
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΔΙΑΓΕΝΕΑΚΗ
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ 50 + ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΚΑΛΑΒΡΗΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΔΙΑΓΕΝΕΑΚΗ
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ 50 + ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ**

ΚΑΛΑΒΡΗΣ Δ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1719

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**LONG – TERM CARE: LONGITUDINAL PROFILE
COMPARISON OF PEOPLE AGED 50 OR OLDER IN
GREECE BEFORE AND AFTER THE ECONOMIC
RECESSION**

KALAVRIS D. PANAGIOTIS

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2020

Στην οικογένειά μου,

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αθανάσιο Βοζίκη για την πολύτιμη καθοδήγησή του σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για τη στήριξή τους.

Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας: Διαγενεακή σύγκριση του προφίλ ατόμων 50 + στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση

Σημαντικοί Όροι: Γήρανση, Μακροχρόνια φροντίδα υγείας, Οικονομική κρίση, ADLs, IADLs, Δημόσια κάλυψη, Share 50 +, Αυτοεκτίμηση της υγείας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η γήρανση του πληθυσμού έχει οδηγήσει σε μια αυξανόμενη ανάγκη για Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας (Μ.Φ.Υ.). Τα ηλικιωμένα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας καθότι χρειάζονται βοήθεια με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ερωτήματα εγείρονται ως προς το κατά πόσο τα υφιστάμενα συστήματα ΜΦΥ στην Ευρώπη και ειδικότερα στην Ελλάδα ανταποκρίνονται επαρκώς μέχρι τώρα έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά στο εγγύς μέλλον τη διαφαινόμενη υπερβάλλουσα ζήτηση για την εν λόγω φροντίδα.

Στόχος: Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διαγενεακή σύγκριση του προφίλ των ατόμων ηλικίας 50 + στην Ελλάδα πριν και μετά την οικονομική κρίση σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς, ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες αλλά και παράγοντες της υγείας για πιθανές διακυμάνσεις στη ΜΦΥ. Η παρούσα μελέτη συμβάλει στην ελάχιστη εξερευνημένη περιοχή της σύγκρισης του προφίλ ηλικιωμένων ατόμων ως προς την αυτοεκτίμηση της υγείας τους σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

Μεθοδολογία: Η επίτευξη του ανωτέρου στόχου πραγματοποιήθηκε αντλώντας δεδομένα από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων SHARE 50 +. Ο λόγος της επιλογής του συγκεκριμένου ηλικιακού group είναι ότι άτομα προχωρημένης ηλικίας θεωρούνται από τους κύριους λήπτες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και συνεπώς είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν την εν λόγω φροντίδα μελλοντικά.

Συντελέστηκε στατιστική επεξεργασία, εφαρμόζοντας το στατιστικό πακέτο SPSS, δεδομένων από την έκδοση της βάσης easySHARE v. 7.0.0. Τα χρησιμοποιούμενα δεδομένα αφορούν δείγμα 3387 ατόμων για το έτος 2007 (κύμα 2) αλλά και δείγμα 3061 ατόμων για το έτος 2017 (κύμα 7) στον ελληνικό πληθυσμό. Μελετήθηκε η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών, στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, στις λειτουργικές / δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων και στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων. Επιπρόσθετα, μελετήθηκε η επίδραση δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε ενώ η ηλικία και ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων αυξήθηκαν στο χρονικό διάστημα 2007 - 2017. Η αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων μειώθηκε μέσα στη συγκεκριμένη δεκαετία. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν μικρότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους άνδρες ανεξαρτήτως χρονικής περιόδου. Η ηλικία, ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων και οι δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής έχουν ίδια επίδραση (αρνητική) στην αυτοεκτίμηση της υγείας ανεξαρτήτως χρονικού διαστήματος. Οι δυσκολίες σε λειτουργικές / δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής εκτιμούν μείωση της αυτοεκτίμησης μόνο στη περίοδο μετά την οικονομική κρίση.

Συμπέρασμα: Ηλικιωμένα άτομα (κυρίως 65 +) προβλέπεται να έχουν υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας και να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς τόσο στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής όσο και στις δευτερεύουσες / λειτουργικές καθημερινές δραστηριότητες της ζωής και κατ' επέκταση να αναφέρουν χειρότερα επίπεδα υγείας (κυρίως οι γυναίκες). Η γήρανση του συγκεκριμένου πληθυσμού με τη σειρά της σημαίνει ότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός θα ταυτοποιείται με το προαναφερθέν προφίλ. Επομένως, η ανάγκη και η ζήτηση για ΜΦΥ θα είναι αυξημένη και συνεπακόλουθα πολιτικές υγείας πρέπει να εφαρμοστούν για την προστασία της υγείας του πληθυσμού - στόχου.

Long – Term Care: Longitudinal Profile Comparison of People Aged 50 or Older in Greece before and after the Economic Recession

Keywords: Ageing, Long – term care, Economic crisis, ADLs, IADLs, Public coverage, Share 50 +, Self - perceived health

ABSTRACT

Introduction: Population aging has led to a growing need for Long – Term Care (LTC). Older people absorb most of the long – term care services because they need help with activities of daily living. Questions are being raised about whether existing LTC systems in Europe, and especially in Greece, are adequately responsive so far so that they can effectively address the emerging over - demand for this care in the near future.

Objective: The aim of this thesis is to cross - examine the profile of people aged 50 + in Greece before and after the economic crisis in relation to various socio - economic, demographic, individual / broader factors and health factors for possible fluctuations in LTC. The present study contributes to the least explored area of comparing the profile of older individuals in terms of their self - esteem in times of economic recession.

Methodology: Achieving the above goal was attained by extracting data from the European SHARE 50 + database. The reason for choosing this age group is that older people are considered to be the main recipients of long - term care and are therefore more likely to seek that care in the future. Statistical processing was performed, applying the statistical package SPSS, data from the publication of the easySHARE v base. 7.0.0. The data used concern a sample of 3387 people for the year 2007 (wave 2) but also a sample of 3061 people for the year 2017 (wave 7) in the Greek population. The impact of the economic crisis on the net income of households, Activities of Daily Living (ADLs), Instrumental Activities of Daily Living (IADLs), the number of chronic diseases and the self - perceived of people's health was studied. In addition, the impact of demographic, socioeconomic, and health - related factors on

people's self - esteem has been studied.

Results: The findings show that the net income of households decreased while the age and number of chronic diseases increased over the period 2007 - 2017. People's self - esteem has declined over the past decade. More specifically, women have less self - esteem than men regardless of time period. Age, the number of chronic diseases and the difficulties in ADLs have the same (negative) effect on self - esteem regardless of time. Difficulties in IADLs are estimated to reduce self - esteem only in the post - crisis period.

Conclusion: Older people (mainly 65 +) are predicted to have high levels of comorbidity and face severe limitations in both ADLs and IADLs and consequently report worse health levels (mainly women). The aging of this population in turn means that an increasing number will be identified with the aforementioned profile. Therefore, the need and demand for LTC will be increased and consequently health policies must be implemented to protect the health of the target population.

Κατάλογος Περιεχομένων

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	xxi
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xxv
Συντομογραφίες.....	xxvii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Γήρανση του πληθυσμού στην Ευρώπη

1.1	Εισαγωγή.....	1
1.2	Εννοιολογική προσέγγιση της γήρανσης του πληθυσμού.....	3
1.2.1	Πληθυσμιακή διάρθρωση ανά ηλικιακή ομάδα.....	3
1.3	Αιτίες γήρανσης του πληθυσμού.....	5
1.3.1	Προσδόκιμο ζωής των ατόμων.....	5
1.3.2	Ποσοστά γεννητικότητας.....	8
1.3.3	Εξωτερική μετανάστευση.....	10
1.3.4	Εσωτερική μετανάστευση.....	11
1.4	Επιπτώσεις πληθυσμιακής γήρανσης.....	11
1.4.1	Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων και συνταξιοδοτική δαπάνη.....	11
1.4.1.1	Δείκτης οικονομικής εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων.....	15
1.4.2	Δείκτης προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρία στην ηλικία των 65 +	15
1.4.3	Διάμεση ηλικία του πληθυσμού.....	16
1.4.4	Μακροοικονομικές προεκτάσεις.....	18
1.5	Μελλοντικές τάσεις της πληθυσμιακής γήρανσης στην Ευρώπη.....	18
1.5.1	Πληθυσμιακές προβολές.....	19

1.5.2	Δομή της ηλικιακής πυραμίδας.....	19
1.5.3	Ομάδα ατόμων παραγωγικής ηλικίας.....	19
1.5.4	Πληθυσμός της ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων.....	20
1.6	Προβλέψεις για την Ελλάδα.....	20
1.6.1	Ελληνικός πληθυσμός και προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 +...	21
1.6.2	Δείκτες ηλικιακής πληθυσμιακής σύνθεσης.....	21
1.6.3	Δείκτες εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων.....	22
1.7	Σύνοψη.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Μακροχρόνιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ευρώπη

2.1	Εισαγωγή.....	25
2.2	Εννοιολογική προσέγγιση της ΜΦΥ.....	26
2.3	Λήπτες ΜΦΥ.....	28
2.3.1	Ηλικιωμένα άτομα.....	28
2.3.2	Ενήλικες και παιδιά.....	29
2.4	Μέτρηση της ανάγκης για ΜΦΥ.....	29
2.4.1	Περίπτωση της Γερμανίας.....	31
2.5	Προσφορά ΜΦΥ.....	33
2.5.1	Επίσημοι – Επαγγελματίες φροντιστές.....	33
2.5.2	Άτυποι – Οικογενειακοί φροντιστές.....	34
2.5.3	Εθελοντές φροντιστές.....	35
2.5.4	Μετανάστες.....	36
2.6	Υπηρεσίες ΜΦΥ.....	37
2.7	Χρηματοδότηση της ΜΦΥ.....	40

2.8	Δημόσια κάλυψη των υπηρεσιών ΜΦΥ.....	43
2.8.1	Καθολική κάλυψη με βάση ενιαίο σύστημα.....	45
2.8.1.1	Σύστημα με βάση τη φορολογία.....	45
2.8.1.2	Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.....	46
2.8.1.3	ΜΦΥ ως μέρος του συστήματος υγείας.....	46
2.8.2	Μικτά συστήματα.....	47
2.8.2.1	Παράλληλα συστήματα καθολικής κάλυψης.....	47
2.8.2.2	Συστήματα καθολικής κάλυψης που συνδέονται με το εισόδημα.....	48
2.8.2.3	Συστήματα με μίγμα καθολικής και μη καθολικής κάλυψης.....	49
2.8.3	Συστήματα μη καθολικής κάλυψης.....	50
2.9	Ιδιωτική ασφάλιση ΜΦΥ.....	51
2.9.1	Εμπιστοσύνη στην οικογενειακή αλληλεγγύη.....	51
2.9.2	Το φαινόμενο Crowding - out.....	52
2.9.3	Ανεπαρκή ασφαλιστικά συμβόλαια.....	53
2.9.4	Άρνηση ασφάλισης σε περιπτώσεις υψηλής εξάρτησης.....	54
2.9.5	Υψηλά κόστη ιδιωτικής ασφάλισης.....	54
2.9.6	Άγνοια και μυωπική συμπεριφορά.....	55
2.10	Σύνοψη.....	56
2.10.1	Χωροταξική και θεσμική διάσπαση.....	56
2.10.2	Πρόκριση της φροντίδας στο σπίτι.....	56
2.10.3	Διαδικασία χρηματοδότησης.....	57
2.10.4	Ρόλος της άτυπης φροντίδας.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

3.1	Εισαγωγή.....	59
3.2	Χαρακτηριστικά ΜΦΥ.....	60
3.3	Ζήτηση και Προσφορά ΜΦΥ.....	62
3.3.1	Η πλευρά της ζήτησης.....	62
3.3.2	Η πλευρά της προσφοράς.....	64
3.4	Δημόσια κάλυψη ΜΦΥ.....	66
3.4.1	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης.....	66
3.4.2	Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	67
3.4.3	Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας.....	67
3.4.4	Κοινοτικά Ιδρυματικά Κέντρα.....	68
3.4.5	Ιδιωτικές μονάδες φροντίδας κερδοσκοπικού / μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.....	69
3.4.6	Εθνικό Παρατηρητήριο για την άνοια/αλτσχάμερ.....	70
3.4.7	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	70
3.4.8	Το πρόγραμμα << βοήθεια στο σπίτι >>.....	71
3.5	Πρόσβαση και επάρκεια του συστήματος ΜΦΥ.....	71
3.5.1	Αριθμός κλινών σε εγκαταστάσεις φροντίδας και σε νοσοκομεία.....	72
3.5.2	Εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ΜΦΥ.....	74
3.5.3	Κριτήρια επιλεξιμότητας για παροχή ΜΦΥ.....	75
3.5.4	Επίπεδο ιδιωτικών πληρωμών για υπηρεσίες ΜΦΥ.....	76
3.6	Επίσημη – Ανεπίσημη φροντίδα και ποιότητα των υπηρεσιών.....	77

3.6.1 Υποστήριξη επίσημης φροντίδας.....	77
3.6.2 Υποστήριξη ανεπίσημης φροντίδας.....	78
3.6.3 Η Ποιότητα των υπηρεσιών ΜΦΥ.....	78
3.7 Επιπτώσεις της ΜΦΥ στην αγορά εργασίας των γυναικών.....	79
3.8 Οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος ΜΦΥ.....	80
3.9 Σύνοψη.....	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Μεθοδολογία – Εργαλεία – Υλικό Έρευνας

4.1 Ερευνητικός Στόχος και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	87
4.2 Τα δεδομένα της Έρευνας.....	88
4.3 Μεθοδολογία Στατιστικής Ανάλυσης.....	90
4.4 Το δείγμα της Έρευνας.....	91
4.5 Περιορισμοί της Έρευνας.....	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Αποτελέσματα - Ευρήματα

5.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην ηλικία των ατόμων;	95
5.2 Ερευνητικό Ερώτημα 2: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών;	97
5.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (ADLs);	98
5.4 Ερευνητικό Ερώτημα 4: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (IADLs);..	100
5.5 Ερευνητικό Ερώτημα 5: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων;	102

5.6 Ερευνητικό Ερώτημα 6: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων;.....105

5.7 Ερευνητικό ερώτημα 7: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης / αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας των ατόμων με οικονομικούς (καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών), δημογραφικούς (φύλο και ηλικία των ατόμων) και ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες της υγείας (ADLs, IADLs και αριθμός χρόνιων παθήσεων);.....107

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα.....115

6.2 Συζήτηση.....118

6.3 Προτάσεις μεταρρύθμισης του συστήματος ΜΦΥ.....122

6.4 Προτάσεις για μελλοντική Έρευνα.....125

Βιβλιογραφία.....127

Κατάλογος Πινάκων

1.1:	Πληθυσμιακή διάρθρωση ανά ηλικιακή ομάδα ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού (EU 28)	4
1.2:	Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (σε έτη) για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE.....	6
1.3:	Συνολικό ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα) για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE.....	10
1.4:	Δείκτες της ηλικιακής πληθυσμιακής σύνθεσης (%) για το έτος 2017 για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE...	13
2.1:	ADLs και IADLs.....	30
2.2:	Ζήτηση, προσφορά και χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη.....	41
4.1	Πίνακας διπλής εισόδου για την κατανομή των δύο φύλων στα δύο κύματα της έρευνας.....	92
5.1:	Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου όρου ηλικίας των ατόμων στα δύο κύματα της έρευνας.....	95
5.2:	Αποτελέσματα του ελέγχου T - test για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου όρου ηλικίας των ατόμων στα δύο κύματα της έρευνας.....	96
5.3:	Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στα δύο κύματα της έρευνας	97

5.4:	Αποτελέσματα του ελέγχου T - test για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στα δύο κύματα της έρευνας.....	98
5.5:	Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας.....	99
5.6:	Αποτελέσματα του ελέγχου Mann - Whitney U για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας.....	100
5.7:	Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας.....	101
5.8:	Αποτελέσματα του ελέγχου X^2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής συγκριτικά στα δύο κύματα της έρευνας.....	102
5.9:	Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας.....	103
5.10:	Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της σύγκρισης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας.....	104
5.11:	Αποτελέσματα του ελέγχου Mann - Whitney U για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας.....	104
5.12:	Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων συγκριτικά στα δύο κύματα της έρευνας.....	106

5.13:	Αποτελέσματα του ελέγχου X^2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων συγκριτικά στα δύο κύματα της έρευνας	107
5.14:	Αποτελέσματα παλινδρόμησης (R^2 και $R^2_{ADJUSTED}$) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Model Summary) με τη μέθοδο Stepwise.....	109
5.15:	Αποτελέσματα παλινδρόμησης (Significance Value) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Πίνακας ANOVA) με τη μέθοδο Stepwise.....	110
5.16:	Αποτελέσματα παλινδρόμησης (Coefficients και Colinearity Statistics) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Πίνακας Coefficients) με τη μέθοδο Stepwise.....	111

Κατάλογος Διαγραμμάτων

1.1:	Άτομα ηλικίας 65 + ως ποσοστό των ατόμων παραγωγικής ηλικίας για το έτος 2015 και προβλέψεις για το 2050 στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	2
1.2:	Προσδόκιμο ζωής (σε έτη) σε σχέση με το φύλο για το διάστημα 2002 - 2015.....	7
1.3:	Συνολικός αριθμός γεννήσεων ζώντων τέκνων (EU 28)	8
1.4:	Δείκτης εξάρτησης ατόμων ηλικίας 65 + στην Ευρωζώνη μεταξύ των ετών 1997 - 2017.....	14
1.5:	Διάμεση ηλικία του πληθυσμού (EU 28) μεταξύ των ετών 2007 – 2017.....	17
2.1:	Κρατικές δαπάνες για ΜΦΥ (υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας) ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2014 στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	26
3.1:	Άτομα που ζουν με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις ανά ηλικιακή ομάδα για το έτος 2014 (OECD27)	62
3.2:	Περιορισμοί (κάποιοι ή σοβαροί) σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής σε άτομα ηλικίας 65 + για το έτος 2017 (OECD26)	63
3.3:	Εργαζόμενοι ΜΦΥ ανά 100 άτομα ηλικίας 65 + για τα έτη 2011 - 2016 (OECD28)	65
3.4:	Ποσοστό ατόμων ηλικίας 50 + που ανέφερε ότι παρείχε άτυπη φροντίδα σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση για το έτος 2017 (OECD18)	65
3.5:	Αριθμός κλινών ΜΦΥ σε εγκαταστάσεις φροντίδας ανά 100.000 κατοίκους για τα κράτη – μέλη της Ε.Ε. μεταξύ των ετών 2012 - 2017.....	72
3.6:	Αριθμός κλινών ΜΦΥ σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους για τα κράτη – μέλη της Ε.Ε. μεταξύ των ετών 2012 - 2017.....	73

3.7	Αυτοαναφερόμενη χρήση υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι ως ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 + για το έτος 2014 (EU 28)	75
3.8	Ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών υγείας για το έτος 2017 (OECD31)	76
3.9	Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)	81
3.10	Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο κλειστής φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)	82
3.11	Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο φροντίδας στο σπίτι ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)	82
3.12	Δαπάνες ΜΦΥ υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για το έτος 2016 (EU 28)	83

Συντομογραφίες

ADLs	Activities of Daily Living
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AT	Austria / Αυστρία
BE	Belgium / Βέλγιο
BG	Bulgaria / Βουλγαρία
CAPI	Computer Assisted Personal Interviews
CCRs	Continuing Care Retirement Communities
CY	Cyprus / Κύπρος
CZ	Czech Republic / Τσέχικη Δημοκρατία
DE	Germany / Γερμανία
DK	Denmark / Δανία
E. E.	Ευρωπαϊκή Ένωση
EE	Estonia / Εσθονία
EL	Greece / Ελλάδα
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
ERIC	European Research Infrastructure Consortium
ES	Spain / Ισπανία
FI	Finland / Φινλανδία
FR	France / Γαλλία
HR	Croatia / Κροατία

HRS	Health and Retirement Study
HU	Hungary / Ουγγαρία
IADLs	Instrumental Activities of Daily Living
IE	Ireland / Ιρλανδία
IS	Iceland / Ισλανδία
IT	Italy / Ιταλία
LI	Liechtenstein / Λιχτενστάιν
LT	Lithuania / Λιθουανία
LTC	Long - Term Care
LU	Luxembourg / Λουξεμβούργο
LV	Latvia / Λετονία
MT	Malta / Μάλτα
NL	The Netherlands / Ολλανδία
NO	Norway / Νορβηγία
PL	Poland / Πολωνία
PT	Portugal / Πορτογαλία
RO	Romania / Ρουμανία
SE	Sweden / Σουηδία
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SI	Slovenia / Σλοβενία
SK	Slovakia / Σλοβακία
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TR	Turkey / Τουρκία
UK	United Kingdom / Ηνωμένο Βασίλειο
WHO	World Health Organization
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΙΚ	Εθνικό Ίδρυμα Κωφών
ΕΚΚΑ	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΑΦΚΑ	Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Αναπήρων
ΚΕΑΤ	Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών
ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ	Κέντρο Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες
ΚΕΠΑ	Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΚΗΦΗ	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΜΦΥ	Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΕΚΑ	Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΟΦΗΛΙ	Κέντρα Ολοκληρωμένης Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΠΕΜΦΗ

Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

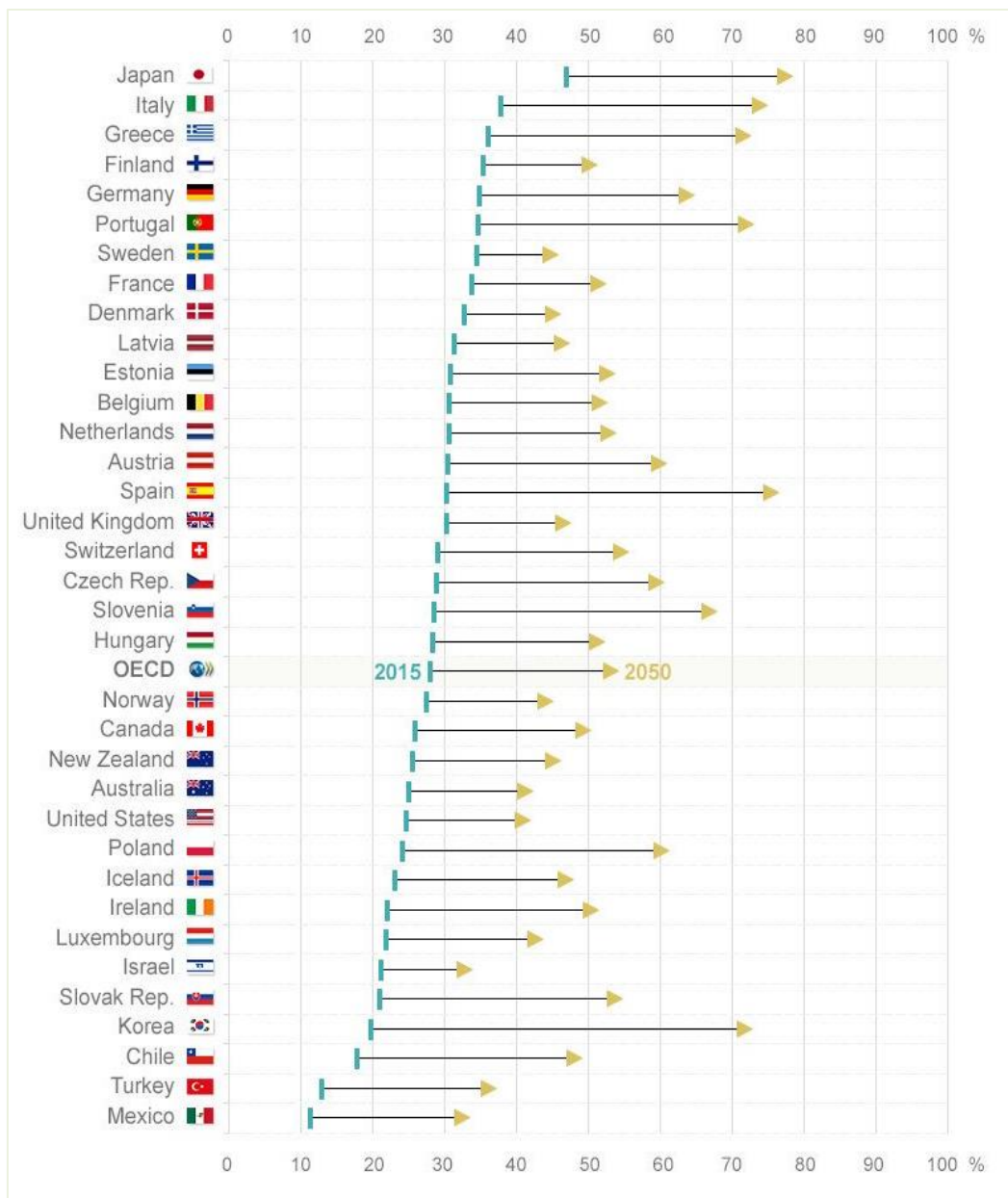
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Γήρανση του Πληθυσμού στην Ευρώπη

1.1 Εισαγωγή

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης άρχισε να αναδύεται στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αυτό το φαινόμενο βρίσκεται όμως στο επίκεντρο των προβληματισμών και των συζητήσεων τα τελευταία 25 χρόνια. Στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, οι κοινωνίες συνειδητοποίησαν προοδευτικά τη μετάβαση από τη βιολογική γήρανση, που είχε ατομικό χαρακτήρα, στη δημογραφική γήρανση. Η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα συλλογικό φαινόμενο που απορρέει από τις ηλικιακές μετατοπίσεις στην πληθυσμιακή διάρθρωση (Feichtinger, Grass & Winkler – Dworak, 2019).

Η προαναφερθείσα συντελούμενη ποιοτική αλλαγή διαφαίνεται στο Διάγραμμα 1.1. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, ως ποσοστό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού αναμένεται να σημειώσει ραγδαία άνοδο το 2050, συγκριτικά με το 2015, στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ. Η γήρανση του πληθυσμού προβλέπεται να είναι πιο έντονη στην Ιαπωνία, στην Κορέα και στον Ευρωπαϊκό Νότο (OECD, 2017a).



Πηγή: OECD (2017)

Διάγραμμα 1.1: Άτομα ηλικίας 65 + ως ποσοστό των ατόμων παραγωγικής ηλικίας για το έτος 2015 και προβλέψεις για το 2050 στις χώρες του ΟΟΣΑ

Ως εκ τούτου, προκύπτει η ανάγκη αναζήτησης τόσο του ορισμού, των αιτιών και των επιπτώσεων της γήρανσης όσο και των μελλοντικών τάσεων του φαινομένου στην Ευρώπη και ειδικότερα στην Ελλάδα.

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση της γήρανσης του πληθυσμού

Η δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση αναφέρεται στη διαρκώς αυξανόμενη αναλογία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο συνολικό πληθυσμό. Η συγκεκριμένη τάση συμπληρώνεται τόσο με την ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των ατόμων που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία (15 έως 64 ετών) όσο και με την ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των ατόμων που βρίσκονται σε παιδική ηλικία (0 έως 14 ετών). Με άλλα λόγια, ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων και η μειωμένη γεννητικότητα οδηγούν σε αύξηση της μέσης ηλικίας και κατ' επέκταση σε γήρανση της σύνθεσης της πληθυσμιακής διάρθρωσης (Leeson, 2017).

Λαμβάνοντας υπόψη τον παραπάνω ορισμό της γήρανσης, διαφαίνεται ότι η γήρανση προκύπτει από την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό και όχι απλά από την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Συνεπώς, η δημογραφική γήρανση δεν πρέπει να ταυτίζεται με την αύξηση του αριθμού των ατόμων προχωρημένης ηλικίας η οποία απορρέει από την παράταση του μέσου χρόνου ζωής και από την αύξηση του πληθυσμού που δεν οδηγεί σε αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού. Επιπλέον, δεν πρέπει να συγχέεται με την τελευταία περίοδο ζωής των ατόμων, δηλαδή τις λειτουργικές και μορφολογικές μεταβολές που συντελούνται στον ανθρώπινο οργανισμό από την επιρροή του χρόνου (Εμκε – Πουλοπούλου, 1983).

1.2.1 Πληθυσμιακή διάρθρωση ανά ηλικιακή ομάδα

Τα υψηλά επίπεδα της πληθυσμιακής γήρανσης επιβεβαιώνονται από τον Πίνακα 1.1. Παρατηρείται ότι τα άτομα νεότερης ηλικίας (0 έως 14 ετών) αντιπροσώπευαν το 15,6% του συνολικού πληθυσμού των κρατών - μελών της Ε.Ε. (EU - 28) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα παραγωγικής ηλικίας (15 έως 64 ετών) ανερχόταν σε

64,9% για το έτος 2017 (Eurostat, 2019f). Συγκριτικά με την προηγούμενη δεκαετία, τα ποσοστά των προαναφερθεισών ηλικιακών ομάδων ήταν σε υψηλότερα επίπεδα (15,9% και 67,1% αντίστοιχα). Σχετικά με την ομάδα ηλικίας 65 ετών και άνω, το ποσοστό στο σύνολο του πληθυσμού ανερχόταν σε 19,4% για το έτος 2017 εν αντιθέσει με την προηγούμενη δεκαετία όπου το αντίστοιχο ποσοστό υπολογιζόταν σε 17,0%. Με άλλα λόγια, τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αντιπροσώπευαν σχεδόν το 1 / 5 του συνολικού πληθυσμού των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το έτος 2017 (Eurostat, 2019f).

Πίνακας 1.1: Πληθυσμιακή διάρθρωση ανά ηλικιακή ομάδα ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού (EU 28)

	0-14 years old		15-64 years old		65 years old or over	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017
EU-28 (*) (*)	15.9	15.6	67.1	64.9	17.0	19.4
Belgium (*)	17.0	17.0	66.0	64.6	17.1	18.5
Bulgaria	13.2	14.1	69.1	65.2	17.6	20.7
Czech Republic	14.4	15.6	71.1	65.7	14.5	18.8
Denmark	18.6	16.7	66.1	64.3	15.3	19.1
Germany (*)	13.9	13.4	66.3	65.4	19.8	21.2
Estonia (*)	14.9	16.2	67.9	64.4	17.3	19.3
Ireland (*)	20.3	21.1	68.9	65.4	10.8	13.5
Greece	14.7	14.4	66.7	64.0	18.6	21.5
Spain	14.6	15.1	68.9	66.0	16.5	19.0
France (*)	18.5	18.3	65.2	62.5	16.3	19.2
Croatia (*)	15.6	14.5	66.7	65.8	17.7	19.6
Italy	14.1	13.5	65.7	64.1	20.1	22.3
Cyprus	18.9	16.3	68.8	68.1	12.4	15.6
Latvia	14.2	15.6	68.4	64.6	17.4	19.9
Lithuania	16.0	14.8	67.3	65.9	16.6	19.3
Luxembourg (*)	18.3	16.2	67.7	69.5	14.0	14.2
Hungary (*)	15.2	14.5	68.9	66.8	15.9	18.7
Malta	16.6	14.1	69.5	67.0	13.9	18.8
Netherlands	18.1	16.3	67.4	65.2	14.5	18.5
Austria	15.6	14.4	67.5	67.1	16.9	18.5
Poland (*)	15.8	15.1	70.8	68.3	13.4	16.5
Portugal	15.7	14.0	66.7	64.9	17.5	21.1
Romania	16.9	15.6	68.4	66.6	14.7	17.8
Slovenia (*)	14.0	14.9	70.1	66.2	15.9	18.9
Slovakia	16.2	15.5	71.8	69.5	12.0	15.0
Finland	17.1	16.2	66.5	62.8	16.5	20.9
Sweden	17.0	17.6	65.6	62.6	17.4	19.8

Πηγή: Eurostat (2019f)

Ειδικότερα, στην Ιταλία και στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού (22,3% και 21,5% αντίστοιχα) για το έτος 2017. Η Ιρλανδία αποτέλεσε τη χώρα με το χαμηλότερο ποσοστό της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας (13,5%) (Eurostat, 2019f).

1.3. Αιτίες γήρανσης του πληθυσμού

Οι κυριότερες αιτίες του φαινομένου της γήρανσης μπορούν να αναζητηθούν στο προσδόκιμο ζωής των ατόμων, στα ποσοστά γεννητικότητας, στην εξωτερική αλλά και στην εσωτερική μετανάστευση. Ακολούθως, αναλύονται τα εν λόγω αίτια για τη διερεύνηση του φαινομένου της γήρανσης.

1.3.1 Προσδόκιμο ζωής των ατόμων

Μια από τις αιτίες που οδηγούν σε αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού πρέπει να αναζητηθεί στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ατόμων. Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και η συνεχής πρόοδος της ιατρικής επιστήμης μέσω της ιατρικής έρευνας και της κλινικής εφαρμογής βελτίωσαν σημαντικά τον καθημερινό τρόπο ζωής των σημερινών ηλικιωμένων ατόμων συγκριτικά με το πρόσφατο παρελθόν. Με αυτόν τον τρόπο, τα σημερινά ηλικιωμένα άτομα διατηρούν την κατάσταση της υγείας τους σε υψηλά επίπεδα και κατ' επέκταση παραμένουν ενεργά μέλη του κοινωνικού γίνεσθαι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με το παρελθόν (Ramachandran, 2011). Στον Πίνακα 1.2 παρατηρείται το προσδόκιμο ζωής των ατόμων ηλικίας 65 ετών για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας Share (Eurostat, 2019a).

Πίνακας 1.2: Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 (σε έτη) για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE

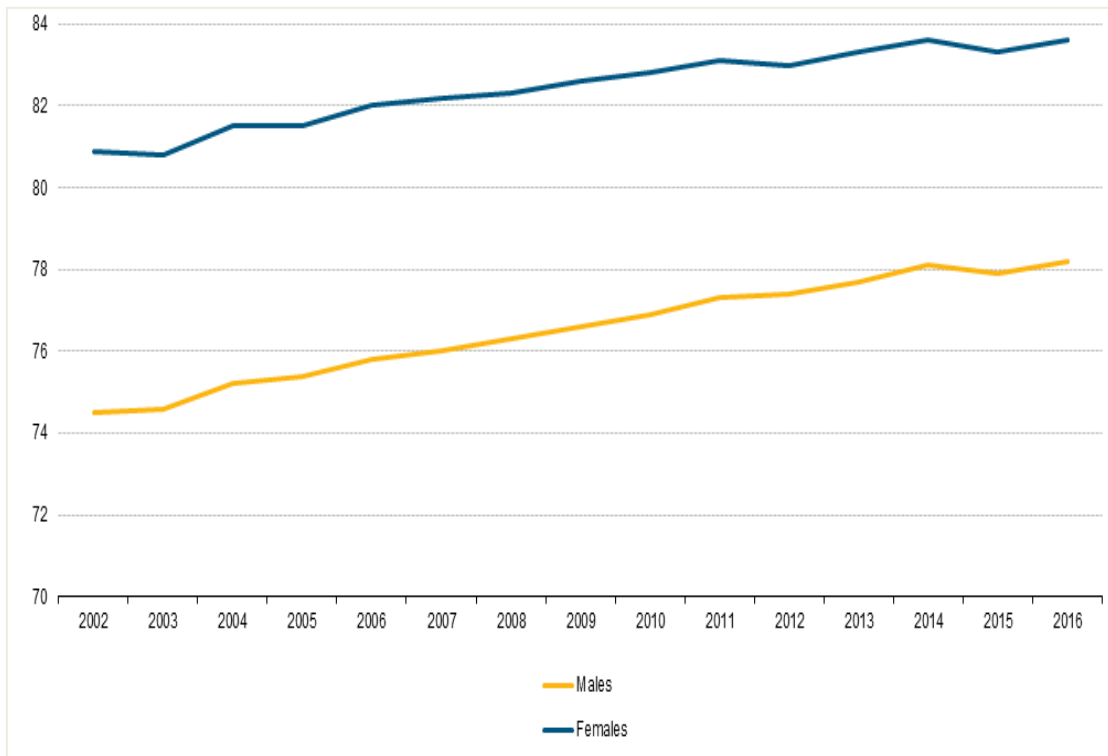
	1980	1990	2000	2010	2014	2015	2016
Eu-28	:	:	:	19,4	20,0	19,7	20,0
Βέλγιο	15,0	16,8	17,8	19,6	20,3	20,0	20,3
Τσέχικη Δημοκρατία	13,0	13,7	15,7	17,4	18,1	17,8	18,3
Δανία	15,7	16,1	16,9	18,4	19,5	19,4	19,5
Γερμανία	14,9	16,3	18,0	19,5	19,9	19,5	19,8
Ιρλανδία	:	15,2	16,4	19,3	19,8	19,8	19,9
Ελλάδα	16,2	17,0	18,0	19,7	20,3	19,9	20,3
Ισπανία	16,4	17,5	18,8	20,9	21,5	21,1	21,6
Γαλλία	:	:	19,3	21,3	22,0	21,6	21,8
Ιταλία	:	17,2	18,9	20,4	21,2	20,6	21,3
Ολλανδία	:	17,0	17,5	19,5	20,1	19,8	19,9
Αυστρία	14,9	16,6	18,1	19,8	20,3	19,8	20,2
Πολωνία	:	14,6	15,8	17,6	18,4	18,2	18,5
Σουηδία	16,3	17,4	18,6	19,8	20,3	20,2	20,4
Ελβετία	16,5	17,7	19,2	20,9	21,3	21,0	21,6

Πηγή: Eurostat (2019a)

Το προσδόκιμο ζωής ακολούθησε σε γενικές γραμμές ανοδική τάση (αύξηση κατά 0,3 έτη σε σχέση με το 2015). Εξαίρεση αποτέλεσε το έτος 2015 όπου παρουσιάστηκε μικρή μείωση. Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε σε όλες τις αναφερόμενες χώρες μεταξύ των ετών 2015 - 2016. Ειδικότερα, στην Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε από 19,9 σε 20,3 έτη (αύξηση κατά 0,4 έτη) (Eurostat, 2019a).

Στη συζήτηση για το προσδόκιμο ζωής, ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας έχει το προσδόκιμο ζωής σε σχέση με το φύλο (Carvalho *et al.*, 2019). Στο Διάγραμμα 1.2 απεικονίζεται το

προσδόκιμο ζωής σε έτη τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στα κράτη - μέλη της Ε.Ε. μεταξύ του διαστήματος 2002 - 2015 (Eurostat, 2018b).



Πηγή: Eurostat (2018b)

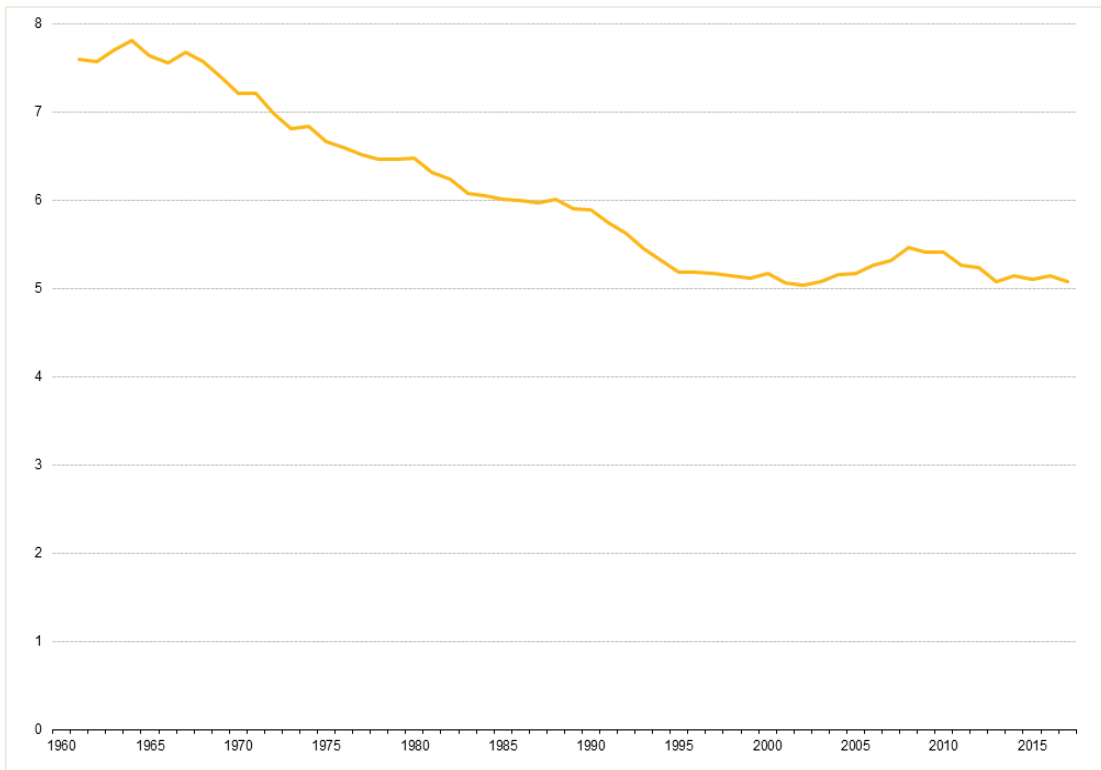
Διάγραμμα 1.2: Προσδόκιμο ζωής (σε έτη) σε σχέση με το φύλο για το διάστημα 2002 - 2015

Το προσδόκιμο ζωής προσέγγισε σχεδόν τα 84 έτη για τις γυναίκες ενώ για τους άνδρες ξεπέρασε τα 78 έτη για το έτος 2016. Παρατηρήθηκε μια αύξηση της τάξεως των 0,3 ετών τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στο διάστημα 2015 - 2016. Παρ' όλα αυτά, σε συνολικό επίπεδο, μεταξύ του διαστήματος 2002 και 2015 η αύξηση για τους άνδρες ξεπέρασε τα 3,5 έτη ενώ για τις γυναίκες ανήλθε πάνω από 2,5 έτη (μεγαλύτερη αύξηση στους άνδρες) (Eurostat, 2018b).

Επιπρόσθετα, παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται αν ληφθεί υπόψη το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 + σε σχέση με το φύλο για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. (Eurostat, 2019e). Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 + σε σχέση με τους άνδρες για το έτος 2017 (18,1 και 21,4 έτη αντίστοιχα). Αντίθετα, η αύξηση για τους άνδρες ανήλθε σε 0,6 έτη ενώ για τις γυναίκες σε 0,4 έτη για το διάστημα 2010 - 2017. Η Ελλάδα βρισκόταν στον ευρωπαϊκό μέσο όρο όσον αφορά την αύξηση των προσδοκώμενων ετών ζωής τόσο για τους άνδρες (από 18,2 έτη το 2010 σε 18,6 έτη το 2017) όσο και για τις γυναίκες (από 21 έτη το 2010 σε 21,4 έτη το 2017) (Eurostat, 2019e).

1.3.2 Ποσοστά γεννητικότητας

Άλλη μια από τις κύριες αιτίες γήρανσης του πληθυσμού αποτελεί η μείωση της γεννητικότητας που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αναλογίας των ατόμων παιδικής ηλικίας. Αυτό οδηγεί την αναλογία ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω να υπερβαίνει κατά πολύ την αναλογία ατόμων ηλικίας 0 - 14 ετών. Στο Διάγραμμα 1.3 παρατηρείται ότι ο συνολικός αριθμός γεννήσεων ζώντων τέκνων για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. ανήλθε περίπου στα 5,075 εκατομμύρια για το έτος 2017. Το αντίστοιχο αδρό ποσοστό γεννήσεων υπολογίστηκε σε 9,9. Το αδρό ποσοστό γεννήσεων στην Ευρωζώνη για τα έτη 2000, 1985 και 1970 ήταν 10,6 , 12,8 και 16,3 αντίστοιχα (Eurostat, 2019b).



Πηγή: Eurostat (2019b)

Διάγραμμα 1.3: Συνολικός αριθμός γεννήσεων ζώντων τέκνων (EU 28)

Ο υψηλότερος συνολικός αριθμός γεννήσεων παρατηρήθηκε το 1964 (περίπου 7,8 εκατομμύρια γεννήσεις). Στη συνέχεια, ο συνολικός αριθμός ακολούθησε πτωτική πορεία με σχετικά σταθερό ρυθμό με αποκορύφωμα το έτος 2002 όπου έφτασε στη χαμηλότερη δυνατή τιμή του (περίπου 5 εκ. γεννήσεις). Από το σημείο αυτό και έπειτα, παρατηρήθηκε μια μικρή ανάκαμψη (2008) ακολουθούμενη από περαιτέρω μειώσεις του συνολικού αριθμού γεννήσεων μέχρι το 2017 (Eurostat, 2019b).

Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Πίνακα 1.3, το συνολικό ποσοστό γονιμότητας στα κράτη - μέλη της Ε.Ε. υπολογίστηκε σε 1,59 γεννήσεις ανά γυναίκα για το έτος 2017 έναντι 1,60 του προηγούμενου έτους. Η Γαλλία, η Σουηδία και η Ιρλανδία εμφάνισαν το υψηλότερο ποσοστό γονιμότητας για το 2017 (1.90, 1.78 και 1.77 γεννήσεις ανά γυναίκα αντίστοιχα). Τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας για το ίδιο έτος παρουσιάστηκαν στις χώρες της Μεσογείου (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Το συνολικό ποσοστό γονιμότητας μειώθηκε σημαντικά στο διάστημα 1980 - 2000 για τις

περισσότερες χώρες του δεύτερου κύματος με τη μεγαλύτερη μείωση να εμφανίζεται στις χώρες της Τσεχίας, Ισπανίας, Ελλάδας και Ιταλίας (κάτω από 1.30). Ακολούθως, το συνολικό ποσοστό γονιμότητας σημείωσε άνοδο για την πλειοψηφία των χωρών (πάνω από 1.30) το 2017. Εξάιρεση αποτέλεσε το χρονικό διάστημα 2000 - 2003 (Eurostat, 2019c).

Πίνακας 1.3: Συνολικό ποσοστό γονιμότητας (γεννήσεις ανά γυναίκα) για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2010	2015	2016	2017
Eu - 28	:	:	:	:	:	1.46	1.62	1.58	1.60	1.59
Βέλγιο	2.54	2.25	1.68	1.62	1.67	1.67	1.86	1.70	1.68	1.65
Τσέχικη Δημοκρατία	2.09	1.92	2.08	1.90	1.15	1.15	1.51	1.57	1.63	1.69
Δανία	2.57	1.95	1.55	1.67	1.77	1.74	1.87	1.71	1.79	1.75
Γερμανία	:	:	:	:	1.38	1.35	1.39	1.50	1.60	1.57
Ιρλανδία	3.78	3.85	3.21	2.11	1.89	1.94	2.05	1.85	1.81	1.77
Ελλάδα	2.23	2.40	2.23	1.39	1.25	1.25	1.48	1.33	1.38	1.35
Ισπανία	:	:	2.22	1.36	1.22	1.23	1.37	1.33	1.34	1.31
Γαλλία	:	:	:	:	1.89	1.90	2.03	1.96	1.93	1.90
Ιταλία	2.37	2.38	1.64	1.33	1.26	1.25	1.46	1.35	1.34	1.32
Ολλανδία	3.12	2.57	1.60	1.62	1.72	1.71	1.79	1.66	1.66	1.62
Αυστρία	2.69	2.29	1.65	1.46	1.36	1.33	1.44	1.49	1.53	1.52
Πολωνία	:	:	:	2.06	1.37	1.31	1.41	1.32	1.39	1.48
Σουηδία	:	1.92	1.68	2.13	1.54	1.57	1.98	1.85	1.85	1.78
Ελβετία	2.44	2.10	1.55	1.58	1.50	1.38	1.52	1.54	1.54	1.52

Πηγή: Eurostat (2019c)

Σε ευρύτερο πλαίσιο, στις προαναφερθείσες χώρες εμφανίζεται σύγκλιση σχετικά με τα συνολικά ποσοστά γονιμότητας στο χρονικό διάστημα 1960 - 2017. Το 1970, η διαφορά μεταξύ του υψηλότερου (Ιρλανδία) και του χαμηλότερου (Τσεχία και Σουηδία) ποσοστού ήταν 1,93 γεννήσεις ανά γυναίκα. Το 1990, η διαφορά αυτή είχε μειωθεί σε

0,8. Την επόμενη δεκαετία, η διαφορά μειώθηκε περαιτέρω σε 0,68 γεννήσεις ανά γυναίκα ώσπου έφτασε στη χαμηλότερη τιμή της το έτος 2017 (0,46). Συνεπώς, η μείωση της γεννητικότητας (παρά τις προαναφερθείσες μικρές εξαιρέσεις) οδήγησε σε αύξηση της αναλογίας των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο σύνολο του ευρωπαϊκού πληθυσμού (Eurostat, 2019c).

1.3.3 Εξωτερική μετανάστευση

Η εξωτερική μετανάστευση μπορεί να συμβάλλει στη γήρανση ή / και να αμβλύνει το πρόβλημα της γήρανσης. Από τη μια πλευρά, συμβάλλει στη γήρανση καθώς η πλειοψηφία των μεταναστών ανήκει στην κατηγορία ατόμων παραγωγικής ηλικίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι χώρες προέλευσης των μεταναστών να εμφανίζουν έντονα σημάδια γήρανσης (π.χ. φαινόμενο brain drain στην Ελλάδα). Από την άλλη πλευρά, αμβλύνει τη γήρανση καθώς οι χώρες υποδοχής τους εμφανίζουν την προοπτική ανανέωσης του πληθυσμού τους. Αυτός ο θετικός αντίκτυπος έχει χαρακτήρα βραχυπρόθεσμο καθώς δεν μπορεί να εξομαλύνει τη γήρανση μακροπρόθεσμα όπως θα μπορούσε μια αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων. Πράγματι, οι μετανάστες είναι μεγαλύτερης ηλικίας και εν δυνάμει εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα (Kostaki, Kotzamanis & Agorastakis, 2009).

1.3.4 Εσωτερική μετανάστευση

Η εσωτερική μετανάστευση αναφέρεται κυρίως στη μετακίνηση νεότερου πληθυσμού από αγροτικές περιοχές σε αστικές περιοχές. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μείωση των ατόμων παραγωγικής ηλικίας στις αγροτικές περιοχές και τη διόγκωση των ηλικιωμένων ατόμων. Το φαινόμενο της παλιννόστησης στις αγροτικές περιοχές επιδεινώνει τη γήρανση του πληθυσμού (Έμκε – Πουλοπούλου, 1983).

1.4 Επιπτώσεις πληθυσμιακής γήρανσης

Η αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης δημιουργεί έναν αρνητικό αντίκτυπο τόσο για τις δημόσιες όσο και για τις ιδιωτικές δαπάνες. Οι αυξανόμενες δημόσιες δαπάνες που

σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού, με τη μορφή υγειονομικής περιθάλψης, συντάξεων και ιδιωτικής ή θεσμικής περιθάλψης υγείας φαίνεται πιθανό να οδηγήσουν σε μεγαλύτερες επιβαρύνσεις για τα άτομα ηλικίας 15 - 64 ετών (Peris – Ortiz *et al.*, 2020). Οι προαναφερθείσες μεταστροφές επιβεβαιώνονται από τους δείκτες εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων, το δείκτη προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρία στην ηλικία των 65 +, τη διάμεση ηλικία του πληθυσμού καθώς και από τις προεκτάσεις σε μακροοικονομικό επίπεδο.

1.4.1 Δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων και συνταξιοδοτική δαπάνη

Ο αυξανόμενος αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω σε συνδυασμό με τη συρρίκνωση του πληθυσμού στις παραγωγικές ηλικίες ασκεί έντονες πιέσεις στα συστήματα ασφάλισης της κάθε χώρας (Cristea *et al.*, 2020). Με άλλα λόγια, όσο αυξάνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων (65 ετών και άνω) τόσο μεγαλύτερος θα είναι ο αριθμός των συνταξιοδοτούμενων ατόμων και κατ' επέκταση το μέγεθος των απαιτούμενων δαπανών. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω επί του συνολικού πληθυσμού θα ακολουθήσει σημαντική άνοδο τις επόμενες δεκαετίες καθώς ένα υψηλό ποσοστό της γενιάς του baby - boom¹ φθάνει στο όριο της συνταξιοδότησης. Επομένως, το σύστημα συνταξιοδότησης των ευρωπαϊκών χωρών έρχεται αντιμέτωπο με ένα νέο πλαίσιο χρηματοδότησης (Eurostat, 2019f). Οι ευρωπαϊκές χώρες είναι δεδομένο ότι θα απαιτήσουν μεγαλύτερο ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού έτσι ώστε να καλύψουν τον αυξανόμενο αριθμό των συντάξεων. Η χρηματοδότηση του συστήματος συνταξιοδότησης μπορεί να πραγματοποιηθεί με την επιβάρυνση των ατόμων παραγωγικής ηλικίας με τη μορφή υψηλής φορολογίας ή αύξησης των απαιτούμενων εισφορών (Peris – Ortiz *et al.*, 2020). Εναλλακτικά, οι ευρωπαϊκές χώρες μπορούν να αναζητήσουν την εξεύρεση νέων πόρων για να καλύψουν τον αυξανόμενο αριθμό των συντάξεων ή να προχωρήσουν σε αυστηρότερα μέτρα όπως για παράδειγμα μείωση των συντάξεων (Peris – Ortiz *et al.*, 2020). Οι πιέσεις που ασκούνται στη συνταξιοδοτική δαπάνη εξαιτίας της γήρανσης διαφαίνονται από το δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων (αριθμός ηλικιωμένων ατόμων / αριθμός ατόμων παραγωγικής ηλικίας). Στον Πίνακα

¹ Η ταυτόχρονη και μη αναμενόμενη αύξηση των γεννήσεων στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών του πλανήτη κατά τη πρώτη μεταπολεμική εικοσιπενταετία. Η Ελλάδα δεν γνώρισε το συγκεκριμένο φαινόμενο (Eurostat, 2019f).

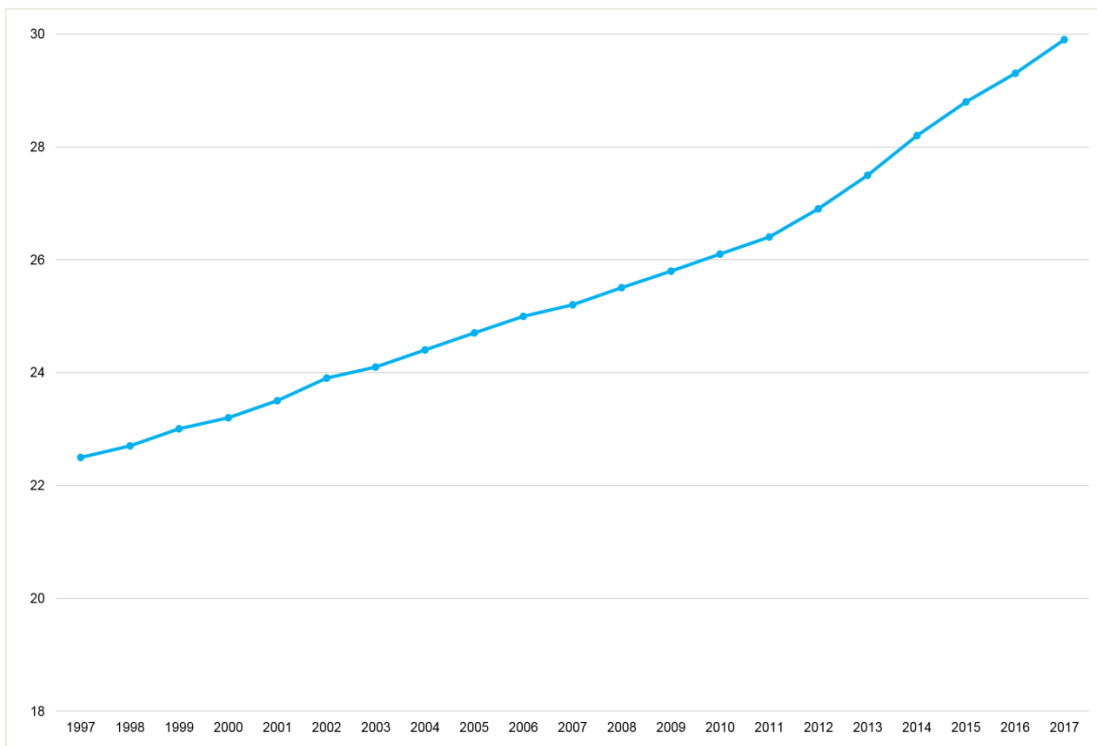
1.4 παρατηρείται ότι ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων στην Ευρωζώνη υπολογίστηκε 29.9% για το 2017. Αυτό σημαίνει ότι αντιστοιχούσαν περίπου τρία άτομα παραγωγικής ηλικίας για κάθε ένα άτομο πάνω από 65 ετών (αναλογία 3 προς 1) (Eurostat, 2019f).

Πίνακας 1.4: Δείκτες της ηλικιακής πληθυσμιακής σύνθεσης (%) για το έτος 2017 για τις χώρες που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE

	Δείκτης εξάρτησης ατόμων κάτω από 15 ετών	Δείκτης εξάρτησης ατόμων 65+	Συνολικός δείκτης εξάρτησης σε σχέση με την ηλικία
Eu - 28	24.0	29.9	53.9
Βέλγιο	26.3	28.6	54.9
Τσέχικη Δημοκρατία	23.7	28.6	52.4
Δανία	26.0	29.7	55.7
Γερμανία	20.5	32.4	52.9
Ιρλανδία	32.2	20.7	52.9
Ελλάδα	22.6	33.6	56.2
Ισπανία	22.8	28.7	51.6
Γαλλία	29.3	30.7	60.0
Ιταλία	21.0	34.8	55.8
Ολλανδία	25.0	28.4	53.3
Αυστρία	21.5	27.6	49.1
Πολωνία	22.1	24.2	46.3

Πηγή: Eurostat (2019f)

Η Ιταλία μαζί με την Ελλάδα εμφάνισαν τον υψηλότερο δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων (34,8% και 33,6%).



Πηγή: Eurostat (2018a)

Διάγραμμα 1.4: Δείκτης εξάρτησης ατόμων ηλικίας 65 + στην Ευρωζώνη μεταξύ των ετών 1997 - 2017

Η διακύμανση του συγκεκριμένου δείκτη μέσα στο χρόνο αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 1.4 (Eurostat, 2018a). Πριν από δύο δεκαετίες η αντίστοιχη αναλογία ήταν 5 προς 1 ενώ πριν μία δεκαετία η αναλογία ήταν 4 προς 1 (Διάγραμμα 1.4).

Επιπρόσθετα, αν ληφθεί υπόψη ο δείκτης εξάρτησης των νεότερων ατόμων (αριθμός ατόμων κάτω από 15 ετών / αριθμός ατόμων παραγωγικής ηλικίας) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο συνολικός δείκτης εξάρτησης που σχετίζεται με την ηλικία (ποσοστό των εξαρτώμενων νεαρών και ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τον παραγωγικό πληθυσμό). Υπολογίστηκε 53,9% για τις χώρες της Ευρωζώνης (αναλογία 2 : 1) και παρουσίασε αύξηση συγκριτικά με το 2007 (48,9%). Η Γαλλία και η Ελλάδα

εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά (60,0% και 56,2% αντίστοιχα) για το έτος 2017. Εν τούτοις, το μεγαλύτερο ποσοστό του συγκεκριμένου δείκτη καταλαμβάνεται από ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα εν αντιθέσει με την περίπτωση της Γαλλίας όπου κυριαρχούν τα άτομα νεαρότερης ηλικίας (Eurostat, 2019f).

1.4.1.1 Δείκτης οικονομικής εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων

Ένας δείκτης που αξιολογεί αποτελεσματικά την επίδραση της γήρανσης στη συνταξιοδοτική δαπάνη είναι ο δείκτης οικονομικής εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων (European Commission, 2018c). Αποτελεί το ποσοστό ανάμεσα στο μη οικονομικά ενεργό πληθυσμό ηλικίας 65 + και τη συνολική απασχόληση ατόμων ηλικίας 20 - 64 / 20 - 74 ετών. Ο δείκτης ανήλθε σε 43,1% για το έτος 2016 για τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελλάδα παρουσίασε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των κρατών – μελών της Ε.Ε. για το ίδιο έτος (62,4%). Αυτό σημαίνει ότι λιγότερα από τρία εργαζόμενα άτομα ηλικίας 20 – 64 ετών αντιστοιχούσαν σε δύο μη οικονομικά ενεργά άτομα ηλικίας 65 + (European Commission, 2018c). Η συγκεκριμένη συνθήκη αποτυπώνει τις έντονες πιέσεις που ασκούνται στη συνταξιοδοτική δαπάνη και εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τις αλλαγές στη συνταξιοδοτική ηλικία. Η συνταξιοδοτική ηλικία για θεσμοθετημένη σύνταξη στην Ελλάδα προβλέπεται να προσαρμόζεται αυτόματα (ανά τρία έτη) τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες από το 2020 και έπειτα έτσι ώστε να αντισταθμίσει αλλαγές στο προσδόκιμο ζωής (Peris – Ortiz *et al.*, 2020).

1.4.2 Δείκτης προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρία στην ηλικία των 65 +

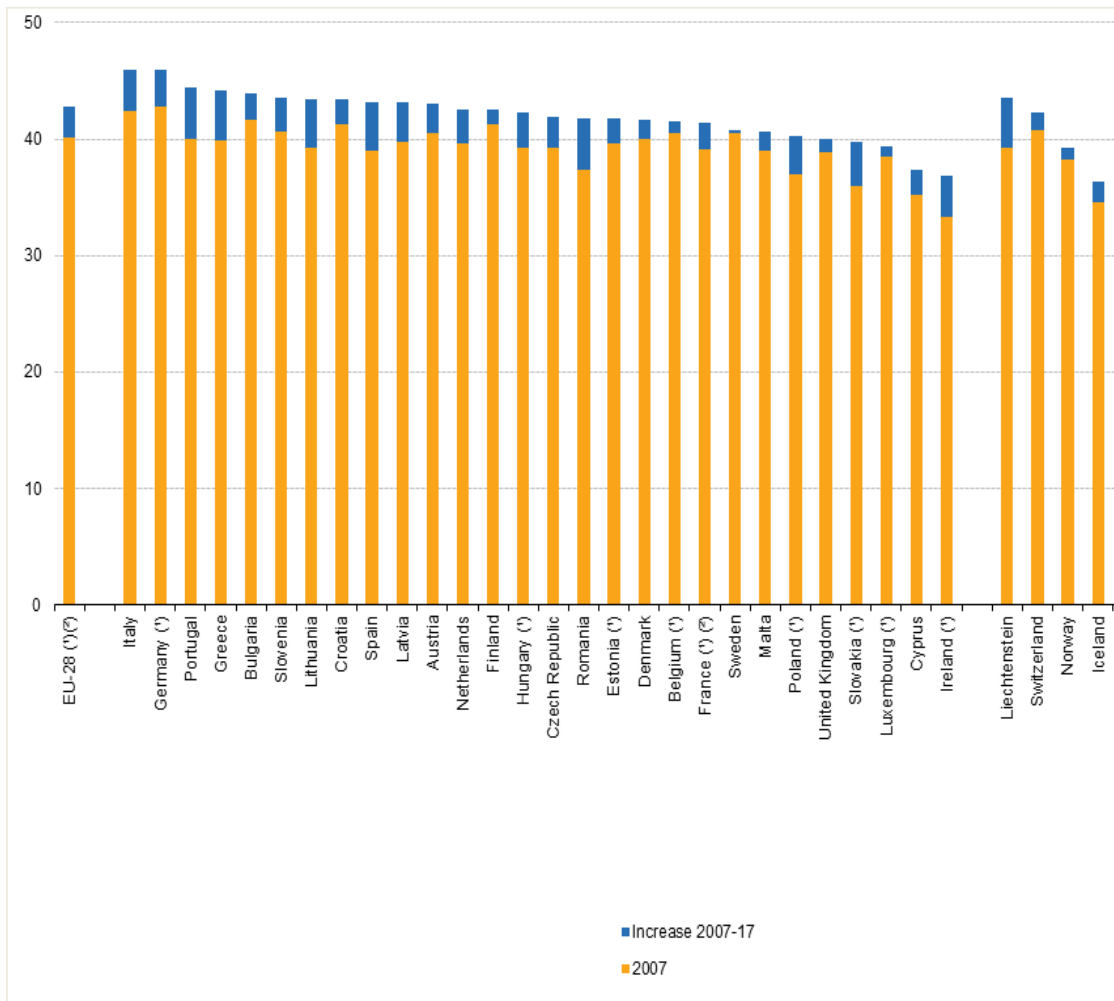
Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής δεν σημαίνει ότι τα επιπρόσθετα έτη ζωής ακολουθούνται από καλής ποιότητας υγεία. Με άλλα λόγια, μπορεί να υπάρχει κάποιου είδους περιορισμός στις καθημερινές δραστηριότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Σύμφωνα με την έρευνα SHARE 50 + (2020), τόσο το προσδόκιμο ζωής όσο και η διάρκεια ζωής με ποιοτικά έτη εξαρτώνται από κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο ετών υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 σε σχέση με τους άνδρες στα κράτη – μέλη της Ε.Ε. για το έτος 2017 (10 και 9,7 έτη αντίστοιχα). Παρόμοια, η αύξηση των ετών υγιούς ζωής για τις γυναίκες ανήλθε σε 1,4

έτη ενώ για τους άνδρες σε 1,2 έτη για το διάστημα 2007 - 2017. Αντίθετα, η Ελλάδα δεν συμβαδίζει με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες κατέγραψαν μείωση της τάξεως των 1,8 ετών για το χρονικό διάστημα 2007 - 2017 (από 9,9 έτη το 2007 σε 8,1 έτη το 2017) ενώ η αντίστοιχη μείωση για τις γυναίκες ήταν 2 έτη στο ίδιο διάστημα (από 9,8 έτη το 2007 σε 7,8 έτη το 2017) (Eurostat, 2020e). Συνεπώς, σε συνολικό επίπεδο, ο μέσος όρος των ετών υγιούς ζωής μειώθηκε τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στην Ελλάδα τη δεκαετία 2007 - 2017 ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες της Ευρωζώνης αυξήθηκε. Οι άνδρες υπερείχαν σε έτη υγιούς ζωής σε σχέση με τις γυναίκες τόσο το 2007 όσο και το 2017 στον ελληνικό πληθυσμό σε αντιδιαστολή με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο όπου υπερείχαν οι γυναίκες. Ακόμη, οι άνδρες σημείωσαν μικρότερη μείωση σε ποιοτικά έτη ζωής σε σχέση με τις γυναίκες τη δεκαετία 2007 - 2017 στην Ελλάδα ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη αντίστοιχη αύξηση στα κράτη - μέλη της Ε.Ε. (Eurostat, 2020e). Παρατηρείται υπεροχή των ανδρών στα προσδοκώμενα έτη ποιοτικής ζωής στον ελληνικό πληθυσμό σε αντίθεση με το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, όπου υπερέχουν οι γυναίκες (Υποενότητα 1.3.1). Ως εκ τούτου, η βαθμιαία γήρανση του πληθυσμού έχει οδηγήσει στην επικράτηση μακροχρόνιων ασθενειών (π.χ. άνοια, καρδιαγγειακά νοσήματα κτλ.) που επηρεάζουν σημαντικά τα πρόσθετα έτη ζωής των ατόμων που απορρέουν από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (Jagger, 2015). Τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες της Ευρωζώνης παρουσιάζεται πιο έντονα από ποτέ η ανάγκη αντιμετώπισης αυτών των ασθενειών μέσω της ανάπτυξης ενός πιο αποτελεσματικού συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της προσφοράς στοχευόμενων υπηρεσιών προς αυτή την κατεύθυνση.

1.4.3 Διάμεση ηλικία του πληθυσμού

Οι αυξανόμενες δημόσιες δαπάνες εξαιτίας της γήρανσης συνδέονται και με τις διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη. Τα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών έρχονται αντιμέτωπα με τις νέες συνθήκες που δημιουργεί η πληθυσμιακή γήρανση. Η αύξηση της μέσης ηλικίας ενός πληθυσμού καθώς και η διεύρυνση των δαπανών για περίθαλψη υγείας ανά άτομο που ανήκει σε συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα επιδρούν σημαντικά στη διογκούμενη αύξηση των δαπανών για περίθαλψη υγείας (Peris – Ortiz *et al.*, 2020). Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1.5, η διάμεση

ηλικία του πληθυσμού της Ευρωζώνης ήταν 42,8 έτη για το έτος 2017. Με άλλα λόγια, το 50% του πληθυσμού των κρατών - μελών της Ε.Ε. ήταν άνω των 42,8 ετών ενώ το υπόλοιπο 50% αντιστοιχούσε σε άτομα νεαρότερης ηλικίας. Η διάμεση ηλικία σημείωσε άνοδο σε όλες τις χώρες της Ευρωζώνης (4 έτη ή και παραπάνω) το διάστημα 2007 - 2017 (Eurostat, 2019f).



Πηγή: Eurostat (2019f)

Διάγραμμα 1.5: Διάμεση ηλικία του πληθυσμού (EU - 28) μεταξύ των ετών 2007 - 2017

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι δαπάνες των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω να διευρύνονται σημαντικά. Η μακροζωία των ηλικιωμένων δημιουργεί την ανάγκη για υπηρεσίες για τις οποίες δεν υπήρχε έντονη ζήτηση στο παρελθόν προκειμένου να αντιμετωπιστεί η εμφάνιση και η επικράτηση των μακροχρόνιων ασθενειών. Ο επιπολασμός των χρόνιων παθήσεων βαίνει αυξανόμενος στο γηράσκοντα πληθυσμό (Halonen *et al.*, 2019). Συνεπώς, η αύξηση των δαπανών ενσωματώνει την ανάγκη για LTC.

1.4.4 Μακροοικονομικές προεκτάσεις

Μια άλλη επίπτωση της πληθυσμιακής γήρανσης εντοπίζεται σε μακροοικονομικό επίπεδο. Από τη μία πλευρά, οι αποταμιεύσεις των ατόμων είναι μεγαλύτερες κατά τη διάρκεια της παραγωγικής τους ηλικίας. Από την άλλη πλευρά, όταν τα άτομα είναι νέα και ηλικιωμένα έχουν υψηλότερες καταναλωτικές δαπάνες. Η επίδραση της πληθυσμιακής γήρανσης οδηγεί τη συνολική αποταμίευση της οικονομίας μιας χώρας σε χαμηλότερα επίπεδα. Επομένως, τα άτομα λόγω της μεγαλύτερης αβεβαιότητας για το μέλλον και των πιέσεων στα συνταξιοδοτικά προγράμματα (π.χ. κίνδυνος περικοπής των συντάξεων) αλλάζουν συμπεριφορά και βασίζονται κυρίως στην ιδιωτική αποταμίευση για την κάλυψη της υγειονομικής τους περίθαλψης (Peris – Ortiz *et al.*, 2020).

1.5 Μελλοντικές τάσεις της πληθυσμιακής γήρανσης στην Ευρώπη

Η πληθυσμιακή γήρανση είναι μια τάση με μακροχρόνιο χαρακτήρα που ξεκίνησε πριν από αρκετές δεκαετίες στην Ευρώπη. Η συγκεκριμένη τάση είναι έκδηλη στις αλλαγές της ηλικιακής πληθυσμιακής διάρθρωσης και αποτυπώνεται στην αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω συνδυαστικά με τη μείωση του ποσοστού των ατόμων παραγωγικής ηλικίας επί του συνολικού πληθυσμού. Σύμφωνα με την Eurostat (2019f), η δημογραφική σύνθεση και η πληθυσμιακή διάρθρωση αναμένεται να αλλάξει ριζικά τις επόμενες δεκαετίες στις χώρες της Ευρωζώνης. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι σχετικές προβλέψεις μεταξύ των ετών 2017 – 2100 για τις κυριότερες συνιστώσες τόσο της πληθυσμιακής διάρθρωσης όσο και της δημογραφικής σύνθεσης (Eurostat, 2019f).

1.5.1 Πληθυσμιακές προβολές

Σύμφωνα με τις πρόσφατες πληθυσμιακές προβολές που δημοσίευσε η Eurostat για τις μελλοντικές τάσεις της πληθυσμιακής γήρανσης εκτιμάται ότι ο πληθυσμός των κρατών - μελών της Ε.Ε. θα αυξηθεί σχεδόν στα 525 εκατομμύρια για το έτος 2040 ενώ στη συνέχεια αναμένεται να σημειώσει σταδιακή μείωση μέχρι το 2100 (περίπου 493 εκ. κάτοικοι) (Eurostat, 2019f).

1.5.2 Δομή της ηλικιακής πυραμίδας

Τα συστηματικά χαμηλά ποσοστά γεννήσεων (Πίνακας 1.3) και το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 + (Πίνακας 1.2) που προαναφέρθηκαν μετασχηματίζουν τη δομή της ηλικιακής πυραμίδας. Η ηλικιακή πυραμίδα αναφέρεται στην πληθυσμιακή κατανομή με βάση το φύλο και την ηλικιακή ομάδα. Σύμφωνα με τις σχετικές προβλέψεις, η γήρανση αναμένεται να συνεχιστεί για τον πληθυσμό των κρατών - μελών της Ε.Ε. Τα ποσοστά των μεγαλύτερων ηλικιών στην κορυφή της πυραμίδας αυξάνονται διαρκώς ενώ τα ποσοστά των μικρότερων ηλικιών στο κέντρο ή στη βάση της μειώνονται. Από το 2017 έως το 2100, η πολυάριθμη γενιά των baby - boomers θα προκαλέσει περαιτέρω αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω (Eurostat, 2019f).

1.5.3 Ομάδα ατόμων παραγωγικής ηλικίας

Μια κρίσιμη πτυχή της δημογραφικής γήρανσης αποτελεί η ομάδα των ατόμων παραγωγικής ηλικίας. Η συγκεκριμένη ομάδα προβλέπεται να ακολουθήσει μια σταθερή μείωση έως το έτος 2050 και μετέπειτα μάλλον μια πιο σταθερή πορεία μέχρι το 2100. Αντίθετα, η ομάδα ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω προβλέπεται να καταλαμβάνει ένα όλο και μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, τα ηλικιωμένα άτομα θα συνιστούν το 31,3% του πληθυσμού της Ευρωζώνης έως το 2100 σε αντιδιαστολή με το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 2017 (19,4%) (Eurostat, 2019f). Αυτή η διαφαινόμενη πληθυσμιακή μετακίνηση μεταξύ των ομάδων θα έχει σημαντική επίδραση τόσο στο δείκτη εξάρτησης των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω όσο και στο συνολικό δείκτη εξάρτησης που συσχετίζεται με την

ηλικία. Προβλέπεται σχεδόν διπλασιασμός του δείκτη εξάρτησης των ηλικιωμένων από το έτος 2017 έως το 2100. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε ηλικιωμένο άτομο θα αντιστοιχούν κάτι λιγότερο από δύο άτομα παραγωγικής ηλικίας (Eurostat, 2019f). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αναλογίες στο δείκτη εξάρτησης μπορούν να επηρεαστούν περαιτέρω από την ανεργία και την υποαπασχόληση σε μια χώρα και κατ' επέκταση να συρρικνώσουν την ομάδα ατόμων παραγωγικής ηλικίας (Serban, 2012). Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της δυνατότητας υποστήριξης των ηλικιωμένων ατόμων. Η πρόβλεψη για το συνολικό δείκτη εξάρτησης σε σχέση με την ηλικία αντιστοιχεί σε περίπου 83% έως το 2100, σε σύγκριση με το 53,3% για το 2017. Επιπρόσθετα, η διάμεση ηλικία εκτιμάται ότι θα αυξηθεί από 42,8 έτη το 2017 σε 48,7 έτη το 2100 (Eurostat, 2019f).

1.5.4 Πληθυσμός της ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων

Μια άλλη σημαντική παράμετρος της γήρανσης συνιστά η βαθμιαία γήρανση του ίδιου του πληθυσμού της ομάδας των ηλικιωμένων. Η σχετική βαρύτητα των πολύ ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να αυξηθεί με ρυθμό ταχύτερο από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού της Ευρωζώνης. Η σχετική πρόβλεψη για το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων (80 ετών και άνω) είναι υπερδιπλασιασμός από 5,5% σε 14,6% στο χρονικό διάστημα 2017 - 2100 (Eurostat, 2019f).

1.6 Προβλέψεις για την Ελλάδα

Η Ελλάδα δεν ξεφεύγει από τις μελλοντικές τάσεις που χαρακτηρίζουν το σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών. Αυτό μπορεί να φανεί από τις ακόλουθες προβλέψεις της Eurostat μεταξύ των ετών 2016 / 2017 – 2050 / 2070 τόσο για τις δημογραφικές μεταβλητές (πληθυσμός, προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 + και ηλικιακή δομή της πληθυσμιακής σύνθεσης) όσο και για τους δείκτες εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων στον ελληνικό πληθυσμό (European Commission, 2018c).

1.6.1 Ελληνικός πληθυσμός και προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 +

Ο ελληνικός πληθυσμός ακολουθεί καθοδική πορεία την τελευταία δεκαετία, κάτι που δικαιολογείται από το γεγονός ότι ο συνολικός αριθμός των γεννήσεων και της εισροής μεταναστών δεν υπερβαίνει την εκροή Ελλήνων μεταναστών και τον αριθμό των θανάτων (Kostaki, Kotzamanis & Agorastakis, 2009). Η Ελλάδα κατέγραψε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας στην Ε.Ε. μαζί με την Ιταλία και την Ισπανία για το έτος 2017 (Πίνακας 1.3). Συνεπώς, τόσο η υπογεννητικότητα όσο και το αρνητικό ισοζύγιο της μετανάστευσης θα έχουν αρνητικό αντίκτυπο στον πληθυσμό της χώρας. Προβλέπεται ότι ο ελληνικός πληθυσμός θα μειωθεί από τα σχεδόν 11 εκ. το 2016 σε μόλις 9 εκ. περίπου άτομα μέχρι το 2050 με βάση τις προβλέψεις πληθυσμού της Eurostat. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 + προβλέπεται αύξηση της τάξεως των 3,4 ετών μέσα στο χρονικό διάστημα 2016 – 2050 τόσο για τους άνδρες (από 18,7 σε 22,1 έτη) όσο και για τις γυναίκες (από 21,4 σε 24,8 έτη) (European Commission, 2018c).

1.6.2 Δείκτες ηλικιακής πληθυσμιακής σύνθεσης

Ύψιστης σημασίας αποτελεί η ομάδα ατόμων 65 ετών και άνω, η οποία αντιπροσώπευε το 21,5% του πληθυσμού για το 2017 (Πίνακας 1.1). Σύμφωνα με σχετικές προβλέψεις, το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 2050 εκτιμάται περίπου σε 36,5%, ενώ για το έτος 2070 αναμένεται να ξεπεράσει το 30%. Αντιστρόφως, τα άτομα ηλικίας 0 - 14 ετών αντιπροσώπευαν το 14,4% του συνολικού πληθυσμού για το 2017 και προβλέπεται να υποχωρήσουν στο 12% το 2050. Ομοίως, ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός σημείωσε μείωση από 66,7% σε 64,0% τη δεκαετία 2007 - 2017 και προβλέπεται περαιτέρω μείωση μέχρι το 2050 (περίπου 51%). Όσον αφορά τον πληθυσμό ατόμων ηλικίας 80 + στο σύνολο του πληθυσμού αναμένεται να διπλασιαστεί στο διάστημα 2016 – 2050 (6,6% και 14,4% αντίστοιχα). Παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται αν ληφθεί υπόψη ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 80 + ως ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού (από 30,8% το 2016 σε 39,4% και 49,1% για τα έτη 2050 και 2070 αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, η διάμεση ηλικία αναμένεται να αγγίξει τα 50 έτη (2050) συγκριτικά με το 2017 (45 έτη) (European Commission, 2018c). Δηλαδή, η δημογραφική γήρανση είναι έκδηλη στον ελληνικό πληθυσμό όπως και στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών

χωρών. Πυροδοτεί και θα πυροδοτήσει πληθώρα κοινωνικών, οικογενειακών, ιατρικών και ασφαλιστικών προβλημάτων.

1.6.3 Δείκτες εξάρτησης ηλικιωμένων ατόμων

Η Ελλάδα αποτελούσε τη δεύτερη πιο γερασμένη χώρα στην Ε.Ε. με βάση το δείκτη εξάρτησης (Πίνακας 1.4) και ο συγκεκριμένος δείκτης αναμένεται να διπλασιαστεί μεταξύ των ετών 2016 – 2070 (33,4% και 63,1% αντίστοιχα) (European Commission, 2018c). Με βάση τις προβλέψεις της Eurostat, σε κάθε ηλικιωμένο άτομο θα αντιστοιχούν κάτι λιγότερο από δύο άτομα παραγωγικής ηλικίας. Λαμβάνοντας υπόψη το δείκτη οικονομικής εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων προβλέπεται αύξηση από 62,4% το 2016 σε 80,8% το 2070. Αυτό σημαίνει ότι λιγότερα από πέντε εργαζόμενα άτομα ηλικίας 20 – 64 ετών θα αντιστοιχούν σε τέσσερα μη οικονομικά ενεργά άτομα ηλικίας 65 + (European Commission, 2018c). Το διαφαινόμενο πρόβλημα γενικεύεται για την πλειοψηφία των χωρών της Ε.Ε., όπως προαναφέρθηκε στην Ενότητα 1.4 και θα επηρεάσει τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών συστημάτων. Επομένως, η μέση ηλικία συνταξιοδότησης για θεσμοθετημένη σύνταξη στην Ελλάδα προβλέπεται να αυξηθεί σε 70,5 έτη το 2050 συγκριτικά με τα 67 έτη που επικρατούσαν το 2016. Η αντίστοιχη αύξηση για πρόωρη συνταξιοδότηση μεταξύ των ετών 2016 – 2050 προβλέπεται να είναι 62 και 67,6 έτη αντίστοιχα (European Commission, 2018c). Η προβλεπόμενη αύξηση στην ηλικία συνταξιοδότησης θα πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με την προβλεπόμενη αύξηση του προσδόκιμου ζωής για τα αντίστοιχα έτη τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.

1.7 Σύνοψη

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, βασικό σημείο εστίασης του πολιτικού και κοινωνικού διαλόγου αποτελεί η μεταρρύθμιση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στα κράτη - μέλη της Ε.Ε. Κρίσιμοι συντελεστές όπως η συνεχόμενη αύξηση των δαπανών υγείας σε άμεση συσχέτιση με τη γήρανση του πληθυσμού, τις εξελίξεις και τις βελτιώσεις τόσο στις κλινικές πρακτικές όσο και στην ιατρική τεχνολογία αλλά και τις αλλαγές στο χαρακτήρα της ζήτησης υπηρεσιών υγείας συνιστούν τον κλάδο της υγείας, πεδίο παρέμβασης και ανακατάταξης της συνολικής διάρθρωσης του

κοινωνικού κράτους. Ταυτόχρονα οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που παρουσιάστηκαν (αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ατόμων ηλικίας 65 + και των ατόμων 80 +, μείωση των ατόμων παραγωγικής ηλικίας και μείωση της γεννητικότητας) οδηγούν σε επιταχυνόμενη και επιτακτική ανάγκη για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Με άλλα λόγια, η αύξηση της ζήτησης για μακροχρόνια φροντίδα είναι συνάρτηση της αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού (Townsend, 2016). Μέχρι πριν από κάποιες δεκαετίες, η μακροχρόνια φροντίδα περιοριζόταν σε ένα μικρό αριθμό ηλικιωμένων ατόμων και μπορούσε να αντιμετωπιστεί είτε από το θεσμό της οικογένειας είτε από τα υφιστάμενα συστήματα υγείας. Αντίθετα, οι αυξανόμενες ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον επιτάσσουν παρεμβατικές πολιτικές για τη συνολική κάλυψη της ζήτησης του εξαρτώμενου πληθυσμού καθώς η συγκεκριμένη φροντίδα εντοπίζεται τόσο στον υγειονομικό κλάδο όσο και στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας όπως θα παρουσιαστεί στη συνέχεια.

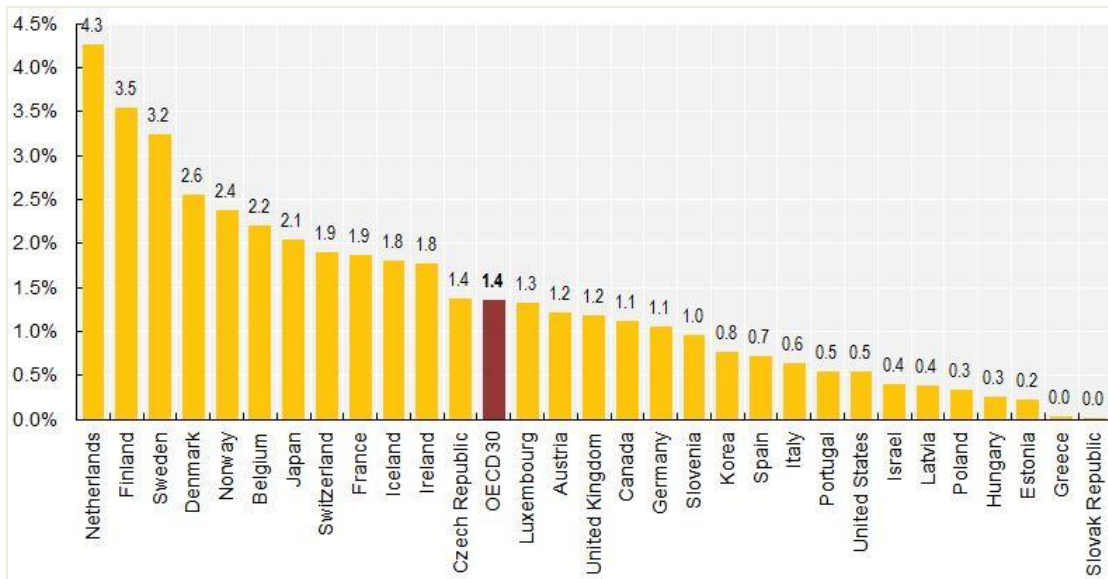
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μακροχρόνιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ευρώπη

2.1 Εισαγωγή

Τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, ένα από τα κυριότερα επιτεύγματα της ανθρωπότητας αποτέλεσε η σταθερή αύξηση του προσδόκιμου ζωής στο οποίο συνέβαλαν ουσιωδώς τα υγειονομικά συστήματα ανά τον κόσμο. Απόρροια αυτού του επιτεύγματος ήταν η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, όπως παρουσιάστηκε στο Κεφάλαιο 1, η οποία οδήγησε με τη σειρά της σε μια αυξανόμενη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα. Σε γενικό πλαίσιο, η μακροχρόνια φροντίδα υγείας συνιστά μια περιοχή που χαρακτηρίζεται από διάσπαση (Leichsenring, Billings & Nies, 2013). Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει ένας κοινός ορισμός μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και μόλις πρόσφατα έχει αρχίσει να εμφανίζεται ως ιδέα στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των υγειονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας αλλά και μεταξύ επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας. Την τρέχουσα περίοδο, η μακροχρόνια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντικές προκλήσεις οι οποίες χρήζουν βελτίωσης και αντιμετώπισης. Οι κυριότερες από αυτές είναι: 1) η ανεπάρκεια ευδιάκριτων μηχανισμών χρηματοδότησης, 2) μη επαρκής εναρμόνιση μεταξύ των υπηρεσιών, 3) αυξανόμενη εξάρτηση από ανειδίκευτους εργαζομένους (κυρίως μετανάστες), 4) έλλειψη συμμετοχής των χρηστών μακροχρόνιας μέριμνας στη φροντίδα τους και 5) υψηλές ιδιωτικές δαπάνες των εξαρτώμενων ατόμων (Costa – Font and Courbage, 2012).

Οι παραπάνω προκλήσεις εξηγούν τις σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά την έκταση των δημόσιων δαπανών για μακροχρόνια περίθαλψη (υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Στο Διάγραμμα 2.1, οι δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας αποτελούσαν κάτι περισσότερο από το 3% του ΑΕΠ στις χώρες της Ολλανδίας, Φινλανδίας και Σουηδίας για το 2014. Αντίθετα, οι δημόσιες δαπάνες αντιστοιχούσαν σε κάτι λιγότερο από το 0,5% του ΑΕΠ για χώρες όπως η Πολωνία και η Ελλάδα (OECD, 2017b).



Πηγή: OECD (2017)

Διάγραμμα 2.1: Κρατικές δαπάνες για ΜΦΥ (υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας) ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2014 στις χώρες του ΟΟΣΑ

Ως εκ τούτου, στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης των ιδιαίτερων πτυχών της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Η ανάλυση θα περιστραφεί γύρω από τον ορισμό, τη ζήτηση, την προσφορά και τη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας καθώς και στις προεκτάσεις της.

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση της ΜΦΥ

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα το οποίο μπορεί να καθοριστεί με διάφορους και ποικίλους τρόπους. Οι μακροχρόνιες υπηρεσίες υγείας ενσωματώνουν ένα φάσμα δραστηριοτήτων με στόχο την υποστήριξη ατόμων που χρειάζονται σύνθετη - εξειδικευμένη φροντίδα για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Η διατύπωση αυτών των φιλοδοξιών προσδιορίζεται με σαφήνεια με βάση τον ορισμό

της συγκεκριμένης φροντίδας όπου οι άτυποι - ανεπίσημοι φροντιστές (οικογένεια, φιλικά ή / και γειτονικά πρόσωπα) ή / και επαγγελματίες φροντιστές (υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες) αναλαμβάνουν ένα σύστημα δραστηριοτήτων έτσι ώστε να διασφαλίσουν ένα άτομο που δεν είναι πλήρως ικανό για αυτοφροντίδα (Leichsenring *et al.*, 2013). Η διασφάλιση του ατόμου σχετίζεται με την υψηλότερη δυνατή ποιότητα ζωής, με βάση τις ατομικές του προτιμήσεις καθώς και με το μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας, αυτονομίας, συμμετοχής, προσωπικής εκπλήρωσης και ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Who, 2000).

Είναι εμφανές από την ανωτέρω περιγραφή ότι οι άτυποι / ανεπίσημοι φροντιστές (informal caregivers), οι τυπικοί / επίσημοι φροντιστές (formal caregivers) που περιλαμβάνουν επαγγελματίες και βοηθούς καθώς και οι εθελοντές παρέχουν σε μεγάλο βαθμό τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Οι μακροχρόνιες υπηρεσίες υγείας μπορούν να προσφέρονται στο σπίτι, σε θεσμικό (ημερήσια φροντίδα) ή ημιθεσμικό πλαίσιο (δευτερεύουσες υπηρεσίες). Δημόσιοι, ιδιωτικοί, μη - κερδοσκοπικοί αλλά και κερδοσκοπικοί πάροχοι μπορούν να προσφέρουν αυτό το είδος φροντίδας τόσο σε επίπεδο επείγουσας όσο και σε επίπεδο συνεχής προσωπικής φροντίδας (Colombo *et al.*, 2011).

Είναι συχνό φαινόμενο, η μακροχρόνια φροντίδα να προηγείται, να ακολουθείται ή να συνδυάζεται με άλλες ιατρικές υπηρεσίες όπως είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η αποκατάσταση. Εκτός του ιατρικού πλαισίου, υπάρχει συχνά σύνδεση της μακροχρόνιας μέριμνας με κοινωνική, νομική, οικονομική υποστήριξη αλλά και μέτρα στέγασης με ενσωμάτωση προσαρμογών και τεχνολογίας όπως είναι η έξυπνη κατοικία (smart housing) και η τεχνολογία περιβάλλοντος. Επίσης, υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως η εξασφάλιση βοήθειας, εκπαίδευσης και ανακουφιστικής φροντίδας (respite care) συχνά είναι απαραίτητες και επιδιώκονται από τους άτυπους φροντιστές (Who, 2000). Με άλλα λόγια, η μακροχρόνια φροντίδα κινείται στα όρια μεταξύ υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας.

Προσθετικά, ο παραπάνω ορισμός της μακροχρόνιας μέριμνας περιλαμβάνει πολιτιστικά στοιχεία όπως είναι οι αξίες της αυτονομίας, της ανεξαρτησίας, της συμμετοχής, της προσωπικής εκπλήρωσης και ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Αυτές οι αξίες σχετίζονται στενά με κυβερνητικές πολιτικές, ηθικούς, δεοντολογικούς και κοινωνικούς κανόνες αλλά και με τις ειδικές για κάθε χώρα συνθήκες (Ngai and Pissarides, 2009).

Στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, οι παραπάνω αξίες αντανακλώνται στη στάση - συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στη μακροχρόνια φροντίδα.

Διαφαίνεται από τα παραπάνω, ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά τον τρόπο που διαχειρίζονται το ζήτημα της μακροχρόνιας μέριμνας. Παράμετροι όπως ο βαθμός και η έκταση της μακροχρόνιας φροντίδας, ο ρόλος του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στη χρηματοδότηση της φροντίδας αυτής, η μορφή υποστήριξης της (οικονομική, σε είδος ή υπηρεσίες), ο ρόλος των άτυπων φροντιστών καθώς και η μορφή των μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας ως υγειονομικής ή κοινωνικής φροντίδας ποικίλλουν από χώρα σε χώρα.

2.3 Λήπτες ΜΦΥ

Σε ευρύτερο επίπεδο, δεν οριοθετούνται περιορισμοί στο προφίλ των ατόμων που θα λάβουν μακροχρόνιες υπηρεσίες υγείας καθώς και του χρονικού διαστήματος που θα τη λάβουν. Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών αυτών καθορίζεται συνήθως σε σχέση με τις υφιστάμενες ιατρικές καταστάσεις ή σαν σωρευτικό αποτέλεσμα της γήρανσης. Οι κύριοι λήπτες των μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας είναι: ηλικιωμένα άτομα είτε λόγω γήρανσης είτε λόγω αναπηρίας και ενήλικες – παιδιά (λόγω χρόνιων ασθενειών).

2.3.1 Ηλικιωμένα άτομα

Τα ηλικιωμένα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας καθότι χρειάζονται βοήθεια με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (activities of daily living). Η αιτία αυτής της συνθήκης απορρέει από το πρόβλημα της γήρανσης (Κεφάλαιο 1). Σύμφωνα με τον Colombo *et al* (2011), γυναίκες ηλικίας άνω των 80 ετών και ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που πάσχουν από προβλήματα που σχετίζονται με την άνοια αποτελούν τους κυριότερους χρήστες της μακροχρόνιας φροντίδας.

Είναι σύνηθες, η προχωρημένη ηλικία ενός ατόμου να συσχετίζεται με την έννοια της αδυναμίας – ευπάθειας και της συννοσηρότητας. Εν τούτοις, ανάμεσα σε άτομα της ίδιας ηλικίας υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα, πολλά ηλικιωμένα άτομα διάγουν μια ενεργητική και δραστήρια ζωή. Παρόλο που η χρήση

του όρου - ευπάθεια - μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία για το εννοιολογικό της περιεχόμενο. Συνεπώς, δεν υπάρχουν αποδεκτές κατευθυντήριες οδηγίες για τον ορθό εντοπισμό των ηλικιωμένων ατόμων ως αδύναμων. Ωστόσο, ο παραπάνω όρος έχει επισημανθεί ως ένα ανεξάρτητο γηριατρικό σύνδρομο και έχει την έννοια της προοδευτικής φυσιολογικής εξασθένησης των σωματικών και νοητικών λειτουργιών του ατόμου (Morley *et al.*, 2006). Αυξημένη ευπάθεια – ευαισθησία σε ασθένειες και σε θάνατο, αυξημένη ευαισθησία σε οξείες ασθένειες και αναπηρίες αλλά και απώλεια λειτουργικότητας του ατόμου χαρακτηρίζουν τον εν λόγω όρο (Fried *et al.*, 2001).

2.3.2 Ενήλικες και παιδιά

Το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών μακροχρόνιας φροντίδας είναι ηλικιωμένα άτομα όπως επισημάνθηκε ανωτέρω. Εν τούτοις, υπάρχει και ένα μεγάλο μέρος ενήλικων ατόμων και παιδιών που κάνουν χρήση της μακροχρόνιας μέριμνας. Η κατηγορία αυτών των χρηστών της εν λόγω φροντίδας μπορεί να αντιμετωπίζει χρόνιες ασθένειες, προβλήματα ανικανότητας αλλά και σωματικής ή νοητικής αναπηρίας. Οι κυριότερες κατηγορίες χρόνιων παθήσεων είναι: 1) ογκολογικές παθήσεις (π.χ. νεοπλάσματα), 2) νεφρολογικές παθήσεις (π.χ. χρόνια νεφρική ανεπάρκεια), 3) ψυχικές διαταραχές (π.χ. Alzheimer), 4) οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια), 5) οι αιματολογικές παθήσεις (π.χ. αναιμία), 6) οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα) και 7) τα δερματολογικά νοσήματα (π.χ. μελάνωμα). Συνεπώς, παρόλο που ο όρος αδυναμία - ευπάθεια είναι πιο ευρύτερα διαδεδομένος στα ηλικιωμένα άτομα και σε εκείνα με πολλαπλές ασθένειες (Fried *et al.*, 2001), μπορεί να υπάρχει ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου.

2.4 Μέτρηση της ανάγκης για ΜΦΥ

Σύμφωνα με το εννοιολογικό περιεχόμενο της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας που προηγήθηκε, σημαντική παράμετρος αποτελεί η έννοια της αναπηρίας. Αυτό θα εξυπηρετούσε τους σκοπούς μιας διακρατικής σύγκρισης των υφιστάμενων συστημάτων μακροχρόνιας περίθαλψης. Άτομα με ειδικές ανάγκες / αναπηρία μπορούν να θεωρηθούν εκείνα τα άτομα που δεν μπορούν να επιτελέσουν μια ή περισσότερες

από τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες (Activities of Daily Living / ADLs) ή τις λειτουργικές / δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες (Instrumental Activities of Daily Living / IADLs) της ζωής. Στον Πίνακα 2.1 απεικονίζονται 10 ADLs και 10 IADLs σύμφωνα με τον Katz et al (1963) και Lawton / Brody (1969).

Πίνακας 2.1: ADLs και IADLs

ADLs	IADLs
μετακίνηση σε εξωτερικούς χώρους	πραγματοποίηση τηλεφωνικών κλήσεων
χρήση σκαλοπατιών	οικονομική διαχείριση
αυτοέλεγχος της ούρησης κ.ά. (continence)	ψώνια
μετακίνηση μέσα στο σπίτι	πρόσβαση σε απομακρυσμένες δημόσιες υπηρεσίες και εγκαταστάσεις
χρήση τουαλέτας	χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς
πλύσιμο σώματος και λούσιμο	μετάβαση σε παρόχους υγείας μέσω περπατήματος ή δημόσιων συγκοινωνιών
ντύσιμο και αφαίρεση ρούχων	λήψη φαρμάκων
κίνηση προς και από το κρεβάτι	συμπλήρωση αιτήσεων
κατανάλωση φαγητού	προετοιμασία γευμάτων
κόψιμο νυχιών	εκτέλεση εργασιών στο σπίτι

Πηγή:Katz et al. (1963) and Lawton / Brody (1969)

Με βάση τον αριθμό των δραστηριοτήτων που ένα άτομο δεν μπορεί να επιτελέσει χωρίς βοήθεια, μπορούν να εκφραστούν διαφορετικοί βαθμοί αναπηρίας. Πάρα ταύτα, δεν υπάρχουν λίστες των παραπάνω δραστηριοτήτων που μπορούν να χρησιμοποιούνται ως σημείο αναφοράς. Οι λίστες των ADLs και IADLs θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν περισσότερες ή και λιγότερες δραστηριότητες.

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το να ερωτηθεί ένα άτομο σχετικά με το βαθμό που μπορεί να επιτελέσει μια συγκεκριμένη δραστηριότητα και όχι αν απλά μπορεί να την εκτελέσει. Στην περίπτωση αυτή, οι κατηγορίες των απαντήσεων μπορούν να περιλαμβάνουν (μέσω χρήσης δειγματοληπτικών ερωτήσεων): α) καθόλου ανάγκη για βοήθεια, β) κάποια ανάγκη για βοήθεια και γ) σημαντική ανάγκη για βοήθεια. Με βάση αυτές τις κατηγορίες απαντήσεων, μπορεί να υπολογιστεί ένας συνολικός βαθμός αναπηρίας για ένα άτομο, αθροίζοντας τα αποτελέσματα όλων των δραστηριοτήτων μαζί. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί, βαθμολογώντας τις παραπάνω κατηγορίες ως εξής: α) καθόλου ανάγκη για βοήθεια (ίσο με μηδέν), β) κάποια ανάγκη για βοήθεια (ίσο με ένα) και γ) σημαντική ανάγκη για βοήθεια (ίσο με δύο). Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας το σύνολο των δραστηριοτήτων (Πίνακας 2.1), η βαθμολογία θα μπορούσε να κυμαίνεται από 0 έως 40. Για παράδειγμα, μια αυθαίρετη κατηγοριοποίηση για τα διαφορετικά επίπεδα αναπηρίας θα μπορούσε να έχει την εξής μορφή: i) χαμηλό επίπεδο αναπηρίας αντιστοιχεί σε βαθμολογία του ατόμου 1 έως 3, ii) μέτριο επίπεδο αναπηρίας αντιστοιχεί σε βαθμολογία του ατόμου 4 έως 8 και iii) υψηλό επίπεδο αναπηρίας αντιστοιχεί σε βαθμολογία του ατόμου 9 και υψηλότερη (Eisen and Sloan, 1996).

2.4.1 Περίπτωση της Γερμανίας

Επιπρόσθετα, ο βαθμός αναπηρίας μπορεί να καθοριστεί σε σχέση με τη συχνότητα που χρειάζεται βοήθεια ένα άτομο για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της μεθόδου μέτρησης των αναγκών αποτελεί η Γερμανία που έχει ένα από τα πιο προηγμένα συστήματα μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ευρώπη. Ο νόμος (German long - term care social insurance act) που τέθηκε σε εφαρμογή το 1995 ορίζει τρία επίπεδα αναπηρίας με βάση: 1) τη συχνότητα που χρειάζεται βοήθεια ένα άτομο για την εκτέλεση των ADLs και 2) τη συχνότητα που χρειάζεται βοήθεια ένα άτομο για την εκτέλεση των IADLs. Τα ADLs που χρησιμοποιούνται είναι: πλύσιμο σώματος και λούσιμο, βούρτσισμα δοντιών, χτένισμα, ξύρισμα, χρήση τουαλέτας, κατανάλωση φαγητού, μετακίνηση από και προς το κρεβάτι, ντύσιμο, περπάτημα, δυνατότητα ορθοστασίας, χρήση σκαλοπατιών και περπάτημα εκτός του σπιτιού. Τα IADLs περιλαμβάνουν: ψώνια, προετοιμασία γευμάτων, καθάρισμα, πλύσιμο των

πιάτων, πλύσιμο και σιδέρωμα ρούχων και θέρμανση του διαμερίσματος. Ο καθορισμός των τριών επιπέδων αναπηρίας είναι ο εξής (Arntz *et al.*, 2007):

- Χαμηλό επίπεδο αναπηρίας: τα άτομα με αναπηρία / ειδικές ανάγκες είναι εκείνα: i) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση τουλάχιστον 2 ADLs μια φορά τη μέρα και ii) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση των IADLs αρκετές φορές την εβδομάδα (Arntz *et al.*, 2007).
- Μέτριο επίπεδο αναπηρίας: τα άτομα με αναπηρία / ειδικές ανάγκες είναι εκείνα: i) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση των ADLs τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα και ii) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση των IADLs αρκετές φορές την εβδομάδα (Arntz *et al.*, 2007).
- Υψηλό επίπεδο αναπηρίας: τα άτομα με αναπηρία / ειδικές ανάγκες είναι εκείνα: i) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση των ADLs σε 24ωρη βάση και ii) που χρειάζονται βοήθεια για την εκτέλεση των IADLs αρκετές φορές την εβδομάδα (Arntz *et al.*, 2007).

Συμπεραίνεται ότι η συχνότητα που χρειάζονται βοήθεια τα άτομα με αναπηρία / ειδικές ανάγκες είναι ένας καλύτερος δείκτης του επιπέδου εξάρτησής τους σε σχέση με την απλή καταγραφή του αριθμού των ADLs και IADLs. Σε πρακτικό επίπεδο, η απλή καταγραφή του αριθμού των ADLs και IADLs ενός ατόμου ως μέθοδος μέτρησης της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, έχει το μειονέκτημα ότι οδηγεί σε υψηλό επίπεδο ανάγκης για βοήθεια. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι, υπό την προϋπόθεση της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης των ατόμων σήμερα, οι δυσχέρειες στην εκτέλεση βασικών δραστηριοτήτων διαρκώς θα αυξάνονται (Greve, 2017).

2.5 Προσφορά ΜΦΥ

Η προσφορά ΜΦΥ παρέχεται κυρίως από άτυπους - ανεπίσημους φροντιστές (informal caregivers), εθελοντές, εργαζόμενους μετανάστες και επαγγελματίες φροντιστές (formal caregivers). Οι επαγγελματίες φροντιστές παρέχουν τις υπηρεσίες τους είτε κατ' οίκον είτε εκτός σπιτιού (ιδρυματική φροντίδα). Επιπλέον, η επαγγελματική προσφορά υπηρεσιών μακροχρόνιας μέριμνας διαχωρίζεται ανάμεσα στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, των οποίων το είδος των υπηρεσιών αλλά και η χρηματοδότηση (financing) παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση των ανωτέρω παρόχων μακροχρόνιας φροντίδας.

2.5.1 Επίσημοι - Επαγγελματίες φροντιστές

Ο αριθμός των επαγγελματιών φροντιστών αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά, αν ακολουθήσει τις παρατηρούμενες τάσεις για αυξανόμενη ζήτηση της μακροχρόνιας μέριμνας. Εν αντιθέσει με αυτό, πολλές ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν ή αναμένεται να αντιμετωπίσουν ζητήματα πρόσληψης και διατήρησης εργατικού δυναμικού στον κλάδο της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Επομένως, βασικό ζητούμενο αποτελεί η ανάπτυξη ενός βιώσιμου και υψηλής εξειδίκευσης εργατικού δυναμικού, το οποίο θα μπορεί να ανταποκριθεί στη διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση (Colombo *et al.*, 2011). Οι επαγγελματίες φροντιστές στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας θα πρέπει να είναι εν μέρει υπεύθυνοι να διασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα φροντίδας και κατ' επέκταση ζωής σε πολλά από τα εξαρτώμενα άτομα. Στο σημείο αυτό, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον εάν οι εργαζόμενοι στον κλάδο της κοινωνικής πρόνοιας ή / και της υγείας αυτοπροσδιοριστούν μελλοντικά ως εργαζόμενοι στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (Leichsenring *et al.*, 2013).

Παρόλο των παραπάνω συνθηκών, η μακροχρόνια φροντίδα υγείας καθίσταται μια σημαντική πηγή απασχόλησης των γυναικών σε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ (Fujisawa and Colombo, 2009). Για παράδειγμα, στην Ολλανδία, το 1 / 7 των εργαζόμενων γυναικών απασχολείται στον κλάδο της φροντίδας και της κοινωνικής πρόνοιας (Veen and Mak, 2009). Πολλοί επαγγελματίες φροντιστές, οι οποίοι παρέχουν φροντίδα στο σπίτι (home care), απασχολούνται σε επίπεδο μερικής απασχόλησης (part - time).

Όμως, οι περισσότεροι επαγγελματίες στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας απασχολούνται στην ιδρυματική φροντίδα.

2.5.2 Άτυποι - Οικογενειακοί φροντιστές

Ο ακρογωνιαίος λίθος οποιουδήποτε συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι οι οικογενειακοί φροντιστές (Triantafyllou, 2011). Με βάση σχετικές έρευνες, το μεγαλύτερο μέρος (80% ή και άνω) της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας υπολογίζεται ότι παρέχεται από οικογενειακούς και άλλους άτυπους - ανεπίσημους φροντιστές όπως παιδιά, σύζυγοι, γείτονες και εθελοντές. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία των συγκεκριμένων φροντιστών είναι γυναικείου φύλου (Huber *et al.*, 2009). Με άλλα λόγια, η οικογένεια και τα φιλικά πρόσωπα του εξαρτώμενου ατόμου, τα οποία διακατέχονται από υπευθυνότητα και αγάπη, παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της μακροχρόνιας μέριμνας. Στα κράτη - μέλη του ΟΟΣΑ, παραπάνω από έναν στους δέκα ενήλικες συμμετέχουν στην παροχή άτυπης - ανεπίσημης και συνήθως μη αμειβόμενης φροντίδας. Το υψηλότερο ποσοστό άτυπης - ανεπίσημης φροντίδας εμφανίζεται σε χώρες της Νότιας Ευρώπης (Colombo *et al.*, 2011).

Οι πολιτικές για στήριξη της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας συχνά στρέφουν εξ' ολοκλήρου την προσοχή τους στο εξαρτώμενο άτομο και αμελούν τις δυναμικές που αναπτύσσονται μεταξύ του επαγγελματία φροντιστή, του άτυπου - ανεπίσημου φροντιστή και του εξαρτώμενου ατόμου (Triantafyllou *et al.*, 2010). Αυτό μπορεί να συνεπάγεται τη δημιουργία δύο σημαντικών συνθηκών. Πρώτον, οι άτυποι φροντιστές έχουν τη δυνατότητα να αποκλείουν άτομα που δικαιούνται φροντίδα υγείας. Ο αποκλεισμός σχετίζεται με την πρόσβαση σε υποστηρικτικά προγράμματα - υπηρεσίες. Δεύτερον, δυσχέρειες δημιουργούνται στην περίπτωση που η φροντίδα επιμερίζεται ανάμεσα στην τυπική και άτυπη. Οι δυσχέρειες αυτές, αναφέρονται στον τρόπο που οι επίσημοι και άτυποι φροντιστές συνεργούν και επιμερίζονται τις αρμοδιότητες για την εκτέλεση και εποπτεία της όλης διαδικασίας.

Οι παραπάνω δυσαρμονίες είναι πιθανό να παρακωλύουν την οργάνωση της φροντίδας και ο οικογενειακός φροντιστής συχνά να υποχρεώνεται να δρα ανεπίσημα ως διαχειριστής της κάθε περίπτωσης (case manager). Επομένως, οι επαγγελματίες φροντιστές πρέπει να είναι σε θέση να προετοιμάζονται καλύτερα σχετικά με την

ανάληψη της ευθύνης για τη διεκπεραίωση της φροντίδας και σε αρμονική συνεργασία με τους οικογενειακούς φροντιστές.

Προσθετικά, οι συγκρούσεις θεωρούνται συχνά ήσσονος σημασίας ανάμεσα στα εξαρτώμενα άτομα και τους άτυπους φροντιστές. Οι συγκρούσεις αυτές, οριοθετούνται μεταξύ των αναγκών και των προσδοκιών του εξαρτώμενου ατόμου και του άτυπου φροντιστή. Για παράδειγμα, οι επιλογές των άτυπων φροντιστών μπορεί να μην ταυτίζονται πάντοτε με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των εξαρτώμενων ατόμων και αντιστρόφως. Στο σημείο αυτό εγείρονται δύο ουσιώδη ζητήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τη μία πλευρά, το πρώτο ζήτημα αναφέρεται στο κατά πόσο οι πολιτικές για υποστήριξη της άτυπης φροντίδας στοχεύουν στην αντιμετώπιση των αναγκών των άτυπων φροντιστών ή των εξαρτώμενων ατόμων. Τέλος, από την άλλη πλευρά, το δεύτερο ζήτημα αναφέρεται στο πως μπορούν να ευθυγραμμιστούν άριστα τα μέτρα που εστιάζουν τόσο στα εξαρτώμενα άτομα όσο και στους άτυπους φροντιστές (Leichsenring *et al.*, 2013).

2.5.3 Εθελοντές φροντιστές

Ένα άλλο σημαντικό μερίδιο στην προσφορά μακροχρόνιας φροντίδας υγείας κατέχεται από τους εθελοντές. Οι περισσότεροι εθελοντές συνήθως δεν γνωρίζουν προσωπικά τα εξαρτώμενα άτομα, τα οποία έχουν ανάγκη για φροντίδα υγείας. Η αλληλεγγύη, ο αλtruισμός και η αυτοβελτίωση αποτελούν κάποια από τα κυριότερα κίνητρα των εθελοντών για την ενασχόληση με τη φροντίδα υγείας (Nelson *et al.*, 2004). Συγκεκριμένα, τα κίνητρα της αυτοβελτίωσης ή αυτοανάπτυξης (π.χ. δεξιότητες) επιδεικνύονται κυρίως από νεότερους σε ηλικία εθελοντές, καθώς προσπαθούν να ξεκινήσουν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Τα ορμέμφυτα της αλληλεγγύης αποτυπώνουν την ανάγκη των εθελοντών για κοινωνική αλληλεπίδραση. Αντίθετα, τα κίνητρα του αλtruισμού καθρεφτίζουν την αξία τους επικουρώντας άλλους συνανθρώπους τους (Leichsenring *et al.*, 2013).

2.5.4 Μετανάστες

Η μετανάστευση έχει αρχίσει να αναδύεται στην Ευρώπη, με στόχο να υποκαταστήσει ή / και να συμπληρώσει την έλλειψη άτυπων και επίσημων φροντιστών. Η ανάγκη για εργαζόμενους μετανάστες προέκυψε κυρίως λόγω των ελλείψεων όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών αλλά και της αλλαγής των οικογενειακών προτύπων. Συγκεκριμένα, σε γειτονικές χώρες της Κεντρικής και Νότιας Ευρώπης με μεγάλες μισθολογικές διαφορές και μικρές γεωγραφικές αποστάσεις, οι μετανάστες εργαζόμενοι άρχισαν σταδιακά να εξισώνονται με τους οικογενειακούς φροντιστές ως 'λειτουργικά ισοδύναμοι'. Για παράδειγμα, εκτιμάται ότι το 1 / 3 των ιταλικών νοικοκυριών με εξαρτώμενο άτομο καταφεύγει προσωρινά στη λύση των εργαζόμενων μεταναστών. Οι μετανάστες είναι κυρίως γυναίκες ηλικίας 45 έως 65 ετών και προέρχονται από χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων των νέων κρατών - μελών της Ε.Ε. (Fujisawa and Colombo, 2009). Εν τούτοις, σε ορισμένες χώρες (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο), πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι μετανάστες είναι ηλικίας 20 έως 35 ετών. Το συγκεκριμένο κύμα μεταναστών προέρχεται κυρίως από Αφρικανικές και Ασιατικές χώρες με την προοπτική παραμονής στη χώρα υποδοχής (Cangiano *et al.*, 2009).

Τα όρια ανάμεσα στην επίσημη και άτυπη φροντίδα γίνονται περισσότερο ασαφή με την ύπαρξη της μετανάστευσης. Αυτό συμβαίνει διότι οι μετανάστες συνήθως δεν είναι καταγεγραμμένοι και δεν συνδέονται με μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας της φροντίδας ή με φορείς παροχής επίσημης φροντίδας. Αδιαμφισβήτητα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζόμενων μεταναστών παρέχει αξιοπρεπή φροντίδα στα εξαρτώμενα άτομα. Όμως, αυτό πραγματοποιείται μέσα σε συνθήκες που αντιβαίνουν στην ανάπτυξη ενός συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας υγείας με συγκεκριμένη ταυτότητα, το οποίο να βασίζεται στην αξιοπρέπεια, στην κοινωνική ένταξη και τον αμοιβαίο σεβασμό. Σε μακροπρόθεσμο πλάνο, μπορεί να τεθεί το ερώτημα του κατά πόσο οι παραπάνω συνθήκες είναι βιώσιμες τόσο για τις οικογένειες με εξαρτώμενα άτομα όσο και για τους εργαζόμενους μετανάστες (Leichsenring *et al.*, 2013).

2.6 Υπηρεσίες ΜΦΥ

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό υπηρεσιών (ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες), ένα μεγάλο αριθμό παρόχων υγείας αλλά και ένα συνδυασμό εγκαταστάσεων αναφορικά με το που παρέχεται (κοινότητες, ιδρύματα, κατ' οίκον). Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας παρέχονται από την οικογένεια (άτυπη φροντίδα), από το δημόσιο τομέα (τοπική αυτοδιοίκηση και κράτος) και από τον ιδιωτικό τομέα (επίσημα και ανεπίσημα). Ακολουθώς, παρουσιάζονται οι κυριότερες υπηρεσίες LTC (Evashwick, 2005).

➤ Κράτος / Τοπική αυτοδιοίκηση: Οι κυριότερες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχονται από το κράτος και την τοπική αυτοδιοίκηση συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Φροντίδα στο σπίτι (home care): Η φροντίδα στο σπίτι διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Πρώτον, τη φροντίδα στο σπίτι που περιλαμβάνει την προσωπική φροντίδα (personal care) και την οικιακή φροντίδα (housekeeping care). Η προσωπική φροντίδα αποτελεί μη κλινική φροντίδα και περιλαμβάνει κυρίως υποστήριξη για ADLs. Η οικιακή φροντίδα περιλαμβάνει τη βοήθεια στη συντήρηση του σπιτιού (π.χ. ψώνια) και περιλαμβάνει κυρίως υποστήριξη για IADLs. Δεύτερον, τη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. Παρέχεται από επαγγελματίες υγείας και μπορεί να περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως: χορήγηση φαρμάκων και ενέσεων, περιποίηση πληγών κ. ά.
- Νοσηλεία σε νοσοκομείο / Κλειστή φροντίδα: Τα νοσοκομεία αποτελούν σημαντικούς παρόχους νοσοκομειακής (inpatient medical care) και εξωνοσοκομειακής (outpatient medical care) φροντίδας σε άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με μακροχρόνιες ασθένειες. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν την εισαγωγή του ατόμου για παροχή

ιατροφαρμακευτικής φροντίδας υγείας. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν ιατρικές εξετάσεις (π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις).

- **Ιδρυματική φροντίδα (nursing homes):** Τα ιδρύματα φροντίδας μπορεί να είναι αναπόσπαστα τμήματα πολυεπίπεδων κέντρων, μονάδες νοσοκομείων ή ανεξάρτητες εγκαταστάσεις (π.χ. οίκοι ευγηρίας). Προορίζονται για άτομα που χρειάζονται 24ωρη φροντίδα (skilled nursing care), για τα άτομα που χρειάζονται ειδική φροντίδα (specialty care) και για τα άτομα που χρειάζονται υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας. Το επίπεδο φροντίδας μπορεί να εκτείνεται από την προσωπική φροντίδα μέχρι 24ωρη φροντίδα υπό ιατρική παρακολούθηση.
- **Ανακουφιστική φροντίδα (palliative care):** Απευθύνεται σε άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειάς τους (το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρότερο από 6 μήνες). Η ανάγκη για ανακουφιστική φροντίδα σημαίνει ότι οι θεραπευτικές επιλογές έχουν εξαντληθεί και κατά συνέπεια δεν μπορούν να οδηγήσουν σε αντιμετώπιση της νόσου. Μπορεί να παρέχεται είτε κατ' οίκον είτε σε ξενώνες τελικού σταδίου (hospices).
- **Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων (adult day care):** Προσφέρει τη δυνατότητα στα άτομα να συνεχίσουν να διαμένουν στο σπίτι ενώ λαμβάνουν μια σειρά από υπηρεσίες που χρειάζονται σε ημερήσια βάση. Στοχεύει στην υποκατάσταση της φροντίδας / νοσηλείας στο σπίτι που παρέχεται άτυπα για κάποιο χρονικό διάστημα αλλά και των ιδρυμάτων φροντίδας, των οποίων το κόστος διαμονής είναι αρκετά υψηλό. Η ημερήσια φροντίδα ενηλίκων μπορεί να προσφέρεται και σε κέντρα / μονάδες πέρα από το σπίτι.
- **Κατοικίες (housing):** Περιλαμβάνουν τρεις μεγάλες κατηγορίες. Πρώτον, τις στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (assisted living

facilities). Οι χρήστες των συγκεκριμένων υπηρεσιών χρειάζονται υποστήριξη για ADLs αλλά δεν έχουν ανάγκη την φροντίδα που παρέχεται σε ιδρυματικό επίπεδο. Το επίπεδο φροντίδας που παρέχεται βρίσκεται ανάμεσα σε μια κοινότητα ανεξάρτητης διαβίωσης και ενός ιδρύματος φροντίδας. Δεύτερον, στέγες όπου το επίπεδο υποστήριξης που παρέχεται εντοπίζεται συνήθως ανάμεσα στην ανεξάρτητη διαβίωση και στην υποβοηθούμενη διαβίωση (congregate care facilities). Δεν παρέχεται υποστήριξη για ADLs σε σύγκριση με την υποβοηθούμενη διαβίωση. Τρίτον, τις εγκαταστάσεις ανεξάρτητης διαβίωσης (independent senior housing). Τα άτομα δεν έχουν ανάγκη υποστήριξης για ADLs σε σύγκριση με την υποβοηθούμενη διαβίωση. Η έλλειψη οικονομικών πόρων για αγορά / ενοικίαση κατοικίας και η απροθυμία εργασιών συντήρησης μιας κατοικίας αποτελούν λόγους που ωθούν τα άτομα στις συγκεκριμένες εγκαταστάσεις.

Μια εξελιγμένη μορφή του συγκεκριμένου τύπου φροντίδας αποτελούν οι κοινότητες συνεχιζόμενης φροντίδας ατόμων σε σύνταξη (Continuing Care Retirement Communities / CCRs) που παρέχουν διαφορετικά επίπεδα φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων. Συνδυάζουν την ανεξάρτητη διαβίωση (χαμηλό επίπεδο φροντίδας), την υποβοηθούμενη διαβίωση (μέτριο επίπεδο φροντίδας) και την ιδρυματική φροντίδα (υψηλό επίπεδο φροντίδας) σε μια κοινότητα. Τα άτομα μπορούν να κινούνται από το ένα επίπεδο φροντίδας προς το άλλο, εξακολουθώντας να παραμένουν στη συγκεκριμένη κοινότητα (Ayalon and Yahav, 2019).

- **Επιδόματα και επιδοτούμενες υπηρεσίες:** Ο δημόσιος τομέας μπορεί να προσφέρει παροχές - υπηρεσίες με τη μορφή επιδομάτων σε εξαρτώμενα άτομα (cash allowances). Τα επιδόματα μπορούν να στοχεύουν και στη συμπλήρωση του διαφυγόντος εισοδήματος των άτυπων φροντιστών. Το διαφυγόν εισόδημα μπορεί να προκύπτει από το γεγονός ότι οι άτυποι

φροντιστές αφήνουν την εργασία τους για να παράσχουν υποστήριξη στα συγγενικά ή / και φιλικά τους πρόσωπα. Οι επιδοτούμενες υπηρεσίες μπορούν να περιλαμβάνουν και την κάλυψη μέρους του κόστους για αγορά βοηθητικών μηχανημάτων και κατασκευής ιατρικού εξοπλισμού στο σπίτι.

- Επαγγελματική κατάρτιση των άτυπων φροντιστών: Οι άτυποι φροντιστές μπορούν να εκπαιδευτούν κατάλληλα σχετικά με την σωστή διαχείριση των εξαρτώμενων ατόμων.

Στις παραπάνω υπηρεσίες μπορούν να προστεθούν και οι εξής παροχές: γεύματα στο σπίτι (meals on wheels), τηλεφωνική υποστήριξη των εξαρτώμενων ατόμων από τους φροντιστές ή από ιατρικές μονάδες, μεταφορά (transportation) σε ιατρεία ή νοσοκομεία, υπηρεσίες συμβουλευτικής ψυχολογίας (psychological counseling) κ.ά.

Τέλος, οι περισσότερες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα επικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό από τον δημόσιο τομέα.

2.7 Χρηματοδότηση της ΜΦΥ

Οι παραπάνω υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από το δημόσιο τομέα (public coverage of long - term care), από ίδιες πληρωμές (out - of - pocket payments) και κατά ένα μικρότερο ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα (private long - term care insurance) στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών. Στον Πίνακα 2.2, με βάση την ανάλυση της προσφοράς και των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που προηγήθηκε, συμπυκνώνονται τα εξής: ποιοι φορείς παρέχουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, τι υπηρεσίες παρέχουν, τα άτομα που συμμετέχουν στην παροχή των υπηρεσιών καθώς και την προέλευση (πηγές) της χρηματοδότησης.

Πίνακας 2.2: Ζήτηση, προσφορά και χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ευρώπη

<i>Παροχή υπηρεσιών</i>	<i>Υπηρεσίες</i>	<i>Φροντιστές</i>	<i>Πηγές Χρηματοδότησης</i>
Θεσμός οικογένειας	-Ανεπίσημη φροντίδα	-Συγγενείς - φιλικά και γειτονικά πρόσωπα	- Ίδιες πληρωμές -Αποταμιεύσεις
Δημόσιος τομέας	-Φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι - Νοσηλεία στο νοσοκομείο - Οικονομικές παροχές και επιδόματα -Εκπαίδευση των μη - επαγγελματιών φροντιστών -Τηλεφωνική υποστήριξη	-Επαγγελματίες Φροντιστές -Κοινωνικοί λειτουργοί -Καταρτισμένο προσωπικό για εκπαίδευση των μη-επαγγελματιών φροντιστών -Καταρτισμένο προσωπικό συμβουλευτικής ψυχολογίας και ιατρικής	- Γενική φορολογία - Εισφορές των ασφαλισμένων στο σύστημα ασφάλισης της υγείας - Επιχορηγήσεις - Ίδιες πληρωμές

<p>Τοπική αυτοδιοίκηση</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ξενώνες τελικού σταδίου -Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων -Ασυλα ανιάτων -Κέντρα επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων με ειδικές ανάγκες - CCRs -Ημερήσια φροντίδα ενηλίκων 	<ul style="list-style-type: none"> -Επαγγελματίες φροντιστές -Κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί -Εθελοντές 	<ul style="list-style-type: none"> -Τοπική φορολογία -Εισφορές των ασφαλισμένων στο σύστημα ασφάλισης της υγείας -Ίδιες πληρωμές -Φιλανθρωπίες και δωρεές -Επιχορηγήσεις
<p>Ιδιωτικός τομέας (επίσημος και ανεπίσημος)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Φροντίδα και νοσηλεία στο σπίτι (επίσημη και ανεπίσημη) -Νοσηλεία στο νοσοκομείο και διαγνωστικές εξετάσεις -Ιδιωτικά κέντρα, γηροκομεία και οίκοι ευγηρίας 	<ul style="list-style-type: none"> -Επαγγελματίες και μη επαγγελματίες φροντιστές -Κοινωνικοί λειτουργοί 	<ul style="list-style-type: none"> -Καταβολή ασφαλιστρων από τους ασφαλισμένους στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης της υγείας -Ίδιες πληρωμές - Ποσοστό κρατικών επιχορηγήσεων -Μέτοχοι ασφαλιστικών εταιρειών

Πηγή: του συγγραφέα

Με βάση το θεσμό της οικογένειας, η χρηματοδότηση (financing) των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας προέρχεται από ίδιες πληρωμές (out - of - pocket payments) και αποταμιεύσεις (savings) τόσο των εξαρτώμενων ατόμων όσο και των συγγενικών τους προσώπων.

Υπό το πρίσμα του δημόσιου τομέα, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας μέριμνας χρηματοδοτούνται από τις εξής πηγές: τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω γενικής φορολογίας, τις επιχορηγήσεις, τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω εισφορών των ασφαλισμένων στο σύστημα ασφάλισης της υγείας και τις ίδιες πληρωμές.

Λαμβάνοντας υπόψη το ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης, η χρηματοδότηση των παροχών της φροντίδας προέρχεται από τους ακόλουθους πόρους: τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω τοπικής φορολογίας, τις εισφορές των ασφαλισμένων στο σύστημα ασφάλισης της υγείας, τις ίδιες πληρωμές, τις φιλανθρωπίες και δωρεές καθώς και τις επιχορηγήσεις.

Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να παρέχει υπηρεσίες είτε επίσημα (π.χ. επαγγελματίες φροντιστές) είτε ανεπίσημα (π.χ. μετανάστες φροντιστές). Η χρηματοδότηση βασίζεται στην καταβολή ασφαλιστρών από τα ασφαλισμένα άτομα στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, στις ίδιες πληρωμές, σε κάποιο ποσοστό συμμετοχής των κρατικών επιχορηγήσεων αλλά και στους μετόχους των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το μίγμα χρηματοδότησης από το δημόσιο τομέα, την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Στη συνέχεια, θα επιχειρηθεί η κατηγοριοποίηση των ευρωπαϊκών χωρών με βάση τη δημόσια κάλυψη (public coverage of LTC) των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας που καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο χρηματοδότησης.

2.8 Δημόσια κάλυψη των υπηρεσιών ΜΦΥ

Οι ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν διαφορετικές πολιτικές που σχετίζονται με τη δημόσια κάλυψη της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (Costa – Font and Courbage,

2012). Οι κυριότερες διαφορές στις πολιτικές που ακολουθούνται συνοψίζονται στα ακόλουθα στοιχεία:

- 1) Το σύστημα της μακροχρόνιας μέριμνας μπορεί να είναι ενιαίο ή μέρος του συστήματος υγείας (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 2) Ο βαθμός συμμετοχής της τοπικής αυτοδιοίκησης στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 3) Τα κριτήρια επιλεξιμότητας των ατόμων για μακροχρόνια φροντίδα και η έκταση των ίδιων πληρωμών που πρέπει να καταβάλλουν τα άτομα (out - of - pocket payments) (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 4) Η καθολική ή όχι κάλυψη των υπηρεσιών μακροχρόνιας μέριμνας. Καθολικότητα σημαίνει ότι όλοι όσοι χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα θα τη λάβουν, συμπεριλαμβάνοντας και τα άτομα υψηλού εισοδήματος. Σε περιπτώσεις καθολικής κάλυψης υπηρεσιών, τα άτομα μπορεί να υποχρεώνονται να καταβάλλουν ένα μέρος του κόστους της φροντίδας (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 5) Ο τρόπος χρηματοδότησης της δημόσιας κάλυψης μακροχρόνιας φροντίδας (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 6) Ο βαθμός και το εύρος κάλυψης κυρίως της προσωπικής φροντίδας (είτε κατ' οίκον είτε σε ιδρυματικό επίπεδο), της νοσηλευτικής / ιατρικής φροντίδας, της οικιακής φροντίδας και το κόστος της διαμονής αλλά και των γευμάτων σε ιδρυματικό επίπεδο (Costa – Font and Courbage, 2012).
- 7) Η μορφή των παροχών που προσφέρει ο δημόσιος τομέας στο πλαίσιο της κάλυψης (επιδοτούμενες υπηρεσίες ή επιδόματα) (Costa – Font and Courbage, 2012).

Στη συνέχεια, ακολουθεί η κατηγοριοποίηση διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών, με βασικό κριτήριο το βαθμό καθολικής κάλυψης υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Η ανάλυση επικεντρώνεται στην προσωπική φροντίδα (είτε κατ' οίκον είτε σε ιδρυματικό επίπεδο) επισημαίνοντας τα ανωτέρω στοιχεία (όπου καθίσταται εφικτό).

2.8.1 Καθολική κάλυψη με βάση ενιαίο σύστημα

Τα συγκεκριμένα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα τόσο προσωπική όσο και νοσηλευτική. Η φροντίδα παρέχεται σε όλα τα άτομα που έχουν επιλεγεί με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Τα συγκεκριμένα συστήματα μπορούν να είναι είτε διακριτά από τα συστήματα υγείας των χωρών είτε τμήμα - μέρος των συστημάτων υγείας. Η επιλεξιμότητα των ατόμων καθορίζεται με βάση τα επίπεδα εξάρτησης και τα συστήματα αξιολόγησης των συγκεκριμένων χωρών. Τόσο τα επίπεδα εξάρτησης όσο και τα συστήματα αξιολόγησης είναι ανομοιόμορφα από χώρα σε χώρα. Με άλλα λόγια, η επιλεξιμότητα μπορεί να περιλαμβάνει είτε όλα τα άτομα με κάποιο επίπεδο εξάρτησης ανεξαρτήτου της ηλικίας τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι επιβαρύνσεις όπως αφαιρετές απαλλαγές και συμπληρωμές εμφανίζονται και σε ενιαία συστήματα καθολικής κάλυψης. Το ύψος του εισοδήματος (ύπαρξη συγκεκριμένου ορίου - threshold) καθορίζει τη δυνατότητα μερικών ή ολικών απαλλαγών για τα άτομα χαμηλού εισοδήματος από τις συγκεκριμένες επιβαρύνσεις (Costa – Font and Courbage, 2012). Με βάση τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, προκύπτουν τρία διακριτά ενιαία συστήματα καθολικής κάλυψης.

2.8.1.1 Σύστημα με βάση τη φορολογία

Η Φινλανδία, η Δανία, η Σουηδία και η Νορβηγία αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα του συγκεκριμένου τύπου συστήματος. Οι συγκεκριμένες χώρες προσφέρουν παροχές μακροχρόνιας φροντίδας καθολικής κάλυψης για το σύνολο του πληθυσμού, οι οποίες χρηματοδοτούνται μέσω γενικής φορολογίας. Το συγκεκριμένο σύστημα είναι διακριτό από το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Το κράτος επωμίζεται τη συνολική ευθύνη για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Σημαντικό ρόλο παίζει η τοπική αυτοδιοίκηση είτε στη χρηματοδότηση της φροντίδας (συμπεριλαμβανομένου και της δυνατότητας επιβολής φόρων) είτε στον τρόπο οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών (Karlssoon and Iversen, 2010).

Το κράτος μπορεί να συμμετέχει στη χρηματοδότηση της φροντίδας μέσω επιδοτήσεων. Οι συγκεκριμένες επιδοτήσεις δεν προορίζονται για τοπικό και περιφερειακό επίπεδο (Φινλανδία και Δανία αντίστοιχα). Το ύψος των επιδοτήσεων είναι ανάλογο των αναγκών των ατόμων. Το κράτος παρέχει μια πληθώρα παροχών και

υπηρεσιών με κυριότερες τις ακόλουθες: υποστήριξη της προσωπικής φροντίδας είτε κατ' οίκον είτε σε ιδρυματικό επίπεδο, υποστήριξη της οικιακής φροντίδας (π.χ. Σουηδία και Δανία), παροχή βοηθητικών μηχανημάτων και υπηρεσιών μεταφοράς (Ministry of health and Social Affairs of Sweden, 2007).

2.8.1.2 Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

Η Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και κυρίως η Γερμανία αποτελούν παραδείγματα του συγκεκριμένου συστήματος. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συστήματος είναι: 1) το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν αποτελεί μέρος - τμήμα του συστήματος υγείας, 2) η συμμετοχή στο σύστημα είναι υποχρεωτική για ολόκληρο τον πληθυσμό και 3) η κύρια χρηματοδότηση του συστήματος πραγματοποιείται κυρίως από εισφορές των εργαζομένων - εργοδοτών ενώ το υπόλοιπο τμήμα του κόστους από τη γενική φορολογία (European Commission, 2019). Προσθετικά, οι υπηρεσίες διαμονής και γευμάτων σε ιδρύματα φροντίδας μπορεί να καλύπτονται αλλά μπορεί και όχι (ύπαρξη συμπληρωμών).

2.8.1.3 ΜΦΥ ως μέρος του συστήματος υγείας

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Βέλγιο. Το κόστος της φροντίδας καλύπτεται πλήρως από το σύστημα υγείας. Η κάλυψη περιλαμβάνει: υποστήριξη σε ADLs και νοσηλευτική φροντίδα τόσο κατ' οίκον όσο και ιδρυματικά. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών πραγματοποιείται από εισφορές των ατόμων όπου υπάρχουν ανώτατα όρια στις ίδιες πληρωμές. Τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά επίπεδα εισοδήματος, τα οποία δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος της φροντίδας, επιδοτούνται (Costa – Font and Courbage, 2012). Σε περιφερειακό επίπεδο, ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης για άτομα με κάποιο επίπεδο εξάρτησης εφαρμόστηκε από τη φλαμανδική κυβέρνηση. Το συγκεκριμένο σύστημα παρέχει πρόσθετα χρηματικά οφέλη (Brugiavini *et al.*, 2017).

2.8.2 Μικτά συστήματα

Τα συγκεκριμένα συστήματα παρουσιάζουν ένα μίγμα καθολικής ή / και μη - καθολικής κάλυψης. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρχει καθολική κάλυψη για φροντίδα κατ' οίκον αλλά όχι για ιδρυματική φροντίδα. Το εισόδημα και ενίοτε τα περιουσιακά στοιχεία του εξαρτώμενου ατόμου μπορεί να λαμβάνονται υπόψη για τον καθορισμό του επιπέδου της επιδότησης ή της εισφοράς που πρέπει να καταβάλλει. Αυτό μπορεί να συμβαίνει και σε περιπτώσεις καθολικής κάλυψης. Η συνολική ευθύνη για την παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας βρίσκεται τόσο στο κράτος όσο και στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η χρηματοδότηση του συστήματος πραγματοποιείται μέσω γενικής φορολογίας, εισφορών εργαζομένων - εργοδοτών και ιδιωτικών συμπληρωμών. Το μη καλυπτόμενο κόστος της φροντίδας χρηματοδοτείται από εισφορές των ατόμων, μηχανισμούς κοινωνικής βοήθειας και υποστήριξης του εισοδήματος αλλά και την ιδιωτική ασφάλιση (Costa – Font and Courbage, 2012). Με βάση αυτές τις συνθήκες, διακρίνονται τρία συστήματα κατά φθίνουσα σειρά σχετικά με την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών.

2.8.2.1 Παράλληλα συστήματα καθολικής κάλυψης

Στα συγκεκριμένα συστήματα μπορούν να συνυπάρχουν συστήματα καθολικής κάλυψης κάθε ένα από τα οποία παρέχει καθολική κάλυψη για ένα τύπο φροντίδας. Στη Σκωτία, η νοσηλευτική φροντίδα καλύπτεται καθολικά μέσω του συστήματος υγείας ενώ η προσωπική φροντίδα καλύπτεται καθολικά μέσω του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η δωρεάν νοσηλευτική φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα σε ιδρύματα φροντίδας έχει υποστηριχθεί από όλες τις κομητείες του Ηνωμένου Βασιλείου. Αντίθετα, η προσωπική φροντίδα είναι δωρεάν τόσο κατ' οίκον όσο και σε ιδρυματικό επίπεδο (Greve, 2017). Η χρηματοδότηση της φροντίδας πραγματοποιείται από την τοπική αυτοδιοίκηση. Η έκταση της φροντίδας είναι συνάρτηση του επιπέδου των αναγκών που απαιτούνται αλλά ανεξάρτητη του εισοδήματος των ατόμων. Δεν καλύπτονται οι δαπάνες διαμονής σε ιδρύματα φροντίδας (η κάλυψη πραγματοποιείται από ίδιες πληρωμές) αλλά υπάρχει κάλυψη για υποστήριξη των ADLs.

Η Πολωνία, η Ιταλία και η Τσεχία συνδυάζουν την πρόσβαση σε ιδρύματα φροντίδας καθολικής κάλυψης (λαμβάνοντας υπόψη την διαθεσιμότητα των κλινών) με επιδόματα

καθολικής κάλυψης. Τα συγκεκριμένα επιδόματα, τα οποία δεν είναι συνάρτηση του εισοδήματος των εξαρτώμενων ατόμων, καλύπτουν συνήθως τη φροντίδα κατ' οίκον και μπορεί να περιλαμβάνουν την πρόσληψη άτυπων φροντιστών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα επιδόματα καλύπτουν μόνο ένα τμήμα του κόστους που επιβαρύνει τα άτομα (European Commission, 2019).

2.8.2.2 Συστήματα καθολικής κάλυψης που συνδέονται με το εισόδημα

Βασικό χαρακτηριστικό των συγκεκριμένων συστημάτων αποτελεί η καθολική κάλυψη των παροχών προσωπικής φροντίδας. Οι παροχές μπορούν να έχουν τη μορφή υπηρεσιών σε είδος ή τη μορφή επιδομάτων. Η έκταση των παροχών σταθμίζεται με βάση το εισόδημα του εξαρτώμενου ατόμου. Οι παροχές δεν έχουν στόχο να καλύψουν το συνολικό ή σχεδόν συνολικό κόστος της προσωπικής φροντίδας. Η εφαρμογή τους μπορεί να αναφέρεται στην καθολική κάλυψη ενός συγκεκριμένου τύπου φροντίδας (π. χ. προσωπική ή νοσηλευτική φροντίδα) ενώ διαφορετικού τύπου ρυθμίσεις καθολικής κάλυψης εφαρμόζονται για άλλους τύπους φροντίδας (Costa – Font and Courbage, 2012).

Η Ιρλανδία εφαρμόζει καθολική κάλυψη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για τα επιλέξιμα άτομα μολονότι η πρόσβαση μπορεί να περιορίζεται από τη διαθεσιμότητα των πόρων. Οι δικαιούχοι φροντίδας έχουν δικαίωμα για προσωπική φροντίδα σε ιδρυματικό επίπεδο αλλά είναι υποχρεωμένοι να συνεισφέρουν στο κόστος της φροντίδας τους με βάση την οικονομική τους δυνατότητα. Το ύψος της εισφοράς που καταβάλλουν τα άτομα σταθμίζεται με βάση τα περιουσιακά στοιχεία και το εισόδημά τους. Παρά το γεγονός ότι η προσωπική φροντίδα δεν είναι δωρεάν, όλα τα άτομα που επιλέγονται είναι δικαιούχοι επιδότησης που χρηματοδοτείται από το κράτος (Colombo *et al.*, 2011).

Η Αυστρία εφαρμόζει ένα μίγμα επιδομάτων τα οποία είναι είτε καθολικής κάλυψης είτε προσαρμοσμένα στο εισόδημα. Από το 1993, το επίδομα Pflegegeld παρέχεται σε επίπεδο καθολικής κάλυψης και το ύψος του είναι συνάρτηση του επιπέδου εξάρτησης του ατόμου. Μια νέα επιχορήγηση (2007) συμπλήρωσε το επίδομα Pflegegeld, η οποία αφορούσε κυρίως άτομα υψηλού επιπέδου εξάρτησης. Τα επιδόματα, τα οποία προαναφέρθηκαν, καλύπτουν μέρος του κόστους της φροντίδας. Υπάρχει κρατική

υποστήριξη εφόσον τα εξαρτώμενα άτομα δεν μπορούν να καλύψουν το υπόλοιπο κόστος της φροντίδας (Brugiavini *et al.*, 2017).

Στη Γαλλία, όλες οι διαμονές σε ιδρύματα φροντίδας χρηματοδοτούνται από το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, το εξατομικευμένο επίδομα αυτονομίας (Allocation Personnalisée d'Autonomie / APA) απευθύνεται σε εξαρτώμενα άτομα (60 ετών και άνω), τα οποία διαμένουν είτε σε ιδρύματα είτε κατ' οίκον. Το συγκεκριμένο επίδομα συνεπάγεται μια σειρά συμπληρωμών που συσχετίζονται με το εισόδημα των ατόμων (Drees, 2008). Το APA καλύπτει ένα μέρος του κόστους της προσωπικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο κόστος καλύπτεται από ίδιες πληρωμές για όσα άτομα διαμένουν σε ιδρύματα φροντίδας. Αντίθετα, προσφέρει υποστήριξη για δαπάνες που πραγματοποιούνται με βάση ένα εξατομικευμένο σχέδιο υποστήριξης που καθορίζεται από μια ιατρική ομάδα του κράτους. Η υποστήριξη μπορεί να περιλαμβάνει υπηρεσίες ADLs και IADLs αλλά και την απασχόληση ενός φροντιστή (πέρα από τον οικογενειακό φροντιστή).

2.8.2.3 Συστήματα με μίγμα καθολικής και μη - καθολικής κάλυψης

Στη συγκεκριμένη κατηγορία ανήκουν χώρες που διαθέτουν δύο ή παραπάνω συστήματα, τα οποία παρέχουν καθολική και μη καθολική κάλυψη της φροντίδας (π.χ. Ελλάδα). Μπορεί να υπάρχει καθολική κάλυψη για έναν τύπο φροντίδας ενώ μη καθολική κάλυψη για διαφορετικό τύπο φροντίδας. Σε ευρύτερο πλαίσιο, η καθολική κάλυψη συνήθως εφαρμόζεται για τη φροντίδα στο σπίτι ή / και για τη νοσηλευτική φροντίδα είτε σε ιδρυματικό επίπεδο είτε κατ' οίκον. Παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία των επιλέξιμων ατόμων αλλά και ως προς τη γενναιοδωρία της κάλυψης μεταξύ των χωρών (Costa – Font and Courbage, 2012).

Η Ισπανία διαθέτει ένα σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας που χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Όλα τα άτομα, τα οποία εκτιμάται ότι χρειάζονται φροντίδα, έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και υπόκεινται σε έλεγχο των περιουσιακών τους στοιχείων όσο και του εισοδήματός τους. Τα επιδόματα είναι καθολικής κάλυψης ενώ δεν μπορούν όλα τα άτομα να λαμβάνουν υπηρεσίες σε είδος. Συνεπώς, το 1 / 3 του συνολικού κόστους των υπηρεσιών καταβάλλεται από τα επιλέξιμα άτομα (Costa - Font and Gonzalez, 2007).

Η Ελβετία περιλαμβάνει ένα μίγμα καθολικής και μη καθολικής κάλυψης. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται καθολικά με τη μορφή υπηρεσιών τόσο σε ιδρυματικό επίπεδο όσο και κατ' οίκον μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Η προσωπική φροντίδα παρέχεται μη καθολικά με τη μορφή επιδομάτων (European Commission, 2019).

2.8.3 Συστήματα μη καθολικής κάλυψης

Οι χώρες, οι οποίες ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία, διαθέτουν μηχανισμούς ελέγχου του εισοδήματος και των περιουσιακών στοιχείων για να καθορίσουν το κατώφλι (threshold) επιλεξιμότητας για παροχές προσωπικής φροντίδας που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο τομέα. Δικαιούχοι παροχών μακροχρόνιας φροντίδας αποτελούν τα άτομα που << πέφτουν>> κάτω από ένα καθορισμένο κατώφλι με προτεραιότητα σε περιπτώσεις υψηλών αναγκών φροντίδας. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας μπορούν να περιλαμβάνουν τα περιουσιακά στοιχεία και το εισόδημα του εξαρτώμενου ατόμου ή / και το εισόδημα της οικογένειάς του αλλά και τη διαθεσιμότητα ή όχι της άτυπης φροντίδας. Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση τόσο για κριτήρια και κατώφλια επιλεξιμότητας όσο και του βαθμού ευελιξίας των διαχειριστών φροντίδας για την αξιολόγηση των αναγκών φροντίδας (Costa – Font and Courbage, 2012). Συχνά υπάρχει αλληλοεπικάλυψη με μηχανισμούς της κοινωνικής πρόνοιας. Συμπερασματικά, τα συγκεκριμένα συστήματα προσφέρουν ένα δίχτυ ασφαλείας για τα άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για μακροχρόνια φροντίδα.

Η Αγγλία αποτελεί ένα σύστημα μη καθολικής κάλυψης της προσωπικής φροντίδας. Τα άτομα υπόκεινται σε έλεγχο του εισοδήματός τους πριν αποκτήσουν πρόσβαση σε προσωπική φροντίδα (Greve, 2017). Εν τούτοις, σε άτομα με σοβαρά προβλήματα αναπηρίας προσφέρονται παροχές μη ανταποδοτικές και για τις οποίες δεν υπάρχει έλεγχος του εισοδήματος. Σημαντικός είναι ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην προσφορά της φροντίδας. Υπάρχει έλεγχος τόσο του εισοδήματος όσο και των περιουσιακών στοιχείων σχετικά με την πρόσβαση σε ιδρύματα φροντίδας. Αντίθετα,

στη φροντίδα κατ' οίκον, οι δικαιούχοι λαμβάνουν μια παροχή (με τη μορφή οικονομικής βοήθειας) που υπόκειται σε έλεγχο του εισοδήματος.

2.9 Ιδιωτική ασφάλιση ΜΦΥ

Η ιδιωτική ασφάλιση καταλαμβάνει ένα πολύ μικρό ποσοστό (σχεδόν) αμελητέο στην κάλυψη υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Ακολούθως, αναλύονται οι λόγοι που οδηγούν σε αμελητέα συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης στη μακροχρόνια μέριμνα με κύρια παραδείγματα από την Γαλλία και τις Η.Π.Α, οι οποίες έχουν τα πιο ανεπτυγμένα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ (Mosca *et al.*, 2017).

2.9.1 Εμπιστοσύνη στην οικογενειακή αλληλεγγύη

Σύμφωνα με τον Pauly (1990), η ασφάλιση υγείας είναι πιθανό να μην αγοραστεί από ηλικιωμένα άτομα, τα οποία προτιμούν τη βοήθεια - υποστήριξη των παιδιών τους, σε περίπτωση εμφάνισης κάποιου επιπέδου εξάρτησης. Αυτή η συμπεριφορά θα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους της ιδρυματικής φροντίδας και κατ' επέκταση το κίνητρο για ιδιωτική ασφάλιση ΜΦΥ θα ήταν αρκετά χαμηλό (ακόμη και στη μη ύπαρξη δημόσιας κάλυψης).

Η εμπιστοσύνη στην οικογενειακή αλληλεγγύη είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη αντικινήτρου αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης. Το πρόβλημα εντείνεται ακόμα περισσότερο όταν το ηλικιωμένο άτομο δεν λειτουργεί με αλτρουιστική συμπεριφορά. Ένα ηλικιωμένο άτομο, το οποίο συμπεριφέρεται αλτρουιστικά, είναι πιο πιθανό να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς θα προτιμούσε να μην επιβαρύνει την οικογένειά του. Αντίθετα, ένας μη - αλτρουιστής ηλικιωμένος μπορεί να χρησιμοποιήσει την περιουσία του για να βρει υποστήριξη από την οικογένειά του και κατ' επέκταση δεν θα αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση (Costa – Font and Courbage, 2012).

Εν τούτοις, εμπειρικές μελέτες στη Γαλλία και στις ΗΠΑ οδηγούν σε αντικρουόμενα συμπεράσματα για το ρόλο της οικογενειακής αλληλεγγύης. Από τη μια πλευρά, στη Γαλλία, εμπειρική μελέτη δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη ζήτηση για αγορά ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ και στις μεταβλητές του γάμου και

της οικογένειας (Courbage and Roudaut, 2008). Από την άλλη πλευρά, στις ΗΠΑ, ο θεσμός της οικογένειας δεν φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο (Sloan and Norton, 1997).

2.9.2 Το φαινόμενο Crowding - out

Η έκταση της δημόσιας κάλυψης της ΜΦΥ έχει οδηγήσει σε εκτόπιση της ιδιωτικής ασφάλισης (φαινόμενο Crowding – out). Παρατηρείται ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη δημόσια κάλυψη (Medicaid) και στη ζήτηση για αγορά ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ στις ΗΠΑ (Sloan and Norton, 1997). Το γεγονός ότι υπάρχει διαθέσιμη δημόσια κάλυψη, όπως το Medicaid, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του μεριδίου της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς (ακόμη και όταν είναι αναλογιστικά δίκαιη) κατά 2 / 3 (Brown and Finkelstein, 2004b).

Εν τούτοις, εμπειρική μελέτη δείχνει ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας θα αυξανόταν μόνο κατά 1,1% στη περίπτωση που το ανώτατο όριο των περιουσιακών στοιχείων διευρυνόταν σε 10,000 \$ σε ετήσιο επίπεδο (Brown, Coe & Finkelstein, 2007). Αυτό σημαίνει ότι το φαινόμενο του crowding - out δεν ευθύνεται πλήρως για τα χαμηλά επίπεδα ασφάλισης. Η παραπάνω εμπειρική μελέτη επιβεβαιώνεται από τις εξής δύο στρατηγικές συμπεριφορές των ατόμων: 1) τα υγιή και νεότερης ηλικίας άτομα αποφασίζουν να δαπανήσουν την πλειοψηφία των περιουσιακών τους καθώς γνωρίζουν ότι ο δημόσιος τομέας θα τους καλύψει και 2) η απόκρυψη ή / και η μεταφορά των περιουσιακών στοιχείων των ατόμων στα παιδιά τους. Οι δύο αυτές συμπεριφορές στοχεύουν στην εκμετάλλευση των παροχών ΜΦΥ που συσχετίζονται με το ύψος του εισοδήματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ο δημόσιος τομέας συνήθως είναι απρόθυμος να αντιμετωπίσει τέτοιες συμπεριφορές παρά το γεγονός ότι η τοπική αυτοδιοίκηση διαθέτει τη νομική δικαιοδοσία για ανάκτηση μέρους των περιουσιακών στοιχείων των ατόμων που επωφελήθηκαν (Costa – Font and Courbage, 2012).

2.9.3 Ανεπαρκή ασφαλιστικά συμβόλαια

Η μορφή των διαθέσιμων ασφαλιστικών προϊόντων ΜΦΥ μπορεί να αποτελεί λόγο μη - ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς. Πολλές ιδιωτικές ασφαλιστικές αγορές προβλέπουν την καταβολή ενός επιδόματος σε μηνιαία βάση, το οποίο είναι συνάρτηση του επιπέδου εξάρτησης του ατόμου και σταθμίζεται με βάση την εξέλιξη της συγκεκριμένης εξάρτησης. Η ασφαλιστικότητα είναι περιορισμένη στα συγκεκριμένα ασφαλιστικά προϊόντα λόγω της ύπαρξης κάποιου βαθμού εκ των υστέρων ηθικού κινδύνου (ex post moral hazard). Η αξιολόγηση του επιπέδου εξάρτησης χαρακτηρίζεται από αντικειμενικότητα εν αντιθέσει με την έκταση των αναγκών που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα λόγω της ύπαρξης ψυχολογικών και πολιτιστικών παραγόντων (Costa – Font and Courbage, 2012). Συνεπώς, κάποια άτομα μπορούν να θεωρούν ότι το επίδομα (cash benefit) ως ασφαλιστικό προϊόν που προσφέρεται δεν καλύπτει την έκταση των αναγκών τους.

Επιπρόσθετα, σημαντική παράμετρος αποτελεί η ατελής φύση των συμβολαίων πέρα από την ανεπαρκή μορφή των ασφαλιστικών προϊόντων. Υπάρχει σημαντική απόκλιση από τη στιγμή αγοράς ασφάλισης ΜΦΥ μέχρι την εμφάνιση των πρώτων δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας και κατ' επέκταση της καταβολής αποζημιώσεων. Παρ' όλα αυτά, ο κίνδυνος αύξησης των δαπανών ανά άτομο και εμφάνισης κάποιου επίπεδου εξάρτησης είναι αρκετά υψηλός και πιθανός για όλα τα μέλη μιας συγκεκριμένης ομάδας. Μια λύση σε μια ξαφνική αύξηση των δαπανών ΜΦΥ θα μπορούσε να είναι η συγκέντρωση των κινδύνων διαχρονικά. Όμως, το εγχείρημα κατανομής του κινδύνου είναι δύσκολο έως αδύνατο λόγω της συσχέτισης των δαπανών ΜΦΥ διαχρονικά. Επομένως, κανένα άτομο δεν μπορεί να είναι πλήρως ασφαλισμένο με το πέρασμα του χρόνου απέναντι στο διαφαινόμενο κίνδυνο αύξησης των δαπανών. Η παραπάνω ανάλυση ερμηνεύει τη μορφή των ασφαλιστικών προϊόντων που επικρατούν σήμερα. Τα σημερινά συμβόλαια προσφέρουν σταθερές αποζημιώσεις, συμπεριλαμβανομένου πολλών περιορισμών (Costa – Font and Courbage, 2012). Επιπλέον, οι υψηλές τιμές των ασφαλιστρών εξηγούνται από την ύπαρξη του υψηλού κινδύνου αύξησης των δαπανών ΜΦΥ που προαναφέρθηκε.

2.9.4 Άρνηση ασφάλισης σε περιπτώσεις υψηλής εξάρτησης

Η συμπεριφορά του ατόμου σε συνθήκες υψηλών επιπέδων εξάρτησης και κατ' επέκταση η προοπτική του θανάτου μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα επίπεδα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Επομένως, σε συνθήκες υψηλών επιπέδων εξάρτησης, το άτομο μπορεί να κυριευθεί από άγχος και να οδηγηθεί σε άρνηση - έλλειψη θέλησης και σε ασυνεπείς αποφάσεις σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση ΜΦΥ. Ο περιορισμός των διαταραχών άγχους και άρνησης λόγω της προοπτικής του θανάτου μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ τα μη - προνοητικά άτομα. Αντίθετα, τα προνοητικά άτομα μπορεί να ασφαλιστούν παραπάνω από όσο χρειάζεται για να αντιμετωπίσουν την επικείμενη μελλοντική άρνησή τους για ασφάλιση σε περιπτώσεις υψηλών επιπέδων εξάρτησης (Brown and Finkelstein, 2004b).

2.9.5 Υψηλά κόστη ιδιωτικής ασφάλισης

Ένας παράγοντας που συμβάλλει στο υψηλό κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να καθυστερούν την αγορά της. Με αυτό τον τρόπο, τα άτομα προσπαθούν να συλλέξουν καλύτερη πληροφόρηση τόσο για τα ασφαλιστικά προϊόντα που τους ταιριάζουν καλύτερα όσο και για το κόστος τους.

Το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής αποτελεί άλλη μια αίτια αύξησης του κόστους της ιδιωτικής ασφάλισης για ΜΦΥ. Παρατηρείται ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν καλύτερη πληροφόρηση από το δημόσιο και ιδιωτικό ασφαλιστικό οργανισμό ως προς την εμφάνιση κάποιου επιπέδου εξάρτησης. Το γεγονός αυτό ωθεί τις τιμές των ασφαλιστρών σε υψηλά επίπεδα. Το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής επιβεβαιώνεται από εμπειρικές μετρήσεις τόσο στη Γαλλία όσο και στις ΗΠΑ. Στη Γαλλία, παρατηρήθηκε θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον υψηλό κίνδυνο εξάρτησης και της αγοράς ασφάλισης ΜΦΥ (Courbage and Roudaut, 2008). Στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην υποκειμενική πιθανότητα εισόδου σε ένα ίδρυμα φροντίδας και της πιθανότητας αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ (Sloan and Norton, 1997).

Προσθετικά, άλλος ένας παράγοντας που ωθεί τα κόστη της ιδιωτικής ασφάλισης LTC σε υψηλά επίπεδα είναι τα ποσοστά προσαύξησης (loading factors). Στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό προσαύξησης ενός τυπικού ασφαλιστηρίου LTC που

αγοράζεται από ένα άτομο ηλικίας 65 ετών ήταν 0,18 (Brown and Finkelstein, 2004a). Η υψηλή τιμή του ποσοστού προσαύξησης οφείλεται στις εξής παραμέτρους: 1) τη συνολική επικινδυνότητα, 2) τον ατελή ανταγωνισμό, 3) την ασύμμετρη πληροφόρηση και 4) τα διοικητικά κόστη. Οι συγκεκριμένες παράμετροι υποδηλώνουν υψηλό ποσοστό προσαύξησης καθώς και όρια στο εύρος των παροχών.

2.9.6 Άγνοια και μυωπική συμπεριφορά

Η απόφαση του ατόμου για αγορά ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ εσωκλείει την ύπαρξη του μελλοντικού κινδύνου εξάρτησης με βάση την ηλικία. Αυτό επιβεβαιώνεται από ακριβείς εμπειρικές εκτιμήσεις. Η πρόσβαση σε ίδρυμα φροντίδας έχει πιθανότητα 0,43 για έναν 65χρονο (Kemper and Murtaugh, 1991). Άλλη σχετική εμπειρική εκτίμηση έδειξε ότι το 15 - 20% των νέων ατόμων που εισέρχεται σε ίδρυμα φροντίδας θα παραμείνει περισσότερο από 5 χρόνια (Murtaugh *et al.*, 1997). Συνεπώς, οι παραπάνω εκτιμήσεις καθώς και το υψηλό κόστος για ΜΦΥ θα πρέπει να οδηγήσουν έναν μεγάλο αριθμό ατόμων σε κίνδυνο στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης.

Εν τούτοις, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανό να έχουν άγνοια των παραπάνω εκτιμήσεων ή να αντιμετωπίζουν τις εκτιμήσεις με μυωπική συμπεριφορά. Συνεπώς, η απόφαση για αγορά ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης δεν βασίζεται μόνο στον πραγματικό κίνδυνο της εξάρτησης αλλά αποκαλύπτει πως το άτομο αντιλαμβάνεται το συγκεκριμένο κίνδυνο καθώς μεγαλώνει μέσα στο χρόνο. Η συγκεκριμένη απόφαση αποκαλύπτει τις υποκειμενικές πιθανότητες εξάρτησης των ατόμων, οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικά χαμηλότερες από τις πραγματικές πιθανότητες που προαναφέρθηκαν. Αυτό επιβεβαιώνεται από την έρευνα Asset and Health Dynamics (2020) στην οποία περίπου το 50% των ατόμων με μέσο όρο ηλικίας 79 έτη ανέφερε μια μηδενική υποκειμενική πιθανότητα για ιδρυματική φροντίδα μέσα στα επόμενα 5 έτη. Συμπερασματικά, η άγνοια και η μυωπική συμπεριφορά μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένα ποσοστά αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης.

2.10 Σύνοψη

Οι διαφορές των εθνικών συστημάτων ΜΦΥ στην Ευρώπη εστιάζονται στα πεδία της χωροταξικής και θεσμικής διάσπασης, σε πολιτικές για πρόκριση της φροντίδας στο σπίτι, στη διαδικασία της χρηματοδότησης και στο ρόλο της άτυπης φροντίδας.

2.10.1 Χωροταξική και θεσμική διάσπαση

Όσον αφορά τη χωροταξική και θεσμική διάσπαση, η ΜΦΥ δεν αποτελεί διακριτό τομέα κοινωνικής πολιτικής στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών. Η διάσπαση των αρμοδιοτήτων χαρακτηρίζει την παροχή ΜΦΥ στις περισσότερες χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη ολοκλήρωσης μεταξύ των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών για την παροχή ΜΦΥ. Η χρηματοδότηση προκύπτει από διαφορετικούς πόρους ενώ η οργάνωσή της πραγματοποιείται σε διαφορετικά επίπεδα είτε οριζόντια είτε κάθετα (Πιερράκος, 2013). Ο υγειονομικός τομέας έχει την ευθύνη για την παρεχόμενη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας ενώ ο κοινωνικός τομέας έχει την ευθύνη για υπηρεσίες που συνδέονται με την υποστήριξη του εξαρτώμενου ατόμου (Leichsenring *et al.*, 2013). Η οριζόντια διάσπαση των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών ακολουθείται από έναν κάθετο διαχωρισμό των αρμοδιοτήτων σε διαφορετικά θεσμικά επίπεδα (εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο) στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών (π.χ. Νότιες και Ανατολικές χώρες). Αντίθετα, η οριζόντια ολοκλήρωση τόσο των υγειονομικών όσο και των κοινωνικών υπηρεσιών επιτυγχάνεται μόνο από ένα μικρό αριθμό χωρών (π.χ. Δανία και Ιρλανδία).

2.10.2 Πρόκριση της φροντίδας στο σπίτι

Σε σχέση με πολιτικές για πρόκριση της φροντίδας στο σπίτι, η φροντίδα στο σπίτι προκρίνεται έναντι της ιδρυματικής φροντίδας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Σκανδιναβικές χώρες). Παρόλα αυτά, οι επίσημες υπηρεσίες ΜΦΥ παραμένουν μη ανεπτυγμένες σε ένα μεγάλο αριθμό χωρών (π.χ. Ελλάδα). Επομένως, στρατηγικές αποκατάστασης και πρόληψης εφαρμόζονται επιτυχημένα μόνο σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Γερμανία και Δανία). Οι συγκεκριμένες στρατηγικές έχουν στόχο τα ηλικιωμένα άτομα: 1) να ζουν ανεξάρτητα και 2) να διατηρούνται ψυχικά, σωματικά,

και κοινωνικά ενεργοί όσο είναι εφικτό έτσι ώστε να εμποδίζεται ο κοινωνικός αποκλεισμός τους αλλά και η εξάρτησή τους από υπηρεσίες φροντίδας (European Commission, 2018a). Επίσης, πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν μη ανεπτυγμένη όχι μόνο τη φροντίδα στο σπίτι αλλά και την ιδρυματική φροντίδα (π.χ. Ελλάδα και Ανατολικές χώρες) ενώ σε άλλες χώρες παρατηρείται μείωση της προσφοράς ιδρυματικής φροντίδας ως αποτέλεσμα πολιτικών αποϊδρυματοποίησης (κυρίως Σκανδιναβικές χώρες). Λαμβάνοντας υπόψη ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η ζήτηση υπερβαίνει την προσφορά ΜΦΥ έχει παρατηρηθεί η τάση ιδιωτικοποίησης της ΜΦΥ (European Commission, 2019). Η συγκεκριμένη τάση αναδύθηκε για εξαρτώμενα άτομα που έχουν την οικονομική δυνατότητα να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα (π.χ. Ελλάδα και Ανατολικές χώρες) αλλά και για να καλύψει τη μη αποτελεσματική χρήση παροχών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. μακροχρόνια νοσηλεία σε νοσοκομείο).

2.10.3 Διαδικασία χρηματοδότησης

Λαμβάνοντας υπόψη τη διαδικασία χρηματοδότησης, τόσο οι ανάγκες φροντίδας, το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία του ατόμου όσο και η διαθεσιμότητα των οικογενειακών φροντιστών αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες για δημόσια κάλυψη της ΜΦΥ αλλά και της παροχής επιδομάτων. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες απαιτούνται ιδιωτικές πληρωμές τόσο για υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι όσο και για υπηρεσίες ιδρυματικής φροντίδας. Η γενική φορολογία χρηματοδοτεί τα περισσότερα από τα συγκεκριμένα σχήματα (Costa – Font and Courbage, 2012).

2.10.4 Ρόλος της άτυπης φροντίδας

Τέλος, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στο ρόλο της άτυπης φροντίδας. Η ΜΦΥ βασίζεται κυρίως στους άτυπους οικογενειακούς φροντιστές σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Οι ευρωπαϊκές χώρες διαφέρουν σημαντικά ως προς την έκταση υποστήριξης των άτυπων φροντιστών από κρατικές παρεμβάσεις. Σε έναν περιορισμένο αριθμό χωρών υπάρχει νομική κατοχύρωση των οικογενειακών ευθυνών μεταξύ γονέων - παιδιών (π.χ. Λιθουανία και Λετονία). Πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει πολιτικές που

επιτρέπουν είτε μειωμένο ωράριο εργασίας είτε άδεια εργασίας στους οικογενειακούς φροντιστές (European Commission, 2018a). Αντίθετα, ένας μικρός αριθμός χωρών χορηγεί επιδόματα στους φροντιστές (π.χ. Ουγγαρία και Φινλανδία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

3.1 Εισαγωγή

Ο πληθυσμός της Ελλάδας σήμερα υπολογίζεται σε περίπου 11 εκ. και προβλέπεται να μειωθεί σε 9.000.000 περίπου άτομα μέχρι το 2050 με βάση τις προβλέψεις πληθυσμού της Eurostat εξαιτίας των υψηλών ποσοστών υπογεννητικότητας (European Commission, 2018c). Παράλληλα ο δείκτης εξάρτησης των ατόμων 65 + υπολογίστηκε σε 33,6% για το 2017 (Πίνακας 1.4) και προβλέπεται ότι σε κάθε ηλικιωμένο άτομο θα αντιστοιχούν κάτι λιγότερο από δύο άτομα παραγωγικής ηλικίας (European Commission, 2018c). Αυτό σημαίνει ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας γερνάει με γρήγορους ρυθμούς και έρχεται όλο και περισσότερο αντιμέτωπος με την τάση για αυξανόμενη ΜΦΥ.

Η ΜΦΥ στην Ελλάδα δεν αποτελεί αυτόνομη θεσμοθετημένη πολιτική αλλά αναπτύσσεται αποσπασματικά στα πλαίσια της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας, των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης. Αυτό μεταφράζεται ότι η εν λόγω φροντίδα δεν συνθέτει ένα διακριτό τομέα κοινωνικής πολιτικής με απώτερο στόχο την κοινωνική προστασία του πληθυσμού και υφίσταται έλλειψη συνεργασίας των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών (European Commission, 2019).

Ως εκ τούτου, προκύπτει η ανάγκη διερεύνησης των ιδιαίτερων πτυχών - χαρακτηριστικών της ΜΦΥ με ιδιαίτερη έμφαση στη ζήτηση - προσφορά της αλλά και του πώς πραγματοποιείται η δημόσια κάλυψή της. Το παρόν κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση του συστήματος ΜΦΥ στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με βάση τις εξής κύριες προκλήσεις: την πρόσβαση - επάρκεια του συστήματος, την υποστήριξη της επίσημης – ανεπίσημης φροντίδας και την ποιότητα των υπηρεσιών, τις επιπτώσεις στην αγορά εργασίας των γυναικών και τέλος την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος.

3.2 Χαρακτηριστικά ΜΦΥ

Τα ουσιώδη χαρακτηριστικά της ΜΦΥ στην Ελλάδα μπορούν να διαφανούν εξετάζοντας τα ακόλουθα κριτήρια (WHO, 2003): 1) το επίπεδο διοίκησης που ευθύνεται για την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας, 2) η ύπαρξη ή μη καθολικής κάλυψης 3) η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στη χρηματοδότηση των παροχών, 4) η αυστηρότητα των κριτηρίων επιλεξιμότητας για την παροχή υπηρεσιών, 5) το επίπεδο των παροχών, 6) η βαρύτητα των χρηματικών παροχών, 7) ο βαθμός κάλυψης της αναπηρίας, 8) ο βαθμός υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον και 9) η έκταση των ιδιωτικών πληρωμών.

Λαμβάνοντας υπόψη το πρώτο κριτήριο, η ΜΦΥ δεν αποτελεί διακριτό τομέα κοινωνικής πολιτικής και υπάρχει έλλειψη ολοκλήρωσης μεταξύ των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι η χρηματοδότηση της ΜΦΥ προκύπτει από διαφορετικούς πόρους και η οργάνωσή της συντελείται σε διαφορετικά επίπεδα (οριζόντια και κάθετα). Ο οριζόντιος διαχωρισμός ανάμεσα στον κοινωνικό και υγειονομικό τομέα ακολουθείται από κάθετο διαχωρισμό αρμοδιοτήτων σε διαφορετικά θεσμικά επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Ο συγκεκριμένος διαχωρισμός αφορά τη ρύθμιση, τη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών (Πιερράκος, 2013). Η χρηματοδότηση και η ρύθμιση τόσο της υγειονομικής όσο και της κοινωνικής φροντίδας πραγματοποιείται σε εθνικό επίπεδο. Οι δήμοι επιφορτίζονται με το έργο της διασφάλισης της παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών (κυρίως της φροντίδας στο σπίτι). Ο κοινωνικός τομέας οργανώνει υπηρεσίες που σχετίζονται με τη βοήθεια του εξαρτώμενου ατόμου σε IADLs ενώ το σύστημα υγείας έχει την ευθύνη που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας. Συνεπώς, η προαναφερθείσα οριζόντια διαίρεση παρακωλύει την αρμονική συνεργασία κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Επομένως, υπάρχει θεσμική και γεωγραφική διάσπαση της παροχής ΜΦΥ με αποτέλεσμα να δημιουργεί προβλήματα στην καθολική κάλυψη και πρόσβασή της καθώς και οι υπηρεσίες να προσφέρονται αποσπασματικά (Allen *et al.*, 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη το χαρακτήρα και το είδος του επικρατούντος συστήματος ΜΦΥ μπορούν να εξηγηθούν τα κριτήρια 2, 3, 4, 5, 6 και 7. Το ελληνικό σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας προσιδιάζει σε ένα σύστημα με μίγμα καθολικής και μη καθολικής κάλυψης. Βασικό χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι η επίσημη παροχή μακροχρόνιας φροντίδας δεν είναι αρκετά ανεπτυγμένη (βλέπε Ενότητα 3.4).

Παρατηρείται η παροχή καθολικής κάλυψης για ιδρυματική φροντίδα αλλά καμία κάλυψη για φροντίδα στο σπίτι. Δεν υπάρχει δημόσια χρηματοδότηση για φροντίδα κατ' οίκον αλλά υπάρχει περιορισμένη επίσημη παροχή φροντίδας κατ' οίκον (κριτήριο 2). Η ασφάλιση υγείας προβλέπει την άμεση παροχή φροντίδας και κοινωνικών υπηρεσιών. Σε θεωρητικό επίπεδο, κάθε ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο ηλικιωμένο άτομο με ειδικές ανάγκες έχει δικαίωμα πρόσβασης στη μακροχρόνια φροντίδα. Αν τα εξαρτώμενα άτομα είναι νόμιμοι κάτοικοι της χώρας δεν προβλέπονται περιορισμοί στην πρόσβαση ή / και θεσμικές διακρίσεις (κριτήριο 3). Δεν υπάρχει δημόσια χρηματοδότηση για φροντίδα κατ' οίκον αλλά υπάρχει περιορισμένη επίσημη παροχή φροντίδας κατ' οίκον (Costa – Font and Courbage, 2012). Τα κριτήρια επιλεξιμότητας για παροχή δημόσιας ΜΦΥ θεωρούνται αυστηρά και περιλαμβάνουν: έλεγχο του εισοδήματος, των περιουσιακών στοιχείων και προορίζονται για άτομα που βρίσκονται πάνω από κάποιο ορισμένο όριο ηλικίας (κυρίως για φροντίδα στο σπίτι) ή δεν έχουν οικογενειακή υποστήριξη (κριτήριο 4). Η επιλεξιμότητα για υψηλά επίπεδα παροχών βασίζεται στη σοβαρότητα της αναπηρίας (κριτήριο 5). Οι χρηματικές παροχές (επιδόματα) προορίζονται για άτομα με σοβαρές αναπηρίες (κριτήριο 6). Επομένως, σύμφωνα με τα κριτήρια 5 και 6, ο βαθμός κάλυψης της αναπηρίας είναι ευρύς για συγκεκριμένο τμήμα πληθυσμού (κριτήριο 7).

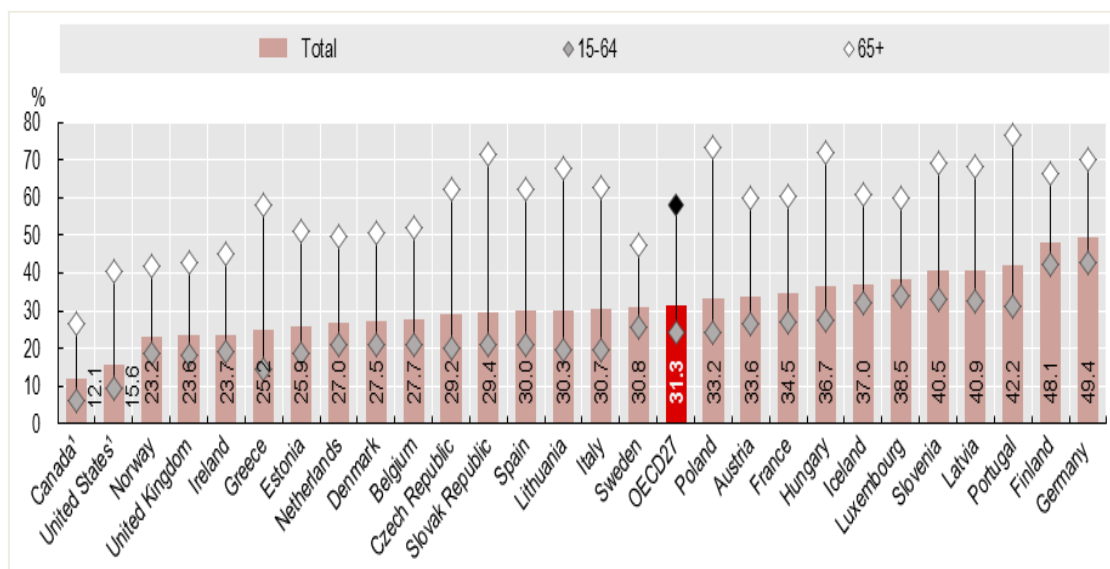
Τέλος, τα κριτήρια 8 και 9 συσχετίζονται άμεσα μεταξύ τους. Υπάρχει κυριαρχία της ανεπίσημης φροντίδας λόγω των μεγάλων ελλείψεων σε επίσημες υπηρεσίες ΜΦΥ (η ζήτηση υπερβαίνει την προσφορά). Από τη μια πλευρά, οι οικογενειακοί φροντιστές καλύπτουν τόσο τη φροντίδα στο σπίτι (ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση) όσο και τη φροντίδα σε ιδρυματικές / νοσηλευτικές εγκαταστάσεις. Όσον αφορά τις ιδρυματικές εγκαταστάσεις, υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη για τα κόστη διαμονής σε αυτές (π.χ. στέγαση, γεύματα) στη περίπτωση που το άτομο δεν μπορεί να τα καλύψει (κριτήριο 8). Από την άλλη πλευρά, ιδιωτικές πληρωμές απαιτούνται τόσο για φροντίδα στο σπίτι όσο και για ιδρυματική φροντίδα (European Commission, 2018a). Μετανάστες (κυρίως γυναίκες) καλύπτουν ένα μέρος της άτυπης φροντίδας μέσω ιδιωτικών πληρωμών (το ποσοστό συμμετοχής τους στη φροντίδα ήταν μεγαλύτερο πριν την οικονομική κρίση). Σε σχέση με την ιδρυματική φροντίδα, υπάρχει η τάση ιδιωτικοποίησης της ΜΦΥ για εξαρτώμενα άτομα που έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν μέσω ιδιωτικών ιδρυμάτων περίθαλψης κερδοσκοπικού χαρακτήρα που πληρούν τις προϋποθέσεις για δημόσια χρηματοδότηση (κριτήριο 9).

3.3 Ζήτηση και προσφορά ΜΦΥ στην Ελλάδα

Η ζήτηση υπηρεσιών ΜΦΥ υπερβαίνει την προσφορά (European Commission, 2018b). Αυτό μπορεί να υποστηριχθεί λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις επικρατούσες τάσεις από την πλευρά της ζήτησης όσο και τις αντίστοιχες τάσεις από την πλευρά της προσφοράς.

3.3.1 Η πλευρά της ζήτησης

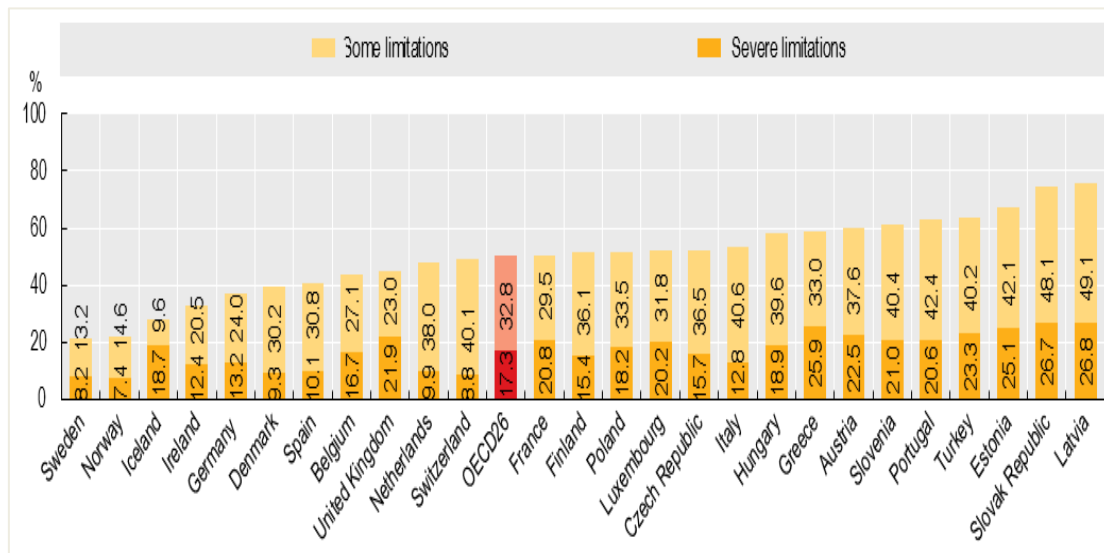
Από την πλευρά της ζήτησης, τα Γραφήματα 3.1 και 3.2 απεικονίζουν τα άτομα που ζουν με δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες ανά ηλικία για το έτος 2014 και τους περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες σε άτομα ηλικίας 65 + για το έτος 2017 αντίστοιχα. Στο Διάγραμμα 3.1 παρατηρείται ότι το 14,4% ατόμων ηλικίας 15 - 64 ετών ανέφερε ότι ζει με δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες στην Ελλάδα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 24,1%.



Πηγή: EHIS - 2 2014 and other national health surveys.

Διάγραμμα 2.1: Άτομα που ζουν με δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες ανά ηλικιακή ομάδα για το έτος 2014 (OECD27)

Η Φινλανδία και η Γερμανία εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά για το συγκεκριμένο ηλικιακό group (48,1% και 49,4% αντίστοιχα). Η Ελλάδα βρισκόταν στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για το ηλικιακό group 65 + (58,1%). Πάνω από το 70% ατόμων ηλικίας 65 + ανέφερε ότι ζει με πάνω από δύο ασθένειες σε πέντε χώρες (OECD, 2019). Στο Διάγραμμα 3.2 παρατηρείται ότι το 58,9% ατόμων ηλικίας 65 + στην Ελλάδα ανέφερε ότι είχε τουλάχιστον κάποιο περιορισμό στις καθημερινές δραστηριότητες: το 33% ανέφερε κάποιο περιορισμό ενώ το 25,9% ανέφερε σοβαρούς περιορισμούς. Το 25,9% των ατόμων που ανέφερε σοβαρούς περιορισμούς ήταν το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2019).



Πηγή: Eurostat Database (2017)

Διάγραμμα 3.2: Περιορισμοί (κάποιοι ή σοβαροί) σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής σε άτομα ηλικίας 65 + για το έτος 2017 (OECD26)

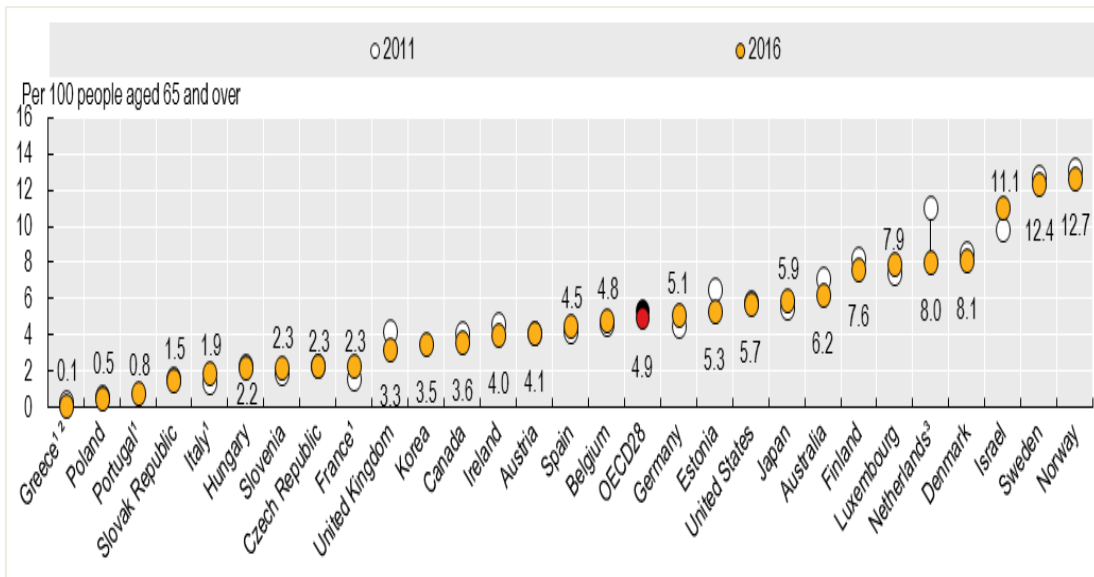
Η Σλοβακία (74,8%) και η Λιθουανία (75,9%) είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ηλικίας 65 + που ανέφερε τόσο κάποιο περιορισμό (48,1% και 49,1% αντίστοιχα) όσο και σοβαρό περιορισμό στις καθημερινές δραστηριότητες (26,7% και 26,8% αντίστοιχα). Αντίθετα, η Σουηδία (21,4%) και η Νορβηγία (22,0%) εμφάνισαν τα

χαμηλότερα ποσοστά τόσο σε όσους ανέφεραν κάποιο περιορισμό (13,2% και 14,6% αντίστοιχα) όσο και σε όσους ανέφεραν σοβαρό περιορισμό (8,2% και 7,4% αντίστοιχα).

Συνεπώς, από τα ανωτέρω προκύπτει ότι τόσο η συννοσηρότητα όσο και η αναπηρία (περιορισμός σε καθημερινές δραστηριότητες) σε άτομα ηλικίας 65 + είναι κυρίαρχες και αυξάνουν τη ζήτηση για ΜΦΥ (Πιερράκος, 2013).

3.3.2 Η πλευρά της προσφοράς

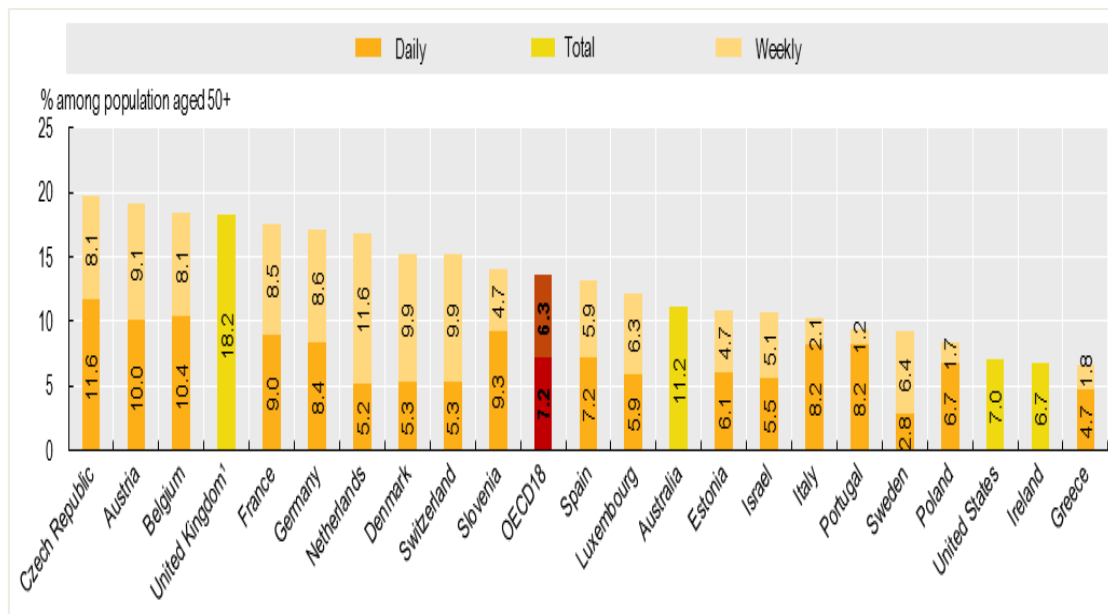
Από την πλευρά της προσφοράς, τα Γραφήματα 3.4 και 3.5 απεικονίζουν τους εργαζόμενους ΜΦΥ ανά 100 άτομα ηλικίας 65 + για τα έτη 2011 - 2016 και το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 50 + που ανέφερε ότι παρείχε άτυπη φροντίδα σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση για το έτος 2017. Στο Διάγραμμα 3.3 παρατηρείται ότι ο μέσος όρος εργαζομένων στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν πέντε (OECD, 2019). Η Νορβηγία κατέγραψε την υψηλότερη αναλογία (13 εργαζόμενοι ανά 100 άτομα ηλικίας 65 +) ενώ η Ελλάδα βρισκόταν στην τελευταία θέση με λιγότερο από έναν εργαζόμενο (0,4 και 0,1 εργαζόμενοι για έτη 2011 και 2016 αντίστοιχα). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των εργαζομένων ΜΦΥ έχει μείνει στάσιμος ή έχει μειωθεί ακόμα και σε χώρες με αναλογία αριθμού εργαζομένων πολύ υψηλότερη από το μέσο όρο εργαζομένων στις χώρες του ΟΟΣΑ (Νορβηγία, Σουηδία, Δανία και Ολλανδία).



Πηγή: EU - LFS and OECD Health Statistics (2018)

Διάγραμμα 3.3: Εργαζόμενοι ΜΦΥ ανά 100 άτομα ηλικίας 65 + για τα έτη 2011 - 2016 (OECD28)

Στο Διάγραμμα 3.4 παρατηρείται ότι περίπου το 13% ατόμων ηλικίας 50 + ανέφερε ότι παρείχε άτυπη φροντίδα λαμβάνοντας υπόψη το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (7,2 σε καθημερινή και 6,3 σε εβδομαδιαία βάση).



Πηγή: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, wave 7 (2017)

Διάγραμμα 3.4: Ποσοστό ατόμων ηλικίας 50 + που ανέφερε ότι παρείχε άτυπη φροντίδα σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση για το έτος 2017 (OECD18)

Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 50 + που παρείχε άτυπη φροντίδα προσεγγίζει το 20% στην Τσεχία και την Αυστρία ενώ μόλις το 6,6% παρείχε άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα (4,7% σε καθημερινή και 1,8% σε εβδομαδιαία βάση). Ως προς την ένταση της φροντίδας, το υψηλότερο ποσοστό παροχής καθημερινής φροντίδας βρέθηκε στην Τσεχία ενώ το χαμηλότερο στη Σουηδία και στην Ελλάδα. Συνεπώς, από τα ανωτέρω προκύπτει ότι υπάρχει ελλειμματική προσφορά συγκριτικά με τις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2019).

Συνοψίζοντας, προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο κλάδος της ΜΦΥ χαρακτηρίζεται από υπερβάλλουσα ζήτηση και ελλειμματική προσφορά των υπηρεσιών της (European Commission, 2019b).

3.4 Δημόσια κάλυψη ΜΦΥ στην Ελλάδα

Η δημόσια κάλυψη των υπηρεσιών ΜΦΥ παρέχεται από έναν αριθμό ετερογενών μεταξύ τους φορέων που θέτουν διαφορετικά κριτήρια επιλεξιμότητας για τους υποψήφιους δικαιούχους. Οι υπηρεσίες μπορεί να περιλαμβάνουν επιδόματα ή επιδοτούμενες υπηρεσίες οι οποίες έχουν τη μορφή ιδρυματικής και κοινοτικής φροντίδας ή φροντίδας στο σπίτι. Ακολουθώντας, παρουσιάζονται οι φορείς δημόσιας κάλυψης της ΜΦΥ με επικέντρωση στον τρόπο χρηματοδότησής τους, στη δυναμικότητα κάλυψης των υπηρεσιών, στα οριοθετούμενα κριτήρια για την επιλογή των δικαιούχων τους αλλά και το ύψος των απαιτούμενων ιδιωτικών πληρωμών.

3.4.1 Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παρέχουν τις συντάξεις των ηλικιωμένων καθώς και τις αναπηρικές συντάξεις. Ο ενιαίος φορέας κοινωνικής ασφάλισης (ΕΦΚΑ) ενοποίησε τα συγκεκριμένα ταμεία από 1 / 1 / 2017. Ο ΕΦΚΑ καλύπτει τις υγειονομικές υπηρεσίες για ασφαλισμένα άτομα με αναπηρία αλλά και για εκείνα τα άτομα που

χρειάζονται υγειονομικές υπηρεσίες για μακροχρόνια φροντίδα. Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει τις συγκεκριμένες υπηρεσίες είτε μέσω των νοσοκομείων είτε μέσω δημοσίων ιδρυμάτων φροντίδας. Η μακροχρόνια περίθαλψη μπορεί να παρέχεται από ιδιωτικές κλινικές που έχουν συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και αφορά κυρίως άτομα που βρίσκονται σε τελικό στάδιο (European Commission, 2019).

3.4.2 Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Ο οργανισμός προνομιακών επιδομάτων και κοινωνικής αλληλεγγύης / ΟΠΕΚΑ (πρώην ΟΓΑ) παρέχει επιδόματα αναπηρίας και κοινωνικής βοήθειας (σε χρήμα και σε υπηρεσίες) για άτομα με συγκεκριμένες χρόνιες ασθένειες με βάση το βαθμό αναπηρίας τους (ΟΠΕΚΑ, 2018a, 2018b, 2018c). Τα κέντρα πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕΠΑ) αξιολογούν το επίπεδο αναπηρίας. Το ύψος του επιδόματος είναι ανάλογο του βαθμού αναπηρίας. Τα συγκεκριμένα επιδόματα χρηματοδοτούνται από το κράτος (μη ανταποδοτικού χαρακτήρα).

3.4.3 Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας

Τα 12 περιφερειακά κέντρα κοινωνικής πρόνοιας παρέχουν ιδρυματική και ημερήσια φροντίδα. Οι δικαιούχοι είναι ενήλικες / παιδιά με αναπηρία και άτομα ηλικίας 65 + που είναι άποροι και έχουν ανάγκες φροντίδας (Πετμεζίδου κα., 2015). Η χρηματοδότηση των συγκεκριμένων κέντρων πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τέλη αποζημίωσης που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2017), τα 12 περιφερειακά κέντρα κοινωνικής πρόνοιας αποτελούνταν από 44 μονάδες κοινωνικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, 21 ιδρύματα χρόνιων ασθενειών για ενήλικα ανάπηρα και ηλικιωμένα άτομα, 12 κέντρα κοινωνικής πρόνοιας για παιδιά, 6 κέντρα αποκατάστασης για άτομα με αναπηρία και 4 άλλες νομικές οντότητες του δημόσιου τομέα². Το 2009 υπήρχαν 95 μονάδες κοινωνικής φροντίδας που παρείχαν υπηρεσίες φροντίδας σε 11.865 δικαιούχους (ανοικτή και κλειστή φροντίδα) και απασχολούνταν 3763 εργαζόμενοι. Τα αντίστοιχα

² Αυτές περιλαμβάνουν: το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ), το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ) και το Εθνικό Ίδρυμα Κωφών (ΕΙΚ).

δεδομένα για το 2017 ήταν 44 μονάδες κοινωνικής φροντίδας, 10.840 δικαιούχοι και 2632 εργαζόμενοι.

Από τη μια πλευρά, τα κέντρα εκπαίδευσης, κοινωνικής υποστήριξης και κατάρτισης ατόμων με αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) καθώς και τα κέντρα αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης αναπήρων (ΚΑΦΚΑ), τα οποία παρέχουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, έχουν περιέλθει υπό τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχονται πλέον από τα κέντρα φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης παρέχουν τις προαναφερθείσες υπηρεσίες αλλά η κάλυψη του κόστους τους διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων (European Commission, 2019).

Από την άλλη πλευρά, τα 21 ιδρύματα χρόνιων ασθενειών χαρακτηρίζονται από υπομονάδες που παρέχουν τόσο ιδρυματική όσο και ημερήσια φροντίδα. Κάποιες από αυτές τις υπομονάδες παρέχουν φροντίδα αποκλειστικά σε άπορους ηλικιωμένους. Η πλειοψηφία των υπομονάδων αυτών στοχεύει ενήλικα άτομα με αναπηρία. Άτομα ηλικίας 65 + παραπέμπονται στα περιφερειακά κέντρα κοινωνικής πρόνοιας, στις κοινωνικές υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης και στα δημόσια νοσοκομεία για την αποδοχή τους. Η επιτυχής αποδοχή τους εξαρτάται είτε από τη σοβαρότητα της περίπτωσης (π.χ. έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης) είτε από το ύψος του εισοδήματος (αν και δεν υπάρχει πρόβλεψη από τη νομοθεσία). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες στις συγκεκριμένες μονάδες είναι χωρίς κόστος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα δύο σοβαρές επιπτώσεις: 1) περιορισμένος αριθμός διαθέσιμων θέσεων και 2) μεγάλες λίστες αναμονής (European Commission, 2018b).

3.4.4 Κοινοτικά Ιδρυματικά Κέντρα

Ένας αριθμός κοινοτικών ιδρυματικών κέντρων (περίπου 485) εξυπηρετεί περίπου 3800 άτομα με ψυχικά νοσήματα. Οι υπηρεσίες επικεντρώνονται στη φροντίδα, διαμονή και σε υπηρεσίες προστατευτικού χαρακτήρα (π.χ. προστατευμένες κατοικίες). Δημόσιοι και μη - κυβερνητικοί οργανισμοί λειτουργούν τα συγκεκριμένα κέντρα και η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από το κράτος και τον ΕΟΠΥΥ. Η δυναμικότητα των κλινών σε προστατευμένους ξενώνες / κατοικίες υπολογίζεται περίπου σε 2000 για ηλικιωμένα άτομα με ψυχικά νοσήματα. Η αντίστοιχη δυναμικότητα των δημόσιων

νοσοκομείων υπολογίζεται σε περίπου 338 κλίνες (European Commission, 2018b). Τόσο οι κλίνες για προστατευμένες κατοικίες όσο και οι αντίστοιχες των νοσοκομείων μπορούν να μετρηθούν ως κλίνες ΜΦΥ. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ένας περιορισμένος αριθμός κλινών παρέχεται από ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων μέσω συμβάσεων που έχουν συναφθεί από το υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων για άπορους ηλικιωμένους λόγω έλλειψης κλινών στα δημόσια ιδρύματα (Πετμεζίδου κα., 2015).

3.4.5 Ιδιωτικές μονάδες φροντίδας κερδοσκοπικού / μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

Η ύπαρξη 240 μονάδων φροντίδας, οι οποίες περιλαμβάνουν ιδρυματικές / νοσηλευτικές εγκαταστάσεις αλλά και 2 μονάδες φροντίδας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, εξυπηρετούν ηλικιωμένα άτομα (European Commission, 2018b). Τα συγκεκριμένα άτομα πρέπει να είναι άπορα, να ζουν μόνα τους και να έχουν υψηλό βαθμό αναπηρίας. Κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί ιδιωτικοί οργανισμοί λειτουργούν τις προαναφερθείσες μονάδες. Οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί (π.χ. ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας) αποτελούν το μεγαλύτερο αριθμό των συγκεκριμένων μονάδων και καλύπτονται από ιδιωτικές πληρωμές είτε του εξαρτώμενου ατόμου είτε της οικογένειάς του. Η οικονομική κρίση συρρίκνωσε σημαντικά την πληρότητα των μονάδων φροντίδας κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ένας σημαντικός αριθμός παρόχων των συγκεκριμένων μονάδων δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην αποκατάσταση και φροντίδα ατόμων με άνοια (Πετμεζίδου κα., 2015). Οι ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (π.χ. γηροκομεία), οι οποίοι έχουν το μικρότερο μερίδιο των συγκεκριμένων μονάδων, διευθύνονται από την τοπική αυτοδιοίκηση, φιλανθρωπικούς και εκκλησιαστικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότηση των μη κερδοσκοπικών οργανισμών προκύπτει τμηματικά από 3 πηγές: α) δωρεές, β) κρατική επιδότηση και γ) τέλη αποζημίωσης που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΠΥ για τους ασφαλισμένους. Οι πάροχοι των μη - κερδοσκοπικών οργανισμών δίνουν βαρύτητα μόνο στη νοσηλευτική φροντίδα. Τόσο οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί όσο και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί συγκεντρώνονται στα μεγάλα αστικά κέντρα και κυρίως στην Αθήνα (European Commission, 2019). Η συνολική δυναμικότητα κλινών των συγκεκριμένων μονάδων εκτιμάται σε 12000. Εν τούτοις, σύμφωνα με δημοσιευμένα δεδομένα της Πανελλήνιας

Ένωσης Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΠΕΜΦΗ, 2020), υπάρχουν 89 νόμιμα εγγεγραμμένες μονάδες με δυναμικότητα 5231 κλίνες.

3.4.6 Εθνικό παρατηρητήριο για την άνοια / αλτσχάιμερ

Το εθνικό παρατηρητήριο για την άνοια / αλτσχάιμερ δημιουργήθηκε με κρατική πρωτοβουλία (2014) λόγω του αυξανόμενου αριθμού ατόμων με άνοια / αλτσχάιμερ (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια - νόσο Alzheimer, 2014). Πριν τη συγκεκριμένη πρωτοβουλία, υπήρχε μόνο ένας μικρός αριθμός μη κυβερνητικών οργανώσεων που παρείχε εξειδικευμένη φροντίδα. Συνέχεια της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας ήταν η υιοθέτηση ενός εθνικού σχεδίου δράσης (2016) που προέβλεπε τη δημιουργία εξειδικευμένων μονάδων φροντίδας και την υποστήριξη των φροντιστών των συγκεκριμένων νοσημάτων. Ως εκ τούτου, 6 ιατρεία μνήμης και νοητικών λειτουργιών, 7 κέντρα ημερήσιας φροντίδας και 5 ξενώνες τελικού σταδίου για ανακουφιστική φροντίδα ανακοινώθηκαν από την κυβέρνηση το 2017 (Greek Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders, 2017). Μέχρι σήμερα έχουν επιτευχθεί: 5 ιατρεία μνήμης στα ψυχιατρικά ή νευρολογικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων ανά την Ελλάδα, 9 κέντρα ημερήσιας φροντίδας για άτομα με άνοια στα μεγάλα αστικά κέντρα, 9 κέντρα ημερήσιας φροντίδας σε συνεργασία με τους δήμους σε μικρότερες πόλεις υλοποιούνται σε όλη τη χώρα και 2 μονάδες τελικού σταδίου βρίσκονται υπό κατασκευή (Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια / Νόσο του Αλτσχάιμερ, 2020).

3.4.7 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Τα 62 κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) παρέχουν φροντίδα σε ευπαθή και με μεγάλα οικονομικά προβλήματα άτομα (ΕΕΤΑΑ, 2020). Οι δικαιούχοι των συγκεκριμένων κέντρων δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και οι οικογένειές τους δεν μπορούν να μεριμνήσουν για τη φροντίδα τους λόγω κυρίως εργασιακών υποχρεώσεων. Η λειτουργία των συγκεκριμένων κέντρων (στην πλειοψηφία τους) πραγματοποιείται υπό την αιγίδα επιχειρήσεων του δήμου ή συμπράξεων ανάμεσα σε διαδημοτικές επιχειρήσεις. Τα ΚΗΦΗ συνεργάζονται με τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο και η χρηματοδότησή τους προέρχεται κυρίως από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης (από την έναρξη της λειτουργίας τους). Σύμφωνα

με εκτιμήσεις, τα κέντρα μπορούν να εξυπηρετήσουν περίπου 1500 ηλικιωμένα άτομα ενώ ο αντίστοιχος αριθμός εργαζομένων υπολογίζεται σε περίπου 300 άτομα (Πετμεζίδου κα., 2015).

3.4.8 Το πρόγραμμα << βοήθεια στο σπίτι >>

Το πρόγραμμα << βοήθεια στο σπίτι >>, του οποίου η λειτουργία ξεκίνησε το 1998, εφαρμόζεται υπό την αιγίδα επιχειρήσεων του δήμου. Η χρηματοδότηση του προγράμματος βασιζόταν μόνο σε ευρωπαϊκούς πόρους μέχρι το 2015 ενώ τα επόμενα χρόνια καλύφθηκε εξ ολοκλήρου από εθνικούς πόρους. Το 2017 βρίσκονταν σε λειτουργία περίπου 860 προγράμματα, τα οποία εφαρμόζονταν από 282 σχετικούς φορείς (ΕΕΤΑΑ, 2020). Παρείχαν υπηρεσίες σε περίπου 71.500 δικαιούχους ενώ το αντίστοιχο απασχολούμενο προσωπικό ανερχόταν σε περίπου 3150 άτομα (οικιακοί βοηθοί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κτλ.). Η πλειοψηφία των εργαζομένων απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα προγράμματα περιλαμβάνουν νοσηλευτική, κοινωνική και οικιακή φροντίδα. Δικαιούχοι των υπηρεσιών είναι: 1) άτομα ηλικίας 78 + και 2) άτομα με αναπηρία ανεξαρτήτου ηλικίας. Τα συγκεκριμένα άτομα πρέπει να ζουν μόνα τους, να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς με ADLs και IADLs και να καλύπτουν τα αυστηρά εισοδηματικά κριτήρια (Πετμεζίδου κα., 2015).

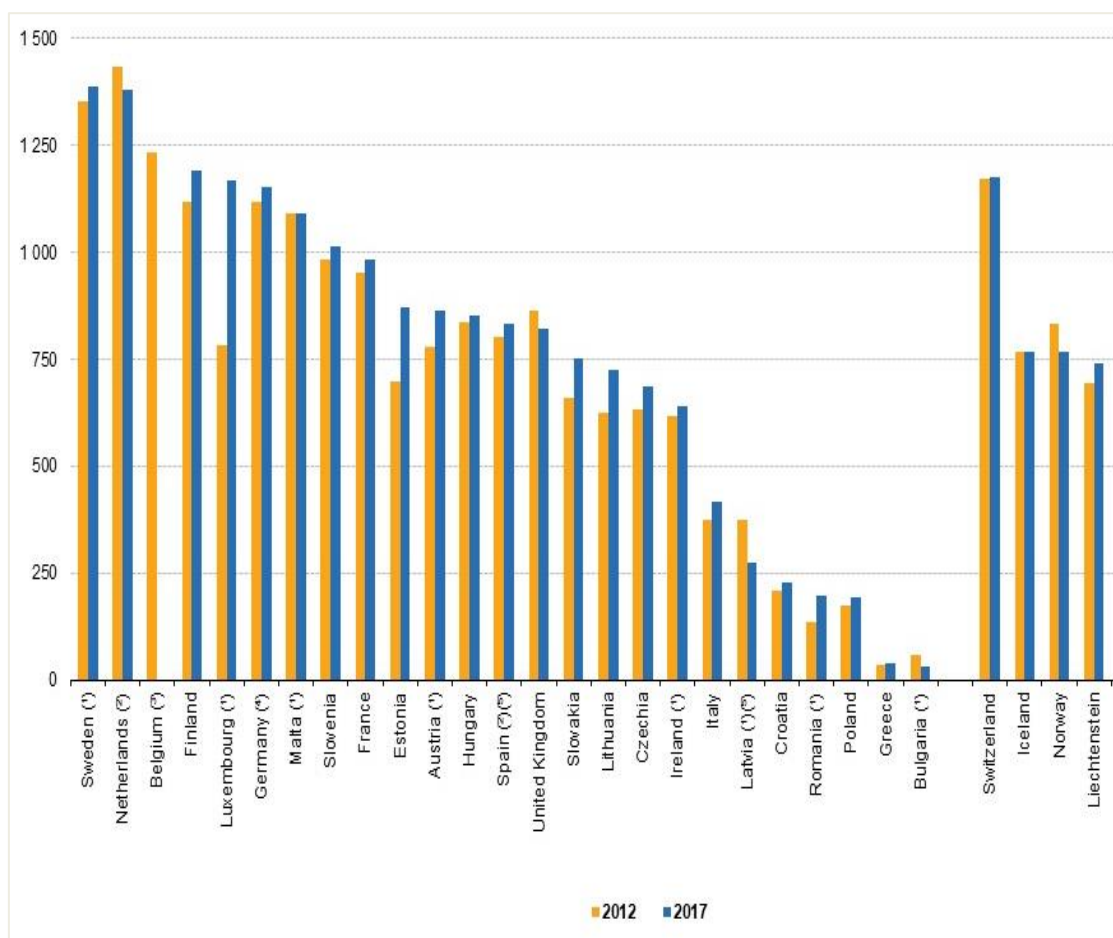
3.5 Πρόσβαση και επάρκεια του συστήματος ΜΦΥ

Η αξιολόγηση της επάρκειας του συστήματος ΜΦΥ αναφέρεται στο κατά πόσο παρέχει οικονομικά προσιτή και επαρκή κοινωνική προστασία για καλυπτόμενες ανάγκες φροντίδας. Όσον αφορά την παροχή επαρκούς κοινωνικής προστασίας και πρόσβασης, η επίσημη φροντίδα στην Ελλάδα είναι διαθέσιμη μόνο σε ένα μικρό αριθμό δικαιούχων (European Commission, 2018a). Το επιχείρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τα εξής: το διαθέσιμο αριθμό κλινών σε εγκαταστάσεις φροντίδας αλλά και σε νοσοκομεία, τα εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ΜΦΥ αλλά και τα κριτήρια επιλεξιμότητας για παροχή ΜΦΥ. Σε σχέση με την παροχή οικονομικά προσιτής κοινωνικής προστασίας, ενδιαφέροντα ευρήματα προκύπτουν από το επίπεδο των

ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών.

3.5.1 Αριθμός κλινών σε εγκαταστάσεις φροντίδας και σε νοσοκομεία

Στο Διάγραμμα 3.5 απεικονίζονται οι κλίνες σε εγκαταστάσεις φροντίδας οι οποίες παρέχουν διαμονή και LTC σαν πακέτο ανά 100.000 κατοίκους για τα έτη 2012 και 2017. Η Σουηδία, η Ολλανδία, η Φινλανδία, το Λουξεμβούργο, η Γερμανία, η Μάλτα και η Σλοβενία κατέγραψαν πάνω από 1000 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους για το έτος 2017. Στην Ελλάδα καταγράφηκαν 39 κλίνες για το ίδιο έτος. Η συγκεκριμένη αναλογία ήταν από τις χαμηλότερες μεταξύ των κρατών - μελών της Ε.Ε. καθώς ο αριθμός των κλινών LTC κυμαινόταν από 400 έως 1000 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους για την πλειοψηφία των κρατών - μελών (Eurostat, 2019d).

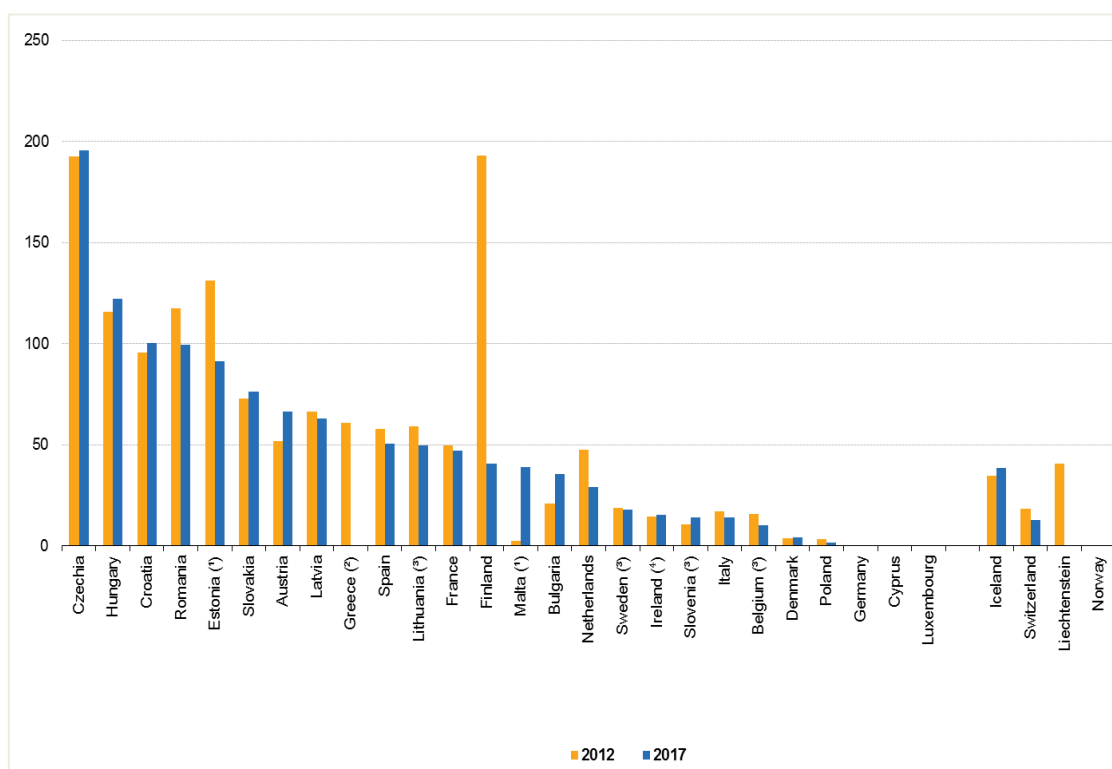


Πηγή: Eurostat (2019d)

Διάγραμμα 3.5: Αριθμός κλινών ΜΦΥ σε εγκαταστάσεις φροντίδας ανά 100.000 κατοίκους για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. μεταξύ των ετών 2012 - 2017

Η σύγκριση μεταξύ των ετών 2012 - 2017 δείχνει ότι υπάρχει μια τάση αύξησης του αριθμού των κλινών ΜΦΥ ανά 100.000 κατοίκους για την πλειοψηφία των κρατών - μελών. Η μεγαλύτερη μείωση στον αριθμό κλινών παρατηρείται στη Λετονία ενώ οι μεγαλύτερες αυξήσεις στο Λουξεμβούργο, στην Εσθονία και στη Λιθουανία. Η Ελλάδα κατέγραψε μια οριακή αύξηση στον αριθμό κλινών μεταξύ των ετών 2012 και 2017 (37,2 και 39,4 αντίστοιχα) (Eurostat, 2019d). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018a), η συγκεκριμένη αύξηση εξηγείται από αλλαγές στη δομή της οικογένειας (στερεότυπα), αυξήσεις στη συνταξιοδοτική ηλικία και αλλαγές στην αγορά εργασίας (αύξηση του αριθμού των εργαζόμενων γυναικών).

Λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό κλινών σε νοσοκομειακό επίπεδο, δεν παρατηρείται κάποια τάση είτε αυξητική είτε καθοδική μεταξύ των κρατών - μελών. Το Διάγραμμα 3.6 παρουσιάζει τον αριθμό κλινών ΜΦΥ σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. μεταξύ των ετών 2012 - 2017 (Eurostat, 2019d).



Πηγή: Eurostat (2019d)

Διάγραμμα 3.6: Αριθμός κλινών ΜΦΥ σε νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. μεταξύ των ετών 2012 - 2017

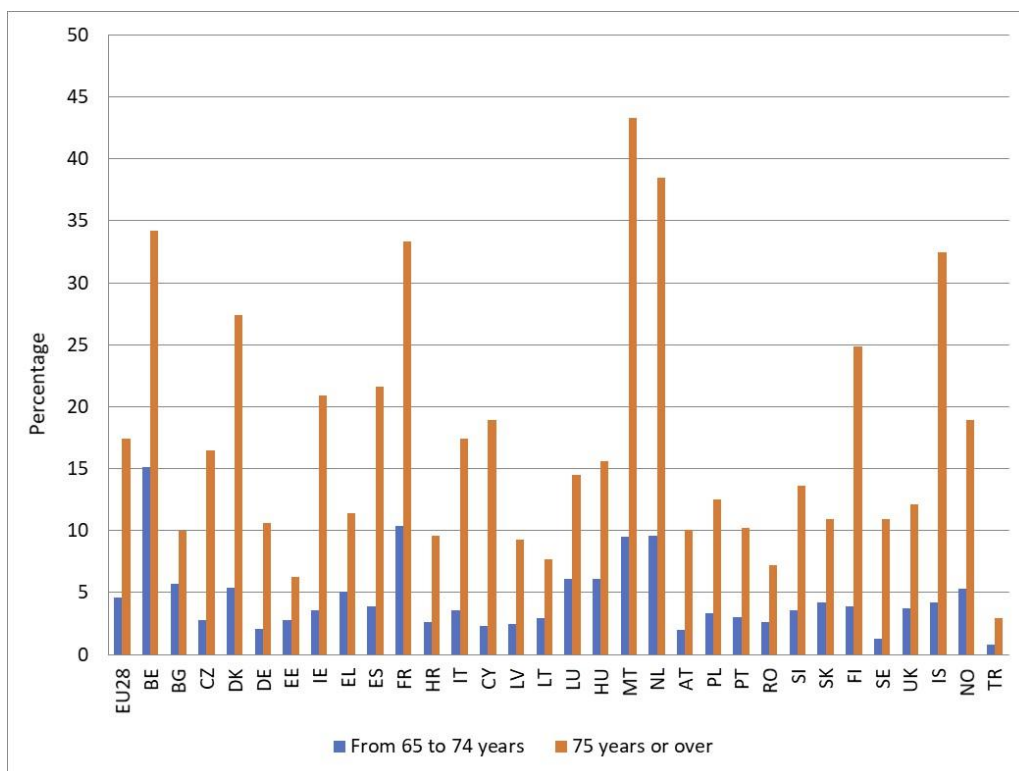
Ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά τον αριθμό κλινών ΜΦΥ σε νοσοκομεία είναι η τάση αποϊδρυματοποίησης της ΜΦΥ κυρίως για χώρες με ανεπτυγμένες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι (European Commission, 2018a). Αυτό είναι έκδηλο στην πλειοψηφία των Σκανδιναβικών χωρών (Φινλανδία, Σουηδία, Νορβηγία) και σε κάποιες Ηπειρωτικές και Κάτω Χώρες (Ελβετία, Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Πολωνία, Γερμανία και Λουξεμβούργο), οι οποίες σημείωσαν από μικρές έως πολύ μεγάλες μειώσεις στις κλίνες. Αντίθετα, οι μειώσεις που εμφανίζονται στις Νότιες χώρες (Ελλάδα, Ισπανία και Ιταλία) μπορούν να εξηγηθούν από το μεγάλο μερίδιο που καταλαμβάνει η ανεπίσημη φροντίδα στην παροχή ΜΦΥ. Παρά την τάση αποϊδρυματοποίησης που παρατηρείται στην Ευρώπη, οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου δεν έχουν πολύ ανεπτυγμένες υπηρεσίες ΜΦΥ. Η Ελλάδα κατέγραψε 60,72 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους για το 2012 ενώ οι αντίστοιχες κλίνες για το 2017 ήταν 57,47 (Eurostat, 2019d). Ο συγκεκριμένος αριθμός κλινών από την πλευρά της επίσημης παροχής υπηρεσιών είναι φανερό ότι δεν είναι ικανός να καλύψει την υπερβάλλουσα ζήτηση για ΜΦΥ (European Commission, 2018b). Συνολικά, η Φινλανδία κατέγραψε τη μεγαλύτερη πτώση σε κλίνες (από 193 το 2012 σε 41 το 2017) ενώ η Μάλτα τη μεγαλύτερη αύξηση (από 2 το 2012 σε 39 το 2017) (Eurostat, 2019d).

3.5.2 Εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες ΜΦΥ

Εμπόδια που αφορούν στην πρόσβαση και στη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ΜΦΥ είναι οι λίστες αναμονής (π.χ. κοινωνικά κέντρα φροντίδας), ο γεωγραφικός περιορισμός των υπηρεσιών ΜΦΥ στα μεγάλα αστικά κέντρα (π.χ. μονάδες φροντίδας), η έλλειψη υπηρεσιών ΜΦΥ και το περιορισμένο ωράριο λειτουργίας των ημερήσιων κέντρων φροντίδας (π.χ. πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι) όπως διαπιστώθηκε στην Ενότητα 3.4. Συγκεκριμένα, πάνω από το 70% των χρηστών ΜΦΥ αντιμετώπισε δυσκολίες ως προς την πρόσβαση ενώ πάνω από το 80% των αντίστοιχων χρηστών αντιμετώπισε δυσκολίες ως προς τη διαθεσιμότητα (Eurofound, 2012).

3.5.3 Κριτήρια επιλεξιμότητας για παροχή ΜΦΥ

Τα κριτήρια επιλεξιμότητας επηρεάζουν τόσο την πρόσβαση όσο και την επάρκεια του συστήματος ΜΦΥ. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ανεπαρκή διαθεσιμότητα παροχής φροντίδας στο σπίτι η οποία απευθύνεται κυρίως σε άτομα με υψηλό βαθμό εξάρτησης (European Commission, 2018a). Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα της Eurostat (2014), το προαναφερθέν επιχείρημα επιβεβαιώνεται από το Διάγραμμα 3.7 που απεικονίζει την αυτοαναφερόμενη χρήση υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι ως ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 + για το έτος 2014.



Πηγή: Eurostat (2014)

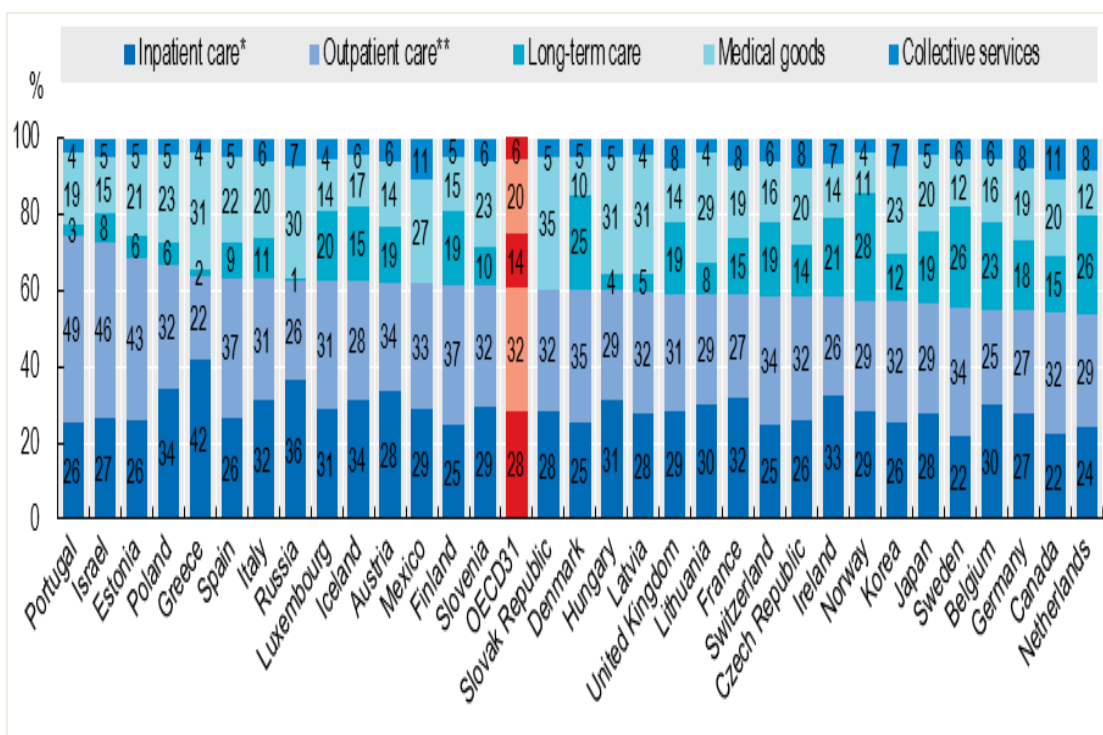
Διάγραμμα 3.7: Αυτοαναφερόμενη χρήση υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι ως ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 + για το έτος 2014 (EU 28)

Οι Ηπειρωτικές (π.χ. Ολλανδία, Βέλγιο, Γαλλία) και Σκανδιναβικές χώρες (π.χ. Σουηδία, Νορβηγία) σημείωσαν τα υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τις Ανατολικές και Νότιες χώρες της Ευρώπης. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται ότι τα ποσοστά είναι διπλασιασμένα για άτομα ηλικίας 75 + σε σχέση με άτομα ηλικίας 65 μέχρι 74 ετών (περίπτωση Ελλάδας) ενώ σε κάποιες περιπτώσεις τετραπλασιασμένα (π.χ. Μάλτα,

Ολλανδία) (Eurostat, 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018a), σε πολλές χώρες (Ελλάδα, Κροατία, Ισπανία, Ιρλανδία κ.ά.), η οικονομική κρίση έχει εμποδίσει την αποτελεσματική πρόσβαση σε παροχές φροντίδας στο σπίτι και έχει οδηγήσει σε αυστηρότερα κριτήρια επιλεξιμότητας ή / και σε περικοπές στις δημόσιες δαπάνες.

3.5.4 Επίπεδο ιδιωτικών πληρωμών για υπηρεσίες ΜΦΥ

Όσον αφορά την παροχή οικονομικά προσιτής κοινωνικής προστασίας, συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν από το επίπεδο των ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών για το έτος 2017 (Διάγραμμα 3.8).



Πηγή: OECD (2019)

Διάγραμμα 3.8: Ιδιωτικές πληρωμές ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών για το έτος 2017 (OECD31)

Η Ελλάδα δαπάνησε: 37% για φαρμακευτικά σκευάσματα και θεραπείες, 18% για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, 14% για οδοντιατρική φροντίδα, 31% για ενδονοσοκομειακή φροντίδα και καθόλου για ΜΦΥ και άλλες υπηρεσίες (προληπτική φροντίδα και διοικητικές υπηρεσίες). Αντίθετα, ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν: 43% για φαρμακευτικά σκευάσματα και θεραπείες, 22% για εξωνοσοκομειακή φροντίδα, 14% για οδοντιατρική φροντίδα, 9% για ενδονοσοκομειακή φροντίδα, 11% για ΜΦΥ και 1% για άλλες υπηρεσίες (OECD, 2019). Το παραπάνω αποτέλεσμα μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι η άτυπη φροντίδα μέσω κυρίως των οικογενειακών φροντιστών καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών ΜΦΥ ιδιαίτερα μετά την οικονομική κρίση, η οποία συρρίκνωσε το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών και οδήγησε σε πιο αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας όπως προαναφέρθηκε (European Commission, 2018a).

3.6 Επίσημη - Ανεπίσημη φροντίδα και ποιότητα των υπηρεσιών

Τόσο η επίσημη όσο και η ανεπίσημη φροντίδα δεν τυγχάνουν κρατικής υποστήριξης και σε συνδυασμό με το μη ολοκληρωμένο χαρακτήρα των επίσημων υπηρεσιών ΜΦΥ συνεπάγονται αρνητικές επιπτώσεις για τους επίσημους και ανεπίσημους φροντιστές (European Commission, 2018b). Ακολούθως, θα υποστηριχθεί το συγκεκριμένο επιχείρημα από την ανάλυση των προαναφερθεισών επιπτώσεων καθώς και οι συνεπακόλουθες συνέπειες στην ποιότητα των υπηρεσιών.

3.6.1 Υποστήριξη επίσημης φροντίδας

Οι υπηρεσίες ΜΦΥ, οι οποίες αναλύθηκαν στην Ενότητα 3.4, δεν μπορούν να καλύψουν την υπερβάλλουσα ζήτηση για μακροχρόνια μέριμνα. Η ατελής φύση του συστήματος ΜΦΥ συνεπάγεται έλλειψη διαθέσιμων επαρκών υπηρεσιών. Αυτό με τη σειρά του συνεπάγεται ότι υπάρχει ένας πολύ περιορισμένος αριθμός επίσημων φροντιστών (Fujisawa and Colombo, 2009). Η αναγνώριση του επαγγέλματος του περιορισμένου αριθμού επίσημων φροντιστών έχει υπονομευθεί τόσο από την έλλειψη κρατικής υποστήριξης όσο και από την κυριαρχία της ανεπίσημης φροντίδας (European Commission, 2018a). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις εξής συνέπειες: α) δυσχέρειες στην εύρεση κατάλληλων θέσεων εργασίας, β) μη διαθεσιμότητα ευκαιριών για κατάρτιση,

δια βίου μάθηση και επαγγελματική ανέλιξη, γ) έλλειψη νομοθεσίας για θέσπιση κατάλληλων προτύπων παροχής υπηρεσιών, δ) έλλειψη κρατικών ρυθμίσεων διασφάλισης της ποιότητας, της κατάρτισης, της αναλογίας προσωπικού κτλ., ε) μη ύπαρξη ειδικών τύπων εργασιακών συμβάσεων για τον τομέα της επίσημης φροντίδας και στ) οι υφιστάμενες εργασιακές συμβάσεις είναι συνάρτηση του εάν ο φροντιστής απασχολείται από δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό και της εξειδίκευσής του (νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί κτλ.) (Triantafillou *et al.*, 2010). Συνεπώς, διαφαίνεται ότι δεν υπάρχει κρατική υποστήριξη των επίσημων φροντιστών στην Ελλάδα.

3.6.2 Υποστήριξη ανεπίσημης φροντίδας

Παρά την κυριαρχία της ανεπίσημης φροντίδας, δεν υπάρχει πρόβλεψη για κρατική υποστήριξη ούτε για τους ανεπίσημους φροντιστές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις ακόλουθες επιπτώσεις: α) μη ύπαρξη ολοκληρωμένων πολιτικών για την υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών και των εργαζομένων σε καθεστώς αδήλωτης εργασίας και β) μη πρόβλεψη για επιδόματα, υποστηρικτικές υπηρεσίες και συνταξιοδοτικά δικαιώματα για την αποζημίωση των άτυπων οικογενειακών φροντιστών (Triantafillou *et al.*, 2010). Ένας μικρός αριθμός μη κυβερνητικών οργανώσεων (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα) προσφέρουν τις μοναδικές υπηρεσίες υποστήριξης όπως ψυχολογική υποστήριξη, πρακτικές συμβουλές, ομαδική εκπαίδευση των άτυπων φροντιστών κτλ (Πετμεζίδου κα., 2015). Εν τούτοις, οι συγκεκριμένες υποστηρικτικές υπηρεσίες αφορούν κυρίως οικογενειακούς φροντιστές που φροντίζουν άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. άνοια) και λιγότερο από άλλες (π.χ. καρκίνος).

3.6.3 Η ποιότητα των υπηρεσιών ΜΦΥ

Η ποιότητα των υπηρεσιών ΜΦΥ παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Αυτό μπορεί να φανεί τόσο από το πώς οι δικαιούχοι αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών όσο και από την πλευρά των εργαζόμενων ατόμων. Όσον αφορά τους χρήστες ΜΦΥ, η αντιληπτή ποιότητα υπηρεσιών ΜΦΥ ήταν 6,2 για τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. (κλίμακα 1 - 10) έναντι 4,4 στην Ελλάδα για το έτος 2016 (European quality of life survey 2016 - Eurofound, 2017). Όσον αφορά τους εργαζομένους ΜΦΥ, ο κλάδος της ΜΦΥ έχει

χαμηλή ελκυστικότητα κυρίως λόγω: 1) χαμηλών οικονομικών απολαβών (ιδιαίτερα στον κοινωνικό τομέα και στις δημόσιες εγκαταστάσεις), 2) κακών εργασιακών συνθηκών, 3) υψηλού φόρτου εργασίας, 4) αβεβαιότητας απασχόλησης, 5) έλλειψης επαρκούς χρόνου ξεκούρασης και 6) υψηλών ψυχολογικών κινδύνων. Η προαναφερθείσα χαμηλή ελκυστικότητα σε συνδυασμό με το μη επαρκή αριθμό καταρτισμένων επαγγελματιών φροντιστών, το μη εκπαιδευμένο - κατάλληλα πληροφορημένο αριθμό των άτυπων φροντιστών καθώς και την έλλειψη κρατικής υποστήριξης που προαναφέρθηκε οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας τον κλάδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 95% των εργαζομένων ΜΦΥ στην Ελλάδα είχε υψηλή ή μέση εκπαίδευση συγκριτικά με το 84% των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2016. Εν τούτοις, οι εργαζόμενοι δεν φαίνεται να έχουν επαρκή γνώση και κατάρτιση η οποία μπορεί να επηρεάσει θετικά το επίπεδο ποιότητας (Eu - Labour Force Survey, 2020f).

3.7 Επιπτώσεις της ΜΦΥ στην αγορά εργασίας των γυναικών

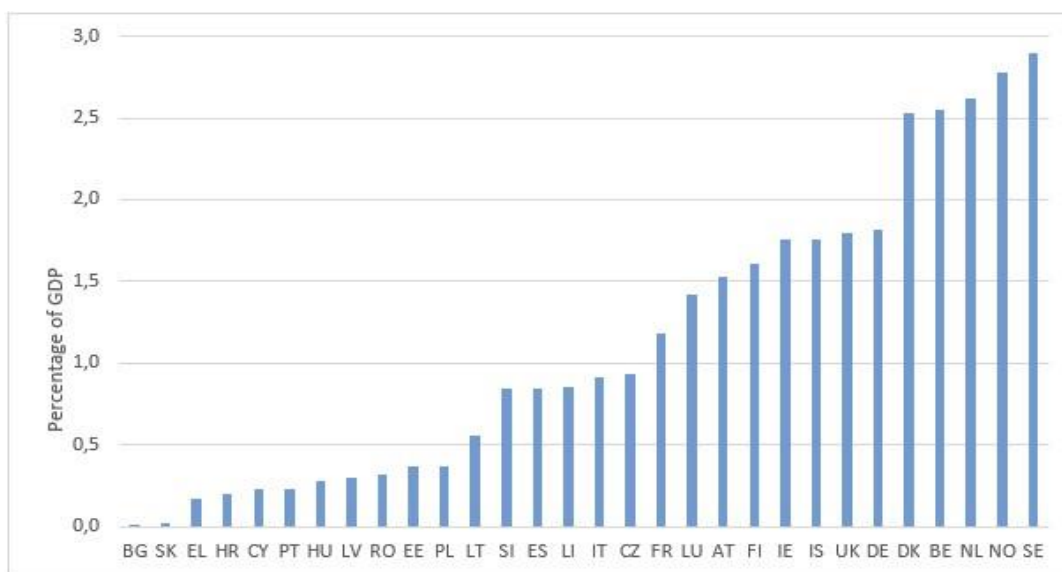
Η συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας έχει περιοριστεί από την έλλειψη δημόσιων υπηρεσιών ΜΦΥ (Lyberaki, 2011). Πολλές έρευνες καταδεικνύουν ότι πολλές αποφάσεις των γυναικών κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους σταδιοδρομίας (π.χ. επιλογή μερικής αντί πλήρους απασχόλησης, πρόωρη συνταξιοδότηση κ.ά.) είναι συνάρτηση παραδοσιακών αντιλήψεων σχετικά με το ρόλο που παίζει το φύλο στη φροντίδα και στις οικογενειακές υποθέσεις. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αποτελεί έναν από τους κύριους λόγους που έχουν οδηγήσει το ποσοστό εργασίας των γυναικών να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα στο πέρασμα των χρόνων (European Commission, 2018b). Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας εργατικού δυναμικού (2018), το ποσοστό εργασίας των ανδρών ηλικίας 20 - 64 ετών υπερέβαινε 21 ποσοστιαίες μονάδες το αντίστοιχο των γυναικών (70,1% για τους άνδρες αντί 49,1% για τις γυναίκες). Αντίθετα, το ποσοστό μερικής απασχόλησης των γυναικών ως ποσοστό του συνολικού εργατικού δυναμικού ήταν διπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο των ανδρών (13,2% και 6,0% αντίστοιχα). Ένας από τους κύριους λόγους που ωθούν τις γυναίκες να εργάζονται σε επίπεδο μερικής απασχόλησης είναι προσωπικές ή οικογενειακές υποχρεώσεις (10,1% για τις γυναίκες έναντι 5,0% για τους άνδρες). Επιπλέον, το 23,0% των ανδρών ηλικίας 15 - 64 ετών βρέθηκε μη οικονομικά ενεργό ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού σε σχέση με το 39,3% των γυναικών για το έτος 2019. Αξιοσημείωτο είναι

το γεγονός ότι μόνο το 1,5% του ανδρικού μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού δεν αναζητά εργασία λόγω υποχρεώσεων που σχετίζονται με την οικογένεια και τη φροντίδα (21,8% για τις γυναίκες). Επίσης, μόνο το 1,1% του ανδρικού μη οικονομικά ενεργού πληθυσμού δεν αναζητά εργασία λόγω οικογενειακών ή προσωπικών υποχρεώσεων (15% για τις γυναίκες). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, πριν την οικονομική κρίση, το ζήτημα του παρόχου υγείας καλυπτόταν από μετανάστες (κυρίως γυναίκες). Αυτό συνεπαγόταν την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας αλλά και μια συνεπακόλουθη αύξηση στην αδήλωτη εργασία (Lyberaki, 2011). Παρόλα αυτά, λαμβάνοντας υπόψη την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2018b), η οικονομική κρίση οδήγησε σε αύξηση της ανεργίας, μείωση τόσο του μέσου εισοδήματος του νοικοκυριού όσο και του ετήσιου μέσου μισθού αυξάνοντας την ανάγκη για συμμετοχή των γυναικών ως οικογενειακοί φροντιστές στη φροντίδα των εξαρτώμενων ατόμων.

3.8 Οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος ΜΦΥ

Οι δαπάνες για ΜΦΥ ως ποσοστό του ΑΕΠ έχουν σημειώσει άνοδο τα τελευταία 20 χρόνια στα περισσότερα κράτη - μέλη της Ε.Ε. Αντίθετα, η έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος ΜΦΥ σε συνδυασμό με την κυριαρχία της ανεπίσημης φροντίδας είχαν ως επακόλουθο αρνητικές επιπτώσεις στις δαπάνες για ΜΦΥ στην Ελλάδα (European Commission, 2018a). Αυτό επιβεβαιώνεται από τους δείκτες οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος ΜΦΥ. Οι συγκεκριμένοι δείκτες περιλαμβάνουν τις δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα (γενικά) είτε ως ποσοστό του ΑΕΠ είτε ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας και τις δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα. Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα (γενικά) επιμερίζονται σε δαπάνες που βασίζονται σε κλειστή φροντίδα και σε δαπάνες που βασίζονται σε φροντίδα στο σπίτι.

Το Γράφημα 3.9 απεικονίζει τις δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό του ΑΕΠ για το 2015 (Eurostat, 2020a).

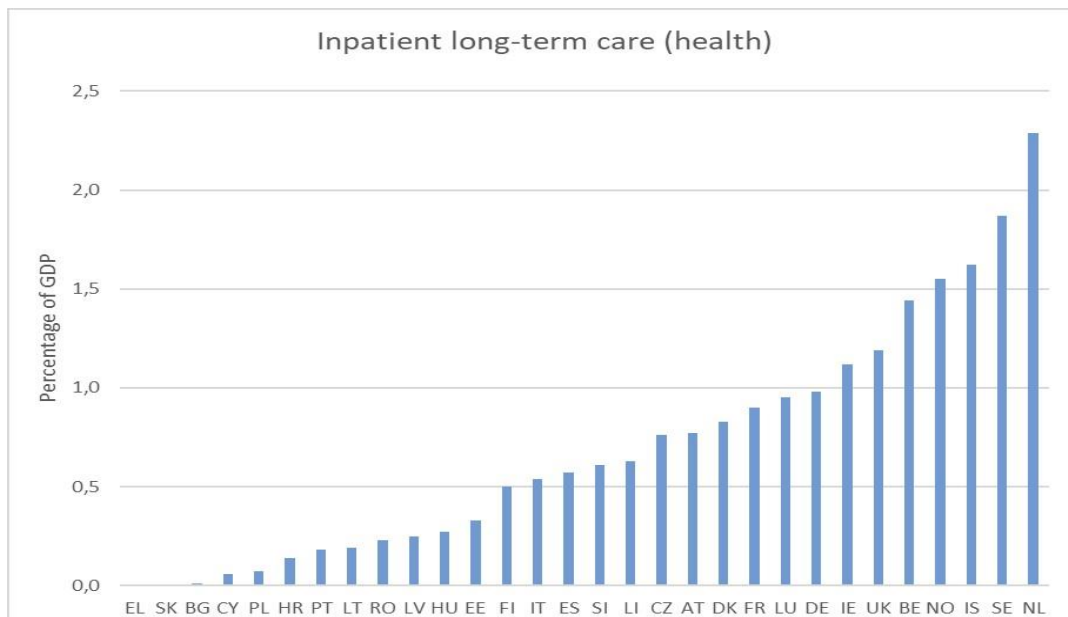


Πηγή: Eurostat, Health care expenditure by function (2020a)

Διάγραμμα 3.9: Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της Eurostat (2020a), η Ελλάδα εμφάνισε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών για ΜΦΥ (περίπου 0,3%) το έτος 2015 ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το 2009 ήταν 0,04%. Η πλειοψηφία των Ανατολικών και Νότιων χωρών εμφάνισε τα χαμηλότερα ποσοστά (από 0,01% έως 0,8%) ενώ οι Ηπειρωτικές και Σκανδιναβικές χώρες κατέγραψαν τα υψηλότερα (από 1,2% έως 2,9%) (Eurostat, 2020a).

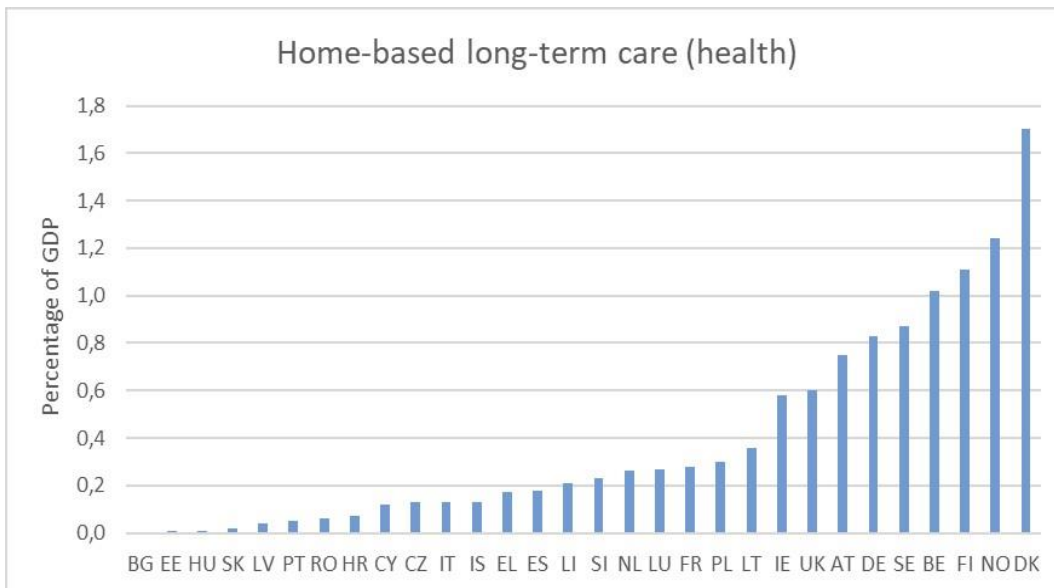
Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται αν οι παραπάνω δαπάνες επιμεριστούν σε δαπάνες που βασίζονται σε κλειστή φροντίδα και σε δαπάνες που βασίζονται σε φροντίδα στο σπίτι. Στο Γράφημα 3.10 απεικονίζονται οι δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο κλειστής φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (Eurostat, 2020a).



Πηγή: Eurostat, Health care expenditure by function (2020a)

Διάγραμμα 3.10: Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο κλειστής φροντίδας ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)

Η Ελλάδα εμφανίζεται στην τελευταία θέση (0,02%) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το 2009 δεν εμφανίζει διαφοροποίηση (Eurostat, 2020a). Αντίθετα, στο Γράφημα 3.11 παρουσιάζονται οι δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο φροντίδας στο σπίτι για το ίδιο έτος (Eurostat, 2020a).

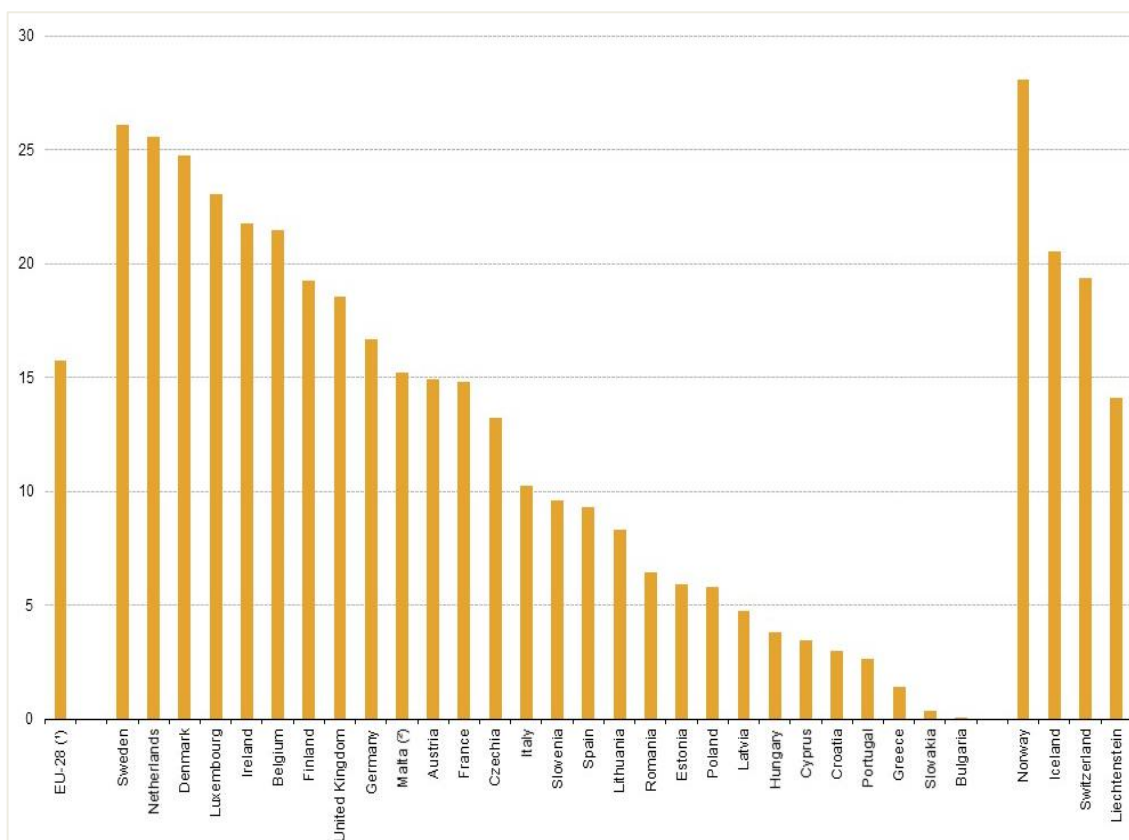


Πηγή: Eurostat, Health care expenditure by function (2020a)

Διάγραμμα 3.11: Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες σε επίπεδο φροντίδας στο σπίτι ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2015 (35 European countries)

Το ποσοστό της Ελλάδας ήταν 0,18% για το έτος 2015 και εμφάνισε μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με το έτος 2009 (0,02%). Οι Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Σουηδία, Φινλανδία και Νορβηγία) σημείωσαν τα υψηλότερα ποσοστά (από 0,82% έως 1,7%) (Eurostat, 2020a). Συγκρίνοντας τα Γραφήματα 3.10 και 3.11, οι δαπάνες για φροντίδα στο σπίτι είναι συγκριτικά μεγαλύτερες από τις δαπάνες για κλειστή φροντίδα στην Ελλάδα. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών κατευθύνεται στην ανεπίσημη φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι (European Commission, 2018a).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναγωγή της ανάλυσης σε επίπεδο τρεχουσών δαπανών υγείας. Το Γράφημα 3.12 παρουσιάζει τις δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για το έτος 2016 (2020d).



Πηγή: Eurostat (2020d)

Διάγραμμα 3.12: Δαπάνες ΜΦΥ για υγειονομικές υπηρεσίες ως ποσοστό των τρεχουσών δαπανών υγείας για το έτος 2016 (EU 28)

Η Ελλάδα είχε από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. (1,4%) το οποίο ήταν πολύ χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (15,7%). Αντίθετα, πάνω από το 1 / 5 των δαπανών υγείας αποδόθηκε στη μακροχρόνια μέριμνα στις χώρες Βέλγιο, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Δανία, Σουηδία και Νορβηγία (Eurostat, 2020d).

Συνεπώς, από τα ανωτέρω γραφήματα, επιβεβαιώνεται η άποψη ότι η Ελλάδα δαπανά πολύ λιγότερο για μακροχρόνια φροντίδα συγκριτικά με το μέσο όρο των κρατών - μελών της Ε.Ε. Αυτή η άποψη έρχεται σε αντιδιαστολή με βάση σχετικές προβλέψεις για τις δημόσιες δαπάνες για ΜΦΥ (υγειονομικές υπηρεσίες) ως ποσοστό του ΑΕΠ.

Σύμφωνα με προβλέψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2018c), οι δημόσιες δαπάνες για ΜΦΥ (υγειονομικές υπηρεσίες) ως ποσοστό του ΑΕΠ θα αυξηθούν από 0,1% το 2016 σε 0,2% το 2070 στην Ελλάδα (σενάριο αναφοράς). Η συγκεκριμένη διαφορά προβλέπεται να είναι της τάξεως του 76% και ελαφρώς υψηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο για την ίδια χρονική περίοδο (73%).

3.9 Σύνοψη

Η περιγραφή των χαρακτηριστικών και η ανάλυση των κύριων προκλήσεων καταδεικνύουν ότι η ΜΦΥ, η οποία περιλαμβάνει υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και αποκατάστασης, παραμένει ένα ελλειμματικό πεδίο άσκησης πολιτικών υγείας λαμβάνοντας υπόψη τη μη ύπαρξη ολοκληρωμένων επίσημων υπηρεσιών ΜΦΥ (European Commission, 2018a). Η έλλειψη υπηρεσιών ΜΦΥ συνεπάγεται ότι δεν εγγυάται καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Η συμβολή του κράτους χαρακτηρίζεται μάλλον από πολιτικές περιορισμένης εμβέλειας και κατά συνέπεια η ΜΦΥ καλύπτεται κατά κύριο λόγο από την οικογενειακή φροντίδα. Η Ελλάδα κατένειμε μόνο το 1,4% των συνολικών τρεχουσών δαπανών υγείας για ΜΦΥ το οποίο ήταν πολύ χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (15,7%) για το έτος 2016 (Eurostat, 2020d). Η ΜΦΥ στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα υπηρεσιών το οποίο ενσωματώνει την επίσημη και ανεπίσημη φροντίδα. Η επίσημη φροντίδα παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ενώ η ανεπίσημη φροντίδα έχει βασική προτεραιότητα την οικονομική και πρακτική υποστήριξη των εξαρτώμενων ατόμων που στηρίζονται κυρίως στην οικογένεια. Η κρατική υποστήριξη για άτομα με αναπηρίες (ενήλικες και παιδιά) και ηλικιωμένα εξαρτώμενα άτομα προβλέπει υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και κοινοτικής φροντίδας, επιδόματα αναπηρίας, την κάλυψη ορισμένων αναγκών φροντίδας μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και την περιορισμένη άμεση παροχή ιδρυματικής φροντίδας (Costa – Font and Courbage, 2012). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από περιορισμένη κάλυψη με αρνητικό αντίκτυπο στην κάλυψη της ζήτησης, στην πρόσβαση και στην επάρκεια του συστήματος ΜΦΥ, στην ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και στην αγορά εργασίας των γυναικών. Ο αρνητικός αντίκτυπος εντείνεται ακόμη περισσότερο από την έλλειψη κρατικής υποστήριξης της επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας (European Commission, 2018b). Συμπερασματικά, το υφιστάμενο σύστημα ΜΦΥ δεν μπορεί να καλύψει την υπερβάλλουσα ζήτηση για

μακροχρόνια φροντίδα. Η άτυπη φροντίδα προβλέπεται να καλύψει το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης για τον ελληνικό πληθυσμό καθώς αντισταθμίζει τις ανεπάρκειες και αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μεθοδολογία – Εργαλεία – Υλικό Έρευνας

4.1 Ερευνητικός Στόχος και Ερευνητικά Ερωτήματα

Ο ερευνητικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διαγενεακή σύγκριση του προφίλ των ατόμων ηλικίας 50 + στην Ελλάδα πριν (κύμα 2) και μετά (κύμα 7) την οικονομική κρίση σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς, ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες αλλά και παράγοντες της υγείας για πιθανές διακυμάνσεις στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, τα οποία εξειδικεύουν τον ανωτέρω ερευνητικό στόχο, είναι τα εξής:

- Ερευνητικό ερώτημα 1: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην ηλικία των ατόμων;
- Ερευνητικό ερώτημα 2: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών;
- Ερευνητικό ερώτημα 3: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (ADLs);
- Ερευνητικό ερώτημα 4: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (IADLs);
- Ερευνητικό ερώτημα 5: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων;
- Ερευνητικό ερώτημα 6: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην αυτοεκτίμηση / αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας των ατόμων;
- Ερευνητικό ερώτημα 7: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης / αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας των ατόμων με οικονομικούς (καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών), δημογραφικούς (φύλο και ηλικία των ατόμων) και ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες της υγείας (ADLs, IADLs και αριθμός χρόνιων παθήσεων);

4.2 Τα δεδομένα της Έρευνας

Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από τη βάση δεδομένων Share 50 + (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe / Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη). Η έρευνα Share αποτέλεσε το 2011 τον πρώτο Ευρωπαϊκό όμιλο Ερευνητικής Υποδομής (European Research Infrastructure Consortium - ERIC) το οποίο της έδωσε τη δυνατότητα για δικαιώματα νομικού προσώπου με έδρα το Μόναχο της Γερμανίας. Η συγκεκριμένη βάση συγκεντρώνει δεδομένα από 27 ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένου και του Ισραήλ. Τα συλλεγόμενα δεδομένα σχετίζονται με μεταβλητές της υγείας, δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές αλλά και μεταβλητές σχετικά με τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο ατόμων ηλικίας 50 + (SHARE, 2020).

Η συλλογή των δεδομένων βασίζεται σε ειδικά και κατάλληλα σχεδιασμένα ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιείται από τους ερωτηθέντες μέσω προσωπικής συνέντευξης, η οποία υποβοηθείται από χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή (CAPI - Computer Assisted Personal Interviews). Προσθετικές πληροφορίες μπορούν να συμπληρωθούν με χειρόγραφο τρόπο. Όλα τα άτομα ηλικίας 50 + της κάθε συμμετέχουσας χώρας συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα Share τη στιγμή της πραγματοποίησης της δειγματοληψίας. Εξαιρούνται άτομα τα οποία: 1) δεν γνωρίζουν τη γλώσσα, 2) έχουν μετακομίσει σε μη γνωστή διεύθυνση, 3) απουσιάζουν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της δειγματοληψίας, 4) νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και 5) έχουν καταδικαστεί σε φυλάκιση (SHARE, 2020).

Το πρώτο κύμα (wave) της έρευνας πραγματοποιήθηκε το 2004. Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί 8 κύματα όπου η συλλογή του κύματος 8 έλαβε χώρα το Χειμώνα του 2019. Στα δεδομένα του κάθε κύματος συμπεριλαμβάνονται οι ταυτότητες - αναγνωριστικοί κωδικοί των ατόμων ηλικίας 50 + που συμμετείχαν στα προγενέστερα κύματα. Αυτό σημαίνει ότι πραγματοποιείται διαχρονική παρακολούθηση των ατόμων από το πρώτο κύμα της έρευνας μέχρι το πιο πρόσφατο. Επομένως, υπάρχει επανάληψη των συνεντεύξεων σε κάθε κύμα, καταγραφή των ατόμων που αποχωρούν λόγω θανάτου από την έρευνα αλλά και καταγραφή της εισόδου νέων ατόμων (SHARE, 2020).

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούνται δεδομένα από το κύμα 2 (2006 - 2007) και κύμα 7 (2017) που αφορούν την Ελλάδα. Η Ελλάδα συμμετείχε σχεδόν σε όλα τα

κύματα με εξαίρεση τα κύματα 4 (2011) και 5 (2013). Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν από τα κύματα 2 και 7 προήλθαν από την έκδοση easySHARE 7.0.0. Η easySHARE είναι μια πιο απλοποιημένη έκδοχή της βάσης Share και έχει τα εξής πλεονεκτήματα: τα δεδομένα του κάθε κύματος είναι κωδικοποιημένα σε ένα φύλλο εργασίας, υπάρχει μείωση της πολυπλοκότητας των μεταβλητών και κάποιες μεταβλητές έχουν συνδυαστεί και συμπυκνωθεί (SHARE, 2019).

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην παρούσα εργασία είναι οι εξής (SHARE, 2019):

- 1) Female: Η μεταβλητή είναι δίτιμη και αναφέρεται στο φύλο του ερωτηθέντα (0: άντρας, 1: γυναίκα).
- 2) Age: Η μεταβλητή αναφέρεται στην ηλικία του ατόμου τη στιγμή της συνέντευξης.
- 3) Thinc_m: Η μεταβλητή είναι αριθμητική και αναφέρεται στο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών.
- 4) Wave: Η μεταβλητή αναφέρεται στο κύμα της έρευνας και χρησιμοποιήθηκε για επιλογή συγκεκριμένων κυμάτων (2 και 7).
- 5) Adla: Η μεταβλητή αποτελεί ένα δείκτη για τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής και περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες: ντύσιμο, πλύσιμο σώματος και λούσιμο, κατανάλωση φαγητού, κοπή τροφίμων, περπάτημα μέσα σε ένα δωμάτιο, κίνηση από και προς το κρεβάτι (Πίνακας 2.1). Όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης τόσο μεγαλύτερες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο με αυτές τις δραστηριότητες και κατά συνέπεια τόσο χαμηλότερη η κινητικότητά του. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 0 μέχρι 5.
- 6) Iadla: Η μεταβλητή αποτελεί ένα δείκτη για τις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής και περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες: πραγματοποίηση τηλεφωνικών κλήσεων, λήψη φαρμάκων και οικονομική διαχείριση (Πίνακας 2.1). Όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης τόσο μεγαλύτερες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο με αυτές τις δραστηριότητες και κατά συνέπεια τόσο χαμηλότερη η κινητικότητά του. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 0 μέχρι 3.
- 7) Chronic_mod: Η μεταβλητή αναφέρεται στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων και περιλαμβάνει τις εξής χρόνιες ασθένειες: το κάταγμα ισχίου, τη νόσο του πάρκινσον, τον καταρράκτη, το πεπτικό έλκος, τον καρκίνο, τη χρόνια

πνευμονοπάθεια, το διαβήτη, το εγκεφαλικό, την υπερχοληστερολαιμία, την υπέρταση και το καρδιακό επεισόδιο.

- 8) Sphus: Η μεταβλητή αποτελεί ένα δείκτη της αυτοεκτίμησης / αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας των ατόμων (self - perceived health us version) και περιγράφεται ως εξής: 1: εξαιρετική υγεία, 2: πολύ καλή υγεία, 3: καλή υγεία, 4: μέτρια υγεία και 5: κακή υγεία.

4.3 Μεθοδολογία Στατιστικής Ανάλυσης

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίων καταγραφής απαντήσεων. Με την ολοκλήρωση της έρευνας διενεργήθηκε κατάλληλη κωδικοποίηση των συλλεχθέντων δεδομένων στη βάση Share 50 + για την εισαγωγή τους σε στατιστικό πακέτο επεξεργασίας των δεδομένων. Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων είναι το SPSS v. 20. Μετά την εισαγωγή δεδομένων, πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν συνοψίζονται ακολούθως:

- Επιλογή του ελληνικού πληθυσμού από το φύλλο εργασίας.
- Επιλογή των υπό εξέταση κυμάτων της έρευνας (κύμα 2 και 7) από το φύλλο εργασίας.
- Πραγματοποίηση κωδικοποίησης και ονοματοθεσίας για τις κατηγορίες των κατηγορικών μεταβλητών.
- Έλεγχος ύπαρξης ικανού δείγματος, ακραίων τιμών (outliers) και ορισμός των χαμένων παρατηρήσεων (missing values) για κάθε κατηγορία των κατηγορικών μεταβλητών.
- Εξαγωγή των βασικών περιγραφικών στατιστικών μέτρων για όλες τις χρησιμοποιούμενες μεταβλητές (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη / ελάχιστη τιμή και πίνακες διπλής εισόδου - crosstabulation tables).
- Εκτέλεση παραμετρικών (T - test για τον έλεγχο της διαφοράς δύο μέσων από ανεξάρτητα δείγματα) και μη παραμετρικών στατιστικών ελέγχων (Mann - Whitney U για έλεγχο της ισότητας δύο μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων, τα οποία δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή και έλεγχος X^2 του Pearson για την ανεξαρτησία μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών) για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές συγκριτικά με τα κύματα 2 και 7 της έρευνας.

- Διενεργήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multiple linear regression) με χρήση ψευδομεταβλητής. Ο σκοπός είναι η ύπαρξη διαφοροποιητικής επίδρασης των κυμάτων 2 και 7 της έρευνας στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p - value) ορίστηκε στο 95% ($0,05 = 5\% = \alpha$) για όλους τους στατιστικούς ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν.

4.4 Το δείγμα της Έρευνας

Στο κύμα 2 της έρευνας, το δείγμα αντιστοιχούσε σε 3387 άτομα. Το 42,9% του συνόλου του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 57,1% ήταν γυναίκες. Αντίθετα, το κύμα 7 της έρευνας αποτελούταν από 3061 άτομα. Το 42,2% του συνόλου του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 57,8% ήταν γυναίκες (Πίνακας 4.1). Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων στη συνέντευξη ήταν 64,2 έτη για το κύμα 2 της έρευνας ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος ηλικίας για το κύμα 7 ήταν 69,6 έτη (Πίνακας 5.1). Το μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων βρέθηκε 22337,56 € για το κύμα 2 της έρευνας. Αντίθετα, το μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων βρέθηκε 8724,66 € για το κύμα 7 της έρευνας (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 4.1: Πίνακας διπλής εισόδου για την κατανομή των δύο φύλων στα δύο κόμματα της έρευνας

Gender: female = 1, male = 0 * Wave Crosstabulation

			Wave		Total
			2	7	
Gender: female = 1, male = 0	male	Count	1454	1292	2746
		% within Wave	42,9%	42,2%	42,6%
	female	Count	1933	1769	3702
		% within Wave	57,1%	57,8%	57,4%
	Total	Count	3387	3061	6448
		% within Wave	100,0%	100,0%	100,0%

4.5 Περιορισμοί της Έρευνας

Σε σχέση με τη συγκρότηση των δειγμάτων, ένας αντικειμενικός περιορισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί το γεγονός ότι τα δεδομένα του κύματος 8 (Wave 8), αν και συλλέχθηκαν το Χειμώνα του 2019, δεν έχουν αποδεσμευτεί για να γίνουν προσβάσιμα έτσι ώστε να χρησιμοποιούνταν αντί του κύματος 7. Επιπλέον, η μεταβλητή αριθμός χρόνιων παθήσεων στα κύματα 2 και 7 της έρευνας δεν περιλαμβάνει τις χρόνιες ασθένειες άνοια και καρδιακό επεισόδιο. Τόσο η άνοια όσο και το καρδιακό επεισόδιο θεωρούνται από τις κύριες συνιστώσες της ΜΦΥ με βάση τη βιβλιογραφία (Wu et al., 2014). Επίσης, η μεταβλητή λήψη βοήθειας (κυρίως για ADLs και IADLs) εκτός νοικοκυριού από συγγενείς, φίλους, γείτονες κτλ., που θα μπορούσε να δώσει χρήσιμα ευρήματα για την άτυπη – ανεπίσημη φροντίδα, είχε μεγάλο αριθμό ελλειπουσών τιμών (missing values) και στα δύο εξεταζόμενα κύματα. Αυτός ήταν ο λόγος που δεν συμπεριλήφθηκε στην παρούσα μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα – Ευρήματα

5.1 Ερευνητικό Ερώτημα 1: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην ηλικία των ατόμων;

Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων στη συνέντευξη ήταν 64,2 έτη με τυπική απόκλιση 10,9 για το κύμα 2 της έρευνας. Αντίθετα, ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων στη συνέντευξη ήταν 69,6 έτη με τυπική απόκλιση 9,58 για το κύμα 7 (Πίνακας 5.1).

Εφαρμόστηκε ο έλεγχος T - test ανεξάρτητων δειγμάτων για σύγκριση του μέσου όρου των ηλικιών στα δύο κύματα. Διαπιστώθηκε ότι οι ηλικίες των ατόμων στο κύμα 7 υπερτερούν έναντι των ατόμων στο κύμα 2 (independent samples t - test, $t = -21,146$, $df = 6441,140$, $p < 0,001$). Δηλαδή υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο όρο ηλικίας των ατόμων ανάμεσα στο κύμα 2 και κύμα 7 της έρευνας (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.1: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου όρου ηλικίας των ατόμων στα δύο κύματα της έρευνας

Group Statistics

	Wave	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Age at interview (in years)	2	3387	6,4206967965670 32E1	1,0904911913101 17E1	1,873762588100788E-1
	7	3061	6,9603789977877 80E1	9,5873675792944 32E0	1,732876905185003E-1

Πίνακας 5.2: Αποτελέσματα του ελέγχου T - test για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου όρου ηλικίας των ατόμων στα δύο κόμματα της έρευνας

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		T - test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Age at interview (in years)	Equal variances assumed	72,796	,000	-21,009	6446	,000	-5,3968	,256	-5,900	-5,900
	Equal variances not assumed			-21,146	6441,140	,000	-5,3968	,255	-5,897	-5,897

5.2 Ερευνητικό Ερώτημα 2: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών;

Το μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων βρέθηκε 22337,56 € με τυπική απόκλιση 24036,963 για το κύμα 2 της έρευνας. Αντίθετα, το μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων βρέθηκε 8724,66 € με τυπική απόκλιση 10832,314 για το κύμα 7 της έρευνας (Πίνακας 5.3).

Εφαρμόστηκε ο έλεγχος T - test ανεξάρτητων δειγμάτων για σύγκριση του μέσου όρου του καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στα δύο κύματα. Διαπιστώθηκε ότι το καθαρό εισόδημα υστερεί στο κύμα 7 της έρευνας σε σύγκριση με το κύμα 2 (independent samples t - test, $t = 28,801$, $df = 6446$, $p < 0,001$). Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων ανάμεσα στα κύματα 2 και 7 της έρευνας (Πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.3: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στα δύο κύματα της έρευνας

Group Statistics

	Wave	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Household net income, imputed	2	3387	22337,56	24036,963	413,021
	7	3061	8724,66	10832,314	195,790

Πίνακας 5.4: Αποτελέσματα του ελέγχου T - test για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του μέσου καθαρού εισοδήματος των νοικοκυριών στα δύο κύματα της έρευνας

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		T - test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. 2-tailed	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
household net income, imputed	Equal variances assumed	400,342	,000	28,801	6446	,000	13612,899	472,652	12686,344	14539,454
	Equal variances not assumed			29,782	4809,996	,000	13612,899	457,077	12716,818	14508,980

5.3 Ερευνητικό Ερώτημα 3: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (ADLs);

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.5, στο κύμα 2 της έρευνας, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (93,1%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής ενώ μόλις το 6,9% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Το 6,9% των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες προέκυψε ως εξής: 3,6% (σκορ 1), 1,4% (σκορ 2), 0,6% (σκορ 3), 0,7% (σκορ 4) και 0,6% (σκορ 5).

Στο κύμα 7 της έρευνας, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (93,4%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου δυσκολίες στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής ενώ το 6,6% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Το 6,6% των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες προέκυψε ως εξής: 3,1% (σκορ 1), 1,8% (σκορ 2), 0,5% (σκορ 3), 0,5% (σκορ 4) και 0,7% (σκορ 5).

Εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann - Whitney U καθώς η κλίμακα της μεταβλητής ADLs είναι διακριτή έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση των κυμάτων 2 και 7 της έρευνας στη συγκεκριμένη μεταβλητή (Πίνακας 5.6). Διαπιστώθηκε ότι το κύμα της έρευνας δεν επηρέασε την μεταβλητή ADLs { $p = \text{Asymp. Sig (2 - tailed)} = 0,0616 > 5\%$ }.

Πίνακας 5.5: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας

Wave * Activities of daily living index (high: has difficulties) Crosstabulation

			Activities of daily living index (high: has difficulties)						Total
			0	1	2	3	4	5	
Wave	2	Count	3148	123	46	21	24	21	3383
		% within Wave	93,1%	3,6%	1,4%	,6%	,7%	,6%	100,0%
Wave	7	Count	2850	96	54	16	16	20	3052
		% within Wave	93,4%	3,1%	1,8%	,5%	,5%	,7%	100,0%
Total		Count	5998	219	100	37	40	41	6435
		% within Wave	93,2%	3,4%	1,6%	,6%	,6%	,6%	100,0%

Πίνακας 5.6: Αποτελέσματα του ελέγχου Mann - Whitney U για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας

Mann - Whitney Test

	Activities of daily living index (high: has difficulties)
Mann - Whitney U	5146178,000
Wilcoxon W	9805056,000
Z	-,502
Asymp. Sig. (2 - tailed)	,616

a. Grouping Variable: Wave

5.4 Ερευνητικό Ερώτημα 4: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (IADLs);

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.7, στο κύμα 2 της έρευνας, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (95,8%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου δυσκολίες στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής ενώ μόλις το 4,2% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες για την εκτέλεση των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων. Το 4,2% των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες προέκυψε ως εξής: 2,9% (σκορ 1), 0,6% (σκορ 2) και 0,7% (σκορ 3).

Στο κύμα 7 της έρευνας, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (96,2%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει καθόλου δυσκολίες στην εκτέλεση των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής ενώ το 3,8% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ

μεγάλες δυσκολίες για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Το 3,8% των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες προέκυψε ως εξής: 2,2% (σκορ 1), 1% (σκορ 2) και 0,6% (σκορ 3).

Εκτελέστηκε ο έλεγχος X^2 του Pearson έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση των κυμάτων 2 και 7 της έρευνας στη συγκεκριμένη μεταβλητή (Πίνακας 5.8). Διαπιστώθηκε ότι το κύμα της έρευνας δεν επηρέασε την μεταβλητή IADLs {Chi - square tests, Pearson Chi - square = 7,484, df = 3, p = Asymp. Sig. (2 - sided) = 0,058 > 5% }.

Πίνακας 5.7: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του δείκτη των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής στα δύο κύματα της έρευνας

Wave * Instrumental activities of daily living index (high: has difficulties) Crosstabulation

			Instrumental activities of daily living index (high: has difficulties)				Total
			0	1	2	3	
Wave	2	Count	3242	98	20	23	3383
		% within Wave	95,8%	2,9%	,6%	,7%	100,0%
Wave	7	Count	2937	65	31	19	3052
		% within Wave	96,2%	2,1%	1,0%	,6%	100,0%
Total		Count	6179	163	51	42	6435
		% within Wave	96,0%	2,5%	,8%	,7%	100,0%

Πίνακας 5.8: Αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας των δευτερευουσών καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής συγκριτικά στα δύο κύματα της έρευνας

Chi - Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2 - sided)
Pearson Chi - Square	7,484 ^a	3	,058
Likelihood Ratio	7,528	3	,057
Linear - by - Linear Association	,012	1	,914
N of Valid Cases	6435		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,92.

5.5 Ερευνητικό Ερώτημα 5: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων;

Ο μέσος αριθμός των χρόνιων παθήσεων ήταν 0,99 με τυπική απόκλιση 1,107 στο κύμα 2 της έρευνας. Αντίθετα, ο μέσος αριθμός των χρόνιων παθήσεων ήταν 1,42 με τυπική απόκλιση 1,270 στο κύμα 7 της έρευνας (Πίνακας 5.9).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.10, όσον αφορά το κύμα 2 της έρευνας, το 41,8% των ερωτηθέντων ανέφερε καμία πάθηση ενώ πάνω από το 1 / 3 (31,6% του δείγματος) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια πάθηση. Το ποσοστό της συννοσηρότητας (πάνω από δύο ασθένειες) ανήλθε σε 26,6%. Το 26,6% των ατόμων που δήλωσε τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις προέκυψε ως εξής: 17,3% (2 χρόνιες παθήσεις), 6,1% (3 χρόνιες παθήσεις), 2,2% (4 χρόνιες παθήσεις), 0,7% (5 χρόνιες παθήσεις), 0,2% (6 χρόνιες παθήσεις), 0,1% (7 χρόνιες παθήσεις) και 0,02% (8 χρόνιες παθήσεις).

Όσον αφορά το κύμα 7 της έρευνας, το 28,1% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει κάποια πάθηση ενώ σχεδόν το 1 / 3 (29,4% του δείγματος) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει τουλάχιστον μια πάθηση. Το ποσοστό της συννοσηρότητας ανήλθε σε 42,6%. Το 42,6% των ατόμων που δήλωσε τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις προέκυψε ως εξής: 23,6% (2 χρόνιες παθήσεις), 12,7% (3 χρόνιες παθήσεις), 4,5% (4 χρόνιες παθήσεις), 1,2% (5 χρόνιες παθήσεις), 0,4% (6 χρόνιες παθήσεις), 0,1% (7 χρόνιες παθήσεις) και 0,1% (8 χρόνιες παθήσεις).

Η σύγκριση των δύο κυμάτων δείχνει ότι παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ως προς το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει κάποια πάθηση (κύμα 2 > κύμα 7) αλλά και ως προς το ποσοστό της συννοσηρότητας (κύμα 7 > κύμα 2). Εφαρμόστηκε ο έλεγχος Mann - Whitney U για να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση των κυμάτων 2 και 7 της έρευνας στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων. Διαπιστώθηκε ότι το κύμα της έρευνας επηρέασε τη μεταβλητή του αριθμού των χρόνιων παθήσεων { $p = \text{Asymp. Sig (2 - tailed)} < 0,001$ }. Δηλαδή η διαφοροποίηση στο μέσο αριθμό των χρόνιων παθήσεων, η οποία προκύπτει από το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε καμία πάθηση και το ποσοστό της συννοσηρότητας, είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των δύο κυμάτων (Πίνακας 5.11).

Πίνακας 5.9: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας

Report

Number of chronic diseases (easySHARE version)

Wave	Mean	N	Std. Deviation
2	,99	3387	1,107
7	1,42	3061	1,270
Total	1,19	6448	1,207

Πίνακας 5.10: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της σύγκρισης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας

Wave * Number of chronic diseases (easySHARE version) Crosstabulation

			Number of chronic diseases (easySHARE version)									Total
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Wave	2	Count	1416	1070	587	207	74	24	6	2	1	3387
		% within Wave	41,8%	31,6%	17,3%	6,1%	2,2%	,7%	,2%	,1%	,0%	100,0%
	7	Count	859	900	721	388	139	37	12	3	2	3061
		% within Wave	28,1%	29,4%	23,6%	12,7%	4,5%	1,2%	,4%	,1%	,1%	100,0%
Total		Count	2275	1970	1308	595	213	61	18	5	3	6448
		% within Wave	35,3%	30,6%	20,3%	9,2%	3,3%	,9%	,3%	,1%	,0%	100,0%

Πίνακας 5.11: Αποτελέσματα του ελέγχου Mann - Whitney U για τον έλεγχο της διαφοροποιητικής επίδρασης του αριθμού των χρόνιων παθήσεων στα δύο κύματα της έρευνας

Test Statistics^a

	Number of chronic diseases (easySHARE version)
Mann - Whitney U	4123928,500
Wilcoxon W	9861506,500
Z	-14,817
Asymp. Sig. (2 - tailed)	,000

a. Grouping Variable: Wave

5.6 Ερευνητικό Ερώτημα 6: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στην αυτοεκτίμηση / αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας των ατόμων;

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση και συσχέτιση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων με τα κύματα 2 και 7 της έρευνας εκτελέστηκε ο έλεγχος X^2 του Pearson. Στο κύμα 2 της έρευνας, το 29,0% των ερωτηθέντων δήλωσε πολύ καλή υγεία ενώ το 37,9% καλή υγεία. Αντίθετα, το 19,9% δήλωσε μέτρια υγεία ενώ το 5,4% ανέφερε κακή υγεία. Στο κύμα 7 της έρευνας, το 24,3% των ερωτηθέντων δήλωσε πολύ καλή υγεία ενώ το 38,3% ανέφερε καλή υγεία. Αντίθετα, μέτρια και κακή υγεία δήλωσε το 24,9% και 7,9% αντίστοιχα (Πίνακας 5.12).

Εν τούτοις, σύμφωνα με τον Πίνακα 5.13, από τη σύγκριση των δύο κυμάτων όσον αφορά τη μεταβλητή της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση για τιμές της μεταβλητής ίση με 1 (= εξαιρετική υγεία). Το 7,8% του δείγματος στο κύμα 2 ανέφερε εξαιρετική υγεία ενώ μόλις το 4,6% του δείγματος στο κύμα 7 δήλωσε εξαιρετική υγεία. Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση κρίθηκε ως στατιστικώς σημαντική καθώς επιβεβαιώθηκε από τον έλεγχο X^2 {Chi - square tests, Pearson Chi - square = 73,549, df = 4, p = Asymp. Sig. (2 - sided) < 0,001 }.

Πίνακας 5.12: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων συγκριτικά στα δύο κόμματα της έρευνας

			Self - perceived health - us version					total
			Excellent	Very good	Good	Fair	poor	
Wave	2	Count	264	980	1281	671	182	3378
		% within Wave	7,8%	29,0%	37,9%	19,9%	5,4%	100,0%
	7	Count	141	743	1173	762	242	3061
		% within Wave	4,6%	24,3%	38,3%	24,9%	7,9%	100,0%
Total	Count	405	1723	2454	1433	424	6439	
	% within Wave	6,3%	26,8%	38,1%	22,3%	6,6%	100,0%	

Πίνακας 5.13: Αποτελέσματα του ελέγχου X^2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων συγκριτικά στα δύο κύματα της έρευνας

Chi - Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2 - sided)
Pearson Chi - Square	73,549 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	74,099	4	,000
Linear - by - Linear Association	72,055	1	,000
N of Valid Cases	6439		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 192,53.

5.7 Ερευνητικό Ερώτημα 7: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του κύματος της έρευνας στη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης / αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας των ατόμων με οικονομικούς (καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών), δημογραφικούς (φύλο και ηλικία των ατόμων) και ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες της υγείας (ADLs, IADLs και αριθμός χρόνιων παθήσεων);

Διενεργήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων και ανεξάρτητες μεταβλητές τις εξής: την ηλικία, το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών, τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (ADLs), τις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (IADLs), τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων και το φύλο. Η μεταβλητή κύμα

(wave) χρησιμοποιήθηκε ως ψευδομεταβλητή ως εξής: Wave = 0 (ως Wave 2) και Wave = 1 (ως Wave 7). Η χρήση της ψευδομεταβλητής πραγματοποιήθηκε για να διαφανούν πιθανές αλληλεπιδράσεις του κάθε κύματος της έρευνας με κάθε μια από τις 6 ανεξάρτητες μεταβλητές.

Female * Wave

Age * Wave

Thinc_m * Wave

Adla * Wave

Iadla * Wave

Chronic_mod * Wave

Εφαρμόστηκε μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων με επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Stepwise: το τελικό μοντέλο έχει μόνο τις στατιστικά σημαντικές μεταβλητές).

- Τα αποτελέσματα του μοντέλου έδωσαν $R^2 = 0,312$. Αυτό σημαίνει ότι κατά 31,2% η μεταβλητότητα των τιμών της αυτοεκτίμησης της υγείας ερμηνεύεται από το εκτιμηθέν υπόδειγμα (συστηματικό μέρος) ή από τη μεταβλητότητα των τιμών των ανεξάρτητων μεταβλητών (τον αριθμό χρόνιων παθήσεων, την ηλικία, τις ADLs, τις IADLs και το φύλο). Το υπόλοιπο 68,8% ερμηνεύεται από άλλες ερμηνευτικές μεταβλητές που βρίσκονται στο μη συστηματικό μέρος της παλινδρόμησης (Πίνακας 5.14).
- Εφόσον Significance < 5% αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν μεταβλητές με στατιστικά σημαντική σχέση στο μοντέλο και συνεπώς η παλινδρόμηση δουλεύει συνολικά καλά (Πίνακας 5.15).
- Ο Πίνακας 5.16 έδειξε ότι Significance < 5% για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές το οποίο σημαίνει ότι οι μεταβλητές αριθμός χρόνιων παθήσεων,

ηλικία, ADLs, IADLs και φύλο έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την αυτοεκτίμηση της υγείας.

- Παρατηρείται ότι VIF (Variation Inflation Factor) < 2 και η τιμή της Tolerance είναι μεγαλύτερη από 0,5. Αυτό σημαίνει ότι δεν υφίσταται το πρόβλημα της πολυσυγραμμικότητας (colinearity) (Πίνακας 5.16).

Πίνακας 5.14: Αποτελέσματα παλινδρόμησης (R^2 και $R^2_{ADJUSTED}$) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Model Summary) με τη μέθοδο Stepwise

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,499 ^a	,249	,249	,994
2	,541 ^b	,292	,292	,965
3	,551 ^c	,304	,303	,957
4	,558 ^d	,311	,311	,952
5	,559^e	,312	,312	,951

a. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version)

b. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years)

c. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties)

d. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties), Gender: female = 1, male = 0

e. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties), Gender: female = 1, male = 0, iadlawave

Πίνακας 5.15: Αποτελέσματα παλινδρόμησης (Significance Value) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Πίνακας ANOVA) με τη μέθοδο Stepwise

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2107,428	1	2107,428	2134,120	,000 ^a
	Residual	6352,538	6433	,987		
	Total	8459,966	6434			
2	Regression	2474,502	2	1237,251	1329,554	,000 ^b
	Residual	5985,464	6432	,931		
	Total	8459,966	6434			
3	Regression	2569,161	3	856,387	934,919	,000 ^c
	Residual	5890,805	6431	,916		
	Total	8459,966	6434			
4	Regression	2633,759	4	658,440	726,676	,000 ^d
	Residual	5826,207	6430	,906		
	Total	8459,966	6434			
5	Regression	2642,561	5	528,512	584,076	,000^e
	Residual	5817,404	6429	,905		
	Total	8459,966	6434			

a. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version)

b. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years)

c. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties)

d. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties), Gender: female = 1, male = 0

e. Predictors: (Constant), Number of chronic diseases (easySHARE version), Age at interview (in years), Activities of daily living index (high: has difficulties), Gender: female = 1, male = 0, iadlawave

f. Dependent Variable: Self - perceived health - us version

Πίνακας 5.16: Αποτελέσματα παλινδρόμησης (Coefficients και Colinearity Statistics) για επιλογή βέλτιστου μοντέλου (Πίνακας Coefficients) με τη μέθοδο Stepwise

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics		
						Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	2,374	,017		136,294	,000	2,340	2,408		
	Number of chronic diseases (easySHARE version)	,474	,010	,499	46,197	,000	,454	,494	1,000	1,000
2	(Constant)	,809	,081		10,037	,000	,651	,967		
	Number of chronic diseases (easySHARE version)	,371	,011	,391	33,072	,000	,349	,393	,787	1,270
	Age at interview (in years)	,025	,001	,235	19,861	,000	,023	,028	,787	1,270
3	(Constant)	,923	,081		11,434	,000	,765	1,082		
	Number of chronic diseases (easySHARE version)	,353	,011	,372	31,292	,000	,331	,375	,768	1,303
	Age at interview (in years)	,023	,001	,218	18,404	,000	,021	,026	,772	1,295
	Activities of daily living index (high: has difficulties)	,203	,020	,110	10,166	,000	,164	,242	,922	1,085
4	(Constant)	,748	,083		9,019	,000	,586	,911		
	Number of chronic diseases (easySHARE version)	,356	,011	,374	31,689	,000	,334	,378	,767	1,304
	Age at interview (in years)	,024	,001	,226	19,110	,000	,022	,027	,767	1,303
	Activities of daily living index (high: has difficulties)	,192	,020	,104	9,671	,000	,153	,231	,918	1,089

	Gender: female = 1, male = 0	,204	,024	,088	8,443	,000	,157	,251	,988	1,012
5	(Constant)	,762	,083		9,183	,000	,600	,925		
	Number of chronic diseases (easySHARE version)	,355	,011	,374	31,660	,000	,333	,377	,767	1,304
	Age at interview (in years)	,024	,001	,224	18,927	,000	,022	,027	,765	1,307
	Activities of daily living index (high: has difficulties)	,164	,022	,089	7,502	,000	,121	,207	,759	1,317
	Gender: female = 1, male = 0	,203	,024	,088	8,425	,000	,156	,251	,988	1,012
	iadlawave	,176	,056	,036	3,119	,002	,065	,287	,799	1,251

a. Dependent Variable: Self - perceived health - us version

Λαμβάνοντας υπόψη το R^2 , τους πίνακες Ανονα και Coefficients αλλά και τον έλεγχο της πολυσυγραμμικότητας διαπιστώνεται ότι το εκτιμηθέν μοντέλο έχει καλή προσαρμογή και ερμηνευτική ικανότητα.

Το εκτιμηθέν μοντέλο είναι:

$$\text{Sphus} = 0,762 + 0,355 * \text{chronic_mod} + 0,024 * \text{age} + 0,164 * \text{adla} + 0,203 * \text{female} \\ + 0,176 * \text{iadla} * \text{wave}$$

Από το εκτιμηθέν μοντέλο προκύπτουν τα κάτωθι παραγόμενα 4 μοντέλα:

- 1) $\text{Sphus} = 0,762 + 0,355 * \text{chronic_mod} + 0,024 * \text{age} + 0,164 * \text{adla}$
(για Wave = 0 \Rightarrow Wave 2 και Female = 0 = άνδρες)
- 2) $\text{Sphus} = 0,965 + 0,355 * \text{chronic_mod} + 0,024 * \text{age} + 0,164 * \text{adla}$
(για Wave = 0 \Rightarrow Wave 2 και Female = 1 = γυναίκες)
- 3) $\text{Sphus} = 0,762 + 0,355 * \text{chronic_mod} + 0,024 * \text{age} + 0,164 * \text{adla} + 0,176 * \text{iadla}$
(για Wave = 1 \Rightarrow Wave 7 και Female = 0 = άνδρες)

$$4) Sphus = 0,965 + 0,355 * chronic_mod + 0,024 * age + 0,164 * adla + 0,176 * iadla$$

(για Wave = 1 \Rightarrow Wave 7 και Female = 1 = γυναίκες)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το εκτιμηθέν μοντέλο παρατηρείται ότι το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών δεν συσχετίζεται είτε θετικά είτε αρνητικά (δεν είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή) με την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων. Στους άνδρες, ανεξαρτήτως του κύματος της έρευνας, για $chronic_mod = 0$, $age = 0$, $adla = 0$, $iadla = 0$, το μέσο σκορ αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων εκτιμάται 0,762. Στις γυναίκες, ανεξαρτήτως του κύματος της έρευνας, για $chronic_mod = 0$, $age = 0$, $adla = 0$, $iadla = 0$, το αντίστοιχο μέσο σκορ εκτιμάται 0,965, στατιστικά μεγαλύτερο σε σχέση με τους άνδρες.

Ανεξαρτήτως κύματος έρευνας και στα δύο φύλα:

- Η αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων κατά μια ασθένεια (δοθέντος ότι οι υπόλοιπες μεταβλητές παραμένουν σταθερές) οδηγεί σε αύξηση κατά 0,355 του σκορ αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων.
- Η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος (δοθέντος ότι οι υπόλοιπες μεταβλητές παραμένουν σταθερές) οδηγεί σε αύξηση κατά 0,024 του σκορ αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων.
- Η αύξηση του δείκτη των καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής κατά μία μονάδα (δοθέντος ότι οι υπόλοιπες μεταβλητές παραμένουν σταθερές) οδηγεί σε αύξηση κατά 0,164 του σκορ αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων.

Σε σχέση με τα κύματα της έρευνας και στα δύο φύλα, η αύξηση του δείκτη των δευτερευουσών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (μεταβλητή $iadla$) κατά μια μονάδα στο κύμα 7 προβλέπει την αύξηση του σκορ αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων κατά 0,176 σε αντίθεση με το κύμα 2 όπου δεν επιδρά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα – Συζήτηση – Προτάσεις

6.1 Συμπεράσματα

Ο ερευνητικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διαγενεακή σύγκριση του προφίλ των ατόμων ηλικίας 50 + στην Ελλάδα πριν (κύμα 2) και μετά (κύμα 7) την οικονομική κρίση σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς, ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες αλλά και παράγοντες της υγείας για πιθανές διακυμάνσεις στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Τα χρησιμοποιούμενα δεδομένα προέρχονται από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων SHARE 50 + που περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω και η επεξεργασία τους πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Ο λόγος της επιλογής του συγκεκριμένου ηλικιακού group είναι ότι άτομα προχωρημένης ηλικίας θεωρούνται από τους κύριους λήπτες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και συνεπώς είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν την εν λόγω φροντίδα μελλοντικά. Αντιστοίχως, η επιλογή των μεταβλητών έγινε με στόχο να εξηγήσουν πιθανές μεταβολές στη ΜΦΥ με βάση τα κριτήρια αξιολόγησης που αναλύθηκαν στο Κεφάλαιο 3.

Στο κύμα 2 της έρευνας, το 42,9% του συνόλου του δείγματος ήταν άνδρες ενώ το 57,1% ήταν γυναίκες. Η αντίστοιχη κατανομή του δείγματος 7 ήταν 42,2% για τους άνδρες και 57,8% για τις γυναίκες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες του κύματος 7 έχουν υψηλότερο μέσο όρο ηλικίας συγκριτικά με τους ερωτηθέντες του κύματος 2 κατά 5,5 έτη. Η διαφορά στο μέσο όρο ηλικίας των ατόμων ανάμεσα στα δύο κύματα της έρευνας αξιολογήθηκε ως στατιστικώς σημαντική.

Όταν μελετήθηκε το μέσο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών σε σχέση με τα δύο κύματα βρέθηκε ότι το εισόδημα των ατόμων στο κύμα 2 είναι δύο φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το αντίστοιχο εισόδημα των ερωτηθέντων στο κύμα 7. Διαπιστώθηκε ότι η διαφορά στο μέσο καθαρό εισόδημα των ατόμων είναι στατιστικώς σημαντική μεταξύ των δύο κυμάτων.

Όσον αφορά τις δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (ντύσιμο, πλύσιμο σώματος και λούσιμο, κατανάλωση φαγητού, κοπή τροφίμων, περπάτημα μέσα σε ένα δωμάτιο, κίνηση από και προς το κρεβάτι), η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες και μόνο ένα μικρό ποσοστό των ατόμων ανέφερε ότι αντιμετωπίζει από μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες τόσο στο κύμα 2 όσο και στο κύμα 7. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των δυσκολιών σε ADLs μεταξύ των δύο κυμάτων.

Όσον αφορά τις δυσκολίες σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (πραγματοποίηση τηλεφωνικών κλήσεων, λήψη φαρμάκων και οικονομική διαχείριση), η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει δυσκολίες και μόνο ένα μικρό ποσοστό των ατόμων ανέφερε ότι αντιμετωπίζει από μικρές έως πολύ μεγάλες δυσκολίες τόσο στο κύμα 2 όσο και στο κύμα 7. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των δυσκολιών σε IADLs μεταξύ των δύο κυμάτων.

Ο μέσος αριθμός των χρόνιων παθήσεων βρέθηκε αισθητά υψηλότερος στο κύμα 7 σε σχέση με το κύμα 2 της έρευνας. Η διαφοροποίηση στο μέσο αριθμό των χρόνιων παθήσεων φαίνεται έντονα από το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν καμία πάθηση (κύμα 2 > κύμα 7) και το ποσοστό της συννοσηρότητας (κύμα 7 > κύμα 2). Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση κρίθηκε ως στατιστικώς σημαντική ανάμεσα στα δύο δείγματα.

Παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση ως προς το πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους. Αυτό διαφαίνεται έντονα για τον αριθμό των ατόμων που δήλωσε εξαιρετική υγεία μεταξύ των δύο δειγμάτων. Ο αριθμός των ατόμων που ανέφερε εξαιρετική υγεία στο κύμα 2 βρέθηκε ότι υπερβαίνει σημαντικά τον αντίστοιχο αριθμό στο κύμα 7. Η διαφοροποίηση κρίθηκε ως στατιστικώς σημαντική.

Επιπρόσθετα, εξετάστηκε αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας των ατόμων με οικονομικούς (καθαρό εισόδημα νοικοκυριών), με δημογραφικούς (φύλο και ηλικία) και ατομικούς / ευρύτερους παράγοντες της υγείας (αριθμός των χρόνιων παθήσεων, ADLs και IADLs) διαχρονικά στα δύο κύματα.

Το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών δεν βρέθηκε να συσχετίζεται είτε θετικά είτε αρνητικά με την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων (δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση) μεταξύ των ετών 2007 - 2017.

Το φύλο αποδείχτηκε ότι είναι ένας παράγοντας που παίζει διαφοροποιητικό ρόλο στην αυτοεκτίμηση της υγείας. Οι άνδρες ηλικίας 50 + διαπιστώθηκε ότι στη παρούσα εργασία θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πιο καλή σε σχέση με τις γυναίκες και στα δύο κύματα της έρευνας.

Η ηλικία των ερωτηθέντων βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με το σκορ αυτοεκτίμησης της υγείας τους. Δηλαδή, η αύξηση της ηλικίας των ατόμων οδηγεί σε μείωση της αυτοεκτίμησης της υγείας τους και αντιστρόφως ανεξαρτήτως κύματος έρευνας και στα δύο φύλα.

Ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων διαπιστώθηκε ότι έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (θετική) με την αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων οδηγεί σε μείωση της αυτοεκτίμησης της υγείας και αντιστρόφως ανεξαρτήτως κύματος έρευνας και στα δύο φύλα.

Οι δυσκολίες σε ADLs βρέθηκαν να έχουν θετική και στατιστικά σημαντική σχέση με την αυτοεκτίμηση της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση των δυσκολιών σε ADLs οδηγεί σε χειρότερη αυτοεκτίμηση της υγείας και αντιστρόφως ανεξαρτήτως του δείγματος της έρευνας και στα δύο φύλα.

Οι δυσκολίες σε IADLs βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με το σκορ αυτοεκτίμησης των ατόμων μόνο στο κύμα 7. Δηλαδή η αύξηση των δυσκολιών σε IADLs οδηγεί σε χειρότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης της υγείας και αντιστρόφως και στα δύο φύλα. Αντίθετα, δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των δυσκολιών σε IADLs με την αυτοεκτίμηση της υγείας στο κύμα 2.

Συμπερασματικά, η διαγενεακή σύγκριση του προφίλ ατόμων ηλικίας 50 + στην Ελλάδα πριν (κύμα 2) και μετά (κύμα 7) την οικονομική κρίση καταδεικνύει ότι το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε ενώ η ηλικία και ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων αυξήθηκαν στο χρονικό διάστημα 2007 - 2017. Η αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων μειώθηκε μέσα στη συγκεκριμένη δεκαετία. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν μικρότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους άνδρες ανεξαρτήτως του δείγματος της έρευνας. Η ηλικία, ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων και οι δυσκολίες σε ADLs

έχουν ίδια επίδραση στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας των ατόμων ανεξαρτήτως του κύματος της έρευνας. Οι IADLs εκτιμούν μείωση της αυτοεκτίμησης μόνο στο κύμα 7 της έρευνας.

6.2 Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα μελέτησε την επίδραση της οικονομικής κρίσης, δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία στην αυτοεκτίμηση της υγείας στην Ελλάδα. Η αυτοεκτίμηση της υγείας χρησιμοποιείται ευρέως σε επιδημιολογικές μελέτες και στη δημόσια υγεία ως ένας προβλεπτικός παράγοντας θνησιμότητας και θνητότητας στον πληθυσμό (Jylha, 2009). Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να υποθεθεί ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί έναν έγκυρο δείκτη της πραγματικής κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Εν τούτοις, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στις διαφορετικές πτυχές της αυτοεκτίμησης (π.χ. ηλικία) στη διαθέσιμη βιβλιογραφία (Sargent - Cox, Anstey & Luszcz, 2010). Πολλές δημοσιευμένες μελέτες διερευνούν τη σύνδεση της αυτοεκτίμησης με διαφορετικούς δημογραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες αλλά και παράγοντες της υγείας.

Σύμφωνα με την παρούσα εργασία, η αυτοεκτίμηση της υγείας μειώθηκε μεταξύ των ετών 2007 - 2017 και η συγκεκριμένη διαφοροποίηση κρίθηκε στατιστικά σημαντική. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των ατόμων που δήλωσε εξαιρετική, πολύ καλή και καλή υγεία μειώθηκε τη δεκαετία 2007 - 2017. Αυτό επιβεβαιώνεται τόσο από στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2019, 2015) όσο και της Eurostat (2020c) όπου ο αριθμός των ατόμων που δήλωσε καλή ή πολύ καλή υγεία στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού μειώθηκε για το ίδιο διάστημα.

Ο μέσος όρος της ηλικίας των ατόμων μεταξύ των ετών 2007 - 2017 διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικός. Η διαφοροποίηση στην ηλικία εξηγείται από το γεγονός ότι τα άτομα παρακολουθούνται καθώς μεγαλώνουν μέσα στο χρόνο. Εν τούτοις, αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάθε δείγμα μπορεί να συμμετέχουν νέα άτομα για πρώτη φορά και μπορεί να αποχωρούν ερωτηθέντες που συμμετείχαν σε προηγούμενα κύματα (π.χ. λόγω θανάτου).

Το μέσο καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε σημαντικά μεταξύ των συγκρίσιμων περιόδων και η μείωση αξιολογήθηκε ως στατιστικώς σημαντική. Η

συγκεκριμένη μείωση επιβεβαιώνεται από στατιστικά στοιχεία της Eurostat (2020b) για το χρονικό διάστημα 2010 – 2018.

Όσον αφορά τις ADLs και IADLs δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τα έτη 2007 - 2017 παρόλο που για υψηλές τιμές των συγκεκριμένων μεταβλητών (και άρα μεγαλύτεροι περιορισμοί των ατόμων) παρατηρείται μικρή αύξηση. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2019, 2015), ο περιορισμός των συνήθων δραστηριοτήτων λόγω υγείας αυξήθηκε μεταξύ των ετών 2010 – 2017 ως ποσοστό στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού τόσο για μεγάλους όσο και για πολύ μεγάλους περιορισμούς.

Ο επιπολασμός του αριθμού των χρόνιων παθήσεων αυξήθηκε για το διάστημα 2007 - 2017 και η συγκεκριμένη αύξηση διαπιστώθηκε ως στατιστικώς σημαντική. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2019, 2015), ο επιπολασμός των χρόνιων προβλημάτων υγείας αυξήθηκε στο διάστημα 2010 - 2017 ως ποσοστό στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού. Μάλιστα ο επιπολασμός της θνησιμότητας είναι πιο έντονος σε ηλικιωμένα άτομα (Διάγραμμα 3.1).

Επιπρόσθετα, μελετήθηκε η σύνδεση της αυτοεκτίμησης με το φύλο, την ηλικία, το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών, τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, τις ADLs, τις IADLs και την οικονομική κρίση. Η συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την αυτοεκτίμηση της υγείας έχει μελετηθεί συστηματικά στη βιβλιογραφία και έχει βρεθεί ότι οι άνδρες τείνουν να αναφέρουν καλύτερη υγεία (Zavras *et al.*, 2013). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ενισχύεται από το δείκτη του προσδόκιμου ζωής χωρίς αναπηρία στην ηλικία των 65 + όπου παρατηρείται υπεροχή των ανδρών στα προσδοκώμενα έτη ποιοτικής ζωής (Υποενότητα 1.4.2). Σύμφωνα με τον Boerma *et al.* (2016), η διαφοροποιητική επίδραση που ασκεί το φύλο των ατόμων στην αυτοεκτίμηση της υγείας τους σε πολλές χώρες μπορεί να εξηγηθεί από βιολογικούς παράγοντες και κοινωνικές ανισότητες που σχετίζονται με το φύλο.

Η ηλικία διαπιστώθηκε ότι αποτελεί μια σημαντική συνιστώσα της αυτοεκτίμησης της υγείας και τα ευρήματα έδειξαν ότι ηλικιωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χειρότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Αυτό είναι λογικό καθότι ηλικιωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να έχουν παραπάνω από μια ασθένεια και πολλά προβλήματα υγείας. Το συγκεκριμένο επιχείρημα είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία (McFadden *et al.*, 2008, Zavras *et al.*, 2013). Επιπλέον, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι μια από τις κύριες συνιστώσες της αυτοεκτίμησης της υγείας (Nedjat *et al.*, 2012).

Το καθαρό εισόδημα των νοικοκυριών δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με την εγχώρια και διεθνή βιβλιογραφία όπου υψηλότερο εισόδημα συνδέεται σημαντικά με καλύτερα επίπεδα υγείας (Zavras *et al.*, 2013, Cislaghi B. and Cislaghi C., 2019). Εν τούτοις, παρατηρείται ασθενής σημαντική συσχέτιση σε μελέτες με διαχρονικά δεδομένα (Reche, König & Hajek, 2019).

Άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και πολλαπλές συννοσηρότητες προβλέπεται να αναφέρουν χειρότερα επίπεδα υγείας. Μάλιστα διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων έχει την ισχυρότερη αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση της υγείας. Πολλές χρόνιες ασθένειες συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με χειρότερη αυτοεκτίμηση της υγείας κάτι που είναι συμβατό και με αντίστοιχες διεθνείς μελέτες (Sheridan, Mair & Quiñones, 2019).

Η αύξηση σε δυσκολίες ADLs διαπιστώθηκε ότι προβλέπεται να οδηγήσει σε χειρότερα επίπεδα υγείας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι συμβατό με τη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τον Bardage *et al.* (2005), οι ADLs αποτελούν ένα σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την αυτοεκτίμηση της υγείας. Μάλιστα, η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά άτομα 65 + που αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς σε ADLs (Διάγραμμα 3.2).

Παρομοίως, η αύξηση σε δυσκολίες IADLs προβλέπεται να οδηγήσει σε χειρότερη αυτοεκτίμηση της υγείας μετά την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με τον Tomioaka *et al.* (2017), χειρότερη υγεία συσχετίζεται με αυξημένες δυσκολίες σε IADLs και η συγκεκριμένη συσχέτιση είναι ανεξάρτητη από τις χρόνιες ασθένειες και τις ADLs αλλά επηρεάζεται τόσο από την ηλικία όσο και από την κατάθλιψη. Εν τούτοις, οι IADLs δεν διαπιστώθηκε να επιδρούν στην αυτοεκτίμηση της υγείας στην περίοδο πριν την οικονομική ύφεση.

Παρατηρείται ότι οι IADLs έχουν πιο ισχυρή αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση της υγείας συγκριτικά με τις ADLs στο δείγμα του 2017. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι το γεγονός ότι οι ADLs αντιπροσωπεύουν τις βασικές φυσιολογικές λειτουργίες των ατόμων ενώ οι IADLs επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που αποτελούν πιο σύνθετες διαδικασίες. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε να υπονοηθεί ότι οι IADLs είναι

πιο ευαίσθητες σε σχέση με τις ADLs στον έλεγχο των ατόμων για μια λειτουργική αναπηρία (Walter - Ginzburg *et al.*, 2001).

Η οικονομική κρίση έχει αρνητική επίδραση στην αυτοαναφερόμενη υγεία. Το συγκεκριμένο εύρημα της παρούσας εργασίας συμφωνεί με δημοσιευμένες μελέτες που έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση της υγείας του πληθυσμού μειώνεται κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής ύφεσης (Stuckler *et al.*, 2009, Piumatti, 2020). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η ύπαρξη ανισοτήτων στον κλάδο της υγείας συντηρούνται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα μετά την οικονομική ύφεση ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό προφίλ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Kondo *et al.*, 2008). Εν τούτοις, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν βελτίωση στην κατάσταση της υγείας των ατόμων κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής ύφεσης σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Bezruchka, 2009). Οι συγκεκριμένες έρευνες δεν συμβαδίζουν με την περίπτωση της Ελλάδας.

Η μελέτη των συνιστωσών της ΜΦΥ επιτρέπει την ανίχνευση των ατόμων του πληθυσμού που χρήζουν φροντίδας έτσι ώστε να υπάρχει η πληροφόρηση για το που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και να μπορούν να κινητοποιηθούν οι αρμόδιοι φορείς αλλά και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από το κράτος. Ηλικιωμένα άτομα (κυρίως 65 +) προβλέπεται να έχουν υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας και να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς τόσο στις ADLs όσο και στις IADLs και κατ' επέκταση να αναφέρουν χειρότερα επίπεδα υγείας (κυρίως οι γυναίκες). Η γήρανση του συγκεκριμένου πληθυσμού με τη σειρά της σημαίνει ότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός θα ταυτοποιείται με το προαναφερθέν προφίλ. Επομένως, η ανάγκη και η ζήτηση για ΜΦΥ θα είναι αυξημένη και συνεπακόλουθα πολιτικές υγείας πρέπει να εφαρμοστούν για την προστασία της υγείας του πληθυσμού - στόχου. Η οικονομική κρίση οδηγεί στη συσσώρευση ενός αυξανόμενου βάρους των χρόνιων ασθενειών και κατά συνέπεια εμποδίζει την οικονομική ανάπτυξη λόγω της υιοθέτησης μη υγιεινού τρόπου ζωής (WHO, 2010). Η υιοθέτηση παρεμβάσεων όπως είναι η παρεμπόδιση παραγόντων κινδύνου, η έγκαιρη ανίχνευση μιας ασθένειας και η άριστη διαχείριση των χρόνιων ασθενειών είναι ύψιστης σημασίας. Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση οδήγησε σε συρρίκνωση του εισοδήματος των νοικοκυριών και σε πιο αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας για δημόσια κάλυψη ΜΦΥ στο πλαίσιο των περικοπών των δημοσίων δαπανών (European Commission, 2018a). Αυτοί είναι οι λόγοι που το μεγαλύτερο τμήμα παροχής της ΜΦΥ εκπροσωπείται από τους οικογενειακούς φροντιστές στη

περίοδο μετά την οικονομική ύφεση. Συνεπώς, η μεγαλύτερη πρόκληση μετά την οικονομική κρίση είναι η διατήρηση - ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής συνοχής - ευημερίας όχι μόνο για τον ηλικιωμένο πληθυσμό αλλά και για όσους έχουν ανάγκη ΜΦΥ. Αυτό διαφαίνεται στην ισχυρή επίδραση των IADLs, οι οποίες εμπίπτουν στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών, στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων μετά την οικονομική κρίση. Επομένως, πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στη διατήρηση - ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής προστασίας που υποστηρίζουν τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και στην ανάπτυξη - επένδυση ενός ολοκληρωμένου μοντέλου ΜΦΥ με κύριο προσανατολισμό την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

6.3 Προτάσεις μεταρρύθμισης του συστήματος ΜΦΥ

Τα τελευταία χρόνια, το ελληνικό κράτος έχει προβεί σε μια σειρά μεταρρυθμίσεων για την αναδιάρθρωση του συστήματος ΜΦΥ. Αυτό αποσκοπούσε στη βελτίωση των κριτηρίων αξιολόγησης του συστήματος ΜΦΥ που παρουσιάστηκαν στο Κεφάλαιο 3. Οι μεταρρυθμίσεις περιλάμβαναν (European Commission, 2019): 1) την ίδρυση ενός εθνικού μητρώου ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας αλλά και ΜΦΥ (νόμος 4455 / 2017), 2) την ίδρυση ενός επίσημου μητρώου τόσο για τους δημόσιους όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς που συμμετέχουν σε κοινωνικές υπηρεσίες, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και υπηρεσίες ΜΦΥ (νόμος 4445 / 2016), 3) την ίδρυση του εθνικού παρατηρητηρίου για την άνοια / αλτσχάιμερ που αναφέρθηκε στην Υποενότητα 3.4.6 και 4) την ίδρυση 150 κέντρων ολοκληρωμένης φροντίδας ηλικιωμένων (ΟΦΗΛΙ), τα οποία συντονίζουν τρεις υφιστάμενες δομές (ΚΗΦΗ, ΚΑΠΗ, πρόγραμμα 'βοήθεια στο σπίτι'). Εν τούτοις, οι προαναφερθείσες μεταρρυθμίσεις μπορεί να αποτελούν βήματα στη σωστή κατεύθυνση αλλά είναι περιορισμένης εμβέλειας.

Συνεπώς, το ελληνικό σύστημα ΜΦΥ χρήζει ριζικής αναδιάρθρωσης προκειμένου να επιτευχθεί μια πολιτική ολοκλήρωσης των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια, ακολουθούν προτάσεις μεταρρύθμισης του συστήματος ΜΦΥ για την επίτευξη μιας τέτοιας πολιτικής (European Commission, 2019).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος ΜΦΥ μέσω της πρόσβασης - διαθεσιμότητας δεικτών οικονομικής βιωσιμότητας για το σχεδιασμό της

χρηματοδότησης του μίγματος πολιτικής ΜΦΥ (υπηρεσίες και παροχές) ενώ παράλληλα πρέπει να δοθεί έμφαση στην αποκατάσταση και σε κοινωνικές επενδύσεις ως μέτρα κόστους - αποτελεσματικότητας (π.χ. καινοτόμες τεχνολογίες, κοινωνικές υπηρεσίες, στρατηγικές πρόληψης κτλ.).

Επιπλέον, η διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος ΜΦΥ μέσω της εφαρμογής αυστηρότερων κατευθυντήριων οδηγιών στους παρόχους υγείας είναι απαραίτητη. Συμπληρωματικά, η ποιότητα της φροντίδας πρέπει να ενισχυθεί από αυστηρή κρατική εποπτεία και κρατικούς αποτελεσματικούς ελέγχους.

Αναφορικά με τα επιδόματα του συστήματος ΜΦΥ, πρέπει να υπάρχει έλεγχος που να αποδεικνύει ότι τα επιδόματα χρησιμοποιούνται για κάλυψη της αυτό καθαυτό φροντίδας. Από τη μια πλευρά, ένα ολοκληρωμένο σχέδιο δράσης πρέπει να καθορίζει τη συμμετοχή του άτυπου φροντιστή στη περίπτωση που το επίδομα σχετίζεται με την αποζημίωσή του. Από την άλλη πλευρά, η πρόσληψη μεταναστών πρέπει να γίνεται υπό τον όρο μιας επίσημης εργασιακής σύμβασης στη περίπτωση που το επίδομα χρησιμοποιείται για την πρόσληψή τους.

Παράλληλα, όσον αφορά τους επίσημους φροντιστές του συστήματος ΜΦΥ, η νομική αναγνώριση του επαγγέλματός τους είναι μείζονος σημασίας καθώς θα προσφέρει ευκαιρίες για την επαγγελματική ανάπτυξη και εκπαίδευσή τους.

Ιδιαίτερης σημασίας βέβαια αποτελούν και οι ιδρυματικές εγκαταστάσεις φροντίδας του συστήματος ΜΦΥ. Η υιοθέτηση ενός κατάλληλου μίγματος πολιτικής είναι απαραίτητη για την παροχή επαρκούς αριθμού ιδρυματικών κέντρων. Ο σχεδιασμός ενός κατάλληλου αριθμού εγκαταστάσεων ιδρυματικής φροντίδας πρέπει να είναι συνάρτηση των αναγκών του πληθυσμού. Λαμβάνοντας υπόψη ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη φροντίδα στο σπίτι σε σχέση με την ιδρυματική φροντίδα, πολιτικές που μειώνουν την προσφορά της ιδρυματικής φροντίδας χωρίς την παροχή επαρκών υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι θα πρέπει να αποφεύγονται.

Βέβαια, προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη της φροντίδας στο σπίτι και στην ημερήσια φροντίδα όπως επισημάνθηκε στα Κεφάλαια 2 και 3. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με κατάλληλη χρηματοδότηση των συγκεκριμένων τύπων φροντίδας προκειμένου να διασφαλιστεί η προσβασιμότητα και η οικονομική τους επάρκεια. Ωστόσο, η ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι πρέπει να συνοδεύεται από

πολιτικές αποκατάστασης και πρόληψης. Αυτό θα διασφαλίζει ότι τα άτομα θα μπορούν να ζουν στο δικό τους χώρο όσο είναι εφικτό και εφόσον το επιθυμούν. Η φροντίδα στο σπίτι θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλα τα άτομα που χρήζουν ανάγκης για ΜΦΥ. Η διασφάλιση επαρκούς φροντίδας στο σπίτι μπορεί να επιτευχθεί από πρωτοβουλίες για ολοκλήρωση τόσο των υγειονομικών όσο και των κοινωνικών υπηρεσιών (π.χ. η ανάπτυξη ολοκληρωμένου σχεδίου δράσης) ενώ, η επένδυση στην εκπαίδευση των ατόμων που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι και ημερήσια φροντίδα είναι απαραίτητη, για τη βελτίωση της ποιότητας των συγκεκριμένων τύπων φροντίδας με ταυτόχρονη αυστηρή παρακολούθηση των προτύπων ποιότητάς τους.

Επιπρόσθετα, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται και στους μετανάστες εργαζόμενους σχετικά με τη θέση, τα προσόντα και τις συνθήκες εργασίας τους.

Τέλος, αναφορικά με την άτυπη φροντίδα, κρίνεται απαραίτητη η παροχή εκπαίδευσης, κατάλληλης πληροφόρησης και υπηρεσιών συμβουλευτικής στους άτυπους φροντιστές (π.χ. τηλεβοήθεια). Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας η οποία επιτρέπει μεγαλύτερο χρόνο ξεκούρασης στους οικογενειακούς φροντιστές. Επιπλέον, η διενέργεια κατάλληλων ελέγχων σχετικά με την προθυμία και την ικανότητα των άτυπων φροντιστών προκειμένου να διαχειριστούν το θέμα της φροντίδας καθώς και της δυνατότητας εκπλήρωσης των προσωπικών τους αναγκών κρίνεται αναγκαία ενώ η εύρεση αποτελεσματικών τρόπων επιμερισμού της φροντίδας σε περισσότερους άτυπους φροντιστές θεωρείται μείζονος σημασίας. Βέβαια, χρειάζεται να δοθούν κίνητρα τόσο για να παραμείνουν (π.χ. παροχή επιδόματος σε φροντιστές που εργάζονται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης) όσο και για να επιστρέψουν οι άτυποι φροντιστές στην αγορά εργασίας μέσω της διασφάλισης των κοινωνικών τους δικαιωμάτων καθώς και η υποστήριξη της συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας μέσω κατάλληλων ρυθμίσεων ΜΦΥ (κυρίως για την αγορά εργασίας των γυναικών). Επιπρόσθετα, η πρόβλεψη και εξασφάλιση επαρκούς άδειας εργασίας για τη φροντίδα των εξαρτώμενων ατόμων έτσι ώστε οι οικογενειακοί φροντιστές να μην αναγκάζονται να εργάζονται σε πλαίσιο μερικής απασχόλησης ή να εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας (κυρίως για τις γυναίκες) καθώς και η διαθεσιμότητα ευέλικτων εργασιακών ρυθμίσεων και μειωμένου ωραρίου εργασίας είναι επιτακτικές για άτομα που επιφορτίζονται με το βάρος της φροντίδας. Βέβαια, η βελτίωση των επιδοτούμενων υπηρεσιών ΜΦΥ σε συνδυασμό με την εξασφάλιση επαρκούς άδειας εργασίας είναι ύψιστης σημασίας για την επίτευξη υψηλής αποδοτικότητας στο εργασιακό περιβάλλον

και ισορροπίας οικογενειακής - επαγγελματικής ζωής κυρίως για μεσήλικους εργαζομένους με εξαρτώμενα άτομα. Τέλος, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικών κέντρων φροντίδας σε εικοσιτετράωρη βάση είναι επιτακτική για την παροχή υποστήριξης στους οικογενειακούς φροντιστές.

6.4 Προτάσεις για μελλοντική Έρευνα

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στο φύλο, στην ηλικία, στο εισόδημα, στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, στις ADLs, στις IADLs καθώς και στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων σε σχέση με τις διαφοροποιητικές επιδράσεις τους σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Θα μπορούσε να γίνει εισαγωγή στη μελέτη περισσότερων μεταβλητών όπως η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου (κυρίως αν το άτομο είναι άγαμο ή όχι), το μέγεθος του νοικοκυριού, αν το άτομο συζεί με το / τη σύζυγό / σύντροφό του καθώς και η χρήση νοσοκομειακής / ιδρυματικής φροντίδας τους τελευταίους 12 μήνες. Οι προαναφερθείσες μεταβλητές θα μπορούσαν να παρέχουν χρήσιμα συμπεράσματα για το είδος της ΜΦΥ που χρησιμοποιήθηκε ή / και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί (άτυπη ή ιδρυματική φροντίδα). Επιπλέον, θα μπορούσε να εξεταστεί κάθε δραστηριότητα των ADLs και IADLs ξεχωριστά ως προς την επίδραση (ισχυρή ή ασθενής) που ασκεί κάθε μια από αυτές στην αυτοεκτίμηση της υγείας των ατόμων. Αυτό θα εξυπηρετούσε την αναγνώριση – ταυτοποίηση των δραστηριοτήτων που επιδρούν πιο αρνητικά στην αξιολόγηση της υγείας των ατόμων και κατ' επέκταση στην εφαρμογή πολιτικών υγείας που πρέπει να δοθεί προτεραιότητα προς αυτή την κατεύθυνση.

Επιπρόσθετα, προτείνεται διακρατική σύγκριση των αποτελεσμάτων της μελέτης για πιθανές διαφοροποιήσεις συγκριτικά στις χώρες που συμμετείχαν στα κύματα 2 και 7 της έρευνας ως προς την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στο κοινωνικό κράτος της κάθε συμμετέχουσας χώρας. Επίσης, η έρευνα SHARE 50 + είναι άμεσα συγκρίσιμη τόσο με την Αγγλική Διαχρονική Μελέτη για τη Γήρανση (English Longitudinal Study of Ageing / ELSA) όσο και με την Αμερικάνικη Μελέτη για την Υγεία και τη Γήρανση (Health and Retirement Study / HRS). Συνεπώς, προτείνεται αντίστοιχη ανάλυση δεδομένων στις βάσεις δεδομένων ELSA και HRS όπως πραγματοποιήθηκε στην

παρούσα μελέτη για την εξέταση πιθανών διαφοροποιήσεων ως προς τις κύριες συνιστώσες της ΜΦΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Έμκε-Πουλοπούλου, Ή. (1983). Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 49(49), 35-51. doi:<https://doi.org/10.12681/grsr.180>

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπέτζογλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. & Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ.

Πιερράκος, Γ. (2013). *Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήσης

2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Allen, K., Bednarik, R., Campbell, L., Dieterich, A., Hirsch-Durrett, E., Emilsson, T., Glasby, J., Gobet, P., Kagialaris, G., Klavus, J., Kómpers, S., Leichsenring, K., Ljunggren, G., Mastroiannaki, T., Merilainen, S., Naiditch, M., Nies, H., Repetti, M., Repkova, K., Rodrigues, R., Stiehr, K. (2011). *Governance and finance of LTC across Europe. Overview report*. Retrieved from: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/1%20WP6_GOV_FIN_final.pdf

Agar Brugiavini, A., Carrino, L., Orso, C., Pasini, G. (2017). *Vulnerability and Long-term Care in Europe: An Economic Perspective*. Retrieved from: <https://www.amazon.com/Vulnerability-Long-term-Care-Europe-Perspective/dp/3319886932>

Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S. (2007). *The German Social Long – Term Care Insurance: Structure and Reform Options*. Retrieved from: <http://ftp.iza.org/dp2625.pdf>

Ayalon, L, Yahav, I (2019). Location, location, location: Close ties among older continuing care retirement community residents. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 14 (11), 1-17. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225554>

Bardage, C., Pluijm, S., Pedersen, N., Deeg, D., Jylha, M., Noale, M., Blumstein, T., Otero, A. (2005). Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *Eur J Ageing*, 2005 (2), 149–158. doi: 10.1007/s10433-005-0032-7

Bezruchka, S. (2009). The effect of economic recession on population health. *CMAJ*, 1 (181), 281–285. doi: 10.1503/cmaj.090553.

Boerma, T., Hosseinpoor, A.R., Verdes, E. *et al.* (2016) A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health* 16, 675. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>

Brown, J., Coe, N. and Finkelstein, A. (2007). Medicaid crowd out of private LTC insurance demand: Evidence from the Health and Retirement Survey. *Tax Policy and the Economy*, 21 (2007), 1-34. doi: <https://doi.org/10.1086/tpe.21.20061913>

Brown, J. and Finkelstein, A. (2004b). The interaction of public and private insurance: Medicaid and the LTC insurance market. *American Economic Review*, 98 (3), 1083-1102. doi: 10.1257/aer.98.3.1083

Brown, J. and Finkelstein, A. (2004a). Supply or demand: Why is the market for LTC insurance so small?. *Journal of Public Economics*, 91 (2007), 1968-1991. doi 10.1016/j.jpubeco.2007.02.01

Cangiano, A., Shutes, I., Spencer, S. and Leeson G.. (2009). *Migrant care workers in ageing societies, report on research findings in the United Kingdom*. Oxford: University of Oxford.

Carvalho, N., Meylan, L., Blanco, J., Fustinoni, S., Abolhassani, N., Santos-Eggimann, B. (2019). *Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: A study of community-dwelling older adults*. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494319300743?via%3Dihub>

Cislaghi, B., Cislaghi, C. (2019). Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. *BMC Public Health*, 19, (1), 2-13. doi : <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6839-5>

Colombo, F., Llena- Nozal, A., Mercier, J. and F. Tjadens (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Costa – Font, J. & Courbage, C. (2012). *Financing Long – Term Care in Europe: Institutions, Markets, and Models*. London: Palgrave Macmillan

Costa-Font, J. and Gonzalez, A.G. (2007). Long-term care reform in Spain. *Eurohealth*, 13 (1), 20-22. Retrieved from: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL13No1/Costa-Font.pdf>

Courbage, C. and Roudaut, N. (2008). Empirical evidence on LTC insurance purchase in France. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 33 (2008), 645–658. doi:10.1057/gpp.2008.30

Cristea, M., Noja, G., Stefea, P. Sala, A. (2020). The Impact of Population Aging and Public Health Support on EU Labor Markets. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 17 (4), 1439. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041439>

Drees.(2008). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008. *Etudes et Resultats*, 666, October.

Eisen, R., Sloan, F. (1996). *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*. USA: Springer .

European Union , Eurofound (2017). *Care homes for Older Europeans: Public, for-profit and non-profit provider*. Retrieved from: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1723en.pdf

European Union, Eurofound (2016). *European Quality of Life, Survey 2016*. Retrieved from: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf

European Union, Eurofound (2012), *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis*. Retrieved from: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1264en_0.pdf

Feichtinger, G., Grass, D., Winkler-Dworak, M. (2020). The mathematics of ageing: Linking demography and operations research to study the greying of academia. *Central European Journal of Operations Research*, 28, 371–399. doi: <https://doi.org/10.1007/s10100-019-00661-w>

Fried, L.P., Tangen, C., Walston J. *et al.* (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56 (3), 146-156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146

Fujisawa, R. and F. Colombo (2009). The long- term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand. *OECD Health Work Papers*, 44 (1), 2-63. doi: <https://doi.org/10.1787/225350638472>

Greve, B. (2017). *Long – term care for the elderly in Europe: Development and prospects*. London: Taylor & Francis Ltd

Government Offices of Sweden. Ministry of Health and Social Affairs of Sweden. (2007). *Care of the Elderly in Sweden* (18). Sweden: Government offices of Sweden.

Greek Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders (2017), *A note for Alzheimer's Disease*. Retrieved from:

<http://www.alzheimer-hellas.gr/periodiko/dec17.pdf>

Halonen, P., Raitanen, J., Jämsen, E., Enroth, L., Jylhä, M. (2019). Chronic conditions and multimorbidity in population aged 90 years and over: associations with mortality and long-term care admission. *Age and Ageing*, 48 (4), 564–570. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz019>

Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K. and Marin, B. (2009). *Facts and figures on long-term care. Europe and North America*. Vienna : European Centre.

Jagger, C. (2015). *Trends in life expectancy and healthy life expectancy*. Ανακτήθηκε από: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/464275/gs-15-13-future-ageing-trends-life-expectancy-er12.pdf

Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*, 69 (3), 307–316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013.

Karlsoon, M., Iversen, T. (2010). Scandinavian Long-Term Care Financing. Retrieved from:

<https://pdfs.semanticscholar.org/9c0f/7d008ecb70109804d6f52127f7f0d1956109.pdf>

Kemper, P. and Murtaugh, C.M. (1991). Lifetime use of nursing home care. *New England Journal of Medicine*, 324 (9), 595–600. doi: 10.1056/NEJM199102283240905

Kondo, N., Subramanian, S.V., Kawachi, I., Takeda, Y., Yamagata, Z. (2008). Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *J Epidemiol Community Health*, 62 (10), 869–75. doi: 10.1136/jech.2007.070334

Kostaki, A., Kotzamanis, B., Agorastakis, M. (2009). Effects of immigration on population growth and structures in Greece – A spatial approach. *Vienna Yearbook of Population Research*, , 14 (16), 167 -196. doi: 10.1553/populationyearbook2009s167

Leeson, G.W. (2017). Realizing the Potentials of Ageing. *Population Ageing* 10 (4), 315–321. doi: <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9207-1>

Leichsenring, K., Billings, J. & Nies, H. (2013). Long – Term Care in Europe: Improving Policy and Practice. London: Palgrave Macmillan

Lyberaki, A. (2011). Migrant women, care work, and women’s employment in Greece

Feminist Economics, 17 (3), 103-131. doi: <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.583201>

Mcfadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N, Kinmonth , AL, Khaw, KT. (2008). Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*, 8 (230). doi:10.1186/1471-2458-8-230

Morley, J.E., Haren, M.T. and Rolland M.J. Kim MJ. (2006). Frailty. *Med Clin N Am*, 90 (5), 837–47. doi:10.1016/j.mcna.2006.05.019

Mosca, I., Wees, P., Mot, E., Wammes, J., Jeurissen, P. (2017). Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *International Journal Health Policy Management*, 6 (4), 195–205. doi: i 10.15171/ijhpm.2016.109

Evashwick, C. (2005). The Continuum of Long-Term Care. California: State University Long Beach.

Murtaugh, C.M., Kemper, P., Spillman, B.C. and Carlson, B.L. (1997). The amount, distribution and timing of lifetime nursing home use. *Medical Care*, 35 (3), 204–218. doi: 10.1097/00005650-199703000-00003

Nedjat, S., Hosseinpoor, A., Forouzanfar, M., Golestan, B., Majdzadeh, R. (2012). Decomposing socioeconomic inequality in self-rated health in Tehran. *J Epidemiol Community Health*, 66 (6), 495 -500. doi:10.1136/jech.2010.108977.

Nelson, H., Hooker, K., Dehart, K., Edwards, J. and Lanning K. (2004). Factors important to success in the volunteer long-term care ombudsman role. *The Gerontologist*, 44 (1), 116–20. Retrieved from:

https://www.academia.edu/707129/Factors_important_to_success_in_the_volunteer_long-term_care_ombudsman_role

Ngai, L.R. and C.A. Pissarides (2009). *Welfare policy and the distribution of hours of work*. Retrieved from: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0962.pdf>

Pauly, M.V. (1990). The rational non-purchase of long term care insurance. *Journal of Political Economy*, 98 (1), 153–168. doi: [//doi.org/10.1086/261673](https://doi.org/10.1086/261673)

Peris-Ortiz , M., Álvarez-García, J., Domínguez-Fabián, I, Devolde, P. (2020). *Economic Challenges of Pension Systems A Sustainability and International Management Perspective*. Retrieved from: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-030-37912-4>

Piumatti, G. (2020). Longitudinal Trends in Self-Rated Health During Times of Economic Uncertainty in Italy. *Soc Indic Res* 148, 599–633. doi: <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02207-8>

Ramachandran, R.(2011). *Information, Technology and its Impact on Aging Society*. Submission on 4th APRU Research Symposium on Gerontology, Shanghai.

Reche, E., König, HH., Hajek, A. (2019). Income, Self-Rated Health, and Morbidity. A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 16 (16), 2-16, doi: [10.3390/ijerph16162884](https://doi.org/10.3390/ijerph16162884).

Sargent-Cox, K., Anstey, K., Luszcz, M. (2010). The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*, 10 (18). doi: [10.1186/1471-2318-10-18](https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-18)

Sheridan, P.E., Mair, C.A., Quiñones, A.R. (2019). Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self-rated health among older adults in Europe. *BMC Geriatr* 19 (1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1214-z>

Serban, A. (2012). Aging population and effects on labour market. *Procedia Economics and Finance* 1 (2012), 356 – 364. doi: [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(12\)00041-X](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(12)00041-X)

Sloan, F. and Norton, E. (1997). Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: Evidence from the LTC insurance market. *Journal of Risk and Uncertainty*, 15 (3), 201–219. Retrieved from <http://journals.kluweronline.com/issn/0895-5646/contents>

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M. (2009). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 25 (374), 315–323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7

Triantafyllou, J. (2011) *Elderly care vocational skill building and certification: ECVC*. Retrieved from: <http://interlinks.euro.centre.org/framework>, date accessed 22 May 2012.

Tomioka, K., Kurumatani, N., Hosoi, H. (2017). Self-rated health predicts decline in instrumental activities of daily living among high-functioning community-dwelling older people. *Age and Ageing*, 46 (2), 265 -270. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw164>

Townsend, M. (2016). *The Impact of an Ageing Population on End of Life Care Costs*. Retrieved from: <https://www.pssru.ac.uk/pub/5204.pdf>

Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., Santo, P., Bednarik, R., Brichtova, L., Ceruzzi, F., Cordero, L., Mastroiannakis, T., Ferrando, M., Mingot, K., Ritter, J., Vlantonì, D.(2010). *Informal care in the long-term care system*. Retrieved from: [file:///E:/Users/User/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20\(1\).pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20(1).pdf)

Veen, R. and Mak, S. (2009) *Developing and ensuring quality within long-term care: Netherlands*. Retrieved from: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_NL_final.pdf

Walter-Ginzburg, A., Guralnik, JM., Blumstein, T., Gindin , J., Baruch, M. (2019). Assistance with personal care activities among the old-old in Israel: a national epidemiological study. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49234.x>

World Health Organization, Ageing and Health Programme (2000), *Towards an international consensus on policy for long- term care for the ageing*. Retrieved from: file:///E:/Users/User/Downloads/WHO_HSC_AHE_00.1_eng.pdf

World Health Organization, Collection on Long-Term Care (2003), *Key Policy Issues in Long-term Care*. Retrieved from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf

World Health Organization (2010), *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Retrieved from: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

Wu , C., Hu , H., Huang, N, Fang, Y., Chou, Y., Li , C. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLOS ONE*, 9 (2), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0089213

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23 (2), 206–210. doi: 10.1093/eurpub/cks143

3. Διαδικτυακοί ιστότοποι

Asset Health Dynamics (2020). Ανακτήθηκε 1, Μαρτίου 2020, από: <https://www.assethealthdynamics.com/>

European commission, Economic and Financial, Affairs Economic Policy Committee (2019), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, Country Documents 2019 Update*. Retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

European Commission, European Social Policy Network (ESPN) (2018a). Challenges in long-term care in Europe - A study of national policies 2018. Retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>

European Commission, European Social Policy Network (ESPN) (2018b). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Greece 2018. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: [file:///E:/Users/User/Downloads/EL_ESPN%20thematic%20report%20on%20LTC%20\(14\).pdf](file:///E:/Users/User/Downloads/EL_ESPN%20thematic%20report%20on%20LTC%20(14).pdf)

European Commission, Eurostat (2014) , *Self-reported use of home care services by sex, age and educational attainment level*. Retrieved from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=hlth_ehis_am7e

European Commission. The 2018 Ageing Report :Underlying Assumptions and Projection Methodologies (2018c). Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en

Eurostat (2018a). Record high old-age dependency ratio in the EU. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180508-1>

Eurostat, Data browser (2020a), *Health care expenditure by function*. Retrieved from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-565686_QID_5E6C7F96_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;ICHA11_HC,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-565686INDICATORS,OBS_FLAG;DS-565686ICHA11_HC,HC3;DS-565686UNIT,PC_GDP;&rankName1=ICHA11_HC_1_2_-1_2&rankName2=UNIT_1_2_-1_2&rankName3=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName4=TIME_1_0_0_0&rankName5=GEO_1_0_0_1&sortR=ASC_1_FIRST&sortC=ASC_1_FIRST&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=NONE&time_most_recent=false&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23

Eurostat, Data browser (2020b), *Mean and median income by household type*. Retrieved from: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di04&lang=en

Eurostat, Data browser (2020c), *Share of people with good or very good perceived health by sex*. Retrieved from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_20/default/table?lang=en

Eurostat, Statistics Explained (2018b). File:Life expectancy at birth, EU-28, 2002-2016 (years).png. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_EU-28,_2002-2016_\(years\).png&oldid=397972](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_birth,_EU-28,_2002-2016_(years).png&oldid=397972)

Eurostat, Statistics Explained (2019a). File:Life expectancy at age 65,1980-2017 (years).png. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_age_65,1980-2017_\(years\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Life_expectancy_at_age_65,1980-2017_(years).png)

Eurostat, Statistics Explained (2019b). File:Number of live births, EU-28, 1961–2017 (million).png. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Number_of_live_births,_EU-28,_1961%E2%80%932017_\(million\).png&oldid=424832](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Number_of_live_births,_EU-28,_1961%E2%80%932017_(million).png&oldid=424832)

Eurostat, Statistics Explained (2019c). File:Total fertility rate, 1960–2017 (live births per woman).png. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Total_fertility_rate,_1960%E2%80%932017_\(live_births_per_woman\).png&oldid=425093](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Total_fertility_rate,_1960%E2%80%932017_(live_births_per_woman).png&oldid=425093)

Eurostat, Statistics Explained (2019d). Healthcare resource statistics – beds. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds#Long-term_care_beds_in_nursing_and_residential_care_facilities

Eurostat, Statistics Explained (2019e). Mortality and life expectancy statistics. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_age_65_decreased_in_2017

Eurostat, Statistics Explained (2019f). Πληθυσμιακή διάρθρωση και δημογραφική γήρανση. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/el#CE.A4.CE.BF_.CF.80.CE.BF.CF.83.CE.BF.CF.83.CF.84.CF.8C_.CF.84.CF.89.CE.BD_.CE.B7.CE.BB.CE.B9_.CE.BA.CE.B9.CF.89.CE.BC.CE.AD.CE.BD.CF.89.CE.BD_.CE.B1.CF.84.CF.8C.CE.BC.CF.89.CE.BD_.CE.B1.CF.85.CE.BE.CE.AC.CE.BD.CE.B5.CF.84.CE.B1.CE.B9_.CF.8C.CE.BB.CE.BF_.CE.BA.CE.B1.CE.B9_.CF.80.CE.B5.CF.81.CE.B9.CF.83.CF.83.CF.8C.CF.84.CE.B5.CF.81.CE.BF

Eurostat, Statistics Explained (2020d). Healthcare expenditure statistics. Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics&oldid=445779

Eurostat, Statistics Explained (2020e). Healthy life years statistics. Ανακτήθηκε 30 Μαρτίου, 2020, από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65

Eurostat. European Union Labour Force Survey (EU LFS) (2020f). Ανακτήθηκε 5 Μαρτίου, 2020, από: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey>

OECD (2017a), *Preventing Ageing Unequally*. Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264279087-en.pdf?expires=1588152157&id=id&accname=guest&checksum=3A1A62C2F203013D166BEA8A3CFAEA60>

OECD (2017b), *Health at a Glance 2017 - OECD Indicators*. Retrieved from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>

OECD. Health at a Glance 2019 (2019). Ανακτήθηκε 1 Μαρτίου, 2020, από: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Release Guide 7.0.0, (2019). Ανακτήθηκε 1 Μαρτίου, 2020, από: http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2020). Ανακτήθηκε 1 Μαρτίου, 2020, από: <http://www.share-project.org/home0.html>

Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια/Νόσο του Αλτσχάιμερ (2020), Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: <https://alzheimerathens.gr/ethniko-paratiritirio/>

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια- νόσο Alzheimer. (2014). Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf

Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (2020). Ανακτήθηκε 5 Μαρτίου, 2020, από: https://www.eetaa.gr/index.php?tag=ekdoseis_details&ekd_id=168

Ελληνική Στατιστική Αρχή, ΕΛΛΑΣ με αριθμούς Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2015 (2015). Retrieved from: https://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2015Q4_GR.pdf/272fcb8e-a97f-4c31-af93-fc29113319ab

Ελληνική Στατιστική Αρχή, ΕΛΛΑΣ με αριθμούς Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2019 (2019). Retrieved from: https://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2019Q4_GR.pdf. pdf/16f95118-92f4-3883-dad1-af09612381a4

Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (2012). Ανακτήθηκε 28 Φεβρουαρίου, 2020, από: <http://www.pemfi.gr/>

Υπουργείο εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2018a), *Προνοιακό - Αναπηρικό Επίδομα*. Retrieved from: <https://opeka.gr/>

Υπουργείο εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2018b), *Επίδομα Ανασφάλιστων Υπερηλίκων*. Retrieved from: <https://opeka.gr/>

Υπουργείο εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2018c), *Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (ΚΕΑ)*. Retrieved from: <https://opeka.gr/>

