική περίθαλψη ώστε το εθνικό σύστημα υγείας να μπορέσει να επιβιώσει και να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις της δημογραφικής γήρανσης.

---

## Βιβλιογραφία

---

1. Άγγελος Στεργίου, Καθηγητής Νομικής ΑΠΘ Δημογραφική γήρανση και Ασφαλιστικό, Ελευθεροτυπία 03/05/2007
2. Αργυράκη Ε., Παπαδημητρίου Μ., Σεμιλιέτωφ Μ., Νοσηλεία στο Σπίτι, μια Εναλλακτική Μορφή Νοσηλείας για τους Ηλικιωμένους, Εκδ.ΣΥΝΕΔΡΟΝ< Αθήνα 2000
3. Γεωργούσης Ε. Προσπάθεια εκτίμησης της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα 1993
4. Γουγουρελά, Ε. Μανωλαράκης, Γ. Μπουνιαλέτος, Ε. Καμπιτάκη Α., <<Περιπτώσεις Κατ' Οίκον Αντιμετώπισης Ασθενών στο Οροπέδιο Λασιθίου Κρήτης. Περ. Επιθεώρηση Υγείας, 2003 τεύχος 80, τόμος 14
5. Δρος Μαστρογιάννη Χαρ., μηνιαίο στατιστικό δελτίο 1986, Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού
6. Εθνική στατιστική υπηρεσία. Η Ελλάδα με αριθμούς 08/01/03 [http://www.statistics.gr/gr\\_tables/hellas\\_in\\_numbers.pdf](http://www.statistics.gr/gr_tables/hellas_in_numbers.pdf).
7. Εμκε-πουλοπούλου, Η. η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, στο <η δημογραφική κρίση στην Ελλάδα: εθνικές, οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Αθήνα 1985
8. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων , Πράσινη Βίβλος «Μπροστά στις δημογραφικές αλλαγές, μία νέα αλληλεγγύη μεταξύ γενεών. Βρυξέλλες 2001
9. Κείμενα Ευρωπαϊκής επιτροπής και συμβουλίου της Ευρώπης έχοντας υπόψη το ψήφισμα της 15<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 2003 σχετικά με την ανακοίνωση της επιτροπής με θέμα το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της περίθαλψης των ηλικιωμένων: διασφάλιση της πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας.
10. Κατσανέβας θεόδωρος, Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιά Ειδικά θέματα της ελληνικής οικονομίας, Πειραιάς, Σταμούλης, 2006
11. Κοτζαμάνης, Β., Μαράτου Γήρανση και οικονομία, Αθήνα 1996
12. Κουτσόπουλος Κώστας, Άρχισε η σταδιακή μείωση του πληθυσμού ,Ελευθεροτυπία 17/02/2007

13. Κυριακοπούλου, Κ. Βαρδακατσάνη , Κ.Τσίρκας , Χ.Γαλέτας , Α.Μούγιας, Α Η ανάγκη ανάπτυξης ενναλακτικών μορφών περίθαλψης για ηλικιωμένους .Θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής, εκδ.σύνεδρον, Αθήνα 2000.
14. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., 1993, Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα: Μια Πρώτη Προσέγγιση, Κοινωνική Εργασία
15. Κυριόπουλος Γ., 1995, Ενιαίος Φορέας Υγείας: Το Πραγματικό Πρόβλημα Νέα Υγεία, 8:6-7
16. Λαμπίρης Η., Ζουμπούλης Π., Επίπτωση των τροχαίων ατυχημάτων στην μείωση του πληθυσμού της Ελλάδας,Αθήνα Παρισιάνος, 2001
17. Λιαρόπουλος, Α., Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Βήτα 2007
18. Λιαρόπουλος Α. Λυκούργος, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Εκδόσεις Βητα, Αθήνα 2007
19. Λιονής Χ., Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000
20. Λώλης Δημήτριος Υπογεννητικότητα, το σημαντικότερο πρόβλημα της κοινωνίας, Παρισιανού Α.Ε 01/01/2001
21. Νιάκας και Μπεαζόγλου, Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Το σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα 1993
22. Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ., Δημογραφική ανάλυση, Σταμούλης, Αθήνα 1998
23. Παράσχος, Ι., <Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι.2004
24. Σουλιώτης Κυριάκος, Πολιτική και Οικονομία της Υγείας ,Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2006
25. Σουλιώτης Κυριάκος 2000, Η χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
26. Το βήμα on line <http://tovima.dolnet.gr> Δημήτρης Α.Σωτηρόπουλος 07-10-2005 Το στίγμα της υπανάπτυξης
27. Τούντας Γ., Τριανταφύλλου Δ., Φρισηράς Σ., <Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη>Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τεύχος 17, Ιανουάριος Φεβρουάριος 2000
28. Υφαντόπουλος Ν. Γιάννης, Τα Οικονομικά της Υγείας,Αθήνα 2006

29. Υφαντόπουλος Γ., η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπαάνες υγείας, Αθήνα 1985
30. Υφαντόπουλος Ι., Δημογραφικές Τάσεις και Κοινωνικο-οικονομικές Επιπτώσεις, ΣΥΝΕΔΡΟΝ Αθήνα 2000
31. Χαλαστάνη Β., (1993), «Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
32. BOURGEOIS-PICHAT J. (1985) Evolution générale de la population française, Population
33. CHESNAIS J.C. (1981) Les enseignements de l'histoire sur le vieillissement démographique, Congrès International de la Population, IUSSP
34. CHESNAIS J.C. (1986) La transition démographique étapes, formes, implications économiques, Paris, INED
35. Clark R.L., Spengler H.J (1980) the economics of individual and population ageing, cambring university press
36. Dittgen A., Legoux L., Demographic aging from the top as well as from the bottom: the French example 1990
37. Kotzamanis B., Sardon J-P. la demographie des Balkans. Sources et donnees demographiques dans les balkaniques ,Paris 1988
38. Knapp CF, differences in acceleration training and exercise training cardiovascular variables, Experience Biology 2000
39. NATIONS UNIES (1988) Economic and social implications of population ageing, Proceedings of the international symposium on population structure and development Tokyo, Sept. 1987) New York NU, 1988.

40. Heffley D., Κυριόπουλος Γ. (2000), Αποτιμώντας τις Υπηρεσίες και Απευθύνοντας Μηνύματα στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης, στο: Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ.(επιστημονική επιμέλεια), Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας
41. Hutten J., Kerkstra A., Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing, NIVEL,1996. Arena, England
42. Schumacher , K.Marren, J.Home Care for Older Adults, State of the science. Nursing clinics of North America, 2004.
43. OCDE (1988) Le vieillissement démographique, Conséquences pour politique sociale, Paris
44. SAUVY A. (1966) Théorie générale de la population, vol. II : Biologie Sociale, Paris, PUF
45. SAUVY A. (1963) Le vieillissement démographique, Revue Internationale des sciences sociales, XV
46. Walker A., (1993), "Introduction: The new generational contract", in: Walker A., (ed.), " The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare", University College London Press, London