



ΒΑΚΑΛΗ ΝΙΚΗ
ΜΑΕ08009

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

«Ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας: Ρόλος της οικογένειας, κράτους, και ιδιωτικού τομέα σε διεθνή προοπτική. Θεωρητικές και πρακτικές διαστάσεις»



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	σελ. 5
---	---------------

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ. 8
--------------------------------	---------------

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

1.1 Γενικά.....	σελ. 10
1.2 Τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού.....	σελ. 10
1.3 Οι συνέπειες της πληθυσμιακής γήρανσης.....	σελ. 13
1.4 Αποτελέσματα συνεπειών γήρανσης πληθυσμού.....	σελ. 16
1.5 Προβλέψεις του ΟΗΕ για την Ελλάδα.....	σελ. 17
1.6 Συμπεράσματα.....	σελ.18

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.1 Ορισμός μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 19
2.2 Η πλευρά της ζήτησης παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 19
➤ Ζήτηση και ανάπτυξη συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 19
➤ Ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 20
➤ Ποιοί λαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 22
2.3 Η πλευρά της προσφοράς μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 22
➤ Ποιοί παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 23
➤ Που παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας.....	σελ. 25
2.4 Χρηματοδότηση των συστημάτων παροχής φροντίδας.....	σελ. 28
➤ Ποιός και πώς πληρώνει για τα συστήματα παροχής φροντίδας.....	σελ. 28
➤ Φορολογία και μακροχρόνια φροντίδα.....	σελ. 29
➤ Μετανάστευση και μακροχρόνια φροντίδα.....	σελ. 30
➤ Ποιοί και πώς βοηθούνται (οικονομικά) από τα συστήματα παροχής φροντίδας.....	σελ. 30
2.5 Ανάγκη μεταρρυθμίσεων στα κρατικά συστήματα παροχών.....	σελ. 32
2.6 Ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας.....	σελ. 34
2.7 Ρόλος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας-συμπεράσματα.....	σελ. 37

3° ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΠΙΣΚΟΠΙΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 Μακροχρόνια φροντίδα στην Ε.Ε. και στις χώρες του ΟΟΣΑ.....σελ.	38
3.2 Σχεδιασμός εθνικής πολιτικής για τη μακροχρόνια φροντίδα (case studies).....σελ.	40
3.3 Επισκόπηση εμπειρίας στη μακροχρόνια φροντίδα σε Γερμανία και Ελλάδα.....σελ.	52
➤ Γερμανία.....σελ.	52
○ Κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	52
○ Ιδρυματική φροντίδα.....σελ.	53
○ Δικαιούχοι Παροχών.....σελ.	54
○ Παροχείς φροντίδας.....σελ.	54
○ Χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	56
○ Πρόταση για Μεταρρυθμίσεις.....σελ.	58
➤ Ελλάδα.....σελ.	59
○ Ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	59
○ Ιδρυματική φροντίδα.....σελ.	60
○ Δικαιούχοι Παροχών.....σελ.	61
○ Παροχές μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	62
○ Χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	65
○ Πρόταση για Μεταρρυθμίσεις.....σελ.	66
➤ Συμπεράσματα.....σελ.	68

4° ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΕΡΕΥΝΑ SHARE ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.1.1 Η έρευνα SHARE – εισαγωγικά.....σελ.	70
4.1.2 Δειγματοληψία και έρευνα πεδίου.....σελ.	72
➤ Βασικές αρχές.....σελ.	72
➤ Η δειγματοληψία στην Ελλάδα.....σελ.	73

4.1.3 Λόγοι καταλληλότητας του SHARE για τη μελέτη της μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ. 77	σελ. 77
4.1.4 Δημογραφική Ανάλυση του δείγματος SHARE.....σελ. 77	σελ. 77
4.2 Εισαγωγή.....σελ. 79	σελ. 79
4.2.1 Οικογενειακά Δίκτυα και Σύνθεση Νοικοκυριού.....σελ. 79	σελ. 79
4.2.2 Υγεία.....σελ. 82	σελ. 82
4.2.3 Φροντίδα.....σελ. 88	σελ. 88
4.2.4 Εισόδημα.....σελ. 98	σελ. 98
4.2.5 Συμπεράσματα πινάκων από την στατιστική έρευνα.....σελ. 101	σελ. 101
4.3 Γενικά συμπεράσματα- Η μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα βάσει της έρευνας SHARE.....σελ. 104	σελ. 104
ΕΠΙΛΟΓΟΣσελ. 110	σελ. 110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣσελ. 113	σελ. 113

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<i>Πίνακας 1.1:</i> Προσδόκιμο ζωής, σε έτη από τη γέννηση, στο σύνολο του πληθυσμού.....σελ.	11
<i>Σχεδιάγραμμα 1.1:</i> Ποσοστό γηράσκοντος πληθυσμού στο σύνολο του πληθυσμού.....σελ.	11
<i>Σχεδιάγραμμα 1.2:</i> Ποσοστά γεννητικότητας.....σελ.	12
<i>Σχεδιάγραμμα 1.3:</i> Ποσοστό του ανενεργού πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω προς το σύνολο του οικονομικά ενεργού πληθυσμού.....σελ.	15
<i>Πίνακας 2.1:</i> Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας.....σελ.	31
<i>Σχεδιάγραμμα 3.1:</i> Κρατικές δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ανά ηλικιακή ομάδα.....σελ.	40
<i>Σχεδιάγραμμα 3.2:</i> Ο βαθμός, στον οποίο στηρίζονται οι χώρες στην τυπική και στην άτυπη φροντίδα, έχει μικρή συσχέτιση με το μέγεθος της δημόσιας χρηματοδότησης.....σελ.	50
<i>Πίνακας 3.1:</i> Σημαντικά δημόσια προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας σε κάποιες χώρες του ΟΟΣΑ.....σελ.	51
<i>Πίνακας 3.2:</i> Επίπεδα φροντίδας και αναγκών στο Γερμανικό σύστημα μακροχρόνιας ασφάλισης.....σελ.	54
<i>Πίνακας 3.3:</i> Παροχές γερμανών δικαιούχων για διαφορετικά επίπεδα φροντίδας (σε Ευρώ)σελ.	55
<i>Πίνακας 3.4:</i> Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στη Γερμανία.....σελ.	57
<i>Πίνακας 3.5:</i> Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα.....σελ.	66
<i>Πίνακας 4.1:</i> Περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος SHARE.....σελ.	78
<i>Πίνακας 4.2:</i> Σύνθεση νοικοκυριού (%).....σελ.	80
<i>Πίνακας 4.3:</i> Εγγύτητα γονιών προς το κοντινότερο παιδί (%).....σελ.	81
<i>Πίνακας 4.4:</i> Συχνότητα επαφής με το παιδί, το οποίο γίνεται πιο συχνή επαφή (%).....σελ.	82
<i>Πίνακας 4.5:</i> Κατάσταση υγείας και ποσοστά ατόμων 75+ που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας (%).....σελ.	84

<i>Πίνακας 4.6:</i> Ποσοστό ατόμων ηλικίας 50+ και 75+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες (ADL)	σελ. 86
<i>Πίνακας 4.7:</i> Ποσοστό ατόμων ηλικίας 50+ και 75+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες (IADL)	σελ. 87
<i>Πίνακας 4.8:</i> Ποσοστό ατόμων 75+ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν δύναμη και αντοχή (MOBILITY).....	σελ. 88
<i>Πίνακας 4.9:</i> Ποσοστό ατόμων που έλαβαν βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού και συχνότητα βοήθειας, ανά ομάδα χωρών.....	σελ. 89
<i>Πίνακας 4.10:</i> Ποσοστό ατόμων που έλαβαν συγκεκριμένο είδος βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού και συχνότητα βοήθειας, ανά ομάδα χωρών.....	σελ. 90
<i>Πίνακας 4.11:</i> Ποσοστό ατόμων που παρείχαν βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού-Ποιοί παρείχαν βοήθεια;	σελ. 92
<i>Πίνακας 4.12:</i> Ποσοστά ατόμων που παρείχαν και έλαβαν βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, ανά ομάδα χωρών-Από ποιούς έλαβαν και σε ποιούς παρείχαν βοήθεια;.....	σελ. 93
<i>Πίνακας 4.13:</i> Ποσοστό ατόμων που παρείχαν προσωπική βοήθεια σε άτομα εκτός νοικοκυριού, ανά φύλο και ομάδα χωρών.....	σελ. 94
<i>Πίνακας 4.14:</i> Ποσοστό ατόμων που έλαβαν αμειβόμενες παροχές φροντίδας εντός και εκτός νοικοκυριού, ανά ομάδα χωρών.....	σελ. 96
<i>Πίνακας 4.15:</i> Ποσοστό ατόμων που έλαβαν ή δεν έλαβαν άτυπη βοήθεια και αμειβόμενες παροχές φροντίδας εντός νοικοκυριού, ανά ομάδα χωρών.....	σελ. 96
<i>Πίνακας 4.16:</i> Συχνότητα μεταβλητών προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας, ανά ομάδα χωρών.....	σελ. 98
<i>Πίνακας 4.17:</i> Σύνθεση νοικοκυριού, κατάσταση υγείας και ποσοστό ατόμων με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας ανά εισοδηματική ομάδα.....	σελ. 99
<i>Πίνακας 4.18:</i> Λήψη και παροχή βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού ανά εισοδηματική ομάδα και ομάδα χωρών (%).....	σελ. 100
<i>Πίνακας 4.19:</i> Εισοδηματική κατάσταση ανά ποσοστό ατόμων που έλαβαν ή δεν έλαβαν άτυπη βοήθεια και αμειβόμενες παροχές φροντίδας εντός νοικοκυριού.....	σελ. 101

<i>Πίνακας 4.20:</i> Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο.....σελ.	104
<i>Πίνακας 4.21:</i> Άτυπη φροντίδα-Ζήτηση φροντίδας σε άτομα με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο.....σελ.	105
<i>Πίνακας 4.22:</i> Τυπική φροντίδα-Παροχή αμειβόμενης φροντίδας εκτός νοικοκυριού σε άτομα με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο.....σελ.	106
<i>Πίνακας 4.23:</i> Ποσοστό ατόμων με συμπληρωματική ασφάλιση υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο.....σελ.	107
<i>Πίνακας 4.24:</i> Νοσηλεία σε νοσηλευτικό ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων, ατόμων με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα.....σελ.	108

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συνεχώς αυξανόμενη πτώση της παγκόσμιας γονιμότητας αλλά και της θνησιμότητας των μεγαλύτερων ηλικιών, οδηγεί στην συνεχή γήρανση του πληθυσμού, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις ανεπτυσσόμενες χώρες. Η αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού αναμένεται να είναι μεταξύ των σημαντικότερων παγκόσμιων δημογραφικών εξελίξεων του 21^{ου} αιώνα, προκαλώντας επιπτώσεις σε ολόκληρο τον κόσμο. Δεδομένου ότι τα «έθνη γερνούν», η επικράτηση της ανικανότητας και των χρόνιων παθήσεων (ασθένεια του Alzheimer, καρκίνος, καρδιαγγειακές και εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, κ.λ.π.) και κατά συνέπεια η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας αναμένεται να αυξηθούν δραματικά, σαν αποτέλεσμα της αυξανόμενης γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ ταυτόχρονα, η συρρίκνωση της οικογένειας λόγω υπογεννητικότητας αλλά και η κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που οδηγούν στην μείωση του οικονομικά νεότερου ενεργού πληθυσμού καθώς και την ανάγκη των γυναικών προς εργασία, που άλλωτε αναλάμβαναν το ρόλο του φροντιστή, φαίνεται πως οδηγούν στην ταυτόχρονη μείωση της μέχρι τώρα κύριας παροχής φροντίδας, που προσφερόταν από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τη μακροχρόνια φροντίδα, η οποία συνεπάγεται την παροχή ορισμένων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα που χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων για τη διεκπεραίωση βασικών αλλά και δευτερευόντων καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας, κατά τη διάρκεια μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου. Η βοήθεια αυτή παρέχεται συχνότερα από μη επαγγελματίες φροντιστές, όπως είναι οι συγγενείς ή φίλοι και ύστερα από κρατικούς φορείς, από επαγγελματίες φροντιστές ή/και από κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Η μακροχρόνια φροντίδα κινείται στα όρια μεταξύ υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας και παρέχεται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από εκ γενετής ή επίκτητη ανικανότητα ή αναπηρία ή ασθένεια, σε τραυματισμό, ή σωματική αδυναμία λόγω γηρατειών. Η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, που επιζητούν κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα, λόγω της αυξημένης πληθυσμιακής γήρανσης έχει οδηγήσει και στην αύξηση της προσφοράς. Η προσφορά οργανώνεται και παρέχεται είτε σε επαγγελματικό επίπεδο από επαγγελματίες φροντιστές, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες εντός και εκτός νοικοκυριού, είτε σε άτυπη μορφή υπηρεσιών από μη επαγγελματίες φροντιστές. Η πλευρά της επαγγελματικής προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας διαχωρίζεται, επίσης, ανάμεσα στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, των οποίων η φύση, η χρηματοδότηση αλλά και το είδος των υπηρεσιών παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για τη σωστή κατανομή, στα άτομα με ανάγκες φροντίδας, και τη λειτουργία των συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.

Η παροχή ικανού επιπέδου προστασίας από τον κίνδυνο της ασθένειας και της εξάρτησης των ηλικιωμένων είναι ένα πολύ ουσιαστικό και σημαντικό θέμα των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Η ικανότητα της εκάστοτε κοινωνίας να προσφέρει καλής ποιότητας υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας έχει γίνει αντικείμενο ενασχόλησης των περισσότερων ευρωπαϊκών αλλά και παγκόσμιων κυβερνήσεων. Η επισκόπηση διεθνούς εμπειρίας στη μακροχρόνια φροντίδα, απασχολεί ένα μεγάλο μέρος της εργασίας αυτής καθώς η μεγάλη ποικιλία προσεγγίσεων και προτάσεων για την ικανοποιητική παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί σε ολόκληρο τον κόσμο. Αυτό έχει σαν

αποτέλεσμα την ανάπτυξη εμπειριών και ιδεών με σκοπό τον εκμοντερνισμό, την βελτίωση αλλά και την επέκταση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σύμφωνα με τις δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές του παγκόσμιου πληθυσμού, εστιάζοντας κυρίως στα συστήματα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας της Γερμανίας και της Ελλάδας, αλλά και στην ανάπτυξη ενός ελληνικού συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στον κρατικό ή στον ιδιωτικό τομέα. Η ανάπτυξη ενός συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες, καθώς δεδομένων των δημογραφικών αλλαγών, τα άτομα με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας συνεχώς θα αυξάνονται, ενώ η προσφερόμενη φροντίδα στα πλαίσια της οικογένειας μειώνεται, δημιουργώντας όλο και περισσότερο την ανάγκη ενός ενιαίου και οργανωμένου συστήματος παροχών φροντίδας.

Εκτός, όμως, από τη θεωρητική προσέγγιση της μακροχρόνιας φροντίδας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, η εργασία αυτή εξετάζει και την εμπειρική ανάλυση της ζήτησης και της προσφοράς μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, αξιοποιώντας τα στοιχεία της έρευνας για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE-Survey of Health, Ageing and Retirement). Το SHARE είναι έτσι διαμορφωμένο, ώστε να δίνει μεγάλη έμφαση στα άτομα που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα τόσο από την πλευρά της ζήτησης (ποσοστό ατόμων ανά χώρα και ηλικιακή ομάδα με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας- κακή υγεία, adls, iadls, χρόνιες παθήσεις-, το είδος και τη συχνότητα των αναγκών) όσο και από την πλευρά της προσφοράς (τυπική και άτυπη φροντίδα, είδος και συχνότητα των δυο τύπων φροντίδας, διαθέσιμες κοινωνικές και ιδιωτικές παροχές φροντίδας κ.ο.κ). Επίσης, το SHARE, με το λεπτομερές ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει καλύπτει θεωρητικά όλες τις πτυχές μακροχρόνιας φροντίδας και επιτρέπει μια στατιστική διασύνδεση και συσχέτιση των παραγόντων οικονομίας, οικογένειας και υγείας στην παροχή και λήψη μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες του δείγματος.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

1.1 Γενικά

Από όλες τις απειλές στην ανθρώπινη κοινωνία, συμπεριλαμβανομένου του πολέμου, της ασθένειας και της φυσικής καταστροφής, υπάρχει μια που είναι σημαντικότερη όλων. Αυτή είναι η γήρανση του πληθυσμού.

Η γήρανση του πληθυσμού (επίσης γνωστή ως δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση) είναι ένας συνοπτικός όρος για την αύξηση της μέσης ηλικίας ενός πληθυσμού (*Leonid A. Gavrilov and Patrick Heuveline, 2003*). Σαν άμεση συνέπεια της συνεχιζόμενης πτώσης της παγκόσμιας γονιμότητας αλλά και της θνησιμότητας των μεγαλύτερων ηλικιών, ο γηράσκων πληθυσμός αναμένεται να είναι μεταξύ των πιο σημαντικών παγκόσμιων δημογραφικών εξελίξεων του 21^{ου} αιώνα. Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνεται τάχιστα τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες το φαινόμενο της υπογεννητικότητας φαίνεται να έχει ήδη ξεκινήσει, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σχετικά νωρίς τις γρήγορες αυξήσεις στο ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού. Αυτές οι τάσεις αναμένεται να συνεχιστούν κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, έχοντας επιπτώσεις σε ολόκληρο τον κόσμο.

1.2 Τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού

Ποιές ομών είναι οι αιτίες (*Economist.com, 2009*) που προκαλούν τη γήρανση του πληθυσμού; Δύο μακροχρόνια αίτια καθώς και η προσωρινή επίδραση της πληθυσμιακής έκρηξης του baby boom θα συνεχίσουν να εμφανίζονται ως κυρίαρχες τάσεις που θα επηρεάζουν τις δημογραφικές, κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις για πολλά χρόνια ακόμα.

Το πρώτο μεγάλο αίτιο αφορά στο γεγονός ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο. Οι εξελίξεις στην ιατρική, στην τεχνολογία αλλά και στην κοινωνία έχουν σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση του χρόνου και του τρόπου ζωής των ανθρώπων και κατά συνέπεια των ηλικιωμένων που παραμένουν υγιείς, σε καλή κατάσταση και ενεργά και δραστήρια μέλη της κοινωνίας για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συγκριτικά με τα ηλικιωμένα άτομα του πρόσφατου παρελθόντος. Η τάση αυτή ξεκίνησε με τη βιομηχανική επανάσταση και κατέστη η νέα δημογραφική πραγματικότητα. Το 1900 το μέσο προσδόκιμο ζωής στον πλανήτη ήταν τα 30 έτη και στις ανεπτυγμένες χώρες λίγο κάτω από τα 50. Σήμερα είναι 67 και 78 έτη αντίστοιχα και ακόμα αυξάνεται. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 και άνω προς το σύνολο του πληθυσμού παγκοσμίως ήταν το 1950 στο 5,2%, σήμερα είναι 7,7% (περίπου 500 εκατ.) και το 2050 αναμένεται να φτάσει περίπου το 16,2% του παγκόσμιου πληθυσμού. Με λίγα λόγια, μέχρι το 2050 θα υπάρχουν περισσότεροι άνθρωποι παγκοσμίως άνω των 65, αφού μέχρι τότε τα άτομα ηλικίας 65+ θα έχουν διπλασιαστεί ή και τριπλασιαστεί -με την ομάδα των 80+ να προβλέπεται να έχει τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης (επιδεινώνοντας την κατάσταση)-, σε σύγκριση με τα παιδιά 15 ετών και κάτω.

Πίνακας 1.1: Προσδόκιμο ζωής ,σε έτη από τη γέννηση,στο σύνολο του πληθυσμού

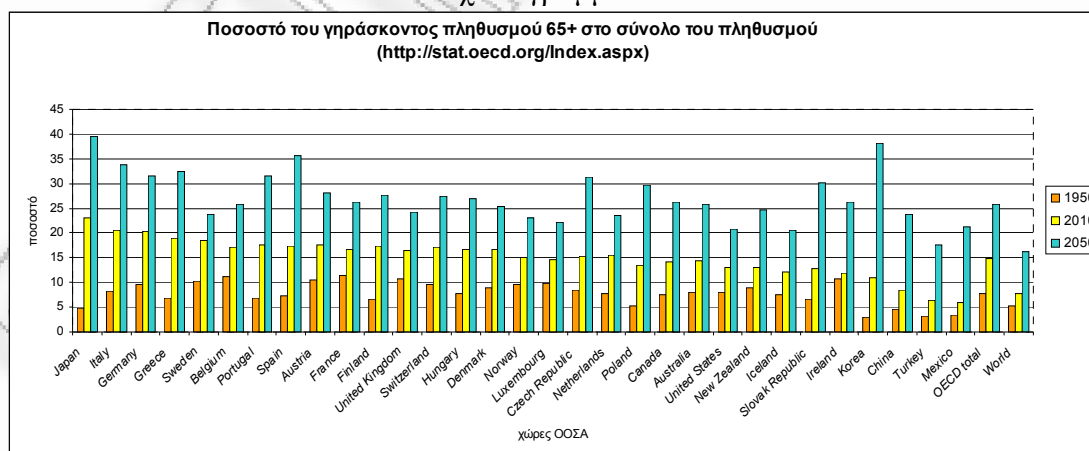
(<http://www.oecd.org>,

Health Data > OECD Health Data 2009 – Frequently Requested Data)

	1980	1990	2006		1980	1990	2006
Australia	74,6	77,0	81,1	Korea	65,9	71,4	79,1
Austria	72,6	75,5	79,9	Luxembourg	72,8	75,5	79,4
Belgium	73,3	76,1	79,5	Mexico	67,2	70,6	74,8
Canada	75,3	77,6	80,7	Netherlands	75,9	77,0	79,8
Czech Republic	70,4	71,5	76,7	New Zealand	73,2	75,5	80,1
Denmark	74,3	74,9	78,4	Norway	75,9	76,7	80,5
Finland	73,6	75,0	79,5	Poland	70,2	70,7	75,3
France	74,3	76,9	80,7	Portugal	71,4	74,1	78,9
Germany	72,9	75,3	79,8	Slovak Republic	70,6	71,0	74,3
Greece	74,5	77,1	79,6	Spain	75,4	77,0	81,1
Hungary	69,1	69,4	73,2	Sweden	75,8	77,6	80,8
Iceland	76,7	78,0	81,2	Switzerland	75,6	77,5	81,7
Ireland	72,9	74,9	79,8	Turkey	58,1	67,5	73,2
Italy	74,0	77,1	81,4	United Kingdom	73,2	75,7	79,5
Japan	76,1	78,9	82,4	United States	73,7	75,3	78,1

Επίσης σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ βλέπουμε το ποσοστό του γηράσκοντος πληθυσμού 65+ ανά χώρα το 1995 και το 2005. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι πρώτη χώρα έρχεται η Ιαπωνία, όπως φαίνεται και στο σχεδιάγραμμα, της οποίας το ποσοστό του γηράσκοντος πληθυσμού έχει πενταπλασιαστεί μέχρι σήμερα και αναμένεται να οχταπλασιαστεί από το 1950 μέχρι το 2050. Αντίθετα, αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Τουρκία και το Μεξικό συνεχίζουν μέχρι σήμερα να κρατούν χαμηλό το εν λόγω ποσοστό, ποσοστό όμως που αναμένεται να αυξηθεί κατά πολύ (18%-22%) μέχρι και το 2050.

Σχεδιάγραμμα 1.1

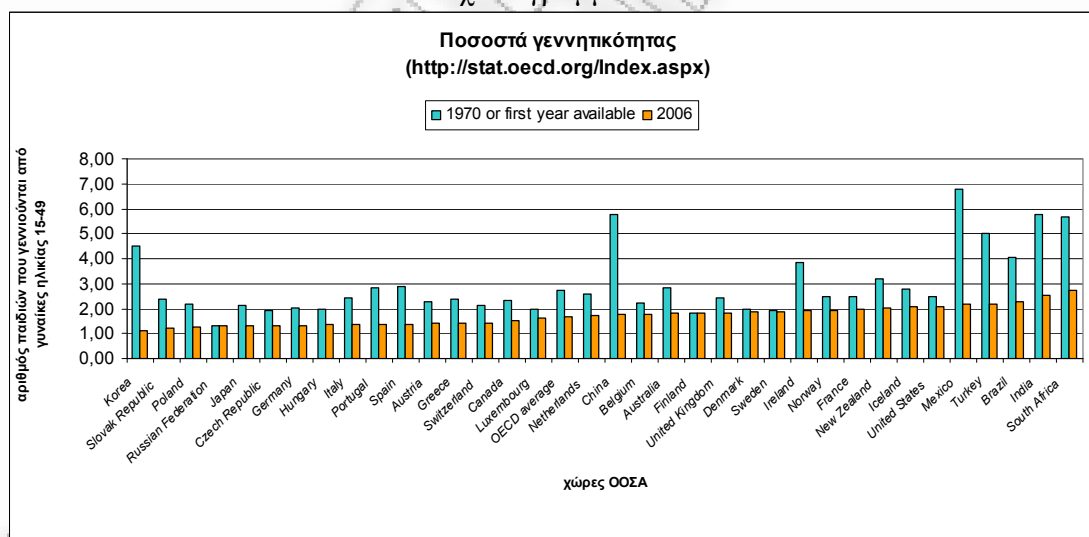


Πηγή: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

Το δεύτερο και πολύ πιο σημαντικό αίτιο της διαδικασίας πληθυσμιακής γήρανσης είναι το γεγονός ότι οι σημερινοί άνθρωποι γεννάνε πολύ λιγότερο, με αποτέλεσμα οι νεότερες ηλικιακές ομάδες να είναι πολύ μικρές σε μέγεθος για να μπορέσουν να εξισορροπήσουν το αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη δημογραφική τάση προέκυψε πιο αργά συγκριτικά με την τάση για μακροζωία, πρώτα στις ανεπτυγμένες χώρες και πλέον αφορά και στις φτωχότερες χώρες, γεγονός που συνδέεται με τη μαζική είσοδο των γυναικών στην αγορά εργασίας από τη δεκαετία του '60, με την ποικιλία που παρατηρείται στην οικογενειακή (μονογονεϊκές οικογένειες) και κοινωνική οργάνωση, με τις μεταβολές στις σχέσεις (σταθερός αριθμός γάμων κατ'έτος –περισσότερα διαζύγια) και τους ρόλους των δυο φύλων.

Στις αρχές της δεκαετίας του '70 οι γυναίκες ανά τον πλανήτη γεννούσαν κατά μέσο όρο 4,3 παιδιά η κάθε μία. Οι δείκτες γονιμότητας βρίσκονται σε δραματική πτώση στις χώρες του ΟΟΣΑ και κυμαίνονται σήμερα στο 1,6 (σαφώς μικρότερο του 2,71 που ήταν το 1970 αλλά και του 2,1 το οποίο αποτελεί κρίσιμο μέγεθος για τη σταθερότητα του πληθυσμού), ενώ ανάλογες τάσεις παρατηρούνται στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο ΟΗΕ υπολογίζει ότι μέχρι το 2050 ο μέσος όρος γεννητικότητας του πλανήτη θα έχει πέσει σε μόλις δύο παιδιά με αποτέλεσμα στα μέσα του αιώνα ο πληθυσμός της γης να ξεκινήσει σταδιακά να αποκλιμακώνεται. Σε ορισμένες χώρες παρατηρείται ήδη συρρίκνωση του πληθυσμού. Ανάλογα με την άποψη που έχει ο καθένας, αυτό μπορεί να αποτελεί μια θετική ή αρνητική εξέλιξη, σε κάθε περίπτωση, όμως, είναι μαθηματικά βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο.

Σχεδιάγραμμα 1.2



Πηγή: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

Σ' αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί ότι η προσωρινή πληθυσμιακή έκρηξη του baby boom, η οποία συνέβη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, διόγκωσε τις συνέπειες της χαμηλής γεννητικότητας και της υψηλής μακροζωίας. Σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στην Αμερική, όπου η συγκεκριμένη δημογραφική εξέλιξη υπήρξε πιο ισχυρή, υπολογίζεται ότι καλύπτει τα πρώτα είκοσι χρόνια μετά το 1945. Κατά την περίοδο αυτή γεννήθηκαν περίπου 80 εκατομμύρια Αμερικανοί, οι γηραιότεροι εκ των οποίων κοντεύουν να κλείσουν τα 65 το 2010. Οι τελευταίοι της ίδιας γενιάς υπολογίζεται ότι θα συνταξιοδοτηθούν τα τέλη της

δεκαετίας του 2020. Για τα επόμενα χρόνια, οι babyboomers θα διογκώσουν τον αριθμό των συνταξιούχων, αφού θα έχουν μια ασυνήθιστα μεγάλη αναλογία των ηλικιωμένων στους πληθυσμούς των περισσότερων πλούσιων χωρών, εξέλιξη η οποία θα οδηγήσει σε μείωση του εργατικού δυναμικού παντού στον ανεπτυγμένο κόσμο.

Ως συνήθως, οι στατιστικοί μέσοι όροι κρύβουν πολλές φορές ορισμένες αξιοσημείωτες διαφορές οι οποίες υπάρχουν ανάμεσα στα κράτη. Στις πιο πλούσιες χώρες της Ασίας, την Ιαπωνία και τη Νότια Κορέα οι πληθυσμοί γερνάνε και θα συνεχίσουν να γερνάνε μέχρι και το 2050 με αμείωτη ταχύτητα. Η Ευρώπη χωρίζεται σε διάφορες κατηγορίες. Η Γερμανία, η Ιταλία, η Ισπανία και η Ελλάδα, για παράδειγμα, διαθέτουν μικρά οικογενειακά μεγέθη και γερνάνε με γρήγορους ρυθμούς. Αντιθέτως, η Γαλλία, η Αγγλία και οι περισσότερες Σκανδιναβικές χώρες έχουν περισσότερα παιδιά. Στην Ανατολική Ευρώπη και ειδικά τη Ρωσία, ο ρυθμός γεννήσεων είναι πολύ χαμηλός, όμως ταυτόχρονα και το προσδόκιμο ζωής έχει πέσει πολύ. Η Αμερική, χάρη στη σταθερή γεννητικότητα και την υψηλή μετανάστευση, αναμένεται να είναι ακόμα σχετικά νέα μέχρι τα μέσα του 21^{ου} αιώνα.

Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, όπως το Μεξικό, η Ινδία και η Τουρκία προς το παρόν δεν έχουν λόγο ανησυχίας πληθυσμιακής γήρανσης, γεγονός όμως που ενδέχεται να έχει αλλάξει μέχρι και το 2050. Παρ'ότι οι γεννήσεις έχουν μειωθεί σημαντικά, συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, οι πληθυσμοί τους παραμένουν και θα παραμένουν νέοι για πολλά χρόνια ακόμα, δεδομένου ότι το προσδόκιμο ζωής είναι και θα είναι ακόμα χαμηλό. Μακροπρόθεσμα όμως εκτιμάται ότι οι ίδιες δημογραφικές τάσεις -λιγότερες γεννήσεις και αύξηση προσδόκιμου ζωής- θα οδηγήσουν και τις φτωχότερες χώρες στο δρόμο της γήρανσης του πληθυσμού τους. Ήδη έχουν 490 εκατομμύρια κατοίκους άνω των 60, αριθμός ο οποίος αναμένεται να τριπλασιαστεί μέχρι το 2050. Δεδομένου ότι οι περισσότερες φτωχές χώρες δε διαθέτουν κράτος πρόνοιας και κανενός είδους κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας, θα είναι πολύ δύσκολο να διαχειριστούν αυτά τα μεγέθη.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι η μόνη χώρα που γερνάει με εξαιρετικά γρήγορους ρυθμούς, κυρίως λόγω του περιορισμού γεννήσεων που εφαρμόζεται τις τελευταίες δεκαετίες, είναι η Κίνα. Αυτός ο περιορισμός θα έχει ως αποτέλεσμα ο συνολικός πληθυσμός της Κίνας να φτάσει περίπου τα 1.46 δισεκατομμύρια το 2030, με συνεχείς μειούμενες τάσεις, και συνεπώς με μικρότερο οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Το πρόβλημα είναι ότι, παρ'όλο που η Κίνα παρουσιάζει μια ραγδαία ανάπτυξη, δεν κατέχει τον απαραίτητο κρατικό πλούτο για να μπορέσει να απορροφήσει το κόστος που θα προκληθεί από την απότομη πληθυσμιακή της γήρανση.

1.3 Οι συνέπειες της πληθυσμιακής γήρανσης

Ποιές είναι όμως οι συνέπειες της πληθυσμιακής γήρανσης; Ενώ η πληθυσμιακή γήρανση αντιπροσωπεύει, υπό μια έννοια, μια επιτυχημένη εξέλιξη του ανθρώπινου είδους, αφού η επιβίωση μέχρι τα βαθιά γηρατειά έχει καταστεί δυνατή, θέτει επίσης προφανείς προκλήσεις τόσο στον κρατικό όσο και στον ιδιωτικό τομέα που πρέπει να προσαρμοστούν με τις αλλαγές στις δημογραφικές τάσεις.

Η πρώτη πρόκληση σχετίζεται με την δραματική αύξηση του γηραιού, συνταξιοδοτημένου, πληθυσμού συγκριτικά με την μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, γεγονός που προκαλεί κοινωνικές πιέσεις στα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης, ασκεί μεγάλη πίεση στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Σε χώρες

όπου οι δημόσιες συντάξεις αποτελούν τη βασική πηγή εισοδήματος για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, είναι δεδομένο ότι αυτές θα απαιτήσουν μεγαλύτερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού για να μπορέσουν να καλύψουν τις συντάξεις ή θα πρέπει να γίνουν λιγότερο γενναιοδωρες, εξελίξη που είναι βέβαιο ότι θα συναντήσει μεγάλη κοινωνική και πολιτική αντίσταση.

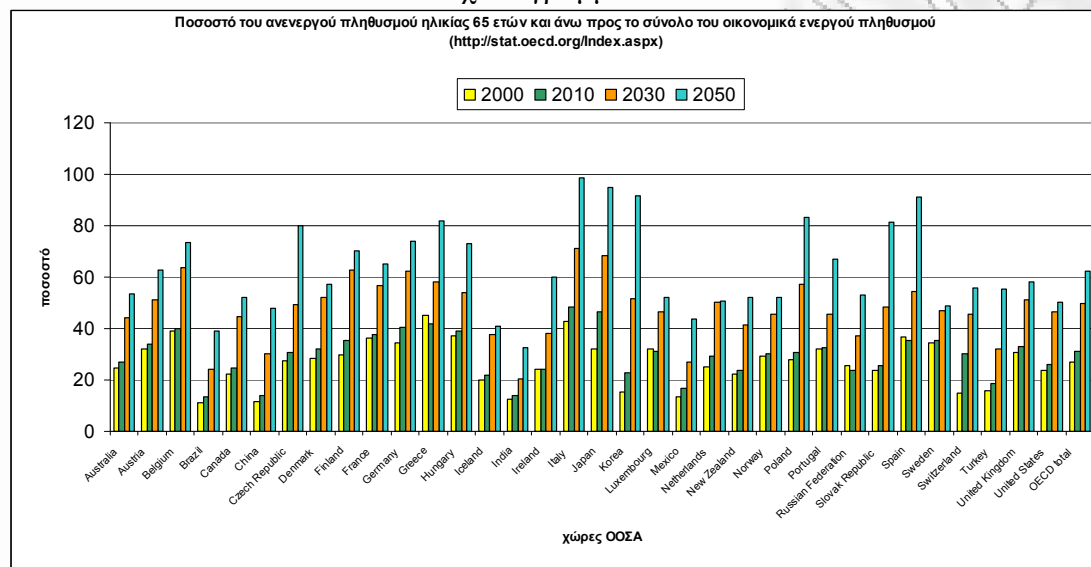
Η γήρανση του πληθυσμού είναι επίσης μια μεγάλη πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η αύξηση των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από την αύξηση του πληθυσμού, την αλλαγή –αύξηση- της μέσης ηλικίας ενός πληθυσμού, την αύξηση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο που ανήκει σε μια ηλικιακή κλίμακα, τις δαπάνες που σχετίζονται με την ημερομηνία θανάτου, δεδομένου ότι οι προβολές για την υγεία είναι ακόμα αβέβαιες, και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων. Η αύξηση στη μέση ηλικία του πληθυσμού επηρεάζει σημαντικά το μέσο κόστος για υγειονομική περίθαλψη, αφού οι γηραιότεροι ξοδεύουν περισσότερα για την κατάσταση της υγείας τους. Οι δαπάνες για την ιατρο-φαρμακευτική περίθαλψη έχουν ήδη εκτοξευθεί στα ύψη στις περισσότερες χώρες και είναι πολύ πιθανό να αυξηθούν με ακόμη μεγαλύτερους ρυθμούς. Δεδομένου ότι τα «έθνη γερνούν» –χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι, εξασφαλίζοντας τη μακροζωΐα, εξασφαλίζεται και η δια βίου «καλή υγεία»-, η επικράτηση της ανικανότητας και των χρόνιων παθήσεων (ασθένεια του Alzheimer, καρκίνος, καρδιαγγειακές και εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, κ.λ.π.) και κατά συνέπεια η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας αναμένεται να αυξηθούν δραματικά. Όσο αυξάνεται ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 65+ και ιδιαίτερα των ατόμων ηλικίας 80+, οι οποίοι αναμένεται να παρουσιάσουν τεράστια αύξηση μέχρι το 2050, τόσο είναι βέβαιο το γεγονός ότι, θα απαιτηθούν περισσότεροι κρατικοί πόροι αλλά και οργανωμένοι κρατικοί μηχανισμοί, ώστε να μπορέσουν επαρκώς οι κοινωνίες να παράσχουν μακροχρόνια φροντίδα σε όσους την έχουν ανάγκη.

Μια ακόμα συνέπεια που αντιμετωπίζουν οι χώρες λόγω του φαινομένου της πληθυσμιακής γήρανσης είναι η πιθανότητα συρρίκνωσης της ανάπτυξης και της παραγωγικότητας τους σε σύγκριση με άλλες, στην πληθυσμιακή σύνθεση των οποίων κυριαρχούν οι νέοι. Κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών, οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες θα αντιμετωπίσουν μια απότομη αύξηση των ηλικιωμένων εργαζόμενων και μια ταυτόχρονη μείωση των νεώτερων παραγωγικών ηλικιών. Ο αριθμός των εργαζόμενων που θα συνταξιοδοτείται κάθε έτος συνεχώς θα αυξάνεται και τελικώς θα υπερβαίνει τον αριθμό των νεοεισερχόμενων στην αγορά εργασίας. Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, ο λόγος εργαζόμενων-συνταξιούχων θα επιδεινωθεί δραματικά εις βάρος των εργαζόμενων μέσα στις επόμενες δύο δεκαετίες. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι θα είναι, κατά μεσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας στο μέλλον, άρα και λιγότερο παραγωγικοί σε σχέση με τους νεότερους. Υπ' αυτές τις συνθήκες ο ΟΟΣΑ υπολόγισε ότι, στις επόμενες τρεις δεκαετίες, η μείωση του εργατικού δυναμικού που αφορά αποκλειστικά στη διαδικασία της πληθυσμιακής γήρανσης δυνητικά θα μπορούσε να περιορίσει την ανάπτυξη των κρατών μελών του κατά ένα τρίτο σε σύγκριση με τις προηγούμενες τρεις δεκαετίες.

Στο παρακάτω σχεδιάγραμμα, σύμφωνα με τα στοιχεία το ΟΟΣΑ, βλέπουμε πως το ποσοστό του ανενεργού πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να φτάσει σε κάποιες χώρες (Ιταλία, Ιαπωνία, Κορέα, Ισπανία) το 2050 μέχρι και σχεδόν το 100% του συνόλου του οικονομικά παραγωγικού πληθυσμού, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην μείωση της γεννητικότητας. Με λίγα λόγια οι περισσότερο βιομηχανικά

ανεπτυγμένες χώρες, που αυτή τη στιγμή διαθέτουν κατά μέσο όρο περίπου 3 εργαζόμενους ανά συνταξιούχο –ήδη ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παγκοσμίως-, αναμένεται ότι θα υποδιπλασιάσουν αυτό το λόγο μέχρι και το 2050. Αντίθετα, οι περισσότερες Σκανδιναβικές χώρες, η Κίνα καθώς και οι ανεπτυγμένες χώρες, σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, αναμένεται, μέχρι και το 2050, να αντιμετωπίσουν σε πολύ μικρότερο βαθμό το πρόβλημα αυτό.

Σχεδιάγραμμα 1.3



Πηγή: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>

Τελειώνοντας, η πληθυσμιακή γήρανση ενδέχεται να επηρεάσει τις χρηματοοικονομικές αγορές. Οι άνθρωποι μεγαλώνοντας προσπαθούν να εξομαλύνουν την κατανάλωση στην διάρκεια της ζωής τους, ξοδεύοντας περισσότερο όσο είναι νέοι και ηλικιωμένοι και αποταμιεύοντας περισσότερο στις μέσες και παραγωγικές ηλικίες. Ως εκ τούτου, οι πληθυσμοί γερνάνε, η συνολική αποταμίευση στην οικονομία συνεχώς μειώνεται -η αβεβαιότητα όμως για το μέλλον αυξάνεται- με κίνδυνο οι ηλικιωμένοι να αναγκαστούν κάποια στιγμή να ρευστοποιήσουν τα περιουσιακά τους στοιχεία, και αφού το εκάστοτε κράτος δεν μπορεί πια να εγγυηθεί στον συνταξιούχο την καταβολή του μεγαλύτερου μέρους των εισοδημάτων του, τότε θα πρέπει να το φροντίσει ο ίδιος. Ήδη έχει αρχίσει να μεταμορφώνεται ο τρόπος της αποταμίευσης για την τρίτη ηλικία. Στην Αμερική, τη χώρα που έχει κάνει τη μεγαλύτερη πρόοδο στον συγκεκριμένο τομέα, η ιδιωτική αποταμίευση προβλέπεται να είναι μεγαλύτερη πηγή εισοδήματος στα γεράματα σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση. Παρ'όλα αυτά, όπως είναι κατανοητό η πλειοψηφία των μεσαίων στρωμάτων δεν θα δύναται να συνάψει ιδιωτικές ασφαλίσεις και θα πρέπει να βασιστεί στο μέλλον στις δικές της δυνάμεις για να μπορέσει να διατηρήσει ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο, να βασιστεί δηλαδή στις δικές της, πολύ συχνά, μηδαμινές αποταμιεύσεις.

1.4 Αποτελέσματα συνεπειών της πληθυσμιακής γήρανσης

Είναι σαφές ότι, δεδομένης της απότομης αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων και της ταυτόχρονης μείωσης του αριθμού των νεότερων παραγωγικών ηλικιών, οι κοινωνίες θεωρούν όλο και πιο αναγκαία τη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας και συντάξεων (*Jeremy Laurance, 2002*). Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης, ασκεί μεγάλη πίεση στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Οι ηλικιωμένοι κάτοικοι των περισσότερων πλούσιων χωρών έρχονται, ήδη, αντιμέτωποι με πλήθος δυσμενέστερων μεταρρυθμίσεων, όπως οι περικοπές στις συντάξεις και στα επιδόματα παροχών, η αύξηση του ορίου της ηλικίας συνταξιοδότησης και οι ρυθμίσεις χαμηλότερου κόστους επιβίωσης. Η υπογεννητικότητα, όπως προαναφέρθηκε, οδήγησε στη μείωση του νεαρού πληθυσμού και κατά συνέπεια του οικονομικά ενεργού πληθυσμού. Εάν ο λόγος εργαζόμενων-συνταξιούχων επιδεινωθεί δραματικά, όπως αναμένεται, μέσα στις επόμενες δεκαετίες, οι εργαζόμενοι θα αναγκαστούν να πληρώσουν υψηλότερους φόρους (οι περισσότερες χώρες αναγκάζονται να δανειστούν, γεγονός που βαραίνει οικονομικά τόσο τις παρούσες όσο και τις επόμενες γενιές) και κρατήσεις, έτσι ώστε να μπορούν να καλύψουν επαρκώς τόσο τις συντάξεις και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, όσο και τα συστήματα υγείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Επίσης, η μετανάστευση (*Human Migration, 2009*) αναφέρεται όλο και περισσότερο ως ένας τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων που προβλέπεται να απορρέουν από τη γήρανση του πληθυσμού και ιδιαίτερα ως προς το μέγεθος και τη σύνθεση του εργατικού δυναμικού καθώς και τη χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η μετανάστευση θεωρείται όλο και καλύτερη λύση στα προβλήματα της υπογεννητικότητας και της ταυτόχρονης αύξησης του προσδόκιμου ζωής στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και την Αμερική. Το αντίθετο φαινόμενο παρουσιάζεται στις λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες, οι οποίες κρατούν ακόμα υψηλά ποσοστά γεννητικότητας, χαμηλό προσδόκιμο ζωής και κατά συνέπεια έχουν ένα πλεόνασμα νέου, οικονομικά παραγωγικού πληθυσμού σε περιοχές που υπάρχουν παραδοσιακά λιγότερες ευκαιρίες εργασίας. Ως εκ τούτου, για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα χρηματοδότησης των συστημάτων συντάξεων και υγείας και γενικότερα τη γήρανση του πληθυσμού καθώς και την τόνωση της οικονομικής ανάπτυξης και παραγωγής, οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης και η Αμερική έχουν ανοίξει τα σύνορα τους στους μετανάστες που εμφανίζονται σαν μια φθηνότερη εργατική δύναμη που θα βοηθήσει στην περαιτέρω οικονομική άνθηση τους, στην χρηματοδότηση των κοινωνικών συστημάτων ασφάλισης αλλά και στην βελτίωση των συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας τόσο των ηλικιωμένων όσο και των ατόμων που τα φροντίζουν (κυρίως των μελών της οικογένειας).

Είναι γνωστό πως, η μετανάστευση από φτωχότερες και ανεπτυγμένες χώρες προς τις πλουσιότερες χώρες της Ευρώπης, την Αμερική, την Αυστραλία και την Ιαπωνία έχει χρησιμοποιηθεί σαν κύριο μέσο αντιμετώπισης της γήρανσης των πληθυσμών με σκοπό κυρίως την ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης και της παραγωγής (*Dr. Robert Suro and Alejandro Garcia, 2009*) και, δευτερευόντως, την τόνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης. Παρ'όλα αυτά υπάρχει μια μερίδα επιστημόνων που επισημαίνει ότι μακροπρόθεσμα η μετανάστευση δεν βοηθάει τις χώρες που τους φιλοξενούν, αφού και οι μετανάστες γερνούν αλλά και αυτοί της δεύτερης και τρίτης γενιάς προσαρμόζονται στα κοινωνικά πρότυπα της χώρας που τους φιλοξενεί (γεννούν λιγότερα παιδιά και όπως είναι φυσικό διεκδικούν τις ίδιες παροχές ασφάλισης, υγειονομικής περίθαλψης και

σύνταξης), με αποτέλεσμα να υπάρχει η ανάγκη όλο και μεγαλύτερου αριθμού μεταναστών σε κάθε ανεπτυγμένη χώρα. Γι' αυτό το λόγο, οι περισσότεροι εμπειρογνώμονες προτείνουν πως η καλύτερη λύση αντιμετώπισης της γήρανσης του πληθυσμού είναι ο συνδυασμός της ελεγχόμενης κατ'έτος μετανάστευσης με έναν αριθμό πολιτικο-κοινωνικών μεταρρυθμίσεων που θα προωθεί και θα παρακινεί περισσότερο την αύξηση της εγγενούς τεκνοποίησης (καλύτερες παροχές στις μητέρες, περισσότερες μέρες άδειας μητρότητας, ευέλικτα ωράρια κλπ.)

1.5 Προβλέψεις για την Ελλάδα ¹

Στη χώρα μας οι εξελίξεις δεν ξεφεύγουν από το γενικότερο κανόνα: κάθε χρόνο και λιγότεροι, και μεγαλύτεροι θα γίνονται οι Έλληνες έως το 2050 σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΗΕ. Ο ελληνικός πληθυσμός θα μειώνεται μέσα στα επόμενα χρόνια και αναμένεται να αντιστοιχεί σε λιγότερα από 9 εκατομμύρια το 2050. Σε μέτρηση το 2006 αντιστοιχούσαν σχεδόν 1,4 παιδιά σε κάθε Ελληνίδα κατατάσσοντας την Ελλάδα στις χαμηλότερες θέσεις του πίνακα γεννητικότητας. Για να μη μειωθεί ο πληθυσμός χρειαζόμαστε 2,1 παιδιά ανά γυναίκα. Αναλογικά θα μειωθεί και ο παραγωγικός πληθυσμός, ενώ ταυτόχρονα θα αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των συνταξιούχων. Στην Ελλάδα, ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης του πληθυσμού, δηλαδή το ποσοστό των ατόμων 65+ σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους έφτανε το 2000 το 29% και μέσα σε δύο χρόνια, δηλαδή μέχρι το 2002, έφτασε το 33%, ενώ σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ (*OECD, Greece, 2011*) σήμερα ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65+ φτάνει περίπου το 18,7% (μέσος όρος ΟΟΣΑ:15%) και τα άτομα ηλικίας 80+ ανέρχονται στο 4,3% του πληθυσμού (μέσος όρος ΟΟΣΑ:4%), γεγονός που υποδηλώνει ότι η Ελλάδα ανήκει σε μια από τις ταχύτερα γηράσκουσες χώρες. Ο αριθμός των ατόμων στις ηλικίες συνταξιοδότησης προβλέπεται μέχρι το 2040 να αυξηθεί κατά 50% σε σχέση με το 2000. Την ίδια περίοδο ο αριθμός των ατόμων που θα είναι στις ηλικίες εργασίας προβλέπεται να μειωθεί περίπου κατά 13%. Οι Έλληνες 60 και άνω, το 2050 θα αποτελούν το 41% του πληθυσμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δραματική μείωση της αναλογίας εργαζομένων προς συνταξιούχους από 2,4 που είναι σήμερα, κάτω από 1,2 μετά το 2040.

Είναι θετικό το γεγονός ότι ενώ γερνάει ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξάνεται ο αριθμός των μεταναστών που εγκαθίστανται στη χώρα μας. Οι μετανάστες αντιπροσωπεύουν το 7,2% του πληθυσμού της Ελλάδας και σε ποσοστό 80%, βρίσκονται σε εργάσιμες ηλικίες. Σύμφωνα με ανακοίνωση του 8ου πανελληνίου συνεδρίου γεροντολογίας-γηριατρικής που έγινε τον περασμένο Ιανουάριο στη χώρα μας, η Ελλάδα είναι από τις πιο «ώριμες» χώρες στον κόσμο μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και την Ιαπωνία. Στη γειτονική Τουρκία οι εξηντάρηδες δεν ξεπερνούν το 6% του πληθυσμού.

Τέλος, τα νοικοκυριά είναι μικρότερα σε μέγεθος αλλά και λιγότερο σταθερά. Πλέον γίνονται λιγότεροι γάμοι, σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ υπάρχουν και περισσότερα διαζύγια. Η δυνατότητα των οικογενειών στο μέλλον να προσφέρουν στήριξη στα υπερήλικα μέλη τους αναμένεται να μειωθεί σημαντικά.

¹ «Η γήρανση του πληθυσμού». Το απόσπασμα αυτό γράφτηκε στο ελληνικό blog:mauripena.blogspot.com χρησιμοποιώντας πηγή από το «Επιστημονικό Μάρκετινγκ», 2010, morax εκδόσεις, (<http://www.morax.gr/>)

Παρόμοιες προβλέψεις υπάρχουν και στη Eurostat

(<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>)

1.6 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε, λοιπόν, στην γήρανση του πληθυσμού, στις αιτίες και στις συνέπειες που εκείνη έχει στο σύνολο του παγκόσμιου πληθυσμού. Όσο αυξάνονται τα άτομα ηλικίας 65+ και ιδιαίτερα τα άτομα 80+ , παρατηρείται στο εγγύτερο μέλλον και η αύξηση της ζήτησης για μακροχρόνια φροντίδα. Μέχρι και πριν λίγα χρόνια η μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων περιοριζόταν σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων, και μπορούσε να απορροφηθεί μέσα από την οικογένεια και από τα ισχύοντα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και ιατρικής περίθαλψης. Σήμερα όμως που το προσδόκιμο ζωής των ατόμων έχει αυξηθεί και θα αυξηθεί περισσότερο μελλοντικά, με την ταυτόχρονη μείωση των νεότερων ηλικιακών ομάδων λόγω υπογεννητικότητας αλλά και με τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές κάτω από τις οποίες όλο και περισσότερες γυναίκες (που συνήθως αναλάμβαναν το ρόλο του άτυπου φροντιστή) εργάζονται και βλέπουν τον ρόλο και τον προορισμό τους με διαφορετικό τρόπο από εκείνο των προηγούμενων γενιών, η διαθεσιμότητα για προσφορά φροντίδας περιορίζεται όλο και περισσότερο, όσον αφορά την άτυπη μορφή της, δημιουργώντας ένα δυσοίωνα περιβάλλον για τους ηλικιωμένους, αν δεν υπάρξουν οι απαραίτητες πολιτικές βελτίωσης και υποστήριξης παροχών φροντίδας και εξυπηρέτησης αλλά και του συστήματος παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.1 Ορισμός μακροχρόνιας φροντίδας

Η μακροχρόνια (ή χρόνια) φροντίδα συνεπάγεται την παροχή ορισμένων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα που χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων για τη διεκπεραίωση βασικών αλλά και δευτερευόντων καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας, κατά τη διάρκεια μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου. Η βοήθεια αυτή παρέχεται συχνότερα από μη επαγγελματίες φροντιστές, όπως είναι οι συγγενείς ή φίλοι (για το ρόλο της οικογένειας θα μιλήσουμε αναλυτικότερα παρακάτω) και ύστερα από κρατικούς φορείς, από επαγγελματίες φροντιστές ή/και από κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις. Η μακροχρόνια φροντίδα κινείται στα όρια μεταξύ υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας και παρέχεται συνήθως σε άτομα που πάσχουν από εκ γενετής ή επίκτητη ανικανότητα ή αναπηρία ή ασθένεια, σε τραυματισμό, ή σωματική αδυναμία λόγω γηρατειών. Με λίγα λόγια μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να σημαίνει επείγουσα και συνεχή υγειονομική περίθαλψη αλλά και συνεχή εξυπηρέτηση για τη συνέχιση της κανονικής διαβίωσης των ασθενών ή ηλικιωμένων. Η φροντίδα αυτή μπορεί να διαρκέσει από μερικές βδομάδες ή μήνες μέχρι και για πολλά χρόνια. Η διάρκεια της φροντίδας εξαρτάται από τους λόγους που την επιβάλλουν και χωρίζεται στην προσωρινά μακροπρόθεσμη φροντίδα (αποκατάσταση από παραμονή σε νοσοκομείο, αποκατάσταση ασθένειας, τραυματισμού ή χειρουργικής επέμβασης, ή τελικό στάδιο ιατρικής κατάστασης) και την συνεχή μακροχρόνια φροντίδα (χρόνιες σωματικές παθήσεις, μόνιμη ανικανότητα, άνοια, συνεχής ανάγκη για βοήθεια σε εκπλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ανάγκη για επίβλεψη).

Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της φροντίδας είναι ο μακροχρόνιος (μη επείγων) χαρακτήρας, πράγμα που την διακρίνει από τις απλές ιατρικές υπηρεσίες περίθαλψης. Επείγων χαρακτήρας σημαίνει ότι οι ιατρικές -ή ιατροκεντρικές- υπηρεσίες είναι έτσι δομημένες ώστε να διευκολύνουν την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών (η πλευρά της προσφοράς). Αντίθετα στη μακροχρόνια φροντίδα κυρίαρχο ρόλο θα έπρεπε να έχουν οι προτιμήσεις αυτού που δέχεται τη φροντίδα, δηλαδή η βελτιωμένη ποιότητα ζωής του (πλευρά της ζήτησης). Η θεμελιώδης αυτή διάκριση δυστυχώς δεν θεωρείται δεδομένη ακόμα σε πολλά κράτη και συχνά η ιατροκεντρική προσέγγιση συνεπάγεται χειρότερη ποιότητα ζωής αλλά και υψηλότερο κόστος, αφού ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ατόμων, κυρίως ηλικιωμένων, που απλώς χρειάζονται ένα χέρι βοήθειας για να εξυπηρετηθούν, καταλαμβάνει θέσεις σε νοσοκομεία μόνο και μόνο λόγω έλλειψης υποδομών (*Πλάτων Τήνιος, 2009*), ή/και λόγω αδυναμίας ή οικογενειακού περιγύρου.

2.2 Η πλευρά της ζήτησης παροχών μακροχρόνιας φροντίδας

Ζήτηση και Ανάπτυξη των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας: Η μεγαλύτερη ανάπτυξη των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας προήλθε από την εξέλιξη και ανάπτυξη στην ιατρική και την τεχνολογία κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα. Η ικανότητα του συστήματος υγείας να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει ασθένειες που παλαιότερα ήταν θανατηφόρες οδήγησε στην αύξηση του

προσδόκιμου ζωής των ατόμων, δημιουργώντας όμως έναν αυξανόμενο πληθυσμό που χρήζει όλο και περισσότερο κάποια από τις παραπάνω μορφές μακροχρόνιας ανάγκης. Εκτιμήσεις που έχουν γίνει κατά καιρούς από εμπειρογνώμονες (*Economist*, 2009) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τουλάχιστον το 60% του πληθυσμού κάθε χώρας θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της ζωής του εκτεταμένη βοήθεια για την εκπλήρωση μιας ή και περισσότερων καθημερινών δραστηριοτήτων. Έτσι λοιπόν προκύπτει το συμπέρασμα ότι, όχι μόνο θα υπάρχουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι, οι οποίοι ζώντας περισσότερο θα χρησιμοποιούν τα συστήματα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού, η διάρκεια της ανάγκης για παροχή συνεχούς φροντίδας θα επεκτείνεται για περισσότερα -από παλαιότερα- χρόνια.

Αυτή η πρόοδος έχει, βεβαίως, αποδεικτεί ευεργετική για τους ηλικιωμένους, αλλά έχει προκαλέσει και προβλήματα τόσο στους μη επαγγελματίες φροντιστές όσο και στα ίδια τα κράτη. Η αύξηση του χρόνου ζωής του ανθρώπου οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες χρόνιας φροντίδας καθώς και στην αύξηση των προσδοκιών για περαιτέρω ιατροφαρμακευτικές προόδους και μεθόδους. Οι εξελίξεις στην ιατρική και η αύξηση του γηραιού πληθυσμού έθεσαν την ανάγκη να εισαχθούν οι παροχές και οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό να μπορέσουν να βοηθήσουν τον αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν ανάγκης μακροχρόνιας βοήθειας καθώς και να περιορίσουν το κόστος περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά όμως, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, η οργάνωσή τους και ο ρόλος τους στο πλαίσιο των συστημάτων κοινωνικής προστασίας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε κάθε κράτος, οι οποίες οφείλονται στις διαφορές της κατανομής των αρμοδιοτήτων (οικογενειακού, δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα), της οργάνωσης του τομέα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και των ορίων μεταξύ της ιατρικής φροντίδας και της κοινωνικής πρόνοιας που θέτει η κάθε χώρα ξεχωριστά.

Ποιές είναι όμως οι ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας; Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται σε άτομα που χρειάζονται βοήθεια για την εκπλήρωση των πρωτευόντων (Activities of Daily Living-ADLs) και δευτερευόντων (Instrumental Activities of Daily Living-IADLs) καθημερινών δραστηριοτήτων, λόγω ανικανότητας, αναπηρίας ή ασθένειας αλλά κυρίως λόγω αδυναμίας των ηλικιωμένων (οι ηλικιωμένοι αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που χρειάζονται συνεχή φροντίδα, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και κατά συνέπεια αύξησης του γηραιού πληθυσμού). Οι βασικές καθημερινές δραστηριότητες-ADLs, για τις οποίες πολλά άτομα χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων είναι:

- Φροντίδα σώματος: βοήθεια στην ατομική υγιεινή (πλύσιμο σώματος, λούσιμο, τουαλέτα, ξύρισμα κλπ)
- Διατροφή: βοήθεια στην προετοιμασία και στην κατανάλωση φαγητού
- Κίνηση: βοήθεια στη κίνηση μέσα στο σπίτι όπως να πάει ή να σηκωθεί από το κρεβάτι, στο περπάτημα, να ανέβει σκάλες, βοήθεια στο ντύσιμο κλπ
- Οικιακή βοήθεια: βοήθεια στα ψώνια, στο καθάρισμα του σπιτιού, στο πλύσιμο των ρούχων και των πιάτων κ.α.

Εκτός από τη βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες, υπάρχει και βοήθεια σε άλλους τομείς- IADLs, όπως:

- Οικονομική διαχείριση : βοήθεια στην σωστή διαχείριση του εισοδήματος του ατόμου με ανάγκες για κάλυψη τρέχοντων και εκτάκτων εξόδων

(πληρωμή λογαριασμών ή ενοικίου, έξοδα διατροφής, ιατροφαρμακευτικά έξοδα κλπ)

- Οικιακές επισκευές: βοήθεια σε βλάβες που προκύπτουν στο σπίτι (αλλαγή λάμπας, επισκευή ή ρύθμιση οικιακών συσκευών κλπ.)
- Μετακίνηση: βοήθεια στις μετακινήσεις του ατόμου εκτός σπιτιού όπως μεταφορά σε γιατρούς ή κρατικές υπηρεσίες, σε κοινωνικές εκδηλώσεις, περπάτημα κλπ
- Πρόληψη: βοήθεια και παρακολούθηση στην σωστή λήψη φαρμάκων, μέτρηση πίεσης και θερμοκρασίας σώματος κ.ο.κ.

Βέβαια, τα ηλικιωμένα ή ανάπηρα άτομα δεν χρειάζονται μόνο βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα ασθενικά ή άρρωστα επί μακρόν άτομα έχουν ανάγκη συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης από την πιο απλή (σωστή λήψη φαρμάκων, μέτρηση πίεσης και θερμοκρασίας, συχνές ιατρικές εξετάσεις κλπ.) μέχρι και την πιο εντατική (καθημερινή ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία σε νοσοκομείο-τελικό στάδιο ασθένειας). Η ιατρική παρακολούθηση συμπεριλαμβάνει, εκτός από τη σωματική, και την ψυχική παρακολούθηση που συχνά χρειάζονται τα άτομα με μακροχρόνια ασθένεια και αναπηρία και θεωρείται εξίσου σημαντική με τη σωματική, αφού κατά κανόνα η καλή ψυχική υγεία επηρεάζει τη βελτίωση της φυσικής.

Σε αυτό το σημείο δεν πρέπει να ξεχνάμε πως το άτομα γενικά, αλλά πολύ περισσότερο τα ασθενικά ή ανάπηρα άτομα έχουν την ανάγκη να αισθάνονται αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας. Το κράτος είτε μέσω οικονομικών παροχών, είτε μέσω κοινωνικών-κοινοτικών υπηρεσιών (ΚΑΠΗ, Κέντρα Αποκατάστασης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, κ.α.) πρέπει να δίνει τη δυνατότητα στα άτομα με ειδικές ανάγκες να συνεχίζουν να έχουν ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο, να μπορούν να συμμετέχουν σε κάθε είδους δραστηριότητες αλλά και να συναναστρέφονται με άλλους ανθρώπους.

Γενικά η έκταση της ανάγκης φροντίδας, ή αλλιώς έλλειψη αυτονομίας, συνήθως εκτιμάται σε δειγματοληπτικές ερωτήσεις για το κατά πόσον υπάρχει δυσκολία αυτόνομης εκπλήρωσης συγκεκριμένων καθημερινών βασικών και δευτερευόντων καθημερινών δραστηριοτήτων (ADLs και IADLs). Συμβατικά θεωρείται ότι η ανάγκη φροντίδας υπάρχει, εφόσον υπάρχουν 2 και περισσότερα ADLs που απαιτούν τη βοήθεια τρίτου για την εκπλήρωσή τους, αφού μετρούν κυρίως την φυσική ικανότητα ενός ατόμου. Αναπηρίες, που ανάγονται σε διανοητικά αίτια, μετρούνται με διαφορετικές ερωτήσεις για τις καθημερινές λειτουργίες (IADLs) και αφορούν θέματα, όπως είναι η ικανότητα απάντησης τηλεφωνικής κλήσης, η χρήση χάρτη κ.ο.κ. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, πως αν μετρηθεί η ανάγκη βοήθειας ενός ηλικιωμένου ατόμου, βάσει των αναγκών που προκύπτουν μετρώντας τα ADLs και IADLs, η έκταση της βοήθειας που χρειάζονται τα ηλικιωμένα άτομα θα είναι πάρα πολύ σημαντική, αφού, δεδομένου του αυξημένου χρόνου ζωής των σημερινών ατόμων, οι δυσκολίες στην εκπλήρωση βασικών δραστηριοτήτων συνεχώς, με το πέρασμα των ετών, θα αυξάνονται. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε πως, στην Αμερική, οι ερωτήσεις αυτές γίνονται σε όλους τους ασφαλισμένους της Medicare (πρακτικά σε όλα τα άτομα 65+), έτσι ώστε να μπορεί να γίνει μια πρώτη εκτίμηση των ατόμων με ανάγκες, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει πως όλα τα άτομα με περισσότερα από 2 ADLs, λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας από το κράτος, καθώς αυτό θα ήταν αδύνατο λόγω του μεγάλου αριθμού ατόμων που αποτελούν το μέρος της ζήτησης φροντίδας. Συνεπώς, βλέπουμε πως στην Αμερική, όπως και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, κοινή συνιστώσα όλων των αναλύσεων μακροχρόνιας φροντίδας είναι το

τεράστιο έλλειμα μεταξύ των αναγκών (δηλαδή της ζήτησης) και των σημερινών ικανοτήτων των κρατών να προσφέρουν οργανωμένες υπηρεσίες φροντίδας (προσφοράς) (Πλάτων Τήνιος, 2010).

Ποιοί λαμβάνουν υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας; Γενικά δεν υπάρχουν όρια στο ποιός (η πλευρά της ζήτησης) πρέπει και για πόσο διάστημα να λαμβάνει παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Η χρήση τους συνήθως ορίζεται βάσει συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης (χρόνια νοσήματα, όπως Alzheimer, καρκίνος, καρδιαγγειακές και εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, κ.λπ. ή μόνιμη ανικανότητα ή αναπηρία) ή σαν σωρευτικό αποτέλεσμα της γήρανσης, χωρίς να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία (βοήθεια στη εκπλήρωση καθημερινών δραστηριοτήτων). Οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας κατανομούνται κυρίως σε δυο ομάδες ατόμων που τις χρησιμοποιούν:

- *Ηλικιωμένα άτομα:* Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν ανάγκη παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στις περισσότερες κοινωνίες (κυρίως σε εκείνες που ήδη παρουσιάζουν το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης) είναι οι ηλικιωμένοι και περισσότερο εκείνοι που είναι ηλικιάς 75+. Ακόμα κι αν υπάρχει μια γενικώς αυξανόμενη τάση ανάγκης χρόνιας φροντίδας σε μη-ηλικιωμένα άτομα, τα άτομα ηλικίας 75 και πάνω κάνουν μια συγκριτικά μεγάλη χρήση των υπηρεσιών αυτών, είτε λόγω της σοβαρής κατάστασης της υγείας τους είτε λόγω της σωματικής αδυναμίας και ανικανότητας που τους «επιβάλλει» το προχωρημένο της ηλικίας τους.
- *Μη-ηλικιωμένα άτομα:* Ακόμα και αν οι ηλικιωμένοι είναι κατά πολύ εκείνοι που χρησιμοποιούν ευρέως τις υπηρεσίες παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, υπάρχει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ατόμων που τις έχει ανάγκη και τις χρησιμοποιεί. Το ποσοστό αυτό αποτελείται από ενήλικες και παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα φυσικής ή νοητικής αναπηρίας ή ανικανότητας ή χρόνιες παθήσεις (π.χ. AIDS). Ασθένειες, όπως Alzheimer, καρδιοπάθειες, πνευμονολογικές παθήσεις, καρκίνος κλπ, που κατά κύριο λόγο παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους, μαστίζουν ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που δεν έχουν φτάσει ακόμα στην τρίτη ηλικία. Έτσι λοιπόν και αυτά τα άτομα, όπως οι ηλικιωμένοι, βασίζονται στην βοήθεια των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για να συνεχίζουν να ζούν όσο είναι δυνατό φυσιολογικά, δεδομένης της κατάστασής τους.

2.3 Η πλευρά της προσφοράς μακροχρόνιας φροντίδας

Η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, που επιζητούν κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα, λόγω της αυξημένης πληθυσμιακής γήρανσης έχει οδηγήσει, όπως είναι φυσικό, και στην αύξηση της προσφοράς. Η προσφορά οργανώνεται και παρέχεται είτε σε επαγγελματικό επίπεδο από επαγγελματίες φροντιστές, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες εντός και εκτός νοικοκυριού είτε σε άτυπη μορφή υπηρεσιών από μη επαγγελματίες φροντιστές. Η πλευρά της επαγγελματικής προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας διαχωρίζεται επίσης ανάμεσα στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, των οποίων η φύση, η χρηματοδότηση αλλά και το είδος των υπηρεσιών παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για τη

σωστή κατανομή, στα άτομα με ανάγκες φροντίδας, και λειτουργία των συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.

Ποιοί παρέχουν υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας; Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας χωρίζεται στην επίσημη ή επαγγελματική και στην άτυπη παροχή φροντίδας (η πλευρά της προσφοράς) :

- Η επίσημη παροχή φροντίδας προσφέρεται από εθελοντές ή επί μισθώσει επαγγελματίες φροντιστές (formal caregivers) που σχετίζονται με το σύστημα παροχής υπηρεσιών. Το σύστημα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνει κερδοσκοπικές ή μη-κερδοσκοπικές παροχές και υπηρεσίες, όπως οίκοι ευγηρίας, υποβοηθούμενη διαβίωση, υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, κοινοτικές υπηρεσίες, άσυλα φροντίδας και αποκαταστάσεως, ημερήσια φροντίδα ενηλίκων, κέντρα προστασίας ηλικιωμένων κλπ. Για το είδος των υπηρεσιών αυτών και τον τρόπο χρηματοδότησής τους θα μιλήσουμε με περισσότερες λεπτομέρειες παρακάτω.
- Η άτυπη παροχή φροντίδας παρέχεται από μη-επαγγελματίες φροντιστές (informal caregivers) και αφορά κυρίως στη βοήθεια των ατόμων με ανάγκες για την διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων αλλά και στην παροχή κάποιας βασικής ιατρικής φροντίδας (μέτρηση πίεσης και θερμοκρασίας, ενέσεις, αλλαγής επιδέσμων και περιποίησης τραυμάτων, παρακολούθηση λήψης φαρμάκων). Μη-επαγγελματίες φροντιστές θεωρούνται τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι, οι γείτονες ή μέλη εκκλησιών που παρέχουν εθελοντικά τη βοήθεια τους από αγάπη, σεβασμό και υποχρέωση στα ηλικιωμένα ή με ειδικές ανάγκες άτομα. Η άτυπη παροχή φροντίδας ξεπερνάει κατά πολύ την επαγγελματική φροντίδα και χωρίς αυτήν, οι περισσότερες χώρες θα αντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα χρηματοδότησης για την κάλυψη των αναγκών αυτών των ατόμων, δεδομένης της σημαντικής αύξησης των ηλικιωμένων (κυρίως των 80+ που χρειάζονται και τη μεγαλύτερη βοήθεια).

Ρόλος της οικογένειας: Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, ακόμα και στις χώρες που παρέχονται «γενναιόδωρα» τα συστήματα παροχής υπηρεσιών για άτομα με αναπηρία ή τρίτης ηλικίας (Σκανδιναβικές χώρες), αφού η πλειοψηφία των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα πιστεύουν πως ακόμα και μόνο η παρουσία, πόσο μάλλον η ουσιαστική βοήθεια, των οικείων τους προσώπων είναι πολύ σημαντική. Σήμερα ο αυξανόμενος αριθμός των φροντιστών είναι αποτέλεσμα της αυξανόμενης ανάγκης για φροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν σήμερα περισσότερα χρόνια απ'ότι μια δεκαετία πριν. Στις περισσότερες χώρες τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας φροντίζουν ένα ανάπηρο παιδί ή αδελφό όσο και έναν ηλικιωμένο γονέα, είτε ζώντας στο ίδιο σπίτι είτε αρκετά κοντά του. Ακόμα και αν τα άτομα αυτά δεν είναι εξειδικευμένα σε ιατρικές υπηρεσίες, η συνεισφορά τους στην φροντίδα των ατόμων αυτών είναι ζωτικής σημασίας, αφού συντελούν στην βελτίωση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, ευημερίας και προσωπικής τους εξέλιξης. Παρ'όλα αυτά όμως, η μακροχρόνια φροντίδα των ατόμων με ανάγκες έχει κάποιο κόστος στη ζωή των φροντιστών, γι'αυτό το λόγο η οικογένεια ανήκει και στην πλευρά τόσο της προσφοράς όσο και της ζήτησης, αφού και οι μη-επαγγελματίες φροντιστές έχουν ανάγκη τη βοήθεια υποστήριξης και κατάρτισης από το κράτος. Πολλές φορές, οι φροντιστές ηθελημένα παρείχαν, για πολύ μεγάλο χρονικό

διάστημα, φροντίδα και υποστήριξη στο (ανάπηρο ή ηλικιωμένο) μέλος της οικογένειας τους εις βάρος της δικιάς τους υγείας, ευημερίας, μόρφωσης και επαγγελματικής εξέλιξης, αφού σε πολλές περιπτώσεις ηλικιακά νεότερα άτομα (κυρίως γυναίκες) εγκατέλειψαν την εργασία τους για να αναλάβουν τον ρόλο του φροντιστή σε συγγενικό τους πρόσωπο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζει το εισόδημα της οικογένειας, αλλά εμποδίζει και τον ίδιο το φροντιστή να αποταμιεύσει για τα δικά του γεράματα.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ (*OECD-50, 2011*), περισσότεροι από 1 στους 10 ενήλικες παρέχει φροντίδα σε άτομο με ανάγκες φροντίδες, απ'τους οποίους οι περισσότεροι εργάζονται δωρεάν, σχεδόν 10 ώρες την εβδομάδα. Αυτό που όμως παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι, συγκριτικά με τους επαγγελματίες φροντιστές, οι άτυποι φροντιστές έχουν 50% μεγαλύτερη πιθανότητα να ασχολούνται με την οικειακή φροντίδα, δουλεύουν 2 ώρες λιγότερες την εβδομάδα, και έχουν 20% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στο μέλλον διανοητικά προβλήματα υγείας!

Παρένθεση: Ο ρόλος της γυναίκας στον τομέα της φροντίδας

Σημαντικό ρόλο παίζει και ο παράγοντας φύλο στον τομέα της φροντίδας, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή είναι γυναικείου φύλου, γεγονός που επαληθεύεται μέσα από έκθεση, που δημοσίευσε ο ΟΟΣΑ, στην οποία αναφέρεται ότι σχεδόν τα 2/3 των άτυπων φροντιστών άνω των 50 ετών, καθώς και ότι 9 στους 10 επαγγελματίες φροντιστές, είναι γυναίκες (*OECD-50, 2011*).

Η παροχή φροντίδας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως οικονομικό ζήτημα, καθώς στη μέτρηση της συμβολής της στον συνολικό πλούτο της οικονομίας συγκαταλέγεται μόνο η αμειβόμενη παροχή φροντίδας, αλλά όχι η απλήρωτη. Έτσι υπο-εκτιμάται το συνολικό παραγόμενο προϊόν (αγαθά και υπηρεσίες) (*Λυμπεράκη, 2009, σε παραπομπή από Wagman and Folble, 1996*). Παράλληλα, οι υποχρεώσεις των γυναικών στην απλήρωτη παροχή φροντίδας, που αναλαμβάνουν αρκετά συχνά συγγενικά μέλη της οικογένειας (σύζυγος, κόρη, αδελφή, κ.λπ.), δημιουργούν εμπόδια στην απασχόλησή τους και άρα περιορίζουν την οικονομική τους συνεισφορά (διαφυγόν εισόδημα, το οποίο μεταφράζεται σε χαμηλότερο συνολικά παραγόμενο πλούτο) (*Λυμπεράκη, 2009, σε παραπομπή από Solow, 1990*). Στις περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομίες, οι γυναίκες με υποχρεώσεις φροντίδας αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα δυνητικών εργαζόμενων, των οποίων η σχέση με την αγορά εργασίας παραμένει ανολοκλήρωτη, δημιουργώντας σημαντικές επιπτώσεις και στην ευημερία της κοινωνίας, καθώς η ποιότητα φροντίδας επηρεάζει τόσο τα χαρακτηριστικά του εργατικού δυναμικού του μέλλοντος όσο και τις σχέσεις υποστήριξης και αλληλεγγύης ανάμεσα στις γενιές (*Λυμπεράκη, 2009, με παραπομπή από Himmelweit, 2005*).

Αξίζει, επίσης, να αναφερθούμε και στα φεμινιστικά οικονομικά (*Λυμπεράκη, 2009*), όπου χαρακτηριστικά αναφέρεται ο διαχωρισμός παροχής αμειβόμενης φροντίδας ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες φροντιστές και στην υπάρχουσα προκατάληψη που αναδεικνύεται εις βάρος των γυναικών, αφού, ακόμα και στις περιπτώσεις που άνδρες και γυναίκες κάνουν την ίδια εργασία, οι γυναίκες υφίστανται μια «μισθολογική τιμωρία» εξαιτίας του φύλου τους και όχι της εργασίας που κάνουν. Εμπειρικές έρευνες έχουν δείξει πως, αφού γίνει διόρθωση των αμοιβών ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, της εμπειρίας και των συνθηκών εργασίας, παραμένει ένα χάσμα μισθού που δεν μπορεί να αποδοθεί πουθενά αλλού παρά μόνο

στο φύλο των εργαζόμενων και ονομάζεται «μισθολογική τιμωρία των γυναικών» (pay penalty), αφού καταλήγουν να υποτιμήσουν την φύση, την ποιότητα και την ποσότητα της εργασίας των γυναικών (Λυμπεράκη, 2009, σε παραπομπή από England, 1992, 2005 και Sorensen, 1994).

Πού παρέχεται: Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούν οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχονται στα άτομα με χρόνιες ανάγκες από τον ιδιωτικό και από το δημόσιο τομέα (πλευρά της προσφοράς). Κάθε χώρα που έχει αναγνωρίσει πλέον τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα και οι οικογένειές τους αλλά και τις συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού, τους παρέχει κάποιες ή σχεδόν όλες από τις ακόλουθες παροχές (Harry Moore, 2009):

► Ιδιωτικός τομέας / Ιδιωτική ασφάλιση: Τα άτομα όταν έχουν την οικονομική ευχέρεια συνάπτουν, έναντι ενός ασφαλιστρού, ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας, την οποία ενδεχομένως να χρειαστούν στο μέλλον. Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας περιλαμβάνει οικονομική συμμετοχή κυρίως στις παρακάτω παροχές:

- Φροντίδα στο σπίτι (home care): Περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών που σκοπό έχουν την υποβοηθούμενη διαβίωση (assisted living) των εξαρτημένων και μη-αυτόνομων ατόμων στο σπίτι τους. Η φροντίδα στο σπίτι χωρίζεται στις εξής 2 κατηγορίες:
 1. την προσωπική φροντίδα (personal care) που παρέχεται από εκπαιδευμένα στον τομέα αυτό άτομα (αλλά όχι επαγγελματίες νοσηλευτές) και περιλαμβάνει τη βοήθεια στην εκπόνηση κάποιων καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων με ανάγκες (κυρίως βοήθεια στην ατομική υγιεινή, στην προετοιμασία και κατανάλωση φαγητού)
 2. την οικιακή φροντίδα (housekeeping) που παρέχεται από τις οικιακές βοηθούς και περιλαμβάνει την βοήθεια στην συντήρηση του σπιτιού (ψώνια, καθάρισμα, πλύσιμο πιάτων και ρούχων κλπ)
- Νοσηλεία στο σπίτι (nursing home care): Περιλαμβάνει την κατ'οίκον παρακολούθηση και νοσηλεία των ατόμων που χρήζουν βοήθειας (home health care) και παρέχεται από επαγγελματίες νοσηλευτές, γιατρούς ή επισκέπτες υγείας. Οι παροχές αυτών των εξειδικευμένων ατόμων περιλαμβάνουν γενικά σύνθετες νοσηλευτικές πράξεις (λήψη φαρμάκων, αλλαγή επιδέσμων, οξυγονοθεραπεία, φυσιοθεραπεία κλπ). Εκτός από τη νοσηλεία, αυτό το ιατρικώς εξειδικευμένο προσωπικό παρέχει συμβουλές στο άτομο και στην οικογένεια του και διεξάγει διαδικασίες αξιολόγησης της σοβαρότητας της κατάστασης του ατόμου. Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει και την επίσκεψη ψυχολόγων (mental health services) που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη τόσο στο άτομο, όσο και στην οικογένεια του.
- Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων (adult day care): Περιλαμβάνει την συνολική παροχή φροντίδας ατόμων με ανάγκες, παρέχεται από επαγγελματίες νοσηλευτές και σκοπό έχει να αντικαταστήσει πλήρως την φροντίδα που παρέχεται από την οικογένεια ή ένα φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο για κάποιο συγκεκριμένο μικρό χρονικό διάστημα (συνήθως μέχρι 90 μέρες)
- Ιατρικές εξετάσεις ή ακόμα και μικρής διάρκειας νοσηλεία (outpatient medical care) σε ιατρικά κέντρα ή νοσοκομεία.

Πολλά ασφαλιστήρια συμβόλαια καλύπτουν μέρος των εξόδων για υπηρεσίες ή συσκευές που βοηθούν στην αυτονομία του ατόμου. Τέτοιες παροχές είναι:

- Εξοπλισμός ιατρικών συσκευών (π.χ. αναπηρικά καροτσάκια)
- Κατασκευή ιατρικού εξοπλισμού στο σπίτι (π.χ. μπάρες υποστήριξης)
- Μεταφορά σε ιατρεία ή νοσοκομεία
- Ιατρική εκπαίδευση συγγενικού ή φιλικού προσώπου

Στον ιδιωτικό τομέα ανήκουν τα ιδιωτικά γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας (nursing homes) καθώς και ιδιωτικές εταιρίες που προσφέρουν υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι, και που πληρώνονται είτε εξολοκλήρου από το άτομο και την οικογένεια του είτε μέρος των εξόδων πληρώνεται από την ασφαλιστική εταιρία, εφόσον το άτομο έχει ασφαλιστεί για την συγκεκριμένη παροχή.

Συνήθως, η ιδιωτική ασφάλιση χρησιμοποιείται συμπληρωματικά των παροχών του κρατικού τομέα και τα άτομα που τη συνάπτουν έχουν τη δυνατότητα, λαμβάνοντας ένα σταθερό εισόδημα στο μέλλον, να καλύψουν κάποια πρόσθετα έξοδα που μπορεί να προκύψουν, λόγω της ανάγκης τους για φροντίδα, προστατεύοντας έτσι μέρος της περιουσίας τους και των αποταμιεύσεων τους.

► Δημόσιος τομέας / Κρατικές παροχές: Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες όλες οι παραπάνω υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας και υποστήριξης δεν προσφέρονται μόνο από τις ιδιωτικές και ασφαλιστικές εταιρίες αλλά και από κρατικούς και μη κερδοσκοπικούς (π.χ. εκκλησία) οργανισμούς. Οι παροχές και υπηρεσίες που παρέχονται από το κράτος στα άτομα που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και υποστήριξης μπορεί να είναι οι εξής:

- Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων-ΚΑΠΗ: Τα κέντρα αυτά προσφέρουν δυνατότητες κοινωνικής συναναστροφής και δραστηριότητες σε ηλικιωμένα (όχι απαραίτητα και εξαρτημένα) άτομα. Η παροχή γευμάτων σε ηλικιωμένα άτομα είναι επίσης δυνατή από κοινοτικά κέντρα ή εκκλησίες.
- Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες: Τα κέντρα αυτά παρέχουν προγράμματα υποστήριξης και ανάπτυξης ατόμων με ειδικές ανάγκες λόγω διανοητικής ανικανότητας. Τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτά τα κέντρα έχουν τη δυνατότητα να τους παρασχεθούν υπηρεσίες φροντίδας (προσωπική φροντίδα, ιατρική και ψυχιατρική παρακολούθηση) αλλά και να αναπτύξουν κοινωνικές συναναστροφές, τη δημιουργικότητά τους μέσω χειρονακτικών τεχνών, την ανεξαρτησία τους μέσω κοινωνικών προγραμμάτων Δεξιοτήτων και Καθημερινής Διαβίωσης καθώς και να διατηρήσουν, αθλούμενοι, την φυσική τους κατάσταση
- Γεύματα στο σπίτι (Meals-On-Wheels): Διανομή φαγητού στο σπίτι σε εξαρτημένα άτομα της τρίτης ηλικίας
- Κοινότητες Συνεχιζόμενης Φροντίδας Ατόμων σε Σύνταξη (Continuing Care Retirement Communities ή CCRCs): Αυτές οι κοινότητες κατοικίας περιλαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες του ηλικιωμένου ατόμου. Στην ίδια κοινότητα, μπορούν να υπάρξουν μεμονωμένα σπίτια ή διαμερίσματα για τους κατοίκους που θέλουν να ζουν ακόμα από μόνοι τους, η δυνατότητα υποβοηθούμενης διαβίωσης για τα άτομα που χρειάζονται κάποια βοήθεια για την εκπόνηση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους, και ένας οίκος ευγηρίας για εκείνους που απαιτούν πιο υψηλά επίπεδα φροντίδας. Οι κάτοικοι κινούνται από ένα επίπεδο φροντίδας προς το άλλο βάσει των αναγκών τους, συνεχίζοντας όμως την παραμονή τους στην κοινότητα αυτή.

- Φροντίδα στο σπίτι (home care): Περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών που σκοπό έχουν την υποβοηθούμενη διαβίωση (assisted living) των εξαρτημένων και μη-αυτόνομων ατόμων στο σπίτι τους. Η φροντίδα στο σπίτι χωρίζεται στις εξής 2 κατηγορίες:
 1. την προσωπική φροντίδα (personal care)
 2. την οικιακή φροντίδα (housekeeping)
- Νοσηλεία στο σπίτι (nursing home care): Περιλαμβάνει την κατ'οίκον παρακολούθηση και νοσηλεία των ατόμων που χρήζουν βοήθειας (home health care) και παρέχεται από επαγγελματίες νοσηλευτές, γιατρούς ή επισκέπτες υγείας. Οι παροχές αυτών των εξειδικευμένων ατόμων περιλαμβάνουν γενικά σύνθετες νοσηλευτικές πράξεις (λήψη φαρμάκων, αλλαγή επιδέσμων, οξυγονοθεραπεία, φυσιοθεραπεία κλπ). Εκτός από τη νοσηλεία, αυτό το ιατρικώς εξειδικευμένο προσωπικό παρέχει συμβουλές στο άτομο και στην οικογένειά του και διεξάγει διαδικασίες αξιολόγησης της σοβαρότητας της κατάστασης του ατόμου. Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει και την επίσκεψη ψυχολόγων (mental health services) που παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη τόσο στο άτομο, όσο και στην οικογένεια του.
- Ιατρικές εξετάσεις (outpatient medical care) σε ιατρικά κέντρα ή δημόσια νοσοκομεία.
- Φαρμακοθεραπεία και ιατρικός εξοπλισμός.
- Οίκοι ευγηρίας (nursing homes): Παρέχουν ένα ευρύ φάσμα προσωπικής αλλά και ιατρικής φροντίδας. Γενικά οι οίκοι ευγηρίας παρέχουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης διαβίωσης (ντύσιμο, πλύσιμο, τουαλέτα) σε ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν από μόνα τους να φροντίσουν τον εαυτό τους λόγω φυσικής, συναισθηματικής ή διανοητικής ανικανότητας.
- Κρατικοί ξενώνες ή άσυλα φροντίδας (hospice care): Η παροχή φροντίδας από άσυλα περιλαμβάνει υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής και προσωπικής φροντίδας. Τα άσυλα αυτά παρέχουν υπηρεσίες που αντικαθιστούν προσωρινά τις υπηρεσίες που προσφέρουν επαγγελματίες νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας. Το προσωπικό των ασύλων είναι πάντα διαθέσιμο (24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες της εβδομάδας) και εστιάζει στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου, διεξάγοντας κατ'οίκον επισκέψεις. Τα άσυλα φροντίδας παρέχουν επιπρόσθετες υπηρεσίες φροντίδας και υποστήριξης σε περίπτωση που το ενδιαφερόμενο άτομο θα εισαχθεί σε αυτά, έχοντας ανάγκη 24ωρης (skilled nursing facility) ή λιγότερο από 24 ώρες (intermediate nursing facility) επίβλεψης ή ιατρικής παρακολούθησης.
- Νοσηλεία σε νοσοκομείο (inpatient medical care) : Εισαγωγή σε νοσοκομείο για παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας σε άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμη ιατρική κατάσταση.
- Οικονομικές παροχές και επιδόματα μακροχρόνιας φροντίδας (π.χ. επίδομα αναπηρίας) που στόχο έχουν να βελτιώσουν το βιοτικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά να αντικαταστήσουν και το χαμένο εισόδημα των μη-επαγγελματιών φροντιστών (υπόλοιπων μελών της οικογένειας) που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους για να παρέχουν τη βοήθεια και τη φροντίδα τους στα συγγενικά τους πρόσωπα. Στις οικονομικές παροχές ανήκει και η παροχή συσκευών (αναπηρικό καροτσάκι ή κρεβάτι, ράμπες υποστήριξης κλπ.) από το κράτος με την έννοια ότι το κράτος καλύπτει μέρος των εξόδων για την αγορά τους με σκοπό την περαιτέρω διευκόλυνση της αυτονομίας του ατόμου.

- Τηλεφωνική υποστήριξη και βοήθεια: Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας μπορούν μέσω τηλεφώνου να πάρουν κάποιες οδηγίες και συμβουλές, να ζητήσουν ιατρική βοήθεια ή ακόμα και ψυχολογική υποστήριξη. Η τηλεφωνική υποστήριξη παρέχεται κυρίως από συγκεκριμένες ιατρικές μονάδες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από τους φροντιστές.
- Εκπαίδευση και υποστήριξη των μη-επαγγελματιών φροντιστών: Οι μη-επαγγελματίες φροντιστές έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν πάνω σε περαιτέρω ικανότητες, όπως π.χ. πως να σηκώνουν ένα ανάπηρο άτομο χωρίς να του προκαλούν πόνο. Οι φροντιστές αυτοί μπορούν επίσης μέσω συστημάτων ψυχολογικής υποστήριξης, να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα και τα προβλήματα που τους δημιουργεί η εξυπηρέτηση των οικείων τους προσώπων.

Γενικά η μακροχρόνια φροντίδα και υποστήριξη περιγράφει τις δραστηριότητες, τις υπηρεσίες και τις ανθρώπινες σχέσεις που βοηθούν ένα άτομο να παραμείνει όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητο, πιο ασφαλές και πιο δραστήριο γίνεται, να μπορεί να συμμετέχει και να συνεισφέρει στην κοινωνία κατά τη διάρκεια της ζωής του. Οι άνθρωποι με ανάγκες αναζητούν βοήθεια και υποστήριξη στην οικογένεια, στους φίλους, στην κοινωνία αλλά και υποστήριξη από το κράτος (είτε οικονομική ενίσχυση μέσω των επιδομάτων είτε με ένα ανεπτυγμένο σύστημα υπηρεσιών φροντίδας) για να μπορούν να συνεχίσουν να αισθάνονται ασφαλείς και ανεξάρτητοι, διατηρώντας την παραμονή τους στο δικό τους σπίτι και να έχουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής.

2.4 Χρηματοδότηση των συστημάτων παροχής φροντίδας

Οι περισσότερες από τις παραπάνω παροχές που δέχτη τελικά έχουν τα άτομα που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και υποστήριξης, χρηματοδοτούνται τόσο από το δημόσιο (public funds) και από τις ιδιωτικές ασφαλίσεις μακροχρόνιας φροντίδας (private long term care insurance), όσο και από προσωπικά έξοδα (out-of-pocket expenditures).

Ποιός και πώς πληρώνει για την ύπαρξη των συστημάτων παροχής φροντίδας; Ο δημόσιος τομέας χρηματοδοτεί τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας εισπράττοντας εισφορές μέσω γενικών και τοπικών φόρων από όλα τα άτομα, χωρίς να υπάρχει άμεση σύνδεση αυτών που πληρώνουν και αυτών που λαμβάνουν την παροχή (εφαρμόζεται το διανεμητικό σύστημα). Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από εισφορές που πληρώνουν, όταν μπορούν, τα άτομα που επιθυμούν σε μερικά χρόνια, όταν παραστεί ανάγκη, να εισπράξουν πίσω μέρος των χρημάτων τους για να μπορούν να συμπληρώσουν το εισόδημα τους, αλλά και να καλύψουν πρόσθετες ανάγκες λόγω μακροχρόνιας φροντίδας (κεφαλαιοποιητικό σύστημα). Ωστόσο, όταν παραστεί ανάγκη τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας δεν καλύπτει εξ'ολοκλήρου τα έξοδα που προκύπτουν για την κάλυψη των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας, με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος των εξόδων παροχής φροντίδας να καλύπτεται από προσωπικά έξοδα.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι η χρηματοδότηση για τις παροχές και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας στους ηλικιωμένους απασχολεί όλο και περισσότερο τα

κράτη δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού αλλά και της μείωσης της αναλογίας εργαζομένων-ηλικιωμένων.

Παρένθεση : Η ασφάλιση στηρίζεται σε τρεις πυλώνες αλλά και στην συνύπαρξη του διανεμητικού και του κεφαλαιοποιητικού συστήματος ασφάλισης (Κωτσονόπουλος Λουδοβίκος, 2008).

Ο πρώτος πυλώνας λειτουργεί με την τριμερή χρηματοδότηση (κράτος, εργοδότες, εργαζόμενοι) και κυριαρχεί υποχρεωτικά το διανεμητικό σύστημα ασφάλισης.

- Το διανεμητικό σύστημα ασφάλισης στηρίζεται στην αρχή των τρεχουσών πληρωμών, δηλαδή οι σημερινοί εργαζόμενοι και εργοδότες επιβάλλονται από το κράτος να καταβάλλουν ένα είδος φόρου, τις ασφαλιστικές εισφορές από τις οποίες χρηματοδοτούνται οι τρέχουσες συντάξεις στους δικαιούχους. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του τρόπου χρηματοδότησης είναι ο υποχρεωτικός χαρακτήρας του αλλά και η αλληλεγγύη των γενεών.

Ο δεύτερος πυλώνας λειτουργεί με διμερή χρηματοδότηση, η οποία είναι επίσης υποχρεωτική, προέρχεται από την εισφορά των εργοδοτών και των εργαζομένων και αφορά τις επαγγελματικές συντάξεις (ταμεία επικουρικής ασφάλισης). Στον δεύτερο πυλώνα, τα επαγγελματικά ταμεία λειτουργούν βάσει του διανεμητικού συστήματος, έχουν όμως και πολλά κεφαλαιοποιητικά χαρακτηριστικά.

Τρίτος είναι ο πυλώνας των ιδιωτικών κεφαλαιοποιητικών συνταξιοδοτικών ταμείων, στα οποία η συμμετοχή είναι προαιρετική και αφορά όλους όσους ενδιαφέρονται να εξασφαλίσουν ένα υψηλότερο ποσοστό αναπλήρωσης μετά τη συνταξιοδότησή τους. Η χρηματοδότηση γίνεται μονομερώς από τους ασφαλισμένους και κυριαρχεί κυρίως το κεφαλαιοποιητικό σύστημα ασφάλισης.

- Το κεφαλαιοποιητικό σύστημα λειτουργεί βάσει της ατομικής κεφαλαιακής συσσώρευσης των ασφαλισμένων κατά τη διάρκεια του εργάσιμου βίου τους. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τον προαιρετικό τρόπο χρηματοδότησής του και δεν βασίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών, αλλά στην ικανότητα των ατόμων να αποταμιεύουν όσο εργάζονται.

Είναι κατανοητό ότι και στην ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας μπορούν να εφαρμοστούν οι τρεις αυτοί πυλώνες και κατά συνέπεια τα δύο συστήματα χρηματοδότησης. Η μόνη διαφορά των παροχών μακροχρόνιας φροντίδας με τις συντάξεις είναι πως το κόστος της φροντίδας είναι πολύ μικρό σε σχέση με τη σύνταξη, αφού η φροντίδα αφορά ένα μικρό μέρος του πληθυσμού, δεν την χρειάζονται όλα τα άτομα κατά τη διάρκεια της ζωής τους και παρέχεται για περιορισμένο και σχετικά μικρότερο χρονικό διάστημα.

► **Φορολογία και μακροχρόνια φροντίδα:** Τα κρατικά συστήματα παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, όπως προανέφερα χρηματοδοτούνται, από τις εισφορές του νέου οικονομικά ενεργού πληθυσμού, μέσω γενικών και τοπικών φόρων. Όμως αυτή η μείωση της αναλογίας των οικονομικά ενεργών-ανενεργών έχει δημιουργήσει αμφιβολίες για τη μακροζωία και τη σωστή λειτουργία των συστημάτων παροχής μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, συντάξεων και υγείας.

Όσον αφορά στα συστήματα παροχών μακροχρόνιας φροντίδας υπάρχει ένα διχασμός για το ποιός πρέπει τελικά να επιβαρύνεται οικονομικά στο σύνολο της κοινωνίας για την παροχή της μακροχρόνιας φροντίδας (εκτός από τις συντάξεις και

τα συστήματα υγείας) στους ηλικιωμένους. Είναι γεγονός ότι, σήμερα κατά μέσο όρο η γενιά των 65+ διαθέτει περισσότερη περιουσία (ακίνητα και χρήματα) από τη νέα, η οποία εκτός από την επιβάρυνση των ήδη υπαρχόντων φόρων επιβαρύνεται με πρόσθετα τρέχοντα έξοδα (δάνεια, έξοδα παιδιών κ.α.). Τη λύση του προβλήματος αυτού, τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη τη βρήκαν στη μετανάστευση οικονομικά ενεργού πληθυσμού από τις φτωχότερες προς τις πλουσιότερες χώρες.

► **Μετανάστευση και μακροχρόνια φροντίδα:** Η ανάγκη για παροχές μακροχρόνιας φροντίδας έχει αυξηθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια, αφού τα άτομα ηλικίας 80+ είναι η πιο αυξανόμενη πληθυσμιακά ηλικιακή ομάδα στο σύνολο του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ενώ η ζήτηση για επαγγελματίες φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας έχει αυξηθεί, η μείωση των γεννήσεων και η εισαγωγή των γυναικών στην εργασία έχει καταστήσει δυσκολότερη την παροχή άτυπης φροντίδας που προηγουμένως παρείχαν οι γυναίκες της οικογένειας (κόρη, σύζυγος, αδελφή) στους ηλικιωμένους. Η πολιτική της μετανάστευσης έχει δημιουργήσει ένα εργατικό δυναμικό, το οποίο είτε είναι ιατρικώς εκπαιδευμένο είτε όχι (παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους με σκοπό τη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους), που αντικαθιστά την άτυπη παροχή φροντίδας, την οποία παλαιότερα παρείχε η οικογένεια. Η μετανάστευση, επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί πολύ στις ανεπτυγμένες χώρες σαν κύριο μέσο αντιμετώπισης της γήρανσης των πληθυσμών και της υπογεννητικότητας των γηγενών πληθυσμών, με σκοπό την ενίσχυση της οικονομικής ανάπτυξης και της παραγωγής και την οικονομική τόνωση των κοινωνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και παροχών μακροχρόνιας φροντίδας.

Στα φεμινιστικά οικονομικά (Λυμπεράκη, 2009) η μετανάστευση², ιδίως των γυναικών, έχει δημιουργήσει νέες θέσεις εργασίας στον τομέα της φροντίδας, τόσο στις γυναίκες που παλαιότερα ασχολούνταν άτυπα με την φροντίδα των συγγενικών τους προσώπων ή/και των ευρύτερων υπηρεσιών ενός νοικοκυριού, και που σήμερα έχουν εισαχθεί ενεργά στην αγορά εργασίας, όσο και στις μετανάστριες που πλέον αμείβονται για τις παροχές φροντίδας που προσφέρουν. Οι μετανάστριες σήμερα, καθώς απορροφούν μεγάλο μέρος των αθέατων εμποδίων που αντιμετώπιζαν οι γυναίκες μέχρι τώρα, προσφέρουν μια απευλευθερωτική ώθηση προς την κατεύθυνση της αγοράς εργασίας, αφού τμήμα των υποχρεώσεων ανατίθεται σε κάποιον τρίτο, δίνοντας ταυτόχρονα την ευκαιρία απορρόφησης εργατικού δυναμικού ειδικών προδιαγραφών.

Ποιοί και πώς βοηθούνται (οικονομικά) από την ύπαρξη συστημάτων παροχής φροντίδας; Τα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη έχουν αναγνωρίσει πλέον την ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα που αντιμετωπίζει ένα μέρος του πληθυσμού.

² Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει η ανάλυση της παγκόσμιας επέκτασης των δυνάμεων της αγοράς στον τομέα της φροντίδας και η ανάδειξη των αρνητικών επιπτώσεων που έχει για τις γυναίκες και τις οικογένειές τους στις φτωχές χώρες, από τις οποίες προέρχονται οι μετανάστριες. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται ιδιαίτερα σε εκείνες που ασχολούνται με τον τομέα της φροντίδας (νταντάδες, νοσοκόμες ή οικιακές βοηθοί), αφήνοντας πίσω τους ένα κενό φροντίδας για τις δικές τους οικογένειες και συμβάλλοντας στην ανακύκλωση της εργασίας των γυναικών σε παγκόσμια κλίμακα. Ειδικά στην περίπτωση φροντίδας παιδιών, καταλήγουν να αναπτύσσουν σχέσεις στοργής και αγάπης με παιδιά που δεν είναι δικά τους, δημιουργώντας έτσι ένα συναισθηματικό χάσμα στη δική τους ζωή και σε αυτή της οικογένειάς τους αλλά και τελικώς σε μια αποξενωτική και εκμεταλλευτική σχέση μεταξύ εργαζόμενων και εργοδοτών σε βάρος των μεταναστριών (σε βαθμό μεγαλύτερο απ'ότι θα συνέβαινε αν έκαναν οποιαδήποτε άλλη δουλειά) (Λυμπεράκη, 2009 σε παραπομπή Ehrenreich and Hochschild, 2002).

- Τα άτομα που γεννιούνται ή αποκτούν κατά τη διάρκεια της ζωής τους μόνιμη αναπηρία είναι πιθανό να έχουν χαμηλότερο εισόδημα και να δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν οικονομικά τα έξοδα που προκύπτουν για την υποστήριξη και τη φροντίδα τους. Τα άτομα αυτά υποστηρίζονται οικονομικά από το κράτος και από την οικογένειά τους. Άτομα με εκ γεννητής αναπηρία δεν μπορούν να συνάψουν ιδιωτική ασφάλιση, αλλά άτομα με επίκτητη αναπηρία μπορούν να έχουν κάποιο εισόδημα μακροχρόνιας φροντίδας, αν είχαν συνάψει ασφάλιση όσο ήταν ακόμα υγιείς.
- Οι ηλικιωμένοι που χρειάζονται φροντίδα και υποστήριξη αντιμετωπίζουν αρκετά υψηλά κόστη, και οι άνθρωποι δεν έχουν τρόπο να γνωρίζουν εκ των προτέρων το μέγεθος των εξόδων που θα προκύψουν στο μέλλον έτσι ώστε να αποταμιεύσουν και να καταναλώνουν συνετά, όσο είναι ακόμη νέοι. Μεγαλύτερα έξοδα αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται διαρκή επαγγελματική φροντίδα, εξαιρουμένων των εξόδων διατροφής και διαβίωσης. Οι ηλικιωμένοι που χρειάζονται διαρκή υποστήριξη και φροντίδα στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, βοηθούνται οικονομικά από το κράτος μέσω επιδομάτων μακροχρόνιας φροντίδας, από τον ιδιωτικό τομέα μέσω ασφαλειών μακροχρόνιας φροντίδας που είχαν συνάψει στο παρελθόν και από την προσωπική τους ή των οικογενειών τους περιουσία.

Σήμερα τα περισσότερα κράτη έχουν λάβει υπόψη την απότομη αύξηση των ηλικιωμένων και έχουν ήδη μεταρρυθμίσει ή έχουν προγραμματίσει να μεταρρυθμίσουν τα συστήματα παροχών και υπηρεσιών για να μπορούν όλοι ανεξαιρέτως οι ηλικιωμένοι με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχών και να λαμβάνουν οικονομική υποστήριξη ανάλογα με το βαθμό των αναγκών τους.

Πίνακας 2.1: Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας

	Παροχές	Παροχείς	Χρηματοδότηση
Οικογένεια	«Άτυπη φροντίδα»	Όλα τα μέλη της οικογένειας, φίλοι και γείτονες	-Προσωπικά έξοδα -Αποταμιεύσεις
Τοπική Αυτοδιοίκηση	-ΚΑΠΗ - Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες - Κοινότητες Συνεχιζόμενης Φροντίδας Ατόμων σε Σύνταξη -Οίκοι Ευγηρίας - Κρατικοί ξενώνες ή άσυλα φροντίδας	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Εθελοντές φροντιστές -Εκκλησία -Μη κερδοσκοπικά και κερδοσκοπικά ιδρύματα	- Κρατικός προϋπολογισμός μέσω τοπικών φόρων -Επιχορηγήσεις -Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης -Εθελοντικές δωρεές και Φιλανθρωπίες -Προσωπικά έξοδα
Κράτος	-Φροντίδα στο σπίτι - Νοσηλεία στο σπίτι - Ιατρικές εξετάσεις, φαρμακοθεραπεία και ιατρικός εξοπλισμός - Νοσηλεία σε νοσοκομείο	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Εκπαιδευμένο προσωπικό με γνώσεις ιατρικής και ψυχολογίας σε μονάδες	- Κρατικός προϋπολογισμός μέσω γενικών φόρων - Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

	<ul style="list-style-type: none"> - Οικονομικές παροχές και επιδόματα μακροχρόνιας φροντίδας - Τηλεφωνική υποστήριξη και βοήθεια, εκπαίδευση και υποστήριξη των μη-επαγγελματιών φροντιστών 	<ul style="list-style-type: none"> τηλεφωνικής υποστήριξης -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εκπαιδευτές μη-επαγγελματιών φροντιστών 	<ul style="list-style-type: none"> -Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα
Ιδιωτικός Τομέας: -Άτυπος -Τυπικός	<ul style="list-style-type: none"> - Φροντίδα στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Νοσηλεία στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων - Ιατρικές εξετάσεις και μικρής διάρκειας νοσηλεία -Ιδιωτικά Γηροκομεία και Οίκοι Ευγηρίας 	<ul style="list-style-type: none"> -Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί,νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Μη επαγγελματίες φροντιστές (Μετανάστες που ασχολούνται στον τομέα της φροντίδας) -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εμπειρογνώμονες 	<ul style="list-style-type: none"> - Ασφαλιστικές εταιρίες μέσω εισφορών (ασφαλιστρών) ασφαλισμένων στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης -Κρατικές Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα -Μέτοχοι ασφαλιστικών εταιρειών

Πηγή: Αντληση, ανάλυση και συμπύκνωση πληροφοριών που προέκυψαν από τη συνολική και σχετική με τη μακροχρόνια φροντίδα βιβλιογραφία

2.5 Ανάγκη μεταρρυθμίσεων στα κρατικά συστήματα παροχών

Τα περισσότερα συστήματα παροχών στις ανεπτυγμένες χώρες παρουσίαζαν αρκετά προβλήματα λειτουργίας και είχαν παραμελημένο μεγάλο ποσοστό ατόμων με χρόνια προβλήματα, ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Η απότομη αύξηση του χρόνου ζωής των ατόμων και κατά συνέπεια η αυξημένη ζήτηση διαρκούς φροντίδας και υποστήριξης, οδήγησε τα περισσότερα κράτη να θέλουν να προβούν σε μια σειρά μεταρρυθμίσεων των υπάρχοντων συστημάτων φροντίδας, για να μπορούν να καλύψουν επαρκώς τις ανάγκες όλων των ηλικιωμένων με μακροχρόνια προβλήματα υγείας ή εξαρτημένης επιβίωσης και αυτοσυντήρησης.

Διακρίσεις: Μέχρι και σήμερα σε πολλά ανεπτυγμένα κράτη, οικονομική βοήθεια, μόνο με τη μορφή του επιδόματος αναπηρίας, λάμβαναν τα άτομα που θεωρούνταν, ή αλλιώς αξιολογούνταν, μέσα από μια διαδικασία αξιολόγησης, ως ιατρικώς ανάπηρα, αγνοώντας τα προβλήματα εξαρτημένης επιβίωσης και αυτοσυντήρησης (διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων). Η πλειοψηφία των ατόμων άνω των 65+ απορρίπτονταν για τη χρηματοδότηση κοινωνικής φροντίδας που συνεισφέρει στα έξοδα συνεχούς φροντίδας και αποκατάστασης, δεδομένου ότι η κανονική ή αναπηρική σύνταξη που έπαιρναν θα μπορούσε να καλύψει όλες τις ανάγκες τους για μακροχρόνια φροντίδα (μαζί με τα έξοδα διατροφής και διαβίωσης), με αποτέλεσμα δικαιούχοι της δωρεάν κρατικής φροντίδας να ήταν μόνο εκείνοι που είχαν εξαιρετικά χαμηλό ή μηδαμινό εισόδημα αλλά έχρηζαν και τη μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας. Γενικώς, υπήρχε η αντίληψη αλλά και η οικονομική δυσκολία των κρατικών συστημάτων (ελλιπής οργάνωση και αποθεματοποίηση), ότι τα άτομα με κάποιο μηνιαίο εισόδημα ή με κάποια περιουσία θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν μόνα τους στις ανάγκες τους για μακροχρόνια φροντίδα, χωρίς τη συμμετοχή του κράτους, εξαντλώντας μέρος ή το σύνολο της προσωπικής τους περιουσίας.

Ανεπάρκεια: Ακόμα και εκείνα τα άτομα που θεωρούνταν κατάλληλα για παροχές κρατικής φροντίδας, το σύστημα παροχών είχε πολλές ανεπάρκειες. Υπήρχαν πολλές παραλλαγές στα κριτήρια και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από τις διάφορες τοπικές αρχές. Η ποιότητα της φροντίδας διέφερε από περιοχή σε περιοχή στην ίδια χώρα, με αποτέλεσμα άτομα με ίδιο βαθμό ανάγκης να απολάμβαναν

διαφορετική ποιότητα παροχών, ανάλογα με την προσφορά και την ανάπτυξη των κρατικών συστημάτων παροχής φροντίδας στον τόπο που διέμεναν. Αγροτικές και πληθυσμιακά μικρές περιοχές προσέφεραν περιορισμένο αριθμό και ποιότητα κοινωνικών υπηρεσιών. Επίσης τα κρατικά συστήματα παροχών φροντίδας δεν ήταν προσαρμοσμένα στις διαφορετικές ανάγκες που είχε το κάθε άτομο ξεχωριστά, με αποτέλεσμα όλα τα άτομα να λαμβάνουν την ίδια ποιότητα και ποσότητα παροχών, ανεξαρτήτως του βαθμού αναγκαιότητας και σοβαρότητας που το κάθε ένα αντιμετώπιζε.

Κακή χρήση των πόρων: Πολύ συχνά τα υπάρχοντα συστήματα παροχής μακροχρόνιας φροντίδας έκαναν κακή χρήση των εξ' αρχής περιορισμένων πόρων. Η μεγαλύτερη χρηματοδότηση παρέχόταν στα άτομα που είχαν ήδη αναπτύξει προβλήματα και ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας και υποστήριξης³, εξαντλώντας το μεγαλύτερο μέρος των χρηματικών αποθεμάτων, αφού η κάλυψη αυτών είναι εξαιρετικά δαπανηρή. Γενικώς, η μηδαμινή επένδυση των κρατικών εσόδων στην αποφυγή, στην αποκατάσταση και στην πρόληψη έτσι ώστε το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων να συνεχίσει να είναι υγιές και ανεξάρτητο, οδηγούσε στην περαιτέρω αύξηση των συνολικών δαπανών των συστημάτων παροχής φροντίδας. Κακή χρήση των πόρων υπήρχε επίσης εξ' αιτίας της τμηματοποίησης των διαφόρων γενικών και τοπικών υπηρεσιών. Η έλλειψη ενός ενιαίου συστήματος παροχών (κοινή εργασία των κρατικών παροχών -φροντίδα ή νοσηλεία στο σπίτι-, των συστημάτων οικονομικών παροχών και των συστημάτων υγείας) δημιουργούσε ένα περίπλοκο, δύσχυρο και δαπανηρό σύστημα παροχών φροντίδας.

Αβεβαιότητα: Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, τα έξοδα για την κάλυψη των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας είναι όλο και πιο υψηλά. Δεδομένης της διάκρισης που υπήρχε (σε μερικές χώρες υπάρχει ακόμα) για τα κριτήρια καταλληλότητας των ηλικιωμένων για την παροχή της κοινωνικής φροντίδας, τα άτομα έρχονταν αντιμέτωπα με την αβεβαιότητα της κατάστασης και το ύψος των εξόδων που θα αντιμετώπιζαν αυτά και οι οικογένειές τους στο μέλλον. Η αβεβαιότητα και η έλλειψη οργάνωσης των κρατικών συστημάτων οδηγούσε στο γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι, αντιμετωπίζοντας την ανασφάλεια του μέλλοντός τους, αναγκάζονταν συνεχώς να αποταμιεύουν χωρίς όμως να μπορούν να ξεπεράσουν και το φόβο ότι θα κατέληγαν να εξαντλήσουν τις προσωπικές τους περιουσίες. Ακόμα και να ήθελαν να προετοιμαστούν για την ενδεχόμενη μελλοντική κατάστασή τους, δεν μπορούσαν να το κάνουν εύκολα, εξ' αιτίας της αβεβαιότητας που τους προκαλούσε το υπάρχον σύστημα, αβεβαιότητα που είναι έντονη ακόμα και στα συστήματα παροχών φροντίδας στις ιδιωτικές ασφαλίσεις.

Μεταρρυθμίσεις: Οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν ήδη διαπιστώσει την ανάγκη μεταρρυθμίσεων των υπάρχοντων κρατικών συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας και έχουν προβεί ή έχουν προγραμματίσει να προβούν σε μεταρρυθμίσεις έτσι ώστε το νέο σύστημα να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες των ηλικιωμένων και μη, με χρόνια προβλήματα υγείας ή εξαρτημένης επιβίωσης και αυτοσυντήρησης (Building Britain's Future, HM Government, 2009). Το κάθε ιδανικό κρατικό σύστημα παροχών πρέπει:

³ Η κακή χρήση των πόρων γίνεται, επίσης, λόγω της «ιατρικοποίησης» (medicalisation) της φροντίδας, της επί μακρόν, δηλαδή, φροντίδας που δέχεται ένα άτομο σε κάποιο νοσοκομείο. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται κυρίως, γιατί ακόμα και σήμερα, στα περισσότερα νοσοκομεία οι ασθενείς με ανάγκες μακροχρόνιας νοσηλείας, καταλαμβάνουν μεγάλο αριθμό κρεβατιών σε κανονικές νοσοκομειακές μονάδες, αφού μέσα στα νοσοκομεία ή κέντρα αποκατάστασης δεν υπάρχουν ξεχωριστές γηριατρικές πτέρυγες (βλ. παραπομπή 8).

α) να είναι δίκαιο: ανεξάρτητα από την προσωπική περιουσία, την ηλικία και το βαθμό των αναγκών, όλα τα άτομα που αξιολογούνται ότι χρήζουν ανάγκης παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, πρέπει να λαμβάνουν την υποστήριξη του κράτους και τις παροχές που προσφέρει αυτό με όσο το δυνατόν χαμηλότερο προσωπικό κόστος (έως και μηδαμινό) με σκοπό την ανεξάρτητη και την αξιοπρεπή διαβίωση του ατόμου καθώς και την αποτροπή επιδείνωσης της υπάρχουσας κατάστασης που ενδεχομένως βρίσκεται.

β) να είναι απλό: το κάθε άτομο πρέπει εκ των προτέρων να γνωρίζει πόσο πρέπει να συνεισφέρει οικονομικά και πόσο θα του παρασχεθεί στο μέλλον, εφόσον παραστεί ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας.

γ) να είναι οικονομικά εφικτό και προσιτό: τα άτομα με ανάγκες, οι οικογένειές τους και το κράτος πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να πληρωμής. Αυτό σημαίνει ότι τα χρήματα των φορολογουμένων χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά, έτσι ώστε τα άτομα με ανάγκες θα μπορούν να ζουν υγιή και ανεξάρτητα για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

δ) να είναι καθολικό: ανεξαρτήτως του τόπου διαμονής τους, πρέπει όλα τα άτομα, είτε ζουν σε αστική είτε σε αγροτική περιοχή, να λαμβάνουν την ίδια ποιότητα και ποσότητα παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας.

ε) να βοηθάει τα άτομα με ανάγκες και τις οικογένειές τους να συνεχίσουν αξιοπρεπώς τον τρόπο ζωής τους, προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και επαρκείς οικονομικές παροχές και διαθέτοντας ένα επαρκές πλήθος σωστά εκπαιδευμένου και καταρτισμένου προσωπικού.

2.6 Ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας

Όπως είδαμε και παραπάνω οι παροχές που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας στη μακροχρόνια φροντίδα είναι πολύ συγκεκριμένες και περιορισμένες. Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας είναι ακόμη πιο περιορισμένη και σχεδόν καθόλου ανεπτυγμένη στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Όσο όμως ο πληθυσμός γερνάει τόσο είναι πιο έντονη και η ανάγκη ανάπτυξης τόσο της κρατικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης. Ήδη τα κόστη που αντιμετωπίζουν τα περισσότερα κράτη για τις παροχές μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και οι ίδιες οι οικογένειες που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των οικείων τους προσώπων είναι αρκετά υψηλά με αποτέλεσμα η περαιτέρω ανάπτυξη των ιδιωτικών ασφαλίσεων να μοιάζει όλο και πιο αναγκαία. Τα περισσότερα συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης σήμερα προσφέρουν μερικώς ή πλήρως παροχές που αφορούν κυρίως στη φροντίδα και στη νοσηλεία στο σπίτι για κάποια χρονική περίοδο αλλά και κάλυψη εξόδων που προκύπτουν από επισκέψεις σε ιατρούς ή ιατρικές εξετάσεις, αλλά εξαιρούν τελείως την ασφάλιση σε άτομα με εκ γεννητής αναπηρία και ανικανότητα. Τα περισσότερα σημερινά συμβόλαια ιδιωτικών ασφαλειών δεν καταφέρνουν να παρέχουν στα άτομα που χρήζουν μακροχρόνιας βοήθειας ένα σταθερό εισόδημα συμπληρωματικό της κρατικής παροχής -επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας- σε περίπτωση που παραστεί η ανάγκη αυτής. Παρά τις προσπάθειες ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης, υπάρχουν όμως ακόμη κάποια προβλήματα που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν. Αλλά ας δούμε τα προβλήματα αυτά με περισσότερο στατιστικούς-ασφαλιστικούς όρους (Πλάτων Τήνιος, 2009).

Προβλήματα πληροφόρησης: Από την πλευρά της ζήτησης υπάρχει μια σειρά ερωτημάτων που προκύπτουν κυρίως από την πολυπλοκότητα των συμβολαίων από την μεριά των ασφαλιστικών εταιριών αλλά και από την αβεβαιότητα εξέλιξης και ανάπτυξης των κρατικών συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας. Τα περισσότερα άτομα δεν συνάπτουν ιδιωτική ασφάλιση γιατί δεν γνωρίζουν πόσο θα πρέπει να πληρώσουν για αυτή, τι παροχές τελικώς θα τους παρασχεθούν, αν θα αυξάνονται τα ασφάλιστρα μιας δεδομένης αύξησης του κινδύνου ή αν θα αναπροσαρμόζονται εξαιτίας του πληθωρισμού ή αν τελικά μπορούν να είναι πλήρως καλυμμένα από τις παροχές που θα τους προσφέρει σχεδόν δωρεάν μελλοντικά το κράτος.

Από τη πλευρά της προσφοράς, οι ασφαλιστές αντιμετωπίζουν πολλά από τα προβλήματα της ασύμμετρης πληροφόρησης, τα οποία είναι κοινά με τα προβλήματα της ασφάλισης υγείας:

1) **Αβεβαιότητα** που προκύπτει και από τις δυο πλευρές:

- a) **Αβεβαιότητα για τις πιθανότητες:** οι ασφαλιστές δεν μπορούν να προβλέψουν επακριβώς τις πιθανότητες των «μελλοντικών» ηλικιωμένων που θα χρειαστούν μακροχρόνια φροντίδα και δεδομένου ότι γνωρίζουν τις σημερινές πιθανότητες επιβίωσης, δεν μπορούν να είναι σε θέση να γνωρίζουν αν οι μελλοντικές εξελίξεις στην ιατρική και στην τεχνολογία θα βοηθήσουν τα άτομα να είναι περισσότερο υγιή, ανεξάρτητα και αυτοσυντηρούμενα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ή απλώς, αυξάνοντας το προσδόκιμο ζωής, θα αυξήσουν τις ανάγκες και το χρόνο που τα ηλικιωμένα άτομα θα χρειάζονται παροχές και υπηρεσίες φροντίδας (αύξηση του κινδύνου και των πιθανοτήτων).
- b) **Αβεβαιότητα για τα κόστη:** Είναι σαφές ότι το κόστος φροντίδας αυξάνεται με το χρόνο, δεδομένης της αύξησης της ανάγκης φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων. Η αβεβαιότητα των πιθανοτήτων, όπως καταλαβαίνουμε, οδηγεί και στην αβεβαιότητα για τα μελλοντικά κόστη που θα καταβληθούν για την κάλυψη των ασφαλισμένων. Με δεδομένο αυτό τα κόστη που θα απαιτηθούν κυμαίνονται σε ένα ευρύ φάσμα που καθιστά την ιδιωτική ασφάλιση προβληματική, αφού οι ιδιωτικές εταιρίες δεν είναι σε θέση να διαμορφώσουν ένα επαρκές αποθεματικό για την κάλυψη των συγκεκριμένων κινδύνων.

2) **Ανεξαρτησία των πιθανοτήτων:** Όπως προαναφέρθηκε, οι εξελίξεις στην ιατρική και την τεχνολογία είναι σαφές ότι επιμηκύνουν τον χρόνο ζωής των ανθρώπων, αδυνατούν όμως να απαντήσουν στο ερώτημα αν θα καταφέρουν να αυξήσουν ή να μειώσουν το χρόνο της φροντίδας που ίσως χρειαστεί ένα ηλικιωμένο άτομο. Εάν όμως θεωρήσουμε ότι συμβεί ένα από τα δύο ενδεχόμενα, αυτό θα επηρεάσει τις πιθανότητες αύξησης ή μείωσης του κινδύνου στο σύνολο των ασφαλισμένων (δεν υπάρχει ανεξαρτησία των πιθανοτήτων), γεγονός που καθιστά αδύνατη την ιδιωτική ασφάλιση.

3) **Αντεπιλογή:** Η ασύμμετρη πληροφόρηση που υπάρχει από τη πλευρά του ασφαλιστή οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το άτομο που θα επιλέξει να ασφαλιστεί, και εφόσον η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική και όχι υποχρεωτική, έχει περισσότερη γνώση της προσωπικής του κατάστασης (οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, γενετικά τέστ κ.α.), με αποτέλεσμα να ασφαλίζονται άτομα που θα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν μελλοντικά μακροχρόνια φροντίδα. Οι

ασφαλιστικές εταιρίες προσπαθούν να αποτρέψουν την αντεπιλογή, μετρώντας τον κίνδυνο και προσαρμόζοντας τις τιμές των ασφαλιστών βάσει του κινδύνου και των πιθανοτήτων αυτού, κάτι που δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας δεδομένου ότι η αβεβαιότητα για το μέγεθος του κινδύνου στο μέλλον, όπως προαναφέρθηκε είναι πολύ μεγάλη. Είναι σαφές ότι η ιδιωτική ασφάλιση, όπως και η κοινωνική, λειτουργεί μόνο αν υπάρχει μεγάλη συμμετοχή ασφαλισμένων, διαφορετικά είναι αρκετά κοστοβόρα, δεδομένης της αντεπιλογής αλλά και της μη συγκέντρωσης των όλων των κινδύνων.

4) **Ηθικός Κίνδυνος** που προκύπτει από δυο πλευρές:

- a) **Το πρόβλημα της επιβάρυνσης τρίτου:** Επειδή η ασφάλιση καλύπτει τις οικονομικές δαπάνες που θα προκληθούν από την επέλευση του ασφαλισμένου ζημιολόγου γεγονότος και επειδή οι επιλογές των ανθρώπων εξαρτώνται από τα οφέλη και τα κόστη, η ασφάλεια τείνει να δημιουργεί αλλαγές στην συμπεριφορά των ατόμων. Όταν οι ασφαλισμένοι είναι πλήρως καλυμμένοι και οικονομικώς εξασφαλισμένοι έχουν λιγότερα κίνητρα και καταβάλλουν λιγότερη προσπάθεια να αποφύγουν την επέλευση του ζημιολόγου γεγονότος. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά τους καλείται ηθικός κίνδυνος και μπορεί να προκύψει και στην περίπτωση ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Το αντίστοιχο πρόβλημα υπάρχει και στην ασφάλιση υγείας, το οποίο αντιμετωπίζεται κυρίως με συμμετοχή στα κόστη (συμμετοχή του ασφαλισμένου στα φάρμακα ή στη νοσηλεία κ).
- b) **Η ασφάλιση αλλάζει το σχετικό κόστος μεταξύ της άτυπης και της επαγγελματικής-επίσημης φροντίδας.** Εάν ένα άτομο γνώριζε εκ των προτέρων ότι η οικογένειά του θα το φροντίσει όταν παραστεί η ανάγκη, τότε θα ήταν λογικό να μην αγόραζε ποτέ ιδιωτική ασφάλιση.

Γενικώς με την ιδιωτική ασφάλιση τα άτομα επιλέγουν οικιοθελώς να συμμετέχουν σε αυτήν, με την προϋπόθεση ότι αυτή θα λειτουργεί συμπληρωματικά της κρατικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Για να ενισχυθεί όμως περισσότερο το είδος αυτό της ασφάλισης, πρέπει το κάθε κράτος να συνεισφέρει στα έξοδα, έτσι ώστε να μειωθούν τα ασφάλιστρα για να αυξηθεί η συμμετοχή των ανθρώπων και για να αποφευχθούν, όσο το δυνατόν περισσότερο, τα παραπάνω προβλήματα. Είναι σημαντικό η αγορά ασφαλειών να διαθέτει ποικιλία προϊόντων που θα εξασφαλίζουν επαρκώς τα άτομα που θα τις επιλέξουν.

Από τα παραπάνω, εύκολα προκύπτει το συμπέρασμα πως η ανάπτυξη των συστημάτων παροχών τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα (περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα, τα προβλήματα που αναφέραμε εξηγούν τη μικρή ανάπτυξη της αγοράς ιδιωτικών ασφαλίσεων, η οποία ανέρχεται, στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD-50, 2011), κατά μέσο όρο σε λιγότερο από 2% των συνολικών δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας, -συμπεριλαμβανομένων των μεγαλύτερων αγορών παγκοσμίως, εκείνων της Αμερικής και της Γαλλίας-, και δικαιολογούν το δεσπόζον ρόλο του δημόσιου τομέα που έχει τη δυνατότητα να πιστοποιεί και να παρέχει υπηρεσίες και αγαθά στο σύνολο των πολιτών), δεδομένου ότι η «εξέλιξη» της υγείας των ηλικιωμένων είναι αμφίβολη. Κοινός στόχος της εξέλιξης των δύο συστημάτων είναι να καταφέρουν να προσφέρουν ένα επιπρόσθετο εισόδημα, επίδομα που θα καλύπτει τις επιπρόσθετες

δαπάνες⁴ που προκύπτουν από τη χρόνια φροντίδα των αδύναμων και εξαρτημένων, λόγω ηλικίας ή αναπηρίας, ατόμων. Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο είναι σαφές πως είναι απαραίτητη η συμμετοχή όλων (συγκέντρωση κινδύνου) των ατόμων είτε με τη μορφή φόρου είτε με τη μορφή της εισφοράς, όπως δηλαδή ισχύει στις συντάξεις, με πολύ μικρότερη όμως χρηματοδότηση αφού η οικονομική ενίσχυση των ατόμων με ανάγκη φροντίδας που απαιτείται, αφορά σε πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα και σε μικρότερο αριθμό δικαιούχων.

2.7 Ρόλος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας-συμπεράσματα

Είναι κατανοητό πως, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και κατά συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού έχει προκαλέσει την ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου κρατικού, πρωτίστως και δευτερευόντως ιδιωτικού, συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, στο οποίο θα συμμετέχουν όλοι οι ασφαλισμένοι του ήδη υπάρχοντος συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, με τη μόνη διαφορά πως το κόστος της φροντίδας είναι πολύ μικρό σε σχέση με την σύνταξη, καθώς η φροντίδα αφορά ένα μόνο μικρό ποσοστό του πληθυσμού, δεν την έχουν ανάγκη όλα τα άτομα και παρέχεται για σχετικά πιο μικρή χρονική περίοδο. Ένα τέτοιο σύστημα εφαρμόζεται ήδη επιτυχώς στη Γερμανία, για το οποίο γίνεται αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο και το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει πρότυπο για τη δημιουργία ή τη βελτίωση των κρατικών συστημάτων ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας όλων των άλλων χωρών. Κάτω από το κρατικό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, που θα λειτουργεί συμπληρωματικά με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όλοι οι ασφαλισμένοι θα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας, αφού η λειτουργία του θα είναι δίκαιη, απλή, οικονομικά εφικτή και προσιτή και θα αποφευχθούν διακρίσεις, ανεπάρκειες καθώς και η κακή χρήση των πόρων. Τα προβλήματα πληροφόρησης, αντεπιλογής και ηθικού κινδύνου, που αντιμετωπίζει η ατομική ιδιωτική ασφάλιση φροντίδας, θα ελαχιστοποιηθούν με τη χρήση του συστήματος αυτού καθώς θα λειτουργεί βάσει του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος, το κόστος που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα και οι οικογένειές τους κυρίως καταμερίζεται στο σύνολο των ασφαλισμένων, μειώνοντας έτσι τις δαπάνες που προκαλούνται τόσο από τα έξοδα μακροχρόνιας φροντίδας που πληρώνουν οι ηλικιωμένοι από τα προσωπικά τους εισοδήματα, όσο και από το διαφυγόν εισόδημα που προκαλείται από τον ρόλο του φροντιστή που αναλαμβάνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τα οποία δεν εργάζονται, αναλαμβάνοντας το ρόλο αυτό.

⁴ Επιπρόσθετες δαπάνες εννοούνται τα επιπλέον ιατρικά έξοδα ή έξοδα νοσηλείας (π.χ. σε έναν οικογενή, γηροκομείο κλπ) που προκύπτουν λόγω χρόνιας πάθησης ή ασθένειας αλλά και τις επιπλέον δαπάνες που αντιμετωπίζει ένα μη-αυτοσυντηρούμενο άτομο («φροντίδα στο σπίτι»).

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΠΙΣΚΟΠΙΣΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

3.1 Μακροχρόνια φροντίδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ)⁵

Η παροχή ικανού επιπέδου προστασίας από τον κίνδυνο της ασθένειας και της εξάρτησης των ηλικιωμένων είναι ένα πολύ ουσιαστικό και σημαντικό θέμα των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ. Η ικανότητα της εκάστοτε κοινωνίας να προσφέρει καλής ποιότητας υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας έχει γίνει αντικείμενο απασχόλησης των περισσότερων ευρωπαϊκών κυβερνήσεων. Μεγάλη ποικιλία προσεγγίσεων και προτάσεων για την ικανοποιητική παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί σε ολόκληρο τον κόσμο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη εμπειριών και ιδεών με σκοπό τον εκμοντερνισμό, την βελτίωση αλλά και την επέκταση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας σύμφωνα με τις δημογραφικές αλλαγές του παγκόσμιου πληθυσμού.

Επειδή λοιπόν, τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του ΟΟΣΑ θεωρούν σημαντικό το θέμα της γήρανσης του πληθυσμού αλλά και τον τρόπο που κάθε χώρα-μέλος αντιμετωπίζει το πρόβλημα αυτό, βάσει των παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που προσφέρει στους πολίτες της, θεωρώ απαραίτητο να παραθέσω, σχεδόν αυτούσια, μια εκτενή περίληψη εκθέσεων του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής⁶ που αφορούν στο θέμα μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι βέβαια αυτονόητο, πως η εικόνα που παρουσιάζει κάθε χώρα είναι κάπως «ωραιοποιημένη» καθώς τα στοιχεία που αντλούν τις πληροφορίες σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και τους τρόπους βελτίωσης και προτάσεις μεταρρυθμίσεων βασίζονται σε περιγραφές των εκάστοτε εθνικών κυβερνήσεων.

Εισαγωγικά

Όλα τα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν πλέον δεσμευτεί να εξασφαλίσουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας και χαμηλής οικονομικής ευρωστίας υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε όλους τους πολίτες τους. Καθώς οι πληθυσμοί γερνούν, οι οικονομικές και λειτουργικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι χώρες είναι όλο και περισσότερες αλλά και δυσκολότερες να καταπολεμηθούν. Αυτές οι δυσκολίες είναι ήδη εμφανείς και θα αμβλυνθούν στο μέλλον εαν δεν υπάρξει μεγαλύτερος σχεδιασμός, καλύτερη οργάνωση και επιπρόσθετη χρηματοδότηση των συγκεκριμένων παροχών και υπηρεσιών. Είναι σαφές, βέβαια, πως κάθε ανεπτυγμένο κράτος παγκοσμίως προσπαθεί να αντιμετωπίσει και να σχεδιάσει διαφορετικά τα προγράμματα παροχών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, ανάλογα με τις

⁵ Η βιβλιογραφία σε αυτό το κεφάλαιο είναι κυρίως βασισμένη σε δημοσιεύσεις του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

⁶ European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

European Commission, 2008, “Joint report on social protection and social inclusion”, Social inclusion, pensions, health care and long-term care

OECD, 2004, “Long term care for the older people”, OECD report, 2006, “Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?”

ανάγκες των πολιτών του, τις ήδη υπάρχουσες ιατρικές (health-care) και κοινωνικές (social-care) υπηρεσίες αλλά και τα μέσα χρηματοδότησης αυτών.

Για τις χώρες του ΟΟΣΑ η μακροχρόνια φροντίδα παρουσιάζεται σαν ένα θεμελιώδες ζήτημα που σκοπό έχει να προσφέρει μια ποικιλία υπηρεσιών σε εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες (ADLs) για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο. Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να συμπεριλαμβάνει πρόγραμμα αποκατάστασης της υγείας, βασική ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία, νοσηλεία και φροντίδα στο σπίτι, οικιακή φροντίδα και φροντίδα κοινωνικής πρόνοιας αλλά και υπηρεσίες όπως μεταφορά, γεύματα, επαγγελματική βοήθεια στην εκπλήρωση των καθημερινών καθηκόντων, κ.λ.π.

Η φροντίδα παρέχεται στους σωματικά ή/και διανοητικά ανάπηρους και κυρίως στους σωματικά αδύναμους και εξαρτημένους ηλικιωμένους. Ο ΟΟΣΑ χαρακτηριστικά αναφέρει: «Η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα είναι περισσότερο εμφανής στις πιο ηλικιωμένες ομάδες ατόμων, οι οποίες αντιμετωπίζουν και το μεγαλύτερο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων που προκαλούν φυσική ή διανοητική ανικανότητα» (OECD, 2000).

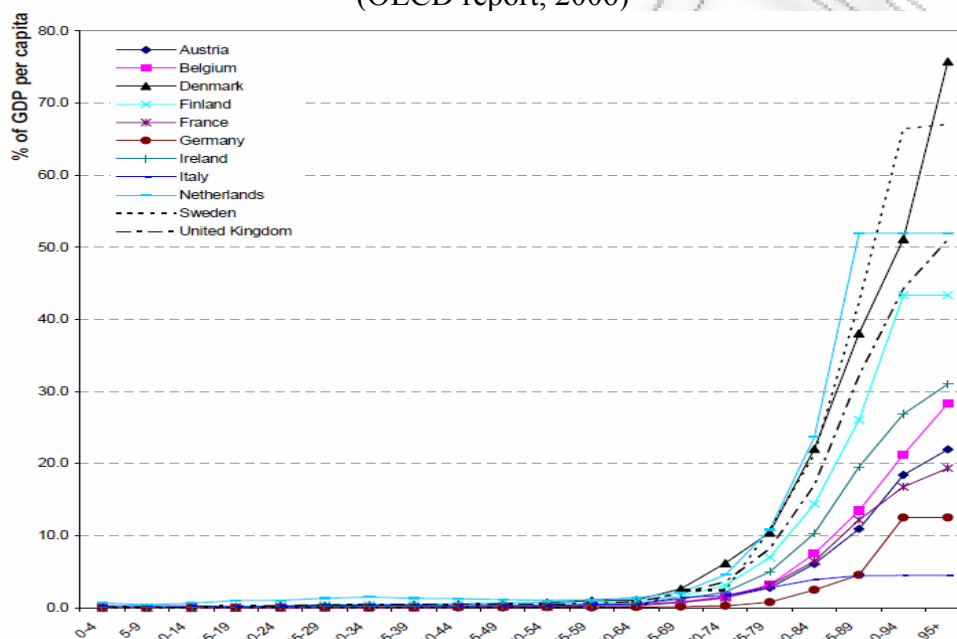
Εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης του ευρωπαϊκού πληθυσμού, αναμένεται ότι η ζήτηση των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, είτε φροντίδας στο σπίτι είτε ιδρυματικής φροντίδας, θα αυξηθεί αρκετά μέσα στα επόμενα χρόνια (ενδεικτικά αναφέρω πως, σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση, αν και σήμερα, στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι επαγγελματίες φροντιστές αντιστοιχούν στο 1,5% του εργαζόμενου πληθυσμού των χωρών αυτών, μέχρι το 2050 αναμένεται πως η ζήτηση εργαζομένων στον τομέα της φροντίδας θα διπλασιαστεί, δεδομένου ότι το ποσοστό των ογδοντάρηδων που το 2010 ανερχόταν σε 4%, θα αυξηθεί κοντά στο 10% -OECD-50, 2011). Για αυτό το λόγο δίνεται, σε όλες τις χώρες, ιδιαίτερη έμφαση στις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης που προορίζονται στις υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας, αφού είναι το δεύτερο μεγαλύτερο κομμάτι των δημοσίων δαπανών των συνολικών εξόδων κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης, μετά από τα κρατικά έξοδα όλων των συντάξεων (συντάξεις γήρατος, αναπηρίας, χηρείας, ορφάνειας, πρόνοιας). Υπολογίζεται ότι ο συνολικός αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 και πάνω θα αυξηθεί κατά 77% μέχρι και το 2050 σε σύγκριση με το 2004. Η αύξηση των ηλικιωμένων ηλικίας 80+ θα είναι ακόμα μεγαλύτερη: 174%. Σύμφωνα με μια δημοσκόπηση (European Commission, 2007) που διεξήχθη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2007 η πλειοψηφία των Ευρωπαίων πιστεύει ότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους είναι πιθανό ότι θα είναι εξαρτώμενοι από υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Σε έκθεση του ΟΟΣΑ το 2006 (OECD report, 2006), παρουσιάστηκε βάσει προβολών ότι μέχρι το 2050 οι δημόσιες δαπάνες στον τομέα μακροχρόνιας φροντίδας θα φθάσουν κατά μέσο όρο το 2,3% του ΑΕΠ ή αλλιώς θα αυξηθούν κατά 1,2 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ σε σχέση με το 2005 εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης⁷. Στην έκθεση αναφέρεται επίσης ότι λόγω της μεγάλης αύξησης στην αναλογία εξάρτησης οικονομικά ενεργών και ανενεργών ατόμων λόγω ηλικίας, οι δημογραφικές αλλαγές

⁷ Η Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2006 προετοίμασαν προβολές μέχρι το 2050 των δημοσίων δαπανών για τη μακροχρόνια φροντίδα και παρουσίασαν στην έκθεση τους ότι οι δαπάνες αυτές μέχρι το 2050 αναμένεται να αυξηθούν κατά 0,7 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2004 («Long term care for the older people», OECD, 2004).

Ακόμη σε πιο πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ, παρουσιάστηκε ότι το 2008 οι δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ανέρχονταν στο 1,2% του ΑΕΠ, ενώ παράλληλα, οι ιδιωτικές δαπάνες στο 0,3% κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ και ότι επίσης, οι δημόσιες δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας αναμένονται, τουλάχιστον να διπλασιαστούν, αν όχι να τριπλασιαστούν, μέχρι το 2050 («Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care», OECD-50, 2011)

συντελούν σε μια μεγαλύτερη αύξηση των εξόδων μακροχρόνιας φροντίδας (με αυξήσεις που κυμαίνονται από 2-4 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ) από αυτά της υγείας, ειδικά στις χώρες που αντιμετωπίζουν ήδη μεγάλο πρόβλημα λόγω εγχώριων δημογραφικών αλλαγών, όπως είναι η Κορέα, η Σλοβακία, η Πολωνία, η Τσεχία, η Τουρκία και η Ιαπωνία.

Σχεδιάγραμμα 3.1: Κρατικές δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας ανά ηλικιακή ομάδα (OECD report, 2006)



Δαπάνες κατά κεφαλήν σε κάθε ομάδα ηλικίας που διαιρείται με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ
 Πηγή: ENPRI-AGIR and Secretariat calculations.

3.2 Σχεδιασμός εθνικής πολιτικής για τη μακροχρόνια φροντίδα (case studies)

Η μακροχρόνια φροντίδα εξετάζεται και ορίζεται από τρεις αμοιβαίως αλληλοσυνδεδεμένους στόχους: πρόσβαση από όλους, υψηλή ποιότητα και μακροπρόθεσμη ικανότητα υποστήριξης του συστήματος (European Commission, 2008).

1. Πρόσβαση από όλους και σε όλες τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

Είναι γενικά αποδεκτό από όλα τα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ ότι η πρόσβαση που θα έχει κάποιος στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας δεν πρέπει να περιορίζεται και να εξαρτάται από την οικονομική του δυνατότητα/εισόδημα. Η ανάγκη για φροντίδα που κάποια άτομα αντιμετωπίζουν δεν πρέπει να οδηγεί στην οικονομική εξάρτησή τους από τα άλλα μέλη της οικογένειας ή στην εξάντληση της προσωπικής τους περιουσίας. Παρ'όλα αυτά ακόμη και σήμερα, πολλές ανεπτυγμένες χώρες δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα και το σωστό σχεδιασμό για να επιτρέψουν την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες τους, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές

ανεπάρκειες, διακρίσεις και εμπόδια σε άτομα που δικαιούνται τις παροχές αυτές. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να κυμαίνονται από την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης ή ορισμένων τύπων παροχών φροντίδας μέχρι το μεγάλο χρόνο αναμονής, ανεπαρκής πληροφόρηση ή σύνθετες διοικητικές διαδικασίες. Η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών μπορεί να διαφέρει ακόμα και από περιοχή σε περιοχή μέσα στην ίδια χώρα και όχι μόνο μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του ΟΟΣΑ.

Ισπανία: Αντιμετωπίζοντας τις ώρες αναμονής

Η έλλειψη κρατικής χρηματοδότησης στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας αναπόφευκτα οδηγεί σε πολλές ώρες αναμονής για μια θεραπεία και πιο συγκεκριμένα για θεραπεία στο σπίτι. Αυτό μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή ακόμα και μέσα στην ίδια τη χώρα. Η Ισπανία θα αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα δίνοντας προτεραιότητα πρόσβασης σε αυτούς που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας σε όλες τις αυτόνομες περιοχές.

Το αυτόνομο και αυτόνομο σύστημα παροχών μακροχρόνιας φροντίδας έχει στόχο να παρέχει 100% κάλυψη σε όλους τους δικαιούχους μέχρι το 2015. Το σύστημα θα περιλαμβάνει ένα εύρος παροχών και υπηρεσιών φροντίδας τόσο στο σπίτι όσο και σε κέντρα αποκατάστασης, συνδυάζοντας την καθημερινή υποστήριξη και οικονομική ενίσχυση των ατόμων και των οικογενειών τους.

Πηγή: European Commission, 2008, "Long-term care in the European Union"

Σε πολλά κράτη, τα έξοδα μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτονται από τα προσωπικά εισοδήματα των ατόμων ή της οικογενειάς τους, γεγονός που πλήττει ειδικά τους χαμηλοεισοδηματίες, δυσχεραίνοντας έτσι την κατάστασή τους. Σήμερα πολλές χώρες όπως η Κύπρος, η Εσθονία και η Ιρλανδία έχουν εισάγει το σύστημα συν-χρηματοδότησης (άτομου-κράτους) για τη μακροχρόνια φροντίδα. Στη Γερμανία (θα μιλήσουμε αναλυτικότερα παρακάτω) για παράδειγμα, ένα μικρό αλλά συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού (9%) έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας, με την οποία καλύπτονται κάποια έξοδα, π.χ. έξοδα διαμονής σε οίκο ευγηρίας ή γηροκομείο, όταν παραστεί ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας. Κάθε χώρα έχει αναπτύξει δικό της σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας με σκοπό να μειωθούν τα άμεσα έξοδα που αντιμετωπίζουν τα άτομα από τις υπηρεσίες και τις παροχές μακροχρόνιας φροντίδας. Κάποια από αυτά είναι:

- Συμμετοχή κράτους στα έξοδα μακροχρόνιας φροντίδας ανάλογα με το ύψος του ατομικού εισοδήματος
- Επιπρόσθετες κρατικές οικονομικές παροχές σε ηλικιωμένους, εξαρτημένα ή ανάπηρα άτομα και χρόνια ασθενείς
- Κρατική κάλυψη όλων των εξόδων μακροχρόνιας φροντίδας σε άτομα με εξαιρετικά χαμηλό εισόδημα
- Διεθνής ομοιομορφία των συμμετοχών κράτους-ατόμων
- Κρατική χρηματοδότηση για τη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών

Η τεχνολογία σε μορφή ηλεκτρονικών ιατρικών υπηρεσιών, ιατρικής παρακολούθησης (π.χ. μέσω κάμερας ή ηλεκτρονικών αισθητήρων κίνησης), τηλε-ιατρικής ή αυτόματων συστημάτων στο σπίτι διευκολύνει τη φροντίδα των ατόμων είτε βρίσκονται στο σπίτι τους, είτε σε κάποιο ίδρυμα. Έμφαση δίνεται στο γεγονός

ότι το κάθε άτομο πρέπει να αισθάνεται ανεξάρτητο μέσα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού του, για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, αλλά και ασφαλές ότι θα του παρασχεθεί η σωστή ιδρυματική/νοσοκομειακή βοήθεια, εφόσον χρειαστεί. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, είναι σαφές ότι, σε κάθε κράτος πρέπει να υπάρχει η συνεργασία και η σωστή λειτουργία όλων των κρατικών και των τοπικών αρχών, αλλά και του ιδιωτικού τομέα με τους κρατικούς φορείς. Η αποτυχία ανάπτυξης μιας τέτοιας προσέγγισης μπορεί να οδηγήσει σε διαμελισμό μεταξύ των υπηρεσιών και σε διοικητικές δυσκολίες που θα ζημιώσουν τα άτομα με ανάγκες φροντίδας.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να είναι: Ένα άτομο που έχει δεχτεί νοσοκομειακή φροντίδα για ένα διάστημα πρέπει να θεωρείται ικανό να λάβει όλες τις προαναφερθείσες παροχές και υπηρεσίες, ανεξαρτήτως εισοδήματος και τύπου διαμονής. Όταν δεν υπάρχει σωστή λειτουργία όλων των υπηρεσιών, η κατάλληλη μακροχρόνια φροντίδα που προσφέρεται είναι περιορισμένη. Στη Γερμανία, αυτός ο ασθενής, για παράδειγμα, εξυπηρετείται μέσω ενός εξειδικευμένου υπαλλήλου ή εθελοντή που διατίθεται να τον μεταφέρει από το νοσοκομείο στο σπίτι ή στο ίδρυμα που τον φιλοξενεί.

Τσεχία: Κατάλληλες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

Στην Τσέσκα Λίπα της Τσεχίας, έχει κατασκευαστεί, σαν αποτέλεσμα του κρατικού σχεδιασμού, ένα κέντρο που προσφέρει καθημερινές και μικρής διάρκειας νοσοκομειακές υπηρεσίες στα άτομα με άνοια. Το, αμέσως χρηματοδοτούμενο από τις τοπικές αρχές, κέντρο προσφέρει επίσης ημερήσια φροντίδα ηλικιωμένων (Adult Day Care) καθώς και υποστήριξη και βοήθεια στους μη-επαγγελματίες φροντιστές. Στην Οστράβα, έχουν αναπτυχθεί πολλές κοινοτικές υπηρεσίες που ενισχύουν τη φροντίδα και τη νοσηλεία στο σπίτι (home care και nursing home care) και την περαιτέρω ανεξαρτησία του ατόμου.

Πηγή: European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

2. Υψηλής ποιότητας υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

Η ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν τα άτομα που έχουν αξιολογηθεί ότι χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας διαφέρει κατά πολύ στα διάφορα κράτη του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για αυτό και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι μετά από δημοσκοπήσεις και εκθέσεις πολιτών αποκαλύπτεται το μέγεθος της δυσαρέσκειάς τους αλλά και τα σημεία του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας που χρειάζονται αλλαγή ή ενίσχυση. Τα ζητήματα που προκύπτουν περιλαμβάνουν από την έλλειψη επαρκών και ικανών ιδρυμάτων και κέντρων αποκατάστασης ή την έλλειψη σεβασμού και κακομεταχείρισης στους οίκους ευγηρίας και των γηροκομείων μέχρι και την εκτεταμένη χρήση κάποιων παροχών και υπηρεσιών από μερικά μόνο άτομα. Αυτή τη δυσαρέσκεια προσπαθούν όλα τα ανεπτυγμένα κράτη να τη λάβουν υπόψη τους, αλλάζοντας ή αναπτύσσοντας νέους κανόνες και ρυθμίσεις που θα εξασφαλίζουν στους πολίτες τους υψηλής και ικανοποιητικής ποιότητας υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας.

Γενικά δεν θεωρείται εύκολη η διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που σήμερα προσφέρονται. Είναι ήδη αρκετά δύσκολη στις επαγγελματικές υπηρεσίες που προσφέρουν τα γηροκομεία ή τα νοσοκομεία, αλλά ακόμα πιο περίπλοκη είναι η διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας των άτυπων υπηρεσιών που προσφέρεται από τα μέλη της οικογένειας, τους συγγενείς και τους φίλους. Για αυτό το σκοπό ο ΟΟΣΑ ταξινομεί διαφορετικούς δείκτες αξιολόγησης σύμφωνα με την υποδομή (π.χ. μέγεθος δωματίων και αναλογία

ασθενούς-προσωπικού), τη διαδικασία (οι μηχανισμοί και η οργάνωση που διαθέτουν οι υπηρεσίες) και το αποτέλεσμα (την τελική ιατρική κατάσταση του ατόμου που λαμβάνει τις υπηρεσίες). Όλα αυτά γενικά αποδεικνύουν την τάση βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όλο και περισσότερο δίνεται έμφαση στο γεγονός ότι η μακροχρόνια φροντίδα ξεφεύγει πια από τα όρια συμμόρφωσης των ατόμων σε καθορισμένες ελάχιστες απαιτήσεις και συγκεντρώνεται περισσότερο σε περιεκτικότερη εξασφάλιση της ποιότητας που περιλαμβάνει ζητήματα, όπως η εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και η συνεχής κατάρτιση του προσωπικού. Ταυτόχρονα όμως, για να διασφαλιστεί η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, τυπικοί δείκτες, όπως αναλογία ασθενών-προσωπικού ή επαρκής εξειδίκευση φροντιστών μπορεί να μην είναι οι κατάλληλοι για την αξιολόγηση της φροντίδας που προσφέρεται στο σπίτι από μη επαγγελματίες φροντιστές.

Όλες οι κρατικές και τοπικές αρχές, διεθνώς, καθορίζουν την ανάγκη των πολιτών τους για μέτρα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών με διάφορους τρόπους. Κάποιες χώρες (Ολλανδία, Σλαβακία) χρησιμοποιούν «παραδειγματικά» μέσα μέτρησης της ποιότητας, συνδυάζοντας συστήματα ελέγχου (χρησιμοποιούνται κυρίως από την Κύπρο, Γερμανία, Ελλάδα, Γαλλία, Ολλανδία). Για να αποφευχθούν οι, διαφορετικής ποιότητας, υπηρεσίες που προσφέρονται ανά περιοχή αλλά και η αυθαίρετη αξιολόγηση, που γίνεται από τις περιφερειακές και τις τοπικές αρχές, της κατάστασης του κάθε ασθενούς και των αναγκών που έχει κάθε εξαρτώμενο άτομο, πολλές χώρες (Τσεχία, Γερμανία, Εσθονία, Ισπανία, Σουηδία, Λετονία, Λιθουανία, Σλοβενία και Αγγλία) εφαρμόζουν διεθνώς ομοιόμορφους μηχανισμούς για την εξασφάλιση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.

Τα κριτήρια αξιολόγησης της προσφερόμενης ποιότητας των υπηρεσιών γίνονται όλο και πιο εξεζητημένα, αλλά δυστυχώς πολλές χώρες αδυνατούν ακόμα να τα υιοθετήσουν. Το μέγεθος της ποιότητας των υπηρεσιών εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως για παράδειγμα η υποστήριξη που παρέχεται από επαγγελματίες και μη επαγγελματίες φροντιστές, οι αυξανόμενες επιλογές προσφερόμενων κατάλληλων υπηρεσιών και παροχών που έχουν οι ασθενείς, η ικανότητα και η εξειδίκευση των επαγγελματιών φροντιστών και ιατρικού προσωπικού καθώς και τα τεχνολογικά μέσα που είναι διαθέσιμα στα άτομα με ανάγκες φροντίδας και στους φροντιστές τους. Η αξιολόγηση και η μέτρηση των προτύπων και της ποιότητας της φροντίδας που οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία λαμβάνουν, είναι μια περίπλοκη διαδικασία. Αυτό είναι περισσότερο προφανές όταν η φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες και άτυπους φροντιστές στο σπίτι, παρά σε ιδρύματα και κέντρα, και μετράται κυρίως από τα επίπεδα δυσaráεσκείας των ερωτημένων, σε δημοσκοπήσεις και έρευνες, ασθενών και το μέγεθος των μη ικανοποιημένων αναγκών τους.

Αυστρία : Λήψη ποσοτικών μέτρων για την μελλοντική αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας.

Το 2000 στην έκθεση του ΟΟΣΑ «Reforms for an Ageing Society», η Αυστρία είχε σχεδιάσει να προσαρμόσει τα νοσοκομεία της στις αυξημένες τάσεις ζήτησης φροντίδας σε αυτά, λόγω της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού της⁸. Στην

⁸ Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να τονίσω ότι στις περισσότερες χώρες δεν υπήρχαν και ακόμα δεν υπάρχουν γηριατρικές πτέρυγες σε νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι χρόνια ασθενείς να καταλαμβάνουν κρεβάτια σε κανονικές νοσοκομειακές μονάδες. Στην

έκθεση αναφέρεται ότι μέχρι το 2005 θα είχαν προστεθεί σε νοσοκομεία και ιδρύματα 2000 κρεβάτια για άτομα που χρήζουν οξείας γηριατρικής φροντίδας σε 57 μέρη ολόκληρης της χώρας. Αυτή η εγκατάσταση απευθυνόταν σε ηλικιωμένους και υπερ-ηλικιωμένους ασθενείς με σκοπό να βελτιώσουν όσο το δυνατόν τον τρόπο ζωής τους, παρατείνοντας την ανεξαρτησία των κινήσεων τους, προσφέροντας ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής και ευκολότερη προσαρμογή στο οικείο περιβάλλον τους.

Πηγή: European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

Κακοποίηση ηλικιωμένων: Μεγάλο ρόλο στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών παίζει η κακομεταχείριση και η κακοποίηση που πολλοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας. Στην Ευρώπη είναι γενικά αποδεκτό ότι τέτοιου είδους συμπεριφορές πρέπει να αποτρέπονται και να απεφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτό το γεγονός κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων απασχόλησε πολλές χώρες και αποτέλεσε θέμα συζήτησης σε μια διάσκεψη στις Βρυξέλλες το 2008 με θέμα « Προστατεύοντας την Αξιοπρέπεια την ηλικιωμένων - Πρόληψη της κακομεταχείρισης και της παραμέλησης των ηλικιωμένων» (European Committee Conference, Brussels, 2008). Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν έμφαση στο γεγονός ότι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων είναι ένα θέμα μείζονος σημασίας αλλά και μια μεγάλη πρόκληση που πρέπει επιτυχώς να αντιμετωπίσει η ευρωπαϊκή κοινότητα. Η διάσκεψη επικεντρώθηκε στις σωστές διαδικασίες πρακτικής εφαρμογής, στην επαγρύπνηση μέσω εκστρατειών, στη θέσπιση επαρκών και ισχυρών κριτηρίων ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών, στη σωστή εκπαίδευση προσωπικού και στη περαιτέρω υποστήριξη των άτυπων φροντιστών.⁹ Διασκέψεις για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων συντελέστηκαν και τον Ιανουάριο του 2009 στο Λονδίνο αλλά και το Μάιο του 2009 στη Βόννη της Γερμανίας. Αρκετές χώρες (π.χ. Ιαπωνία και Κορέα) έχουν θεσπίσει νέα νομοθεσία, με την οποία ποινικοποιούν την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων και αυξάνουν τις ποινικές ρήτρες για ορισμένα είδη κακομεταχείρισης αυτών. Σε άλλες χώρες (H.E.,2002) έχουν ήδη υιοθετηθεί νέοι κανονισμοί και πολιτικές που ενισχύουν και συμπληρώνουν τους προϋπάρχοντες νόμους και που καθιερώνουν την αυστηρή επιβολή του νόμου (Monica Ferreira, 2009).

Αυστραλία από το 1986 μέχρι το 1992 ο αριθμός των κρεβατιών οξείων ασθενειών μειώθηκε από 4,1 σε 3,3 κρεβάτια ανά 1000 άτομα που παραδόθηκαν σε γηριατρικές πτέρυγες. Στην Ιαπωνία, το 1983, ο αριθμός των κρεβατιών σε κανονικές νοσοκομειακές μονάδες και γηριατρικές νοσοκομειακές μονάδες ανά 1000 κρεβάτια ήταν 8,7 και 0,6 αντίστοιχως και αυξήθηκε το 1993 σε 10,1 και 1,5 αντίστοιχως. («Developing Health and Long-Term Care for a more Aged Society», Riyoji Kobayashi, Tokyo Metropolitan University of Japan ,από το βιβλίο *Family, Market And Community*, 1997)

⁹ “AGE Platform Europe contribution to the consultation on an EU strategy to combat violence against women”, AGE Platform Europe, Brussels, 2010 (www.age-platform.eu). Το άρθρο αναφέρει επίσης ότι στη δημοσκόπηση του Ευρωβαρόμετρου 2007 (*Standard Eurobarometer 67*, 2007) το 47% των Ευρωπαίων πιστεύει ότι η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων είναι πολύ συνηθισμένη και διαδεδομένη.

Ακόμα, πρέπει να αναφέρουμε πως το συγκεκριμένο άρθρο επικεντρώνεται στην κακοποίηση των ηλικιωμένων γυναικών, που φαίνεται πως πέφτουν πολύ συχνά θύματα σεξουαλικής και οικονομικής εκμετάλλευσης, είναι περισσότερο εκτεθειμένες σε κοινωνικό αποκλεισμό και φτώχεια, το οποίο μπορεί να μεταφραστεί και σε χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίας υγείας, κοινωνικής βοήθειας και ασφάλειας. Αυτή η εκμετάλλευση αρκετές φορές αποδίδεται στο γεγονός πως, αν και οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια απ’τους άνδρες, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν άνοια (όπως Alzheimer), μια ασθένεια που τις κάνει πιο εξαρτημένες και εκτεθειμένες στον κίνδυνο της κακοποίησης.

Σουηδία: Ελευθερία επιλογής και αξιοπρέπεια ηλικιωμένων

Η Σουηδία προσφάτως εισήγαγε ένα νέο σύστημα, το οποίο δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο να διαλέγει τον τόπο παροχής των υπηρεσιών μακροχρόνιας ιατρικής φροντίδας. Τα άτομα είναι σε θέση να διαλέξουν ανάμεσα σε ιδιωτικές παροχές φροντίδας στο σπίτι τους ή σε ιδρυματική φροντίδα. Για να εξασφαλίσουν οι ασθενείς το «αμερόληπτο» δικαίωμα επιλογής, πρέπει να έχουν πρόσβαση σε επαρκή πληροφόρηση των διάφορων διαθέσιμων προσφερόμενων υπηρεσιών, κυρίως μέσα από μια εξυπηρέτηση που θα δεχτούν κατά τη διάρκεια της φροντίδας τους.

Μια πρόταση που τέθηκε προσφάτως από μια ομάδα εμπειρογνομόνων ήταν η χρήση πιθανών προσωπικών εισοδημάτων/επιδομάτων, που θα παρέχονται από το κράτος και τα οποία θα δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να διαλέξουν μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας. Με την οικονομική αυτή παροχή, τα άτομα θα μπορούν από μόνα τους να προσλάβουν το προσωπικό εκείνο και να πληρώσουν από μόνοι τους εκείνες τις υπηρεσίες που θεωρούν ότι είναι καταλληλότερες των αναγκών τους.

Πηγή: European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

3. Μακροπρόθεσμη ικανότητα υποστήριξης του συστήματος

Η μακροπρόθεσμη ικανότητα υποστήριξης των δημοσίων δαπανών στα συστήματα υγείας και περισσότερο στα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας θα βρεθεί κάτω από μεγάλες δοκιμασίες, όσο οι κοινωνίες έρχονται αντιμέτωπες όλο και περισσότερο με το πρόβλημα της πληθυσμιακής γήρανσης. Παρ'όλα αυτά, οι «πιέσεις» των οικονομικών εξόδων που δέχεται το εκάστοτε σύστημα υγείας μπορούν να μειωθούν, εάν υπάρχουν τρόποι και μέσα, να παραμένουν οι άνθρωποι, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, υγιείς. Μια διαδικασία που θα δίνει περισσότερο βάρος στην πρόωρη πρόληψη, στη συντονισμένη συνεργασία των κρατικών και ιδιωτικών παροχών υπηρεσιών σε όλες τις περιφερειακές και τοπικές αρχές και στη σωστή χρήση των τεχνολογικών μέσων μπορεί να διατηρήσει ένα χαμηλό και ελέγξιμο βαθμό του κόστους και των δαπανών φροντίδας.

Η χρηματοδότηση μακροχρόνιας φροντίδας διαφέρει από κράτος σε κράτος, αντανακλώντας τις ρυθμίσεις και τις προτεραιότητες που έχει κάθε κράτος. Τέσσερις παράγοντες όμως παίζουν σημαντικό ρόλο για τη λειτουργία του συστήματος σε κάθε κράτος ανεξαιρέτως:

- Οι διαθέσιμες υπηρεσίες και ο πληθυσμός που καλύπτεται με μακροχρόνια φροντίδα
- Οι ρυθμίσεις χρηματοδότησης της κάθε χώρας ανάλογα με τους πόρους που διαθέτει
- Ο βαθμός συμμετοχής και ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα στην μακροχρόνια φροντίδα
- Η οριοθεσία των υποχρεώσεων ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας

Τα προγράμματα και συστήματα παροχών μακροχρόνιας φροντίδας χρηματοδοτούνται επίσης με διαφορετικό τρόπο σε κάθε κράτος. Η διαδικασία χρηματοδότησης μπορεί να είναι η εξής:

- Κοινωνική ασφάλιση (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ισπανία)

- Φόροι (Σκανδιναβικές χώρες, Λετονία)
- Μικτά οικονομικά συστήματα που χρηματοδοτούνται συνδυάζοντας ασφαλιστικές εισφορές και φόρους και αναθέτοντας σε εξειδικευμένους οργανισμούς την ευθύνη για τη σωστή λειτουργία και παροχή των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (Βέλγιο, Ελλάδα, Γαλλία)

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη εξασφάλισης μιας δυναμικής βάσης χρηματοδότησης όσο η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα αυξάνεται, πολλά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και της Αμερικής προσπαθούν να το επιτύχουν αυτό, είτε μέσω εγκαθίδρυσης καθολικών σχημάτων κοινωνικής ασφάλισης και εισφορών (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία) ή μέσω φορολογίας (Αυστρία, Σουηδία). Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας πρέπει να είναι κυρίως κρατική για να έχουν δικαίωμα συμμετοχής όλοι και η χρηματοδότηση του συστήματος να γίνεται, είτε μέσω εισφορών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας, είτε μέσω φόρων, αλλά παρ'όλα αυτά είναι εμφανής και η ανάγκη να βρουν τα κράτη ένα τρόπο να συνδυάσουν την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας από δημόσιους και ιδιωτικούς οικονομικούς πόρους. Ο συνδυασμός των δυο τομεών θα γίνεται με συμμετοχές των ατόμων στο κρατικό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και με σύναψη ασφαλιστηρίων συμβολαίων μακροχρόνιας ασφάλισης (κοινές εισφορές εργαζόμενου-εργοδότη σε ομαδικά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας), έτσι ώστε όταν παραστεί η ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας, ο ασφαλισμένος να είναι καλυμμένος για όλο, ή σχεδόν όλο, το κόστος της φροντίδας.

Πολιτική Πρόληψης και Αποκατάστασης: Η ενθάρρυνση ενός υγιούς και ενεργού τρόπου ζωής έχει προφανώς σημαντικά οφέλη σε κάθε άτομο. Η πολιτική πρόληψης και σύντομης αποκατάστασης φέρνει θετικά αποτελέσματα στο σύνολο της κοινωνίας αφού επιτρέπει στα άτομα να μείνουν ενεργά και υγιή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμποδίζει την πτώση της παραγωγικότητας και της εργασίας που προκαλείται από συνεχείς αρρώστιες και μειώνει το κόστος φροντίδας που αντιμετωπίζουν τόσο τα άτομα όσο και το ίδιο το κράτος. Προγράμματα εμβολιασμού και ιατρικής φροντίδας, εκστρατείες που προάγουν τον υγιή τρόπο ζωής και την πρόληψη έχουν τεθεί ήδη σε εφαρμογή στις περισσότερες χώρες. Όμως, παρά το γεγονός ότι τα προγράμματα αυτά υποδηλώνουν θετικές κινητοποιήσεις των κρατών, είναι πολύ νωρίς να αξιολογηθεί το αποτέλεσμα τους. Η φροντίδα με σκοπό τη σύντομη αποκατάσταση και ανάρρωση του ατόμου είναι πολύ βασικός παράγοντας αφού δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ανακτήσει συντομότερα την ανεξαρτησία του, να συνεχίσει τον τρόπο ζωής του και να επιστρέψει όσο το δυνατόν γρηγορότερα στο οικείο περιβάλλον του. Για να λειτουργήσει σωστά η πολιτική της αποκατάστασης χρειάζεται ένα ικανοποιητικά εξειδικευμένο προσωπικό και η αποτελεσματική χρήση των πληροφοριών και της τεχνολογίας.

Σλοβακία : Πολιτική Πρόληψης και Αποκατάστασης

Οι δημοτικές αρχές σε δύο πόλεις της Σλοβακίας (Zavar και Banska Bystrica City) έχουν εισάγει προγράμματα που περιλαμβάνουν τοπικούς μετόχους, υπαλλήλους και κατοίκους που βοηθούν τους διανοητικά και σωματικά ανάπηρους να λαμβάνουν ιδρυματική βοήθεια με σκοπό να συνεχίσουν να έχουν όσο το δυνατό πιο αξιοπρεπή και συμβατό με τα κοινωνικά δεδομένα τρόπο ζωής. Στην πόλη Zavar, οι κοινωνικοί λειτουργοί προτείνουν θεραπείες και προγράμματα φροντίδας, τα οποία περιλαμβάνουν εργοθεραπεία, ψυχιατρική και φαρμακευτική θεραπεία και

προγράμματα αποκατάστασης και ενεργούς κοινωνικής επανένταξης. Αυτά τα προγράμματα επικεντρώνονται στις προσωπικές ανάγκες του κάθε ατόμου και επιτρέπουν στον κάθενα να συμμετέχει ενεργά στις κοινοτικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

Πηγή: European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

Συντονισμένη Φροντίδα: Οι συντονισμένες ενέργειες για τη φροντίδα είναι πολύ βασικές, γιατί δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να απολαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και, κατάλληλως προσαρμοσμένες, βάσει των αναγκών τους, παροχές, αλλά και στο κράτος να κάνει σωστή διαχείριση των οικονομικών πόρων χρηματοδότησης που διαθέτει. Ένα εθνικά ολοκληρωμένο και πλήρως συντονισμένο σύστημα φροντίδας περιλαμβάνει τον συντονισμό των αρχών σε κρατικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και των διαφόρων υπηρεσιών (ιατρικής, επαγγελματικής και άτυπης φροντίδας, δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών και παροχών) με σκοπό να ξεπεραστούν τα εμπόδια και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ανάγκες χρόνιας φροντίδας και το κράτος με τον καταμερισμό των πόρων του. Τα προβλήματα συντονισμένης λειτουργίας του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να προέρχονται, είτε από τα διαφορετικά κεφάλαια που χρησιμοποιούνται για επιχορήγηση των διαφορετικών υπηρεσιών, είτε από τους πολυπληθείς και διαφορετικούς οργανισμούς και των υπηρεσιών που αυτοί παρέχουν, ή από τις πολλές επιτροπές και ομάδες που διαθέτει ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας.

Τα συντονισμένα προγράμματα φροντίδας είναι σημαντικό να διασφαλίζουν μια συνέχεια στο σύστημα για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Κάθε άτομο έχει ορισμένες ανάγκες, οι οποίες, τις περισσότερες φορές, χρειάζονται έναν συνδυασμό των ιατρικών, νοσηλευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Για να επιτευχθεί αυτό, δυο στοιχεία είναι σημαντικά: η συνδυασμένη και ολοκληρωμένη λειτουργία των υπηρεσιών και η καλύτερη διαχείριση των διαφόρων μέσων παροχών (της οικείας, των νοσοκομείων και των ιδρυμάτων). Όλες οι εθνικές αρχές αφιερώνουν πλέον περισσότερη προσοχή στην εισαγωγή νέων μέτρων, τα οποία θα βοηθήσουν οι εκάστοτε υπηρεσίες να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά και παραγωγικά.

Πορτογαλία : Ενοποίηση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας

Ύστερα από μια σειρά μεταρρυθμίσεων στο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας, η φροντίδα στην Πορτογαλία θα παρέχεται μέσα από ένα εύρος διεπιστημονικών υπηρεσιών: μονάδες ανάρρωσης, μέσης διάρκειας μονάδες αποκατάστασης, μονάδες φροντίδας ανακούφισης πόνου, ημερήσια κέντρα αποκατάστασης σωματικών κινήσεων και λειτουργιών, καταπραϊντικές θεραπείες από νοσοκομειακές ομάδες, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης κ.α. Συγκεκριμένα όλο αυτό το δίκτυο υπηρεσιών δημιουργήθηκε για να ενθαρρυνθεί η συντονισμένη λειτουργία και συνέχεια ανάμεσα σε κοινοτικά προγράμματα φροντίδας, των υγειονομικών συστημάτων και των κοινωνικών προγραμμάτων υποστήριξης και πρόνοιας. Η ευελιξία που έχει πλέον όλο το σύστημα, του δίνει τη δυνατότητα να προσαρμοστεί στις διαφορετικές ανάγκες των ανθρώπων σε ολόκληρη τη χώρα.

Πηγή: European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”

Σε πολλές χώρες, οι εθνικές στρατηγικές και προτεραιότητες έχουν θεσπιστεί για μια ομοιόμορφη παροχή των υπηρεσιών. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό, δεδομένου

ότι το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας μεταβιβάζεται και χειρίζεται από περιφερειακές κυβερνήσεις (Ισπανία, Σουηδία, Αγγλία). Παρόμοιοι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν και μέσω λειτουργικών συμβάσεων, όπως στη Γερμανία, ανάμεσα σε ασφαλιστές και παροχείς μακροχρόνιας φροντίδας. Πολλές χώρες έχουν ήδη κάνει (Βέλγιο, Γερμανία, Ισπανία, Φιλανδία) ή σκοπεύουν να κάνουν (Ουγγαρία, Λετονία, Μάλτα, Πολωνία) προγραμματισμό ενωποίησης όλων των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, διασφαλίζοντας έτσι τη συνέχεια αλλά και την αξιοπιστία του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας.

Επαρκές και εκπαιδευμένο προσωπικό: Ανεξάρτητα με τον τόπο παροχής των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (στο σπίτι, σε νοσοκομείο ή σε ίδρυμα), το πρόβλημα έλλειψης μεγέθους και ικανά εκπαιδευμένου επαγγελματικού και άτυπου προσωπικού είναι αρκετά δύσκολο να αντιμετωπιστεί, ειδικά αν η φροντίδα προσφέρεται άτυπα στο σπίτι. Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή είναι, και θα παραμείνει, ένα αναπόσπαστο κομμάτι των παροχών μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η σωστή εκπαίδευση, καθοδήγηση και υποστήριξη των άτυπων φροντιστών/μελών της οικογένειας. Στην Γερμανία για παράδειγμα, συμβουλευτικές υπηρεσίες προσφέρονται μέσω υποχρεωτικών κατ'οίκον επισκέψεων από κοινωνικούς συμβούλους μακροχρόνιας φροντίδας. Οι ελλείψεις προσωπικού που υπάρχουν σε επίπεδο φροντίδας στο σπίτι δεν αντιμετωπίζονται σαν μεμονωμένο πρόβλημα, αλλά σχετίζονται με τις γενικές ελλείψεις εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας και της φροντίδας. Είναι σύνηθες το γεγονός ότι, πολλοί εργαζόμενοι σε γηροκομεία, οίκους ευγηρίας ή και νοσοκομεία αναγκάζονται να προσφέρουν και κατ'οίκον υπηρεσίες.

Αντιμέτωπα με τις μεγάλες ελλείψεις προσωπικού αλλά και με την αυξημένη ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας, πολλά κράτη (Ισπανία, Γαλλία, Λιθουανία, Σουηδία, Τσεχία), θέσπισαν νέες πολιτικές για να αυξήσουν το νοσοκομειακό και ιδρυματικό προσωπικό, να βελτιώσουν την ποιότητα της εκπαίδευσης που αυτό λαμβάνει και προσφέρουν εκπαιδευτικά προγράμματα ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας σε άτυπους και επαγγελματίες φροντιστές. Άλλες χώρες (Πολωνία, Εσθονία, Λετονία) προσπαθούν βελτιώνοντας τις συνθήκες εργασίας και τις μισθολογικές απολαβές, να ενθαρρύνουν εργατικό προσωπικό να ασχοληθεί με τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας.

Άτυπη και τυπική φροντίδα: Παραδοσιακά οι ανάγκες της μακροχρόνιας φροντίδας «εξυπηρετούνταν» από άτυπους φροντιστές ή μέσα από επαγγελματίες φροντιστές στο σπίτι. Η παγκόσμια αναγνώριση που υπάρχει πλέον για το σημαντικό ρόλο των άτυπων φροντιστών στη ζωή των ατόμων με ανάγκες φροντίδας έχει δημιουργήσει ανησυχία τόσο στην διαθεσιμότητα όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών που αυτοί προσφέρουν. Παρ'όλο που η άτυπη φροντίδα δεν περιλαμβάνεται στο κόστος παροχών, η συνολική έλλειψη υποστήριξης αυτής, δεν είναι καθόλου χαμηλής κοστολογικής σημασίας, αν σκεφτεί κανείς ότι προσφέρεται κατά κύριο λόγο αφίλοκερδώς και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για αυτό το λόγο θεωρείται σημαντική, η κατάλληλη υποστήριξη στους άτυπους φροντιστές. Αυτή η υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει οικονομική ενίσχυση, διαρκή ενημέρωση και πληροφόρηση, εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη ή και διαμόρφωση κοινωνικής ασφάλισης. Άλλες μορφές βοήθειας μπορεί να είναι:

- Οικονομική βοήθεια (Αυστρία, Τσεχία, Γερμανία, Εσθονία, Δανία, Ουγγαρία, Γαλλία, Ισπανία, Σλοβακία, Φιλανδία, Ιταλία, Ιρλανδία, Σουηδία)

- Φοροαπαλλαγές (Ισπανία, Γερμανία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο, Γαλλία)
- Εργασιακές άδειες για φροντίδα συγγενών (Αυστρία, Ισπανία, Φιλανδία, Γερμανία, Ολλανδία)
- Αναγνώριση των περιόδων φροντίδας που παρέχουν οι φροντιστές σαν κανονική απασχόληση και έτη εργασίας για συνταξιοδότηση.
- Διαμόρφωση αναγνώρισης ειδικότητας των φροντιστών και συμμετοχή αυτών στα σχήματα κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας.

Στις διάφορες χώρες του ΟΟΣΑ, οι πολιτικές μακροπρόθεσμης φροντίδας έχουν μεταρρυθμιστεί για να επιτρέψουν στους δικαιούχους αυτής να έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογών ανάμεσα σε εύρος παροχών φροντίδας και ευελιξίας σε σχέση με το τρόπο που η φροντίδα παρέχεται. Οι διαφορετικοί τρόποι, τους οποίους αναζητούν να βρουν όλες οι χώρες για να αυξήσουν την ευελιξία και τις επιλογές φροντίδας, εξαρτώνται, εκτός των άλλων, από το βάρος της τυπικής έναντι της άτυπης φροντίδας. Αυτό απεικονίζει βέβαια εν μέρει και πολιτιστικούς παράγοντες, όπως είναι τα διαφορετικά ανά χώρα οικογενειακά πρότυπα (Rostgaard, 2004). Οι χώρες που φαίνεται ότι διαθέτουν αρκετούς οικονομικούς πόρους χρηματοδότησης του συστήματος τείνουν να στηρίζονται περισσότερο στις μορφές της επαγγελματικής φροντίδας, χωρίς βέβαια αυτό να είναι και απολύτως δεδομένο. Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα παρακάτω των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας, οι χώρες μπορούν να χωριστούν σε 5 κατηγορίες (Jens Lundsgaard, OECD Health working papers, 2005) :

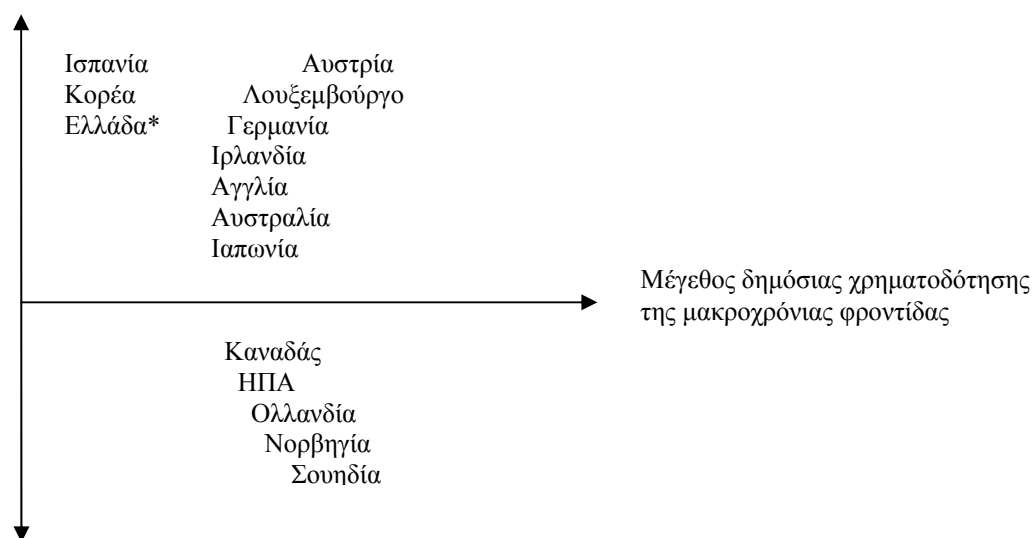
- a) Σε χώρες όπως **η Ισπανία, η Ελλάδα, η Κορέα** όπως και στις περισσότερες νότιες ευρωπαϊκές χώρες, η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από άτυπους και μη-επαγγελματίες φροντιστές και ενώ οι περισσότεροι οίκοι ευγηρίας, γηροκομεία και νοσοκομεία είναι κατά κύριο λόγο δημόσια και κρατικά, η συνολική παροχή φροντίδας βασίζεται σε προσωπικά έξοδα των ατόμων στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ.
- b) Χώρες όπως **η Αυστρία, το Λουξεμβούργο, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Αγγλία και η Αυστραλία** προσφέρουν ικανοποιητικά επίπεδα μακροχρόνιας φροντίδας επιδοτημένα στο μεγαλύτερο μέρος τους από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ένα μεγάλο μέρος αυτών έχει τη μορφή οικονομικής ενίσχυσης των άτυπων φροντιστών που δίνεται σαν επίδομα, είτε άμεσα στο άτομο με τις ανάγκες φροντίδας, δίνοντας του την δυνατότητα να το αξιοποιήσει όπως εκείνο θεωρεί καταλληλότερα βάσει των αναγκών του (Αυστρία, Γερμανία και Λουξεμβούργο), είτε έμμεσα στον άτυπο φροντιστή, αναγνωρίζοντας τις υπηρεσίες που αυτός προσφέρει σε επαγγελματικό πλέον επίπεδο (Αυστραλία, Ιρλανδία, Αγγλία).
- c) **Στην Ιαπωνία**, η άτυπη φροντίδα μέσα στην οικογένεια παίζει, επίσης, σημαντικό ρόλο, αλλά δεν υποστηρίζεται οικονομικά από δημόσια προγράμματα. Η υποχρεωτική πλέον ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας δίνει την δυνατότητα παροχών ουσιαστικής επαγγελματικής φροντίδας σαν εναλλακτικές μορφές φροντίδας. Παρ' όλα αυτά η Ιαπωνία κάνει προόδους τα τελευταία χρόνια και με την εισαγωγή της κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας κινείται προς τα πλαίσια των προαναφερθέντων χωρών (b).
- d) **Στις ΗΠΑ και στον Καναδά**, η άτυπη φροντίδα έχει εξίσου σημαντική θέση στη φροντίδα αλλά δεν υποστηρίζεται σχεδόν καθόλου από κρατικές επιχορηγήσεις. Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας βασίζεται σε ιδιωτικά έξοδα, αλλά η αυξανόμενη ζήτηση της φροντίδας έχει οδηγήσει σε

κάποιες μεταρρυθμίσεις, όπως ελαστικές θέσεις απασχόλησης άτυπων φροντιστών.

- ε) Χώρες όπως η **Ολλανδία, η Σουηδία και η Νορβηγία** (κυρίως όλες οι Σκανδιναβικές χώρες) διατηρούν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κρατικής χρηματοδότησης αλλά το μεγαλύτερο μέρος αυτών διοχετεύεται σε επαγγελματικές και τυπικές υπηρεσίες και παροχές φροντίδας, δίνοντας μεγαλύτερο βάρος στην ιδρυματική φροντίδα.

Σχεδιάγραμμα 3.2: Ο βαθμός, στον οποίο στηρίζονται οι χώρες στην τυπική και στην άτυπη φροντίδα, έχει μικρή συσχέτιση με το μέγεθος της δημόσιας χρηματοδότησης

Ιδιαίτερη στήριξη συστήματος στην άτυπη φροντίδα



Ιδιαίτερη στήριξη συστήματος στη τυπική φροντίδα

Πηγή: Jens Lundsgaard, OECD Health working papers, 2005

* Η Ελλάδα προστέθηκε ύστερα από πρωτοβουλία της συγγραφέα της εργασίας αυτής, στηριζόμενη στα στοιχεία και συμπεράσματα που προέκυψαν ύστερα από το σύνολο της σχετικής βιβλιογραφίας

Πίνακας 3.1: Σημαντικά δημόσια προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας σε κάποιες χώρες του ΟΟΣΑ

<i>Αυστραλία</i>	Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση αντλεί πόρους μέσω της φορολογίας και επιδοτεί μόνο τη φροντίδα στο σπίτι. Το Community Aged Care Packages (CACP) και το Home Community Care (HACC) είναι προγράμματα που προσφέρουν επιδόματα για την εξασφάλιση της ομοιόμορφης κατανομής των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε όλη την επικράτεια της χώρας (χρηματοδοτούμενα από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και από τις περιφερειακές ή τοπικές αρχές αντίστοιχα).
<i>Αυστρία</i>	Τα επιδόματα φροντίδας καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού και παρέχουν οικονομική ενίσχυση για κατ' οίκον φροντίδα και για ιδρυματική φροντίδα
<i>Καναδάς</i>	Η κατ' οίκον και η ιδρυματική φροντίδα παρέχονται σε περιφερειακό επίπεδο και κατά μέσο όρο είναι ίδια σε όλο τον Καναδά
<i>Γερμανία</i>	Η Κοινωνική Ασφάλιση Μακροχρόνιας Φροντίδας καλύπτει τη φροντίδα στο σπίτι και την ιδρυματική φροντίδα σχεδόν στο 90% του πληθυσμού
<i>Ιρλανδία</i>	Κρατική επιχορήγηση υπάρχει τόσο για κατ' οίκον φροντίδα όσο και για ιδρυματική φροντίδα και χρηματοδοτείται από τους φόρους των πολιτών
<i>Ιαπωνία</i>	Η Ασφάλιση Μακροχρόνιας Φροντίδας είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και παρέχει φροντίδα στο σπίτι και ιδρυματική φροντίδα, καταβάλλοντας στους ηλικιωμένους επιδόματα που επιχορηγούν υπηρεσίες σε είδος
<i>Λουξεμβούργο</i>	Η κρατική βοήθεια στηρίζεται βασικά στην Ασφάλιση Εξάρτησης (Dependency Insurance) βάσει της οποίας οι δικαιούχοι πληρώνουν την διαφορά των εξόδων που δεν καλύπτονται από τις κρατικές οικονομικές παροχές.
<i>Ολλανδία</i>	Το Πρόγραμμα Εξαιρετικών Ιατρικών Δαπανών (Exceptional Medical Expenses Act) είναι μία κοινωνική ασφάλιση, η οποία καλύπτει μακροχρόνια κατ' οίκον ή ιδρυματική φροντίδα
<i>Νορβηγία</i>	Οι τοπικές αρχές έχουν την πλήρη αρμοδιότητα για την κρατική μακροχρόνια φροντίδα σύμφωνα με το Σχέδιο Δράσης Δημοτικών Υπηρεσιών (Municipal Service Act) και το Σχέδιο Δράσης Κοινωνικών Υπηρεσιών (Social Services Act).
<i>Σουηδία</i>	Οι τοπικές αρχές είναι αρμόδιες και παρέχουν τις περισσότερες υπηρεσίες και παροχές φροντίδας στο σπίτι και της ιδρυματικής φροντίδας, βάσει του Σχεδίου Δράσης Κοινωνικών Υπηρεσιών (Social Services Act).
<i>Αγγλία</i>	Οι κοινωνικές υπηρεσίες παρέχουν κατ' οίκον και ιδρυματική φροντίδα και χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές, οι οποίες επιχορηγούνται από την κεντρική κυβέρνηση. Η Εθνική Υγειονομική Υπηρεσία (National Health Service) παρέχει επίσης και τα 2 είδη φροντίδας και επιχορηγείται από την κεντρική κυβέρνηση.
<i>ΗΠΑ</i>	Το Medicare είναι ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα για άτομα ηλικίας 65+ και για συγκεκριμένες ομάδες αναπήρων. Καλύπτει τη φροντίδα σε γηροκομεία και υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι για περιορισμένο χρονικό διάστημα και ύστερα από σοβαρό περιστατικό, αλλά δεν καλύπτει συνεχή παροχή μακροχρόνιας φροντίδας. Το Medicaid είναι ένα κοινό ομοσπονδιακό και κρατικό πρόγραμμα, το οποίο καλύπτει τη φροντίδα στο σπίτι και την ιδρυματική φροντίδα μόνο σε άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα.
<i>Ελλάδα*</i>	Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι υπεύθυνο και για την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχεται στους ασφαλισμένους. Οι πόροι χρηματοδότησης του συστήματος προέρχονται από τις εισφορές εργοδοτών-εργαζομένων αλλά και από τους φόρους των πολιτών. Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας που προσφέρονται από το σύστημα ασφάλισης περιλαμβάνουν υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας, φροντίδας στο σπίτι βάσει του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» και ιδρυματικές ή νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Πηγή: Jens Lundgaard, OECD Health working papers, 2005

* Η Ελλάδα προστέθηκε ύστερα από πρωτοβουλία της συγγραφέα της εργασίας αυτής, στηριζόμενη στα στοιχεία και συμπεράσματα για το σύστημα παροχών μακροχρόνιας φροντίδας που προέκυψαν ύστερα από περιγραφές των ελληνικών κυβερνήσεων, γι' αυτό το λόγο είναι αρκετά συνοπτική αλλά και «ωραιοποιημένη», καθώς αναφέρονται

οι προσφερόμενες υπηρεσίες αλλά δεν διευκρινίζεται η ποιότητα, η ποσότητα, το είδος των παροχών αλλά και το μέγεθος των απόμων που τις χρησιμοποιούν.

3.3 Επισκόπηση εμπειρίας στη μακροχρόνια φροντίδα σε Γερμανία και Ελλάδα

Σε αυτό το σημείο θα εξετάσουμε την ανάπτυξη που παρουσιάζεται στα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας σε δυο χώρες, στη Γερμανία και την Ελλάδα.

A. Γερμανία

Η Γερμανία θεωρείται από τις χώρες, παγκοσμίως, που έχει δώσει μεγάλη σημασία στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης και στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας. Τόσο ο τρόπος άντλησης των οικονομικών πηγών του συστήματος υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας όσο ο όγκος, το είδος και η ποιότητα των υπηρεσιών και παροχών αυτών, που προσφέρουν στους πολίτες της, αξίζουν να μελετηθούν αναλυτικότερα, αφού το σύστημα υγείας της χώρας αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck¹⁰.

Κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, παρόμοιο στη φύση με τα άλλα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (ασφάλιση σύνταξης, απασχόλησης και υγείας) στη Γερμανία (Melanie Arntz, Ralf Sacchetto, Alexander Spermann, Susanne Steffes, Sarah Widmaier, 2007) εισήχθη στο Γερμανικό Κοινοβούλιο το 1994. Όλοι οι εργαζόμενοι, των οποίων οι μηνιαίες αποδοχές τους είναι λιγότερες από το ανώτατο όριο αποδοχών κοινωνικής ασφάλισης στο γερμανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (ήταν 3.937,5€/μήνα το 2006) μπορούν να είναι μέλη αυτού του συστήματος. Οι συνεισφορές καταβάλλονται εξίσου από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους και υπολογίζονται από το ακαθάριστο εισόδημα μέχρι το ανώτατο όριο εισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση που καθορίζεται κάθε έτος. Εργαζόμενοι που δεν καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι αυτοαπασχολούμενοι) είναι συνήθως ασφαλισμένοι με ιδιωτική ασφάλιση υγείας και

¹⁰ Τα βασικά συστήματα συνταξιοδότησης στην Ευρώπη αναπτύχθηκαν κατά τον 19^ο αιώνα. Το Γερμανικό πρότυπο ή μοντέλο Bismarck βασίστηκε στην αναδιανομή και αποτελούσε αναγκαίο συμπλήρωμα της εργασιακής σχέσης. Κατευθυντήρια αρχή του γερμανικού μοντέλου είναι η ευθύνη των ίδιων των ενδιαφερομένων (εργαζομένων και εργοδοτών) για την ασφαλιστική προστασία, ευθύνη η οποία μεταφράζεται σε αυτονομία και αυτοχρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων, ενώ οι συντάξεις υπόκεινται στη θεμελιώδη αρχή της αντιστοιχίας ή ανταποδοτικότητας μεταξύ εισφορών και παροχών. Τα συστήματα τύπου Bismarck δεν ήταν αποτέλεσμα συλλογικών διαπραγματεύσεων, στο πλαίσιο της αγοράς, αλλά κρατικής παρέμβασης, που υποχρέωσε τους εργοδότες να συμμετάσχουν στην ασφαλιστική προστασία των εργαζομένων.

Απόσπασμα από την εργασία : «Η πολιτική οικονομία της μεταρρύθμισης του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η Ισότητα των δυο φύλων» της Άννας Καραμάνου, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, 2004

συντάξεως και τους επιτρέπεται να συνάψουν ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικό οργανισμό (ασφαλιστική εταιρεία) μόνο εαν έχουν ήδη συνάψει ασφάλιση υγείας. Όλοι οι ασφαλισμένοι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται αυτόματα και από κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας. Τα ασφαλιστικά ταμεία μακροχρόνιας φροντίδας (Pflegekassen) είναι ενσωματωμένα με τα ταμεία που καλύπτουν ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης (Krankenkassen). Περίπου το 90% του γερμανικού πληθυσμού καλύπτεται από κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας και το 9% έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας .

Ιδρυματική φροντίδα

Τα ομοσπονδιακά κρατίδια της Γερμανίας είναι αρμόδια για την εξασφάλιση μιας αποτελεσματικής και οικονομικώς αποδοτικής υποδομής των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχονται, με σκοπό να διασφαλιστεί το μέγεθος των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των ιδρυμάτων μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι στόχος των αρχών (της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, των περιφερειακών και τοπικών αρχών) να αποφύγουν τις διακρίσεις στον τομέα της φροντίδας και της υποστήριξης, να εξασφαλίσουν ομοιομορφία στο είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε εθνικό επίπεδο αλλά και σωστή αξιοποίηση των κεφαλαίων που δαπανούνται στην επένδυση και συντήρηση όλων των τοπικών, κρατικών και μη-κερδοσκοπικών ιδρυμάτων μακροχρόνιας φροντίδας.

Σκοπός των ασφαλιστικών ταμείων μακροχρόνιας φροντίδας είναι να εξασφαλιστεί η παροχή μόνιμης και συνεχούς φροντίδας στους ασφαλισμένους και να ελαχιστοποιηθούν οι ελλείψεις και οι δυσκολίες που υπάρχουν στα ιδρύματα αυτά, ελέγχοντας έτσι και την ποιότητα και σωστή λειτουργία των υπηρεσιών και οργανισμών. Μέσω των ασφαλιστικών ταμείων πληρώνονται οι επαγγελματίες φροντιστές μακροχρόνιας φροντίδας αλλά και τα επιδόματα μακροχρόνιας φροντίδας που δίνονται στους δικαιούχους ασφαλισμένους. Το Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας (Medical Review Board of the Statutory Health Insurance Funds ή Medizinische Dienste der Krankenkassen-MDK) αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενούς που χρήζει μακροχρόνιας φροντίδας και εκτιμάει την οικονομική ενίσχυση/επίδομα που αντιστοιχεί στους, αρμόδιους για το συγκεκριμένο άτομο, φροντιστές. Το ίδιο το συμβούλιο προσφέρει επίσης μια σειρά εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εθελοντές φροντιστές για να αποκτήσουν ευκολότερη και αποδοτικότερη εμπειρία στη φροντίδα των ασθενών που έχουν αναλάβει.

Οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας υποστηρίζονται σε τοπικό και κρατικό επίπεδο είτε από μη-κερδοσκοπικές είτε από ιδιωτικές οργανώσεις. Τα ιδρύματα συνάπτουν σύμβαση (Versorgungsvertrag) με τα ασφαλιστικά ταμεία, η οποία καθορίζει την ποιότητα και την ποσότητα των ιδρυματικών υπηρεσιών φροντίδας. Η σύμβαση αυτή καθορίζει τον τύπο, το περιεχόμενο και την έκταση των γενικών παροχών που ένα ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας πρέπει να παρέχει, αφού όλοι οι παροχές φροντίδας πρέπει να λειτουργούν έτσι ώστε να διατηρείται η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών. Με αυτή τη σύμβαση, επίσης, όλα τα ιδρύματα δεσμεύονται να προσφέρουν ανθρώπινη, αξιοπρεπή και αποτελεσματική φροντίδα και να σεβαστούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων που φιλοξενούν.

Δικαιούχοι Παροχών

Ένα άτομο για να έχει δικαίωμα παροχής των υπηρεσιών και κυρίως των οικονομικών παροχών στη Γερμανία πρέπει να χαρακτηριστεί ως «άνικανο» να διεκπεραιώσει από μόνο του συγκεκριμένο αριθμό καθημερινών πρωτευόντων (ADLs) και δευτερευόντων (IADLs) καθημερινών δραστηριοτήτων για χρονικό διάστημα άνω των 6 μηνών, εξαιτίας σωματικής, διανοητικής ή ψυχολογικής ασθένειας ή ανικανότητας. Αυτό το άτομο πρέπει να εξαρτάται από τη βοήθεια τρίτου για την περιποίηση της προσωπικής/υγιεινής φροντίδας, της διατροφής, της μετακίνησης και της οικιακής φροντίδας. Το Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας, που αποτελείται κυρίως από γιατρούς και νοσηλευτές, εξετάζει και αξιολογεί, μετά από σειρά επισκέψεων στο σπίτι του ασφαλισμένου, την κατάστασή του και τις ανάγκες φροντίδας που αυτός έχει, βάσει των προηγούμενων κατηγοριών. Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης, το συμβούλιο κατατάσσει το άτομο σε μια από τις τρεις κατηγορίες ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής του (Πίνακας 3.2). Στην διαδικασία αξιολόγησης δεν συμπεριλαμβάνονται τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ή αυτά που πάσχουν από άνοια. Εάν το άτομο αρνηθεί να πραγματοποιηθεί η διαδικασία αξιολόγησης, το συμβούλιο έχει το δικαίωμα να απορρίψει την παροχή των ασφαλιστικών παροχών που το άτομο δικαιούται.

Πίνακας 3.2: Επίπεδα φροντίδας και αναγκών στο Γερμανικό σύστημα μακροχρόνιας ασφάλισης

	Επίπεδο Φροντίδας I – ανάγκη για βασική φροντίδα	Επίπεδο Φροντίδας II – ανάγκη για εντατική φροντίδα	Επίπεδο Φροντίδας III – ανάγκη για υπερεντατική φροντίδα
Βοήθεια στην προσωπική υγιεινή, διατροφή και μεταφορά/κινητικότητα	Τουλάχιστον μια φορά την ημέρα για την διεκπαιρέωση τουλάχιστον δυο δραστηριοτήτων σε μια ή περισσότερες κατηγορίες φροντίδας	Τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της ημέρας	Εικοσιτετράωρη φροντίδα
Συμπληρωματική βοήθεια	Πολλές φορές την εβδομάδα για οικιακή φροντίδα	Πολλές φορές την εβδομάδα για οικιακή φροντίδα	Πολλές φορές την εβδομάδα για οικιακή φροντίδα
Νοσοκομειακή/Ιατρική φροντίδα	Τουλάχιστον 1,5 ώρες/ημέρα Κατά μέσο όρο	Τουλάχιστον 3 ώρες/ημέρα κατά μέσο όρο	Τουλάχιστον 5 ώρα/ημέρα κατά μέσο όρο

Πηγή: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004), Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2006a).

Άπαξ και γίνει η αξιολόγηση και η κατάταξη του ασθενούς σε ένα επίπεδο φροντίδας, μόνο το ίδιο το άτομο, η οικογένειά του ή το ίδρυμα που το φιλοξενεί μπορεί να ζητήσει διαδικασία επανεξέτασης από το Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης, εάν η κατάσταση της υγείας του ατόμου επιδεινωθεί. Οι δικαιούχοι των ασφαλιστικών παροχών δεν εξετάζονται συχνά από το Συμβούλιο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και το Συμβούλιο δεν μπορεί να ορίσει κάποια ημερομηνία επίσκεψης και επανεξέτασης.

Παροχές φροντίδας

Το είδος της παροχής που προσφέρεται εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ατόμου (επίπεδο φροντίδας) και το παροχέα αυτής (εάν προσφέρεται άτυπα από τα μέλη της οικογένειας, από επαγγελματίες φροντιστές ή οίκους ευγηρίας και νοσοκομεία). Τα άτομα που επιθυμούν τη φροντίδα στο σπίτι επιδοτούνται με το Επίδομα Φροντίδας (Cash Allowance For Care ή Pflegegeld), το οποίο τους δίνεται είτε σε υπηρεσίες (in-kind transfer), είτε σε χρήματα (lump-sum transfer) (τα άτομα

που φιλοξενούνται από ιδρύματα και βρίσκονται κάτω από συνεχή ιατρική παρακολούθηση χρηματοδοτούνται μόνο με εφάπαξ επίδομα) είτε σε έναν συνδυασμό των δυο προηγούμενων και το ύψος αυτού εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασής του και από το μέγεθος της φροντίδας που αυτό χρειάζεται να λαμβάνει (βλ. Πίνακα 3.3). Το άτομο που έχει ανάγκη βοήθειας μπορεί να απευθυνθεί είτε στο ασφαλιστικό του ταμείο είτε άμεσα στον παραγωγό φροντίδας στο σπίτι. Η ειδική νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί παραπομπή από Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης, ενώ η προσωπική ή οικιακή φροντίδα είναι ελεύθερης πρόσβασης. Η ιατρική εκτίμηση και παραπομπή γίνεται από ιατρό ή νοσηλευτή που ανήκει στο Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης του ασφαλιστικού ταμείου, βάσει αξιολόγησης του βαθμού φροντίδας και αναγκών του ενδιαφερόμενου ατόμου (Πίνακας 3.2).

Γενικά η γερμανική νομοθεσία υποστηρίζει περισσότερο την φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι από την ιδρυματική φροντίδα, με σκοπό οι ασθενείς να φροντίζονται στο οικείο περιβάλλον τους για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αυτό σημαίνει ότι μόνο το Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει ένα άτομο εαν είναι αδύναμο και ασθενικό, ώστε να μείνει σε κάποιο οίκο ευγηρίας ή γηροκομείο. Εαν το Συμβούλιο αξιολογήσει ότι δεν είναι απαραίτητη μια τέτοια φροντίδα, το άτομο θα εξακολουθεί να λαμβάνει φροντίδα/νοσηλεία μόνο στο σπίτι του.

Πίνακας 3.3: Παροχές γερμανών δικαιούχων για διαφορετικά επίπεδα φροντίδας (σε Ευρώ)

Είδος φροντίδας	Επίπεδο Φροντίδας I	Επίπεδο Φροντίδας II	Επίπεδο Φροντίδας II	Τελικό Στάδιο Φροντίδας
Τμηματικές παροχές ανά μήνα	384	921	1.432	1.918
Εφάπαξ παροχές ανά μήνα	205	410	665	-
Ιδρυματική Φροντίδα (σε ξενώνες και άσυλα φροντίδας) ανά έτος	1.432	1.432	1.432	-
Ημερήσια Φροντίδα ανά μήνα	384	921	1.432	-
Βραχυπρόθεσμη Φροντίδα ανά έτος	1.432	1.432	1.432	-
Ιδρυματική Φροντίδα (σε οίκους ευγηρίας, γηροκομεία ή/και νοσοκομεία) ανά έτος	1.023	1.279	1.432	1.688

Πηγή: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004).

Η εξωνοσοκομειακή κοινωνική και νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (έξι εθνικοί οργανισμοί) μπορεί να ανήκουν στην εκκλησία, σε τοπικές κοινότητες ή σε ομάδες εργαζομένων. Οι βασικοί φορείς παροχής φροντίδας διακρίνονται σε 4 κατηγορίες, οι οποίες διαφέρουν ως προς το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν (νοσηλευτικές, προσωπικής, οικιακής φροντίδας ή συνδυασμούς αυτών). Το μέγεθος του πληθυσμού που εξυπηρετούν εξαρτάται από το μέγεθος του φορέα-σταθμού, αλλά και το βαθμό αστικοποίησης. Οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί αποτελούν ένα καλά οργανωμένο δίκτυο, το οποίο παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι αλλά και βοηθητικές υπηρεσίες.

Η φροντίδα στο σπίτι (Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007) διακρίνεται στην «ειδική νοσηλευτική φροντίδα», η οποία χρηματοδοτείται από την ασφάλιση υγείας, την προσωπική (personal) και την οικιακή (domiciliary) φροντίδα, οι οποίες καλύπτονται από την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας (Long-term Care Insurance ή Pflegeversicherung) και είναι υποχρεωτική, κρατική ή ιδιωτική και συμπληρωματική της ασφάλειας υγείας. Η φροντίδα στο σπίτι

συμπληρώνεται με την παροχή υποβοηθητικών προϊόντων φροντίδας (π.χ. απολυμαντικά, υποσέντονα, ιατρικά αναλώσιμα, κ.λ.π.) καθώς και τεχνική ενίσχυση (ειδικά κρεβάτια αρρώστων, αναπηρικά καροτσάκια κ.α). Πάνω από 31€ το μήνα χορηγούνται συμπληρωματικά από τα ασφαλιστικά ταμεία στα άτομα με ανάγκη φροντίδας, για να εξασφαλίσουν την παροχή αυτών των τεχνικών και υποβοηθητικών προϊόντων. Η παρεχόμενη βοήθεια στο σπίτι διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

- *Νοσηλεία στο σπίτι (nursing home care)*: Οι νοσηλευτές που χρησιμοποιούνται για την κατ'οίκον παροχή υπηρεσιών διαφέρουν, όπως και σε άλλες χώρες, ανάλογα με την εκπαίδευση και την ειδίκευσή τους (γενικοί νοσηλευτές, νοσηλευτές με παιδιατρική, με γηριατρική ειδικότητα). Τα καθήκοντά τους είναι καθαρά νοσηλευτικά.
- *Φροντίδα στο σπίτι (home care)*: Περιλαμβάνει την *προσωπική (personal care)* και την *οικιακή φροντίδα (housekeeping care)* και παρέχεται από δύο κατηγορίες προσωπικού, τους βοηθούς για το σπίτι και τους βοηθούς για την οικογένεια (home and family help και home and family aide).

Αναφέρεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό της φροντίδας στο σπίτι παρέχεται από τους φροντιστές και εθελοντές. Ποσοστό 80–90% λαμβάνει βοήθεια από την οικογένεια και 83% των φροντιστών είναι γυναίκες (σύζυγοι, κόρες).

Το ασφαλιστικό ταμείο, με επιχορήγηση, μπορεί να καλύψει το χρήστη με παροχές σε υπηρεσίες, σε χρήματα ή σε συνδυασμό των δύο, μετά από την ιατρική εκτίμηση, την αξιολόγηση φροντίδας και αναγκών και την παραπομπή που γίνεται από ιατρό ή νοσηλευτή που ανήκει στο Ιατρικό Συμβούλιο Επιθεώρησης του ασφαλιστικού ταμείου. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας-πρόνοιας παρέχονται κυρίως από ιδιωτικούς οργανισμούς, είναι συμπληρωματικές της οικογένειας και περιλαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη για τους ηλικιωμένους, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και τα σωματικά και ψυχικά εξαρτημένα άτομα.

- *Ιδρυματική φροντίδα (nursing home care)*: Περιλαμβάνει τη φροντίδα που δέχονται τα ηλικιωμένα άτομα σε ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας και γηροκομεία, τα οποία παρέχουν ένα ευρύ φάσμα προσωπικής αλλά και ιατρικής φροντίδας από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Γενικά οι οίκοι ευγηρίας παρέχουν υπηρεσίες υποβοηθούμενης διαβίωσης (ντύσιμο, πλύσιμο, τουαλέτα) σε ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν καθόλου από μόνα τους να φροντίσουν τον εαυτό τους λόγω φυσικής, συναισθηματικής ή διανοητικής ανικανότητας. Στην ιδρυματική φροντίδα ανήκουν και μη κερδοσκοπικοί κρατικοί ξενώνες ή άσυλα φροντίδας (hospice care). Η παροχή φροντίδας από άσυλα περιλαμβάνει υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής και προσωπικής φροντίδας. Τα άσυλα αυτά παρέχουν υπηρεσίες που αντικαθιστούν προσωρινά τις υπηρεσίες που προσφέρουν επαγγελματίες νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας.

Χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας

Η ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας λειτουργεί παρόμοια με τα άλλα γερμανικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Το σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας χρηματοδοτείται από τις κοινές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών τους και λειτουργεί βάσει του διανεμητικού συστήματος ασφάλισης (pay-as-you-go system). Τα εξαρτημένα μέλη της οικογένειας (παιδιά και άνεργοι σύζυγοι) είναι επίσης καλυμμένα από τα υπόλοιπα ασφαλισμένα μέλη (γονείς ή σύζυγοι αντίστοιχα). Οι συνεισφορές στο ασφαλιστικό ταμείο υπολογίζονται ως μέρος του

ακαθάριστου εισοδήματος μέχρι και το ανώτατο όριο εισφοράς των 3.562,50€ (το 2006). Βέβαια αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα συνεισφέρουν περισσότερα χρήματα στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Κατά τη διάρκεια 1/1/1994 και 1/4/1995 το ποσοστό εισφοράς ήταν 1% ενώ καμία παροχή μακροχρόνιας φροντίδας δεν πληρώθηκε κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου. Μετά την 1/4/1995 το ποσοστό εισφοράς αυξήθηκε στο 1.7%. Από εκείνη την περίοδο και μέχρι την 1/7/1996 (όπου ξεκίνησαν και οι οικονομικές παροχές σε ιδρύματα φροντίδας) οι παροχές που πληρώνονταν αφορούσαν μόνο τη φροντίδα και τη νοσηλεία στο σπίτι. Το 2001, το ομοσπονδιακό δικαστήριο, σύμφωνα με απόφαση που εξέδωσε, έκρινε αντισυνταγματικό οι ασφαλισμένοι με παιδιά και χωρίς παιδιά να πληρώνουν το ίδιο ποσοστό εισφοράς στο σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και την 1/1/2005 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συνέταξε ένα νομοσχέδιο (“children-consideration law”) βάσει του οποίου άτεκνοι άνω των 22 ετών θα συνεισφέρουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο 0,25 ποσοστιαίες μονάδες περισσότερο από τους εργαζόμενους με παιδιά.

Πίνακας 3.4: Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στη Γερμανία

	Παροχές	Παροχείς	Χρηματοδότηση
Οικογένεια	«Άτυπη φροντίδα»	Όλα τα μέλη της οικογένειας, φίλοι και γείτονες	-Προσωπικά έξοδα -Αποταμιεύσεις
Τοπική Αυτοδιοίκηση	-ΚΑΠΗ - Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες -Οίκοι Ευγηρίας - Κρατικοί ξενώνες ή άσυλα φροντίδας	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί,νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Εθελοντές φροντιστές -Εκκλησία -Μη κερδοσκοπικά και κερδοσκοπικά ιδρύματα	-Εθελοντικές δωρεές και Φιλανθρωπίες -Προσωπικά έξοδα - Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης
Κράτος	-Φροντίδα στο σπίτι - Νοσηλεία στο σπίτι - Ιατρικός εξοπλισμός - Νοσηλεία σε νοσοκομείο - Οικονομικές παροχές και επιδόματα μακροχρόνιας φροντίδας - Εκπαίδευση και υποστήριξη των επαγγελματιών και των άτυπων φροντιστών	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί,νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Εκπαιδευμένο προσωπικό με γνώσεις ιατρικής και ψυχολογίας σε μονάδες τηλεφωνικής υποστήριξης -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εκπαιδευτές μη-επαγγελματιών φροντιστών	- Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης -Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα
Ιδιωτικός Τομέας: -Άτυπος -Τυπικός	- Φροντίδα στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Νοσηλεία στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων -Ιδιωτικά Γηροκομεία και Οίκοι Ευγηρίας	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί,νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εμπειρογνώμονες	- Ασφαλιστικές εταιρίες μέσω εισφορών (ασφαλιστρών) ασφαλισμένων στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης -Κρατικές Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα -Μέτοχοι ασφαλιστικών εταιρειών

Πηγή: Αντληση, ανάλυση και συμπύκνωση πληροφοριών που προέκυψαν από τη συνολική και σχετική με τη μακροχρόνια φροντίδα βιβλιογραφία

Πρόταση για Μεταρρυθμίσεις

Τα κοινωνικά συστήματα ασφάλισης στη Γερμανία αντιμετωπίζουν αρκετά οικονομικά προβλήματα. Το πρόβλημα της γήρανσης του εγχώριου πληθυσμού και οι αυξανόμενες δαπάνες που συνδέονται με την αύξηση των δικαιούχων μακροχρόνιας φροντίδας απασχολούν την γερμανική κυβέρνηση. Επιπλέον, η δύσκολη αγορά εργασίας έχει διαβρώσει την εισοδηματική βάση του συστήματος τα τελευταία χρόνια και δεν προβλέπεται βελτίωση στο εγγύτερο μέλλον. Επίσης, άτομα με υψηλότερα ετήσια εισοδήματα από το ανώτερο όριο εισφοράς επιλέγουν να μην είναι ασφαλισμένα στο κοινωνικό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και επιλέγουν να μην συνεισφέρουν στο διανεμητικό σύστημα, ακόμα και αν έχουν υψηλότερο εισόδημα από τα άτομα που τελικά επιλέγουν να είναι μέλη κάποιου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Τέλος η αξία των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί αναλογικά πολύ περισσότερο από την αξία των υπόλοιπων καταναλωτικών προϊόντων αλλά και των μέσων μισθών των εργαζόμενων, και αυτή η τάση αναμένεται να συνεχιστεί. Ανάμεσα στο 1995 και το 2004 η τιμή των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι αυξάνονταν κατά μέσο όρο 3.4% ανά έτος ενώ την ίδια περίοδο η αξία των ιδρυματικών νοσηλευτικών υπηρεσιών αυξάνονταν κατά μέσο όρο κατά 5.9% ετησίως.

Εαν το γερμανικό κοινωνικό ασφαλιστικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας δεν μεταρρυθμιστεί μέσα στα επόμενα χρόνια, το ποσοστό των εισφορών θα αυξηθεί¹¹ εντυπωσιακά κατά τη διάρκεια των επόμενων 40 ετών. Παρ'όλα αυτά η αύξηση των εισφορών είναι ένας από τους λιγότερο δημοφιλείς τρόπους αντιμετώπισης του οικονομικού προβλήματος του συστήματος. Τα επιδόματα ανεργίας σήμερα στην Γερμανία είναι από τα πιο υψηλά και αυτό αποτελεί ένα από τους κυριότερους λόγους για το υψηλό ποσοστό ανεργίας της χώρας (και την έλλειψη σημαντικών εισφορών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης). Επομένως, πολλές πολιτικές μεταρρυθμίσεις συζητούνται και αναζητούνται τόσο από τον ακαδημαϊκό κόσμο όσο και από τους πολιτικούς. Γενικά είναι αναγνωρισμένο το γεγονός ότι πρέπει να υπάρξει μια διάκριση ανάμεσα στους πόρους χρηματοδότησης προς και από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με το πρώτο να συζητείται περισσότερο. Διάφορες προτάσεις μεταρρυθμίσεων έχουν ήδη τεθεί και εξετάζονται με στόχο την αντιμετώπιση των αυξημένων οικονομικών προβλημάτων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι προτάσεις μεταρρυθμίσεων αφορούν 4 διαφορετικά όργανα και τον πιθανό συνδυασμό κάποιων από αυτά:

- ⇒ Σταθερά ασφάλιστρα ή εισφορές ανάλογα με το εισόδημα;
- ⇒ Πλήρως κεφαλαιοποιητικό (fully-funded system) ή διανεμητικό σύστημα ασφάλισης (pay-as-you-go system);
- ⇒ Ιδιωτική ασφάλιση ή συνδυασμός κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης;
- ⇒ Ασφάλιση πολιτών¹² ή συνδυασμός κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης;

Εκτός από τα προβλήματα χρηματοδότησης του συστήματος, υπάρχουν και προβλήματα δαπανών αυτού, τα οποία αναμένονται επίσης να αυξηθούν, για αυτό το

¹¹ Το Kronberger Kreis (2005) και τα Häcker and Raffelhüschen (2004), για παράδειγμα, προσδοκούν ένα ποσοστό εισφοράς της τάξεως του 5.9 % το 2050. Η Επιτροπή Herzog (2003) προβλέπει ένα ποσοστό εισφοράς 5,8%. Μόνο η Rürup Επιτροπή (2003) αναμένει ένα χαμηλότερο ποσοστό εισφοράς (3%) μέχρι το 2040. (*The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options*, 2007)

¹² Η εισαγωγή της ασφάλισης πολιτών (Citizen Insurance) σημαίνει ότι στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης θα είναι ασφαλισμένοι όλοι οι πολίτες συμπεριλαμβανομένων των δημοσίων υπαλλήλων και των αυτοαπασχολούμενων

λόγο και τα «πακέτα» παροχών στους δικαιούχους αναμένεται να μεταρρυθμιστούν. Από τη μια πλευρά η ιδρυματική φροντίδα θα παίξει σημαντικότερο ρόλο, αφού οι οικογενειακές δομές συνεχώς αλλάζουν, οδηγώντας σε αυξημένες δαπάνες του συστήματος, επομένως κρίνεται αναγκαίο τα κίνητρα για φροντίδα στο σπίτι να γίνουν ελκυστικότερα και συνεπώς προτιμότερα από την ιδρυματική φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, ενώ οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας δεν έχουν αλλάξει από την εισαγωγή του συστήματος, οι αξίες των υπηρεσιών φροντίδας έχουν αυξηθεί πολύ (εννοείται το μέσο ατομικό κόστος για την παροχή των υπηρεσιών έχει αυξηθεί πολύ, δεδομένης της αύξησης των τιμών των υπηρεσιών). Ακόμα, υπάρχει μια αύξηση των ασθενών με άνοια, οι οποίοι έχουν επίσης μεγάλες ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας και οι οποίοι, μέχρι σήμερα, δεν καλύπτονταν από το σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Συνεπώς, η επέκταση και η προσαρμογή των παροχών αλλά και των δικαιούχων αυτών πρέπει να αποτελούν μέρος της μεταρρύθμισης ολόκληρου του συστήματος. Οι επιλογές μεταρρύθμισης από την πλευρά των δαπανών του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες από όλους τους ακαδημαϊκούς και μελετητές των κοινωνικών συστημάτων ασφάλισης, αφορούν τις μεταρρυθμίσεις της σύνθεσης των παροχών φροντίδας, προσφέροντας καλύτερα κίνητρα για την παροχή υπηρεσιών αυτής. Ακόμη, μια επέκταση των «πακέτων» παροχών και υπηρεσιών και μια αναπροσαρμογή των οικονομικών παροχών θεωρείται αναγκαία στο νέο σχέδιο των μεταρρυθμίσεων που προετοιμάζεται.

B. Ελλάδα

Ο πληθυσμός της Ελλάδας σήμερα ανέρχεται σε 11 εκ. και αναμένεται να μειωθεί σε 9 εκ. μέχρι και το 2050 σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΗΕ, λόγω της εξαιρετικά μεγάλης μείωσης των ποσοστών γεννητικότητας. Παράλληλα η αναλογία των ατόμων ηλικίας 65+ στο σύνολο του πληθυσμού είναι σήμερα περίπου στο 20% και αναμένεται (σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΟΣΑ) να φτάσει το 32,5% το 2050. Αυτό σημαίνει πως ο ελληνικός πληθυσμός γερνάει με γοργούς ρυθμούς έρχοντας όλο και περισσότερο αντιμέτωπος με την αυξανόμενη τάση για μακροχρόνια φροντίδα (*Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, Αθήνα, 2002*).

Ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ξεχωριστό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και κάποιες από τις παροχές μακροχρόνιας φροντίδας προσφέρονται μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων. Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης) είναι μικτού τύπου, αφού περιλαμβάνει τόσο άμεση παροχή μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, όσο και κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και περιορισμένη υποστήριξη για ανεπίσημη παροχή φροντίδας μέσω κυρίως φορολογικών ελαφρύνσεων. Οι τυπικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το Κράτος, Ιδιωτικούς Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Ιδιωτικούς Οργανισμούς Κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο καλύπτει και την υγειονομική περίθαλψη των ατόμων με ανάγκες χρόνιας φροντίδας, βασίζεται στη συνύπαρξη του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), δηλαδή ενός διανεμητικού

συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, και συστημάτων εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από το ΕΣΥ και μια πληθώρα ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και μόνον το 8% του πληθυσμού διαθέτει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) παρέχεται από τα κέντρα ΠΦΥ, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ και από τις μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες ανήκουν στο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο (ΙΚΑ). Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα γενικά και εξειδικευμένα νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται σχεδόν ισότιμα από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους. Οι δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτούνται από τους φόρους και τις εισφορές της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.

Ιδρυματική φροντίδα

Το ελληνικό κράτος είναι αρμόδιο για την εξασφάλιση μιας αποτελεσματικής και οικονομικώς αποδοτικής υποδομής των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχονται, με σκοπό να διασφαλιστεί το μέγεθος των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των ιδρυμάτων μακροχρόνιας φροντίδας. Το Κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, ιδρυμάτων και ψυχιατρικών νοσοκομείων και γηροκομείων ή οίκων ευγηρίας. Η πλειονηφία των φορέων βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό, κατά πολύ μεγάλο ποσοστό από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Στους φορείς δημοσίου δικαίου κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Όσον αφορά στον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, λειτουργούν περίπου 60 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό όπως και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Και σε αυτή την περίπτωση κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό Τομέα, η αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτών των Μονάδων δεν καλύπτεται ασφαλιστικά και προέρχεται από ιδιωτικούς πόρους.

Εκτός από την κλειστή μακροχρόνια φροντίδα το κράτος παρέχει ιδρυματική φροντίδα κοινωνικής επανένταξης με τη μορφή των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αλλά και των Κέντρων Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες για άτομα με χρόνια διανοητική αναπηρία. Τα ΚΑΠΗ αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1980, λειτουργούν υπό τοπική ή περιφερειακή αυτοδιοίκηση και είναι αποδεδειγμένο ότι η μακρόχρονη παρουσία τους στον ελληνικό χώρο έχει επιδράσει θετικά στη ζωή των ηλικιωμένων.

Παρ'όλα αυτά, ο γενικός στόχος του κράτους είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Πέρα από την προσδοκώμενη εξοικονόμηση πόρων, υπάρχει ένας άλλος πολύ σημαντικός λόγος για τον οποίο πρέπει να αποφεύγεται η ιδρυματική αντιμετώπιση: η επιθυμία των ηλικιωμένων να παραμείνουν στο σπίτι τους, όταν διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες ενεργούν αποτρεπτικά στην εκεί παραμονή τους.

Οι προϋποθέσεις για την ίδρυση και λειτουργία φορέων κοινωνικής πρόνοιας κατά κατηγορία φορέων και το περιεχόμενο των παρεχόμενων προς αυτά υπηρεσιών, τους χώρους, τον εξοπλισμό, τον αναγκαίο αριθμό προσώπων όσο και τα απαιτούμενα προσόντα καθορίζονται από σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις. Σωματεία, οργανισμοί, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, γενικά φορείς που ασκούν κοινωνική πρόνοια, καθώς και ιδιώτες δεν επιτρέπεται να παρέχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχέση με την προστασία ηλικιωμένων ή ανιάτων ή χρονίως πασχόντων, ή να ασκούν παρεμφερείς δραστηριότητες πριν από την έκδοση σχετικής άδειας λειτουργίας από την οικεία νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Ακόμη, από το 1995 οι οίκοι ευγηρίας, τα γηροκομεία και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε "Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων" και οι άδειες λειτουργίας εκδίδονται μόνο με τη χρήση αυτού του τίτλου. Έχουν ήδη καθορισθεί οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα). Επίσης καθορίστηκαν αντίστοιχα ο ορισμός και ο σκοπός των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, η διαδικασία (και τα δικαιολογητικά) άδειας ίδρυσης, το κτιριολογικό πρόγραμμα (ελάχιστα μετρικά στοιχεία), τα μέτρα ασφαλείας, τα χαρακτηριστικά των θαλάμων και των κοινόχρηστων χώρων, οι ελάχιστες εγκαταστάσεις, καθώς επίσης και το προσωπικό. Άμεσα ή έμμεσα καθορίζονται από τα παραπάνω και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας. Συμπληρωματικά, έχει συσταθεί αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών που λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό η υπηρεσία αυτή να καλύπτει τα δικαιώματα αποδεκτών μακροχρόνιας φροντίδας.

Δικαιούχοι Παροχών

Θεωρητικά, πρόσβαση στην μακροχρόνια φροντίδα έχουν όλοι οι ηλικιωμένοι, είτε είναι ασφαλισμένοι είτε είναι ανασφάλιστοι. Θεσμικά δεν υπάρχουν διακρίσεις ούτε και περιορισμοί πρόσβασης, εφόσον τα άτομα διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Στην πράξη όμως παρατηρούνται αποκλίσεις από το καθολικό μοντέλο, αφού σε γενικές γραμμές παρατηρείται συγκέντρωση των φορέων παροχής στα αστικά κέντρα και ελλείψεις στις ημι-αστικές και αγροτικές περιοχές, όπως και ελλείψεις εξειδικευμένων φορέων (π.χ. φορέων Αποθεραπείας-Αποκατάστασης). Στις περιοχές αυτές ο συνεκτικός οικογενειακός ιστός συμβάλλει στην, κατά μεγάλο μέρος, κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Όλα τα άτομα έχουν ανεξαιρέτως το δικαίωμα χρήσης των παροχών και των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, έτσι όπως αυτά παρέχονται σαν μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης. Όσον αφορά την υγειονομική φροντίδα αλλά και των παροχών που προκύπτουν από αυτήν (π.χ. μισθός αποκλειστικής νοσοκόμας για εξαρτώμενο ηλικιωμένο άτομο) καλύπτουν, ύστερα από προσκόμιση απόδειξης υπηρεσιών, μέρος των εξόδων (αποφυγή ηθικού κινδύνου). Όσον αφορά από την άλλη, την ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση σε ιδρύματα, κέντρα και νοσοκομεία των οποίων τα έξοδα καλύπτονται είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε από έξοδα της τοπικής αυτοδιοίκησης (μέσω φόρων) ή από προσωπικά έξοδα (BHMA online, 2007).

Παροχές μακροχρόνιας φροντίδας

Το είδος των παροχών εξαρτάται από την κατάσταση του ατόμου και το μεγαλύτερο μέρος παροχών μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται στην Ελλάδα από άτυπους φροντιστές (συνήθως από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας). Η φροντίδα στο σπίτι διακρίνεται στην ειδική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση υγείας, την προσωπική (personal) και την οικιακή (domiciliary) φροντίδα.

- *Φροντίδα στο σπίτι* (home care): Περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών που σκοπό έχουν την υποβοηθούμενη διαβίωση (assisting living) των εξαρτημένων και μη-αυτόνομων ατόμων στο σπίτι τους. Η φροντίδα στο σπίτι χωρίζεται στις εξής 2 κατηγορίες:
 1. την προσωπική φροντίδα (personal care)
 2. την οικιακή φροντίδα (housekeeping)

Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών αυτών προσφέρεται από άτυπες μορφές φροντίδας, κυρίως αφιλοκεδώς από τα μέλη της οικογένειας, από συγγενείς και φίλους. Ιδιωτική άτυπη φροντίδα προσφέρεται κυρίως από οικιακές βοηθούς και αφορά την οικιακή φροντίδα αλλά και από ιδιωτικούς μη επαγγελματίες βοηθούς-φροντιστές που εξυπηρετούν ηλικιωμένα άτομα στην προσωπική ή/και στην οικιακή φροντίδα.

Η ιδιωτική άτυπη φροντίδα, εντός νοικοκυριού, παρέχεται στις περισσότερες περιπτώσεις από μετανάστες και κυρίως μετέναστρες που αναλαμβάνουν πρωτίστως το ρόλο του φροντιστή που αφορά την οικιακή φροντίδα και δευτερευόντως την προσωπική φροντίδα, έναν ρόλο που παλαιότερα αναλάμβαναν συνήθως οι γυναίκες της οικογένειας. Τη στιγμή, όμως, που η Ελλάδα είναι μια από τις ταχύτερα γηράσκουσες χώρες της Ευρώπης, αφού το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται αλλά και οι γεννήσεις μειώνονται, καθώς και με την είσοδο των νεώτερων ελληνίδων γυναικών στην αγορά εργασίας, ανοίγεται ο δρόμος νέων ευκαιριών εργασίας για την απορρόφηση εργατικού δυναμικού ειδικών προδιαγραφών, στο σύνολο του τομέα της φροντίδας, όπως είναι οι μετέναστρες από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και τα Βαλκάνια και δευτερευόντως από χώρες τις Ασίας και της Αφρικής.

Το πρόγραμμα «*Βοήθεια στο Σπίτι*» (αποτελεί μέρος των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων) (Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007) έχει σκοπό την περίθαλψη ηλικιωμένων και μη ατόμων που χρήζουν βοήθειας, δεν αυτοεξυπηρετούνται, διαβιών μοναχικά, δεν έχουν επαρκείς πόρους, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθούν τα ίδια και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό παραμένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Δικαιούχος φορέας για τη λειτουργία του προγράμματος είναι οι επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Το απαραίτητο προσωπικό για τη λειτουργία των μονάδων είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής ή βοηθός νοσηλευτή και το βοηθητικό προσωπικό (οικογενειακός βοηθός). Οι υπηρεσίες που προσφέρει περιλαμβάνουν συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρικές υπηρεσίες και φυσιοθεραπεία, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή, συνοδεία στο νοσοκομείο, συνταγογράφηση φαρμάκων στους οικογενειακούς γιατρούς και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες. Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων με συχνότητα (καθημερινή, εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη) ανάλογη με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.

- *Νοσηλεία στο σπίτι* (nursing home care) (Θεοδούλα Αδαμακίδου, Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2007): Περιλαμβάνει την κατ'οίκον παρακολούθηση και νοσηλεία των ατόμων που χρήζουν βοήθειας (home health care).

Κρατικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία Μεταξά και Άγ. Ανάργυροι αλλά και μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός προσφέρουν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας. Τα περιστατικά που αναλαμβάνουν οι κρατικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνήθως παραπέμπονται από ιατρό του νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες παρέχονται από νοσηλευτές ή/και βοηθούς νοσηλευτές και περιλαμβάνουν αιμοληψίες, πρόληψη και φροντίδα κατακλίσεων, φροντίδα τραυμάτων, φροντίδα στομίων, έλεγχο αποτελεσματικότητας αναλγητικής αγωγής, κάλυψη διατροφικών αναγκών (χορήγηση ειδικών σκευασμάτων), ψυχοκοινωνική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας, εκπαίδευση της οικογένειας για τη σωστή παροχή φροντίδας στον ασθενή, προγραμματισμός εξετάσεων, μεταγγίσεων, χημειο- και ακτινο-θεραπείας.

Οι μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί προσφέρουν νοσηλεία στο σπίτι ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση του ασθενού με την προϋπόθεση να ζουν στο οικογενειακό περιβάλλον τους και να βρίσκονται στην περιοχή κάλυψης του οργανισμού. Μια εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και φυσιοθεραπευτών προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες και φροντίζει για την επανένταξη και αποκατάσταση των ασθενών.

- *Ιδρυματική φροντίδα*: όπως προαναφέρθηκε το Κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, ιδρυμάτων και ψυχιατρικών νοσοκομείων και γηροκομείων ή οικών ευγηρίας. Στην ιδρυματική φροντίδα περιλαμβάνονται και τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αλλά και τα Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες, τα οποία προσφέρουν κυρίως υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία αντίστοιχα.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων, τα οποία αποτελούν νέο θεσμό φροντίδας στην Ελλάδα, συμβάλλουν στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής, διευκολύνοντας τα μέλη της οικογένειας, κυρίως τις εργαζόμενες γυναίκες, που έχουν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του μη- αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου μέλους της οικογένειας. Τα Κέντρα είναι μικρές δομές ημερήσιας φιλοξενίας και λειτουργούν έτσι ώστε να καλύπτουν επαρκώς τις ώρες εργασίας των μελών της οικογένειας. Επιπλέον, η ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας στοχεύει στην υποστήριξη των ατόμων που βρέθηκαν αντιμέτωποι με κάποια επείγουσα μορφή κινδύνου και χρειάζονται στήριξη. Η εξασφάλιση της διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι θεμελιώδης. Στις προτεραιότητες περιλαμβάνεται και η ανάπτυξη περισσότερων εξειδικευμένων Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ) που υπάγονται στα περιφερειακά συστήματα υγείας και στόχο έχουν τη μετανοσοκομειακή στήριξη, φροντίδα και αποκατάσταση.

- Άλλες μορφές παροχών μακροχρόνιας φροντίδας: Σε ορισμένες περιπτώσεις παρέχονται βοηθήματα από ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη εξόδων π.χ. αποκλειστικής νοσοκόμας για τα εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα. Πέραν των προαναφερομένων, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρέχουν στους ασφαλισμένους τους τα ακόλουθα:
 - Επίδομα συμπαράστασης ετέρου προσώπου, για τα άτομα που χρειάζονται συμπαράσταση και περιποίηση τρίτου προσώπου, που ανέρχεται στο 50%

του ποσού της βασικής τους σύνταξης, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζονται από τη νομοθεσία.

- Επίδομα λουτροθεραπείας, για ασφαλισμένους που πάσχουν από συγκεκριμένες παθήσεις και εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις. Το ποσό του επιδόματος ποικίλει ανά ασφαλιστικό οργανισμό και πάντως καλύπτει τα έξοδα μετάβασης, διαμονής και διατροφής για διάστημα 15-20 ημερών.
- Θεραπευτικός κοινωνικός τουρισμός, για χαμηλοσυνταξιούχους του ΙΚΑ που έχουν ανάγκη λουτροθεραπείας.

Ιδιωτική ασφάλιση:¹³ Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας δεν είναι πολύ ανεπτυγμένη στην Ελλάδα και μόνο το 8% του ελληνικού πληθυσμού έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας που καλύπτει ένα μικρό μέρος της ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Συνήθως η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας που προσφέρεται σε ηλικιωμένους, αφορά κάλυψη ιατρικών και νοσηλευτικών εξόδων σε συγκεκριμένες ιδιωτικές κλινικές και ιατρικό προσωπικό, που συνεργάζονται με την εκάστοτε ασφαλιστική εταιρία. Οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας που μπορεί να προσφέρει η ιδιωτική ασφάλιση φροντίδας σε ηλικιωμένους περιορίζονται σε:

- Ιατρικές επισκέψεις: Το άτομο έχει τη δυνατότητα να επισκέπτεται το γιατρό του σε κάποιο ιδιωτικό ιατρικό κέντρο ή κλινική που ανήκει στο δίκτυο της ασφαλιστικής εταιρίας, είτε δωρεάν (για περιορισμένο αριθμό εξετάσεων) είτε με κάποια έκπτωση ή να δέχεται κατ'οίκον ιατρικές επισκέψεις.
- Ιατρικές εξετάσεις: Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν τη δυνατότητα να διεξάγουν ιατρικές εξετάσεις δωρεάν (για συγκεκριμένο τύπο εξετάσεων) ή με κάποια έκπτωση. Στις ιατρικές εξετάσεις ανήκουν και τα ειδικά διαμορφωμένα και εξειδικευμένα check up σε προνομιακές τιμές ανάλογα με το φύλο και τις ανάγκες του ασφαλισμένου ατόμου που προσφέρουν, με τις συμβάσεις τους, οι ασφαλιστικές εταιρίες, με κύριο σκοπό την πρόληψη ή την θεραπεία.
- Νοσηλεία: Σε περίπτωση νοσηλείας, η ιδιωτική ασφάλιση φροντίδας εξασφαλίζει ιατρική φροντίδα στην κλινική με την οποία συνεργάζεται η ασφαλιστική εταιρία, προσφέροντας κάποια έκπτωση στα έξοδα νοσηλείας. Από τις εκπτώσεις συνήθως εξαιρούνται οι αμοιβές ιατρών, καθώς και τα υλικά και τα φάρμακα.
- Βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης: Η ασφάλιση φροντίδας προσφέρει υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης σε επείγουσα ιατρική κατάσταση. Βοήθεια προσφέρεται επίσης μέσω ασθενοφόρων που διαθέτει η συμβεβλημένη με την ασφαλιστική εταιρία κλινική, τα οποία μεταφέρουν τον ασθενή στο νοσοκομείο ή την κλινική.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να πούμε πως στην Ελλάδα έχουν υπάρξει προσπάθειες κάποιων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, παρ'όλο που δεν είναι ξεκάθαρο το πόσα άτομα ακριβώς έχουν τη δυνατότητα χρήσης και πρόσβασης των παροχών αυτών, καθώς είναι ασαφές το πόση είναι η

¹³ Οι πληροφορίες για την ιδιωτική ασφάλιση προέρχονται από τα ασφαλιστικά «πακέτα» υγείας ή/και φροντίδας ηλικιωμένων που προσφέρουν οι ασφαλιστικές εταιρίες που λειτουργούν στην Ελλάδα (INTERAMERICAN, Allianz και Ευρωπαϊκή Πίστη)

χωρητικότητα των ιδρυμάτων και κέντρων, ποιοί δήμοι προσφέρουν υπηρεσίες σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο, καθώς και το μέγεθος της χρηματοδότησης και σωστής αξιοποίησης των επιδοτούμενων πόρων. Με βάση όλα αυτά τα ερωτήματα, αντιλαμβάνεται κάποιος πως υπάρχει χαμηλή κάλυψη της ζήτησης, αφού το μεγαλύτερο μέρος στον παροχών φροντίδας προσφέρεται κυρίως άτυπα, από συγγενείς ή μη επαγγελματίες φροντιστές (ιδιωτική άτυπη φροντίδα, που προσφέρεται στις περισσότερες περιπτώσεις από μετανάστες που εργάζονται στον τομέα της φροντίδας), και δευτερευόντως μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και ιατρικής περίθαλψης, όσον αφορά οξείες περιπτώσεις φροντίδας.

Χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας

Λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα της μακροχρόνιας φροντίδας, των ποικίλων και διαφορετικών φορέων και μορφών παροχής της, αλλά και της έλλειψης ικανοποιητικού ορισμού, κοινού και αποδεκτού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, δεν είναι δυνατό να δοθεί εκτίμηση για το συνολικό ύψος των σχετικών δαπανών. Σε κάθε περίπτωση επαναλαμβάνεται ότι μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας είναι άτυπης μορφής και παρέχεται από την οικογένεια, και οποιοδήποτε προσπάθεια αποτίμησης του συνολικού κόστους δεν θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα εάν δεν συμπεριληφθεί και το κόστος της άτυπης φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αναλογία των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται σε φορείς που παρέχουν μακροχρόνια φροντίδα ή τους παρέχεται επίσημη φροντίδα στο σπίτι είναι πολύ μικρή. Για την τυπική φροντίδα, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, το σύστημα χρηματοδότησης είναι μικτού τύπου (κρατικός προϋπολογισμός - δημόσιοι πόροι, κοινωνική ασφάλιση, αλλά και ιδιωτικοί πόροι). Το ποσοστό χρηματοδοτικής κάλυψης από τις διάφορες πηγές διαφέρει ανάλογα με το εάν πρόκειται για κλειστή ή ανοικτή φροντίδα και ανάλογα με το νομικό καθεστώς του φορέα παροχής (δημοσίου δικαίου, ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα) (*Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μηνακούλη, Τσιακατούρα, Κολίτση, Χρηστάκης, 2005*). Οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος αναφέρονται αναλυτικά στην ενότητα: «Ιδρυματική Φροντίδα».

Όσον αφορά τους πόρους χρηματοδότησης για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που εφαρμόζει το Κράτος, το κόστος καλύπτεται από δημόσιους πόρους, ενώ για τη βοήθεια στο σπίτι που εφαρμόζουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί το κόστος καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση. Τα κρατικά επιδόματα καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα επιδόματα των ασφαλιστικών οργανισμών από την κοινωνική ασφάλιση. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι, δεν υπάρχει ενιαίο κλειστό συμβατικό νοσήλιο ή κόστος νοσηλευτικής πράξης για το δημόσιο ή για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Κάποιες προσπάθειες συναίνεσης για κοινό ύψος νοσηλίου καταβάλλονται από τις αρμόδιες αρχές, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης όπου σύντομα θα καθοριστεί ενιαίο νοσήλιο.

Πίνακας 3.5: Συγκεντρωτικός πίνακας συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα

	Παροχές	Παροχείς	Χρηματοδότηση
Οικογένεια	«Άτυπη φροντίδα»	Όλα τα μέλη της οικογένειας, φίλοι και γείτονες	Προσωπικά έξοδα Αποταμιεύσεις
Τοπική Αυτοδιοίκηση	-ΚΑΠΗ - Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες -Οίκοι Ευγηρίας/Γηροκομεία - Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων - Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Εθελοντές φροντιστές -Εκκλησία -Μη κερδοσκοπικά και κερδοσκοπικά ιδρύματα	-Εθελοντικές δωρεές και Φιλανθρωπίες -Προσωπικά έξοδα - Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης - Κρατικός προϋπολογισμός μέσω τοπικών φόρων -Επιχορηγήσεις -ΚΠΣ
Κράτος	-Φροντίδα στο σπίτι («Βοήθεια στο σπίτι») - Νοσηλεία στο σπίτι - Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων -Νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων - Επίδομα συμπαράστασης ετέρου προσώπου και Επίδομα λουτροθεραπείας - Θεραπευτικός κοινωνικός τουρισμός - Οίκοι ευγηρίας, γηροκομεία και ιδρύματα αποκατάστασης	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εκπαιδευτές μη-επαγγελματιών φροντιστών	- Ασφαλιστικά Ταμεία μέσω εισφορών ασφαλισμένων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης -Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα -Κρατικός προϋπολογισμός μέσω γενικών φόρων - Εθελοντικές δωρεές και Φιλανθρωπίες
Ιδιωτικός Τομέας: -Ατυπος -Τυπικός	- Φροντίδα στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Νοσηλεία στο σπίτι (άτυπη και τυπική φροντίδα) - Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων -Ιδιωτικά Γηροκομεία και Οίκοι Ευγηρίας - Ιατρικές επισκέψεις (τυπική φροντίδα) - Ιατρικές εξετάσεις (τυπική φροντίδα) - Υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης -Μεταφορά σε νοσοκομεία ή κλινικές	-Επαγγελματίες φροντιστές (ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί κ.α.) -Μη επαγγελματίες φροντιστές (Μετανάστες που ασχολούνται στον τομέα της φροντίδας) -Κοινωνικοί λειτουργοί -Ιατρικοί επισκέπτες -Εμπειρογνώμονες -Εκπαιδευμένο προσωπικό με γνώσεις ιατρικής και ψυχολογίας σε μονάδες τηλεφωνικής υποστήριξης	-Ασφαλιστικές εταιρίες μέσω εισφορών (ασφαλιστρών) ασφαλισμένων στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης -Κρατικές Επιχορηγήσεις -Προσωπικά έξοδα -Μέτοχοι ασφαλιστικών εταιρειών

Πηγή: Αντίληψη, ανάλυση και συμπύκνωση πληροφοριών που προέκυψαν από τη συνολική και σχετική με τη μακροχρόνια φροντίδα βιβλιογραφία

Πρόταση για Μεταρρυθμίσεις

Οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες φανερώνουν ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών. Παρά τις αυξημένες συνολικές δαπάνες για την υγεία, οι δείκτες για την κατάσταση της υγείας δεν έχουν βελτιωθεί. Οι σχετικά χαμηλές δημόσιες δαπάνες προκαλούν ανησυχίες για σοβαρή υπολειτουργία του συστήματος. Δεν υπάρχει ενιαίο νοσήλιο μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Τα έσοδα από τους φόρους χρησιμοποιούνται συχνά για την κάλυψη του κενού μεταξύ του επίσημου επιπέδου χρηματοδότησης και του πραγματικού κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης (*Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μηνακούλη, Τσιακατούρα, Κολίτση, Χρηστάκης, 2005*).

Πρόσβαση: Καταβάλλεται προσπάθεια για την εύκολη πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ατόμων και διατηρούν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων ως προεξάρχουσα ιδέα. Ο νέος τρόπος αντιμετώπισης θεωρεί ως προτεραιότητα την επέκταση της θεραπείας και της πρόληψης προβλημάτων, για τα οποία απουσίαζαν, μέχρι σήμερα, ειδικά προγράμματα. Ο γενικός σκοπός του ελληνικού κράτους είναι να αποφευχθεί η προσφυγή σε ιδρυματική και νοσοκομειακή φροντίδα και να ενισχυθεί η ιδέα της αποκατάστασης του ατόμου μέσα στο οικείο περιβάλλον του.

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

- ⇒ η διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης,
- ⇒ η αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας,
- ⇒ η ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας)
- ⇒ η προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και η παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους
- ⇒ η διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων και
- ⇒ η ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας

Ύστερα από την πρώτη αξιολόγηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», η Κυβέρνηση οδηγήθηκε στην απόφαση επέκτασης του προγράμματος και ενίσχυσης των υποδομών του. Σε πρώτο στάδιο, πρέπει να πούμε πως, αν και το πρόγραμμα έχει επιδείξει επιτυχίες σε όσες χώρες έχει εφαρμοστεί, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία για το πόσους τελικά καλύπτει, ποιοί δήμοι το χρησιμοποιούν καθώς και τον τρόπο και μέγεθος χρηματοδότησης του, γι' αυτό και η περαιτέρω βελτίωση του θεωρείται απαραίτητη. Ακόμα, η θέσπιση και η επέκταση της γεωγραφικής κάλυψης των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας προβλέπει μεγαλύτερη πρόσβαση των ηλικιωμένων σε ευρύτερο φάσμα παροχών φροντίδας.

Ποιότητα: Για την ποιότητα έχουν γίνει αρκετές παρεμβάσεις και τουλάχιστον νομοθετικά υπάρχει ένα ικανοποιητικό πλαίσιο. Απομένει όμως η πραγματική υλοποίηση των διατάξεων, αφού πολλές φορές μεσολαβεί αρκετό διάστημα από την υιοθέτηση μέχρι την εφαρμογή τους. Η παρακολούθηση και ο έλεγχος τόσων πολλών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας ενίοτε είναι εξαιρετικά δυσχερές. Ιδιαίτερα για τους δημόσιους φορείς, παρουσιάζεται το φαινόμενο τελείως διαφορετικών καταστάσεων ποιότητας. Υπάρχουν δημόσιοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, αλλά υπάρχουν και πολλοί φορείς με πολύ χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πρόκληση είναι η ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι πάνω από ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο σε όλους τους τομείς παροχής κάθε φορέα. Ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη βελτίωση του δημόσιου τομέα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αποϊδρυματοποίηση των ορισμένων προνοιακών ιδρυμάτων. Επιδιώκεται με αυτόν τον τρόπο η εξασφάλιση ποιοτικά σωστών υπηρεσιών στήριξης, χωρίς να αποκόπτεται το άτομο από την οικογένειά του και τον κοινωνικό ιστό.

Προς το παρόν δεν έχουν προγραμματιστεί σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών, πέραν της περιφερειακής αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Με την επιχειρούμενη νομοθετική παρέμβαση, όλα τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου περιέρχονται ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες Μονάδες στην αρμοδιότητα των οικείων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, σε μία προσπάθεια διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και

πρόνοιας, καλύτερης παρακολούθησης της επάρκειας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και περαιτέρω βελτίωσης των δημόσιων φορέων.

Βιωσιμότητα συστήματος: Η δημογραφική γήρανση έχει θετικό αλλά και αρνητικό αντίκτυπο στις δημόσιες δαπάνες. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που ζουν ανεξάρτητοι χωρίς προβλήματα επιφέρει μείωση των δαπανών φροντίδας, αλλά η γενικότερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων επιφέρει αύξηση των δαπανών φροντίδας. Οι παθήσεις που συνδέονται με την ηλικία και την εξάρτηση (παθολογική γήρανση) ναί μεν απαιτούν λιγότερη περίθαλψη με την καθαρά ιατρική έννοια, ταυτόχρονα όμως απαιτούν μεγαλύτερη περίθαλψη με την κοινωνικο-ιατρική έννοια, που σημαίνει μικρότερο σχετικά κόστος αλλά για πολύ μεγαλύτερο διάστημα. Από την άλλη μεριά, η άτυπη φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας και βασίζεται στην αλληλεγγύη, λόγω της αυξανόμενης αστάθειας των οικογενειακών δομών και του μικρότερου μεγέθους των οικογενειών, αποδυναμώνεται και δυσχεραίνει τη παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον. Κατά συνέπεια αυξάνεται η ζήτηση τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας, όπως και ο χρόνος παροχής της. Η αυξημένη ζήτηση μπορεί να περιοριστεί είτε με αύξηση των κοινωνικών ή φορολογικών εισφορών, είτε με αυξανόμενη συμμετοχή των αποδεκτών φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι ο ρυθμός εξέλιξης των δαπανών είναι μέσα στα επιτρεπτά όρια, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η ποιότητα και οι επιδόσεις του συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Μάλιστα, ορισμένες μορφές φροντίδας πρέπει να παρέχονται ανεξαρτήτως κόστους, στο πλαίσιο του κοινωνικού κράτους και της αποτελεσματικής παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη.

Η βιωσιμότητα της μακροχρόνιας φροντίδας είναι νέο θέμα και βρίσκεται σε συνεχή εξέταση, γιατί συνδέεται με αυξανόμενες και μεταβαλλόμενες ανάγκες. Βασικός στόχος είναι η ανάπτυξη ενός σύγχρονου, αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Οι προγραμματιζόμενες αλλαγές για την αποτελεσματικότητα του δικτύου προϋποθέτουν:

- ⇒ Τη δυνατότητα αναγνώρισης αναγκών και αξιολόγησης εφαρμοζόμενων προγραμμάτων.
- ⇒ Τη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας και αυτοδιοίκησης.
- ⇒ Τη συνεργασία όλων των αρμόδιων φορέων που εμπλέκονται σε αυτό.
- ⇒ Την πρόληψη των προβλημάτων.

Συμπεράσματα

Παραθέτωντας τα συστήματα παροχών μακροχρόνιας φροντίδας της Γερμανίας και της Ελλάδας, παρουσιάζεται μια σημαντική διαφορά: η Γερμανία έχει δημιουργήσει ένα κοινωνικό σύστημα ασφάλισης φροντίδας, μέσω του οποίου τα άτομα με ανάγκες φροντίδας λαμβάνουν παροχές και υπηρεσίες κάτω από ένα σωστά οργανωμένο και δομημένο σύστημα υγείας και φροντίδας, αναγνωρίζοντας τόσο την οξύτητα του προβλήματος που απορρέει από τη πληθυσμιακή γήρανση, όσο και το σημαντικό ρόλο των άτυπων και τυπικών φροντιστών στο κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα στην Ελλάδα, αν και οι προσπάθειες αντιμετώπισης των αναγκών και παροχής υπηρεσιών σε άτομα με μακροχρόνια προβλήματα υγείας έχουν προοδεύσει, η παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας βασίζεται κυρίως στην άτυπη μορφή υπηρεσιών

φροντίδας, αφού στην ουσία δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχών φροντίδας, παρά μόνο μεμονομένες πρωτοβουλίες των εκάστοτε κυβερνήσεων, χωρίς όμως να φαίνεται ότι υπάρχει ουσιαστική συναίσθηση του επικείμενου συνολικού προβλήματος.

Όπως θα δούμε και στην επόμενη ενότητα, μέσω της διεπιστημονικής και εμπειρικής διερεύνησης που μας προσφέρει η έρευνα SHARE, η Ελλάδα, όπως και οι περισσότερες μεσογειακές χώρες, λόγω των ισχυρών πολυμελών οικογενειακών δικτύων που ακόμη διαθέτει, στηρίζει μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα, στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (και κυρίως στις γυναίκες) που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους να πληρώσουν από προσωπικά τους έξοδα τις δαπάνες φροντίδας, κατάσταση που επιβαρύνεται από το διαφυγόν εισόδημα του άτυπου φροντιστή, το οποίο δεν αντικαθίσταται και δεν αναγνωρίζεται σαν κοινωνική αλλά και επαγγελματική προσφορά. Κατά γενική ομολογία, η φροντίδα αποτελεί οικονομική δραστηριότητα, εντούτοις έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από άλλες οικονομικές δραστηριότητες που αφορούν τα περισσότερα αγαθά και υπηρεσίες, αφού το μεγαλύτερο μέρος της καλύπτεται από άτυπες μορφές φροντίδας. Είναι κατανοητό πως, μια κοινωνία όπως η Ελληνική, προκειμένου να διατηρήσει το επίπεδο φροντίδας προς όσους την έχουν ανάγκη χρειάζεται να διατηρήσει έναν μεγάλο αριθμό ατόμων που παρέχουν φροντίδα και αν μάλιστα θέλει να τον αυξήσει, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μεγαλύτερο αριθμό ατόμων στην παροχή φροντίδας. Αν λοιπόν δεν υπάρξει ρητή και συνειδητή δέσμευση της κοινωνίας μας περί αύξησης της παρεχόμενης φροντίδας σε κάποιο επιθυμητό επίπεδο, θα έχει σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί το κόστος ευκαιρίας των δραστηριοτήτων παροχής φροντίδας, το οποίο δεν θα οφείλεται στην αναποτελεσματικότητα και στη χαμηλή παραγωγικότητα του τομέα της φροντίδας, αλλά στο γεγονός ότι με το ίδιο κόστος αυξάνεται ο αριθμός των αγαθών και υπηρεσιών φροντίδας που θα μπορούσαν να παραχθούν στην αγορά (Λυμπεράκη, 2009, από παραπομπές Baumol and Blinder, 1985, Donath, 2000, England and Folbre, 2003).

Από την άλλη πλευρά, βλέπουμε πως στη Γερμανία δεν «υποβιβάζεται» το μέλος της οικογένειας που έχει αναλάβει αυτό το ρόλο, αντίθετα, ενισχύεται με το επιπλέον επίδομα που παρέχεται στο άτομο με χρόνια προβλήματα, δίνοντάς του την ευκαιρία να διαλέξει ανάμεσα σε έναν επαγγελματία φροντιστή ή να αντικαταστήσει το διαφυγόν εισόδημα που προέρχεται από την εγκατάληψη αναζήτησης εργασίας του άτυπου φροντιστή.

Είναι, λοιπόν, σαφές ότι αφού στην Ελλάδα η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας προσφέρεται κυρίως στα άτομα, σπíti τους, από άτυπους και, λιγότερο, από επαγγελματίες φροντιστές, όπως θα δούμε και στο επόμενο κεφάλαιο, η δημιουργία ενός οργανωμένου συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, έτσι όπως αυτό εφαρμόζεται και λειτουργεί στην Γερμανία από το 1994, θα μπορούσε να βοηθήσει αυτά τα άτομα με χρόνια προβλήματα και τις οικογένειές τους, αλλά και το σύνολο της κοινωνίας.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Η ΕΡΕΥΝΑ SHARE ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.1.1 Η έρευνα SHARE – εισαγωγικά

Η έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE-Survey of Health, Ageing and Retirement¹⁴) είναι ένα μείζον επιστημονικό εγχείρημα που εξετάζει την υγεία, την εργασία, την συνταξιοδότηση, το εισόδημα, την περιουσία και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις σε περισσότερα από 45.000 άτομα ηλικίας 50 και άνω σε 16 διαφορετικές χώρες. Το ευρύ φάσμα ερωτήσεων της έρευνας που αφορά την κατάσταση της υγείας, την οικονομική κατάσταση αλλά και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις και καταστάσεις των ερωτηθέντων δίνει μια πλήρη εικόνα των προτιμήσεων και των συμπεριφορών που παρατηρούνται στο δεύτερο ήμισυ της ζωής αλλά και τις επιπτώσεις της πληθυσμιακής γήρανσης καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης του κάθε ατόμου, είτε ατομικά είτε σαν μέρος του κοινωνικού συνόλου.

Η έρευνα SHARE αναπτύχθηκε βάσει προγενέστερων επιτυχών πειραμάτων-ερευνών όπως η Έρευνα Υγείας και Συνταξιοδότησης (Survey of Health and Retirement-HRS) στις ΗΠΑ και η Επί μακρόν Αγγλική Έρευνα Γήρανσης (English Longitudinal Survey of Ageing-ELSA) (Nicolas Sirven, Thierry Debrand, 2008). Η συλλογή των στοιχείων του SHARE χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με τα Προγράμματα-Πλαίσια για την Έρευνα και με συμπληρωματικούς πόρους από το Εθνικό Ινστιτούτο για τη Γήρανση των ΗΠΑ (Axel Boersch-Supan, 2009).

Το SHARE έχει μια ακόμα ξεχωριστή σημασία αφού είναι έτσι διαμορφωμένο ώστε τόσο ο διεθνής προσανατολισμός του όσο και η διεπιστημονική του προσέγγιση επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ των κρατών. Το πρώτο κύμα SHARE διεξήχθη το 2004 κατά τη διάρκεια του οποίου 27.000 άτομα από 11 χώρες συνέβαλαν στοιχεία στη μελέτη των βασικών γραμμών που ακολούθησε το SHARE. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν είναι μια ισορροπημένη αντιπροσώπευση των περιοχών της Ευρώπης, που κυμαίνονται από την Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία), την κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο και Ολλανδία) μέχρι και τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Την περίοδο 2005-2006 συλλέχθηκαν και προστέθηκαν στο Πρώτο Κύμα δεδομένα για το Ισραήλ. Το 2006-2007 διεξήχθη το δεύτερο κύμα συλλογής δεδομένων της έρευνας, στο οποία συμμετείχαν οι 11 προαναφερθείσες χώρες (το Ισραήλ δεν συμμετείχε) με την πρόσθεση δεδομένων δύο «νέων στην Ευρωπαϊκή Ένωση» χωρών, της Τσεχίας και της Πολωνίας αλλά και της Ιρλανδίας. Το τρίτο κύμα που ξεκίνησε το 2008 και ολοκληρώθηκε το 2009, ήδη συμπεριλάμβανε 45.000 άτομα από 16 χώρες. Η Ελλάδα ήταν από την πρώτη στιγμή μια από τις χώρες του SHARE που συμμετείχε και στα τρία κύματα.

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό του SHARE είναι ότι παρακολουθεί τα ίδια άτομα διαχρονικά σε κάθε χώρα, καθώς αποσύρονται από την εργασία τους,

¹⁴ SHARE-Disclaimer and acknowledgement: “This paper uses data from SHARE release 2.3.0, as of November 13th 2009 SHARE data collection in 2004-2007 was primarily funded by the European Commission through its 5th and 6th framework programmes (project numbers QLK6-CT-2001-00360; RII-CT-2006-062193; CIT5-CT-2005-028857).

Additional funding by the US National Institute on Aging (grant numbers U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169) as well as by various national sources is gratefully acknowledged. (see <http://www.share-project.org> for a full list of funding institutions).”

συνταξιοδοτούνται, γηράσκουν και αλλάζουν οικογενειακή και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση δίνοντας μια διαχρονική και μακροσκοπική διάσταση μεταξύ των εξεταζόμενων κρατών. Η διαχρονική παρακολούθηση των ερευνόμενων δίνει τη δυνατότητα στους μελετητές να εξετάσουν τις επιπτώσεις της πληθυσμιακής γήρανσης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο σε πολλές χώρες της Ευρώπης καθώς και τις πολιτικές μεταρρύθμισης, που συνεπάγονται αυτής, στα διεθνή συστήματα περίθαλψης και συντάξεων. Η διαχρονική παρακολούθηση και η διεπιστημονική προσέγγιση του SHARE απεικονίζει πλήρως, ολόκληρη τη διαδικασία της γήρανσης. Οι αυστηρές διαδικαστικές οδηγίες και προγράμματα του SHARE εξασφαλίζουν ένα, εκ των προτέρων, εναρμονισμένο διεθνές σχέδιο.

Τα συλλεχθέντα στοιχεία μεταβλητές υγείας (π.χ. αυτοεξυπηρέτηση, συνθήκες υγιεινής, φυσική και νοητική κατάσταση, χρήση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης κ.α.), τους βιο-δείκτες (π.χ. δύναμη στα χέρια, δείκτης μάζας σώματος, μέγιστη ροή κ.α.), τις ψυχολογικές μεταβλητές (π.χ. ψυχική υγεία, ευημερία, βαθμός ικανοποίησης βιοτικού επιπέδου κ.α.), τις οικονομικές μεταβλητές (π.χ. δραστηριότητα τρέχουσας εργασίας, χαρακτηριστικά εργασίας, ευκαιρίες εργασίας μετά τη συνταξιοδότηση, πηγές και σύνθεση του τρέχοντος εισοδήματος, περιουσία, κατανάλωση, νοικοκυριό, εκπαίδευση κ.α.) και τις μεταβλητές κοινωνικής υποστήριξης (π.χ. βοήθεια στα μέλη της οικογένειας, παροχές εισοδήματος, κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές δραστηριότητες κ.α.).

Η Ελλάδα για το SHARE κατέχει εξέχουσα σημασία, όπως και οι άλλες δυο χώρες της Μεσογείου, καθώς δίνει τη δυνατότητα να μελετηθεί η διαφορά ως προς την «ευημερία» μεταξύ των Νότιων και των Βόρειων χωρών, αλλά και η διαφορά μεταξύ των χωρών της Μεσογείου. Με τον όρο βέβαια «ευημερία» εννοούμε είτε τη φυσική και ψυχολογική υγεία, είτε ως ψυχολογική ευεξία, είτε την ερμηνεύουμε με κοινωνικούς όρους (κράτος, οικογένεια) είτε με οικονομικούς όρους, όπως το εισόδημα και η περιουσία. Όπως και να μελετηθεί και να μετρηθεί η ευημερία, είναι σαφές ότι τα άτομα άνω των 50 ετών στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης βρίσκονται σε ευνοϊκότερη θέση από τα ίδιας ηλικίας άτομα που ζουν στις Μεσογειακές χώρες. Επειδή όμως οι παράγοντες (π.χ. κοινωνική περίθαλψη και σύνταξη, διατροφικές συνήθειες, οικογενειακές σχέσεις) που δημιουργούν αυτή την ευνοϊκότερη θέση δεν είναι πάντα σαφείς, η έρευνα SHARE αξιοποιεί αυτούς τους παράγοντες και εντοπίζει τις διαφορές μεταξύ Βορρά και Νότου της Ευρώπης καθώς και των χωρών που ανήκουν στην ίδια γεωγραφική περιοχή.

Αντίστοιχα και η έρευνα SHARE έχει μεγάλη σημασία για την Ελλάδα. Η συνεχώς αυξανόμενη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, είναι μια απειλή που η Ελλάδα πρέπει, αφού τη μελετήσει, να την αντιμετωπίσει. Η αύξηση των ηλικιωμένων με την ταυτόχρονη μείωση των νέων έχει προκαλέσει προβλήματα τόσο στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περίθαλψης όσο και στην παραγωγικότητα, με αποτέλεσμα να αναζητούνται όλο και περισσότερες πολιτικές μεταρρύθμισης με σκοπό την αποτελεσματικότητα των παραπάνω αλλά και τη διατήρηση της ευημερίας των πολιτών. Το SHARE προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για το είδος και την κατεύθυνση των πολιτικών μεταρρυθμίσεων, εστιάζοντας στους ηλικιωμένους, στην υγεία, το εισόδημα αλλά και τις διαφορές που υπάρχουν από περιοχή σε περιοχή μέσα στην ίδια τη χώρα.

Με λίγα λόγια, το SHARE αποτελεί μια διερευνητική υποδομή μέχρι το 2020, όπου και θα έχει καταγράψει 16 χρόνια από τη ζωή 45.000 ατόμων και των οικογενειών τους. Το SHARE, με την ευρεία οπτική και τη διεθνή του διάσταση αποτελεί για τη

δημόσια υγεία, τις κοινωνικές επιστήμες και τα οικονομικά, μια τεράστια πηγή πληροφοριών που πλήρως απεικονίζουν την κατάσταση της υγείας, την οικονομική κατάσταση αλλά και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις χιλιάδων ατόμων άνω των 50 ετών σε πολλές χώρες της Ευρώπης.

4.1.2 Δειγματοληψία και έρευνα πεδίου

Βασικές αρχές

Οι δειγματοληπτικές έρευνες αποκτούν όλο και μεγαλύτερη ισχύ, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και ταυτόχρονα σε άλλες, κυρίως ευρωπαϊκές, χώρες που στόχο έχουν τη μελέτη σημαντικών κοινωνικών και πολιτικών ζητημάτων. Πέρα από τις πολλές υποχρεώσεις της Ελλάδας ως μέλους της ΕΕ να παράγει στοιχεία σε βασικά θέματα όπως η απασχόληση (Έρευνα Εργατικού Δυναμικού), το εισόδημα και οι συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών (Έρευνα EU-SILC) , αναφέρεται και η συμμετοχή της χώρας μας σε διάφορες ερευνητικές εκστρατείες που στοχεύουν στη μελέτη κοινωνικο-πολιτικών ζητημάτων. Το SHARE, που μελετάει οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες καθώς και την πορεία της υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, είναι ακόμα μια από τις σημαντικότερες ευρωπαϊκές έρευνες.

Βασικό μέρος των αποτελεσμάτων αυτών των διεθνών δειγματοληπτικών ερευνών και μελετών θεωρείται η διακρατική σύγκριση, η οποία απαιτεί συγκρίσιμα στατιστικά στοιχεία από κάθε χώρα. Δεν αρκεί η παράλληλη διεξαγωγή ξεχωριστών μελετών του ίδιου θέματος, αυτές πρέπει να γίνουν με ενιαίο τρόπο. Ανάμεσα στις βασικές απαιτήσεις συμπεριλαμβάνονται :

- ο ορισμός του πληθυσμού μελέτης να είναι ο ίδιος σε κάθε χώρα
- η συλλογή των δεδομένων στην έρευνα του πεδίου να γίνει με τον ίδιο τρόπο, καθώς π.χ. στοιχεία από τηλεφωνική έρευνα δεν είναι απαραίτητως συγκρίσιμα με αυτά από τις προσωπικές συνεντεύξεις
- το ερωτηματολόγιο (καθώς και άλλα στοιχεία μέτρησης) να είναι το ίδιο
- να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη μετάφραση του ερωτηματολογίου στις επιμέρους γλώσσες της έρευνας έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι αντίστοιχες εννοιολογικά
- να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι τυχαίας δειγματοληψίας με πιθανότητες, καθώς μόνο έτσι επιτρέπονται ο υπολογισμός της ακρίβειας των αποτελεσμάτων και η γενίκευση των ευρημάτων από το δείγμα στον πληθυσμό
- να υπάρξει πλήρης καταγραφή των παραμέτρων που σχετίζονται με την ποιότητα της μελέτης, αρχίζοντας από το ποσοστό ανταπόκρισης

Σημειώνεται όμως ότι δεν απαιτείται η εφαρμογή της ίδια μεθόδου δειγματοληψίας σε κάθε χώρα, αρκεί να είναι σε κάθε περίπτωση μια μέθοδος με πιθανότητες. Οι εφικτές και οικονομικά συμφέρουσες μέθοδοι ποικίλλουν από χώρα σε χώρα καθώς εξαρτώνται από τοπικούς παράγοντες, όπως η ύπαρξη δειγματοληπτικών πλαισίων (δηλαδή οι κατάλογοι των μελών του πληθυσμού) και η πρόσβαση σε αυτά (Lynn, 2007)

Ο τρόπος διεξαγωγής του SHARE, που έγινε με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή μέσα από προσωπική συνέντευξη, συμβάλλει σημαντικά στην

τυποποίηση των διαδικασιών, επομένως και στην ποιότητα και συγκρισιμότητα των δεδομένων. Βασικότερα πλεονεκτήματα της συνέντευξης μέσω υπολογιστή είναι η καθοδήγηση του συνεντευκτή μέσω χρήσιμων οδηγιών, η συλλογή καταγεγραμμένων στοιχείων και η προειδοποίηση τυχόν άκυρων ή ανακριβών απαντήσεων. Μεγάλη πρακτική σημασία έχουν επίσης η δυνατότητα καταγραφής σχολίων, η καταγραφή των απαντήσεων σε ανοικτές ερωτήσεις και η δυνατότητα αποκοπής μιας συνέντευξης καθώς και η συνέχισή της από το ίδιο σημείο.

Η δειγματοληψία στην Ελλάδα

➤ Ο πληθυσμός και η κάλυψή του

Ο πληθυσμός-στόχος εκφράζεται με δυο τρόπους (*Klevmarken, 2005*), καθώς υπάρχουν δυο μονάδες ανάλυσης, το νοικοκυριό και το άτομο. Με τον όρο «πληθυσμός νοικοκυριών» εννοούνται όλα τα νοικοκυριά της χώρας στα οποία τουλάχιστον ένα μέλος γεννήθηκε το αργότερο το 1954 (στο πρώτο κύμα) και μιλάει την ελληνική γλώσσα. Με τον όρο «πληθυσμός ατόμων» εννοούνται όλοι οι κάτοικοι της χώρας που γεννήθηκαν μέχρι το 1954 πάλι με την προϋπόθεση ότι δύναται να επικοινωνούν στα ελληνικά καθώς και οι σύζυγοί τους (ή μόνιμοι σύντροφοί τους), χωρίς περιορισμό ηλικίας και εφόσον μένουν στο ίδιο νοικοκυριό. Οι πιο κοντινοί τύποι νοικοκυριών που πληρούν τα κριτήρια αυτά είναι :

- Άγαμος ή χήρος ή διαζευμένος ηλικίας 50+ , με ή χωρίς συγκατοίκους (μη συζύγους, π.χ. παιδιά). Γίνεται μόνο μια συνέντευξη (αποτελεί το 42,5% των νοικοκυριών που συμμετείχαν στην έρευνα)
- Ζευγάρι με τουλάχιστον έναν σύντροφο ηλικίας άνω των 50 ετών, ενώ όλοι οι υπόλοιποι συγκατοίκους να είναι κάτω των 50 ετών. Γίνονται δυο συνεντεύξεις, μια με κάθε σύντροφο του ζευγαριού (αποτελεί το 56,8% των νοικοκυριών)
- Ζευγάρι με τουλάχιστον έναν από τους δυο συντρόφους άνω των 50 ετών και με έναν ή περισσότερους από τους συγκατοίκους, επίσης, άνω των 50 ετών. Γίνονται τουλάχιστον τρεις συνεντεύξεις, δυο με το ζευγάρι και μια ή περισσότερες με τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού άνω των 50 ετών (αποτελεί το 0,7% των νοικοκυριών)

Όπως και στις περισσότερες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα εξαιρούνται της έρευνας για πρακτικούς λόγους όσα άτομα ζουν σε ιδρύματα, φυλακές και γενικώς εκτός νοικοκυριού. Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει γεωγραφικός περιορισμός των νοικοκυριών της έρευνας.

➤ Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Επειδή στην Ελλάδα δεν υπάρχει ένας ενιαίος κατάλογος όλου του γενικού πληθυσμού, για την έρευνα SHARE επιλέχθηκε το δείγμα μέσω τηλεφωνικού καταλόγου. Η χρήση αυτού του δειγματοληπτικού πλαισίου επιβάλλει την εξαίρεση ατόμων που ζουν σε ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων, ένα μέρος του πληθυσμού, που σύμφωνα με τους σκοπούς του SHARE, μπορεί να συμπεριληφθεί στην έρευνα. Ένα άλλο μειονέκτημα που παρουσιάζει η επιλογή του δείγματος από τον

τηλεφωνικό κατάλογο είναι ότι δεν μπορούν να εντοπιστούν τα νοικοκυριά που κατέχουν περισσότερες από μια τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας και τα οποία επιλέγονται με μεγαλύτερη πιθανότητα από τα υπόλοιπα νοικοκυριά. Εκτιμάται όμως πως, μόνο το 2% των νοικοκυριών κατέχει πολλαπλές γραμμές τηλεφώνου, άρα η πρακτική σημασία αυτού του μειονεκτήματος είναι σχετικά περιορισμένη.

➤ Σχεδιασμός της δειγματοληψίας

Το δείγμα είναι στρωματοποιημένο με τους νομούς της χώρας να αποτελούν τα στρώματα. Αυτό αποτελεί τον φυσιολογικό σχεδιασμό, μια που ο τηλεφωνικός κατάλογος χωρίζεται ανά νομό. Η στρωματοποίηση έχει το σημαντικό πλεονέκτημα ότι μειώνει το δειγματοληπτικό σφάλμα (για δεδομένο συνολικό μέγεθος του δείγματος). Για την επιλογή του δείγματος σε κάθε νομό, αρχικά αποφασίστηκε το μέγεθος δείγματος-στόχου, στη συνέχεια ο κατάλογος τέθηκε σε τυχαία σειρά και τελικά επιλέχθηκε ο απαιτούμενος αριθμός τηλεφώνων με απλή τυχαία δειγματοληψία. Η επιλογή ενός αρκετά απλού σχεδίου δειγματοληψίας επιβάλλεται από το γεγονός ότι το SHARE προβλέπει τη διαχρονική παρακολούθηση του ίδιου δείγματος αλλά και από το γεγονός ότι η επιλογή ενός πολύπλοκου σχεδίου δειγματοληψίας στην πρώτη φάση της έρευνας ενδέχεται να έχει απρόβλεπτες επιπτώσεις στις επόμενες φάσεις αυτής (Klevmarken, 2005).

Η πρώτη επαφή του ερευνητή με το νοικοκυριό αποτελεί τη διερεύνηση της καταλληλότητας αυτού, αφού η επιλογή του γίνεται τυχαία μέσω του τηλεφωνικού καταλόγου, ο οποίος, όπως είναι φυσικό, δεν περιέχει καμία πληροφορία για τις ηλικίες των μελών του νοικοκυριού, έτσι ώστε να αποκλειστούν όσοι δεν πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα. Από εδώ και στο εξής τα επιλεγμένα νοικοκυριά αποτελούν μόνο τα νοικοκυριά του αρχικού δείγματος που ανήκουν στον πληθυσμό-στόχο. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε τόσο για τη δειγματοληψία του κύριου δείγματος όσο και μετέπειτα για την ξεχωριστή δειγματοληψία του δείγματος vignette.¹⁵

¹⁵ Εκτός από το βασικό ερωτηματολόγιο της έρευνας SHARE, συμπληρώθηκαν από τους ερωτηθέντες τα ερωτηματολόγια drop-off και vignettes. Το ερωτηματολόγιο drop-off (συμπληρώνεται σε χαρτί και όχι στον Η/Υ) περιέχει ερωτήσεις για: την κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση, ικανοποίηση από τη ζωή, αντιλήψεις, στάσεις, προσδοκίες, αξιολογήσεις για τις οικογενειακές σχέσεις, ιατρική και προληπτική φροντίδα υγείας, στέγαση και συνθήκες στέγασης, γενικές ερωτήσεις, πληροφορίες για τη θρησκεία, τις πολιτικές τοποθετήσεις κ.α. Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου drop-off αναφέρονται σε ατομικό επίπεδο (γι' αυτό και δεν συμπληρώνονται από πληρεξούσιο) και μπορούν να συγχωνευθούν και να αξιοποιηθούν συνδυαστικά με τα δεδομένα του βασικού ερωτηματολογίου.

Τα ερωτηματολόγια vignettes προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα συγκρισιμότητας υποκειμενικών απαντήσεων και αποτελούν μια από τις σημαντικότερες καινοτομίες που φέρνει το SHARE στο πρόβλημα συγκρισιμότητας των δεδομένων υποκειμενικών απαντήσεων. Μια «vignette» ερώτηση είναι απρόσωπη και απευθύνεται στον ερωτώμενο για να «σταθμιστεί» η γενική του στάση πριν του τεθεί η ερώτηση αυτοαξιολόγησης και να τοποθετηθεί σε μια συγκρίσιμη κλίμακα. Το πρώτο ερωτηματολόγιο vignette χορηγήθηκε πειραματικά σε οχτώ χώρες του δείγματος (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Ολλανδία και Σουηδία) περιλαμβάνοντας συνολικά 4.544 παρατηρήσεις, αντί του ερωτηματολογίου drop-off (Γεωργιάδης, 2009).

➤ Ανταπόκριση

Σε κάθε έρευνα είναι σχεδόν αναπόφευκτο μια απώλεια μονάδων που επιλέγονται από το δείγμα, αλλά τελικά δεν δίνουν στοιχεία. Σε μερικές περιπτώσεις, η απώλεια οφείλεται στο γεγονός ότι δεν γίνεται επαφή με την επιλεγμένη μονάδα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις οφείλεται στην άρνηση των μελών του νοικοκυριού να δώσουν τις ζητούμενες πληροφορίες για την έρευνα, είτε ανοικτά είτε κρυφά (π.χ. μη τήρηση του ραντεβού για τη συνέντευξη). Γενικώς, οι παράγοντες που καθορίζουν την επίτευξη ή μη της συμμετοχής σε μια έρευνα είναι άγνωστοι. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος, η άρνηση συμμετοχής να μην είναι τυχαία, αλλά να σχετίζεται με χαρακτηριστικά της μονάδας που ενδεχομένως να σχετίζονται, με τη σειρά τους, με το θέμα της έρευνας. Σε αυτή τη περίπτωση δημιουργείται μια μεροληψία στα τελικά αποτελέσματα (συστημικό σφάλμα) και γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να μειωθεί στο ελάχιστο δυνατό το μέγεθος της απώλειας από το αρχικά επιλεγμένο δείγμα.

Στην παρούσα μελέτη και βάσει εμπειριών άλλων ερευνών, το ελάχιστο επιτρεπόμενο ποσοστό συμμετοχής ορίστηκε στο 60% για κάθε χώρα (SHARE, wave 1, release 2.0.1). Στην Ελλάδα η συμμετοχή επιτεύχθηκε στο 63,4% των επιλεγμένων νοικοκυριών (63,1% του κύριου δείγματος και στο 64,2% του vignette δείγματος). Το αντίστοιχο ποσοστό σε όλες της χώρες της έρευνας ήταν στο 60,6% και μόνο στη Γαλλία επιτεύχθηκε ένα υψηλότερο ποσοστό (79,2%) από αυτό της Ελλάδας και του Ισραήλ (68,1%).

Από τα νοικοκυριά που συμμετείχαν στο δείγμα, τουλάχιστον ένα άτομο του πληθυσμού-στόχου έδωσε στοιχεία, αλλά υπήρχε περίπτωση άρνησης από άλλα κατάλληλα για την έρευνα μέλη του ίδιου νοικοκυριού. Στην Ελλάδα το ποσοστό συμμετοχής των κατάλληλων ατόμων ήταν 92,4% (91,8% του κύριου δείγματος και στο 94,1% του vignette δείγματος) σε σύγκριση με το 85% ολόκληρου του δείγματος και το δεύτερο υψηλότερο μετά της Δανίας (93%).

Στα παραπάνω ποσοστά ανταπόκρισης καταμετρήθηκαν και οι περιπτώσεις άντλησης των απαιτούμενων πληροφοριών από πληρεξούσιο (proxy), ο οποίος απαντά σε μέρος ή σε όλοκληρο το ερωτηματολόγιο εκ μέρους του επιλεγμένου ατόμου και μετά τη συγκατάθεσή του. Το SHARE επιτρέπει αυτή την τακτική λόγω των φυσικών και των διανοητικών αδυναμιών ενός τμήματος του ηλικιωμένου πληθυσμού-στόχου. Υπάρχουν βέβαια ενότητες, όπως η ταχύτητα βάδισης και η γνωστική λειτουργία, στις οποίες ο πληρεξούσιος δεν μπορεί να συμμετάσχει. Το ποσοστό συμμετοχής των πληρεξουσίων ποικίλλει μεταξύ των διαφορετικών ενοτήτων του ερωτηματολογίου. Στα δημογραφικά στοιχεία το ποσοστό συμμετοχής των πληρεξουσίων ήταν 3,8% των συνεντεύξεων με επιλεγμένα άτομα άνω των 50 ετών και 15,9% των συνεντεύξεων με επιλεγμένα άτομα άνω των 75 ετών.

Χώρα: Ελλάδα
Ινστιτούτο ερευνών: Kara Research
Επαφή σχεδίου έρευνας: Τάσος Γεωργιάδης/Clive Richardson

Πληθυσμός-στόχος, κάλυψη πληθυσμού	Όλα τα νοικοκυριά της χώρας στα οποία τουλάχιστον ένα μέλος γεννήθηκε το αργότερο το 1954 και μιλάει την ελληνική γλώσσα. Όλοι οι κάτοικοι της χώρας που γεννήθηκαν μέχρι το 1954 με την προϋπόθεση ότι δύναται να επικοινωνούν στα ελληνικά καθώς και οι σύζυγοί τους (ή μόνιμοι σύντροφοί τους), χωρίς περιορισμό ηλικίας και εφόσον μένουν στο ίδιο νοικοκυριό. Ο πληθυσμός-στόχος περιλαμβάνει άτομα που ζουν σε ιδρύματα ηλικιωμένων, αλλά όχι άτομα που ζουν σε φυλακές ή άλλα ιδρύματα.
Δειγματοληπτικό πλαίσιο	<u>Φάση 1:</u> Λίστα όλων των 54 γεωγραφικών στρωμάτων (νομών) <u>Φάση 2:</u> Για κάθε νομαρχιακό διαμέρισμα ένας τηλεφωνικός κατάλογος για τυχαία επιλογή τηλεφωνικών συνδρομητών.
Προβλήματα δειγματοληπτικού πλαισίου	2% των νοικοκυριών έχουν πάνω από ένα τηλεφωνικούς αριθμούς ή αριθμούς που χρησιμοποιούν για επαγγελματικούς σκοπούς. Στην πιλοτική έρευνα που διεξήχθη το Δεκέμβριο του 2003 από την εταιρία δημοσκοπήσεων που ανέλαβε τη συλλογή δεδομένων της έρευνας βρέθηκε ότι το 1% των νοικοκυριών είχε δυο τηλεφωνικούς αριθμούς και το 1% είχε τρεις. Ο τηλεφωνικός κατάλογος δεν περιέχει πληροφορίες σχετικά με την ηλικία των μελών του νοικοκυριού και δεν περιλαμβάνει αριθμούς γηροκομείων ή οίκων ευγηρίας.
Δειγματοληπτικός σχεδιασμός	Στρωματοποιημένο δείγμα δυο φάσεων <u>Φάση 1:</u> Κάθε νομός αποτελεί ένα στρώμα. Για κάθε ένα από αυτούς επιλέγονται n_t^* τηλεφωνικοί αριθμοί με απλή δειγματοληψία χωρίς επανάθεση. (Η λίστα των τηλεφωνικών αριθμών ταξινομήθηκε με τυχαία σειρά και το δείγμα των n_t^* αριθμών επιλέχθηκε συστηματικά με ένα σταθερό διάστημα εμπιστοσύνης από μια τυχαία αφετηρία. <u>Φάση 2:</u> Επιλογή νοικοκυριών με άτομα άνω των 50+ ετών. Η επιλογή έγινε από τους ερευνητές που προσπάθησαν να επικοινωνήσουν με όλες τις διευθύνσεις των n_t^* νοικοκυριών. Όλα τα ηλικιακά κατάλληλα νοικοκυριά δύνανται να αποτελέσουν μέρος του δείγματος
Επιλογή πιθανοτήτων	$P_{ih} = P_h = n_t^* / N_t$ Όπου N_t = ο συνολικός αριθμός των τηλεφωνικών αριθμών του t νομού Κάποια νοικοκυριά κατέχουν περισσότερες από μια τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας, με αποτέλεσμα να επιλέγονται με μεγαλύτερη πιθανότητα από τα υπόλοιπα νοικοκυριά. Επειδή όμως μόνο το 2% των νοικοκυριών κατέχει πολλαπλές γραμμές τηλεφώνου, η πρακτική σημασία αυτού του προβλήματος είναι σχετικά περιορισμένη.
Design Weights	$W_{ih} = W_h = 1 / P_h$ Τα design weights έχουν υπολογιστεί έτσι ώστε να θεωρείται ότι κάθε νοικοκυριό έχει μόνο έναν αριθμό τηλεφώνου, και χρησιμοποιούνται για να μπορεί ο ερευνητής να κάνει τις δικές του εκτιμήσεις των συντελεστών στάθμισης (για να κατασκευάσει δηλαδή τα calibrated weights)
Πληροφορίες Στάθμισης	Το διάλυσμα στάθμισης περιλαμβάνει 8 διαφορετικές ομάδες ανάλογα με το φύλο και την ηλικία Άνδρες που έχουν γεννηθεί ανάμεσα στα διαστήματα: -1924, 1925-1934, 1935-1944, 1945-1954 Γυναίκες που έχουν γεννηθεί ανάμεσα στα διαστήματα: -1924, 1925-1934, 1935-1944, 1945-1954

Πηγή: Klevmarken A., Swensson B., Hesselius P., 2005

4.1.3 Λόγοι καταλληλότητας του SHARE για τη μελέτη της μακροχρόνιας φροντίδας

Όπως προαναφέρθηκε, το SHARE αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ευρωπαϊκές έρευνες καθώς μελετάει οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες και την πορεία της υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό που κάνει την έρευνα SHARE ιδιαίτερα ξεχωριστή είναι ο διεθνής προσανατολισμός της αλλά και η διαχρονική παρακολούθηση των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα επιτρέποντας τη σύγκριση μεταξύ των κρατών αλλά και την κλιμακούμενη εξέλιξη των επιπτώσεων της πληθυσμιακής γήρανσης τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο, μεταξύ περιοχών της ίδιας χώρας αλλά και μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών του δείγματος.

Μια από τις συνέπειες της πληθυσμιακής γήρανσης είναι και η αυξημένη ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας που αντιμετωπίζουν τα άτομα, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο ήμισυ της ζωής τους. Το SHARE είναι έτσι διαμορφωμένο, ώστε να δίνει μεγάλη έμφαση στα άτομα που έχουν ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα τόσο από την πλευρά της ζήτησης (ποσοστό ατόμων ανά χώρα και ηλικιακή ομάδα με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας-κακή υγεία, adls, iadls, χρόνιες παθήσεις, το είδος και τη συχνότητα των αναγκών) όσο και από την πλευρά της προσφοράς (τυπική και άτυπη φροντίδα, είδος και συχνότητα των δυο τύπων φροντίδας, διαθέσιμες κοινωνικές και ιδιωτικές παροχές φροντίδας κ.ο.κ). Επίσης, το SHARE, με το λεπτομερές ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει καλύπτει θεωρητικά όλες τις πτυχές μακροχρόνιας φροντίδας και επιτρέπει μια στατιστική διασύνδεση και συσχέτιση των παραγόντων οικονομίας, οικογένειας και υγείας στην παροχή και λήψη μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες του δείγματος.

Αν και ένα από τα μειονεκτήματα του SHARE, όπως αναφέρθηκε και πριν είναι η εξαίρεση από το δείγμα ατόμων που ζουν σε γηροκομεία και ιδρύματα ή ατόμων που θεωρούνται ακατάλληλα για συμμετοχή λόγω σωματικής ή νοητικής αναπηρίας και δεν έχουν κάποιον τρίτο να τα εκπροσωπήσει (proxy) στο πρώτο κύμα, η διαχρονική παρακολούθηση στα επόμενα κύματα του SHARE, επιτρέπει τη μελέτη των ατόμων που συμμετείχαν στο πρώτο κύμα και τώρα νοσηλεύονται σε κάποιο γηροκομείο ή ίδρυμα. Αυτό καθιστά ιδιαίτερα σημαντική την έρευνα, διότι δίνει τη δυνατότητα μελέτης της εξέλιξης της πληθυσμιακής γήρανσης καθώς και την εικόνα του τι προηγείται και τι έπεται από τις υπηρεσίες φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ατόμων. Τελειώνοντας, το σημαντικότερο όλων είναι ότι σε κοινωνικό επίπεδο, η έρευνα SHARE θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό ή/και τη βελτιστοποίηση των κοινωνικών συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας και ασφάλισης.

4.1.4 Δημογραφική Ανάλυση του δείγματος SHARE

Η διαθεσιμότητα των στοιχείων του πρώτου κύματος του SHARE συνοδεύτηκε το 2005 από έναν «Τόμο Πρώτων Αποτελεσμάτων» (ΤΠΑ), στον οποίο τα μέλη των εθνικών ομάδων του SHARE παρουσίασαν την έρευνα. Τα παρακάτω κεφάλαια παρουσιάζουν κάποια από τα ευρήματα που αναλύονται στον «Τόμο Πρώτων Αποτελεσμάτων» αυτό, αναπαράγοντας τις στατιστικές επεξεργασίες με χρήση της τελευταίας διαθέσιμης έκδοσης των στοιχείων του 2007. Οι παρακάτω πίνακες

σχηματίστηκαν βάσει των στοιχείων του πρώτου κύματος (Wave 1, release 2.3.0) και με στατιστική επεξεργασία, με τη χρήση του προγράμματος STATA 9.1. Σε αυτή την ενότητα θα ασχοληθούμε με την περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος. Στον πίνακα 1 βλέπουμε ότι στην έρευνα SHARE συμμετείχαν 31.115 άτομα από 12 χώρες που ομαδοποιούνται στις Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία και Δανία), στις Κάτω Χώρες (Ολλανδία και Βέλγιο), στις Βόρειες χώρες (Γερμανία, Γαλλία, Ελβετία και Αυστρία)¹⁶ και στις Νότιες χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα και Ισραήλ).

Σε αυτό το σημείο θέλω να τονίσω ότι παρ'όλο που το Ισραήλ συμμετείχε στο πρώτο κύμα δεν συμμετείχε στα επόμενα, γι'αυτό το λόγο αν και θα συμπεριληφθεί στα δημογραφικά στοιχεία, θα εξαιρεθεί στη συνέχεια της ανάλυσης.

Στη συνέχεια του πίνακα βλέπουμε τις ηλικιακές ομάδες ανά χώρα. Όπως είναι γνωστό, η έρευνα SHARE απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 50+, αλλά γίνεται σε επίπεδο νοικοκυριού, γι'αυτό το λόγο υπάρχουν και άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα κάτω από τα 50 έτη (3,85%). Η Ελλάδα έρχεται στην 1^η θέση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, κυρίως λόγω του γεγονότος της συγκατοίκησης πολλών μελών της οικογένειας στο ίδιο νοικοκυριό. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (51,92%) αποτελείται από την ομάδα 50-64, δεύτερη είναι η ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών με ποσοστό 26,39% και στη 3^η θέση είναι η ομάδα 75+ ετών με ποσοστό 17,84%. Τέλος βλέπουμε από τον πίνακα πως η συμμετοχή των γυναικών (55,61%) είναι λίγο μεγαλύτερη από των ανδρών (44,39%) και αυτό οφείλεται στο ότι:

- ο αριθμός γεννήσεων των κοριτσιών είναι μεγαλύτερος από των αγοριών και
- οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο περισσότερο από τους άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

ΧΩΡΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ 50+	ΠΟΣΟΣΤΟ 50+	ΑΝΔΡΕΣ 50+	ΓΥΝΑΙΚΕΣ 50+	ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ			
					μέχρι 50 ετών	50-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών
Σουηδία (SE)	3.053	9,81%	1.412	1.641	1,83%	52,05%	26,73%	19,39%
Δανία (DK)	1.707	5,49%	771	936	5,39	53,66	21,62	19,33
Ολλανδία (NL)	2.979	9,57%	1.367	1.612	3,42	56,83	23,93	15,81
Βέλγιο (BE)	3.827	12,30%	1.741	2.086	4,65	52,03	25,76	17,56
Γερμανία (DE)	3.008	9,67%	1.380	1.628	2,16	52,16	29,45	16,22
Γαλλία (FR)	3.193	10,26%	1.384	1.809	4,85	51,61	23,77	19,76
Ελβετία (CH)	1.004	3,23%	462	542	4,18	50,30	25,00	20,52
Αυστρία (AT)	1.893	6,08%	783	1.110	2,32	50,13	28,74	18,81
Ιταλία (IT)	2.559	8,22%	1.132	1.427	1,99	52,44	30,68	14,89
Ισπανία (ES)	2.396	7,70%	996	1.400	1,75	45,03	29,26	23,96
Ελλάδα (GR)	2.898	9,31%	1.244	1.654	7,90	50,31	24,57	17,22
Ισραήλ (IL)	2.598	8,35%	1.139	1.459	5,47	54,50	26,56	13,47
ΣΥΝΟΛΟ	31.115	100,00%	13.811	17.304	1.198	1.6155	8.212	5.550
			44,39%	55,61%	3,85%	51,92%	26,39%	17,84%

Πηγή: Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

¹⁶ Από εδώ και στο εξής τις Κάτω χώρες και τις Βόρειες χώρες θα τις αναφέρουμε μαζί σαν χώρες της ηπειρωτικής ή κεντρικής Ευρώπης.

4.2 Εισαγωγή

Σε αυτή την ενότητα θα ασχοληθούμε, σε πρώτη φάση με τα οικογενειακά δίκτυα και την υγεία των ατόμων του δείγματος, για να δούμε πως αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τα ηλικιωμένα άτομα που δέχονται υπηρεσίες φροντίδας, αλλά και τους δεσμούς και την επικοινωνία που έχουν αυτά τα άτομα με τα παιδιά τους, τα οποία αποτελούν ένα μεγάλο μέρος των άτυπων φροντιστών, αναλαμβάνοντας να προσφέρουν στους γονείς τους υπηρεσίες φροντίδας. Στη συνέχεια θα δούμε τα ευρήματα του SHARE που αφορούν τη φροντίδα, που δέχονται τα άτομα του δείγματος κατά το δευτερο ήμισυ της ζωής τους, αλλά και την εικόνα των ατόμων που προσφέρουν άτυπες μορφές φροντίδας, εκτός και εντός νοικοκυριού. Όσον αφορά τις ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας, που αποτελούν ένα ακόμα μέρος των παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, θα παρατηρήσουμε σε αυτήν την ενότητα πώς συνδέονται άμεσα με το εισόδημα των Ευρωπαίων, το οποίο είναι και ο τελευταίος παράγων που μελετάται σε σχέση με την φροντίδα. Από την ανάλυση, βέβαια, δεν θα παραληφθεί να μελετηθεί ξεχωριστά η Ελλάδα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, σε σχέση με την φροντίδα των ηλικιωμένων.

4.2.1 Οικογενειακά Δίκτυα και Σύνθεση Νοικοκυριού

Στη συνέχεια της ανάλυσης μέρους του δείγματος SHARE θα ασχοληθούμε με θέματα που αφορούν την σύνθεση του νοικοκυριού και τα οικογενειακά δίκτυα, τόσο για το σύνολο του δειγματοληπτικού πληθυσμού, όσο για τα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, καθώς έχει ενδιαφέρον να δούμε πως θα μπορούσε να διαμορφωθεί η προσφορά της οικογενειακής φροντίδας, αλλά και τη δυνατότητα συμμετοχής της οικογένειας στη φροντίδα, η οποία εξαρτάται ως επί το πλείστον στη σύνθεση του νοικοκυριού, στην εγγύτητα καθώς και στη συχνότητα επαφής των γονειών με τα παιδιά τους.

Σημείωση 1: Σε αυτό το σημείο θέλω να τονίσω ότι στην ανάλυση του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν συντελεστές στάθμισης (Γεωργιάδης, 2009). Σε εφαρμογές στατιστικής ανάλυσης σε έρευνες μικροδοσομένων (όπως για παράδειγμα ο υπολογισμός της μέσης τιμής) υπάρχει η υπόθεση ότι όλα τα άτομα του δείγματος έχουν ίδια πιθανότητα να συμπεριλαμβάνονται στο δείγμα. Η συγκεκριμένη υπόθεση είναι, για μια σειρά από λόγους, πολύ περιοριστική στις έρευνες μικροδοσομένων. Οι συντελεστές στάθμισης του δείγματος χρησιμοποιούνται προκειμένου να σταθμιστούν οι διαφορές μεταξύ των ατόμων (ή πληθυσμιακών ομάδων) στην πιθανότητα επιλογής στο δείγμα. Για εκτιμήσεις σε επίπεδο ατόμων χρησιμοποιούνται οι συντελεστές στάθμισης σε επίπεδο ατόμων (calibrated individual weights), ενώ για εκτιμήσεις σε επίπεδο νοικοκυριού χρησιμοποιούνται οι συντελεστές στάθμισης σε επίπεδο νοικοκυριού (calibrated household weights). Επίσης, με τη χρήση των συντελεστών στάθμισης υπάρχει περίπτωση να υπάρξουν missing values. Αυτό συμβαίνει κυρίως στην περίπτωση που μια παρατήρηση αφορά άτομο ηλικίας κάτω των 50 ετών (συνήθως σύζυγο ενός ηλικιακά επιλέξιμου ατόμου του δείγματος). Επομένως, ενώ υπάρχει η πληροφορία για να υπολογιστεί π.χ το μέγεθος του νοικοκυριού, δεν υπεισέρχεται σε στατιστικές αναλύσεις όπου αυτομάτως του προσδίδει μηδενική στάθμιση, εξαιρείται δηλαδή από την ανάλυση.

Σύνθεση νοικοκυριού: Στον πίνακα 4.2 εξετάζουμε τη σύνθεση νοικοκυριού όλων των ατόμων άνω των 50 ετών και των ατόμων άνω των 75 ετών. Διαπιστώνεται ότι για τα άτομα ηλικίας 50+ το μεγαλύτερο ποσοστό (44,87%) ζει με τον/την σύντροφό του, το 28,87% ζει με την οικογένεια ή κάποιο άλλο άτομο και το 26,25% των ατόμων 50+ ζουν μόνοι τους. Στις Σκανδιναβικές χώρες και λίγο λιγότερο στις κεντρικές το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ζει με τον σύντροφό του ή μόνο του και πολύ λιγότερο με την οικογένειά του. Αντίθετα στις Μεσογειακές χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ζει με την οικογένειά του. Η Ισπανία κατέχει την 1^η θέση με ποσοστό 48,17% σε αυτή την κατηγορία, την οποία διατηρεί και στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 75 ετών, με δεύτερη την Ιταλία με ποσοστό 43,37% και 24,54% αντίστοιχα. Από τον πίνακα 4.2 φαίνεται πως η οικογενειακή σύνθεση αλλάζει καθώς μεγαλώνει η ηλικία των ατόμων. Τα περισσότερα άτομα άνω των 75 ετών ζουν σε μονομελές νοικοκυριό, ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές χώρες αλλά και στην Ολλανδία, η οποία είναι πρώτη με ποσοστό 60,38% και δεύτερη η Σουηδία με λίγο χαμηλότερο ποσοστό (60,15%). Η Ελλάδα βλέπουμε πως, ενώ ανήκει στις Μεσογειακές χώρες, δεν ακολουθεί την ίδια σύνθεση νοικοκυριού με τις άλλες δύο, παρ'όλο τους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς που διακρίνουν τον πληθυσμό της. Ιδιαίτερα, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (49,11%) των ατόμων άνω των 75 ετών ζει μόνο του, ενώ μόνο το 10,76% ζει με την οικογένεια του. Αντίθετα τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ζουν, κυρίως, με τον σύντροφό τους (37,80%) ή με την οικογένειά τους (35,03%). Η πιθανή εξήγηση που δίνεται στο γεγονός ότι η Ελλάδα δεν ακολουθεί την οικογενειακή σύνθεση του νοικοκυριού με τις άλλες δυο Μεσογειακές χώρες, είναι το κύμα αστυφιλίας της περιόδου 1950-1970, όταν τα παιδιά των σημερινών ηλικιωμένων άφησαν τα χωριά τους προς αναζήτηση εργασίας στις μεγαλουπόλεις (Λυμπεράκη, Παπαδούλης, Τήνιος, 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (%)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+			ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+		
	Ζει μόνος	Ζει ως ζευγάρι	Ζει με την οικογένεια*	Ζει μόνος	Ζει ως ζευγάρι	Ζει με την οικογένεια*
Σουηδία (SE)	34,01%	52,80%	13,19%	60,15%	38,32%	1,53%
Δανία (DK)	32,08	55,69	12,22	59,58	37,44	2,98
Ολλανδία (NL)	27,89	53,43	18,68	60,38	36,88	2,74
Βέλγιο (BE)	21,88	54,51	23,61	41,78	47,52	10,70
Γερμανία (DE)	30,23	52,25	17,52	53,79	39,26	6,95
Γαλλία (FR)	25,35	49,17	25,48	46,95	47,58	6,28
Ελβετία (CH)	27,83	56,70	15,47	46,14	47,58	6,28
Αυστρία (AT)	32,37	47,67	19,96	57,70	31,07	11,23
Ιταλία (IT)	22,81	33,81	43,37	44,07	31,39	24,54
Ισπανία (ES)	20,75	31,08	48,17	34,72	29,46	35,82
Ελλάδα (GR)	27,17	37,80	35,03	49,11	40,13	10,76
ΣΥΝΟΛΟ	26,25%	44,87%	28,87%	47,72%	37,19%	15,09%

*Στην στήλη αυτή έχει ενσωματωθεί και η συγκατοίκηση με άλλο άτομο, εκτός οικογενειας

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Εγγύτητα γονιών : Στον πίνακα 4.3 απεικονίζεται η εγγύτητα των γονιών προς το κοντινότερο παιδί για τις ηλικιακές ομάδες 50+ και 75+. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 50+ που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό στις Σκανδιναβικές χώρες, βλέπουμε πως δεν ξεπερνάει το 16%, ενώ είναι εντυπωσιακό ότι το ποσοστό των ατόμων στη Σουηδία ηλικίας 75+ που συγκατοικούν με το κοντινότερο παιδί τους, δεν αγγίζει ούτε το 1%, ενώ αντίθετα στην απόσταση μεταξύ 1 και 25 χλμ το ποσοστό φτάνει το 50,69% και στην Ολλανδία το 57,89%. Η διαφορά στη δομή του νοικοκυριού, που υπάρχει στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Ολλανδία και λιγότερο στις βορειότερες με τις νότιες, είναι εμφανής. Στις Μεσογειακές χώρες σχεδόν το 60% των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω, ζουν είτε στο ίδιο σπίτι είτε στο ίδιο κτίριο με το παιδί τους, ενώ στην ηλικιακή ομάδα 75+ το ποσοστό αυτό φτάνει στο 40-45%. Τέλος, οι χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης κατατάσσονται μεταξύ των Σκανδιναβικών και των νότιων χωρών της Ευρώπης, καθώς το ποσοστό των γονιών ηλικίας 50+ που διαμένουν στο ίδιο νοικοκυριό κυμαίνεται μεταξύ 21% και 27%, και στο ίδιο σπίτι μεταξύ 2% και 15%.

Πριν προχωρήσουμε, και σχετικά με την σύγκριση των συστημάτων παροχών μακροχρόνιας φροντίδας μεταξύ Ελλάδας και Γερμανίας, που έγινε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αξίζει να σημειώσουμε ότι στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων 50+ που ζουν στο ίδιο σπίτι με κάποιο από τα παιδιά τους είναι διπλάσιο, συγκριτικά με αυτό της Γερμανίας (και της Αυστρίας, που εφαρμόζει το ίδιο σύστημα, όπως θα δουμε και παρακάτω), ποσοστά που υποδηλώνουν ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες Έλληνες ηλικίας 50+ έχουν πολύ στενή σχέση με τα παιδιά τους, και «στηρίζονται» στη βοήθεια που θα λάβουν (σαν εξαρτημένα άτομα μακροχρόνιας φροντίδας), καθώς και τα παιδιά βασίζονται στη φροντίδα που θα λάβουν από εκείνους (στην οικειική φροντίδα, στην φροντίδα των εγγονιών, κ.ο.κ). Η εικόνα αυτή, βέβαια, ενισχύεται και από τον επόμενο πίνακα, όπου η καθημερινή συχνότητα επαφής των Ελλήνων γονέων-παιδιών είναι, επίσης, διπλάσια (και σχεδόν 70%) και η μεγαλύτερη του πίνακα, εν συγκρίσει με την Γερμανία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3
ΕΓΓΥΤΗΤΑ ΓΟΝΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΟΝΤΙΝΟΤΕΡΟ ΠΑΙΔΙ (%)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+					ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+				
	Ίδιο νοικοκυριό	Ίδιο κτίριο	Λιγότερο από 1 χλμ.	Ανάμεσα 1-25 χλμ	Περισσότερο από 25 χλμ.	Ίδιο νοικοκυριό	Ίδιο κτίριο	Λιγότερο από 1 χλμ.	Ανάμεσα 1-25 χλμ	Περισσότερο από 25 χλμ.
Σουηδία (SE)	15,86%	0,88%	14,96%	43,86%	24,43%	0,94%	1,11%	19,59%	50,69%	27,68%
Δανία (DK)	13,84	2,44	13,74	46,75	23,24	3,49	1,66	16,69	48,80	29,36
Ολλανδία (NL)	22,79	0,80	18,95	45,37	12,09	3,60	0,86	22,90	57,89	14,75
Βέλγιο (BE)	25,87	2,35	20,34	42,29	9,15	10,56	2,08	30,92	47,20	9,24
Γερμανία (DE)	20,69	14,36	13,12	33,10	18,73	8,07	19,59	19,33	34,41	18,59
Γαλλία (FR)	26,85	2,07	12,64	34,16	24,30	8,73	4,35	16,94	47,19	22,80
Ελβετία (CH)	27,08	7,01	12,76	37,10	16,05	6,50	13,52	14,01	39,42	26,55
Αυστρία (AT)	22,31	15,44	14,17	32,96	15,13	13,30	18,94	19,16	34,28	14,32
Ιταλία (IT)	51,18	10,97	12,78	19,03	6,04	25,63	20,29	19,80	24,03	10,25
Ισπανία (ES)	51,07	4,90	20,55	15,91	7,58	34,45	7,50	29,53	19,17	9,36
Ελλάδα (GR)	42,44	15,48	14,30	17,72	10,07	11,90	26,02	20,75	28,51	12,82
ΣΥΝΟΛΟ	32,94%	8,30%	14,62%	29,22%	14,92%	15,25%	12,78%	20,93%	34,72%	16,32%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Συχνότητα επαφής : Ανάλογη διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών της βόρειας και της νότιας Ευρώπης υπάρχει και στη συχνότητα επαφής των γονιών με το πλησιέστερο παιδί. Στις νότιες χώρες οι γονείς έχουν καθημερινή επικοινωνία με τα παιδιά τους με ποσοστό άνω του 60%, με πρώτη την Ελλάδα που το ποσοστό καθημερινής επαφής γονιών και πλησιέστερου παιδιού φτάνει το 70%. Από την άλλη πλευρά, όσο προχωράμε προς το Βορρά, παρατηρούμε πως οι γονείς έρχονται σε επαφή με το παιδί τους σε χαμηλότερη συχνότητα αν όχι καθημερινά, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Γενικά παρατηρούμε πως στη μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, η συχνότητα της καθημερινής επαφής αυξάνεται ελάχιστα, ενώ η πολύ σπάνια/μηδαμινή επαφή φτάνει κατά μέσο όρο μόλις το 2,41%, με τελευταία την Ελλάδα, στην οποία η συχνότητα σε αυτή την κατηγορία είναι 0,51% για γονείς άνω των 50 ετών και 0% για γονείς άνω των 75 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΙΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ (%)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+				ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+			
	Καθημερινά	Πολύ συχνά / Συχνά*	Σπάνια**	Πολύ σπάνια***/ Ποτέ	Καθημερινά	Πολύ συχνά / Συχνά*	Σπάνια**	Πολύ σπάνια***/ Ποτέ
Σουηδία (SE)	34,37%	59,38%	4,99%	1,27%	33,73%	59,53%	5,26%	1,49%
Δανία (DK)	32,40	60,07	6,08	1,45	33,09	56,21	9,81	0,89
Ολλανδία (NL)	35,08	58,91	4,24	1,77	28,44	63,88	6,33	1,36
Βέλγιο (BE)	41,56	51,39	4,24	2,81	39,73	50,36	5,87	4,04
Γερμανία (DE)	36,79	52,01	7,69	3,50	42,01	49,92	5,23	2,83
Γαλλία (FR)	32,03	56,33	8,14	3,49	39,14	50,97	6,66	3,23
Ελβετία (CH)	27,89	58,81	9,61	3,70	26,96	58,39	10,56	4,09
Αυστρία (AT)	41,60	45,63	8,95	3,82	44,94	41,92	9,60	3,55
Ιταλία (IT)	68,02	27,44	1,73	2,81	69,11	28,11	0,81	1,97
Ισπανία (ES)	61,43	32,33	3,73	2,51	60,81	34,00	3,68	1,52
Ελλάδα (GR)	69,47	27,98	2,03	0,51	71,23	25,87	2,91	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	45,29%	46,07%	5,71%	2,94%	48,73%	44,12%	4,74%	2,41%

*Πολύ συχνά/ Συχνά : Μερικές φορές την εβδομάδα/ Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα

**Σπάνια : Περίπου κάθε δυο εβδομάδες/ Περίπου μια φορά το μήνα

***Πολύ σπάνια : Λιγότερο από μια φορά το μήνα ή περισσότερο χρόνο

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

4.2.2 Υγεία

Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται, όχι μόνο φθορά του οργανισμού αλλά και αύξηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα, ιδιαίτερα άνω των 75 ετών, σε δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής (*Τσίμπος, Βερροπούλου, 2009*), γεγονός που οδηγεί και στην αυξημένη ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας. Σε αυτό το μέρος της ανάλυσης, θα παρουσιαστούν πίνακες για κάθε χώρα με την εκτίμηση της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας των ατόμων καθώς και τα ποσοστά των ατόμων που παρουσιάζουν περισσότερες από μια χρόνιες παθήσεις και δυσκολίες σε πρωτεύουσες (ADLs) και δευτερεύουσες (IADLs) καθημερινές δραστηριότητες. Μελετώντας στον πίνακα 4.5 την εκτίμηση της αυτοαναφερόμενης υγείας στο

ευρωπαϊκό δείγμα SHARE, διαπιστώνουμε ότι στις μεσογειακές χώρες αλλά και στη Γερμανία τα άτομα άνω των 75 ετών με ποσοστό άνω του 65% δηλώνουν χαμηλά επίπεδα υγείας ενώ αντίθετα το χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζει η Ελβετία (28,24%). Αντίθετα στο σύνολο του δείγματος το 55,01% δηλώνει ότι έχει καλή υγεία ενώ τη χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία φαίνεται πως έχουν οι Ιταλοί με ποσοστό 51,91% σε όλο το δείγμα.

Το 62,77% των ηλικιωμένων στο δείγμα δηλώνει στο σύνολό του ότι έχει κάποιο μακράς διάρκειας πρόβλημα υγείας, ασθένεια, αναπηρία ή ανικανότητα. Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων 75+ με περισσότερες από 2 χρόνια παθήσεις έχει η Σουηδία (66,63%) και ακολουθούν η Ισπανία (66,61%) και η Ελλάδα (66,58%). Η Ισπανία παρουσιάζει, επίσης, τα υψηλότερα ποσοστά των ηλικιωμένων που δηλώνουν δυσκολία σε πρωτεύουσες (30,21%) και, κυρίως, δευτερεύουσες (49,71%) καθημερινές δραστηριότητες. Παρ'όλα αυτά στο σύνολο του δείγματος ατόμων ηλικίας 50+, την πρώτη θέση πρωτεύοντων δυσκολιών (13,09%) και τη δεύτερη θέση δευτερευόντων καθημερινών δυσκολιών (19,25%) φαίνεται να καταλαμβάνει στον πίνακα το Βέλγιο. Στην Ελλάδα, αν και οι ηλικιωμένοι 75+ με δυσκολίες σε δευτερεύουσες καθημερινές έρχονται στη δεύτερη θέση με ποσοστό 46,69%, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε πρωτεύουσες δραστηριότητες είναι περίπου 2,5 ποσοστιαίες μονάδες κάτω από το μέσο όρο (27,05%), δίνοντάς της την τέταρτη καλύτερη θέση στην συγκεκριμένη κατάταξη του ευρωπαϊκού δείγματος.

Σε εξίσου υψηλά ποσοστά (50,69%) κυμαίνεται το ποσοστό των ερωτηθέντων 50+ και 75+ που αντιμετωπίζουν 3 και περισσότερα προβλήματα στην κίνηση. Οι μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά, με πρώτη την Ισπανία και δεύτερη την Ελλάδα (με 34,03% και 27,61% αντίστοιχα για τα άτομα ηλικίας 50+ και 62,26% και 60,24% αντίστοιχα για τα άτομα ηλικίας 75+). Η Ελβετία, σε όλες τις κατηγορίες κατέχει τα χαμηλότερα ποσοστά, κάτι που γενικά δικαιολογείται, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων εκτιμά ως καλή/πολύ καλή την υγεία του. Τα ίδια χαμηλά επίπεδα ποσοστών της Ελβετίας είναι φανερά και στους πίνακες 4.6, 4.7 και 4.8.

Ανατρέχοντας στην ανάλυση των παραγόντων των επιπέδων υγείας, έτσι όπως αυτό αποτυπώνεται στις αντικειμενικές εκτιμήσεις, αλλά κυρίως στις υποκειμενικές αντιλήψεις για την υγεία, παρατηρούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ατομική οικονομική κατάσταση των ατόμων παίζει καθοριστικό ρόλο στην υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας. Το πρόβλημα των διαφορετικών απαντήσεων έρχονται να λύσουν τα vignettes, χρησιμοποιώντας παραδείγματα υγείας με σκοπό να ανάγουμε την πραγματική υγεία ατόμων διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου αλλά και κοινωνικοοικονομικού στρώματος. Πρέπει επίσης να παρατηρήσουμε πως όσο προχωράμε από τις Βόρειες και Σκανδιναβικές χώρες στις Νότιες, η αυτοαναφερόμενη υγεία βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα, κυρίως λόγω των διαθέσιμων ιατρικών υπηρεσιών αλλά και της δυνατότητας προσπελασιμότητας που έχουν τα άτομα των μεσογειακών χωρών σε αυτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΤΟΜΩΝ 50+ και 75+ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ
ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (%)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	Αυτοαναφερόμενη υγεία ατόμων ηλικίας 50+		Δυσκολία σε πρωτεύουσες καθημερινές δραστηριότητες ατόμων ηλικίας 50+	Δυσκολία σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες ατόμων ηλικίας 50+	2+ χρόνια παθήσεις ατόμων ηλικίας 50+	3+ δυσκολίες στην κίνηση λόγω δύναμης και αντοχής ατόμων ηλικίας 50+
	Καλή/Πολύ καλή	Κακή/Πολύ κακή	1+ ADL	1+ IADL		
Σουηδία (SE)	62,75%	37,25%	10,50%	17,30%	42,72%	19,98%
Δανία (DK)	69,05	30,95	10,50	17,2	43,66	19,16
Ολλανδία (NL)	67,72	32,28	8,67	16,38	35,05	18,88
Βέλγιο (BE)	67,16	32,84	13,09	19,25	47,50	23,36
Γερμανία (DE)	53,28	46,72	10,45	15,28	41,49	24,02
Γαλλία (FR)	60,41	39,09	12,60	17,65	43,31	23,70
Ελβετία (CH)	80,21	19,79	6,88	8,56	27,54	12,71
Αυστρία (AT)	60,60	39,40	9,39	17,45	32,98	23,89
Ιταλία (IT)	48,09	51,91	12,18	15,64	45,26	27,13
Ισπανία (ES)	50,49	49,51	12,88	24,09	49,24	34,03
Ελλάδα (GR)	61,45	38,55	9,14	19,12	41,38	27,61
ΣΥΝΟΛΟ	55,99%	44,01%	11,37%	17,27%	43,06%	25,32%
ΧΩΡΑ	Αυτοαναφερόμενη υγεία ατόμων ηλικίας 75+		Δυσκολία σε πρωτεύουσες καθημερινές δραστηριότητες ατόμων ηλικίας 75+	Δυσκολία σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες ατόμων ηλικίας 75+	2+ χρόνια παθήσεις ατόμων ηλικίας 75+	3+ δυσκολίες στην κίνηση λόγω δύναμης και αντοχής ατόμων ηλικίας 75+
	Καλή/Πολύ καλή	Κακή/Πολύ κακή	1+ ADL	1+ IADL		
Σουηδία (SE)	44,41%	55,59%	25,93%	40,53%	66,63%	42,73%
Δανία (DK)	52,63	47,37	23,33	40,95	65,46	38,19
Ολλανδία (NL)	49,95	50,05	21,87	34,51	51,42	38,51
Βέλγιο (BE)	50,79	49,21	28,66	40,64	63,01	45,17
Γερμανία (DE)	28,94	71,06	25,31	35,75	64,69	51,34
Γαλλία (FR)	39,45	60,55	28,62	42,25	63,58	47,96
Ελβετία (CH)	71,76	28,24	15,66	18,93	42,40	29,14
Αυστρία (AT)	39,81	60,19	21,25	39,75	46,23	45,63
Ιταλία (IT)	28,54	71,46	28,98	40,22	61,16	50,94
Ισπανία (ES)	30,52	69,48	30,21	49,71	66,61	62,26
Ελλάδα (GR)	34,35	65,65	24,87	46,69	66,58	60,24
ΣΥΝΟΛΟ	34,91%	65,09%	27,05%	40,40%	62,77%	50,69%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες: Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται σε άτομα που χρειάζονται βοήθεια για την εκπλήρωση των πρωτευόντων (Activities of Daily Living-ADLs), όπως είναι το ντύσιμο, το μπάνιο, η χρήση τουαλέτας κ.ο.κ. (πίνακας 4.6), δευτερευόντων (Instrumental Activities of Daily Living-IADLs) καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως είναι τα ψώνια, η προετοιμασία γεύματος, λήψη φαρμάκων κ.α. (πίνακας 4.7), αλλά και δυσκολίες σε δευτερεύουσες δραστηριότητες που απαιτούν δύναμη και αντοχή (Mobility) (πίνακας 4.8), λόγω ανικανότητας, αναπηρίας ή ασθένειας αλλά κυρίως λόγω αδυναμίας των ηλικιωμένων (οι ηλικιωμένοι αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που χρειάζονται συνεχή φροντίδα, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και κατά συνέπεια αύξησης του γηραιού πληθυσμού).

Γενικά, σε δειγματοληπτικές έρευνες που σχετίζονται με την υγεία ενός ατόμου, όπως ασχολείται ένα μέρος της έρευνας SHARE, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση της έκτασης της ανάγκης φροντίδας για το κατά πόσον υπάρχει δυσκολία αυτόνομης εκπλήρωσης συγκεκριμένων καθημερινών βασικών και δευτερευόντων καθημερινών δραστηριοτήτων, αφού, δεδομένου του αυξημένου χρόνου ζωής των σημερινών ατόμων, οι δυσκολίες στην εκπλήρωση βασικών δραστηριοτήτων συνεχώς, με το πέρασμα των ετών, θα αυξάνονται. Η φυσική ικανότητα ενός ατόμου, συνήθως, μετράται με τα ADLs και συμβατικά θεωρείται ότι προκύπτει ανάγκη φροντίδας, εάν υπάρχουν 2 και περισσότερα ADLs, ενώ αναπηρίες που ανάγονται σε διανοητικά αίτια, μετρούνται με διαφορετικές ερωτήσεις για τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι η ικανότητα απάντησης τηλεφωνικής κλήσης, η χρήση χάρτη κ.ο.κ. Επίσης, εκτός από δειγματοληπτικές έρευνες, ερωτήσεις αλλά ακόμα και ειδικές δοκιμασίες που μετρούν την έκταση της αναπηρίας, γίνονται και από κρατικούς φορείς με σκοπό να γίνει μια πρώτη εκτίμηση των αναγκών φροντίδας, όπως π.χ. στην Αμερική (βλ. κεφάλαιο 2), όπου ερωτήσεις τέτοιου είδους γίνονται σε όλους τους ασφαλισμένους της Medicare (πρακτικά σε όλα τα άτομα 65+), αλλά και για να παρασχεθούν οι απαιτούμενες υπηρεσίες φροντίδας, όπως στη Γερμανία με σκοπό την επιχορήγηση του Επιδόματος Φροντίδας (Cash Allowance For Care) (βλ. κεφάλαιο 3).

Στον πίνακα 4.6 βλέπουμε τα ποσοστά των ερωτηθέντων ατόμων ηλικίας 50+ και 75+ που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Το ντύσιμο και η σωματική καθαριότητα δυσκολεύουν περισσότερο τα άτομα άνω των 75 ετών, κυρίως στις μεσογειακές χώρες. Ειδικότερα η Ισπανία και η Ιταλία παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στα άτομα που απάντησαν θετικά σε κάποιες από τις βασικές δυσκολίες της καθημερινότητας. Αντίθετα στην Ελλάδα βλέπουμε πως το σύνολο των ερωτηθέντων 50+ και 75+ ετών που αντιμετωπίζουν καθημερινές δυσκολίες, είναι αρκετά μικρότερο σε σχέση με τις άλλες δυο μεσογειακές και με τις περισσότερες βορειότερες χώρες.

Στον πίνακα 4.7 παρουσιάζονται οι δυσκολίες σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες. Η εκτέλεση των εργασιών του σπιτιού και του κήπου, η χρήση χάρτη και τα ψώνια είναι τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα (με ποσοστό άνω του 20%) των ερωτηθέντων ατόμων ηλικίας 75+. Αντίθετα με τον προηγούμενο πίνακα, εκτός από την χρήση χάρτη, σε όλες τις άλλες κατηγορίες δυσκολιών, οι μεσογειακές χώρες δεν παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά, αλλά είναι περίπου ίδια ή και μικρότερα με τις βορειότερες χώρες, και κυρίως τις Σκανδιναβικές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+ ΚΑΙ 75+ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ
ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	Ντύσιμο	Περπάτημα μέσα σε δωμάτιο	Μπάνιο/ Ντους	Λήψη γεύματος	Ξάπλωμα στο κρεβάτι	Χρήση τουαλέτας
Σουηδία (SE)	6,96%	2,68 %	5,58%	2,31%	3,25%	2,44%
Δανία (DK)	6,33	2,25	4,82	1,83	3,63	1,75
Ολλανδία (NL)	4,60	2,77	4,48	1,89	3,29	2,43
Βέλγιο (BE)	7,51	2,26	8,38	1,59	3,31	1,81
Γερμανία (DE)	6,56	2,12	5,58	1,95	3,08	2,19
Γαλλία (FR)	8,79	1,65	6,80	1,62	2,64	1,84
Ελβετία (CH)	5,05	0,11	2,75	0,44	1,51	0,66
Αυστρία (AT)	6,30	1,88	4,24	1,62	3,30	1,94
Ιταλία (IT)	8,68	2,90	7,92	1,45	3,90	2,63
Ισπανία (ES)	9,04	2,93	7,52	2,57	5,03	3,61
Ελλάδα (GR)	5,87	2,15	4,49	1,71	4,04	2,53
ΣΥΝΟΛΟ	7,60%	2,31%	6,46%	1,82%	3,46%	2,38%
ΧΩΡΑ	Ντύσιμο	Περπάτημα μέσα σε δωμάτιο	Μπάνιο/ Ντους	Λήψη γεύματος	Ξάπλωμα στο κρεβάτι	Χρήση τουαλέτας
Σουηδία (SE)	15,79%	9,61 %	18,61%	6,28%	8,31%	7,40%
Δανία (DK)	14,68	8,17	15,60	4,74	7,08	5,20
Ολλανδία (NL)	12,28	10,17	13,91	5,75	8,27	7,16
Βέλγιο (BE)	14,89	6,42	22,28	4,08	8,27	4,05
Γερμανία (DE)	15,50	5,77	16,29	4,03	6,88	4,95
Γαλλία (FR)	18,26	4,94	20,47	4,52	7,45	5,15
Ελβετία (CH)	12,22	0,55	7,01	1,59	2,87	1,14
Αυστρία (AT)	13,99	5,05	13,69	4,76	6,42	5,31
Ιταλία (IT)	20,35	8,87	23,47	3,81	10,03	7,38
Ισπανία (ES)	19,29	9,09	22,10	6,54	12,06	10,31
Ελλάδα (GR)	15,84	7,28	16,14	5,49	10,57	8,90
ΣΥΝΟΛΟ	17,28%	6,99%	19,27%	4,63%	8,54%	6,45%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+ ΚΑΙ 75+ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ
ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (IADL)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	<i>Χρήση χάρτη</i>	<i>Προετοιμασία γεύματος</i>	<i>Ψώνια</i>	<i>Χρήση τηλεφώνου</i>	<i>Λήψη φαρμάκων</i>	<i>Εργασίες σπιτιού/ κήπου</i>	<i>Διαχείριση χρημάτων</i>
Σουηδία (SE)	6,68%	4,38%	6,93%	2,24%	2,75%	11,94%	5,18%
Δανία (DK)	5,98	5,03	7,23	1,71	2,24	12,67	3,49
Ολλανδία (NL)	8,28	4,75	4,80	1,62	1,28	9,45	3,46
Βέλγιο (BE)	8,66	3,70	6,88	2,04	1,48	12,75	4,36
Γερμανία (DE)	6,87	3,95	6,50	1,66	1,84	9,63	3,10
Γαλλία (FR)	9,09	3,62	8,31	2,70	2,49	10,30	4,85
Ελβετία (CH)	4,14	0,91	2,93	0,57	0,63	4,38	1,41
Αυστρία (AT)	9,11	3,66	5,20	1,19	0,85	11,31	4,65
Ιταλία (IT)	11,05	3,63	7,39	2,83	2,77	8,60	5,68
Ισπανία (ES)	17,08	5,61	6,48	4,58	3,81	10,16	6,53
Ελλάδα (GR)	13,73	3,25	4,66	2,61	2,50	8,04	4,79
ΣΥΝΟΛΟ	9,81%	4,02%	6,78%	2,50%	2,38%	9,70%	4,57%
ΧΩΡΑ	<i>Χρήση χάρτη</i>	<i>Προετοιμασία γεύματος</i>	<i>Ψώνια</i>	<i>Χρήση τηλεφώνου</i>	<i>Λήψη φαρμάκων</i>	<i>Εργασίες σπιτιού/ κήπου</i>	<i>Διαχείριση χρημάτων</i>
Σουηδία (SE)	20,24%	15,21%	20,97%	6,78%	10,37%	28,32%	17,29%
Δανία (DK)	15,56	16,15	21,72	5,24	8,18	30,31	12,17
Ολλανδία (NL)	18,55	15,53	15,80	5,48	5,11	25,61	10,55
Βέλγιο (BE)	20,21	10,83	21,14	5,50	4,83	29,75	13,64
Γερμανία (DE)	16,16	11,24	20,72	4,79	5,50	25,78	7,89
Γαλλία (FR)	22,55	11,42	24,49	8,29	8,45	26,80	15,20
Ελβετία (CH)	9,77	3,34	7,77	1,03	2,45	8,43	4,27
Αυστρία (AT)	23,63	12,71	16,60	3,40	2,56	28,38	14,28
Ιταλία (IT)	30,74	10,22	23,68	8,92	8,03	23,78	17,35
Ισπανία (ES)	35,05	16,08	19,50	13,24	11,65	27,38	19,59
Ελλάδα (GR)	33,83	11,73	18,05	10,32	7,49	27,76	17,51
ΣΥΝΟΛΟ	23,95%	12,07%	21,25%	7,71%	7,58%	25,89%	13,92%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Ο πίνακας 4.8 παρουσιάζει τις δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν αντοχή και δύναμη, στις οποίες οι ερωτηθέντες υποβλήθηκαν ή ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Όπως είναι φυσικό, μεγάλο ποσοστό των 75+ ερωτηθέντων αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν δύναμη και αντοχή και χρήζουν βοήθειας από άλλα άτομα, για αυτό το λόγο το συγκεκριμένο είδος ερώτησης απευθύνεται μόνο σε γηραιότερες ηλικιακές ομάδες και για αυτό μελετάται μόνο για τα άτομα άνω των 75 ετών. Το ανέβασμα σκαλοπατιών (πάνω από έναν όροφο) και το σκύψιμο/γονάτισμα εμφανίζονται ως οι πιο σημαντικές που σχετίζονται με την δύναμη και την αντοχή. Σε αυτές τις δυο κατηγορίες, οι μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά, και κυρίως η Ελλάδα, η οποία καταλαμβάνει την 1^η θέση με 74,86% και 62,07% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ
ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ, ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΑΙΤΟΥΝ
ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ (MOBILITY)
(Σε ατομικό επίπεδο)

ΧΩΡΑ	Περπάτημα 100 μ.	Ορθοστασία για 2 ώρες	Σήκωμα από καρέκλα	Ανέβασμα σκαλοπατιών (περισσότερο από έναν όροφο)	Ανέβασμα σκαλοπατιών (μέχρι έναν όροφο)	Σκύψιμο/ γονατισμα	Έκταση χεριών	Σπρώξιμο αντικειμένων	Σήκωμα βάρους 5 κιλών	Σήκωμα νομίσματος
Σουηδία (SE)	20,59%	14,12%	34,10%	47,55%	23,17%	52,70%	12,11%	22,30%	37,96%	8,01%
Δανία (DK)	22,86	11,25	28,28	44,19	27,25	40,97	9,84	21,16	34,30	4,73
Ολλανδία (NL)	25,48	8,10	28,30	44,68	29,79	38,52	12,07	23,82	37,69	5,42
Βέλγιο (BE)	26,33	10,81	27,15	42,24	25,42	50,11	12,60	32,78	39,00	6,89
Γερμανία (DE)	28,21	17,46	40,66	56,44	21,99	57,64	19,52	29,09	27,79	6,14
Γαλλία (FR)	29,00	10,03	27,66	55,53	26,00	50,23	15,51	30,26	39,71	7,09
Ελβετία (CH)	7,45	10,18	24,22	26,63	9,67	38,07	13,59	13,67	26,57	6,19
Αυστρία (AT)	19,03	18,33	32,06	48,69	27,24	42,91	17,20	24,15	39,34	12,36
Ιταλία (IT)	30,81	15,98	30,51	55,14	35,71	55,50	18,28	28,27	44,87	11,88
Ισπανία (ES)	34,95	16,81	42,97	60,28	37,74	58,83	18,35	45,17	50,89	13,76
Ελλάδα (GR)	32,29	15,28	35,30	74,86	42,91	62,07	15,71	38,45	37,17	8,06
ΣΥΝΟΛΟ	28,86%	14,60%	34,45%	54,94%	28,81%	53,11%	17,09%	30,97%	38,56%	8,78%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Από τους τρεις παραπάνω πίνακες παρατηρούμε πως στις μεσογειακές χώρες, τα άτομα άνω των 75+ αντιμετωπίζουν, σε μεγαλύτερο ποσοστό, δυσκολίες σε καθημερινές, βασικές και δευτερεύουσες δραστηριότητες. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω των ποιοτικά και ποσοτικά χαμηλών διαθέσιμων υπηρεσιών ιατρικής και μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και του φτωχότερου βιοτικού επιπέδου. Η αντίθεση είναι ιδιαίτερα εμφανής αν συγκρίνουμε σχεδόν όλα τα ποσοστά των πινάκων με αυτά της Ελβετίας, μιας από τις «πλουσιότερες» χώρες της Ευρώπης, τα οποία είναι εξαιρετικά χαμηλά στις περισσότερες κατηγορίες.

Ένα άλλο μειονέκτημα που παρουσιάζουν οι μεσογειακές αλλά και πολλές χώρες από την κεντρική και τη βόρεια Ευρώπη, είναι η έλλειψη πολιτικών πρόληψης και αποκατάστασης. Η πολιτική έγκαιρης πρόληψης και σύντομης αποκατάστασης φέρνει θετικά αποτελέσματα στο σύνολο της κοινωνίας, αφού επιτρέπει στα άτομα να μείνουν ενεργά και υγιή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμποδίζει την πτώση της παραγωγικότητας και της εργασίας που προκαλείται από συνεχείς αρρώστιες και μειώνει το κόστος φροντίδας που αντιμετωπίζουν τόσο τα άτομα όσο και το ίδιο το κράτος.

4.2.3 Φροντίδα

Εργασία φροντίδας αποτελεί η άμεση διάθεση του χρόνου και ενέργειας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες ενός προσώπου που έχει ανάγκη φροντίδας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια σχέση φροντίδας (Meagher & Nelson, 2004)

Σε αυτή την ενότητα θα ασχοληθούμε με την ανάλυση των υπηρεσιών φροντίδας των ατόμων ηλικίας άνω των 50 και άνω των 75 ετών (Λυμπεράκη, 2009), των ατόμων, δηλαδή, που χρειάζονται αλλά και αυτών που προσφέρουν φροντίδα. Αρχικά, θα επικεντρωθούμε στις υπηρεσίες φροντίδας χωρίς αμοιβή, παρουσιάζοντας

το είδος της άτυπης φροντίδας και τη συχνότητα όσων δέχονται βοήθεια καθώς και εκείνων που προσφέρουν. Στη συνέχεια θα σχολιαστεί το ποσοστό της αμειβόμενης φροντίδας των ηλικιωμένων συναρτήσει κάποιων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Σημείωση 2: Οι πίνακες σε αυτή την ενότητα θα γίνουν σε κατηγορίες χωρών (Σκανδιναβικές χώρες, χώρες της κεντρικής Ευρώπης και χώρες της νότιας Ευρώπης) καθώς και για την Ελλάδα ξεχωριστά. Ο λόγος που γίνεται αυτή η ομαδοποίηση είναι ότι κυρίως σε ερωτήσεις που αφορούν την αμειβόμενη παροχή φροντίδας, τα στοιχεία που έχουμε από κάποιες χώρες είναι πολύ λίγα ή και μηδενικά, είτε γιατί αρνήθηκαν κάποιοι ερωτώμενοι να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση είτε γιατί η συγκεκριμένη ερώτηση δεν τέθηκε ποτέ στους ερευνόμενους κάποιας χώρας.

Άτυπη φροντίδα-Ζήτηση φροντίδας: Στον πίνακα 4.9 παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 50+ και 75+ που δέχονται υπηρεσίες μη αμειβόμενης φροντίδας από άτομα εκτός νοικοκυριού. Όπως φαίνεται στον πίνακα, πάνω από το 25% των ατόμων άνω των 50 ετών και πάνω από 40% των ατόμων άνω των 75 ετών στην Ευρώπη λαμβάνει κάποιο τύπο άτυπης βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού. Η μη αμειβόμενη βοήθεια, είναι εμφανές ότι, αυξάνει με την ηλικία, διαπίστωση που επαληθεύεται και στον πίνακα 4.10. Θεωρείται επίσης ενδιαφέρον ότι η Ελλάδα παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων και στις δυο ηλικιακές ομάδες, από τις άλλες δυο μεσογειακές χώρες, που έλαβαν βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού. Αξίζει να σημειωθεί πως, αν και οι μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά ατόμων που έλαβαν βοήθεια, η συχνότητα λήψης άτυπης βοήθειας είναι μεγαλύτερη στις μεσογειακές χώρες, στις οποίες η λήψη σχεδόν καθημερινής βοήθειας είναι στο 32,48% και 46,13% για τις αντίστοιχες δυο ηλικιακές ομάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ
ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+					ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+				
	Ποσοστό ατόμων που έλαβαν βοήθεια γενικά	Συχνότητα λήψης οποιοδήποτε είδους βοήθειας (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)				Ποσοστό ατόμων που έλαβαν βοήθεια γενικά	Συχνότητα λήψης οποιοδήποτε είδους βοήθειας (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)			
		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο
Σκανδιναβικές χώρες	28,63%	5,74%	21,34%	22,53%	50,39%	41,34%	8,84%	31,01%	30,68%	29,47%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	25,21	17,97	30,30	17,13	34,59	47,01	26,21	38,42	14,39	20,98
Χώρες Νότιας Ευρώπης	18,00	32,48	25,99	15,60	25,94	31,41	46,13	27,60	10,91	15,36
Ελλάδα	23,36	28,41	28,57	18,58	24,44	49,94	42,46	30,27	15,71	11,55
Σύνολο	22,72%	21,45%	28,50%	17,01%	33,04%	40,94%	31,02%	34,97%	14,21%	19,80%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.10
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΕΙΔΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ
ΕΚΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+					ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+				
	Ποσοστό ατόμων που έλαβαν προσωπική βοήθεια	Συχνότητα λήψης προσωπικής βοήθειας (ντύσιμο,μπάνιο,φαγητό κλπ)				Ποσοστό ατόμων που έλαβαν προσωπική βοήθεια	Συχνότητα λήψης προσωπικής βοήθειας (ντύσιμο,μπάνιο,φαγητό κλπ)			
		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο
Σκανδιναβικές χώρες	2,06%	27,52%	31,47%	17,82%	23,20%	4,73%	36,43%	33,71%	20,51%	9,35%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	3,26	66,53	23,22	3,00	7,26	8,37	71,42	24,00	1,92	2,66
Χώρες Νότιας Ευρώπης	4,83	60,92	21,55	5,46	12,07	11,98	68,37	20,28	3,19	8,17
Ελλάδα	4,64	67,22	18,15	8,62	6,01	14,80	72,06	15,54	11,40	1,00
Σύνολο	3,78	62,86	22,65	4,55	9,94	9,53	69,15	22,51	2,96	5,38
Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+					ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+				
	Ποσοστό ατόμων που έλαβαν πρακτική βοήθεια	Συχνότητα λήψης πρακτικής βοήθειας (καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού,ψώνια,μεταφορές κλπ)				Ποσοστό ατόμων που έλαβαν πρακτική βοήθεια	Συχνότητα λήψης πρακτικής βοήθειας (καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού,ψώνια,μεταφορές κλπ)			
		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο
Σκανδιναβικές χώρες	24,90	6,19	22,01	21,46	50,34	33,76	10,38	32,59	25,49	31,55
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	22,04	18,82	31,83	17,09	32,26	41,49	28,16	40,08	14,33	17,43
Χώρες Νότιας Ευρώπης	13,17	38,72	27,85	14,01	19,41	24,03	53,20	28,64	8,99	9,17
Ελλάδα	17,56	33,71	34,54	16,10	15,65	41,28	47,60	33,23	12,61	6,56
Σύνολο	18,92	23,11	30,19	16,58	30,12	34,66	33,73	36,79	13,50	15,99
Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+					ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+				
	Ποσοστό ατόμων που έλαβαν βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις	Συχνότητα λήψης βοήθειας σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (συμπλήρωση αιτήσεων κλπ)				Ποσοστό ατόμων που έλαβαν βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις	Συχνότητα λήψης βοήθειας σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (συμπλήρωση αιτήσεων κλπ)			
		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο		Σχεδόν καθημερινά	Σχεδόν κάθε βδομάδα	Σχεδόν κάθε μήνα	Λίγες φορές το χρόνο
Σκανδιναβικές χώρες	7,97	7,46	31,87	23,63	37,04	19,51	11,46	38,49	33,05	16,99
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	9,77	28,70	32,11	15,41	23,78	24,27	36,60	37,00	11,68	14,72
Χώρες Νότιας Ευρώπης	9,61	34,10	26,04	15,92	23,94	20,68	47,04	27,86	12,20	12,91
Ελλάδα	15,14	28,07	24,75	20,57	26,60	37,24	40,86	25,64	18,66	14,85
Σύνολο	9,62	29,84	29,87	15,93	24,37	22,71	39,05	33,99	12,76	14,21

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Στον πίνακα 4.10 βλέπουμε το ποσοστό ατόμων που έλαβαν προσωπική βοήθεια (ντύσιμο, μπάνιο, φαγητό κλπ), πρακτική βοήθεια (καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού, ψώνια, μεταφορά κλπ) και τη βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (συμπλήρωση αιτήσεων κλπ) αλλά και τη συχνότητα του συγκεκριμένου είδους βοήθειας. Εξετάζοντας τη λήψη του κάθε τύπου φροντίδας χωριστά, παρατηρείται ότι οι χώρες της νότιας Ευρώπης εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό ατόμων που έλαβαν προσωπική βοήθεια σε σχέση με τις Σκανδιναβικές χώρες και τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης. Η συγκεκριμένη διάκριση Βορρά και Νότου στη λήψη μη αμειβόμενης φροντίδας φαίνεται να ισχύει τόσο στο σύνολο των ατόμων 50+ όσο και στο σύνολο των ατόμων 75+. Αντίθετα με τον πίνακα 4.9, αλλά και με τους άλλους δυο τύπους βοήθειας, διαπιστώνουμε ότι, αν και στο σύνολο των μεσογειακών χωρών, υπάρχει υψηλότερο ποσοστό ατόμων που λαμβάνουν προσωπική φροντίδα, η παροχή σχεδόν καθημερινής και εβδομαδιαίας βοήθειας είναι υψηλότερη στα άτομα 50+ και 75+ στις χώρες της κεντρικής Ευρώπης.

Στην περίπτωση λήψης πρακτικής βοήθειας, εμφανίζεται μια διαφορετική εικόνα, αφού το ποσοστό των ατόμων που έλαβαν πρακτική βοήθεια σε καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού, ψώνια ή μεταφορές παρουσιάζεται χαμηλότερο στην ομάδα των χωρών της νότιας Ευρώπης σε σχέση με τις χώρες του Βορρά και της κεντρικής Ευρώπης, διατηρώντας όμως την πρώτη θέση στην καθημερινή λήψη βοήθειας. Η ίδια εικόνα εμφανίζεται και στην περίπτωση λήψης άτυπης βοήθειας σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις, με τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης να διατηρούν την πρώτη θέση στο ποσοστό ατόμων άνω των 50 και των 75 ετών που έλαβαν μη αμειβόμενη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού.

Η γενική διαπίστωση από τους δυο παραπάνω πίνακες είναι ότι, αν και στις μεσογειακές χώρες το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνει άτυπη βοήθεια είναι σχετικά χαμηλότερο από αυτό των υπόλοιπων δυο ομάδων χωρών, η ζητούμενη βοήθεια είναι αρκετά συχνότερη. Αξίζει να σημειωθεί, τέλος, ότι στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων που έλαβαν οποιοδήποτε τύπου βοήθειας αλλά και η συχνότητα της βοήθειας είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, υψηλότερη όχι μόνο από τις μεσογειακές χώρες αλλά και από τις Σκανδιναβικές και αυτές της κεντρικής Ευρώπης, κάτι που αποδεικνύει ακόμα περισσότερο τους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς, τις ποιοτικά και ποσοτικά χαμηλές κρατικές παροχές και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά και το σημαντικό ρόλο που παίζουν ακόμα οι οικογένεια και οι συγγενείς/φίλοι στην παροχή μη αμειβόμενης φροντίδας στην Ελλάδα.

Η εικόνα εκείνων που προσφέρουν βοήθεια-Προσφορά φροντίδας: Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4.11, τα ποσοστά των ατόμων που παρείχαν βοήθεια παρουσιάζουν την ίδια εικόνα με τα ποσοστά εκείνων που λαμβάνουν βοήθεια. Ιδιαίτερα, αν και η παροχή πρακτικής βοήθειας στις νότιες χώρες παρουσιάζει πάλι το χαμηλότερο ποσοστό-12,44%-, εύκολα μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι η συχνότητα παροχής (όπως και στους πίνακες 4.9 και 4.10) θα είναι πολύ μεγαλύτερη στις συγκεκριμένες χώρες.

Επίσης από τον πίνακα 4.11 διαπιστώνουμε πως το πρώτο ρόλο στις υπηρεσίες φροντίδας παίζουν τα παιδιά και στις δυο κατηγορίες βοήθειας. Όσον αφορά την προσωπική φροντίδα, βλέπουμε πως οι μεσογειακές χώρες καθώς και η Ελλάδα, έχουν χαμηλότερο ποσοστό τα παιδιά στην προσωπική φροντίδα απ'ότι στις άλλες δυο ομάδες χωρών, παρ'όλα αυτά οι συγγενείς παίζουν μεγαλύτερο ρόλο στις μεσογειακές χώρες απ'ότι στις υπόλοιπες, ειδικά στην Ελλάδα που το ποσοστό φτάνει

το 43,83%¹⁷. Δεύτερη σε σημασία έρχεται η συμβολή των μη συγγενών στην παροχή πρακτικής βοήθειας, όχι όμως και στις μεσογειακές χώρες, στις οποίες οι συγγενείς καταλαμβάνουν ακόμα τη δεύτερη θέση. Αξίζει να σημειωθεί, ότι στην Ελλάδα το 56,16% των εισροών μη αμειβόμενης πρακτικής βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού προέρχεται από τα παιδιά, το 28,27% από τους συγγενείς και το 15,56% από μη συγγενικά πρόσωπα -ποσοστό χαμηλότερο και από αυτό των άλλων δυο μεσογειακών χωρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ,
ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
-ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ;
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	Παροχή προσωπικής βοήθειας (ντύσιμο φαγητό, μπάνιο) από άτομα εκτός νοικοκυριού				Παροχή πρακτικής βοήθειας (καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού, ψώνια, μεταφορές) από άτομα εκτός νοικοκυριού			
	Παροχή βοήθειας από:				Παροχή βοήθειας από:			
	Ποσοστό ατόμων που παρείχαν προσωπική βοήθεια	Παιδιά	Συγγενείς	Μη συγγενείς	Ποσοστό ατόμων που παρείχαν πρακτική βοήθεια	Παιδιά	Συγγενείς	Μη συγγενείς
Σκανδιναβικές χώρες	5,57%	53,74%	20,68%	25,58%	36,69%	42,60%	19,72%	37,65%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	5,39	54,48	30,12	15,40	25,41	46,46	22,26	31,30
Χώρες Νότιας Ευρώπης	7,57	51,71	35,33	12,95	12,44	46,68	33,70	19,62
Ελλάδα	5,85	48,28	43,83	7,89	13,29	56,16	28,27	15,56
Σύνολο	6,21%	53,14%	32,37%	14,49%	21,18%	46,24%	25,06%	28,69%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Ο πίνακας 4.12 παρουσιάζει κάποια στοιχεία -τα μόνα που υπάρχουν, καθώς στο πρώτο κύμα του SHARE δώθηκε μεγαλύτερη έμφαση στην άτυπη φροντίδα από άτομα εκτός νοικοκυριού- για την παροχή και τη λήψη φροντίδας εντός νοικοκυριού. Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε, όπως είναι φυσικό, πως οι συγγενείς παίζουν τον πρωταγωνιστικό ρόλο στην λήψη γενικής βοήθειας από άτομο εντός νοικοκυριού και δεύτερο ρόλο παίζουν τα παιδιά, τα οποία χρήζουν και λιγότερες ανάγκες βοήθειας. Παρ' όλα αυτά στην Ελλάδα, τα παιδιά λαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό βοήθειας (18,44%), κυρίως σε δουλειές του νοικοκυριού, από τις Σκανδιναβικές χώρες, τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης αλλά και από τις μεσογειακές χώρες. Στις μεσογειακές χώρες είναι, επίσης, υψηλότερο το ποσοστό των ατόμων που παρείχαν βοήθεια σε άτομο εντός νοικοκυριού αλλά και σε μη συγγενικό πρόσωπο που διαμένει στο ίδιο νοικοκυριό. Αντίστοιχα υψηλότερο και κατά πολύ μεγαλύτερο (η διαφορά μεγαλώνει αλματωδώς όσο κατεβαίνουμε από τις βορειότερες στις νοτιότερες χώρες) από τα

¹⁷ Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας SHARE πρέπει να τονίσουμε πως, λόγω των πολυμελών νοικοκυριών και ισχυρών οικογενειακών δεσμών, στις μεσογειακές χώρες πολλές φορές τον ρόλο του φροντιστή αναλαμβάνουν οι σύζυγοι των παιδιών, και όχι πάντα τα ίδια τα παιδιά των ηλικιωμένων, οι οποίοι αναγκαστικά υπάρχουν στην κατηγορία των συγγενών και όχι των παιδιών.

άλλα, είναι το ποσοστό των ατόμων στις μεσογειακές χώρες που έλαβαν προσωπική φροντίδα από τα παιδιά τους, γεγονός που επιβεβαιώνει τον κανόνα των σύνθετων πολυμελών νοικοκυριών στις μεσογειακές χώρες. Σε αντίθεση με τις άλλες δυο μεσογειακές χώρες του δείγματος, η Ελλάδα φαίνεται να ακολουθεί στην συγκεκριμένη κατηγορία τα ποσοστά των χωρών της κεντρικής Ευρώπης και αυτό πιθανώς συμβαίνει γιατί, όπως προαναφέρθηκε, το κύμα αστυφιλίας της περιόδου 1950-1970 ανάγκασε πολλά παιδιά των σημερινών ηλικιωμένων να αφήσουν τα χωριά τους προς αναζήτηση εργασίας στις μεγαλουπόλεις, αλλά και γιατί ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων δεν αναγνωρίζει τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχει σαν μορφή παροχών μακροχρόνιας προσωπικής φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΚΑΙ ΕΛΑΒΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΕΝΤΟΣ
ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
-ΑΠΟ ΠΟΙΟΥΣ ΕΛΑΒΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ;
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	Παροχή βόηθειας (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις) σε άτομο εντός νοικοκυριού				Τακτική λήψη προσωπικής φροντίδας από άτομο εντός νοικοκυριού			
	Ποσοστό ατόμων που παρείχαν οποιοδήποτε τύπου βοήθεια σε άτομο εντός νοικοκυριού	Παροχή βοήθειας σε:			Ποσοστό ατόμων που έλαβαν τακτική προσωπική φροντίδας από άτομο εντός νοικοκυριού	Παροχή βοήθειας από:		
		Παιδιά	Συγγενείς	Μη συγγενείς		Παιδιά	Συγγενείς	Μη συγγενείς
Σκανδιναβικές χώρες	3,96%	17,24%	80,93%	1,83%	7,80%	5,65%	92,37%	1,98%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	6,05	15,36	82,71	1,93	10,64	13,60	84,47	1,93
Χώρες Νότιας Ευρώπης	8,80	16,29	81,34	2,37	15,27	28,39	69,85	1,76
Ελλάδα	5,62	18,44	80,83	0,73	10,72	14,70	84,52	0,78
Σύνολο	7,03%	15,86%	82,00%	2,14%	12,43%	20,86%	77,29%	1,84%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.13
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΙΧΑΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΕΚΤΟΣ
ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ, ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών και Ελλάδα	Ατομα που παρείχαν προσωπική βοήθεια (ντύσιμο φαγητό, μπάνιο)			
	Άνδρες 50+ ετών	Γυναίκες 50+ ετών	Άνδρες 50-64 ετών	Γυναίκες 50-64 ετών
Σκανδιναβικές χώρες	3,27%	7,61%	4,51%	11,96%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	3,42	7,02	4,52	10,78
Χώρες Νότιας Ευρώπης	5,69	9,14	7,79	14,36
Ελλάδα	2,94	8,37	3,88	13,31
Σύνολο	4,28%	7,83%	5,67%	12,13%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Ρόλος της γυναίκας: Αξιοσημείωτη θεωρείται επίσης και η επίδραση του παράγοντα φύλου στην παροχή προσωπικής φροντίδας, όπως αυτή φαίνεται στον πίνακα 4.13. Σε όλες τις ομάδες χωρών το ποσοστό των γυναικών που παρείχαν προσωπική φροντίδα σε άτομα εκτός νοικοκυριού εμφανίζεται υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι η προσφορά των γυναικών ηλικίας 50-64 ετών, ειδικά στις μεσογειακές χώρες, στις οποίες το ποσοστό αυτό φτάνει το 14,36%. Στην Ελλάδα, πάνω από το 13% των γυναικών ηλικίας 50-64 ετών παρείχε προσωπική φροντίδα σε άτομα εκτός νοικοκυριού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες της ίδιας ηλικιακής ομάδας δεν ξεπερνά το 4% (Λυμπεράκη, 2009)

Αμειβόμενη φροντίδα: Η φροντίδα εκτός από την άτυπη μορφή της, έχει και τη μορφή της αμειβόμενης φροντίδας, είτε μακροχρόνιας, είτε όχι, που προσφέρεται από ιδιωτικούς φορείς εντός και εκτός νοικοκυριού. Στον πίνακα¹⁸ που ακολουθεί, παρατηρείται η αμειβόμενη ή η επαγγελματική φροντίδα που προσφέρεται σε άτομα ηλικίας 50+ και 75+. Στην πρώτη στήλη και στις 2 ηλικιακές ομάδες είναι η αμειβόμενη ή επαγγελματική νοσηλευτική ή προσωπική φροντίδα και η κατ'οίκον φροντίδα για δουλειές του σπιτιού, τις οποίες δεν μπορούν να κάνουν λόγω προβλημάτων υγείας. Είναι σαφές, πως τα ποσοστά, και στις τρεις ομάδες χωρών, σχεδόν τριπλασιάζονται καθώς οι ανάγκες προσωπικής και οικιακής φροντίδας αυξάνονται, λόγω φυσικής επιδείνωσης της υγείας των ηλικιωμένων. Η ίδια εικόνα διαπιστώνεται και στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού. Αντίθετα, βλέπουμε πως τα άτομα ηλικίας 50+ προτιμούν περισσότερο, από τους εβδομηνταπεντάρηδες την παροχή υπηρεσιών

¹⁸ Όπως διαπιστώνεται, στους πίνακες 4.14 και 4.15 δεν υπάρχουν τα αποτελέσματα για την Ελλάδα που αφορούν την αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι, γιατί στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν θετικά ή αρνητικά σε αυτή την ερώτηση, είτε επειδή αρνήθηκαν είτε επειδή δεν τους τέθηκε, ήταν μόνο το 0,0028% του δείγματος. Παρ'όλα αυτά, τα ποσοστά της Ελλάδας ενσωματώθηκαν στην ομάδα χωρών της Νότιας Ευρώπης. Χαμηλό είναι επίσης και το ποσοστό των Ελβετών (0,065%) που απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, οι οποίοι εξίσου ενσωματώθηκαν στην ομάδα χωρών της κεντρικής Ευρώπης. Βλ.σημείωση 2

ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί τα άτομα όσο πιο κοντά στα 50 έτη βρίσκονται, είναι ακόμα επαγγελματικά ενεργά, γεγονός που τους δίνει καλύτερη οικονομική ευχέρεια αλλά και λιγότερο διαθέσιμο χρόνο (καθώς η παροχή υπηρεσιών από κρατικούς φορείς είναι πιο χρονοβόρα συγκριτικά με αυτήν που παρέχεται από ιδιώτες). Αυτή η εικόνα, όπως είναι φυσικό μειώνει και το συνολικό ποσοστό των ατόμων 75+ που απευθύνονται σε ιδιωτικούς φορείς για φροντίδα εκτός νοικοκυριού. «Πρωταθλητές» φαίνεται ότι είναι οι Έλληνες στην παροχή υπηρεσιών επαγγελματικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού αφού παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά συγκριτικά, όχι μόνο με το σύνολο των Νότιων χωρών, αλλά και με το σύνολο του δείγματος. Μεγαλύτερο ενδιαφέρον, όσον αφορά την Ελλάδα, έχει επίσης η λήψη αμειβόμενης φροντίδας, η οποία δεν μειώνεται σχεδόν καθόλου στην ηλικιακή ομάδα των 75+ ετών, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων που λαμβάνουν αμειβόμενη φροντίδα ανέρχεται στο 3,28% των ατόμων που έλαβαν φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς.

Η προτίμηση των ατόμων για την άτυπη μορφή φροντίδας από την αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι, είναι επίσης εμφανής και για τις δυο ηλικιακές κατηγορίες, και στον πίνακα 4.15. Ενδιαφέρον βέβαια παρουσιάζουν οι Σκανδιναβικές χώρες, στις οποίες τα ποσοστά των 75+ ατόμων που λαμβάνουν μόνο άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού δεν αυξάνονται, όπως συμβαίνει στις άλλες δυο ομάδες χωρών, αντίθετα παραμένουν σταθερά ενώ σημαντικά υψηλότερη αύξηση παρουσιάζουν η αμειβόμενη φροντίδα και η άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού ή η παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες φροντιστές.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε πως, οι μεσογειακές χώρες, στον πίνακα 4.15, παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά των ατόμων που λαμβάνουν ούτε άτυπες, ούτε τυπικές παροχές φροντίδας. Αυτό κυρίως συμβαίνει, αφενώς γιατί η κατηγορία άτυπης βοήθειας (με αυτή τη μορφή τέθηκε η ερώτηση) αφορά φροντιστές εκτός νοικοκυριού καθώς και τη συχνότητα παροχής φροντίδας (πίνακας 4.9), ενώ στις μεσογειακές χώρες, που οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυρότεροι, τα μικρότερα ή/και υγιέστερα μέλη της οικογένειας ζουν μαζί με τους γηρεότερους (βλ. πίνακα 4.2 και 4.3), τους οποίους και φροντίζουν δωρεάν, αφού υπάρχει η αντίληψη ότι η παροχή αυτών των υπηρεσιών πρέπει να παρέχεται στα πλαίσια της οικογένειας, και αφετέρου γιατί η παροχή φροντίδας στις περισσότερες μεσογειακές χώρες, όπως προαναφέρθηκε και στον σχολιασμό του πίνακα 4.12, δεν θεωρείται σαν ξεχωριστή και ιδιαίτερη προσφορά υπηρεσιών φροντίδας, αλλά σαν μέρος της καθημερινότητας των άτυπων φροντιστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΑΜΕΙΒΟΜΕΝΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΝΤΟΣ
ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+				ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+			
	Αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι*	Παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού**	Παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού***	Φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού (σύνολο)	Αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι*	Παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού**	Παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού***	Φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού (σύνολο)
Σκανδιναβικές χώρες	8,37%	1,24%	14,09%	15,33%	27,97%	3,57%	10,47%	14,04%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	9,20	3,31	10,06	13,37	24,30	8,38	6,33	14,71
Χώρες Νότιας Ευρώπης	5,28	0,81	12,25	13,06	13,64	1,89	8,14	10,03
<i>Ελλάδα</i>	<i>N/A</i>	<i>0,98</i>	<i>19,55</i>	<i>20,53</i>	<i>N/A</i>	<i>3,28</i>	<i>17,21</i>	<i>20,49</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>7,77%</i>	<i>1,75%</i>	<i>11,59%</i>	<i>13,34%</i>	<i>20,62%</i>	<i>4,42%</i>	<i>7,64%</i>	<i>12,06%</i>

*Επαγγελματική ή αμειβόμενη νοσηλευτική ή προσωπική φροντίδα / επαγγελματική ή αμειβόμενη κατ'οίκον φροντίδα για δουλειές του σπιτιού, που αδυνατούν να κάνουν τα άτομα λόγω προβλημάτων υγείας (αφορά τη συστηματική κατ'οίκον φροντίδα)

**Φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ηλικιωμένους/ κατ'οίκον φροντίδα/ αμειβόμενη κατ'οίκον βοήθεια (αφορά την περιστασιακή φροντίδα στο σπίτι)

***Εγχείρηση/φροντίδα από ειδικό ή γενικό γιατρό/ φάρμακα/ οδοντιατρική φροντίδα/ αποκατάσταση ως εξωτερικός ή εσωτερικός ασθενής/ πρόσθετα τεχνητά μέλη και συσκευές

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.15
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ Ή ΔΕΝ ΕΛΑΒΑΝ ΑΤΥΠΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ
ΑΜΕΙΒΟΜΕΝΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΝΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+				ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+			
	Άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού και αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Μόνο άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός σπιτιού	Μόνο αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Ούτε άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, ούτε αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού και αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Μόνο άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός σπιτιού	Μόνο αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Ούτε άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, ούτε αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι
Σκανδιναβικές χώρες	4,84%	23,26%	3,48%	68,42%	16,73%	23,13%	11,10%	49,05%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	4,72	20,52	4,45	70,30	16,24	30,65	8,02	45,09
Χώρες Νότιας Ευρώπης	2,04	15,49	3,23	79,24	5,97	24,16	7,69	62,18
<i>Σύνολο</i>	<i>3,78%</i>	<i>18,88%</i>	<i>3,97%</i>	<i>73,37%</i>	<i>12,54%</i>	<i>27,92%</i>	<i>8,06%</i>	<i>51,49%</i>

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

⇒ *Δείκτες προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας:* Σε αυτό το σημείο, σαν επιμέρους κομμάτι της αμειβόμενης και άτυπης φροντίδας, είναι σημαντικό να δούμε το ποσοστό των ατόμων που αρνούνται να λάβουν υπηρεσίες ιατρικής αλλά ειδικότερα μακροχρόνιας φροντίδας λόγω υψηλού κόστους ή μη διαθεσιμότητας (Μπορμπουδάκη, Αλεγκάκης, Φιλαλήθης, 2009). Αν και το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν σε αυτές τις ερωτήσεις είναι ιδιαίτερα μικρό ή και μηδαμινό σε πολλές χώρες, θεωρώ ότι οι δείκτες προσπελασιμότητας του πίνακα 4.15 μπορούν να δώσουν μια σφαιρική εικόνα για το ποσοστό των ατόμων 50+ που στερούνται φροντίδας λόγω κόστους ή έλλειψης υπηρεσιών.

Όσον αφορά γενικά στις ιδιωτικές υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, βλέπουμε πως οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης στερούνται αυτών, λόγω κόστους κατά μεγαλύτερο ποσοστό από τις άλλες δυο ομάδες χωρών και αυτό γιατί η Ολλανδία και το Βέλγιο παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά μη προσπελασιμότητας λόγω υψηλής δαπάνης σε γενικές ιατρικές υπηρεσίες φροντίδας. Η Ολλανδία και το Βέλγιο παρουσιάζουν εξίσου πολύ υψηλά ποσοστά στέρησης φροντίδας ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας, γεγονός που αυξάνει κατά πολύ το μέσο όρο των χωρών της κεντρικής Ευρώπης που απάντησαν θετικά σε αυτού του είδους ερωτήσεις. Θα πρέπει, βέβαια να επαναλάβουμε για μια ακόμα φορά ότι το ποσοστό των ατόμων του δείγματος SHARE που απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι αρκετά μικρό, είτε γιατί αρνήθηκαν να απαντήσουν είτε γιατί σε πολλές χώρες δεν τέθηκε ο συγκεκριμένος τύπος των ερωτήσεων (γι' αυτό το λόγο η ανάλυση δεν έγινε επιμέρους για άτομα ηλικίας 75+), κάτι που δικαιολογεί και το 0% των ατόμων που απάντησαν θετικά στις Σκανδιναβικές χώρες στη στέρηση φροντίδας σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ηλικιωμένους λόγω μη διαθεσιμότητας.

Συντριπτικά υψηλά και άξια σχολιασμού είναι τα ποσοστά των ατόμων 50+ των μεσογειακών χωρών του δείγματος SHARE που στερούνται κατ'οίκον φροντίδα λόγω κόστους (14,29%) και αμειβόμενη κατ'οίκον βοήθεια λόγω κόστους (22,69%), γεγονός που δηλώνει τη χαμηλότερου επιπέδου οικονομική κατάσταση των πληθυσμών των μεσογειακών χωρών αλλά και την αδυναμία χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών ιατρικής και μακροχρόνιας φροντίδας εξαιτίας των υψηλών δαπανών. Βέβαια, η εικόνα όσων δέχονται βοήθεια, το οικονομικό υπόβαθρο αυτών και των χωρών απ'όπου προέρχονται σε σχέση με την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα θα σχολιαστούν αναλυτικότερα στη συνέχεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.16
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Κατηγορίες χωρών	Στέρηση φροντίδας λόγω κόστους για άτομα ηλικίας 50+				Στέρηση φροντίδας λόγω μη διαθεσιμότητας για άτομα ηλικίας 50+			
	Ποσοστό ατόμων που στερούνται ιατρικής φροντίδας λόγω κόστους	Ποσοστό ατόμων που στερούνται φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ηλικιωμένους λόγω κόστους	Ποσοστό ατόμων που στερούνται κατ'οίκον φροντίδα λόγω κόστους	Ποσοστό ατόμων που στερούνται αμειβόμενη κατ'οίκον βοήθεια λόγω κόστους (αφορά περιστασιακή βοήθεια στο σπίτι)	Ποσοστό ατόμων που στερούνται ιατρικής φροντίδας λόγω μη διαθεσιμότητας	Ποσοστό ατόμων που στερούνται φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ηλικιωμένους λόγω μη διαθεσιμότητας	Ποσοστό ατόμων που στερούνται κατ'οίκον φροντίδα λόγω μη διαθεσιμότητας	Ποσοστό ατόμων που στερούνται αμειβόμενη κατ'οίκον βοήθεια λόγω μη διαθεσιμότητας (αφορά περιστασιακή βοήθεια στο σπίτι)
Σκανδιναβικές χώρες	2,69%	1,09%	2,27%	3,29%	2,89%	0%	3,75%	1,74%
Χώρες Κεντρικής Ευρώπης	5,34	1,86	6,33	9,26	1,72	3,69	4,92	5,63
Χώρες Νότιας Ευρώπης	4,53	2,25	14,29	22,69	3,21	2,90	4,58	4,15
Σύνολο	4,91%	1,97%	8,93%	13,67%	2,32%	3,06%	4,68%	4,64%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

4.2.4 Εισόδημα

Στην συνέχεια της ανάλυσης θα παρουσιαστούν πίνακες που θα εξετάζουν τη σχέση του εισοδήματος με την υγεία, την σύνθεση του νοικοκυριού και τη φροντίδα που λαμβάνουν τα άτομα του δείγματος SHARE, καθώς είναι σημαντικό να δούμε σε ποιο επίπεδο, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι η δυνατότητα πληρωμής των υπηρεσιών και παροχών μακροχρόνιας φροντίδας. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας, όπως έχει προαναφερθεί, αλλά και στη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης άτυπων ή αμειβόμενων υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.17
ΣΥΝΘΕΣΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ, ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Εισοδηματική ομάδα ατόμων του δείγματος	Σύνθεση νοικοκυριού			Αυτοαναφερόμενη υγεία		Δυσκολία σε πρωτεύουσες καθημερινές δραστηριότητες	Δυσκολία σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες	2+ χρόνια παθήσεις
	Ζει μόνος	Ζει ως ζευγάρι	Ζει με την οικογένεια	Καλή/Πολύ καλή	Κακή/Πολύ κακή	1+ ADL	1+ IADL	
1ο τεταρτημόριο (πιο φτωχοί)	31,97%	31,23%	36,79%	45,64%	54,36%	13,56%	21,67%	46,13%
2ο τεταρτημόριο	29,29	44,66	26,05	51,91	48,09	12,33	19,75	47,89
3ο τεταρτημόριο	24,38	49,38	26,24	60,21	39,79	10,14	14,36	42,07
4ο τεταρτημόριο	18,90	55,08	26,02	66,99	33,01	9,29	12,95	35,77
Σύνολο	26,25%	44,87%	28,88%	55,99%	44,01%	11,37%	17,27%	43,06%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Εισοδηματική κατάσταση, σύνθεση νοικοκυριού και υγεία: Στον πίνακα 4.17 αναλύουμε κάποιες προαναφερθείσες κατηγορίες, τώρα όμως βάσει του εισοδήματος, το οποίο διαμορφώνεται βάσει του 25,50 και 75% διαστήματος εμπιστοσύνης για κάθε χώρα. Είναι πολύ σημαντική η διαπίστωση ότι σχεδόν το 32% των ατόμων που ανήκουν στην πιο φτωχή εισοδηματική ομάδα ζει μόνο του, ενώ αντίθετα μόνο το 18,90% από τους πλουσιότερους του δείγματος ζουν μόνοι τους. Όσον αφορά την υγεία, καμία εκπληξη δεν παρουσιάζουν τα ποσοστά του πίνακα καθώς, καλύτερη αυτοαναφερόμενη υγεία έχουν οι πλουσιότερες οικονομικές ομάδες (66,99%) και αντίστοιχα κακή/πολύ κακή υγεία (54,36%), καθώς και μεγαλύτερη δυσκολία σε καθημερινές πρωτεύουσες (13,56%) και δευτερεύουσες (21,67%) δραστηριότητες αλλά και περισσότερες από δυο χρόνια παθήσεις (46,13%) παρουσιάζουν οι ομάδες με το χαμηλότερο ετήσιο εισόδημα.

Εισοδηματική κατάσταση αυτών που λαμβάνουν υπηρεσίες άτυπης και αμειβόμενης μακροχρόνιας φροντίδας: Συνεχίζοντας με τον πίνακα 4.18 που ακολουθεί, διαπιστώνουμε πως το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού εμφανίζεται υψηλότερο στο 1^ο εισοδηματικό τεταρτημόριο, αφού η δυσμενέστερη οικονομική τους κατάσταση «επιβάλλει» τη λήψη μη αμειβόμενης βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού και σταδιακά μειώνεται όσο κινούμαστε στις πλουσιότερες εισοδηματικές ομάδες. Η συγκεκριμένη τάση εμφανίζεται εντονότερα στις Σκανδιναβικές χώρες, στις οποίες οι φτωχότεροι τείνουν να δέχονται μεγαλύτερη άτυπη φροντίδα συγκριτικά με τις άλλες δυο ομάδες χωρών. Σε αντίθεση με την εικόνα που διαπιστώνεται στην λήψη φροντίδας από άτομα εκτός νοικοκυριού στις νότιες χώρες, στις οποίες οι φτωχότεροι δέχονται λιγότερη φροντίδα από άτομα εκτός νοικοκυριού συγκριτικά με τις Σκανδιναβικές και βόρειες χώρες (επαναλαμβάνεται η εικόνα των πινάκων 4.9 και 4.10, όπου μπορεί η λήψη φροντίδας

να εμφανίζεται χαμηλότερη, είναι όμως συχνότερη, στις μεσογειακές χώρες απ'ότι στις άλλες ομάδες χωρών), στην Ελλάδα το ποσοστό ατόμων του 1^{ου} εισοδηματικού τεταρτημορίου που έλαβαν βοήθεια ανέρχεται στο 33,51%, και είναι σχεδόν διπλάσιο με το αντίστοιχο του 4^{ου} τεταρτημορίου.

Στη συνέχεια του πίνακα, παρουσιάζεται το ποσοστό των ατόμων που παρέχει βοήθεια σε άτομα εκτός νοικοκυριού. Είναι εμφανές ότι η εικόνα είναι αντίθετη με το πρώτο μέρος του πίνακα, καθώς οι πλουσιότεροι τείνουν να παρέχουν και μεγαλύτερα ποσοστά φροντίδας, ιδιαίτερα στις νότιες χώρες. Με απλά λόγια, το εισόδημα φαίνεται να επιδρά θετικά στην παροχή φροντίδας, εν αντιθέσει με τη λήψη φροντίδας, στην οποία η επίδραση φαίνεται να είναι μάλλον αρνητική (Λυμπεράκη, 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.18
ΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΤΟΜΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΑΝΑ
ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑ ΧΩΡΩΝ (%)
(Σε ατομικό επίπεδο)

Εισοδηματική ομάδα ατόμων του δείγματος	Λήψη οποιουδήποτε τύπου άτυπης βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)				
	Σκανδιναδικές Χώρες	Χώρες της Κεντρικής Ευρώπης	Χώρες της Νότιας Ευρώπης	Ελλάδα	Όλες οι χώρες
1ο τεταρτημόριο (πιο φτωχοί)	37,70%	28,77%	26,66%	33,51%	28,70%
2ο τεταρτημόριο	24,55	26,74	27,01	28,52	26,69
3ο τεταρτημόριο	20,00	22,17	24,49	21,14	22,71
4ο τεταρτημόριο (πιο πλούσιοι)	17,76	22,32	21,84	16,83	21,90
Εισοδηματική ομάδα ατόμων του δείγματος	Παροχή οποιουδήποτε τύπου άτυπης βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)				
	Σκανδιναδικές Χώρες	Χώρες της Κεντρικής Ευρώπης	Χώρες της Νότιας Ευρώπης	Ελλάδα	Όλες οι χώρες
1ο τεταρτημόριο (πιο φτωχοί)	21,22%	22,45%	18,63%	18,05%	21,38%
2ο τεταρτημόριο	25,76	22,89	20,24	22,36	22,42
3ο τεταρτημόριο	26,05	25,93	24,11	23,39	25,47
4ο τεταρτημόριο (πιο πλούσιοι)	29,97	28,73	37,02	36,19	30,72

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Δεν υπάρχει στο τέλος του πίνακα το συνολικό ποσοστό, καθώς αυτό είναι 100% σε όλες τις κατηγορίες, αφού στον πίνακα αναλύεται σε ποιά εισοδηματική ομάδα ανήκει το ποσοστό εκείνο των ατόμων που έλαβαν κάποιο είδος βοήθειας.

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.19
ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ Ή ΔΕΝ
ΕΛΑΒΑΝ ΑΤΥΠΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΜΕΙΒΟΜΕΝΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΝΤΟΣ
ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ
(Σε ατομικό επίπεδο)

Εισοδηματική ομάδα ατόμων του δείγματος	ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+				ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 75+			
	Άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού και αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Μόνο άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός σπιτιού	Μόνο αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Ούτε άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, ούτε αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού και αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Μόνο άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός σπιτιού	Μόνο αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι	Ούτε άτυπη βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, ούτε αμειβόμενη φροντίδα στο σπίτι
1ο τεταρτημόριο (πιο φτωχοί)	3,64%	21,33%	4,04%	70,99%	9,93%	31,12%	7,39%	51,56%
2ο τεταρτημόριο	4,32	19,80	4,75	71,13	11,95	30,31	7,14	50,60
3ο τεταρτημόριο	3,33	17,50	3,80	75,37	11,38	24,07	9,59	54,96
4ο τεταρτημόριο	3,82	16,69	3,27	76,23	20,25	22,72	8,90	48,13
Σύνολο	3,78%	18,88%	3,97%	73,37%	12,54%	27,92%	8,06%	51,49%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.19, διαπιστώνουμε, όπως ήταν αναμενόμενο, πως όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημά, τα άτομα στρέφονται περισσότερο σε υπηρεσίες άτυπης φροντίδας ή σε συνδυασμό άτυπης και αμειβόμενης φροντίδας (περισσότερο για τα άτομα ηλικίας 75+). Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει ο πίνακας, όπου τα άτομα ηλικίας 75+, τα οποία δεδομένης της δυσχερέστερης κατάστασης της υγείας (έχουν περισσότερη ανάγκη φροντίδας στο σπίτι) τείνουν, όσο καλύτερη οικονομική κατάσταση έχουν, να λαμβάνουν περισσότερες υπηρεσίες άτυπης και αμειβόμενης φροντίδας (20,25% -το ποσοστό σχεδόν εξαπλασιάζεται σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 50+), εν αντιθέσει με τους φτωχότερους που προτιμούν κατά μεγαλύτερο βαθμό μόνο την άτυπη φροντίδα στο σπίτι (31,12%).

4.2.5 Συμπεράσματα πινάκων από την στατιστική έρευνα

Από τους παραπάνω πίνακες μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι:

- Οι μεσογειακές χώρες διατηρούν ακόμη ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς και τον πολυμελή τύπο νοικοκυριού σε αντίθεση με τις βορειότερες χώρες. Τα πολυμελή νοικοκυριά του Νότου, αλλά και η έντονη εγγύτητα και συχνότητα επαφής με το κοντινότερο παιδί, επιβεβαιώνουν την εικόνα αυτή. Η Ελλάδα, όσον αφορά τον πολυμελή τύπο οικογενειακής σύνθεσης, μπορεί να μην ακολουθεί στα ποσοστά, τις άλλες χώρες της Μεσογείου, κυρίως λόγω του κύματος αστυφιλίας της περιόδου 1950-1970, αλλά η πλειοψηφία των Ελλήνων του δείγματος ζει πολύ κοντά με το

κοντινότερο παιδί του, κυρίως τα άτομα κάτω των 75 ετών, αλλά και έχει την συχνότερη επικοινωνία με αυτό.

- Το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ατομική οικονομική κατάσταση των ατόμων παίζει καθοριστικό ρόλο στην υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας. Για αυτό το λόγο, οι μεσογειακές χώρες και πάλι παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά κακής αυτοαναφερόμενης υγείας. Επίσης παρατηρούμε πως στις μεσογειακές χώρες, τα άτομα άνω των 75+ αντιμετωπίζουν, σε μεγαλύτερο ποσοστό, δυσκολίες σε καθημερινές, βασικές και δευτερεύουσες δραστηριότητες, χρόνιες παθήσεις και δυσκολίες στην κίνηση και αντοχή. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω των ποιοτικά και ποσοτικά χαμηλών διαθέσιμων υπηρεσιών ιατρικής και μακροχρόνιας φροντίδας, του φτωχότερου βιωτικού επιπέδου αλλά και της έλλειψης έγκαιρων πολιτικών πρόληψης και αποκατάστασης. Η Ελλάδα και εδώ παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά κακής αυτοαναφερόμενης υγείας και δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι της, τα οποία συγκρινόμενα με εκείνα της Ελβετίας, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κακή ποιοτική και ποσοτική διάθεση των ιατρικών υπηρεσιών αλλά και η δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση των Ελλήνων καταλήγουν σε υψηλότερα ποσοστά κακής υγείας, δυσκολιών σε βασικές και δευτερεύουσες δραστηριότητες, και συνεπώς σε αύξηση της ζήτησης για φροντίδα.
- Η φροντίδα συνεπάγεται την παροχή ορισμένων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα που χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων για τη διεκπεραίωση βασικών αλλά και δευτερευόντων καθημερινών δραστηριοτήτων, κατά τη διάρκεια μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου. Σχέση φροντίδας αναπτύσσεται είτε οι υπηρεσίες αμείβονται είτε όχι, αλλά το κατά πόσο αμείβονται δεν επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της σχέσης φροντίδας. Τα ευρήματα της παραπάνω ανάλυσης δηλώνουν:
 - πως αν και οι μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά ατόμων που έλαβαν βοήθεια από άτομα εκτός νοικοκυριού, η συχνότητα λήψης άτυπης βοήθειας είναι μεγαλύτερη στις μεσογειακές χώρες, στις οποίες η λήψη σχεδόν καθημερινής βοήθειας είναι στο 32,48% και 46,13% για τις αντίστοιχες δυο ηλικιακές ομάδες. Το ποσοστό των Ελλήνων που έλαβαν οποιουδήποτε τύπου βοήθειας αλλά και η συχνότητα της βοήθειας είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, υψηλότερη όχι μόνο από τις μεσογειακές αλλά και από τις χώρες της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης.
 - Η προσφορά βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού στους ηλικιωμένους του δείγματος προσφέρεται κυρίως από την οικογένεια και ειδικότερα από τα παιδιά. Στην Ελλάδα, αν και για τα άτομα ηλικίας 50+ η συνεισφορά παιδιών και συγγενών είναι περίπου 45%, στα άτομα άνω των 75 ετών η υποστήριξη που προσφέρουν τα παιδιά στους γονείς τους ανέρχεται περίπου στο 56%. Η σημασία της άτυπης φροντίδας αλλά και η πολυμελής σύνθεση των νοικοκυριών στις μεσόγειες χώρες του δείγματος, και στην Ελλάδα, είναι επίσης εμφανής στην προσφορά βοήθειας (15,27%), των ερωτηθέντων του δείγματος, στα παιδιά και στους συγγενείς τους.
 - Σημαντική είναι και η επίδραση του παράγοντα φύλου στην παροχή προσωπικής φροντίδας, αφού, όπως προκύπτει από τον πίνακα 4.13, η ευθύνη για τη διασφάλιση της προσωπικής φροντίδας πέφτει πρωτίστως στις γυναίκες. Οι γυναίκες των μεσογειακών χωρών που αναλαμβάνουν την ευθύνη προσωπικής φροντίδας, κυρίως 50-64 ετών, ανέρχονται στο 14,36% και στην Ελλάδα στο 13,31%. Είναι γεγονός πως οι γυναίκες πληρώνουν χειροπιαστό κόστος αναλαμβάνοντας ευθύνες φροντίδας, είτε γιατί κάποιες εγκαταλείπουν τη δυνατότητα άλλης, αμειβόμενης, εργασίας (διαφυγόν

- εισόδημα), είτε γιατί στην αγορά εαν αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν, οι απολαβές τους είναι συγκριτικά χαμηλότερες άλλων εργαζομένων σε άλλες δραστηριότητες με αντίστοιχο επίπεδο δεξιοτήτων, εμπειρίας και προσπάθειας (care penalty) (England & Folbre, 1999).
- Η φροντίδα όμως μπορεί να προσλαμβάνει τη μορφή υπηρεσιών που αγοράζονται, δηλαδή τη μορφή αμειβόμενης εργασίας. Το ποσοστό των ατόμων 50+ της Νότιας Ευρώπης που λαμβάνουν τόσο επαγγελματική φροντίδα στο σπίτι, όσο και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς είναι αρκετά χαμηλότερο από τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και τις Σκανδιναβικές χώρες. Συγκριτικά χαμηλότερο είναι και το ποσοστό ιδιωτικής φροντίδας που «αγοράζουν» οι ηλικιωμένοι 75+ του Νότου.
 - Η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες φροντίδας μπορεί να είναι χαμηλή στο σύνολο των χωρών του δείγματος (3,97% για άτομα ηλικίας 50+ και 8,06% για άτομα ηλικίας 75+), έναντι της άτυπης φροντίδας (18,88% για άτομα ηλικίας 50+ και 27,92% για άτομα ηλικίας 75+) που παρέχεται από άτομα εκτός ή εντός νοικοκυριού, επειδή η ιστορική και κοινωνική εξέλιξη έχει δημιουργήσει μια κληρονομιά απόψεων και αντιλήψεων που θέλουν την παροχή των υπηρεσιών αυτών να γίνεται δωρεάν στο πλαίσιο της οικογένειας (χωρίς να επηρεάζεται από χρηματικά κίνητρα). Αντίθετα, η προσφορά ιδιωτικών υπηρεσιών δεν μπορεί να αυξηθεί, εξαιτίας των χαμηλών αμοιβών για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, αλλά και επειδή υπάρχει έντονος ανταγωνισμός από τη δωρεάν παροχή φροντίδας στο πλαίσιο της οικογένειας.
 - Η διασφάλιση επαρκούς ποσότητας και προσπελασιμότητας των ιδιωτικών και κοινωνικών υπηρεσιών φροντίδας, συνεπάγεται ένα επιπλέον κόστος για την κοινωνία. Κυρίως το ποσοστό των ατόμων των μεσογειακών χωρών που αρνούνται να λάβουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας λόγω κόστους (22,69%), είναι ενδεικτικό, επειδή τελικά φαίνεται ότι κάποια άτομα που έχουν ανάγκη για φροντίδα, είναι οικονομικά ανίσχυρα να μετατρέψουν την ανάγκη τους για υπηρεσίες φροντίδας, σε καταβολή μισθού γι'αυτές τις υπηρεσίες.
- Τέλος, αναφορικά με την επίδραση άλλων παραμέτρων και όπως έχει προαναφερθεί, στην παροχή και λήψη φροντίδας, τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα φαίνεται πως ζουν κυρίως με την οικογένειά τους (36,79%) και εμφανίζουν την περισσότερο επιβαρυνόμενη κατάσταση υγείας (54,36%). Το εισόδημα φαίνεται επίσης να επιδρά θετικά στην παροχή φροντίδας, όπου οι πλουσιότεροι παρέχουν κατά 30,72% υπηρεσίες οποιουδήποτε τύπου άτυπης φροντίδας, σε αντίθεση με τη λήψη φροντίδας, στην οποία η επίδραση φαίνεται να είναι μάλλον αρνητική, τόσο για την Ελλάδα (οι φτωχότεροι λαμβάνουν κατά 33,51% υπηρεσίες άτυπης φροντίδας από άτομα εκτός νοικοκυριού), όσο και για το σύνολο των χωρών (28,70%).

4.3 Γενικά συμπεράσματα- Η μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα βάσει της έρευνας SHARE

Η συνεχώς αυξανόμενη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, είναι μια απειλή που η Ελλάδα πρέπει να την μελετήσει και να την αντιμετωπίσει. Η Ελλάδα είναι από τις πρώτες χώρες που παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά ζήτησης μακροχρόνιας φροντίδας, αφού παρουσιάζει μεγάλο βαθμό ατόμων, ειδικά άνω των 75 ετών, με κακή υγεία, χρόνιες παθήσεις και αυξημένες ανάγκες βοήθειας σε βασικές και δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε πως άτομα με ανάγκες φροντίδας που παρουσιάζουν πάνω από δυο δυσκολίες σε βασικές ή/και δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες ή/και περισσότερες από δυο χρόνιες παθήσεις ή/και περισσότερες από τρεις δυσκολίες στην κίνηση, αντιστοιχούν στο ποσοστό των 49,14% των Ελλήνων άνω των 50 ετών και στο 80,80% άνω των 75 ετών που συμμετείχαν στο δείγμα, γεγονός που δηλώνει ότι η ζήτηση φροντίδας είναι αρκετά αυξημένη όσο περνούν τα χρόνια και οι εν λόγω Έλληνες θα μπορούσαν να αποτελέσουν εν δυνάμει «πελάτες» φροντίδας. Επίσης, παρατηρούμε ότι οι ελληνίδες παρουσιάζουν, συγκριτικά με τους άνδρες, περισσότερες δυσκολίες και ανάγκες φροντίδας.

Πίνακας 4.20: Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο

	<i>Ατομα με περισσότερες από δύο δυσκολίες σε βασικές (ADLs) ή/και δευτερεύουσες (IADLs) ή/και χρόνιες παθήσεις ή/και περισσότερες από τρεις δυσκολίες στην κίνηση λόγω δύναμης ή αντοχής</i>					
	<i>Σύνολο (50+ ετών)</i>	<i>Ηλικιακή ομάδα</i>			<i>Φύλο</i>	
		<i>50-64 ετών</i>	<i>65-74 ετών</i>	<i>75+ ετών</i>	<i>Ανδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>
Ελλάδα	49,14%	30,98%	58,18%	80,80%	39,35%	57,60%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Παρ' όλη, όμως, την αυξημένη ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας του ελληνικού πληθυσμού, έτσι όπως αυτή προκύπτει από το πρώτο κύμα της έρευνας που μελετήθηκε παραπάνω, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ξεχωριστό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, όπως στη Γερμανία που παρουσιάστηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, και οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας προσφέρονται μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης) είναι μικτού τύπου, αφού περιλαμβάνει τόσο άμεση παροχή μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, όσο και κάλυψη της ανάγκης για φροντίδα μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και περιορισμένη υποστήριξη για ανεπίσημη παροχή φροντίδας μέσω, κυρίως, φορολογικών ελαφρύνσεων. Εντούτοις, πρέπει να πούμε ότι, δυστυχώς, στο SHARE, δεν υπήρξε καμία ένδειξη ότι το επίσημο ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας λειτουργεί, ενώ είδαμε πως το μεγαλύτερο μέρος φροντίδας λειτουργεί άτυπα, καθώς και, όπως θα δούμε στη συνέχεια, φροντίδα λαμβάνεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό (22%) από ιδιωτικούς φορείς φροντίδας.

Το είδος των παροχών εξαρτάται από την κατάσταση του ατόμου και το μεγαλύτερο μέρος παροχών μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται στην Ελλάδα από άτυπους φροντιστές (συνήθως από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας). Σύμφωνα με τα στοιχεία του επόμενου πίνακα που προκύπτουν από το πρώτο κύμα του SHARE, στην Ελλάδα, τα άτομα που παρουσιάζουν μια ή και περισσότερες από τις ανάγκες, που αναφέρονται στον προηγούμενο πίνακα, φαίνεται ότι λαμβάνουν ποσοστό οποιουδήποτε τύπου φροντίδας της τάξης 34,09% άτυπης βοήθειας από άτομα εκτός νοικοκυριού. Η εικόνα που σχηματίζεται από τον πίνακα είναι ότι στην Ελλάδα, κυρίως τα άτομα άνω των 75 ετών με δυσκολίες και ανάγκες βοήθειας, τη λαμβάνουν σε ποσοστό σχεδόν του 50%, ιδίως λήψης πρακτικής βοήθειας και βοήθειας σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις, άτυπα από φροντιστές εκτός νοικοκυριού. Είναι αυτονόητο ότι οι ελληνίδες λαμβάνουν περισσότερη άτυπη φροντίδα, αφού και παρουσιάζουν και περισσότερες ανάγκες φροντίδας.

Πίνακας 4.21: Άτυπη φροντίδα-Ζήτηση φροντίδας σε άτομα με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο

Ελλάδα	Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας που έλαβαν οποιοδήποτε τύπου βοήθεια (50+ ετών)	Συχνότητα λήψης οποιοδήποτε είδους βοήθειας (π.χ. προσωπική φροντίδα, πρακτική βοήθεια ή βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις)					Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας που έλαβαν προσωπική βοήθεια (50+ ετών)	Συχνότητα παροχής προσωπικής βοήθειας (ντύσιμο, μπάνιο, φαγητό κλπ)				
		Ηλικιακή ομάδα			Φύλο			Ηλικιακή ομάδα			Φύλο	
		50-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών	Ανδρες	Γυναίκες		50-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών	Ανδρες	Γυναίκες
	34,09%	14,63%	30,43%	56,71%	27,70%	37,87%	7,92%	2,69%	3,36%	17,85%	6,12%	8,89%
Ελλάδα	Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας που έλαβαν πρακτική βοήθεια (50+ ετών)	Συχνότητα παροχής πρακτικής βοήθειας (καθημερινές δουλειές του νοικοκυριού, ψώνια, μεταφορές κλπ)					Ποσοστό ατόμων με ανάγκες φροντίδας που έλαβαν βοήθεια σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (50+ ετών)	Συχνότητα λήψης βοήθειας σε γραφειοκρατικές υποχρεώσεις (συμπλήρωση αιτήσεων κλπ)				
		Ηλικιακή ομάδα			Φύλο			Ηλικιακή ομάδα			Φύλο	
		50-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών	Ανδρες	Γυναίκες		50-64 ετών	65-74 ετών	75+ ετών	Ανδρες	Γυναίκες
	26,80%	11,28%	22,05%	46,78%	20,79%	30,35%	23,75%	5,21%	22,21%	43,15%	17,90%	27,20%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας χωρίζεται στην επίσημη ή επαγγελματική και στην άτυπη παροχή φροντίδας (η πλευρά της προσφοράς). Στην Ελλάδα, η άτυπη φροντίδα κυριαρχεί στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και τον ρόλο των άτυπων ή μη-επαγγελματιών φροντιστών αναλαμβάνουν πρωτίστως τα παιδιά και δευτερευόντως οι συγγενείς, όταν η παροχή φροντίδας παρέχεται άτυπα από άτομα εκτός νοικοκυριού (βλ.πίνακα 4.11). Όταν όμως η παροχή βοήθειας αφορά άτομα εντός νοικοκυριού, είναι αυτονόητο ότι το ρόλο του φροντιστή αναλαμβάνουν πρωτίστως οι συγγενείς (βλ.πίνακα 4.12).

Στην Ελλάδα, η επίσημη παροχή φροντίδας προσφέρεται από αμειβόμενους επαγγελματίες φροντιστές που σχετίζονται με το σύστημα παροχής υπηρεσιών. Στον ιδιωτικό τομέα, το σύστημα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνει κερδοσκοπικές παροχές και υπηρεσίες, όπως οίκοι ευγηρίας, υποβοηθούμενη διαβίωση, υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, άσυλα φροντίδας και αποκαταστάσεως, κέντρα προστασίας

ηλικιωμένων κλπ. Δυστυχώς από τα δεδομένα του δείγματος το σύνολο των Ελλήνων που απάντησαν στην ερώτηση λήψης επαγγελματικής φροντίδας στο σπίτι δεν επαρκεί για την εξαγωγή στατιστικών στοιχείων, αφού είναι εξαιρετικά μικρό (0,0028%-υποσημείωση 18), αλλά για τη λήψη αμειβόμενης φροντίδας εκτός νοικοκυριού, μπορούμε να βγάλουμε ικανοποιητικά συμπεράσματα από τον επόμενο πίνακα. Οι Έλληνες του δείγματος με ανάγκες φροντίδας λαμβάνουν αμειβόμενες υπηρεσίες εκτός νοικοκυριού σε ποσοστό 22,85%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας λαμβάνουν, όπως είναι φυσικό, τα άτομα 75 ετών και άνω. Επίσης, φαίνεται και από τον πίνακα, ότι οι γυναίκες πληρώνουν περισσότερο τόσο για παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (2,15%), όσο και υπηρεσιών ιατρο-φαρμακευτικής φροντίδας (22,30%) από ιδιώτες φροντιστές. Τέλος η διάμεση τιμή των προσωπικών δαπανών (out-of-pocket-money) των Ελλήνων του δείγματος με ανάγκες φροντίδας εκτιμάται στα 375 το χρόνο, ενώ αν και οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης παροχών φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς σε σύγκριση με τους άνδρες, φαίνεται πως πληρώνουν μόνο 90 ευρώ παραπάνω ετησίως, πιθανώς λόγω της μεγαλύτερης λήψης άτυπης φροντίδας από άτομα εκτός νοικοκυριού (πίνακας 4.21)

Πίνακας 4.22: Τυπική φροντίδα-Παροχή αμειβόμενης φροντίδας εκτός νοικοκυριού σε άτομα με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο

Ελλάδα	Άτομα με περισσότερες από δύο δυσκολίες σε βασικές (ADLs) ή/και δευτερεύουσες (IADLs) ή/και χρόνιες παθήσεις ή/και περισσότερες από τρεις δυσκολίες στην κίνηση λόγω δύναμης ή αντοχής	Παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού*	Παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού**	Φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού (σύνολο)	Ποσό που πληρώθηκε το τελευταίο έτος για φροντίδα σε νοσηλευτικά ιδρύματα ηλικιωμένων, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας και για όλες τις κατ'οίκον υπηρεσίες φροντίδας: Διάμεση τιμή
	Σύνολο (50+ ετών)	1,67%	21,18%	22,85%	375
Ηλικιακές ομάδες	50-64 ετών	0,24	27,38	27,62	100
	65-74 ετών	0,74	18,35	19,09	440
	75+ ετών	4,07	18,37	22,44	600
Φύλο	Ανδρες	0,86	19,28	20,66	310
	Γυναίκες	2,15	22,30	24,45	400

*Φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα για ηλικιωμένους/ κατ'οίκον φροντίδα/ αμειβόμενη κατ'οίκον βοήθεια (αφορά την περιστασιακή φροντίδα στο σπίτι)

**Εγγείριση/φροντίδα από ειδικό ή γενικό γιατρό/ φάρμακα/ οδοντιατρική φροντίδα/ αποκατάσταση ως εξωτερικός ή εσωτερικός ασθενής/ πρόσθετα τεχνητά μέλη και συσκευές

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Βέβαια, στον ιδιωτικό τομέα δεν ανήκει μόνο η άμεσα αμειβόμενη παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, την οποία πληρώνουν τα άτομα με προσωπικά τους έξοδα. Στις αμειβόμενες παροχές φροντίδας ανήκει και η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει, ως επί το πλείστον, ποικιλία υπηρεσιών που καλύπτουν την υποβοηθούμενη διαβίωση, όπως η προσωπική ή/και οικιακή βοήθεια, τη νοσηλεία στο σπίτι, την ημερήσια φροντίδα ενηλίκων (adult day

care) ή/και ιατρικές εξετάσεις ή ακόμα και μικρής διάρκειας νοσηλεία (outpatient medical care) σε ιατρικά κέντρα ή νοσοκομεία ή/και ακόμα μια μηνιαία ή ετήσια πρόσοδο για «αγορά» ιδιωτικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Στην Ελλάδα, όπως φαίνεται και από τον επόμενο πίνακα, η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολύ λίγο διαδεδομένη (σχεδόν στο 5% του δείγματος), αφού τα περισσότερα άτομα καλύπτονται από το κοινωνικό σύστημα υγείας και περίθαλψης. Ακόμα και αυτό το 5% των Ελλήνων που συνάπτει ιδιωτική ασφάλιση, αυτή καλύπτει γενική ιατρική φροντίδα και όχι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Πιο διαδεδομένη είναι η σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης που καλύπτει υπηρεσίες προσωπικής ή οικιακής φροντίδας στο σπίτι, έχει συναπτεί κυρίως από άτομα άνω των 75 ετών και φαίνεται πως προτίμηση στην κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας έχουν μόνο οι Ελληνίδες, αν και γενικά διαπιστώνεται από τον πίνακα ότι δίνουν μικρότερη σημασία στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Βέβαια, πρέπει να τονίσουμε πως, επειδή στην Ελλάδα η σύναψη συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας και φροντίδας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα προτίμησης, τα περισσότερα ασφαλιστήρια ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχουν οι ασφαλιστικές εταιρίες στον ελλαδικό χώρο καλύπτουν κυρίως ιατρικές εξετάσεις και επισκέψεις ή/και μικρής διάρκειας νοσηλεία σε ιατρικά κέντρα ή νοσοκομεία ή καλύπτουν μέρος των εξόδων για υπηρεσίες ή συσκευές που βοηθούν στην αυτονομία του ατόμου, όπως είναι ο εξοπλισμός ιατρικών συσκευών (π.χ. αναπηρικά καροτσάκια), η κατασκευή ιατρικού εξοπλισμού στο σπίτι (π.χ. μπάρες υποστήριξης) και η μεταφορά από και προς ιατρεία ή νοσοκομεία.

Πίνακας 4.23: Ποσοστό ατόμων με συμπληρωματική ασφάλιση υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, ανά ηλικιακή ομάδα και ανά φύλο

Ελλάδα		Άτομα με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας	Άτομα με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας		
			Μακροχρόνια φροντίδα σε νοσηλευτικό ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων	Νοσηλεία στο σπίτι	Προσωπική ή/και οικιακή φροντίδα στο σπίτι
	Σύνολο (50+ ετών)	4,98%	0%	0,98%	2,09%
Ηλικιακές ομάδες	50-64 ετών	8,17	0	0	0
	65-74 ετών	2,05	0	0	5,48
	75+ ετών	1,63	0	9,11	9,11
Φύλο	Ανδρες	5,73	0	0	0
	Γυναίκες	4,31	0	1,24	2,66

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Τέλος, στην Ελλάδα πολλές από τις υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας και υποστήριξης δεν προσφέρονται μόνο από τις ιδιωτικές και ασφαλιστικές εταιρίες αλλά και από κρατικούς και μη κερδοσκοπικούς (π.χ. εκκλησία) οργανισμούς. Βέβαια, όπως έχει αναφερθεί, οι Έλληνες δεν έχουν ξεχωριστό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, αλλά λαμβάνουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας μέσα από το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης. Οι παροχές

μακροχρόνιας φροντίδας που προσφέρονται από το ελληνικό κράτος είναι κυρίως η ιδρυματική φροντίδα, η οποία περιλαμβάνει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, ιδρυμάτων και ψυχιατρικών νοσοκομείων και γηροκομείων ή οίκων ευγηρίας. Στην ιδρυματική φροντίδα περιλαμβάνονται και τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αλλά και τα Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες, τα οποία προσφέρουν κυρίως υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρία αντίστοιχα. Κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι παρέχονται κυρίως μέσω του οργανωμένου προγράμματος φροντίδας «Βοήθεια στο σπίτι», ενώ σε κάποιες περιπτώσεις παρέχονται χρηματικά βοηθήματα από ασφαλιστικά ταμεία για την κάλυψη ορισμένων εξόδων όπως π.χ. αποκλειστικής νοσοκόμας για τα εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα.

Δυστυχώς, στο πρώτο κύμα της έρευνας SHARE δεν υπάρχουν στοιχεία από τον ελληνικό πληθυσμό που να υποδεικνύουν ότι χρησιμοποίησαν κοινωνικά προγράμματα υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, όπως είναι π.χ. το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» το οποίο εφαρμόζεται σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, ενώ όσον αφορά την ιδρυματική φροντίδα, το 0,48% των Ελλήνων με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας έμεινε προσωρινά, και μόνο το 0,18% έμεινε μόνιμα, σε νοσηλευτικό ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 4.24: Νοσηλεία σε νοσηλευτικό ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, με ανάγκες φροντίδας στην Ελλάδα

Ελλάδα	<i>Άτομα με περισσότερες από δύο δυσκολίες σε βασικές (ADLs) ή/και δευτερεύουσες (IADLs) ή/και χρόνιες παθήσεις ή/και περισσότερες από τρεις δυσκολίες στην κίνηση λόγω δύναμης ή αντοχής, που νοσηλεύτηκαν τον τελευταίο χρόνο σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα φροντίδας ηλικιωμένων</i>		
<i>Σύνολο (50+ ετών)</i>	Ναι, προσωρινά	Ναι, μόνιμα	Όχι
	0,48%	0,18%	99,34%

Πηγή : Τα δεδομένα προέρχονται από επεξεργασία των στοιχείων του SHARE, Wave 1, release 2.3.0

Τελειώνοντας, σύμφωνα με το SHARE, στην Ελλάδα κανένα άτομο δεν δήλωσε ότι πήρε επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας, είτε αυτό προέρχεται από το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης, είτε από ιδιωτικό συμβόλαιο που καλύπτει πληρωμές για παροχές μακροχρόνιας φροντίδας. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως, από το σύνολο των χωρών του δείγματος, μόνο η Γερμανία και η Αυστρία συμμετείχαν με ποσοστό περίπου 5% έκαστως στη συγκεκριμένη ερώτηση, αφού μόνο σε αυτές τις χώρες, στις οποίες εφαρμόζεται ξεχωριστά το σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας, σύμφωνα με το Γερμανικό μοντέλο Bismarck (βλ. Κεφάλαιο 3), τα άτομα λαμβάνουν επίδομα από ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας (στη Γερμανία η διάμεση τιμή του ετήσιου επιδόματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι 392 ευρώ και αντίστοιχα στην Αυστρία είναι 240 ευρώ).

Συμπερασματικά και βάσει των στοιχείων που μας δίνει το πρώτο κύμα του SHARE, διαπιστώνουμε πως τις περισσότερες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

προσφέρουν άτυπα τα μέλη της οικογένειας, και περισσότερο οι γυναίκες, μια παροχή η οποία είναι έντονα αυξημένη κυρίως λόγω των πολυμελών νοικοκυριών που υπάρχουν ακόμα στην Ελλάδα, των ισχυρών οικογενειακών δεσμών, της συχνής επαφής γονέων-παιδιών αλλά και του υψηλού κόστους παροχής αμειβόμενης επαγγελματικής φροντίδας. Η κρατική υποστήριξη, τουλάχιστον μέχρι την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, είναι σχεδόν μηδενική σε ότι αφορά υπηρεσίες και παροχές μακροχρόνιας φροντίδας, ενώ οι Έλληνες αναγκάζονται να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος των εξόδων για τη φροντίδα τους από προσωπικά τους έξοδα. Τέλος, με άμεσα προσωπικά έξοδα για δαπάνες επαγγελματικής φροντίδας επιβαρύνονται οι Έλληνες, αφού η σύμβαση τόσο ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας όσο και ασφαλιστηρίων συμβολαίων μακροχρόνιας φροντίδας βρίσκεται σε εμβριακό στάδιο, γεγονός που επιβαρύνει τα ασφάλιστρα και κάνει απρόσιτη τη διεξαγωγή «ενισχυμένων» συμβάσεων ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας από την πλευρά της ζήτησης αλλά και της προσφοράς (αβεβαιότητα πιθανοτήτων, αντεπιλογή και ηθικός κίνδυνος-κεφάλαιο 2).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι εξελίξεις στην ιατρική και στην τεχνολογία καθώς και η μείωση των γεννήσεων είναι τα δυο βασικά αίτια της γήρανσης του πληθυσμού, σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα φαινόμενο που απασχολεί κυρίως τις ανεπτυγμένες αλλά και τις ανεπτυσσόμενες χώρες. Μια από τις συνέπειες της πληθυσμιακής γήρανσης είναι και η αύξηση ανάγκης μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων.

Στη χώρα μας, σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΗΕ, ο πληθυσμός μας κάθε χρόνο έως το 2050 θα είναι όλο και λιγότερος αλλά και ηλικιακά μεγαλύτερος. Ο ελληνικός πληθυσμός θα μειώνεται μέσα στα επόμενα χρόνια και αναμένεται να αντιστοιχεί σε λιγότερα από 9 εκατομμύρια το 2050. Παράλληλα η αναλογία των ατόμων ηλικίας 65+ στο σύνολο του πληθυσμού είναι σήμερα περίπου στο 20% και αναμένεται (σύμφωνα με προβλέψεις του ΟΟΣΑ) να φτάσει το 32,5% το 2050. Αυτό σημαίνει πως, ο ελληνικός πληθυσμός γερνάει με γοργούς ρυθμούς έρχοντας όλο και περισσότερο αντιμέτωπος με την αυξανόμενη τάση για μακροχρόνια φροντίδα. Παρ' όλη την αυξανόμενη τάση γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού που παρουσιάζουν τα ευρήματα του ΟΗΕ, η έρευνα SHARE μας δείχνει πως οι ελληνικές οικογένειες κρατούν ακόμα ισχυρούς τους δεσμούς της οικογένειας, καθώς τα παιδιά επιλέγουν να ζουν και να φροντίζουν ακόμα τους γονείς τους. Βέβαια, είναι κατανοητό πως με την συνεχώς συρρικνούμενη δομή της ελληνικής οικογένειας και ακολουθώντας όλο και περισσότερο τα βόρεια-ευρωπαϊκά πρότυπα, αυτό το φαινόμενο θα τείνει να φθίνει, αφού, είτε γιατί με την μείωση των γεννήσεων ανά γυναίκα, είτε γιατί τα παιδιά ανοίγουν νέους ορίζοντες αναζήτησης εργασίας σε άλλες περιοχές ή χώρες, η απόσταση μεταξύ γονεών και παιδιών τείνει να αυξηθεί, δυσχεραίνοντας τις, άλλοτε, στενές οικογενειακές σχέσεις.

Ακόμα, σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας αλλά και της έρευνας SHARE, εύκολα διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας αναλαμβάνεται άτυπα από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Οι επαγγελματικές ή τυπικές παροχές μακροχρόνιας φροντίδας προσφέρονται μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καθώς η Ελλάδα δεν έχει ξεχωριστό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας. Γενικά, οι τυπικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το κράτος, ιδιωτικούς οργανισμούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικούς οργανισμούς κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κρατική παροχή υπηρεσιών φροντίδας διακρίνεται σε δυο περιπτώσεις: στη φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι, κυρίως των ηλικιωμένων και αφορά είτε την οικιακή/προσωπική ή την ιατρική ή ακόμα και την υποστηρικτική (μέσω κάποιου επιδόματος ή επαγγελματικής υποστήριξης) φροντίδα, είτε την ιδρυματική φροντίδα, η οποία παρέχεται σε κρατικό επίπεδο μέσω της κλειστής μακροχρόνιας φροντίδας σε κέντρα αποκατάστασης, θεραπευτήρια ή νοσοκομεία, ή της ιδρυματικής φροντίδας κοινωνικής επανένταξης σε τοπικό-περιφερειακό επίπεδο με τη μορφή των οίκων ευγηρίας, γηροκομείων αλλά και των κέντρων επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ειδικές ανάγκες για άτομα με χρόνια διανοητική αναπηρία.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, επαναλαμβάνοντας ότι επειδή ένα μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται σε άτυπη μορφή από την οικογένεια, οποιαδήποτε προσπάθεια αποτίμησης του κόστους και της χρηματοδότησης των παροχών μακροχρόνιας φροντίδας δεν θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, εάν δεν συμπεριληφθεί και το κόστος της άτυπης φροντίδας. Από την πλευρά της τυπικής φροντίδας, το σύστημα χρηματοδότησης είναι μικτού τύπου, αφού χρηματοδοτείται τόσο από δημόσιους

πόρους μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όσο και από ιδιωτικούς πόρους, οι οποίοι προέρχονται από προσωπικά έξοδα που καλύπτουν δαπάνες παρεχόμενων υπηρεσιών από επαγγελματίες φροντιστές εκτός και εντός νοικοκυριού.

Η έρευνα SHARE αποκάλυψε πως στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό μακροχρόνιας φροντίδας παρέχεται άτυπα, σε σχεδόν καθημερινή βάση, από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και κυρίως από τα παιδιά. Σημαντική είναι και η επίδραση του παράγοντα φύλου στην παροχή προσωπικής φροντίδας, αφού, η ευθύνη για τη διασφάλιση της προσωπικής φροντίδας πέφτει πρωτίστως στις γυναίκες, οι οποίες πληρώνουν χειροπιαστό κόστος αναλαμβάνοντας ευθύνες φροντίδας, γιατί κάποιες εγκαταλείπουν τη δυνατότητα άλλης, αμειβόμενης, εργασίας, ή γιατί στην αγορά, εάν αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν, οι απολαβές τους είναι συγκριτικά χαμηλότερες άλλων εργαζομένων. Από την πλευρά της τυπικής φροντίδας στην Ελλάδα, ενώ κάποιος θα περίμενε πως αφού η άτυπη μορφή μακροχρόνιας φροντίδας είναι τόσο διαδεδομένη, τα ποσοστά των Ελλήνων που θα λάμβαναν φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς εκτός νοικοκυριού θα ήταν χαμηλά, άποψη που έρχεται να διαψεύσει το SHARE, δίνοντας τα ποσοστά περίπου στο 20%. Επίσης, είναι σαφές πως, η παροχή αμειβόμενων υπηρεσιών φροντίδας τείνει να αυξηθεί, αφού δεδομένης της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, της υπογεννητικότητας αλλά και της αναμενόμενης επιδείνωσης των, ακόμα, ισχυρών οικογενειακών σχέσεων, οι ηλικιωμένοι θα αναγκάζονται να ζητούν όλο και περισσότερο επαγγελματικές μορφές φροντίδας.

Η επισκόπηση της διεθνούς πρακτικής στη μακροχρόνια φροντίδα που κατέλαβε μέρος της εργασίας αυτής, καθώς και τα ευρήματα του SHARE, δείχνουν τη σημαντικότητα αλλά και την αναγκαιότητα ενός οργανωμένου συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Η Γερμανία, σε αντίθεση με την Ελλάδα, προσφέρει ήδη με επιτυχία ετών, ειδική κοινωνική ασφάλιση για μακροχρόνια φροντίδα. Το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας της Γερμανίας καλύπτει περίπου το 90% του πληθυσμού που είναι ασφαλισμένο για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ το 9% έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας, η συνεισφορά-χρηματοδότηση γίνεται εξίσου από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο, ενώ υπάρχει και εξίσου συνεισφορά (ατόμου-κράτους) στα έξοδα φροντίδας, μειώνοντας έτσι την επίπτωση της δημογραφίας στα έξοδα. Επίσης, επειδή η γερμανική κοινωνική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας παρέχει υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι, επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας και ιδρυματική φροντίδα, καλύπτει μεγάλο μέρος των αναγκών φροντίδας του ασφαλισμένου και της οικογένειάς του, οδηγεί σε εμπάθυνση και ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος φροντίδας, αναγνώρισε την άτυπη φροντίδα, αξιοποιώντας υπάρχοντες μηχανισμούς, δεν οδήγησε σε αύξηση της γραφειοκρατείας, ενώ η διαβάθμιση υπηρεσιών (αλλά και οι περιορισμοί) τυγχάνουν γενικότερης νομιμοποίησης (*Πλάτων Τήνιος, 2010*). Το ερώτημα βέβαια που εύλογα δημιουργείται είναι αν θα μπορούσε η Ελλάδα να εφαρμόσει ένα τέτοιο σύστημα ασφάλισης σε κρατικό ή ιδιωτικό επίπεδο. Η απάντηση έρχεται να δοθεί έμμεσα από τα αποτελέσματα του SHARE, όπου φαίνεται πως η δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος μακροχρόνιας ασφάλισης πρέπει και μπορεί να λειτουργήσει και στην Ελλάδα, έτσι όπως ακριβώς εφαρμόζεται στη Γερμανία εδώ και 15 περίπου χρόνια. Βέβαια ο σχεδιασμός ενός κρατικού συστήματος μακροχρόνιας ασφάλισης στην Ελλάδα, χρειάζεται μια χρόνια μελέτη, εκτίμηση και διαδικασία των παραγόντων, αλλά και την συνεργασία πολιτών και κράτους με σκοπό τη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία του.

Από την άλλη πλευρά, στον ιδιωτικό τομέα, θεωρώ πως μια ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας που ιωνεί κρατική ασφάλιση επί μακρόν φροντίδας, στην Ελλάδα, είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα. Η ιδιωτική ασφάλιση υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας είναι σχεδόν μηδαμινή στην Ελλάδα, τόσο από την μεριά της προσφοράς, όσο και από τη μεριά της ζήτησης, σύμφωνα με την έρευνα SHARE, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την προσπάθεια δημιουργίας ιδιωτικού συστήματος μακροχρόνιας ασφάλισης (αύξηση ηθικού κινδύνου και αντεπιλογής, δυσκολία τιμολόγησης ασφαλιστρών κ.ο.κ.).

Διαπιστώνουμε, λοιπόν, βάσει των δεδομένων και εν συγκρίσει με όσα συμβαίνουν στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως όμως στην Γερμανία και στην Αυστρία, που ακολουθούν το μοντέλο Bismarck εδώ και πολλά χρόνια, ότι στην Ελλάδα, αν και το φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης είναι οξύ, αδυνατεί να εκπληρώσει επαρκώς το ρόλο της σε ένα καίριο τομέα της κοινωνικής ζωής, αυτόν της βοήθειας, φροντίδας και υποστήριξης των ηλικιωμένων της, με ανάγκες φροντίδας και αυτό συμβαίνει, είτε γιατί λόγω οικονομικών συγκυριών αδυνατεί να εκπληρώσει τους στόχους της, είτε γιατί το κράτος θέτει κάθε φορά διαφορετικές προτεραιότητες.

Ωστόσο, είναι προφανές ότι εντός του 21^{ου} αιώνα, που οι κοινωνίες είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένες σε ότι αφορά την κρατική μέριμνα για τους πολίτες, η Ελλάδα επιβάλλεται να παραδειγματιστεί και να εναρμονιστεί με τις υπόλοιπες, περισσότερο ανεπτυγμένες, χώρες της Ευρώπης. Τα προβλήματα της γήρανσης του πληθυσμού και της αυξανόμενης υπογεννητικότητας των Ελλήνων, προκαλούν σωρεία προβλημάτων όπως είναι η μείωση του ενεργά οικονομικού πληθυσμού και η ταυτόχρονη αύξηση των συνταξιούχων, η μείωση της παραγωγικότητας και της πτώσης των αγορών, λόγω μειωμένης κατανάλωσης και αυξημένης αποταμίευσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας αλλά κυρίως η «ελλατωματική» λειτουργία και η εκτόξευση των εξόδων των συστημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, λόγω αύξησης των αναγκών μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων, και συνταξιοδότησης, δείχνουν όλο και περισσότερο πως η ανάγκη για αναδιάρθρωση, εκμοντερνισμό και μεταρρυθμίσεις του ελληνικού κράτους είναι, αδιαμφισβήτητα, άμεση και απαραίτητη. Η εθνική μας κυβέρνηση, μόνη ή συμπράττουσα με άλλες ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, πρέπει να μεταρρυθμίσει το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης και περίθαλψης, δημιουργώντας ευνοϊκότερους όρους για τους εργαζόμενους και τους συνταξιούχους, να προβεί στη δημιουργία ενός ενιαίου και ξεχωριστού συστήματος ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας και να αναζητήσει, άμεσα, τρόπους ικανοποίησης των αναγκών των ηλικιωμένων, αλλά να εκτιμήσει έμπρακτα την προσφορά των άτυπων φροντιστών αλλά και τη σημαντικότητα των, ποιοτικά υψηλών, υπηρεσιών και παροχών μακροχρόνιας φροντίδας, που έχουν ανάγκη τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

1. AGE Platform Europe, June 2010, “AGE Platform Europe contribution to the consultation on an EU strategy to combat violence against women”, Brussels, (www.age-platform.eu)
2. Arntz Melanie, Sacchetto Ralf, Spermann Alexander, Steffes Susanne, Widmaier Sarah, February 2007, “The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options” , DISCUSSION PAPER SERIES, Institute for the Study of Labor
3. Dr. Suro Robert and Alejandro Garcia, 2009, Immigration: Challenges, Trends, and Impact on the U.S. Labor Force , AARP International
4. European Commission, 2007, Public opinion , “Standard Eurobarometer 67”
5. European Commission, 2008, “Long-term care in the European Union”
6. European Commission, 2008, “Joint report on social protection and social inclusion” , *Social inclusion, pensions, health care and long-term care*
7. European Committee Conference, March 2008, “Protecting the dignity of older persons – the prevention of elder abuse and neglect”, Brussels
8. Ferreira Monica, June 2009, “Protecting older persons against violence, abuse and discrimination”, Seminar on Family Support Networks and Population Ageing Doha, Qatar
9. Gavrilov A. Leonid and Patrick Heuveline, 2003, *Ageing of Population*,.A manuscript of an article in The Encyclopaedia of Population. New York, Macmillan Reference USA
10. Health-EU, The Public Health Portal of the European Union, “Long-term Care”, (http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care)
11. HM Government, 2009, “Shaping the Future of Care Together : Care, Support, Independence”, *Building Britain’s Future*, (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_102732.pdf)
12. Laurance Jeremy, 2002, “Why an ageing population is the greatest threat to society”, (Health Editor), THE INDEPENDENT (UK)
13. Lundsgaard Jens, “Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?” , OECD Health working papers, 2005
14. Moore Harry, *AGING: Concepts and Controversies* , 6th Edition, Basic concepts II : Aging, Health Care and Society, 2009

15. Nelson A. Julie, 2009, *Οικονομικά με ανθρώπινο πρόσωπο*, Εισαγωγή-Επιμέλεια: Αντιγόνη Λυμπεράκη
16. OECD, 2000, “Reports for an Ageing Society”
- 17 OECD, 2004, “Long term care for the older people”,
- 18 OECD report, 2006, “Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?”
19. OECD-50, 2011, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, και OECD-50, 2011, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, Greece
20. OECD.StatExtracts , (<http://stats.oecd.org/Index.aspx>)
21. Pratt R. John, 2004, *Long-Term Care*, Managing Across the Continuum, 2nd Edition
22. Riyoji Kobayashi, “Developing Health and Long-Term Care for a more Aged Society” , Tokyo Metropolitan University of Japan, από το βιβλίο *Family, Market And Community*, 1997
23. SHARE- Survey of Health, Aging and Retirement in Europe, 50+ in Europe, (<http://www.share-project.org/>)
24. *The Economist*, June 2009, “A survey of aging populations: A slow-burning fuse” (www.Economist.com)
25. World Savvy Monitor, 2009, “Replacement Migration and Demographic Concerns”, Human Migration
26. Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, 2007, “Η κατ’ οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας”, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Αθηνών
27. *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία: Τάσεις, Προκλήσεις & Πολιτικές*, Επιμελητές : Ηλ. Κικίλιας, Χ. Μπάγκαβος, Π. Τήνιος, Μ. Χλέτσος, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας, 2001
28. Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, Αθήνα, 2002, “Ερωτηματολόγιο σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα για ηλικιωμένους”, (ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare)
29. *Ζωή 50+*, Επιμέλεια: Αντιγόνη Λυμπεράκη, Πλάτων Τήνιος, Τάσος Φιλαλήθης, Πρόλογος: Axel Boersch-Supan, 2009
30. Επιστημονικό Μάρκετινγκ, 2010, “Η γήρανση του πληθυσμού”, morax εκδόσεις, (<http://www.morax.gr/>). Το απόσπασμα αυτό μεταφέρθηκε στο ελληνικό site: blog:mauripena.blogspot.com

31. *Η Καθημερινή*, 2004, “Για Πάντα Νέοι”, *The Economist*, Ειδικές Εκδόσεις, Τεύχος 5

Η Καθημερινή, 2009, “Τα έθνη των συνταξιούχων”, *The Economist*, Ειδικές Εκδόσεις, Τεύχος 67

32. Κάποιες πληροφορίες για την ιδιωτική ασφάλιση, που προέρχονται από τα ασφαλιστικά «πακέτα» υγείας ή/και φροντίδας ηλικιωμένων που προσφέρουν οι ασφαλιστικές εταιρίες που λειτουργούν στην Ελλάδα, αντλήθηκαν από τα επίσημα sites των ασφαλιστικών εταιρειών INTERAMERICAN, Allianz και Ευρωπαϊκή Πίστη.

33. Καραμάνου Άννα, 2004, “Η πολιτική οικονομία της μεταρρύθμισης του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η Ισότητα των δυο φύλων”, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης

34. Κωτσονόπουλος Λουδοβίκος, 2008, “Αναδιανεμητικά και κεφαλαιοποιητικά ασφαλιστικά συστήματα: Βασικά χαρακτηριστικά και πολιτικές διαστάσεις”, Μαχητό τεκμήριο

35. Μηνακούλη, Τσιακατούρα, Κολίτση, Χρηστάκης, 2005, “Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους”, Ετήσια Έκθεση για την Υγεία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

36. Το ΒΗΜΑ online , 2007 (www.tovima.gr), “Ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών” , Διαπιστώσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη δωρεάν περίθαλψη στην Ελλάδα

37. Τήνιος Πλάτων, 2009-2010, *Γήρανση του πληθυσμού και ασφαλιστική οικονομία*, Σημειώσεις από το μάθημα: Γήρανση του Πληθυσμού και Ασφαλιστική Οικονομία, Ενότητα 5: Μακροχρόνια Φροντίδα

