

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

*Μακροχρόνια Φροντίδα σε γηράσκουσες κοινωνίες:
διερεύνηση της ζήτησης, προσφοράς και μεθόδων χρηματοδότησης*

Ζαφείρης-Δημήτρης Βάλβης

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Υποβλήθηκε στο

Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς

Πειραιάς

Νοέμβριος 2022



Αναφορά Δημιουργού-Μη Εμπορική Χρήση-Όχι Παράγωγα Έργα

UNIVERSITY OF PIRAEUS



**DEPARTMENT OF STATISTICS AND INSURANCE
SCIENCE**

***Long-Term Care in aging societies:
exploring demand, supply and modes of finance***

Zafiris-Dimitris Valvis

PhD Thesis

Submitted to the

Department of Statistics and Insurance Science

of the University of Piraeus

Piraeus

November 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμότατα και από καρδιάς τον επιβλέποντα Καθηγητή μου **κ. Πλάτωνα Τήνιο**, που με υπομονή και επιμονή με καθοδήγησε και ενέπνευσε καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας, η οποία δε θα είχε ευοδωθεί χωρίς την ενεργό συνδρομή και τη διαρκή και γενναιόδωρη στήριξή του.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα, επίσης, να απευθύνω στους Καθηγητές της τριμελούς μου επιτροπής, **κ. Μιλτιάδη Νεκτάριο** και **κ. Ιωάννη Υφαντόπουλο**, καθώς και στην Καθηγήτρια και Επιστημονική Υπεύθυνη της έρευνας SHARE στην Ελλάδα **κ. Αντιγόνη Λυμπεράκη**, για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξή τους.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω στον μεταδιδάκτορα ερευνητή **κ. Θωμά Γεωργιάδη**, ο οποίος με προθυμία και ανιδιοτέλεια μοιράστηκε μαζί μου τις γνώσεις και την εμπειρία του στη διαχείριση των δεδομένων της έρευνας SHARE και στο πακέτο στατιστικής STATA, άνευ της πολύτιμης βοήθειας του οποίου δεν θα είχε ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

Ευχαριστώ, επίσης, όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα εξειδικευμένου κοινού (focus group) που πραγματοποιήθηκε στην ημερίδα για τον σχεδιασμό πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων που διοργανώθηκε το 2018 από τον συγγραφέα της παρούσης, στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου -από το Horizon 2020- έργου, με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)”, υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς. Ιδίως ευχαριστώ τους πρώην Γενικούς Γραμματείς Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Πρόνοιας **κ. Δημήτρη Καρελλά** και **κ. Έφη Μπέκου**, την **κ. Σταυρούλα Σκάρα** προϊσταμένη του Τμήματος Χρονίως Πασχόντων και Ηλικιωμένων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων τόσο για τη συμμετοχή της όσο και για την παροχή διοικητικών στοιχείων, τον **Επίκουρο Καθηγητή κ. Παναγιώτη Ξένο**, τον **εμπειρογνώμονα κ. Βασίλη Χαρόπουλο**, τον **κ. Σωτήρη Μαντέ** από την Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδας, τον **κ. Γιώργο Παπαδούδη** από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, τους **κ. Γιώργο Συμεωνίδη** και **κ. Μάνο Βαλαβάνη** από την Εθνική Αναλογιστική Αρχή, τον **κ. Κωνσταντίνο Προύσκα** από την Ελληνική Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, την **κ. Ζαχαρένια Ρωμαίου** από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, τις **κ. Μυρτώ-Μαρία Ράγγα** και **κ. Λιζ Μεσθεναίου** από την ΜΚΟ «50plus», την **κ. Γεωργία Παπαθανασίου** από την ΜΚΟ «Solidarity Now», καθώς και τον **αείμνηστο Δημήτρη Καμπανάρo**, μέλος της Πανελλήνιας Ένωσης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων. Ευχαριστώ για την παροχή διοικητικών στοιχείων τον **κ. Άλκη Χρυσοστομίδα** από την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω για τη χρήσιμη βοήθεια τους συνυποψήφιους διδάκτορες **κ. Ελένη Σεραφετινίδου** και **κ. Μιχάλη Χουζούρη**.

Τέλος, ευχαριστώ τη μητέρα μου **Μαρία Πολενάκη**, τη σύζυγό μου **Τίνα Κουτσογιάννη** και την κόρη μου **Στέλλα** για τη στήριξή τους, καθώς και τον εκλιπόντα πατέρα μου, **Περικλή Βάλβη**, που με δίδαξε την αξία της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διατριβή χωρίζεται σε τέσσερα Μέρη.

Στο πρώτο Μέρος, και ειδικότερα στο κεφάλαιο 1, τίθεται το εννοιολογικό πλαίσιο του θεματικού πεδίου *Μακροχρόνια Φροντίδα Ηλικιωμένων*, ορίζεται η ‘μακροχρόνια φροντίδα’ και παρουσιάζονται οργανωτικά μοντέλα, δημόσιες πολιτικές χωρών της Ευρώπης και δημογραφικά στοιχεία με στόχο να γίνει κατανοητό το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, όχι μόνο σε επιστημονικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο δημοσίων πολιτικών. Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση, ειδικότερα τα δεδομένα, οι ορισμοί και οι μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας “Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe” (SHARE) για 17 ευρωπαϊκές χώρες (Σουηδία, Δανία, Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Τσεχία, Πολωνία, Σλοβενία, Εσθονία, Κροατία) και το Ισραήλ. Πραγματοποιείται περιγραφική στατιστική ανάλυση τεσσάρων δεικτών μακροχρόνιας φροντίδας για διάστημα εμπιστοσύνης 95%, με τα αποτελέσματα να είναι σταθμισμένα στο σύνολο του πληθυσμού της κάθε χώρας και να απεικονίζονται σε ραβδογράμματα, διαγράμματα Venn και διαγράμματα διασποράς (scatter plots). Εν συνεχεία πραγματοποιούνται αναλύσεις παλινδρόμησης probit προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός επίδρασης επιλεγμένων ανεξάρτητων μεταβλητών στην πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας, στην πιθανότητα να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα, στην πιθανότητα να λαμβάνει μόνο επαγγελματική φροντίδα, καθώς και στην πιθανότητα η παρεχόμενη φροντίδα να καλύπτει τις ανάγκες του.

Στο δεύτερο Μέρος πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση μεταξύ των 18 χωρών του SHARE. Η ανάλυση επικεντρώνεται σε τέσσερις βασικούς στατιστικούς δείκτες: i) τον δείκτη ανάγκης φροντίδας (Care need indicator), ii) τον δείκτη μη λήψης φροντίδας (Care gap indicator), iii) τον δείκτη μίγματος παροχής φροντίδας (Care mix indicator) και iv) τον δείκτη ικανοποίησης φροντίδας (Care satisfaction indicator). Το δεύτερο Μέρος αναπτύσσεται σε τέσσερα διακριτά κεφάλαια. Στο πρώτο εξ’ αυτών (κεφάλαιο 3) προτείνεται μια νέα κατηγοριοποίηση επιπέδων αναγκών φροντίδας, καθώς διαπιστώθηκε έλλειψη ενιαίας προσέγγισης σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στο κεφάλαιο 4 γίνεται συγκριτική ανάλυση των τεσσάρων ανωτέρω δεικτών για το σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+ που έχουν ανάγκη *προσωπικής φροντίδας* (δυσκολία με τουλάχιστον μία βασική δραστηριότητα καθημερινής ζωής, ADL) ανά χώρα. Στο πέμπτο κεφάλαιο εξετάζονται οι ανωτέρω τέσσερις δείκτες λαμβάνοντας υπόψη και εκείνους που έχουν ανάγκη φροντίδας/βοήθειας μόνο με *λειτουργικές*

δραστηριότητες καθημερινής ζωής (iADL), ενώ στο κεφάλαιο 6 εξετάζεται κατά πόσο η τυπική και άτυπη φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα.

Το τρίτο Μέρος επικεντρώνεται στο τι συμβαίνει στην Ελλάδα. Αρχικά, παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση (κεφάλαιο 7) και αναλύονται περαιτέρω δεδομένα της έρευνας SHARE σχετικά με το ποιος παρέχει μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα, τον ρόλο της άτυπης/μη επαγγελματικής φροντίδας σε σχέση με την επαγγελματική φροντίδα, καθώς και τη συσχέτιση της λήψης φροντίδας με παραμέτρους όπως η σύνθεση του νοικοκυριού, η οικονομική ευμάρεια, η ηλικία ή η ύπαρξη τέκνων (Κεφάλαια 8 και 9). Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι διάφορες μορφές παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που υπάρχουν στην Ελλάδα και η χρηματοδότησή τους, ενώ μελετώνται μη δημοσιευμένα διοικητικά στοιχεία, που συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, σχετικά με το πλήθος των ηλικιωμένων που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας από οργανωμένες δομές (δημόσιες ή ιδιωτικές), και τις σχετικές δημόσιες δαπάνες. Επίσης παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας που πραγματοποίησε ο συγγραφέας της παρούσης σε εξειδικευμένο κοινό (focus group) στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου από το Horizon 2020 έργου με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)” υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς (Κεφάλαιο 10). Το τρίτο Μέρος ολοκληρώνεται με την προβολή αναγκών κατ’ οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων έως το έτος 2070 (Κεφάλαιο 11) στη βάση δημογραφικών και μακροοικονομικών υποθέσεων των Εκθέσεων του Aging Working Group (AWG).

Τέλος, στο τέταρτο Μέρος παρουσιάζονται τα συνολικά συμπεράσματα και βασικά ευρήματα των προηγούμενων κεφαλαίων (Κεφάλαιο 12) και προτείνονται πέντε άξονες σχεδιασμού ολοκληρωμένων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας (Κεφάλαιο 13), συνδυάζοντας τα ποσοτικά ευρήματα των προηγούμενων κεφαλαίων με τα ποιοτικά ευρήματα της έρευνας «focus group» σε εξειδικευμένο κοινό και λαμβάνοντας υπόψη και τις πρακτικές άλλων χωρών. Οι πέντε προτεινόμενοι άξονες σχεδιασμού πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων συνοψίζονται σε: i) Δημιουργία ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου που να συστηματοποιεί διαφορετικά επίπεδα και τύπο παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει σοβαρότητας αναγκών και να θέτει σαφή κριτήρια δικαιούχων λήψης δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, ii) Σύστημα Διακυβέρνησης - Συστηματική και δομημένη καταγραφή και παρακολούθηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, iii) Ενίσχυση και συστηματοποίηση χρηματοδότησης δημόσιων προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας, iv) Θέσπιση κινήτρων για την ανάπτυξη προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, για την ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ιδιωτικού τομέα και για την καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας και v) Στήριξη άτυπων φροντιστών/οικογένειας.

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο σχεδιασμού δημοσίων πολιτικών και υπηρεσιών για την μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων.

ABSTRACT

The current thesis is divided into four parts.

In the first part, and in particular in chapter 1, the conceptual framework of the thematic field Long-term Care of the older adults is set, 'long-term care' is defined and organizational models, public policies of European countries and demographic data are presented with the aim of understanding the wider context in which the subject of this work is included, not only at a scientific level but also at a social and public policy level. Chapter 2 presents the methodological approach, in particular the data, the definitions and the measurements used, as well as the methodology followed. Data from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) were used for 17 European countries (Sweden, Denmark, Germany, Austria, France, Belgium, Luxembourg, Switzerland, Italy, Spain, Greece, Portugal, Czech Republic, Poland, Slovenia, Estonia, Croatia) and Israel. A descriptive statistical analysis of four long-term care indicators is performed for a 95% confidence interval, with the results weighted to the total population of each country and displayed in bar diagrams, Venn diagrams and scatter plots. Probit regression analyzes are then carried out in order to determine the degree of influence of selected independent variables on the probability of someone being in need of care, on the probability of receiving no care at all, on the probability of receiving only professional care, as well as on the probability that the care provided covers the needs.

In the second part, a comparative analysis is carried out between the 18 countries. The analysis focuses on four main statistical indicators: i) the Care need indicator, ii) the Care gap indicator, iii) the Care mix indicator and iv) the Care satisfaction indicator. The second Part is developed in four distinct Chapters. In the first of these (chapter 3) a new categorization of levels of care needs is proposed, as a lack of a uniform approach at the European level was found. In chapter 4, a comparative analysis of the above four indicators is made for all people aged 65+ who need personal care (difficulty with at least one basic activity of daily living, ADL) per country. The fifth chapter examines the above four indicators taking into account also those who need care/assistance only with functional activities of daily living (iADL), while chapter 6 examines whether formal and informal care work as complements or substitutes.

The third Part focuses on what is happening in Greece. First, the methodological approach is presented (chapter 7) and further data from the SHARE survey are analyzed on who provides long-term care for the elderly in Greece. Then, the role of informal-non-professional care in relation to professional care, as well as the correlation of care receipt with parameters such as household composition, financial wealth, age or having children are analyzed (Chapters 8 and 9). Then, the various forms of long-term care services provision that exist in Greece and their financing are presented, while unpublished administrative data, collected in the context of this thesis regarding the number of older adults who receive care services from organized structures

(public or private) and the related public expenditures, are also presented. Also we present the results of the primary research carried out by the author of the current thesis to a specialized audience (focus group) in the context of the project entitled "Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)" financed by Horizon 2020 under the auspices of the Center of Research at the University of Piraeus (Chapter 10). The third Part concludes by projecting needs for home long-term care services for older adults by the year 2070 (Chapter 11) based on the demographic and macroeconomic assumptions of the Aging Working Group (AWG) Reports.

Finally, in the fourth Part the overall conclusions and key findings of the previous chapters are presented (Chapter 12) and five axes for long-term care policies are proposed (Chapter 13), combining the quantitative findings of the previous chapters with the qualitative findings of the "focus group" research on a specialized audience and also taking into account the practices of other countries. The five proposed policy design axes for long-term care for older adults are: i) Creation of an integrated institutional framework that systematizes different levels and types of services provided based on the severity of needs and sets clear criteria for beneficiaries of public long-term care services, ii) Governance System - Systematic and structured recording and quality monitoring of services provided, iii) Strengthening and systematizing financing of public long-term care programs, iv) Incentives for the development of private long-term care insurance, for the development of private long-term care services and for the fight against undeclared work and v) Informal carers/family support.

The aim of this thesis is to be an instrument for planning public policies and services for the long-term care of older adults.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xv
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	xix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Γενικά	1
Δομή Διατριβής.....	1
ΜΕΡΟΣ Α: Εννοιολογικό πλαίσιο μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων – Μεθοδολογική Προσέγγιση	5
Κεφάλαιο 1: Επισκόπηση βασικών παραμέτρων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων	7
1.1 Γενικός λειτουργικός ορισμός μακροχρόνιας φροντίδας.....	7
1.2 Ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και δημογραφία..	9
1.3 Συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας	13
1.4 Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης	17
1.5 Πρώτα βασικά συμπεράσματα	22
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογική Προσέγγιση.....	25
2.1. Δεδομένα	25
2.2. Μετρήσεις.....	26
2.3. Στατιστικές Μέθοδοι	27
2.4. Περιορισμοί	29
ΜΕΡΟΣ Β: Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ευρώπη - Συγκριτική Ανάλυση.....	31
Κεφάλαιο 3: Προτεινόμενη διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας.....	33
3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Κατατάσσοντας ένα άτομο σε ανάγκη φροντίδας	35
3.3 Μεθοδολογική Προσέγγιση	37
3.4 Αποτελέσματα	38

3.4.1	Σύγκριση και συσχέτιση δεικτών ADL και GALI	38
3.4.2	Ανάλυση παλινδρόμησης probit του δείκτη GALI ως συνάρτηση των ADL και λοιπών ερμηνευτικών μεταβλητών	43
3.5	Συζήτηση επί των ευρημάτων της ανάλυσης.....	44
3.6	Συμπεράσματα	48
Κεφάλαιο 4: Ανομοιομορφία προσωπικής φροντίδας (ADLs) ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρώπης – Μεταξύ ατομικών και συστημικών διαφορών.....		51
4.1	Εισαγωγή	51
4.2	Μεθοδολογική Προσέγγιση	52
4.3	Αποτελέσματα	55
4.1.1	Ο δείκτης Ανάγκης Φροντίδας (βάσει ADLs)	55
4.1.2	Ο δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας (βάσει ADLs)	57
4.1.3	Ο δείκτης Μίγματος Φροντίδας (βάσει ADLs).....	62
4.1.4	Ο δείκτης Ικανοποίησης Φροντίδας (βάσει ADLs)	65
4.1.5	Σύνοψη αποτελεσμάτων	68
4.4	Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα.....	69
Κεφάλαιο 5: Διαφοροποιήσεις δεικτών φροντίδας με τη συμπερίληψη των iADLs (λειτουργικές δραστηριότητες) – Ανάλυση αναγκών φροντίδας ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία		73
5.1	Εισαγωγή	73
5.2	Μεθοδολογική Προσέγγιση	74
5.3	Αποτελέσματα	75
5.3.1	Ο δείκτης Ανάγκης Φροντίδας (βάσει iADLs)	75
5.3.2	Ο δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας (βάσει iADLs)	84
5.3.3	Ο δείκτης Ικανοποίησης Φροντίδας (βάσει iADLs)	87
5.4	Συμπεράσματα - Συζήτηση επί των ευρημάτων της ανάλυσης.....	88
Κεφάλαιο 6: Εξέταση κατά πόσο η τυπική και άτυπη φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα.....		91
6.1	Μεθοδολογική Προσέγγιση	91
6.2	Αποτελέσματα	93
6.3	Συμπεράσματα	95
ΜΕΡΟΣ Γ: Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα		97
Κεφάλαιο 7: Μεθοδολογική Προσέγγιση.....		101
Κεφάλαιο 8: Βασικοί δείκτες μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα - SHARE		107
8.1	Ανάλυση αναγκών φροντίδας για την Ελλάδα	107

8.2	Ανάλυση μη λήψης φροντίδας για την Ελλάδα.....	110
8.3	Ανάλυση παροχής φροντίδας για την Ελλάδα.....	114
8.4	Ανάλυση ικανοποίησης φροντίδας για την Ελλάδα	115
Κεφάλαιο 9: Ανάλυση άτυπης και τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....		
117		
9.1	Ποιοι παρέχουν πιο συχνά άτυπη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα;.....	117
9.2	Τυπική/Επαγγελματική μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα	119
Κεφάλαιο 10: Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα & Διοικητικά στοιχεία - Έρευνα «focus group» σε εξειδικευμένο κοινό.....		
125		
10.1	Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα & Διοικητικά στοιχεία.....	125
10.2	Έρευνα «focus group» σε εξειδικευμένο κοινό	131
Κεφάλαιο 11: Μια μεθοδολογία για προβολές αναγκών κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα		
135		
11.1	Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας.....	137
11.2	Προβολές δυναμικού μεγέθους της Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων ηλικίας 65+	141
11.3	Προβολές δημόσιων δαπανών για κατ' οίκον μακροχρόνια φροντίδα.....	147
11.4	Συμπεράσματα	151
ΜΕΡΟΣ Δ: Συμπεράσματα - Προτάσεις ολοκληρωμένης πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων		
153		
Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα		
155		
Κεφάλαιο 13: Προτάσεις ολοκληρωμένης πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων		
157		
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		
163		

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	<i>σελίδα</i>
Πίνακας 1.1 Συγκεντρωτική παρουσίαση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας επιλεγμένων χωρών	21
Πίνακας 2.1 Διατύπωση ερωτήσεων έρευνας SHARE σχετιζόμενες με ΜΦ.....	26
Πίνακας 3.1 Συσχέτιση ADL και GALI, άτομα ηλικίας 65+: βαθμός σοβαρότητας περιορισμών σε συνήθειες δραστηριότητες (GALI) σε σχέση με το πλήθος των δυσκολιών με ADLs, σύνολο δείγματος	39
Πίνακας 3.2 Ποσοστό (%) ατόμων με δυσκολίες σε IADLs (dIADLs και sIADLs) αναλόγως του αριθμού δυσκολιών με ADLs, ηλικία 65+	41
Πίνακας 3.3: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά χώρα αναλόγως του ορισμού που χρησιμοποιείται, SHARE w6	43
Πίνακας 3.4 Εκτιμώμενη πιθανότητα να έχει κάποιος σοβαρούς περιορισμούς σε 'δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι' (GALI) σε σχέση με τον αριθμό των ADL για τα οποία αντιμετωπίζει δυσκολία, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6	44
Πίνακας 3.5 Προτεινόμενη διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας (LTCNL: Long Term Care Needs Level)	45
Πίνακας 3.6 Πιθανότητα λήψης επαγγελματικής φροντίδας – Εναλλακτικά μοντέλα χρησιμοποιώντας διαφορετικούς δείκτες ανάγκης φροντίδας, Probit	48
Πίνακας 4.1 Μέγεθος δείγματος των τεσσάρων δεικτών	54
Πίνακας 4.2 Probit ανάλυση πιθανότητας ανάγκης φροντίδας	56
Πίνακας 4.3. Probit ανάλυση πιθανότητας μη λήψης φροντίδας	58
Πίνακας 4.4. Κατανομή ατόμων ηλικίας 65+ χωρίς δυσκολίες με ADLs που λαμβάνουν φροντίδα συναρτήσει δυσκολιών με iADLs λοιπές δραστηριότητες	61
Πίνακας 4.5 Probit ανάλυση της πιθανότητας λήψης τυπικής φροντίδας	63

Πίνακας 4.6 Πιθανότητα η παρεχόμενη φροντίδα να ικανοποιεί <i>πάντοτε</i> τις ανάγκες	67
Πίνακας 4.7 Συγκεντρωτικός Πίνακας Αποτελεσμάτων Δεικτών ΜΦ.....	68
Πίνακας 5.1 Εκτιμώμενη πιθανότητα να αντιμετωπίζει κανείς δυσκολίες με καθημερινές δραστηριότητες ανά είδος δραστηριότητας ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6	82
Πίνακας 5.2 Εκτιμώμενη πιθανότητα κάποιος με δυσκολία με ADL ή iADL να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6	87
Πίνακας 6.1 «Πρώτο» είδος λήψης φροντίδας ατόμων 65+ με τουλάχιστον 1 ADL στο w6 και κανένα ADL στο w2, ανάλυση πάνελ	93
Πίνακας 6.2: Η άτυπη και η τυπική φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατο η μία της άλλης;	94
Πίνακας 7.1 Μέγεθος δείγματος ατόμων ηλικίας 65+; Ελλάδα; share w6.....	101
Πίνακας 7.2: Διοικητικά Στοιχεία που συλλέχθηκαν	103
Πίνακας 7.3 Ερωτηματολόγιο «focus group»	103
Πίνακας 8.1 Εκτιμώμενο πλήθος ατόμων 65+ στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας, c.i. 95%, SHARE w6	108
Πίνακας 8.2 Εκτιμώμενη πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6	110
Πίνακας 8.3 Εκτιμώμενο πλήθος ατόμων 65+ που δεν λαμβάνει φροντίδα όντας σε ανάγκη, ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης	112
Πίνακας 8.4 Εκτιμώμενη πιθανότητα κάποιος στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας (για δύο επίπεδα ανάγκης) να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα, ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6	113
Πίνακας 9.1 Από ποιο άτομο (εντός ή εκτός νοικοκυριού) λαμβάνουν άτυπη φροντίδα πιο συχνά (%) άτομα σε ανάγκη φροντίδας στην Ελλάδα, ηλικίας 65+ ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία	118
Πίνακας 9.2 Δαπάνη όσων πληρώνουν για τυπική φροντίδα στο σπίτι	121

Πίνακας 9.3 Μέση ετήσια δαπάνη (€) από ίδιους πόρους (για όσους πραγματοποιούν τέτοιες δαπάνες) ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και συνύπαρξη ή μη άτυπης φροντίδας	122
Πίνακας 9.4 Μέση ετήσια δαπάνη (€) από ίδιους πόρους (για όσους πραγματοποιούν τέτοιες δαπάνες) ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και συνύπαρξη ή μη άτυπης φροντίδας ανά χώρα	123
Πίνακας 10.1 Είδος παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και ποιος την παρέχει	125
Πίνακας 10.2 Διοικητικά Στοιχεία για Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»	127
Πίνακας 10.3 Διοικητικά Στοιχεία για Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (2016) .	128
Πίνακας 10.4 Διοικητικά Στοιχεία για Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (2016)	129
Πίνακας 10.5 Δημόσια δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)...	129
Πίνακας 11. 1 Σενάρια Έκθεσης Γήρανσης 2021, δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, <i>Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεσης Γήρανσης 2021</i>	135
Πίνακας 11.2 Εκτιμώμενο ποσοστό (%) ατόμων σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία ανά σοβαρότητα ανάγκης φροντίδας	138
Πίνακας 11.3 Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+	138
Πίνακας 11.4 Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία ανά σοβαρότητα ανάγκης φροντίδας	139
Πίνακας 11.5 Εκτιμώμενο ποσοστό είδους λήψης φροντίδας ανά κατηγορία ανάγκης φροντίδας για το έτος βάσης	144
Πίνακας 11.6 Εκτιμώμενο μέσο ετήσιο <i>δυνητικό</i> μοναδιαίο κόστος (€) παροχής κατ' οίκον παροχής φροντίδας για το έτος βάσης 2019	144
Πίνακας 11.7 Δυνητικό μέγεθος Αγοράς κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+	146
Πίνακας 11.8 Εκτιμώμενες δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ <i>κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας</i> για άτομα ηλικίας 65+	148
Πίνακας 11.9 Προβολές δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Έκθεση Γήρανσης 2021 του AWG και σύγκριση με υπολογισμούς παρούσας εργασίας για την Ελλάδα	150

Πίνακας 11.10 Προβολές δημοσίων δαπανών συντάξεων και υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Έκθεση Γήρανσης 2021 του AWG.....

150

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	σελίδα
<i>Διάγραμμα 3.1: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας αναλόγως του ορισμού που χρησιμοποιείται.....</i>	39
<i>Διάγραμμα 3.2: Ποσοστό είδους ADL (%) για το οποίο υπάρχει δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης, ανά πλήθος ADL. Άτομα ηλικίας 65+.....</i>	41
<i>Διάγραμμα 3.3: Συσχέτιση ADL και GALI, Venn διάγραμμα, άτομα ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά ορισμό.....</i>	42
<i>Διάγραμμα 3.4 Απεικόνιση σε Venn της 4-βάθμιας κλίμακας ανάγκης φροντίδας....</i>	46
<i>Διάγραμμα 3.5: Ποσοστό (%) ατόμων 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά επίπεδο σοβαρότητας ανάγκης, ανά χώρα.....</i>	47
<i>Διάγραμμα 4.1: Ποσοστό ατόμων (%) ηλικίας 65+ σε ανάγκη προσωπικής φροντίδας (τουλάχιστον 1 ADL), ανά αριθμό ADL, ανά χώρα</i>	55
<i>Διάγραμμα 4.2: Δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας; ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που διαβιούν σε νοικοκυριά σε ανάγκη προσωπικής φροντίδας που δεν λαμβάνουν φροντίδα., ανά αριθμό δυσκολιών ADL, ανά χώρα</i>	57
<i>Διάγραμμα 4.3: Διάγραμμα συσχέτισης κενού φροντίδας και δημόσιων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, άτομα ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας που μένουν εντός νοικοκυριών. PPP: purchasing power parity (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης)</i>	59
<i>Διάγραμμα 4.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ χωρίς δυσκολίες με ADL που λαμβάνουν κάποιον είδους φροντίδα</i>	60
<i>Διάγραμμα 4.5: Δείκτης Μίγματος Φροντίδας, κατανομή είδους φροντίδας (%), ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολία σε τουλάχιστον 1 ADL που λαμβάνουν φροντίδα..</i>	63
<i>Διάγραμμα 4.6: Διάγραμμα συσχέτισης λήψης αποκλειστικά τυπικής φροντίδας και αναλογίας θανάτων ηλικία 65+/65- από covid-19</i>	64
<i>Διάγραμμα 4.7: Διάγραμμα συσχέτισης άτυπης φροντίδας και δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, άτομα ηλικία 65+ σε ανάγκη φροντίδας που μένουν εντός νοικοκυριών. PPP: purchasing power parity (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης).....</i>	65

Διάγραμμα 4.8: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης (%), ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL που λαμβάνουν φροντίδα	66
Διάγραμμα 4.9: Ικανοποίηση αναγκών ανά τύπο φροντίδας ανά χώρα, άτομα ηλικίας 65+	67
Διάγραμμα 4.10: Γραφική αναπαράσταση των τεσσάρων δεικτών ΜΦ.....	69
Διάγραμμα 5.1: Συσχέτιση ADL και iADLs, Venn διάγραμμα, άτομα ηλικίας 65+. Τα ποσοστά αναφέρονται επί του συνόλου των ατόμων ηλικίας 65+	76
Διάγραμμα 5.2: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/IADL, ανά χώρα	77
Διάγραμμα 5.3: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65-80 με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/IADL, ανά χώρα	78
Διάγραμμα 5.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 80+ με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/IADL, ανά χώρα	79
Διάγραμμα 5.5: Χάσμα φύλου στις ανάγκες φροντίδας: Διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες, ηλικία 65-80, ανά χώρα	80
Διάγραμμα 5.6: Χάσμα φύλου στις ανάγκες φροντίδας: Διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες, ηλικία 80+, ανά χώρα	81
Διάγραμμα 5.7: Μη Λήψη Φροντίδας. Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, , ανά είδος ανάγκης φροντίδας, σύνολο χωρών (c.i. 95%).....	85
Διάγραμμα 5.8: Μη Λήψη Φροντίδας. Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs (χωρίς δυσκολίες με ADL) που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, ανά χώρα (c.i. 95%).....	86
Διάγραμμα 5.9: Βαθμός ικανοποίησης (%) φροντίδας ατόμων ηλικίας 65+, ανά χώρα όταν υπάρχει δυσκολία μόνο με iADLs σε σύγκριση με όταν υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL.....	88
Διάγραμμα 8.1: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας αναλόγως βαθμό ανάγκης φροντίδας, ανά φύλο, ανά ηλικιακό εύρος.....	107
Διάγραμμα 8.2: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα που βρίσκονται σε μικρή ανάγκη φροντίδας (μόνο iADLs) και δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα (Care Gap) ανά φύλο και ηλικιακό εύρος.....	111

Διάγραμμα 8.3: Ποσόστωση (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα (Care Gap) ανά φύλο και ηλικιακό εύρος, c.i. 95%.....	111
Διάγραμμα 8.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα ανά είδος λήψης φροντίδας (τυπικής – άτυπης), ανά φύλο και ηλικιακό εύρος	115
Διάγραμμα 8.5: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα ανά βαθμό κάλυψης των αναγκών τους	116
Διάγραμμα 9.1: Ποιο άτομο που ζει εντός του ίδιου νοικοκυριού παρέχει την άτυπη φροντίδα (%) σε άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα;	119
Διάγραμμα 9.2: Είδος παροχής τυπικής φροντίδας (%) σε άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα	120
Διάγραμμα 9.3: Ποσοστό ατόμων (%) 65+ στην Ελλάδα που πληρώνουν με δικά τους χρήματα για την τυπική μακροχρόνια φροντίδα. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6	120
Διάγραμμα 9.4: Ετήσια δαπάνη (€) ατόμων ηλικίας 65+ για τυπική μακροχρόνια φροντίδα συναρτήσει αριθμού ADL. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6	122
Διάγραμμα 11.1: Εκτίμηση συνολικού πλήθους ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ως το έτος 2070	141

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ADL:	Activities of daily living <i>Βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής</i>
AWG:	Ageing Working Group <i>Ομάδα Εργασίας Γήρανσης</i>
EE:	Ευρωπαϊκή Ένωση
EU SILC:	European Union Statistics of Income and Living Conditions <i>Εισόδημα και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών της Ευρωπαϊκής Ένωσης</i>
GALI:	Global Activity Limitation Index <i>Παγκόσμιος Δείκτης Περιορισμού Δραστηριοτήτων</i>
iADL (ή IADL):	Instrumental activities of daily living <i>Λειτουργικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής</i>
ΜΦ:	Μακροχρόνια Φροντίδα
κατΟικ.Υπ.ΜΦ:	<i>κατ' οίκον υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας</i>
OECD (ΟΟΣΑ):	Organization for Economic Cooperation and Development <i>Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης</i>
pp.	<i>percentage points</i> <i>ποσοστιαίες μονάδες</i>
SHARE:	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe <i>Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη</i>
AT:	Αυστρία
BE:	Βέλγιο
CH:	Ελβετία
CZ:	Τσεχία
DE:	Γερμανία
DK:	Δανία

EE:	Εσθονία
ES:	Ισπανία
FR:	Γαλλία
GR:	Ελλάδα
HR:	Κροατία
IL:	Ισραήλ
IT:	Ιταλία
LU:	Λουξεμβούργο
PL:	Πολωνία
PT:	Πορτογαλία
SE:	Σουηδία
SI:	Σλοβενία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γενικά

Η Ευρώπη βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να εμφανίζει εδώ και δεκαετίες ένα διαρκώς αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής. Από την άλλη πλευρά, εμφανίζει έναν διαρκώς μειούμενο δείκτη γεννητικότητας. Συνδυαστικά αυτά τα δύο σημαίνουν πως ζούμε σε μία Ευρώπη που γερνάει.

Τα δημογραφικά δεδομένα δείχνουν πως οι ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων διαρκώς αυξάνουν, κάτι που επιφέρει τόσο οικονομικές όσο και κοινωνικές επιπτώσεις. Σε οικονομικό επίπεδο επηρεάζονται τόσο τα δημόσια οικονομικά των χωρών όσο και ο οικογενειακός προϋπολογισμός, ενώ ταυτόχρονα διαφαίνεται μία δυνατότητα διεύρυνσης της παροχής υπηρεσιών από ιδιώτες ή/και του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης. Σε κοινωνικό επίπεδο επηρεάζονται τα μέλη της οικογένειας -συνήθως γυναίκες- που καλούνται να παρέχουν άτυπη φροντίδα εις βάρος πολλές φορές της επαγγελματικής τους προοπτικής, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι που δεν λαμβάνουν πάντοτε το επίπεδο φροντίδας που καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες τους, αλλά και οι ανεπίσημοι ή επίσημοι φροντιστές που συχνά εργάζονται ανασφάλιστοι και χωρίς καθορισμένους εργασιακούς κανόνες.

Σημαντικό είναι να τονιστεί εξ' αρχής η διαφοροποίηση μεταξύ *φροντίδας* και *περίθαλψης*, που συνοψίζεται ως εξής: Η φροντίδα αφορά στην παροχή *μη* ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται κατά κύριο λόγο στο πλαίσιο της κοινωνικής πρόνοιας ενώ η περίθαλψη αφορά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 138-163*). Οι δύο αυτές έννοιες είναι κοντινές και λειτουργούν ως υποκατάστατα, αλλά δεν πρέπει να συγχέονται. Συχνά ανεπάρκειες φροντίδας οδηγούν σε 'ιατροποίηση φροντίδας' με μεγάλη επιβάρυνση στο κόστος κυρίως στα δημοσιονομικά αλλά και στην ποιότητα ζωής των ωφελούμενων.

Στην παρούσα διδακτορική εργασία πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση της προσφοράς, της ζήτησης, των μεθόδων χρηματοδότησης και των δημόσιων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων μεταξύ χωρών της Ευρώπης, καθώς και μία ειδικότερη ανάλυση για την Ελλάδα.

Στόχος της παρούσας διατριβής είναι να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο σχεδιασμού δημοσίων πολιτικών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Δομή Διατριβής

Η παρούσα διατριβή χωρίζεται σε τέσσερα μέρη, ως εξής:

- **Μέρος Α':** Εννοιολογικό πλαίσιο μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων - Μεθοδολογική Προσέγγιση
- **Μέρος Β':** Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ευρώπη - Συγκριτική ανάλυση

- Μέρος Γ': Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα
- Μέρος Δ': Συμπεράσματα - Προτάσεις ολοκληρωμένης πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων

Στο Μέρος Α τίθεται το εννοιολογικό πλαίσιο του θεματικού πεδίου *Μακροχρόνια Φροντίδα Ηλικιωμένων*, ορίζεται η 'μακροχρόνια φροντίδα' και παρουσιάζονται οργανωτικά μοντέλα, δημόσιες πολιτικές χωρών της Ευρώπης και δημογραφικά στοιχεία με στόχο να γίνει κατανοητό το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, όχι μόνο σε επιστημονικό αλλά και σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Επίσης, παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση, ειδικότερα τα δεδομένα, οι ορισμοί και οι μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και η μεθοδολογία στατιστικής που ακολουθήθηκε.

Στο δεύτερο Μέρος πραγματοποιείται ανάλυση δεδομένων της έρευνας "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE) για 18 χώρες (17 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ). Η συγκριτική ανάλυση μεταξύ χωρών επικεντρώνεται στους εξής τέσσερις βασικούς στατιστικούς δείκτες: i) τον δείκτη ανάγκης φροντίδας (Care need indicator), ii) τον δείκτη μη λήψης φροντίδας (Care gap indicator), iii) τον δείκτη μίγματος παροχής φροντίδας (Care mix indicator) και iv) τον δείκτη ικανοποίησης φροντίδας (Care satisfaction indicator). Το Μέρος Β' αναπτύσσεται σε τέσσερα διακριτά Κεφάλαια. Στο πρώτο εξ' αυτών προτείνεται μια νέα κατηγοριοποίηση επιπέδων αναγκών φροντίδας, καθώς διαπιστώθηκε έλλειψη ενιαίας προσέγγιση σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στο δεύτερο γίνεται συγκριτική ανάλυση των τεσσάρων ανωτέρω δεικτών για το σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+ που έχουν ανάγκη *προσωπικής φροντίδας* (δυσκολία με τουλάχιστον μία βασική δραστηριότητα καθημερινής ζωής, ADL) ανά χώρα. Στο τρίτο εξετάζονται οι ανωτέρω τέσσερις δείκτες λαμβάνοντας υπόψη και εκείνους που έχουν ανάγκη φροντίδας/βοήθειας *μόνο* με *λειτουργικές* δραστηριότητες καθημερινής ζωής (iADL), ενώ στο τέταρτο εξετάζεται κατά πόσο η τυπική και άτυπη φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα. Η προσέγγιση που ακολουθείται είναι: αρχικά πραγματοποιείται περιγραφική στατιστική ανάλυση που δείχνει με εύληπτο τρόπο τη μεγάλη εικόνα και τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα. Εν συνεχεία πραγματοποιείται πολυμεταβλητή ανάλυση probit που δείχνει πώς επιλεγμένες ανεξάρτητες μεταβλητές και ψευδομεταβλητές (dummies) -όπως ενδεικτικά η ηλικία, το φύλο ή χώρα- μεταβάλλουν την πιθανότητα κάποιος να βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας, την πιθανότητα να μην λαμβάνει φροντίδα, την πιθανότητα να λαμβάνει τυπική φροντίδα και την πιθανότητα η φροντίδα που λαμβάνει να ικανοποιεί τις ανάγκες του.

Το τρίτο Μέρος της παρούσας εργασίας επικεντρώνεται στο τι συμβαίνει στην Ελλάδα. Αρχικά, αναλύονται περαιτέρω δεδομένα της έρευνας SHARE σχετικά με το ποιος παρέχει μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα, τον ρόλο της άτυπης/μη επαγγελματικής φροντίδας σε σχέση με την επαγγελματική φροντίδα, καθώς και τη συσχέτιση της λήψης φροντίδας με παραμέτρους όπως η σύνθεση του νοικοκυριού, η οικονομική ευμάρεια, η ηλικία ή η ύπαρξη τέκνων. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι διάφορες μορφές παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που υπάρχουν στην Ελλάδα και η χρηματοδότησή τους, ενώ μελετώνται μη δημοσιευμένα διοικητικά στοιχεία, που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, σχετικά με το πλήθος των ηλικιωμένων που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας από οργανωμένες δομές (δημόσιες ή ιδιωτικές), και τις σχετικές δημόσιες δαπάνες. Επίσης

παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας που πραγματοποίησε ο συγγραφέας της παρούσης σε εξειδικευμένο κοινό (focus group) στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου από το Horizon 2020 έργου με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)” υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς. Το τρίτο Μέρος ολοκληρώνεται με την προβολή αναγκών κατ’ οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων έως το έτος 2070 στη βάση των δημογραφικών και μακροοικονομικών υποθέσεων των Εκθέσεων του Aging Working Group (AWG).

Τέλος, στο τέταρτο Μέρος προτείνονται κατευθύνσεις σχεδιασμού ολοκληρωμένων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας.

Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως σε κάθε κεφάλαιο αναφέρονται οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί, καθώς ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανά κεφάλαιο, όπως συμβαίνει με τον ορισμό ανάγκης φροντίδας και τον ορισμό *μη* λήψης φροντίδας. Ο λόγος της διαφοροποίησης έγκειται στο γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, αλλά και ότι εξυπηρετεί διαφορετικές ανάγκες επιμέρους οπτικών και αντικειμένων. Ως εκ τούτου, αναλόγως της στόχευσης ενός κεφαλαίου, της πρόθεσης να εξεταστούν συγκριτικά εναλλακτικοί ορισμοί, καθώς και λόγω αναγκών που προέκυψαν κατά τη διαδικασία δημοσιεύσεων επιστημονικών άρθρων χρησιμοποιήθηκαν ελαφρώς διαφοροποιημένοι ορισμοί. Κάθε κεφάλαιο της παρούσας εργασίας μπορεί να αναγνωστεί ανεξάρτητα από τα υπόλοιπα.

Δημοσιεύσεις - Συνέδρια

Το Κεφάλαιο 3 δημοσιεύτηκε (2022) με τίτλο “Defining Long-Term-Care Need Levels for Older Adults: Towards a Standardized European Classification” στο επιστημονικό περιοδικό με διεθνές editorial board “Journal of Aging and Social Policy”. DOI:10.1080/08959420.2022.2110810.

Το Κεφάλαιο 4 δημοσιεύτηκε (2022) με μικρές τροποποιήσεις αυτοτελώς με τίτλο “Heterogeneity in Long Term Care for older adults in Europe: Between individual and systemic effects”, “Ageing and Longevity”. <https://doi.org/10.3390/jal2020014>.

Μέρη των Κεφαλαίων 4 και 5 παρουσιάστηκαν στο Διεθνές Συνέδριο “Transform Care” στο Μιλάνο με θέμα παρουσίασης “Tracking demand and supply for Long Term Care in Europe 2007-2015: A cross-national intertemporal analysis using three waves of SHARE data” (2017).

Μέρη των Κεφαλαίων 4 και 5 παρουσιάστηκαν στο Διεθνές Συνέδριο “European Sociological Association” στην Αθήνα με τίτλο “Care gap and the Care Mix in Europe: Exploring Modes of Long Term Care across European Countries” (2017).

**ΜΕΡΟΣ Α: Εννοιολογικό πλαίσιο μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων –
Μεθοδολογική Προσέγγιση**

Κεφάλαιο 1: Επισκόπηση βασικών παραμέτρων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων

1.1 Γενικός λειτουργικός ορισμός μακροχρόνιας φροντίδας

Ως μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων ορίζεται από τους διεθνείς οργανισμούς (ΟΟΣΑ, Eurostat, Διεθνής Οργανισμός Υγείας) η παροχή μη ιατρικών υπηρεσιών φροντίδας που λαμβάνουν άτομα με μειωμένο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης για εκτεταμένη χρονική περίοδο, προκειμένου να εκτελέσουν ‘βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής’ (ADL) ή/και ‘λειτουργικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής’ (iADL) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2015, σελ. 142). Ως ADLs ορίζονται οι παρακάτω έξι βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής: i) η δυνατότητα να μπορεί να φάει κανείς μόνος του, ii) να κάνει μπάνιο, iii) να ντυθεί, iv) να σηκωθεί και να ξαπλώσει στο κρεβάτι, v) να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, vi) να περπατήσει στο δωμάτιο. Ως iADLs νοούνται οι λειτουργικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής που σχετίζονται με τη δυνατότητα διαχείρισης ενός νοικοκυριού ή με τη δυνατότητα μετακίνησης εκτός σπιτιού και διαχείρισης χρημάτων, όπως: ψώνια ειδών σουπερμάρκετ, ετοιμασία φαγητού, χρήση τηλεφώνου, δουλειές σπιτιού, λήψη φαρμάκων, πλύσιμο ρούχων, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, διαχείριση χρημάτων, δυνατότητα χρήσης χάρτη για προσανατολισμό.

Τα έξι ADLs εισήχθησαν στη διεθνή βιβλιογραφία το 1963 από τους Katz et al. και θεωρήθηκαν δομικές σε ό,τι αφορά τη δυνατότητα αυτόνομης διαβίωσης. Τυχόν *εξάρτηση* από τρίτον σε κάποια από τις παραπάνω δραστηριότητες αποτελούσε ένδειξη ανάγκης φροντίδας. Το είδος του ADL για το οποίο δεν υπήρχε *πλήρη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης*, θεωρήθηκε ότι παίζει ρόλο στο βαθμό ανάγκης φροντίδας, καθώς όσοι χρειάζονταν βοήθεια στο μπάνιο ή στο ντύσιμο μπορούσαν να λάβουν βοήθεια σε προκαθορισμένη ώρα εντός της ημέρας. Για τις υπόλοιπες δραστηριότητες η βοήθεια έπρεπε να δίνεται σε συχνότερα, και όχι προκαθορισμένα, χρονικά διαστήματα. Η κλίμακα ADL είναι ιεραρχική –αυτό σημαίνει πως αν κάποιος δεν μπορεί, για παράδειγμα, να φάει χωρίς βοήθεια αυτό σημαίνει κατά πάσα πιθανότητα πως δεν θα μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και σε άλλες δραστηριότητες (Katz et al., 1963). Το 1969 οι Lawton & Brody ανέπτυξαν μία κλίμακα αξιολόγησης του επιπέδου εξάρτησης καθενός από τα ADL και εισήγαγαν στη διεθνή βιβλιογραφία τα iADLs, ενώ το Πρόγραμμα Older Americans Resources and Services (OARS) ανέπτυξε ένα ερωτηματολόγιο κλίμακας τριών επιπέδων βαθμού εξάρτησης σε καθένα από τα ADL και iADL. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η διεπιστημονική έρευνα πάνελ Health Retirement Survey (HRS) συλλέγει τακτικά από το 1993 δεδομένα ADL και iADL για άτομα ηλικίας 50+.

Το 2004, η παραπάνω προσέγγιση μεταφέρθηκε μερικώς στην Ευρώπη. Μέσω δομημένων συνεντεύξεων της έρευνας SHARE, συλλέγονται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τις Ευρωπαϊκές χώρες δεδομένα σχετικά με τις δυσκολίες σε ADL και iADL. Η ακριβής διατύπωση της ερώτησης είναι: «Παρακαλώ πείτε μου εάν έχετε κάποια δυσκολία με αυτές τις δραστηριότητες (ADL/iADL) εξαιτίας κάποιου σωματικού, διανοητικού ή ψυχολογικού προβλήματος». Αξίζει να σημειωθεί ότι η λέξη «εξάρτηση» που χρησιμοποίησαν οι Katz et al. (1963), μετατράπηκε στην φράση «κάποια δυσκολία», ενώ δεν ζητείται από τον

συνεντευξιαζόμενο να προσδιορίσει το βαθμό δυσκολίας που έχει με τη δραστηριότητα. Σημειώνεται, δε, ότι η παραμικρή αλλαγή στο λεκτικό της ερώτησης μπορεί να επηρεάσει την απάντηση (Cambois et al., 2016). Το 2005 εισήχθη στις ευρωπαϊκές έρευνες European Union Statistics of Income and Living Conditions (EU SILC) και SHARE ο δείκτης Global Activity Limitation Index (GALI) (Bogaert et al., 2018). Ο δείκτης GALI δεν προσδιορίζει συγκεκριμένες δραστηριότητες για τις οποίες κάποιος έχει δυσκολία εκτέλεσης, και ως εκ τούτου αφήνει μεγάλο εύρος υποκειμενικότητας στον ερωτώμενο. Η ακριβής ερώτηση είναι *«Για τους τελευταίους έξι μήνες τουλάχιστον, σε ποια έκταση περιοριστήκατε λόγω ενός προβλήματος υγείας σε δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι; (με πιθανές απαντήσεις: 1. Σοβαροί περιορισμοί, 2. Κάποιοι περιορισμοί, αλλά όχι σοβαροί, 3. Καθόλου περιορισμοί)»*. Ο ερωτώμενος στην απάντησή του μπορεί να περιλαμβάνει δυσκολίες σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την εργασία, την μετακίνηση, την ψυχαγωγία, την φύλαξη εγγονιών. Συνεπώς, άτομα που απαντούν θετικά σε ότι αφορά την ύπαρξη δυσκολιών σε συνήθεις δραστηριότητες, ενδέχεται να εννοούν άλλες δραστηριότητες πέραν των ADL και iADL (Berger et al., 2015).

Είναι σημαντικό, επομένως, να αποσαφηνιστεί πως όταν μιλάμε για μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, στην παρούσα διατριβή (αλλά και στο μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας), δεν αναφερόμαστε σε άτομα με βαριά μορφή αναπηρίας, αλλά κατά κύριο σε άτομα με μικρότερες ή μεγαλύτερες δυσκολίες εκτέλεσης κάποιων καθημερινών δραστηριοτήτων. Η οριοθέτηση των εννοιών της *μακροχρόνιας φροντίδας* και της *περίθαλψης* δεν είναι πάντοτε ευδιάκριτες σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Όπως επισημαίνεται και στην Έκθεση Γήρανσης 2021 του AWG (σελ. 138,139), εξαιτίας ιστορικών και οργανωτικών λόγων η δημόσια χρηματοδότηση και οργάνωση της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη είναι εξαιρετικά κατακερματισμένη, με διαφορετικές κυβερνητικές αρχές (Κεντρική κυβέρνηση, Περιφέρειες, Δήμοι) να είναι υπεύθυνες για διαφορετικά είδη φροντίδας. Δεν είναι μάλιστα σπάνιο, ελλείψει επαρκών δομών μακροχρόνιας φροντίδας, αυτή να παρέχεται ως περίθαλψη εντός νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Η διακριτή οντότητα της μακροχρόνιας φροντίδας ξεκαθαρίζεται με την 18^η Αρχή του Ευρωπαϊκού Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων, η οποία αναφέρει πως ***«Καθένας έχει δικαίωμα σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας καλής ποιότητας, ιδίως κατ' οίκον φροντίδα και υπηρεσίες που παρέχονται από την κοινότητα»*** (European Commission, accessed Jan. 2022).

Είναι, επίσης, σημαντικό να σημειωθεί εξ αρχής πως δεν υφίσταται «αντικειμενικός» ορισμός της έννοιας της μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά ένα σύνολο υπηρεσιών που μπορούν να διακριθούν από την μία πλευρά ως περίθαλψη και από την άλλη ως φροντίδα ή/και βοήθεια, με επιπλέον διαχωρισμό μεταξύ ιδρυματικής φροντίδας και οικιακών υπηρεσιών (που αποτελούν και το συντριπτικά μεγαλύτερο σημείο ενδιαφέροντος βάσει και της 18^{ης} Αρχής του Ευρωπαϊκού Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων). Η ζύμωση προς την κατεύθυνση της δημιουργίας ενός λειτουργικού ορισμού μακροχρόνιας φροντίδας είναι σημαντική, με τη γνώση όμως πως είναι σχετικώς απίθανο να υπάρξει συμφωνία από όλους. Παρά ταύτα πρέπει να είμαστε πάντα σαφείς τι συμπεριλαμβάνουμε και τι όχι όταν μιλάμε για μακροχρόνια φροντίδα, καθώς πάντα θα υπάρχουν γκριζες περιοχές - οι οποίες πρέπει να αποσαφηνίζονται κατά το δυνατόν.

Στο πλαίσιο των ανωτέρω και στη βάση αποσαφήνισης της έννοιας ‘άτομο σε ανάγκη φροντίδας’, στην παρούσα διατριβή διακρίνονται δύο υποκατηγορίες (Κεφάλαια 4 και 5):

- i) Άτομα σε ανάγκη *Προσωπικής Φροντίδας* που αφορά τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL ανεξαρτήτως αν συνυπάρχουν δυσκολίες με iADLs και
- ii) Άτομα σε ανάγκη *Φροντίδας αποκλειστικά για Δουλειές Σπιτιού και Λειτουργικές Δραστηριότητες*, που αφορά τα άτομα που έχουν δυσκολίες μόνο με iADLs χωρίς να συνυπάρχουν δυσκολίες με ADLs.

Η ανωτέρω διάκριση διασφαλίζει ότι δεν θα υποτιμηθούν οι ανάγκες για φροντίδα με iADLs όταν δεν συνυπάρχουν δυσκολίες με ADLs, κάτι που συμβαίνει σε πολλές μελέτες και γραφειοκρατικά συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας, όπου η ένδειξη ανάγκης φροντίδας πυροδοτείται μόνον όταν υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL.

1.2 Ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και δημογραφία

Καθώς ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει, η ζήτηση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ολοένα και θα αυξάνει (Kaschowitz & Brandt, 2017). Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αυξάνει διαρκώς από το 1950 για όλες τις αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως. Αυτό επιστεγάζει μακρά ιστορική περίοδο αύξησης, την οποία ο Fogel (2004) (όπως αναφέρεται από τον Amlan Roy, 2022, σελίδα 16) αποδίδει σε ‘θερμοδυναμική εξέλιξη’, δηλαδή σε βελτιώσεις στην διατροφή και στην οικονομική κατάσταση και λιγότερο σε ιατρικούς παράγοντες. Σε επίσημες προβολές εκτιμάται ότι θα εξακολουθεί γενικώς να αυξάνει, με μικρότερο ρυθμό αύξησης σε σύγκριση με τις ιστορικές τάσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 19), που υιοθετεί την άποψη του Olshansky 2007 (όπως αναφέρεται από τον Amlan Roy, 2022, σελίδα 52), ότι τα περιθώρια αύξησης εξαντλούνται. Αντιθέτως υπάρχει και η άποψη του Vaupel (2005) (όπως αναφέρεται από τον Amlan Roy, 2022, σελίδα 52), που υιοθετούν και οι Gratton & Scott (2016), βάσει της οποίας η αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα εξακολουθεί να επιταχύνεται με αυξανόμενο ρυθμό. Σύμφωνα με τη Eurostat (EUROPOP2019), το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αναμένεται να αυξηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά 7.4 έτη για τους άνδρες, φθάνοντας τα 86.1 έτη το 2070 (από 78.7 έτη που ήταν το 2019), και κατά 6.1 έτη για τις γυναίκες, φθάνοντας τα 90.3 έτη το 2060 (από 84.2 έτη το 2019), με σημαντικές όμως διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών μελών. Η μεγαλύτερη αύξηση αναμένεται να συμβεί στις χώρες που το 2019 είχαν το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, όπως οι: Βουλγαρία, Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία και Σλοβακία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 20). Σημαντικό να επισημανθεί η ευαισθησία των προβολών, αλλά και η σχετική ανομοιογένεια μεταξύ χωρών (Roy 2022), με την Ιαπωνία να προηγείται, ακολουθούμενη από σειρά Ευρωπαϊκών χωρών μέσα στις οποίες συχνά κατατάσσονται η Ιταλία και η Ελλάδα.

Η ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού της Ευρώπης εκτιμάται ότι θα αλλάξει σημαντικά, ακολουθώντας σενάρια δημογραφικής μετάβασης. Το 2019, η διάμεση ηλικία των ανδρών ήταν τα 42.2 έτη και των γυναικών τα 45.2 έτη, ενώ το 2070 προβλέπεται να είναι 47.3 και 50.3 αντίστοιχα. Το ποσοστό νέων ατόμων (0-19 ετών) αναμένεται να συρρικνωθεί κατά περίπου 2 ποσοστιαίες μονάδες φθάνοντας το 20%, ενώ και το μερίδιο των ατόμων ηλικίας

20-64 αναμένεται να μειωθεί από 59% σε 51%. Το δε μερίδιο των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών στην ηλικιακή κατανομή, θα φθάσει το 30% από 20%, με τα άτομα άνω των 80 ετών να φθάνουν το 13% από 6% (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 23*).

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αναμένεται να φθάσει τα 86.4 έτη για τους άνδρες, από 79 έτη που ήταν το 2019, και τα 90.3 έτη για τις γυναίκες από 84.3 το 2019. Το, δε, προσδόκιμο ζωής στα 65 αναμένεται από την ΕΕ να φθάσει τα 88,9 έτη για τους άνδρες και τα 91,7 για τις γυναίκες, από 83,8 και 86,8 αντίστοιχα που ήταν το 2019. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών προβλέπεται να αποτελούν το 32.8% του πληθυσμού της χώρας το 2070 από 22.2% που ήταν το 2019, ενώ τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών θα φθάνουν το 15.2% από 7.2% που ήταν το 2019. Ειδικότερα, τα άτομα ηλικίας 80+ στην Ελλάδα θα αποτελούν έως το 2070 το 46,4% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλ. των ατόμων άνω των 65 ετών) και το 30,3% ως ποσοστό των ατόμων σε παραγωγική ηλικία (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 299*). Η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να αυξήσει αποφασιστικά τη ζήτηση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Πώς, όμως, μεταφράζεται η δημογραφική εξέλιξη σε ανάγκη για φροντίδα; Ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία άνω των 65 ετών δεν αποτελεί τον μόνο κρίσιμο παράγοντα για τη ζήτηση υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, η εκπαίδευση, η τεχνολογία, οι αλλαγές σε κοινωνικές και ατομικές συμπεριφορές, η μετανάστευση και η ιατρική είναι μόνο κάποιες από τις παραμέτρους που αναμένεται να την επηρεάζουν. Η εξέλιξη της δημογραφίας, εξάλλου, είναι συνδεδεμένη με όλα τα να ανωτέρω (Roy 2022, σελ. 11-58). Συνεπώς, σύμφωνα με το EGGE, 2010 (European Network of Experts on Employment and Gender Equality Issues) και το Ageing Report της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2015, 2018, 2021), βασική παράμετρος για την εκτίμηση της μελλοντικής ζήτησης μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων είναι το κατά πόσο η αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα συνοδευτεί και από αύξηση του δείκτη εξάρτησης ADL (DALYs: Disability Adjusted Life Years). Δύο είναι τα ‘ακραία’ υποθετικά σενάρια που χρησιμοποιούνται στις προβολές: i) Το ‘Δημογραφικό Σενάριο’ (‘purely demographic scenario’) και ii) Το Σενάριο Σταθερού Ποσοστού Αναπηρίας (‘constant disability scenario’). Σύμφωνα με το ‘Δημογραφικό Σενάριο’, το ποσοστό των ατόμων που θα χρειάζεται μακροχρόνια φροντίδα θα παραμείνει σταθερό ανά ηλικιακή ομάδα και έτσι ο αριθμός των ατόμων που θα χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα θα αυξάνει αναλογικά με την γήρανση του πληθυσμού. Σύμφωνα με το ‘Σενάριο Σταθερού Ποσοστού Αναπηρίας’, όσο αυξάνει το προσδόκιμο ζωής θα βελτιώνεται αναλογικά η κατάσταση της υγείας των ανθρώπων. Αν, δηλαδή, για παράδειγμα το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών που έχουν περιορισμούς σε ADL ανέρχεται σήμερα σε 20%, τότε εφόσον τα επόμενα έτη το προσδόκιμο ζωής αυξηθεί κατά 5 έτη, η ηλικία που θα αντιστοιχεί σε ποσοστό 20% σε περιορισμούς ADL θα είναι η ηλικία των 70 ετών και άνω. Κανένα από τα δύο ανωτέρω ‘ακραία’ σενάρια (που αποτελούν το συντηρητικό και το λιγότερο συντηρητικό αντίστοιχα) δεν αναμένεται να επαληθευτεί πλήρως, ως εκ τούτου έχουν αναπτυχθεί ενδιάμεσα σενάρια, όπως το ‘Σενάριο Αναφοράς’ του Ageing Working Group (AWG) που υποθέτει ότι τα μισά χρόνια της αύξησης του προσδόκιμου ζωής θα είναι χρόνια χωρίς περιορισμούς ADL ενώ τα υπόλοιπα μισά της αύξησης θα είναι με περιορισμούς. Το AWG έχει αναπτύξει στις Εκθέσεις του έντεκα συνολικά σενάρια προβολής δημόσιων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως

ποσοστό του ΑΕΠ. Για το, δε, ‘Σενάριο Αναφοράς’ πραγματοποιεί τεστ ευαισθησίας με τη χρήση εναλλακτικών παραδοχών για παραμέτρους όπως η μετανάστευση, η γεννητικότητα, ο δείκτης απασχόλησης ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, το προσδόκιμο ζωής και τον συνολικό δείκτη παραγωγικότητας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 157). Στη βάση των ανωτέρω, σε απόλυτα νούμερα, ο αριθμός των εξαρτώμενων ηλικιωμένων το 2060 εκτιμάται στα 39 με 45 εκατομμύρια άτομα στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Τα ανωτέρω σενάρια έχουν αναπτυχθεί λαμβάνοντας υπόψη, μεταξύ άλλων, τις δύο αντίθετες θεωρίες περί Επέκτασης και αντίστοιχα Σύντμησης της Νοσηρότητας στη βάση του προσδόκιμου ζωής. Σύμφωνα με τη θεωρία Επέκτασης της Νοσηρότητας (expansion of morbidity), η περίοδος νοσηρότητας ενός ατόμου αυξάνει όσο αυξάνει ο χρόνος προσδόκιμου ζωής (Gruenberg 1977, όπως αναφέρεται από Rechel et al., 2020), δηλαδή ζει περισσότερα χρόνια με κακή υγεία. Αντίθετα, σύμφωνα με τη θεωρία της Σύντμησης Περιόδου Νοσηρότητας (compression of morbidity) (Fries 1983, όπως αναφέρεται από Rechel et al., 2020), η περίοδος νοσηρότητας ενός ατόμου μειώνεται όσο αυξάνει το προσδόκιμο ζωής λόγω γενικότερων καλύτερων συνθηκών ευζωίας. Δηλαδή, ζούμε περισσότερα υγιή χρόνια. Μεταξύ αυτών των δύο θεωριών υπάρχει και η θεωρία της δυναμικής ισορροπίας (dynamic equilibrium) σύμφωνα με την οποία η ελαφρά νοσηρότητα ανεβαίνει και η σοβαρή μειώνεται (αξιοποίηση τεχνολογικών δυνατοτήτων, πρόοδοι στη θεραπεία). Οι ενδείξεις για το τι ισχύει στην πραγματικότητα είναι ανάμεικτες καθώς έρευνα του ΟΟΣΑ 12 χωρών βρέθηκε το εξής: σύντμηση σε πέντε χώρες (ΗΠΑ, Ιταλία, Ολλανδία, Δανία, Φιλανδία), διεύρυνση σε τρεις (Βέλγιο, Σουηδία, Ιαπωνία), ουδέτερη σε δύο (Αυστραλία, Καναδά) και αντιφατικά αποτελέσματα σε δύο (Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία). Τα αποτελέσματα αυτά συνεπάγονται ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για συγκρίσιμα ποιοτικά στοιχεία που να μπορούν να απαντήσουν σε αυτό το κρίσιμο ερώτημα.

Η ζήτηση υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας είναι η μία όψη του νομίσματος. Η άλλη όψη του νομίσματος είναι η προσφορά. Ειδικότερα, τόσο η προσφορά σε ανθρώπινους πόρους (εργασία) όσο και σε κεφάλαια (χρηματοδότηση). Σε ό,τι αφορά την προσφορά σε ανθρώπινους πόρους, τόσο στην άτυπη όσο και στην τυπική φροντίδα υπάρχουν περιορισμοί. Ο δείκτης γεννητικότητας ήταν πάνω από 2.5 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας τη δεκαετία του 1960 για τις χώρες της Ευρώπης και έφθασε το 2019 στο 1.52, που είναι χαμηλότερο από το λεγόμενο ‘φυσικό ποσοστό αναπλήρωσης πληθυσμού’ (natural replacement rate) που προσδιορίζεται στο 2.1. Οι προβλέψεις για το 2070 εκτιμούν μια οριακή αύξηση στο 1.65, αριθμός αρκετά χαμηλότερος από το ‘φυσικό ποσοστό αναπλήρωσης πληθυσμού’ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 18, 19). Αυτό σημαίνει πως σε σύγκριση με τις παλιότερες γενιές η παροχή ‘άτυπης’ φροντίδας από παιδιά προς γονείς θα είναι πιο περιορισμένη επειδή θα υπάρχουν λιγότερα παιδιά. Τα νοικοκυριά θα είναι πιο ολιγομελή και κάποια θα είναι χωρίς απογόνους (Colombo et al. 2011). Επιπλέον, οι ‘άτυποι’ φροντιστές (μέλη οικογένειας, συνήθως παιδιά ή σύντροφοι, κυρίως γυναίκες) αντιμετωπίζουν σημαντικούς περιορισμούς δυνατότητας για πλήρη εργασία (σε αντίθεση με περασμένες δεκαετίες όπου κατά κανόνα δεν αναμενόταν να εργάζονται). Μάλιστα, το είδος της εργασίας που επιλέγουν σχετίζεται με τη δυνατότητα που η εργασία τους δίδει ώστε να έχουν χρόνο για να παρέχουν φροντίδα (Colombo et al. 2011). Ένα επιπλέον ρίσκο που αντιμετωπίζουν οι

‘άτυποι’ πάροχοι φροντίδας είναι του αυξημένου κινδύνου να βρεθούν οι ίδιοι σε επίπεδα φτώχειας, καθώς η αναγκαστική διακοπή ή περιορισμένη εργασία επηρεάζει τον μισθό τους αλλά και τα μελλοντικά συνταξιοδοτικά τους δικαιώματα. Τέλος, αρνητικά επηρεάζεται και η πνευματική τους υγεία (Greve 2017, Colombo et al. 2011).

Εκτός από τα μέλη της οικογένειας, φροντίδα παρέχουν και εργαζόμενοι στον τομέα φροντίδας (νόμιμα ή αδήλωτα, εκπαιδευμένοι ή ανεκπαίδευτοι). Στις περισσότερες χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα φροντίδας αυξάνει αναλογικά με το μερίδιο των ανθρώπων που είναι άνω των 80 ετών. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είναι γυναίκες (φθάνουν ποσοστά 90%) και πολλοί από αυτούς εργάζονται με μερική απασχόληση. Επιπλέον, πέντε στους έξι εργαζόμενους παροχής φροντίδας στο σπίτι βρίσκονται αντιμέτωποι με συνεχείς αλλαγές στο ωράριο και τις ημέρες εργασίας. Η πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα αυτόν είναι μεσήλικες και αρκετοί είναι αυτοί που μπαίνουν στο χώρο μετά από μια περίοδο ανεργίας. Οι μισθοί, ειδικά για αυτούς με χαμηλά προσόντα, είναι χαμηλοί και πολλοί εργαζόμενοι δεν έχουν εργασιακά προνόμια, όπως για παράδειγμα ασφάλεια υγείας. Οι κακές εργασιακές συνθήκες οδηγούν σε υψηλό ποσοστό αλλαγής δουλειάς. Σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης, από τις σκανδιναβικές μέχρι τις κεντρικές και τις νότιες οι μετανάστες παίζουν σημαντικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα (Colombo et al. 2011). Σε Ελλάδα και Ιταλία το 70% εκείνων που εργάζονται σε φροντίδα σε σπίτι είναι αλλοδαποί, ενώ και σε Ισπανία, Πορτογαλία, Γαλλία οι μετανάστες υπερ-εκπροσωπούνται στον κλάδο. Σε χώρες που δίδεται επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας χωρίς έλεγχο για το πού θα ξοδευτεί, η μαύρη εργασία ενθαρρύνεται (Colombo et al. 2011). Οι ελλείψεις επαγγελματιών φροντιστών είναι ήδη ορατές και η εκτιμώμενη αύξηση των ελλείψεων αναμένεται να οδηγήσει σε αυξήσεις αποδοχών και δημοσιονομικών δαπανών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 144).

Σε ό,τι αφορά το διαμορφούμενο ύψος **δημοσίων δαπανών** για μακροχρόνια φροντίδα, δύο είναι οι καθοριστικές παράμετροι: i) ο βαθμός εξάρτησης παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από το κράτος ή την αυτοδιοίκηση, ii) κατά πόσο η φροντίδα αυτή παρέχεται σε ιδρύματα ή στο σπίτι. Κάποιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στηρίζονται κατά βάση στην άτυπη παροχή φροντίδας ενώ σε κάποιες άλλες αφιερώνουν σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ τους σε δημόσιες υπηρεσίες. Αναμένεται ότι τις επρχόμενες δεκαετίες οι πιέσεις για αύξηση των δημοσίων δαπανών και της χρηματοδότησης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας θα είναι αυξημένες. Εκτιμάται πως οι δημόσιες δαπάνες θα κυμαίνονται μεταξύ 2.6% και 4.0% του ΑΕΠ της ΕΕ το 2060, έναντι του 1.6% που βρίσκονταν το 2016 (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2018). Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι επειδή η καταγραφή δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας δεν είναι τυποποιημένη αλλά και επειδή η έννοια της μακροχρόνιας φροντίδας δεν σημαίνει το ίδιο σε κάθε χώρα, τα στοιχεία μακροχρόνιας φροντίδας ανά χώρα δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα, ενώ εμφανίζεται μεγάλη διασπορά που κυμαίνεται από 0,2% του ΑΕΠ στην Ελλάδα σε 3,7% του ΑΕΠ στην Ολλανδία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021, σελ. 152, κεφάλαιο 3).

Οι χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην πλειοψηφία τους χρηματοδοτούν τη μακροχρόνια φροντίδα είτε άμεσα “σε είδος” (πληρώνοντας για την παροχή φροντίδας σε άτομα που έχει κριθεί ότι την χρειάζονται) είτε μέσω “χρηματικών παροχών (cash benefits)”,

όπου τα χρήματα δίδονται στον δικαιούχο φροντίδας και αυτός μπορεί να τα χρησιμοποιήσει για να αγοράσει υπηρεσίες φροντίδας (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2015, σελ. 142, 144*). Σημαντικός αριθμός χωρών του ΟΟΣΑ παρέχει άμεση πληρωμή απευθείας στον πάροχο φροντίδας. Κάτι λιγότερο από το 50% των χωρών του ΟΟΣΑ δίνουν χρήματα απευθείας στον πάροχο φροντίδας και λίγο πάνω από 50% δίνουν χρήματα σε αυτόν που χρήζει φροντίδας. Λίγες είναι οι χώρες που παρέχουν και τα δύο συστήματα πληρωμών (π.χ. Νορβηγία, Σλοβακία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο). Το 20% των χωρών του ΟΟΣΑ δεν έχουν κανένα σύστημα παροχής χρημάτων (cash benefits), (*Colombo et al. 2011*). Στις ενότητες 1.3 και 1.4 αναπτύσσονται περαιτέρω συστήματα και πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης.

Ένα ακόμη σημαντικό θέμα είναι η έλλειψη αξιόπιστου συστήματος μέτρησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Το 80% των χωρών του ΟΟΣΑ μετρά δείκτες που σχετίζονται με το πλήθος προσωπικού και το περιβάλλον φροντίδας (όταν μιλάμε για ιδρυματική φροντίδα), αλλά ελάχιστες συλλέγουν στοιχεία ποιότητας, κάτι που θα οδηγούσε σε μία πελατοκεντρική προσέγγιση και θα αύξανε τον ποιοτικό ανταγωνισμό ανάμεσα στους παρόχους φροντίδας (*OECD/European Commission 2013*).

1.3 Συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας

Η παρεχόμενη μακροχρόνια φροντίδα δύναται να είναι είτε ‘τυπική’ (formal) είτε ‘άτυπη’ (informal). Ως ‘τυπική’ ορίζεται εκείνη που παρέχεται από την ιδιωτική αγορά ή από το Δημόσιο, έναντι αντιτίμου το οποίο μπορεί να καλύπτει ή να μην καλύπτει το συνολικό κόστος και το οποίο αντίτιμο μπορεί να είναι μέχρι και μηδενικό για τον λήπτη φροντίδας, με την κρίσιμη παράμετρο να είναι ότι την φροντίδα παρέχει αμειβόμενος επαγγελματίας. Ως ‘άτυπη’ ορίζεται εκείνη που παρέχεται έξω και πέραν κάθε είδους επίσημης συμφωνίας με ιδιωτικούς ή δημόσιους παρόχους. Από τους 20.7 εκατομμύρια εξαρτώμενους ηλικιωμένους στο σύνολο της ΕΕ το 2007, τα 8.4 εκατομμύρια εκτιμάται πως λάβανε ‘τυπική’ φροντίδα ενώ 12.3 εκατομμύρια είτε έλαβαν ‘άτυπη’ φροντίδα είτε δεν έλαβαν καθόλου (*Bettio F. and Veraschagina A. 2010*).

Η κατηγοριοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας γίνεται και κατά ‘χώρο παροχής’. Έτσι έχουμε: i) την ‘Ιδρυματική φροντίδα’ (residential care), όπου η φροντίδα παρέχεται σε ιδρύματα που παρέχουν 24ωρη παροχή υπηρεσιών, διαμονή, σίτιση, διαβίωση, ii) την ‘Φροντίδα στο σπίτι’ (home care), όπου η φροντίδα παρέχεται στο σπίτι του ηλικιωμένου και iii) την ‘Ημί-ιδρυματική φροντίδα’ (semi-residential care), όπου παρέχεται φροντίδα εκτός σπιτιού για κάποιες ώρες χωρίς διανυκτέρευση, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τα Κέντρα Ημερήσιας φροντίδας (*Bettio F. και Veraschagina A. 2010*). Η ‘τυπική’ φροντίδα όπως ορίστηκε ανωτέρω παρέχεται και στις τρεις ανωτέρω κατηγορίες ‘χώρου παροχής’, ενώ η ‘άτυπη φροντίδα’ παρέχεται κατά βάση μόνο στο σπίτι (‘Φροντίδα στο σπίτι’). Η ‘Φροντίδα στο σπίτι’ είναι κατά μέσο όρο λιγότερο δαπανηρή, για αυτόν που αναλαμβάνει την κάλυψη του κόστους, σε σύγκριση με την ‘Ιδρυματική φροντίδα’, με κάποιες εξαιρέσεις, όπως για παράδειγμα ότι αυτό ίσως να μην ισχύει πάντα για όλα τα επίπεδα αναπηρίας ή για όλες τις χώρες (*Bettio and Solinas 2009*).

Η πιθανότητα να λαμβάνει κάποιος ‘άτυπη’ φροντίδα είναι αντιστρόφως ανάλογη με την πιθανότητα να λαμβάνει ‘τυπική φροντίδα’ (Albertini et al. 2017). Σε ό,τι αφορά στη λήψη ‘τυπικής’ φροντίδας, στην Ιταλία και στη Γερμανία παρατηρείται προοδευτική αύξηση της πιθανότητας να λαμβάνει κάποιος ‘τυπική’ φροντίδα όσο μεγαλώνει το εισόδημά του, κάτι που δεν ισχύει στην Γαλλία, τη Δανία και την Ολλανδία (Albertini et al. 2017, Bakx et al. 2015). Οι άτεκνοι, που ζουν μόνοι είναι πιο πιθανό να λαμβάνουν ‘τυπική’ φροντίδα (Albertini et al. 2017, Bakx et al. 2015), ενώ από όσους έχουν παιδιά, όσο πιο μακριά μένουν τόσο μειώνεται η πιθανότητα να λαμβάνουν ‘άτυπη’ φροντίδα (Bonsang 2009). Σε ό,τι αφορά το ερώτημα κατά πόσο η ‘άτυπη’ και η ‘τυπική’ φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή αντικαθιστά η μία την άλλη, σε όλες τις χώρες το είδος μετάβασης από το ένα είδος φροντίδας στο άλλο υποδεικνύει συμπληρωματικότητα περισσότερο από «ανταγωνιστικότητα» (Geerts et al. 2011). Αντίθετη άποψη εκφράζεται από παλαιότερη έρευνα (Bolin et al. 2007), σύμφωνα με την οποία η αρνητική συσχέτιση μεταξύ ‘άτυπης’ και ‘τυπικής’ φροντίδας υπονοεί ότι τα είδη δύο φροντίδας λειτουργούν «ανταγωνιστικά» (δηλαδή, το ένα αντικαθιστά το άλλο). Σε κάθε περίπτωση σημαντικό είναι να πούμε πως στις κεντρικές χώρες της Ευρώπης, η πλειοψηφία λαμβάνει συνδυασμό τόσο τυπικής, όσο και άτυπης φροντίδας. Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη οδήγησε σε αύξηση την παροχή της ‘άτυπης’ φροντίδας, κυρίως την προερχόμενη από άτομα του περιβάλλοντος που ζουν εκτός νοικοκυριού. Η αύξηση αυτή έγινε πιο αισθητή στη Βόρεια Ευρώπη, κυρίως στη Σκανδιναβία, σε σύγκριση με εκείνες της Νότιας Ευρώπης, κάτι που εξηγείται από το γεγονός ότι η ‘άτυπη’ φροντίδα ήταν ούτως ή άλλως υψηλή στη Νότια Ευρώπη (Costa-Font et al. 2016).

Επικεντρώνοντας στην φροντίδα στο σπίτι, η μελέτη του EGGE (2010) τυποποίησε στα 4 παρακάτω οργανωτικά μοντέλα την ‘Φροντίδα στο σπίτι’ που παρέχεται στις Ευρωπαϊκές χώρες:

- Επιδοτούμενα και διαχειριζόμενα από το δημόσιο πακέτα υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι (που είναι χαρακτηριστικά στη Σουηδία αλλά και στις λοιπές σκανδιναβικές χώρες και στην Ολλανδία). Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στην αρχή «φροντίδα στο σπίτι για όλους όσοι έχουν ανάγκη, σε προσιτό κόστος για τον χρήστη και με διασφαλισμένη οικονομική βιωσιμότητα μέσω σαφούς καθορισμού των ωρών παροχής φροντίδας». Φόροι και επιδόματα (ή εισφορές όπως π.χ. στη Γερμανία), αλλά και τέλη χρήσης, δευτερευόντως, χρηματοδοτούν το σύστημα. Τα τέλη χρήσης είναι της τάξης του 15% του εισοδήματος αναφοράς σε Σουηδία, Ολλανδία, Φινλανδία. Πρέπει να τονισθεί ότι το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας είναι προσιτό σε όλους όχι μόνο εξαιτίας της επιδότησης από τη γενική φορολογία αλλά και επειδή η προσωπική αφιέρωση χρόνου (face time) είναι εξαιρετικά εξορθολογισμένη-περιορισμένη, με 2.9 ώρες την εβδομάδα στη Σουηδία κατά μέσο όρο (Nyberg 2010), 4-6 ώρες την εβδομάδα στη Δανία (Sjorup 2010), 8 ώρες στην Ολλανδία (Pantenga and Remery 2010).
- Εσωτερική εργασία (διαμονή εντός σπιτιού) από μη εκπαιδευμένο προσωπικό, κατά κύριο λόγο μετανάστες (το λεγόμενο ‘migrant-in-the-family model’ που είναι πολύ διαδεδομένο στην Ιταλία, την Ισπανία, την Ελλάδα αλλά και στην Αυστρία, την Πορτογαλία και την Κύπρο). Η αμοιβή καθορίζεται από την προσφορά και τη ζήτηση και κυμαίνεται μεταξύ 500 και 1.000 ευρώ το μήνα (στοιχεία έτους 2010). Η εργασία

είναι σε πολύ μεγάλη ποσοστά αδήλωτη. Για παράδειγμα, στην Ιταλία, εφόσον έχει πιστοποιηθεί σοβαρή αναπηρία, δίδεται επίδομα, το οποίο ο δικαιούχος μπορεί να το χρησιμοποιήσει όπως θέλει χωρίς έλεγχο χρήσης.

- Επιδοτούμενα vouchers (κουπόνια) για αγορά υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιώτες (Γαλλία, Βέλγιο). Ανάλογα με το επίπεδο εξάρτησης του ηλικιωμένου, δίδονται επιδοτούμενα κουπόνια με τα οποία αγοράζονται υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα. Με αυτόν τον τρόπο καταπολεμείται ως ένα βαθμό η αδήλωτη εργασία και δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας. Αν ο δικαιούχος του κουπονιού έχει εισόδημα από ένα ποσό και πάνω (της τάξης των 700 ευρώ το μήνα) καλείται να συνεισφέρει με ένα τέλος χρήσης.
- Πλήρης σχεδόν εξάρτηση από την οικογένεια (χαρακτηριστικό της Πολωνίας και λοιπών χωρών του πρώην ανατολικού μπλοκ).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στην πλειοψηφία των χωρών υπάρχει συνδυασμός των ανωτέρω μοντέλων αλλά με εντελώς διαφορετική βαρύτητα του καθενός ανά χώρα. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες οι πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ακολουθούν τις εξής τάσεις: μείωση της ιδρυματικής φροντίδας και στροφή προς την φροντίδα στο σπίτι, απομάκρυνση από την παροχή υπηρεσιών φροντίδας από το δημόσιο και στροφή προς ιδιωτικές ή μικτές (ιδιωτικές και δημόσιες) υπηρεσίες που επιδοτούνται μερικώς ή πλήρως από το δημόσιο (cash transfers), υπέρ υπηρεσιών που λειτουργούν συμπληρωματικά και όχι ως υποκατάστατο της άτυπης/οικογενειακής φροντίδας (*Bettio F. and Veraschagina A. 2010*).

Στα δημόσια συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας, κυρίαρχο ζήτημα αποτελούν η πηγή χρηματοδότησης αφενός και τα κριτήρια βάσει των οποίων κάποιος κρίνεται δικαιούχος αφετέρου. Ο μηχανισμός χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας διαφέρει μεταξύ χωρών και εξαρτάται από τις κοινωνικές αξίες, την εξάρτηση από την οικογένεια, το βαθμό εξάρτησης από επίσημους παρόχους υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και τους περιορισμούς των πόρων.

Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης των δημοσίων συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες: i) καθολικό χρηματοδοτικό σύστημα (universal funding system), ii) παροχή ελάχιστου δικτύου ασφαλείας (provision of a minimum safety net) και iii) εξατομικευμένο προοδευτικά καθολικό χρηματοδοτικό σύστημα (tailored universal funding system ή progressive universalism funding mechanisms), (*Fernandez et al. 2009, Colombo et al. 2011*). Το καθολικό χρηματοδοτικό σύστημα παρέχει κάλυψη στο σύνολο του πληθυσμού, κάτι που σημαίνει υψηλότερες δημόσιες δαπάνες που εξασφαλίζονται είτε μέσω φόρων είτε μέσω εισφορών. Τα καθολικά χρηματοδοτικά συστήματα απαιτούν σαφείς κανόνες σχετικά με το ποιος είναι δικαιούχος μακροχρόνιας φροντίδας, κάτι που τα κάνει λιγότερο ευέλικτα και λιγότερο προσαρμοσμένα στις ατομικές ανάγκες του δικαιούχου. Το σύστημα παροχής ελάχιστου δικτύου ασφαλείας ελαχιστοποιεί τις δημόσιες δαπάνες και επικεντρώνεται ουσιαστικά στο κομμάτι του πληθυσμού που δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει μόνο το κόστος υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Το σύστημα αυτό μπορεί να εκληφθεί ως άδικο για τους συνετούς αποταμιευτές οι οποίοι, σε αντίθεση με συμπολίτες τους που δεν ήταν συνετοί αποταμιευτές, δε δικαιούνται βοήθεια από το κράτος. Η τρίτη προσέγγιση συνδυάζει τις πρώτες δύο διασφαλίζοντας πως εκείνοι με τις μεγαλύτερες οικονομικές ανάγκες θα λάβουν τη μεγαλύτερη βοήθεια από το κράτος, χωρίς όμως να εξαιρεί εκείνους με μεγαλύτερη

οικονομική δυνατότητα, εξατομικεύοντας τις παροχές (Fernandez et al. 2009, Colombo et al. 2011).

Προκειμένου ένα σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας να είναι διατηρήσιμο, πρέπει να είναι οικονομικά βιώσιμο, δίκαιο και ευέλικτο ώστε να καλύπτει τις εξατομικευμένες ανάγκες (Fernandez et al. 2009). Οι δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη παραμένουν σχετικά χαμηλές ως ποσοστό του ΑΕΠ αν τις συγκρίνει κανείς με δαπάνες υγείας ή συντάξεων (Rodrigues 2014).

Η δημιουργία συνεργιών μεταξύ κράτους και οικογένειας για το διαμοιρασμό τους κόστους παροχής μακροχρόνιας φροντίδας εκτιμάται πως θα βοηθήσει στην διεύρυνση του ποσοστού ατόμων που θα λαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (Costa-Font and Zigante 2014).

Σε ό,τι αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, η μεγάλη αβεβαιότητα των μελλοντικών αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας κάνει τις ασφαλιστικές εταιρίες επιφυλακτικές στην παροχή σχετικών ασφαλιστικών προγραμμάτων (Costa-Font and Zigante 2014). Όσες παρέχουν τέτοια προγράμματα μειώνουν τις καλύψεις στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τον εαυτό τους από τυχόν ‘ηθικό κίνδυνο’ (που εν προκειμένω προκύπτει όταν κάποιος κάνει χρήση περισσότερων υπηρεσιών από όσες χρειάζεται επειδή είναι ασφαλισμένος και τις οποίες δεν θα σκεφτόταν να κάνει εάν δεν είχε ασφάλιση) και από ‘αντεπιλογή – adverse selection (που εν προκειμένω προκύπτει όταν αποφασίζουν να ασφαλιστούν πρωτίστως εκείνοι που έχουν υψηλό ρίσκο), (Colombo et al. 2011). Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια στην υλοποίηση (Fernandez et al. 2009, Rothgang 2010, Barr 2010, Comas-Herrera et al. 2012, Rodrigues 2014), ενώ οι νεότεροι δεν φαίνεται να επιλέγουν να ασφαλιστούν για μακροχρόνια φροντίδα (Rodrigues 2014). Παρόλα αυτά, υπάρχει μια μικρή αγορά και γίνονται προσπάθειες να ενισχυθεί (Costa-Font and Zigante 2014).

Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας παίζει σημαντικότερο ρόλο στις Η.Π.Α και στη Ιαπωνία, χρηματοδοτώντας περίπου το 7% και 5% αντίστοιχα των συνολικών δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, η ιδιωτική ασφάλιση είτε παίζει συμπληρωματικό ρόλο στη δημόσια ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας είτε παρέχει κάλυψη σε εκείνους που δεν καλύπτονται από το δημόσιο. Στις Η.Π.Α για παράδειγμα οι περισσότεροι κάτοχοι ιδιωτικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι εκείνοι που δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης, καθώς αυτό απευθύνεται μόνο στους πραγματικά φτωχούς. Στη Γερμανία ιδιωτική ασφάλιση έχουν όσοι επιθυμούν να απεμπλακούν από την υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση (η ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας είναι μεν υποχρεωτική αλλά υπάρχει δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ή δημόσιας), ενώ στη Γαλλία, το Βέλγιο, την Ιαπωνία ιδιωτική ασφάλιση έχουν όσοι επιθυμούν επιπλέον κάλυψη από αυτή που παρέχει το δημόσιο σύστημα (Colombo et al. 2011).

Οι καταναλωτές προσεγγίζουν επιφυλακτικά την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, καθώς αφενός υπάρχουν περιορισμένες επιλογές κι αφετέρου τα ασφαλιστρα είναι υψηλότερα από ποτέ (Eaton et al. 2016), ενώ παρόλο που ένα ασφαλιστικό συμβόλαιο που καταρτίζεται σε νεότερη ηλικία είναι συγκριτικά λιγότερο ακριβό απ’ ότι αν καταρτιστεί σε μεγαλύτερη ηλικία, οι νεότεροι δεν τα επιλέγουν καθώς δεν θεωρούν το συγκεκριμένο προϊόν

ως προτεραιότητά τους (Merlis M. 2004). Αυτό στη βάση των συμπεριφορικών οικονομικών είναι αποτέλεσμα της τάσης των ατόμων να δίνουν πολύ μεγαλύτερο βάρος σε παρούσες αξίες έναντι των μελλοντικών, στο πλαίσιο ή «μυωπίας» ή ακόμη και υπερβολικής αναγωγής (hyperbolic discounting) κάτι που μπορεί να λειτουργήσει εν τέλει αντίθετα προς το συμφέρον τους και να οδηγεί σε αναθεωρήσεις προγραμματισμών ζωής (Χουζούρης, 2022).

Σε ό,τι αφορά το ύψος των ασφαλίσεων, στις Η.Π.Α αυξήθηκε από 25% ως και 100% μέσα σε ένα χρόνο, δημιουργώντας προφανή αβεβαιότητα στον ασφαλισμένο για το μέλλον (Eaton et al. 2016). Τα κύρια ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν είναι αφενός κατά πόσο θα μπορούσε η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας να είναι προσιτή σε μεσαίου εισοδήματος άτομα και οικογένειες και αφετέρου πόση πραγματική προστασία παρέχουν τα ασφαλιστικά συμβόλαια (Merlis M. 2003).

1.4 Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης

Στη **Γερμανία**, η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί από το 1994 μέρος του δημοσίου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Το ύψος και το είδος βοήθειας που δικαιούνται ασφαλισμένα άτομα με αναπηρία και ηλικιωμένοι με προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης εξαρτάται μόνο από το επίπεδο αναπηρίας και είναι ανεξάρτητο από λοιπά κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως το εισόδημα ή η περιουσία. Τυχόν έξοδα που υπερβαίνουν το προκαθορισμένο ποσό, ο δικαιούχος καλείται να τα καλύψει μόνος του ή εάν αδυνατεί, τότε καλούνται να συνδράμουν οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες. Οι δικαιούχοι μπορούν να επιλέξουν είτε υπηρεσίες σε είδος, είτε χρηματική αποζημίωση, είτε συνδυασμό των δύο. Η χρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας γίνεται μέσω της καταβολής εισφορών που ανέρχεται στο 2.05% επί του μισθού και επιβαρύνει κατά το ήμισυ τον εργαζόμενο και κατά το ήμισυ τον εργοδότη. Το ποσοστό ανέρχεται στο 2.30% για όσους δεν έχουν παιδιά, ενώ και οι συνταξιούχοι καταβάλουν εισφορές που υπολογίζονται αναλογικά της περιουσίας τους. Οι τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τους Δήμους. Υποχρεωτική είναι η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας για όσους έχουν ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (περίπου 10% των Γερμανών) και δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση παίζει και συμπληρωματικό ρόλο σε κάποιον που έχει δημόσια ασφάλιση αλλά επιθυμεί επιπλέον προστασία (Matzke et al. 2017, Bocquaire E. 2016, SCOR Global Life 2012, Schulz E. 2010).

Τα επίπεδα αναπηρίας στη Γερμανία, για τα οποία προβλέπεται κάλυψη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας είναι τέσσερα.

- *Επίπεδο I:* όσοι χρειάζονται φροντίδα για τουλάχιστον 2 δραστηριότητες ADL, τουλάχιστον μία φορά ημερησίως (και που επιπλέον χρειάζονται κάποιες φορές την εβδομάδα βοήθεια για δουλειές του σπιτιού, iADLs)
- *Επίπεδο II:* όσοι χρειάζονται φροντίδα για τουλάχιστον 2 δραστηριότητες ADL, τουλάχιστον τρεις φορές ημερησίως (και που επιπλέον χρειάζονται κάποιες φορές την εβδομάδα βοήθεια για δουλειές του σπιτιού, iADLs)

- *Επίπεδο III*: όσοι χρειάζονται φροντίδα 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα για τουλάχιστον 2 δραστηριότητες ADL (και που επιπλέον χρειάζονται κάποιες φορές την εβδομάδα βοήθεια για δουλειές του σπιτιού, iADLs)
- *Επίπεδο 0*: όσοι λόγω ψυχικής ή νοητικής διαταραχής ή άνοιας χρειάζονται βοήθεια για τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες ADLs (Bocquaire E. 2016, SCOR Global Life 2012, Schulz E. 2010).

Στη **Γαλλία** το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει τα άτομα άνω των 60 ετών που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας, αν και στην πράξη η συντριπτική πλειοψηφία των δικαιούχων είναι άνω των 75-80 ετών. Οι δικαιούχοι κατατάσσονται σε 6 κατηγορίες αναλόγως της σοβαρότητας των αναγκών που έχουν και λαμβάνουν είτε επίδομα, το ύψος του οποίου καθορίζεται με το βαθμό σοβαρότητας των αναγκών τους, είτε χρηματοδοτείται η διαμονή τους σε οίκους ευγηρίας, είτε λαμβάνουν κουπόνι το οποίο μπορούν να εξαργυρώσουν σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Με τη μέθοδο της εξαργύρωσης κουπονιού διασφαλίζεται ότι τα χρήματα όντως ξοδεύονται σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Επίσης εάν κάποιος απασχολεί προσωπικό στο σπίτι του, η αμοιβή του εκπίπτει από το φορολογητέο του εισόδημα, δίνοντας κίνητρο για την καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας. Το επίδομα που λαμβάνει κανείς σχετίζεται με το εισόδημά του και ο δικαιούχος συμμετέχει και ο ίδιος με διαμοιρασμό κόστους. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας, των εισφορών του κλάδου υγείας και της ίδιας συμμετοχής της οικογένειας του δικαιούχου. Παράλληλα με το δημόσιο σύστημα, υπάρχει ένα αναπτυγμένο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης (το πιο αναπτυγμένο στην Ευρώπη) με πολλές ασφαλιστικές εταιρίες να παρέχουν συμβόλαια μακροχρόνιας φροντίδας με το 70% των συμβολαίων να ανήκουν σε πέντε εταιρείες (SCOR Global Life 2012, Joel et al. 2010, Bettio et al. 2010).

Στην **Ισπανία**, το 2006 ψηφίστηκε νόμος για την υλοποίηση εθνικού προγράμματος μακροχρόνιας φροντίδας που καλύπτει όλες τις μορφές μειωμένης δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης ανεξαρτήτως αιτίας και ηλικίας. Το ύψος της βοήθειας που λαμβάνει ο δικαιούχος δεν είναι σταθερό και εξαρτάται από το εισόδημά του και τους πόρους που διαθέτει. Η συσχέτιση με το εισόδημα είναι τέτοια, που μερικοί δικαιούχοι φθάνουν να έχουν συμμετοχή έως και 90% (Bocquaire E. 2016). Ο νόμος ορίζει τρία επίπεδα αναπηρίας-εξάρτησης (1. Βοήθεια για ADL δραστηριότητα τουλάχιστον μία φορά ημερησίως, 2. Βοήθεια δύο ή τρεις φορές ημερησίως, 3. Βοήθεια περισσότερες από τρεις φορές την ημέρα ή και όλη μέρα), το καθένα από τα οποία αναλύεται σε δύο υπο-επίπεδα. (Bocquaire E. 2016, SCOR Global Life 2012, Gutierrez et al. 2010).

Το κράτος προωθεί τη βοήθεια σε είδος έναντι της παροχής χρημάτων, ενώ χρήματα δίδονται μόνο όταν δεν είναι δυνατή η παροχή υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του προγράμματος γίνεται από τρεις πηγές: την κεντρική κυβέρνηση, την τοπική αυτοδιοίκηση (που καλείται να συνεισφέρει τουλάχιστον το ίδιο ποσό που συνεισφέρει η κεντρική κυβέρνηση) και τον δικαιούχο (στη βάση των εισοδημάτων του και λοιπής του περιουσίας) (Bocquaire E. 2016). Η ιδιωτική ασφάλιση έχει πολύ χαμηλή διείσδυση παρά το γεγονός ότι το δημόσιο σύστημα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα στην υλοποίηση τόσο σε ό,τι αφορά στην

χρηματοδότησή του όσο και σε ό,τι αφορά στην παροχή των υπηρεσιών (*SCOR Global Life 2012*).

Στην **Ιταλία**, το δημόσιο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων είναι ανεπαρκές και βρίσκεται μάλλον σε αδράνεια. Παρέχονται δύο είδη φροντίδας: i) υπηρεσίες σε είδος, κυρίως διαμονή σε ιδρύματα, που προσφέρονται κατά περίπτωση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (αφορά κατά βάση σε άτομα με βαριά ασθένεια) και από τις τοπικές αρχές στη βάση κριτηρίων που είναι διαφορετικά και εξειδικευμένα ανά περιοχή/δήμο και ii) στην παροχή χρημάτων με τη μορφή επιδόματος. Το επίδομα είναι της τάξης των 500 ευρώ μηνιαίως και δίδεται σε όσους έχουν 100% ανικανότητα να εκτελέσουν καθημερινές δραστηριότητες, χωρίς να υπάρχει εισοδηματικό κριτήριο και χωρίς να ελέγχεται που ξοδεύεται. Αυτό έχει ωθήσει στην άνθηση της γκριζας αγοράς, όπου πολλοί δικαιούχοι επιλέγουν την λήψη υπηρεσιών στο σπίτι από ανεκπαιδευτα άτομα (κυρίως γυναίκες μετανάστριες) που ζουν μαζί τους εντός σπιτιού (*Pavolini et al. 2017, Tediosi et al. 2010*).

Η **Πορτογαλία**, μέχρι πρόσφατα στηριζόταν σε ιδρύματα της εκκλησίας και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς για την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους, χωρίς την άμεση εμπλοκή του κράτους. Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και την ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών, το 2006 συστάθηκε το Εθνικό Κέντρο Ολοκληρωμένης Συνεχούς Φροντίδας (RNCCI) με στόχο να συντονίσει τις υφιστάμενες δομές. Το κόστος για τις υπηρεσίες που παρέχονται διαμοιράζεται μεταξύ RNCCI και δικαιούχου, κατά ποσοστό που εξαρτάται από τα εισοδήματα του ιδίου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένων των εισοδημάτων των ενήλικων τέκνων του, που θεωρούνται συν-υπόχρεοι. Παράλληλα, το κράτος παρέχει επίδομα, το οποίο όμως δεν ελέγχεται πως ξοδεύεται. Ως το 2013, το επίδομα δινόταν σε όλους όσοι κρίνονταν ως εξαρτώμενα άτομα (υπάρχουν 2 κατηγορίες εξαρτωμένων ατόμων: εκείνοι που δεν μπορούν να εκτελέσουν μόνοι τους ενέργειες καθημερινής δραστηριότητας και εκείνοι που είναι κλινίηρες ή πάσχουν από άνοια). Από το 2013 μπήκαν εισοδηματικά κριτήρια και το επίδομα παρέχεται μόνο σε εκείνους με σύνταξη μικρότερη των €600 και κυμαίνεται μεταξύ 90 και 180 ευρώ μηνιαίως. Σε ό,τι αφορά τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, είναι εξαιρετικά περιορισμένη (*Lopes A. 2017, Joel M. et al. 2010*).

Η **Ολλανδία** έχει δημόσιο σύστημα ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα από το 1968. Η γενική φιλοσοφία του συστήματος είναι πως το κράτος είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, ενώ η 'άτυπη φροντίδα' δεν αποτελεί υποχρέωση, εκτός από 'τη συνήθη φροντίδα που τα μέλη ενός νοικοκυριού δίνουν το ένα στο άλλο' (*Mot et al. 2010*). Η συνήθης αυτή φροντίδα ή τυχόν επιπλέον εθελοντική φροντίδα που ο/η σύντροφος μπορεί να δίδει σε εκείνον που έχει ανάγκη αποτελεί κριτήριο παροχής μακροχρόνιας φροντίδας από το δημόσιο σύστημα (*Bakx et al. 2015*). Οι παροχές μπορεί να είτε σε χρήματα είτε σε είδος κατ' επιλογήν του δικαιούχου, ενώ για όλα τα είδη υπηρεσιών υπάρχει κάποια μορφή διαμοιρασμού κόστους ανάλογα με το εισόδημα. Το σύστημα χρηματοδοτείται από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (ο φορέας δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης λέγεται AWBZ), φόρους και συμμετοχή του δικαιούχου. Κάθε νέα κυβέρνηση προσπαθεί να κρατήσει τα έξοδα του φορέα δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης εντός προϋπολογισμού και κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές ακόμη

και εάν αυτές σημαίνουν μείωση των καλύψεων ή αύξηση της συμμετοχής του δικαιούχου (Mot et al. 2010).

Στη **Σουηδία** η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων αποτελεί ευθύνη τριών Αρχών: της κεντρικής κυβέρνησης, των περιφερειών και των δήμων. Οι υπηρεσίες παρέχονται είτε από τον δήμο απευθείας είτε από ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών, η ευθύνη όμως για τη διασφάλιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών παραμένει στο δήμο ακόμη και εάν οι υπηρεσίες παρέχονται από ιδιωτικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότηση του προγράμματος μακροχρόνιας φροντίδας γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω της γενικής φορολογίας και δευτερευόντως μέσω ιδιωτικής χρηματοδότησης από τον λήπτη των υπηρεσιών. Η κεντρική κυβέρνηση ορίζει ανώτατο μηνιαίο τέλος που θα πληρώνει ο λήπτης υπηρεσιών, το οποίο εξαρτάται της οικονομικής κατάστασης του ατόμου, ώστε να διασφαλίζεται πως όλοι όσοι έχουν ανάγκη θα μπορούν να λάβουν υπηρεσίες. Επίσης ορίζει ανώτατες μηνιαίες τιμές που επιτρέπεται να χρεώνουν οι πάροχοι υπηρεσιών. Μέσα στο πλαίσιο που ορίζει η κεντρική κυβέρνηση, ο κάθε δήμος είναι ελεύθερος να καθορίσει το δικό του σύστημα κανόνων και χρεώσεων. Το ποιος χρήζει φροντίδας και πόση το καθορίζει αξιολογητής κατά την κρίση του, χωρίς να ακολουθεί ιδιαίτερα αυστηρές κατευθυντήριες οδηγίες και διαδικασίες (Fukushima et al. 2010).

Τα τελευταία 15 χρόνια και με δεδομένη τη γήρανση του πληθυσμού έχει αρχίσει να αυξάνεται η παροχή ‘άτυπης’ φροντίδας από συγγενείς και φίλους, κάτι που η χώρα θέλει να ενισχύσει. Από το 2009, οι δήμοι καλούνται μέσω νομοθεσίας να παρέχουν υποστήριξη στους ‘άτυπους’ φροντιστές. Το είδος της υποστήριξης δεν είναι πλήρως καθορισμένο αλλά περιλαμβάνει κατά κανόνα χρηματική αποζημίωση, εκπαίδευση, βοήθεια από επαγγελματίες, προσωρινή διαμονή του λήπτη άτυπης φροντίδας σε οίκο ευγηρίας (Fukushima et al. 2010).

Η **Δανία** έχει καθολικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας, που σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες της έχουν δικαίωμα σε δημόσιες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, ανεξαρτήτως λοιπών χαρακτηριστικών όπως εισόδημα ή περιουσία. Μόνο στις περιπτώσεις προσωρινής (και όχι μόνιμης) μειωμένης δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης και διαμονής σε ίδρυμα (και όχι στο σπίτι του) ο δικαιούχος καλείται να συνεισφέρει και με δικούς του πόρους στα έξοδα. Αν το πρόβλημα είναι μόνιμο και η φροντίδα παρέχεται κατ’ οίκον τότε δεν επιβαρύνεται καθόλου. Η δε παροχή της φροντίδας αποτελεί αρμοδιότητα της τοπικής κοινότητας. Η φιλοσοφία του συστήματος στη Δανία αποσκοπεί στην κατά το δυνατό συνέχιση του τρόπου ζωής που είχε ο δικαιούχος πριν την απόκτηση των προβλημάτων και στην παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών στη βάση των επιθυμιών και των αναγκών του, που αξιολογούνται από καθορισμένα στελέχη του δήμου. Το σύστημα χρηματοδοτείται από δημοτικούς φόρους και κρατικές επιχορηγήσεις (Greve B. 2017, Schultz E. 2010). Τα τελευταία χρόνια υπάρχει πίεση για μείωση δαπανών, κάτι που έχει οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των δικαιούχων αλλά και σε μείωση των εβδομαδιαίων ωρών λήψης υπηρεσιών κατά 15% περίπου. Το σύστημα τείνει να γίνει λιγότερο καθολικό και η παροχή υπηρεσιών από ιδιώτες έχει αυξηθεί (Greve B. 2017).

Στην **Αγγλία**, η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί μέρος της κοινωνικής πολιτικής και είναι διαχωρισμένη πλήρως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας λαμβάνουν επίδομα που το 2013 ήταν 53 αγγλικές λίρες (περίπου 60 ευρώ) την εβδομάδα. Επιπλέον των ανωτέρω, το Εθνικό Σύστημα Υγείας

συνεισφέρει έως 101 λίρες (110 ευρώ περίπου) εβδομαδιαίως για νοσοκομειακά είδη, ενώ οι Δήμοι μπορούν να υποστηρίξουν για επιπλέον δαπάνες ανάλογα με τις ανάγκες του δικαιούχου αλλά και σε συνάρτηση με τις οικονομικές του δυνατότητες (εισόδημα και περιουσία). Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την κεντρική κυβέρνηση μέσω της φορολογίας. Σε ό,τι αφορά τη διαμονή σε οίκους ευγηρίας, άτομα με περιουσία άνω των 26.500 αγγλικών λιρών επιβαρύνονται το κόστος μόνοι τους (Bocquaire E. 2016). Η φροντίδα κατευθύνεται κυρίως προς εκείνους που δεν λαμβάνουν ‘άτυπη’ φροντίδα από συγγενείς ή φίλους (περίπου το 85% των Άγγλων λαμβάνουν άτυπη φροντίδα), που συνήθως είναι εκείνοι που μένουν μόνοι τους, ενώ τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια για ενίσχυση των ‘άτυπων’ φροντιστών. Ένα από τα κριτήρια για να λάβει κάποιος ‘τυπική’ μακροχρόνια φροντίδα είναι αν λαμβάνει ‘άτυπη’ (Comas-Herrera et al. 2010). Τα τελευταία χρόνια πολιτικές λιτότητας έχουν μειώσει τη χρηματοδότηση των τοπικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (Glendinning C. 2017). Η ιδιωτική ασφάλιση είναι εξαιρετικά περιορισμένη με μόλις 50.000 συμβόλαια μακροχρόνιας φροντίδας να έχουν πουληθεί σε μια 15ετία, ενώ ο τελευταίος πάροχος τέτοιων συμβολαίων βγήκε από την αγορά το 2010 (SCOR Global Life 2012).

Στον Παρακάτω Πίνακα 1.1 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι βασικές πληροφορίες των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας για χρηματοδότηση, δομή παροχών και σημασίας της ιδιωτικής ασφάλισης των ανωτέρω αναφερθέντων χωρών.

Πίνακας 1.1 Συγκεντρωτική παρουσίαση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας επιλεγμένων χωρών			
	Χρηματοδότηση	Κριτήρια/Παροχές	Ιδιωτική Ασφάλιση
Γερμανία	Μέσω ασφαλιστικών εισφορών ειδικά για μακροχρόνια φροντίδα	- χωρίζονται σε 4 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs και iADLs - επιλογή υπηρεσιών σε είδος, μετρητών ή συνδυασμό	Υποχρεωτική για όσους έχουν ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας και δεν καλύπτονται από τα δημόσια
Γαλλία	Μέσω γενικής φορολογίας, ασφαλιστικών εισφορών υγείας, ίδιας συμμετοχής	- χωρίζονται σε 6 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs και iADLs - κουπόνια που μπορούν να εξαργυρώσουν σε ιδιώτες - φοροαπαλλαγή για απασχόληση φροντιστή στο σπίτι	Η ευρωπαϊκή χώρα με το πιο αναπτυγμένο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας
Ισπανία	Μέσω γενικής φορολογίας, Δήμων, ίδια συμμετοχής	- χωρίζονται σε 3 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs/iADLs - βάσει εισοδηματικών κριτηρίων - κυρίως παροχή σε είδος	Αμελητέα
Ιταλία	Εξειδικευμένα ανά περιοχή -Δήμους	- υπηρεσίες σε είδος - παροχή επιδομάτων	-
Πορτογαλία	Εθνικό Κέντρο Ολοκληρωμένης Συνεχούς Φροντίδας (RNCC) και ίδια συμμετοχή	- επίδομα στη βάση εισοδημάτων - δύο βασικές κατηγορίες επιπέδων αναγκών φροντίδας	-

Ολλανδία	Μέσω εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, φορολογίας και ίδιας συμμετοχής	• δυνατότητα επιλογής παροχής σε είδος ή σε χρήμα • αυτόματος σταθεροποιητής δημόσιων δαπανών με αύξηση/μείωση ίδιας συμμετοχής	Λιγότερο αναπτυγμένη από ότι η ασφάλιση περίθαλψης
Σουηδία	Μέσω γενικής φορολογίας και ίδιας συμμετοχής	• καθορισμός επιπέδου ανάγκης φροντίδας από αξιολογητή χωρίς αυστηρά γραφειοκρατικά κριτήρια • λαμβάνονται υπόψη εισοδηματικά κριτήρια	Όχι αναπτυγμένη
Δανία	Μέσω δημοτικών φόρων και κρατικών επιχορηγήσεων	• καθορισμός επιπέδου ανάγκης φροντίδας από αξιολογητή χωρίς αυστηρά γραφειοκρατικά κριτήρια • κατά βάση χωρίς εισοδηματικά κριτήρια	Όχι αναπτυγμένη
Αγγλία	γενική φορολογία και Δήμοι	• κυρίως όσοι ζουν μόνοι • βάσει εισοδηματικών κριτηρίων	Περιορισμένη

1.5 Πρώτα βασικά συμπεράσματα

Η γήρανση του πληθυσμού, η πίεση στα δημόσια οικονομικά των χωρών της Ευρώπης, η αλλαγή της σύνθεσης των νοικοκυριών και της δομής της οικογένειας, η μη αξιοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης, η μετανάστευση και η αδήλωτη εργασία, οι αυξανόμενες απαιτήσεις για ποιοτικές υπηρεσίες, η διασφάλιση καλής ποιότητας ζωής για τους εξαρτώμενους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους έχουν δημιουργήσει ένα πλαίσιο που καθιστά τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας εξαρτώμενων ηλικιωμένων ως ένα μείζον ζήτημα, για το οποίο τα Ευρωπαϊκά κράτη θα κληθούν, και καλούνται ήδη, να διαμορφώσουν προτάσεις και να χαράξουν πολιτικές.

Ήδη η ευρωπαϊκή πολιτική συνειδητοποίηση της κρισιμότητας του ζητήματος έχει οδηγήσει στην προσθήκη της δέκατης όγδοης Αρχής του Ευρωπαϊκού Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων σχετικά με το δικαίωμα πρόσβασης σε οικονομικά προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων βρίσκεται στον χώρο της επικουρικότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά αναμένεται να αυξάνει διαρκώς η σημασία της τα επρχόμενα χρόνια, κάτι που έχει ήδη γίνει αντιληπτό στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή, accessed Ιαν. 2022*).

Στη Σουηδία και στη Δανία, τις δύο χώρες που κατεξοχήν στηρίζονται σε δημόσια συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, υπάρχει πίεση για συγκράτηση των δημοσίων δαπανών μέσω μείωσης των παροχών και μείωσης του αριθμού των δικαιούχων, ενώ ταυτόχρονα απαιτείται από την οικογένεια να αυξήσει τη συμμετοχή της στην παροχή 'άτυπης' φροντίδας.

Αντίστοιχα, στην Ολλανδία κάθε νέα κυβέρνηση καλείται να κρατήσει τα έξοδα του φορέα δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης, υπεύθυνου για τη μακροχρόνια φροντίδα, εντός συγκεκριμένου προϋπολογισμού και να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές ακόμη και εάν αυτές σημαίνουν μείωση των καλύψεων ή αύξηση της συμμετοχής του δικαιούχου στο κόστος. Στις χώρες της νότιας Ευρώπης, που η οικογένεια αποτελεί τον βασικό πυλώνα της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, παρατηρείται η αντίστροφη τάση. Η Ισπανία και η Πορτογαλία νομοθέτησαν το 2006 δημόσια προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας, που πάντως αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στην υλοποίηση, τόσο σε επίπεδο χρηματοδότησης όσο και σε επίπεδο διανομής των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ στην Ιταλία κυριαρχεί το μοντέλο της εσωτερικής -συνήθως αδήλωτης- εργασίας στο σπίτι ('migrant in the family'). Στην Αγγλία και στις Η.Π.Α., τα συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας δεν ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες των ασφαλισμένων. Στις μεν Η.Π.Α. τα ασφαλιστρα σχεδόν διπλασιάστηκαν μέσα σε διάστημα ενός έτους και πολλές εταιρίες απέσυραν τα προγράμματά τους, ενώ στην Αγγλία οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν εγκαταλείψει την αγορά της μακροχρόνιας φροντίδας. Η Γερμανία είναι η μόνη χώρα, μαζί με την Ολλανδία, στην οποία υπάρχει διακριτή εισφορά κοινωνικής ασφάλισης ειδικά για τη μακροχρόνια φροντίδα (2.05% ως 2.30% επί του μισθού), ενώ η Γαλλία έχει ένα μεικτό σύστημα, όπου το δημόσιο χρηματοδοτεί και εκδίδει κουπόνια (vouchers) υπέρ των δικαιούχων που εξαργυρώνονται σε ιδιώτες παρόχους φροντίδας, πετυχαίνοντας με αυτόν τον τρόπο τον περιορισμό της αδήλωτης εργασίας. Γαλλία και Γερμανία είναι και οι χώρες που εμφανίζουν συγκριτικά με τις άλλες χώρες τη μεγαλύτερη 'ισορροπία' μεταξύ 'τυπικής' και 'άτυπης' (οικογενειακής) φροντίδας.

Οι πηγές χρηματοδότησης των δημοσίων συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας είναι οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, οι φόροι (κεντρικοί ή δημοτικοί) και η ίδια συμμετοχή του δικαιούχου στο κόστος. Οι πόροι σε σχέση με τις ανάγκες είναι περιορισμένοι και όλα τα συστήματα αντιμετωπίζουν προκλήσεις. Σημαντικό είναι να τονιστεί πως κάθε χώρα ορίζει με διαφορετικό το ποιός μπορεί να θεωρείται δικαιούχος μακροχρόνιας φροντίδας με διαφορετικά κριτήρια επιλεξιμότητας. Στις περισσότερες χώρες, ένα εκ των κριτηρίων για την παροχή βοήθειας από το δημόσιο σύστημα (σε είδος ή σε χρήμα) και το ύψος αυτής της βοήθειας είναι το εισόδημα ή/και η περιουσία του δικαιούχου, ενώ ένα άλλο κριτήριο που συναντάται σε πολλές χώρες είναι αν κατοικεί μόνος. Σε ό,τι αφορά του 'άτυπους' φροντιστές ηλικιωμένων (μέλη οικογένειας), αντιμετωπίζουν οι ίδιοι αυξημένο κίνδυνο να βρεθούν σε επίπεδα φτώχειας στο μέλλον, καθώς η αναγκαστική διακοπή εργασίας για να φροντίσουν τον άνθρωπό τους ή η στροφή προς μερική εργασία επηρεάζει τον μισθό τους αλλά και τα μελλοντικά συνταξιοδοτικά τους δικαιώματα.

Παρά τις διαφορές που υπάρχουν ανά χώρα, οι πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας τα τελευταία χρόνια ακολουθούν τις εξής κοινές τάσεις:

- μείωση της ιδρυματικής φροντίδας και στροφή προς την φροντίδα στο σπίτι
- απομάκρυνση από την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε είδος από το δημόσιο και στροφή προς ιδιωτικές ή μικτές (ιδιωτικές και δημόσιες) υπηρεσίες που επιδοτούνται μερικώς ή πλήρως από το δημόσιο (cash transfers)

- παροχή υπηρεσιών που λειτουργούν συμπληρωματικά και όχι ως υποκατάστατο της άτυπης/οικογενειακής φροντίδας

Ο δε διαμοιρασμός κόστους και οι συνέργειες μεταξύ οικογένειας, δημόσιου τομέα και ιδιωτικής ασφάλισης δείχνει να είναι μονόδρομος για τη δημιουργία σύγχρονων ολοκληρωμένων συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Οι τάσεις σύγκλισης οδηγούν σε μία ακόμη μεγαλύτερη ανάγκη ακριβέστερης σύγκρισης των μεγεθών και δεικτών μακροχρόνιας φροντίδας μεταξύ των χωρών προκειμένου να διαπιστωθούν αποκλίσεις και να γίνει μεταφορά καλών πρακτικών αλλά και αποφυγή κακών πρακτικών από μια χώρα σε άλλη, ενώ η πανδημία του κορωνοϊού του 2019 (COVID-19) και οι επιπτώσεις που επέφερε στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Roy et al., 2020) έδωσαν νέα ώθηση στην αναζήτηση μιας συντονισμένης ευρωπαϊκής στάσης στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Με την πανδημία να φέρνει άνευ προηγουμένου προκλήσεις στους οίκους ευγηρίας (O'Neill et al., 2020) η ανάγκη για παροχές κατ' οίκον υπηρεσιών έγινε ακόμη πιο επίκαιρη.

Στη βάση των ανωτέρω αρχικών συμπερασμάτων, η παρούσα διατριβή φωτίζει μέσω σαφώς ορισμένων δεικτών τις διαφορές των μεγεθών μακροχρόνιας φροντίδας μεταξύ δεκαοκτώ χωρών της Ευρώπης, προτείνει ενιαία διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης φροντίδας με τη χρήση συγκρίσιμων (μεταξύ χωρών) ορισμών, εντοπίζει καλές και κακές πρακτικές στις χώρες της Ευρώπης και προχωρά σε προβολές αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας για την Ελλάδα έως το 2070, με στόχο να εμπλουτίσει τον εγχώριο προβληματισμό σχετικά με την ανάγκη δημιουργίας ενός σύγχρονου πλαισίου μακροχρόνιας φροντίδας προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σχετικές προκλήσεις που έρχονται λόγω της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού.

Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογική Προσέγγιση

Το τμήμα της ανάλυσης επικεντρώνεται σε τέσσερις δείκτες: (i) στον δείκτη Ανάγκης Φροντίδας: πόσα άτομα χρειάζονται φροντίδα, (ii) στον δείκτη Μη Λήψης Φροντίδας: το ποσοστό των ατόμων που ενώ βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας δεν λαμβάνουν καθόλου, (iii) στον δείκτη Μείγματος Φροντίδας: την κατανομή της παροχής φροντίδας ανά είδος φροντίδας (τυπική, άτυπη ή συνδυασμό των δύο) και (iv) τον δείκτη Ικανοποίησης Φροντίδας στη βάση του βαθμού κάλυψης των αναγκών του λήπτη φροντίδας. Οι τέσσερις αυτοί δείκτες εξετάζονται συγκριτικά για δεκαοκτώ χώρες, ενώ ειδική -και σε μεγαλύτερο βάθος- ανάλυση πραγματοποιείται για την Ελλάδα. Ο πρώτος δείκτης δείχνει τη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας, ενώ οι υπόλοιποι τρεις διαφορετικές εκφάνσεις της προσφοράς. Οι ορισμοί των δεικτών παρατίθενται στα επιμέρους κεφάλαια του παρόντος. Σημειώνεται πως για την πληρότητα της ανάλυσης και με δεδομένο πως δεν υπάρχουν τυποποιημένοι ορισμοί των ανωτέρω δεικτών, χρησιμοποιήθηκαν πάνω από ένας ορισμοί -ιδίως για τους δείκτες *Ανάγκης Φροντίδας* και *Μη Λήψης Φροντίδας*- οι οποίοι και συγκρίνονται μεταξύ τους. Πλέον των ανωτέρω, εξετάζεται η συσχέτιση των διαφορών μεταξύ χωρών με συστημικές μεταβλητές, όπως οι δημόσιες δαπάνες.

2.1. Δεδομένα

Για την εκπόνηση του κυρίως μέρους της ανάλυσης της παρούσας διδακτορικής διατριβής χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE. Η έρευνα SHARE είναι μία διεπιστημονική, διακρατική και σε τακτά χρονικά διαστήματα επαναλαμβανόμενη έρευνα τύπου πάνελ και με ένταξη καινούριων συνεντευξιαζόμενων σε κάθε κύμα. Η βάση δεδομένων του SHARE περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, μικροδεδομένα υγείας, μακροχρόνιας φροντίδας, κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά, για περίπου 140.000 άτομα ηλικία 50 ετών και άνω (περίπου 380.000 συνεντεύξεις έως σήμερα). Πραγματοποιείται στις Ευρωπαϊκές χώρες και στο Ισραήλ σε κύματα (waves). Το πρώτο κύμα συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε το 2004 και τα επόμενα τα έτη 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 (έκτο κύμα) και 2017. Η παρούσα εργασία χρησιμοποιεί: i) δεδομένα του έκτου κύματος (wave 6), τα οποία δημοσιεύθηκαν το 2017, και στο οποίο συμμετείχαν οι εξής δεκαοκτώ χώρες: Σουηδία (SE), Δανία (DK), Γερμανία (DE), Βέλγιο (BE), Λουξεμβούργο (LU), Γαλλία (FR), Ελβετία (CH), Αυστρία (AT), Ιταλία (IT), Ισπανία (ES), Ελλάδα (GR), Πορτογαλία (PT), Τσεχία (CZ), Πολωνία (PL), Σλοβενία (SI), Εσθονία (EE), Κροατία (HR) και Ισραήλ (IL) και ii) δεδομένα του δεύτερου κύματος της έρευνας SHARE, που πραγματοποιήθηκε το 2007 και όπου συμμετείχαν δεκαπέντε χώρες, εκ των οποίων μόνο δύο -η Ολλανδία και η Ιρλανδία- δεν συμμετείχαν στο έκτο κύμα. Δεκατρείς χώρες συμμετείχαν και στα δύο κύματα: Σουηδία, Δανία, Γερμανία, Βέλγιο, Γαλλία, Ελβετία, Αυστρία, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, Τσεχία, Πολωνία και Ισραήλ. Το μέγεθος του δείγματος περιγράφεται σε κάθε επιμέρους κεφάλαιο.

Τα δεδομένα της έρευνας SHARE είναι διεθνώς συγκρίσιμα, η μετάφραση του ερωτηματολογίου σε κάθε χώρα έχει ελεγχθεί προκειμένου να διασφαλιστεί η διακρατική συνοχή. Οι συνεντεύξεις αφορούν κατά κύριο λόγο άτομα που διαμένουν εντός νοικοκυριού

(household survey), σε περίπτωση όμως που κάποιο άτομο είχε συνεντευξιαστεί σε κάποιο κύμα και εν συνεχεία σε επακόλουθο κύμα έχει μετακομίσει σε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων, τότε ακολουθείται εκεί. Οι ερευνητές πραγματοποιούν τις συνεντεύξεις με φυσική παρουσία, έχοντας τη δυνατότητα να αξιολογήσουν επί τόπου την αξιοπιστία των απαντήσεων. Παράλληλα, χάρη στη μορφή πάνελ της έρευνας, υπάρχει δυνατότητα ελέγχου της αξιοπιστίας των απαντήσεων συγκρίνοντάς τις με τις απαντήσεις που είχαν δώσει σε προηγούμενα κύματα. Σε περίπτωση ατόμων με γνωστικά προβλήματα ή/και με δυσκολία στην επικοινωνία οι απαντήσεις δίδονται με τη βοήθεια ατόμου που μένει στο ίδιο νοικοκυριό και βοηθά στην καθημερινότητά του. Η έρευνα SHARE έχει κεντρικό συντονισμό και τα δεδομένα ελέγχονται από εξειδικευμένη ομάδα στατιστικών επιστημόνων προτού γίνουν δημόσια διαθέσιμα (Börsch-Supan et al., 2013).

Επιπλέον των ανωτέρω, και σε ό,τι αφορά σε δημογραφικά στοιχεία και σε στοιχεία δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την Έκθεση Γήρανσης 2021 (European Commission, 2021) και από τον ΟΟΣΑ (OECD, 2020), ενώ στοιχεία θανάτων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω από Covid-19 ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων COVerAGE (Riffe et al., 2020).

Σε ό,τι αφορά το τρίτο Μέρος της παρούσας διατριβής, που αφορά την μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, πλέον των ανωτέρω δεδομένων, συλλέχθηκαν το 2018 από τον συγγραφέα μη δημοσιευμένα διοικητικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, διοικητικά στοιχεία για τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και τα Κέντρα Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων ελήφθησαν από το Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (ΥΕΚΑ), ενώ για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» από την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (ΕΕΤΑΑ Α.Ε.).

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα τύπου «focus group» που συντάξε και πραγματοποιήσε ο συντάκτης της παρούσας εργασίας σε εξειδικευμένο κοινό στο πλαίσιο ημερίδας για τον σχεδιασμό πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων που διοργανώθηκε το 2018 στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου από το Horizon 2020 έργου με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)” υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς.

2.2. Μετρήσεις

Στον παρακάτω Πίνακα 2.1 φαίνεται η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων της έρευνας SHARE που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία. Οι ορισμοί των δεικτών και των εννοιών που χρησιμοποιήσαμε παρατίθενται στην υποενότητα «Μετρήσεις» του κάθε ξεχωριστού κεφαλαίου όπου πραγματοποιείται ανάλυση δεδομένων.

Πίνακας 2.1: Διατύπωση ερωτήσεων έρευνας SHARE σχετιζόμενες με ΜΦ	
Διατύπωση ερωτήσεων - SHARE	1. Παρακαλώ πείτε μου αν έχετε καμία δυσκολία με αυτές τις δραστηριότητες εξαιτίας κάποιου σωματικού, ψυχικού, συναισθηματικού ή προβλήματος μνήμης. Αποκλείστε ξανά

	κάθε δυσκολία που αναμένετε να διαρκέσει λιγότερο από τρεις μήνες (<i>Σημείωση: Ο ερευνητής δείχνει στον ερωτώμενο μία κάρτα με δραστηριότητες ADL και ADL</i>). 2. Για τους τελευταίους έξι μήνες τουλάχιστον, σε ποια έκταση περιοριστήκατε λόγω ενός προβλήματος υγείας σε δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι (<i>Ερώτηση Δείκτη GALI</i>). Δυνητικές απαντήσεις: α) Περιορίστηκα σοβαρά, β) Περιορίστηκα, αλλά όχι σοβαρά, γ) Δεν περιορίστηκα καθόλου 3. Σκεπτόμενος/η σχετικά με δραστηριότητες με τις οποίες έχετε πρόβλημα, σας βοηθά ποτέ κανείς με αυτές τις δραστηριότητες; (<i>Συμπεριλαμβάνοντας τον/τη σύντροφο σας ή άλλα άτομα του νοικοκυριού σας</i>). Δυνητικές απαντήσεις: α) Ναι, β) Όχι. 4. Θα λέγατε ότι η βοήθεια που λαμβάνετε ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας; Δυνητικές απαντήσεις: α) Πάντα, β) Συνήθως, γ) Μερικές φορές, δ) Σχεδόν ποτέ. 5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών, λάβατε στο σπίτι σας κάποια επαγγελματική ή αμειβόμενη υπηρεσία που βρίσκεται σε αυτή την κάρτα (δηλ. <i>προσωπική φροντίδα σε ADL, πρακτική βοήθεια σε δουλειές νοικοκυριού, λοιπή βοήθεια</i>) εξαιτίας ενός σωματικού, ψυχικού, συναισθηματικού προβλήματος ή ενός προβλήματος με τη μνήμη; 6. Σκεπτόμενος/η τους τελευταίους δώδεκα μήνες, έχει παράσχει κάποιο μέλος της οικογένειας εκτός νοικοκυριού, κάποιος φίλος ή γείτονας σε εσάς οποιουδήποτε είδους βοήθεια που αναφέρεται σε αυτή την κάρτα; (δηλ. <i>προσωπική φροντίδα σε ADL, πρακτική βοήθεια σε δουλειές νοικοκυριού, βοήθεια με γραφειοκρατικά θέματα</i>). 7. Υπάρχει κάποιος που ζει σε αυτό το νοικοκυριό, ο οποίος σας βοήθησε τακτικά κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες με προσωπική φροντίδα, όπως για παράδειγμα το μπάνιο, το να σηκώνεστε από το κρεβάτι, το ντύσιμο; Δυνητικές απαντήσεις: α) Ναι, β) Όχι.
--	--

2.3. Στατιστικές Μέθοδοι

Στην παρούσα εργασία η στατιστική ανάλυση έγινε με το πακέτο στατιστικής STATA. Αρχικά χρησιμοποιείται περιγραφική στατιστική ανάλυση των υπό εξέταση μεταβλητών όπως αυτές προσδιορίζονται στα επιμέρους Κεφάλαια για διάστημα εμπιστοσύνης 95%, με τα

αποτελέσματα να είναι σταθμισμένα στο σύνολο του πληθυσμού της κάθε χώρας και να απεικονίζονται σε ραβδογράμματα, διαγράμματα Venn και διαγράμματα διασποράς (scatter plots). Τα διαγράμματα Venn χρησιμεύουν για να απεικονίσουν λογικές συσχετίσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων συνόλων, χρησιμοποιώντας αντίστοιχο αριθμό επικαλυπτόμενων σχημάτων (συνήθως οβάλ) με τα σημεία επικάλυψης να αποτυπώνουν τα σημεία ταύτισης των διαφορετικών συνόλων. Τα διαγράμματα διασποράς απεικονίζεται η συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών σε δύο άξονες X,Y. Σε ό,τι αφορά στα ραβδογράμματα απεικονίζονται συγκρίσεις τιμών κατηγορικών δεδομένων και έχουν τη μορφή ορθογώνιων παράλληλων μη εφαπτόμενων ράβδων ίσου πλάτους και μεταβαλλόμενου μήκους. Κάθε μία από αυτές αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη κατηγορία και το μήκος της εξαρτάται από την τιμή που λαμβάνει η μεταβλητή. Με μικρές παράλληλες γραμμές μπορούν να απεικονιστούν τα άνω και κάτω όρια της τιμής για το επίπεδο εμπιστοσύνης που έχει οριστεί. Επίπεδο εμπιστοσύνης 95% σημαίνει πως η τιμή που λαμβάνει η μεταβλητή έχει 95% πιθανότητα να βρίσκεται μεταξύ του άνω και κάτω ορίου. Το διάστημα εμπιστοσύνης πέραν της γραφικής αναπαράστασης, μπορεί να απεικονισθεί εντός αγκυλών με την πρώτη τιμή να αναπαριστά το κάτω όριο και την δεύτερη το άνω όριο (Δαφέρμος, 2005).

Εν συνεχεία πραγματοποιείται ανάλυση παλινδρόμησης probit των υπό εξέταση μεταβλητών ως προς συγκεκριμένες ερμηνευτικές μεταβλητές ανά Κεφάλαιο. Το μοντέλο πιθανομονάδας probit είναι ένα είδος παλινδρόμησης που λειτουργεί καλά στα μεγάλα δείγματα και στο οποίο η εξαρτημένη μεταβλητή μπορεί να λάβει μόνο δύο τιμές 0-1 (ψευδομεταβλητή), όπου η τιμή 0 σημαίνει πως δεν θα συμβεί το γεγονός (π.χ. πως ένα άτομο δεν θα λάβει φροντίδα) και η τιμή 1 σημαίνει πως θα συμβεί το γεγονός (π.χ. πως ένα άτομο θα λάβει φροντίδα). Όταν τρέξει η παλινδρόμηση με τις ερμηνευτικές μεταβλητές, οι τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής θα κυμαίνονται εκ κατασκευής μεταξύ των τιμών 0 και 1. Αυτό υποδηλώνει πως η προβλεπόμενη τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής (π.χ. η λήψη φροντίδας) ερμηνεύεται ως η πιθανότητα το άτομο να λάβει φροντίδα, δεδομένων των τιμών των ερμηνευτικών μεταβλητών (Hanck et al., 2021) και συνεπώς περιορίζεται μεταξύ 0 και 1. Το μοντέλο probit χρησιμοποιεί συχνότερα το πρότυπο υπολογισμού μέγιστης πιθανότητας. Ως ερμηνευτικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται τόσο ατομικές (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική ευμάρεια) όσο και συστημικές (π.χ. χώρα) παράμετροι. Στην παλινδρόμηση Probit, η αθροιστική τυπική συνάρτηση κανονικής κατανομής $\Phi(\cdot)$ χρησιμοποιείται για τη μοντελοποίηση της συνάρτησης παλινδρόμησης όταν η εξαρτημένη μεταβλητή είναι *δυαδική*, δηλαδή υποθέτουμε:

$$P(Y=1|X_1, X_2, \dots, X_j) = \Phi(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_j X_j)$$

όπου P δηλώνει πιθανότητα και Φ είναι η αθροιστική συνάρτηση κατανομής από την τυποποιημένη κανονική κατανομή. Η εξίσωση $\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_j X_j$ παίζει το ρόλο τεταρτημορίου z και:

$$\Phi(z) = P(Z \leq z), Z \sim N(0,1)$$

Ο συντελεστής β_j είναι η μεταβολή στο z που σχετίζεται με τη μοναδιαία μεταβολή της ανεξάρτητης μεταβλητής X_j . Ή με άλλα λόγια αποτελεί την επίδραση στην αύξηση της πιθανότητας $Y=1$ για μοναδιαία μεταβολή της μεταβλητής X_j κρατώντας σταθερές όλες της

υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι συντελεστές β έχουν συνήθως εκτιμηθεί με τη χρήση της μέγιστης πιθανότητας.

Στο κεφάλαιο 6 πραγματοποιείται ανάλυση τύπου πάνελ (διαχρονική ανάλυση) μεταξύ του δεύτερου (2007) και έκτου (2015) κύματος του SHARE προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο η άτυπη και τυπική φροντίδα είναι συμπληρωματικές ή υποκατάστατα η μία της άλλης. Μια ανάλυση τύπου πάνελ χρησιμοποιείται για να μελετηθούν οι ίδιες μεταβλητές (π.χ. είδος φροντίδας) του ίδιου δείγματος σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Αναλύσεις πάνελ χρησιμοποιούνται συχνά για να μελετηθούν τα γεγονότα της ζωής (κοινωνικά, οικονομικά, υγείας) κατά τη διάρκεια της ζωής αλλά και οι καταναλωτικές τάσεις. Τα δεδομένα τύπου πάνελ επιτρέπουν ανάλυση δυναμικών αλλαγών που πραγματοποιούνται με την πάροδο του χρόνου (Kennedy, 2003).

Κατά περίπτωση και ανά κεφάλαιο αναφέρονται περαιτέρω και πιο αναλυτικά δεδομένα και μέθοδοι που τυχόν χρησιμοποιήθηκαν και δεν αναφέρονται στην παρούσα ενότητα.

2.4. Περιορισμοί

Η έρευνα SHARE είναι μία έρευνα νοικοκυριών και ως εκ τούτου δεν περιλαμβάνονται στο δείγμα άτομα που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, με εξαίρεση τυχόν περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας ερωτώμενος όταν πρωτοπροσεγγίστηκε διέμενε εντός νοικοκυριού και εν συνεχεία σε επόμενο κύμα συνεντεύξεων μετακόμισε σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Σε μία τέτοια περίπτωση, και λόγω της μορφής πάνελ της έρευνας, ακολουθείται στο νέο τόπο διαμονής. Συνεπώς, για τις χώρες που στηρίζονται σημαντικά στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων για τη διαβίωση των ηλικιωμένων, το δείγμα των ερωτώμενων είναι ενδεχομένως λιγότερο αντιπροσωπευτικό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ηλικιωμένων της χώρας. Η έρευνα SHARE είναι πιο αντιπροσωπευτική στον γενικό πληθυσμό που διαμένει εκτός δομών, που αποτελεί και το πιο σημαντικό μέγεθος του πληθυσμού για τον σχεδιασμό μελλοντικών αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας.

Αναγνωρίζουμε ότι μεγάλη προσοχή συγκεντρώνεται τους τελευταίους έξι μήνες της ζωής. Αυτά αποτελούν το αντικείμενο μιας ξεχωριστής «συνέντευξης εξόδου» (exit interview) SHARE που ολοκληρώθηκε συνήθως από συγγενείς μετά το θάνατο ενός μέλους της ομάδας. Αυτά δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυσή μας. Αυτό δεν εκτιμάται ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα που θα διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα του παρόντος.

Η συμπερίληψη στο δείγμα των πολύ ηλικιωμένων ή/και εκείνων με σημαντικά προβλήματα υγείας, που είναι εκείνοι που βρίσκονται σε μεγάλη ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας, εμπεριέχει δυσκολίες. Ως αποτέλεσμα, αυτή η ομάδα συχνά υποεκπροσωπείται στις έρευνες του γενικού πληθυσμού. Το SHARE, ως μια έρευνα που επικεντρώνεται στη μελέτη της γήρανσης, προστατεύεται σε μεγάλο βαθμό από την υποεκπροσώπηση, μέσω της έρευνας όλων των ατόμων που κατοικούν σε ένα νοικοκυριό, της χρήσης πληρεξουσίων για τις απαντήσεις ατόμων με δυσκολία απόκρισης και της καταγραφής συστηματικών σφαλμάτων στις απαντήσεις, οπότε και απαλείφονται (Malter and Börsch-Supan, 2017). Ωστόσο, κάποια υποεκπροσώπηση πιθανότατα παραμένει.

Μια ανησυχία για τις διεθνείς έρευνες είναι η πιστότητα και η συνέπεια των μεταφράσεων. Το ερωτηματολόγιο SHARE μεταφράζεται σε δεκαοκτώ γλώσσες. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη συνέπεια στις μεταφράσεις. Επιπλέον, η επανάληψη της έρευνας ανά τακτά χρονικά διαστήματα (έρευνα τύπου πάνελ) και η φύση της ομάδας αποτελούν εχέγγυο προστασίας από τυχόν σημαντικά ζητήματα. Μια πιο σημαντική ανησυχία είναι ο αντίκτυπος των διαφόρων θεσμικών δομών που υπάρχουν για την παροχή υπηρεσιών. Σε χώρες που βασίζονται σε επίσημα συστήματα παροχής, τα οποία συνεπάγονται πάντα κριτήρια ανάγκης φροντίδας, η γραφειοκρατική ταξινόμηση πιθανότατα θα επηρεάσει τις αντιλήψεις των ατόμων. Σε πιο οικογενειακά συστήματα, όπως αυτά στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη, μια τέτοια επιρροή θα είναι πιο περιορισμένη. Οι υποκειμενικές αξιολογήσεις φιλτράρονται από τον ερωτώντα ανάλογα με το ύφος απάντησης, τη στωικότητα («άκαμπτο άνω χείλος») ή τις συνθήκες υγείας. Αυτά μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα ή ανά φύλο και γι' αυτό στην ανάλυση probit ελέγχονται για τις ανωτέρω ερμηνευτικές μεταβλητές με τη χρήση ψευδομεταβλητών.

Τυχόν περαιτέρω περιορισμοί αναφέρονται κατά Κεφάλαιο.

**ΜΕΡΟΣ Β: Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ευρώπη -
Συγκριτική Ανάλυση**

Κεφάλαιο 3: Προτεινόμενη διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας¹

3.1 Εισαγωγή

Σημαντικό εργαλείο προκειμένου να προβλεφθεί και καλυφθεί η μελλοντική ζήτηση και να σχεδιαστούν ολοκληρωμένες δημόσιες πολιτικές και προγράμματα ασφάλισης, αποτελεί η ύπαρξη κοινού και σταθερού ορισμού αναφορικά με το ποιος θεωρείται ως άτομο που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Σήμερα, και παρότι η μακροχρόνια φροντίδα (ΜΦ) ηλικιωμένων είναι μία θεματική περιοχή με διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον, που φέρνει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής αντιμέτωπους με μεγάλες προκλήσεις σχετικά με την επάρκεια και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (OECD/European Commission, 2013), τέτοιος συμφωνημένος ορισμός σε πανευρωπαϊκό επίπεδο δεν υπάρχει, όπως ήδη αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 1. Υπεύθυνοι ανάπτυξης δημόσιων πολιτικών, κοινωνικοί επιστήμονες, μελετητές και ερευνητές χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς προκειμένου να χαρακτηρίσουν ένα άτομο ως άτομο που χρήζει μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία σύγκρισης μελετών, αναφορών και ερευνών, καθώς και την αδυναμία εκπόνησης αξιόπιστων προβολών ζήτησης.

Δύο υπάρχουσες πανευρωπαϊκές δειγματοληπτικές έρευνες «Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)» και «European Union Statistics of Income and Living Conditions (EU SILC)» χρησιμοποιούν διαφορετικούς δείκτες για να καθορίσουν ποιος βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Η έρευνα SHARE χρησιμοποιεί ως κύριο δείκτη τις βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ADL: Activities of Daily Living), μετρώντας τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, ενώ η έρευνα EU SILC χρησιμοποιεί τον Παγκόσμιο Δείκτη Περιορισμού Δραστηριοτήτων (GALI: Global Activity Limitation Index), έναν πιο ευρύ δείκτη που μετρά κατά πόσο κάποιος εμφανίζει σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες², χωρίς όμως να προσδιορίζονται ποιες είναι οι δραστηριότητες αυτές. Προκειμένου να γίνει πιο ουσιαστικός ο διάλογος για την ανάπτυξη δημόσιων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), η ύπαρξη κοινών ή συγκρίσιμων μετρήσεων αποτελεί σημαντικό εργαλείο.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα μη ύπαρξης σταθερού πλαισίου αναφοράς προκειμένου να χαρακτηριστεί κάποιος ότι βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας αποτελεί η περίπτωση των Εκθέσεων Γήρανσης (Ageing Reports) της Ομάδας Εργασίας Γήρανσης (Ageing Working Group, AWG) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων, που εκδίδονται ανά τριετία. Το AWG αποτελείται από εμπειρογνώμονες των χωρών μελών της

¹ Το παρόν κεφάλαιο δημοσιεύτηκε αυτοτελώς με τίτλο “Defining Long-Term-Care Need Levels for Older Adults: Towards a Standardized European Classification” στο επιστημονικό περιοδικό με διεθνές editorial board “Journal of Aging and Social Policy”, με διαδικασία κριτών. DOI:10.1080/08959420.2022.2110810.

² Οι ‘συνήθεις δραστηριότητες’ που κάνουν οι άνθρωποι δεν προσδιορίζονται. Αυτό σημαίνει πως ο κάθε ερωτώμενος έχει θεωρήσει με υποκειμενικό τρόπο ως ‘δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι’ οποιαδήποτε δραστηριότητα θεωρεί ο ίδιος ως συνήθη. Αυτό ισχύει τόσο στην έρευνα SHARE, όσο και στην έρευνα SILC στην οποία στηρίζονται τα ανά τριετία Ageing Reports της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων.

Ευρωπαϊκής Ένωσης και συμβουλεύει το Συμβούλιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Θεμάτων (Ecofin), για τη χάραξη δημοσιονομικού σχεδιασμού σχετικού με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού (Copeland, 2012; Tinios, 2012). Για την προβολή των δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, το AWG χρησιμοποιεί ως βασική μεταβλητή τον εκτιμώμενο αριθμό ηλικιωμένων σε ανάγκη φροντίδας. Ωστόσο, ο αριθμός των εκτιμώμενων ατόμων σε ανάγκη φροντίδας -στη βάση των οποίων γίνονται οι εκτιμήσεις μελλοντικών δημοσίων δαπανών- υπολογίζεται με διαφορετικούς ορισμούς στις διάφορες εκθέσεις.

Πιο συγκεκριμένα, οι προβολές της Έκθεσης Γήρανσης του 2009, για τις μελλοντικές ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας στην ΕΕ βασίστηκε στη χρήση του ορισμού ως άτομου που χρήζει φροντίδας ως εξής: i) σε δώδεκα χώρες, εκείνος που αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα SHARE και ii) στις εναπομένουσες δεκαπέντε χώρες, εκείνος που αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες σε συνήθειες δραστηριότητες (GALI), χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα EU SILC. Σε αυτήν την Έκθεση οι δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας εκτιμούνταν ότι θα κυμαίνονται κάπου μεταξύ 2.3% και 2.5% του ευρωπαϊκού ΑΕΠ το 2060 (EC, 2009). Αντίθετα, οι προβλέψεις από το 2012 και μετά χρησιμοποιούν ως βάση για τον χαρακτηρισμό κάποιου ως άτομο που χρήζει φροντίδας, τον δείκτη GALI, δηλαδή των ατόμων εκείνων που εμφανίζουν σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθειες δραστηριότητες, χωρίς όμως να προσδιορίζονται οι δραστηριότητες αυτές. Τα δεδομένα σε αυτήν την περίπτωση αντλούνται από την πανευρωπαϊκή βάση δεδομένων EU SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions), (EC, 2012; EC, 2015; EC, 2018). Η αλλαγή στην προσέγγιση προήλθε από το γεγονός ότι η βάση δεδομένων EU SILC - η οποία μετρά μόνο το GALI και όχι τα ADL/iADL ήταν μέχρι πρόσφατα η μόνη βάση δεδομένων που περιείχε δεδομένα από όλες τις χώρες της ΕΕ. Βασίζομενη στον ανωτέρω δείκτη GALI, η Έκθεση Γήρανσης του 2018 εκτιμά ότι οι δημόσιες δαπάνες σε μακροχρόνια φροντίδα θα ανέλθουν σε επίπεδα μεταξύ 2.6% και 4.0% του Ευρωπαϊκού ΑΠΕ το έτος 2060, πολύ υψηλότερα από προηγούμενες εκτιμήσεις.

Αντίστοιχα, επιστημονικές εργασίες, άρθρα και μελέτες δεν ακολουθούν μία σταθερή προσέγγιση στον χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως άτομο που χρήζει ανάγκης φροντίδας. Ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται τα ίδια δεδομένα, σε κάποιες περιπτώσεις ως άτομο σε ανάγκη φροντίδας ορίζεται εκείνο που αντιμετωπίζει δυσκολίες με «ένα κατ' ελάχιστον ADL», σε άλλες περιπτώσεις εκείνο που αντιμετωπίζει δυσκολίες με «δύο κατ' ελάχιστον ADL» ή εκείνο που αντιμετωπίζει δυσκολίες με «κατ' ελάχιστον ένα ADL συν ένα iADL» και ούτω καθεξής, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός σοβαρότητας της δυσκολίας (π.χ. Ahrenfeldt et al., 2018; Bravell et al. 2011; Carrino & Orso, 2015; Laferrere & van den Bosch, 2015; Lindholm et al., 2013; Srakar et al., 2015; Zingmark et al., 2019). Πολλές φορές, μάλιστα, στις επιστημονικές μελέτες η επιλογή του ορισμού, υπαγορεύεται από το μέγεθος του δείγματος που προκύπτει από τον εκάστοτε ορισμό.

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις είναι μονοδιάστατες, με την έννοια ότι ένα άτομο θεωρείται πως χρήζει φροντίδας στη βάση είτε μόνο ποσοτικών παραμέτρων (δηλ. αριθμό συγκεκριμένων δραστηριοτήτων ADL/iADL για τον οποίο εμφανίζει δυσκολίες εκτέλεσης, χωρίς να αξιολογείται ο βαθμός δυσκολίας), είτε μόνο ποιοτικών παραμέτρων (δηλ. βαθμό σοβαρότητας

περιορισμού σε συνήθειες δραστηριότητες, χωρίς να προσδιορίζονται ποιες είναι αυτές οι συνήθειες δραστηριότητες). Αντίθετα, στην πράξη οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών και προγραμμάτων ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας εφαρμόζουν μία πιο πολυπαραμετρική προσέγγιση, που λαμβάνει υπόψη τόσο τον αριθμό των ADL/iADL για τον οποίον υπάρχουν δυσκολίες, όσο και το επίπεδο σοβαρότητας αυτών των δυσκολιών, σε συνδυασμό πάντα με μία πρόσωπο με πρόσωπο αξιολόγηση από εμπειρογνώμονα της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων (Brugiavini et al., 2017).

Στο πλαίσιο των ανωτέρω, προτείνεται η υιοθέτηση κλίμακας επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας, αντί εντός μονοδιάστατου ορισμού. Στο παρόν κεφάλαιο αναπτύσσεται μία τέτοια κλίμακα, συνδυάζοντας τους πιο κοινούς δείκτες που χρησιμοποιούνται σήμερα στην Ευρώπη, δηλαδή τους δείκτες ADL, iADL και GALI με τον τρόπο που αναλύεται στις επόμενες ενότητες.

3.2 Κατατάσσοντας ένα άτομο σε ανάγκη φροντίδας

Στη βάση των ανωτέρω αλλά και όσων περιγράφηκαν στο Κεφάλαιο 1.1, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η απάντηση ενός συνεντευξιαζόμενου σχετικά με τον αριθμό ADL και iADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία εκτέλεσης δεν ιεραρχεί ούτε ταξινομεί ανάγκες και αποτελεί μία ποσοτική απάντηση καθώς δεν λαμβάνει υπόψη το επίπεδο σοβαρότητας αυτών των δυσκολιών. Αντίθετα, η απάντηση του συνεντευξιαζόμενου στο ερώτημα που σχετίζεται με τον δείκτη GALI είναι στην πράξη ποιοτική μέτρηση που μετρά το επίπεδο σοβαρότητας των υποκειμενικών δραστηριοτήτων στις οποίες αντιμετωπίζει δυσκολίες, χωρίς όμως να προσδιορίζει το είδος και το πλήθος των δραστηριοτήτων αυτών. Το AWG αναγνωρίζει ότι η ύπαρξη δυσκολιών στην εκτέλεση κάποιων δραστηριοτήτων δεν συνεπάγεται αυτομάτως την ανάγκη για λήψη φροντίδας, καθώς και ότι τα αποτελέσματα ερευνών μπορούν από τη μία να υποτιμήσουν κάποιες μορφές δυσκολιών και από την άλλη να υπερτιμήσουν κάποιες άλλες (EC, 2009; EC, 2012; EC, 2015; EC, 2018; EC, 2021). Αν για παράδειγμα κάποιος δηλώνει δυσκολίες με ADLs και ταυτόχρονα δηλώνει πως δεν αντιμετωπίζει σοβαρούς περιορισμούς με συνήθειες δραστηριότητες, μπορούμε εύλογα να συμπεράνουμε ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει με τα ADLs δεν είναι σοβαρές και πως συνεπώς αυτό το άτομο δεν χρειάζεται βοήθεια. Αυτές οι αποχρώσεις χάνονται όταν οι ερευνητές χρησιμοποιούν την κλίμακα ADL ως το μοναδικό κριτήριο της ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας. Αγνοώντας την ένταση της δυσκολίας, θα μπορούσε κανείς να υπερβάλει τις δαπάνες στις προβολές. Επιπλέον, η κλίμακα ADL/iADL δεν καταγράφει δυσκολίες σε δραστηριότητες άλλες πλην αυτών των συγκεκριμένων. Αντιστρόφως, αν κάποιος δηλώνει σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθειες δραστηριότητες (GALI) χωρίς να δηλώνει δυσκολίες με ADLs ή iADLs, τότε οι δραστηριότητες αυτές μπορεί μεν να είναι συνήθειες αλλά δεν σημαίνει απαραίτητα πως είναι ζωτικές για αυτόνομη διαβίωση. Θα μπορούσε να είναι μια δραστηριότητα, όπως η οδήγηση, η χρήση τηλεχειριστηρίου τηλεόρασης ή οποιαδήποτε άλλη. Συνεπώς το γεγονός ότι ο δείκτης GALI χρησιμοποιείται ως μοναδικό κριτήριο διαπίστωσης εάν ένα άτομο βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας, όπως στην περίπτωση του AWG, είναι πιθανό να οδηγεί υπερεκτιμήσεις. Και οι

δύο δείκτες, όταν χρησιμοποιούνται μόνοι τους, έχουν αδυναμίες, οι οποίες μπορούν να ξεπεραστούν αν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά.

Από την άλλη, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στην Ευρώπη χρησιμοποιούν πολυπαραμετρικά κριτήρια για να καθορίσουν εάν κάποιος βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Παρά τις διαφορές, το κοινό έδαφος υπάρχει. Σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης ξεκινούν με κριτήριο τη δυσκολία σε ADLs και iADLs, χρησιμοποιώντας όμως επιπλέον κριτήρια που σχετίζονται με την ένταση των δυσκολιών. Το σύνολο των εννέα Ευρωπαϊκών χωρών που μελέτησαν οι Brugiavini et al. (2017), χρησιμοποιούν τα ADLs και iADLs ως βάση για να κρίνουν εάν κάποιος είναι δικαιούχος μακροχρόνιας φροντίδας. Η Αυστρία χρησιμοποιεί έναν ευρύ κατάλογο δυνητικών δραστηριοτήτων ADLs και iADLs για να προσδιορίσει αν κάποιος βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Το Βέλγιο χρησιμοποιεί ένα εργαλείο προσδιορισμού του επιπέδου ανάγκης φροντίδας που βασίζεται στο βαθμό σοβαρότητας δυσκολίας 8 δραστηριοτήτων (6 λειτουργικών και 2 γνωσιακών). Στην Τσεχία, απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη μακροχρόνιας φροντίδας είναι η ύπαρξη δυσκολιών σε τουλάχιστον 1 ADL. Η Γερμανία κατατάσσει σε 4 επίπεδα ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας τους δικαιούχους παροχής φροντίδας, στη βάση του αριθμού και του βαθμού σοβαρότητας των ADL και iADL για τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολία εκτέλεσης (Bocquaire, 2016), ενώ απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη δυσκολιών σε τουλάχιστον 2 ADLs. Η Γαλλία χρησιμοποιεί τη δική της 6-βάθμια κλίμακα κατάταξης σε βαθμό ανάγκης φροντίδας (Joel et al. 2010; Bettio et al., 2010). Στην Ιταλία ο αλγόριθμος καθορισμού του δικαιούχου δημόσιας παροχής φροντίδας είναι πιο περίπλοκος και διαφέρει ανά περιοχή, παρόλα αυτά το πλήθος των ADL και iADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία εκτέλεσης αποτελεί το βασικό κριτήριο. Στην Ισπανία, υπάρχουν τα 3 επίπεδα εξάρτησης λήψης φροντίδας: μεσαία εξάρτηση όταν το άτομο χρειάζεται βοήθεια στην εκτέλεση ADLs τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, σημαντική εξάρτηση όταν χρειάζεται βοήθεια 2 με 3 φορές την ημέρα, μεγάλη εξάρτηση όταν χρειάζεται βοήθεια περισσότερες φορές την ημέρα. Στην Ελλάδα, εάν κάποιος βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας εκτιμάται από επαγγελματίες υγείας (Tinios, 2017). Τα κριτήρια προσδιορισμού του είδους και της συχνότητας δημόσιας παροχής φροντίδας διαφέρουν μεταξύ των χωρών, και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και μεταξύ περιοχών της ίδιας χώρας, λαμβάνοντας υπόψη πρόσθετες παραμέτρους όπως η ηλικία, η ύπαρξη σοβαρή ασθένειας, οι οικονομικές του δυνατότητες ή αν ζει μόνος.

Παρά την κοινή παραδοχή ότι η γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει τις ανάγκες παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, δεν υπάρχει ακόμη ένας ενιαίος τρόπος διαβάθμισης επιπέδων των αναγκών αυτών, κάτι που δυσκολεύει τον σχεδιασμό πολιτικών σε κεντρικό Ευρωπαϊκό επίπεδο, την πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών και τη σύγκριση μεταξύ μελετών και εκθέσεων. Το παρόν κεφάλαιο ξεκινά παρουσιάζοντας το ιστορικό και την προέλευση των δύο υφιστάμενων δεικτών μέτρησης –ADL/iADL και GALI. Εν συνεχεία παρουσιάζονται οι διαφορές των αποτελεσμάτων των ατόμων που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας, αναλόγως του δείκτη που χρησιμοποιείται. Αυτό θέτει το πλαίσιο για το ερευνητικό κομμάτι του κεφαλαίου, που διερευνά τη συσχέτιση των δύο δεικτών χρησιμοποιώντας δεδομένα της έρευνας SHARE (wave 6). Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται, προτείνοντας μία νέα 4-βάθμια κλίμακα ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας που συνδυάζει του δείκτες ADL, iADL και GALI.

3.3 Μεθοδολογική Προσέγγιση

3.3.1. Δεδομένα

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την έρευνα SHARE (wave 6), όπως έχει περιγραφεί στο Κεφάλαιο 2.1. Στο έκτο κύμα, το μέγεθος του δείγματος ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών είναι 39.737, εκ των οποίων τα 31.088 μεταξύ 65-80 ετών και τα 8.649 άνω των 80 ετών.

3.3.2 Μετρήσεις

Η έρευνα SHARE μετρά τόσο τον δείκτη GALI όσο και τον αριθμό των ADL και iADL για τον οποίον κάποιος αντιμετωπίζει δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης. Η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων σχετικά με τα ADL/iADL και τον δείκτη GALI έχουν παρατεθεί στον Πίνακα 2.1 του Κεφαλαίου 2.2.

Λόγω του γεγονότος ότι δεν έχουν όλα τα iADLs την ίδια βαρύτητα σε ό,τι αφορά τη δυνατότητα ενός ατόμου να ζει μόνο του και να αυτοεξυπηρετείται, ομαδοποιήσαμε τα iADLs σε δύο διακριτές υποκατηγορίες, τα iADLs νοικοκυριού (dIADLs, όπου το “d” προέρχεται από το “domestic”) που αφορούν τις λειτουργικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την διαχείριση ενός νοικοκυριού και τα κοινωνικού τύπου iADLs (sIADLs, όπου το “s” προέρχεται από το “social”) που αφορούν σε δραστηριότητες που αφορούν μετακίνηση και διαχείρισης χρημάτων. Ο ανωτέρω διαχωρισμός αποτελεί καινοτομία, καθώς είναι η πρώτη φορά που οι λειτουργικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής χωρίζονται σε δύο τυποποιημένες υποκατηγορίες.

Πιο συγκεκριμένα οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται στο παρόν Κεφάλαιο είναι οι εξής:

- ADLs: i) να μπορεί να φάει κανείς μόνος του, ii) να κάνει μπάνιο, iii) να ντυθεί, iv) να σηκωθεί και να ξαπλώσει στο κρεβάτι, v) να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, vi) να περπατήσει στο δωμάτιο.
- dIADLs: i) ψώνια, ii) μαγείρεμα, iii) πλύσιμο ρούχων, iv) λοιπές δουλειές σπιτιού, v) λήψη φαρμάκων, vi) χρήση τηλεφώνου
- sIADLs: i) αυτόνομη μετακίνηση εκτός σπιτιού/χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, ii) χρήση χάρτη σε άγνωστο μέρος, iii) διαχείριση χρημάτων
- περιορισμοί GALI: Όσοι δηλώνουν ότι περιορίζονται *σοβαρά* σε δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι (*ίδιος ορισμός με εκείνον που χρησιμοποιεί το AWG για να θεωρήσει κάποιον σε ανάγκη φροντίδας*)

3.3.3 Στατιστικές Μέθοδοι

Έγινε ανάλυση οριακού αποτελέσματος probit προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ GALI και ADL/IADL για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο δείκτης GALI είναι ευρύτερος και πιο υποκειμενικός δείκτης από τα ADLs και iADLs, χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή. Τα αποτελέσματα ελέγχθηκαν ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές ADL, iADL, ηλικία, ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας, ύπαρξη γνωστικών προβλημάτων, ύπαρξη ασθένειας που σχετίζεται με την κινητικότητα, που αποτελούν τις βασικές παραμέτρους που λαμβάνονται υπόψη στις Ευρωπαϊκές για την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Τα αποτελέσματα ελέγχθηκαν επίσης ως προς τη χώρα

και το φύλο, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι η συσχέτιση μεταξύ GALI και ADL/iADL είναι απαλλαγμένη από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά χώρας και φύλου. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έχει οριστεί 0.05. Επιπλέον, γίνεται εκτενής χρήση αποτελεσμάτων περιγραφικής στατιστικής και γραφημάτων Venn, προκειμένου να αποτυπώνεται με εύληπτο τρόπο η μεγάλη εικόνα. Τέλος, προτείνεται ένας νέος δείκτης που συνδυάζει ADL, iADL GALI, η προστιθέμενη αξία του οποίου διερευνάται εξετάζοντας εάν σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τη λήψη επαγγελματικής φροντίδας, σε σύγκριση με τους υφιστάμενους δείκτες.

3.3.4 Περιορισμοί

Η προτεινόμενη διαβάθμιση του παρόντος Κεφαλαίου βασίζεται στους δείκτες ADL και GALI, δύο δείκτες με διαφορές στο χρονικό πλαίσιο αναφοράς. Για το GALI ζητείται από τον ερωτώμενο να απαντήσει εάν είχε περιορισμούς, και σε τι βαθμό, τους τελευταίους 6 μήνες, ενώ για τα ADL/iADL ζητείται να απαντήσει εάν δυσκολεύεται με δραστηριότητες που εκτιμά ότι δεν θα διαρκέσουν λιγότερο από 3 μήνες. Παρόλο που και τα δύο χρονικά πλαίσια προσπαθούν να αποκλείσουν βραχυπρόθεσμους περιορισμούς, η διαφορά στο χρονικό πλαίσιο αναφοράς μπορεί να έχει κάποιο αντίκτυπο στο αποτέλεσμα.

Η «σοβαρότητα» των περιορισμών που δηλώνει ο ερωτώμενος δε συνεπάγεται απαραίτητα πως είναι η ίδια με τη «σοβαρότητα» με την έννοια της εντατικής ανάγκης φροντίδας όπως θα την έκρινε ένας επιθεωρητής υγείας. Συνεπώς, η ένταση ανάγκης φροντίδας όπως κρίνεται από την προτεινόμενη ταξινόμηση μπορεί να μην αντιστοιχεί άμεσα σε αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών ή σε αύξηση δημόσιων δαπανών, που αποτελούν τα στοιχεία ενδιαφέροντος στις ασκήσεις προβολής. Ελλείψει άλλης μέτρησης, όμως, αποτελεί την πιο πρόσφορη προσέγγιση. Η χρήση της προτεινόμενης ταξινόμησης στη βελτίωση των προβολών δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας θα απαιτούσε ένα περαιτέρω βήμα ανάλυσης του τρόπου μετάφρασης της σοβαρότητας ανάγκης σε διάφορες παραμέτρους κόστους.

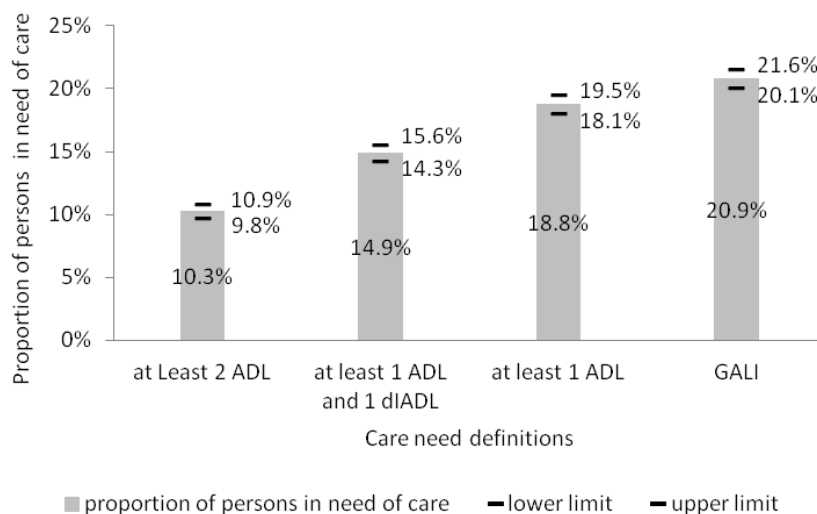
3.4 Αποτελέσματα

Η παρούσα ενότητα χωρίζεται σε δύο υποενότητες: i) σύγκριση και συσχέτιση δεικτών ADL και GALI, ii) ανάλυση παλινδρόμησης probit του δείκτη GALI ως συνάρτηση των ADL και λοιπών ερμηνευτικών μεταβλητών.

3.4.1 Σύγκριση και συσχέτιση δεικτών ADL και GALI

Στο Διάγραμμα 3.1 απεικονίζεται το ποσοστό ατόμων ηλικίας 65+ που θεωρούνται πως βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας ανά χρησιμοποιούμενο ορισμό/κατώφλι (threshold). Το ποσοστό είναι διπλάσιο όταν χρησιμοποιείται ο GALI ως δείκτης ανάγκης φροντίδας (20.9%) σε σύγκριση με όταν χρησιμοποιείται 'η ύπαρξη δυσκολίας αυτοεξυπηρέτησης με τουλάχιστον 2 ADLs' (10.3%), ενώ κυμαίνεται κάπου ανάμεσα όταν χρησιμοποιούνται 'η ύπαρξη δυσκολίας αυτοεξυπηρέτησης με τουλάχιστον 1 ADL και 1 iADL' (14.9%) ή 'η ύπαρξη δυσκολίας με τουλάχιστον 1 ADL' (18.8%), αναδεικνύοντας πόσο σημαντικό ρόλο παίζει στις προβλέψεις μελλοντικών αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας και στο σχεδιασμό προγραμμάτων και δημόσιων πολιτικών, ο ορισμός/κατώφλι που χρησιμοποιείται. Τα αποτελέσματα

επιβεβαιώνουν ότι ο δείκτης GALI είναι ευρύτερος από τα ADLs και IADLs (Berger et al., 2015; EC, 2009; EC, 2012; EC, 2015; EC, 2018).



Διάγραμμα 3.1: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας αναλόγως του ορισμού που χρησιμοποιείται, c.i. 95%. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6. ADL: Activities of Daily Living, dIADL: domestic Instrumental Activities of Daily Living, GALI: Global Activity Limitation Indicator

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζεται η συσχέτιση ADL και GALI. Αποτυπώνεται ο βαθμός σοβαρότητας περιορισμών σε συνήθεις δραστηριότητες (GALI) σε σχέση με το πλήθος των δυσκολιών με ADLs. Όσο ο αριθμός των ADL αυξάνει, το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν σοβαρούς περιορισμούς (GALI) επίσης αυξάνει. Λιγότεροι από τους μισούς (44%) που αντιμετωπίζουν δυσκολία με 1 ADL αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς με συνήθεις δραστηριότητες. Η ύπαρξη σοβαρών περιορισμών αυξάνει σε 60% στην περίπτωση των 2 ADLs και σε πάνω από 74% για 3 ή περισσότερα ADLs. Εάν το κριτήριο για να θεωρηθεί ένα άτομο σε ανάγκη φροντίδας είναι να έχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL, τότε 8.3% εξ' αυτών δηλώνουν πως δεν έχουν καθόλου περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες. Αντιθέτως, 11.5% των ατόμων που δεν έχει καμία δυσκολία με ADL, αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες με άλλες (μη συγκεκριμένες) συνήθεις δραστηριότητες.

Πίνακας 3.1 Συσχέτιση ADL και GALI, άτομα ηλικίας 65+: βαθμός σοβαρότητας περιορισμών σε συνήθεις δραστηριότητες (GALI) σε σχέση με το πλήθος των δυσκολιών με ADLs, σύνολο δείγματος					
Αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	Ποσοστό (%) ατόμων ανά αριθμό ADL	GALI – Ποσοστό ατόμων (%) ανά βαθμό σοβαρότητας περιορισμών σε συνήθεις δραστηριότητες ανά αριθμό ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία.			
		GALI (σοβαροί περιορισμοί)	χωρίς GALI* (μη σοβαροί περιορισμοί)	χωρίς GALI* (καθόλου περιορισμοί)	Σύνολο
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
0 ADLs	81.2	11.5	35.8	52.7	100.0
1 ADL	8.5	44.0	41.8	14.2	100.0

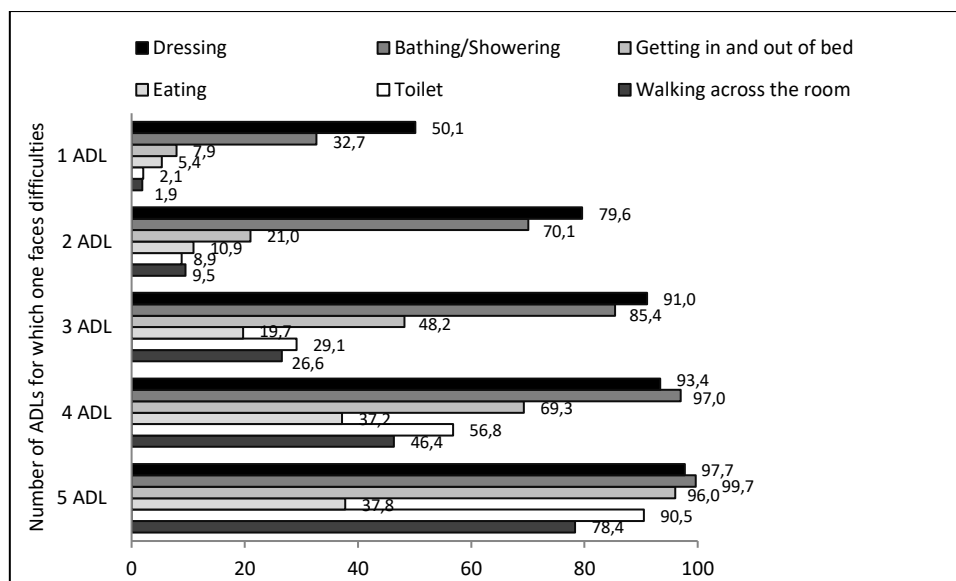
2 ADLs	3.7	59.8	34.8	5.3	100.0
3 ADLs	2.0	73.5	23.1	3.3	100.0
4 ADLs	1.4	78.6	19.4	2.0	100.0
5 ADLs	1.3	91.1	6.9	1.9	100.0
6 ADLs	2.0	91.9	5.6	1.8	100.0
Total sample	100.0	20.9	34.8	44.3	100.0
At least 1 ADL	18.8	61.1	30.6	8.3	100.0
At least 2 ADLs	10.3	75.1	21.4	3.4	100.0
ADL: Activities of Daily Living; GALI: Global Activity Limitation Indicator					

*Σημείωση: όπως χρησιμοποιείται από το Ageing Working Group

Πηγή: SHARE wave 6 data n=39,737

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζεται επίσης η κατανομή του πλήθους των ADL για τα άτομα ηλικίας 65+. Εστιάζοντας στο ένα πέμπτο σχεδόν των ατόμων που έχουν δυσκολία με ADLs, σχεδόν οι μισοί (8.5% του συνόλου ή 45.1% όσων έχουν δυσκολίες με ADL) αντιμετωπίζουν δυσκολίες με μόνο 1 ADL, που στην συντριπτική πλειοψηφία είναι δυσκολία το ντύσιμο ή το μπάνιο (50.1% και 32.7%), τις δύο δηλαδή δραστηριότητες που μοιάζουν λιγότερο απαιτητικές σε σύγκριση με τις άλλες τέσσερις (τουαλέτα, φαγητό, περπάτημα, σήκωμα-ξάπλωμα), καθώς μπορούν να πραγματοποιηθούν σε προγραμματισμένη ώρα και σε πιο αραιά διαστήματα.

Για την πληρότητα του παρόντος, στο παρακάτω Διάγραμμα 3.2 αποτυπώνεται η κατανομή του είδους δυσκολίας ADL ανά πλήθος ADL. Σε ό,τι αφορά τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με 2 ADLs πάνω από 70% εμφανίζουν δυσκολίες με το ντύσιμο και το μπάνιο, ενώ από τις υπόλοιπες δραστηριότητες το σήκωμα-ξάπλωμα από το κρεβάτι εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό δυσκολίας. Για τα άτομα με δυσκολία σε 3 ή περισσότερα ADLs, άνω του 90% εμφανίζει δυσκολία με το ντύσιμο και το μπάνιο και ακολουθούν κατά σειρά το σήκωμα-ξάπλωμα από το κρεβάτι, η τουαλέτα, το περπάτημα εντός δωματίου, το φαγητό.



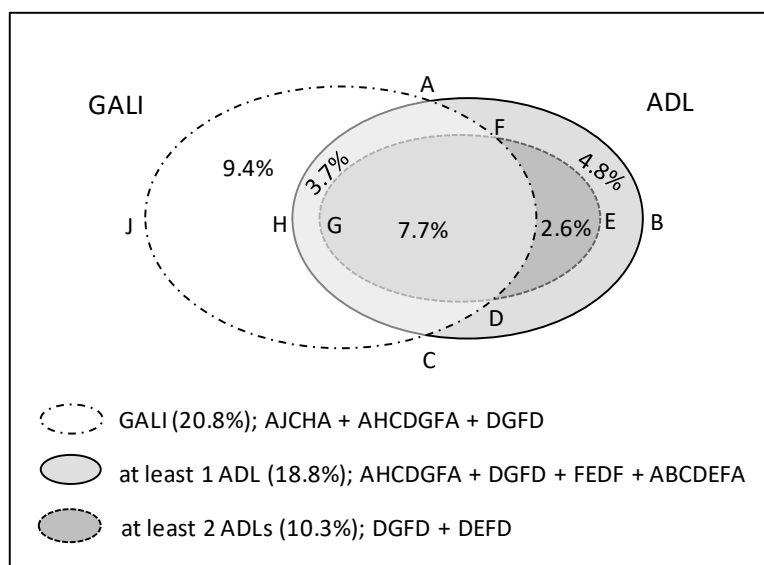
Διάγραμμα 3.2: Ποσοστό είδους ADL (%) για το οποίο υπάρχει δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης, ανά πλήθος ADL. Άτομα ηλικίας 65+. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6 ADL: Activities of Daily Living

Ο Πίνακας 3.2 εξετάζει κατά πόσο η δυσκολία εκτέλεσης ADL συνυπάρχει με δυσκολία εκτέλεσης λειτουργικών δραστηριοτήτων iADL, όπως έχουν διαχωριστεί σε οικιακές (dIADL) και κοινωνικές (sIADL). Η δυσκολία εκτέλεσης IADL αυξάνει ραγδαία με την ύπαρξη δυσκολίας με άνω του ενός ADL. Πιο συγκεκριμένα, από τα άτομα που δυσκολεύονται με 1 ADL τα μισά περίπου έχουν δυσκολίες με iADL, την ώρα που για όσους έχουν δυσκολίες με 2 ADLs πάνω από τα τρία τέταρτα έχουν δυσκολίες με iADL για όσους έχουν δυσκολίες με 3 ή περισσότερα ADLs, σχεδόν το σύνολο αντιμετωπίζει δυσκολίες με iADL. Σημειώνεται πως η αύξηση των sIADL είναι λιγότερο ραγδαία από την αύξηση των dIADLs.

Πίνακας 3.2 Ποσοστό (%) ατόμων με δυσκολίες σε IADLs (dIADLs και sIADLs) αναλόγως του αριθμού δυσκολιών με ADLs, ηλικία 65+			
Αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	Ποσοστό (%) ατόμων με τουλάχιστον 1 dIADL	Ποσοστό (%) ατόμων με τουλάχιστον 1 sIADL	Ποσοστό (%) ατόμων με τουλάχιστον 1 dIADLs και 1 sIADLs
0 ADLs	11.2	9.0	4.9
1 ADL	54.0	41.1	33.0
2 ADLs	79.2	67.0	62.0
3 ADLs	91.7	78.6	76.1
4 ADLs	95.6	87.6	86.4
5 ADLs	98.5	97.8	96.6
6 ADLs	99.9	98.7	98.6
ADL: Activities of Daily Living; IADL: Instrumental Activities of Daily Living; dIADL: domestic Instrumental Activities of Daily Living; sIADL: social Instrumental Activities of Daily Living			

Source: SHARE wave 6 data $n=39,737$

Το Διάγραμμα 3.3 (Venn) απεικονίζει τις επικαλύψεις και αποκλίσεις μεταξύ των δεικτών ADL και GALI. Τα άτομα που εμπεριέχονται εντός της σκιασμένης περιοχής ABCA (7.4% των ατόμων ηλικίας 65+) δεν θεωρούνται σε ανάγκη φροντίδας όταν χρησιμοποιείται ο δείκτης GALI ως κριτήριο, ενώ τα ίδια άτομα θεωρούνται σε ανάγκη φροντίδας όταν χρησιμοποιείται ο αριθμός ADL ως κριτήριο. Ο λόγος είναι ότι παρόλο που δηλώνουν δυσκολία με ADL δεν δηλώνουν σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες. Τα ποσοστά που φαίνονται στο Διάγραμμα Venn προκύπτουν από τον Πίνακα 2.1 πολλαπλασιάζοντας τις κολώνες (2) και (3). Εκείνοι που αντιμετωπίζουν τουλάχιστον 2 ADLs και τα χαρακτηρίζουν σοβαρά (μέσω της απάντησης GALI) ανέρχονται στο 7.7% των ατόμων ηλικίας 65+, απεικονίζονται εντός της περιοχής FDGF και μπορούν να χαρακτηριστούν εννοιολογικά ως τα άτομα με τη μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας. Αντίστοιχα, το 9.4% των ατόμων που δηλώνουν σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες, χωρίς να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με ADL (τμήμα JCHA) μπορούν να χαρακτηριστούν ως άτομα με δυσκολίες σε άλλου τύπου δραστηριότητες πλην των βασικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.



Διάγραμμα 3.3: Συσχέτιση ADL και GALI, Venn διάγραμμα, άτομα ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά ορισμό. Τα ποσοστά αναφέρονται επί του συνόλου των ατόμων ηλικίας 65+.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3, οι διαφορές επιβεβαιώνονται και σε επίπεδο χωρών -με εξαίρεση την Ισπανία. Όταν χρησιμοποιείται ο δείκτης GALI, το ποσοστό των ατόμων που θεωρείται πως βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας είναι 1.8 έως 2.6 φορές υψηλότερο από όταν χρησιμοποιείται ως δείκτης η ύπαρξη δυσκολιών με τουλάχιστον 2 ADLs. Σε μερικές χώρες μάλιστα εμφανίζεται και τριπλάσιο. Η επίδραση του ορισμού που χρησιμοποιείται για να θεωρηθεί κάποιος σε ανάγκη φροντίδας είναι τόσο μεγάλη, που αλλάζει μέχρι και τη σειρά κατάταξης των χωρών σε ότι αφορά το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Για παράδειγμα, όταν χρησιμοποιείται ο δείκτης GALI, η Ισπανία, η Ελβετία και η Δανία φαίνεται να έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά ατόμων σε ανάγκη φροντίδας και η Εσθονία, η Πορτογαλία και η Πολωνία τα υψηλότερα. Όταν όμως χρησιμοποιείται ως δείκτης 'η ύπαρξη δυσκολιών με τουλάχιστον 2 ADLs', τότε το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων σε ανάγκη

φροντίδας εμφανίζουν η Ελβετία, η Σουηδία και η Δανία και το υψηλότερο ποσοστό η Πορτογαλία, το Ισραήλ και η Ισπανία.

Πίνακας 3.3: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά χώρα αναλόγως του ορισμού που χρησιμοποιείται, SHARE w6							
Χώρα	% με τουλάχιστον 2 ADLs (1)	% με τουλάχιστον 1 ADL & 1 dIADL (2)	% με τουλάχιστον 1 ADL (3)	% με σοβαρούς περιορισμούς (GALI) (4)	Πολλαπλασιαστική διαφορά μεταξύ GALI και 'τουλάχιστον 2 ADLs' (5)=(4) / (1)	Σειρά κατάταξης χώρας βάσει ύπαρξης 'τουλάχιστον 2 ADLs' (από χαμηλό % σε υψηλό)	Σειρά κατάταξης χώρας βάσει GALI (από χαμηλό % σε υψηλό)
SE	4.3	8.0	11.8	15.2	3.6	2	5
DK	6.9	9.7	12.0	12.3	1.8	3	3
DE	9.5	14.0	18.1	24.3	2.6	8	14
BE	10.4	16.9	22.3	19.8	1.9	12	6
LU	9.1	13.1	15.8	22.6	2.5	5	12
FR	9.1	14.6	20.3	20.6	2.3	5	7
CH	3.7	6.9	10.3	10.5	2.9	1	2
AT	9.1	13.9	16.4	21.2	2.3	5	8
IT	11.5	15.2	18.4	21.6	1.9	13	11
ES	12.1	15.6	18.8	9.4	0.8	15	1
GR	7.2	11.7	13.6	13.2	1.8	4	4
PT	16.5	22.8	29.5	31.9	1.9	18	17
CZ	9.5	13.9	17.1	21.2	2.2	8	8
PL	13.4	19.5	22.7	29.4	2.2	16	16
SL	10.2	15.0	18.0	23.4	2.3	11	13
EE	11.8	17.2	20.8	35.8	3.0	14	18
HR	10.0	14.9	18.0	26.6	2.7	10	15
IL	13.5	16.8	18.1	21.4	1.6	17	10
συν.	10.3	14.9	18.8	20.9	2.0		

3.4.2 Ανάλυση παλινδρόμησης probit του δείκτη GALI ως συνάρτηση των ADL και λοιπών ερμηνευτικών μεταβλητών

Στον Πίνακα 3.4 αποτυπώνεται πώς το κάθε επιπλέον ADL, dIADL και sIADL για το οποίο ένα άτομο ηλικίας 65+ αντιμετωπίζει δυσκολία, αυξάνει την πιθανότητα να έχει σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες, ελέγχοντας για την επίδραση των ερμηνευτικών μεταβλητών ηλικία, τετράγωνο ηλικίας, ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας, φύλο, χώρα προέλευσης. Τα αποτελέσματα δείχνουν πώς κάθε επιπλέον ADL, dIADL και sIADL αυξάνει την πιθανότητα να δηλωθούν σοβαροί περιορισμοί στις συνήθεις δραστηριότητες (GALI).

Κάθε επιπλέον ADL αυξάνει την πιθανότητα να αντιμετωπίσει σοβαρούς περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες (GALI) κατά 9,9 ποσοστιαίες μονάδες για τον γενικό πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω, ελέγχοντας για την επίδραση των ανωτέρω αναφερθέντων ερμηνευτικών μεταβλητών. Η επίδρασή του είναι μη γραμμική, καθώς μειώνεται όσο αυξάνει ο αριθμός των ADL. Τα IADL ασκούν ανεξάρτητη επιρροή, αν και όπως αναμενόταν το GALI είναι πιο ευαίσθητο στο dIADL, από το sIADL. Κάθε πρόσθετη δυσκολία dIADL αυξάνει τους σοβαρούς περιορισμούς κατά 4,9 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ κάθε πρόσθετη δυσκολία sIADL κατά 3,3 ποσοστιαίες μονάδες. Η ηλικία έχει μη γραμμική επίδραση: η ανεξάρτητη επίπτωσή της αυξάνεται αλλά με φθίνουσα ταχύτητα.

Πίνακας 3.4 Εκτιμώμενη πιθανότητα να έχει κάποιος σοβαρούς περιορισμούς σε 'δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι' (GALI) σε σχέση με τον αριθμό των ADL για τα οποία αντιμετωπίζει δυσκολία, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6			
	Σύνολο δείγματος, ηλικίας 65+ (n=39,707)		
Y = prob (GALI: σοβαροί περιορισμοί σε συνήθεις δραστηριότητες)	dF/dx	std. err.	p
αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	.099	.009	.000***
αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία ^2	-.011	.001	.000***
αριθμός dIADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	.049	.005	.000***
αριθμός sIADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	.033	.007	.000***
ηλικία	.035	.010	.000***
Ηλικία^2	-.0002	.0001	.001***
Pseudo R-square	.357		
#p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001 Το μοντέλο ελέγχει και για τις ερμηνευτικές μεταβλητές: φύλλο, μακροχρόνια ασθένεια, χώρα προέλευσης. ADL: Activities of Daily Living; dIADL: domestic Instrumental Activities of Daily Living; sIADL: social Instrumental Activities of Daily Living; GALI: Global Activity Limitation Indicator			

3.5 Συζήτηση επί των ευρημάτων της ανάλυσης

Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τους Berger et al., 2015 και EC, 2018 ότι το GALI είναι ευρύτερος ορισμός από το ADL. Από αυτή την άποψη, μια απόφαση χρήσης του GALI ως μοναδικό δείκτη ανάγκη φροντίδας (όπως κάνει το AWG) για την εκτίμηση μελλοντικών αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας θα υπερεκτιμούσε τις ανάγκες του έτους βάσης. Ταυτόχρονα δεν θα συμπεριλάμβανε εκείνους που αναφέρουν δυσκολίες με ένα ή δύο ADL, χωρίς να αναφέρουν σοβαρούς περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες.

Η συσχέτιση ADL με GALI δείχνει ότι η ύπαρξη δυσκολιών με 2 ADL αποτελεί ένα είδος ορίου πάνω από το οποίο η σοβαρότητα περιορισμού σε συνήθειες δραστηριότητες αυξάνει, υποδεικνύοντάς μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τρία ή περισσότερα ADL αναφέρουν σοβαρούς περιορισμούς με

τις συνήθειες δραστηριότητες, ενώ για εκείνους με δύο ADL, το αντίστοιχο ποσοστό που αναφέρει σοβαρούς περιορισμούς είναι μικρότερο από 60%. Ένα άλλο όριο είναι να αντιμετωπίζει κανείς δυσκολίες με ένα ADL, αλλά να συνυπάρχουν δυσκολίες και με dIADLs. Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι τα περισσότερα από αυτά τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με ένα ADL, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο μπάνιο ή στο ντύσιμο. Αυτά τα δύο θεωρούνται λιγότερο απαιτητικά σε σύγκριση με τα άλλα τέσσερα ADL (Katz et al., 1963). Έτσι, όταν συνυπάρχει τουλάχιστον ένα dIADL με ένα ADL, φαίνεται ότι ενεργοποιεί μια δήλωση αυστηρών περιορισμών. Αυτά τα ευρήματα απηχούν την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου τα πιο κοινά όρια που χρησιμοποιούνται για να σηματοδοτήσουν την ανάγκη περιθαλψής είναι: η αντιμετώπιση δυσκολιών «με 1 ADL» ή «με 1 ADL συν 1 iADL» ή «με 2 ADL».

Τα ανωτέρω όρια, όταν συνδυάζονται με το GALI, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να καθορίσουν μια νέα μέτρηση κλιμακούμενης ανάγκης για φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη και τη σοβαρότητα της δυσκολίας. Η χρησιμοποίηση ενός δείκτη ανάγκης φροντίδας που ενσωματώνει τη σοβαρότητα των δυσκολιών μπορεί να υπολογιστεί από υπάρχουσες πηγές και θα μπορούσε να διευκολύνει τις συγκρίσεις των διαφόρων τρόπων παροχής υπηρεσιών και των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται μεταξύ χωρών. (Brugiavini et al., 2017; Fernandez et al., 2009; Colombo et al., 2011; EC, 2018). Η υιοθέτηση τυποποιημένων διαβαθμισμένων επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη είναι απαραίτητη προκειμένου να βελτιωθεί η δυνατότητα σύγκρισης τόσο μεταξύ των αποτελεσμάτων διάφορων μελετών και εκθέσεων όσο και μεταξύ των δημόσιων πολιτικών των Ευρωπαϊκών χωρών. Κάτι τέτοιο θα συνέβαλε στη βελτίωση των προβλέψεων των μελλοντικών αναγκών σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και κατ' επέκταση στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο και το κόστος παροχής φροντίδας.

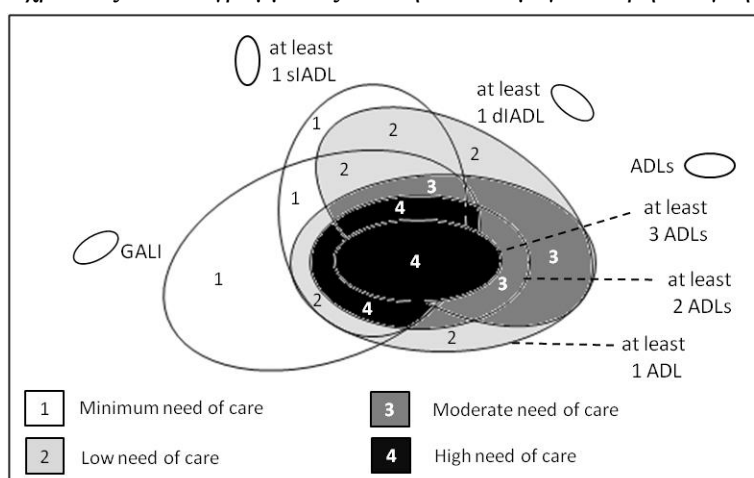
Στη βάση των ανωτέρω, προτείνεται μια 4-βάθμια κλίμακα ανάγκης φροντίδας, όπως ορίζεται στον Πίνακα 3.5 και απεικονίζεται στο Venn Διάγραμμα 3.4. Η προτεινόμενη κλίμακα λαμβάνει υπόψη τρεις παραμέτρους: ADLs (η επιμήκης οριζόντια έλλειψη στο διάγραμμα Venn), GALI (η έλλειψη με κλίση άνω δεξιά στο διάγραμμα Venn) και οι δύο τύποι των IADL, (κατακόρυφη έλλειψη και έλλειψη κλίση άνω αριστερά).

Πίνακας 3.5 Προτεινόμενη διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας (LTCNL: Long Term Care Needs Level)		
0	Χωρίς ανάγκη φροντίδας	μηδέν ADL, dIADL ή sIADL και χωρίς σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθειες δραστηριότητες (GALI)
1	Ελάχιστη ανάγκη φροντίδας	μηδέν ADL ή dIADL αλλά με τουλάχιστον 1 sIADL (ανεξαρτήτως GALI) ή μηδέν ADL, dIADL ή sIADL αλλά με σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθειες δραστηριότητες (GALI)
2	Μικρή ανάγκη φροντίδας	1 ADL χωρίς δυσκολία με dIADL ή μηδέν ADL αλλά τουλάχιστον 1 dIADL (ανεξαρτήτως GALI)

3	Μεσαία ανάγκη φροντίδας	2 ADLs χωρίς σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες (GALI) ή 1 ADL και τουλάχιστον 1 dIADL (ανεξαρτήτως GALI)
4	Μεγάλη ανάγκη φροντίδας	3 ή περισσότερα ADLs (ανεξαρτήτως GALI) ή 2 ADLs με σοβαρούς περιορισμούς σε συνήθεις δραστηριότητες (GALI)

ADL: Activities of Daily Living; IADL: Instrumental Activities of Daily Living; dIADL: domestic Instrumental Activities of Daily Living; sIADL: social Instrumental Activities of Daily Living; GALI: Global Activity Limitation Indicator

Στο Διάγραμμα 3.4 απεικονίζεται σε Venn η ανωτέρω 4-βάθμια κλίμακα ανάγκης φροντίδας. Οι σκούρες αποχρώσεις του διαγράμματος υποδηλώνουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας.

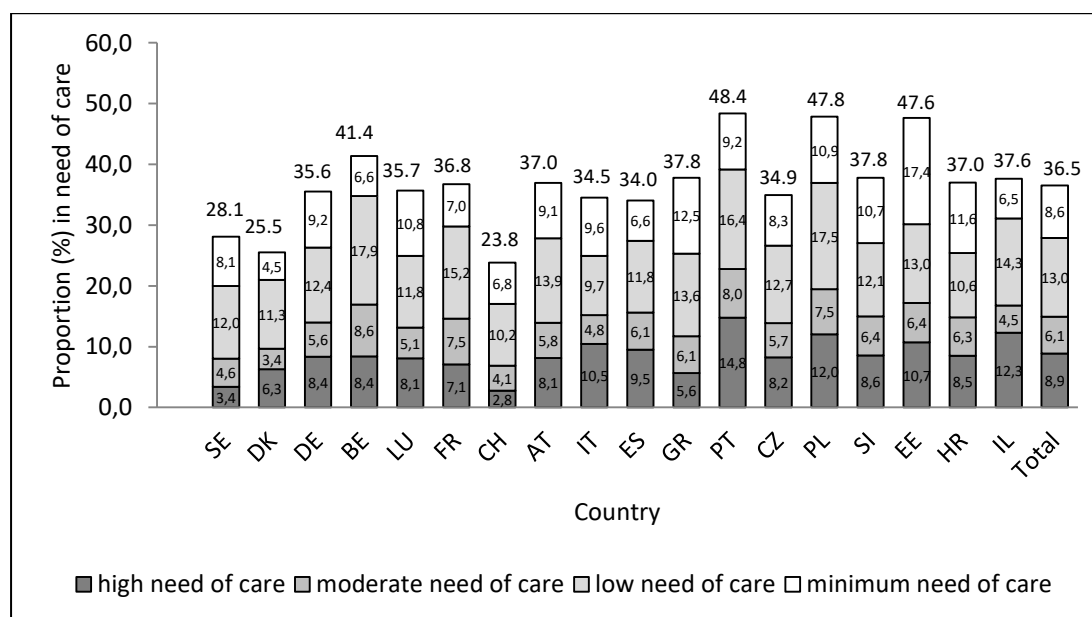


Διάγραμμα 3.4 Απεικόνιση σε Venn της 4-βάθμιας κλίμακας ανάγκης φροντίδας

Κάνοντας χρήση δεδομένων SHARE, στο Διάγραμμα 3.5 φαίνεται το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω ανά βαθμό ανάγκης φροντίδας σύμφωνα με την ανωτέρω 4-βάθμια κλίμακα. Στο σύνολο των ατόμων 65+, το 8.9% βρίσκεται μεγάλη ανάγκη φροντίδας, το 6.1% σε μέτρια, το 13.0% σε χαμηλή και το 8.6% σε ελάχιστη. Το ποσοστό των ατόμων που κατηγοριοποιήθηκε σε μεγάλη ανάγκη φροντίδας με βάση την προτεινόμενη κλίμακα είναι μικρότερο σε σχέση με τον αυστηρότερο εκ των συνήθως χρησιμοποιούμενο ορισμό “δυσκολίες με τουλάχιστον 2 ADLs” (8.9% vs. 10.3%). Στον αντίποδα, με τη συμπερίληψη στην κατηγοριοποίηση και των iADL και του δείκτη GALI, το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται σε οποιοδήποτε βαθμό φροντίδας (ελάχιστο έως μεγάλο) είναι υψηλότερο σε σχέση με τον χαλαρότερο εκ των συνήθως χρησιμοποιούμενο ορισμό GALI (36.5% vs. 20.9%).

Με την κατηγοριοποίηση των αναγκών σε επίπεδα αποφεύγεται η υπερβολική απλοποίηση ενός και μοναδικού ορίου ανάγκης φροντίδας και τυποποιείται η συζήτηση σχεδιασμού δημόσιων πολιτικών στη βάση επιπέδων ανάγκης φροντίδας κοινών για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και κάνοντας χρήση υφιστάμενων πηγών δεδομένων. Με αυτό δεν υπονοείται πως όλες οι χώρες της Ευρώπης θα πρέπει να υιοθετήσουν κοινές πολιτικές για την μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, καθώς τα δημόσια οικονομικά, τα θέματα νοοτροπίας και παράδοσης στην παροχή φροντίδας, ο βαθμός εμπλοκής της οικογένειας στη παροχή άτυπης φροντίδας, ο

βαθμός ανάμιξης του ιδιωτικού τομέα και της ασφαλιστικής αγοράς είναι μόνο μερικές από τις παραμέτρους που διαφοροποιούν τις συγκεκριμένες ανάγκες κάθε χώρας (Brugiavini et al., 2017; Fernandez et al., 2009; Colombo et al., 2011; EC, 2018). Υποστηρίζεται, όμως, ότι η υιοθέτηση τυποποιημένων διαβαθμισμένων επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη είναι απαραίτητη προκειμένου να βελτιωθεί η δυνατότητα σύγκρισης τόσο μεταξύ των αποτελεσμάτων διάφορων μελετών και εκθέσεων όσο και μεταξύ των δημόσιων πολιτικών των Ευρωπαϊκών χωρών. Κάτι τέτοιο θα συνέβαλε στη βελτίωση των προβλέψεων των μελλοντικών αναγκών σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και κατ' επέκταση στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο και το κόστος παροχής φροντίδας.



Διάγραμμα 3.5: Ποσοστό (%) ατόμων 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά επίπεδο σοβαρότητας ανάγκης, ανά χώρα

Προκειμένου να διαπιστώσουμε την προστιθέμενη αξία της προτεινόμενης διαβάθμισης ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας, ελέγχουμε εάν παρουσιάζει υψηλότερη συσχέτιση με άλλους δείκτες που εύλογα υποδηλώνουν πραγματική ανάγκη φροντίδας, όπως η λήψη επαγγελματικής φροντίδας. Χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων του SHARE συγκρίνουμε τις τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις καθορισμού ατόμου σε ανάγκη φροντίδας (τις υφιστάμενες ADL και GALI και τη νέα προτεινόμενη LTCNL) ως προς το βαθμό συσχέτισης με τη λήψη επαγγελματικής φροντίδας (δημόσιας ή ιδιωτικής).

Ο Πίνακας 3.6 αντιπαραβάλλει τέσσερις τρόπους πρόβλεψης της πιθανότητας λήψης επαγγελματικής φροντίδας. Θα ήταν λογικό να υποθέσουμε ότι η προσφυγή σε επαγγελματική φροντίδα χρησιμεύει ως αναγνώριση ότι η ανάγκη είναι μεγαλύτερη και ως εκ τούτου θα τείνει να συσχετίζεται με υποκειμενικές εκτιμήσεις της ανάγκης. Το σημείο αναφοράς είναι ένα μοντέλο που χρησιμοποιεί μόνο «αντικειμενικές» πληροφορίες που γνωρίζουν οι πάροχοι υπηρεσιών -συντελεστές όπως η ηλικία, το φύλο, οι μακροχρόνιες ασθένειες και η χώρα· αυτά είναι ανεξάρτητα από οποιαδήποτε ειδική εκτίμηση αναγκών. Αυτό το «τυφλό» μοντέλο αντιπαραβάλλεται με τα μοντέλα που προσθέτουν κάποιο μέτρο εκφρασμένης ανάγκης - GALI, ADL και το LTCNL. Γνωρίζουμε ότι, στο δείγμα μας, αυτοί οι δείκτες συσχετίζονται

σε μεγάλο βαθμό. Προκειμένου να τους συγκρίνουμε χρησιμοποιούμε ως κριτήριο το ποσοστό της παρατηρούμενης διακύμανσης που «εξηγείται» από το μοντέλο (το «Pseudo R-square», που γενικεύει τον γνωστό δείκτη στην περίπτωση διακριτών εξαρτημένων μεταβλητών· Woodridge 2002, p465), καθώς και ένα πιο λειτουργικό κριτήριο που είναι το κατά πόσον ο δείκτης αναγκών «απορροφά» την επεξηγηματική δύναμη από «αντικειμενικές» πληροφορίες, όπως η ηλικία.

Ο Πίνακας 3.6 προχωρά σε μια τέτοια σύγκριση χρησιμοποιώντας το ίδιο σύνολο δεδομένων με πριν. Ξεκινά από το απλό μοντέλο που περιέχει μόνο συμπαράγοντες (cofactors) και αντιπαραβάλλεται με εκείνο στο οποίο έχει προστεθεί στους συμπαράγοντες (cofactors), κατά περίπτωση, ο δείκτης GALI, ADL και LTCNL. Βλέπουμε ότι η επεξηγηματική δύναμη (με την έννοια της σωστής πρόβλεψης της λήψης της περίθαλψης) αυξάνεται σημαντικά όταν χρησιμοποιείται ο νέος δείκτης (από 0.185 σε 0.263). Ίσως το πιο σημαντικό, ότι με την προσθήκη του LTCNL στους συμπαράγοντες, η ηλικία παύει να έχει σημασία. Αυτά τα στατιστικά ευρήματα δείχνουν ότι, μόλις λάβουμε υπόψη τις υποκειμενικές διαβαθμίσεις των αναγκών των ατόμων, η ικανότητά μας να «προβλέψουμε» την προσφυγή στην επαγγελματική φροντίδα βελτιώνεται δραματικά. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι η ηλικία φαίνεται να είναι κριτήριο προσδιορισμού ανάγκης φροντίδας μόνο ελλείψει άλλων παραμέτρων. Μόλις εισαχθούν ανεξάρτητες εκτιμήσεις των αναγκών, παύει να έχει σημασία.

Πίνακας 3.6 Πιθανότητα λήψης επαγγελματικής φροντίδας – Εναλλακτικά μοντέλα χρησιμοποιώντας διαφορετικούς δείκτες ανάγκης φροντίδας, Probit					
	Pseudo R ²	Coefficient of		Δείκτης ανάγκης	
<i>Ερμηνευτικές μεταβλητές</i>		ηλικία* E ²	(ηλικία) ² * E ²	Ελάχιστο	Μέγιστο
Only cofactors	0.1850	-1.38*	0.02***	-	
Cofactors + GALI	0.2170	-1.12	0.01**	0.155***	
Cofactors + >1 ADL	0.2239	-0.37	0.01#	0.176***	
Cofactors + LTCNL 4 scale	0.2627	0.01	0.00	0.099***	0.407***
#p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001; Το μοντέλο ελέγχει επίσης: χώρα προέλευσης, φύλο, ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας Σημείωση: εξαιρούνται όσοι διαβούν εντός μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων (1.5% του δείγματος)					

3.6 Συμπεράσματα

Η αναμενόμενη αύξηση των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, δείχνει πως έχει έρθει η ώρα να δημιουργηθεί ένα σταθερό και τυποποιημένο πλαίσιο διαβάθμισης των επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Προς αυτήν την κατεύθυνση, κάποιες αλλαγές σε διάφορα πεδία θα βοηθούσαν. Οι υπάρχουσες ευρωπαϊκές έρευνες πεδίου -όπως η έρευνα SHARE και η έρευνα EU SILC- θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν τα ερωτηματολόγια τους με ερωτήσεις που σχετίζονται με το βαθμό σοβαρότητας δυσκολίας ανά ADL. Τα ευρωπαϊκά θεσμικά όργανα, όπως το AWG, θα

μπορούσαν να προσαρμόσουν τον ορισμό που χρησιμοποιείται για να θεωρηθεί ότι κάποιος χρήζει ανάγκης μακροχρόνιας, καθώς ο δείκτης GALI ως μοναδικό κριτήριο ανάγκης φροντίδας φαίνεται να οδηγεί σε συστηματικές υπερεκτιμήσεις. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα μπορούσε να αναπτύξει κεντρικές οδηγίες σχετικά με τη διαβάθμιση επιπέδων ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας, προκειμένου να αμβλυνθούν οι διαφορές στους ορισμούς που χρησιμοποιεί η κάθε χώρα. Οι υπεύθυνοι χάραξη πολιτικής κάθε χώρας θα μπορούσαν να χρησιμοποιούν τα καθορισμένα επίπεδα ανάγκης φροντίδας ως σημείο αναφοράς προκειμένου να αξιολογήσουν τις εθνικές τους πολιτικές, κάτι που θα μπορούσε να λειτουργήσει ως αφορμή για τη σταδιακή σύγκλιση των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη.

Η διαβάθμιση επιπέδων σοβαρότητας ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας είναι χρήσιμη. Ωστόσο, μια τέτοια διαβάθμιση αφενός δεν θα πρέπει να είναι περίπλοκη και αφετέρου θα πρέπει να βασίζεται σε στοιχεία και δεδομένα που μπορούν να συλλεχθούν από υφιστάμενες έρευνες, ώστε να είναι λειτουργική. Η προτεινόμενη κλίμακα τεσσάρων σημείων των αναγκών φροντίδας συνδυάζει ADL, iADL και GALI. Είναι απλή και πρακτική βελτίωση που μπορεί να εφαρμοστεί άμεσα. Βασίζεται στις διαθέσιμες πληροφορίες (τουλάχιστον στο SHARE) και βελτιώνει την τρέχουσα πρακτική συνδυάζοντας ερωτήσεις από τρεις διαφορετικούς, αλλά συνδεδεμένους, δείκτες.

Η νέα κλίμακα θα μπορούσε επίσης να βοηθήσει τον σχεδιασμό ολοκληρωμένων δημόσιων πολιτικών που ενθαρρύνουν τη διαλειτουργικότητα και τη συνεργασία μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών, καθώς και άτυπων υπηρεσιών από την οικογένεια. Για παράδειγμα, ο δημόσιος τομέας θα μπορούσε να δώσει προτεραιότητα στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε εκείνους που έχουν σημαντική και μέτρια ανάγκη, ο ιδιωτικός τομέας θα μπορούσε να επικεντρωθεί στη μέτρια και χαμηλή ανάγκη και η οικογένεια σε άτομα που έχουν χαμηλή ανάγκη φροντίδας. Θα διευκολύνει, δηλαδή, διάφορους ενδιαφερόμενους φορείς - δημόσιους φορείς χάραξης πολιτικής, ερευνητές, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες- να επικεντρωθούν, να συγκρίνουν και να αξιολογήσουν τις ανάγκες διαφορετικών ομάδων πληθυσμού.

Κεφάλαιο 4: Ανομοιομορφία προσωπικής φροντίδας (ADLs) ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρώπης – Μεταξύ ατομικών και συστημικών διαφορών³

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει μια επισκόπηση της μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων άνω των 65 ετών στην Ευρώπη, με τη χρήση τεσσάρων δεικτών: (i) τον δείκτη Ανάγκης Φροντίδας, (ii) τον δείκτη Μη Λήψης Φροντίδας, (iii) τον δείκτη Μείγματος Φροντίδας (τυπική, άτυπη ή συνδυασμό των δύο) και (iv) τον δείκτη Ικανοποίησης Φροντίδας. Ο πρώτος δείκτης εκφράζει τη δυνητική ζήτηση αναγκών προσωπικής φροντίδας, ενώ οι υπόλοιποι εκφράζουν τρεις διαφορετικές εκφάνσεις της προσφοράς. Τα αποτελέσματα εξηγούνται από αναλύσεις παλινδρόμησης probit, που εξετάζουν την επίδραση ατομικών παραγόντων (ηλικία, σοβαρότητα ανάγκης, φύλο, κοινωνικά δίκτυα, ευημερία και άλλα) και συστημικών παραγόντων (χώρα και ομάδα χωρών: κεντρικές, βόρειες, νότιες, ανατολικές). Επίσης, χρησιμοποιούνται διαγράμματα διασποράς (scatter diagrams) για να συσχετίσουν τις διαφορές μεταξύ των χωρών με συστημικές μεταβλητές, όπως οι δημόσιες δαπάνες.

Επισημαίνεται πως στο παρόν Κεφάλαιο εξετάζονται μόνο τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL (ανεξαρτήτως αν συνυπάρχουν ή όχι δυσκολίες και με δραστηριότητες iADL) και συνεπώς έχουν ανάγκη Προσωπικής Φροντίδας και όχι τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs χωρίς την ταυτόχρονη ύπαρξη δυσκολία με ADLs (δηλαδή τα άτομα που έχουν ανάγκη Φροντίδας μόνο με Δουλειές Σπιτιού/Λειτουργικές Δραστηριότητες), τα οποία εξετάζονται σε επόμενα Κεφάλαια. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε αφενός για να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης με άλλες μελέτες που χρησιμοποιούν τα ADLs ως κατώφλι ένδειξης ανάγκης φροντίδας και αφετέρου για να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές των ανωτέρω δεικτών ανά είδος ανάγκης φροντίδας.

4.1 Εισαγωγή

Καθώς το ζήτημα της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού μεγαλώνει, οι πολιτικές για αποτελεσματική, δίκαιη και βιώσιμη μακροχρόνια φροντίδα επαναξιολογούνται. Από τις αρχές της δεκαετίας του, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) προσπαθούσε να προσδιορίσει τον ρόλο της στον σχεδιασμό κοινωνικών πολιτικών. Το κύριο εμπόδιο ήταν νομικό: βάσει των Ευρωπαϊκών Συνθηκών, η κοινωνική πολιτική εμπίπτει στη σφαίρα της «επικουρικότητας», δηλαδή στην αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών (EUR-Lex, accessed 2022). Η ΕΕ το ξεπέρασε αυτό πειραματιζόμενη με τον «μαλακό νόμο» (soft law) της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού (ΑΜΣ) (Eurofound, accessed 2022). Η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού αποτελεί μια δομημένη συζήτηση μεταξύ των κρατών μελών που οδηγεί σε μια πολιτική συμφωνία που μεταφράζεται σε δέσμευση για (ποσοτικοποιήσιμους) στόχους, την πρόοδο των οποίων παρακολουθεί η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Prpic, 2014; Zeitlin, 2011]. Η ΑΜΣ εφαρμόστηκε για πρώτη φορά σε θέματα κοινωνικής ένταξης, συντάξεων και υγειονομικής περίθαλψης (EC, ec.europa.eu, accessed 2022). Προς τα τέλη της δεκαετίας του 2010, η ΕΕ ήταν έτοιμη να εφαρμόσει την

³ Το παρόν κεφάλαιο δημοσιεύτηκε με μικρές τροποποιήσεις αυτοτελώς με τίτλο “Heterogeneity in Long Term Care for older adults in Europe: Between individual and systemic effects”, “Ageing and Longevity”, με διαδικασία κριτών. <https://doi.org/10.3390/jal2020014>.

ΑΜΣ στη μακροχρόνια φροντίδα. Παρόμοιες αναζητήσεις πολιτικής πραγματοποιούνται και αλλού, από την Αυστραλία (OECD, 2021) μέχρι την Κίνα (Glinskaya & Feng, 2018). Η πανδημία του κορωνοϊού του 2019 (COVID-19) και οι επιπτώσεις που επέφερε στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Roy et al., 2020), όπως ήδη είπαμε ώθησαν στην αναζήτηση ενιαίας ευρωπαϊκής στάσης στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας.

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει μέσω των τεσσάρων δεικτών μακροχρόνιας φροντίδας τη μεγάλη εικόνα για τις 18 χώρες που συμμετείχαν στο έκτο κύμα του SHARE και να εξηγήσει τις διαφορές μεταξύ τους.

4.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση

4.2.1 Δεδομένα

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE (wave 6). Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τον ΟΟΣΑ (2020) και την Έκθεση Γήρανσης (2021) για τις δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας και στοιχεία από τη βάση δεδομένων COVerAGE (Riffe et al., 2020) για στοιχεία θανάτων από Covid-19, όπως αναλυτικά αναφέρεται στο Κεφάλαιο 2.1. Προκειμένου να εξαλειφθούν οι επιπτώσεις του εμβολιασμού στην πανδημία χρησιμοποιήθηκαν σωρευτικά στοιχεία θανάτων έως τις 31 Οκτωβρίου 2020 – που αντιστοιχούν στα δύο πρώτα κύματα της πανδημίας – οπότε και δεν είχε ξεκινήσει ο εμβολιασμός.

4.2.2 Μετρήσεις

Οι μετρήσεις έγιναν σε τρία βήματα. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για να υπολογιστεί καθένας από τους τέσσερις δείκτες: ανάγκη φροντίδας, μη λήψη φροντίδας, μίγμα παροχής φροντίδας, ικανοποίηση φροντίδας. Εν συνεχεία, έγινε ανάλυση παλινδρόμησης probit για κάθε έναν από τους δείκτες, προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίον οι διαφορές μεταξύ χωρών μπορούν να αποδοθούν σε συγκεκριμένες ερμηνευτικές μεταβλητές. Για τις ανάγκες φροντίδας χρησιμοποιήθηκαν ερμηνευτικές μεταβλητές υγείας και ατομικών χαρακτηριστικών, για τη μη λήψη φροντίδας ερμηνευτικές μεταβλητές κοινωνικών δικτύων και οικογένειας, για την πιθανότητα λήψης επαγγελματικής φροντίδας οικονομικές και γεωγραφικές ερμηνευτικές μεταβλητές και για την ικανοποίηση φροντίδας συνδυασμός των ανωτέρω. Το τρίτο βήμα ήταν η ανάλυση σε μακροοικονομικό επίπεδο, με τη χρήση διαγραμμάτων διασποράς, προκειμένου να δούμε εάν οι διαφορές μεταξύ χωρών μπορούν να εξηγηθούν από συστημικές-δημοσιονομικές παραμέτρους.

Σημείο εκκίνησης είναι η ζήτηση, δηλαδή η ανάγκη προσωπικής φροντίδας. Αυτή προσδιορίζεται από τις απαντήσεις σχετικά με την ύπαρξη δυσκολίας εκτέλεσης δραστηριότητας ADL. Στο παρόν Κεφάλαιο, θεωρούμε πως ένα άτομο βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL -που είναι ο συνηθέστερος ορισμός στην βιβλιογραφία όπως ήδη έχει αναφερθεί- ώστε να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Το μίγμα φροντίδας ορίζεται ως το είδος φροντίδας που λαμβάνει κάποιος που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας. Αυτή μπορεί να είναι είτε τυπική (επαγγελματική), είτε άτυπη (μη επαγγελματική), είτε συνδυασμός των δύο. Η έρευνα SHARE αποτυπώνει διακριτά τις εξής κατηγορίες φροντίδας: (i) άτυπη φροντίδα που παρέχεται από άτομα εκτός νοικοκυριού, η οποία περιλαμβάνει προσωπική φροντίδα και πρακτική βοήθεια με δουλειές σπιτιού και γραφειοκρατία, (ii) άτυπη προσωπική φροντίδα (ADLs) που παρέχεται από άτομα εντός νοικοκυριού και (iii) τυπική φροντίδα που περιλαμβάνει επαγγελματικές υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας και πρακτικής βοήθειας με δουλειές σπιτιού ή άλλες δραστηριότητες. Η τυπική φροντίδα μπορεί να περιλαμβάνει είτε δημόσια είτε ιδιωτική επ' αμοιβή φροντίδα, αρκεί να παρέχεται από επαγγελματίες. Για τους σκοπούς του παρόντος κεφαλαίου ως λήπτης φροντίδας νοείται κάποιος που λαμβάνει οποιοδήποτε είδος φροντίδας σε τακτικά χρονικά διαστήματα (ημερησίως ή εβδομαδιαίως).

Η μη λήψη (ή κενό) φροντίδας ορίζεται ως το ποσοστό των ατόμων που ενώ βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας δεν λαμβάνουν καθόλου, ούτε τυπική ούτε άτυπη. Εάν η *ανάγκη φροντίδας* αποτελεί ένδειξη ζήτησης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, η *μη λήψη φροντίδας* αποτελεί ένδειξη της προσφοράς υπηρεσιών. Είναι σημαντικό για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να γνωρίζουν την έλλειψη προσβασιμότητας σε (τυπικές ή άτυπες) υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Τα ατομικά χαρακτηριστικά όσων δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως «πίνακας ελέγχου» της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών πολιτικών.

Η ικανοποίηση φροντίδας εκφράζεται μέσω τεσσάρων απαντήσεων στο ερώτημα *σε τι βαθμό η φροντίδα που λαμβάνεται ικανοποιούν τις ανάγκες των ληπτών*, με τις δυνητικές απαντήσεις να είναι: *πάντοτε, συνήθως, μερικές φορές και σχεδόν ποτέ*.

Λόγω διαφορετικής εστίασης κάθε δείκτη, το μέγεθος του δείγματος διαφέρει ανά δείκτη. Πιο συγκεκριμένα, για τον δείκτη *Ανάγκης Φροντίδας* χρησιμοποιήθηκε το σύνολο του δείγματος των ατόμων ηλικίας 65+. Αυτό περιλαμβάνει και όλους όσους ζούσαν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, καθώς σε διαφορετική περίπτωση θα υπήρχε υποεκτίμηση για τις χώρες εκείνες όπου μια τέτοια πρακτική είναι συνήθης. Για τους υπόλοιπους τρεις δείκτες, το ενδιαφέρον εστιάστηκε σε εκείνους που ζουν εντός νοικοκυριών, εξαιρώντας εκείνους που ζουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Συνεπώς, οι δείκτες *Μη Λήψης Φροντίδας* και *Μίγματος Φροντίδας* υπολογίστηκαν για όσους ζουν σε νοικοκυριό και αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL. Τέλος, η μέτρηση της *Ικανοποίησης Φροντίδας* προέρχεται από ερώτηση που έγινε μόνο σε εκείνους που λαμβάνουν φροντίδα συστηματικά (κατά την κρίση τους). Συνεπώς, η ερώτηση δεν έγινε σε ένα ποσοστό της τάξης του 7.8% του δείγματος, καθώς παρότι λαμβάνουν φροντίδα βάσει του ορισμού που χρησιμοποιείται εδώ, δεν θεωρούν τους εαυτούς τους λήπτες φροντίδας. Στον Πίνακα 4.1 αποτυπώνεται το δείγμα το μέγεθος το δείγματος ανά δείκτη συνολικά και ανά ομαδοποίηση χωρών (Βόρειες: Σουηδία, Δανία, Κεντρικές: Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία, Ελβετία, Λουξεμβούργο, Νότιες: Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ανατολικές: Τσεχία, Πολωνία, Σλοβενία, Εσθονία, Κροατία).

Πίνακας 4.1 Μέγεθος δείγματος των τεσσάρων δεικτών

Δείκτες	Σύνολο	Βόρειες	Κεντρ.	Νότιες	Ανατολ.	Ισραήλ
Ανάγκη Φροντίδας: όλα τα άτομα ηλικία 65+	39,707	4692	12,330	10,401	10,953	1331
Εκ των οποίων: σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων	619	85	299	88	124	23
Ποσοστό (%) του δείγματος σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων	1.56%	1.81%	2.42%	0.85%	1.13%	1.73%
Μη Λήψη Φροντίδας: ηλικία 65+, 1+ ADL, διαβιούν εντός νοικοκυριού	6106	454	1854	1626	1912	260
Μίγμα Φροντίδας: ηλικία 65+, 1+ ADL, διαβιούν εντός νοικοκυριού και λαμβάνουν φροντίδα	4113	250	1262	1108	1267	226
Ικανοποίηση Φροντίδας: ηλικία 65+, 1+ ADL, διαβιούν εντός νοικοκυριού και θεωρούν εαυτούς λήπτες φροντίδας;	3790	226	1132	1034	1183	215

4.2.3 Στατιστικές Μέθοδοι

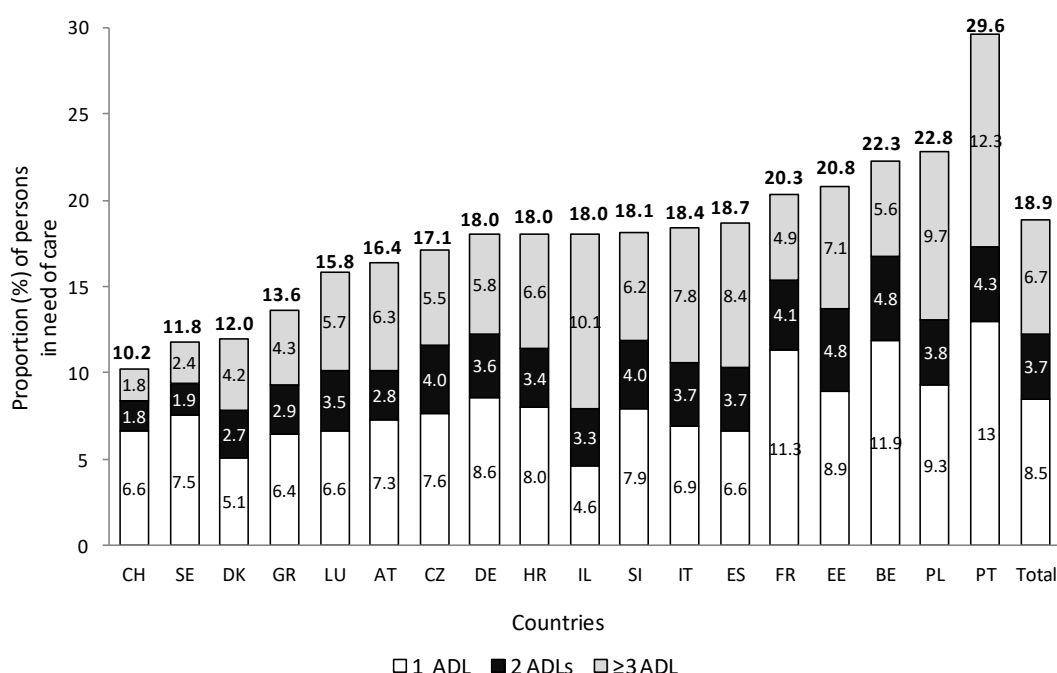
Αρχικά, χρησιμοποιούμε ραβδογράμματα και περιγραφική στατιστική ανάλυση για να απεικονίσουμε τη μεγάλη εικόνα μεταξύ των χωρών (μέσοι όροι, διάμεσοι, διακύμανση, τιμές εύρους τεταρτημόριων). Εν συνέχεια, χρησιμοποιούμε μοντέλα probit για τη διερεύνηση της πιθανότητας να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας, να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα, να κάνει χρήση τυπικής φροντίδας, να καλύπτονται οι ανάγκες του πάντοτε. Για κάθε ανάλυση probit εξετάζονται ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές, καθώς και η επίδραση της κάθε χώρας και ομάδων χωρών, όπως αυτές κατηγοριοποιήθηκαν αρχικά από το (Esping-Andersen, 1990). Πιο συγκεκριμένα: (i) η εξαρτημένη μεταβλητή της πιθανότητας να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας εξετάζεται ως προς ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά υγείας, όπως: ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη χρόνιων ασθενειών, την κατάθλιψη, την παχυσαρκία, καθώς και χώρα και ομάδα χωρών, (ii) οι εξαρτημένες μεταβλητές (α) της πιθανότητας να μην λαμβάνει κάποιος καθόλου φροντίδα, (β) της πιθανότητας να λαμβάνει κάποιος τυπική φροντίδα (μόνο ή σε συνδυασμό με άτυπη) και (γ) της πιθανότητας να ικανοποιούνται πάντοτε οι ανάγκες φροντίδας, εξετάζονται ως προς μεταβλητές που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα «αντίδρασης» του συστήματος, όπως: βαθμός ανάγκης φροντίδας (πλήθος ADL), ηλικία, φύλο, ύπαρξη κοινωνικών δικτύων, σύνθεση νοικοκυριού, οικονομική δυνατότητα, είδος περιοχής διαμονής, καθώς και χώρα και ομάδα χωρών. Στο τέλος, χρησιμοποιούμε διαγράμματα διασποράς για να διερευνήσουμε έναν αριθμό πιθανών συσχετίσεων: (α) της Μη Λήψης Φροντίδας με τις δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας, (β) της σχετικής θνησιμότητας από COVID-19 των ηλικιωμένων (ο λόγος πιθανοτήτων θανάτων για ο πληθυσμός άνω των 65 ετών σε σύγκριση με την ομάδα κάτω των 65 ετών) με το μείγμα φροντίδας και (γ) της άτυπης φροντίδας με τις δημόσιες κατά κεφαλήν

δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας. Στο τέλος συνοψίζουμε οπτικοποιημένα τα ευρήματα, τοποθετώντας και τους τέσσερις δείκτες σε ένα διάγραμμα διασποράς.

4.3 Αποτελέσματα

4.1.1 Ο δείκτης Ανάγκης Φροντίδας (βάσει ADLs)

Στο Διάγραμμα 4.1 αποτυπώνεται το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά χώρα και ανά αριθμό ADLs για τα οποία αντιμετωπίζει δυσκολία. Στο σύνολο των χωρών, το 18.9% του πληθυσμού ηλικίας 65+ χρειάζεται φροντίδα, εκ των οποίων οι μισοί περίπου (8.5%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες με 1 ADL, 3.7% με 2 ADLs και 6.7% με 3 ή περισσότερα ADLs.



Διάγραμμα 4.1: Ποσοστό ατόμων (%) ηλικίας 65+ σε ανάγκη προσωπικής φροντίδας – τουλάχιστον 1 ADL- (n = 39,707), ανά αριθμό ADL, ανά χώρα. n: αριθμός παρατηρήσεων.

Όπως απεικονίζεται στο ανωτέρω Διάγραμμα 4.1 πολλές χώρες βρίσκονται κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Παρόλα αυτά, οι διακυμάνσεις είναι μεγάλες, ειδικά για τις περιπτώσεις όσων αντιμετωπίζουν δυσκολίες με 3 ή περισσότερα ADLs. Στις νότιες χώρες βρίσκουμε χώρες με μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους με την Πορτογαλία στο ένα άκρο με τις υψηλότερες ανάγκες μακροχρόνια φροντίδας και την Ελλάδα στο άλλο άκρο. Ομοίως, στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης το Βέλγιο εμφανίζεται με πολύ μεγαλύτερα ποσοστά ατόμων σε ανάγκη φροντίδας σε σύγκριση με την Ελβετία και το Λουξεμβούργο.

Το μεγαλύτερο μέρος της εξήγησης των διαφορών στην ανάλυση probit που ακολουθεί στον Πίνακα 4.2 παρέχεται από ατομικά χαρακτηριστικά, των οποίων η επίδραση παραμένει αξιοσημείωτα ισχυρή καθώς εισάγονται οι επιδράσεις των χωρών που ενσωματώνουν συστηματικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά κουλτούρας. Η ανάγκη φροντίδας αυξάνεται

σημαντικά με την ηλικία με μη γραμμικό τρόπο. Η πιθανότητα διπλασιάζεται περίπου για κάθε ηλικιακή ομάδα 5 ετών μετά την ηλικία των 70 ετών. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας 85+ έχουν 38 ποσοστιαίες μονάδες (pp.) μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν φροντίδα σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας μεταξύ 65-69 ετών. Η ύπαρξη περισσότερων των δύο χρόνιων ασθενειών, η παχυσαρκία και η κατάθλιψη ασκούν επίσης σημαντική επίδραση. Η προσθήκη ομάδων χωρών έχει μικρότερη επίπτωση σε σύγκριση με την προσθήκη χωριστών χωρών. Ξεχωριστή ταυτότητα «ομάδας χωρών» φαίνεται να αποτελούν οι βόρειες (σκανδιναβικές) χώρες, καθώς αποτελούν την μόνη ομάδα χωρών που οι διαφορές σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες χωρών έχει στατιστική σημασία στο 99%.

Πίνακας 4.2 Probit ανάλυση πιθανότητας ανάγκης φροντίδας

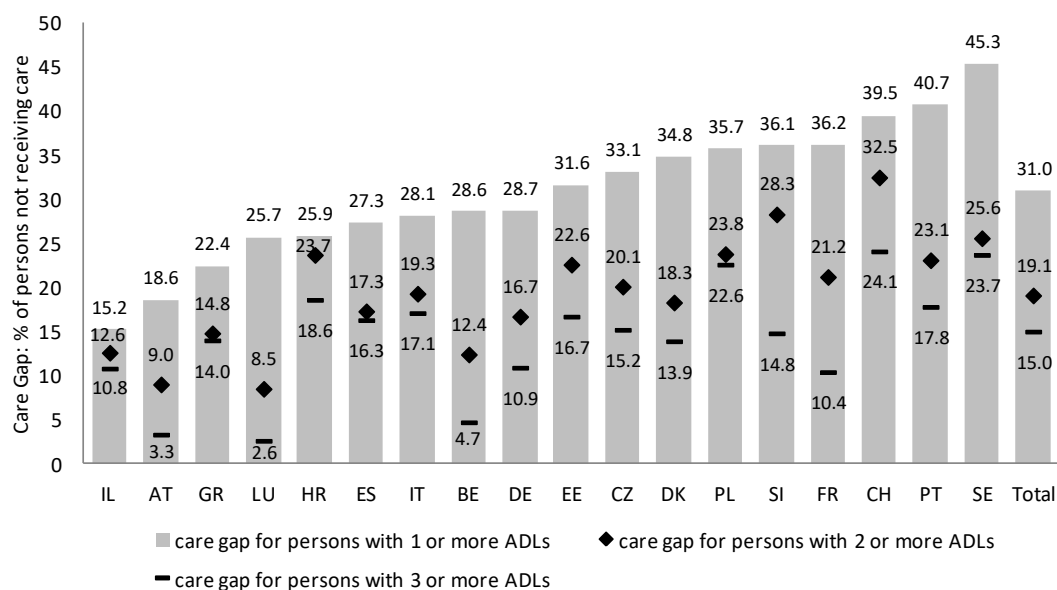
Πιθανότητα ανάγκης φροντίδας (1+ ADL)	Μόνο ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές		Ατομικές ερμηνευτικές, μεταβλητές και Επίπτωση Ομάδων Χωρών		Ατομικές ερμηνευτικές, μεταβλητές και Επίπτωση Χωρών	
	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²
Ερμηνευτικές μεταβλητές						
ηλικία 65–69	f		f		f	
ηλικία 70–74	3.9 **	1.1	4.0 **	1.1	4.0 **	1.1
ηλικία 75–59	8.9 **	1.2	8.9 **	1.2	9.1 **	1.2
ηλικία 80–84	18.7 **	1.5	18.8 **	1.5	19.0 **	1.5
ηλικία 85+	38.1 **	1.7	38.2 **	1.7	38.6 **	1.7
άνδρας	–0.6	0.7	–0.5	0.7	–0.5	0.7
≥ 2 χρόνιες ασθένειες	12.9 **	0.6	12.9 **	0.6	12.7 **	0.6
κατάθλιψη	8.2 **	0.8	8.1 **	0.8	7.9 **	0.9
παχυσαρκία (body mass index > 30 kg/m ²)	8.0 **	0.9	7.9 **	0.9	8.0 **	0.9
Κεντρική Ευρώπη			f			
Γερμανία					f	
Ελβετία					–5.1 **	1.1
Αυστρία					–1.6	1.2
Γαλλία					1.3	1.2
Βέλγιο					4.0 **	1.2
Λουξεμβούργο					–3.0	1.5
Βόρεια Ευρώπη			–3.9 **	0.7		
Σουηδία					–3.6 **	1.1
Δανία					–3.2 **	1.2
Νότια Ευρώπη			–0.7	0.7		
Ισπανία					–1.7	1.2
Ιταλία					0.3	1.2
Ελλάδα					–6.3 **	0.9
Πορτογαλία					9.4 **	2.8
Ανατολική Ευρώπη			1.0	1.0		
Τσεχία					0.2	1.2
Πολωνία					2.2	1.7
Εσθονία					1.1	1.2
Κροατία					–0.6	1.5
Σλοβενία					0.2	1.2
Ισραήλ					0.7	1.5
pseudo R-square	0.1453		0.1459		0.1500	

$n = 39,686$; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$; f: παραλειπόμενη τιμή; pp.: ποσοστιαίες μονάδες; St.err.*e²: τυπικό σφάλμα πολλαπλασιασμένο με 100; n: αριθμός παρατηρήσεων.

4.1.2 Ο δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας (βάσει ADLs)

4.1.2.1 Μη λήψη φροντίδας όσων αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL

Σε αυτήν την ενότητα εξετάζεται κατά πόσο ένα άτομο που χρήζει φροντίδας έχει πρόσβαση σε αυτήν –οποιοδήποτε είδους (τυπική ή άτυπη). Στο Διάγραμμα 4.2 βλέπουμε το ποσοστό ατόμων ηλικίας 65+ που ζουν εντός της κοινότητας (όχι σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων) και τα οποία δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, ανά πλήθος ADL με τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Ένα στα τρία άτομα εμφανίζουν Μη Λήψη Φροντίδας, με την Σουηδία, την Πορτογαλία και την Ελβετία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά. Ένα ποσοστό 15% των ατόμων με δυσκολία σε 3 ή περισσότερα ADLs δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα με σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ χωρών. Ενώ η Αυστρία, το Λουξεμβούργο και το Βέλγιο εμφανίζουν ποσοστά κενού φροντίδας κάτω από 5% για άτομα με 3 ADLs, το αντίστοιχο ποσοστό στη Σουηδία φθάνει το 23.7%. Όταν συμπεριλάβουμε το εκείνους που διαβιούν εντός μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων -θεωρώντας εξ' ορισμού πως όσοι μένουν εντός μονάδων λαμβάνουν φροντίδα-, το συνολικό ποσοστό ατόμων χωρίς φροντίδα μειώθηκε κατά 5 ποσοστιαίες μονάδες στη Σουηδία και κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες στην Ελβετία και την Πορτογαλία, μη αλλάζοντας τη γενική εικόνα.



Διάγραμμα 4.2: Δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας; ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που διαβιούν σε νοικοκυριά σε ανάγκη προσωπικής φροντίδας που δεν λαμβάνουν φροντίδα., ανά αριθμό δυσκολιών ADL, ανά χώρα.

Ο Πίνακας 4.3 εξηγεί την Μη Λήψη Φροντίδας με ένα μοντέλο probit που χρησιμοποιεί δύο τύπους ερμηνευτικών μεταβλητών, που σχετίζονται με την ένταση της ανάγκης και με την ικανότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Το δείγμα περιορίζεται σε όσους ζουν στην κοινότητα και έχουν εκφράσει ανικανότητα να εκτελέσουν τουλάχιστον ένα ADL. Ο βαθμός σοβαρότητας της ανάγκης, με τη μορφή πλήθους ADL, και η ηλικία είναι οι δύο ισχυρότεροι παράγοντες που καθορίζουν τη λήψη ή μη φροντίδας. Η φτώχεια, παίζει

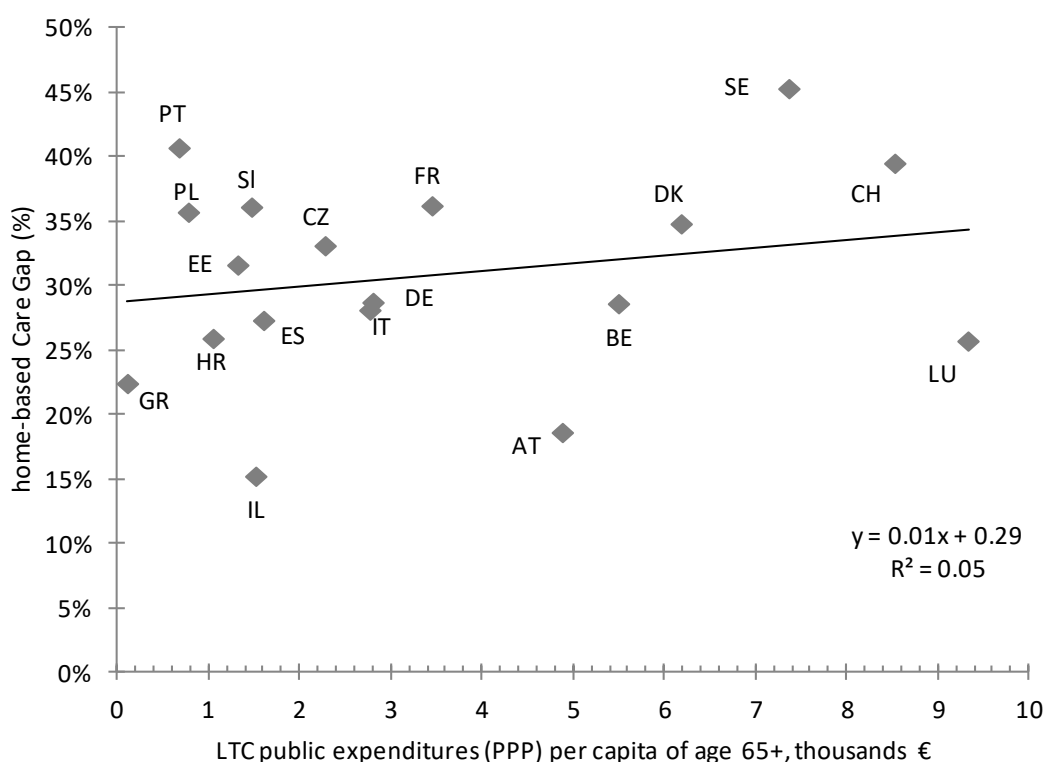
επίσης σημαντικό ρόλο στην Μη Λήψη Φροντίδας, η σημασία της όμως μειώνεται όταν υπεισέρχεται ο παράγοντας της χώρας. Άλλα κοινωνικά ή γεωγραφικά χαρακτηριστικά ασκούν ασθενή επίδραση στην πιθανότητα λήψης ή μη φροντίδας. Η επίδραση σε επίπεδο ομάδων χωρών είναι μικρότερη από ότι σε επίπεδο χώρας. Μια ξεχωριστή «ταυτότητα» μπορεί να διακριθεί μόνο για τις σκανδιναβικές χώρες, οι οποίες εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν κενά στην κατ' οίκον φροντίδα σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες χωρών. Οι μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών της κεντρικής Ευρώπης είναι αξιοσημείωτες, καλύπτοντας ένα εύρος 17,3 pp, με την Αυστρία (AT) να παρουσιάζει 7,5 pp μικρότερη πιθανότητα από τη Γερμανία στην ύπαρξη Μη Λήψης Φροντίδας και την Ελβετία (CH) 9,8 pp μεγαλύτερη πιθανότητα.

Πίνακας 4.3. Probit ανάλυση πιθανότητας μη λήψης φροντίδας

Πιθανότητα μη λήψης φροντίδας	Μόνο ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Ομάδων Χωρών		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Χωρών	
	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err *e ²
<i>Ερμηνευτικές μεταβλητές</i>						
1 ADL	f		f		f	
2 ή 3 ADLs	-15.5 **	2.0	-15.6 **	2.0	-15.2 **	2.0
> 3 ADLs	-27.4 **	1.8	-27.7 **	1.8	-27.3 **	1.8
ηλικία 65–69	f		f		f	
ηλικία 70–74	-10.0 **	2.8	-9.8 **	2.9	-9.5 **	2.9
ηλικία 75–79	-9.1 **	2.8	-9.0 **	2.8	-8.8 **	2.8
ηλικία 80–84	-17.9 **	2.5	-18.0 **	2.5	-18.2 **	2.5
ηλικία 85+	-28.4 **	2.3	-28.5 **	2.3	-28.5 **	2.3
άνδρας	8.6 **	2.2	8.9 **	2.2	8.9 **	2.2
διαμένει μόνος	-2.8	2.3	-2.4	2.3	-2.0	2.3
υψηλότερο 10% εισόδημα της χώρας του	3.9	5.6	3.4	5.5	2.9	5.5
μεγάλη δυσκολία οικονομικής ανταπόκρισης στα βασικά είδη	7.8 **	2.8	6.7 *	2.9	6.8 *	3.0
διαμένει σε αστικό κέντρο ή μεγάλη πόλη	2.7	2.1	2.6	2.1	3.8	2.2
μέγεθος κοινωνικού δικτύου σε απόσταση έως 5χλμ	-0.2	0.8	-0.1	0.8	-0.2	0.8
Κεντρική Ευρώπη			f			
Γερμανία					f	
Ελβετία					9.8 *	5.1
Αυστρία					-7.5 *	3.5
Γαλλία					8.0 *	3.7
Βέλγιο					-2.8	3.1
Λουξεμβούργο					-3.4	5.5
Βόρεια Ευρώπη			7.1 *	2.9		
Σουηδία					12.6 **	4.3
Δανία					4.3	4.5
Νότια Ευρώπη			3.4	2.4		
Ισπανία					4.8	4.2
Ιταλία					6.3	3.9
Ελλάδα					-5.9	3.8
Πορτογαλία					14.8 *	6.8
Ανατολική Ευρώπη			4.5	3.2		

Τσεχία			3.5	3.9
Πολωνία			9.3 *	5.0
Εσθονία			3.9	3.5
Κροατία			-1.3	5.0
Σλοβενία			9.3 *	4.1
Ισραήλ			-6.9	4.3
pseudo R-square	0.1441	0.1454	0.1520	
$n = 6106$; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$				

Μήπως, οι αυξημένες κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες μειώνουν τη Μη Λήψη Φροντίδας; Το Διάγραμμα 4.3 συσχετίζει το ποσοστό ατόμων που δεν λαμβάνει φροντίδα ενώ βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας με τις κατά κεφαλήν ατόμων ηλικίας 65+ δημόσιες δαπάνες έτους 2016 (προσαρμοσμένες σε Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης – Purchasing Power Parity, PPP). Το αποτέλεσμα είναι ενδεικτικό, με δεδομένο πως οι δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας περιλαμβάνουν και την ιδρυματική φροντίδα. Παρόλα αυτά, η εικόνα είναι καθαρή και δείχνει πως ουσιαστικά δεν υπάρχει καμία συσχέτιση –σε μακρο-επίπεδο χωρών- μεταξύ κενού φροντίδας και δημοσίων δαπανών (R^2 0.05). Τα αποτελέσματα ήταν αντίστοιχα και για της συσχέτιση κενού φροντίδας με τις δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ.

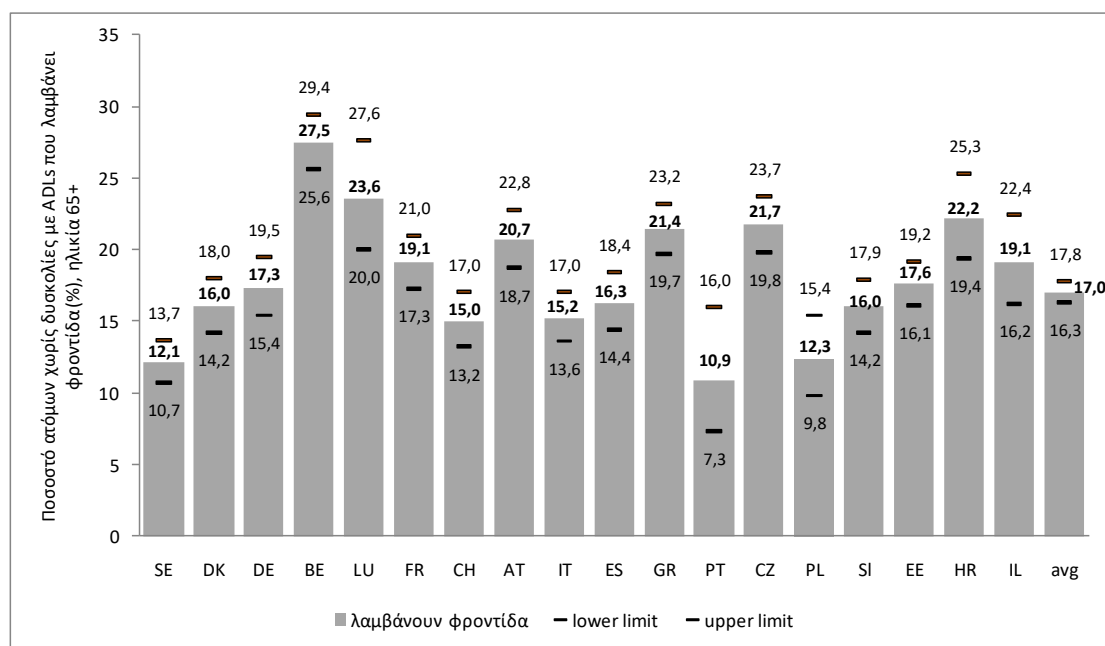


Διάγραμμα 4.3: Διάγραμμα συσχέτισης κενού φροντίδας και δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, άτομα ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας που μένουν εντός νοικοκυριών. PPP: purchasing power parity (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης)

4.1.2.2 Ένα αίνιγμα: Λήψη φροντίδας όταν δεν αντιμετωπίζονται δυσκολίες με ADL

Στην προηγούμενη ενότητα εξετάσαμε περιπτώσεις όπου άτομα ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL δεν λάμβαναν κανενός είδους φροντίδα. Δηλαδή περίπτωση μη εξυπηρετηθείσας ανάγκης. Στην παρούσα ενότητα εξετάζουμε την αντίστροφη περίπτωση, φαινομενικά πλεονάζουσα φροντίδα, δηλαδή τα άτομα που ενώ δεν δηλώνουν δυσκολίες με ADL λαμβάνουν κάποιου είδους φροντίδα. Το κρίσιμο ερώτημα είναι σε ποιο βαθμό αυτό ισοδυναμεί με «πλεονασματική» φροντίδα, δηλαδή παροχή φροντίδας χωρίς ανάγκη. Παρακάτω εξετάζουμε: (α) την έκταση του ζητήματος, (β) πιθανές ερμηνείες και (γ) αντιμετώπιση σε επίπεδο ορισμών.

(α) Έκταση του ζητήματος. Σε πρώτη ανάγνωση, στο παρακάτω Διάγραμμα 4.4, βλέπουμε πως ένα σημαντικό ποσοστό (17%) ατόμων άνω των 65 με 0 ADLs φαίνεται να λαμβάνει κάποιο είδος μακροχρόνιας φροντίδας, αν και με σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά χώρα που κυμαίνονται από 10.9% για την Πορτογαλία έως 27.5% για το Βέλγιο, με σημαντική, δηλαδή, διασπορά. Τα ποσοστά αυτά δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητα και, αναλόγως του πώς ερμηνεύονται, πιθανώς να οδηγούν σε σημαντικές αναθεωρήσεις. Σε απόλυτους αριθμούς, αν αναχθούν σε επίπεδο πληθυσμού, εκατομμύρια άτομα φαίνεται να λαμβάνουν φροντίδα χωρίς διατυπωμένη ανάγκη.



Διάγραμμα 4.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ χωρίς δυσκολίες με ADL που λαμβάνουν κάποιου είδους φροντίδα, SHARE w6, , ci 95%

Αναλύοντας περαιτέρω, στον Πίνακα 4.4 φαίνεται πως από τα άτομα ηλικίας 65+ χωρίς δυσκολίες με ADLs που λαμβάνουν φροντίδα (δηλ. από το ανωτέρω 17%) το 77.1% (13.1% επί του συνόλου του πληθυσμού) έχει δυσκολίες με iADLs ή με λοιπές δραστηριότητες, με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 68.4% για την Ελβετία έως 90.4% για την Πολωνία, ενώ μόλις το 22.9% (3.9% επί του συνόλου του πληθυσμού) δεν έχει καθόλου δυσκολίες ούτε με ADLs ούτε με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες.

Πίνακας 4.4: Κατανομή ατόμων ηλικίας 65+ χωρίς δυσκολίες με ADLs που λαμβάνουν φροντίδα συναρτήσει δυσκολιών με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες			
	Δυσκολίες με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες ανεξαρτήτως βαθμού σοβαρότητας	Χωρίς δυσκολίες ούτε με iADLs ούτε με λοιπές συνήθειες δραστηριότητες	Σύνολο
Σουηδία	25.6%	74.4%	100%
Δανία	28.1%	71.9%	100%
Γερμανία	20.8%	79.2%	100%
Βέλγιο	29.2%	70.8%	100%
Λουξεμβούργο	29.8%	70.2%	100%
Γαλλία	25.3%	74.7%	100%
Ελβετία	31.6%	68.4%	100%
Αυστρία	23.3%	76.7%	100%
Ιταλία	24.5%	75.5%	100%
Ισπανία	25.4%	74.6%	100%
Ελλάδα	20.7%	79.3%	100%
Πορτογαλία	18.3%	81.7%	100%
Τσεχία	20.9%	79.1%	100%
Πολωνία	9.6%	90.4%	100%
Σλοβενία	15.3%	84.7%	100%
Εσθονία	11.2%	88.8%	100%
Κροατία	17.5%	82.5%	100%
Ισραήλ	27.8%	72.2%	100%
Σύνολο	22.9%	77.1%	100%

(β) Ερμηνεία. Τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσαν να σημαίνουν ότι τα άτομα χωρίς δυσκολίες με δραστηριότητες ADL που λαμβάνουν φροντίδα, είτε α) λαμβάνουν «πλεονασματική» φροντίδα, δηλαδή μακροχρόνια φροντίδα (για δραστηριότητες ADLs) παρότι δεν έχουν δηλώσει αντίστοιχη δυσκολία, είτε β) πως λαμβάνουν φροντίδα/βοήθεια για άλλες δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα iADLs ή λοιπές συνήθειες δραστηριότητες (δουλειές του σπιτιού, συνήθης κοινωνικότητα). Εάν ισχύει η περίπτωση 'α', τότε η «πλεονασματική» φροντίδα θα μπορούσε να προκύπτει εάν οι γραφειοκρατικοί ορισμοί που καθορίζουν την παροχή τυπικής φροντίδας είναι πιο ευρείς από την υποκειμενική αξιολόγηση (στην περίπτωση λήψης τυπικής φροντίδας) ή εάν η κρίση των μελών της οικογένειας είναι διαφορετική από αυτή των ίδιων των ατόμων (στην περίπτωση λήψης άτυπης φροντίδας). Θα μπορούσε επίσης να αφορά *παροδικές* περιπτώσεις φροντίδας, που προκύπτουν ενδεχομένως από μία ασθένεια και η οποία δεν σχετίζεται με *μόνιμες* δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες. Εάν αντίθετα η ισχύει η περίπτωση 'β', τότε συνεπάγεται ένδειξη επιβεβαίωσης της ανάγκης δημιουργίας μιας διαβαθμισμένης κλίμακας αναγκών φροντίδας που να συμπεριλαμβάνει και iADLs και λοιπές συνήθειες δραστηριότητες, όπως αυτή παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 3. Με αυτή την ερμηνεία οι περιπτώσεις αυτές ερμηνεύονται ως ένα είδος 'προθαλάμου φροντίδας', σηματοδοτώντας ενδεχομένως μελλοντικές μόνιμες ανάγκες. Επίσης υπογραμμίζει τα πλεονεκτήματα διαφοροποίησης του λειτουργικού ορισμού, ούτως ώστε *μακροχρόνια* φροντίδα να διαφέρει από *κοινή* φροντίδα.

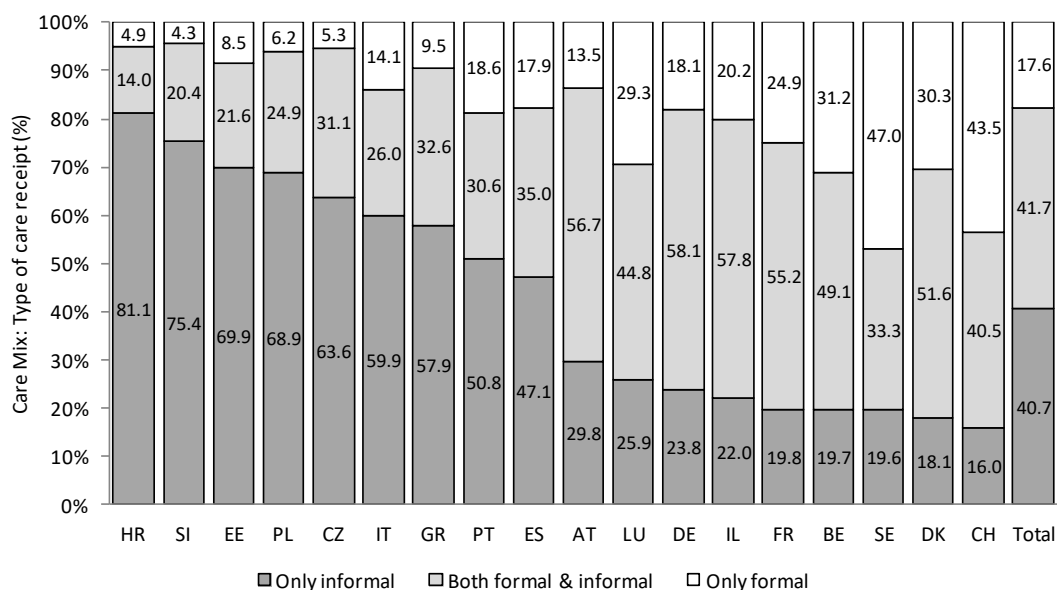
Βάσει των αποτελεσμάτων, για το 77.1% επιβεβαιώνεται η περίπτωση 'β' ότι δηλαδή μπορεί να λαμβάνουν φροντίδα για άλλες δραστηριότητες πλην των ADLs (κάτι που συνηγορεί υπέρ της δημιουργίας μιας διαβαθμισμένης κλίμακας αναγκών φροντίδας όπως αυτή του κεφαλαίου 3), ενώ μόνο για το υπόλοιπο 22.9% φαίνεται να προκρίνεται η περίπτωση 'α' περί «πλεονασματικής» φροντίδας.

(γ) Αντιμετώπιση σε επίπεδο ορισμών. Τα παραπάνω υπογραμμίζουν ότι η ανάγκη φροντίδας είναι έννοια ρευστή και ασαφής και συνεπώς επιδέχεται προσαρμογές. Επίσης συνηγορεί για τη διαφοροποίηση ορισμού της *μακροχρόνιας* φροντίδας, στη βάση εκφρασμένης ανάγκης βοήθειας με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, από την *παροδική* φροντίδα που μπορεί να προκύπτει από μία ασθένεια⁴. Στην παρούσα διατριβή, συνεπώς, επιλέγουμε να ορίσουμε τη μακροχρόνια φροντίδα ως *εκφρασμένη ανάγκη σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ADLs και iADLs)*. Στο επόμενο Κεφάλαιο 5, και μετά την ολοκλήρωση της ανάλυσης του παρόντος κεφαλαίου που αφορά όσους έχουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL, πραγματοποιείται περαιτέρω ανάλυση με την προσθήκη *λειτουργικών* δυσκολιών (iADLs) στον πιο συμβατικό ορισμό που αναφέρεται σε καθημερινές λειτουργίες (ADL).

4.1.3 Ο δείκτης Μίγματος Φροντίδας (βάσει ADLs)

Το Διάγραμμα 4.5 εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι κατανέμεται μεταξύ τυπικής (επαγγελματικής) και άτυπης. Από τα άτομα ηλικίας 65+ ετών που χρειάζονται και λαμβάνουν φροντίδα, το 40,7% λαμβάνει μόνο άτυπη, το 41,7% λαμβάνει συνδυασμό των δύο και το 17,6% λαμβάνει μόνο επίσημη. Υπάρχουν έντονες διαφορές μεταξύ των χωρών που, όμως, ακολουθούν μία γεωγραφική ομοιογένεια. Η Ανατολική Ευρώπη βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην άτυπη φροντίδα, με τα ποσοστά όσων λαμβάνουν αποκλειστικά άτυπη φροντίδα να κυμαίνονται από 63,6% (CZ) έως 81,1% (HR). Τα αντίστοιχα ποσοστά της Νότιας Ευρώπης κυμαίνονται από 47,1% έως 59,9%, ενώ οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης βασίζονται σχεδόν εξίσου στην τυπική και στην άτυπη φροντίδα: 50% έως 60% λαμβάνουν και τα δύο είδη φροντίδας. Τέλος, στις σκανδιναβικές χώρες και την Ελβετία, βρίσκουμε τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικά τυπικής φροντίδας. Ένα βασικό εύρημα είναι ότι η άτυπη φροντίδα είναι πάντα παρούσα, ακόμη και όπου κυριαρχεί η τυπική.

⁴ Η τελευταία περίπτωση θα κατατάσσεται ως δαπάνη περίθαλψης (υγείας) – άλλη μια περίπτωση οριακών περιπτώσεων όπου η φροντίδα άπτεται της περίθαλψης.



Διάγραμμα 4.5: Δείκτης Μίγματος Φροντίδας, κατανομή είδους φροντίδας (%), ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολία σε τουλάχιστον 1 ADL που λαμβάνουν φροντίδα (n = 4113).

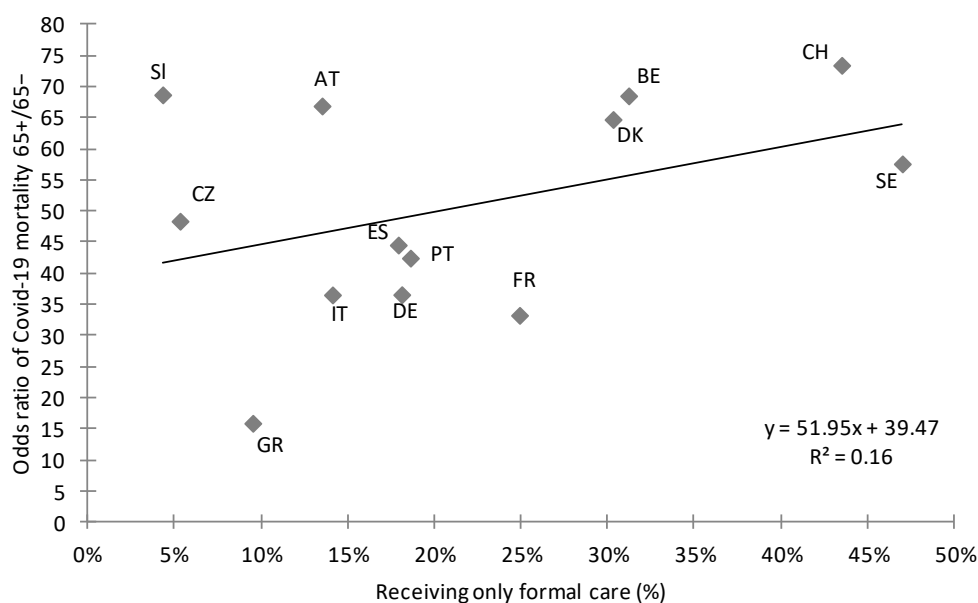
Στον Πίνακα 4.5 βλέπουμε πως η επίδραση του παράγοντα της ομάδας χωρών και των χωρών στη λήψη τυπικής φροντίδας είναι σημαντική, στην επεξήγηση της παρατηρούμενης ποικιλομορφίας: το R2 σχεδόν τριπλασιάζεται από 0.06 σε 0.17 μόλις υπεισέλθει ο παράγοντας χώρα. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών της ίδιας γεωγραφικής ομάδας είναι ελάχιστες εν συγκρίσει με τις διαφορές μεταξύ των ομάδων χωρών. Η πρόσβαση σε τυπική φροντίδα αυξάνει με το βαθμό σοβαρότητας της ανάγκης –όπως αυτός εκφράζεται με τον αριθμό των ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία- και με την ηλικία. Η τυπική φροντίδα είναι επίσης πιο συχνή σε όσους μένουν μόνοι. Ένας άλλος παράγοντας που δείχνει να έχει σημασία είναι η οικονομική ευμερία, η οποία όμως χάνεται όταν υπεισέρχεται ο παράγοντας «χώρα».

Πίνακας 4.5 Probit ανάλυση της πιθανότητας λήψης τυπικής φροντίδας

Πιθανότητα λήψης τυπικής φροντίδας	Μόνο ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Ομάδων Χωρών		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Χωρών	
	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err * e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err * e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	St.err * e ²
<i>Ερμηνευτικές Μεταβλητές</i>						
1 ADL	f		f		f	
2 or 3 ADLs	8.9 **	3.2	11.8 **	3.3	11.7 **	3.3
> 3 ADLs	7.6 *	3.4	13.4 **	3.3	13.5 **	3.4
ηλικία 65–69	f		f		f	
ηλικία 70–74	0.1	5.3	–3.7	5.9	–3.9	5.9
ηλικία 75–79	4.1	5.0	2.7	5.5	3.1	5.5
ηλικία 80–84	7.7	4.8	8.6	5.1	8.7	5.1
ηλικία 85+	11.1 *	4.6	12.5 *	4.9	12.4 *	5.0
άνδρας	1.8	2.8	–1.1	3.1	–1.2	3.1
διαμένει μόνος/η	22.2 **	2.9	16.8 **	3.1	18.0 **	3.0
έχει παιδιά	–11.9 *	4.4	–9.9	4.9	–9.5	4.9
υψηλότερο 10% εισόδημα της χώρας του	2.2	6.7	7.7	6.0	7.6	6.2

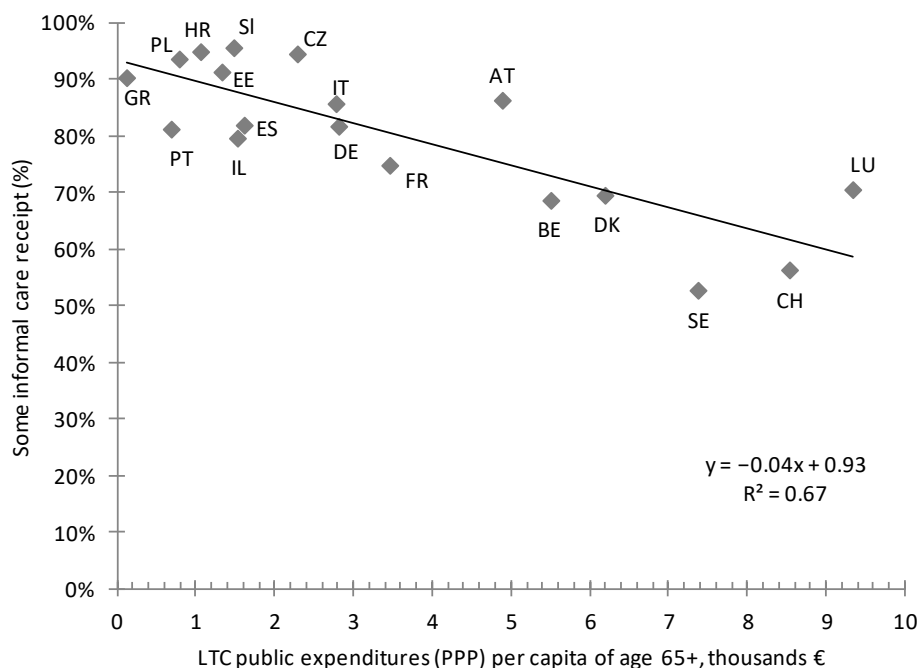
μεγάλη δυσκολία οικονομικής ανταπόκρισης στα βασικά είδη	-16.3 *	3.5	-5.2	3.6	-4.0	3.8
διαμένει σε αστικό κέντρο ή μεγάλη πόλη	1.9	2.9	0.8	3.0	-0.1	3.8
Κεντρική Ευρώπη	f					
Γερμανία	f					
Ελβετία	11.7					
Αυστρία	-6.8					
Γαλλία	5.2					
Βέλγιο	7.9					
Λουξεμβούργο	-1.5					
Βόρεια Ευρώπη	3.8					
Σουηδία	4.1					
Δανία	6.7					
	5.2					
Νότια Ευρώπη	-34.6 **					
Ισπανία	3.1					
Ιταλία	-24.6 **					
Ελλάδα	-39.5 **					
Πορτογαλία	-33.7 **					
	-25.9 **					
Ανατολική Ευρώπη	-45.0 **					
Τσεχία	3.5					
Πολωνία	-38.5 **					
Εσθονία	-42.3 **					
Κροατία	-44.6 **					
Σλοβενία	-50.8 **					
	-47.4 **					
Ισραήλ	3.3					
pseudo R-square	5.9					
	0.0646		0.1587		0.1669	
n = 4113; * p < 0.05, ** p < 0.01						

Το Διάγραμμα 4.6 δείχνει πως χαμηλή συσχέτιση της αναλογίας θανάτων ατόμων ηλικίας 65+ ως προς του θανάτους ηλικίας 65- με τη λήψη αποκλειστικά επίσημης φροντίδας, τουλάχιστον όχι σε μακρο επίπεδο (επίπεδο χωρών).



Διάγραμμα 4.6: Διάγραμμα συσχέτισης λήψης αποκλειστικά τυπικής φροντίδας και αναλογίας θανάτων ηλικία 65+/65- από covid-19

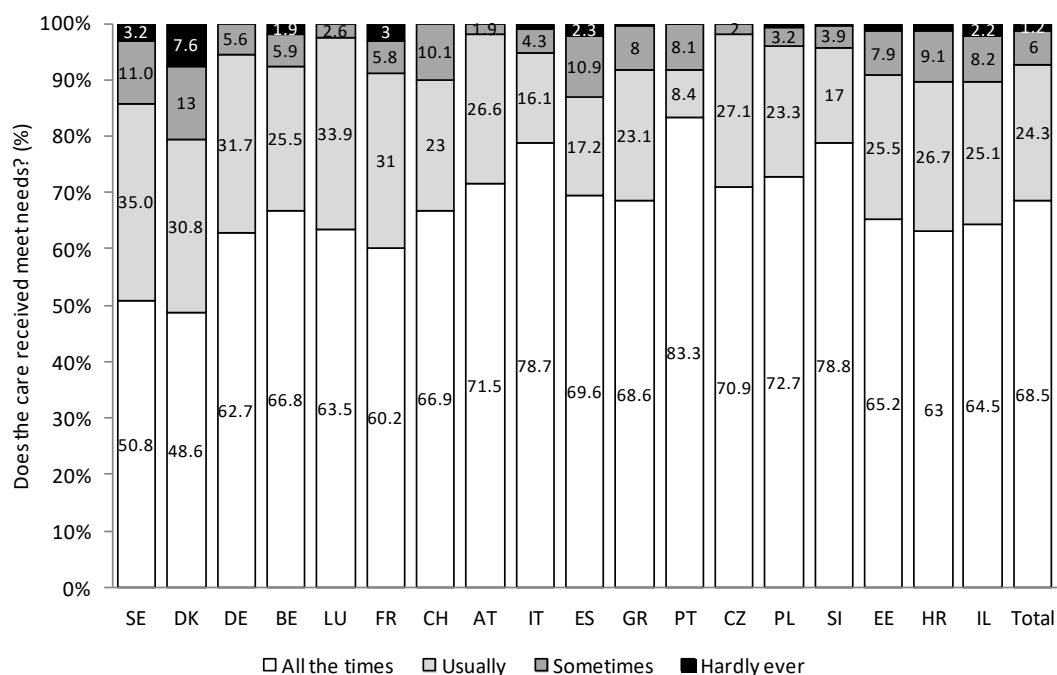
Το **Διάγραμμα 4.7** δείχνει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της λήψης άτυπης φροντίδας και των κατά κεφαλήν δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων ηλικία 65+ (R^2 0.67).



Διάγραμμα 4.7: Διάγραμμα συσχέτισης άτυπης φροντίδας και δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, άτομα ηλικία 65+ σε ανάγκη φροντίδας που μένουν εντός νοικοκυριών. PPP: purchasing power parity (Ισοτιμία Αγοραστικής Δύναμης).

4.1.4 Ο δείκτης Ικανοποίησης Φροντίδας (βάσει ADLs)

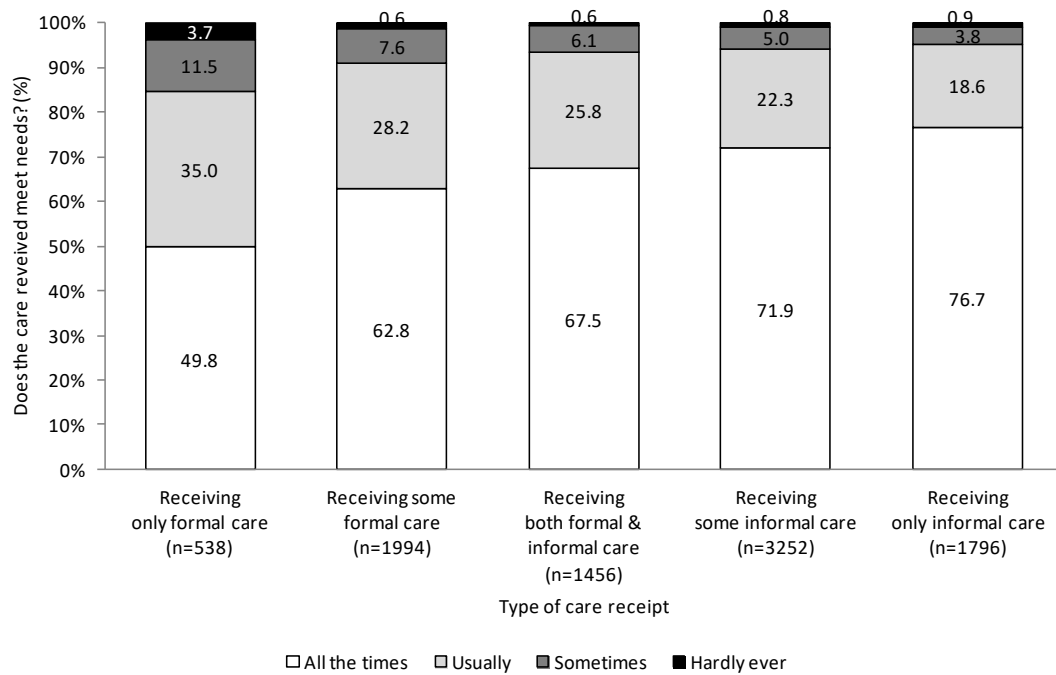
Ένα σημαντικό ερώτημα σχετικά με τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων είναι κατά πόσο η παρεχόμενη φροντίδα καλύπτει τις ανάγκες του λήπτη. Στο **Διάγραμμα 4.8** βλέπουμε πως για το 68.5% των ληπτών φροντίδας του συνόλου των χωρών, η φροντίδα που λαμβάνει καλύπτει πάντοτε τις ανάγκες, με το εύρος να κυμαίνεται από 48.6% (Δανία) έως 83.3% (Πορτογαλία). Μόλις 7.2% παρουσιάζεται να μην καλύπτονται οι ανάγκες του *σχεδόν ποτέ* ή να καλύπτονται *μερικές φορές* (εύρος 2.4-20.6%). Η Δανία και η Σουηδία εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, ενώ η Πορτογαλία, η Πολωνία και η Ιταλία τα υψηλότερα.



Διάγραμμα 4.8: Κατανομή βαθμού ικανοποίησης (%), ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL που λαμβάνουν φροντίδα (n = 3790)

Στο Διάγραμμα 4.9 αποτυπώνεται ο βαθμός ικανοποίησης ανά τύπο λήψης φροντίδας για το σύνολο των 18 χωρών. Ο βαθμός ικανοποίησης είναι υψηλότερος όταν παρέχεται άτυπη φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα από αυτούς που λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα μόλις το 49.8% είναι πάντοτε ικανοποιημένο, ποσοστό που ανεβαίνει στο 67.5% όταν λαμβάνουν συγχρόνως και τυπική και άτυπη φροντίδα και φθάνει στο 76.7% όταν λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα.

Στον Πίνακα 4.6 προσπαθούμε να εξηγήσουμε εάν οι διαφορές αυτές οφείλονται σε άλλους παράγοντες όπως ο βαθμός σοβαρότητας δυσκολιών ή η ηλικία, όμως κάτι τέτοιο δεν προκύπτει. Πιο συγκεκριμένα, το είδος παροχής φροντίδας εξακολουθεί να αποτελεί τον σημαντικότερο ρόλο στον βαθμό ικανοποίησης, ενώ σημαντική παράμετρο αποτελεί και η σύνθεση του νοικοκυριού, κατά πόσο δηλαδή ο λήπτης φροντίδας μένει μόνος. Άτομα με αυξημένο βαθμό δυσκολίας –όταν ο αριθμός υπερβαίνει τα τρία– έχουν αυξημένη πιθανότητα να είναι ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Σε επίπεδο χωρών, στις βόρειες χώρες όπου κυριαρχεί η τυπική φροντίδα τα αποτελέσματα είναι χαμηλότερα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις νότιες χώρες.



Διάγραμμα 4.9: Ικανοποίηση αναγκών ανά τύπο φροντίδα, ανά χώρα, άτομα ηλικίας 65+

Πίνακας 4.6 Πιθανότητα η παρεχόμενη φροντίδα να ικανοποιεί πάντοτε τις ανάγκες

Πιθανότητα η παρεχόμενη φροντίδα να ικανοποιεί τις ανάγκες πάντοτε	Μόνο ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Ομάδων Χωρών		Ατομικές ερμηνευτικές μεταβλητές και Επίπτωση Χωρών	
	Ερμηνευτικές μεταβλητές		Επίπτωση		Επίπτωση	
	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	Std.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	Std.err *e ²	Μοναδιαία επίπτωση (pp.)	Std.err *e ²
μόνο τυπική φροντίδα	f		f		f	
συνδυασμός τυπική και άτυπης φροντίδας	11.8 **	3.9	12.3 **	3.9	12.1 **	3.9
μόνο άτυπη φροντίδα	20.5 **	3.7	18.9 **	3.8	18.1 **	3.9
1 ADL	f		f		f	
2 or 3 ADLs	1.6	3.2	1.2	3.2	1.4	3.2
> 3 ADLs	9.8 **	3.2	8.8 **	3.2	8.9 **	3.2
ηλικία 65–69	f		f		f	
ηλικία 70–74	2.1	5.1	2.1	5.1	2.2	5.1
ηλικία 75–79	5.0	4.6	4.6	4.6	4.7	4.6
ηλικία 80–84	8.3	4.4	7.3	4.5	7.1	4.5
ηλικία 85+	6.8	4.5	5.8	4.5	5.9	4.5
άνδρα	1.5	2.8	2.1	2.8	2.3	2.8
διαμένει μόνος	–9.9 **	3.1	–8.9 **	3.1	–9.4 **	3.1
2 ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες	–0.5	3.6	–0.3	3.6	0.2	3.7
κατάθλιψη	–8.8 **	2.8	–8.7 **	2.8	–8.9 **	2.8
υψηλότερο 10% εισόδημα της χώρας του	–2.9	6.6	–3.7	6.7	–4.8	6.8
μεγάλη δυσκολία οικονομικής ανταπόκρισης στα βασικά είδη	–3.6	3.6	–5.7	3.7	–6.1	3.8
διαμένει σε αστικό κέντρο ή μεγάλη πόλη	0.5	2.8	0.4	2.8	1.4	2.9

μέγεθος κοινωνικού δικτύου εντός 5 χλμ	1.3	1.1	1.3	1.1	1.6	1.1
Κεντρική Ευρώπη	f					
Γερμανία					f	
Ελβετία					7.0	6.3
Αυστρία					5.3	4.6
Γαλλία					-1.7	4.8
Βέλγιο					5.6	4.1
Λουξεμβούργο					-0.3	7.9
Βόρεια Ευρώπη			-8.5 *	4.3		
Σουηδία					-7.1	6.3
Δανία					-10.3	6.5
Νότια Ευρώπη			7.7 *	3.0		
Ισπανία					0.8	4.7
Ιταλία					12.5 **	4.4
Ελλάδα					2.8	5.1
Πορτογαλία					11.5	5.8
Ανατολική Ευρώπη			1.8	4.2		
Τσεχία					1.8	4.7
Πολωνία					3.0	6.1
Εσθονία					-1.6	4.6
Κροατία					-4.9	6.3
Σλοβενία					10.2 *	4.3
Ισραήλ					-1.7	5.6
pseudo R-square	0.0603		0.0650		0.0708	
$n = 3779$; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.						

4.1.5 Σύνοψη αποτελεσμάτων

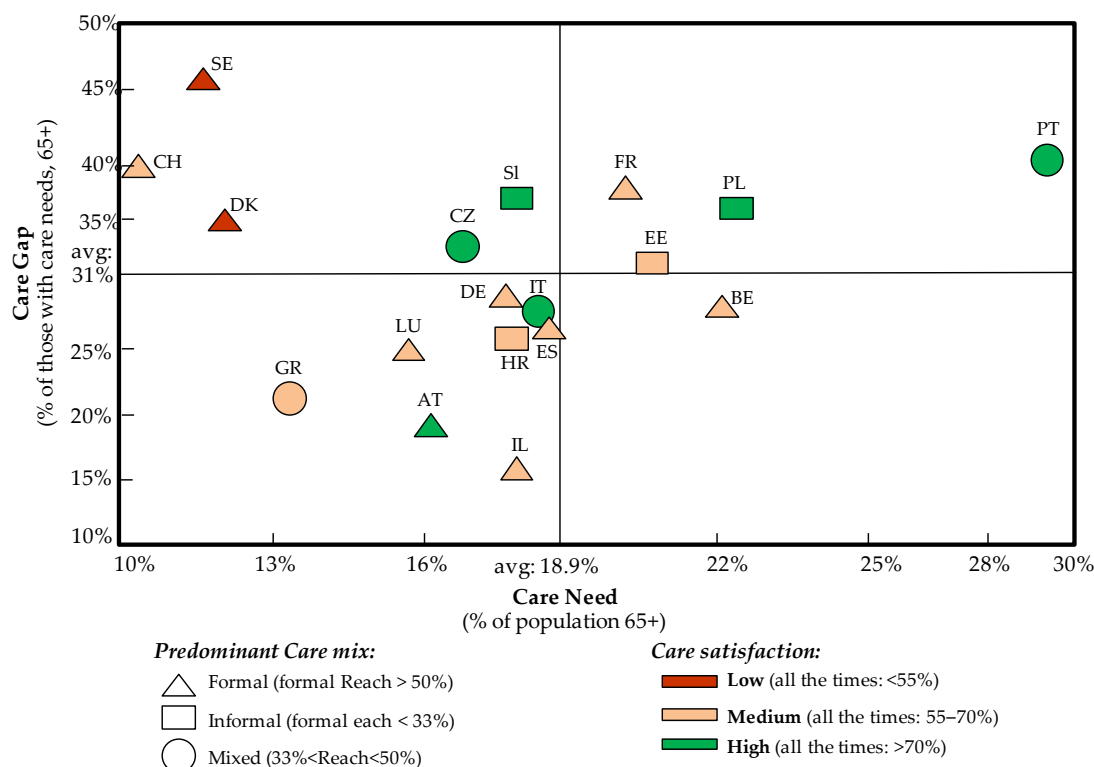
Στον Πίνακα 4.7 απεικονίζονται συγκεντρωτικά τα στατιστικά στοιχεία που αναλύθηκαν ανωτέρω. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει για τους τέσσερις δείκτες που αναλύονται: μέσο όρο, διάμεση τιμή, πρώτο και τρίτο τεταρτημόριο, εύρος, συντελεστή διακύμανσης, καθώς και τις δύο «καλύτερες» και «χειρότερες» σε επιδόσεις χώρες. Η πλειονότητα των χωρών βρίσκεται κοντά στη διάμεση τιμή, υπάρχουν όμως και ακραίες τιμές σε κάθε ομάδα χωρών. Η Σουηδία, για παράδειγμα, βρίσκεται μεταξύ των κορυφαίων χωρών σε ότι αφορά το μέγεθος (μικρό) πληθυσμού που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας, αλλά μεταξύ των χειρότερων στο βαθμό ικανοποίησης φροντίδας για όσους λαμβάνουν φροντίδα.

Πίνακας 4.7 Συγκεντρωτικός Πίνακας Αποτελεσμάτων Δεικτών ΜΦ

Δείκτες	Μέσος Όρος	1 ^ο τεταρτημόριο	Διάμεσος	3 ^ο τεταρτημόριο	Εύρος (pp.)	Συντελ. Διακύμανσης	Top 2 Χώρες	Bottom 2 Χώρες
Ανάγκη Φροντίδας							Χαμηλότερο %	Υψηλότερο %
1+ ADL	18.9%	16.0%	18.0%	19.9%	19.4	24.7%	Ελβετία	Πορτογαλ.
2+ ADL	10.4%	9.0%	9.8%	11.8%	13.0	31.3%	Σουηδία	Πολωνία
3+ ADL	6.7%	5.1%	6.0%	7.6%	10.5	40.0%		
Μη Λήψη Φροντίδας							Χαμηλότερο %	Υψηλότερο %
1+ ADL	31.0%	26.3%	30.2%	36.0%	30.1	24.6%	Ισραήλ	Σουηδία
2+ ADL	19.1%	15.3%	19.7%	23.6%	24.0	32.3%	Αυστρία	Πορτογαλ.
3+ ADL	15.0%	10.8%	15.0%	17.6%	21.5	43.3%		
Μίγμα Φροντίδας % ύπαρξη τυπικής	59.3%	37.3%	61.6%	79.7%	65.1	39.4%	Υψηλότερο % Ελβετία Δανία	Χαμηλότερο % Κροατία Σλοβενία

% μόνο άτυπη	40.7%	20.4%	38.5%	62.7%	65.1	52.8%	Κροατία Σλοβενία	Ελβετία Δανία
Ικανοποίηση Φροντίδας %							Υψηλό- τερο %	Χαμηλό- τερο %
ικανοποιείται πάντοτε η ανάγκη	68.5%	63.1%	66.9%	71.4%	34.7	12.8%	Πορτογαλ. Σλοβενία	Δανία Σουηδία

Στο Διάγραμμα 4.10 επιχειρείται μια γραφική αναπαράσταση όλων των δεικτών μαζί. Υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της ανάγκης φροντίδας και των κενών φροντίδας: οι μεγαλύτερες ανάγκες συνεπάγονται μεγαλύτερα κενά. Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ελβετία αποτελούν εξαιρέσεις, που ενώ έχουν χαμηλά ποσοστά αναγκών φροντίδας και σημαντικά ποσοστά τυπικής φροντίδας, αυτά συνυπάρχουν τόσο με «ασυνήθιστα υψηλά» κενά φροντίδας όσο και με χαμηλή ικανοποίηση του λήπτη φροντίδας. Πολλές χώρες φαίνεται να συγκεντρώνονται γύρω από τους γενικούς μέσους όρους. Πέρα από αυτή την παρατήρηση, βλέπουμε ότι η εικόνα δεν μπορεί εύκολα να κατηγοριοποιηθεί. Αυτό είναι πιο εμφανές στις νότιες χώρες, με την Ελλάδα και την Πορτογαλία να βρίσκονται σε αντίθετα άκρα και την Ιταλία και την Ισπανία στη μέση. Κάτι αντίστοιχο, ισχύει και για χώρες της κεντρικής Ευρώπης, όπου η Αυστρία, η Γερμανία, το Βέλγιο και η Γαλλία εμφανίζονται σε διαφορετικά τεταρτημόρια του χάρτη.



Διάγραμμα 4.10: Γραφική αναπαράσταση των τεσσάρων δεικτών ΜΦ

4.4 Συζήτηση επί των αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα

Η ανάλυση κατέληξε σε ορισμένα αξιόπιστα συμπεράσματα και έθεσε ορισμένα ερωτήματα. Όσον αφορά την ανάγκη για φροντίδα, ενώ οι μισές χώρες βρίσκονται εντός λίγων

ποσοστιαίων μονάδων γύρω από τον μέσο όρο και τη διάμεση τιμή, υπάρχουν αξιοσημείωτες ακραίες τιμές, με το συνολικό εύρος να είναι αρκετά ευρύ. Οι σκανδιναβικές χώρες φαίνεται να χρειάζονται λιγότερη φροντίδα, ενώ η Πολωνία και η Πορτογαλία βρίσκονται στο άλλο άκρο. Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με άλλες μελέτες (European Commission, 2021; Lee et al., 2017; Srakar et al., 2015; Laferrère et al., 2015). Η ανάλυση probit έδειξε ότι η υγεία και η ηλικία είναι οι πιο σημαντικές παράμετροι που επηρεάζουν το ποσοστό των ατόμων 65+ που χρειάζονται φροντίδα. Ένα προφανές ερευνητικό ερώτημα είναι γιατί άτομα παρόμοιας ηλικίας και χαρακτηριστικών φαίνεται να έχουν τόσο μεγάλες διαφορές στην ανάγκη για φροντίδα σε ορισμένες χώρες. Οφείλονται αυτές οι διαφορές σε καλύτερη σωματική υγεία ή απλώς αντικατοπτρίζουν τα εθνικά στυλ απαντήσεων, ένα διαφορετικό επίπεδο στρωκτικότητα;

Όσον αφορά στην παροχή φροντίδας, η πιθανότητα ότι κάποιος δεν θα λάβει καθόλου – το κενό φροντίδας- εμφανίζεται ιδιαίτερα μεγάλο για χώρες με προηγμένα κράτη πρόνοιας. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τα ευρήματά μας σχετικά με την περιορισμένη άτυπη παροχή φροντίδας στα κράτη αυτά. Η άτυπη φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο και είναι πιο γρήγορη στην ανταπόκριση των αναγκών (Wanless et al., 2006). Ένας στους τρεις ανθρώπους που αδυνατεί να εκτελέσει τουλάχιστον μία καθημερινή δραστηριότητα δεν λαμβάνει βοήθεια, ενώ αυτό έχει αρνητική συσχέτιση με τη σοβαρότητα της ανάγκης και την ηλικία, κάτι που σημαίνει πως τα συστήματα φροντίδας αντιδρούν καλύτερα στους πιο ευάλωτους αφήνοντας όμως ακάλυπτους αυτούς που βρίσκονται στην αρχή των προβλημάτων τους και σε ηλικία 65-80. Μεγάλα κενά στη φροντίδα εμφανίζονται σε παρόμοιο βαθμό σε χώρες που ακολουθούν διαφορετικές λογικές στην παροχή της. Αξιοσημείωτη είναι η μη ύπαρξη συσχέτισης δημόσιων δαπανών και κενών φροντίδας. Αυτό αν συνδυαστεί με το εύρημα ότι οι αυξημένες δημόσιες δαπάνες συσχετίζονται με τη μειωμένη άτυπη φροντίδα, οδηγεί προς μια κατεύθυνση σκέψης ότι κατ' ουσίαν οι δημόσιες δαπάνες ενισχύουν τους άτυπους φροντιστές –αντικαθιστώντας τους μερικώς. Ναι μεν, δηλαδή, όπου υπάρχουν αυξημένες δημόσιες δαπάνες υπάρχει μειωμένη άτυπη φροντίδα (κάτι που επιτρέπει στους άτυπου φροντιστές και δη τις γυναίκες να μπορούν ευκολότερα να εργαστούν, εφόσον φεύγει κάποιο βάρος από πάνω τους) αλλά δεν συνεπάγεται μικρότερα κενά φροντίδας, κάτι που υποδεικνύει πως ούτε η άτυπη ούτε η τυπική φροντίδα μπορούν από μόνες τους να σηκώσουν το βάρος της μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι αλήθεια, ωστόσο, ότι όπου υπάρχει συνδυασμός τυπικής και άτυπης φροντίδας, τα κενά φροντίδας τείνουν να είναι μικρότερα. Οι Spasova et al. (2018), μελετώντας τις εθνικές πολιτικές των ευρωπαϊκών χωρών, επισημαίνουν ανεπαρκή διαθεσιμότητα τυπική φροντίδας στις χώρες της νότιας και ανατολικής Ευρώπης σε σύγκριση με τις σκανδιναβικές και τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης, ενώ οι Mot και Biro (2012) χρησιμοποιώντας δεδομένα SHARE (κύμα 2) διαφορετικών ετών βρήκαν μεγάλες διαφορές μεταξύ χωρών, με τα κενά φροντίδας να είναι υψηλότερα στη Γερμανία και χαμηλότερα στην Πολωνία.

Σε ό,τι αφορά το μίγμα φροντίδας, η διαφοροποίηση Νότου-Borρά είναι ένα κοινό εύρημα σε όλες τις συγκριτικές αναλύσεις (π.χ. Brugiavini et al, 2017; Greve, 2017; Bettio & Veraschagina, 2010; Riedel & Kraus, 2011; Brandt, 2013; Muir, 2017). Αυτό συνήθως ερμηνεύεται ότι προκύπτει από την πλευρά της προσφοράς, όπως η ικανότητα των δημόσιων φορέων και ο χαρακτήρας και οικονομικές δυνατότητες του κράτους πρόνοιας. Το κοινωνικό πλαίσιο είναι επίσης καθοριστικός παράγοντας για τη χρήση του είδους της φροντίδας (Hlebec

et al., 2019), καθώς υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σε κάθε χώρα ως προς το αν θα πρέπει να φέρει η οικογένεια ή το κράτος την ευθύνη για τη φροντίδα. Αυτό διερευνήθηκε στο πρώτο και στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE, το οποίο ρωτούσε ποιος πρέπει να παρέχει «βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού σε ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη». Οι ανατολικές χώρες και η Ελλάδα συμφωνούν ότι αυτή πρέπει να είναι η οικογένεια (πάνω από 50%), οι βόρειες χώρες και η Γαλλία πιστεύουν ότι πρέπει να είναι το κράτος (πάνω από 85%) ενώ οι κεντρικές χώρες βρίσκονται κάπου στο ενδιάμεσο (Lyberaki & Tinios, 2009). Ομοίως, διαφορές στη φύση των κοινωνικών προσδοκιών σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας και της κοινότητας σημειώνονται σε όλες τις χώρες με την πάροδο του χρόνου (European Commission, 2021; Greve, 2017; Fernandez et al. 2009). Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών φαίνεται να ακολουθούν κατηγοριοποίηση Esping-Andersen (1990), όπου οι διαφορές μεταξύ των χωρών της ίδιας γεωγραφικής ομάδας είναι μικρές, σε αντίθεση με τις διαφορές μεταξύ των γεωγραφικών ομάδων που είναι σημαντικές. Η πιθανότητα λήψης τυπικής φροντίδας αυξάνει με το βαθμό σοβαρότητας της ανάγκης και με την ηλικία. Οι άνδρες έχουν μικρότερη πιθανότητα να λάβουν τυπική φροντίδα· αυτό πιθανώς να οφείλεται στο ότι λαμβάνουν φροντίδα από τις συντρόφους τους. Η σχέση μεταξύ άτυπης φροντίδας και δημοσίων δαπανών είναι ισχυρά αρνητική. Αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη συσχέτισης μεταξύ χαμηλότερου κενού φροντίδας και υψηλότερων δημόσιων δαπανών, θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι οι δημόσιες δαπάνες, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, επιτρέπουν στους άτυπους φροντιστές -κυρίως γυναίκες- να απέχουν εν μέρει από τις ευθύνες φροντίδας και να διευκολύνεται η συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ληπτών φροντίδα δείχνει ότι η άτυπη φροντίδα ικανοποιεί περισσότερο τις ανάγκες τους. Προηγούμενες μελέτες (Calvo-Perxas et al., 2018; OECD, 2013) που εξετάζουν ζητήματα που σχετίζονται με την ικανοποίηση, σημειώνουν ότι οι δικαιούχοι φροντίδας αναζητούν μεγαλύτερη φωνή και περισσότερο έλεγχο στη ζωή τους (Calvo-Perxas et al., 2018). Αξιοσημείωτο είναι και δεν πρέπει να διαφεύγει σχολιασμού ότι οι σκανδιναβικές χώρες -που θεωρούνται ευρέως μοντέλα-πρότυπα για πολιτικές κοινωνικής μέριμνας και όπου η άτυπη φροντίδα είναι λιγότερο συχνή- έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας. Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η επίσημη φροντίδα εγγυάται τον επαγγελματισμό, ενώ η άτυπη φροντίδα παρέχει συναισθηματική ασφάλεια, είναι πιο γενναιόδωρη από άποψη χρόνου και προσφέρει την «ανθρώπινη πινελιά». Η άτυπη φροντίδα που παρέχεται σε συγγενείς ή φίλους δεν έχει χρονικούς περιορισμούς και μπορεί να είναι συναισθηματικά γενναιόδωρη, ακόμη και αν δεν διαθέτει τεχνική εξειδίκευση. Η επίσημη επαγγελματική βοήθεια μπορεί να είναι αποτελεσματική, αλλά πρέπει να εξοικονομήσει χρόνο με τους λήπτες, διατρέχοντας τον κίνδυνο να θεωρηθεί απρόσωπη (Cavendish, 2019). Συνεπώς και τα δύο ήδη φροντίδας είναι αναγκαία και πρέπει να αντιμετωπίζονται συμπληρωματικά. Μια εναλλακτική ερμηνεία είναι ότι η πληρωμή για επαγγελματικές υπηρεσίες γεννά μεγαλύτερες προσδοκίες από ό,τι για υπηρεσίες που παρέχονται δωρεάν χωρίς εμφανή υποχρέωση (Titmuss, 1970). Ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι από εκείνους που λαμβάνουν φροντίδα, μόνο εκείνοι που έχουν σοβαρή ανάγκη (πάνω από 3 ADL) εκφράζουν πάντοτε ικανοποίηση. Αντίθετα, η πλειοψηφία που έχει ελαφρύτερες ανάγκες θα ήθελε περισσότερη προσοχή. Οι αποδέκτες άτυπης φροντίδας φαίνονται ευχαριστημένοι με τη φροντίδα που τους

παρέχεται, προφανώς αναγνωρίζοντας τις (ανιδιοτελείς) προσπάθειες των φροντιστών τους. Αυτό, ωστόσο, λέει λίγα για το πώς αισθάνονται αυτοί οι φροντιστές, για παράδειγμα ότι πρέπει να εγκαταλείψουν την εργασία τους ή να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα (κάτι που είναι σύνηθες για τις γυναίκες που φροντίζουν άτυπα).

Τι σημαίνουν τα ευρήματά μας για την πολιτική σε ευρωπαϊκό επίπεδο; Είναι σαφές ότι τόσο η τυπική όσο και η άτυπη φροντίδα είναι εξίσου σημαντικές για τη σταθερότητα ενός συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας. Το ένα είδος φροντίδας δεν μπορεί να υποκαταστήσει πλήρως το άλλο. Χώρες με μικτά συστήματα φροντίδας —ένας συνδυασμός τυπικής και άτυπης φροντίδας— μπορούν να αποκομίσουν τα οφέλη και των δύο ειδών, φέρνοντας σε ισορροπία την ευημερία των άτυπων φροντιστών, την ικανοποίηση των αναγκών των ληπτών φροντίδας και την ισόρροπη κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, που δεν είναι ανεξάντλητοι. Υπάρχει σαφής ένδειξη ότι οι δημόσιες πολιτικές πρέπει να κινηθούν προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης υποστήριξης προς τους οικογενειακούς/άτυπους φροντιστές και της μεγιστοποίησης των συνεργειών μεταξύ τυπικών και άτυπων συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας. Υπάρχει, επίσης, σαφής ανάγκη για μια τυποποιημένη αξιολόγηση και ταξινόμηση των αναγκών φροντίδας που θα λαμβάνει υπόψη και τα άτομα ηλικίας 65-80 ετών με μικρή ή μεσαία ανάγκη φροντίδας.

Κεφάλαιο 5: Διαφοροποιήσεις δεικτών φροντίδας με τη συμπερίληψη των iADLs (λειτουργικές δραστηριότητες) – Ανάλυση αναγκών φροντίδας ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία

5.1 Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται σε μεγαλύτερη ανάλυση η δυνητική ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στη βάση όχι μόνο των δυσκολιών με δραστηριότητες ADL αλλά με επικέντρωση στις δυσκολίες με iADLs όπως αυτές προσδιορίστηκαν στο Κεφάλαιο 1.1. Η ύπαρξη δυσκολιών μόνο με iADLs χωρίς τη συνύπαρξη με δυσκολίες ADL συνήθως δεν εξετάζεται από τους ερευνητές πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας. Όπως, δε, ήδη αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1.4, η ύπαρξη δυσκολιών με ADLs αποτελεί βασική προϋπόθεση σε όλες τις χώρες της Ευρώπης που εξετάστηκαν, προκειμένου κάποιος να είναι δικαιούχος δημόσιου προγράμματος μακροχρόνιας φροντίδας. Μόνο αν κάποιος αντιμετωπίζει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL αρχίζουν να προσμετρούνται και τα iADLs. Αν το δει όμως κανείς επί της ουσίας, ένας ηλικιωμένος που μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί με όλες τις δραστηριότητες ADL αλλά αδυνατεί να κάνει ψώνια, να βγει έξω ή να βάλει πλυντήριο ρούχων, αντικειμενικά χρήζει βοήθειας, αφού έχει έλλειμμα αυτοεξυπηρέτησης. Ενδεχομένως όχι τόσο εντατικής όσο με τις δραστηριότητες ADL, αλλά πάντως σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να αγνοηθούν. Τα iADLs απαιτούν πιο σύνθετο σχεδιασμό και σκέψη από ένα άτομο για να τις εκτελέσει σε σύγκριση με τα ADLs και πολλές φορές δεν πέφτει καν στην αντίληψη του ίδιου του ατόμου ότι δεν μπορεί να τα πραγματοποιήσει το ίδιο εύκολα με παλαιότερα. Τα iADLs πολύ συχνά αποτελούν την πρώτη ένδειξη ότι ένα άτομο χρειάζεται λίγη βοήθεια στην αυτόνομη διαβίωση (*myhealth.alberta.ca*, accessed July 2022). Επίσης, τα iADLs ενδέχεται να σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης γνωσιακών προβλημάτων (*Jekel et al., 2015*).

Επομένως αυτό το Κεφάλαιο, είναι συμπληρωματικό του προηγούμενου δίνοντας ένα επιπλέον βάθος ανάλυσης που εστιάζει στο *σύνολο* των εκφρασμένων αναγκών των ηλικιωμένων ανά χώρα, και όχι μόνο σε αυτές που καθορίζονται από τα γραφειοκρατικά συστήματα. Με την ανάλυση αυτή μπορεί να διαπιστωθεί και διαφοροποίηση μεταξύ χωρών στο πώς αντιμετωπίζονται οι ανάγκες iADL εν συγκρίσει με τις ανάγκες ADL, κάτι που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη διάσταση του φύλου, καθώς πολλές από τις iADL δραστηριότητες, όπως οι δουλειές σπιτιού, η ετοιμασία φαγητού και το πλυντήριο ρούχων είθισται να ταυτίζονται στερεοτυπικά με το γυναικείο φύλο.

Πιο συγκεκριμένα, στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται:

- Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65+ που αντιμετωπίζει δυσκολίες μόνο με iADLs, καθώς και το συνολικό ποσοστό που βρίσκεται σε *οποιοδήποτε* τύπου ανάγκης φροντίδας (δυσκολίες είτε με ADLs είτε με iADLs) ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία.
- Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65+ που αντιμετωπίζει δυσκολίες μόνο με iADLs και δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα/βοήθεια.
- Ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών όσων λαμβάνουν βοήθεια με iADLs

Σημειώνεται πως δεν εξετάστηκε ο δείκτης Μίγματος Φροντίδας με δραστηριότητες iADLs, καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα όπως είναι δομημένο το ερωτηματολόγιο της έρευνας SHARE να προσμετρηθεί τυχόν παρεχόμενη βοήθεια με iADLs από άτομα που μένουν στο ίδιο νοικοκυριό, όπως αντίθετα συμβαίνει με τα ADLs. Υπενθυμίζεται, όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 4, ότι η άτυπη φροντίδα ορίζεται ως η *προσωπική φροντίδα (ADLs)* που λαμβάνει κανείς από άτομα που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό ή η *οποιοδήποτε είδους βοήθεια (ADLs και iADLs)* που λαμβάνει κανείς μη επαγγελματικά από άτομα που ζουν εκτός νοικοκυριού. Δηλαδή, η βοήθεια με iADLs που παρέχεται από άτομα που ζουν εντός του ίδιου νοικοκυριού δεν καταγράφεται καθόλου, καθώς, όπως ήδη έχει αναφερθεί στον Πίνακα 2.1 του Κεφαλαίου 2, το σχετικό ερώτημα στους ερευνώμενους είναι διατυπωμένο ως εξής: “Υπάρχει κάποιος που ζει σε αυτό το νοικοκυριό, ο οποίος σας βοήθησε τακτικά κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες με προσωπική φροντίδα, όπως για παράδειγμα το μπάνιο, το να σηκώνεστε από το κρεβάτι, το ντύσιμο;”

Για τον ίδιο λόγο, στο παρόν Κεφάλαιο χρησιμοποιήθηκε διαφορετικός ορισμός *Μη λήψης φροντίδας*, όπως περιγράφεται αμέσως πιο κάτω στην ενότητα 5.2.2.

5.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση

5.2.1 Δεδομένα

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE (wave 6), όπως και στο προηγούμενο Κεφάλαιο.

5.2.2 Μετρήσεις

Σε αυτό το κεφάλαιο επικεντρωθήκαμε στα iADLs (λειτουργικά ADL) σε αντίθεση με το προηγούμενο που έγινε ανάλυση μόνο με τα ADLs. Υπενθυμίζεται (βλ. Κεφάλαιο 1.1) πως οι δραστηριότητες iADLs αφορούν δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δυνατότητα διαχείρισης ενός νοικοκυριού ή με τη δυνατότητα μετακίνησης εκτός σπιτιού και διαχείρισης χρημάτων, όπως: ψώνια ειδών σουπερμάρκετ, ετοιμασία φαγητού, χρήση τηλεφώνου, δουλειές σπιτιού, λήψη φαρμάκων, πλύσιμο ρούχων, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, διαχείριση χρημάτων, δυνατότητα χρήσης χάρτη για προσανατολισμό. Συνεπώς αφορούν δραστηριότητες για τις οποίες κατά κανόνα χρειάζεται βοήθεια σε λιγότερο τακτικά διαστήματα συγκριτικά με τις δραστηριότητες ADLs που χρήζουν προσωπικής φροντίδας και αφορούν στη δυνατότητα να μπορεί να φάει κανείς μόνος του, να κάνει μπάνιο, να ντυθεί, να σηκωθεί και να ξαπλώσει στο κρεβάτι, να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, να περπατήσει στο δωμάτιο, δηλαδή βασικές δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης. Υπενθυμίζεται ακόμα, πως στο κεφάλαιο 1 είδαμε ότι στα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας σχεδόν όλων των χωρών, απαραίτητη προϋπόθεση για να θεωρηθεί σε ανάγκη φροντίδας και να λάβει δημόσια φροντίδα είναι να έχει δυσκολία τουλάχιστον με 1 ADL, αφήνοντας κατά κανόνα εκτός όσους έχουν δυσκολίες μόνο με iADLs. Αυτός είναι και ο λόγος της διαφοροποίησης της ανάλυσης σε δύο διακριτά κεφάλαια του παρόντος (4 και 5).

Η μη λήψη φροντίδας στο παρόν κεφάλαιο ορίζεται διαφορετικά σε σχέση με το Κεφάλαιο 4. Ο λόγος της διαφοροποίησης είναι ότι με τον τρόπο που δομήθηκε ο ορισμός του προηγούμενου κεφαλαίου σε συνδυασμό με τον τρόπο που είναι δομημένο το ερωτηματολόγιο

της έρευνας SHARE, όπως αναφέραμε και ανωτέρω (βλ. ενότητα 5.1), η φροντίδα που παρέχεται από άτομο που ζει στο ίδιο νοικοκυριό με το άτομο που χρήζει φροντίδας δεν προσμετρά την βοήθεια με δραστηριότητες iADL παρά μόνο τη βοήθεια με τις δραστηριότητες ADL. Κρίθηκε λοιπόν επιβεβλημένο, ο ορισμός μη λήψης φροντίδας, προκειμένου να διαπιστωθεί η μη λήψη φροντίδας με δραστηριότητες iADL, να στηριχτεί σε διαφορετική ερώτηση της έρευνας SHARE, η οποία δεν διαχωρίζει μεν από που λαμβάνεται η φροντίδα (αν δηλαδή λαμβάνεται από επαγγελματία, ανεπίσημα από άτομο που ζει εκτός νοικοκυριού ή ανεπίσημα από άτομο που ζει εντός νοικοκυριού) αλλά συμπεριλαμβάνει τις δραστηριότητες iADLs. Η διατύπωση της εν λόγω ερώτησης, η οποία έχει απευθυνθεί μόνο στα άτομα που έχουν δηλώσει δυσκολίες με ADLs ή και με iADLs είναι: *Σκεπτόμενος/η σχετικά με δραστηριότητες με τις οποίες έχετε πρόβλημα (σ.σ. ADL ή/και iADL), σας βοηθά ποτέ κανείς με αυτές τις δραστηριότητες; (Συμπεριλαμβάνοντας τον/τη σύντροφο σας ή άλλα άτομα του νοικοκυριού σας).* Δυνητικές απαντήσεις: α) Ναι, β) Όχι. Εάν απαντήσουν ‘Ναι’, θεωρείται πως λαμβάνουν φροντίδα, ενώ εάν απαντήσουν ‘Όχι’, θεωρείται πως δεν λαμβάνουν φροντίδα.

Ο τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης φροντίδας δεν διαφοροποιείται από το Κεφάλαιο 4.

5.2.3 Στατιστικές Μέθοδοι

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση προκειμένου να αποτυπωθεί η μεγάλη εικόνα. Έγινε σύγκριση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας 65+ που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδα ανά επίπεδο ανάγκης φροντίδας μεταξύ χωρών ανά φύλο και ανά ηλικιακό εύρος. Εν συνέχεια έγινε ανάλυση probit προκειμένου διερευνηθεί σε τι βαθμό οι ανεξάρτητες μεταβλητές: ηλικία, φύλο, τέκνα, σύνθεση νοικοκυριού, κατάσταση υγείας και χώρα διαμονής επηρεάζουν την πιθανότητα κάποιος να βρίσκεται σε ανάγκη λειτουργικής φροντίδας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας έχει οριστεί 0.05.

5.2.4 Περιορισμοί

Επιπλέον περιορισμοί του παρόντος Κεφαλαίου, πέραν των γενικών που ήδη περιγράφονται στην ενότητα 2.4, είναι οι εξής:

- η δυνατότητα μέτρησης της φροντίδας/βοήθειας με δραστηριότητες iADL από άτομα που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό, για τους λόγους που αναλυτικά περιγράφηκαν στην ενότητα 5.1.
- η αλλαγή του ορισμού που χρησιμοποιείται για τη *Μη λήψη φροντίδας* δεν επιτρέπει άμεση σύγκριση σε απόλυτους αριθμούς με τα αποτελέσματα του Κεφαλαίου 4.

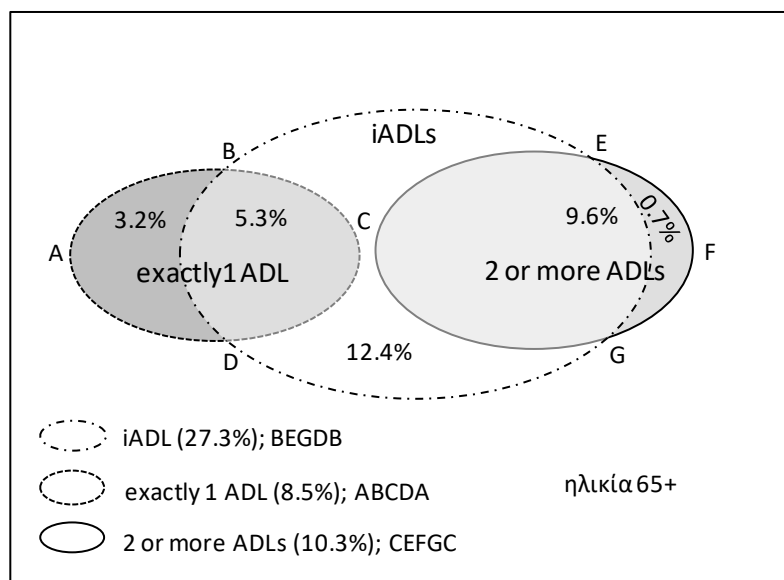
5.3 Αποτελέσματα

5.3.1 Ο δείκτης Ανάγκης Φροντίδας (βάσει iADLs)

Στη βάση των ανωτέρω, και αν συμπεριλάβουμε τα iADLs στην ανάλυση, το 31.2% των ατόμων ηλικίας 65+ στο σύνολο των χωρών της έρευνας SHARE, βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας, με το 10.3% να αντιμετωπίζει δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs, το 8.5% με 1 ADL και το 12.4% μόνο με iADL χωρίς δυσκολίες με ADL (βλ. Διάγραμμα 5.2 κατωτέρω).

Στο παρακάτω Venn Διάγραμμα 5.1 αποτυπώνεται το ποσοστό ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs και iADLs για το σύνολο των υπό εξέταση χωρών προκειμένου να υπάρχει η μεγάλη εικόνα σχετικά με την συνύπαρξη ή μη ADLs και iADLs. Στη σκιασμένη περιοχή ABDA βλέπουμε όσους έχουν δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL χωρίς δυσκολίες με iADL (3.2% επί του συνόλου των ατόμων ηλικίας 65+) και στην περιοχή EFGE όσους έχουν δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs χωρίς δυσκολίες με iADLs (0.7%). Αντίστοιχα, στη σκιασμένη περιοχή BCDB βλέπουμε όσους έχουν δυσκολία με ακριβώς 1 ADL και τουλάχιστον 1 iADL (5.3%) και στην περιοχή EGCE όσους έχουν δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs και τουλάχιστον 1 iADL (9.6%). Τέλος, στην *μη* σκιασμένη περιοχή BCDGCEB αποτυπώνονται όσοι έχουν δυσκολίες *μόνο* με iADLs χωρίς δυσκολίες με ADLs (12.4%). Καθώς, συνεπώς, αυξάνονται τα ADLs μειώνεται το ποσοστό όσων δεν έχουν δυσκολίες με iADLs. Σημειώνεται πως και στο Κεφάλαιο 3 (Πίνακας 3.2) είχε αποτυπωθεί η μείωση όσων δεν έχουν δυσκολίες με iADLs με την αύξηση των ADLs. Για πάνω από το 90% όσων αντιμετωπίζουν δυσκολίες με 3 ή περισσότερα ADLs συνυπάρχουν και δυσκολίες με iADLs (όπως έχουν οριστεί στο Κεφάλαιο 3), ποσοστό που πέφτει μόλις 10 pp. για όσους έχουν δυσκολίες με 2 ADLs και φθάνει περί το 54% για όσους έχουν δυσκολίες με 1 ADL.

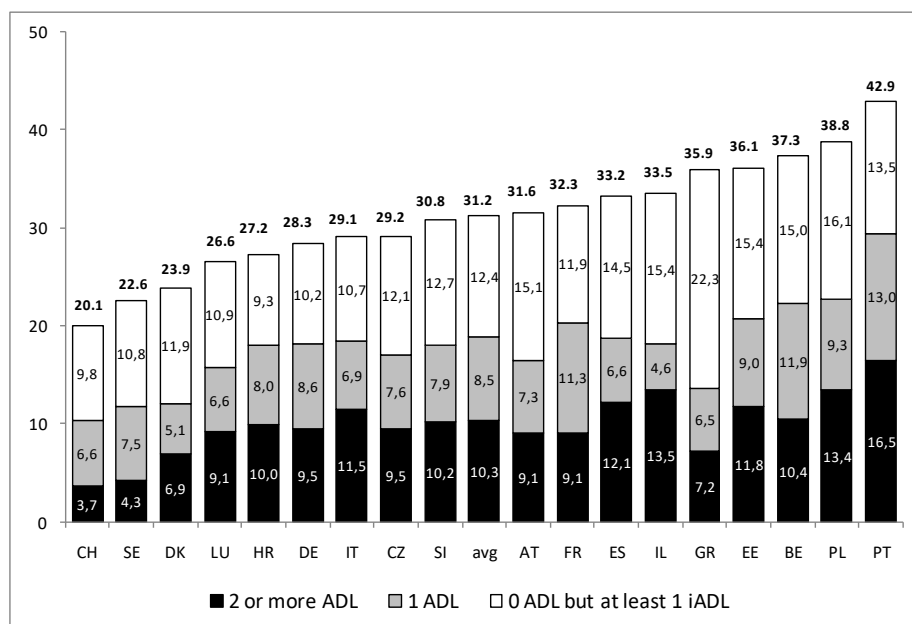
Στη βάση των παραπάνω και λαμβάνοντας υπόψη πως στο κεφάλαιο 4 εξετάστηκαν οι περιπτώσεις δυσκολιών με τουλάχιστον 1 ADL, στο παρόν κεφάλαιο η προσοχή δίδεται σε αυτούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs χωρίς δυσκολίες με ADLs, κάτι που όπως είδαμε και στην ενότητα 4.1.2.2 εξηγεί εν μέρει την «πλεονασματική» φροντίδα όπως αποτυπώθηκε στο Διάγραμμα 4.4 του Κεφαλαίου 4.



Διάγραμμα 5.1: Συσχέτιση ADL και iADLs, Venn διάγραμμα, άτομα ηλικίας 65+. Τα ποσοστά αναφέρονται επί του συνόλου των ατόμων ηλικίας 65+.

Επιπλέον, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαφορές αναγκών με iADLs *ανά χώρα* σε σύγκριση με τις ανάγκες όπως αποτυπώθηκαν λαμβάνοντας υπόψη μόνο τα ADLs. Η γενική εικόνα είναι ότι το ποσοστό των ατόμων που έχουν δυσκολίες μόνο με iADLs ακολουθεί την ίδια τάση με

το ποσοστό των ατόμων που έχουν δυσκολίες με ADLs. Ελβετία, Σουηδία και Δανία εξακολουθούν να είναι οι χώρες με τις μικρότερες ανάγκες ακόμη και όταν συμπεριληφθούν τα iADLs και οι Πορτογαλία, το Βέλγιο και η Πολωνία οι χώρες με τις μεγαλύτερες ανάγκες. Εξαιρέση αποτελούν η Ελλάδα και η Κροατία. Η μεν Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ατόμων σε ανάγκη βοήθειας μόνο με iADLs την ώρα που είναι η τέταρτη χαμηλότερη σε ανάγκη βοήθειας με ADLs, η δε Κροατία έχει το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων σε ανάγκη βοήθειας με iADLs την ώρα που είναι περίπου στη μέση σε ό,τι αφορά στην ανάγκη βοήθειας με ADLs. Το γεγονός πως σε γενικές γραμμές, οι ανάγκες σε iADLs ακολουθούν την τάση έκαστης χώρας στις ανάγκες ADLs αποτελεί ένδειξη συνάφειας των μηχανισμών που οδηγούν στις αντίστοιχες δυσκολίες.



Διάγραμμα 5.2: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/iADL, ανά χώρα.

Κατηγοριοποιώντας τον πληθυσμό των ατόμων ηλικίας 65+ σε δύο ηλικιακές κατηγορίες 65-80 και 80+, παρατηρούμε μεγάλες διαφοροποιήσεις.

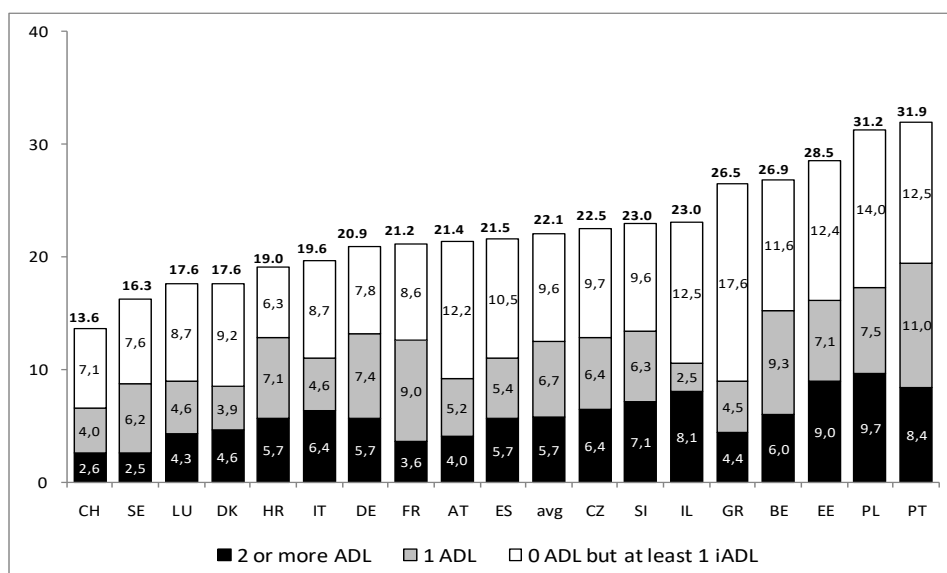
Για το σύνολο των υπό εξέταση χωρών, το ποσοστό των ατόμων ηλικιακής κατηγορίας 65-80 που βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας ανέρχεται στο 22,1% εκ των οποίων 9,6 pp. έχει δυσκολίες μόνο με iADLs, ενώ για τα άτομα ηλικίας 80+ το ποσοστό είναι σχεδόν τριπλάσιο φθάνοντας το 57%, εκ των οποίων 20,2 pp. αφορά σε δυσκολίες μόνο με iADLs (βλ. Διαγράμματα 5.3 και 5.4 κατωτέρω), κάτι που δείχνει πως όσο αυξάνει η ηλικία μειώνονται σχετικά όσοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs σε σχέση με όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες και με ADLs.

Σε ό,τι αφορά τη σύγκριση μεταξύ χωρών, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις. Η Ελβετία, η Σουηδία και η Δανία είναι οι χώρες που εμφανίζουν το χαμηλότερο συνολικό ποσοστό ανάγκης φροντίδας, τόσο στην ηλικιακή κατηγορία 65-80 όσο και στην ηλικιακή κατηγορία 80+. Στον αντίποδα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στην Πορτογαλία, στην Πολωνία, στο Βέλγιο και στο Ισραήλ, με τις υπόλοιπες χώρες να βρίσκονται σχετικά κοντά

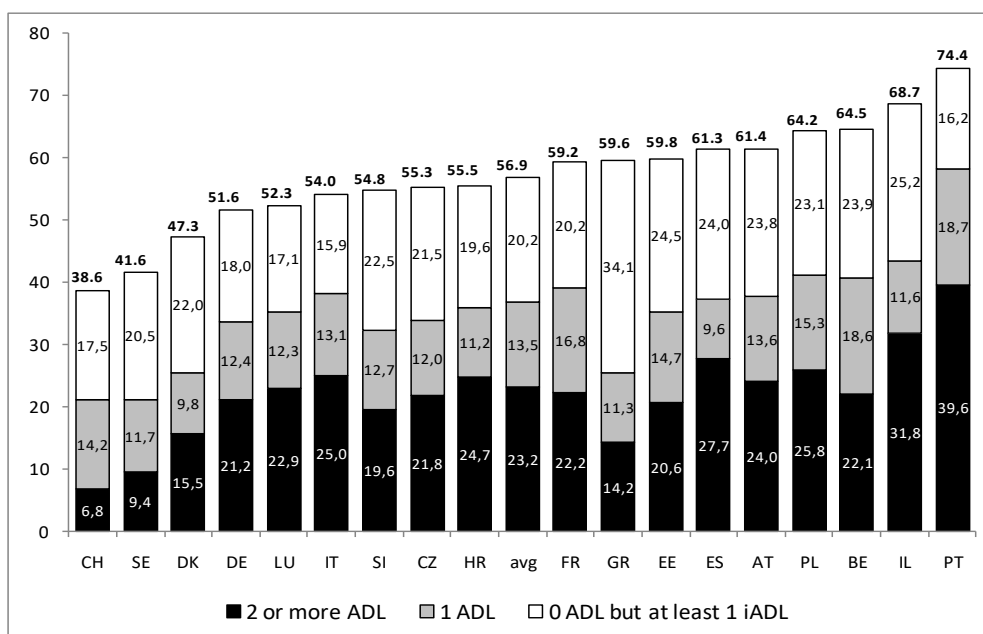
στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Στην Ελλάδα, το συνολικό ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται σε οποιονδήποτε βαθμό ανάγκης φροντίδας ανέρχεται στο 26.5% για την ηλικιακή κατηγορία 65-80 και στο 59.6% για την ηλικιακή κατηγορία 80+, με την σημαντική παρατήρηση πως σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες, από τη μία παρουσιάζει το τέταρτο χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL και από την άλλη το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με iADL χωρίς να υπάρχουν δυσκολίες με ADL.

Ανά βαθμό ανάγκης φροντίδας, η Ελβετία, η Σουηδία και η Δανία είναι οι χώρες που εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά ατόμων με τουλάχιστον 1 ADL τόσο για τις ηλικίες 65-80 όσο και για τις ηλικίες 80+. Αντίθετα, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν η Πορτογαλία, η Πολωνία, το Βέλγιο και το Ισραήλ, με τις υπόλοιπες χώρες να βρίσκονται σχετικά κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Στην Ελλάδα, το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL είναι όπως είπαμε και ανωτέρω από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα είναι 8.9% (4.4% με τουλάχιστον 2 ADL και 4.5% με 1 ADL) για την ηλικιακή κατηγορία 65-80 και 25.5% (14.2% με τουλάχιστον 2 ADL και 11.3% με 1 ADL) για την ηλικιακή κατηγορία 80+.

Σε ό,τι αφορά τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες **μόνο με iADL**, η Ελβετία, η Κροατία και η Γερμανία εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζει με διαφορά η Ελλάδα, ακολουθούμενη από την Πολωνία, την Εσθονία και το Ισραήλ, με τις υπόλοιπες χώρες να βρίσκονται σχετικά κοντά στον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται σε μικρή ανάγκη φροντίδας μόνο με iADL ανέρχεται στην Ελλάδα σε 17.6% για την ηλικιακή κατηγορία 65-80 και σε 34.1% για την ηλικιακή κατηγορία 80+.



Διάγραμμα 5.3: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65-80 με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/iADL, ανά χώρα.



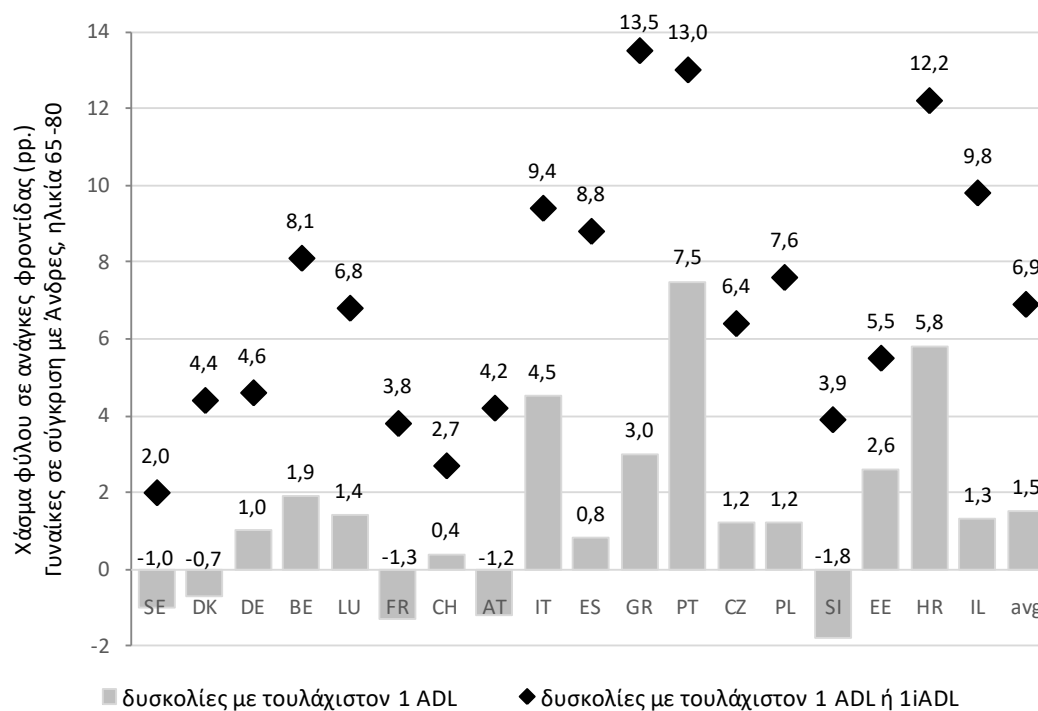
Διαγράμμαμα 5.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 80+ με κάποιο βαθμό εκτιμώμενης ανάγκης φροντίδας βάσει δυσκολιών με ADL/iADL, ανά χώρα.

Σε ό,τι αφορά τη διάσταση του φύλου, στα παρακάτω Διαγράμματα 5.5 και 5.6 αποτυπώνονται σε ποσοστιαίες μονάδες το χάσμα ανάγκης φροντίδας μεταξύ γυναικών και ανδρών ανά χώρα, είδος ανάγκης φροντίδας και ηλικιακή κατηγορία. Δηλαδή, τα διαγράμματα απεικονίζουν τη διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ των ποσοστών των γυναικών και των ανδρών σε ανάγκη φροντίδας. Για παράδειγμα, εάν το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 65-80 στην Ελλάδα που αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL ή 1 iADL είναι 32.7% και των ανδρών είναι 19.2%, τότε το χάσμα ανάγκης φροντίδας μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι 13.5 pp. Τα διαγράμματα δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πολύ πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα με iADL από ότι οι άνδρες. Το χάσμα φύλου (σταθμισμένο) ανάγκης φροντίδας είναι ιδιαίτερα ψηλό όταν συμπεριλαμβάνονται και τα iADL ανεξαρτήτως της συνύπαρξης με ADLs, ενώ η ύπαρξη ADL επηρεάζει το χάσμα ανάγκης φροντίδας περισσότερο για την ηλικιακή κατηγορία 80+.

Το χάσμα φύλου στην ανάγκη φροντίδας για την ηλικιακή κατηγορία 65-80 όταν συμπεριλαμβάνονται και τα iADLs ανεξαρτήτως συνύπαρξης με ADLs κυμαίνεται από 2 pp. στη Σουηδία έως 13,5 pp. στην Ελλάδα, με τον μέσο όρο των υπό εξέταση χωρών να αγγίζει τις 7 pp. Εστιάζοντας, στα άτομα με δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL, το χάσμα φροντίδας μειώνεται σημαντικά στη 1,5 pp., με τη Σουηδία, τη Δανία, τη Γαλλία, την Αυστρία και τη Σλοβενία, μάλιστα, να εμφανίζουν οριακά αντίστροφα αποτελέσματα.

Η συνολική εικόνα δείχνει πως η βασική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών, ηλικίας 65-80, οφείλεται στο βαθμό ανάγκης βοήθειας που έχουν για τα iADL (που σε σημαντικό βαθμό αφορούν δουλειές νοικοκυριού) και όχι για τα ADL (προσωπική φροντίδα), κάτι που περισσότερο **αποτελεί ένδειξη για το ότι οι γυναίκες επιβαρύνονται περισσότερο με τις δουλειές νοικοκυριού και ως εκ τούτου έχουν δυσκολία να τις εκτελέσουν.**

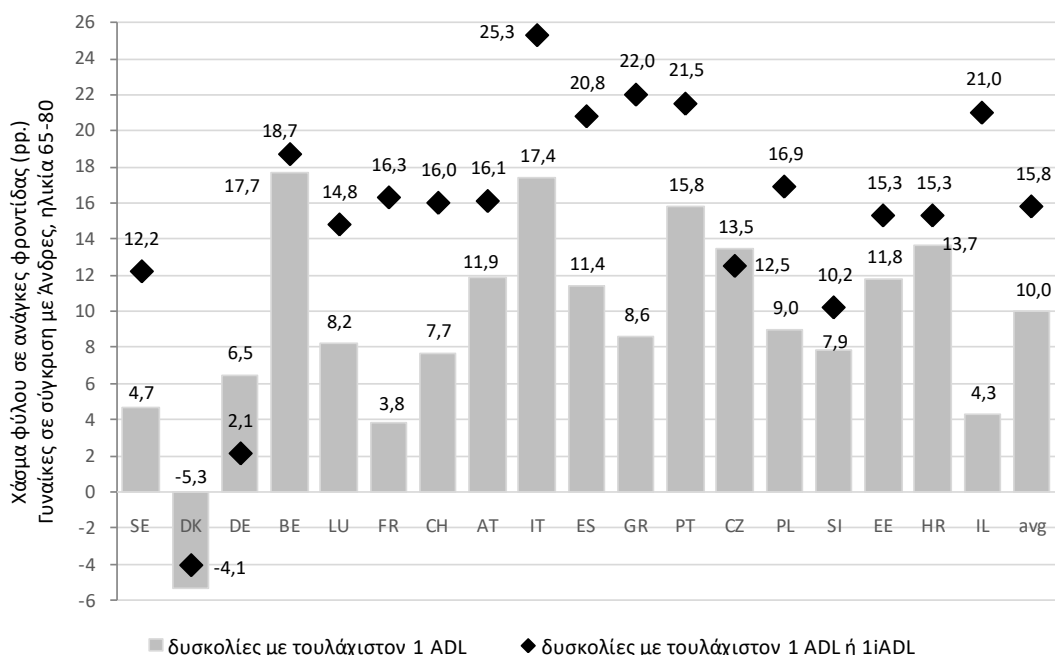
Εστιάζοντας στην Ελλάδα, το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 65-80 που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL ή iADL είναι 32.7% (το τρίτο υψηλότερο ανάμεσα στις υπό εξέταση χώρες) όταν των ανδρών είναι 19.2% (κοντά στον μέσο όρο των υπό εξέταση χωρών). Το, δε, ποσοστό των γυναικών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL είναι 10.3% και των ανδρών 7.3%, ποσοστά από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη.



Διάγραμμα 5.5: Χάσμα φύλου στις ανάγκες φροντίδας: Διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες, ηλικία 65-80, ανά χώρα

Όταν πηγαίνουμε στην ηλικιακή κατηγορία 80+, το ποσοστό των γυναικών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL ή iADL είναι 62.4%, όταν των ανδρών είναι κατά πολύ χαμηλότερο και ανέρχεται στο 46.6%. Σε ό,τι αφορά τον πληθυσμό που αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL, το ποσοστό των γυναικών είναι 40.2% και των ανδρών 30.2%. Για την Ελλάδα, το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 80+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL ή iADL ανέρχεται στο 68.6% και των ανδρών στο 46.6% (κοντά στον μέσο όρο και για τα δύο φύλα). Το, δε, ποσοστό των γυναικών που αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL είναι 29.4% όταν των ανδρών είναι 20.8% και είναι από τα χαμηλότερα της Ευρώπης.

Στο Διάγραμμα 5.6 αποτυπώνεται το χάσμα φροντίδας γυναικών-ανδρών για την ηλικιακή κατηγορία 80+, το οποίο όταν συμπεριλαμβάνονται και τα iADLS ανεξαρτήτως συνύπαρξης με ADLs, κυμαίνεται από 4.3 pp. στο Ισραήλ έως 25,3 pp. στην Ιταλία με τον μέσο όρο των υπό εξέταση χωρών να αγγίζει τις 16 pp., στην Ελλάδα να είναι 22 pp. και τη Δανία να αποτελεί τη μοναδική εξαίρεση όπου το χάσμα είναι εις βάρος των ανδρών. Εστιάζοντας, στα άτομα με δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL, το χάσμα ανάγκης φροντίδας είναι κατά μέσο όρο στις 10 pp. με το Βέλγιο και την Ιταλία να εμφανίζουν το υψηλότερο.



Διάγραμμα 5.6: Χάσμα φύλου στις ανάγκες φροντίδας: Διαφορά σε ποσοστιαίες μονάδες γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες, ηλικία 80+, ανά χώρα

Οι διαφορές αναγκών φροντίδας μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σημαντικές τόσο σε ότι αφορά σε δραστηριότητες ADLs όσο και σε δραστηριότητες iADLs. Οι διαφορές μπορούν να οφείλονται εν μέρει στη φύση των κοινωνικών «υποχρεώσεων», με την έννοια ότι οι γυναίκες αναμένεται από την κοινωνία να επιφορτίζονται τις δουλειές σπιτιού (iADLs) και ως εκ τούτου έχουν ανάγκη επιπλέον βοήθειας, ενώ οι άνδρες δεν θεωρούν αρμοδιότητά τους κάποιες εκ των δραστηριοτήτων iADLs. Από την άλλη και σε ότι αφορά την ανάγκη βοήθειας σε δραστηριότητες ADLs, εκεί οι διαφορές περισσότερο ενδέχεται έχουν να κάνουν με φυσικά χαρακτηριστικά παρά με κοινωνικά στερεότυπα. Οι, δε, διαφορές μεταξύ χωρών μπορούν να οφείλονται σε γραφειοκρατικά κριτήρια και θέματα νοοτροπίας.

Παρακάτω, στον Πίνακα 5.1 εξετάζεται για το σύνολο των υπό εξέταση χωρών σε τι βαθμό μεταβάλλεται η πιθανότητα να αντιμετωπίζει κανείς δυσκολίες με καθημερινές δραστηριότητες ανά είδος δραστηριοτήτων (ADLs ή iADLs) ελέγχοντας για την ηλικία, το φύλο, τη σύνθεση του νοικοκυριού, την ύπαρξη τέκνων, την κατάσταση της υγείας και τη χώρα, προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές μεταξύ των εξισώσεων ανά είδος δυσκολίας. Εξετάζεται, δηλαδή, κατά πόσο μεταβάλλονται οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών που ερμηνεύουν την πιθανότητα να αντιμετωπίζει κάποιος δυσκολία: α) είτε με ADL είτε με iADL, β) με τουλάχιστον 1 ADL, γ) μόνο με iADLs. Η κάθε εξίσωση εξετάζει διαφορετικές περιοχές του Διαγράμματος Venn (Διάγραμμα 5.1).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο συντελεστής επίδρασης της ηλικίας σχεδόν διπλασιάζεται όταν προστίθενται το iADL, δηλαδή όταν ερμηνεύει την πιθανότητα ένα άτομο να αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL ή iADL σε σύγκριση με την αντιμετώπιση δυσκολίας με τουλάχιστον 1 ADL ή μόνο με iADLs.

Η επίδραση του φύλου είναι στατιστικά σημαντική όταν υπάρχουν δυσκολίες με iADL ενώ δεν παίζει ανεξάρτητο ρόλο όταν υπάρχουν δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL, ενώ η επίδραση της σύνθεσης του νοικοκυριού και της ύπαρξης τέκνων μειώνεται όταν υπάρχει δυσκολία μόνο με iADLs. Σε ό,τι αφορά την κατάσταση της υγείας (γνωσιακά θέματα, ύπαρξη ασθενειών), ασκεί σημαντικά χαμηλότερη επίδραση όταν υπάρχουν δυσκολίες μόνο με iADLs σε σύγκριση με την ύπαρξη δυσκολιών με ADLs και δυσκολιών είτε με ADLs είτε με iADLs. Τέλος, οι συντελεστές επίδρασης των χωρών διαφοροποιούνται κατά περίπτωση και δεν είναι εύκολο να βγει ένα γενικό συμπέρασμα. Σε κάθε περίπτωση σημαντικό είναι να σημειώσουμε πως το μοντέλο εξηγεί καλύτερα την ύπαρξη Δυσκολιών είτε με ADL είτε με iADL και Δυσκολιών με τουλάχιστον 1 ADL απ' ότι την ύπαρξη Δυσκολιών μόνο με iADLs, καθώς το pseudo r-square είναι ιδιαίτερα χαμηλό (0.0739). Επίσης, και παρότι η Ελλάδα μοιάζει με outlier, λόγω ενδιαφέροντος και εστίασης προς τη χώρα, επιλέχθηκε να αποτελεί το μέτρο σύγκρισης (f) με τις υπόλοιπες χώρες. Φαίνεται, πάντως, πως η ύπαρξη δυσκολιών με δραστηριότητες iADLs χωρίς τη συνύπαρξη δυσκολιών με ADLs αποτελεί μια διακριτή κατηγορία αναγκών, για την οποία οι τιμές των ερμηνευτικών μεταβλητών διαφοροποιούνται σε σύγκριση με τις αντίστοιχες για δυσκολίες με ADLs.

Πίνακας 5.1 Εκτιμώμενη πιθανότητα να αντιμετωπίζει κανείς δυσκολίες με καθημερινές δραστηριότητες ανά είδος δυσκολίας ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6									
	<i>Είδος δυσκολίας</i>								
	Δυσκολία είτε με τουλάχιστον 1 ADL είτε με τουλάχιστον 1 iADL			Δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL			Δυσκολία μόνο με iADLs		
Y = prob (σε ανάγκη φροντίδας)	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z
ηλικία 65 έως και 69	f			f			f		
ηλικία 70 έως και 74	7.1	1.3	***	3.6	1.0	***	3.6	0.9	***
ηλικία 75 έως και 79	15.3	1.3	***	7.0	1.1	***	8.5	1.0	***
ηλικία 80 έως και 84	27.8	1.5	***	13.5	1.3	***	14.1	1.3	***
ηλικία 85 και άνω	44.5	1.6	***	28.7	1.7	***	14.5	1.5	***
φύλο (dummy: θήλυ '0', αρρεν '1')	-5.2	0.8	***	0.3	0.6		-4.3	0.5	***
ύπαρξη τέκνων (dummy: όχι '0', ναι '1')	-4.0	1.6	**	-2.0	1.2	*	-1.4	1.0	
Σύνθεση νοικοκυριού (dummy: διαμονή με άλλους '0', διαμένω μόνος '1')	5.0	1.1	***	2.6	0.8	***	1.6	0.6	
ύπαρξη ασθενειών που σχετίζονται με την κινητικότητα	16.8	0.9	***	12.5	0.8	***	2.1	0.6	***

ύπαρξη γνωσιακών προβλημάτων	44.0	2.9	***	31.1	2.5	***	-0.7	1.2	
ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας	23.7	0.8	***	15.4	0.6	***	6.3	0.6	***
Αυστρία	-6.1	1.3	***	2.1	1.3	*	-4.4	0.6	***
Γερμανία	-12.7	1.2	***	2.6	1.3	**	-8.9	0.6	***
Σουηδία	-12.5	1.0	***	-0.3	1.2		-6.6	0.4	***
Ισπανία	-7.4	1.3	***	3.1	1.4	**	-5.5	0.6	***
Ιταλία	-6.2	1.2	***	7.3	1.4	***	-7.4	0.5	***
Ελλάδα	f			f			f		
Γαλλία	-6.5	1.3	***	6.4	1.4	***	-6.9	0.5	***
Δανία	-11.4	1.1	***	-0.6	1.2		-5.8	0.5	***
Ελβετία	-12.5	1.2	***	-0.5	1.3		-6.6	0.5	***
Βέλγιο	-2.2	1.3		9.9	1.4	***	-4.5	0.5	***
Ισραήλ	-2.5	1.8		7.3	1.8	***	-3.5	0.8	***
Τσεχία	-6.4	1.2	***	5.3	1.4	***	-5.8	0.5	***
Σλοβενία	-6.5	1.3	***	5.7	1.4	***	-5.8	0.5	***
Πολωνία	-3.1	1.8		6.6	1.8	***	-4.7	0.8	***
Λουξεμβούργο	-10.5	1.7	***	2.6	1.9		-6.4	0.7	***
Πορτογαλία	6.1	3.0	**	18.6	3.1	***	-5.3	1.3	***
Εσθονία	-6.8	1.1	***	4.8	1.3	***	-5.5	0.5	***
Κροατία	-12.0	1.3	***	3.8	1.7	**	-7.8	0.5	***
*p<.10, **p<.05, ***p<.01; f: παραλειπόμενη τιμή ADL: activities of daily living; iADL: instrumental activities of daily living									
Αριθμός παρατηρήσεων (n)	39,707								
pseudo R-square	0.2329			0.2094			0.0739		

Συνεπώς, συμπερασματικά και στη βάση των ανωτέρω, στον παραπάνω Πίνακα 5.1 βλέπουμε ότι ανεξαρτήτως άλλων συμπαράγοντων, οι γυναίκες έχουν 4.3 ποσοστιαίες μονάδες μεγαλύτερη πιθανότητα να βρίσκονται σε ανάγκη βοήθειας μόνο με iADLs και 5.3 να βρίσκονται σε ανάγκη βοήθειας με ADLs ή iADLs σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για ανάγκη βοήθειας με ADLs, κάτι που επιβεβαιώνει την περιγραφική ανάλυση της προηγούμενης ενότητας. Οι ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά, όσοι ζουν μόνοι και όσοι έχουν προβλήματα υγείας έχουν αυξημένη πιθανότητα να βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας. Τέλος, για κάθε ηλικιακή κατηγορία εύρους 5ετίας, η αύξηση της πιθανότητας να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας αυξάνει σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα, άτομα ηλικία 85+ έχουν αυξημένη πιθανότητα 44.5 ποσοστιαίων μονάδων να βρίσκονται σε κάποιο επίπεδο ανάγκης φροντίδας (ADL ή iADL) σε σύγκριση με άτομα ηλικία μεταξύ 65 έως 69 ετών, και 28.7 ποσοστιαίων μονάδων να έχουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL, ενώ μειώνεται στις 14.5 ποσοστιαίες μονάδες για τις περιπτώσεις όπου υπάρχουν δυσκολίες μόνο με iADLs.

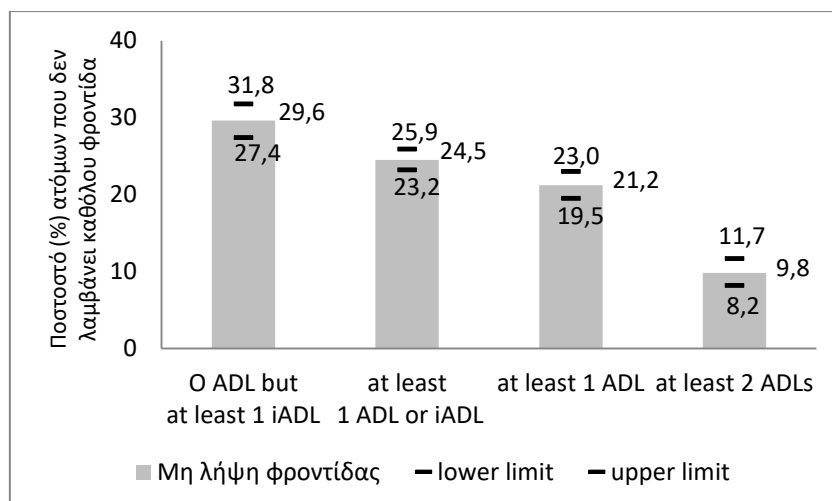
Στην Ελλάδα φαίνεται ότι τα iADLs έχουν ουσιαστικότερο ρόλο. Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες χώρες υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να βρίσκεται κανείς

σε ανάγκης βοήθειας για δραστηριότητες iADL, κάτι που όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως ίσως παραπέμπει σε θέματα νοοτροπιών και σε γενικότερα θέματα στερεοτύπων και φύλου. Αντίθετα, δεν ισχύει το ίδιο για τις δραστηριότητες ADL, όπου οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα από 18.6 ποσοστιαίες μονάδες σε σύγκριση με την Πορτογαλία έως 3.1 σε σύγκριση με την Ισπανία, με την πιθανότητα να είναι ίδια -μη στατιστικά σημαντικά διαφορετική- με χώρες όπως η Δανία, η Σουηδία και η Ελβετία.

Συμπερασματικά, όταν μιλάμε για ανάγκη φροντίδας μόνο με iADLs η επίδραση όλων των υπόλοιπων ερμηνευτικών μεταβλητών ατομικού χαρακτήρα πλην φύλου είναι μειωμένη σε σύγκριση με την ανάγκη φροντίδας με ADLs, ενώ αντίστροφα όταν μιλάμε για ανάγκη φροντίδας είτε με ADLs είτε με iADLs η επίδραση όλων των ερμηνευτικών μεταβλητών είναι αυξημένες σε σύγκριση με την ανάγκη φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL. Τα iADLs συνεπώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό δημόσιων πολιτικών, καθώς η μη συμπερίληψη τους αφήνει ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού σε ανάγκη βοήθειας εκτός οπτικού πεδίου.

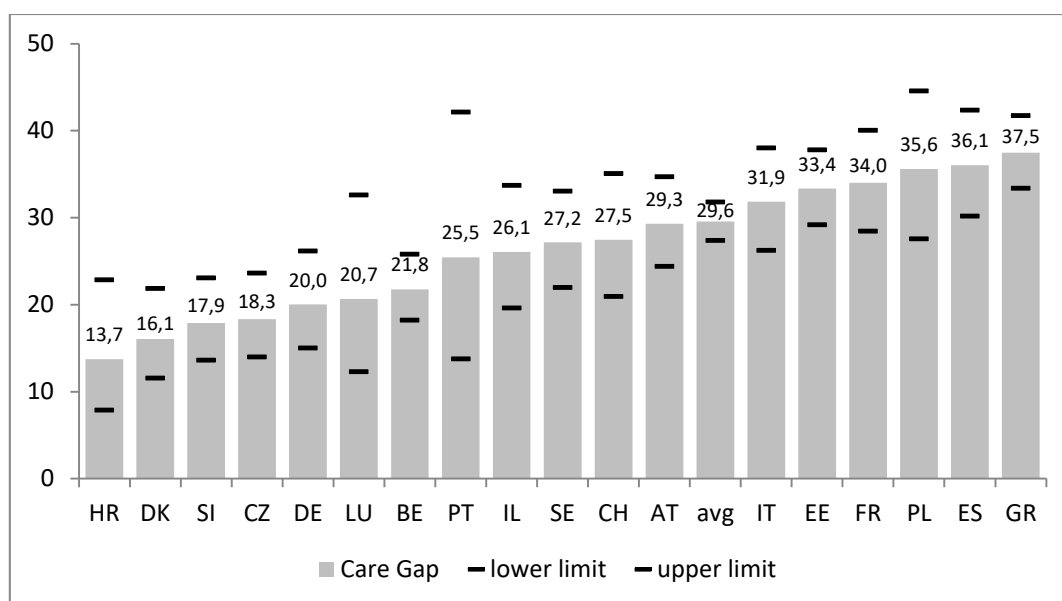
5.3.2 Ο δείκτης Μη Λήψης Φροντίδας (βάσει iADLs)

Σε αυτήν την υποενότητα εστιάζουμε στο κενό φροντίδας για δραστηριότητες iADL. Στο Διάγραμμα 5.7 βλέπουμε πως όταν υπάρχουν δυσκολίες μόνο με iADLs το ποσοστό των ατόμων που δεν λαμβάνει καθόλου βοήθεια είναι μεγαλύτερο, ποσοστό που πέφτει στο 40% όταν συμπεριλαμβάνουμε τα ADLs και κοντά στο 30% ενώ όσο προστίθενται δραστηριότητες ADLs για τα οποία υπάρχουν δυσκολίες τα ποσοστά μειώνονται. Αν θεωρήσουμε την ανάγκη βοήθειας με iADLs ως αρχή προβλημάτων αυτόνομης διαβίωσης, (myhealth.alberta.ca, accessed July 2022) αυτό σημαίνει πως σημαντικό ποσοστό ατόμων ηλικίας 65+ που πρωτοαντιμετωπίζουν δυσκολίες παραμένουν αβοήθητοι. Επισημαίνεται πως τα ποσοστά μη λήψης φροντίδας για ADL της παρούσας δεν ταυτίζονται με τα ποσοστά του Κεφαλαίου 4 για ADLs, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί ο διαφορετικός ορισμός που περιγράφεται στην υποενότητα 5.2.2 – έχει δηλαδή στηριχτεί σε διαφορετική ερώτηση της έρευνας SHARE, η οποία συμπεριλαμβάνει και τις δραστηριότητες iADLs (βλ. υποενότητα 5.2.2. Αυτό που ενδιαφέρει στην παρούσα ενότητα είναι ότι για ίδιο ορισμό μη λήψης φροντίδας για δραστηριότητες iADLs και ADLs, τα κενά φροντίδας για iADLs είναι πολύ υψηλότερα σε σύγκρισης με τα ADLs. Τέλος είναι πολύ πιθανόν αναπάντητες ανάγκες iADL να αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην συνολική ευημερία (life satisfaction).



Διάγραμμα 5.7: Μη Λήψη Φροντίδας. Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, ανά είδος ανάγκης φροντίδας, σύνολο χωρών (c.i. 95%)

Στο Διάγραμμα 5.8 απεικονίζονται οι διαφορές του «Κενού Φροντίδας» ανά χώρα, για όσους έχουν δυσκολίες **μόνο με iADLs**. Η Κροατία (13.7%) και η Δανία (16.1%) εμφανίζουν το μικρότερο ποσοστό «Κενού Φροντίδας». Από την άλλη η Ελλάδα (37.5%), η Ισπανία (36.1%) και η Πολωνία (35.6%) εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά «Κενού Φροντίδας», ενώ και οι υπόλοιπες χώρες έχουν μεγάλες διακυμάνσεις. Ενδιαφέρον είναι πως η σειρά των χωρών ως προς τα ποσοστά μη λήψης φροντίδας διαφέρουν για τις δραστηριότητες iADL του παρόντος κεφαλαίου και ADL που εξετάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, όπου το Ισραήλ, η Αυστρία και η Ελλάδα είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά μη λήψης φροντίδας και η Ελβετία, η Πορτογαλία και η Σουηδία τα υψηλότερα, κάτι που ενδεχομένως αποτελεί ένδειξη προτεραιοτήτων ανά χώρα ή/και διαφορές νοοτροπίας. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, φαίνεται πως υπάρχει μεγαλύτερη ανταπόκριση στην *προσωπική φροντίδα* (ADLs) παρά στην φροντίδα με *δουλειές σπιτιού* (εν μέρει iADLs) που υποκρύπτει ενδεχόμενη «αποσιώπηση» της βαρύτητας των δουλειών σπιτιού στην αυτόνομη διαβίωση (ιδίως για τη γυναίκα), κάτι που δεν φαίνεται να ισχύει για τη Δανία.



Διάγραμμα 5.8: Μη Λήψη Φροντίδας. Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs (χωρίς δυσκολίες με ADL) που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, ανά χώρα (c.i. 95%)

Παρακάτω, στον Πίνακα 5.2 εξετάζεται κατά πόσο μεταβάλλονται οι συντελεστές των βασικών ερμηνευτικών μεταβλητών (ADL, iADL, ηλικία, φύλο, σύνθεση νοικοκυριού, οικονομική δυσκολία) στη μη λήψη φροντίδας για ADLs ή iADLs όταν υπεισέρχεται ο παράγοντας χώρα, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα συστημικά χαρακτηριστικά μεταβάλλουν το βαθμό επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών στη μη λήψη φροντίδας. Δηλαδή ένα είδος μέτρησης της αποτελεσματικότητας της κοινωνικής παρέμβασης – είτε αυτή προέρχεται από δομές κοινωνικής πολιτικής, είτε μέσω άτυπων δικτύων οικογένειας και φίλων. Βλέπουμε πως για όλες, σχεδόν, τις βασικές ερμηνευτικές μεταβλητές ο συντελεστής παραμένει ουσιαστικά αμετάβλητος όταν υπεισέρχεται ο παράγοντας χώρα, με εξαίρεση τις ερμηνευτικές μεταβλητές της σύνθεσης νοικοκυριού και της οικονομικής δυσκολίας. Η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας αυξάνει για όσους έχουν οικονομικές δυσκολίες κατά 8.1 ποσοστιαίες μονάδες, όταν δεν υπάρχει η επίδραση της χώρας και πέφτει στις 6.8 ποσοστιαίες μονάδες όταν υπεισέλθει ο παράγοντας χώρα. Αντίστοιχα η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας όταν μένει κανείς μόνος αυξάνει κατά 2.8 pp. χωρίς την επίδραση της χώρας και κατά 3.6 pp. όταν υπεισέλθει ο παράγοντας χώρα. Γενικώς, βλέπουμε πως όσο αυξάνουν η ηλικία, τα ADL και τα iADL μειώνεται η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας. Σε σύγκριση με την Ελλάδα, η Γερμανία, η Δανία, η Τσεχία και η Σλοβενία έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίζουν κενά φροντίδας όταν συμπεριλαμβάνονται και τα iADLs στην ανάγκη φροντίδας, κάτι που δεν ίσχυε όταν η ανάλυση έγινε μόνο στη βάση των ADLs (βλ. Πίνακα 4.3), επιβεβαιώνοντας άλλη μια φορά την ελλιπή ανταπόκριση της Ελλάδας στην κάλυψη αναγκών με iADLs.

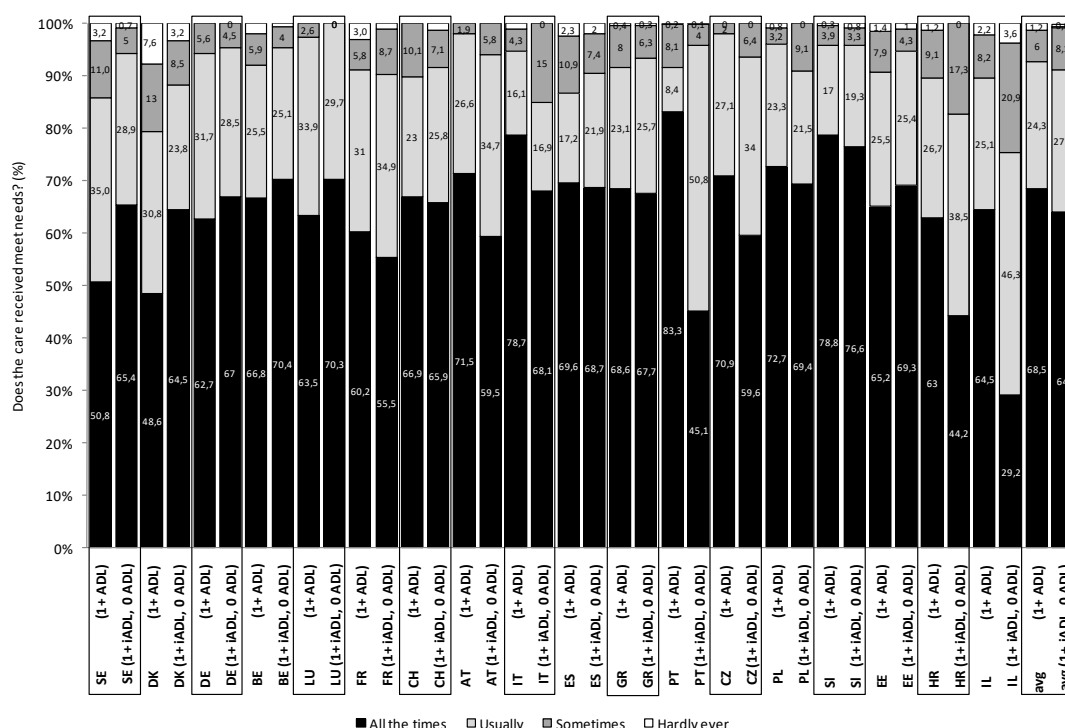
Πίνακας 5.2 Εκτιμώμενη πιθανότητα κάποιος με δυσκολία με ADL ή IADL να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6						
Y = prob (care gap)	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z
adl	-4.6	1.2	***	-4.5	1.2	***
adl^2	1.2	0.3	***	1.2	0.3	***
iADL	-8.7	0.3	***	-8.8	0.4	***
ηλικία 65-69	f			f		
ηλικία 70-74	-1.7	1.7		-1.3	1.7	
ηλικία 75-79	-4.2	1.5	**	-4.0	1.5	
ηλικία 80-84	-5.3	1.6	***	-5.4	1.5	***
ηλικία 85 και άνω	-10.0	1.6	***	-10.3	1.6	***
φύλο (dummy: θήλυ '0', άρρεν '1')	3.8	1.3	***	4.2	1.3	***
ύπαρξη τέκνων (dummy: όχι '0', ναι '1')	-1.9	2.1		-1.9	2.1	
Σύνθεση νοικοκυριού (dummy: διαμονή με άλλους '0', διαμένω μόνος '1')	2.8	1.3	**	3.6	1.3	***
μεγάλη οικονομική δυσκολία	8.1	1.8	***	6.8	1.9	***
Ελλάδα				f		
Αυστρία				-2.5	1.8	
Γερμανία				-5.0	1.7	***
Σουηδία				-2.5	1.7	
Ισπανία				3.9	2.3	*
Ιταλία				-2.3	1.7	
Γαλλία				3.2	2.0	*
Δανία				-6.0	1.7	***
Ελβετία				-1.1	2.2	
Βέλγιο				-2.7	1.5	*
Ισραήλ				3.6	3.0	
Τσεχία				-6.4	1.4	***
Σλοβενία				-6.1	1.4	***
Πολωνία				4.6	2.8	*
Λουξεμβούργο				-2.8	2.9	
Πορτογαλία				0.4	3.6	
Εσθονία				0.1	1.6	
Κροατία				-5.9	2.1	**
*p<.10, **p<.05, ***p<.01; f: παραλειπόμενη τιμή						
Αριθμός παρατηρήσεων (n)	11,613					
pseudo R-square	0.2348			0.2242		

5.3.3 Ο δείκτης Ικανοποίησης Φροντίδας (βάσει iADLs)

Στην παρούσα υποενοότητα εξετάζεται κατά πόσο υπάρχουν διαφορές στον δείκτη ικανοποίησης φροντίδας ανά χώρα -στη βάση του βαθμού κάλυψης των αναγκών-, όταν η παρεχόμενη φροντίδα αφορά δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL σε σύγκριση με όταν αφορά

δυσκολίες μόνο με iADLs. Το παρακάτω Διάγραμμα 5.9 δείχνει σε ραβδόγραμμα τον δείκτη ικανοποίησης φροντίδας κάθε χώρας και για τις δύο περιπτώσεις δυσκολιών. Παρότι στον μέσο όρο ο δείκτης ικανοποίησης φροντίδας φαίνεται να μην παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ ADL και iADLs, σε επίπεδο χωρών υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, στη Δανία και τη Σουηδία το ποσοστό που δηλώνει *πάντοτε* καλυμμένο από την φροντίδα είναι υψηλότερο όταν αφορά μόνο δραστηριότητες iADLs παρά όταν συμπεριλαμβάνονται και οι δραστηριότητες ADL. Το αντίθετο ισχύει για το Ισραήλ, την Κροατία, την Τσεχία, την Πορτογαλία και την Αυστρία, ενώ για τις υπόλοιπες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Οι διαφορές στην αντιμετώπιση ADLs και iADLs ανά χώρα και ο τρόπος που οριοθετούν την παροχή φροντίδας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Στην παρούσα ενότητα, διαπιστώνονται οι διαφοροποιήσεις, προκειμένου να αποτελέσουν σημείο περαιτέρω έρευνας.



Διάγραμμα 5.9: Βαθμός ικανοποίησης (%) φροντίδας ατόμων ηλικίας 65+, ανά χώρα όταν υπάρχει δυσκολία μόνο με iADLs σε σύγκριση με όταν υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL.

5.4 Συμπεράσματα - Συζήτηση επί των ευρημάτων της ανάλυσης

Η επικέντρωση του παρόντος κεφαλαίου στα iADLs (δουλειές σπιτιού και πρακτική βοήθεια) αναδεικνύει μια άλλη πτυχή της μακροχρόνιας φροντίδας, που δεν έχει αναπτυχθεί τόσο πολύ στην Ευρώπη. Αφορά στα ηλικιωμένα άτομα που ενώ δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την προσωπική τους φροντίδα (ADLs) αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με τις δουλειές σπιτιού ή λοιπές λειτουργικές δραστηριότητες (iADLs), που εμπεριέχει πιο έντονα και τη διάσταση του φύλου, υποκρύπτοντας ερμηνείες πολιτισμικών και κοινωνικών νοοτροπιών.

Στο σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+, το 31.2% βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας είτε με ADL είτε με iADL. Το 18.8% εξ' αυτών βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας για βασικές δραστηριότητες

ADL (ντύσιμο, μπάνιο, περπάτημα, σήκωμα από κρεβάτι, τουαλέτα, φαγητό) και iADLs, και το 12.4% μόνο με δραστηριότητες iADL (δουλειές σπιτιού και δυνατότητα μετακίνησης εκτός σπιτιού). Οι διαφορές ανά χώρα είναι υπαρκτές, στην πλειοψηφία τους μη στατιστικά σημαντικές, με κατά περίπτωση εξαιρέσεις. Μόνιμη εξαίρεση αποτελούν η Δανία, η Σουηδία και η Ελβετία που εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ατόμων σε ανάγκη φροντίδας -ειδικά με ADLs. Αυτό λειτουργεί ως ένδειξη πως στις χώρες αυτές οι ηλικιωμένοι μεγαλώνουν με καλύτερη υγεία από ότι στις υπόλοιπες. Μιλάμε για απλή ένδειξη, καθώς η έρευνα SHARE αφορά μόνο σε άτομα που όταν συνεντευξιάστηκαν για πρώτη φορά διαβιούσαν εντός νοικοκυριού και όχι εντός ιδρυμάτων (μονάδων φροντίδας, οργανωμένων κατοικιών για ηλικιωμένους ή άλλων δομών) και ως εκ τούτου δεν μπορεί να εκτιμηθεί η επίπτωση της διαφορετικής αντιμετώπισης των ατόμων με σοβαρούς περιορισμούς αυτοεξυπηρέτησης που υιοθετείται στην κάθε χώρα, είτε λόγω νοοτροπίας, είτε λόγω υποδομών, είτε λόγω δημόσιων πολιτικών. Εάν, για παράδειγμα, στην Πορτογαλία τα άτομα ηλικία 80+ με μεγάλα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης διαβιούν κυρίως εντός νοικοκυριού, ενώ στη Σουηδία διαβιούν εντός ιδρυμάτων, τότε από το δείγμα της Σουηδίας λείπουν άτομα με μεγαλύτερα προβλήματα υγείας και έτσι αυτό επηρεάζει το συμπέρασμα της ένδειξης περί καλύτερης υγείας. Τα ευρήματά μας πάντως βρίσκονται σε αντιστοιχία με ευρήματα άλλων μελετών, στις οποίες οι ανάγκες φροντίδας στις Σκανδιναβικές χώρες και την Ελβετία εμφανίζονται μικρότερες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες (Brugiavini et al., 2017; Laferrere & van den Bosch, 2015; Lindholm et al., 2013; Srakar et al., 2015).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι διαφοροποιήσεις στα ποσοστά ατόμων που έχουν ανάγκη βοήθειας *μόνο για iADLs και όχι για προσωπική φροντίδα*, καθώς στην Ελλάδα ανέρχεται στο 34.1% για τα άτομα ηλικία 80+ και στο 17.6% για τα άτομα ηλικία 65-80, ποσοστά σημαντικά υψηλότερα του μέσου όρου (20.2% και 9.6% αντίστοιχα) και από τα υψηλότερα του δείγματος (ειδικά για την ηλικία 80+ είναι το δεύτερο υψηλότερο), ενώ οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους άνδρες. Η σύνθεση νοικοκυριού και η ύπαρξη παιδιών δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην ανάγκη βοήθειας με iADLs, σε αντίθεση με τις ανάγκες φροντίδας με ADLs, όπου σε γενικές γραμμές οι ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά και όσοι ζουν μόνοι εμφανίζουν υψηλότερη πιθανότητα να βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας. Τέλος, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 80+ που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας με δραστηριότητες ADL ή iADL είναι πάνω από δύομισι φορές περισσότερο σε σύγκριση με την ηλικιακή κατηγορία 65-80.

Η πιθανότητα κάποιος να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχουν μόνο δυσκολίες με iADLs, ενώ το αυξημένο ποσοστό πιθανότητας μη λήψης φροντίδας των ανδρών όταν υπάρχουν δυσκολίες με ADLs (κεφάλαιο 4) μειώνεται όταν συμπεριλάβουμε και τα iADLs, δείχνοντας πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα κενά φροντίδα για iADLs. Στο σύνολο των υπό εξέταση δεκαοκτώ χωρών, το 29.6% (2,85 εκατομμύρια άτομα) των ατόμων ηλικίας 65+ που βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας μόνο για iADL δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα. Σε ό,τι αφορά τα άτομα με δυσκολίες μόνο με iADLs, η Ελλάδα έχει τα υψηλότερα ποσοστά κενού φροντίδας. Αν θεωρήσουμε τα iADLs ως προθάλαμο ανάγκης προσωπικής φροντίδας (myhealth.alberta.ca, accessed July 2022), θα μπορούσε να υπάρχει καλύτερος σχεδιασμός δημόσιων και ιδιωτικών προγραμμάτων φροντίδας. Σε ό,τι αφορά το βαθμό

ικανοποίησης φροντίδας για δραστηριότητες iADL και ADL υπάρχουν διακυμάνσεις σε επίπεδο χωρών, με τη Δανία και τη Σουηδία να έχουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στη φροντίδα με ADL απ' ό,τι στη φροντίδα με iADLs και τη το Ισραήλ, την Κροατία, την Τσεχία, την Πορτογαλία και την Αυστρία να έχουν υψηλότερα.

Μεγάλης σημασίας είναι η διάσταση του φύλου, καθώς οι γυναίκες ηλικίας 65-80 φαίνονται ως οι μεγάλοι αδικημένοι, ειδικά σε ό,τι αφορά τη διεκπεραίωση λειτουργικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής που εν πολλοίς αφορούν τις δουλειές σπιτιού. Το χάσμα ανάγκης φροντίδας σε σύγκριση με τους άνδρες είναι μεγάλο.

Καθίσταται σαφές στη βάση των ανωτέρω πως για τον σχεδιασμό μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής μακροχρόνιας φροντίδας οι δραστηριότητες iADL για τις οποίες υπάρχει δυσκολία αυτόνομης διεκπεραίωσης -ιδίως αν δεν υπάρχουν δυσκολίες με ADLs- πρέπει να συνεκτιμώνται. Ο λόγος είναι ότι τα μεγάλα ποσοστά ατόμων (ιδίως γυναικών ηλικίας 65-80 όπως είπαμε και παραπάνω) που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με δραστηριότητες iADL χωρίς να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με δραστηριότητες ADL και τα οποία δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα/βοήθεια μπορούν να επηρεάσουν τη συνολική αποτελεσματικότητα και κοινωνική εμβέλεια των κοινωνικών παρεμβάσεων. Δεν πρέπει, συνεπώς, τα iADLs να υποτιμώνται και να μένουν εκτός του οπτικού πεδίου των μελετητών χάραξης πολιτικής. Σε κάθε περίπτωση, ο τρόπος με τον οποίον επιβαρύνουν τα iADLs τους ηλικιωμένους σε σχέση με την ανάγκη φροντίδας αποτελεί ένα πεδίο ενδιαφέροντος για μεταγενέστερη ερευνητική εργασία.

Κεφάλαιο 6: Εξέταση κατά πόσο η τυπική και άτυπη φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται κατά πόσο η τυπική και η άτυπη φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα. Όπως είδαμε στα προηγούμενα κεφάλαια, η κατανομή φροντίδας -μεταξύ τυπικής και άτυπης- διαφέρει σημαντικά ανά χώρα, κάτι που αποτελεί αποτέλεσμα τόσο διαμορφωμένων νοοτροπιών όσο και εφαρμοσμένων πολιτικών. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η Ευρώπη βρίσκεται σε μία φάση δυνητικής σύγκλισης πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και ταυτόχρονα σε μία φάση οικονομικής πίεσης, με την εξέταση του κατά πόσο τα δύο είδη φροντίδας λειτουργούν περισσότερο συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατα, δίδεται μία ένδειξη ως προς την κατεύθυνση σχεδιασμού πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας.

Η προσοχή σε αυτήν την ενότητα στρέφεται σε άτομα που συμμετείχαν και στα δύο κύματα, δηλαδή και στο w2 το 2007 και στο w6 το 2015. Γίνεται εμπειρική ανάλυση τύπου πάνελ, όπου εξετάζεται: i) ποιο είναι το «πρώτο είδος προσφυγής σε φροντίδα», δηλαδή τι είδους φροντίδα λαμβάνει κάποιος που εμφανίστηκε να έχει περιορισμούς με τουλάχιστον ένα ADL μόνο στο κύμα 6, ενώ δεν είχε περιορισμούς ADL στο κύμα 2, οκτώ χρόνια νωρίτερα, και ii) ποια είναι η μετάβαση από ένα είδος φροντίδας σε άλλο, για άτομα που χρειάζονται φροντίδα και στα δύο κύματα. Τα αποτελέσματα λειτουργούν ως ένδειξη και όχι ως πραγματική καταγραφή του «πρώτου είδους προσφυγής» ή της «μετάβασης», καθώς τα οκτώ χρόνια διαφοράς μεταξύ του δεύτερου και έκτου κύματος αποτελούν μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά τη διάρκεια του οποίου δύναται να έχουν μεσολαβήσει και άλλες αλλαγές.

6.1 Μεθοδολογική Προσέγγιση

6.1.1 Δεδομένα

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE δεύτερου και έκτου κύματος. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία ατόμων δέκα εκ των δεκατριών χωρών που συμμετείχαν και στα δύο κύματα. Οι χώρες έχουν ομαδοποιηθεί ως Βόρειες (Σουηδία, Δανία), Κεντρικές (Γερμανία, Βέλγιο, Γαλλία, Ελβετία, Αυστρία) και Νότιες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) προκειμένου να διασφαλιστεί επαρκές μέγεθος δείγματος που δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί σε επίπεδο χώρας. Ο διαχωρισμός των χωρών έγινε στη βάση της κατηγοριοποίησης Esping-Andersen (1990), που αφορά τον χαρακτήρα του κοινωνικού κράτους και ο οποίος δεν διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ χωρών της ίδιας γεωγραφικής ομάδας. Οι ανατολικές χώρες δεν έχουν ενσωματωθεί στην ανάλυση, αφού στο κύμα 2 συμμετείχαν μόνο δύο από αυτές (Τσεχία, Πολωνία). Το συνολικό δείγμα πάνελ των δέκα ανωτέρω χωρών ήταν 13,716 άτομα.

6.1.2 Μετρήσεις και Στατιστικές Μέθοδοι

Η συμπληρωματικότητα ή λειτουργία ως υποκατάστατα των δύο ειδών φροντίδας (άτυπη και τυπική) ακολουθούν την προσέγγιση των Geerts και Van den Bosch (2012), που έκαναν αντίστοιχη ανάλυση μεταξύ των κυμάτων 1 και 2 του SHARE.

Πιο συγκεκριμένα, για τους σκοπούς του παρόντος κεφαλαίου χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ορισμοί στη βάση της αντίστοιχης εργασίας των Geerts και Van den Bosch:

- Η τυπική και η άτυπη φροντίδα ορίζονται ως **υποκατάστατο** η μία της άλλης όταν για άτομα που ήταν σε ανάγκη **φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και στα δύο κύματα** (τόσο στο δεύτερο κύμα όσο και στο έκτο κύμα), υπήρξε αλλαγή μεταξύ των δύο κυμάτων **από αποκλειστική φροντίδα του ενός τύπου σε αποκλειστική φροντίδα του άλλου τύπου**· όταν δηλαδή ενώ λάμβαναν μόνο άτυπη φροντίδα στο δεύτερο κύμα εμφανίζονται να λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα στο έκτο κύμα ή αντίστοιχα ενώ λάμβαναν μόνο τυπική φροντίδα στο δεύτερο κύμα εμφανίζονται να λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα στο έκτο κύμα.
- Η τυπική και η άτυπη φροντίδα ορίζονται ως **συμπληρωματικές** όταν για άτομα που ήταν σε ανάγκη **φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και στα δύο κύματα** υπήρξε αλλαγή **από αποκλειστική φροντίδα του ενός τύπου σε φροντίδα και των δύο τύπων**· όταν δηλαδή ενώ λάμβαναν μόνο άτυπη ή μόνο τυπική φροντίδα στο δεύτερο κύμα εμφανίζονται να λαμβάνει και άτυπη και τυπική φροντίδα στο δεύτερο κύμα.
- Σε περίπτωση ατόμων σε ανάγκη φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και στα δύο κύματα, όπου δεν λάμβαναν καθόλου φροντίδα στο δεύτερο κύμα και εμφανίζονται να λαμβάνουν είτε μόνο τυπική είτε μόνο άτυπη φροντίδα στο έκτο κύμα, δεν γίνεται κατάταξη σε κατηγορία υποκατάστατου ή συμπληρωματικότητας (αβέβαιη κατάταξη). Αντίστοιχα, δεν γίνεται κατάταξη και για τα άτομα που λάμβαναν φροντίδα στο δεύτερο κύμα και δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα στο έκτο κύμα.
- Τέλος, η περίπτωση ατόμων σε ανάγκη φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και στα δύο κύματα, που λάμβαναν και τα δύο είδη φροντίδας και στα δύο κύματα κατατάσσεται ως απλή ένδειξη συμπληρωματικότητας.

Σε ό,τι αφορά το «πρώτο» είδος προσφυγής φροντίδας (*first port of call*), χρησιμοποιούνται οι παρακάτω ορισμοί. Ο στόχος είναι να διαπιστωθεί σε τι βαθμό υπάρχει διαφορά στα «αντανακλαστικά» (απόκριση στην πρώτη διαπιστωμένη ανάγκη) μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας.

- Ως «πρώτο» είδος προσφυγής φροντίδας ορίζεται **η άτυπη φροντίδα** όταν για άτομα που **δεν είχαν καμία δυσκολία με ADL στο δεύτερο κύμα αλλά εμφανίζουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL στο έκτο κύμα**, στο έκτο κύμα τούς παρέχεται μόνο άτυπη φροντίδα.
- Ως «πρώτο» είδος προσφυγής φροντίδας ορίζεται **η τυπική φροντίδα** όταν για άτομα που **δεν είχαν καμία δυσκολία με ADL στο δεύτερο κύμα αλλά εμφανίζουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL στο έκτο κύμα**, στο έκτο κύμα τούς παρέχεται μόνο τυπική φροντίδα.
- Ως «πρώτο» είδος προσφυγής φροντίδας ορίζεται **η συνδυαστική φροντίδα** όταν για άτομα που **δεν είχαν καμία δυσκολία με ADL στο δεύτερο κύμα αλλά εμφανίζουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL στο έκτο κύμα**, στο έκτο κύμα τούς παρέχεται συνδυαστική φροντίδα.

Η ανάλυση πάνελ έχει το πλεονέκτημα ότι χρησιμοποιεί το ίδιο δείγμα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και παρατηρεί τις μεταβολές που έχουν επέλθει. Οι μετρήσεις είναι σταθμισμένες στο σύνολο του πληθυσμού για διάστημα εμπιστοσύνης 95%.

6.1.3 Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα λειτουργούν ως ένδειξη και όχι ως πραγματική καταγραφή του «πρώτου είδους προσφυγής» ή της «μετάβασης», καθώς τα οκτώ χρόνια διαφοράς μεταξύ του δεύτερου και έκτου κύματος αποτελούν μεγάλο χρονικό διάστημα, κατά τη διάρκεια του οποίου δύναται να έχουν μεσολαβήσει και άλλες αλλαγές. Με άλλα λόγια, στην πράξη το «πρώτο» είδος προσφυγής να μην είναι στην πραγματικότητα το πρώτο, καθώς μπορεί να είχε μεσολαβήσει άλλο είδος φροντίδας σε κάποιο από τα ενδιάμεσα έτη μεταξύ 2007 και 2015.

6.2 Αποτελέσματα

Στον Πίνακα 6.1 φαίνεται ότι στις σκανδιναβικές χώρες, το 43.9% όσων βρίσκονται για πρώτη φορά σε ανάγκη φροντίδας λαμβάνουν μόνο επίσημη φροντίδα, ενώ για τις κεντρικές και τις νότιες χώρες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 16,8% και 0,9%. Στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες το πρώτο είδος φροντίδας είναι η άτυπη για το 59,6% των ατόμων που εισέρχονται για πρώτη φορά σε ανάγκη φροντίδας, ενώ οι αντίστοιχοι αριθμοί για τις κεντρικές και τις σκανδιναβικές χώρες είναι 9,3% και 8,5%. Στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης το 61.3% που εισέρχονται για πρώτη φορά σε ανάγκη φροντίδας λαμβάνουν συνδυαστικά άτυπη και τυπική φροντίδας (61,3%), ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το υψηλότερο ποσοστό ατόμων χωρίς καθόλου φροντίδα εμφανίζεται στις βόρειες χώρες (22,6%), κάτι που λειτουργεί ως ένδειξη ότι τα αντανακλαστικά του συστήματος και του κοινωνικού περίγυρου για τα άτομα που πρώτη φορά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με ADL είναι πιο αργά σε σχέση με των κεντρικών (12,6%) και νότιων χωρών (14,9%).

Πίνακας 6.1 «Πρώτο» είδος λήψης φροντίδας ατόμων 65+ με τουλάχιστον 1 ADL στο w6 και κανένα ADL στο w2, ανάλυση πάνελ					
χώρες	Μόνο τυπική φροντίδα	Συνδυασμός τυπικής και άτυπης φροντίδας	Μόνο άτυπη φροντίδα	Καθόλου φροντίδα	
Βόρειες	43.9%	25.0%	8.5%	22.6%	100%
Κεντρικές	16.8%	61.3%	9.3%	12.6%	100%
Νότιες	0.9%	24.6%	59.6%	14.9%	100%

Στον Πίνακα 6.2, παρουσιάζεται η μετάβαση από ένα είδος φροντίδας σε άλλο, μεταξύ κυμάτων, προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν μιλάμε για υποκατάσταση ή

συμπληρωματικότητα μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας, καθορίζοντας. Για όλες τις ομάδες χωρών, τα δύο είδη φροντίδας φαίνεται να λειτουργούν περισσότερο συμπληρωματικά παρά ως υποκατάστατο το ένα του άλλου, καθώς περισσότεροι άνθρωποι βασίζονται και στους δύο τύπους φροντίδας στη μεταγενέστερη περίοδο (w6). Πιο συγκεκριμένα, στις κεντρικές και νότιες χώρες η υποκατάσταση ήταν μόνο 1,9% και 1,2% αντίστοιχα, ενώ η συμπληρωματικότητα ήταν 42,7% και 21,8%. Στις βόρειες χώρες η υποκατάσταση ήταν 9,0% ενώ η συμπληρωματικότητα 17,5%. Τα ευρήματα συμφωνούν επί της αρχής -ότι δηλαδή η υποκατάσταση είναι μικρότερη από την συμπληρωματικότητα και ότι στις βόρειες χώρες η διαφορά συμπληρωματικότητας και υποκατάστατου είναι μικρότερο- με τους Geerts και Van den Bosch (2012) που συνέκριναν το κύμα 1 με το κύμα 2 του SHARE. Η βασική διαφοροποίηση των ευρημάτων μας σε σχέση τους Geerts και Van den Bosch (2012) είναι ότι τα ποσοστά μετάβασης από το ένα είδος στο άλλο ή συμπλήρωσης του ενός είδους από το άλλο είναι μικρότερα, γεγονός που εξηγείται κατά κύριο λόγο από το γεγονός μεσολάβησης μόνο δύο ετών από το πρώτο στο δεύτερο κύμα, σε αντίθεση με τα οκτώ έτη μεταξύ δεύτερου και έκτου.

Το γεγονός ότι στους Σκανδιναβούς η συμπληρωματικότητα είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με άλλες χώρες, δικαιολογεί την προσπάθεια των πολιτικών στη Σουηδία να αυξήσουν την ανεπίσημη φροντίδα (Fukushima et al., 2010) και το γεγονός ότι στη Δανία το σύστημα προσπαθεί να γίνει λιγότερο καθολικό για να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες, αυξάνοντας τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα (Greve, 2017).

Πίνακας 6.2: Η άτυπη και η τυπική φροντίδα λειτουργούν συμπληρωματικά ή ως υποκατάστατο η μία της άλλης;						
	Βέβαιη κατάταξη		Ένδειξη	Αβέβαιη κατάταξη		
Άτομα 65+ σε ανάγκη φροντίδας και στα δύο κύματα (w2 και w6)	Υποκατάστατα	Συμπληρωματικότητα	Συνδυαστική φροντίδα και στα δύο κύματα (ένδειξη συμπληρωματικότητας)	Μετάβαση από μη φροντίδα σε «μόνο» τυπική ή «μόνο» άτυπη φροντίδα	Χωρίς αλλαγή στο είδος παροχής φροντίδας ή εξάλειψη φροντίδας από το w2 στο w6	
Βόρειες χώρες	9.0%	17.5%	7.5%	23.2%	42.8%	100%
Κεντρικές χώρες	1.9%	42.7%	17.7%	11.3%	26.5%	100%
Νότιες χώρες	1.2%	21.8%	3.4%	19.4%	54.3%	100%
Σύνολο	1.8%	32.3%	10.8%	15.4%	39.7%	100%

6.3 Συμπεράσματα

Η μεγάλη εικόνα που αναδεικνύεται, τόσο από τα ευρήματα του παρόντος κεφαλαίου όσο και συνδυαστικά με τα προηγούμενα κεφάλαια, είναι ότι η τυπική και άτυπη φροντίδα λειτουργούν περισσότερο συμπληρωματικά παρά ανταγωνιστικά η μία απέναντι στην άλλη. Η συμπληρωματικότητα μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας έχει επισημανθεί από τους Geerts και Van den Bosch (2012) αλλά και από τους Pasini et al. (2018) που συνιστούν το σχεδιασμό ολοκληρωμένων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας που να δίνουν κίνητρα και διευκολύνσεις στους άτυπους φροντιστές, καθώς και την ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα και της ιδιωτικής ασφάλισης με τη δημιουργία ασφαλιστικών προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας. Παράλληλα πρέπει να τονιστεί πως ειδικά για τα άτομα που βρίσκονται στα πρώτα στάδια δυσκολιών αυτοεξυπηρέτησης, η ανταπόκριση του συστήματος (επίσημου και ανεπίσημου) είναι αργή με αποτέλεσμα να συχνά βρίσκονται χωρίς καθόλου φροντίδα παρότι την έχουν ανάγκη. Εκεί υπάρχει ένα μεγάλο κενό παροχής φροντίδας που θα μπορούσε να καλύψει η αγορά και όχι μόνο.

Ο σχεδιασμός πολιτικών οφείλει να λαμβάνει υπόψη την επάρκεια και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον λήπτη φροντίδας στη βάση των εξατομικευμένων αναγκών του. Παρόλο που η επικέντρωση πρέπει να παραμείνει σε όσους βρίσκονται σε μεγάλη ανάγκη φροντίδας δεν πρέπει να αγνοούνται όσοι βρίσκονται στα πρώτα στάδια ανάγκης φροντίδας.

ΜΕΡΟΣ Γ: Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Το παρόν Μέρος εστιάζει στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων που παρέχεται στην Ελλάδα και χωρίζεται σε έξι κεφάλαια.

Στο Κεφάλαιο 7 παρουσιάζονται τα επιπλέον δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν και οι νέες μετρήσεις που έγιναν.

Στο Κεφάλαιο 8 αποτυπώνεται με εύληπτο και συνοπτικό τρόπο η μεγάλη εικόνα των βασικών δεικτών της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα χρησιμοποιώντας στοιχεία SHARE και γίνεται περαιτέρω ανάλυση που δεν έγινε στα προηγούμενα κεφάλαια για τις υπόλοιπες χώρες.

Στο Κεφάλαιο 9 αναλύεται η άτυπη και τυπική μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται μόνο για την Ελλάδα σε τι βαθμό η άτυπη φροντίδα που παρέχεται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών παρέχεται από μέλη της οικογένειας (και ποια), από φίλους, γείτονες ή άτυπους φροντιστές. Η ανάλυση γίνεται ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο. Επίσης, για όσους λαμβάνουν τυπική φροντίδα εξετάζεται το είδος της φροντίδας που λαμβάνουν, κατά πόσο ξοδεύουν χρήματα για αυτήν και πόσα.

Το Κεφάλαιο 10 εγκαταλείπει δειγματοληπτικά στοιχεία για να παρουσιάσει τις διάφορες μορφές παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που υπάρχουν στην Ελλάδα και τις μεθόδους χρηματοδότησής τους, ενώ μελετώνται διοικητικά στοιχεία σχετικά με το πλήθος των ηλικιωμένων που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας από οργανωμένες δομές (δημόσιες ή ιδιωτικές) και τις σχετικές δημόσιες δαπάνες. Επίσης, παρουσιάζονται αποτελέσματα πρωτογενούς έρευνας τύπου «focus group» που συνέταξε και πραγματοποίησε ο συντάκτης της παρούσας εργασίας σε εξειδικευμένο κοινό σχετικά με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 11 γίνονται προβολές αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα έως το έτος 2070.

Για τα Κεφάλαια 8 και 9 χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE (wave 6), για το Κεφάλαιο 10 διοικητικά στοιχεία, ενώ για το Κεφάλαιο 11 χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικές προβολές και μακροοικονομικά στοιχεία του Ageing Working Group σε συνδυασμό με τα ευρήματα των προηγούμενων Κεφαλαίων του παρόντος Μέρους.

Κεφάλαιο 7: Μεθοδολογική Προσέγγιση

7.1 Δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν

Η έρευνα SHARE στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στο πρώτο κύμα (2004), ύστερα στο δεύτερο κύμα (2007) και εν συνεχεία στο έκτο κύμα (2015). Δεν πραγματοποιήθηκε στα ενδιάμεσα δύο κύματα λόγω έλλειψης χρηματοδότησης δημιουργώντας ένα κενό στην πληροφόρηση. Από το 2015 έως και σήμερα, η Ελλάδα συμμετέχει ανελλιπώς.

Στα Κεφάλαια 8 και 9 χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της έρευνας SHARE (wave 6). Το δείγμα ηλικίας ατόμων 65+ του έκτου κύματος για την Ελλάδα ήταν 2,669, εκ των οποίων τα 2,087 μεταξύ 65 και 80 ετών και τα 582 άνω των 80 ετών. Στην έρευνα συμμετείχαν 1,253 άνδρες και 1,416 γυναίκες, όπως φαίνεται αναλυτικά στον Πίνακα 7.1:

Πίνακας 7.1			
Μέγεθος δείγματος ατόμων ηλικίας 65+; Ελλάδα; share w6			
ηλικιακό εύρος	φύλο/ Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Ηλικίας 65-80	999	1,088	2,087
Ηλικία 80+	254	328	582
Σύνολο ηλικίας 65+	1,253	1,416	2,669

Το Κεφάλαιο 10 στηρίζεται σε δεδομένα που συλλέχθηκαν από τον ίδιο τον συγγραφέα από διοικητικές υπηρεσίες το 2018 όπως έχει αναφερθεί πρωτότερα. Επιπλέον, όπως ήδη αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 2.1 πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα τύπου «focus group» που συνέταξε και πραγματοποίησε ο συντάκτης της παρούσας εργασίας σε εξειδικευμένο κοινό στο πλαίσιο ημερίδας για τον σχεδιασμό πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων που διοργανώθηκε το 2018 στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου από το Horizon 2020 έργου με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)” υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς. Στην ημερίδα παραβρέθηκαν ο τότε Γενικός Γραμματέας Πρόνοιας, εκπρόσωποι κομμάτων, εκπρόσωποι του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων, του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής, του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας, της Ένωσης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων και τριών μη κυβερνητικών οργανώσεων. Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν άτομα που εκπροσωπούσαν εννέα Φορείς (4 Φορείς Δημοσίου και 5 μη Δημόσιοι Φορείς).

Στο Κεφάλαιο 11 χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά οι δημογραφικές προβλέψεις του Ageing Working Group και τα αποτελέσματα των αναλύσεων που έγιναν με τα δεδομένα της έρευνας SHARE, προκειμένου να γίνουν προβολές αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα έως το έτος 2070, ενώ στα Κεφάλαια 12 και 13 συνοψίζονται τα συμπεράσματα του συνόλου του Μέρους Γ και προτείνονται πέντε άξονες πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας.

7.2 Μετρήσεις και Στατιστικές Μέθοδοι

Στο παρόν Μέρος αναλύονται περαιτέρω τριών ειδών στοιχεία για το δείγμα της Ελλάδας που δεν αναλύθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια και παρουσιάζονται συγκεντρωτικά ώστε να υπάρχει μία συνεκτική εικόνα ειδικά για την χώρα, αποτελώντας μία από τις πρώτες προσπάθειες συνολικής παρουσίασης της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και **την πρώτη εργασία που συνδυάζει ερευνητικά δεδομένα, διοικητικά στοιχεία και έρευνα focus group στην Ελλάδα.**

Α. Στοιχεία SHARE

Πιο συγκεκριμένα, στο παρόν μέρος (κεφάλαια 8 και 9) παρουσιάζονται συνδυαστικά ανά βαθμό σοβαρότητας φροντίδας, ανά ηλικιακή κατηγορία και ανά φύλο το ποσοστό και εκτιμώμενο πλήθος ατόμων ηλικίας 65+ που χρήζουν φροντίδας και εκείνων που δεν λαμβάνουν φροντίδα, ενώ πραγματοποιείται και ανάλυση probit για να διαπιστωθεί αν και πόσο διαφοροποιείται η εκτιμώμενη πιθανότητα να βρίσκεται κανείς σε ανάγκη φροντίδας στην Ελλάδα βάσει επιλεγμένων ερμηνευτικών μεταβλητών σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο όπως αναλύθηκε στα κεφάλαια 4 και 5. Επίσης, εξετάζεται το μίγμα παροχής φροντίδας συνδυαστικά ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία για την Ελλάδα, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης φροντίδας ανά είδος φροντίδας, προκειμένου να διαπιστωθεί τυχόν διαφοροποίηση από τον μέσο όρο των υπό εξέταση χωρών, επισημαίνοντας πως το βάθος της ανάλυσης αυτής έγινε μόνο για την Ελλάδα.

Σε ό,τι αφορά τις ανάγκες φροντίδας, γίνεται ανάλυση σε τρία επίπεδα: i) Χωρίς δυσκολία με ADL, αλλά δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης με τουλάχιστον 1 iADL, ii) Δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης με 1 ADL, iii) Δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης με 2 ή περισσότερα ADLs. Ο ορισμός ‘μη λήψης φροντίδας’ ακολουθεί τον ορισμό του κεφαλαίου 5, με το ίδιο σκεπτικό όπως έχει αποτυπωθεί στο εν λόγω κεφάλαιο.

Πέραν των ανωτέρω στο παρόν μέρος γίνεται ειδική ανάλυση μόνο για την Ελλάδα σε σειρά ειδικότερων αντικειμένων που δεν εξετάστηκαν στην γενική ανάλυση: ποιο άτομο παρέχει την άτυπη φροντίδα με την ομαδοποίηση να έχει ως εξής: σύζυγος/σύντροφος, γονιός, αδελφός/η, παιδί, άλλος συγγενής, φίλος/γείτονας, ιερέας, γιατρός/επαγγελματίας φροντιστής, οικονόμος/άτυπος φροντιστής. Επίσης, εξετάζεται το **είδος επαγγελματικής φροντίδας/βοήθειας** που λαμβάνει κάποιος λόγω προβλημάτων υγείας και το οποίο διαχωρίζεται σε: i) Βοήθεια με προσωπική φροντίδα (όπως με το ξάπλωμα ή το σήκωμα από το κρεβάτι, το ντύσιμο, το μπάνιο ή το ντους), ii) Βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού (όπως το καθάρισμα, το σιδέρωμα, το μαγείρεμα), iii) “Βοήθεια στο σπίτι” (όπως παρέχεται από ένα δήμο ή έναν ιδιώτη πάροχο), iv) Βοήθεια με άλλες δραστηριότητες (όπως η προετοιμασία λήψης ενός φαρμάκου), v) Κανένα από τα παραπάνω.

Β. Διοικητικά στοιχεία

Στον ακόλουθο Πίνακα 7.2 φαίνονται το είδος των διοικητικών στοιχείων που συλλέχθηκαν για τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα οποία παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 10.1.

Πίνακας 7.2: Διοικητικά Στοιχεία που συλλέχθηκαν		
<i>Δομή που αφορούν</i>	<i>Είδος στοιχείων</i>	<i>Πηγή</i>
Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων	Πλήθος μονάδων Αριθμός κλινών Αριθμός περιθαλπόμενων Αριθμός απασχολούμενων Ιδιοκτησιακό καθεστώς	Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων του ΥΕΚΑ
Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων	Πλήθος Αριθμός ωφελούμενων Κόστος δομής	Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων του ΥΕΚΑ
Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι	Δικαιούχοι Εργαζόμενοι Κόστος	ΕΕΤΑΑ Α.Ε.

Γ. Έρευνα Focus Group

Στον παρακάτω Πίνακα 7.3 φαίνονται οι ερωτήσεις που διατυπώθηκαν στην πρωτογενή έρευνα τύπου «focus group» που συντάξε και πραγματοποίησε ο συντάκτης του παρόντος το 2018 στο εξειδικευμένο κοινό που αναφέρθηκε ανωτέρω με σκοπό τον σχεδιασμό πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας, όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 7.1. Το ερωτηματολόγιο εστιάστηκε σε ποιοτική αξιολόγηση του υφιστάμενου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και σε προτάσεις βελτίωσής του από άτομα με εμπειρία στο χώρο, προκειμένου τα αποτελέσματα να πλαισιώσουν τα ποσοτικά δεδομένα. Η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων φαίνεται παρακάτω και τα συμπεράσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 10.2.

Πίνακας 7.3: Ερωτηματολόγιο «focus group» που τέθηκε στο εξειδικευμένο κοινό της ημερίδας

Ερωτηματολόγιο “focus group”

1. Πώς αξιολογείτε την *συνολική* ανταπόκριση στις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα (από όλες τις πηγές);
☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Μέτρια ☐ Κακή ☐ Πολύ κακή
2. Πώς αξιολογείτε την ανταπόκριση του *επίσημου* τομέα (Κράτος/δήμοι) στις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα;
☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Μέτρια ☐ Κακή ☐ Πολύ κακή
3. Ποιο είναι το βασικότερο πρόβλημα της *επίσημης* παροχής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα (έως 3 επιλογές);
☐ Έλλειψη χρηματικών πόρων
☐ Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων
☐ Έλλειψη υποδομών

- ☐ Μη καθαρός ορισμός του «ποιος» είναι σε ανάγκη φροντίδας
☐ Έλλειψη συντονισμού μεταξύ φορέων
☐ Αλληλεπικαλύψεις αρμοδιοτήτων
☐ Έλλειψη ευελιξίας προγραμμάτων φροντίδας βάσει πραγματικών αναγκών
☐ Μη πρόσβαση σε στοιχεία
☐ Άλλο (να ονοματιστεί)

4. Ποιος είναι, κατά την γνώμη σας, ο σημαντικότερος παράγοντας *επιτυχίας* στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων;

5. Ποιος είναι, κατά την γνώμη σας, ο σημαντικότερος παράγοντας *αποτυχίας* στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων;

6. Γνωρίζετε πώς λειτουργούν οι κάτωθι μηχανισμοί στην μακροχρόνια φροντίδα;

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Κουπόνια εξαργύρωσης υπηρεσιών | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Βοήθεια ανάπαυλας φροντιστή | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Κοινωνικές επιχειρήσεις | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| Ομόλογα Κοινωνικής Απόδοσης (SIB) | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |

Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στην Ελλάδα; Αν ναι, ποιά;

7. Τι είδους στήριξη πιστεύετε ότι θα έπρεπε να υπάρχει για μέλη της οικογένειας ή φίλους που φροντίζουν ηλικιωμένους άτομα; (έως 2 επιλογές)

- | | |
|--|---|
| ☐ Κατάρτιση στην φροντίδα | ☐ Επίσημη άδεια για εργαζόμενο |
| ☐ Οικονομική στήριξη | ☐ Βοήθεια από επαγγελματία φροντιστή |
| ☐ Μετασκευές σπιτιού | ☐ Βοήθεια ανάπαυλας άτυπου φροντιστή |
| ☐ Άλλο (να ονοματιστεί) | |

8. Πιστεύετε ότι έχουν ρόλο να παίξουν επιπλέον της επίσημης φροντίδας και της οικογένειας και κάποιοι ενδιάμεσοι θεσμοί

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Ιδιωτικές εταιρίες | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| • ΜΚΟ | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| • Κοινωνικές επιχειρήσεις | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| • Εκκλησία | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |
| • Συμπράξεις | ☐ ΝΑΙ | ☐ ΟΧΙ |

9. Με ποιον τρόπο μπορεί να ενισχυθεί η επίσημη συμμετοχή και συνέργεια του ιδιωτικού τομέα και των επαγγελματιών φροντιστών στην μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων; (έως 2 επιλογές)

- | | |
|---|--|
| ☐ Φοροαπαλλαγή λήπτη υπηρεσίας | ☐ Ιδιωτική ασφάλιση |
|---|--|

☐ Σύμπραξη δημόσιου & ιδιωτικού τομέα ☐ Αυτασφάλιση αντί εργοσήμου	☐ Κουπόνια εξαργύρωσης σε ιδιώτες φροντιστές ☐ Άλλο (να ονοματιστεί)
---	---

10. Πως θα μπορούσε να αναβαθμιστεί ο ρόλος του επ' αμοιβή εργατικού δυναμικού στην μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων; (απεριόριστος αριθμός απαντήσεων)

☐ Πιστοποίηση εκπαίδευσης
☐ Φοροαπαλλαγή λήπτη υπηρεσίας
☐ Νομιμοποίηση ξένου εργατικού δυναμικού
☐ Άλλο (να ονοματιστεί)

11. Πιστεύετε ότι η τεχνολογία μπορεί να παίξει ρόλο στην μακροχρόνια φροντίδα; Αν ναι, αναφέρετε παραδείγματα.

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

12. Σε σχέση με το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», συμφωνείτε με τα παρακάτω;

- Είναι πολύ καλό: ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ
- Είναι καλό αλλά θα έπρεπε να επεκταθεί με ισότιμο τρόπο σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές τις χώρας: ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ
- Είναι καλό αλλά θα έπρεπε να παρέχεται χωρίς εισοδηματικά κριτήρια: ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ
- Υπάρχει περιθώριο για ενεργοποίηση μη κρατικών προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι: ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ
- Υπάρχει περιθώριο για συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σε προγράμματα βοήθειας στο σπίτι: ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ

Πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί ακόμη περισσότερο;

4. Στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις προβολές δαπανών

Για τις προβολές πλήθους ατόμων σε ανάγκη φροντίδας και δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας χρησιμοποιήθηκαν οι δημογραφικές προβολές που αναφέρονται στην Έκθεση Γήρανσης του 2021 του AWG της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η εκτιμώμενη ετήσια αύξηση του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ ανά εργαζόμενο (potential real GDP per worker growth rate) όπως αυτή αποτυπώνεται στον Πίνακα III.1.23 της ίδιας Έκθεσης (σελ. 213) και η εκτιμώμενη ετήσια αύξηση του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ της Ελλάδας όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα III.1.16 της Έκθεσης (σελ. 209) συνδυαστικά με τα αποτελέσματα των Κεφαλαίων 8 και 9 της παρούσας διατριβής σχετικά με τα ποσοστά ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη

φροντίδας, τα ποσοστά μη λήψης φροντίδας και τις μοναδιαίες δαπάνες για αμειβόμενη φροντίδα.

7.3 Στατιστικές Μέθοδοι

Επιπλέον της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης και της ανάλυσης probit που πραγματοποιήθηκε με την ίδια μεθοδολογία όπως περιεγράφηκε στο Κεφάλαιο 2, πραγματοποιήθηκε εκτίμηση πληθυσμού σε ανάγκη φροντίδας και μη λήψης φροντίδας, καθώς και προβολή αναγκών φροντίδας έως το 2070. Η εκτίμηση πραγματοποιείται στη βάση των ποσοστών του πληθυσμού που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας και μη λήψης φροντίδας ανά φύλο και βαθμό σοβαρότητας (κατά περίπτωση) με άνω και κάτω όρια διαστήματος εμπιστοσύνης 95% επί του πραγματικού πληθυσμού ηλικίας 65+ και των σχετικών δημογραφικών προβολών έως το 2070 όπως αυτές αποτυπώνονται στην Έκθεση Γήρανσης 2021 του Aging Working Group.

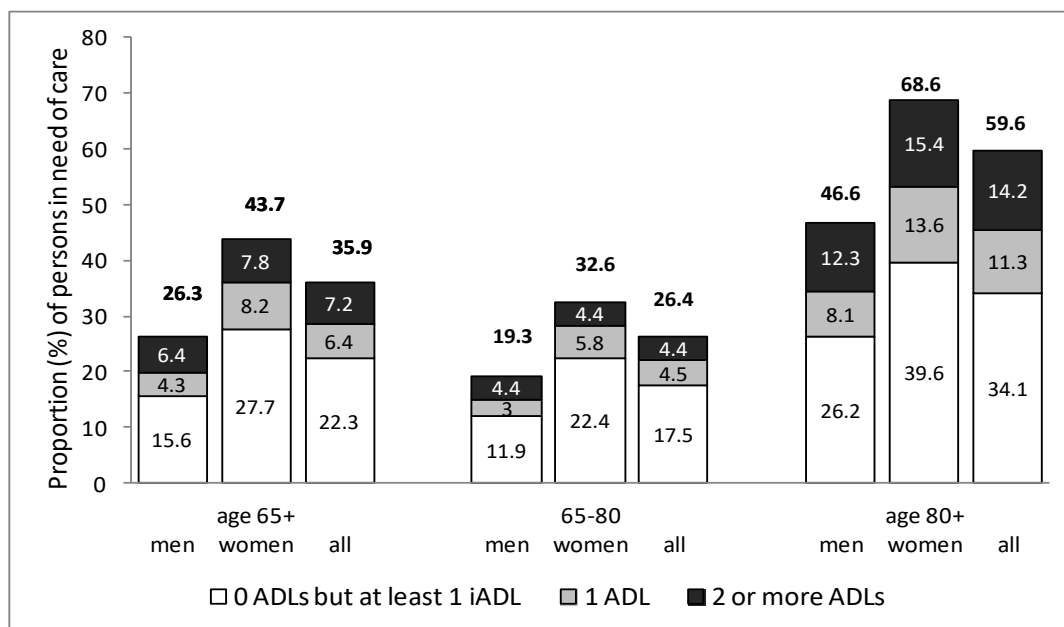
Αναλυτικότερη περιγραφή των μεθόδων γίνεται στα επιμέρους κεφάλαια και ειδικότερα στο κεφάλαιο 11 για τις προβολές αναγκών φροντίδας και δαπανών.

Κεφάλαιο 8: Βασικοί δείκτες μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα - SHARE

Στο παρόν Κεφάλαιο εξετάζονται πιο αναλυτικά στοιχεία μακροχρόνιας φροντίδας ειδικά και μόνο για την Ελλάδα από την έρευνα SHARE, που δεν αναλύθηκαν για το σύνολο των χωρών που εξετάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες, αποτυπώνοντας εύληπτα και συνοπτικά τη μεγάλη εικόνα, ανά ηλικιακό εύρος, ανά φύλο και ανά βαθμό ανάγκης φροντίδας. Η Ελλάδα εξετάζεται μεμονωμένα, προκειμένου να καλυφθεί το κενό μη ύπαρξης αντίστοιχης έρευνας σε εθνικό επίπεδο.

8.1 Ανάλυση αναγκών φροντίδας για την Ελλάδα

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στο Κεφάλαιο 4, το 35.9% των ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα βρίσκεται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας. Στο Διάγραμμα 8.1 αποτυπώνονται οι διαφοροποιήσεις ανά φύλο και ηλικιακό εύρος. Οι γυναίκες στην Ελλάδα βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους άνδρες (43.7% έναντι 26.3%), ενώ τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλότερα για τις ηλικίες 80+ σε σύγκριση με τις ηλικίες 65-80 (59.6% έναντι 26.4%). Τη μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας εμφανίζουν οι γυναίκες ηλικίας 80+. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 80+ που βρίσκεται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας ανέρχεται στο 68.6%, με το 39.6% εξ' αυτών να βρίσκεται σε μικρή ανάγκη φροντίδας (χωρίς δυσκολίες με ADLs, αλλά δυσκολίες με τουλάχιστον 1 iADL), το 13.6% σε μεσαία ανάγκη φροντίδας (δυσκολίες με 1 ADL) και το 15.4% σε μεγάλη ανάγκη φροντίδας (δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs).



Διάγραμμα 8.1: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας αναλόγως βαθμό ανάγκης φροντίδας, ανά φύλο, ανά ηλικιακό εύρος. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6. ADL: Activities of Daily Living iADL: Instrumental Activities of Daily Living

Πλέον των ανωτέρω, εάν χρησιμοποιήσουμε και τον δείκτη GALI (βλ. και Κεφάλαιο 3), συμπεριλαμβάνοντας σε ανάγκη φροντίδας και όσους δεν δηλώνουν δυσκολίες ούτε με

ADLs ούτε iADLs, αλλά δηλώνουν σοβαρούς περιορισμούς με λοιπές συνήθειες δραστηριότητες, τότε έχουμε ένα επιπλέον 1.88% ατόμων ηλικίας 65+ σε (μικρή) ανάγκη φροντίδας (2.2% των ανδρών και 1.6% των γυναικών ηλικίας 65+).

Σε απόλυτους αριθμούς, και όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.1, 829,267 άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα εκτιμάται πως βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας, εκ των οποίων οι 514,585 σε μικρή ανάγκη φροντίδας, οι 149,047 σε μεσαία ανάγκη φροντίδας και οι 165,634 σε μεγάλη ανάγκη φροντίδας, με τον αριθμό των γυναικών να είναι υπερδιπλάσιος αυτού των ανδρών. Η εκτίμηση έγινε στη βάση των ποσοστών του πληθυσμού που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας ανά φύλο και βαθμό σοβαρότητας όπως υπολογίστηκαν ανωτέρω (βλ. και Διάγραμμα 8.1) επί του πληθυσμού ηλικίας 65+ ανά φύλο, με άνω και κάτω όρια για διάστημα εμπιστοσύνης 95% των ποσοστών του πληθυσμού που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας (ανά επίπεδο ανάγκης φροντίδας). Τα στοιχεία πληθυσμού είναι σταθμισμένα βάσει στοιχείων Eurostat έτους 2014 όπως έχουν επεξεργαστεί και ενσωματωθεί από τη στατιστική ομάδα της έρευνας SHARE.

Πίνακας 8.1 Εκτιμώμενο πλήθος ατόμων 65+ στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας, c.i. 95%, SHARE w6			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Σύνολο πληθυσμού 65+	1,032,928	1,275,988	2,308,916
Μικρή ανάγκη φροντίδας (χωρίς ADL αλλά με τουλάχιστον 1 iADL)	161,137 [140,478-183,861]	353,449 [321,549-385,348]	514,585 [475,637-554,140]
Μεσαία ανάγκη φροντίδας (ακριβώς 1 ADL)	44,416 [33,054-58,877]	104,631 [86,767-125,047]	149,047 [126,990-173,169]
Μεγάλη ανάγκη φροντίδας (2 ή περισσότερα ADLs)	66,107 [52,679-82,634]	99,527 [81,663-121,219]	165,634 [143,153-191,640]
Σύνολο ατόμων 65+ σε ανάγκη φροντίδας	271,660 [245,837-298,516]	557,607 [523,155-592,058]	829,267 [785,031-872,770]

Πηγή: SHARE w6, βάσει στοιχείων πληθυσμού Eurostat

Εάν στα ανωτέρω προσθέσουμε και 43.408 εκτιμώμενα άτομα χωρίς δυσκολίες με ADLs ή iADLs αλλά με δυσκολίες με λοιπές συνήθειες δραστηριότητες (GALI), τότε φθάνουμε σε **ένα νούμερο ατόμων ηλικίας 65+ που χρήζουν φροντίδας της τάξης των 875.000**. Σημειώνουμε πως το AWG 2021 υπολόγισε για το σύνολο της χώρας για όλες τις ηλικίες ένα πληθυσμό περίπου ενός εκατομμυρίου να χρήζει φροντίδας. Συνεπώς, ο υπολογισμός μας για 875.000 (που αποτελεί εφαρμογή της προσέγγισης του Κεφαλαίου 3 όπου υπήρξε διαβάθμιση βαθμού ανάγκης φροντίδας) μόνο για τις ηλικίες 65+ είναι συμβατός σε τάξη μεγέθους με τους υπολογισμούς του AWG, καθώς οι περίπου 125.000 διαφορές (μέρος ή σύνολο αυτών) αφορούν άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Το πλεονέκτημα της δικής μας προσέγγισης είναι ότι προχωρούμε σε κατανομή ανά βαθμό ανάγκης φροντίδας και ανά φύλο, κάτι που δεν κάνει το AWG.

Παρακάτω, όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.2, εξετάζεται η εκτιμώμενη πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας στην Ελλάδα, ελέγχοντας τις ερμηνευτικές μεταβλητές: ηλικία, φύλο, σύνθεση νοικοκυριού, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη

μακροχρόνιων ασθενειών και οικονομική κατάσταση, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφοροποιήσεις των συντελεστών των ερμηνευτικών μεταβλητών σε σύγκριση τόσο μεταξύ του είδους ανάγκης φροντίδας (ADLs, iADLs) όσο και μεταξύ Ελλάδος με το σύνολο των υπό εξέταση χωρών όπως αναλύθηκε στο κεφάλαιο 5 (βλ. Πίνακα 5.1).

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα probit της Ελλάδας, με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του συνόλου των υπό εξέταση χωρών, όπως αποτυπώθηκαν στον Πίνακα 5.1 του κεφαλαίου 5, παρατηρούνται οι εξής διαφοροποιήσεις. Ενώ για το σύνολο των χωρών η πιθανότητα των ατόμων ηλικίας 70-74 να βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας είναι αυξημένη και στατιστικά σημαντική σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα 65-69, στην Ελλάδα η αύξηση της πιθανότητας να βρίσκεται κανείς σε ανάγκη φροντίδας ξεκινά μόνο από την ηλικιακή κατηγορία 75-59 και άνω. Σε ό,τι αφορά την επίδραση του φύλου, στην Ελλάδα είναι αυξημένη σε σύγκριση με το σύνολο των χωρών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες στην Ελλάδα έχουν αυξημένη πιθανότητα 9.1 p.p. να βρεθούν σε ανάγκη φροντίδας όταν η αντίστοιχη αυξημένη πιθανότητα για το σύνολο των χωρών είναι 5.2 p.p. Αντίθετα, στην Ελλάδα η σύνθεση του νοικοκυριού δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην πιθανότητα βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας σε αντίθεση με όταν εξετάζεται το σύνολο των χωρών.

Η πιθανότητα να βρίσκεται κανείς σε ανάγκη φροντίδας είτε για δραστηριότητες ADL είτε για iADL είναι αυξημένη για τους μεγαλύτερους σε ηλικία, για τις γυναίκες, για όσους έχουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια και για τους λιγότερο ευκατάστατους. Η επίδραση του φύλου είναι ισχυρή μόνο για τις δραστηριότητες iADL ενώ δεν παίζει ρόλο στις δραστηριότητες ADL. Η, δε, οικονομική ευμάρεια δεν παίζει ρόλο στην ανάγκη φροντίδας για δραστηριότητες iADLs όταν δεν συνυπάρχουν δυσκολίες με ADLs. Πιο συγκεκριμένα, άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω έχουν 41.2 ποσοστιαίες μονάδες (p.p) αυξημένη πιθανότητα να βρίσκονται σε κάποιον βαθμό ανάγκης φροντίδας (είτε με ADL είτε με iADL) σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας 65-69, με τις γυναίκες να έχουν 9.1 p.p μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με τους άνδρες. Όσοι έχουν γνωστικά προβλήματα και όσοι αντιμετωπίζουν κάποια μακροχρόνια ασθένεια έχουν 42.2 p.p. και 21.4 p.p. αυξημένη πιθανότητα να βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας. Τέλος, όσοι αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες έχουν 7.1 p.p. αυξημένη πιθανότητα να βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης φροντίδας.

Εστιάζοντας μόνο σε εκείνους που έχουν δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL, βλέπουμε ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίπτωση στην πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας, καθώς η ηλικία και η ύπαρξη ασθενειών αποτελούν τις βασικές ερμηνευτικές μεταβλητές. Αντίστοιχα, εστιάζοντας σε εκείνους που έχουν δυσκολίες μόνο με iADLs βλέπουμε πως η οικονομική ευμάρεια και η ύπαρξη γνωστικών προβλημάτων δεν έχουν στατιστικά σημαντική επίπτωση.

Συμπερασματικά στην Ελλάδα, οι γυναίκες, και ιδίως όσες είναι άνω των 80 ετών, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βρεθούν σε ανάγκη φροντίδας σε σύγκριση με τους άνδρες. Η διαφοροποίηση αυτή είναι ιδιαίτερα αισθητή στις περιπτώσεις μικρής ανάγκης φροντίδας - δηλαδή αντιμετώπισης δυσκολιών κυρίως με δουλειές σπιτιού (iADLs)- και μειώνεται όσο αυξάνει ο βαθμός σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας. Αντίστοιχα, η οικονομική ευμάρεια

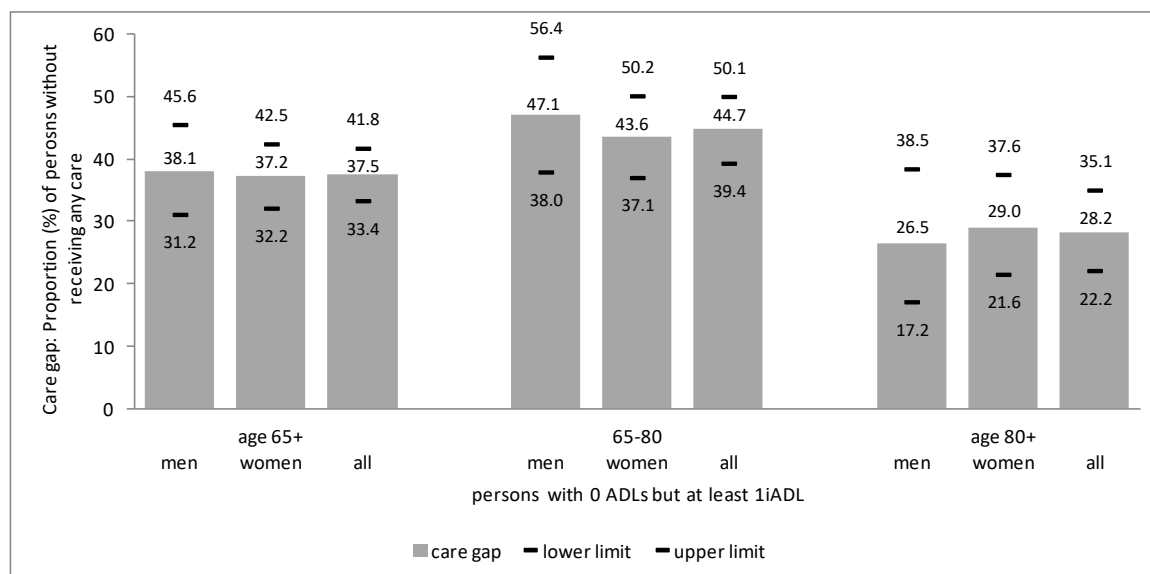
μειώνει την πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας με δραστηριότητες ADL ή iADL, ενώ δεν παίζει ρόλο όταν αφορά μόνο σε δραστηριότητες iADL. Σε σύγκριση, με τις άλλες χώρες το φύλο έχει μεγαλύτερη επίδραση, ενώ η επίδραση της ηλικίας έως τα 75 είναι μικρή.

Πίνακας 8.2 Εκτιμώμενη πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6									
	Δυσκολία είτε με τουλάχιστον 1 ADL είτε με τουλάχιστον 1 iADL			Δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL			Δυσκολία μόνο με iADLs		
Y = prob (σε ανάγκη φροντίδας)	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z
ηλικία 65-69	f			f			f		
ηλικία 70-74	3.9	3.2		1.7	2.1		3.1	2.6	
ηλικία 75-79	16.3	3.1	***	7.2	2.3	***	9.7	2.7	***
ηλικία 80-84	25.5	3.5	***	7.3	2.6	***	18.2	3.3	***
ηλικία 85 και άνω	41.2	3.7	***	21.6	3.8	***	17.6	3.9	***
φύλο (dummy: θήλυ '0', άρρεν '1')	-9.1	2.3	***	1.9	1.3		-8.2	1.8	***
ύπαρξη τέκνων (dummy: όχι '0', ναι '1')	-0.9	3.6		-2.7	2.2		2.8	2.7	
Σύνθεση νοικοκυριού (dummy: διαμονή με άλλους '0', διαμένω μόνος '1')	-0.4	2.5		1.0	1.4		-0.6	2.1	
ύπαρξη ασθενειών που σχετίζονται με την κινητικότητα	22.9	2.3	***	9.5	1.5	***	9.1	2.0	***
ύπαρξη γνωσιακών προβλημάτων	42.2	6.3	***	21.9	5.1	***	-0.3	4.4	
ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας	21.4	2.1	***	11.5	1.3	***	7.8	1.8	***
μεγάλη οικονομική δυσκολία κάλυψης αναγκών νοικοκυριού	7.1	2.1	***	3.7	1.2	***	2.3	1.7	
*p<.10, **p<.05, ***p<.01; f: value omitted; ADL: activities of daily living; iADL: instrumental activities of daily living									
number of observations (n)	2,669								
pseudo R-square	0.2264			0.2144			0.0785		

8.2 Ανάλυση μη λήψης φροντίδας για την Ελλάδα

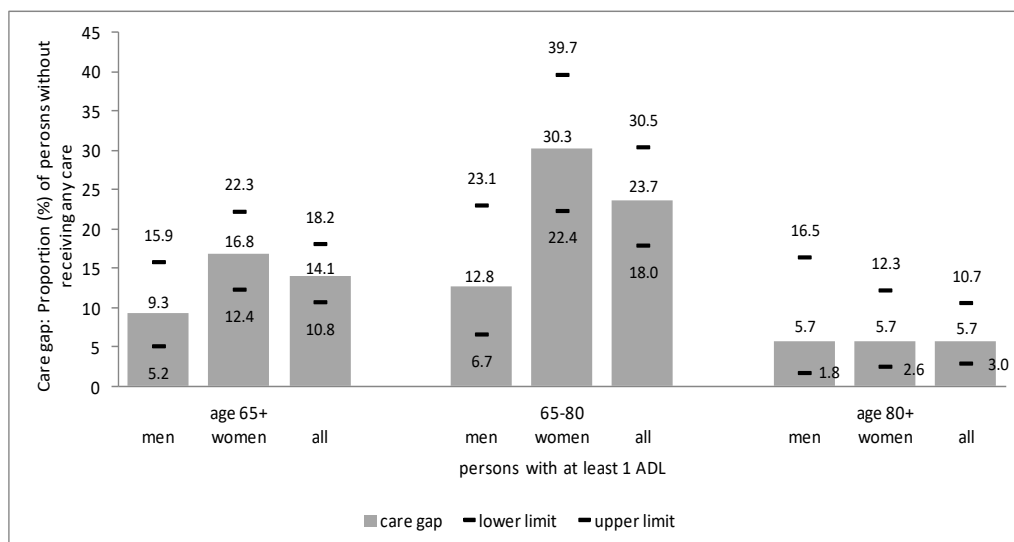
Στην παρούσα υποενότητα, εξετάζεται η διαφοροποίηση ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία στη λήψη φροντίδας σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με δραστηριότητες ADL και iADL λόγω προβλημάτων υγείας. Όπως ήδη αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 6, το 37.5% [33.4% - 41.8%] των ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα που αντιμετωπίζει δυσκολίες μόνο με iADLs

(κυρίως δουλειές σπιτιού/μικρή ανάγκη φροντίδας) λόγω προβλημάτων υγείας δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα-βοήθεια. Στο Διάγραμμα 8.2 φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών, υπάρχει όμως μεταξύ ηλικιακών κατηγοριών. Πιο συγκεκριμένα, στην ηλικιακή κατηγορία 65-80, το ποσοστό των ατόμων που δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα φθάνει στο 44.7% όταν το αντίστοιχο ποσοστό στις ηλικίες 80+ είναι στο 28.2%.



Διάγραμμα 8.2: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα που βρίσκονται σε μικρή ανάγκη φροντίδας (μόνο iADLs) και δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα (Care Gap) ανά φύλο και ηλικιακό εύρος, c.i. 95%.

Αντίστοιχα, στο Διάγραμμα 8.3 φαίνεται το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65+ που δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα, ενώ αντιμετωπίζει δυσκολίες με τουλάχιστον 1 ADL (δραστηριότητες προσωπικής φροντίδας/μεσαία ή μεγάλη ανάγκη φροντίδας). Το 14.1% [10.8% - 18.2%] των ατόμων ηλικίας 65+ σε μεσαία και μεγάλη ανάγκη φροντίδας δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, με τις γυναίκες να εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά (16.8%) σε σύγκριση με τους άνδρες (9.3%). Σημαντική διαφοροποίηση υπάρχει στα δύο ηλικιακά εύρη, καθώς το ποσοστό μη λήψης φροντίδας στις ηλικίες 65-80 φθάνει το 23.7% όταν το αντίστοιχο ποσοστό στις ηλικίες 80+ είναι στο 5.7%. Το μεγαλύτερο 'Μη Λήψη Φροντίδας' εμφανίζεται στις γυναίκες ηλικίας 65-80 που φθάνει το 30.3% (με ανώτατο όριο το 39.7%, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05). Εδώ είναι σημαντικό να τονίσουμε γυναίκες της ηλικιακής κατηγορίας 60-69 είναι εκείνες που σηκώνουν το μεγαλύτερο βάρος παροχής φροντίδας τόσο των εγγονιών όσο και γονέων τους, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό των γυναικών ηλικία 70+ που παρέχουν βοήθεια στα παιδιά και εγγόνια τους. Αντί δηλαδή να λαμβάνουν φροντίδα, την παρέχουν (Lyberaki, 2009).



Διάγραμμα 8.3: Ποσότητα (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας με τουλάχιστον 1 ADL και δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα (Care Gap) ανά φύλο και ηλικιακό εύρος, c.i. 95%. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6.

Σημαντικό είναι να τονιστεί πως όπως φαίνεται στα Διαγράμματα 8.2 και 8.3, όσο αυξάνει ο βαθμός σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και η ηλικία τόσο μειώνεται το ποσοστό ‘Μη Λήψης Φροντίδας’ κάτι που δείχνει πως υπάρχει μεγαλύτερη ανταπόκριση παροχής φροντίδας στους πιο ευάλωτους.

Σε απόλυτους αριθμούς, στην Ελλάδα περίπου 237,234 άτομα ηλικίας 65+ (166,669 γυναίκες 71,566 άνδρες) που βρίσκονται σε κάποιον βαθμό ανάγκης φροντίδας εκτιμάται ότι δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα. Από αυτούς οι 44,605 βρίσκονται σε μεσαία ή μεγάλη ανάγκη φροντίδας και οι 192,629 σε μικρή ανάγκη φροντίδας (Πίνακας 8.3). Η εκτίμηση έγινε στη βάση των ποσοστών του πληθυσμού (Eurostat, 2014, όπως ενσωματώθηκε στην έρευνα SHARE από την ομάδα στατιστικής ανάλυσης του SHARE) που ενώ βρίσκεται σε ανάγκη φροντίδας δεν λαμβάνει καθόλου, ανά φύλο και βαθμό σοβαρότητας όπως υπολογίστηκαν ανωτέρω επί του πληθυσμού ηλικίας 65+ ανά φύλο με άνω και κάτω όρια διαστήματος εμπιστοσύνης 95%.

Πίνακας 8.3 Εκτιμώμενο πλήθος ατόμων 65+ που δεν λαμβάνει φροντίδα όντας σε ανάγκη, ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
“Μη Λήψη Φροντίδας” όσων είναι σε μικρή ανάγκη φροντίδας (χωρίς ADL αλλά με τουλάχιστον 1 iADL)	61,303 [50,201-73,371]	131,326 [113,674-150,036]	192,629 [171,652-214,821]
“Μη Λήψη Φροντίδας” όσων είναι μεσαία ή μεγάλη ανάγκη φροντίδας (1 ή περισσότερα ADLs)	10,263 [5,738-17,545]	34,343 [25,348-45,586]	44,605 [33,995-57,289]
Σύνολο ατόμων 65+ σε ανάγκη φροντίδας που δεν λαμβάνει φροντίδα	71,566 [58,861-85,986]	165,669 [144,936-187,860]	237,234 [212,975-263,526]

Στον Πίνακα 8.4 βλέπουμε πώς επηρεάζεται η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας στην Ελλάδα αναλόγως του αριθμού των ADL και iADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία, ελέγχοντας για τις μεταβλητές ηλικίας, φύλου, σύνθεσης νοικοκυριού, οικονομικής κατάστασης, περιοχής διαμονής και ταμείου ασφάλισης προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με το σύνολο των υπό εξέταση χωρών όπως αναλύθηκε στο κεφάλαιο 5. Σημειώνεται πως τα στοιχεία περί ταμείων ασφάλισης αντλούνται από το drop off ερωτηματολόγιο ειδικά σχεδιασμένο για την Ελλάδα και δεν υπάρχουν στοιχεία σε άλλες χώρες.

Όσο αυξάνει ο αριθμός των ADL και των iADL τόσο μειώνεται η πιθανότητα κάποιος να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με την αύξηση της ηλικίας όταν αυτή είναι άνω των 80 ετών. Αντίθετα, όσοι μένουν μόνοι και οι άνδρες έχουν αυξημένη πιθανότητα μη λήψης φροντίδας, ενώ το αν κάποιος διαμένει σε αστικό κέντρο ή όχι καθώς και το ταμείο ασφάλισης δεν παίζουν κάποιον στατιστικά σημαντικό ρόλο στη λήψη ή μη μακροχρόνιας φροντίδας.

Πίνακας 8.4 Εκτιμώμενη πιθανότητα κάποιος στην Ελλάδα σε ανάγκη φροντίδας (για δύο επίπεδα ανάγκης) να μην λαμβάνει καθόλου φροντίδα ελεγχόμενη για επιλεγμένες ερμηνευτικές μεταβλητές, άτομα ηλικίας 65+, SHARE w6						
	Δυσκολία είτε με τουλάχιστον 1 ADL είτε με τουλάχιστον 1 iADL (n=861)			Δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL (n=327)		
Y = prob (‘Μη Λήψη Φροντίδας’)	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z	dF/dx (p.p)	std. err. *e ²	P>z
αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	-15.5	3.1	***	-0.7	3.2	
αριθμός ADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία ^2	2.9	0.7	***	0.1	0.5	
αριθμός iADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία	-13.1	2.9	***	-6.5	1.9	***
αριθμός iADL για τα οποία υπάρχει δυσκολία ^2	0.29	0.4		0.4	0.2	**
ηλικία 65-69	f			f		
ηλικία 70-74	-3.6	4.1		-2.9	1.7	
ηλικία 75-79	-2.6	4.0		-1.2	2.2	
ηλικία 80-84	-9.4	3.7	**	-1.4	-4.1	*
ηλικία 85 και άνω	-12.8	3.9	***	-7.3	2.7	**
φύλο (dummy: θήλυ ‘0’, άρρεν ‘1’)	-2.3	3.0		-2.5	1.8	
ύπαρξη τέκνων (dummy: όχι ‘0’, ναι ‘1’)	-10.9	5.4	**	1.7	1.9	
μόνος (dummy: διαμονή με άλλους ‘0’, διαμένω μόνος ‘1’)	7.2	3.4	**	11.9	3.8	***
μεγάλη οικονομική δυσκολία κάλυψης αναγκών νοικοκυριού	4.8	2.9	*	1.3	1.9	
διαμονή σε αστικό κέντρο ή μεγάλη πόλη	-0.4	3.0		1.5	2.0	
ασφαλισμένος στο δημόσιο	4.0	5.0		3.6	4.4	
*p<.10, **p<.05, ***p<.01; f: value omitted;						
ADL: activities of daily living; iADL: instrumental activities of daily living						
pseudo R-square	0.2149			0.3703		

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της Ελλάδας, με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του συνόλου των υπό εξέταση χωρών, όπως αποτυπώθηκαν στον Πίνακα 5.2 του κεφαλαίου 5, για όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες είτε με ADL είτε με iADL παρατηρούνται οι εξής διαφοροποιήσεις. Η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας των ατόμων ηλικίας 80 και άνω στην Ελλάδα μειώνεται με μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το σύνολο των χωρών (-12.8 pp. για την ηλικιακή ομάδα 85+ και -9.4 pp. για την ηλικία 80-85 στην Ελλάδα έναντι -10.3 pp. και -5.4 pp. αντίστοιχα για το σύνολο των χωρών). Ομοίως, μειώνεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στην Ελλάδα σε σύγκριση με το σύνολο των χωρών η πιθανότητα μη λήψης φροντίδας όσο αυξάνει ο αριθμός των δυσκολιών ADL (-13.1 pp. έναντι -4.5 pp.) και iADL (-13.1 pp. έναντι -8.8 pp.). Αντίθετα, η οικονομική ευμάρεια και το φύλο δεν έχουν στατιστικά σημαντική επίπτωση στην μη λήψη φροντίδας. Η μη ύπαρξη τέκνων και η μοναχική διαβίωση στην Ελλάδα αποτελούν σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα μη λήψης φροντίδας σε σχέση με το σύνολο των χωρών.

Σε ό,τι αφορά την επίδραση των ερμηνευτικών μεταβλητών για την περίπτωση μη λήψης φροντίδας, όταν υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL ή 1 iADL σε σύγκριση με την περίπτωση όπου υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL, παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, όταν υπάρχει δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη φροντίδας είναι ο αριθμός δυσκολιών με iADLs (που όπως είδαμε στα Κεφάλαια 3 και 5 αυξάνει παράλληλα με την αύξηση του αριθμού δυσκολιών με ADLs) και η σύνθεση του νοικοκυριού. Όταν εξετάζεται η λήψη φροντίδας στη βάση της ύπαρξης είτε δυσκολιών με ADLs είτε με iADLs τότε η ηλικία άνω των 80 και η ύπαρξη τέκνων εμφανίζονται να έχουν σημαντική επίδραση.

Συνοψίζοντας, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα. Τα ιδιαιτέρως υψηλά ποσοστά μη λήψης φροντίδας στο ηλικιακό εύρος 65-80 αποκαλύπτουν τα αργά αντανakλαστικά της κοινωνίας και της πολιτείας, που δυσκολεύονται να ανταποκριθούν έγκαιρα στην αλλαγή φάσης του ηλικιωμένου, ενώ η ουσιαστικά μη στατιστικά σημαντική επίπτωση της οικονομικής ευμάρειας, η επίδραση οικογενειακή κατάσταση και η ανταπόκριση στους πιο ηλικιωμένους και σε όσους έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες αναδεικνύουν το ρόλο και τη σημασία της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα, τόσο στην αντιμετώπιση των δυσκολιών με ADLs όσο και με iADLs.

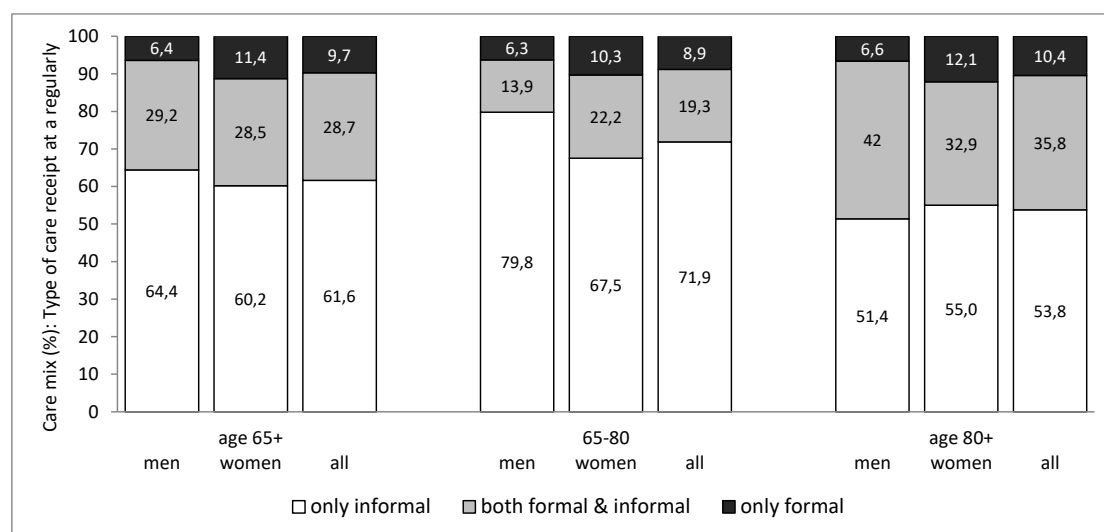
8.3 Ανάλυση παροχής φροντίδας για την Ελλάδα

Με τον δείκτη 'μίγματος φροντίδας' εξετάζουμε για όσους λαμβάνουν τακτική φροντίδα, το είδος τη φροντίδας που λαμβάνουν. Κατά πόσο δηλαδή λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα, μόνο τυπική φροντίδα ή συνδυασμό των δύο. Στο Διάγραμμα 8.4, βλέπουμε ότι από το σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+ που βρίσκονται σε κάποιον βαθμό ανάγκης φροντίδας (μικρό, μεσαίο ή μεγάλο) και οι οποίοι λαμβάνουν φροντίδα, το 61.6% λαμβάνει μόνο άτυπη φροντίδα -ήτοι φροντίδα από συγγενείς, φίλους ή άτυπους φροντιστές-, το 9.7% λαμβάνει μόνο τυπική φροντίδα -ήτοι φροντίδα από επαγγελματία, δημόσιο ή ιδιώτη- και το 28.7% λαμβάνει συνδυασμό των δύο. Συνολικά, εξ' όσων λαμβάνουν φροντίδα, τυπική φροντίδα λαμβάνει το

38.4% (9.7% μόνο τυπική και 28.7% συνδυασμό των δύο) και άτυπη φροντίδα το 90.3% (61.6% μόνο τυπική και 28.7% συνδυασμό των δύο).

Αναλύοντας περαιτέρω ανά ηλικιακό εύρος, βλέπουμε ότι όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειώνεται το ποσοστό που λαμβάνει μόνο άτυπη φροντίδα, ενώ το ποσοστό που λαμβάνει μόνο τυπική φροντίδα αυξάνει οριακά. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι η άτυπη φροντίδα συμπληρώνεται με τυπική φροντίδα. Μπορούμε, συνεπώς, να συμπεράνουμε πως όσο αυξάνει η ηλικία δεν αντικαθίσταται η άτυπη φροντίδα από τυπική, αλλά συμπληρώνεται με αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, εξ' όσων ατόμων ηλικίας 80+ λαμβάνουν φροντίδα το 35.8% λαμβάνει συνδυασμό των δύο, όταν για τα άτομα ηλικίας 65-80 το αντίστοιχο ποσοστό είναι σχεδόν το μισό (19.3%).

Σε ό,τι αφορά στη διάσταση του φύλου, οι γυναίκες λαμβάνουν σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό μόνο τυπική φροντίδα σε σύγκριση με τους άνδρες, οι οποίοι με τη σειρά τους λαμβάνουν σε υψηλότερα ποσοστά άτυπη φροντίδα (είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με τυπική). Πιο συγκεκριμένα για τις ηλικίες 80+ το 12.1% των γυναικών που λαμβάνουν φροντίδα λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 6.6%, ενώ για τις ηλικίες 65-80 το ποσοστό των γυναικών που λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα είναι 67.5%, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 79.8%.

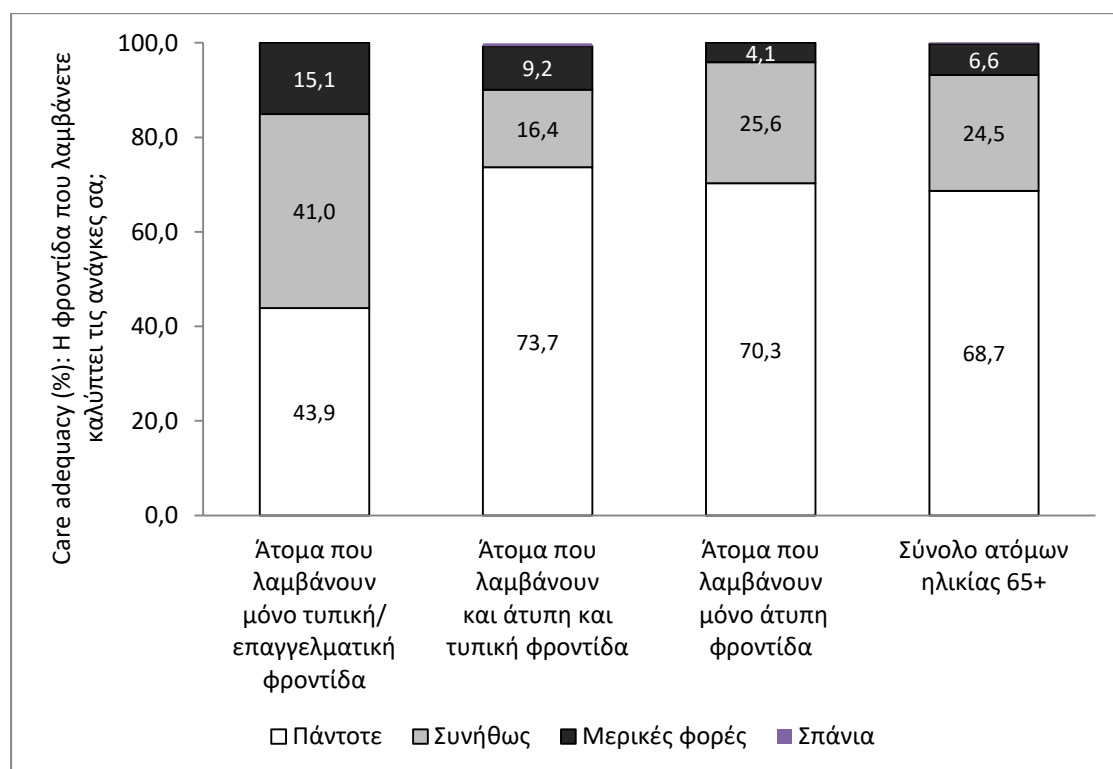


Διάγραμμα 8.4: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ με 1 ADL ή iADL στην Ελλάδα ανά είδος λήψης φροντίδας (τυπικής – άτυπης), ανά φύλο και ηλικιακό εύρος. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6

8.4 Ανάλυση ικανοποίησης φροντίδας για την Ελλάδα

Ένα σημαντικό ερώτημα προκειμένου να διαπιστωθεί το επίπεδο παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, είναι σε τι βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες όσων λαμβάνουν φροντίδα. Στην Ελλάδα, στο σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+ που λαμβάνουν φροντίδα, όπως είδαμε και στο Κεφάλαιο 5, το 68.7% απάντησε ότι η φροντίδα που λαμβάνει καλύπτει πάντοτε τις ανάγκες του, το 24.5% απάντησε ότι συνήθως τις καλύπτει και μόλις το 6.6% απάντησε ότι τις καλύπτει μερικές φορές, ενώ αμελητέο ποσοστό (0.2%) απάντησε πως τις καλύπτει σπάνια. Αναλύοντας,

όμως, περαιτέρω ανά είδος λήψης φροντίδας, ο βαθμός κάλυψης των αναγκών εμφάνιζε διαφοροποιήσεις (βλ. [Διάγραμμα 8.5](#)). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα ή συνδυασμό άτυπης και τυπικής φροντίδας δηλώνουν σε ποσοστό 70.3% και 73.7% πως η παρεχόμενη φροντίδα καλύπτει πάντοτε τις ανάγκες τους, όταν το αντίστοιχο ποσοστό όσων λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα πέφτει στο 43.9%. Αντίστοιχα, το ποσοστό των ατόμων που δηλώνει πως μόνο μερικές φορές καλύπτονται οι ανάγκες τους ανέρχεται στο 15.1% για όσους λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα και πέφτει στο 9.2% για όσους λαμβάνουν συνδυασμό τυπικής και άτυπης φροντίδας και στο 4.1% για όσους λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα.



Διάγραμμα 8.5: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας 65+ στην Ελλάδα ανά βαθμό κάλυψης των αναγκών τους. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6

Κεφάλαιο 9: Ανάλυση άτυπης και τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται ποιος παρέχει μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται σε τι βαθμό η άτυπη/μη επαγγελματική φροντίδα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών παρέχεται από μέλη της οικογένειας, από φίλους και γείτονες ή από άτυπους φροντιστές. Επίσης εξετάζεται η λήψη τυπικής φροντίδας και οι δαπάνες του νοικοκυριού για αυτήν.

Ως άτομα σε ανάγκη φροντίδας νοούνται τόσο όσοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον μία βασική δραστηριότητα καθημερινής ζωής (ADL), όσο και εκείνοι που δεν αντιμετωπίζουν μεν καμία δυσκολία με ADL αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τουλάχιστον μία λειτουργική δραστηριότητα καθημερινής ζωής (iADL) λόγω προβλημάτων υγείας.

9.1 Ποιοι παρέχουν πιο συχνά άτυπη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα;

Στον Πίνακα 9.1 φαίνεται ότι στις γυναίκες ηλικίας 65+ την άτυπη φροντίδα παρέχουν κυρίως τα παιδιά της, ενώ στους άνδρες η σύζυγος ή σύντροφός τους. Ειδικότερα, το 72,9% των ανδρών 65-80 που λαμβάνει άτυπη φροντίδα, την λαμβάνει πιο συχνά από τη σύζυγο ή σύντροφό του, ποσοστό που πέφτει στο 55,6% για τους άνδρες ηλικίας 80+. Τα αντίστοιχα ποσοστά γυναικών που λαμβάνουν φροντίδα πιο συχνά από τους συζύγους ή συντρόφους τους είναι 24,5% και 3,4%, κάτι που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αναμενόμενο από δημογραφικής σκοπιάς, καθώς αφενός οι άνδρες ειθίσται -ειδικά σε αυτές τις γενιές- να είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας από τις συζύγους τους και αφετέρου το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι μεγαλύτερο των ανδρών, με αποτέλεσμα να χρεεύουν συχνότερα από ότι οι άνδρες. Πέραν της δημογραφικής σκοπιάς, η θεμελιωμένη αντίληψη του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας σε ό,τι αφορά στην παροχή φροντίδας εδραιώνει το ανωτέρω αποτέλεσμα.

Τα τέκνα επιβαρύνονται με την παροχή φροντίδας κυρίως προς τις μητέρες τους, καθώς το 67,3% των γυναικών ηλικίας 65+ που λαμβάνει άτυπη φροντίδα την λαμβάνει πιο συχνά από τα παιδιά της, χωρίς ουσιαστική διαφοροποίηση ανά ηλικιακό εύρος, την ώρα που το αντίστοιχο ποσοστό προς τους πατεράδες ανέρχεται στο 29,9%. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των λοιπών συγγενών που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα προς τις γυναίκες ηλικίας 65+, το οποίο ανέρχεται στο 10,4% και αναλύεται σε 3,5% για τις ηλικίες 65-80 και 15,8% για τις ηλικίες 80+. Τα αποτελέσματα δείχνουν την ίδια εικόνα με αυτή που είχε αποτυπωθεί σε παλαιότερα κύματα ερευνών SHARE, όπου τα παιδιά είναι ο κύριος πάροχος φροντίδας προς τους ηλικιωμένους γονείς τους (Lyberaki, 2009).

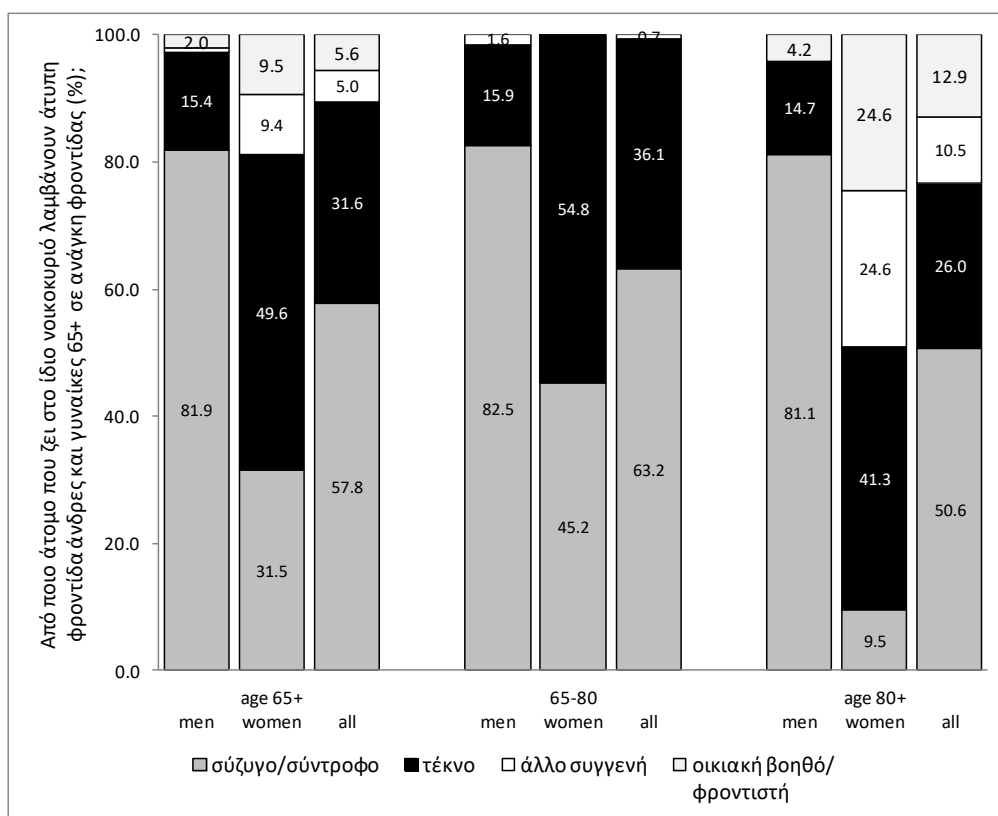
Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνει άτυπη φροντίδα πιο συχνά από οικιακούς βοηθούς και φροντιστές, καθώς σχετίζεται και με την αγορά εργασίας (κυρίως αδήλωτη). Συνολικά, το 5,1% των ατόμων ηλικίας 65+ (εκτίμηση: 30.200 άτομα) που λαμβάνει φροντίδα την λαμβάνει πιο συχνά από οικιακούς βοηθούς ή φροντιστές, με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται στο 10,2% για τις γυναίκες ηλικίας 80+.

Πίνακας 9.1 Από ποιο άτομο (%) λαμβάνουν άτυπη φροντίδα **πιο συχνά** (εντός ή εκτός νοικοκυριού) άτομα σε ανάγκη φροντίδας (ADL ή iADL) στην Ελλάδα ηλικίας 65+ ανά φύλο και ηλικιακή κατηγορία

	από σύζυγο/ σύντροφο	από τέκνο	από άλλο συγγενή	από φίλο/άλλο	από οικιακό βοηθό/ φροντιστή	Σύνολο
Άτομα ηλικίας 65+ (n=444)						
Άνδρες	63.9%	29.9%	1.5%	2.2%	2.5%	100%
Γυναίκες	12.6%	67.3%	10.4%	3.3%	6.4%	100%
Σύνολο ατόμων 65+	30.2%	54.5%	7.3%	2.9%	5.1%	100%
Άτομα ηλικίας 65-80 (n=238)						
Άνδρες	72.9%	23.5%	1.1%	2.5%	0.0%	100%
Γυναίκες	24.5%	65.7%	3.5%	4.9%	1.4%	100%
Σύνολο ατόμων 65-80	42.3%	50.2%	2.6%	4.0%	0.9%	100%
Άτομα ηλικίας 80+ (n=206)						
Άνδρες	55.6%	35.9%	1.7%	1.9%	4.9%	100%
Γυναίκες	3.4%	68.6%	15.8%	2.0%	10.2%	100%
Σύνολο ατόμων 80+	20.3%	58.0%	11.2%	2.0%	8.5%	100%

Σε ό,τι αφορά τις περιπτώσεις όπου η φροντίδα παρέχεται από άτομο που ζει εντός του ίδιου νοικοκυριού με τον λήπτη φροντίδας, αυτή παρέχεται κατά 57.8% από τον/την σύζυγο ή σύντροφο, 31.6% από τα παιδιά, 5.6% από οικιακή βοηθό/φροντιστή και 5.0% από άλλο συγγενή, με σημαντικές όμως διαφοροποιήσεις ανά φύλο και ηλικιακό εύρος (βλ. Διάγραμμα 9.1). Ειδικότερα, από τις γυναίκες ηλικίας 80+ που λαμβάνουν βοήθεια από άτομο που ζει εντός του ίδιου νοικοκυριού, το 24.6% την λαμβάνει από οικιακή βοηθό/φροντιστή, το 41.3% από το παιδί τους, το 9.5% από τον σύζυγό τους και το υπόλοιπο 24.6% από άλλο συγγενή. Εστιάζοντας, στην παροχή φροντίδας από συννοικούντα οικιακή βοηθό/φροντιστή, στους άνδρες ηλικίας 80+ που λαμβάνουν φροντίδα από άτομο που συνοικεί μαζί τους το ποσοστό ανέρχεται στο 4.2%, ενώ στις ηλικίες 65-80 η λήψη φροντίδας από συννοικούντα οικιακή βοηθό/φροντιστή είναι αμελητέα (0.7%).

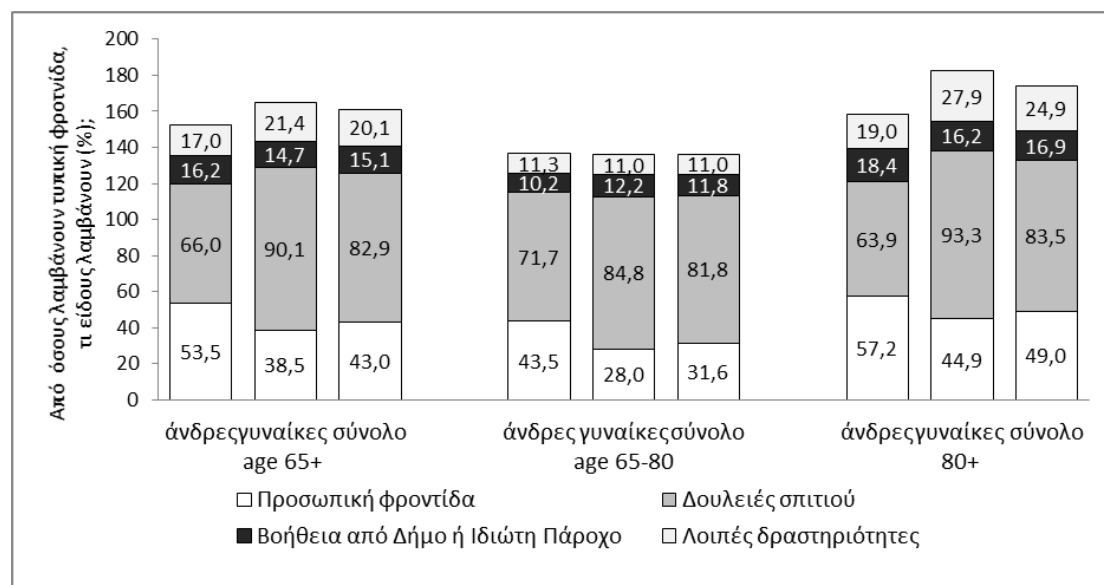
Συμπερασματικά, οι άνδρες λαμβάνουν φροντίδα από τις συζύγους τους και οι γυναίκες από τα παιδιά τους, λοιπούς συγγενείς ή οικιακούς βοηθούς. Συνδυάζοντας όλα τα ευρήματα της ανάλυσης βλέπουμε ουσιαστικά πως οι γυναίκες (ειδικά ηλικίας 65-80) όχι μόνο έχουν έλλειψη μακροχρόνιας φροντίδας όταν βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας, αλλά επωμίζονται και τη μακροχρόνια φροντίδα του συζύγου τους. Αποτελούν επομένως μια κατηγορία για την οποία η θέσπιση ενός προγράμματος στήριξης θα είχε ειδική σημασία.



Διάγραμμα 9.1: Ποιο άτομο που ζει εντός του ίδιου νοικοκυριού παρέχει την άτυπη φροντίδα (%) σε άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα; Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6.

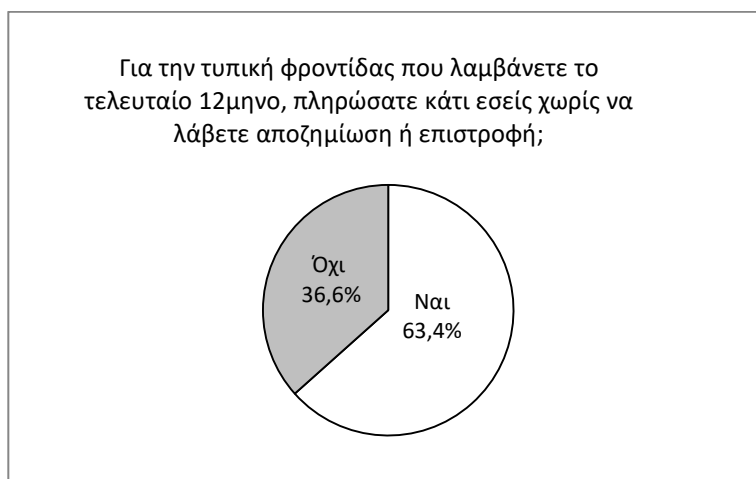
9.2 Τυπική/Επαγγελματική μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα

Από τα άτομα ηλικίας 65+ που βρίσκονται σε ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας και λαμβάνουν τυπική φροντίδα/βοήθεια στο σπίτι, 82.9% λαμβάνει για δουλειές σπιτιού, 43.0% για προσωπική φροντίδα, 15.1% βοήθεια από το Δήμο ή Ιδιώτη Πάροχο και το 20.1% για άλλες δραστηριότητες, με διαφοροποιήσεις τόσο βάσει φύλου όσο και ηλικιακού εύρους, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 9.2. Τα ποσοστά των ανδρών που λαμβάνουν προσωπική φροντίδα είναι υψηλότερα σε σύγκριση με των γυναικών, ενώ αντίθετα τα ποσοστά των γυναικών που λαμβάνουν βοήθεια με δουλειές σπιτιού ή λοιπές δραστηριότητες είναι υψηλότερα σε σύγκριση με των ανδρών. Σε ό,τι αφορά τη βοήθεια από Δήμο ή ιδιώτη πάροχο τα ποσοστά είναι πανομοιότυπα για άνδρες και γυναίκες. Σημειώνεται πως τα ποσοστά δεν αθροίζουν σε 100%, καθώς κάποιος μπορεί να λαμβάνει πάνω από ένα είδος φροντίδας.



Διάγραμμα 9.2: Είδος παροχής τυπικής φροντίδας (%) σε άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6.

Σε ό,τι αφορά τις **δαπάνες** για τη λήψη τυπικής φροντίδας στο σπίτι, το 63.4% όσων βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας και λαμβάνει τυπική φροντίδα πληρώνει με δικές του δαπάνες, ενώ το 36.6% όχι, είτε δηλαδή την λαμβάνει από το Δήμο είτε λαμβάνει αποζημίωση ή επιστροφή (βλ. Διάγραμμα 9.3).



Διάγραμμα 9.3: Ποσοστό ατόμων (%) 65+ στην Ελλάδα που πληρώνουν με δικά τους χρήματα για την τυπική μακροχρόνια φροντίδα. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6.

Για τα νοικοκυριά που δαπανούν από ίδιους πόρους χρηματικά ποσά για την λήψη μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι, το μέσο κόστος ανέρχεται στα €1,575 ετησίως (ή €131 μηνιαίως) με κατώτατο κόστος τα €30, ανώτατο τα €8,400 και διάμεσο τα €600 ετησίως (βλ. Πίνακα 9.2) όπως υπολογίστηκαν βάσει των απαντήσεων του ερωτηματολογίου SHARE. Πιο συγκεκριμένα οι ερευνώμενοι με δυσκολίες με πάνω από 1 ADL ή iADL που δήλωσαν ότι πληρώνουν δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας στο σπίτι (δείγμα 120 ατόμων) ρωτήθηκαν τι

ποσό δαπάνησαν το τελευταίο 12μηνο, με εναλλακτική δυνατότητα να απαντήσουν πόσα ξοδεύουν έναν τυπικό μήνα σε περίπτωση που κάτι τέτοιο τους διευκόλυνε.

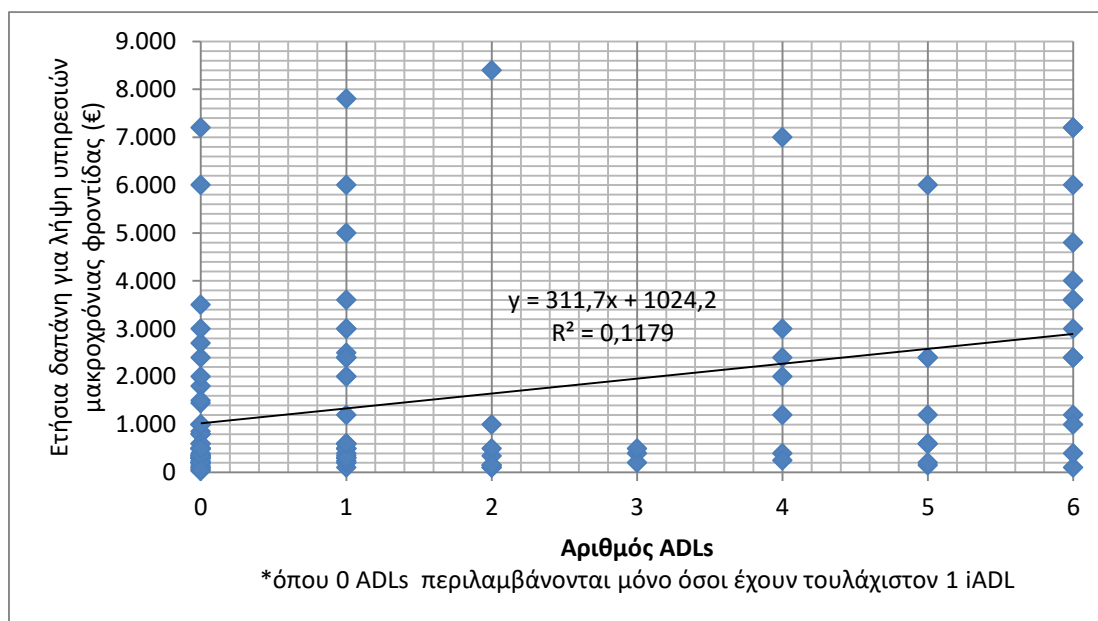
Πίνακας 9.2 Δαπάνη (€) όσων πληρώνουν για τυπική φροντίδα στο σπίτι (n=120)								
	Μέσος όρος	Διάμεσος	1 st quartile	2 nd quartile	3 rd quartile	τυπική απόκλιση	min	max
Ετήσια	1,575	600	240	500	2,400	1,979	30	8,400
Μηνιαία	131	50	20	42	200	165	3	700

Ανά αριθμό ADLs, το μέσο κόστος όσων δαπανούν χρήματα από ίδιους πόρους είναι €926 ετησίως (ή 77 ευρώ το μήνα) για όσους δεν έχουν ADLs αλλά έχουν τουλάχιστον 1 iADL, €1,710 ετησίως (ή €142 το μήνα) για όσους έχουν 1 ADL και €2,247 ετησίως για όσους έχουν 2 ή περισσότερα ADLs (ή €187 μηνιαίως).

Σε ό,τι αφορά το ποσοστό δαπανών επί του εισοδήματος από το δείγμα των 120 ατόμων, οι 68 δαπάνησαν λιγότερο του 10% επί του οικογενειακού τους εισοδήματος, οι 20 μεταξύ 10-25%, οι 13 μεταξύ 25-50%, οι 9 άνω του 50% και οι 6 πάνω από το 100% των εισοδημάτων τους (δηλαδή το 12.5% όσων δαπάνησαν χρήματα, δαπάνησε άνω του 50% του οικογενειακού του εισοδήματος). Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων, συνεπώς, βρίσκονται αντιμέτωποι με καταστροφικές δαπάνες υγείας, δηλαδή δαπάνες άνω του 40% του διαθέσιμου εισοδήματος μετά την αφαίρεση των βασικών ειδών διαβίωσης.

Σημαντικό είναι, επίσης, να τονιστεί πως οι 77 από τους 120 (64%) που πληρώνουν για τυπική φροντίδα κάνουν χρήση **και** άτυπης φροντίδας. Το αξιοσημείωτο είναι πως δαπανούν περισσότερα χρήματα (€1.900 κατά μέσο όρο σε ετήσια βάση) σε σύγκριση με όσους λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα (€900 κατά μέσο όρο σε ετήσια βάση), κάτι που δείχνει πως η τυπική και άτυπη φροντίδα αλληλοσυμπληρώνονται για τα πιο σοβαρά επίπεδα ανάγκης φροντίδας όπου οι δαπάνες είναι υψηλότερες.

Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και ετήσιας δαπάνης για την κάλυψη των αναγκών, αυτή είναι υπαρκτή μεν αλλά ασθενής όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 9.4, όπου φαίνεται πως όσο αυξάνει ο αριθμός των ADLs για τα οποία υπάρχει δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης αυξάνει και η ετήσια δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας ($R^2 = 0.1179$).



Διάγραμμα 9.4: Ετήσια δαπάνη (€) ατόμων ηλικίας 65+ για τυπική μακροχρόνια φροντίδα στο σπίτι συναρτήσει αριθμού ADL. Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6.

Στον Πίνακα 9.3 φαίνεται συγκεντρωτικά το μέσο ετήσιο κόστος δαπάνης μακροχρόνιας φροντίδας από ίδιους πόρους (για όσους πραγματοποιούν τέτοιες δαπάνες) ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και σε σχέση με το αν συνυπάρχει ή όχι άτυπη φροντίδα, με το συμπέρασμα να είναι ότι ξοδεύονται περισσότερα όσο αυξάνει η ανάγκη φροντίδας και όσο συνυπάρχει η άτυπη φροντίδα, προφανώς με την εξήγηση να έγκειται στο ότι δεν φθάνει μόνο η τυπική αμειβόμενη φροντίδα για τα πιο σοβαρά περιστατικά.

Πίνακας 9.3 Μέση ετήσια δαπάνη (€) από ίδιους πόρους (για όσους πραγματοποιούν τέτοιες δαπάνες) ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και συνύπαρξη ή μη άτυπης φροντίδας (n=120)

	Ετήσιο κόστος για όσους δεν έχουν ADLs αλλά έχουν τουλάχιστον 1 iADL	Ετήσιο κόστος για όσους έχουν 1 ADL	Ετήσιο κόστος για όσους έχουν 2 ή περισσότερα ADLs	Συνολικός μέσος όρος ανεξαρτήτως βαθμού σοβαρότητας ανάγκης
Λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα	€605	€423	€2522	€989
Λαμβάνουν τυπική και άτυπη φροντίδα	€1456	€1896	€2170	€1902
Συνολικός μέσος όρος	€926	€1710	€2247	€1575

Παρακάτω, στον Πίνακα 9.4 και για λόγους σύγκρισης τάξης μεγέθους φαίνεται το αντίστοιχο μέσο ετήσιο κόστος δαπάνης από ίδιους πόρους για χώρες ίδιου προφίλ με την Ελλάδα, όπως η Ιταλία και η Ισπανία αλλά και ο συνολικός μέσος όρος του συνόλου των υπό εξέταση χωρών. Η παρακάτω σύγκριση εξυπηρετεί μόνο για να δείξει κατά πόσο η τάξη μεγέθους δαπάνης στην Ελλάδα είναι διαφορετική από άλλες χώρες -και αν για άλλες χώρες θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για καταστροφικές δαπάνες (σε επίπεδο μέσου όρου χώρας)- και

όχι προφανώς για άμεση σύγκριση, καθώς δεν έχει γίνει μετατροπή σε PPP. Είναι φανερό συνεπώς από τον παρακάτω Πίνακα πως η υπολογισθείσα ετήσια μέση δαπάνη στην Ελλάδα είναι παρόμοιας τάξης μεγέθους με των υπόλοιπων χωρών.

Πίνακας 9.4 Μέση ετήσια δαπάνη (€) από ίδιους πόρους (για όσους πραγματοποιούν τέτοιες δαπάνες) ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας και συνύπαρξη ή μη άτυπης φροντίδας ανά χώρα				
	Ετήσιο κόστος για όσους δεν έχουν ADLs αλλά έχουν τουλάχιστον 1 iADL	Ετήσιο κόστος για όσους έχουν 1 ADL	Ετήσιο κόστος για όσους έχουν 2 ή περισσότερα ADLs	Συνολικός μέσος όρος ανεξαρτήτως βαθμού σοβαρότητας ανάγκης
Ελλάδα	€926	€1710	€2247	€1575
Ιταλία	€1225	€2531	€3919	€2726
Ισπανία	€2053	€1514	€3442	€2740
Μέσος όρος όλων των υπό εξέταση χωρών	€1570	€1798	€3157	€2235

Κεφάλαιο 10: Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα & Διοικητικά στοιχεία - Έρευνα «focus group» σε εξειδικευμένο κοινό

Στο παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διάφορες μορφές παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που υπάρχουν στην Ελλάδα και η χρηματοδότησή τους, ενώ παρουσιάζονται διοικητικά στοιχεία σχετικά με το πλήθος των ηλικιωμένων που λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας από οργανωμένες δομές (δημόσιες ή ιδιωτικές) και τις σχετικές δημόσιες δαπάνες. Επίσης παρουσιάζονται αποτελέσματα πρωτογενούς έρευνας τύπου «focus group» που πραγματοποιήθηκε το 2018 σε εξειδικευμένο κοινό σχετικά με το επίπεδο μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Στόχος της έρευνας ήταν η ποιοτική αξιολόγηση του υφιστάμενου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας να πλαισιώσει τα ποσοτικά αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προκειμένου συνδυαστικά να οδηγήσουν σε προτάσεις βελτίωσης του υφιστάμενου συστήματος. Σημειώνεται πως το ενδιαφέρον της ελληνικής πολιτείας για το σχεδιασμό ενός βελτιωμένου και ολοκληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι σημαντικό. Το 2021, με την χρηματοδότηση από τη Γενική Διεύθυνση Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (DG Reform) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, προέβη στην εκπόνηση μελέτης που πραγματοποιήθηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα με στόχο τη διαμόρφωση προτάσεων πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας. Τα αποτελέσματα έχουν κατατεθεί με τη μορφή πορίσματος στο αρμόδιο υπουργείο, αν και δεν έχουν (ακόμη) δημοσιευτεί.

10.1 Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα & Διοικητικά στοιχεία

Η τυπική -με την έννοια που χρησιμοποιήθηκε ως τώρα, δηλαδή επαγγελματική αμειβόμενη- μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα παρέχεται κυρίως με τρεις τρόπους, δύο εκ των οποίων αποτελούν δημόσιες πολιτικές και μία ιδιωτική ή μη κερδοσκοπική πρωτοβουλία υπό το θεσμικό πλαίσιο εποπτείας που έχει θέσει το Κράτος: i) Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», ii) Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και iii) Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Στον παρακάτω Πίνακα 10.1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα είδη παροχής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων (συμπεριλαμβανομένης και της άτυπης για πληρότητα) στην Ελλάδα και ποιος την παρέχει (δημόσιος τομέας, μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, ιδιωτικός τομέας, οικογένεια/άτυπο φροντιστές). Εντύπωση προκαλεί η πλήρης απουσία του ασφαλιστικού τομέα –ο οποίος σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Γαλλία, όπως είδαμε στο κεφάλαιο 1, έχουν παρουσία.

Πίνακας 10.1 Είδος παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και ποιος την παρέχει				
	Δημόσιος τομέας	Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί	Ιδιωτικός τομέας	Άτυποι πάροχοι φροντίδας
Φροντίδα στο σπίτι	Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» σε επίπεδο Δήμου	-	Παρέχεται και από ιδιωτικές εταιρίες	Παρέχεται από την οικογένεια, φίλους ή

				λοιπούς άτυπους φροντιστές
Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων	Πολύ μικρός αριθμός, κυρίως από κληροδοτήματα	Σημαντικός αριθμός ανήκει και διοικείται από την Εκκλησία. Υπάρχει και ιδιωτική πρωτοβουλία υπό τη νομική μορφή μη κερδοσκοπικής εταιρίας.	Ιδιωτικές κερδοσκοπικές εταιρίες	-
Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων	Σε επίπεδο Δήμου	-	-	-
Επίδομα	Κρατικό βάσει ποσοστών αναπηρίας άνω του 50%	-	-	-

10.1.1 Φροντίδα στο σπίτι

Η φροντίδα στο σπίτι είναι ο προτιμητέος τύπος λήψης φροντίδας, τόσο για τον λήπτη φροντίδας ο οποίος δεν θέλει να φύγει από τον τόπο διαμονής του όσο και για την πολιτεία, καθώς είναι κατά κανόνα οικονομικότερη (European Commission 2021 p.37, Bettio and Solinas 2009). Το δημόσιο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» συστήθηκε το 1997 και η οργάνωση και λειτουργία του γίνεται σε επίπεδο Δήμου. Έως το 2003 δικαιούχοι ήταν μόνο οι ηλικιωμένοι που αντιμετώπιζαν δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες πιστοποιούσαν κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ από το 2003 και μετά επεκτάθηκε και σε άτομα με αναπηρία 67% και άνω ανεξαρτήτως ηλικίας (Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ Β917/17-10-1997, Νόμος 3106/2003). Προκειμένου να καταστεί κάποιος δικαιούχος του προγράμματος πρέπει να πληροί κατά κανόνα τις παρακάτω προϋποθέσεις: i) να ζει μόνος του ή με ηλικιωμένο που και αυτό αντιμετωπίζει δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες ή με άτομο με βαθμό αναπηρίας 67% ανεξαρτήτως ηλικίας, ii) να έχει ατομικό ετήσιο εισόδημα έως €7,700 ή οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των €15,400 iii) να μην λαμβάνει επίδομα αναπηρίας και iv) να μην ζει εντός μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων (Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ Β 1240/11-04-2012). Το Πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και παρέχει στους δικαιούχους υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, ατομικής υγιεινής και καθαριότητας, πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας, συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης, συνοδείας και διευκόλυνσης μετακινήσεων.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» βάσει στοιχείων (2016) από την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (ΕΕΤΑΑ) εξυπηρετεί κατά μέσο όρο περίπου 72,000 δικαιούχους ετησίως. Απασχολεί 3,200 άτομα και έχει ετήσιο προϋπολογισμό 60 εκατομμύρια

ευρώ (Νόμος 4483/2017, Διοικητικά Στοιχεία). Η πηγή χρηματοδότησης ήταν πάντοτε μια πρόκληση για την πολιτεία, που δεν το έχει εντάξει ακόμη στον τακτικό προϋπολογισμό. Έως το 2011 χρηματοδοτούταν από συγχρηματοδοτούμενα ευρωπαϊκά προγράμματα, ενώ τα τελευταία χρόνια χρηματοδοτείται από τέσσερις διαφορετικές πηγές: το Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, τον Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ε-ΕΦΚΑ) και το Υπουργείο Εσωτερικών και (Νόμος 4483/2017). Φροντίδα στο σπίτι παρέχεται επίσης και από ιδιωτικές εταιρίες ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς επί πληρωμή. Στον Πίνακα 10.2 φαίνονται διοικητικά στοιχεία ετών 2012-2016 (πηγή: ΕΕΤΑΑ), με το ετήσιο κόστος ανά δικαιούχο να ανέρχεται στα € 786, δηλαδή περί τα € 66 το μήνα. Η ΕΕΤΑΑ αποτελεί την Αρχή χρηματοδότησης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και μοναδικό κάτοχο πρωτογενών στοιχείων, τα οποία όμως δεν δημοσιεύονται.

Πίνακας 10.2 Διοικητικά Στοιχεία για Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»					
	Έτος 2012	Έτος 2013	Έτος 2014	Έτος 2015	Έτος 2016
Δικαιούχοι	77,575	74,574	72,469	73,251	72,561
Απασχολούμενοι	3,456	3,365	3,261	3,235	3,198
Ετήσιο Κόστος (σε εκατομμύρια €)	58.12	57.36	57.83	54.00	57.05
Ετήσιο κόστος ανά δικαιούχο (σε €)	749	769	797	737	786
Δικαιούχοι/Απασχολούμενους	22.4	22.2	22.2	22.6	22.7
Πηγή: Συλλογή μη δημοσιευμένων στοιχείων της Ελληνικής Εταιρίας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης το 2016					

Δεν θα πρέπει να γίνει οποιαδήποτε σύγκριση κόστους με τα ευρήματα του Κεφαλαίου 9 - όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ένα μέσο ετήσιο κόστος €1,575 για όσους κάνουν χρήση αμειβόμενων ιδιωτικών υπηρεσιών στο σπίτι -, καθώς τα ευρήματα δεν μπορεί να είναι συγκρίσιμα. Ένα βασικός λόγος μη συγκρισιμότητας είναι ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί κατά κανόνα μόνο τις καθημερινές για 8 ώρες την ημέρα και ως εκ τούτου παρέχει υπηρεσίες στη βάση της διαθεσιμότητας των δημόσιων λειτουργιών που παρέχουν την υπηρεσία και όχι στη βάση των πραγματικών αναγκών του ατόμου σε ανάγκη φροντίδας. Οι πραγματικές ανάγκες φροντίδας σε αξία προσεγγίζονται καλύτερα από το ποσό που καταβάλλεται από ίδιους πόρους όπως υπολογίστηκε στο κεφάλαιο 9, οπότε και πληρώνει για όση φροντίδα πραγματικά χρειάζεται (και όση αντέχει οικονομικά). Το κόστος του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτυπώνει κατ' ουσίαν το κόστος που το γραφειοκρατικό σύστημα έχει επιλέξει.

10.1.2 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Η ίδρυση και λειτουργία μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι ρυθμισμένη και ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και προϋποθέσεις (Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ Β 1136/6-7-2007), οι οποίοι όμως εξαντλούνται στον προσδιορισμό κτιριακών απαιτήσεων (π.χ. αριθμός μάνιων ανά αριθμό χρηστών) παρά στο προσδιορισμό επιπέδου ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων διαχωρίζονται σε: i) Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

(αυτοεξυπηρετούμενων ή μη) κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ii) Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (αυτοεξυπηρετούμενων ή μη) *μη* κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα καταβαλλόμενα τροφεία στις μονάδες αυτές καλύπτουν τα έξοδα λειτουργίας τους (χωρίς επιχειρηματικό κέρδος). Για τη λειτουργία τους είναι απαραίτητη η Άδεια Ίδρυσης και Άδεια Λειτουργίας (ελάχιστος αριθμός κλινών: 10, μέγιστος αριθμός κλινών: 100). Κατ' εξαίρεση μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων που είχαν συσταθεί προ του συγκεκριμένου νόμου του 2007, εξακολουθούν να λειτουργούν με τον αριθμό κλινών που είχαν ακόμη και αν δεν είναι στα όρια 10 ως 100). Ανεξαρτήτως του ιδιοκτησιακού τους καθεστώτος λειτουργούν σε επίπεδο Δήμου και είναι υπό την εποπτεία των Περιφερειών σε πρώτο επίπεδο και του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων σε δεύτερο επίπεδο.

Βάσει μη δημοσιευμένων στοιχείων του Υπουργείου που ελήφθησαν (2018) από τον συγγραφέα της παρούσης (Πίνακας 10.3), το 2016 λειτουργούσαν 241 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων από τις οποίες οι 10 ανήκαν στο Δημόσιο, 129 σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (45 ιδιωτικές, 42 Εκκλησίας και 32 φιλανθρωπικών σωματείων) και 112 ήταν ιδιωτικές εταιρίες κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το πλήθος των ηλικιωμένων σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ανέρχεται στα 10,658 άτομα (στοιχεία έτους 2016). Σχεδόν το 50% εξ' αυτών διαμένουν σε μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα και το υπόλοιπο 50% σε μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το σύνολο των εργαζομένων ήταν 4,322 εκ των οποίων το 44% σε μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα και το 56% σε μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Διοικητικά στοιχεία). Ο μέσος αριθμός κλινών ανά μονάδα φροντίδα ηλικιωμένων είναι 49, η πληρότητα είναι γύρω στο 90% και η αναλογία διαμενόντων προς απασχολούμενους 2.47. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων αποτελεί τον μοναδικό κάτοχο πρωτογενών στοιχείων. Συλλέγει κάθε έτος στοιχεία από όλες τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (ιδιωτικές, δημόσιες, εκκλησίας), τα οποία όμως δεν δημοσιεύονται.

Πίνακας 10.3 Διοικητικά Στοιχεία για Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (2016)					
	Αριθμός Μονάδων (1)	Αριθμός Απασχολούμενων (2)	Αριθμός Κλινών (3)	Αριθμός Διαμενόντων (4)	Διαμένοντες/ Απασχολούμενους (5)=(4)/(2)
Ιδιωτικές Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα	112	1,887	5,710	5,115	2.71
Μη Κερδοσκοπικές Ιδιωτικές	45	825	2,187	1,881	2.28
Μη Κερδοσκοπικές Εκκλησίας	42	612	1,586	1,454	2.38
Μη Κερδοσκοπικές Φιλανθρωπικών Σωματείων	32	764	1,835	1,629	2.13
Μη Κερδοσκοπικές Κρατικές-Κληροδοτήματα (ΝΠΙΔ)	7	176	426	396	2.25

Μη Κερδοσκοπικές Δήμων (ΝΠΔΔ)	3	58	147	183	3.16
Σύνολο	241	4,322	11,891	10,658	2.47
Πηγή: Συλλογή μη δημοσιευμένων στοιχείων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2018)					

Οι πηγές χρηματοδότησης των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι ένας συνδυασμός δωρεών, επιχορήγησης από τις Περιφέρειες μέσω μεταβίβασης πόρων από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και είσπραξης μέρους της σύνταξης του διαμένοντος ηλικιωμένου. Οι δωρεές των ηλικιωμένων μέρους της περιουσίας τους προς τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που τους φιλοξενούν γίνονται υπό μάλλον αδιαφανείς διαδικασίες και ασαφείς κανόνες. Σε ότι αφορά τις κερδοσκοπικές εταιρίες του κλάδου η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι η χρέωση βάσει των κανόνων της ελεύθερης αγοράς. Σε ότι αφορά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχει έλλειψη κεντρικής αξιολόγησής τους, που θα διασφάλιζε την αξιοπρεπή διαβίωση των διαμενόντων.

10.1.3 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), είναι οι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυνάμεων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια, κλπ), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα τους (ΥΑ 14963/2001, ΦΕΚ 1397/Β/2001). Σκοπός των ΚΗΦΗ είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού τους αποκλεισμού, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς και των άλλων μελών της οικογένειας. Φορείς λειτουργίας τους είναι οι Δήμοι και ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Βάσει των στοιχείων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2016), όπως αποτυπώνονται στον Πίνακα 10.4, στην χώρα λειτουργούν 74 ΚΗΦΗ, που εξυπηρετούν 1,581 δικαιούχους, με συνολικό ετήσιο κόστος €8.79 εκατομμύρια, κάτι που αντιστοιχεί σε ετήσιο κόστος €5.560 ανά δικαιούχο, δηλαδή μηνιαία κόστος € 463 ανά δικαιούχο. Το μέσο ετήσιο κόστος ανά ΚΗΦΗ είναι €118,770.

Πίνακας 10.4 Διοικητικά Στοιχεία για Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (2016)				
Αριθμός ΚΗΦΗ	Αριθμός απασχολούμενων	Αριθμός δικαιούχων	Ετήσιο Κόστος ΚΗΦΗ	Δικαιούχοι/ Απασχολούμενοι (5)=(3)/(2)
74	357	1,581	8,789,000	4.42
Πηγή: Συλλογή μη δημοσιευμένων στοιχείων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (2018)				

10.1.4 Δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας στις εκθέσεις AWG

Ο υπολογισμός των δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας είναι μία πρόκληση όχι μόνο για την Ελλάδα αλλά για σχεδόν το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών, καθώς πολλές εξ'

αυτών μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν ξεκινήσει να τις διαχωρίζουν, μερικώς, από τις δαπάνες υγείας όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο 1. Επιπλέον, δεν υπάρχει θεσπισμένη κοινή ευρωπαϊκή πολιτική ως προς το τι καταγράφεται ως δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας και τι ως δαπάνη υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μερικές χώρες να καταγράφουν κάποιες δαπάνες ως μακροχρόνια φροντίδα, ενώ κάποιες άλλες χώρες να καταγράφουν τις ίδιες δαπάνες ως δαπάνες υγείας, καθιστώντας την διακρατική σύγκριση προβληματική.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, στις Εκθέσεις Γήρανσης του Aging Working Group που αποτελεί τον μοναδικό φορέα συλλογής στοιχείων μακροχρόνιας φροντίδας των χωρών της Ευρώπης, η Ελλάδα ενώ το έτος 2007 φέρεται να έχει δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας 1.4% του ΑΕΠ, το έτος 2015 φέρεται να έχει μόλις 0.1% (και με χαμηλότερο ΑΕΠ) και το 2019 0.2% (περίπου δηλαδή €360 εκατομμύρια για ΑΕΠ €180 δις). Αυτό περισσότερο δείχνει να οφείλεται σε αδυναμία και μη συστηματικοποίηση τρόπου μέτρησης των στοιχείων στην Ελλάδα παρά σε πραγματική μείωση των δαπανών, καθώς ενώ στις Εκθέσεις του 2009, 2012 και 2015 υπήρχε αναφορά σε δικαιούχους και δαπάνες επιδομάτων, στις Εκθέσεις του 2018 και 2021 τα επιδόματα δείχνουν να είναι μηδενικά. Στον παρακάτω Πίνακα παρατίθενται τα στοιχεία του AWG που δείχνουν όπως αναλύθηκε παραπάνω πως τα στοιχεία για την Ελλάδα διαχρονικά δείχνουν να είναι προβληματικά. Σημειώνεται, δε, πως οι παρακάτω εκτιμήσεις των Εκθέσεων Γήρανσης αφορούν σε δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας του συνόλου του πληθυσμού ανεξαρτήτως ηλικίας, όχι μόνον δηλαδή των ηλικιωμένων.

Πίνακας 10.5 Δημόσια δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)					
	Έτος 2007	Έτος 2010	Έτος 2013	Έτος 2015	Έτος 2019
Ελλάδα	1.4%	1.4%	0.5%	0.1%	0.2%
Ιταλία	1.7%	1.9%	1.8%	1.7%	1.7%
Ισπανία	0.5%	0.8%	1.0%	0.9%	0.7%
Πορτογαλία	0.1%	0.3%	0.5%	0.5%	0.4%
Ευρωπαϊκός μέσος όρος των 27	1.2%	1.8%	1.6%	1.6%	1.7%
Ευρωπαϊκός μέσος όρος των χωρών του ευρώ	1.3%	1.8%	1.7%	1.6%	1.7%
Πηγή: Εκθέσεις Γήρανσης Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2009, 2012, 2015, 2018, 2021)					

Σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, η δημόσια δαπάνη για μακροχρόνια φροντίδα τα τελευταία έτη κυμαίνεται μεταξύ 1.6% και 1.8%, με τη Σουηδία, τη Δανία, την Ολλανδία και τη Νορβηγία να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά (3.3%, 3.5, 3.7% και 4% αντίστοιχα για το έτος 2019). Συγκρίνοντας την Ελλάδα με χώρες με την ίδια κουλτούρα και μοντέλο οικογενειακής αλληλεγγύης, όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία, βλέπουμε έχει τις χαμηλότερες καταγεγραμμένες δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα για τα έτη 2013-2015-2019, με μεγάλη διαφορά από Ιταλία και Ισπανία, και μικρότερη διαφορά από Πορτογαλία.

Στη βάση των ανωτέρω καθίσταται προφανές ότι οι δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα υπολείπονται κατά πολύ τόσο από τις αντίστοιχες δαπάνες του Ευρωπαϊκού μέσου όρου όσο και χωρών ίδιου προφίλ με το δικό της, και ως εκ τούτου τα περιθώρια αύξησής τους δείχνουν σημαντικά, αν υπάρξει σύγκλιση πολιτικών.

Στο επόμενο κεφάλαιο 11, και στη βάση των ευρημάτων των προηγούμενων κεφαλαίων, επιχειρείται εκτίμηση του μεγέθους αγοράς των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στην Ελλάδα, προκειμένου να διαπιστωθεί σε τι ποσοστό συμμετέχει το Δημόσιο.

10.2 Έρευνα «focus group» σε εξειδικευμένο κοινό

Σε κλειστή ημερίδα για εξειδικευμένο κοινό, που πραγματοποιήθηκε στις 22 Οκτωβρίου 2018 στο πλαίσιο του χρηματοδοτούμενου από το Horizon 2020 έργου με τίτλο “Social Protection Innovative Investment in Long-Term Care (SPRINT)” υπό την αιγίδα του Κέντρου Ερευνών Πανεπιστημίου Πειραιώς -με στόχο τη διαπίστωση προβλημάτων και την παράθεση προτάσεων πολιτικής και βελτίωσης του υφιστάμενου συστήματος-, προέκυψαν μέσω δομημένου ερωτηματολογίου στο οποίο απάντησαν εννέα (9) φορείς (4 δημόσιου και 5 μη δημόσιου) τα παρακάτω αποτελέσματα και συμπεράσματα.

Το σύνολο των μη δημόσιων φορέων αξιολόγησαν τη συνολική ανταπόκριση στις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα «Κακή» ή «Πολύ κακή», ενώ οι δημόσιοι φορείς ήταν μάλλον πιο γενναιόδωροι καθώς δύο εξ' αυτών την χαρακτήρισαν «Καλή» και «Μέτρια». Συνολικά, εφτά από τους εννέα φορείς την χαρακτήρισαν «Κακή» ή «Πολύ Κακή». Τα αποτελέσματα δεν διέφεραν σε ό,τι αφορά ειδικότερα την ανταπόκριση του Κράτους και των Δήμων στις ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας, όπου και πάλι εφτά στους εννέα φορείς την χαρακτήρισαν «Κακή» ή «Πολύ κακή», με τους υπόλοιπους δύο -που ήταν δημόσιοι φορείς- να την χαρακτηρίζουν «Μέτρια». Όταν όμως έγινε ειδική ερώτηση για το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» επτά στους εννέα φορείς συμφώνησαν πως είναι «Πολύ καλό».

Ως βασικότερα προβλήματα της επίσημης παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, ιεραρχήθηκαν: i) η έλλειψη συντονισμού μεταξύ φορέων και η έλλειψη σχεδιασμού (τρεις από τους πέντε μη δημόσιους φορείς και έξι από τους εννέα συνολικά), ii) η έλλειψη χρηματοδότησης (τέσσερις από του πέντε μη δημόσιους φορείς και πέντε από τους εννέα συνολικά), iii) η έλλειψη υποδομών (τρεις από τους πέντε μη δημόσιους φορείς και πέντε από τους εννέα συνολικά) και iv) η έλλειψη ευελιξίας προγραμμάτων βάσει πραγματικών αναγκών (τρεις από τους τέσσερις δημόσιους φορείς και τέσσερις από τους εννέα συνολικά).

Σε ελεύθερη ερώτηση για το ποιον θεωρούν τον σημαντικότερο παράγοντα επιτυχίας και αντίστοιχα αποτυχίας στην παροχή φροντίδας, δόθηκαν οι εξής απαντήσεις. Ως κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας: i) η καλύτερη οργάνωση/ συντονισμός φορέων/νομοθέτηση/προτεραιοποίηση, ii) η εκπαίδευση των φροντιστών, iii) η χρηματοδότηση και ενίσχυση ιδιωτικών πρωτοβουλιών, iv) ευελιξία παροχής φροντίδας βάσει πραγματικών αναγκών και ως κρίσιμοι παράγοντες αποτυχίας η έλλειψη συντονισμού φορέων, το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο και η έλλειψη εκπαίδευσης φροντιστών.

Ως μέτρα στήριξης που θα έπρεπε να υπάρχουν για μέλη οικογένειας και φίλους που φροντίζουν άτυπα ηλικιωμένους, ιεραρχήθηκαν τα εξής: i) κατάρτιση άτυπων φροντιστών (τέσσερις από τους πέντε μη δημόσιους φορείς και έξι από τους εννέα συνολικά), ii) Οικονομικής στήριξη (τέσσερις από τους εννέα φορείς, δύο εκ των οποίων δημόσιοι και δύο μη δημόσιοι), iii) Βοήθεια από επαγγελματίες φροντιστή (τέσσερις από τους εννέα φορείς, δύο

εκ των οποίων δημόσιοι και δύο μη δημόσιοι) και iv) επίσημη άδεια για εργαζόμενο (τρεις από τους εννέα φορείς).

Το σύνολο των φορέων θεωρεί πως ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα έχουν και οι κοινωνικές επιχειρήσεις και η Εκκλησία και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι συμπράξεις δημόσιου ιδιωτικού τομέα, ενώ έξι στους εννέα θεωρούν πως υπάρχει ρόλος και για τις ιδιωτικές εταιρίες.

Σε ό,τι αφορά την εκτίμησή τους για τρόπους ενίσχυσης της επίσημης συμμετοχής και συνέργεια του ιδιωτικού τομέα και των επαγγελματιών φροντιστών στην μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων: i) πέντε στους εννέα φορείς (εκ των οποίων οι τέσσερις μη δημόσιοι) προκρίνουν την φοροαπαλλαγή του λήπτη υπηρεσίας, ii) τέσσερις στους εννέα (εκ των οποίων δύο δημόσιοι και δύο μη δημόσιοι) τη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, iii) τέσσερις στους εννέα (εκ των οποίων δύο δημόσιοι και δύο μη δημόσιοι) τη θέσπιση κουπονιών εξαργύρωσης σε ιδιώτες φροντιστές ή ενδιάμεσους φορείς και iv) δύο μη δημόσιοι φορείς την αυτασφάλιση αντί του εργοσήμου. Για την αναβάθμιση του ρόλου του επ' αμοιβή εργατικού δυναμικού μακροχρόνιας φροντίδας υπάρχει σχεδόν ομοφωνία ότι η πιστοποίηση εκπαίδευσης, η φοροαπαλλαγή του λήπτη υπηρεσίας και η νομιμοποίηση ξένου εργατικού δυναμικού του κλάδου συνεισφέρουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Σημαντική ήταν και η θετική προσέγγιση για τον ρόλο της τεχνολογίας. Η τηλεϊατρική, τα έξυπνα σπίτια, οι έξυπνες διασυνδεδεμένες συσκευές (Internet of things) και τα κοινωνικά ρομπότς εκτιμάται ότι στο μέλλον, υπό την προϋπόθεση θέσπισης κανόνων και προτεραιοτήτων έχουν θέση στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων. Πέραν αυτών όμως, και πιο απλές και συμβατικές τεχνολογίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν άμεσα μπορούν να συνδράμουν στην βελτίωση της επάρκειας και της των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως το κουμπί βοήθειας, το βραχιόλι και η αυτόματη ειδοποίηση ΕΚΑΒ ή η τηλεϋποστήριξη.

Τέλος, ειδικές ερωτήσεις για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ανέδειξαν ότι i) επτά στους εννέα φορείς το θεωρούν πολύ καλό, ii) το σύνολο των φορέων το θεωρεί καλό αλλά προτείνει την επέκτασή του με ισότιμο τρόπο στο σύνολο των γεωγραφικών περιοχών της χώρας, iii) πέντε στους εννέα πιστεύουν ότι πρέπει να παρέχεται χωρίς εισοδηματικά κριτήρια, iv) το σύνολο των φορέων θεωρεί ότι υπάρχει χώρος για την ενεργοποίηση μη κρατικών προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι, με τον έναν να επισημαίνει το ζήτημα της χρηματοδότησης και v) το σύνολο των φορέων αξιολογεί πως υπάρχει περιθώριο για συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για «βοήθεια στο σπίτι». Ως σημείο βελτίωσης του υφιστάμενου προγράμματος, τονίστηκε η επέκταση του χρόνου παροχής υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους (24 ώρες/7 ημέρες την εβδομάδα) και η διασφάλιση της οικονομικής του βιωσιμότητας, που πάντοτε τίθεται υπό αμφισβήτηση.

Τα ποιοτικά ευρήματα της έρευνας focus group επιβεβαιώνουν τα επιμέρους συμπεράσματα των κεφαλαίων της παρούσας διατριβής, όπως η περιορισμένη παρουσία του κράτους στη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων, η μη καταγραφή του πραγματικού βαθμού ανάγκης φροντίδας που οδηγεί σε αδυναμία κατάρτισης προσωποποιημένων προγραμμάτων και αδυναμία υπολογισμού αναγκών, η σημαντική προσφορά των άτυπων φροντιστών που χρήζουν ανάγκη στήριξης καθώς σηκώνουν το μεγαλύτερο βάρος φροντίδας, η έλλειψη

δομημένων προγραμμάτων από ιδιωτικού φορείς και το κόστος φροντίδας λόγω ελλειπούς κρατικής χρηματοδότησης.

Κεφάλαιο 11: Μια μεθοδολογία για προβολές αναγκών κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα

Στόχος του παρόντος Κεφαλαίου είναι να αποτυπωθούν οι ενδεχόμενες μακροπρόθεσμες δημοσιονομικές προκλήσεις λόγω αναγκαίας αύξησης των δημόσιων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, ο ενδεχόμενος χώρος που υπάρχει για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και οι ανάγκες σε εργαζόμενους. Το AWG (Εκθεση Γήρανσης, 2021) στα 7 από τα 11 σενάρια εκτιμά για την Ελλάδα δημόσιες δαπάνες μόλις 0.2% επί του ΑΕΠ έως το 2050, όσες δηλαδή εκτιμώνται και για σήμερα, ενώ στα υπόλοιπα 4 σενάρια οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 0.3 έως 0.7%. Αντίστοιχα για το 2070 πάλι, στα 7 από τα 11 σενάρια εκτιμά δημόσιες δαπάνες 0.2% επί του ΑΕΠ έως το 2070, ενώ σε ένα εκτιμά 0.4% και στα υπόλοιπα τρία το εκτοξεύει σε 1.2 (cost convergence scenario), 2.6 (AWG risk scenario) και 2.8% (cost and coverage convergence scenario) αντίστοιχα, όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 11.1.

Το παρόν κεφάλαιο προσεγγίζει την προβολή με δομημένο τρόπο, χτίζοντας σε αποτελέσματα της διατριβής. Ετσι προκύπτει μια ευέλικτη και λειτουργική μεθοδολογία η οποία είναι διαθέσιμη για εμβάθυνση της προσέγγισης AWG, αλλά και για την διεξαγωγή σεναρίων διαχείρισης κοινωνικού ρίσκου στο πλαίσιο της γήρανσης του πληθυσμού.

Αρχικά πραγματοποιείται μία εκτίμηση προβολής του αριθμού ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας έως το 2070. Εν συνεχεία εκτίμηση προβολής του δυνητικού (μέγιστου) μεγέθους της Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας βάσει σεναρίων κόστους και σχετική εκτίμηση δημοσίων δαπανών βάσει εναλλακτικών σεναρίων. Τέλος προσεγγίζεται το θέμα των δημοσιονομικών επιπτώσεων – του τμήματος δηλαδή της αυξημένης δαπάνης που ενδέχεται να επιβαρύνει τα δημόσια ταμεία.

Ως δυνητικό μέγιστο μέγεθος Αγοράς νοείται το σύνολο της αξίας (σε ευρώ) των παρεχόμενων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας συμπεριλαμβανόμενης και της άτυπης μη αμειβόμενης φροντίδας, στην οποία αποδίδεται ένα θεωρητικό κόστος όπως περιγράφεται στις επόμενες ενότητες. Η επικέντρωση είναι στην Αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών, δηλαδή δεν συμπεριλαμβάνονται μεγέθη υποστηρικτικού εξοπλισμού (π.χ. μπάστονια στήριξης, αμαξίδια, ορθοπεδικός εξοπλισμός, αναλώσιμα κ.α.) που αποτελούν μια διακριτή αγορά, ούτε και οι υπηρεσίες εντός μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων, που αποτελούν μικρή μειοψηφία. Μόλις 11.000 άτομα στην Ελλάδα διαβιούν εντός μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων σε ένα σύνολο περίπου 875.000 ατόμων σε ανάγκη φροντίδας (όπως είδαμε στα κεφάλαια 8.1 και 10.1 της παρούσης αλλά και βάσει της Έκθεσης Γήρανσης 2021, σελ. 301). Ο αριθμός των 11.000 που διαβιούν εντός μονάδων φροντίδας εκτιμάται, μάλιστα, πως θα βαίνει μειούμενος (Έκθεση Γήρανσης 2021, σελ. 301) καθώς η ευρωπαϊκή προσέγγιση είναι η κατά το δυνατόν μεγαλύτερη επικέντρωση στις κατ' οίκον υπηρεσίες (European Commission, 2021).

Πίνακας 11.1 Σενάρια Έκθεσης Γήρανσης 2021, δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, Πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Έκθεσης Γήρανσης 2021						
	Ελλάδα			Ευρωπαϊκή Ένωση		
	2019	2050	2070	2019	2050	2070
AWG reference scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	2.5	2.8

AWG risk scenario	0.2	0.6	2.6	1.7	3.4	4.8
TFP risk scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	2.5	2.8
Demographic scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	2.6	2.9
Base case scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	2.7	3.1
High life expectancy scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	2.9	3.4
Healthy ageing scenario	0.2	0.1	0.1	1.7	2.5	2.7
Shift to formal care scenario	0.2	0.2	0.2	1.7	3.1	3.5
Coverage convergence scenario	0.2	0.3	0.4	1.7	3.1	4.1
Cost convergence scenario	0.2	0.4	1.2	1.7	3.1	3.9
Cost and coverage convergence scenario	0.2	0.7	2.8	1.7	3.6	5.1

Οι ανωτέρω αυτές εκτιμήσεις του AWG για την Ελλάδα είναι με μεγάλη διαφορά οι μικρότερες σε σύγκριση με όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, τη στιγμή που ο ευρωπαϊκός μέσος όρος εκτιμάται μεταξύ 2.5 και 3.6% για το έτος 2050 και μεταξύ 2.8 και 5.1% για το 2070. Μάλιστα, οι εκτιμήσεις αυτές συμπεριλαμβάνουν όχι μόνο άτομα ηλικίας 65+, αλλά όλων των ηλικιών, κάτι που δείχνει ακόμη περισσότερο πόσο υποεκτιμημένες είναι. Ως πιθανότερη αιτία, όπως αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 10.1.4, είναι πως μάλλον η βάση υπολογισμού περί δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα δεν έχει καθοριστεί σαφήνεια με αποτέλεσμα τα στοιχεία που στέλνονται στο AWG να είναι αμφίσημα (βλ. Πίνακα 10.5, όπου από 1.4% δημόσιες δαπάνες το 2009 αναφέρονται πλέον 0.2% με μεγάλες ενδιάμεσες αποκλίσεις που δεν σχετίζονται με την 10ετή οικονομική κρίση αλλά με αλλαγή βάσης υπολογισμού). Ακόμη και έτσι, όμως, το σενάριο cost and coverage convergence οδηγεί σε νούμερα που αποτελούν ουσιαστικό δημοσιονομικό κίνδυνο. Ως convergence νοείται, κατά περίπτωση, η σύγκλιση των οικονομιών των πιο αδύναμων χωρών προς τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και η σύγκλιση των δημόσιων πολιτικών μέσω ανταλλαγής καλών πρακτικών και προσδοκιών των πολιτών.

Το παρόν κεφάλαιο προσπαθεί να αναπαράγει σενάρια χρησιμοποιώντας ευρήματα της διατριβής, καταλήγοντας σε προβολές απόλυτων αριθμών και ποσοστών ως προς το ΑΕΠ με προέκταση ισχυουσών συνθηκών. Η προσέγγιση των σεναρίων ακολουθεί σε γενικές γραμμές τη λογική των σεναρίων της ΕΕ. Η ανάλυση εδώ είναι προκαταρκτική – δίνει μια ιδέα του τι μπορεί να γίνει και προδιαγράφει μια πιο εστιασμένη προσέγγιση, προχωρώντας στα εξής βήματα και για λόγους κατανόησης επιλέγονται απλούστερες υποθέσεις αφήνοντας τον εμπλουτισμό των λεπτομερειών για το μέλλον.

- Προβολές πλήθους ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας στο σύνολο και ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης
- Κόστος φροντίδας ανά άτομο και ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης λαμβάνοντας υπόψη και το είδος λήψης φροντίδας (τυπική-άτυπη)
- Επιμερισμός κόστους μεταξύ κράτους και οικογένειας

Σε κάθε περίπτωση τα πεδία *αβεβαιότητας* είναι αρκετά και σημαντικά και συνοψίζονται ως εξής:

- Σε τι βαθμό θα αλλάξει ο χρόνος υγιών ετών διαβίωσης με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

- (ii) Πόσο μεγάλη θα είναι η έλλειψη άτυπων φροντιστών και σε τι βαθμό θα αντικατασταθούν από επαγγελματίες φροντιστές.
- (iii) Πόσο μεγάλη θα είναι η έλλειψη επαγγελματιών φροντιστών και σε πως αυτό θα μεταφραστεί σε αύξηση του μοναδιαίου κόστους παροχής φροντίδας.
- (iv) Τι κατεύθυνση θα ακολουθήσουν οι δημόσιες πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και τι προϋπολογισμός θα προβλεφθεί για αυτές από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Το παρόν κεφάλαιο χωρίζεται σε τρεις υποενότητες: (i) Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας, (ii) Προβολές δυνητικού μεγέθους της Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων ηλικίας 65+, και (iii) Προβολές δημόσιων δαπανών για κατ' οίκον μακροχρόνια φροντίδα.

11.1 Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας

Παρακάτω γίνεται εκτίμηση του πλήθους των ατόμων ηλικίας 65+ που τις επόμενες δεκαετίες έως και το έτος 2070 θα χρήζουν κάποιου βαθμού μακροχρόνιας φροντίδας. Για λόγους σύγκρισης, οι εκτιμήσεις έγιναν βάσει των δημογραφικών προβολών που χρησιμοποιεί το Aging Working Group ανά ηλικιακή κατηγορία 65-80 και 80+ και βάσει των εκτιμώμενων ποσοστών ατόμων σε ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία (65-80 και 80+) όπως υπολογίστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια του παρόντος Μέρους με τα άνω και κάτω όρια διαστήματος εμπιστοσύνης 95%, με την παραδοχή ότι τα ποσοστά των ατόμων σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία θα παραμείνουν αμετάβλητα. Οι προβολές βασίζονται στο σταθμισμένο μέσο ποσοστό ανάγκης φροντίδας και των δύο φύλων μαζί, αντί σε ξεχωριστές προβλέψεις για άνδρες και γυναίκες καθώς η κατανομή του πληθυσμού σε επίπεδο φύλων δεν αναμένεται να αλλάξει σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα το προσδόκιμο ζωής στα 65 στην Ελλάδα αναμένεται να αυξηθεί κατά 5.1 έτη (ποσοστιαία αύξηση 6.08%) για τους άνδρες και κατά 4.9 έτη για τις γυναίκες (ποσοστιαία αύξηση 5.65%) μεταξύ των ετών 2019 και 2070 (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021*, σελ. 299), κάτι που σημαίνει μια μικρή αύξηση των ανδρών στην κατανομή πληθυσμού. Συμπερίληψη του παράγοντα φύλου στην ανάλυση, πάντως, δεν εκτιμάται πως θα επηρέαζε σημαντικά τα αποτελέσματα, αλλά σε κάθε περίπτωση αποτελεί αντικείμενο για περαιτέρω έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση πραγματοποιείται στη βάση των ποσοστών του πληθυσμού που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας ανά βαθμό σοβαρότητας (βάσει αριθμού ADL και iADLs) και ανά ηλικιακή κατηγορία (65-80 και 80+) με άνω και κάτω όρια διαστήματος εμπιστοσύνης 95%, όπως υπολογίστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, επί του πραγματικού πληθυσμού ηλικίας 65-80 και 80+ σήμερα και των σχετικών δημογραφικών προβολών έως το 2070, όπως αυτές αποτυπώνονται στην Έκθεση Γήρανσης 2021 του Aging Working Group. Στον παρακάτω Πίνακα 11.2 φαίνονται συγκεντρωτικά τα ποσοστά ανάγκης φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία ανά σοβαρότητα ανάγκης φροντίδας όπως υπολογίστηκαν στο κεφάλαιο 8 (Διάγραμμα 8.1 και σχετικό συνοδευτικό κείμενο), ενώ στον Πίνακα 11.3 φαίνονται οι προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ ανά ηλικιακή κατηγορία (65-80 και 80+) όπως αποτυπώνονται στην Έκθεση Γήρανσης (2021).

Πίνακας 11.2: Εκτιμώμενο ποσοστό (%) ατόμων σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία ανά σοβαρότητα ανάγκης φροντίδας				
	<i>Βαθμός σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας</i>			
<i>ηλικιακή κατηγορία</i>	% χωρίς δυσκολίες με ADL ή iADL αλλά με δυσκολίες σε λοιπές συνήθειες δραστηριότητες (1)	% χωρίς δυσκολίες με ADLs αλλά δυσκολίες μόνο με iADLs (2)	% με δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL (3)	% με δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs (4)
Σύνολο 65+	1.9% [1.4-2.5%]	22.3% [20.6-24.0%]	6.4% [5.5-7.5%]	7.2% [6.2-8.3%]
ηλικία 65-80	1.8% [1.3-1.8%]	17.5% [15.9-19.3%]	4.5% [3.7-5.5%]	4.4% [3.6-5.4%]
ηλικία 80+	2.1% [1.2-3.6%]	34.1% [30.3-38.2%]	11.3% [9.0-14.2%]	14.2% [11.5-17.3%]

Πηγή: υπολογισμοί βάσει στοιχείων SHARE, w6, διάστημα εμπιστοσύνης 95%

Πίνακας 11.3: Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+						
	<i>Έτος</i>					
Εκτιμώμενος Πληθυσμός	2019 (1)	2030 (2)	2040 (3)	2050 (4)	2060 (5)	2070 (6)
Σύνολο 65+	2,375,400	2,678,000	3,029,400	3,211,000	3,015,000	2,820,800
μεταβολή δεκαετίας		302,600	351,400	181,600	-196,000	-194,200
μεταβολή δεκαετίας (%)		12.7%	13.1%	6.0%	-6.1%	-6.4%
ηλικία 65-80	1,605,000	1,812,800	1,999,800	1,965,500	1,629,000	1,513,600
μεταβολή δεκαετίας		207,800	187,000	-34,300	-336,500	-115,400
μεταβολή δεκαετίας (%)		12.9%	10.3%	-1.7%	-17.1%	-7.1%
ηλικία 80+	770,400	865,200	1,029,600	1,244,500	1,386,000	1,307,200
μεταβολή δεκαετίας		94,800	164,400	214,900	141,500	-78,800
μεταβολή δεκαετίας (%)		12.3%	19.0%	20.9%	11.4%	-5.7%

Πηγή: υπολογισμοί βάσει στοιχείων Ευρωπαϊκής Επιτροπής - Έκθεση Γήρανσης 2021 στηριζόμενης σε στοιχεία Eurostat

Στη βάση των ανωτέρω, πολλαπλασιάζοντας τα ποσοστά αναγκών φροντίδας του Πίνακα 11.2 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%) ανά ηλικιακή κατηγορία και βαθμό ανάγκης φροντίδας με τις προβολές πληθυσμού του Πίνακα 11.3, στον Πίνακα 11.4 παρουσιάζεται η εκτιμώμενη προβολή ατόμων σε ανάγκη φροντίδας έως το 2070. Το πλήθος των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω που εκτιμάται ότι θα βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας φθάνει στο υψηλότερο σημείο του το έτος 2050, όπου κυμαίνεται κάπου ανάμεσα σε 1.15 και 1.27 εκατομμύρια άτομα περίπου από 900,000 που εκτιμώνται σήμερα, ενώ το 2070 θα είναι γύρω στο 1.1 εκατομμύριο. Βλέπουμε, επομένως τα επόμενα τριάντα χρόνια μία αύξηση 300,000-350.000 ατόμων σε ανάγκη φροντίδας, δηλαδή περίπου 100,000 ανά δεκαετία, με τη μεγαλύτερη αύξηση να έρχεται τη δεκαετία 2030-40. Από τα 1,2 εκ. του 2050, οι 436,000

εκτιμάται ότι θα βρίσκονται σε ανάγκη *προσωπικής φροντίδας* και οι 780.000 περίπου σε ανάγκη φροντίδας μόνο για δουλειές σπιτιού και λοιπές δραστηριότητες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατανομή των ατόμων σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία, καθώς η αύξηση του προσδόκιμου ζωής επηρεάζει τις ηλικιακές πυραμίδες. Όπως βλέπουμε, ενώ το έτος 2019 το πλήθος των ατόμων ηλικίας 65-80 και 80+ που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας είναι περίπου το ίδιο (454,000 και 475,000 αντίστοιχα), ο ρυθμός αύξησης της ηλικιακής κατηγορία 80+ είναι πολύ μεγαλύτερος και για περισσότερες δεκαετίες σε σύγκριση με την ηλικιακή κατηγορία 65-80. Ειδικότερα, το πλήθος των ατόμων ηλικίας 65-80 σε ανάγκη φροντίδας κορυφώνεται το έτος 2040 με μια αύξηση της τάξης του 25% σε σχέση με το 2019 και εν συνεχεία ακολουθεί πτωτική πορεία, ενώ το πλήθος των ατόμων ηλικίας 80+ σε ανάγκη φροντίδας κορυφώνει το έτος 2060 με μία αύξηση της τάξης του 80% σε σχέση με το 2019.

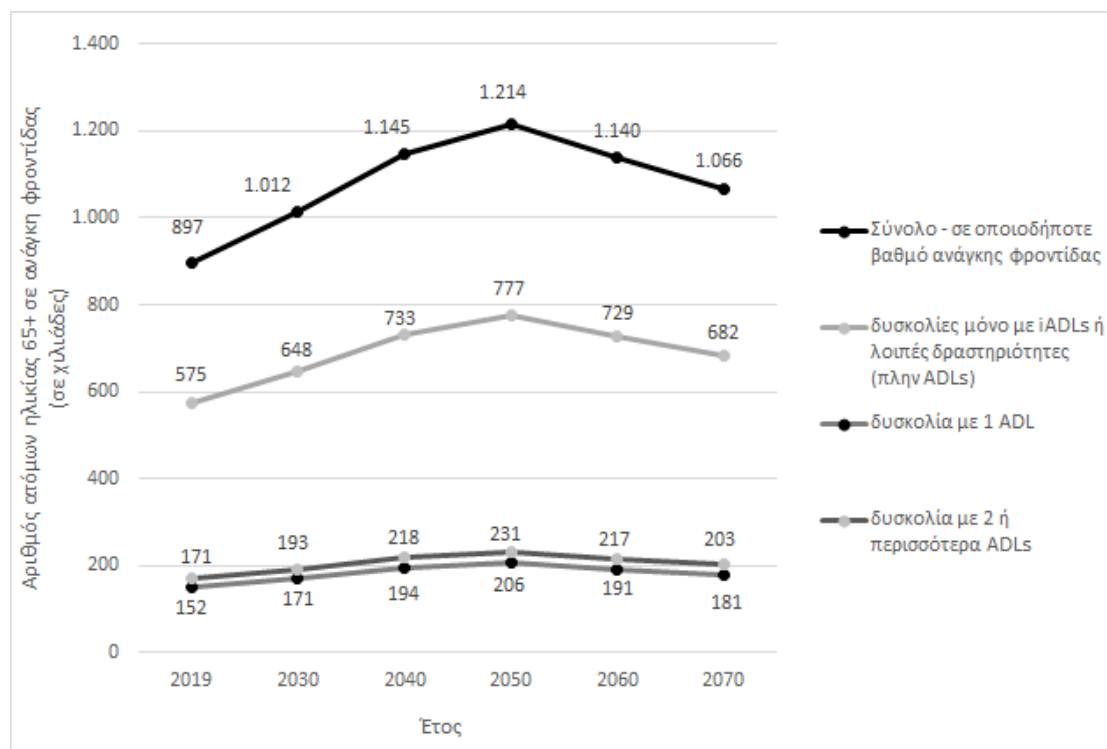
Η ηλικιακή κατηγορία 80 ετών και άνω που θα αποτελεί το 15.40% του πληθυσμού της Ελλάδας το 2060, όταν το 2019 αποτελούσε το 7.20% (Ageing Working Group, 2021), θα αποτελέσει την μεγάλη πηγή ζήτησης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Το έτος 2060 θα βρίσκονται σε κάποιο βαθμό ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας 800,000 με 910,000 άτομα ηλικίας 80+ με τους 353,000 εξ' αυτών περίπου να βρίσκονται σε ανάγκη προσωπικής φροντίδας και τους υπόλοιπους 500,000 σε ανάγκη φροντίδας μόνο για δουλειές σπιτιού και λοιπές δραστηριότητες.

Σημειώνεται πως, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στις σχετικές προβολές υπάρχουν πηγές αβεβαιότητας που σχετίζονται τόσο με τη νοσηρότητα όσο και με τις δημογραφικές και κοινωνικές συνθήκες. Ενώ στους υπολογισμούς μας έχει γίνει η υπόθεση ότι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με καθημερινές δραστηριότητες θα αυξάνει γραμμικά με τον πληθυσμό άνω των 65+, αυτό μπορεί να μην ισχύει για σειρά λόγων. Αφενός μπορεί στην πράξη να υγιή χρόνια να είναι περισσότερα σε σχέση με σήμερα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021). Αφετέρου, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8.2, του κεφαλαίου 8, η ηλικία, κατάσταση της υγείας, το φύλο και η μεγάλη οικονομική δυσκολία αποτελούν τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την πιθανότητα να βρίσκεται κάποιος σε ανάγκη φροντίδας· αν, συνεπώς, κατά τη διάρκεια των ετών αλλάξουν κάποιες από τις ανωτέρω συνθήκες -αν για παράδειγμα αυξηθούν πολύ περισσότερο οι γυναίκες (π.χ. σε περίπτωση πολέμου) ή αν εξαλειφθούν ασθένειες (ιατρική) ή αν βελτιωθεί το βιοτικό επίπεδο (μείωση οικονομικής δυσκολίας)- τότε οι ανωτέρω υποθέσεις θα πρέπει να επανεξεταστούν. Συνεπώς, οι εν λόγω προβολές πρέπει να επικαιροποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Πίνακας 11.4: Προβολές πληθυσμού ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας ανά ηλικιακή κατηγορία ανά σοβαρότητα ανάγκης φροντίδας						
	<i>Έτος</i>					
<i>Εκτιμώμενος Πληθυσμός σε '000</i>	2019 (1)	2030 (2)	2040 (3)	2050 (4)	2060 (5)	2070 (6)
Σύνολο ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας	898 [853-943]	1012 [961-1063]	1145 [1088-1203]	1214 [1153-1275]	1140 [1082-1197]	1066 [1013-1120]
χωρίς δυσκολίες με ADL ή iADL αλλά	45 [33-59]	51 [37-67]	58 [42-76]	61 [45-80]	57 [42-75]	54 [39-70]

με δυσκολίες σε λοιπές συνήθειες δραστηριότητες						
χωρίς δυσκολίες με ADLs - δυσκολίες μόνο με iADLs	530 [489-570]	597 [552-643]	676 [624-727]	716 [661-771]	672 [621-724]	629 [581-677]
δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL	152 [131-178]	171 [147-201]	194 [167-227]	205 [176-241]	193 [166-226]	181 [155-211]
δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs	171 [147-197]	193 [166-222]	218 [188-251]	231 [199-267]	217 [187-250]	203 [175-234]
Σύνολο ηλικίας 65-80 σε ανάγκη φροντίδας ανά βαθμό σοβαρότητας	454 [422-486]	513 [477-549]	566 [526-606]	557 [517-596]	461 [428-494]	428 [398-459]
χωρίς δυσκολίες με ADL ή iADL αλλά με δυσκολίες σε λοιπές συνήθειες δραστηριότητες	29 [21-40]	33 [24-45]	36 [26-50]	36 [26-49]	29 [21-41]	27 [20-38]
χωρίς δυσκολίες με ADLs - δυσκολίες μόνο με iADLs	281 [255-310]	317 [288-350]	350 [318-386]	344 [313-380]	285 [259-314]	265 [241-292]
δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL	72 [59-88]	81 [67-100]	90 [74-110]	88 [73-108]	73 [60-90]	68 [56-83]
δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs	71 [58-87]	80 [65-98]	88 [72-108]	87 [71-106]	72 [59-88]	67 [54-82]
Σύνολο ηλικίας 80+ σε ανάγκη φροντίδας ανά βαθμό σοβαρότητας	475 [444-505]	534 [499-567]	635 [594-675]	768 [718-816]	855 [800-909]	806 [754-857]
χωρίς δυσκολίες με ADL ή iADL αλλά με δυσκολίες σε λοιπές συνήθειες δραστηριότητες	16 [9-27]	18 [10-31]	22 [12-37]	26 [15-45]	29 [17-50]	27 [17-47]
χωρίς δυσκολίες με ADLs - δυσκολίες μόνο με iADLs	263 [233-294]	295 [262-330]	351 [312-393]	424 [377-475]	473 [420-529]	446 [396-499]
δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL	87 [69-109]	98 [78-123]	116 [93-146]	141 [112-177]	157 [125-197]	148 [118-186]
δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs	109 [89-133]	123 [99-150]	146 [118-178]	177 [143-215]	197 [159-240]	186 [150-226]

Στο παρακάτω Διάγραμμα 11.1 απεικονίζονται το εκτιμώμενο πλήθος ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας έως το 2070 όπως περιγράφηκαν παραπάνω.



Διάγραμμα 11.1: Εκτίμηση συνολικού πλήθους ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας (σε χιλιάδες)

11.2 Προβολές δυνητικού μεγέθους της Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων ηλικίας 65+

Στην παρούσα υποενότητα υπολογίζεται το δυνητικό μέγεθος Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (κατΟικ.Υπ.ΜΦ) στην Ελλάδα ατόμων ηλικίας 65+ με εκτίμηση προβολής έως το έτος 2070. Ως *δυνητικό* νοείται το σύνολο των ατόμων ηλικίας 65+ σε ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας όπως αυτός προσδιορίζεται στον Πίνακα 11.3. Δεν εξετάζεται δηλαδή αν (θα) λαμβάνουν ή δεν (θα) λαμβάνουν φροντίδα ή/και τι είδους φροντίδα (θα) λαμβάνουν καθώς θεωρούνται μέρος μιας αγοράς στην οποία (α) εκείνοι που λαμβάνουν άτυπη φροντίδα, δυνητικά μπορούν να τη μετατρέψουν σε τυπική, και (β) εκείνοι που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, δυνητικά μπορούν να λάβουν (εάν οι δημόσιες πολιτικές, οι κοινωνικές ή οικονομικές συνθήκες το επιτρέψουν). Η εκτίμηση του δυνητικού μεγέθους Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+ σε ανάγκη φροντίδας γίνεται ως εξής:

Α. Δυνητικό μέγεθος Αγοράς

Το *δυνητικό μέγεθος Αγοράς* για το έτος j ορίζεται ως:

$$A_j = \sum_{i=1}^3 K_{\mu(ji)} \times N_{ji} \quad (1)$$

όπου:

A_j : *δυνητικό μέγεθος αγοράς* του έτους j

N_{ji} : *πλήθος των ατόμων σε ανάγκη φροντίδας* για το έτος j

$K_{\mu(ji)}$: *μέσο μοναδιαίο ετήσιο κόστος παροχής κατΟικ.Υπ.ΜΦ ανά άτομο*, για το έτος j ,

με:

$$K_{\mu(ji)} = \alpha_{ji} \times K_{\mu AT(ji)} + \beta_{ji} \times K_{\mu TYΠ(ji)} + \gamma_{ji} \times K_{\mu AT.TYΠ(ji)} + \delta_{ji} \times K_{\mu XΦ(ji)} \quad (2)$$

όπου:

$K_{\mu AT(ji)}$: μέσο μοναδιαίο (ανά άτομο) ετήσιο κόστος (θεωρητικό) παροχής μόνο άτυπης κατΟικ.Υπ.ΜΦ

α_{ji} : το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν μόνο άτυπη φροντίδα

$K_{\mu TYΠ(ji)}$: μέσο μοναδιαίο ετήσιο κόστος παροχής μόνο τυπικής κατΟικ.Υπ.ΜΦ

β_{ji} : το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν μόνο τυπική φροντίδα

$K_{\mu AT.TYΠ(ji)}$: μέσο μοναδιαίο ετήσιο κόστος παροχής ατόμων που λαμβάνουν και τυπική και άτυπη κατΟικ.Υπ.ΜΦ

γ_{ji} : το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν συνδυασμό τυπικής και άτυπης φροντίδας

$K_{\mu XΦ(ji)}$: μέσο μοναδιαίο δυνητικό ετήσιο κόστος παροχής κατΟικ.Υπ.ΜΦ για όσους δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα αλλά δυνητικά θα μπορούσαν να λάμβαναν

δ_{ji} : το ποσοστό των ατόμων που δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα

με:

$i=1$: τα άτομα με δυσκολίες μόνο με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες (πλην ADLs)

$i=2$: τα άτομα με δυσκολίες με ακριβώς 1 ADL

$i=3$: τα άτομα με δυσκολίες με 2 ή περισσότερα ADLs

B. Μοναδιαίο ετήσιο κόστος του έτους βάσης

Παρακάτω προσδιορίζεται το μοναδιαίο ετήσιο κόστος κατΟικ.Υπ.ΜΦ για το έτος βάσης (2019). Σημειώνεται πως ονοματίζουμε το έτος βάσης ως 2019 καθώς χρησιμοποιούνται δημογραφικά δεδομένα του εν λόγω έτους, υπενθυμίζοντας, όμως, παράλληλα πως τα στοιχεία φροντίδας SHARE είναι του έτους 2015.

- Το μέσο μοναδιαίο (ανά άτομο) κόστος παροχής τυπικής κατΟικ.Υπ.ΜΦ του έτους βάσης $K_{\mu TYΠ(2019,i)}$ ισούται με το μοναδιαίο ετήσιο κόστος όσων δαπανούν χρήματα από ίδιους πόρους όπως υπολογίστηκε στον Πίνακα 9.3 του κεφαλαίου 9 για κάθε μία από τις κατηγορίες ανάγκης φροντίδας.

Σημειώνεται πως για τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες ούτε με ADL ούτε με iADL αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με λοιπές συνήθειες δραστηριότητες, θεωρήθηκε πως το μοναδιαίο κόστος τυπικής φροντίδας ισούται με αυτό όσων αντιμετωπίζουν δυσκολίες μόνο με iADLs χωρίς δυσκολίες με ADLs.

- Το μέσο μοναδιαίο ανά άτομο (θεωρητικό) κόστος παροχής άτυπης κατΟικ.Υπ.ΜΦ του έτους βάσης ισούται με το μέσο μοναδιαίο (ανά άτομο) κόστος παροχής τυπικής κατΟικ.Υπ.ΜΦ. Θεωρείται, δηλαδή, πως η μη αμειβόμενη φροντίδα παρότι δεν εμπεριέχει οικονομική συναλλαγή έχει την ίδια οικονομική αξία με την αμειβόμενη φροντίδα.
- Το γεγονός πως παρέχεται μόνο άτυπη ή μόνο τυπική φροντίδα δεν σημαίνει πως η φροντίδα είναι επαρκής. Συνεπώς, δημιουργούμε τρία σενάρια επάρκειας φροντίδας:

- Σενάριο 1: Η παρεχόμενη φροντίδα είναι επαρκής
 - Σενάριο 2: Απαιτείται διπλή (σε ποσότητα και συνεπώς αξία) φροντίδα της παρεχόμενης
 - Σενάριο 3: Απαιτείται τριπλή (σε ποσότητα και συνεπώς αξία) φροντίδα της παρεχόμενης
- iii. Υπενθυμίζεται πως στο κεφάλαιο 9, υπολογίστηκε πως δύο στους τρεις όσων δαπανούν χρήματα για τυπική μακροχρόνια φροντίδα λαμβάνουν ταυτοχρόνως και άτυπη φροντίδα. Επειδή όμως δεν γνωρίζουμε τι ποσοστό ή πόσες ώρες παρέχεται τυπική φροντίδα και πόσες άτυπη φροντίδα, δεν μπορούμε να υπολογίσουμε το *θεωρητικό (opportunity cost)* της άτυπης φροντίδας που παρέχεται πλέον της τυπικής για όσους λαμβάνουν και τα δύο είδη φροντίδας, παρά μόνο με τη δημιουργία σεναρίων. Αναπτύσσονται τρία σενάρια σχετικά με το ύψος της επιπλέον παρεχόμενης άτυπης φροντίδας σε σύγκριση με την παρεχόμενη αμειβόμενη φροντίδα για όσους λαμβάνουν και τα δύο είδη φροντίδας:
- i. Σενάριο Α: Η παρεχόμενη άτυπη φροντίδα είναι ισόποση (σε ποσότητα/ώρες) της αμειβόμενης φροντίδας και συνεπώς ίδιας θεωρητικής χρηματικής αξίας, καθώς έχουμε θεωρήσει πως $K_{\mu AT(2019,i)} = K_{\mu TYΠ(2019,i)}$. Συνεπώς $K_{\mu AT.TYΠ(2019,i)} = 2 \times K_{\mu TYΠ(2019,i)}$
 - ii. Σενάριο Β: Η παρεχόμενη άτυπη φροντίδα είναι μιάμιση φορά (σε ποσότητα/ώρες) της αμειβόμενης φροντίδας – και συνεπώς μιάμισης φοράς μεγαλύτερης θεωρητικής αξίας με την ως άνω αιτιολογία, δηλαδή $K_{\mu AT(2019,i)} = 1.5 \times K_{\mu TYΠ(2019,i)}$.
Συνεπώς $K_{\mu AT.TYΠ(2019,i)} = 2.5 \times K_{\mu TYΠ(2019,i)}$
 - iii. Σενάριο Γ: Η παρεχόμενη άτυπη φροντίδα είναι διπλάσια της αμειβόμενης φροντίδας – και συνεπώς δύο φορές μεγαλύτερης θεωρητικής αξίας με την ως άνω αιτιολογία, δηλαδή $K_{\mu AT(2019,i)} = 2 \times K_{\mu TYΠ(2019,i)}$.
Συνεπώς $K_{\mu AT.TYΠ(2019,i)} = 3 \times K_{\mu TYΠ(2019,i)}$

Τα τρία παραπάνω σενάρια παρότι φαίνονται κατ' αρχάς "αυθαίρετα", στηρίζονται στη βάση της γενικής ισχύουσας διαπίστωσης ότι η παρεχόμενη άτυπη φροντίδα είναι πιο γενναιόδωρη σε χρόνο από την τυπική και συνεπώς θεωρούμε πως είναι πιο δόκιμο να θεωρήσουμε πως κάποιος που λαμβάνει και τα δύο είδη φροντίδας, λαμβάνει σε μέσο όρο περισσότερη άτυπη. Επίσης, βάσει των υπολογισμών του Πίνακα 9.3 όπου το μέσο ετήσιο κόστος αμειβόμενης φροντίδας για όσους λαμβάνουν και τα δύο είδη φροντίδας είναι €1,902 (€158 μηνιαίως), δηλαδή ένα ποσό όχι ιδιαίτερα υψηλό, συνηγορεί υπέρ μιας υπόθεσης ότι η πρόσθετη άτυπη φροντίδα ενδεχομένως να είναι περισσότερη από την τυπική.

Για παράδειγμα για κάποιον που λαμβάνει και τα δύο είδη φροντίδας, το συνολικό μοναδιαίο ετήσιο κόστος φροντίδας με βάση το Σενάριο Α ισούται με το μοναδιαίο κόστος τυπικής φροντίδας $K_{\mu TYΠ}$ συν μία φορά το θεωρητικό μοναδιαίο κόστος άτυπης φροντίδας $K_{\mu AT}$, δηλαδή 2 φορές το $K_{\mu TYΠ}$ (με δεδομένο πως το μοναδιαίο

κόστος άτυπης και τυπικής φροντίδας έχουν θεωρηθεί ίσης αξίας). Αντίστοιχα, για το Σενάριο Γ, το αντίστοιχο μοναδιαίο κόστος είναι το μοναδιαίο κόστος τυπικής φροντίδας συν δύο φορές το μοναδιαίο κόστος άτυπης φροντίδας, δηλαδή 3 φορές το $K_{\mu\tau\gamma\pi}$.

Σημειώνεται πως επειδή για τις περιπτώσεις όπου συνυπάρχει άτυπη και τυπική φροντίδα έχει υπεισέλθει εμμέσως η έννοια της επάρκειας φροντίδας με τη δημιουργία σεναρίων συνδεόμενων με την επιπλέον άτυπη φροντίδα, δεν έχουν εφαρμογή τα Σενάρια επάρκειας 1 ως 3 που χρησιμοποιούνται για τις περιπτώσεις παροχής μόνο άτυπης ή μόνο τυπικής φροντίδας.

- Το δυνητικό ετήσιο μοναδιαίο κόστος κατΟικ.Υπ.ΜΦ ατόμου που δεν λαμβάνει καθόλου φροντίδα θεωρείται πως ισούται με το συνολικό μέσο όρο ετήσιου κόστους όσων δαπανούν χρήματα από ίδιους πόρους όπως υπολογίστηκε στον Πίνακα 9.3 του κεφαλαίου 9 για κάθε μία από τις κατηγορίες ανάγκης φροντίδας.
- Η κατανομή του είδους λήψης φροντίδας που καθορίζουν τους συντελεστές α_{ji} , β_{ji} , γ_{ji} , δ_{ji} της εξίσωσης (2) έχουν υπολογιστεί στον παρακάτω Πίνακα 11.5 ανά επίπεδο ανάγκης φροντίδας.

Πίνακας 11.5 Εκτιμώμενο ποσοστό είδους λήψης φροντίδας ανά κατηγορία ανάγκης φροντίδας για το έτος βάσης (SHARE, w6) [κάτω-άνω όρια]				
	για όσους έχουν δυσκολίες μόνο με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες (πλην ADLs) (1)	για όσους έχουν 1 ADL (2)	για όσους έχουν 2 ή περισσότερα ADLs (3)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ
μόνο άτυπη φροντίδα (α_{ji}) %	30.3% [26.6-34.3%]	38.7% [31.1-47.0%]	50.5 % [42.7-58.2%]	35.6% [32.4-38.9%]
μόνο τυπική φροντίδα (β_{ji}) %	7.8% [5.8-10.4%]	4.4% [2.1-9.1%]	10.0% [6.2-15.9%]	7.6% [6.0-9.6%]
συνδυασμός τυπικής & άτυπης φροντίδας (γ_{ji}) %	10.1% [7.8-13.2%]	26.0% [19.4-33.9%]	24.7% [18.4-32.3%]	15.6% [13.3-18.3%]
μη λήψη φροντίδας (δ_{ji}) %	51.8% [47.6-56.0%]	30.9% [24.0-38.8%]	14.8% [10.2-21.0%]	41.2% [37.9-44.5%]
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%	100%

Στον Πίνακα 11.6, και στην βάση των ανωτέρω, υπολογίζεται το εκτιμώμενο μέσο ετήσιο *δυνητικό* μοναδιαίο κόστος κατΟικ.Υπ.ΜΦ. για το έτος βάσης 2019 ανά βαθμό σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας ανά είδος λήψης φροντίδας για καθένα από τα σενάρια Α, Β, Γ.

Πίνακας 11.6 Εκτιμώμενο μέσο ετήσιο <i>δυνητικό</i> μοναδιαίο κόστος (€) παροχής κατ' οίκον παροχής φροντίδας για το έτος βάσης 2019				
$K_{\mu(2019,i)}$ – συνολικό σταθμισμένο	για δυσκολίες μόνο με iADLs ή λοιπές δραστηριότητες (πλην ADLs)	για όσους έχουν 1 ADL (2)	για όσους έχουν 2 ή περισσότερα ADLs	Σταθμισμένο μέσο δυνητικό μοναδιαίο κόστος

	(1)		(3)	
Σενάριο 1Α	€ 838	€ 1299	€ 2971	€ 1428
Σενάριο 1Β	€ 912	€ 1545	€ 3239	€ 1576
Σενάριο 1Γ	€ 985	€ 1792	€ 3507	€ 1725
Σενάριο 2Α	€ 1382	€ 1612	€ 4870	€ 2263
Σενάριο 2Β	€ 1455	€ 1858	€ 5138	€ 2411
Σενάριο 2Γ	€ 1529	€ 2105	€ 5406	€ 2560
Σενάριο 3Α	€ 1926	€ 1925	€ 6769	€ 3098
Σενάριο 3Β	€ 1999	€ 2171	€ 7037	€ 3246
Σενάριο 3Γ	€ 2073	€ 2418	€ 7305	€ 3394

Το δυνητικό μέγεθος Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL ή iADL υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας το μοναδιαίο κόστος όπως υπολογίστηκε και αποτυπώθηκε στον ανωτέρω Πίνακα 11.5 επί τον αριθμό των ατόμων σε ανάγκη φροντίδας όπως υπολογίστηκε στον Πίνακα 11.1. Τα αποτελέσματα για το έτος 2019 φαίνονται στον Πίνακα 11.6 μαζί με τις σχετικές προβολές έως το 2070.

Γ. Προβολές 2020-2070

Οι προβολές του δυνητικού μεγέθους Αγοράς κατ'Οικ.Υπ.ΜΦ για άτομα ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL/iADL/λοιπές συνήθεις δραστηριότητες έως το έτος 2070 και το σχετικό ποσοστό του δυνητικού μεγέθους Αγοράς ως προς το ΑΕΠ έγινε ως εξής:

- i. Η ετήσια αύξηση του μέσου δυνητικού μοναδιαίου κόστους παροχής κατ' οίκον φροντίδας εκτιμάται κατ' αρχάς όσο η προβλεπόμενη ετήσια αύξηση του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ ανά εργαζόμενο (potential real GDP per worker growth rate) όπως αυτή αποτυπώνεται στον Πίνακα III.1.23 της Έκθεσης Γήρανσης 2021 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (σελ. 213), με μέση ετήσια αύξηση 1.5% έως το 2070. Η επιλογή αυτή στη βάση της κατεύθυνσης της εν λόγω Έκθεσης (σελ. 147). Αυτό συνεπάγεται ταχύτερη αύξηση του κόστους από το γενικό επίπεδο τιμών (Baumol effect), ενώ ταυτοχρόνως συνεπάγεται ότι οι μισθοί παρόχων ΜΦ δεν θα απέχουν από το γενικό % αύξησης – πράγμα που αγνοεί προβλήματα εξεύρεσης προσωπικού. Για το λόγο αυτό, προστίθενται δύο επιπλέον σενάρια, στο πρώτο εκ των οποίων οι μισθοί παρόχων ΜΦ θα αυξάνουν 10% ταχύτερα και στο δεύτερο 20% ταχύτερα από το γενικό % αύξησης. Συνεπώς, έχουμε:
 - Σενάριο I: ετήσια αύξηση μισθών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ίση με την ετήσια αύξηση του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ ανά εργαζόμενο
 - Σενάριο II: κατά 10% ταχύτερη αύξηση μισθών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε σχέση με την αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ ανά εργαζόμενο
 - Σενάριο III: κατά 20% ταχύτερη αύξηση μισθών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε σχέση με την αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ ανά εργαζόμενο
- ii. Για την προβλεπόμενη ετήσια αύξηση του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ σε τιμές 2019 της Ελλάδας χρησιμοποιήθηκε ο Πίνακας III.1.16 της Έκθεσης Γήρανσης 2021 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (σελ. 209), με μέση ετήσια αύξηση 2019-2070 1.2%.

- iii. Οι προβολές του δυνητικού μεγέθους Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+ με δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης έως το έτος 2070 και το αντίστοιχο ποσοστό ως προς το ΑΕΠ φαίνονται στον Πίνακα 11.7. Αναπτύσσονται εννέα σενάρια στη βάση των σεναρίων της παρούσας υποενότητας σε συνδυασμό με τα σενάρια έτους βάσης της υποενότητας Β. Εκφράζονται σε δισεκατομμύρια 2019 και ως % του ΑΕΠ.

Πίνακας 11.7 Δυνητικό μέγεθος Αγοράς κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+							
έτος		2019	2030	2040	2050	2060	2070
Σενάριο 1Α.Ι - Υπεραισιόδοξο: Επαρκής παροχή φροντίδας χωρίς προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού	δισ €	1.19	1.41	1.89	2.48	2.90	3.10
	% ΑΕΠ	0.65%	0.75%	0.87%	0.97%	0.94%	0.91%
Σενάριο 1Β.ΙΙ - Αισιόδοξο: Επαρκής παροχή φροντίδας με μικρή προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού	δισ €	1.31	1.57	2.14	2.86	3.29	3.69
	% ΑΕΠ	0.72%	0.83%	0.98%	1.12%	1.11%	1.08%
Σενάριο 1Γ.ΙΙΙ - Συγκρατημένα αισιόδοξο: Επαρκής παροχή φροντίδας με σημαντική προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού (αύξηση τιμών)	δισ €	1.44	1.73	2.39	3.27	3.83	4.37
	% ΑΕΠ	0.78%	0.91%	1.10%	1.28%	1.29%	1.28%
Σενάριο 2Α.Ι – Συγκρατημένο Σενάριο Αναφοράς	δισ €	1.87	2.23	2.98	3.90	4.41	4.87
	% ΑΕΠ	1.02%	1.26%	1.46%	1.63%	1.58%	1.52%
Σενάριο 2Β.ΙΙ – Σενάριο Αναφοράς	δισ €	2.00	2.39	3.25	4.35	5.00	5.62
	% ΑΕΠ	1.09%	1.26%	1.49%	1.70%	1.68%	1.65%
Σενάριο 2Γ.ΙΙΙ - Επιβαρυνμένο Σενάριο Αναφοράς	δισ €	2.12	2.55	3.53	4.82	5.65	6.46
	% ΑΕΠ	1.16%	1.35%	1.62%	1.89%	1.90%	1.89%
Σενάριο 3Α.Ι – Ανεπαρκής υφιστάμενη παροχή φροντίδας χωρίς προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού	δισ €	2.56	3.04	4.07	5.33	6.03	6.65
	% ΑΕΠ	1.40%	1.69%	1.96%	2.19%	2.13%	2.05%
Σενάριο 3Β.ΙΙ – Συντηρητικά Απαισιόδοξο: Ανεπαρκής υφιστάμενη παροχή φροντίδας με μικρή προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού	δισ €	2.68	3.21	4.36	5.84	7.72	7.54
	% ΑΕΠ	1.46%	1.69%	2.00%	2.28%	2.26%	2.21%
Σενάριο 3Γ.ΙΙΙ – Απαισιόδοξο:	δισ €	2.81	3.38	4.67	6.38	7.48	8.54
	% ΑΕΠ	1.53%	1.78%	2.15%	2.50%	2.52%	2.50%

Ανεπαρκής υφιστάμενη παροχή φροντίδας με σημαντική προβλεπόμενη έλλειψη προσωπικού							
--	--	--	--	--	--	--	--

Στη βάση των ανωτέρω εκτιμάται ένα υφιστάμενο (έτος 2019) δυνητικό μέγεθος Αγοράς για κατ' οίκον μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων που κυμαίνεται μεταξύ 1.19 και 2.81 δις ευρώ (0.65 έως 1.53% του ΑΕΠ), το οποίο αναμένεται να φθάσει την αξία των 3.10 έως 8.54 δις ευρώ (0.91 έως 2.50% του ΑΕΠ) έως το έτος 2070. Επισημαίνεται πως οι ανωτέρω υπολογισμοί περιλαμβάνουν μόνο υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, αποκλειστικά για άτομα ηλικίας 65+ με δυσκολία με τουλάχιστον 1 ADL/iADL ή λοιπές συνήθειες δραστηριότητες.

11.3 Προβολές δημόσιων δαπανών για κατ' οίκον μακροχρόνια φροντίδα

Πόσο μεγάλη είναι η προβλεπόμενη δαπάνη; Υπενθυμίζεται πως το κατ' εξοχήν πρόγραμμα για παροχή κατ' οίκον φροντίδας, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 10, έχει έναν ετήσιο προϋπολογισμό της τάξης των 60 εκατομμυρίων ευρώ (0.034% του ΑΕΠ), ποσό αμελητέο συγκριτικά με τις πραγματικές ανάγκες του έτους βάσης (2019) – σχεδόν 35 φορές μικρότερο βάσει του Σεναρίου Αναφοράς. Ενώ, βάσει της Έκθεσης Γήρανσης 2021 (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021*) οι συνολικές ετήσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας (δηλαδή συμπεριλαμβανομένων παροχών σε χρήμα, επιδόματα και χρηματοδότησης μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων) ανέρχονται στο 0.2% του ΑΕΠ, δηλαδή περίπου €360 εκατομμύρια, ποσό σημαντικά χαμηλότερο – πεντέμισι φορές κάτω από το σενάριο αναφοράς.

Τι αναμενόμενες επιπτώσεις, έχουν όμως τα ανωτέρω στις δημόσιες δαπάνες; Τι ποσό από τις ανωτέρω δαπάνες του Πίνακα 11.7 θα καλυφθούν από το Δημόσιο και τι θα παραμείνει στην οικογένεια και στον ιδιωτικό τομέα; Ποια τα πεδία αβεβαιότητας;

Ξεκινώντας από το τελευταίο ερώτημα, τα πεδία αβεβαιότητας, όπως ήδη είπαμε, αναπτύσσονται σε τέσσερις άξονες:

- (i) Τι κατεύθυνση θα ακολουθήσουν οι δημόσιες πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων και τι προϋπολογισμός θα προβλεφθεί για αυτές από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- (ii) Πόσο μεγάλη θα είναι η έλλειψη άτυπων φροντιστών και σε τι βαθμό θα αντικατασταθούν από επαγγελματίες φροντιστές.
- (iii) Πόσο μεγάλη θα είναι η έλλειψη επαγγελματιών φροντιστών και σε πως αυτό θα μεταφραστεί σε αύξηση του μοναδιαίου κόστους παροχής φροντίδας.
- (iv) Σε τι βαθμό θα αλλάξει ο χρόνος υγιών ετών διαβίωσης με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.
- (v) Σε τι βαθμό το μοναδιαίο κόστος υπηρεσιών θα αυξηθεί σχετικά με το γενικό επίπεδο τιμών. Βάσει της επίπτωσης Baumol (Baumol effect) αναμένεται σχετική αύξηση τιμών στις υπηρεσίες λόγω τεχνολογικής υστέρησης. Αυτή η επίπτωση αναμένεται ιδιαίτερα έντονη στη ΜΦ όπου τα περιθώρια αυτοματοποίησης είναι περιορισμένα.

Οι απαντήσεις στα ανωτέρω ερωτήματα δεν είναι προφανείς και ως εκ τούτου κάθε προσπάθεια προβολής σε ένα νέο κλάδο όπως είναι η μακροχρόνια φροντίδα, πρέπει να γίνεται

με την επισήμανση της ενδεικτικότητας, τη δημιουργία εναλλακτικών σεναρίων και την τακτική επικαιροποίηση.

Έως τώρα έγιναν Σενάρια του εκτιμώμενου μεγέθους αναγκών (σε πληθυσμό και αξία) κατ'Οικ.Υπ.ΜΦ. Παρακάτω, γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της εκτιμώμενης επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού. Ακολουθώντας την υπόθεση της Έκθεσης Γήρανσης του AWG το 2021 σύμφωνα με την οποία η μείωση της προσφοράς άτυπης φροντίδας σε συνδυασμό με την πίεση της δημογραφικής γήρανσης θα οδηγήσουν τα κράτη να αυξήσουν τις δημόσιες δαπάνες τους στη μακροχρόνια φροντίδα και ότι θα υπάρχει μία σύγκλιση προς τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο, δημιουργούμε δύο Σενάρια για την Ελλάδα σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες:

- *Σενάριο δημοσιονομικών δαπανών 1: Το δημόσιο θα φθάσει να παρέχει το 25% της συνολικής αναγκαίας κατ'Οικ.Υπ.ΜΦ φροντίδας του Πίνακα 11.5. Η παροχή δημόσιας χρηματοδοτούμενης μακροχρόνιας φροντίδας θα αυξάνει κατά 0.5 pp κατ' έτος και εν συνεχεία θα σταθεροποιηθεί (όταν φθάσει το 25%).*
- *Σενάριο δημοσιονομικών δαπανών 2: Το δημόσιο θα φθάσει να παρέχει το 40% της συνολικής αναγκαίας κατ'Οικ.Υπ.ΜΦ φροντίδας του Πίνακα 11.5. Η παροχή δημόσιας χρηματοδοτούμενης μακροχρόνιας φροντίδας θα αυξάνει κατά 1 pp κατ' έτος και εν συνεχεία θα σταθεροποιηθεί (όταν φθάσει το 40%).*

Τα δύο ανωτέρω Σενάρια δημοσιονομικών δαπανών εφαρμόζονται επάνω στο σενάρια του Πίνακα 11.7, δημιουργώντας 18 δυνητικά αποτελέσματα τα οποία αποτυπώνονται στον Πίνακα 11.8. Για το έτος βάσης (2019) έχει υπολογιστεί πως το 12% της αναγκαίας φροντίδας του Πίνακα 11.7 (όπου ήδη έχουν ενσωματωθεί σενάρια αναλογίας άτυπης/τυπικής φροντίδας) καλύπτεται από το δημόσιο. Ο υπολογισμός έχει γίνει λαμβάνοντας υπόψη πως βάσει των στοιχείων SHARE, το 36,4% του 33% που λαμβάνει τυπική φροντίδα, δήλωσε πως την λαμβάνει δωρεάν (συνεπώς εικάζεται πως αφορά δημόσια). **Επισημαίνεται** ξανά ότι οι ανωτέρω εκτιμήσεις δεν περιλαμβάνουν φροντίδα σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, παροχές σε χρήμα ή υλικά και αφορούν **μόνο** κατ' οίκον υπηρεσίες.

Πίνακας 11.8 Εκτιμώμενες δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας για άτομα ηλικίας 65+									
Σενάρια από Πίνακα 11.6	Σενάρια Δημοσ. Δαπανών	2019	2030	2040	2050	2060	2070	change 19-30 (pp.)	change 30-50 (pp.)
Σενάριο 1Α.Ι - Υπεραισιόδοξο:	1	0.08%	0.13	0.20	0.24	0.24	0.23	0.05	0.11
	2	0.08%	0.17	0.29	0.39	0.38	0.36	0.09	0.22
Σενάριο 1Β.ΙΙ - Αισιόδοξο:	1	0.09%	0.15	0.22	0.28	0.28	0.27	0.06	0.13
	2	0.09%	0.19	0.32	0.45	0.44	0.43	0.10	0.26
Σενάριο 1Γ.ΙΙΙ - Συγκρατημένα αισιόδοξο:	1	0.09%	0.16	0.25	0.32	0.32	0.32	0.07	0.16
	2	0.09%	0.21	0.36	0.51	0.52	0.51	0.12	0.30
Σενάριο 2Α.Ι - Συγκρατημένο σενάριο αναφοράς:	1	0.12%	0.21	0.31	0.38	0.37	0.36	0.09	0.17
	2	0.12%	0.27	0.45	0.61	0.59	0.57	0.15	0.34
	1	0.13%	0.22	0.34	0.43	0.42	0.41	0.09	0.21

Σενάριο 2B.II - Σενάριο Αναφοράς:	2	0.13%	0.29	0.49	0.68	0.67	0.66	0.16	0.29
Σενάριο 2Γ.III - Επιβαρυνμένο σενάριο αναφοράς:	1	0.14%	0.24	0.37	0.47	0.48	0.47	0.10	0.23
	2	0.14%	0.31	0.54	0.75	0.76	0.76	0.17	0.44
Σενάριο 3Α.I	1	0.17%	0.28	0.42	0.52	0.51	0.49	0.11	0.14
	2	0.17%	0.37	0.62	0.83	0.81	0.78	0.20	0.46
Σενάριο 3Β.II - Συντηρητικά απαισιόδοξο	1	0.18%	0.30	0.45	0.57	0.57	0.55	0.12	0.27
	2	0.18%	0.39	0.66	0.91	0.90	0.88	0.21	0.52
Σενάριο 3Γ.III - απαισιόδοξο	1	0.18%	0.31	0.48	0.62	0.63	0.63	0.13	0.31
	2	0.18%	0.41	0.71	1.00	1.01	1.00	0.23	0.59

Βάσει των ανωτέρω, οι δημόσιες δαπάνες για κατ' οίκον μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων εκτιμάται πως θα κυμαίνονται μεταξύ 0.24% και 1% του ΑΕΠ το έτος 2050 εφεξής όπως φαίνεται στον Πίνακα 11.8. Οι εκτιμήσεις μας είναι υψηλότερες από τις υποεκτιμημένες προβολές της Έκθεσης Γήρανσης 2021 του AWG για την μεγάλη πλειοψηφία των σεναρίων της. Με δεδομένο, μάλιστα, πως οι εκτιμήσεις του AWG συμπεριλαμβάνουν όλα τα είδη μακροχρόνιας φροντίδας (εντός μονάδων φροντίδας, τυχόν παροχές σε χρήμα) καθώς και το σύνολο των ατόμων σε ανάγκη φροντίδας ανεξαρτήτως ηλικίας (από μηδέν ετών) ενώ οι δικές μόνο τις κατ' οίκον υπηρεσίες και μόνο για τα άτομα 65+ καθίσταται ξεκάθαρο πως η υποεκτίμηση του AWG είναι σημαντική. Το AWG στα 7 από τα 11 σενάρια εκτιμά για την Ελλάδα δημόσιες δαπάνες μόλις 0.2% επί του ΑΕΠ έως το 2050, ενώ στα υπόλοιπα 4 σενάρια οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 0.3 έως 0.7%. Αντίστοιχα για το 2070 πάλι, στα 7 από τα 11 σενάρια εκτιμά δημόσιες δαπάνες 0.2% επί του ΑΕΠ έως το 2070, ενώ σε ένα εκτιμά 0.4% και στα υπόλοιπα τρία το εκτοξεύει σε 1.2, 2.6 και 2.8% αντίστοιχα. **Οι εκτιμήσεις αυτές του AWG για την Ελλάδα είναι με μεγάλη διαφορά οι μικρότερες σε σύγκριση με όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, τη στιγμή που ο ευρωπαϊκός μέσος όρος εκτιμάται μεταξύ 2.5 και 3.6% για το έτος 2050 και μεταξύ 2.8 και 5.1% για το 2070.**

Συγκρινόμενη με άλλες χώρες όμως ακόμη και αυτές οι προβολές είναι σημαντικά χαμηλότερες. Όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 11.9, το AWG για την Ιταλία –με παρόμοια δημογραφικά δεδομένα με εμάς– υπολογίζει δημόσιες δαπάνες από 2.4% ως 2.9% του ΑΕΠ για το έτος 2070, για την Ισπανία από 1.4% ως 3.7%, για την Ολλανδία από 5.9% ως 8.6% ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος κυμαίνεται μεταξύ 2.7% ως 5.1%. Καθίσταται σαφές από τα παρακάτω νούμερα πως οι αποκλίσεις μεταξύ χωρών αλλά και της Ελλάδας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες είναι τόσο μεγάλες, που καθιστά τους υπολογισμούς (όλων των χωρών) υπό αίρεση. Η μακροχρόνια φροντίδα είναι ένας νέος ουσιαστικά κλάδος που τραβά, *τώρα*, την προσοχή και ως εκ τούτου χρειάζεται τακτική επαναξιολόγηση και σύγκλιση των ορισμών που χρησιμοποιεί η κάθε χώρα στον ορισμό του τι περιλαμβάνει η μακροχρόνια φροντίδα.

Πίνακας 11.9 Προβολές δημοσίων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Έκθεση Γήρανσης 2021 του AWG και σύγκριση με υπολογισμούς παρούσας εργασίας για την Ελλάδα				
	Σενάρια	2019	2070	ch 2019-2070
Ελλάδα (υπολογισμοί παρούσας εργασίας)* *αφορά μόνο κατ' οίκον ΜΦ	min	0.1	0.2	0.1
	αναφοράς-πλειοψηφία σεναρίων		0.7	0.6
	max		1.0	0.9
Ελλάδα (υπολογισμοί AWG)	min	0.2	0.1	0.1
	αναφοράς-πλειοψηφία σεναρίων		0.2	0.0
	max		2.8	2.6
Ιταλία (AWG)	min	1.7	2.4	0.7
	αναφοράς		2.6	0.9
	max		3.9	2.2
Ισπανία (AWG)	min	0.7	1.4	0.7
	αναφοράς		1.5	0.8
	max		3.7	3.0
Ολλανδία (AWG)	min	3.7	5.9	2.2
	αναφοράς		6.3	2.6
	max		8.6	4.9
Ευρωπαϊκός Μέσος Όρος (AWG)	min	1.7	2.7	1.0
	αναφοράς		2.8	1.1
	max		5.1	3.4

Στη βάση των ανωτέρω, τα αποτελέσματα προβολών της παρούσας εργασίας θα πρέπει να εκλαμβάνονται ως μια ένδειξη τάσης που συνδράμει και εκκινεί μια συζήτηση περί μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, και όχι το τέλος μια ερευνητικής διαδρομής.

Σε κάθε περίπτωση, σημειώνουμε πως οι προβολές μας περιορίζονται στις κατ' οίκον υπηρεσίες και θα πρέπει τακτικά να επαναξιολογούνται, ενώ μία επιπλέον εργασία που θα πρέπει να γίνει στο εγγύς μέλλον, προκειμένου να υπάρχει συνολική εικόνα, είναι η συμπερίληψη και λοιπών ειδών μακροχρόνιας φροντίδας (ιδρυματική, υλικά, κ.α.).

Συγκρινόμενη, τώρα, η τάση αύξησης δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας είναι υψηλότερη τόσο σε σχέση με τις συντάξεις (που βαίνουν μειούμενες με την υπόθεση ότι αποδίδουν οι μεταρρυθμίσεις της περιόδου 2010-2019) όσο και σε σχέση με τις δαπάνες υγείας (που βαίνουν αυξανόμενες αλλά με μικρότερο ρυθμό), δηλαδή υψηλότερη σε σχέση με άλλες δαπάνες που σχετίζονται με την γήρανση. Στον Πίνακα 11.10 αποτυπώνονται οι προβολές δημοσίων δαπανών έτους 2070 συντάξεων και υγείας όπως υπολογίστηκαν στην Έκθεσης Γήρανσης 2021 ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Πίνακας 11.10 Προβολές δημοσίων δαπανών συντάξεων και υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Έκθεση Γήρανσης 2021 του AWG						
	Δημόσιες δαπάνες συντάξεων (%) ΑΕΠ			Δημόσιες δαπάνες υγείας (%) ΑΕΠ		
AWG Reference Scenario	2019	2070	ch 2019-2070	2019	2070	ch 2019-2070
Ελλάδα (υπολογισμοί AWG)	15.7	11.9	-3.8	4.4	5.2	0.8

Ιταλία (AWG)	15.4	13.6	-1.8	5.9	7.1	1.2
Ισπανία (AWG)	12.3	10.3	-2.0	5.7	7.0	1.3
Ολλανδία (AWG)	6.8	9.1	2.3	5.7	6.5	0.8
Ευρωπαϊκός Μέσος Όρος (AWG)	11.6	11.7	0.1	6.6	7.5	0.9

Συνεπώς, βλέπουμε ένα μεγάλο πεδίο αβεβαιότητας και ύπαρξη ανάγκης εμβάθυνσης και κατανόησης διαφορών μεταξύ Ελλάδος και λοιπών χωρών της Ευρώπης, που πρέπει να μας οδηγήσει σε αποφυγή υπεραισιοδοξίας σε ό,τι αφορά τις δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας.

11.4 Συμπεράσματα

Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων φέρνει νέες προκλήσεις στις ερχόμενες δεκαετίες. Μία πρόκληση είναι η χρηματοδότηση και η έλλειψη παρόχων υπηρεσιών, μια άλλη όμως αφορά στον γραφειοκρατικό ορισμό της και στα δεδομένα που απαιτούνται προκειμένου να υπάρξουν οι βελτιώσεις που απαιτούνται στις προβολές, ώστε να υπάρχουν ακριβέστερες προβλέψεις των αναγκών. Βασικές παράμετροι για τη βελτίωση των προβολών αποτελούν:

- Η γνώση του σημείου εκκίνησης σε ό,τι αφορά τις υφιστάμενες δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας, κάτι που στην Ελλάδα, όπως είδαμε, δεν είναι αυτονόητο. Το AWG στα τέσσερα τελευταία reports του έχει τελείως διαφορετικό σημείο εκκίνησης για την Ελλάδα (Πίνακας 10.5 κεφαλαίου 10): από 1.4% του ΑΕΠ στην Έκθεση του 2009 έως 0.2% στην Έκθεση του 2021)
- Οριοθέτηση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να υπάρχουν διπλομετρήσεις
- Ανάπτυξη μεθοδολογίας ενσωμάτωσης της αναμενόμενης έλλειψης παρόχων υπηρεσιών στο μοναδιαίο κόστος παροχής φροντίδας
- Ανάπτυξη μεθοδολογίας προβλέψεων μελλοντικών ωρών παροχής τυπικής φροντίδας και μετάβασης από άτυπη σε τυπική φροντίδα
- Προσαρμογές δημόσιων πολιτικών μέσω ανταλλαγής τεχνογνωσίας μεταξύ χωρών.
- Κατανόηση του κοινωνικού κόστους συνεχιζόμενης έμφασης σε άτυπες μορφές φροντίδας, τόσο στη οικογένεια όσο και έμμεσα στην οικονομία.

**ΜΕΡΟΣ Δ: Συμπεράσματα - Προτάσεις ολοκληρωμένης πολιτικής
μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων**

Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα, πέραν των δυνητικών πιέσεων στα δημόσια οικονομικά, δημιουργεί ευκαιρίες στην αγορά εργασίας και στην ασφαλιστική αγορά. Ένα πλήθος περίπου 900,000 δυνητικών χρηστών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ηλικίας 65+ που τις ερχόμενες δεκαετίες αναμένεται να φθάσει έως και τα 1.2 εκατομμύρια το έτος 2050 και που μεταφράζεται σε δυνητικό μέγεθος Αγοράς κατ' οίκον υπηρεσιών αξίας της τάξεως των 3 έως 8.5 δις ευρώ έως το 2070 (0.9 έως 2.5% του δυνητικού πραγματικού ΑΕΠ), αποτελεί ικανό μέγεθος για τη δημιουργία ενός δομημένου και υγιούς κλάδου της ελληνικής οικονομίας. Εάν συνυπολογιστούν και άλλες πτυχές της μακροχρόνιας φροντίδας που δεν μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία, όπως εξοπλισμός και υλικά, καθώς και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, τότε καταλαβαίνει κανείς πόσο σημαντικές είναι οι προοπτικές του κλάδου. Η εκτιμώμενη αύξηση των δημοσίων δαπανών *μόνο* για κατ' οίκον υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας κυμαίνεται βάσει εναλλακτικών σεναρίων μεταξύ 0.24 και 1% του ΑΕΠ έως το 2050. Λαμβάνοντας υπόψη πως οι δαπάνες αυτές διαμορφώνονται πάντα σε συνάρτηση με τις κατά περιόδους δημόσιες πολιτικές και τις δημοσιονομικές αντοχές, οι εκτιμήσεις πρέπει να αναθεωρούνται τακτικά. Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής πως βάσει της Έκθεσης Γήρανσης 2021 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής η Ελλάδα έχει, και εκτιμάται πως θα παραμείνει, η χώρα με τις μικρότερες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ (0.2% στα περισσότερα σενάρια).

Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες έχει πολύ υψηλά ποσοστά άτυπης φροντίδας, ακολουθώντας το μοντέλο των νότιων και ανατολικών ευρωπαϊκών χωρών. Αντιθέτως, οι σκανδιναβικές χώρες στηρίζονται σημαντικά στην επαγγελματική φροντίδα -σε μεγάλο ποσοστό χρηματοδοτούμενη από το δημόσιο- ενώ οι κεντροευρωπαϊκές χώρες έχουν πιο ισορροπημένη παροχή άτυπης και τυπικής φροντίδας, κάτι που εν πολλοίς δείχνει και την κατεύθυνση που η Ευρώπη θα ακολουθήσει. Ήδη Σουηδία και Δανία πιέζονται δημοσιονομικά και εξετάζονται τρόποι αύξησης της άτυπης φροντίδας, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τις χώρες του νότου και της ανατολικής Ευρώπης. Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό ατόμων που δηλώνει πως η παρεχόμενη φροντίδα ικανοποιεί πάντα τις ανάγκες του είναι υψηλότερο για όσους λαμβάνουν άτυπη φροντίδα σε σύγκριση με όσους λαμβάνουν τυπική φροντίδα, ανεξαρτήτως του βαθμού σοβαρότητας ανάγκης φροντίδας. Κύριο ερωτηματικό είναι κατά πόσον οι αδιαμφησβήτητες ιδιαιτερότητες της Ελλάδας θα διατηρηθούν διαχρονικά. Συνδεδεμένο θέμα, αν διατηρηθεί η σημερινή οικογενειοκεντρική δομή, τι σημαίνει αυτό για επιπλέον επιβάρυνση της μέσης ελληνικής οικογένειας και των ηλικιωμένων ειδικότερα. Σημειώνεται ότι το συνταξιοδοτικό πρόβλημα επιλύθηκε μεταξύ 2010 και 2019 μέσω ριζικής συμπίεσης της επάρκειας των μελλοντικών συντάξεων (Tinios 2020).

Η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη γίνεται είτε μέσω της γενικής φορολογίας είτε μέσω των προϋπολογισμών των Δήμων είτε μέσω των γενικών ασφαλιστικών εισφορών υγείας, είτε (μόνο σε Γερμανία και Ολλανδία από τις υπό εξέταση χώρες) από ασφαλιστικές εισφορές διακριτές για μακροχρόνια φροντίδα. Στις δαπάνες φροντίδας συμμετέχουν κατά κανόνα και οι λήπτες των υπηρεσιών βάσει εισοδηματικών και περιουσιακών κριτηρίων (means tested). Οι δικαιούχοι λήψης φροντίδας χρηματοδοτούμενης

από το κράτος κατατάσσονται σε κατηγορίες σοβαρότητας δυσκολίας αυτοεξυπηρέτησης, συνήθως στη βάση του αριθμού και βαθμού δυσκολίας με δραστηριότητες ADL και iADL, και μπορούν να λάβουν είτε παροχή σε χρήμα είτε σε είδος είτε με τη μορφή vouchers (κουπονιών) εξαργυρώνονται σε ιδιώτες φροντιστές. Σε ό,τι αφορά την ιδιωτική ασφάλιση είναι κατά κανόνα αμελητέα, με εξαίρεση τη Γαλλία.

Σε ό,τι αφορά τα μεγέθη στην Ελλάδα, σήμερα, περίπου το 27% των ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης σε δουλειές σπιτιού (iADL) ή σε προσωπική φροντίδα (ADL) δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα (240,000 άτομα), ενώ από αυτούς που λαμβάνουν, το 62% λαμβάνει μόνο άτυπη φροντίδα κυρίως από γυναίκες συζύγους και παιδιά, που επιβαρύνουν σε αρκετές περιπτώσεις τη δική τους προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή. Την ίδια ώρα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που αποτελεί τον κύριο βραχίονα του κράτους για την υποστήριξη των ηλικιωμένων εξυπηρετεί μόλις 70,000 με 80,000 δικαιούχους κατ' έτος βάσει εισοδηματικών κριτηρίων και σύνθεσης νοικοκυριού, ενώ άλλα 1,600 άτομα εξυπηρετούνται από τις δομές των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων. Τέλος, περίπου 10,000 άτομα διαμένουν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (κερδοσκοπικές ή μη κερδοσκοπικές).

Ειδική αναφορά αξίζει να γίνει στις γυναίκες ηλικίας 65-80 ετών που βρίσκονται σε τουλάχιστον μεσαία ανάγκη φροντίδας (τουλάχιστον 1 ADL) και οι οποίες σε ποσοστό της τάξης του 30% δεν λαμβάνουν καθόλου φροντίδα, καθώς επίσης και στο σύνολο των ατόμων (ανδρών και γυναικών) ηλικίας 65-80 που βρίσκονται σε μικρή ανάγκη φροντίδας (δυσκολίες μόνο με iADLs) και τα οποία σε ποσοστό της τάξης του 45% βρίσκονται χωρίς φροντίδα. Τέλος, σημαντικό είναι να γίνει προσπάθεια ενσωμάτωσης στην επίσημη αγορά εργασίας των ιδιωτών φροντιστών-οικιακών βοηθών που σήμερα παρέχουν -ιδίως σε γυναίκες ηλικίας 80 και άνω- αδήλωτες υπηρεσίες φροντίδας επ' αμοιβή. Ιδιαίτερα, δε, η συμμετοχή των μεταναστών στην επίσημη αγορά εργασίας μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων αποτελεί μια ευκαιρία με αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα τόσο για την οικονομία όσο και για την ενσωμάτωση των μεταναστών στην κοινωνικοοικονομική ζωή του τόπου και στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Με την μείωση του αριθμού παιδιών ανά οικογένεια, την κινητικότητα των εργαζομένων σε πόλεις διαφορετικές από εκείνες που ζουν οι γονείς τους, την αύξηση των διαζυγίων και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, δημιουργείται ένα πλέγμα που αναπόφευκτα θα αλλάξει την δομή του τρόπου που παρέχεται (ή δεν παρέχεται) φροντίδα στους ηλικιωμένους, με το κράτος να αυξάνει τις δαπάνες και με τον ιδιωτικό και ασφαλιστικό τομέα να μπορεί να παίζει έναν πιο ενεργό ρόλο.

Κεφάλαιο 13: Προτάσεις ολοκληρωμένης πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων

Στο παρόν κεφάλαιο και στη βάση των ευρημάτων -ποσοτικών και ποιοτικών- των προηγούμενων κεφαλαίων γίνονται προτάσεις για τη βελτίωση του συστήματος παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, με στόχο την καλύτερη διαχείριση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, την καλύτερη στόχευση της κατεύθυνσης αυτών των πόρων, την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών στους λήπτες φροντίδας, τη στήριξη των άτυπων φροντιστών και τον συντονισμό μεταξύ των τριών πυλώνων παροχής φροντίδας, δηλαδή του δημοσίου, των ιδιωτικών παρόχων και της οικογένειας/κοινωνικών δικτύων. Προτείνονται πέντε άξονες, οι οποίοι αναλύονται κατωτέρω, ενώ στο τέλος του κεφαλαίου αναπτύσσονται τα αναμενόμενα οφέλη και τα βήματα υλοποίησης. Οι άξονες αυτοί απαντούν στα περισσότερα θέματα που εντοπίστηκαν στην διατριβή αυτή. Αν και θα μπορούσαν να διατυπωθούν και εναλλακτικά πακέτα μέτρων, το πλέγμα που ακολουθεί έχει το πλεονέκτημα της συνεκτικότητας.

Οι πέντε προτεινόμενοι βασικοί άξονες σχεδιασμού πολιτικής της μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

- i. Δημιουργία ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου που να συστηματοποιεί διαφορετικά επίπεδα και τύπο παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει σοβαρότητας αναγκών και να θέτει σαφή κριτήρια δικαιούχων λήψης δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά ατόμων που δεν λαμβάνουν φροντίδα και να διασφαλιστεί ότι ο λήπτης φροντίδας λαμβάνει τη φροντίδα που αντιστοιχεί στις ανάγκες του.
- ii. Σύστημα Διακυβέρνησης - Συστηματική και δομημένη καταγραφή και παρακολούθηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας.
- iii. Ενίσχυση και συστηματοποίηση χρηματοδότησης δημόσιων προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, προκειμένου να υπάρξει αύξηση της τυπικής φροντίδας έναντι της άτυπης και να υπάρξει σύγκλιση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.
- iv. Θέσπιση κινήτρων για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, την ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ιδιωτικού τομέα και την καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της ύπαρξης πολλών παρόχων.
- v. Στήριξη άτυπων φροντιστών/οικογένειας, προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν στους πολλαπλούς τους ρόλους.

Παρακάτω αναλύεται ο κάθε άξονας σε συγκεκριμένες πολιτικές.

Άξονας Πολιτικής I:

Δημιουργία ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου που να συστηματοποιεί διαφορετικά επίπεδα και τύπο παρεχόμενων υπηρεσιών βάσει σοβαρότητας αναγκών και να θέτει σαφή κριτήρια δικαιούχων λήψης δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας

1. Θεσμοθέτηση ορισμού του τι είναι η μακροχρόνια φροντίδα: «Ως μακροχρόνια φροντίδα ορίζεται η παροχή μη ιατρικών υπηρεσιών φροντίδας που λαμβάνουν

άτομα με μειωμένο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης για εκτεταμένη χρονική περίοδο, προκειμένου να εκτελέσουν βασικές και λειτουργικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής

2. Τυποποίηση είδους αναγκών φροντίδας (ενδεικτικά):

- Κατηγορία Α: Προσωπική φροντίδα (τα 6 ADLs συν τη λήψη φαρμάκων)
- Κατηγορία Β: Βοήθεια με δραστηριότητες εντός νοικοκυριού (τα domestic iADLs (diADLs), δηλ. μαγείρεμα, πλυντήριο, λοιπές δουλειές σπιτιού, ψώνια, χρήση τηλεφώνου)
- Κατηγορία Γ: Βοήθεια με λοιπές λειτουργικές δραστηριότητες (τα social iADLs (siADLs) αυτόνομη μετακίνηση εκτός σπιτιού/χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, χρήση χάρτη σε άγνωστο μέρος, διαχείριση χρημάτων, λοιπές συνήθειες δραστηριότητες που δεν περιλαμβάνονται στις ανωτέρω)

3. Τυποποίηση επιπέδων ανάγκης φροντίδας (ενδεικτικά):

- Επίπεδο 0: Χωρίς ανάγκη φροντίδας
- Επίπεδο I: Ανάγκη βοήθειας μόνο με λοιπές λειτουργικές δραστηριότητες (δηλ., με δραστηριότητες κατηγορίας Γ)
- Επίπεδο II: Ανάγκη βοήθειας:
 - είτε μόνο με δραστηριότητες εντός νοικοκυριού (δηλ., μόνο με δραστηριότητες κατηγορίας Β)
 - είτε τόσο με δραστηριότητες εντός νοικοκυριού όσο και με λοιπές λειτουργικές δραστηριότητες (δηλ. με δραστηριότητες κατηγορίας Β και κατηγορίας Γ)
- Επίπεδο III: Ανάγκη βοήθειας με 1 ADL
 - είτε μόνο με 1 ADL
 - είτε με 1 ADL και με δραστηριότητες κατηγορίας Β ή Γ.
- Επίπεδο IV: Ανάγκη βοήθειας με 2 ADL
 - είτε μόνο με 2 ADL
 - είτε με 2 ADL και με δραστηριότητες κατηγορίας Β ή Γ.
- Επίπεδο V: Ανάγκη βοήθειας με 3 ADL και άνω (συνυπάρχουν πάντα δυσκολίες με δραστηριότητες Κατηγορίας Β και Γ).

Τα επίπεδα III, IV και V διαβαθμίζονται σε τρεις επιπλέον κατηγορίες βάσει σοβαρότητας δυσκολίας αυτοεξυπηρέτησης: α) μικρή δυσκολία, β) μεσαία δυσκολία, γ) μεγάλη δυσκολία.

4. Κριτήρια δικαιούχων δημόσιας μακροχρόνιας φροντίδας

Βάσει:

- επιπέδου ανάγκης φροντίδας
- σύνθεσης νοικοκυριού
- εισοδήματος (ενδεχομένως να λαμβάνεται υπόψη και εισόδημα τέκνων, όπως π.χ. στην Ολλανδία)

5. Τυποποίηση τύπου παρεχόμενης βοήθειας (λαμβάνοντας υπόψη και δυνατότητες έκαστης γεωγραφικής περιοχής).
- Βοήθεια στο σπίτι
 - Vouchers για λήψη υπηρεσιών από ιδιώτες
 - Cash benefits
 - Κάλυψη εξόδων για διαμονή σε μονάδα φροντίδας εφόσον δε είναι δυνατή η βοήθεια στο σπίτι
 - Λοιπές δημόσιες δομές (ΚΗΦΗ, ΚΑΠΗ)

Άξονας Πολιτικής II:

Σύστημα Διακυβέρνησης - Συστηματική και δομημένη καταγραφή και παρακολούθηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών

1. Σύσταση Κεντρικής Υπηρεσίας Διαμόρφωσης Ενιαίου Θεσμικού Πλαισίου & Εποπτείας Εφαρμογής Πολιτικών Μακροχρόνιας Φροντίδας Ηλικιωμένων στο Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, με αρμοδιότητες:
 - Εισήγηση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας
 - Θέσπιση κανόνων δικαιούχων δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
 - Θέσπιση κανόνων επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Παρακολούθηση επιπέδου παρεχομένων υπηρεσιών μέσω συλλογής στοιχείων από Περιφερειακών Υπηρεσιών και δειγματοληπτικών επί τόπου ελέγχων
 - Συντονισμός εμπλεκόμενων φορέων
 - Συλλογή στοιχείων
 - Σύσταση και τήρηση κεντρικών ηλεκτρονικών μητρώων:
 - Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων
 - Κέντρων Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων
 - ΚΑΠΗ
 - Δομών Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»
 - Δικαιούχων μακροχρόνιας φροντίδας
 - Άτυπων φροντιστών (βλ. ανάλυση Άξονα V)
 - Ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
2. Δημιουργία Περιφερειακών Υπηρεσιών για την Εποπτεία Εφαρμογής Πολιτικών Μακροχρόνιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εσωτερικών και Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, και με τις κάτωθι αρμοδιότητες:
 - Εισήγηση ειδικών πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας στη βάση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών γεωγραφικών περιοχών
 - Διενέργεια ελέγχων επιπέδου παροχής υπηρεσιών των δομών των Δήμων της Περιφέρειάς τους, συμπεριλαμβανομένων δομημένων συνεντεύξεων με δικαιούχους λήψης φροντίδας

- Εισαγωγή και επικαιροποίηση δεδομένων των ηλεκτρονικών μητρώων που τηρούνται κεντρικά:
 - Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων
 - Ιδιωτών παρόχων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
 - Συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων από του Δήμους
3. Παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σε επίπεδο Δήμου-Τοπικής Κοινότητας, υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εσωτερικών και Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων, με τις εξής αρμοδιότητες:
- Μέριμνα για την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
 - Επέκταση του χρόνου παροχής υπηρεσιών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» προς τους ωφελούμενους (24 ώρες/7 ημέρες την εβδομάδα)
 - Σύνταξη αναφορών κοινωνικών λειτουργών για διασφάλιση ευζωίας ηλικιωμένων
 - Στήριξη άτυπων φροντιστών (βλ. ανάλυση Άξονα V)
 - Εισαγωγή και επικαιροποίηση δεδομένων των ηλεκτρονικών μητρώων που τηρούνται κεντρικά:
 - Κέντρων Ημερήσια Φροντίδας Ηλικιωμένων
 - ΚΑΠΗ
 - Δομών Προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»
 - Δικαιούχων μακροχρόνιας φροντίδας
 - Άτυπων φροντιστών (βλ. ανάλυση ορισμού Άξονα V)

Άξονας Πολιτικής III:

Ενίσχυση και συστηματοποίηση χρηματοδότησης δημόσιων προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας

Παρακάτω δίνονται εναλλακτικοί τρόποι συστηματικών τρόπων χρηματοδότησης που μπορούν να εφαρμοστούν είτε μόνοι τους είτε συνδυαστικά.

1. Θέσπιση εισφοράς μακροχρόνιας φροντίδας στους συνταξιούχους της τάξης του 0,2-0,3% επί της μηνιαίας κύριας σύνταξης (εκτιμώμενα ετήσια έσοδα: 48 έως 73 εκ. ευρώ)
2. Θέσπιση εισφοράς μακροχρόνιας φροντίδας σε εργαζομένους της τάξης του 0,1%-0,2% επί του μηνιαίου μισθού (εκτιμώμενα ετήσια έσοδα: 34 έως 68 εκ. ευρώ)
3. Δέσμευση ποσού του προϋπολογισμού για χρηματοδότηση δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας μέσω μεταβίβασης πόρων στο Δήμους στη βάση πραγματικών αναγκών/αριθμού δικαιούχων
4. Κλιμακούμενο ποσοστό συμμετοχής (από 0% έως 30%) του δικαιούχου φροντίδας ή/και των συγγενών του Α' βαθμού στις δαπάνες λήψης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στη βάση των ετήσιων εισοδημάτων του
5. Ενιαίο ετήσιο Δημοτικό τέλος υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας

6. Θέσπιση διαφανούς θεσμικού πλαισίου χρηματοδότησης και χρεώσεων των ωφελούμενων από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, ιδίως των μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων

Αξονας Πολιτικής IV:

Θέσπιση κινήτρων για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας, την ανάπτυξη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ιδιωτικού τομέα και την καταπολέμηση της αδήλωτης εργασίας

1. Υπερεκπτώσεις φορολογίας (130% έως 200%) ασφαλιστικών εταιριών για δαπάνες σχετιζόμενες με ασφαλιστικά προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας
2. Αφαίρεση από το φορολογητέο εισόδημα ασφαλισμένου του ασφαλίστρου ασφαλιστικών προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας
3. Έκπτωση φόρου ατόμων άνω των 65 ετών για δαπάνες παροχής κατ'οίκον υπηρεσιών μακροχρόνιας βοήθειας/φροντίδας υπό την προϋπόθεση ηλεκτρονικής πληρωμής και καταβολής εργοσήμου
4. Παροχή επιδοτούμενων vouchers (κουπονιών) για αγορά υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ηλικιωμένους
5. Δημιουργία συνεργασιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας με τη συμμετοχή και της τεχνολογίας (απλής ή/και εξελιγμένης) όπως το κουμπί βοήθειας, το βραχιόλι, η αυτόματη ειδοποίηση ή/και (σε μεταγενέστερο στάδιο) πιο εξελιγμένης όπως τα κοινωνικά ρομπότς και τα «έξυπνα» σπίτια.

Αξονας Πολιτικής V:

Στήριξη άτυπων φροντιστών/οικογένειας

1. Ενημέρωση και επικαιροποίηση μητρώου άτυπων φροντιστών
2. Θέσπιση προγραμμάτων εκπαίδευσης άτυπων φροντιστών και βοήθεια από επαγγελματία φροντιστή
3. Προγράμματα ψυχολογικής στήριξης άτυπων φροντιστών
4. Προγράμματα κοινωνικής δικτύωσης μεταξύ άτυπων φροντιστών
5. Επέκταση επιχορηγούμενων αδειών από την εργασία τους εργαζόμενων άτυπων φροντιστών
6. Θέσπιση ετήσιου αριθμού ημερών «απαλλαγής» άτυπου φροντιστή από την παροχή υπηρεσιών στο ηλικιωμένο μέλος της οικογένειάς του και αντικατάστασή του από επαγγελματία φροντιστή

Αναμενόμενα Οφέλη – Βήματα Υλοποίησης

Τα αναμενόμενα οφέλη από την υιοθέτηση μια συστηματοποιημένης προσέγγισης στη βάση των ανωτέρω πέντε αξόνων συνοψίζονται ως εξής:

- Καλύτερη στόχευση δικαιούχων μακροχρόνιας φροντίδας

- Βελτίωση ποιότητας και εξατομίκευση παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους
- Ανάπτυξη του κλάδου της μακροχρόνιας φροντίδας
- Κίνητρα μείωσης αδήλωτης εργασίας και αύξηση εσόδων από εισφορές
- Αύξηση διαφάνειας στις χρεώσεις υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
- Βελτίωση επιπέδου διαβίωσης άτυπων φροντιστών

Για την υλοποίηση ενός τέτοιου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας σε πανελλαδική κλίμακα, απαιτείται πρώτα μια πιλοτική εφαρμογή σε τοπικό επίπεδο. Τα βήματα της υλοποίησης θα μπορούσαν να συνοψιστούν ενδεικτικά τα εξής:

- Επιλογή δημοτικής/ών ενότητας/ενοτήτων πιλοτικής εφαρμογής
- Διασφάλιση συνεργειών μεταξύ ενδεχόμενων φορέων εντός της δημοτικής ενότητας (Πρόγραμμα *Βοήθεια στο Σπίτι*, ΚΗΦΗ, ΚΑΠΗ, ιδιωτών φροντιστών, κ.α.)
- Δημιουργία μητρώου ηλικιωμένων σε ανάγκη φροντίδας ανά βαθμό ανάγκης φροντίδας
- Καθορισμός δικαιούχων παροχής δημόσιας μακροχρόνιας φροντίδας στη βάση κριτηρίων σύνθεσης νοικοκυριού, εισοδήματος, κ.α.
- Δημιουργία μητρώου άτυπων φροντιστών
- Δημιουργία μητρώου επαγγελματιών φροντιστών
- Έκδοση κουπονιών vouchers συγκεκριμένης αξίας παρεχόμενων υπηρεσιών και δημιουργία συστήματος εξαργύρωσης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης άτυπων ή/και νέων επαγγελματιών φροντιστών
- Αυστηρή μέτρηση οικονομικού αποτυπώματος του πιλοτικού προγράμματος
- Εκπόνηση οικονομικής μελέτης δημοσιονομικής επίπτωσης από υιοθέτηση μέτρων φοροαπαλλαγής για λήψη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας με ίδιους πόρους
- Εκπόνηση οικονομικής μελέτης αύξησης εσόδων από φόρους και εισφορές με την ενσωμάτωση φροντιστών μακροχρόνιας φροντίδας στην επίσημη αγορά εργασίας

Σε κάθε περίπτωση, η υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα και η υλοποίησή του είναι προτιμότερο να γίνει σταδιακά με συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων μερών προκειμένου να διασφαλιστεί η επιτυχία του.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albertini, M., & Pavolini, E. (2017). Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older Europeans. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(3), 510-521
- Ahrenfeldt, L., Lindahl-Jacobsen, R., Rizzi, S., Thinggaard, M., Christensen, K. & Vaupel, J. (2018). Comparison of Cognitive and Physical Functioning of Europeans in 2004-05 and 2013. *International Journal of Epidemiology*. DOI: 10.1093/ije/dyy094
- Bakx, P., Meijer, C., Schut, F., & Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health economics*, 24(6), 631-643
- Barr N. (2010). Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.359–374
- Berger, N., Van Oyen, H., Cambois, E., Fouweather, T., Jagger, C., Nusselder, W. & Robine, J.M. (2015). Assessing the validity of the Global Activity Limitations Indicator in fourteen European countries. *BMC Medical Research Methodology* 2015, 15:1
- Bettio, F. & Veraschagina, A. (2010). *Long-Term Care for the elders. Provisions and providers in 33 European countries*. European Network of Experts on Employment and Gender Equality issues. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Bocquaire E. (2016), "Long-term care coverage in Europe", Society of Actuaries (www.soa.org/ltc) Article from Long Term Care News, May 2016, Issue 41
- Bogaert, P., Van Oyen, H., Beluche, I., Cambois, E., & Robine, J.-M. (2018). The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission. *Archives of Public Health*, 76(1). doi:10.1186/s13690-018-0279-z
- Bolin, K., B. Lindgren and P. Lundborg. (2007). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics* 17(3): 393-409.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?. *Journal of Health Economics* 28: 143-154. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.09.002.
- Börsch-Supan, A., Brandt M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology*, 42(4), 992-1001
- Brandt, M. (2013). Intergenerational help and public support in Europe. A case of specialization?. *European Societies* 15(1): 26-56. DOI: 10.1080/14616696.2012.726733
- Bravell, M. E., Zarit, S. H., & Johansson, B. (2011). Self-reported activities of daily living and performance-based functional ability: a study of congruence among the oldest old. *European Journal of Ageing*, 8(3), 199–209. doi:10.1007/s10433-011-0192-6
- Brugiavini, A., Carrino, L., Orno, C., & Pasini, G. (2017). *Vulnerability and Long Term Care in Europe: An Economic Perspective*. Springer International Publishing AG
- Calvo-Perxas, L.; Vilalta-Franch, J.; Litwin, H.; Turro-Garriga, O.; Mira, P.; Garre-Olmo, J. (2018). What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A

-
- cross-sectional study in 12 European countries. *PLoS ONE*, 13, e0194232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194232>
- Cambois, E., Grobon, S., Van Oyen, H. & Robine, J.M. (2016). Impact of question wording on the measurement of activity limitation: Evidence from a randomized test in France. *Journal of Aging and Health*, 28(7): 1315-1338
- Carrino, L., & Orso, C.E. (2015). Eligibility regulations and formal home-care utilisation among the vulnerable older people in SHARE Wave 5. In: Börsch-Supan, A. and T. Kneip et al. *Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society*, 343-352. Berlin: De Gruyter
- Cavendish, C. (2019). *Extra Time: 10 Lessons for an Ageing World*; HarperCollins: London, UK
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>)
- Comas-Herrera A., Pickard L., Wittenberg R., Malley J., King D. (2010), "The long-term care system for the elderly in England", ENERPI Research Report No.74 June 2010 (<http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>)
- Comas-Herrera, A. et al. (2012). Barriers and opportunities for private long-term care insurance in England: What can we learn from other countries? In A. McGuire and J. Costa-Font (eds), *The LSE Companion to Health Policy*. Cheltenham: Edward Elgar
- Copeland, P. 2012, 'Conclusion: The Lisbon Strategy Evaluating Success, understanding failure' in P. Copeland and D. Papadimitriou (eds), *op. cit*, pp 208-228.
- Costa-Font, J., M. Karlsson and H. Øien. (2016). Careful in the crisis? Determinants of older people's informal care receipt in crisis-struck European countries. *Health Economics* 25(Suppl. 2): 25-42 DOI: 10.1002/hec.3385.
- Costa-Font J., Zigante V. (2014), "Long Term Care Coverage in Europe: A Case for Implicit Insurance Partnerships", LSE Health, The London School of Economics and Political Science
- Eaton R. et al. (2016), "Long Term Care Insurance: The SOA Pricing Project", Society of Actuaries (www.soa.org/ltc)
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*; Princeton University Press: Princeton, NJ, USA.
- EUR-Lex (*accessed 2022*). Social Policy. Available online: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/social-policy.html> (accessed on 28 February 2022)
- Eurofound (*accessed 2022*). Available online: <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/open-method-of-coordination> (accessed on 28 February 2022)
-

-
- European Commission; Directorate-General for Employment; Social Affairs and Inclusion and Social Protection Committee (2021). *2021 Long-Term Care Report: Trend, Challenges and Opportunities in an Ageing Society (Volume I)*; Publications Office of the European Union: Luxembourg
- European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2009; 2012; 2015; 2018; 2021). *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- European Commission (accessed Jan. 2022). Available online: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019–2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en (accessed on 25 January 2022)
- European Commission (accessed Feb. 2022). Available online: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=en> (accessed on 28 February 2022)
- European Union Statistics on Income and living conditions (2020, Jan. 16). *Questionnaires*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/quality/questionnaires>, accessed Sep. 19, 2021
- Fernandez J., Forder J., Trukeschitz B., Rokosva M., McDaid D. (2009), "How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?", WHO Regional Office for Europe
- Fukushima N., Adami J., Palme M. (2010), "The long-term care system for the elderly in Sweden", ENERPI Research Report No.89 June 2010
- Geerts, J. and K. van den Bosch. (2011). Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: The impact of national contexts. *European Journal of Ageing* 9(1): 27-37. DOI: 10.1007/s10433-011-0199-z.
- Glinskaya, E.; Feng, Z. (2018). *Options for Aged Care in China: Building an Efficient and Sustainable Aged Care System*; World Bank Group: Washington, DC, USA, 2018; <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1075-6>
- Glendinning C. (2017), "Long-term care and austerity in the UK: a growing crisis", in the book "Long-term care for the elderly in Europe-Developments and Prospects" edited by Bent Greve, published by 'Routledge 2 Park Square, Million Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN' and by 'Routledge, 711 Third Avenue, New York, NY 10017', ISBN 978-1-472-48392-8
- Greve B, (ed. 2017). *Long Term Care for the Elderly in Europe; Development and Prospects*. New York: Routledge
- Greve B. (2017), "Long-term care in Denmark, with an eye to the other Nordic welfare states", in the book "Long-term care for the elderly in Europe-Developments and Prospects" edited by Bent Greve, published by 'Routledge 2 Park Square, Million Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN' and by 'Routledge, 711 Third Avenue, New York, NY 10017', ISBN 978-1-472-48392-8

-
- Gratton, L. and Scott, A (2016). *The 100-Year Life: Living and Working in an Age of Longevity*. Bloomsbury Publishing Plc.
- Gutierrez L., Jimenez-Martin S., Sanchez R., Vilaplana C. (2010). "The long-term care system for the elderly in Spain", ENERPI Research Report No.88 June 2010 (<http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>)
- Hanck, C., Arnold, M., Gerber, A. and Schmelzer, M. (2021). *Introduction to Econometrics with R*. Department of Business Administration and Economics, University of Duisburg-Essen, Germany. <https://www.econometrics-with-r.org/11-2-palr.html>
- Health and Retirement Study (2020, May 6). *Questionnaires*. <https://hrs.isr.umich.edu>. <https://hrs.isr.umich.edu/sites/default/files/meta/2020/core/qnaire/online/07hr20G.pdf>, accessed Sep. 19, 2021
- Hlebec, V., Srakar, A. and Majcen B. (2019). Long-Term Care Determinants of Care Arrangements for Older People in Europe: Evidence from SHARE. *Revija za socijalnu politiku* 26 (2): 135-152 DOI: 10.3935/rsp.v26i2.1604
- Jekel et al. (2015). *Alzheimer's Research & Therapy*, 7:17. DOI 10.1186/s13195-015-0099-0
- Joel, M., Dufour-Kippelen, S., Duchene, C. & Marmier, M. (2010). *The long-term care system for the elders in France*. ENERPI Research Report No.77 June 2010
- Joel M., Dufour-Kippelen S., Samitca S. (2010), "The long-term care system for the elderly in Portugal", ENERPI Research Report No.84 June 2010
- Kaschowitz, J. & Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 173(2017), 72-80
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness and the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919
- Kennedy, P. (2003). *A Guide to Econometrics*. Blackwell Publishing, 5th Edition, pp. 259-261).
- LaFerrère, A. & van den Bosch, K. (2015). Unmet need for long-term care and social exclusion. In: Börsch-Supan, A. and T. Kneip et al. *Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society*, 331-341. Berlin: De Gruyter
- Law 3106/2003, FEK A 30/10-02-2003, "Reorganization of National System of Social Care", Article 13
- Law 4483/2017, FEK A 107/31.07.2017
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lee, J., Phillips, D., Wilkens, J., Chien, S., Crimmins, E.M., Lin, Y.-C. & Angrisani, M. (2017). Cross-Country Comparisons of Disability and Morbidity: Evidence from the Gateway to Global Aging Data. *The Journals of Gerontology: Series A* glx224. DOI: 10.1093/gerona/glx224
-

-
- Lindholm Eriksen, M., Vestergaard, S. & Andersen-Ranberg, K. (2013). Health among Europeans -a cross-sectional comparison of 16 SHARE countries. In: A. Börsch-Supan et al. *Active ageing and solidarity between generations in Europe*. Berlin: de Gruyter
- Lopes A. (2017), "Long-term care in Portugal: quasi-privatization of a dual system of care", in the book "Long-term care for the elderly in Europe-Developments and Prospects" edited by Bent Greve, published by 'Routledge 2 Park Square, Million Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN' and by 'Routledge, 711 Third Avenue, New York, NY 10017', ISBN 978-1-472-48392-8
- Lyberaki, A. (2009). Is there a care gap? Who takes care of whom and how? In: A. Lyberaki, P. Tinios and A. Philalithis (Eds.) *Life 50+: Health, ageing and pensions in Greece and in Europe*, Athens: Kritiki (in Greek), pp. 371-394.
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2009). Poverty and Social Exclusion. In: A. Lyberaki, P. Tinios and A. Philalithis (Eds.) *Life 50+: Health, ageing and pensions in Greece and in Europe*, Athens: Kritiki (in Greek), pp. 275-304.
- Malter, F. & A. Börsch-Supan (Eds.) (2017). SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA).
- Matzke, M. & Tobias, W. (2017). Paradoxical decisions in German long-term care. In B. Greve (Ed.) *Long-term Care for the Elderly in Europe; Development and Prospects* (p.p. 126-143). New York: Routledge
- Merlis M. (2003), "Private Long Term Care Insurance: Who should buy it and what should they buy?", The Kaiser Family Foundation, March 2003
- Merlis M. (2004), "Long Term Care Financing: Models and Issues", Paper prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-Term Care
- Minister Decision, FEK B 917/17-10-1997
- Minister Decision, FEK B 1397/22-10-2001
- Minister Decision, FEK B 1136/6-7-2007
- Minister Decision, FEK B 1240/11-04-2012
- Ministry of Labor and Social Affairs. *Collection of Administrative data* (2018).
- Mot E., Aouragh A., De Groot M. & Mannaerts H. (2010). *The long-term care system for the elderly in the Netherlands*. ENERPI Research Report No.90, June 2010
- Mot, E. and A. Bíró (2012). *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*. ENEPRI Policy Briefs. Brief No. 13, December 2012; CEPS: Brussels, Belgium
- Muir, T. (2017). *Measuring social protection for long-term care*. OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
- Myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=abk6308.
Accessed July, 2022
-

-
- Nyberg, A. (2010) Elderly care in Sweden. Provisions and providers. External report commissioned by and presented to the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G1 'Equality between women and men'
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*; OECD Publishing: Paris, France, 2021; <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD (2020). *Spending on Long-Term Care*; OECD: Paris, France. Available online: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf> (accessed 28 February 2022)
- OECD/European Commission (2013), "A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013
- O'Neill, D.; Briggs, R.; Holmerová, I.; Samuelsson, O.; Gordon, A.L.; Martin, F.C. (2020). COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. *Eur. Geriatr. Med.*, 11, 645–650. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00347-6>.
- Pasini, G., Orso, C.E. and Carrino, L. (2018). Demand of Long-Term Care and Benefit Eligibility across European Countries. *Health Economics* DOI: 10.1002/hec.3665
- Pavolini E., Ranci C., Lamura G. (2017), "Long-term care in Italy", in the book "Long-term care for the elderly in Europe-Developments and Prospects" edited by Bent Greve, published by 'Routledge 2 Park Square, Million Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN' and by 'Routledge, 711 Third Avenue, New York, NY 10017', ISBN 978-1-472-48392-8
- Pantenga, J. & Remery, Ch. (2010). *Elders care in The Netherlands; Provisions and providers*. External report commissioned by and presented to the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G1 'Equality between women and men'
- Prpic, M. (2014). *At a Glance. The Open Method of Coordination*; European Parliamentary Research Service: Brussels, Belgium; Available online: <https://www.europarl.europa.eu/EPRS/EPRS-AaG-542142-Open-Method-of-Coordination-FINAL.pdf> (accessed on 28 February 2022)
- Rechel B, Jagger C, McKee M, authors; Cylus J, Normand C, Figueras J, et al., editors. Living longer, but in better or worse health? [Internet] Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. Key concepts. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559813/>
- Riedel, M. & Kraus, M. (2011). *Informal care provision in Europe: regulation and profile of providers*. ENEPRI Research Report (96). Brussels
- Riffe, T.; Acosta, E.; Aburto, J.M.; Alburez-Gutierrez, D.; Altová, A.; Basellini, U.; Bignami, S.; Breton, D.; Choi, E.; Cimentada, J.; et al. (2020). COVerAGE-DB: A database of age-structured COVID-19 cases and deaths. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.09.18.20197228>.
-

-
- Rodrigues R. (2014), "Peer review in Social Protection and Social Inclusion: Long-term care - The problem of sustainable financing, Synthesis Report", European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion
- Rothgang, H. (2010). Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. *Social Policy & Administration*, 44(4), pp.436–460
- Roy, A. (ed. 2022). *Demographics unravelled: how demographics affect and influence every aspect of economics, finance and policy*. United Kingdom: John Wiley & Sons
- Roy, J.; Jain, R.; Golamari, R.; Vunnam, R.; Sahu, N (2020). COVID-19 in the geriatric population. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 35, 1437–1441. <https://doi.org/10.1002/gps.5389>
- Schulz E. (2010), "The long-term care system for the elderly in Denmark", ENERPI Research Report No.73 June 2010 (<http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>)
- Schulz E. (2010). *The long-term care system for the elders in Germany*. ENERPI Research Report No.78 June 2010 (<http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>)
- SCOR Global Life (2012), "Long Term Care Insurance", SCOR Global Life SE, www.scor.com
- Sjorup, K. (2010). *Elders care in Denmark; Provisions and providers*. External report commissioned by and presented to the European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Unit G1 'Equality between women and men'
- Spasova, S.; Baeten, R.; Coster, S.; Ghailani, D.; Peña-Casas, R.; Vanhercke, B. (2018). *Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study of National Policies*; European Social Policy Network (ESPN): Brussels, Belgium
- Slakar, A., Filipovič Hrast, M., Hlebec, V. & Majcen, B. (2015). Social exclusion, welfare regime and unmet long-term care need
: evidence from SHARE. In: Börsch-Supan, A. and T. Kneip et al. *Ageing in Europe - supporting policies for an inclusive society*, 189-198. Berlin: De Gruyter
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, <http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires.html>
- Tediosi F. and Gabriele S. (2010), "The long-term care system for the elderly in Italy", ENERPI Research Report No.80 June 2010
- Tinios, P., 2012, Pensions and the Lisbon Strategy, in P.Copeland and D.Papadimitriou (eds), *op. cit*, pp 111-129.
- Tinios, P., 2017, Greece: Forced transformation in a deep crisis, in B.Greve (ed) *Long-term care – challenges and perspective*, Routledge, Abingdon pp 93-106.
- Tinios, P. (2020). Pensions in the Greek Political Economy, Chapter 31 in K.Featherstone and D.Sotiropoulos (eds). *The Oxford HandBook of Greek Politics*, OUP, Oxford, pp 489-504.
-

-
- Tinios, P. & Valvis, Z. (2022). Defining Long-Term-Care Need Levels for Older Adults: towards a Standardized European Classification. *Journal of Aging and Social Policy*. DOI: 10.1080/08959420.2022.2110810.
- Tinios P., Valvis Z. & Georgiadis T. (2022). Heterogeneity in Long-Term Care for Older Adults in Europe: Between Individual and Systemic Effects. *Journal of Ageing and Longevity*. 2022; 2(2):153-177. <https://doi.org/10.3390/jal2020014>
- Titmuss, R.M. (1970). *The Gift Relationship*, Penguin, London
- Wanless, D.; Forder, J.; Fernandez, J.; Poole, T.; Beeslay, L.; Henwood, M.; Moscone, F. (2006). *Securing Good Care for Older People. Taking a Long-Term View*; Publisher: King's Fund: London, UK; pp. 137–152.
- Wooldridge, J.M., 2002, *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, MIT Press, Cambridge, Mass.
- Zeitlin, J (2011). Is the Open Method of Coordination an Alternative to the Community Method? In *The Community Method: Obstinate or Obsolete?*; Palgrave Macmillan: London, UK; https://doi.org/10.1057/9780230305670_8
- Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin-Ivanoff, S., & Gustafsson, S. (2019). Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for community-dwelling older people. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-019-00505-1
- Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. *Συλλογή διοικητικών στοιχείων (2018)*.
- Δαφέρμος, Β. (2005). Κοινωνική στατιστική με το SPSS. Εκδόσεις Ζήτη.
- Χουζούρης, Μ. (2022). *Συμπεριφορικά οικονομικά και συνταξιοδοτικά συστήματα: Εμπειρική διερεύνηση σε γηράσκουσες κοινωνίες*. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
