

ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΝΕΑ ΕΝΟΤΗΤΑ 6

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. Μακροχρόνια Φροντίδα (ΜΦ) – Γενικά θέματα	1
B. Ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα;.....	4
Γ. Ποικιλομορφία της Μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη και στον κόσμο.....	6
Μορφές παροχής	6
Ενεργοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης	8
Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης	8
Δ. Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ευρώπη από το SHARE	10

A. Μακροχρόνια Φροντίδα (ΜΦ) – Γενικά θέματα

Τι είναι μακροχρόνια φροντίδα;

Η Μακροχρόνια φροντίδα δεν είναι το ίδιο με την περίθαλψη – αν και συχνά συγχέεται.

Ως μακροχρόνια φροντίδα ορίζεται ένα σύνολο υπηρεσιών που χρειάζεται να λάβει κάποιος για μεγάλο χρονικό διάστημα ως αποτέλεσμα περιορισμένης δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης σε Βασικές ή Λειτουργικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής, ανεξαρτήτως της αιτίας που τις προκαλούν και *ασχέτως της ύπαρξης ή μη κάποιας ασθένειας*.

Έχει δηλαδή να κάνει με θέματα **Ανεξαρτησίας** και εξασφάλισης επιλογών του ατόμου. Αν λαμβάνει κάποιος την βοήθεια που χρειάζεται για να κάνει για τον εαυτό του πράγματα που άλλοι θεωρούν ως αυτονόητα. Είναι απαραίτητο συστατικό της **ποιότητας ζωής**. Αυτό αναφέρεται τόσο σε όσους *δέχονται* την φροντίδα, αλλά και σε αυτούς που την παρέχουν (φροντιστές κυρίως μέσα από την οικογένεια).

Ως τέτοιο σχετίζεται με την έννοια της **αναπηρίας**, ερωτώντας τι απαιτείται για να παρακαμφθούν οι επιπτώσεις της αναπηρίας και να μπορεί κάποιος να ζει.

Κρίσιμος διαφοροποιητικός παράγοντας είναι ότι, σε αντίθεση με την υγεία δεν εστιάζει στις *αιτίες* καταστάσεων, αλλά στο *αποτέλεσμα*, αν δηλαδή καταλήγει κάποιος να χρειάζεται βοήθεια για να αυτοεξυπηρετηθεί. Δηλαδή η ίδια υγειονομική διάγνωση μπορεί να οδηγεί σε διαφορετικές ανάγκες φροντίδας, η οποία συνεπώς δεν μπορεί να οριστεί εκ των προτέρων με ‘αντικειμενικά’ κριτήρια.

Με τον ίδιο τρόπο μόνο μειοψηφία των ηλικιωμένων θα απαιτήσουν φροντίδα. Παρά ταύτα υπάρχει αλματώδης αύξηση της ανάγκης φροντίδας σε ηλικίες μετά τα 80. Με βάση στατιστικά στοιχεία η ΜΦ αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ζωής των 80+.

Ο λόγος που εστιάζει το ενδιαφέρον στην ΜΦ είναι ότι η ομάδα του πληθυσμού 80+ είναι εκείνη που αυξάνεται ταχύτερα (τριπλασιασμός ως το 2050). Μεγάλη αύξηση της ανάγκης θα υπάρχει μετά το 2030 όταν η πλειοψηφία της γενιάς της έκρηξης των γεννήσεων θα φτάσουν στην ‘επίμαχη’ ηλικία.

Δραστηριότητες που απαιτούν συμπλήρωση με φροντίδα:

- Οι **Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής** (ADL; Activities of Daily Living) για τις οποίες μετράται η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης ενός ατόμου είναι οι εξής: i) Να φάει, ii) Να κάνει μπάνιο, iii) Να ντυθεί, iv) Να σηκωθεί και να ξαπλώσει στο κρεβάτι, v) Να χρησιμοποιήσει τη τουαλέτα, vi) Να περπατήσει. Η παραπάνω κλίμακα ADL εισήχθη από τους Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe το 1963 στις Η.Π.Α.
- Ως **Λειτουργικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής** (IADL; Instrumental Activities of Daily Living) για τις οποίες μετράται η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης ενός ατόμου ορίζονται δραστηριότητες όπως: ψώνια, ετοιμασία φαγητού, χρήση τηλεφώνου, βασικές δουλειές σπιτιού, λήψη φαρμάκων, πλύσιμο ρούχων, δυνατότητα να χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς, διαχείριση χρημάτων, χρήση χάρτη για προσανατολισμό. Λειτουργικά προβλήματα συχνά δημιουργούνται από την ύπαρξη γνωσιακών και διανοητικών θεμάτων (πχ άνοια).

Παρά ταύτα, είναι δύσκολο να βρεθεί ομοφωνία σε συγκεκριμένο ορισμό που να την διακρίνει απόλυτα (α) από την υγειονομική (επείγουσα) περίθαλψη αλλά και (β) την ‘κανονική διαβίωση’ σε μεγάλες ηλικίες. Μερικές υπηρεσίες είναι ιατρικής φύσεως (π.χ. αποκατάσταση, μέριμνα για τακτική λήψη φαρμάκων). Άλλες είναι βοήθεια σε προσωπική εξυπηρέτηση (ντύσιμο, μπάνιο, τροφή), ή με δουλειές (ψώνια, γραφειοκρατικές υποχρεώσεις). Τα περισσότερα είδη φροντίδας είναι έντασης εργασίας (υπηρεσίες) αλλά μπορούν να επεκτείνονται και σε εργαλεία (π.χ. καροτσάκια, προσθετικά) ή μετατροπές στο σπίτι.

Διαφορά με περίθαλψη: Κύρια χαρακτηριστικό της φροντίδας είναι ο **μακροχρόνιος (μη επείγων) χαρακτήρας**, πράγμα που την διακρίνει από τις (ιατρικές) υπηρεσίες περίθαλψης. Ο επείγων χαρακτήρας της ιατρικής σημαίνει ότι ιατρικές (ή ιατροκεντρικές υπηρεσίες) είναι έτσι δομημένες ώστε να διευκολύνουν την *παροχή* υπηρεσιών (δηλαδή την πλευρά της προσφοράς). Αντίθετα στην μακροχρόνια φροντίδα κυρίαρχο ρόλο *θα έπρεπε* να παίζουν οι προτιμήσεις αυτού που δέχεται τη φροντίδα – δηλαδή η ποιότητα ζωής του (άρα η *πλευρά της ζήτησης*).

Η θεμελιώδης διάκριση αυτή αποτελεί συχνά απλώς ευχή: η ιατροκεντρική προσέγγιση σημαίνει συχνά χειρότερη ποιότητα ζωής (και υψηλότερο κόστος). Πολύ συχνά οι ελλείψεις υποδομών σημαίνουν ότι θέσεις σε νοσοκομεία και άλλες μονάδες επείγουσας φροντίδας καταλαμβάνονται από άτομα που απλώς χρειάζονται φροντίδα (αλλά π.χ. δεν έχουν ποιον να τους φροντίσει).

Ποιος την λαμβάνει σε κρατικά συστήματα; Συστήματα κρατικής επιδότησης ή παροχή πρέπει να αποφασίσουν ποιος δικαιούται τέτοιες υπηρεσίες. Όμως, δεν υπάρχει συμφωνία για το **ποιος** πρέπει να κάνει χρήση τέτοιων υπηρεσιών. Μπορεί να ορίζεται με βάση συγκεκριμένες ιατρικές καταστάσεις (π.χ. Alzheimer, άνοια, ορθοπεδικά αίτια, καρδιο-πνευμονικές καταστάσεις) ή ως σωρευτικό αποτέλεσμα της γήρανσης χωρίς να ανάγεται σε συγκεκριμένη αιτία (πχ θέτοντας κατώτατο όριο ηλικίας). Συχνά δημόσια συστήματα χορηγούν φροντίδα με έλεγχο πόρων – δηλαδή περιορίζουν την παροχή σε άτομα που έχουν εισόδημα ή περιουσία κάτω από ένα σημείο.

Παράδειγμα η Βρετανία όπου η υγεία είναι δωρεάν σε όλους αλλά η φροντίδα υπόκειται σε έλεγχο πόρων. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο πληρώνει πολύ λιγότερο φτάνει να ‘κατηγοροποιηθεί’ ένα άτομο ως έχον πρόβλημα υγείας και όχι φροντίδας.

Πού παρέχεται; Με αυτά δεδομένα, δεν είναι περίεργο ότι δεν υπάρχει συμφωνία για το πού και πώς πρέπει να παρέχεται. Μπορεί να γίνει σε εξειδικευμένα ιδρύματα φροντίδας (γηροκομεία), σε μονάδες υποβοηθούμενης διαβίωσης, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, σε ΚΑΠΗ, στο σπίτι με εξειδικευμένη επαγγελματική φροντίδα (‘Βοήθεια στο Σπίτι’) ή υπηρεσίες (όπως τα γεύματα στο σπίτι – “Meals on Wheels”), άτυπα από συγγενείς, φίλους ή γείτονες. Συχνά αυτές οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας (ή τους Δήμους) και κατατάσσονται ως ‘Κοινωνικές Υπηρεσίες’ και δεν καταγράφονται επαρκώς ως μακροχρόνια φροντίδα. Στην πράξη σε όλα τα συστήματα (ακόμη και σε συστήματα με αναπτυγμένο κρατικό τομέα) υπάρχει μεγάλη ανάμειξη της οικογένειας.

Υπάρχουν διάφορες **νέες μορφές παροχής ΜΦ**. Η **υποβοηθούμενη διαβίωση** (Assisted living) διατηρεί τους ενδιαφερόμενους σε δικό τους χώρο και τους προσφέρει ποικιλία υπηρεσιών (μαγείρεμα, καθάρισμα κλπ). Αντίθετα οι **Κοινότητες Συνεχιζόμενης Φροντίδας Ηλικιωμένων** (Continuing Care Retirement Communities CCRCs) αναπτύσσονται τελευταία προσφέροντας ένα φάσμα διαβίωσης αρχίζοντας από τελείως ανεξάρτητα διαμερίσματα και εξελισσόμενο προς πλήρη και συνεχή εξυπηρέτηση για αυτούς που δεν μπορούν. Η ιδέα είναι ότι η προσφορά προσαρμόζεται στις δυνατότητες μεγιστοποιώντας την περίοδο και δυνατότητες αυτονομίας. Υπηρεσίες ΜΦ μπορεί να παρέχονται και στα σπίτια από επαγγελματίες (επίσημα δηλωμένους ή άτυπους) ή από μέλη της οικογένειας (με ή χωρίς στήριξη και βοήθεια από το κράτος).

Ποιος την παρέχει; Η παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών μπορεί να γίνεται (α) επίσημα από το Κράτος ή την τοπική αυτοδιοίκηση (β) από οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών ή εθελοντές (γ) από την αγορά επίσημα με οργανωμένες επιχειρήσεις (δ) την αγορά ανεπίσημα μέσω ιδιωτικών επαφών και (ε) από την οικογένεια. Καλύπτει δηλαδή όλο το φάσμα των ειδών παροχής. Το Κράτος μπορεί να παρέχει το ίδιο υπηρεσίες ή να πιστοποιεί δημοτικές ή ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε κρατικούς φορείς ή επιχειρήσεις μπορούν να παρέχουν επαγγελματίες φροντιστές (εκπαιδευμένοι ή μη). Στην πράξη εργαζόμενοι σε μακροχρόνια φροντίδα ακόμη και σε κρατικά συστήματα είναι μετανάστριες.

Κρίσιμο σημείο είναι η **άτυπη φροντίδα** που προσφέρεται από συγγενείς, φίλους κλπ. Αν και οι ιατρικές υπηρεσίες απαιτούν εξειδικευμένου προσωπικού, οι πιο κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας είναι προτιμότερο να γίνονται από μέλη της οικογένειας ακόμη και χωρίς εξειδίκευση. Πολλά συστήματα (π.χ. στην Σκανδιναβία) προσπαθούν να συνδυάσουν τα δύο υποβοηθώντας την οικογένεια στην αποστολή της. Η άτυπη φροντίδα δεν είναι, όμως, χωρίς κόστος για αυτόν που τον προσφέρει. Συχνά γυναίκες αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την απασχόλησή τους για να φροντίσουν κάποιο ηλικιωμένο συγγενή.

Η συνύπαρξη κρατικού τομέα και άτυπης φροντίδας από συγγενείς συνεπάγεται μέριμνα για την ευημερία όχι μόνο των ίδιων που χρειάζονται φροντίδα αλλά και όσων τους φροντίζουν. Για παράδειγμα μια πολιτική που μεταφέρει την ευθύνη από το Κράτος στην οικογένεια μπορεί να, ελαφρύνει δημοσιονομικά, αλλά να δημιουργεί μεγαλύτερα συνολικά προβλήματα στην οικογένεια.

Πώς χρηματοδοτείται;

Η μακροχρόνια φροντίδα (σε αντίθεση με την ‘ανατομοφυσιολογική αναπηρία’) δεν καλύπτεται επαρκώς από την ασφάλιση (ιδιωτική και κοινωνική). Η Στην οργάνωση της αγοράς προκύπτουν μια σειρά προβλημάτων πληροφόρησης που δυσχεραίνουν την ανάπτυξη ιδιωτικής ασφάλισης, πράγμα που συνεπάγεται ένα πιθανό ρόλο για την κοινωνική ασφάλιση.

Στην Γερμανία και σε άλλες χώρες υπάρχει από τα μέσα της δεκαετίας του '90 αυτόνομος κλάδος της κοινωνικής ασφάλισης.

B. Ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα;

Ανάγκη ασφαλιστικής κάλυψης

Παραδοσιακά ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούσαν να φροντίζουν τον εαυτό τους έβρισκαν άτυπη βοήθεια από την οικογένειά τους. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια (+το ότι μελλοντικοί ηλικιωμένοι θα έχουν κάνει λιγότερα παιδιά) σημαίνει ότι αναμένονται όλο και περισσότερα κενά φροντίδας. Συχνό αποτέλεσμα να προσφέρονται αναγκαστικά αυτές οι υπηρεσίες από το σύστημα υγείας, δηλαδή από δομές που είναι φτιαγμένες για άλλο σκοπό και με επιβάρυνση της γενικής φορολογίας. Αν και 'καταστροφικές δαπάνες φροντίδας' αφορούν μικρή μειοψηφία, όταν επισυμβούν οικογένειες αναγκάζονται να ρευστοποιήσουν μεγάλα περιουσιακά στοιχεία (όπως το σπίτι) για να πληρωθούν λογαριασμοί φροντίδας.

Γιατί χρειάζεται ασφάλιση – τι κερδίζεις: Δεν είναι όλοι που θα χρειαστούν φροντίδα όταν γεράσουν. Κανείς δεν ξέρει πόση φροντίδα (και αν) θα χρειαστεί, ούτε για πόσο διάστημα. Συνεπώς θα μπορούσε να υπάρχει συγκέντρωση ρίσκων (risk pooling) και κατ'αρχήν να υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη.

Παράδειγμα με προφανή οφέλη: Αν 1 στους 6 θα χρειαστεί φροντίδα και αν χρειαστεί, αυτό θα είναι για 6 χρόνια. Τότε το μέσο (αντιπροσωπευτικό) άτομο θα χρειαστεί φροντίδα για 1 χρόνο και θα μπορούσε να αγοράσει ασφάλιση με ασφάλιστρο το κόστος φροντίδας για 1 χρόνο. Αντίθετα, αν δεν υπήρχε ασφάλιση, για να αυτασφαλιστεί κάποιος θα έπρεπε να αποταμιεύσει αρκετά για να καλύψει όχι την μέση επιβάρυνση, αλλά την μέγιστη (για 6 χρόνια). Αν κάποια θεωρεί ότι θα ζήσει (όπως π.χ. η μαμά της) 100 χρόνια και θα χρειαστεί φροντίδα από τα 80 πρέπει να αποταμιεύσει αρκετά για 20 χρόνια.

Όσο και αν τα οφέλη είναι προφανή, υπάρχουν μεγάλα εμπόδια στην εμφάνιση ασφαλιστικής κάλυψης.

A. Από την πλευρά της ζήτησης: Προβλήματα πληροφόρησης. Η πλευρά της ζήτησης περιπλέκεται από την αναπόφευκτη πολυπλοκότητα των συμβολαίων. Σημειώνεται ότι το συμβόλαιο θα έπρεπε να το υπογράψει κάποιος δεκαετίες ολόκληρες πριν το χρειαστεί.

1. Τι είδους φροντίδα θα καλυφθεί; Μόνο σε ίδρυμα ή και στο σπίτι; Πότε θα δικαιούται κάποιος φροντίδα σε ίδρυμα – σε περίπτωση γενικής αδυναμίας ή βάσει συγκεκριμένων και προκαθορισμένων ιατρικών καταστάσεων; Πώς θα μεταβληθεί το συμβόλαιο από μελλοντικές αλλαγές στην τεχνολογία;
2. Πώς θα εξελιχθεί η οικονομική βάση του συμβολαίου; Μπορούν να αυξάνονται τα ασφάλιστρα αν αυξηθεί το ρίσκο; Θα υπάρχει μέγιστη διάρκεια κάλυψης; Θα υπάρχουν αναπροσαρμογές για τον πληθωρισμό, αλλαγές στο κόστος φροντίδας, στους μισθούς;
3. Με πόση λεπτομέρεια θα προσδιορίζεται το συμβόλαιο; Η διατύπωση θα επιτρέπει την αλλαγή της κάλυψης; Τι θα προβλέπεται για την διευκρίνιση και διαιτησία σε διχογνωμίες για την ερμηνεία του συμβολαίου;
4. Οι κάτοχοι των συμβολαίων δεν θα ξέρουν πόση συνολική κάλυψη έχουν στην πραγματικότητα, αφού υπάρχει συναρμοδιότητα με το κράτος. Αν το κράτος τελικά προσφέρει επιπλέον υπηρεσίες στο μέλλον, τότε κάποιος μπορεί να καταλήξει με

πολύ μεγαλύτερη κάλυψη από αυτή που χρειάζεται. Αντίστροφα, αν περικοπές οδηγήσουν σε περιορισμό της προσφοράς του Δημοσίου, τότε κάποιος μπορεί να καταλήξει με λιγότερη φροντίδα από αυτή που υπολόγιζε.

Β. Από την πλευρά της προσφοράς: Προβλήματα ασφάλισης. Οι ασφαλιστές αντιμετωπίζουν ασύμμετρη πληροφόρησης. Τα προβλήματα αυτά έχουν κοινά με τα προβλήματα της ασφάλισης υγείας.

1. Αβεβαιότητα προκύπτει από δύο πλευρές:

(α) **Αβεβαιότητα** για τις **Πιθανότητες**. οι ασφαλιστές δεν γνωρίζουν επακριβώς τις πιθανότητες. Γνωρίζουν τις πιθανότητες των *σημερινών* ηλικιωμένων, αλλά όχι αυτές μελλοντικών. Αυτές μπορεί να είναι χαμηλότερες (π.χ. ιατρικές πρόοδοι επιμηκύνουν την περίοδο αυτοεξυπηρέτησης) . Από την άλλη πλευρά πρόοδοι της ιατρικής μπορεί με την παράταση της ζωής να *αυξήσουν* την ανάγκη φροντίδας (ο κίνδυνος της αποτυχίας). Δηλαδή, αν και είναι σχεδόν σίγουρο ότι το προσδόκιμο επιβίωσης θα είναι μεγαλύτερο, είναι άγνωστο αν η περίοδος εξάρτησης θα είναι μεγαλύτερη η μικρότερη. Με δεδομένο ότι ο προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα μακρόχρονος, έχει χαρακτηριστικά αβεβαιότητας (με άγνωστες πιθανότητες) και όχι ρίσκου. Αντίστοιχο θέμα είναι το **πότε αρχίζει η ασφάλιση**. Οσο νεότερος είναι κάποιος, τόσο μικρότερο το ασφάλιστρο, αλλά και μεγαλύτερη η αβεβαιότητα. (Αν καθυστερήσει, η αβεβαιότητα είναι μικρότερη, αλλά και τα περιθώριο εξισορρόπησης κινδύνων εξίσου μικρότερα).

(β) **Αβεβαιότητα** για **Κόστη**. Είναι γνωστό ότι το σχετικό κόστος φροντίδας αυξάνεται με τον χρόνο: α) το κόστος εργασίας αυξάνεται ταχύτερα από υλικά και β) υπηρεσίες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό εργασίας.¹ Η αβεβαιότητα αυτή αυξάνεται με τον χρόνο. Η Βασιλική Επιτροπή στην Βρετανία έκανε τεστ ευαισθησίας και κατέληξε ότι εκτιμήσεις του μελλοντικού κόστους διέφεραν κατά 200% το 2030 (και 300% το 2050). Με αβεβαιότητα αυτής της έκτασης η εξασφάλιση ιδιωτικής ασφάλισης είναι προβληματική.

2. Ανεξαρτησία πιθανοτήτων. Κάποια ιατρική πρόοδος που επιμηκύνει την ζωή χωρίς όμως να μειώνει (ή να αυξάνει) την περίοδο φροντίδας θα επηρεάσει την πιθανότητα όλων των ασφαλισμένων, καθιστώντας την ασφάλιση αδύνατη.

3. Αντεπιλογή. Ο ασφαλιζόμενος θα μπορεί να γνωρίζει περισσότερο από τον ασφαλιστή (π.χ. βάσει οικογενειακού ιστορικού, γενετικών τεστ κλπ). Τότε θα προστρέξουν στην ασφάλιση αυτοί με μεγαλύτερη πιθανότητα. Σημειώνεται ότι προβλήματα δημιουργούνται όταν οι ασφαλιστές *νομίζουν* ότι ισχύει η ασύμμετρη πληροφόρηση (ακόμη και αν σφάλουν).

4. Ηθικός κίνδυνος.

Προκύπτει από δύο πλευρές:

(α) Το πρόβλημα της Επιβάρυνσης τρίτου. Αν κάποιος έχει ασφάλιση που καλύπτει πλήρως το κόστος της, θα απαιτήσει περισσότερο από ό,τι πρέπει, αφού το κόστος της (όταν τη χρησιμοποιεί) είναι μηδέν². Αρα απαιτούνται έλεγχοι και περιορισμοί στην χρήση.

(β) Η ασφάλιση αλλάζει το σχετικό κόστος μεταξύ της άτυπης φροντίδας από την οικογένεια και της 'επίσημης' φροντίδας. Αν κάποιος ήθελε να βεβαιωθεί ότι η οικογένειά του δεν θα τον 'πετάξει στο γηροκομείο', τότε θα ήταν λογικό να μην αγοράζε καθόλου ασφάλιση.

¹ Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό στην ιατρική περίθαλψη ως υπερβάλλον ιατρικός πληθωρισμός.

² Π.χ. πόσο τρώει κάποιος σε ένα εστιατόριο που έχει ένα εισιτήριο εισόδου και μετά τρώς όσο θέλεις (all you can eat); Αντίστοιχο πρόβλημα υπάρχει και στην υγεία, όπου αντιμετωπίζεται με διάφορους τρόπους (π.χ. συμμετοχή στο κόστος. ΗΜΟs, κλειστοί προϋπολογισμοί νοσοκομείων κλπ).

Αποτέλεσμα των προβλημάτων πληροφόρησης είναι ότι οι ασφαλιστές προσπαθούν να μειώσουν την έκθεσή τους σε ρίσκο: Είναι υψηλότερα τα ασφάλιστρα, υπάρχει μέγιστο ποσό στην ετήσια αποζημίωση, απαιτούν πλήρη πληροφόρηση για το ιατρικό ιστορικό (π.χ. απόκρυψη μιας ‘σχετικής πληροφορίας’, ακόμη και αν δεν έχει ζητηθεί μπορεί να ακυρώσει την ασφαλιστική κάλυψη). Για να αποτρέψουν τον ηθικό κίνδυνο πολλά συμβόλαια προσπαθούν να ορίσουν την ανάγκη για φροντίδα με βάση ιατρικές καταστάσεις ή ασθένειες και δεν αρκούνται στη διαπίστωση ανάγκης (όπως κάνουν τα κρατικά συστήματα).

Εμπλοκή της κοινωνικής ασφάλισης;

Τα προβλήματα της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης θεμελιώνουν επιχειρήματα για κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας. Η μακροχρόνια φροντίδα έχει χαρακτηριστικά που συνηγορούν στην εκτίμηση ότι η κοινωνική ασφάλιση θα είναι αποτελεσματική ως μέθοδος επίλυσης;

- Με την κοινωνική ασφάλιση το ‘συμβόλαιο’ δεν υπεισέρχεται σε λεπτομέρειες και συνεπώς προσαρμόζεται καλύτερα σε συνθήκες αβεβαιότητας παρά ρίσκου.
- Το κόστος της φροντίδας είναι μικρότερο από συντάξεις - αφού απαιτείται για πολύ μικρότερο διάστημα.
- Τα επιχειρήματα για κεφαλαιοποίηση είναι παρεμφερή με τις συντάξεις (βλ ενότητα 3). Δεν έχει τόσο σημασία το κεφάλαιο που συγκεντρώνεται όσο η παραγωγή.

Αλλά υπάρχουν πρακτικά προβλήματα:

Πρώτον, πώς πιστοποιείται η **ανάγκη φροντίδας** και πώς αξιολογούνται διαφορετικές ανάγκες; Η κοινωνική ασφάλιση, σε αντίθεση με την ιδιωτική έχει την δυνατότητα να θέτει περιορισμούς και κανόνες χρήσης (π.χ. κανόνες πρόσβασης, εισοδηματικά κριτήρια) βασιζόμενη στην πολιτική νομιμοποίηση (και όχι μόνο της αγοράς).

Δεύτερον, πώς αποφασίζεται το **επίπεδο φροντίδας**; Το ποσό προς ασφάλιση πρέπει να είναι το *επιπλέον* κόστος που προκαλείται από μακροχρόνια προβλήματα. Το κρίσιμο σημείο είναι η λέξη ‘επιπλέον’ – η ασφάλιση δεν μπορεί να καλύπτει *κανονικά* έξοδα τα οποία χρηματοδοτούνται από το εισόδημα (ή την σύνταξη). Άρα, θα έπρεπε να καλύπτει δύο κόστη:

- α) Το πλήρες κόστος των κλινικών (ιατρικών) αναγκών, αφού κάποιος που αυτοεξυπηρετείται δεν τις έχει. Θεωρητικά οι ανάγκες αυτές είναι προσδιορίσιμες.
- Β) Το ‘ξενοδοχειακό’ τμήμα. Π.χ. θα έπρεπε να καλύπτει το *επιπλέον* κόστος τροφίμων (π.χ. επειδή κάποιος άλλος θα μαγειρεύει), αλλά όχι το *σύννηθες* κόστος τροφίμων. Είναι λογικό να υπάρχει ένα μέγιστο ποσό (για να αποτρέπεται η πολυτελής διαβίωση). Πέραν αυτού το κόστος πρέπει να βαρύνει τον ίδιο/α.

Γ. Ποικιλομορφία της Μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη και στον κόσμο

Μορφές παροχής

Στις διάφορες χώρες της Ευρώπης αλλά και στις ΗΠΑ υπάρχει πληθώρα μορφών παροχής, χρηματοδότησης και ελέγχου της μακροχρόνιας φροντίδας. Αρχίζει από πλήρως κρατικά συστήματα ως συστήματα που βασίζονται στην οικογένεια η οποία μπορεί να εξασφαλίζει υπηρεσίες είτε από την αγορά από επαγγελματίες είτε άτυπα από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας. Η ποικιλομορφία αυτή αλλά και οι διαφορετικές προσεγγίσεις είναι ένδειξη ότι ολόκληρος ο κόσμος βρίσκεται σε αναζήτηση ενός αποδοτικού μοντέλου συνεργασίας που

να συμβιβάζει απαιτήσεις που διαφέρουν ριζικά μεταξύ τους. Σε γενικές μορφές σε κανένα σύστημα δεν υπάρχει 'καθαρό' σύστημα που να αναθέτει την ευθύνη πλήρως σε κάποιον φορέα αλλά όλα σε κάποιο βαθμό αναζητούν συνεργασίες μεταξύ κράτους αγοράς και οικογένειας. Κεντρική ανησυχία είναι ότι οι μεγάλες προκλήσεις θα έλθουν μετά το 2030, και άρα είναι ακόμη μπροστά ενώ η έκτασή τους αλλά και ο χαρακτήρας τους είναι ακόμη άγνωστες.

Τυπική και άτυπη φροντίδα. Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να είναι 'τυπική' (formal) ή 'άτυπη' (informal). Ως 'τυπική' νοείται εκείνη που παρέχεται από την 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 συμβολικό. Η τυπική φροντίδα μπορεί να υπόκειται σε έλεγχο για την τήρηση κανόνων ή/και πιστοποίηση ή αδειοδότηση. Ως 'άτυπη' νοείται εκείνη που παρέχεται έξω και πέραν κάθε είδους επίσημης συμφωνίας με ιδιωτικούς ή δημόσιους παρόχους, συνήθως από την οικογένεια, συγγενείς, φίλους, γείτονες κλπ. Η άτυπη φροντίδα μπορεί να αναγνωρίζεται από το κράτος μέσω κατάρτισης, πιστοποίησης αλλά και χορήγηση ελαφρύνσεων φορολογικών ή και παροχών όπως 'αδειες ανακούφισης' σε φροντιστές³.

Κατά 'χώρο παροχής'. 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), με φροντίδα εκτός σπιτιού για κάποιες ώρες χωρίς διανυκτέρευση, όπως πχ σε Κέντρα Ημερήσιας φροντίδας. Η 'τυπική' φροντίδα όπως ορίστηκε ανωτέρω παρέχεται και στις τρεις ανωτέρω κατηγορίες 'χώρου παροχής', ενώ η 'άτυπη φροντίδα' παρέχεται μόνο στο σπίτι ('Φροντίδα στο σπίτι').

Μοντέλα 'Φροντίδας στο σπίτι'. Η φροντίδα στο σπίτι θεωρείται προτιμητέα και από την σκοπιά του ωφελούμενου (δεν χρειάζεται να μετακομίσει) αλλά και από την πλευρά του κόστους. Μελέτη του EGGE (2010) διακρίνει 4 οργανωτικά μοντέλα στις Ευρωπαϊκές χώρες:

- **Επιδοτούμενα και διαχειριζόμενα από το δημόσιο πακέτα υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι** (Σκανδιναβικές χώρες, Ολλανδία, Γερμανία). 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". Χρηματοδοτείται από (α) φόρους και επιδόματα (ή επό εισφορές όπως στη Γερμανία), (β) δευτερευόντως από τέλη χρήσης (Σουηδία, Ολλανδία, Φινλανδία). Το σύστημα συνήθως συνοδεύεται από περιορισμένη προσωπική παρουσία (face time πχ, 3 ώρες την εβδομάδα στη Σουηδία, 8 Ολλανδία).
- **"Εσωτερική εργασία** (διαμονή στο σπίτι) από μη εκπαιδευμένο προσωπικό, κατά κύριο λόγο μετανάστες ('migrant-in-the-family model' Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα αλλά και Αυστρία, Πορτογαλία, Κύπρο). Η αμοιβή είναι μικρή καθορίζεται από την προσφορά και τη ζήτηση. Η εργασία είναι συχνά αδήλωτη⁴.
- **Επιδοτούμενα κουπόνια** (vouchers) για αγορά υπηρεσιών φροντίδας από ιδιώτες (Γαλλία, Βέλγιο). Ανάλογα με το επίπεδο εξάρτησης του ηλικιωμένου, δίδονται

³ Η άδεια ανακούφισης (respite care) πχ στην Φινλανδία εγγυάται στους άτυπους φροντιστές διακοπές 2 εβδομάδων κατά την διάρκεια των οποίων το κράτος εγγυάται την συνεχιζόμενη φροντίδα

⁴ Για παράδειγμα, στην Ιταλία, σε σοβαρή αναπηρία, δίδεται επίδομα, το οποίο ο δικαιούχος μπορεί να το χρησιμοποιήσει όπως θέλει χωρίς έλεγχο.

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 καταβάλει και τέλος χρήσης.

- **Ολοκληρωτική εξάρτηση** από την οικογένεια (χαρακτηριστικό της Πολωνίας και λοιπών χωρών της Ανατολικής Ευρώπης).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στην πλειοψηφία των χωρών υπάρχει συνδυασμός των ανωτέρω μοντέλων αλλά με εντελώς διαφορετική βαρύτητα του καθενός ανά χώρα. Στην Ελλάδα για παράδειγμα υπάρχει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο είναι ευθύνη των δήμων, το οποίο όμως καλύπτει μικρό μόνο τμήμα της συνολικής ανάγκης.

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.

Ενεργοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης.

Ευρώπη. Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση αντιμετωπίζει σημαντικά εμπόδια κυρίως στους νεότερους. Παρόλα αυτά, γίνονται προσπάθειες να ενισχυθεί η ιδιωτική αγορά ως συμπληρωματική της δημόσιας. Στη Γερμανία ιδιωτική ασφάλιση έχουν όσοι επιθυμούν να απεμπλακούν από την υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση, ενώ στη Γαλλία, το Βέλγιο, την Ιαπωνία ιδιωτική ασφάλιση έχουν όσοι επιθυμούν επιπλέον κάλυψη από αυτή που παρέχει το δημόσιο σύστημα.

ΗΠΑ και Ιαπωνία. Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας στις Η.Π.Α και στη Ιαπωνία, χρηματοδοτεί περίπου το 7% και 5% αντίστοιχα των συνολικών δαπανών. Παίζει συμπληρωματικό ρόλο στη δημόσια είτε παρέχει κάλυψη σε όσους 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 φτωχούς. Οι καταναλωτές προσεγγίζουν επιφυλακτικά την αγορά καθώς υπάρχουν περιορισμένες επιλογές, ενώ τα ασφαλιστρα είναι υψηλά και ανεβαίνουν. Σε ό,τι αφορά το ύψος των ασφαλιστρών, στις Η.Π.Α αυξήθηκε απότομα αρχές της δεκαετίας του 2010. 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.

Πολιτικές μακροχρόνιας φροντίδας σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης

1. Γερμανία – κοινωνική ασφάλιση με εισφορές

Από το 1994 η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί κλάδο της κοινωνικής ασφάλισης. Το ύψος και το είδος βοήθειας εξαρτάται μόνο από το επίπεδο δυσκολίας αυτοεξυπηρέτησης 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.

- Μπορούν να επιλέξουν υπηρεσίες σε είδος, χρηματική αποζημίωση, συνδυασμό των δύο.
- Η χρηματοδότηση μέσω εισφορών (2.05% επί του μισθού επιμερισμένου εξίσου μεταξύ εργαζόμενου και εργοδότη – υψηλότερο για όσους δεν έχουν παιδιά. Σε εισφορές υπόκεινται και οι συνταξιούχοι με εισφορές αναλογικά της περιουσίας.
- Η ιδιωτική ασφάλιση φροντίδας είναι υποχρεωτική για όσους έχουν ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας (περίπου 10% των Γερμανών),
- Η ιδιωτική ασφάλιση παίζει και συμπληρωματικό ρόλο σε κάποιον που επιθυμεί επιπλέον προστασία
- Τέσσερα επίπεδα κάλυψης αναλόγως έκτασης αναγκών (ελάχιστο 2 ADL, Μέγιστοι 24 ώρες, άνοια)

2. Γαλλία– κοινωνική ασφάλιση χωρίς ειδικές εισφορές

Καλύπτει τα άτομα άνω των 60 ετών, αν και στην πράξη η συντριπτική είναι άνω των 75-80 ετών. Οι δικαιούχοι κατατάσσονται σε 6 κατηγορίες αναλόγως της σοβαρότητας των αναγκών. Λαμβάνουν είτε επίδομα, κλιμακούμενο με σοβαρότητα αναγκών, είτε χρηματοδοτείται η διαμονή τους σε οίκους ευγηρίας, είτε λαμβάνουν κουπόνι το οποίο μπορούν να εξαργυρώσουν σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Αν κάποιος απασχολεί προσωπικό, η αμοιβή του εκπίπτει από το φορολογητέο του εισόδημα. 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 με πολλές ασφαλιστικές εταιρίες να παρέχουν συμβόλαια μακροχρόνιας φροντίδας με το 70% των συμβολαίων να ανήκουν σε πέντε εταιρείες.

3. Ισπανία – κρατικό σύστημα

Στην Ισπανία, το 2006 ψηφίστηκε νόμος για την εθνικό πρόγραμμα μακροχρόνιας φροντίδας ανεξαρτήτως αιτίας και ηλικίας. Το ύψος της βοήθειας εξαρτάται από το εισόδημα και τους πόρους. Η συσχέτιση με το εισόδημα είναι τέτοια, που μερικοί δικαιούχοι φθάνουν να έχουν συμμετοχή έως και 90%. Ο νόμος ορίζει τρία επίπεδα αναπηρίας-εξάρτησης. 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 ισόποσα, και τον δικαιούχο.

4. Ιταλία – ανυπαρξία κεντρικού συστήματος

Το δημόσιο σύστημα είναι ανεπαρκές και βρίσκεται 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 δραστηριότητας, 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 ανεκπαίδευτα άτομα (κυρίως γυναίκες μετανάστριες) που ζουν μαζί τους εντός σπιτιού).

5. Ολλανδία – δημόσια ασφάλιση

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'. 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, 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.

6. Σουηδία – γενικό κρατικό σύστημα

Στη Σουηδία η 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 ιδιώτες. Η χρηματοδότηση κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας και δευτερευόντως μέσω χρηματοδότησης από τον ωφελούμενο. Η κεντρική κυβέρνηση ορίζει ανώτατο μηνιαίο τέλος που θα πληρώνει ο λήπτης υπηρεσιών, το οποίο εξαρτάται από την οικονομική του κατάσταση. 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.

Τα τελευταία 15 χρόνια 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.

7. Δανία – καθολικό δημόσιο σύστημα

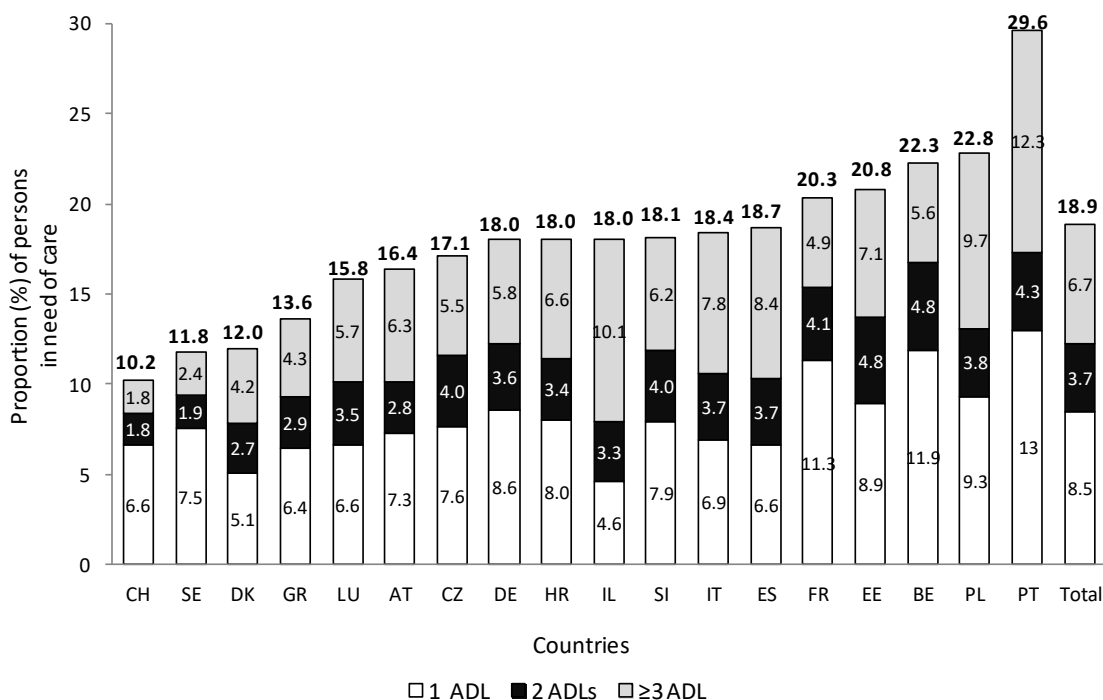
Η Δανία έχει καθολικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας, που σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες της έχουν δικαίωμα σε δημόσιες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, ανεξαρτήτως λοιπών χαρακτηριστικών όπως εισόδημα. Η δε παροχή της φροντίδας αποτελεί αρμοδιότητα της τοπικής κοινότητας. Το σύστημα χρηματοδοτείται από δημοτικούς φόρους και κρατικές επιχορηγήσεις. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει πίεση για μείωση δαπανών, κάτι που έχει οδηγήσει σε μείωση του αριθμού των δικαιούχων αλλά και των εβδομαδιαίων ωρών λήψης υπηρεσιών κατά 15% περίπου. Το σύστημα τείνει να γίνει λιγότερο καθολικό και η παροχή υπηρεσιών από ιδιώτες έχει αυξηθεί.

Δ. Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ευρώπη από το SHARE

Τα στοιχεία SHARE από δειγματοληψίες στην Ευρώπη μπορούν να αξιοποιηθούν για τον εντοπισμό των βασικών δεδομένων για την φροντίδα

A. Οι ανάγκες για φροντίδα

Από τις ερωτήσεις για καθημερινές δραστηριότητες που αδυνατεί κάποιος να κάνει μόνο του προκύπτει μια εικόνα της **έκτασης της ανάγκης**. Το διάγραμμα (από διατριβή στο ΠαΠει 2022) αναφέρεται στο δείγμα άνω των 65 ετών αναλόγως αν δηλώνουν 1, 2 (ο συνήθης ορισμός για να εισαχθεί κάποιος σε δημόσιο πρόγραμμα).

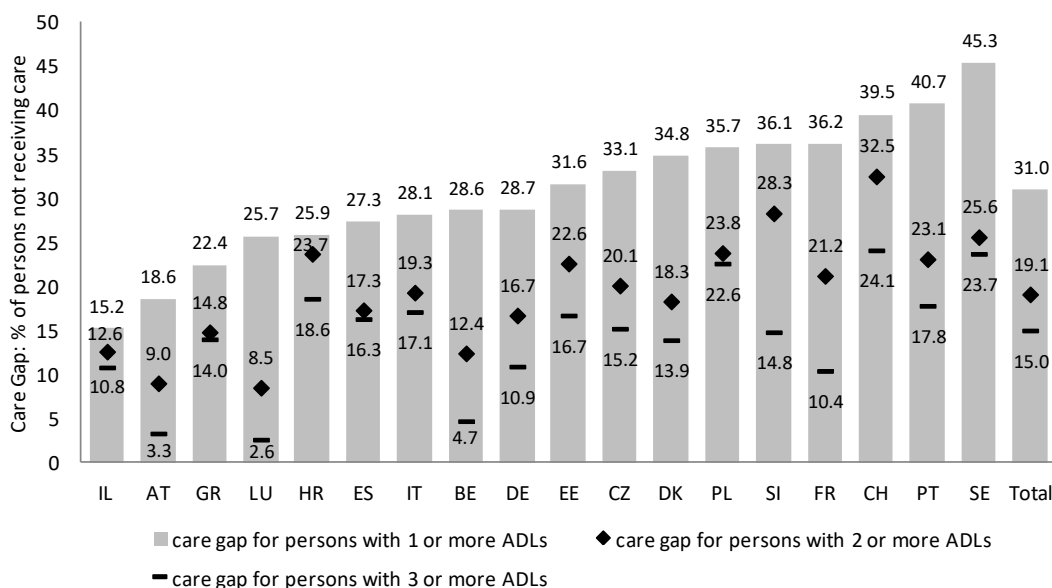


Πολλές χώρες βρίσκονται κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο – γύρω στο 12% των ατόμων άνω των 65. Όμως, οι διακυμάνσεις είναι μεγάλες, ειδικά για δυσκολίες με 3 ή περισσότερα ADLs. Οι σκανδιναβικές χώρες και Ελβετία έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Η Ελλάδα είναι μεταξύ των χωρών με χαμηλή ανάγκη.

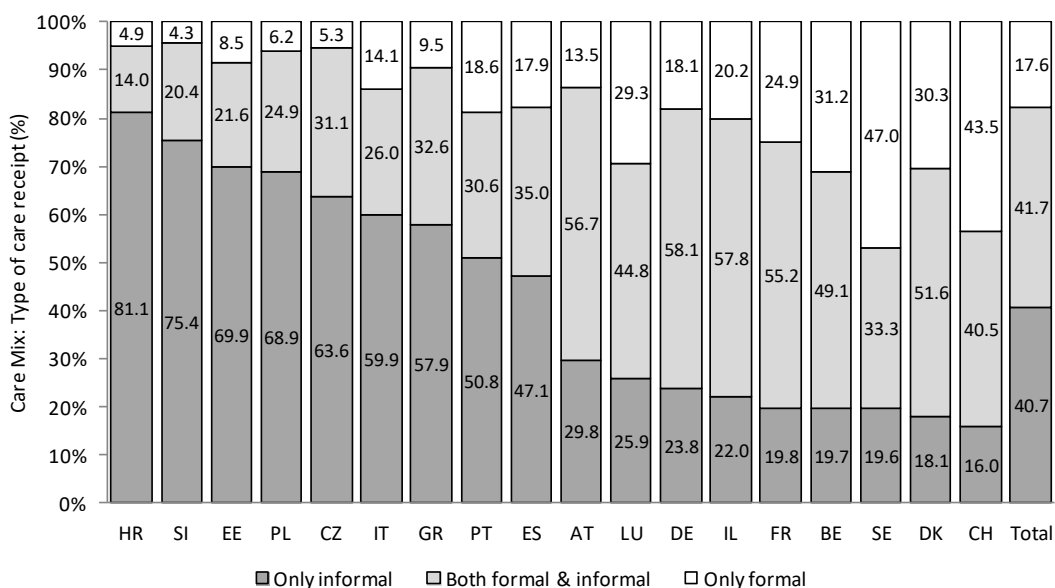
Β. Κενά φροντίδας

Πόσοι από όσους δηλώνουν ότι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται λαμβάνουν κάποιου είδους φροντίδα; Πόσοι δεν λαμβάνουν καμιά;

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



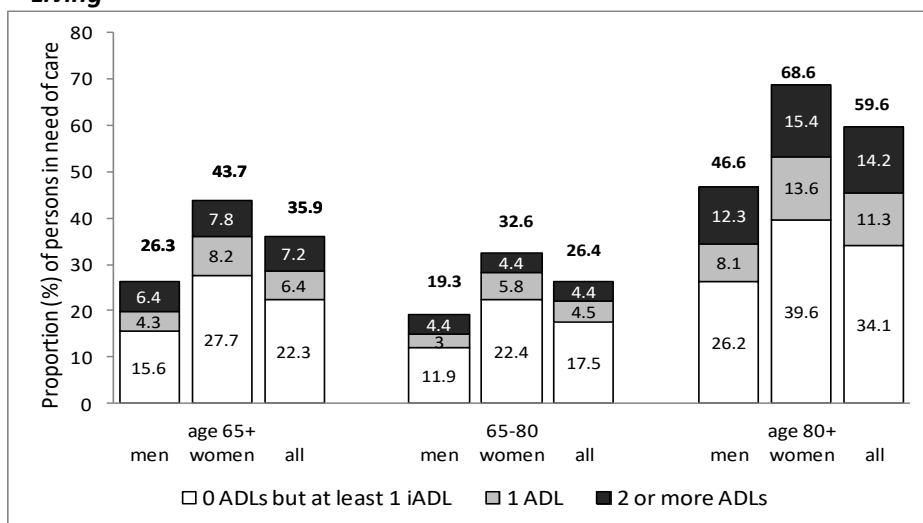
Δείκτης Μίγματος Φροντίδας, κατανομή είδους φροντίδας (%), ατόμων ηλικίας 65+ με δυσκολία σε τουλάχιστον 1 ADL που λαμβάνουν φροντίδα (n = 4113).



Η Ανατολική Ευρώπη βασίζεται στην άτυπη φροντίδα, με τα ποσοστά όσων λαμβάνουν αποκλειστικά άτυπη φροντίδα να κυμαίνονται από 63,6 έως 81,1%. Τα αντίστοιχα ποσοστά της Νότιας Ευρώπης κυμαίνονται από 47,1% έως 59,9%. Οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης βασίζονται εξίσου στην τυπική και άτυπη φροντίδα: 50% έως 60% λαμβάνουν και τα δύο είδη. Στις βόρειες 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.

Δ. Η κατάσταση στην Ελλάδα

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

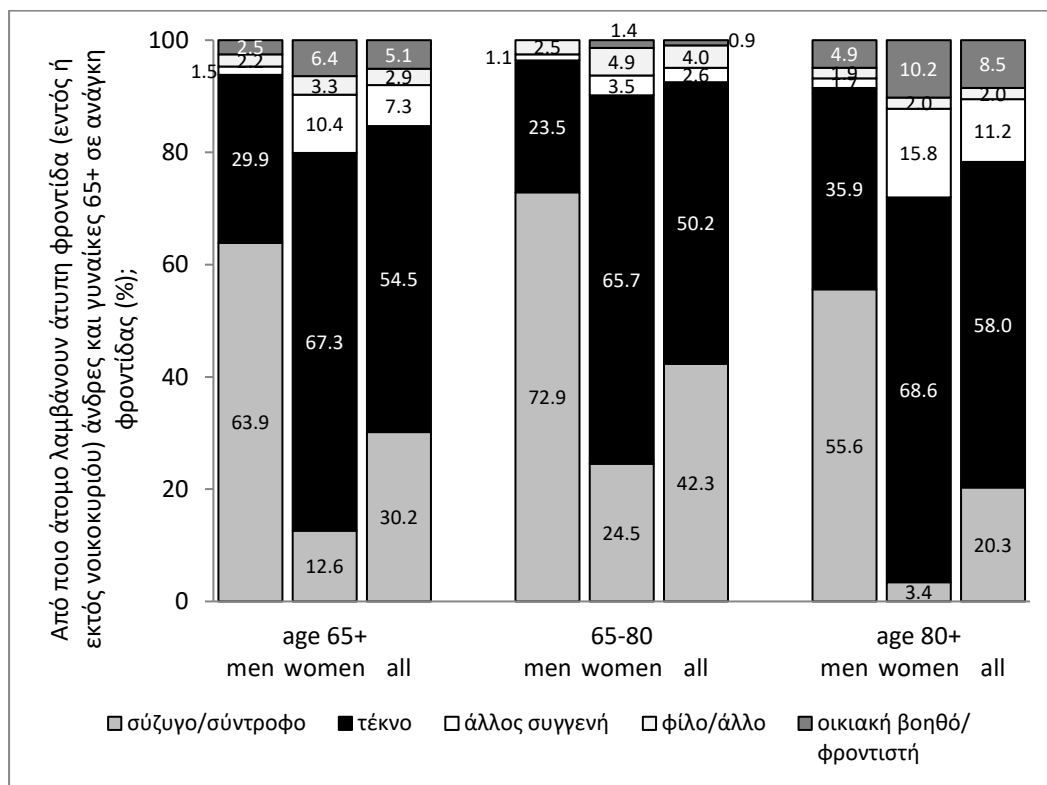


με το γκρουπ 65-80

ικά υψηλότερα
α 65+).

ς (βοήθεια με
iADLs).

ια σε σύγκριση



Διάγραμμα: Ποιο άτομο παρέχει την άτυπη φροντίδα (%) σε άτομα ηλικίας 65+ στην Ελλάδα; Επεξεργασία δεδομένων SHARE w6