

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΜΑ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
ΣΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟΥ

ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ ΠΑΝΤΕΛΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΒΟΛΟΣ, 2014

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στην Εφαρμοσμένη Οικονομική του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Βόλος, Ιανουάριος 2014.

Παπακώστας Παντελής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
2. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.....	6
2.1 Το Αγαθό Υγεία.....	6
2.2 Κοινωνικο-οικονομικοί Παράγοντες.....	8
2.2.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	8
2.2.2 Εκπαιδευτικό επίπεδο.....	16
2.2.3 Αγορά εργασίας.....	18
2.2.3.1 Εργασία.....	18
2.2.3.2 Παραγωγικότητα.....	22
2.2.3.3 Οικονομικά χαρακτηριστικά.....	23
2.2.4 Πρόωρη έξοδος από την αγορά εργασίας.....	27
3. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αποτελεί το σημαντικότερο τρόπο απόκτησης οικονομικών πόρων που είναι απαραίτητοι για την ευημερία του ατόμου. Ταυτόχρονα καλύπτει σημαντικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και αποτελεί σημαντικό στοιχείο ταυτότητας, κοινωνικού ρόλου και θέσης.

Κατά τους Herr & Cramer (1992) και Neff (1985) η εργασία είναι μια πολύπλοκη πολιτιστική συναλλαγή που έχει ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς σκοπούς. Η εργασία μπορεί να επηρεάσει το άτομο είτε θετικά είτε αρνητικά στην ψυχική και σωματική κατάσταση της υγείας του (Neff 1985, Quick, Murphy & Hurrell 1992). Αντίστροφα η υγεία μπορεί να επηρεάσει την εργασιακή συμπεριφορά του ατόμου (Kohn, 1990).

Η επίδραση της υγείας στη συμμετοχή στην αγορά εργασίας των ατόμων είναι πολυδιάστατη. Ταυτόχρονα η απασχόληση και η κοινωνικοοικονομική θέση είναι βασικοί μηχανισμοί επηρεασμού της σωματικής και ψυχικής υγείας και κατά συνέπεια και της θνησιμότητας. Η κακή υγεία είναι το κλειδί που προσδιορίζει την αδράνεια στην αγορά εργασίας και είναι ένας σημαντικός παράγοντας που είτε οδηγεί τα άτομα στην έξοδο από την αγορά εργασίας είτε μειώνει την πιθανότητα επανεισόδου στην αγορά εργασίας. Ταυτόχρονα η εργασία ασκεί γενικά θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία. Βέβαια διάφορες παράμετροι της εργασίας, όπως η ανασφάλεια της απασχόλησης, μπορεί να είναι επιβλαβείς για την υγεία.

Λέξεις κλειδιά: Κατάσταση υγείας, Συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό, Αναπηρία, Μέτρηση Υγείας

Κωδικοί JEL: J13, J24, J29, I12

ABSTRACT

The work is the most important way of acquiring financial resources necessary for the welfare of the individual. Simultaneously addresses important psychosocial needs and is an important element of identity, social role and position.

According to Herr & Cramer (1992) and Neff (1985) work is a complex cultural transaction that has psychological, social and economic purposes. The work can affect a person either positively or negatively on the mental and physical state of health (Neff 1985, Quick, Murphy &Hurrell 1992). Conversely health can affect the work behavior of the individual (Kohn, 1990).

The effect of health on labor market participation of individuals is multidimensional . At the same time employment and socioeconomic status are key mechanisms affecting physical and mental health and consequently mortality . Poor health is the key that determines the inertia in the labor market and is a major factor that either leads people to exit from the labor market or reduce the likelihood of re-entry into the labor market . Simultaneously, the work carries an overall positive effect on physical and mental health. Certainly various parameters of work, such as insecurity of employment , may be harmful to health.

Keywords: Health status, labor force participation, Disability, Health Measurement

JEL Classifications Codes: J13, J24, J29, I12

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αναμφισβήτητα αποτελεί ένα από τα βασικότερα και πλέον απαραίτητα αγαθά που ο άνθρωπος επιθυμεί να απολαμβάνει. Το αγαθό υγείας μας προσφέρει άμεση χρησιμότητα, λαμβάνουμε μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν αισθανόμαστε καλά, αλλά και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την οικονομική μας λειτουργία, δηλαδή την δυνατότητά μας να εργαστούμε και να είμαστε παραγωγικοί (Grossman, 1972).

Η ικανότητα του ατόμου για εργασία εξαρτάται, πολλές φορές καθοριστικά, από την κατάσταση της υγείας του. Πιο συγκεκριμένα, η ασθένεια και η ανικανότητα περιορίζουν τη συμμετοχή του ατόμου στην αγορά εργασίας. Άρα υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση εργασίας-υγείας. Εκτός από τις ασθένειες και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής επίσης, καθώς και τα εργατικά ατυχήματα παράλληλα με διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες συμβάλλουν στην ανικανότητα για εργασία (Bartel A. & Taubman P, 1986). Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση της Ε.Ε. (2005) η νοσηρότητα επηρεάζει ένα στα έξι άτομα σε ηλικία απασχόλησης, ενώ υπάρχει μια αύξηση του ρυθμού εμφάνισης της ανικανότητας από 5% στα νεαρά άτομα σε 40% στην ηλικία συνταξιοδότησης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την επίδραση της υγείας στην συμμετοχή στην αγορά εργασίας. Τα ευρήματα της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ υγείας και εργασίας. Η εργασία αποτελεί το σημαντικότερο τρόπο απόκτησης οικονομικών πόρων, πράγμα απαραίτητο για την υλική ευημερία και πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία. Άρα η εργασία καλύπτει σημαντικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες και αποτελεί σημαντικό στοιχείο ταυτότητας, κοινωνικού ρόλου και θέσης (Bloom D. & Canning D. 1999). Γι' αυτό η απασχόληση και η κοινωνικοοικονομική θέση είναι βασικοί μηχανισμοί επηρεασμού της σωματικής, ψυχικής υγείας και της θνησιμότητας. Ενώ η εργασία ασκεί γενικά θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία, διάφορες παράμετροι της εργασίας, όπως η ανασφάλεια της απασχόλησης, μπορούν να είναι ταυτόχρονα επιβλαβείς για την υγεία (Bound et al, 1999).

Ολοένα και περισσότερο αυξάνεται η ανησυχία ότι οι παρατηρούμενες κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις της υγείας πλήττουν ιδιαίτερα τις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι τα ηλικιωμένα μέλη του εργατικού δυναμικού. Η ηλικία ασκεί εκ φύσεως ένα αρνητικό αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Είναι

αναμενόμενο πως όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου εμφανίζονται περισσότερα προβλήματα υγείας: συχνά τα ηλικιωμένα μέλη του εργατικού δυναμικού επιλέγουν την πρόωρη έξοδο από την αγορά εργασίας λόγω εμφάνισης αυξημένης νοσηρότητας (Brown et al, 2008). Η πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω προβλημάτων υγείας σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά, έχει συντελέσει στο εξής: οι κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις της υγείας να αποτελούν μια σημαντική πρόκληση για τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και για τους ασφαλιστικούς φορείς των χωρών, οι οποίοι θα πρέπει να επωμιστούν το αυξανόμενο κόστος της φροντίδας των ηλικιωμένων μελών του πληθυσμού. Καθίσταται λοιπόν απαραίτητο να διερευνηθούν εκείνα τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων τα οποία επηρεάζουν την υγεία τους.

2. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Το αγαθό υγεία

Όταν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με τις ασθένειες και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανakλούν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες, κ.ά.). Δηλαδή η υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον (ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφερολογικών παραγόντων), που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του (Haan & Myck, 2009). Η έννοια της «υγείας» είναι συγγενής με την έννοια της «ικανότητας».

Η καλή υγεία σήμερα εξαρτάται από τις επενδύσεις που έχουν γίνει σε αυτήν, καθώς και από το ποσοστό απόσβεσης του ανθρώπινου κεφαλαίου (Grossman, 1972). Ήτοι: η τρέχουσα κατάσταση υγείας επηρεάζεται από τις αποφάσεις του παρελθόντος και από τις συνήθειες που μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διακοπούν (π.χ. το κάπνισμα ή ανθυγιεινή διατροφή). (Currie & Madrian, 1997). Η υγεία έχει αξία για τα άτομα

για δύο λόγους: πρώτον γιατί αυξάνεται η χρησιμότητά τους και δεύτερον γιατί διατηρεί την ενεργητικότητά τους. Για την μέτρηση της υγείας χρησιμοποιούνται συχνά οκτώ κατηγορίες στην εμπειρική βιβλιογραφία (Cuppie & Madrian, 1997, Grossman, 1972).

Προσωπική εκτίμηση της υγείας (άριστη, καλή, μέτρια έως κακή υγεία)

Ύπαρξη περιορισμών, σχετικών με την υγεία, στην ικανότητα για εργασία (αναπηρία)

Περιορισμοί στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL: Activities of Daily Living)

Χρόνιες και οξείες καταστάσεις ασθένειας

Συχνότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας (λήψη φαρμάκων, νοσηλείες)

Κλινικές εκτιμήσεις καταστάσεων (ψυχική υγεία, αλκοολισμός)

Διατροφικές συνήθειες και τρόπος ζωής

Θνησιμότητα

Ενώ η καλή υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη δυνατότητα απασχόλησης, η κακή υγεία είναι ένας επίσης σημαντικός παράγοντας που οδηγεί τα άτομα εκτός αγορά εργασίας ή μειώνει την πιθανότητα επανεισόδου σε αυτή και κατά συνέπεια ευθύνεται για την ύπαρξη περιόδων παρατεταμένης ανεργίας ή την πρόωρη έξοδο από το εργατικό δυναμικό (Haan & Myck 2009).

Από τις πρώτες θεωρητικές προσεγγίσεις στη σχέση υγείας-εργασίας είναι το υπόδειγμα του Grossman (1972) το οποίο εξετάζει την ατομική ζήτηση κεφαλαίου υγείας. Σύμφωνα με τον Grossman (1972) η κακή υγεία ασκεί αρνητική επίδραση στη δυνατότητα συμμετοχής στην αγορά εργασίας και μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή παραγωγικότητα. Από την άλλη πλευρά η χαμηλή παραγωγικότητα μειώνει το εισόδημα από την εργασία. Σαν αποτέλεσμα άτομα με κακή υγεία έχουν λιγότερες πιθανότητες να βρουν εργασία με ικανοποιητικό ημερομίσθιο. Άρα η υγεία και η εργασία συσχετίζονται θετικά: η καλύτερη υγεία οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα εύρεσης εργασίας, η κακή υγεία οδηγεί σε χαμηλότερη προσφορά εργασίας και σε λιγότερες πιθανότητες για συμμετοχή στην εργασία (Grossman, 1972).

Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση της ευημερίας σύμφωνα με την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, ανταπεξέρχεται στο στρες της ζωής, εργάζεται παραγωγικά και είναι ικανό να συνεισφέρει στην κοινότητά του. Σε αυτή τη θετική έννοια, η ψυχική υγεία είναι το θεμέλιο για την ατομική ευημερία και την αποτελεσματική λειτουργία μιας κοινότητας. Η ψυχική υγεία συσχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας, με την εργασιακή ανασφάλεια, τις αρνητικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, την επαγγελματική εξουθένωση και αυτή με τη σειρά της επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τη δυνατότητα για εργασία. (Berkham & Kawachi, 2000, Field et al. 2002, Dollard & Winefield, 2002).

Η ύπαρξη ψυχιατρικών προβλημάτων ελαττώνει σημαντικά την ικανότητα για εργασία. Σύμφωνα με τον Dockery (2006) η ψυχική υγεία αναφέρεται στο κατά πόσο οι συγκινήσεις ενός ατόμου, οι σκέψεις και η συμπεριφορά τον καθιστούν ικανό να λειτουργήσει αποτελεσματικά σαν μέλος μιας κοινωνίας. Αντιπροσωπεύει την ικανότητα του ατόμου να συνειδητοποιήσει τις δυνατότητές του.

2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οι δημογραφικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται περισσότερο στην βιβλιογραφία είναι η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και το φύλλο (Campolieti, 2002, Burchardt, 1999, Lindeboom et al., 2006, Cai et al., 2006, Currie & Madrian, 1997, Haan & Myck, 2009, Bound et al., 1999, Becker, 1973, Kalwij & Vermeulen, 2007)

Οι άνθρωποι ζούνε μαζί επειδή αυξάνουν την χρησιμότητά τους με το να μοιράζονται τις εργασίες τους, τις ευθύνες, το εισόδημα, τη φροντίδα των παιδιών (Becker, 1973). Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και οικογενειακής κατάστασης. Η ψυχική υγεία έχει επιπτώσεις στην οικογένεια. Επηρεάζει την οικογενειακή κατάσταση με δυο τρόπους: πρώτον προβλήματα υγείας, όπως οι νευρώσεις που εκδηλώνουν τα ζευγάρια μέσα στην οικογένεια επηρεάζουν αρνητικά και αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα κάποιος από τα παιδιά να παραμείνει ανύπαντρος.

Δεύτερον προβλήματα υγείας όπως οι ψυχώσεις αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα διαζυγίου ή διάστασης του ζευγαριού(Becker, 1973). Άρα η διάγνωση της ψύχωσης έχει σημαντική επίδραση πάνω στην πιθανότητα του διαζυγίου. Ταυτόχρονα όμως, η διάλυση του γάμου αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης της ψυχικής ασθένειας.

Επομένως η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και οικογενειακής κατάστασης ισχύει και αντίστροφα: από τη μια πλευρά η διάγνωση των ψυχώσεων και των άλλων ψυχικών ασθενειών καθιστούν περισσότερο πιθανό να συμβεί ένα διαζύγιο και από την άλλη πλευρά ένα διαζύγιο αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης της νεύρωσης.

Οι Baldwin και Johnson (1993), βρίσκουν ότι τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας εμφανίζονται κατά τη μέση ηλικία και δεν είναι μόνιμα. 11% των ατόμων με ανικανότητα για εργασία έχουν γεννηθεί με αναπηρία, 12% των ατόμων αποκτούν αναπηρία σε μικρή ηλικία και 75% των ατόμων αποκτούν αναπηρία κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Burchardt, 1999). Επίσης προτείνουν ότι τα άτομα με αναπηρία θα έπρεπε να χωριστούν σε 2 ομάδες. Σε αυτούς που απέκτησαν αναπηρία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και σε αυτούς που την απέκτησαν αργότερα. Η αναπηρία (μερική ή ολική ανικανότητα για εργασία λόγω προβλημάτων υγείας) μπορεί να μην είναι ξαφνική αλλά βαθμιαία επιδείνωση της υγείας (Burchardt, 1999). Οι αρνητικές επιδράσεις της αναπηρίας εξαρτώνται από την ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται. Στους άντρες εμφανίζεται στην ηλικία των 40 ετών και στις γυναίκες εμφανίζεται στην ηλικία των 30 ετών.

Εκτός από την περιορισμένη ικανότητα για εργασία και η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών επίσης έχει τεράστιες οικονομικές συνέπειες σε όλα τα επίπεδα της οικονομίας: επηρεάζει το εργατικό δυναμικό και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ενεργού εργατικού δυναμικού και παράλληλα σε αύξηση του μεριδίου των οικονομικά εξαρτώμενων ατόμων.

Οι Cai et al. (2006) αναφέρουν ότι είναι σημαντικό οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι να παραμένουν στην εργασία για δυο λόγους: πρώτον για να συγκρατήσουν τα γρήγορα αυξανόμενα έξοδα του κράτους, επειδή συνεισφέρουν στην οικονομία πληρώνοντας φόρους και ασφαλιστικά ταμεία και δεύτερον για να διατηρήσουν την επαρκή προσφορά εργασίας προς εθνικό όφελος, επειδή δεν θα υπάρχει έλλειψη εργατικού δυναμικού. Η επίδραση της υγείας στην συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό είναι μεγαλύτερη για τους ηλικιωμένους παρά για τους νεότερους.

Για έναν ηλικιωμένο η επιδείνωση της υγείας μειώνει την πιθανότητα για εργασία κατά περίπου 7% ενώ για έναν νεότερο άντρα η ίδια αλλαγή στην υγεία μειώνει την πιθανότητα για εργασία κατά 1%. Η υγεία λοιπόν επηρεάζει την εργασία. Όμως και η εργασία επηρεάζει την υγεία: άσχημες συνθήκες εργασίας, εργασιακό στρες. Αυτές οι αρνητικές επιδράσεις υπερτερούν άλλων θετικών επιδράσεων της εργασίας (Stern, 1996). Η μη σημαντικότητα των αρνητικών επιδράσεων της εργασίας στην υγεία μπορεί να οφείλεται σε μια διαδικασία εκούσιας επιλογής, δηλαδή, οι ηλικιωμένοι που διαλέγουν να παραμείνουν στην εργασία μπορεί να ασκούν επάγγελμα που έχει μικρή αρνητική επίδραση στην υγεία τους ή να είναι τόσο υγιείς ώστε οι επιδράσεις των άσχημων συνθηκών εργασίας ή του εργασιακού στρες δεν έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους.

Η υγεία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην απασχόληση καθ' όλη την διάρκεια της ζωής και συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 50 ετών (Haan & Myck 2009). Οι Brown et al (2008) ισχυρίζονται ότι η μικρή ηλικία σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καλύτερης υγείας. Η κακή υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που είτε οδηγεί τα άτομα εκτός εργασίας είτε μειώνει την πιθανότητα εισόδου στην αγορά εργασίας, ειδικά για τους μεγαλύτερους σε ηλικία καθώς η υγεία επιδεινώνεται με την ηλικία. Κατά συνέπεια είναι το κλειδί που προσδιορίζει την αδράνεια στην αγορά εργασίας.

Τα προβλήματα υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση της κατάστασης υγείας για δύο λόγους: πρώτον επειδή μας βοηθούν να εξηγήσουμε τα ποσοστά αναπηρίας και δεύτερον επειδή όταν οδηγούν σε απρογραμμάτιστες νοσηλείες σε νοσοκομείο επηρεάζουν το ξεκίνημα μιας αναπηρίας ενώ το άτομο είναι ακόμη σε ηλικία που εργάζεται. Το ξεκίνημα της αναπηρίας επηρεάζει κατά διπλάσιο ποσοστό τους άντρες παρά τις γυναίκες τα δε άτομα με βεβαρημένη υγεία κατά την παιδική ηλικία έχουν πιο συχνά προβλήματα υγείας και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν άτομα με αναπηρία και άνεργοι κατά την διάρκεια της νεαρής τους ηλικίας (Campolieti, 2002).

Καθώς η διάρκεια ζωής έχει επιμηκυνθεί τα τελευταία 100 χρόνια και καθώς οι εργαζόμενοι αποσύρονται σε νεαρότερη ηλικία από ότι τα προηγούμενα χρόνια (Lazear, 1986, Lumsdaine, Mitchell, 1999) οι Kalwij και Vermeulen (2007) εξετάζουν πιο ερευνητικά την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό των ηλικιωμένων

Ευρωπαίων λαμβάνοντας υπ' όψιν τα προσωπικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις αποφάσεις/επιλογές των ατόμων για εργασία.

Οι Kalwij και Vermeulen (2007) έχουν διεξάγει μια έρευνα που βασίζεται σε δυο διαδικασίες: πρώτον εστιάζει στις συστηματικές διαφορές αφ' ενός στην κατάσταση της υγείας και αφετέρου στη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και δεύτερον αναλύει/εξετάζει πώς η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό των ηλικιωμένων Ευρωπαίων (από 50 ετών μέχρι την ηλικία συνταξιοδότησης) επηρεάζεται από κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την υγεία.

Η έρευνα καλύπτει 11 χώρες: Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία, Σουηδία και Ελβετία.

Κατάσταση υγείας

Οι Kalwij και Vermeulen (2007) θεωρούν ότι η κακή ψυχική υγεία έχει τρία (3) συμπτώματα: κατάθλιψη, απαισιοδοξία, τάση για αυτοκτονία ή ενοχή. Η υποκειμενική υγεία (self-reported health) έχει πέντε (5) επίπεδα: πολύ καλή, καλή, όχι καλή, κακή, πολύ κακή. Έχουν βρει ότι το 14% των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών είχαν κάποτε μια σοβαρή ασθένεια. Στο Βέλγιο το ποσοστό ανέρχεται στο 17% και στην Ελβετία κατεβαίνει στο 9%. Περισσότεροι από 60% είχαν κάποτε κάποια ελαφριά ασθένεια. Στο Βέλγιο το ποσοστό ανέρχεται στο 68% και στην Ελβετία στο 45%. Περίπου 38% των δειγμάτων υποφέρουν από περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες. Περίπου 42% είναι υπέρβαροι και 17% είναι παχύσαρκοι. Άρα 59% έχουν πρόβλημα βάρους.

Το 1/5 των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών έχουν κακή ψυχική υγεία: οι Γάλλοι 50%, οι Γερμανοί 15%. Περίπου το 73% των δειγμάτων έχουν καλή φυσική υγεία. Η κακή υγεία παραμένει κάτω του 10% μέχρι την ηλικία των 40 ετών και μετά επιδεινώνεται σχετικά γρήγορα. 17% των εργαζομένων ηλικίας 50 ετών δηλώνουν κακή ή πολύ κακή υγεία και αυτή η αναλογία αυξάνεται στο 22,9% και φτάνει το 25,4% στην ηλικία των 57 ετών. Το 5% της κακής υγείας παρατηρείται στα 30 έτη, φτάνει το 24,9% στα 55 έτη και πέφτει ελαφρώς στο 23,8% στα 59 έτη. Η μη απασχόληση ταλαντεύεται 8% -11% μέχρι τα 45 έτη, φτάνει το 15,7% στα 50 έτη, 25,7% στα 55 έτη και 47,2% στα 59 έτη (Kalwij και Vermeulen, 2007).

Οι άμεσες επιδράσεις των προβλημάτων υγείας στην εργασία είναι δύσκολο να εντοπισθούν. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο μέσω της επίδρασης που έχουν τα προβλήματα υγείας στην υγεία: τα προβλήματα υγείας προκαλούν αναπηρίες οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την εργασία. Επομένως τα προβλήματα υγείας μπορούν να θεωρηθούν ως μέσο για την επίδραση της αναπηρίας στην εργασία. Το ξεκίνημα μιας αναπηρίας θεωρείται απρόβλεπτο γεγονός και συμβαίνει σχετικά σπάνια: ευθύνεται μόνο για το 6,6% από όλες τις αναπηρίες στην ηλικία των 40 ετών (Kalwij και Vermeulen, 2007).

Εργατικό δυναμικό

Οι Kalwij και Vermeulen (2007), χρησιμοποιούν τρεις (3) διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες: 50-54, 55-59, 60-64. Υπάρχει ποικιλία στα ποσοστά συμμετοχής και ανάμεσα στις ηλικιακές κατηγορίες και ανάμεσα στις χώρες. Πχ η συμμετοχή των αντρών από 55-64 είναι υψηλή στην Δανία, Σουηδία και Ελβετία. Στο Βέλγιο είναι χαμηλότερη, 40%, ενώ στην Λισσαβόνα είναι 50%. Όσον αφορά την ηλικία, αυτή δεν επηρεάζει την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό εάν είναι μικρότερη των 56 ετών εκτός από την Αυστρία, το Βέλγιο και την Ιταλία. Ειδικά στην Αυστρία ένας άντρας 56 ετών έχει 25% λιγότερες πιθανότητες να εργασθεί από έναν άντρα 50 ετών. Στη Γερμανία, Κάτω Χώρες και Ισπανία μόνο η ηλικία των 60 ετών επηρεάζει την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό, στη δε Σουηδία και Ελβετία η ηλικία δεν επηρεάζει την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό παρά μόνο όταν ένα άτομο πλησιάζει την ηλικία συνταξιοδότησης.

Κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην ηλικία των 25 χρονών τα ποσοστά αναπηρίας είναι 5% για άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και 4% για άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Στην ηλικία των 40 χρόνων τα ποσοστά είναι 13% και 10% αντίστοιχα. Οι συνθήκες της προ παιδικής ηλικίας επηρεάζουν σημαντικά και την εργασία και την υγεία. Η υγεία των παιδιών με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο επιδεινώνεται γρηγορότερα. Είναι πιο εύκολη η μετάβαση από άτομα χωρίς αναπηρία σε άτομα με αναπηρία από ότι το αντίστροφο. Το ποσοστό μετάβασης αυξάνεται με την ηλικία.

Φύλο

Είναι γεγονός πως και τα δυο φύλα αξιολογούν διαφορετικά την κατάσταση της υγείας τους. Οι άντρες αναφέρουν συστηματικά υψηλότερες αυτοεκτιμήσεις συγκριτικά με τις γυναίκες. Όμως για τους άντρες είναι περισσότερο πιθανό από ότι για τις γυναίκες να γίνουν ανίκανοι κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (εργατικά ατυχήματα) (Lindeboom et al., 2006). Επιπλέον φαίνεται πως διαφορετικά συστατικά στοιχεία της ατομικής κοινωνικό-οικονομικής θέσης επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την υγεία αντρών και γυναικών. Οι μεν άντρες φαίνεται να επηρεάζονται κυρίως από την κατάσταση απασχόλησής τους, οι δε γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται από δημογραφικούς κυρίως παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση (Lindeboom et al., 2006).

Οι άντρες είναι πιο επιρρεπείς στα προβλήματα υγείας από ότι οι γυναίκες (77% για τους άντρες, 42% για τις γυναίκες) κυρίως όταν αφορούν την εργασία και τα σπορ. Και για τους άντρες και για τις γυναίκες οι πιθανότητες για προβλήματα υγείας είναι περισσότερες στη δεκαετία των 30 ετών και λιγότερες αργότερα (Lindeboom et al., 2006).

Έχει αποδειχθεί ότι για τους άντρες τα ποσοστά απασχόλησης αυξάνονται κατακόρυφα από την ηλικία των 16 ετών, οπότε ολοκληρώνεται η υποχρεωτική μόρφωση, μέχρι την ηλικία των 25 ετών. Από την ηλικία των 25 ετών και μετά τα ποσοστά απασχόλησης αρχίζουν να μειώνονται. Για τις γυναίκες τα ποσοστά απασχόλησης αρχίζουν να αυξάνονται μετά την ηλικία των 28 ετών (Lindeboom et al., 2006).

Οι Kalwij και Vermeulen (2007) αναφέρουν ότι η επιδείνωση της υγείας με την ηλικία αρχίζει νωρίτερα για τις γυναίκες σε πολλές χώρες. Πχ στο Βέλγιο 17% των γυναικών που είναι 54 ετών έχουν λιγότερες πιθανότητες για εργασία από τις γυναίκες των 50 ετών. Στη Γερμανία, Κάτω Χώρες και Δανία η ηλικία επηρεάζει την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό όταν η γυναίκα γίνει 60 ετών.

Οι άντρες και γυναίκες χωρίς αναπηρία με εκπαιδευτικά προσόντα είναι περισσότερο πιθανό να βρουν εργασία από ότι αυτοί που δεν έχουν προσόντα. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με αναπηρία και μάλιστα για αυτούς έχει μεγαλύτερη βαρύτητα επειδή

είναι πολύ σημαντικό να αποκτήσει κάποιο άτομο με αναπηρία προσόντα. Οι παντρεμένοι άντρες, με αναπηρία και χωρίς αναπηρία, μπορούν ευκολότερα να βρουν εργασία. Για τις γυναίκες ισχύει το αντίθετο λόγω του ρόλου της γυναίκας στην οικογένεια (φροντίδα παιδιών). Οι άντρες και οι γυναίκες με πολλαπλά προβλήματα υγείας είναι λιγότερο πιθανό να βρουν εργασία. Γενικά οι άντρες με όλους τους τύπους αναπηρίας κερδίζουν πολύ περισσότερα από εκείνους που έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας με εξαίρεση τις γυναίκες που έχουν προβλήματα όρασης και ακοής (Kalwij και Vermeulen 2007).

Οι Loprest et al. (1995) παρατηρούν ότι οι επιπτώσεις των αναπηριών στη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες και τις ανύπαντρες γυναίκες από ότι για τις παντρεμένες γυναίκες. Οι γυναίκες μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να δώσουν την αναπηρία ως λόγο για την έξοδο από το εργατικό δυναμικό όταν κάνουν λιγότερο σωματικά κουραστικές εργασίες. Όμως αυτό δεν ισχύει και για τις ανύπαντρες και για τις παντρεμένες γυναίκες. Η διαφορά αυτή, ότι δηλαδή τα ποσοστά εξόδου από την εργασία των ανύπαντρων γυναικών δεν είναι ίδια με τα ποσοστά των παντρεμένων γυναικών δεν εξηγείται παρά μόνο από το αν οι παντρεμένες γυναίκες κατέχουν διαφορετικές θέσεις εργασίας. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι γυναίκες, όταν είναι έξω από το εργατικό δυναμικό, είναι λιγότερο στιγματισμένες από τους άνδρες, επειδή η εργασία για μεν τους άντρες είναι θέμα υποχρέωσης ενώ για τις γυναίκες είναι περισσότερο θέμα επιλογής (Ettner, 1997).

Η Lixin Cai, (2007) ισχυρίζεται ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ υγείας και εργασίας. Όσο καλύτερη είναι η υγεία τόσο πιο πιθανή είναι η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και για τους άντρες και για τις γυναίκες. Η αντίστροφη επίδραση, δηλαδή η επίδραση της εργασίας στην υγεία είναι διαφορετική μεταξύ αντρών και γυναικών. Για τους άντρες η επίδραση της εργασίας στην υγεία είναι μεγαλύτερη ίσως επειδή οι άντρες ασκούν περισσότερο απαιτητικά επαγγέλματα.

Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά εργασίας/απασχόλησης από τους άντρες. Επί πλέον οι γυναίκες είναι πιθανότερο να γίνουν από εργαζόμενες μη εργαζόμενες και λιγότερο πιθανό να βρουν εργασία. Ο λόγος δεν είναι μόνο ότι αργούν να ξεκινήσουν την καριέρα τους αλλά και ότι είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν την εργασία (Lixin Cai, 2007).

Σύμφωνα με τους Ettner et al (1997), μελέτες έχουν δείξει ότι τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας για τις γυναίκες ήταν απλές φοβίες (13%), κατάθλιψη (12%) και κοινωνική φοβία (8%). Για τους άντρες τα πιο συνηθισμένα προβλήματα υγείας ήταν εξάρτηση από το αλκοόλ (10%), κατάθλιψη (7%) και κοινωνική φοβία (6%).

Για τους άντρες και για τις γυναίκες με προβλήματα υγείας (κατάθλιψη, αγοραφοβία, εξάρτηση από φάρμακα, εξάρτηση από το αλκοόλ) οι πιθανότητες εισόδου στην αγορά εργασίας είναι χαμηλότερες. Οι γυναίκες με προβλήματα υγείας (αγοραφοβία, σχιζοφρένεια) έχουν χαμηλότερες αποδοχές. Επιπλέον για τις ηλικιωμένες γυναίκες βρέθηκε ότι η επίδραση των προβλημάτων υγείας είναι μεγαλύτερη από την επίδραση των περιορισμών που θέτει κάποιος από μόνος του στην εργασία (Ettner et al, 1997).

Οι άντρες και γυναίκες με αναπηρία έχουν λιγότερα προσόντα από τους άντρες και γυναίκες χωρίς αναπηρία. Μια επιπλέον διαπίστωση: οι άντρες κάνουν περισσότερες υπερωρίες από τις γυναίκες και τα άτομα χωρίς αναπηρία κάνουν περισσότερες υπερωρίες από τα άτομα με αναπηρία (Kidd et al, 1998). Ίσως λόγω εγωισμού, επειδή ο εργαζόμενος με προβλήματα αναπηρίας δεν είναι το ίδιο παραγωγικός όπως ο υγιής εργαζόμενος.

Εκτίμηση της υγείας

Ο Leroux(2010), συγκρίνει τις επιδράσεις της ψυχικής και σωματικής υγείας στην απασχόληση για να βρει αν αυτές οι επιδράσεις διαφέρουν για τα άτομα που απαντούν οι ίδιοι για λογαριασμό τους από τα άτομα για τα οποία απαντούν τρίτα πρόσωπα, από το οικογενειακό περιβάλλον.

Αυτοί που απαντούν οι ίδιοι για λογαριασμό τους μπορεί να είναι προκατειλημμένοι στις εκτιμήσεις τους για την υγεία, επειδή τα άτομα που δεν έχουν εργασία μπορεί να υποτιμήσουν την υγεία τους για να δικαιολογήσουν την έλλειψη απασχόλησης. Αυτό συμβαίνει περισσότερο στους άντρες παρά στις γυναίκες (Bound, 1995).

Από τη βάση πληροφοριών βρέθηκε ότι το 27% των αντρών και το 12% των γυναικών ανέφεραν την κατάσταση της υγείας τους μέσω τρίτων προσώπων (οικογενειακό περιβάλλον). Το 17% των αντρών και το 40% των γυναικών ανέφεραν την κατάσταση της υγείας τους από μόνοι τους (Leroux, 2010).

Για τα άτομα που εργάζονται υπάρχει μεγάλη συμφωνία ανάμεσα στις αναφορές αυτών που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους μέσω τρίτων προσώπων και αυτών που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους από μόνοι τους. Έτσι το 92% των ατόμων που εργάζονται και που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους από μόνοι τους, δηλώνουν ότι είναι σε καλή υγεία. Και το 93% των ατόμων που εργάζονται και που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους μέσω τρίτων προσώπων είναι σε καλή υγεία. Άρα οι εκτιμήσεις και των δυο περιπτώσεων (αυτοί που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους μέσω τρίτων προσώπων και αυτοί που αναφέρουν την κατάσταση της υγείας τους από μόνοι τους) για την ψυχική υγεία είναι σχεδόν ίδιες για τους άντρες και τις γυναίκες που εργάζονται (Leroux, 2010).

2.2.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η σχέση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η εκπαίδευση τυπικά ολοκληρώνεται στη νεαρή ηλικία, έχει το μειονέκτημα ότι δεν περιλαμβάνει ούτε την επαγγελματική εξειδίκευση, ούτε τις υπόλοιπες επενδύσεις σε εκπαίδευση, που γίνονται κατά την ενηλικίωση για επαγγελματικούς κυρίως λόγους, αλλά ούτε και τις μεταβολές στην ατομική οικονομική κατάσταση μετά τα πρώτα στάδια της ενηλικίωσης.

Η εκπαίδευση συχνά αντιμετωπίζεται προκαθορισμένα. Οι περισσότερες επενδύσεις, όσον αφορά την εκπαίδευση, θα πρέπει να γίνονται νωρίς στον κύκλο ζωής (Weiss, 1986). Αυτό δεν ισχύει για την υγεία δεδομένου ότι οι εργαζόμενοι κάνουν πολλές επενδύσεις στον τομέα της υγείας αργότερα στη ζωή. Έτσι, η ενδογένεια της υγείας μπορεί να είναι μεγαλύτερη δυνητική πηγή μεροληψίας από την ενδογένεια της εκπαίδευσης, σε πολλές εφαρμογές (Currie & Madrian, 1997). (Η εκτίμηση της υγείας σε μια συγκεκριμένη ηλικία μπορεί να μην είναι αντικειμενική επειδή δεν έχουν γίνει στο παρελθόν δηλαδή σε νεαρή ηλικία, επενδύσεις σε αυτή π.χ. σωστή διατροφή, σπορ). Η μόρφωση θα μπορούσε να κάνει την εργασία περισσότερο ελκυστική από τον ελεύθερο χρόνο και κατά συνέπεια θα μπορούσε να έχει θετική επίδραση στο καθαρό εισόδημα (Stewart, 1999). (π.χ. οι επιστήμονες διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους στη μελέτη, πράγμα που αποβαίνει προς ίδιον όφελος).

Τα επίπεδα της απασχόλησης είναι σημαντικά χαμηλότερα μεταξύ εκείνων με χαμηλή εκπαίδευση και η διαφορά αυξάνεται με την ηλικία. Υπάρχει μια διαφορά στο ποσοστό των ανδρών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, από την ηλικία περίπου των 38 ετών. Ανάμεσα στα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση η διαφορά είναι τόσο υψηλή όσο 28,4 ποσοστιαίες μονάδες για τα άτομα ηλικίας 48 ετών, ενώ για άτομα με υψηλή μόρφωση υπολογίζεται σε πάνω από 20 ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ των ατόμων ηλικίας 54 ετών. (Haan & Myck, 2009).

Παράλληλα με την εκπαίδευση επηρεάζει την απασχόληση και η υγεία: στην ηλικία των 35 η διαφορά στο ποσοστό απασχόλησης μεταξύ αυτών με καλή υγεία και αυτών με κακή υγεία είναι 2,8 για τα υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης και 19,1 για τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης.

Η εκπαίδευση, μαζί με την κατάσταση της αγοράς εργασίας και το εισόδημα των νοικοκυριών, σχετίζεται θετικά με την υγεία, όμως δεν σχετίζεται πάντα θετικά με την εξεύρεση εργασίας: αυτοί που έχουν κάποιο υπόβαθρο εκπαίδευσης και που αρχικά εκτίμησαν ότι θα έχουν επιτυχία στην αγορά εργασίας (θα βρουν δουλειά), είναι πιθανότερο να βρουν δουλειά μέσα σε 6 μήνες: ούτε το επίπεδο της ψυχικής υγείας, ούτε η οικονομική πίεση και τα προσωπικά χαρακτηριστικά φαίνεται να παίζουν ρόλο στο να βρει κάποιος απόφοιτος κολλεγίου εργασία. Αντίθετα, υποκειμενικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν αποφασιστικό ρόλο στο να βρει κάποιος απόφοιτος κολλεγίου δουλειά. Η αυτοεπιλογή στην αγορά εργασίας (σωστή επιλογή εργασίας), η εμπιστοσύνη που έχει κάποιος στον εαυτό του και ένας κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης (ελιγμοί και συμπεριφορά) είναι οι σημαντικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα επιτυχίας στην αγορά εργασίας (Schaufeli, 1997).

Γενικά και για τα άτομα χωρίς αναπηρία και για τα άτομα με αναπηρία η εκπαίδευση αυξάνει την πιθανότητα της συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν τυπικά προσόντα: τα άτομα με αναπηρία χωρίς μόρφωση αντιμετωπίζουν χαμηλή συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό σε συνδυασμό με χαμηλούς μισθούς (Kidd et al., 2000).

2.2.3 ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

2.2.3.1 Εργασία

Η αναπηρία συχνά περιπλέκει τις σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και εργασίας. (Fassinger, 2008), επειδή μπορεί να επηρεάζει την παραγωγικότητα της εργασίας και τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων. Η αναπηρία οδηγεί σε ανικανότητα για εργασία (Ο' Donnell, 1998). Τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες έχει παρατηρηθεί μείωση στη συμμετοχή στην εργασία και ταυτόχρονα αύξηση στην ένταξη σε προγράμματα επιδομάτων αναπηρίας (Parsons et al, 1998). Εάν υποθέσουμε ότι η μειωμένη ικανότητα για εργασία συνεπάγεται αποχή από την εργασία τότε η ικανότητα για εργασία έχει μια αρνητική ένδειξη της αξίας του δείκτη εργασίας.

Η αναπηρία εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα που δεν έχουν προσόντα και σε άτομα με χαμηλό εισόδημα. Για πολλά άτομα δεν είναι μόνιμη κατάσταση, για τους περισσότερους από τους μισούς μια αναπηρία διαρκεί περίπου δύο χρόνια. (Burchardt, 1999). Μεγάλος δε αριθμός των ατόμων με αναπηρία επιστρέφει στην εργασία και κυρίως αυτοί που έχουν εμπειρία και περισσότερα προσόντα. (Buddelmeyer, 2005).

Ο Ο' Donnell, (1998) μελετά την αναπηρία στη Μ. Βρετανία. Αυτή ανήλθε στο 11,5%. Στην έρευνά του ρωτά τους μη εργαζόμενους το λόγο γιατί δεν εργάζονται για να πάρει πληροφορίες για την ικανότητα για εργασία. Οι απαντήσεις ήταν: προβλήματα υγείας που τους καθιστούν ανίκανους να κάνουν οποιαδήποτε εργασία, δεν έχουν βρει κατάλληλη εργασία και δεν θέλουν ή δεν χρειάζονται αμειβόμενη εργασία.

Τα άτομα που έδωσαν την πρώτη από τις απαντήσεις χαρακτηρίζονται σαν «ανίκανοι για εργασία». Τα άτομα που έδωσαν τη δεύτερη από τις απαντήσεις δεν μπορούν να χαρακτηριστούν «ανίκανοι» γιατί μπορεί να είχαν ευκαιρίες να εργαστούν αλλά προτίμησαν να μην εργαστούν. Τα άτομα αυτά καθώς και τα άτομα που έδωσαν την τρίτη από τις απαντήσεις χαρακτηρίζονται σαν «ικανοί» αλλά δεν θέλουν να εργαστούν (Από 1500 μη εργαζόμενους, 1000 περίπου χαρακτηρίστηκαν σαν «ανίκανοι για εργασία» ενώ οι υπόλοιποι 500 χαρακτηρίστηκαν σαν «μη εργαζόμενοι αλλά με ικανότητα για εργασία»).

Εάν ένα άτομο μπορεί να εργαστεί αλλά δεν μπορεί να βρει δουλειά αυτό συνεπάγεται σαν «ανισορροπία στην αγορά εργασίας». Ο λόγος που τα άτομα με αναπηρία θέλουν να δουλέψουν αλλά δεν μπορούν να βρουν εργασία είναι ότι οι εργοδότες αρνούνται να πληρώσουν υψηλούς μισθούς σε άτομα με μειωμένη απόδοση, επειδή η αναπηρία καθιστά τα άτομα ανίκανα να κάνουν ορισμένες συγκεκριμένες εργασίες: χειρισμό μηχανημάτων, συγκέντρωση για καθορισμένες περιόδους, επικοινωνία με πελάτες.

Οι Jones et al., (2006) μελετούν την σχέση αναπηρίας και εργασίας στη Μ. Βρετανία. Ένας στους πέντε εργαζόμενους στη Μεγάλη Βρετανία είναι άτομο με αναπηρία (Smith, Twomey, 2006). Η Αγγλία έχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό αναπηρίας ανάμεσα σε 15 ευρωπαϊκές χώρες μετά την Φιλανδία. 28% η Αγγλία και 32% η Φιλανδία. Η Αγγλία αντιμετωπίζει διπλό πρόβλημα: όχι μόνο τα ποσοστά της αναπηρίας είναι υψηλά αλλά και τα ποσοστά εργασίας των ατόμων με αναπηρία είναι χαμηλά. Παρατηρείται δε συγκεντρωμένο ποσοστό αναπηρίας στα βόρεια (16%) και λιγότερο στα νοτιοανατολικά και νότια (9%) (Smith, Twomey, 2006).

Το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων με αναπηρία εκτιμάται ότι είναι περίπου το μισό του ποσοστού των ατόμων χωρίς αναπηρία. Ο O'Donnell, (1998) θεωρεί ότι αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι σωστά γιατί υπάρχουν μερικά άτομα με αναπηρία που δεν μπορούν να εργασθούν, άρα δεν υπολογίζονται στην μέτρηση των ποσοστών. Επίσης θεωρεί ότι η απασχόληση είναι αποτέλεσμα δυο αποφάσεων: αφ' ενός της ικανότητας για εργασία και αφετέρου της επιθυμίας για εργασία. Όταν χρησιμοποιούμε αυτοαναφερόμενη ικανότητα μπορεί να υπάρχουν λάθη τα οποία είναι ενδογενή και επηρεάζουν τις εκτιμήσεις (Bound, Kreider, 2007).

Για παράδειγμα μπορεί κάποιος να δηλώσει ανικανότητα για να μην θεωρηθεί άνεργος κατ' επιλογή. Επίσης μπορεί κάποιος να δηλώσει ανικανότητα για να ενταχθεί στο πρόγραμμα ασφάλισης αναπηρίας. Άρα όσο λιγότερη είναι η διάθεση για εργασία, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να δηλώσει κάποιος ανικανότητα για ένα δεδομένο επίπεδο αναπηρίας. Το μέτρο της σοβαρότητας της αναπηρίας συνδέεται αρνητικά με την ικανότητα για εργασία. Τη μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην ικανότητα για εργασία έχει η έλλειψη κινητικότητας: άτομα που δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μαζικής μεταφοράς είναι λιγότερο πιθανό να είναι σε θέση να εργαστούν. Άτομα με προβλήματα ακοής έχουν

μεγαλύτερη ικανότητα για εργασία (Kreider, 2007) ενώ άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν μεγαλύτερη ανικανότητα για εργασία. Ακολουθούν οι ασθένειες κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος.

Αν δεν προσδιορίσουμε την ανικανότητα για εργασία δηλαδή να βρούμε αν η αναπηρία οφείλεται σε πραγματική ανικανότητα και όχι σε επιλογή του ατόμου να μην εργασθεί τότε υπάρχει πιθανότητα να υπερεκτιμηθεί η επίδραση των οικονομικών κινήτρων στην απασχόληση. Ο Madden, (1986) τονίζει ότι είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε την ανικανότητα για εργασία στα άτομα με αναπηρία, αν δηλαδή δεν εργάζονται είτε γιατί δεν μπορούν είτε γιατί δεν το επιθυμούν και θεωρεί ότι είναι σημαντικό να βρούμε την επίδραση της ανικανότητας πάνω στην παραγωγικότητα. Έρευνες έχουν ασχοληθεί με το είδος της απασχόλησης των ατόμων με αναπηρία. Ο Jones, (2001) βρήκε ότι τα άτομα με αναπηρία μπορούν να συγκεντρωθούν περισσότερο σε μερικής απασχόλησης εργασία. Όμως αμφισβητείται αν αυτή η ικανότητα οφείλεται σε ικανότητα προσαρμογής και όχι στη διάκριση των εργοδοτών.

Επίσης σύμφωνα με τους Hum and Simpson, (1999) τα άτομα με αναπηρία έχουν χαμηλά ποσοστά συμμετοχής στην εργασία, μεσαία ωράρια και μεσαίες αποδοχές. Εξετάζουν την επίδραση, τη σοβαρότητα (σοβαρή, μέτρια, καθόλου) και τον τύπο της αναπηρίας (κινητική, αισθητηριακή, ψυχική) και βρίσκουν ότι μόνο οι αναπηρίες που έχουν σχέση με τις αισθήσεις ακοή, όραση κτλ δεν επηρεάζουν την εργασία.

Σύμφωνα με τον Wolfe (2003), η αρνητική επίδραση στην εργασία δεν εξαρτάται μόνο από τον τύπο και τη σοβαρότητα της αναπηρίας αλλά και από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος-λεκτική, χωροταξική, αριθμητική ικανότητα, δύναμη και σωματικές απαιτήσεις της εργασίας. Σύμφωνα δε με τον Burkhauser (1997), οι προσαρμογές που γίνονται στο χώρο εργασίας για τα άτομα με αναπηρία έχουν θετική επίδραση, επειδή όμως είναι δαπανηρές, μπορεί οι εργοδότες να μειώσουν τους μισθούς των ατόμων με αναπηρία. Αυτή η μείωση εξαρτάται και από το αν ο υπάλληλος απέκτησε αναπηρία στην εταιρία που εργάζεται τώρα και όχι σε κάποια εταιρία που εργαζόταν πριν.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με αναπηρία δεν επιλέγουν συγκεκριμένα επαγγέλματα και προτιμούν μερική και προσωρινή απασχόληση (Schur, Hotchkiss, 2004). Το ερώτημα είναι αν αυτό είναι αποτέλεσμα διάκρισης ή

προσωπική επιλογή. Ο Schur, (2003) βρίσκει ότι υπάρχουν τρεις λόγοι που τα άτομα με αναπηρία δεν επιλέγουν συγκεκριμένα επαγγέλματα: τα επιδόματα που παίρνουν, η διάκριση των εργοδοτών εις βάρος τους και η ευελιξία που πρέπει να έχουν. Από αυτούς τους τρεις λόγους κυριότερος είναι η ευελιξία.

Οι Blank et al., (1995) έχουν βρει ότι τα άτομα με αναπηρία που αυτοαπασχολούνται είναι διπλάσια από τα άτομα χωρίς αναπηρία που αυτοαπασχολούνται. Υπάρχουν δυο εξηγήσεις για αυτό: πρώτον η μείωση των μισθών από πλευράς εργοδοτών ωθούν τα άτομα με αναπηρία στην αυτοαπαχόληση και δεύτερον η μεγαλύτερη ελευθερία και ευελιξία που υπάρχουν στην αυτοαπαχόληση προσελκύουν τα άτομα με αναπηρία.

Οι Mitchell & Anderson (1989), αναφέρουν ότι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη συμμετοχή στην απασχόληση είναι η γήρανση (η επιθυμία για εργασία ελαττώνεται με την ηλικία), οι υποχρεώσεις (στους έγγαμους η επιθυμία για εργασία αυξάνεται), τα προβλήματα ψυχικής υγείας (που είναι και οι μόνοι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό).

Οι Ettner et al. (1997) αναφέρουν ότι τα άτομα με προβλήματα υγείας έχουν αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης στη δουλειά τους, μη επίγνωση των δυνατοτήτων τους, άγνοια και αφηρημάδα. Ως εκ τούτου έχουν χαμηλότερη παραγωγικότητα και αυτό οδηγεί σε μείωση της συμμετοχής στην αγορά εργασίας. Τα προβλήματα υγείας μπορεί να επηρεάζουν και απ' ευθείας την εργασία είτε γιατί οι ασθενείς δεν μπορούν να βρουν δουλειά είτε γιατί δεν μπορούν να τη διατηρήσουν ή μπορεί να μην ενδιαφέρονται να εργαστούν επειδή έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Εκτός από τα προβλήματα υγείας υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό: η ηλικία συνταξιοδότησης, συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο, οι πιθανότητες για πρόωρη συνταξιοδότηση, ο φόρος εισοδήματος όταν ο φορολογούμενος είναι συνταξιούχος και τέλος τα προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η μόρφωση και η κατάσταση υγείας. (Kalwij & Vermeulen, 2007).

Η υγεία έχει μια θετική και σημαντική επίδραση στην πιθανότητα συμμετοχής στην αγορά εργασίας και οι επιπτώσεις είναι μεγάλες (διότι υπάρχει και ατομικό και κοινωνικό όφελος). Τα άτομα με καλή υγεία εμφανίζουν 61% υψηλότερες πιθανότητες απασχόλησης. Το 78% των ατόμων με χρόνιες ασθένειες είναι εκτός

εργασίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για άτομα χωρίς χρόνιες ασθένειες είναι 27%. Πιο ειδικά τα άτομα που είναι παντρεμένα είναι περισσότερο πιθανό να συμμετέχουν στην αγορά εργασίας, εάν είναι παντρεμένα και δεν είναι μεγάλης ηλικίας και λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν στην αγορά εργασίας αν είναι μεγαλύτερης ηλικίας (55-64 ετών), αν έχουν ευθύνες φροντίδας για έναν ενήλικα ή αν έχουν παιδιά σχολικής ηλικίας (Kalwij & Vermeulen, 2007).

2.2.3.2 Παραγωγικότητα

Η Jones (2008), αναφέρει ότι η κακή υγεία και αναπηρία των εργαζομένων είναι δυνατόν να ελαττώσουν την παραγωγικότητα στην εργασία. Όμως αυτή η επίδραση στην παραγωγικότητα ποικίλει ανάλογα με το είδος της εργασίας και τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Δυσκολίες στην πρόσβαση στην εργασία μπορεί να την επηρεάσουν και κατά συνέπεια να αυξήσουν τον μισθό επιφύλαξης. Ακόμα, τα επιδόματα ανεργίας που μπορεί να πάρει ένα άτομο μπορεί να αυξηθούν με το ξεκίνημα μιας αναπηρίας και κατά συνέπεια να αυξηθεί ο μισθός επιφύλαξης και να ελαττωθεί η παραγωγικότητα. Όμως αυτή η ελάττωση μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι οι εργοδότες ίσως να κάνουν διάκριση σε βάρος των ατόμων με αναπηρία.

Τα άτομα με αναπηρία κερδίζουν σημαντικά λιγότερα από τα άτομα χωρίς αναπηρία ακόμα και αν εξαλείψουμε τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τα επαγγέλματα (Baldwin, Johnson, 1994). Όμως μπορεί να συμβαίνει αυτό επειδή υπάρχουν διαφορές ως προς την παραγωγικότητα, οι οποίες δεν μπορούν να μετρηθούν. Αυτές οι διαφορές είναι πιθανό να ευθύνονται για την δυσαναλογία των μισθών ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία και στα άτομα χωρίς αναπηρία. Ένας τρόπος να ξεχωρίσουμε την επίδραση της υγείας από την επίδραση της διάκρισης είναι να χωρίσουμε τα άτομα με αναπηρία σε ομάδες ανάλογα με την πιθανότητα που έχουν να αντιμετωπίσουν διαφορετικές προκαταλήψεις.

Οι Johnson και Lambrinos, (1985) χαρακτηρίζουν τα άτομα με αναπηρία σαν άτομα με ειδικές ανάγκες και λαμβάνουν υπ' όψιν όχι τη σοβαρότητα της αναπηρίας αλλά το αν το πρόβλημα είναι ορατό. Χαρακτηρίζουν τα άτομα με αναπηρία σαν άτομα που μπορεί να αντιμετωπίζουν λίγη προκατάληψη αλλά έχουν προβλήματα υγείας που επηρεάζουν την παραγωγικότητα. Στη συνέχεια συγκρίνουν τα αποτελέσματα με

τα άτομα που αντιμετωπίζουν πλήρη προκατάληψη: αυτοί με προβλήματα που αντιμετωπίζουν προκατάληψη έχουν χαμηλότερα ημερομίσθια από αυτούς με προβλήματα που δεν αντιμετωπίζουν προκατάληψη. Το 40% από τη διαφορά των ημερομισθίων των ατόμων με αναπηρία που αντιμετωπίζουν προκατάληψη και των ατόμων χωρίς αναπηρία οφείλεται στην διάκριση. Όμως, αν και οι μισθοί των ατόμων χωρίς αναπηρία είναι παρόμοιοι με τους μισθούς των ατόμων με αναπηρία που αντιμετωπίζουν λιγότερη προκατάληψη, υπάρχει μια μικρή διαφορά, περίπου 10%, που αντανακλά κάτι διαφορετικό από την προκατάληψη: είναι η επίδραση της αναπηρίας στην παραγωγικότητα η οποία δεν λαμβάνεται υπ' όψιν.

Ο DeLeire, (2000) λέει ότι η προκατάληψη που έχει σχέση με μια αναπηρία μπορεί να έχει σχέση με τη σοβαρότητα της αναπηρίας και έτσι σχετίζεται με την παραγωγικότητα. Είναι αδύνατον να διαχωρίσουμε τη διάκριση από την επίδραση της αναπηρίας στην παραγωγικότητα για ένα άτομο με αναπηρία. Για τη μη ικανοποιητική παραγωγικότητα, δεν ευθύνεται μόνο η διάκριση αλλά και η ανικανότητα του ατόμου να παράγει εργασία.

Ο DeLeire, (2000) χωρίζει τα άτομα με αναπηρία σε τρεις ομάδες: άτομα με αναπηρία που μπορούν να εργαστούν, άτομα με αναπηρία που έχουν μειωμένη παραγωγικότητα και άτομα χωρίς αναπηρία

Η πρώτη και η τρίτη ομάδα έχουν παρόμοια παραγωγικότητα γι' αυτό οποιαδήποτε διαφορά στα ημερομίσθια οφείλεται αποκλειστικά στη διάκριση. Η διαφορά των ημερομισθίων ανάμεσα στη δεύτερη και τρίτη ομάδα οφείλεται στον συνδυασμό διάκρισης και μειωμένης παραγωγικότητας. Ο DeLeire, (2000) βρίσκει ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό της διαφοράς στα ημερομίσθια (5% - 8%) οφείλεται σε διάκριση.

2.2.3.3 Οικονομικά χαρακτηριστικά

Οι Bartel & Taubman (1986) αναφέρουν σχετικά ότι η ψυχική ασθένεια μειώνει σημαντικά τις αποδοχές του ατόμου και επηρεάζει την ικανότητα του να παντρευτεί ή να παραμείνει παντρεμένος, μειώνει τον αριθμό των παιδιών που μπορεί να αποκτήσει και ενθαρρύνει την γυναίκα του να εργαστεί. Η ψυχική ασθένεια επηρεάζει την επιτυχία στην δουλειά: αυτοί που υποφέρουν από ψυχική ασθένεια εργάζονται λιγότερες ώρες και έχουν χαμηλότερες αποδοχές. Φυσικά, μια μείωση

κατά 15% στις αποδοχές που διαγνώστηκε για πρώτη φορά 15 ή περισσότερα χρόνια πριν, είναι κάπως αμφίβολο εύρημα, δεδομένου ότι μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν θεραπευτεί από τη νόσο ή να έχουν προσαρμοστεί σε μειονεκτικές συνθήκες. Η κακή ψυχική υγεία λοιπόν προκαλεί χαμηλά κέρδη. Η νεύρωση επίσης, μειώνει τις αποδοχές, (το μέγεθος του αποτελέσματος είναι μεταξύ 1/4 και 1/3 από αυτό της ψύχωσης) αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται σε αντίστροφη αιτιότητα: δηλαδή η μείωση των αποδοχών για διάφορους λόγους να προκαλεί νεύρωση.

Η υγεία είναι το γενικό ανθρώπινο κεφαλαίο και αποτιμάται από τους εργοδότες. Όταν τα άτομα δεν αναλαμβάνουν το κόστος των επενδύσεων στην υγεία τους, τότε το κόστος του εργοδότη για την ασφάλιση υγείας μετακυλύεται στους εργαζομένους με τη μορφή χαμηλότερων μισθών (Currie & Madrian, 1997). Οι επενδύσεις στην υγεία μπορεί να τροποποιήσουν τους μισθούς, ταυτόχρονα ο μισθός μπορεί να επηρεάσει τις επενδύσεις στην υγεία, όπως ακριβώς επηρεάζει τις εκπαιδευτικές αποφάσεις (Willis & Rosen, 1979). Έτσι, η υγεία προσδιορίζεται ενδογενώς και με τους μισθούς και με την προσφορά εργασίας. Όσο καλύτερη είναι η υγεία τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ατόμων που εργάζονται και το ύψος του μισθού που παίρνουν.

Σύμφωνα με τους Jones et al. (2003) από όλους τους τύπους της αναπηρίας, η ψυχική υγεία είναι περισσότερο προβληματική και για να βρει κάποιος εργασία και για να έχει κέρδη συγκρίσιμα με των άλλων εργατών. Δυο παράγοντες είναι σημαντικοί: Οι εργοδότες δεν είναι πρόθυμοι να προσλάβουν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Όταν αυτά τα άτομα βρουν τελικά δουλειά θα έχουν χαμηλότερους μισθούς. Αυτή η απροθυμία οφείλεται στη διάκριση, οφείλεται στην έλλειψη γνώσης για την φύση των προβλημάτων της ψυχικής υγείας και στο γεγονός ότι οι εργοδότες προβληματίζονται για τις κτιριακές προσαρμογές περισσότερο από ότι για τις προσαρμογές στην εργασία.

Έχει βρεθεί ότι υπάρχουν διαφορές στους μισθούς ανάμεσα στους εργαζόμενους με προβλήματα υγείας και χωρίς προβλήματα υγείας (Kidd et al., 1998). Οι Kidd et al (1998) περιορίζουν την ανάλυση μόνο στους άντρες και αναφέρουν ότι αφού οι εργαζόμενοι χωρίς προβλήματα υγείας παράγουν περισσότερο τότε και οι μισθοί και η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό θα είναι μεγαλύτερα. Η αναπηρία ποικίλει ως προς τον τύπο και την ένταση. Τα χαμηλά ποσοστά εργασίας μπορεί να οφείλονται σε

υψηλούς μισθούς επιφύλαξης ή σε χαμηλούς μισθούς που προσφέρονται στους εργαζόμενους με προβλήματα υγείας. Οι δε χαμηλοί μισθοί μπορεί να οφείλονται ή σε χαμηλή παραγωγικότητα ή στη διάκριση των εργοδοτών για τους εργαζόμενους με προβλήματα υγείας

Η υγεία έχει σημαντική και θετική επίδραση στους μισθούς (Lixin Cai, 2007). Η αντίστροφη επίδραση των μισθών στην υγεία είναι ασήμαντη. Υπάρχει περίπτωση κάποιος να επιδιώκει να έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο (να εργάζονται λιγότερο). Τότε: Θετική επίδραση για την υγεία, αρνητική επίδραση για την εργασία. Υπάρχει περίπτωση κάποιος να είναι εργασιομανής. Τότε: Θετική επίδραση για την εργασία (υψηλοί μισθοί), αρνητική επίδραση για την υγεία (πίεση και stress)

Οι ατομικές εκτιμήσεις υγείας (self-reported health) δείχνουν ότι η καλή υγεία συνδέεται με μια ποσοστιαία αύξηση του μισθού κατά περίπου 7%. Άτομα με πολύ καλή υγεία έχουν μισθό 18% μεγαλύτερο από αυτούς με κακή υγεία. Άτομα που έχουν σύντροφο έχουν επιπλέον μισθό 9% από τους ανύπαντρους. Όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό του μισθού (30% για πτυχίο, 10% για Δ.Ε.). Όσοι εργάζονται σε πρωτεύουσες έχουν υψηλότερο μισθό λόγω του υψηλού κόστους διαβίωσης.

Οι Wolfe και Hill (1995) υποστηρίζουν ότι η υγεία έχει μεγαλύτερη επίδραση στις ώρες εργασίας από ό,τι στους μισθούς. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι Chirikos και Nestel (1981) χρησιμοποιώντας ένα δείγμα ηλικιωμένων ανδρών από το National Longitudinal Survey (NLS) βρίσκουν μόνο ασθενή επίδραση των προβλημάτων υγείας στους μισθούς. Η υγεία μπορεί να επηρεάσει τους μισθούς μέσω διαφόρων διαύλων: πρώτον, η κακή υγεία μπορεί να μειώσει την παραγωγικότητα και κατά συνέπεια τους μισθούς. Δεύτερον, το κόστος του εργοδότη με την υποδοχή ενός εργαζομένου σε κακή κατάσταση υγείας μπορεί να μετακυλήσει με τη μορφή χαμηλότερων μισθών. Τρίτον, όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας μπορεί να υπόκεινται σε διακρίσεις.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αρνητική επίδραση της αναπηρίας είναι μεγαλύτερη στην εργασία παρά στους μισθούς (Baldwin, Johnson, 1994). Οι ίδιοι εξηγούν ότι αρκετά άτομα με αναπηρία εγκαταλείπουν την εργασία λόγω των χαμηλών μισθών. Όμως από το 29% των ατόμων με αναπηρία που εγκαταλείπουν την εργασία μόνο το 2% την εγκαταλείπουν λόγω των χαμηλών μισθών. Για τις γυναίκες από το 26% που

εγκαταλείπουν την εργασία λιγότερο από 1% την εγκαταλείπουν λόγω διάκρισης μισθού.

Η οικονομική κατάσταση του ατόμου προσδιορίζεται συνηθέστερα από το συνολικό εισόδημα του ατόμου ή του νοικοκυριού. Το εισόδημα προσδιορίζεται κυρίως από τις χρηματικές απολαβές που απορρέουν από την εργασία, από μεταβιβαστικά προγράμματα ή και άλλες τυχόν εισοδηματικές πηγές του νοικοκυριού. Η πλειοψηφία των σχετικών εμπειρικών ερευνών παρέχει συνεπή ευρήματα για την ύπαρξη μιας ισχυρής σχέσης μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και της κατάστασης της υγείας.

Οι Bloom και Canning (1999) αναφέρουν ότι η θετική συσχέτιση μεταξύ υγείας και κατά κεφαλήν εισοδήματος είναι μια από τις πιο γνωστές σχέσεις στη διεθνή ανάπτυξη. Οφείλεται στον περιστασιακό σύνδεσμο του εισοδήματος με την υγεία. Υψηλότερα εισοδήματα οδηγούν σε καλή υγεία όπως καλύτερη διατροφή, πρόσβαση σε πόσιμο νερό, αποχέτευση και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Φαίνεται πως η εισοδηματική κατάσταση του ατόμου αποτελεί ισχυρό προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Τέσσερις βασικές κατηγορίες εξηγούν τη σχέση Υγεία – Εισόδημα:

- Παραγωγικότητα: υγιείς πληθυσμοί έχουν υψηλότερη παραγωγικότητα.
- Εκπαίδευση: υγιείς άνθρωποι επενδύουν στις ικανότητές τους γιατί περιμένουν οφέλη από αυτές τις επενδύσεις. Αυξημένη μόρφωση οδηγεί σε υψηλή παραγωγικότητα και αυτή με την σειρά της οδηγεί σε υψηλότερα εισοδήματα.
- Επένδυση στο φυσικό κεφάλαιο: οι άνθρωποι λόγω καλής υγείας έχουν μακροζωία και έτσι αποταμιεύουν για την συνταξιοδότησή τους. Επίσης αυξάνουν τις επενδύσεις και έτσι οι εργαζόμενοι θα έχουν πρόσβαση σε περισσότερα κεφάλαια και τα εισοδήματά τους θα αυξηθούν. Επιπλέον, ένα υγιές και εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό λειτουργεί ως ισχυρός μαγνήτης για τις ξένες άμεσες επενδύσεις.
- Δημογραφικό μεταβολές: μια αύξηση του αριθμού των νέων δίνει σταδιακά αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας. Καθώς αυτό συμβαίνει, το κατά κεφαλήν εισόδημα μπορεί να αυξηθεί σημαντικά και οι νέοι εργαζόμενοι να απορροφηθούν σε τομείς παραγωγικής απασχόλησης.

Η κατάσταση της υγείας, όπως μετράται από το προσδόκιμο ζωής, είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της μετέπειτα οικονομικής ανάπτυξης. Οι βελτιώσεις της υγείας ενισχύουν την οικονομία και ανακουφίζουν τη φτώχεια.

Ακριβώς όπως τα άμεσα αποτελέσματα του προσδόκιμου ζωής στην οικονομική ανάπτυξη είναι σημαντικά, έτσι και οι έμμεσες επιπτώσεις των βελτιώσεων της υγείας, που λειτουργούν μέσω της δημογραφικής αλλαγής, είναι σημαντικές. Η βελτίωση της υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους βασικούς πυλώνες επί των οποίων βασίζονται οικονομικά επιτεύγματα. Αντίθετα η κακή υγεία επιβραδύνει τη δημογραφική αύξηση και εμποδίζει την ανάπτυξη.

2.2.4 ΠΡΩΩΡΗ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πριν εκτιμήσουμε τις επιδράσεις που έχει η έξοδος από την αγορά εργασίας πάνω στην υγεία προσπαθούμε να προσδιορίσουμε την έξοδο από την αγορά εργασίας καθ' αυτήν:

Όσο πιο ηλικιωμένα είναι τα άτομα, τόσο πιθανότερο είναι να βγουν από την αγορά εργασίας. Για τα άτομα με οικογένεια είναι μικρότερη η πιθανότητα να βγουν από την αγορά εργασίας. Τα ακαδημαϊκά προσόντα, καθώς και η υγεία δεν επηρεάζουν σημαντικά την απόφαση για έξοδο από την αγορά εργασίας. Όσο περισσότερα χρόνια εργάζονται τα άτομα, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες για έξοδο από την αγορά εργασίας (Bloendal, Scarpetta, 1999). Επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες για έξοδο από την αγορά εργασίας έχουν τα άτομα που ασκούν όχι μόνιμο επάγγελμα, τα άτομα που εργάζονται λιγότερες ώρες την εβδομάδα και τα άτομα που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές. Τέλος τα άτομα, που δεν προσδοκούν για μελλοντική εργασία μετά την έξοδο από την αγορά εργασίας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συνταξιοδοτηθούν (Banks, Smith, 2006).

Ολοένα και περισσότερο αυξάνεται η ανησυχία ότι η υγεία πλήττει ιδιαίτερα τις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι τα ηλικιωμένα μέλη του εργατικού δυναμικού. Η ηλικία ασκεί εκ φύσεως ένα αρνητικό αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Είναι αναμενόμενο πως όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου τόσο περισσότερα προβλήματα υγείας εμφανίζονται: γι αυτό συχνά τα ηλικιωμένα μέλη του εργατικού δυναμικού επιλέγουν την πρόωρη έξοδο από την αγορά εργασίας λόγω

εμφάνισης αυξημένης νοσηρότητας. Η πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω προβλημάτων υγείας σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά, έχει συντελέσει στο εξής: οι κοινωνικο-οικονομικές διαστάσεις της υγείας αποτελούν μια σημαντική πρόκληση για τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και για τους ασφαλιστικούς φορείς των χωρών, οι οποίοι θα πρέπει να επωμιστούν το αυξανόμενο κόστος της φροντίδας των ηλικιωμένων μελών του πληθυσμού (Bloendal, Scarpetta, 1999).

Οι αυξανόμενες έξοδοι από την αγορά εργασίας όμως έχουν οικονομικές επιπτώσεις, καθώς ένας αριθμός ηλικιωμένων που αυξάνεται, εξαρτάται από ένα εργαζόμενο πληθυσμό που μειώνεται. Επίσης μπορεί να θεωρηθεί και σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού, εάν μορφωμένα και ικανά άτομα βγαίνουν από την αγορά εργασίας πρόωρα. Οικονομικά κίνητρα, που να ενθαρρύνουν την παραμονή στην εργασία, μπορεί να μην είναι αποτελεσματικά, εάν τα άτομα αποσύρονται λόγω προβλημάτων υγείας. Επιπλέον των οικονομικών κινήτρων και των άλλων μέτρων για την αύξηση της απασχόλησης, ένα ικανοποιητικό περιβάλλον εργασίας αναμένεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη συμπεριφορά συνταξιοδότησης εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, υγιών ατόμων και ατόμων με ειδικές ανάγκες, το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από το κράτος και τους εργοδότες ως ανεκτίμητη επένδυση για την αντιμετώπιση της πρόωρης συνταξιοδότησης. Πρέπει λοιπόν να βελτιώσουμε την υγεία των εργαζομένων και να διευκολύνουμε την εργασία των ατόμων με αναπηρίες (Banks, Smith, 2006).

Στην οικονομική θεωρία η υγεία είναι ένα επενδυτικό αγαθό, επειδή αυξάνει την παραγωγικότητα και συγχρόνως ένα καταναλωτικό αγαθό, επειδή παρέχει άμεση χρησιμότητα: τα άτομα δεν αποτελούν παθητικό κεφάλαιο (Grossman, 1972). Με τη συνταξιοδότηση τα κίνητρα για επένδυση στην υγεία με σκοπό να αυξήσουμε την παραγωγικότητα παύουν να υπάρχουν. Όμως τα άτομα κερδίζουν από την επένδυση στην υγεία τους, επειδή αυτή (η υγεία) αυξάνει τη χρησιμότητά τους. Η επίδραση της συνταξιοδότησης στην υγεία εξαρτάται από το πώς τα άτομα αλλάζουν αφ' ενός το κόστος για την επένδυση στην υγεία και αφ' ετέρου τα οφέλη που απολαμβάνουν από την καλή υγεία (Dave et al., 2006). Για παράδειγμα, εάν η αξία που προσδίδουμε στο χρόνο μετά τη συνταξιοδότηση μειωθεί, τότε το κόστος για επένδυση στην υγεία (επίσκεψη στους γιατρούς-μαγείρεμα υγιεινής τροφής) μειώνεται επίσης.

Παράλληλα, τα οφέλη που απολαμβάνουμε από την καλή υγεία μειώνονται, όταν προσδίδουμε λιγότερη αξία στο χρόνο μετά τη συνταξιοδότηση (Dave et al., 2006).

Η συνταξιοδότηση μπορεί να έχει ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Επίσης θεωρείται ένα γεγονός της ζωής που προκαλεί στρες (Minkler, 1981), κατατάσσεται δε στη δέκατη θέση από τα 43 γεγονότα της ζωής που μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες λόγω στρες (το στρες προκαλεί κακές συνήθειες όπως κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών, υπερφαγία. Επίσης εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα και προκαλεί ανησυχία και κατάθλιψη). Από την άλλη πλευρά η συνταξιοδότηση μπορεί να μην προκαλεί στρες καθόλου, επειδή μπορεί να ανακουφίσει το άτομο που συνταξιοδοτείται από μια επίπονη εργασία. Ανεξάρτητα από το στρες, υπάρχουν μαρτυρίες ότι η συμπεριφορά υγείας αλλάζει μαζί με την αλλαγή της οικονομικής δραστηριότητας (μετάβαση από την εργασία στην μη εργασία). Για παράδειγμα, είναι πιθανόν οι συνταξιούχοι να σταματήσουν να καπνίζουν, να αρχίσουν να γυμνάζονται και να έχουν λιγότερο στρες. Αλλά επίσης είναι πιθανόν οι συνταξιούχοι να έχουν μειωμένες κοινωνικές επαφές, αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών, αύξηση βάρους (Richardson et al., 2008).

Οι Zucchelli et al. (2010) αναλύουν τη σχέση ανάμεσα στην κακή υγεία και τα προβλήματα υγείας αφ' ενός και την πρόωρη συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων αφ' ετέρου. Προκύπτει μια θετική σχέση ανάμεσα στη συμμετοχή στην εργασία και στην κατάσταση της υγείας. Όσο καλύτερη είναι η υγεία αυτών που εργάζονται, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να παραμείνουν στην εργασία.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι δεν είναι η συνταξιοδότηση καθ' αυτή που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την υγεία: είναι τα χαρακτηριστικά του ατόμου και οι περιστάσεις της συνταξιοδότησης που επηρεάζουν την υγεία.

Λόγοι που οδηγούν σε πρόωρη συνταξιοδότηση

Η υγεία παίζει έναν πολύ μεγάλο και ιδιαίτερο ρόλο στην απόφαση για πρόωρη συνταξιοδότηση. Αυτοί που συνταξιοδοτήθηκαν μεταξύ 51 και 59 ετών έχουν πολύ λιγότερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι έχουν καλή ή άριστη υγεία από ό,τι ο γενικός πληθυσμός της ίδιας ηλικίας (Pransky et al. 2005).

Το εργασιακό περιβάλλον παίζει επίσης έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην απόφαση για πρόωρη συνταξιοδότηση. Οι εργαζόμενοι που νιώθουν ικανοποίηση από την δουλειά τους και έχουν να αντιμετωπίσουν μια καλή διοίκηση, συνταξιοδοτούνται πολύ αργότερα από τους εργαζόμενους των οποίων οι θέσεις εργασίας είναι αγχωτικές και σωματικά απαιτητικές: η ανακούφιση που προκαλείται όταν αφήνει κάποιος ένα κακό εργασιακό περιβάλλον είναι ένα καλό κίνητρο για σύνταξη (Benjamin et al. 2005).

Οι οικονομικοί παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί για την συνταξιοδότηση, αλλά φαίνεται ότι τα προβλήματα υγείας αποτελούν πρωταρχικό κίνητρο για σύνταξη γιατί όσοι συνταξιοδοτούνται λόγω κακής υγείας είναι συχνά λιγότερο οικονομικά έτοιμοι να εγκαταλείψουν το εργατικό δυναμικό από ό,τι εκείνοι που συνεχίζουν να εργάζονται (Savageau et al. 2005).

Τα εργατικά ατυχήματα για τους ηλικιωμένους είναι μια μοναδική ευκαιρία για πρόωρη σύνταξη. Η κακή υγεία, η έλλειψη υποστήριξης στην εργασία, η αδυναμία να ανταποκριθεί ο εργαζόμενος στις απαιτήσεις της εργασίας του και η ελάχιστη υποστήριξη της κοινωνίας είναι σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε πρόωρη συνταξιοδότηση (Pransky et al. 2005).

Διάφοροι άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τα σχέδια για τη συνταξιοδότηση: παράγοντες πριν το εργατικό ατύχημα, το εργατικό ατύχημα το ίδιο καθώς και οι μετά το ατύχημα παράγοντες. Αυτοί επηρεάζουν την τελική έκβαση της επιστροφής στην εργασία. Όσοι συνταξιοδοτούνται νωρίς είχαν ελάχιστη εργασιακή ικανοποίηση πριν το εργατικό ατύχημα: αρνητική ανταπόκριση από τον εργοδότη, μη ικανοποιητική επικοινωνία με τον επόπτη τους, δυσαρέσκεια από τις προσπάθειες του ασφαλιστή τους για αποζημίωση και ιατρική περίθαλψη λόγω του τραυματισμού τους, δυσκολία στην τακτοποίηση εναλλακτικών καθηκόντων, όπως η κακή ψυχική και σωματική λειτουργία λόγω προβλημάτων υγείας και έλλειψη της αυτο-αποτελεσματικότητας που δείχνει μειωμένη ικανότητα για την εκτέλεση των καθηκόντων της εργασίας. Όλα αυτά σχετίζονται με την παράταση της ανικανότητας για εργασία και μπορεί να οδηγήσουν σε μια επιθυμία πρόωρης εξόδου από το εργατικό δυναμικό (Benjamin et al. 2005).

Δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως εκπαίδευση, εισόδημα, διάρκεια απασχόλησης, φύλο και οικογενειακή κατάσταση, δεν σχετίζονται με την πρόωρη συνταξιοδότηση

λόγο εργατικού ατυχήματος. Αντίθετα αρκετοί από αυτούς τους παράγοντες επηρεάζουν την απόφαση για συνταξιοδότηση των εργαζομένων χωρίς εργατικό ατύχημα. Αυτό μας δείχνει ότι οι εργαζόμενοι που συνταξιοδοτούνται λόγω εργατικού ατυχήματος είναι περισσότερο όμοιοι με αυτούς που συνταξιοδοτούνται χωρίς λόγω μη εργασιακής ασθένειας και με αυτούς που έχουν παρατεταμένη εργασιακή αναπηρία σε σχέση με εκείνους που συνταξιοδοτούνται με καλή υγεία (Savageauetal. 2005).

Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους εργαζόμενους να αποφασίσουν για τη συνταξιοδότηση:

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η παροχή διαφόρων επιδομάτων, η δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης (μειωμένη σύνταξη) και η κατάσταση υγείας του εργαζόμενου (AstriddeWindetal. 2013).

Ο τέταρτος παράγοντας είναι και ο κυριότερος. Βέβαια είναι δύσκολο να εκτιμήσουμε την υγεία ενός ατόμου διότι τα μέτρα που χρησιμοποιούμε για την εκτίμηση της υγείας μπορεί να είναι λανθασμένα ή υποκειμενικά. Επίσης είναι δύσκολο να εκτιμήσουμε την υγεία διότι μπορεί να υπάρχει βαθμιαία επιδείνωση της υγείας ή απρόσμενες αλλαγές. Και για τους άντρες και για τις γυναίκες οι αρνητικές και απότομες αλλαγές στην υγεία καθώς και οι βαθμιαίες αλλαγές μαζί με την οικογενειακή κατάσταση και τα παιδιά επηρεάζουν σημαντικά την απόφαση για έξοδο από την αγορά εργασίας (Astrid de Wind et al. 2013).

Βέβαια οι περιπτώσεις εξόδου από την εργασία αυξάνονται ολοένα και περισσότερο καθώς πλησιάζει η ηλικία συνταξιοδότησης. Για ένα άτομο 64 ετών οι πιθανότητες εξόδου είναι οκτώ φορές περισσότερες από ό,τι για ένα νεότερο άτομο. Επίσης έχει βρεθεί ότι καθώς αυξάνονται τα έσοδα στην οικογένεια λιγοστεύουν οι πιθανότητες εξόδου. Επί πλέον παρατηρείται ότι όταν κάποιος έχει ανήλικα παιδιά λιγοστεύουν οι πιθανότητες εξόδου κατά 50%, ενώ όταν είναι έγγαμος δεν επηρεάζει τις πιθανότητες εξόδου από την εργασία σημαντικά. Τέλος για τους πολύ μορφωμένους και για τους εργάτες ο κίνδυνος εξόδου είναι μεγαλύτερος από ό,τι για τους διαχειριστές και τους επαγγελματίες (Haan&Myck, 2009).

Λόγοι σύμφωνα με τους οποίους η Υγεία επηρεάζει την πρόωρη συνταξιοδότηση

Και η κακή και η καλή υγεία επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Από τη μια πλευρά η κακή υγεία επηρεάζει την πρόωρη συνταξιοδότηση με τέσσερις τρόπους:

Οι εργαζόμενοι αισθάνονται ανίκανοι για εργασία λόγω των προβλημάτων υγείας,

Τα προβλήματα υγείας έχουν ως αποτέλεσμα μια μελλοντική μείωση της ικανότητας για εργασία και γι' αυτό οι εργαζόμενοι επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση,

Οι εργαζόμενοι με προβλήματα υγείας φοβούνται μια μελλοντική χειροτέρευση της υγείας και γι' αυτό επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση,

Οι εργαζόμενοι με κακή υγεία συνταξιοδοτούνται νωρίς γιατί νιώθουν πίεση από τους ίδιους τους εργοδότες να αφήσουν την εργασία τους αν και οι ίδιοι (οι εργαζόμενοι) δεν νιώθουν ότι έχει μειωθεί η ικανότητά τους για εργασία (Astrid de Wind et al. 2013).

Από την άλλη πλευρά η καλή υγεία επηρεάζει την πρόωρη συνταξιοδότηση ως εξής: τα άτομα θέλουν να απολαύσουν τη ζωή τους καθώς η υγεία τους τους το επιτρέπει αυτό

Η οικονομική ευκαιρία για σύνταξη μερικές φορές ενεργοποιεί την επίδραση της κακής υγείας στην πρόωρη συνταξιοδότηση και συχνά ενεργοποιεί και την επίδραση της καλής υγείας. Πάντως εργαζόμενοι και εργοδότες συζητάνε για ευκαιρίες που οδηγούν σε παράταση του επαγγελματικού βίου (Astrid de Wind et al., 2013).

Ηλικία συνταξιοδότησης και θνησιμότητα

Οι Pit et al. (2010) επικεντρώνονται στα προβλήματα υγείας και στην πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω προβλημάτων υγείας ηλικίας 45–64 ετών. Η κακή υγεία έχει αποδειχθεί θεωρητικά και εμπειρικά ότι είναι ένας αρκετά ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της συνταξιοδότησης και τα άτομα με πρόωρη συνταξιοδότηση αναφέρουν συχνά την ίδια την υγεία τους ως κακή. Αυτή η αυτοαναφερόμενη κακή υγεία είναι ένας παράγοντας που οδηγεί τους εργαζόμενους σε σύνταξη.

Σε σύγκριση με τα άτομα που εξακολουθούν να απασχολούνται, οι συνταξιούχοι έχουν κατά 51% αύξηση της θνησιμότητας από κάθε αιτία. Μεταξύ των συνταξιούχων, μια αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 5 έτη συνδέεται με μια μείωση κατά 10% της θνησιμότητας. Τα ευρήματα ήταν πιο εμφανής για καρδιαγγειακή θνησιμότητα από ό,τι για τη θνησιμότητα από καρκίνο, ενώ για τη θνησιμότητα λόγω τραυματισμού δεν υπήρχε καμία ένδειξη σύνδεσης (Pit et al. 2010).

Υπάρχει μια αντίληψη ότι η πρόωρη συνταξιοδότηση συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και ίσως με μια αυξημένη επιβίωση. Ωστόσο μια αύξηση του προσδόκιμου ζωής για αυτούς που συνταξιοδοτούνται νωρίς σε σύγκριση με αυτούς που συνταξιοδοτούνται αργότερα δεν έχει τεκμηριωθεί. Στην πραγματικότητα μελέτες που ερευνούν την επίδραση της συνταξιοδότησης στην επιβίωση δείχνουν ότι η πρόωρη συνταξιοδότηση μπορεί να συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας: η διαφορά επιβίωσης αποδίδεται στην κακή υγεία που συνδέεται με την πρόωρη συνταξιοδότηση (Bamia et al., 2007).

Οι Kuhn et al., (2010) αναφέρουν την επίδραση που έχει η πρόωρη συνταξιοδότηση στη θνησιμότητα. Για τους άντρες έχει αποδειχθεί ότι η κατά ένα χρόνο νωρίτερα απόσυρση επηρεάζει την θνησιμότητα κατά 13%. Αυτό δεν ισχύει και για τις γυναίκες.

Η πρόωρη συνταξιοδότηση επηρεάζει την θνησιμότητα (πρόωρος θάνατος πριν τα 67 έτη) επειδή συντρέχουν οι παρακάτω λόγοι:

Μείωση εσόδων. Έχει βρεθεί ότι η μείωση των εσόδων μετά τη συνταξιοδότηση ανέρχεται περίπου μόνο στο 2,5%, ποσοστό που είναι πάρα πολύ μικρό για να θεωρηθεί υπεύθυνο για την αυξημένη θνησιμότητα των αντρών.

Λιγότερη σωματική άσκηση και αλλαγές που σχετίζονται με ανθυγιεινή συμπεριφορά (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή) (Kuhn et al,2010).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις κάθε χρόνος πρόωρης συνταξιοδότησης προκαλεί αύξηση του κινδύνου πρόωρου θανάτου κατά 13% περίπου. Αυτό δεν συμβαίνει στις γυναίκες, δηλαδή η πρόωρη συνταξιοδότηση δεν επηρεάζει τη θνησιμότητα των γυναικών. Υπάρχουν πολλοί λόγοι που μας βοηθούν να εξηγήσουμε γιατί συμβαίνει αυτό: οι γυναίκες είναι ικανότερες στο να αντεπεξέρχονται (να τα βγάλουν πέρα) στα

δύσκολα συμβάντα της ζωής (πχ συνταξιοδότηση), δεν έχουν ανθυγιεινή συμπεριφορά (κάπνισμα, αλκοόλ), είναι πιο ενεργητικές (λόγω των δραστηριοτήτων του νοικοκυριού) και υποφέρουν λιγότερο από την απώλεια της κοινωνικής τους ταυτότητας (υπόσταση) λόγω συνταξιοδότησης, επειδή η εργασία δεν κατέχει κεντρική θέση στη ζωή τους όπως συμβαίνει στους άντρες (Kuhn et al,2010).

Εθνική Στρατηγική

Η αύξηση των ηλικιωμένων στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει παρακινήσει διεθνείς κυβερνήσεις να αναπτύξουν πολιτικές που ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους εργαζόμενους να παραμείνουν στο εργατικό δυναμικό. Υπάρχει επίσης μια πίεση για αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης επειδή το συνταξιοδοτικό σύστημα απειλείται, συγκεκριμένα σε χώρες όπου οι ρυθμοί αναπαραγωγής είναι χαμηλοί (Pit et al, 2010).

Η Εθνική Στρατηγική αναγνωρίζει ότι υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθεί "καλύτερη κοινωνική και ιατρική μέριμνα για την υγεία του πληθυσμού για να βελτιώσει τις πνευματικές και σωματικές ικανότητες των ηλικιωμένων". Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη ή τη θεραπεία αυτών των προβλημάτων υγείας δεν θα φέρει μόνο άμεσα οφέλη για την υγεία τους στα άτομα, αλλά θα αυξήσουν την ικανότητά τους να συμμετέχουν στο εργατικό δυναμικό ή να είναι παραγωγικά στην κοινωνία. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες για τους άνδρες και τις γυναίκες ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές μεταξύ των φύλων στο προφίλ της νόσου και των κοινωνικών ρόλων (Pransky et al, 2005).

Ένας υγιής πληθυσμός μεγαλύτερης ηλικίας ωφελεί την κοινωνία με δυο τρόπους:

α) αυξάνεται η παραγωγικότητα γιατί οι εργαζόμενοι παραμένουν στο εργατικό δυναμικό

β) μειώνονται οι απαιτήσεις για ένα σύστημα υγείας που αντιμετωπίζει αυξημένο κόστος κυρίως λόγω της αύξησης της μακροζωίας του πληθυσμού (Pit et al, 2010).

Οι νομοθέτες, οι φορείς λήψης αποφάσεων καθώς και αυτοί που χαράζουν πολιτική υγείας πρέπει να εστιάσουν στην ανάπτυξη εκείνων των παρεμβάσεων (καλύτερη κοινωνική και ιατρική στρατηγική για την υγεία του πληθυσμού) που θα βελτιώσουν τις πνευματικές και σωματικές ικανότητες των ηλικιωμένων ούτως ώστε αυτό να

μπορεί να οδηγήσει σε αντιμετώπιση κόστους στο σύστημα υγείας. Οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν για την υγεία του πληθυσμού, καθώς και παρεμβάσεις σε προσωπικό επίπεδο, όπως θεραπεία συμπεριφοράς για το άγχος και την κατάθλιψη, πρέπει να προωθούν την υγιή γήρανση μετά τη συνταξιοδότηση και να μειώνουν έτσι την επιβάρυνση της κοινότητας (Pit et al, 2010).

Πιθανές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν κατάλληλες τροποποιήσεις εργασίας, μεγαλύτερη προσοχή στα χρόνια προβλήματα υγείας, προγράμματα ευεξίας που απευθύνονται σε εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας, άμεση σωματική άσκηση, προπόνηση εργασίας, διευκόλυνση στην επικοινωνία με τον εργοδότη και παροχή συμβουλών συνταξιοδότησης.

3. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αρχικά πραγματοποιείται περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών. Εξαρτημένη μεταβλητή: η πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση. Ανεξάρτητες μεταβλητές: δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως εργασία, εισόδημα καθώς επίσης και η κατάσταση της υγείας των ατόμων. Τέλος λαμβάνουμε υπόψη και την ανεξάρτητη μεταβλητή: ικανοποίηση από τον μισθό. Το «1» συμβολίζει ικανοποίηση από τον μισθό και το «0» άλλο.

Μεθοδολογία

Εξαρτημένη μεταβλητή

Στη παρούσα μελέτη εξετάζεται η πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση ως εξαρτημένη μεταβλητή (η εξαρτημένη μεταβλητή εκφράζει την πρόθεση των ατόμων να συνταξιοδοτηθούν νωρίτερα από τη νόμιμη ηλικία συνταξιοδότησης). Σύμφωνα με αυτή τη μεταβλητή, το «1» συμβολίζει ότι τα άτομα έχουν πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση και το «0» συμβολίζει το αντίθετο.

Ο δείκτης αυτός ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιείται στην εμπειρική έρευνα. Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να μετρήσουν την πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω προβλημάτων υγείας (Pit et al, 2010, Astrid de Wind et al, 2013, Christine Rullo 2012, Sabatini et al, 1998), λόγω εργατικού ατυχήματος (Pransky et al, 2005), λόγω κακής ποιότητας εργασίας (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2012). Επίσης πολλοί είναι και οι ερευνητές που μελετούν την επίδραση της συνταξιοδότησης στην υγεία (Stefanie, Behncke, 2009).

Ανεξάρτητες μεταβλητές

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την καλύτερη ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος είναι η ηλικία, το φύλλο, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα, η αξιολόγηση της υγείας από τα ίδια τα άτομα, η ικανοποίηση από τον μισθό, η ξαφνική αίσθηση πανικού και το στρες στην δουλειά.

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται και οι μέσοι όροι τους.

- 1) πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση (early retirement)
- 2) ηλικία (age)
- 3) φύλλο (gender)
- 4) οικογενειακή κατάσταση (married)
- 5) εκπαίδευση υψηλού επιπέδου (high education)
- 6) εισόδημα (income)
- 7) αξιολόγηση της υγείας από τα ίδια τα άτομα (good SAHS)
- 8) ικανοποίηση από τον μισθό (wage satisfaction)
- 9) αίσθηση πανικού (panic)
- 10) εργασιακό άγχος (work stress)

Πίνακας 1. Περιγραφή των μεταβλητών

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Early retirement	447	.4496644	.4980173	0	1
age	447	51.79418	5.429339	45	65
gender	447	.6308725	.4831092	0	1
Married	447	.7695749	.4215767	0	1
High education	447	.3064877	.4615513	0	1
Income	447	21602.39	16057.44	2500	175000
Good SAHS	447	.7494407	.4338207	0	1
Wage satisfaction	447	.458613	.4988425	0	1
panic	447	.9440716	.2300409	0	1
workstress	447	.5615213	.4967567	0	1

Ο συνολικός αριθμός ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 447. Το «1» συμβολίζει τους άντρες και το «0» συμβολίζει τις γυναίκες. Το 43,76% είναι άντρες και το 56,27% γυναίκες.

Στη συνέχεια περιγράφουμε τα στοιχεία που αφορούν την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων έτσι ώστε να έχουμε μια συνολική εικόνα για το δημογραφικό τους προφίλ.

Όσον αφορά την ηλικία, αυτή κυμαίνεται μεταξύ 45 ετών και 65 ετών. Η μέση ηλικία των μελών του δείγματος είναι περίπου στα 52 έτη.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το «1» συμβολίζει το άτομο που είναι παντρεμένο ή ζει μαζί με τον/την σύντροφο και το «0» συμβολίζει το άτομο που είναι ανύπαντρο ή διαζευγμένο ή χωρισμένο ή χήρος. Το 76,42% είναι παντρεμένοι ή ζούνε μαζί και το 23,58% είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι ή χωρισμένοι ή χήροι.

Όσον αφορά την πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση, το «1» συμβολίζει την πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση και το «0» συμβολίζει άλλο. Το 46,50% εμφανίζει πρόθεση για πρόωρη συνταξιοδότηση και το 53,50% όχι.

Όσον αφορά την εργασία, το «1» συμβολίζει την εργασία στον Δημόσιο τομέα και το «0» συμβολίζει την εργασία στον Ιδιωτικό Τομέα. Το 26,95% των ατόμων της έρευνας εργάζεται στον δημόσιο τομέα και το 73,05% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το «1» συμβολίζει την ανώτατη εκπαίδευση και το «0» συμβολίζει άλλο (δηλ. τα άτομα μεσαίας ή κατώτερης εκπαίδευσης). Το 29,84% έχει ανώτατη εκπαίδευση και το 70,16% δεν έχει.

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων της έρευνας χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες:

- Αυτοί που αξιολογούν την υγεία τους ως πολύ καλή / καλή. Το «1» συμβολίζει την υγεία πολύ καλή / καλή και το «0» συμβολίζει τις υπόλοιπες αποκρίσεις. Το 75,51% έχει αξιολογήσει την υγεία πολύ καλή / καλή και το 24,49% έχει αξιολογήσει την υγεία του ως πολύ κακή / κακή.
- Αυτοί που παρουσιάζουν ξαφνική αίσθηση πανικού. Το «1» συμβολίζει τη μη ξαφνική αίσθηση πανικού και το «0» συμβολίζει την ξαφνική αίσθηση πανικού. Το 94,41% δεν παρουσιάζει ξαφνική αίσθηση πανικού και το 5,59% παρουσιάζει ξαφνική αίσθηση πανικού.
- Αυτοί που έχουν εργασιακό στρες. Το «1» συμβολίζει το ότι υπάρχει εργασιακό στρες και το «0» συμβολίζει το ότι δεν υπάρχει εργασιακό στρες. Το 56,15% έχει εργασιακό στρες και το 43,85% των μελών του δείγματος δεν έχει εργασιακό στρες.

Οικονομετρική εξειδίκευση

Τα δεδομένα που συγκεντρώσαμε κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα STATA. Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι δυαδική και

κωδικοποιείται ως 0 και 1. Χρησιμοποιούμε λοιπόν λογιστική παλινδρόμηση. Έχει την εξής μορφή:

$$Y = \chi \beta + \varepsilon$$

Όπου το Y είναι η εξαρτημένη μεταβλητή, το χ είναι το διάνυσμα των ανεξάρτητων μεταβλητών και το ε ο διαταρακτικός όρος που αναφέρεται σε τυχαίους και μη παρατηρούμενους παράγοντες (Χάλκος, 2006).

Οι αντίστοιχες παλινδρομήσεις είναι:

$$P(\text{πρώρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ αίσθηση πανικού} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 2. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 1)

Logistic regression	Number of obs =	447
	Wald chi2(6) =	20.19
	Prob> chi2 =	0.0026
Log pseudo likelihood = -296.38871	Pseudo R2 =	0.0363

	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Early retirement						
age	-.0079569	.0182122	-0.44	0.662	-.0436522	.0277384
gender	-.7655904	.2036684	-3.76	0.000	-1.164773	-.3664077
Married	.1573474	.2419566	0.65	0.515	-.3168787	.6315736
High education	.0131413	.2220859	0.06	0.953	-.4221391	.4484217
Income	-.0000103	6.99e-06	-1.48	0.139	-.000024	3.36e-06
panic	-.8072539	.4467961	-1.81	0.071	-1.682958	.0684503
constant	1.548402	1.036607	1.49	0.135	-.4833096	3.580114

Σύμφωνα με το πίνακα παρατηρούμε ότι μόνο δύο ανεξάρτητες μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές. Η μεταβλητή «φύλο» είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1%. Το γεγονός ότι το άτομο είναι άντρας ή γυναίκα

παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόωρη συνταξιοδότηση με τους άνδρες να εκφράζουν χαμηλότερη πιθανότητα να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, η μεταβλητή - δείκτης υγείας είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 10%. Τα περισσότερα υγιή άτομα (δηλ. αυτά που δεν αισθάνονται ξαφνικές κρίσεις πανικού) εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες πρόθεσης πρόωρης συνταξιοδότησης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Στη συνέχεια αφαιρούμε την μεταβλητή «αίσθηση πανικού» και προσθέτουμε την μεταβλητή «καλή υγεία» η οποία έχει εκτιμηθεί ως καλή από τα ίδια τα άτομα. Αυτό το κάνουμε για να εξετάσουμε την σχέση του κάθε δείκτη υγείας μεμονωμένα πάνω στην πρόθεση συνταξιοδότησης λόγω της υψηλής συσχέτισης των δεικτών υγείας.

$$P(\text{πρόωρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ καλή υγεία} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 3. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 2)

Logistic regression	Number of obs =	447
	Wald chi2(6) =	17.52
	Prob> chi2 =	0.0076
Log pseudo likelihood = -298.09068	Pseudo R2 =	0.0308

	Robust				[95% Conf. Interval]	
Early retirement	Coef.	Std. Err.	z	P> z		
age	-.0098268	.0181185	-0.54	0.588	-.0453385	.0256849
gender	-.7940564	.2047515	-3.88	0.000	-1.195362	-.3927508
Married	.1662442	.2388004	0.70	0.486	-.301796	.6342844
High education	.0008791	.2208592	0.00	0.997	-.431997	.4337551
Income	-.0000116	7.14e-06	-1.62	0.105	-.0000256	2.43e-06
Good SAHS	-.0079917	.2275835	-0.04	0.972	-.4540471	.4380637
constant	.9286866	.9668325	0.96	0.337	-.9662703	2.823643

Από τον πίνακα παρατηρούμε πάλι ότι μόνο η μεταβλητή «φύλο» είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1%. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Τώρα αφαιρούμε την μεταβλητή «καλή υγεία» και προσθέτουμε την μεταβλητή «εργασιακό στρες».

$$P(\text{πρόωρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ εργασιακό στρες} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 4. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 3)

Logistic regression	Number of obs =	447
	LR chi2(6) =	29.08
	Prob> chi2 =	0.0001
Log likelihood = -293.02604	Pseudo R2 =	0.0473

Early retirement	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
age	-.01068	.0182408	-0.59	0.558	-.0464312	.0250713
gender	-.7893148	.2048903	-3.85	0.000	-1.190892	-.3877373
Married	.1797754	.2377458	0.76	0.450	-.2861978	.6457486
High education	.0357289	.2207645	0.16	0.871	-.3969617	.4684194
Income	-8.00e-06	6.82e-06	-1.17	0.241	-.0000214	5.37e-06
Work stress	.6410743	.2029371	3.16	0.002	.2433249	1.038824
constant	.5012892	.9848436	0.51	0.611	-1.428969	2.431547

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι η μεταβλητή «φύλο» είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1% και η μεταβλητή «εργασιακό στρες» είναι επίσης στατιστικά σημαντική σε 1% επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Το γεγονός ότι το άτομο παρουσιάζει εργασιακό στρες παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Συγκεκριμένα βλέπουμε ότι τα άτομα που βιώνουν στρες σχετικό με την εργασία τους εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα πρόωρης συνταξιοδότησης από τους υπόλοιπους. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση των μελών του δείγματος.

Στη συνέχεια προσθέτουμε μια νέα μεταβλητή. Τη μεταβλητή «ικανοποίηση από τον μισθό». Όπως αναφέραμε και πριν το «1» συμβολίζει υψηλή ικανοποίηση από τον μισθό και το «0» τη χαμηλή ικανοποίηση από το μισθό.

$$P(\text{πρόωρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ εργασιακό στρες} + \alpha_7 \text{ ικανοποίηση από τον μισθό} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 5. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 4)

Logistic regression	Number of obs = 447
	Wald chi2(7) = 31.44
	Prob> chi2 = 0.0001
Log pseudo likelihood = -291.53484	Pseudo R2 = 0.0521

	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Early retirement						
age	-.0100684	.018151	-0.55	0.579	-.0456438	.025507
gender	-.7428854	.2075254	-3.58	0.000	-1.149628	-.336143
Married	.1999297	.2353947	0.85	0.396	-.2614355	.6612948
High education	.0630329	.2258872	0.28	0.780	-.3796979	.5057638
Income	-4.83e-06	6.79e-06	-0.71	0.477	-.0000181	8.48e-06
Work stress	.5276677	.2164322	2.44	0.015	.1034683	.951867
Wage satisfaction	-.3848117	.2256971	-1.70	0.088	-.8271698	.0575465
Constant	.5870419	.9664161	0.61	0.544	-1.307099	2.481183

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι η μεταβλητή «φύλο» είναι στατιστικά σημαντική (1%) και η μεταβλητή «εργασιακό στρες» είναι στατιστικά σημαντική (5%). Το γεγονός ότι το άτομο παρουσιάζει εργασιακό στρες παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Η μεταβλητή της ικανοποίησης από το μισθό είναι επίσης σημαντική σε επίπεδο 10% και δείχνει ότι τα άτομα με υψηλότερη ικανοποίηση από το μισθό τους είναι λιγότερο πιθανό να εκφράσουν πρόθεση πρόωρης συνταξιοδότησης. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Τώρα αφαιρούμε τη μεταβλητή «εργασιακό στρες» και προσθέτουμε τη μεταβλητή «αίσθηση πανικού».

$$P(\text{πρόωρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ αίσθηση πανικού} + \alpha_7 \text{ ικανοποίηση από τον μισθό} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 6. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 5)

Logistic regression	Number of obs = 447
	Wald chi2(7) = 26.87
	Prob> chi2 = 0.0004
Log pseudo likelihood = -293.51217	Pseudo R2 = 0.0457

	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Early retirement						
age	-.007719	.0182292	-0.42	0.672	-.0434475	.0280095
gender	-.7083627	.2063563	-3.43	0.001	-1.112814	-.3039118
Married	.188397	.2380695	0.79	0.429	-.2782107	.6550048
High education	.0537055	.2232636	0.24	0.810	-.3838832	.4912942
Income	-5.54e-06	6.88e-06	-0.80	0.421	-.000019	7.95e-06
panic	-.6574715	.4541073	-1.45	0.148	-1.547505	.2325624
Wage satisfaction	-.5099263	.213008	-2.39	0.017	-.9274142	-.0924383
Constant	1.449544	1.033345	1.40	0.161	-.575775	3.474862

Από τον πίνακα 6 παρατηρούμε ότι η μεταβλητή «φύλο» είναι και πάλι στατιστικά σημαντική (1%) και η μεταβλητή «ικανοποίηση από τον μισθό» είναι τώρα στατιστικά σημαντική (5%). Το γεγονός ότι το άτομο ικανοποιείται από τον μισθό του παίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή πρόωρης συνταξιοδότησης. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Τέλος, αφαιρούμε τη μεταβλητή «αίσθηση πανικού» και προσθέτουμε τη μεταβλητή «καλή υγεία» η οποία έχει εκτιμηθεί ως καλή από τα ίδια τα άτομα.

$$P(\text{πρόωρη συνταξιοδότηση}) = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ ηλικία} + \alpha_2 \text{ φύλο} + \alpha_3 \text{ οικογενειακή κατάσταση} + \alpha_4 \text{ εκπαίδευση} + \alpha_5 \text{ εισόδημα} + \alpha_6 \text{ καλή υγεία} + \alpha_7 \text{ ικανοποίηση από τον μισθό} + \varepsilon_i$$

Πίνακας 7. Παλινδρόμηση της απόφασης για συνταξιοδότηση (Υπόδειγμα 6)

Logistic regression	Number of obs = 447
	Wald chi2(7) = 24.98
	Prob> chi2 = 0.0008
Log pseudo likelihood = -294.58272	Pseudo R2 = 0.0422

	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Early retirement						
age	-.0090301	.0181483	-0.50	0.619	-.0446001	.02654
gender	-.7327965	.2072486	-3.54	0.000	-1.138996	-.3265967
Married	.1996782	.2347643	0.85	0.395	-.2604514	.6598078
High education	.042664	.2224122	0.19	0.848	-.3932559	.4785838
Income	-6.21e-06	6.94e-06	-0.89	0.371	-.0000198	7.40e-06
good SAHS	.0511017	.2279794	0.22	0.823	-.3957296	.4979331
wage satisfaction	-.5593403	.211378	-2.65	0.008	-.9736336	-.145047
Constant	.9037179	.965568	0.94	0.349	-.9887606	2.796196

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι η μεταβλητή «φύλο» είναι και πάλι στατιστικά σημαντική και η μεταβλητή «ικανοποίηση από τον μισθό» είναι και αυτή στατιστικά σημαντική, σε επίπεδο 1%. Το γεγονός ότι το άτομο ικανοποιείται από τον μισθό του παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόωρη συνταξιοδότηση. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν την πρόωρη συνταξιοδότηση.

Από τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι η πρόωρη συνταξιοδότηση είναι ευαίσθητη στο δείκτη υγείας που εξετάζεται κάθε φορά και ότι η χρηματική ικανοποίηση έχει μεγαλύτερη σημασία στην απόφαση του ατόμου να αφήσει την αγορά εργασίας.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τη σχέση μεταξύ υγείας και εργασίας. Υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση εργασίας-υγείας: η υγεία και η εργασία συσχετίζονται θετικά. Η καλύτερη υγεία οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα εύρεσης εργασίας.

Η ικανότητα του ατόμου για συγκεκριμένη μορφή εργασίας εξαρτάται, πολλές φορές καθοριστικά, από το επίπεδο της υγείας του. Η ασθένεια και η ανικανότητα περιορίζουν τη συμμετοχή στην εργασία. Στην Ε.Ε. επηρεάζεται ένα στα έξι άτομα σε ηλικία απασχόλησης, ενώ υπάρχει μια αύξηση του ρυθμού εμφάνισης της ανικανότητας από 5% στα νεαρά άτομα σε 40% στην ηλικία συνταξιοδότησης.

Η υγεία έχει μια θετική και σημαντική επίδραση στην πιθανότητα συμμετοχής στην αγορά εργασίας και οι επιπτώσεις είναι μεγάλες. Έχοντας καλή / πολύ καλή υγεία, σε σχέση με κακή / πολύ κακή υγεία, σημαίνει ότι το άτομο έχει 61% μεγαλύτερη πιθανότητα να συμμετέχει στην αγορά εργασίας. Το άτομο είναι πιο πιθανό να συμμετέχει, εάν είναι παντρεμένο ή ζει σαν ζευγάρι και λιγότερο πιθανό να συμμετέχει αν είναι μεγαλύτερης ηλικίας 55-64 ετών, έχει ευθύνες φροντίδας για έναν ενήλικα ή έχει παιδιά σχολικής ηλικίας.

Η υγεία επίσης επιδρά στα ημερομίσθια, τα ωράρια, τα επιδόματα και την έξοδο από την αγορά εργασίας. Η κακή υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί τα άτομα εκτός εργασίας και που μειώνει την πιθανότητα εισόδου στην αγορά εργασίας ειδικά για τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους καθώς η υγεία επιδεινώνεται με την ηλικία. Άρα είναι το κλειδί που προσδιορίζει την αδράνεια στην αγορά εργασίας.

Όσο νωρίτερα συμβαίνει ένα σοκ για την υγεία, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να οδηγήσει σε έξοδο από το εργατικό δυναμικό.

Η επίδραση της υγείας στη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό είναι μεγαλύτερη για τους ηλικιωμένους παρά για τους νεότερους. Για έναν ηλικιωμένο η επιδείνωση της υγείας από καλή σε μέτρια ελαττώνει την πιθανότητα για εργασία κατά περίπου 7%

ενώ για έναν νεότερο άντρα η ίδια αλλαγή στην υγεία ελαττώνει την πιθανότητα για εργασία κατά 1%.

Η υγεία, λοιπόν, φαίνεται να επηρεάζει την πρόθεση πρόωρης συνταξιοδότησης αλλά το ίδιο και η ικανοποίηση που λαμβάνουν από το μισθό τους οι εργαζόμενοι.

Τα περισσότερα υγιή άτομα (δηλ. αυτά που δεν αισθάνονται ξαφνικές κρίσεις πανικού) εμφανίζουν χαμηλότερες πιθανότητες πρόωρης συνταξιοδότησης σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Συγκεκριμένα βλέπουμε ότι τα άτομα που βιώνουν στρες σχετικό με την εργασία τους εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα πρόωρης συνταξιοδότησης από τους υπόλοιπους.

Η ικανοποίηση από το μισθό είναι επίσης σημαντική και δείχνει ότι τα άτομα με υψηλότερη ικανοποίηση από το μισθό τους είναι λιγότερο πιθανό να εκφράσουν πρόθεση πρόωρης συνταξιοδότησης. Το γεγονός ότι το άτομο ικανοποιείται από τον μισθό του παίζει σημαντικό ρόλο στην αποφυγή πρόωρης συνταξιοδότησης.

Εν κατακλείδι, ενώ η έρευνα τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει κατά πολύ τις γνώσεις μας για τη σχέση μεταξύ της υγείας και της αγοράς εργασίας, πολλά σημαντικά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα. Αυτό που γνωρίζουμε, ωστόσο, είναι ότι η καλή υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας και έχει σημαντικές μη αρνητικές επιπτώσεις στην αγορά εργασίας ενώ η κακή υγεία περιορίζει την ικανότητα για εργασία και έχει ουσιαστικές αρνητικές επιπτώσεις στους μισθούς, στη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και στην επιλογή εργασίας.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία

Bamia C. et al. (2007). Age at Retirement and Mortality in a General Population Sample. The Greek EPIC Study, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 167, No. 5, DOI: 10.1093/aje/kwm337

Bartel A. and Taubman P. (1986). Some Economic and Demographic Consequences of Mental Illness, *Journal of Labor Economics*, Vol. 4, No. 2 pp. 243-256.

Behncke S. (2009). How Does Retirement Affect Health, Institute for the Study of Labor, IZA DP No. 4253

Bloom E. D. and Canning D. (1999). The Health and Wealth of Nations, Public Health Department for International Development and the World Health Organisation, Vol. 287 no. 5456, pp. 1207-1209.

Bound J., Schoenbaum M., Stinebrickner R. T. and Waidmann T. (1999). The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers, *Labour Economics*, (6), pp. 179–202.

Brown S., Roberts J. and Taylor K. (2008). Reservation Wages, Labour Market Participation and Health, Sheffield Economic Research Paper Series, SERP Number: 2008002.

Cai L. (2007). Effects of Health on Wages of Australian Men, Melbourne Institute Working Paper Series, No. 2/07

Cai L. (2007). The Relationship between Health and Labour Force Participation: Evidence from a Panel Data Simultaneous Equation Model, Melbourne Institute Working Paper Series, No. 1/07.

Cai L. and Kalb G. (2006). Health status and labour force participation: evidence from Australia, *Health Economics*, (15), pp. 241–261.

Campolieti M. (2002). Disability and the labor force participation of older men in Canada, *Labour Economics*, (9), pp. 405–432.

Currie J. and Madrian C. B. (1997). Health, Health Insurance and the Labor Market, *Handbook of Labor Economics*, Volume 3, Edited by O. Ashenfelter and D. Card.

De Wind A., Geuskens G. A., Reeuwijk K. G., Westerman M. J., Ybema J. F, Burdorf A., Bongers P. M and van der Beek A. J. (2013). Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study, *BMC Public Health* 2013, 13:292.

Deschryvere M. (2005). Health and Retirement Decisions: An Update of The Literature, European Network of Economic Policy Research Institutes, (ENEPRI), research report No. 6.

Dockery M. A. (2006). Mental health and labour force status: panel estimates with four waves of HILDA, The Centre for Labour Market Research.

Ettner L. S., Frank G. R. and Kessler C. R. (1997). The Impact of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes, *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 51, No.1, pp. 64-81.

Haan P. and Myck M. (2009). Dynamics of Poor Health and Non-Employment, *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit*, Institute for the Study of Labor, IZA Discussion Paper No. 4154.

Jones K. M. (2008). Disability and the Labour Market: A Review of the Empirical Evidence, *Journal of Economic Studies*, doi: 10.1108/01443580810903554.

Jones K. M., Latreille L. P. and Sloane J. P. (2003). Disability, Gender and the Labour Market, *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit*, Institute for the Study of Labor, IZA Discussion Paper No. 936.

Jones K.M., Latreille L. P., and Sloane J. P. (2006). Disability And Work: A Review Of The British Evidence, WELMERC, School of Business and Economics, University of Wales Swansea, IZA, Bonn.

Kalwij A. and Vermeulen F. (2007). Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis, *Health Economics*, doi: 10.1002/hec. 1285.

Kidd P. M., Sloane J. P. and Ferko I. (2000). Disability and the labour market: an analysis of British males, *Journal of Health Economics*, (19), pp. 961–981.

Kuhn A, Wuellrichand J-P, Zweimüller J. (2010). Fatal Attraction Access to Early Retirement and Mortality, Institute for the Study of Labor, Discussion Paper No. 5160.

Leroux J., Rizzo A. J. and Sickles R. (2010). The role of self-reporting bias in health, mental health and labor force participation: a descriptive analysis, *Empirical Economics*, doi: 10.1007/s00181-010-0434-z.

Lindebooma M., Llana-Nozalb A. and Bas van der Klaauwc (2006). Disability and work: the role of health shocks and childhood circumstances, Tinbergen Institute Discussion Paper, TI 2006-039/3.

O'Donnell O. (1998). The effect of disability on employment: Allowing for work incapacity.

Pit W. S., Shrestha R, Schofield D and Passey M. (2009). Health problems and retirement due to ill-health among Australian retirees aged 45–64 years, *Health Policy* 94, (2010), pp. 175–181

Pransky S.G, Benjamin L. K. and Savageau A. J., (2005). Early Retirement Due to Occupational Injury: Who Is at Risk, *American Journal of Industrial Medicine* (47), pp. 285–295

Rice N., Roberts J. and Jones M. A. (2006). Sick of work or too sick to work? Evidence on health shocks and early retirement from the BHPS, University of Sheffield; Sheffield Economics Research Paper 207/002.2007.

Schaufeli B. W. (1997). Youth unemployment and mental health: some Dutch findings, *Journal of Adolescence*, (20), pp. 281-292.

Stewart M. J. (1999). The Impact of Health Status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on Health Status, Department of Economics, National University of Ireland, Galway, doi: hdl.handle.net/10379/1141

Zucchelli E, Jones M. A, Rice N, and Harris A. (2010). The Effects of Health Shocks on Labour Market Exits: Evidence from the HILDA Survey, *Australian Journal of Labour Economics*, Vo l. 13, No 2, pp. 191 – 218.