

# I.12 MERE OVIRANOSTI KOT PODLAGA ZA OCENJEVANJE ZDRAVIH LET ŽIVLJENJA IN POTREB PO DOLGOTRAJNI OSKRBI

**Eva Zver,**

Urad za makroekonomske analize in razvoj

**Andrej Srakar,**

Inštitut za ekonomska raziskovanja

I./150

## **Ključne ugotovitve:**

- Delež oviranih, ki vstopa v izračun kazalnika zdravih let življenja, je za Slovenijo približno ustrezen.
- Delež zelo oviranih je po raziskavi SHARE bistveno nižji kot po EU-SILC, kar odpira vprašanje o ustreznosti uporabe podatkov o zelo oviranih iz raziskave EU-SILC v projekcijah izdatkov za dolgotrajno oskrbo.
- Kazalnik zdravih let življenja, ki temelji na oviranosti po GALI (zelo in zmerno ovirani), je ustrezna mera za splošne težave z zdravjem, ne pa tudi za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi.
- V bodoče bi morali pri ocenjevanju kazalnika zdravih let življenja uporabljati oviranost po GALI, za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi pa kazalnika oviranosti pri opravljanju temeljnih ali podpornih dnevniških opravil.

## **1. Uvod**

Pričakovano trajanje življenja (angl. Life expectancy) se v evropskih državah še naprej podaljšuje, v največji meri zaradi znižanja umrljivosti v starejših letih. Ob tem je ključno vprašanje, ali dodatna leta življenja preživimo v dobrem ali slabem zdravju oziroma ali smo ovirani pri opravljanju običajnih aktivnosti. Slednje je pomembno ne le z vidika načrtovanja v zdravstveni politiki in dolgotrajni oskrbi, temveč tudi iz ekonomskih in socialnih razlogov: povečanje zaposlenosti starejših (50–65 let), njihova večja vključenost v družbo in dvig upokojitvene starosti bodo mogoči le ob boljšem zdravju in neodvisnosti starejših (Robine idr., 2014).

Pričakovana zdrava leta življenja (HLY – angl. Healthy Life Years) so kazalnik, ki meri število preostalih let, za katera lahko oseba določene starosti pričakuje, da jih bo preživela brez večjih ali zmernih zdravstvenih težav. Kazalnik je bil razvit z namenom ugotavljanja, ali ob podaljšanju trajanja življenja preživimo dodatna leta življenja v dobrem ali slabem zdravju. V EU se je uveljavil kot

<sup>1</sup> Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants>.

<sup>2</sup> Glej na primer: (a) European Commission (2015 a, b, c); OECD (2014); *Health at a glance*: Europe 2014.

glavni strukturni kazalnik za spremljanje zdravja populacije,<sup>1</sup> v zadnjih letih pa se čedalje bolj uporablja tudi kot eden ključnih »outcome« kazalnikov za ocenjevanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvenega sistema ter sistema dolgotrajne oskrbe.<sup>2</sup> Podaljševanje zdravih let življenja ter zmanjševanje razkoraka med pričakovanim trajanjem življenja in leti zdravega življenja je postalo tudi ena od ključnih usmeritev za doseganje dolgoročne javnofinančne vzdržnosti sistemov zdravstva in dolgotrajne oskrbe (European Commission, 2015a). Pri tem bo ključno vlaganje v preventivo, preprečevanje in zmanjševanje bremena kroničnih bolezni ter izboljšanje dolgotrajne oskrbe starejših.

Podlaga za izračun kazalnika HLY je kombinacija podatkov o umrljivosti in obolevnosti. Vir podatkov o obolevnosti je kazalnik o oviranosti pri opravljanju običajnih aktivnosti, ki se izračunava na podlagi t.i. vprašanja GALI (angl. Global Activity Limitation Indicator), vključenega v Anketo o življenjskih pogojih (EU-SILC). Izračun zdravih let življenja je tako v veliki meri odvisen od subjektivne ocene posameznikov glede oviranosti pri opravljanju vsakodnevnih opravil oziroma odgovora anketirancev na vprašanje GALI. Kazalnik HLY v starosti 65 let se uporablja tudi za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi. Odgovori na vprašanje GALI iz ankete EU-SILC pa se v okviru Evropske komisije (v nadaljevanju EK) tudi neposredno uporabljajo za ocenjevanje deleža odvisne populacije, ki prejema dolgotrajno oskrbo oziroma projekcije formalne (javno financirane) dolgotrajne oskrbe (European Commission, 2015a).

V zadnjih desetih letih, odkar se spremlja kazalnik HLY, je bilo vloženega precej truda v harmonizacijo podatkov, ki se uporabljajo za izračun HLY. Anketa EU-SILC, ki jo koordinira Eurostat, danes na podlagi vprašanja GALI zagotavlja podatke o oviranosti pri opravljanju običajnih aktivnosti za vse države EU. Vprašanje GALI spada v družino kazalnikov o oviranosti zaradi zdravstvenih težav. V okviru raziskave EU-SILC gre za posamično vprašanje, ki pa je podprto z natančno metodološko opredelitvijo temeljnih pojmov, kar omogoča prevajanje in vključitev v različne evropske ankete. Tako je vprašanje GALI vključeno tudi v ankete EHIS<sup>3</sup> in SHARE, v katerih pa so poleg vprašanja GALI dodatno vključena tudi vprašanja, ki se nanašajo na druge mednarodno harmonizirane mere oviranosti pri opravljanju običajnih aktivnosti – ADL,<sup>4</sup> IADL<sup>5</sup> in funkcionalne aktivnosti.

Glede na to, da v Sloveniji po kazalniku zdravih let življenja močno zaostajamo za povprečjem držav EU, nas v prispevku najprej zanima primerjava deleža populacije 50+ in 65+, ki je ovirana pri vsakodnevnih aktivnostih, po raziskavah EU-SILC, SHARE in EHIS. Namen tega dela analize je ugotoviti, kolikšna so za Slovenijo odstopanja pri odgovorih na vprašanje GALI med različnimi anketami in kaj to pomeni v preračunu na celotno populacijo. Ob tem tudi primerjamo deleže populacije 50+, ki je ovirana ob upoštevanju različnih mer oviranosti (GALI, ADL, IADL in funkcijskih omejitev).

<sup>3</sup> Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (angl. *European Health Interview Survey*).

<sup>4</sup> Temeljna dnevna opravila (angl. *Basic Activities of Daily Living – ADL*) vključujejo kopanje, oblačenje, hranjenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, gibanje ter uporabo stranišča. Pogosto gre za osebno oskrbo (Colombo in drugi, 2011: 11)

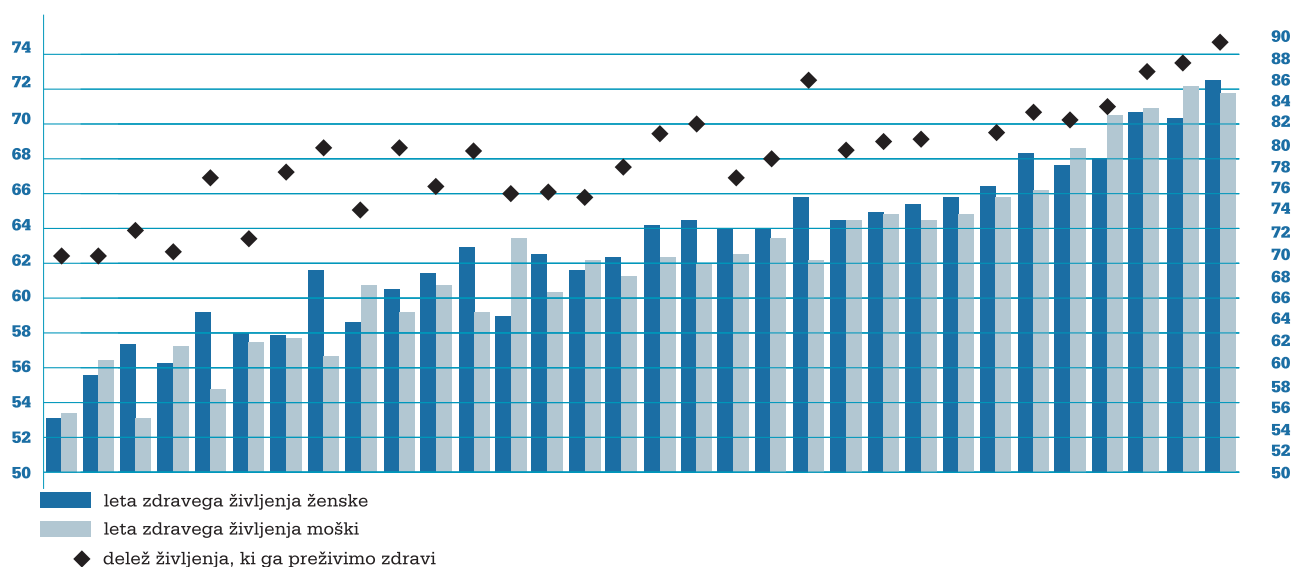
<sup>5</sup> Podporna dnevna opravila (angl. *Instrumental Activities of Daily Living – IADL*) so predvsem priprava hrane, pranje perila, prevozi in čiščenje.

## 2. Opredelitev problema in pregled literature

V prispevku nas zanima, ali je ocena oviranosti, kot izhaja iz odgovorov na vprašanje GALI, primerna podlaga za izračun kazalnika zdravih let življenja (HLY) in za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi, še posebej po formalni (pretežno javno financirani) dolgotrajni oskrbi. Za Slovenijo pa sta obe področji zelo aktualni; prvič, po zdravih letih življenja močno zaostajamo za drugimi evropskimi državami (Slika 1), in drugič, glede na projekcije Evropske komisije naj bi bila rast javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo v Sloveniji v prihodnosti višja kot v povprečju v državah EU (Slika 2).

### SLIKA 1: LETA ZDRAVEGA ŽIVLJENJA OB ROJSTVU IN DELEŽ ŽIVLJENJA, KI GA PREŽIVIMO ZDRAVI, 2012

Vir: Eurostat Database – Population and social conditions – Health – Public Health, 2015; Eurostat Database – Population and Social Conditions – Population – Demograf - Mortality, 2015.



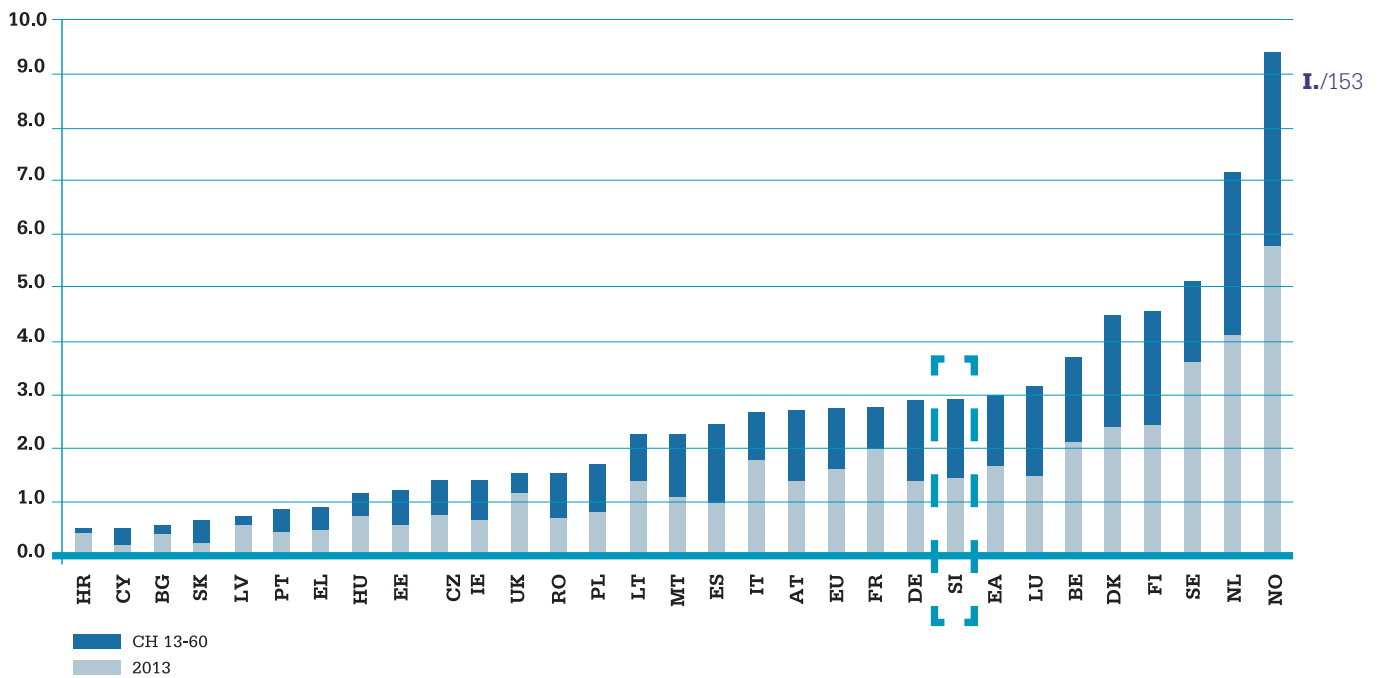
Prva študija o primernosti uporabe vprašanja GALI kot mere oviranosti oziroma mere, ki vstopa v izračun kazalnika HLY, je bila na vzorcu skupine evropskih držav pripravljena leta 2010 na podlagi podatkov SHARE drugega vala (Jagger idr., 2010). Študija je za populacijo 50+ potrdila, da so razmerja med odgovori na vprašanje GALI in drugimi merami oviranosti dovolj konsistentna za vseh 11 držav, vključenih v raziskavo SHARE.

Druga podobna primerjalna študija je bila objavljena leta 2015 na podlagi podatkov zadnje raziskave EHIS, izvedene v obdobju 2007–2010 (Berger idr., 2015). V raziskavo je bilo vključenih 14 držav, vključno s Slovenijo. Študija je za odraslo populacijo 15+ potrdila ustreznost uporabe kazalnika GALI kot mere oviranosti pri opravljanju običajnih aktivnosti, vendar je hkrati opozorila na previdnost pri mednarodnih primerjavah.

**SLIKA 2: DOLGOROČNE PROJEKCIJE JAVNIH IZDATKOV ZA DOLGOTRAJNO OSKRBO, DELEŽ IZDATKOV V BDP V LETU 2013 IN SPREMEMBA V ODSLOTNIH TOČKAH BDP V OBDOBJU 2013–2060.**

Opomba: Prikazan je osnovni scenarij AWG, ki upošteva zgolj spremembe v demografski strukturi populacije in predpostavko, da bomo polovico dodatnih let življenja pričakovanega trajanja življenja preživeli brez oviranosti. Ne upošteva pa pričakovanih sprememb v pokritosti populacije z dolgotrajno oskrbo in morebitnega povečanja izdatkov na prejemnika dolgotrajne oskrbe.

Vir: European Commission, 2015 a.



Pri pripravi prispevka smo uporabili nekatere ugotovitve projekta »European Health and Life Expectancy Information Systems« (EHLEIS).<sup>6</sup> Na podlagi uvrstitve kazalnika HLY med strukturne kazalnike je namreč Evropska komisija podprla projekt »European Health Expectancy Monitoring Unit« (EHEMU) in njegovo nadaljevanje »European Health and Life Expectancy Information Systems« (EHLEIS). V okviru projekta EHLEIS je bilo aprila 2014 pripravljeno tudi poročilo o pričakovanem trajanju zdravega življenja za Slovenijo (Zaletel in Kofol Bric, 2014).

Metodološka pojasnila glede kazalnika HLY za Slovenijo in prevoda vprašanja GALI so pripravili na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ). V prispevku ugotavljajo možne razloge za upad kazalnika v letu 2010, ki je bilo povezano predvsem s spremembo prevoda vprašanja GALI (Zaletel in Lavtar, 2013).

<sup>6</sup> Spletna stran: [www.eurohex.eu](http://www.eurohex.eu).

### 3. Podatki in metoda dela

V analizi smo uporabili podatke vseh 16 držav, vključenih v četrti val raziskave SHARE. Raziskava SHARE vključuje anketirance, stare 50 let ali več, opozorimo pa, da v vzorec, na katerem je potekala prva raziskava SHARE v Sloveniji, niso bili vključeni starejši, ki bivajo v inštitucijah (v domovih za starejše ali posebnih socialnih zavodih). Enako velja tudi za druge države, vendar je ob tem treba opozoriti, da je za Slovenijo značilno, da zaradi slabše razvite dolgotrajne oskrbe na domu sorazmerno večji delež oviranih prebiva v domovih za starejše, kar pomeni, da so odstopanja v ocenah oviranih lahko v Sloveniji nekoliko večja kot v drugih državah. Zlasti to velja za deleže zelo oviranih oseb, ki so lahko podcenjeni, ker je v Sloveniji zlasti zelo ovirana populacija v večji meri kot v drugih državah vključena v institucionalno oskrbo.<sup>7</sup>

Podatke za primerjalno analizo odgovorov na vprašanje GALI iz raziskav EU-SILC (2012, 2013) nam je za populaciji 50+ in 65+ pripravil SURS, podatke iz raziskave EHIS (2007) pa NIJZ.

V raziskavi EU-SILC se vprašanje GALI v slovenskem prevodu od leta 2010<sup>8</sup> dalje glasi:

V kolikšni meri je anketirana oseba (ime, priimek (letnica)) zadnjih šest mesecev ali dlje ovirana zaradi zdravstvenih težav pri običajnih aktivnostih? Možni odgovori so: 1. Da, zelo ovirana; 2. Da, ovirana; 3. Ne, ni ovirana. Za potrebe izračuna kazalnika HLY se upoštevata odgovora 1 in 2, torej zelo ovirani in ovirani, združena v skupno kategorijo »ovirani«. Za potrebe ocenjevanja potreb po formalni dolgotrajni oskrbi pa EK<sup>9</sup> in OECD uporabljata odgovore na vprašanje 1, torej le »zelo ovirane«, kar naj bi ustrezalo deležu populacije, ki potrebuje pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil (ADL).

V raziskavi EHIS (2007) se je vprašanje GALI v slovenskem prevodu glasilo enako, kot se glasi v EU-SILC od leta 2010 dalje.

Obdelavo mikropodatkov iz raziskave SHARE so pripravili na IER. Glavne spremenljivke iz raziskave SHARE so štiri mere oviranosti:

**GALI** (angl. *Global Activity Limitation Indicator*) – odgovori na vprašanje ph005, ki se glasi: Do katere mere ste bili v preteklem obdobju vsaj šestih mesecev zaradi zdravstvenih težav omejeni v vsakodnevnih aktivnostih? Možni odgovori so: 1. Zelo omejen; 2. Omejen, toda ne zelo; 3. Ni bil omejen. Vprašanje se nanaša na splošno oviranost pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, ne da bi natančno določal, za katere aktivnosti gre (osebno nego, podporne dnevne aktivnosti, funkcijske omejitve, fizične omejitve pri delu ali v prostem čas ipd.). Ker želimo v prispevku analizirati odgovore na vprašanje GALI, ki vstopajo v izračun kazalnika HLY, zavzame binarna spremenljivka vrednost 1, če je anketiranec na to vprašanje odgovoril z Zelo omejen ali Omejen, toda ne zelo, ter 0 sicer.

<sup>7</sup> Ker gre za longitudinalno raziskavo, bodo v naslednjem valu v raziskavo vključeni tudi anketiranci, ki so bili v obdobju od prvega vala institucionalizirani.

<sup>8</sup> V angleškem jeziku se vprašanje v EU-SILC glasi: *For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of health problem in activities people usually do? Would you say you have been: 1. severely limited; 2. limited but not severely, or 3. not limited at all?* Do vključno leta 2009 se je slovenski prevod vprašanja glasil: *Ali je bila anketirana oseba (ime, priimek, letnica) v zadnjih 6 mesecih dlje časa ovirana pri običajnih dejavnostih zaradi zdravstvenih težav?* 1. Da, zelo ovirana; 2. Da, ovirana; 3. Ne, ni bila ovirana.

**ADL** (angl. *Basic Activities of Daily Living*) – zbirni rezultat pri vprašanju ph049, ki se glasi: ***Ali imate kakšne zdravstvene ali spominske težave pri opravljanju katere od naštetih aktivnosti?*** Upoštevane so naslednje omejitve: Oblačenje, vključno z obuvanjem čevljev in nogavic; Hoja po sobi; Kopanje ali tuširanje; Prehranjevanje, kot je rezanje svoje hrane; Vstajanje s postelje in leganje v posteljo; Uporaba stranišča, vključno z vstajanjem in sedanjem; Vprašanje se nanaša na oviranost pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil v skladu z mednarodno definicijo<sup>10</sup> kar pomeni, da gre za zelo ovirane osebe, ki so v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči druge osebe. Temeljna dnevna opravila oz. storitve osebne oskrbe se pogosto zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, kot so zdravstvena nega,<sup>11</sup> zdravstvena preventiva, rehabilitacija in paliativna oskrba. Naša spremenljivka je binarna in ima vrednost 1, če ima anketiranec vsaj eno takšno omejitev, in 0 sicer.

**IADL** (angl. *Instrumental Activities of Daily Living*) – zbirni rezultat pri vprašanju ph049, ki se glasi: ***Ali imate kakšne zdravstvene ali spominske težave pri opravljanju katere od naštetih aktivnosti?*** Upoštevane so naslednje omejitve: Priprava toplega obroka; Nakupovanje življenjskih potrebščin; Opravljanje telefonskega klica; Jemanje zdravil; Delo po hiši ali na vrtu; Urejanje denarnih zadev, kot je plačevanje računov ali vodenje izdatkov. Vprašanje se nanaša na omejitve pri opravljanju podpornih dnevnih opravil v skladu z mednarodno definicijo.<sup>12</sup> Gre za omejitve, ki osebi onemogočajo, da živi samostojno in neodvisno od občasne pomoči druge osebe ter se nanašajo predvsem na pomoč v gospodinjstvu. Naša spremenljivka je binarna in ima vrednost 1, če ima anketiranec vsaj eno takšno omejitev, in 0 sicer.

Funkcijske omejitve – zbirni rezultat pri vprašanju ph048, ki se glasi: ***Ali imate zdravstvene težave pri opravljanju katere od navedenih aktivnosti (izključite tiste težave, za katere pričakujete, da bodo trajale manj kot tri mesece)?*** Upoštevane so naslednje omejitve: Hoja 100 metrov; Sedenje približno dve uri; Vstajanje s stola po daljšem sedenju; Vzpenjanje po stopnicah več nadstropij brez počitka; Vzpenjanje po stopnicah eno nadstropje brez počitka; Sklanjanje, klečanje ali čepenje; Dvigovanje ali iztegovanje rok preko višine ramena; Premikanje večjih predmetov, kot je naslanjač v dnevni sobi; Dvigovanje ali nošenje bremen preko 5 kilogramov, kot je težka vrečka z živili; Pobiranje drobnega kovanca z mize. Vprašanje se nanaša na zdravstvene ali fizične težave, s katerimi se ljudje srečujejo pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, vendar te težave niso takšne narave, da bi zaradi njih potrebovali pomoč druge osebe (dolgotrajno oskrbo<sup>13</sup>), kot je to pri omejitvah ADL in IADL. Naša spremenljivka je binarna in ima vrednost 1, če ima anketiranec vsaj eno takšno omejitev, in 0 sicer.

Pri raziskovanju bomo večinoma uporabili metode deskriptivne statistike in nekatere osnovne metode bivariantne analize, predvsem analizo koeficientov korelacije.

<sup>9</sup> Evropska komisija uporablja delež »zelo oviranih« za izračun deleža populacije, ki je odvisna od formalne dolgotrajne oskrbe (ta delež je ključen pri projekcijah javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo), poleg tega ta delež odvisne populacije vstopa tudi v izračun »indeksa potreb po dolgotrajni oskrbi« (angl. *Care needs index*) (European Commission, 2015 b).

<sup>10</sup> Opomba 4

<sup>11</sup> Npr. pomoč pri previjanju ran, protitbolečinska terapija, zdravljenje, spremljanje zdravja

<sup>12</sup> Opomba 5

## 4. Rezultati

### 4.1. Primerjava deležev ovirane populacije glede na vprašanje GALI po raziskavah SHARE, EU-SILC in EHIS

V Sloveniji smo po kazalniku zdravih let življenja skoraj na repu držav EU,<sup>14</sup> zato smo najprej primerjali deleže populacije, ki je ovirana pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti (odgovor na vprašanje GALI), po raziskavi EU-SILC z rezultati v raziskavah SHARE in EHIS. Pri tem je treba opozoriti, da je bila raziskava EHIS izvedena leta 2007 in je torej časovno že nekoliko oddaljena ter zato manj primerljiva kot primerjava med raziskavama EU-SILC in SHARE, ki se nanašata na približno isto obdobje.

Primerjava za Slovenijo pokaže podobne rezultate za populacijo 65+ (Slika 3) in 50+ (Tabela 1), in sicer:

Po rezultatih EU-SILC je delež zelo oviranih v Sloveniji bistveno višji kot po SHARE in višji kot po EHIS. Kot smo že poudarili, se delež zelo oviranih iz raziskave EU-SILC uporablja v projekcijah EK pri ocenah deleža odvisne populacije, ki potrebuje formalne storitve dolgotrajne oskrbe.<sup>15</sup> Ta populacija naj bi bila dolgotrajno odvisna od pomoči druge osebe pri opravljanju temeljnih dnevnih aktivnosti (ADL). Kot izhaja iz primerjave, pa je delež zelo oviranih za Slovenijo po EU-SILC razmeroma zelo visok, kar pomeni, da so visoke tudi ocene števila zelo oviranih, ki jih EK uporablja v projekcijah javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Sorazmerno visok delež zelo oviranih po EU-SILC dodatno potrjuje tudi primerjava z EHIS. Opozorili pa smo že, da prva raziskava SHARE v Sloveniji ni zajela anketirancev v inštitucijah, zato je zlasti delež zelo oviranih lahko po SHARE nekoliko podcenjen.

Delež zmerno oviranih je po raziskavi EU-SILC malenkost nižji kot po SHARE in precej nižji kot po EHIS.

Skupni delež zelo in zmerno oviranih, ki nas posebej zanima zato, ker kot seštevek vstopa v izračun HLY, je po raziskavi EU-SILC nekoliko višji kot po SHARE, toda nižji kot po EHIS. Kazalnik HLY bi bil torej za Slovenijo nekoliko ugodnejši, če bi v izračunu upoštevali nižje deleže oviranih iz raziskave SHARE, vendar pa glede na visok rezultat po EHIS lahko sklepamo, da je delež oviranih, ki za Slovenijo vstopa v izračun HLY, približno ustrezen.

Podobno sliko kot primerjava za Slovenijo pokaže tudi primerjava za vse države SHARE, le da je tudi za zmerno ovirane delež po EU-SILC višji kot po SHARE. Vidimo tudi, da so deleži oviranih sicer po obeh raziskavah za povprečje držav SHARE bistveno nižji kot za Slovenijo. Slovenija je torej po EU-SILC in SHARE močno nadpovprečna po deležu populacije, ki ima omejitve pri opravljanju običajnih dnevnih aktivnosti zaradi zdravstvenih težav, kar je razlog za nizke vrednosti kazalnika HLY.

<sup>13</sup> Mere oviranosti ADL in IADL so podlaga definiciji dolgotrajne oskrbe; gre namreč za oviranosti, zaradi katerih so osebe v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči druge osebe pri temeljnih osebnih in/ali podpornih dnevnih opravilih in zato ne morejo živeti samostojno (Nagode idr., 2014).

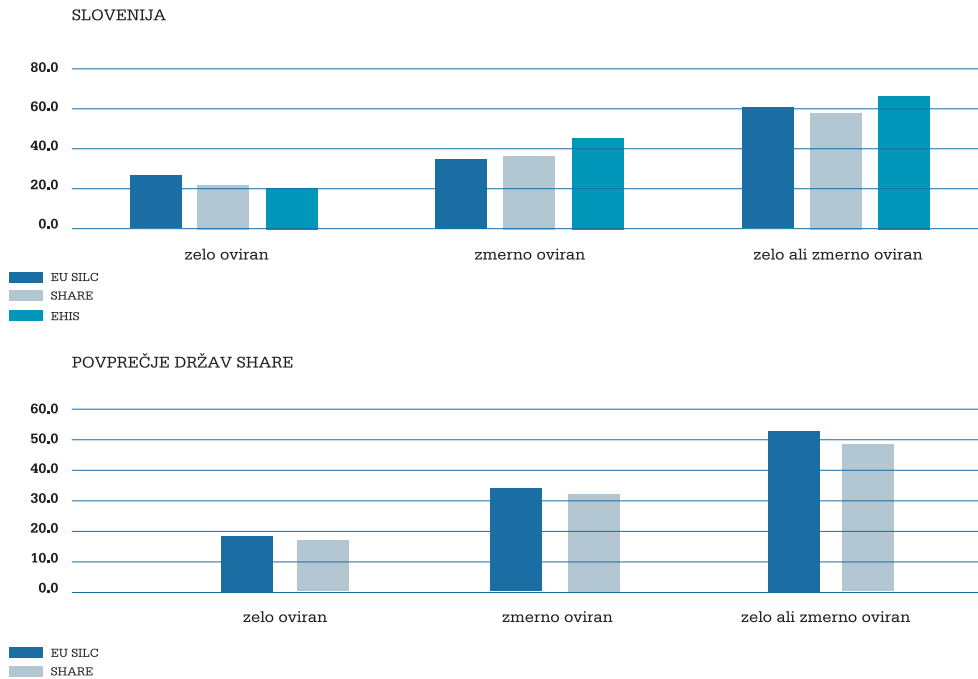
<sup>14</sup> Za Slovenijo so vrednosti kazalnika zdravih let življenja vsako leto analizirane v okviru spremljanja kazalnikov razvoja Slovenije (Poročilo o razvoju UMAR: [http://www.umar.gov.si/razvoj\\_slovenije/](http://www.umar.gov.si/razvoj_slovenije/)) in kazaalnikov blaginje ([http://www.umar.gov.si/publikacije/kazalniki\\_blaginje](http://www.umar.gov.si/publikacije/kazalniki_blaginje)).

<sup>15</sup> angl. *Share of dependents (aged 15+) receiving formal in-kind and/or cash benefits LTC* (European Commission, 2015).



**SLIKA 3: PRIMERJAVA DELEŽA POPULACIJE 65+, KI JE OVIRANA PRI OPRAVLJANJU VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI PO REZULTATIH EU-SILC, SHARE IN EHIS, SLOVENIJA IN VSE DRŽAVE SHARE**

Vir: SURS (preračuni za EU-SILC), NIJZ (preračuni za EHIS), lastni preračuni za SHARE.



Če deleže oviranih preračunamo na celotno populacijo 50+ (Tabela 1), je razlika v številu zelo oviranih oseb med raziskavama EU-SILC in SHARE zelo visoka – po raziskavi EU-SILC je v Sloveniji kar 52.144 več zelo oviranih oseb kot po raziskavi SHARE; oziroma, če upoštevamo skupaj zelo in zmerno ovirane, je razlika 48.549 oseb. Visoka razlika v številu zelo oviranih oseb je še posebej problematična z vidika ocenjevanja potreb po formalni dolgotrajni oskrbi in projekcij javnofinančnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo, ker v modelske projekcije neposredno vstopa ocena absolutnega števila oviranih.



**TABELA 1: PRIMERJAVA DELEŽA POPULACIJE 50+ IN ŠTEVILA OSEB, KI SO OVIRANE PRI OPRAVLJANJU VSAKODNEVNIH AKTIVNOSTI PO REZULTATIH EU-SILC IN SHARE, SLOVENIJA**

Opomba: z EU-SILC povprečje deležev 2012 in 2013; za preračun na število oseb je upoštevana populacija leta 2012.

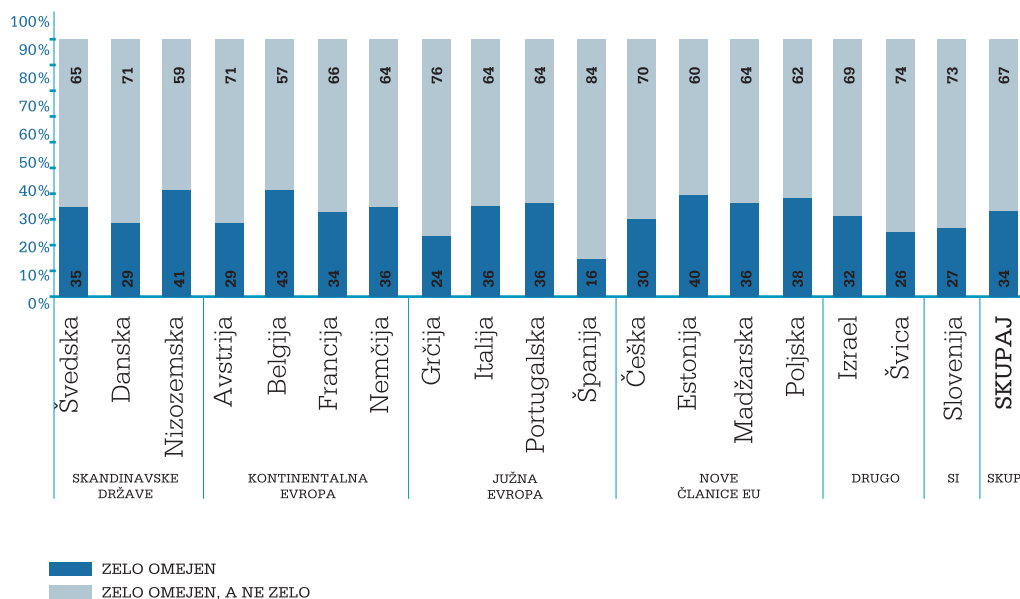
Vir: SURS (preračuni za EU-SILC) in lastni preračuni z uporabo kalibriranih uteži za SHARE.

	deleži v %			št. oseb		
	EU SILC	SHARE	RAZLIKA V O. T.	EU SILC	SHARE	RAZLIKA V ŠT. OSEB
<b>SKUPAJ ZELO ALI ZMerno OVIRANI</b>	48,9	47,0	-1,9	384.395	335.846	-48.549
<b>ZELO OVIRANI</b>	18,0	12,2	-5,8	141.54	89.395	-52.144
<b>ZMerno OVIRANI</b>	30,9	34,7	3,8	242.857	246.451	3594

Na podlagi rezultatov SHARE smo primerjali še strukturo GALI oviranosti po državah SHARE (Slika 4). Primerjava pokaže, da ima Slovenija bistveno nižji delež zelo oviranih (27 %) kot v povprečju vse države SHARE (34 %), kar je pomembno z vidika dejstva, da so posamezniki, ki so zelo ovirani, zagotovo manj zdravi ter zahtevajo več zdravstvene in dolgotrajne oskrbe kot le zmerno ovirani, kar pa v izračunu HLY ni upoštevano. Vendar pa je možna razlaga za razmeroma nižji delež zelo oviranih v Sloveniji tudi v dejstvu, da so zelo ovirani v Sloveniji bolj pogosto kot v drugih državah vključeni v inštitucionalno oskrbo, ti pa v raziskavi SHARE niso bili zajeti v vzorec.

**SLIKA 4: STRUKTURA OVIRANIH PO GALI V RAZISKAVI SHARE**

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE.



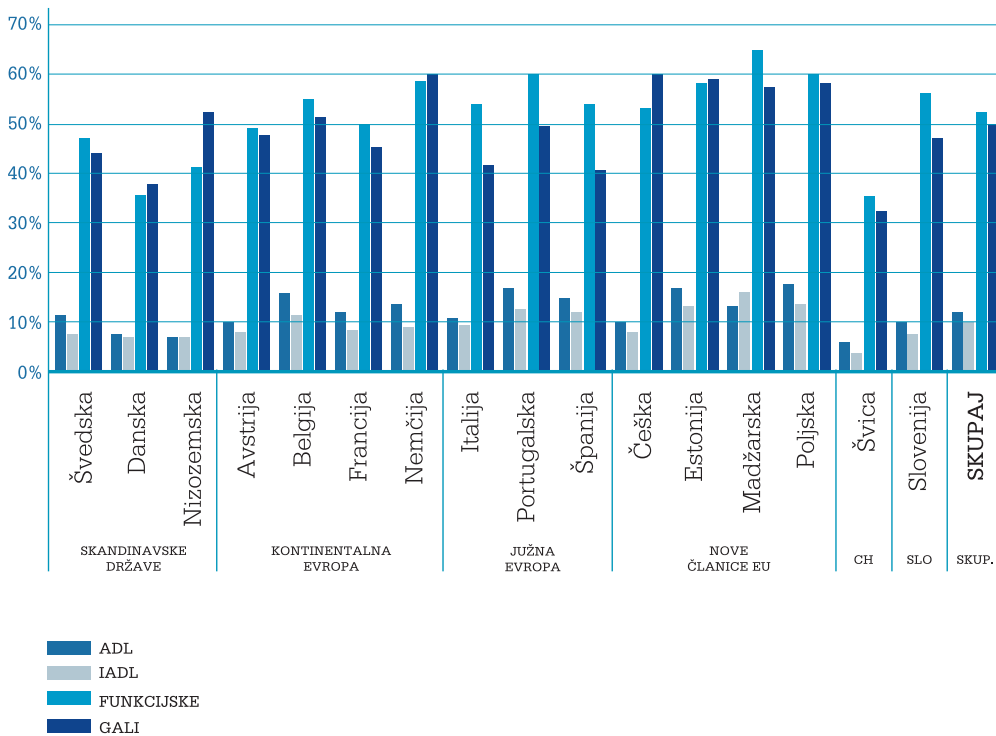
## 4.2. Primerjava deležev ovirane populacije po štirih različnih merah oviranosti v okviru raziskave SHARE

Primerjava deležev ovirane populacije 50+ po različnih merah oviranosti nam pokaže, da: delež oviranosti po GALI (zelo in zmerno ovirani) ustreza deležu populacije s funkcijskimi omejitvami, to je omejitvami, ki se nanašajo na zdravstvene ali fizične težave, in je s tega vidika ustrezna podlaga izračun HLY. Delež oviranosti po GALI pa ne ustreza oviranosti po ADL in IADL, ki pomeni tudi potrebo po pomoči druge osebe (dolgotrajno oskrbo). Deleži ADL in IADL omejitev so namreč precej manjši od na drugi strani deležev funkcijskih in GALI omejitev;<sup>16</sup> delež zelo oviranih po GALI približno ustreza deležu populacije z oviranostjo ADL ali IADL.<sup>17</sup> To pomeni, da delež zelo oviranih po GALI ustreza deležu oseb, ki naj bi potrebovale pomoč pri temeljnih ali podpornih dnevni opravilih oziroma dolgotrajno oskrbo; delež zelo oviranih po GALI pa je višji od deležev oviranih po ADL (Slika 5), torej je višji od deleža populacije, ki je potrebna pomoči pri temeljnih dnevni opravilih, kar je običajno kriterij za presojo potreb po formalni (pretežno javno financirani) dolgotrajni oskrbi.<sup>18</sup>

I./159

### SLIKA 5: PRIMERJAVA DELEŽEV OVIRANE POPULACIJE 50+ PO ŠTIRIH MERAH OVIRANOSTI PO DRŽAVAH SHARE

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE.



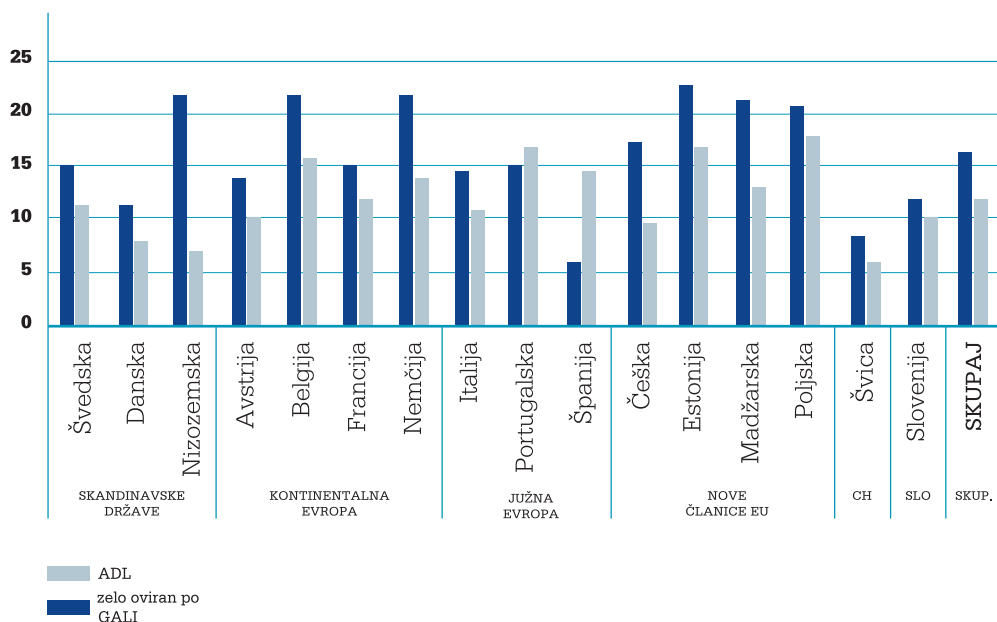
<sup>16</sup> Povprečje držav SHARE: ADL 12,3 %, IADL 9,9 %, FUNC 52,1 %, GALI 49,5 %. Slovenija: ADL 10,3 %, IADL 7,8 %, FUNC 56,3 %, GALI 47,2 %

<sup>17</sup> Povprečje držav SHARE: »zelo ovirani po GALI« – 15,21 % ter »ADL ali IADL« – 11,90 %; Slovenija: »zelo ovirani po GALI« – 12,00 %, »ADL ali IADL« – 11,13 %.

<sup>18</sup> Povprečje držav SHARE »zelo ovirani po GALI« – 15,21 % ter »ADL« – 12,1 %; Slovenija: »zelo ovirani po GALI« – 12,00 % ter »ADL« – 10,18 %.

## SLIKA 6: PRIMERJAVA DELEŽEV ZELO OVIRANIH PO GALI IN ADL PO DRŽAVAH SHARE

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE.



Slovenija v primerjavi deležev po različnih merah oviranosti izstopa po razmeroma zelo visoki razliki med po eni strani nizkim deležem ADL (10,3 %) in IADL oviranosti (7,8 %) ter po drugi strani zelo visokim deležem zlasti funkcijskih omejitev (56,3 %) in tudi GALI oviranosti (47,2 %). To se vsebinsko ujema z ugotovitvijo v prejšnjem poglavju, da v strukturi GALI omejitev izstopamo po nizkem deležu zelo oviranih, kar pomeni, da imamo med oviranimi razmeroma bistveno manjši delež populacije, ki je najslabšega zdravja in najbolj nujno potrebna pomoči. Slednje pa ni upoštevano pri izračunu kazalnika HLY.

V spodnji kontingenčni tabeli smo za Slovenijo primerjali ovirane po GALI in ovirane po ADL ali IADL. Pričakovali smo, da so anketirani, ki so na vprašanje GALI odgovorili, da so zelo ali zmerno ovirani, hkrati navedli tudi eno od ADL ali IADL oviranosti. Ugotovili pa smo, da je na vprašanje GALI 46,95 % vprašanih odgovorilo, da so zelo ali zmerno ovirani pri opravljanju običajnih dnevnih aktivnosti, od teh pa jih je zgolj 11,13 % navedlo, da imajo vsaj eno od ADL ali IADL omejitev, ki pomenijo tudi dejansko potrebo po pomoči druge osebe pri opravljanju običajnih aktivnosti. Preostalih 35,83 % anketiranih, ki so pritrdilno odgovorili na vprašanje GALI, pa ni imelo niti ene ADL ali IADL omejitve. Ti anketirani so torej na vprašanje GALI odgovorili pritrdilno zgolj zaradi določenih zdravstvenih težav, ki pa niso povezane s potrebo po dolgotrajni oskrbi.

**TABELA 2: PRIMERJAVA DELEŽEV OVIRANIH PO GALI IN OVIRANIH PO ADL ALI IADL, SLOVENIJA**

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE.

OVIRANI PO ADL ALI IADL LESTVICI	OVIRANI PO GALI		
	ZELO OVIRANI IN ZMerno OVIRANI	BREZ OVIRANOSTI	SKUPAJ
Oviranost po ADL ali IADL lestvici	11,13 % (305)	2,55 % (70)	13,68 % (375)
Brez oviranosti ADL ali IADL	35,83 % (982)	50,49 % (1384)	86,32 % (2366)
<b>SKUPNO</b>	<b>46,95 % (1454)</b>	<b>53,05 % (1454)</b>	<b>100,00 % (2741)</b>

I./161

Primerjali smo še korelacijske koeficiente med različnimi merami oviranosti, ki so sicer vsi visoki in vsi tudi statistično značilni. Tudi ti kažejo, da je povezanost višja med GALI in FUNC omejitvami kot med GALI in oviranostjo po merah ADL in IADL.

**TABELA 3: KORELACIJSKI KOEFICIENTI MED MERAMI OVIRANOSTI ZA VSE DRŽAVE SHARE**

Vir: lastni izračuni na temelju podatkov četrtega vala raziskave SHARE.

	ADL	IADL	FUNC	GALI
ADL	1			
IADL	0,79	1		
FUNC	0,75	0,67	1	
GALI	0,65	0,62	0,69	1

Na podlagi analize različnih mer oviranosti torej ugotavljamo, da je oviranost po GALI, ki je podlaga za izračun kazalnika HLY, dejansko ustrezna mera za splošne težave z zdravjem, ne pa tudi za težave z oviranostjo ADL ali IADL, ki naj bi pomenila potrebo po pomoči pri temeljnih ali podpornih dnevni opravih oziroma po dolgotrajni oskrbi. Za ocenjevanje potreb po formalni dolgotrajni oskrbi je sicer ustrezno uporabiti delež zelo oviranih po GALI, ki je blizu deleža oviranih po ADL ali IADL, kar je tudi praksa EK in OECD. Vendar pa je delež zelo oviranih po GALI za vse države SHARE višji od deleža oviranih po ADL, prav oviranost po ADL pa je tista, ki pomeni potrebo po pomoči pri temeljnih dnevni aktivnosti, na podlagi katere se presoja tudi upravičenost posameznika po javno financirani dolgotrajni oskrbi. Zato ugotavljamo, da bi bilo za projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo bolj primerno uporabiti deleže oviranih po ADL, in ne delež zelo oviranih po GALI.

#### 4. Glavne ugotovitve

Glavne ugotovitve, ki izhajajo iz predstavljene analize so:

1. Delež oviranih, ki vstopa v izračun kazalnika HLY, je za Slovenijo približno ustrezen.
2. V Sloveniji je v strukturi oviranih razmeroma nizek delež zelo oviranih, ki so najslabšega zdravja.
3. Delež zelo oviranih je po raziskavi SHARE bistveno nižji kot po EU-SILC. V absolutni primerjavi to pomeni kar 52.144 zelo oviranih manj. Slednje odpira vprašanje o ustreznosti uporabe podatkov o zelo oviranih iz raziskave EU-SILC v projekcijah izdatkov za dolgotrajno oskrbo, zlasti glede na dejstvo, da v modele vstopa absolutno število zelo oviranih.
4. Kazalnik HLY, ki temelji na oviranosti po GALI (zelo in zmerno ovirani), je ustrezna mera za splošne težave z zdravjem, ne pa tudi za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi. V Sloveniji je celo manj kot četrtnina anketiranih, ki so na vprašanje GALI odgovorili, da so zelo ali zmerno ovirani, navedlo tudi konkretno ADL ali IADL omejitvev.
5. Delež »zelo oviranih po GALI« se približno ujema z deležem oviranih po »ADL ali IADL« in je s tega vidika ustrezna mera za ocenjevanje potreb po dolgotrajni oskrbi pri opravljanju temeljnih ali podpornih dnevnih opravil.
6. Vendar pa je delež »zelo oviranih po GALI« za vse države SHARE višji od deleža oviranih po ADL, to je oseb, ki potrebujejo pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih, kar je običajno tudi glavni kriterij, na podlagi katerega se posamezniku dodali pravica do formalne (javno financirane) dolgotrajne oskrbe. Glede na to, da se projekcije javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo pripravljajo na podlagi podatka o deležu »zelo oviranih po GALI« (iz raziskave EU-SILC), ugotavljamo, da je delež verjetno precenjen, saj ne odraža zgolj potreb po javno financirani dolgotrajni oskrbi, temveč tudi potrebe po podpornih dnevnih opravilih, ki pa naj bi bile večinoma financirane iz zasebnih virov.

Sklenemo lahko z razmislekom, da bi morali z nadaljnjim raziskovanjem za Slovenijo dodatno potrditi zlasti sorazmerno nizek delež »zelo oviranih po GALI« ter ugotoviti razloge za relativno zelo visoke razlike med deležem populacije, ki ima ADL in IADL omejitve, in deležem populacije z GALI omejitvami. Dodatne analize bodo nujne tudi za ustrezno oceno deleža populacije, ki potrebuje formalno javno financirano dolgotrajno oskrbo. Dosedanje ocene za Slovenijo namreč temeljijo na izračunih Evropske komisije, ki za oceno uporablja delež »zelo oviranih po GALI« iz ankete EU-SILC, ki pa je glede na kriterij oviranosti po ADL po vsej verjetnosti previsok.

## Literatura

- Beger, N., Van Oyen, H., Cambois, E., Fouweather, T., Jagger, C., Nusselder, W., Robine, H.M. (2015): »Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European Countries«. *MBC Medical Research Methodology* 2015, 15: 1.
- Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar »inč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, P., Vrabič Kek, B. (2011): *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Svetovna zdravstvena organizacija., Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za zdravje in razvoj Murska Sobota. Ministrstvo za zdravje RS.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- European Commission (2015a): *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2015b): *Age-related fiscal sustainability challenges: A horizontal assessment framework for pension, health care, long-term care policies for the 2015 European semester. Note to the Economic Policy Committee*. April 2015. Brussels ECFIN/C2. Brussels: European Commission.
- European Commission (2015c): *Efficiency estimates of health care systems in the EU. Note to the Economic Policy Committee*. April 2015. ECFIN. Brussels: European Commission.
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.M, the EHLEIS Team (2010): »The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries«. *Journal of Clinical Epidemiology* 63 (201): 892–899.
- Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A., Dominkuš, D. (2014): *Dolgotrajna oskrba – uporaba mednarodne definicije v Sloveniji*. Delovni zvezek 2/2014. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2007): *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007* (angl. European Health Interview Survey). Dostopno na: <http://www.nijz.si/podatki/anketa-o-zdravju-in-zdravstvenem-varstvu>, dostop: 21. maj 2015
- OECD (2014): *Health at a glance: Europe 2014*.
- Robine, J. M., Cambois, E. (2013): »Healthy Life expectancy in Europe«. *Population & Societies*. No. 499, april 2013: 1-4
- Zaletel, M., Kofol Bric, T. (2014): Pričakovano trajanje zdravja v Sloveniji. EHLEIS Poročila držav. *European Health and Life Expectancy Information System*.
- Zaletel, M., Lavtar, D. (2013): *Strukturni kazalnik Zdrava leta življenja*. Ljubljana: Inštitut RS za varovanje zdravja.