



Η ύπαρξη κράτους πρόνοιας στο πλαίσιο της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα

Μενή Αικατερίνη¹, Αποστολάκης Ιωάννης², Σαράφης Παύλος³

1. ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
2. ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
3. ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Αναπληρωτής Καθηγητής, Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επίτευξη της ευημερίας του πληθυσμού επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό με την ύπαρξη ενός κράτους πρόνοιας και την υιοθέτηση κοινωνικής πολιτικής ανάλογης της κοινωνικοοικονομικής, πολιτικής και πολιτισμικής μορφής κάθε χώρας. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και Google Scholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και ιστοσελίδες με την βοήθεια λέξεων κλειδιών. Επίσης, αναζητήθηκαν πηγές από έντυπα μέσα. Οι τυπολογίες των κρατών πρόνοιας από τους Titmuss, Espring-Andersen και Ferrera αποτελούν σημαντικά εργαλεία για τη σύγκριση των διαφόρων κρατών πρόνοιας όσον αφορά τη συνεισφορά του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας. Ωστόσο δεν ανταπεξέρχονται στη σύγχρονη πραγματικότητα, καθώς δεν λαμβάνουν υπόψιν τη δημογραφική γήρανση, την κρίση του θεσμού της οικογένειας, την υπογεννητικότητα, τη μετανάστευση και την οικονομική κρίση. Η ύπαρξη της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (ΜΦΥ) λόγω της έντονης δημογραφικής γήρανσης, αποτελεί ένδειξη της δράσης ενός κράτους πρόνοιας που σκοπό έχει την ευημερία του πληθυσμού. Οι τυπικοί και ιδιαίτερα οι άτυποι φροντιστές (π.χ. οικογένεια) διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή ΜΦΥ. Επιπλέον η παροχή της πραγματοποιείται τόσο σε δημόσιες όσο και ιδιωτικές δομές. Στην Ελλάδα η μακροχρόνια φροντίδα υγείας δεν έχει αναπτυχθεί συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη, με περιορισμένη κρατική παρέμβαση, έχοντας ως στήριγμα τη συνεισφορά της οικογένειας. Η ύπαρξη ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα είναι αναγκαία, για την αντιμετώπιση των δυνητικών κινδύνων που αναδύονται, όπως η δημογραφική γήρανση και μπορεί να επιτευχθεί φέροντας εις πέρας προκλήσεις όπως η κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, η βελτίωση της ποιότητας, η οργάνωση και διακυβέρνησή τους.

Λέξεις Κλειδιά: Κράτος πρόνοιας, μακροχρόνια φροντίδα, δημογραφική γήρανση, άτυποι φροντιστές, προκλήσεις.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Μενή Α. Αικατερίνη, Λέτσαινας 56, Χίος, Τ.Κ. 82131, τηλέφωνο: 00306978035917, e-mail: katerinameni@hotmail.com

The existence of welfare states in the front of Long-Term Care in Greece

Meni Aikaterini¹, Apostolakis Ioannis², Sarafis Pavlos³

1. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras
2. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens
3. School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Associate Professor, General Department, University of Thessaly, Lamia, Greece

ABSTRACT

Achieving the well-being of the population is largely achieved through the existence of a welfare state and the adoption of a social policy commensurate with the socio-economic, political, and cultural form of each country. A bibliographic review of relevant articles was made in the Medline / Pubmed and Google Scholar Electronic Databases as well as in books, scientific journals and websites with the help of keywords. Sources from print media were also sought. The keywords used were welfare state, long-term care, demographic aging, informal caregivers, challenges. The typologies of welfare states by Titmuss, Espring-Andersen and Ferrera are important tools for comparing different welfare states in terms of state, market, and family contribution. However, they do not cope with modern reality, as they do not consider demographic aging, the crisis of the institution of the family, low birth rate, migration, and the economic

crisis. The existence of Long-Term health Care (LTC) due to the strong demographic aging is an indication of the action of a welfare state that aims at the well-being of the population. Formal and especially informal caregivers play an important role in providing MFY. In addition, it is provided in both public and private structures. In Greece, the long-term health care sector is underdeveloped compared to the rest of Europe, with limited government intervention supporting the family's contribution. The existence of a welfare state in Greece is necessary to address potential emerging risks, such as demographic aging and can be achieved by meeting emerging challenges such as meeting the needs of long-term care services, improving quality, their organization and governance.

Key Words: Welfare state, long-term care, demographic aging, informal caregivers, challenges.

Corresponding Author: *Meni A. Aikaterini, Letsenas 56, Chios, 82131, mob: 00306978035917, e-mail: katerinameni@hotmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «Κράτος Πρόνοιας», αποτελεί μορφή ενός σύγχρονου καπιταλιστικού κράτους. Βασικό του γνώρισμα, είναι η έντονη κοινωνική του λειτουργία που στοχεύει στην ευημερία του πληθυσμού μέσω της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, την κοινωνική προστασία από τυχόν κινδύνους και τη μείωση των ανισοτήτων.¹ Η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας επηρεάστηκε από ποικίλους παράγοντες, που αφορούν την ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος, την οργάνωση της δράσης του εργατικού κινήματος και την εδραίωση απόψεων που αφορούν την κοινωνική λειτουργία του κράτους. Επιπλέον παράγοντας είναι, η επίδραση-επικράτηση πολιτικών δυνάμεων και διοικητικών στελεχών.² Όσον αφορά την Ελλάδα, η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας εμφάνισε καθυστέρηση λόγω της περιορισμένης παραγωγικής διαδικασίας και μισθωτής εργασίας, της μετάβασης από ένα μη δημοκρατικό πολιτικό καθεστώς και της ύπαρξης διευρυμένης οικογένειας.³

Πέραν όμως της αναφοράς στο κράτος πρόνοιας και στους παράγοντες ανάπτυξης του, κρίνεται αναγκαίο να γίνει αναφορά και στην έννοια της κοινωνικής πολιτικής. Η κοινωνική πολιτική αφορά «*Την οργανωμένη παρέμβαση του κράτους ή του εκάστοτε φορέα άσκησης εξουσίας, η οποία μέσα από την αναγνώριση και κάλυψη αναγκών – σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο – στοχεύει στην ρύθμιση της κοινωνικής αναπαραγωγής και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης*».³

Η κοινωνική πολιτική κάθε χώρας διαφοροποιείται ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική, πολιτική και πολιτισμική της μορφή. Έτσι κρίθηκε αναγκαίο από διάφορους ερευνητές να ταξινομηθούν τα διαφορετικά μοντέλα του κράτους πρόνοιας που στηρίζονται στην ύπαρξη τριών πυλώνων: του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας.⁴ Η πρώτη τυπολογία δόθηκε από τον Titmuss, το 1974 που διέκρινε τρία μοντέλα κοινωνικής πολιτικής: το υπολειμματικό, το βιομηχανικό

και το θεσμικό-αναδιανεμητικό. Η δεύτερη τυπολογία προτάθηκε από τον Espring Andersen το 1990, που αντικατέστησε τον όρο κράτος πρόνοιας με τον όρο προνοιακό καθεστώς και αναφέρει: το φιλελεύθερο, το συντηρητικό και το κοινωνικό-δημοκρατικό καθεστώς. Επιπλέον, προτάθηκε το 1996 και ένα τέταρτο μοντέλο, το «νότιο μοντέλο» από τον Ferrera που αφορά κράτη της νότιας Ευρώπης.³

Βασικός στόχος ενός κοινωνικού κράτους είναι η παροχή αγαθών και υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, ο τομέας της υγείας και πιο συγκεκριμένα η μακροχρόνια φροντίδα δέχεται πιέσεις, σχετιζόμενες με τις αυξημένες δαπάνες στην υγεία λόγω της γήρανσης του πληθυσμού που οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επιπλέον πιέσεις, οφείλονται στην αυξημένη ζήτηση και χρήση της τεχνολογίας της υγείας, που είναι αποτέλεσμα του σύγχρονου μη υγιεινού τρόπου ζωής, της εξέλιξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της ύπαρξης πολιτικών που στοχεύουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Στο άρθρο αυτό αρχικά αναφέρεται η τυπολογία των κρατών πρόνοιας, στη συνέχεια, περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας και τέλος γίνεται σύγκριση των δεικτών μακροχρόνιας φροντίδας σε Ελλάδα και Ευρώπη.

ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΚΡΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Όπως έχει προαναφερθεί η κοινωνική πολιτική διαφοροποιείται ανάμεσα στα κράτη και η διαφοροποίηση των μοντέλων των κρατών πρόνοιας στηρίζεται στους πυλώνες του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας. Η πρώτη τυπολογία του Titmuss το 1974 είχε ως κριτήριο το ρόλο που διαδραματίζει η αγορά σχετικά με τις κρατικές προνοιακές πολιτικές. Πιο συγκεκριμένα στο υπολειμματικό μοντέλο, η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πραγματοποιείται από την αγορά και την οικογένεια ενώ οι παροχές του κράτους είναι σε χαμηλό επίπεδο. Στο βιομηχανικό μοντέλο, οι αντίστοιχες ανάγκες καλύπτονται έχοντας ως βάση την εργασία. Σχετικά με το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο, αυτό στοχεύει με καθολικό τρόπο να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών.² Η δεύτερη τυπολογία του Espring Andersen το 1990 έχει ως κριτήριο τη διαπλοκή του κράτους με την αγορά και την οικογένεια. Ειδικότερα, στο φιλελεύθερο προνοιακό καθεστώς το κράτος παρέχει την ελάχιστη βοήθεια, σε αυτούς που δεν έχουν την δυνατότητα κάλυψης των κοινωνικών αναγκών τους από την αγορά. Στο συντηρητικό καθεστώς υπάρχει το κριτήριο της κοινωνικής θέσης και τάξης ως προς την κάλυψη των αναγκών. Αντίστοιχα στο κοινωνικό-δημοκρατικό προνοιακό καθεστώς, η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πραγματοποιείται καθολικά.⁶ Οι παραπάνω

τυπολογίες αναφέρονται σε κράτη της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης.

Το τέταρτο μοντέλο του Ferrera (1996), που αφορά τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, εμφανίζει έντονη διαπλοκή της οικογένειας και του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, οι παροχές χαρακτηρίζονται από ανισότητα και ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών. Επιπλέον έχει χαρακτηριστικά από τα μοντέλα του Bismark και του Beveridge. Το πρώτο σχετίζεται με την κοινωνική ασφάλιση, που οι παροχές εξαρτώνται από τις ασφαλιστικές εισφορές ενώ το δεύτερο σχετίζεται με τον τομέα της υγείας, που η χρηματοδότηση παρέχεται από την άμεση φορολογία.⁷

Το μοντέλο κράτους πρόνοιας που συναντάται στην Ελλάδα είναι αυτό του Ferrera. Χώρες που εντάσσονται μαζί με την Ελλάδα στο συγκεκριμένο μοντέλο εμφανίζουν κάποια κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά. Αυτά σχετίζονται με τη δημιουργία εσωτερικής πόλωσης του πλούτου με σκοπό την αναπλήρωση του εισοδήματος. Επίσης παρέχεται καθολική υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο όμως εμφανίζεται μειωμένη απόδοση και ποιότητα στις υπηρεσίες που γίνεται φανερό από την αυξημένη γραφειοκρατία. Παράλληλα επικρατεί ο εισοδηματικός κατακερματισμός. Ακόμη, η χρηματοδότηση από το κράτος διαφοροποιείται ανάλογα με τις επαγγελματικές ομάδες οδηγώντας στην

ανάπτυξη της φοροδιαφυγής. Επιπλέον χαρακτηριστικά αποτελούν, η ύπαρξη μεροληπτικής κοινωνικής πολιτικής που διαφοροποιείται με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά και τέλος η διενέργεια των χρηματικών επιδοτήσεων που πραγματοποιείται με πελατειακό τρόπο συμπεριφοράς και θεσμικής ευνοιοκρατίας.⁷ Οι παραπάνω τυπολογίες εμφανίζουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά για κάθε τυπολογία.⁸

Ωστόσο, οι παραπάνω τυπολογίες έχουν τεθεί υπό αμφισβήτηση από πολλούς ερευνητές, διότι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις σύγχρονες προκλήσεις που αφορούν τη δημογραφική γήρανση, την κρίση του θεσμού της οικογένειας, την υπογεννητικότητα, τη μετανάστευση και την οικονομική κρίση. Επομένως καθίσταται αναγκαία η αναπροσαρμογή τους ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε κοινωνίας⁹. Οι τυπολογίες αυτές αποτελούν σημεία αναφοράς τόσο ως εργαλεία για την σύγκριση των διαφόρων κρατών πρόνοιας, όσο και γιατί αποτελούν βάση για την θεωρητική κοινωνική επιστήμη. Όμως, η χρήση τους ως εργαλεία προϋποθέτει την ύπαρξη σταθερών και όχι μεταβαλλόμενων κοινωνιών. Έτσι κρίνεται αναγκαίο, με σκοπό την προσαρμογή των τυπολογιών και τη χάραξη κοινωνικών πολιτικών, η συλλογή δεδομένων που αντικατοπτρίζουν τον μικρόκοσμο κάθε

χώρας. Η συλλογή αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω του ESSPROS (European System of Integrated Social Protection Statistics) που περιέχει δεδομένα για τις κοινωνικές υπηρεσίες και του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) που περιέχει δεδομένα σχετικά με την υγεία.¹⁰

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Μερικοί από τους βασικούς στόχους ενός κράτους πρόνοιας, είναι η επίτευξη της ευημερίας του πληθυσμού και η αντιμετώπιση μέσω της κοινωνικής προστασίας, τυχόν κινδύνους. Ένας τρόπος επίτευξης των παραπάνω, είναι η ύπαρξη κρατικής παρέμβασης στον τομέα των υπηρεσιών υγείας¹¹. Μέρος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί και η μακροχρόνια φροντίδα. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ «Τα συστήματα μακροχρόνιας περίθαλψης επιτρέπουν στους ηλικιωμένους, που αντιμετωπίζουν σημαντική μείωση της ικανότητας, να λαμβάνουν τη φροντίδα και την υποστήριξη των άλλων σύμφωνα με τα βασικά τους δικαιώματα, τις θεμελιώδεις ελευθερίες και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια».² Άλλος ορισμός για τη μακροχρόνια φροντίδα είναι του ΟΟΣΑ¹³ «Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, είναι πιο πιθανό ότι θα χρειαστούν καθημερινή βοήθεια με δραστηριότητες όπως πλύσιμο και ντύσιμο ή βοήθεια σε οικιακές δραστηριότητες όπως ο

καθαρισμός και το μαγείρεμα. Αυτός ο τύπος υποστήριξης (μαζί με ορισμένους τύπους ιατρικής περίθαλψης) είναι αυτό που ονομάζεται μακροχρόνια περίθαλψη».

Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το προσδόκιμο επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού έχουν αυξηθεί σημαντικά¹⁴. Ωστόσο, η αύξηση αυτή έχει οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης μακροχρόνιας φροντίδας, διότι η ικανότητα της ιατρικής στην αντιμετώπιση θανατηφόρων ασθενειών, οδηγεί στην ύπαρξη αυξημένου πληθυσμού με μακροχρόνιες ανάγκες. Επιπλέον, σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 60% του πληθυσμού ανά χώρα, θα αποκτήσει την ανάγκη βοήθειας για να διεκπεραιώσει δραστηριότητες της καθημερινότητας του. Επομένως σύμφωνα με τα παραπάνω η ανάγκη για παροχή μακροχρόνιας βοήθειας θα επεκτείνεται με την πάροδο του χρόνου και κατ' επέκταση η ζήτηση¹⁵. Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 και 80 ετών, με την πάροδο του χρόνου συνεχώς αυξάνεται, με την Ελλάδα να κατέχει από τα υψηλότερα ποσοστά στο 21,7% σε σχέση με υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (18,2%), το Βέλγιο (18,6%) και η Γαλλία (19,5%) καθώς και με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ με ποσοστό 17,4%. Τα δεδομένα αυτά επαληθεύουν την αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού και επομένως τη ζήτηση μακροχρόνιας φροντίδας.¹⁶

Οι λήπτες των παροχών της μακροχρόνιας φροντίδας είναι ηλικιωμένα ή μη-ηλικιωμένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι ηλικίας άνω των 75 ετών, αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό που αναζητούν τις υπηρεσίες της μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτό οφείλεται τόσο στη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού όσο στην ύπαρξη ασθενειών, καθώς επίσης και στις ανικανότητες που προκαλούνται στην ηλικία αυτή. Στους μη-ηλικιωμένους, ανήκουν ενήλικες ή παιδιά που πάσχουν από κάποιας μορφής σωματικής ή νοητικής αναπηρίας. Επιπλέον συγκαταλέγονται και άτομα με χρόνιες παθήσεις όπως: καρκίνος, καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις, άνοια, Alzheimer κ.α. Όπως είναι φανερό, οι ασθένειες αυτές πλήττουν πέραν από τους ηλικιωμένους και μικρότερες ηλικίες με αποτέλεσμα να αναζητούν όλο και περισσότερο τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, με σκοπό να ζουν όσο τον δυνατόν πιο φυσιολογικά.¹⁶

Η παροχή των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας διακρίνεται στην τυπική και στην άτυπη. Η προσφορά της τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας πραγματοποιείται από επαγγελματίες φροντιστές όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α. Η άτυπη παροχή, προσφέρεται από μη-επαγγελματίες όπως είναι η οικογένεια, φίλοι, γείτονες και εθελοντές. Η προσφορά τους αφορά, τη διενέργεια των καθημερινών δραστηριοτήτων

και μερικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. λήψη φαρμάκων, ενεσοθεραπεία, μέτρηση ζωτικών σημείων κ.α.)¹⁷. Ωστόσο, η παροχή θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε κάποιες βασικές αρχές όπως η ανάγκη για 24ωρη φροντίδα του ατόμου που χρειάζεται μακροχρόνια φροντίδα, η ύπαρξη κινήτρων για τους φροντιστές ώστε να επιτελέσουν το έργο τους και η ύπαρξη επιμορφωτικών προγραμμάτων που θα προσφέρουν καθολική ενημέρωση για την κάθε ασθένεια και τον τρόπο διαχείρισής της.¹⁸

Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται τόσο σε δομές δημοσίου τομέα όσο και ιδιωτικού. Το κράτος και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί συμβάλλουν στη δημόσια και δωρεάν μακροχρόνια φροντίδα. Οι δημόσιες δομές παροχής μακροχρόνιας φροντίδας διακρίνονται σε ανοιχτού και κλειστού τύπου. Στις δομές ανοιχτού τύπου περιλαμβάνονται τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)», τα «Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)» που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα των αναγκών διαβίωσης. Ακόμη πραγματοποιούνται δραστηριότητες για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ψυχαγωγίας. Επιπλέον δομές είναι τα «Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ (ΚΔΗΦ)», που απασχολούν δημιουργικά, άτομα με αναπηρίες, «Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ)» που προσφέρουν διαμονή σε άτομα με νοητική υστέρηση και «Κέντρα

Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α.)» που αφορούν κυρίως παιδιά. Παράλληλα υπάρχει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», που αποτελεί κατ' οίκον μακροχρόνια περίθαλψη και στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση της καθημερινότητας των ηλικιωμένων και των ΑμεΑ. Στις δομές κλειστού τύπου συγκαταλέγονται οι «Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων» και τα «Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας» που παρέχουν ιδρυματική φροντίδα στους δικαιούχους. Τέλος, σημαντική συμβολή στην μακροχρόνια φροντίδα διαδραματίζει και η ύπαρξη επιδομάτων που λαμβάνουν οι δικαιούχοι. Όσον αφορά τις ιδιωτικές δομές, αυτές περιλαμβάνουν ιδιωτικές κλινικές, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και άλλα κατ' οίκον προγράμματα.¹⁹

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Ο τομέας της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται με πολλά προβλήματα, διότι υστερεί σε υπηρεσίες που συμβάλλουν στην ενιαία και καθολική κάλυψη της μακροχρόνιας περίθαλψης. Διαθέτει ένα μεικτό σύστημα υπηρεσιών που αφορούν την τυπική και την άτυπη φροντίδα. Η κρατική συνεισφορά είναι ανεπαρκής και βασικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα διαδραματίζει η οικογένεια. Βάσει ερευνών προκύπτει πως, οι δαπάνες της Ελλάδας για τη μακροχρόνια

φροντίδα το 2014, ήταν μόλις το 2% επί των συνολικών δαπανών υγείας, συγκριτικά με τις δαπάνες ύψους 15% στο μέσο όρο της Ευρώπης.²⁰

Στο Διάγραμμα 1, απεικονίζονται οι δαπάνες των κυβερνητικών προγραμμάτων για μακροχρόνια φροντίδα ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά το χρονικό διάστημα 2010 έως 2018 (οριζόντιος άξονας). Στο διάγραμμα, διαφαίνεται πως η Ελλάδα εμφανίζει τις λιγότερες δαπάνες που φτάνουν στο 0,1 ως ποσοστό του ΑΕΠ. Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ η Ελλάδα διαθέτει το μικρότερο αριθμό διαθέσιμων κλινών σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας με 4,5 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες όπως π.χ. η Γερμανία που διαθέτει 53,5 και η Ισπανία 46,8 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους, καθώς και από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που διαθέτει 47,2 κλίνες ανά χίλιους κατοίκους.¹⁶ Σκανδιναβικές χώρες όπως η Σουηδία και η Νορβηγία που διαθέτουν καθολικό σύστημα υγείας (Beveridge) φαίνεται πως η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί σημαντική προτεραιότητα, ενώ χώρες που επικρατεί το μοντέλο Bismarck όπως η Αυστρία και η Γερμανία, εμφανίζουν μεσαία ποσοστά δαπανών συγκριτικά με τις προαναφερθείσες χώρες για τη μακροχρόνια φροντίδα. Όπως διαφαίνεται, στην Ελλάδα οι δαπάνες για τη μακροχρόνια περίθαλψη είναι ιδιαίτερα χαμηλές γεγονός που αντικατοπτρίζει την περιορισμένη κρατική

προτεραιότητα στον τομέα αυτό. Αυτό γίνεται αντιληπτό και από την έλλειψη επάρκειας σε κρεβάτια για την κάλυψη των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών.²¹

Στην Ελλάδα η ύπαρξη θεσμικού πλαισίου για τη μακροχρόνια φροντίδα καταγράφεται αρχικά στο Ν.2071/1992 που αφορά τη θέσπιση της κατ' οίκον νοσηλείας, με το ΦΕΚ Β 382 / 24.05.1994 που αφορά την έναρξη του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» και το Ν. 3106/2003 (άρθρα 13, β και 17) που περιλαμβάνει τη σύσταση ξενώνων μακροχρόνιας φροντίδας¹⁸. Ωστόσο το παρόν θεσμικό πλαίσιο δεν είναι επαρκές και δεν υπάρχει γενικευμένη εφαρμογή του. Η στήριξη του Ελληνικού κράτους στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνει επιδόματα αναπηρίας και κοινωνικής μέριμνας αλλά περιορισμένη, μη καθολική και μη συντονισμένη ιδρυματική φροντίδα. Επιπλέον, η κοινωνική ασφάλιση περιορισμένου πληθυσμού, οδηγεί στην κάλυψη των αναγκών φροντίδας μόνο σε αυτόν τον πληθυσμό έχοντας πρόσβαση σε κοινοτικές υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, δεν έχει θεσπιστεί πλαίσιο για τη στήριξη και την ενδυνάμωση των φροντιστών. Ωστόσο η ζήτηση παραμένει υψηλότερη συγκριτικά με την προσφορά και οι προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες. Το γεγονός της αδυναμίας του συστήματος υγείας και της κοινωνικής πολιτικής, έρχεται να αντισταθμίσει η άτυπη

φροντίδα, η οποία καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό της μακροχρόνιας φροντίδας²⁰.

Η άτυπη φροντίδα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μακροχρόνια φροντίδα στις χώρες του ΟΟΣΑ, με κύριους φροντιστές την οικογένεια και τους φίλους. Πιο συγκεκριμένα, το 13% του πληθυσμού ηλικίας μέχρι 50 ετών αναφέρουν ότι παρέχουν άτυπη φροντίδα στην καθημερινότητα τους. Ειδικότερα, στις χώρες αυτές έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 61% της άτυπης φροντίδας παρέχεται από τις γυναίκες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 70% αποδεικνύοντας την ανισότητα που υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα.¹⁶ Επιπλέον η έλλειψη και η ανεπάρκεια τυπικών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, επηρεάζει την απασχόληση των γυναικών, που επιλέγουν εργασίες μειωμένου ωραρίου ή πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω της ανάγκης να παρέχουν άτυπη φροντίδα στους γονείς ή στους συντρόφους τους.²²

Είναι φανερό, πως η μακροχρόνια φροντίδα δεν αποτελεί σημαντικό πυλώνα κοινωνικής πολιτικής για την Ελλάδα και αποτελεί υπηρεσία υγείας και κοινωνικής μέριμνας με ανεπαρκή ανάπτυξη. Έτσι οι προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει η Ελλάδα για τον τομέα αυτό είναι ποικίλες. Βασική πρόκληση, είναι η βελτίωση του πλαισίου διακυβέρνησης και των ρυθμίσεων χρηματοδότησης, οριοθετώντας ευθύνες για μια ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας,



με τη θέσπιση πολιτικών για την τυπική και άτυπη φροντίδα. Η παροχή ποιοτικών, επαρκών, οργανωμένων και συντονισμένων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στα άτομα που έχουν ανάγκη, σε συνδυασμό με τη διασφάλιση επαρκών τυπικών φροντιστών και υποστήριξης των άτυπων (επιδόματα, ευέλικτες συνθήκες εργασίας κ.α.), αποτελούν άλλη μια σημαντική πρόκληση. Βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση των παραπάνω, είναι η δημιουργία ενός κανονιστικού πλαισίου και μηχανισμών παρακολούθησης και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ΜΦΥ, που θα περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την αναλογία του προσωπικού στελέχωσης των δομών ΜΦΥ καθώς και την εκπαίδευση των τυπικών φροντιστών. Παράλληλα, όσον αφορά τη στήριξη των άτυπων φροντιστών, οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία αυτών, με αποτέλεσμα την περιορισμένη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας. Έτσι, άλλη μια πρόκληση αποτελεί και η επαναφορά της συμμετοχής των γυναικών στην απασχόληση με απαραίτητη προϋπόθεση την εναρμόνιση της παρεχόμενης από αυτές φροντίδας με την επαγγελματική τους ζωή. Τέλος, σημαντική πρόκληση είναι, η υιοθέτηση πολιτικών προαγωγής της υγείας και πρόληψης που όσο το δυνατόν προλαμβάνουν χρόνιες ανικανότητες που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα.²⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ύπαρξη ενός κράτους πρόνοιας και μιας ενεργούς κοινωνικής πολιτικής είναι αναγκαίοι παράγοντες για την επίτευξη της ευημερίας του πληθυσμού, που επιτυγχάνεται μέσω της εκ των προτέρων κάλυψης των αναγκών του και της αντιμετώπισης δυνητικών κινδύνων. Η δημογραφική γήρανση και η αύξηση των χρονίως πασχόντων αποτελεί δυνητικό κίνδυνο της σύγχρονης κοινωνίας. Η ύπαρξη και η εξασφάλιση ποιοτικών και οργανωμένων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας αποτελεί ένδειξη κοινωνικής μέριμνας από την πλευρά του κράτους. Όμως η Ελλάδα σε αυτό τομέα φαίνεται να υστερεί, διότι δεν έχει ως κύριο πυλώνα πολιτικής την εξέλιξη και την καθολική διασφάλιση των υπηρεσιών της μακροχρόνιας φροντίδας, επαναπαύομενη στην προσφορά της άτυπης φροντίδας. Έτσι προκειμένου να υπάρξει ανάπτυξη στον τομέα αυτό, η Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που αναδύονται. Προκλήσεις που σχετίζονται με την κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, τη βελτίωση της ποιότητας, την οργάνωση και διακυβέρνησή τους. Τα ερωτήματα όμως που δημιουργούνται είναι γιατί η Ελλάδα ως κράτος με το υψηλό ποσοστό γήρανσης και χρονίως πασχόντων δεν έχει μεριμνήσει για την ενδυνάμωση αυτού του τομέα όπως τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη; Επιπλέον ερώτημα που προκύπτει είναι, γιατί το κράτος

-δεδομένων των ιδιαίτερων οικονομικών συνθηκών- δεν συμβάλει αποτελεσματικά στην στήριξη των άτυπων φροντιστών που αποτελούν την κύρια και οικονομικότερη πηγή μακροχρόνιας φροντίδας;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stasinopoulou O. Welfare State, Historical Evolution – Contemporary Theoretical Approaches. Library of Social Science & Social Policy: Gutenberg, 1990
2. Stasinopoulou O. Social Policy: basic concepts, historical development institutions and standards. Panteion University of Social and Political Sciences, Department of Social Policy, 2006
3. Chletsos M. Health Services/ Hospital Features and Challenges. Social Politics. Patras: EAP, 1999
4. Dedopoulou A, Malavazos T, Malliarou M, Sarafis P. The social security system in Greece and social justice in the field of health. *Interdisciplinary Health Care*, 2019;11(1): 29-42
5. Kiriopoulos G, Tsiantou B. The financial crisis and its effects on health and medical care. *Greek Medical Records*, 2010;27(5):834-840
6. Espring-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Polity Press: Cambridge, 1990
7. Ferrera M. Reconstructing the welfare state in Southern Europe, [online] 1999. Available at: https://www.researchgate.net/publication/n/26526432_8_Recon. Accessed: 20/11/19
8. Sakellaropoulos T. Seeking the new Welfare State. Reform of the Social State, Volume I Review: Athens, 1999;23-67
9. Malliarou M, Bamidis P, Pasxos K. The challenge of the welfare state and the impact of globalization on the health of the population. *Scientific time*, 2016;21(1): 50-65
10. Koinis A, Koukoupfilippou I, Papavasileiou E. Social policy and social protection and health. *Vima Asklipiou* [online] 2016;15(4): 346-354. Available at http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2004_16/VA_SP_3_15_04_16.pdf. Accessed: 01/12/19
11. Mellios B. Socio-economic studies that effect the costs of long-term care in OECD countries. Bachelor's thesis. University of Macedonia, Thessaloniki, 2017
12. WHO. Long-term-care systems, [online] 2019. Available at
13. <https://www.who.int/ageing/long-term-care/en/>. Accessed: 29/11/19
14. OECD. Long -term care policy, 2019. Available at <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>. Accessed: 04/12/19

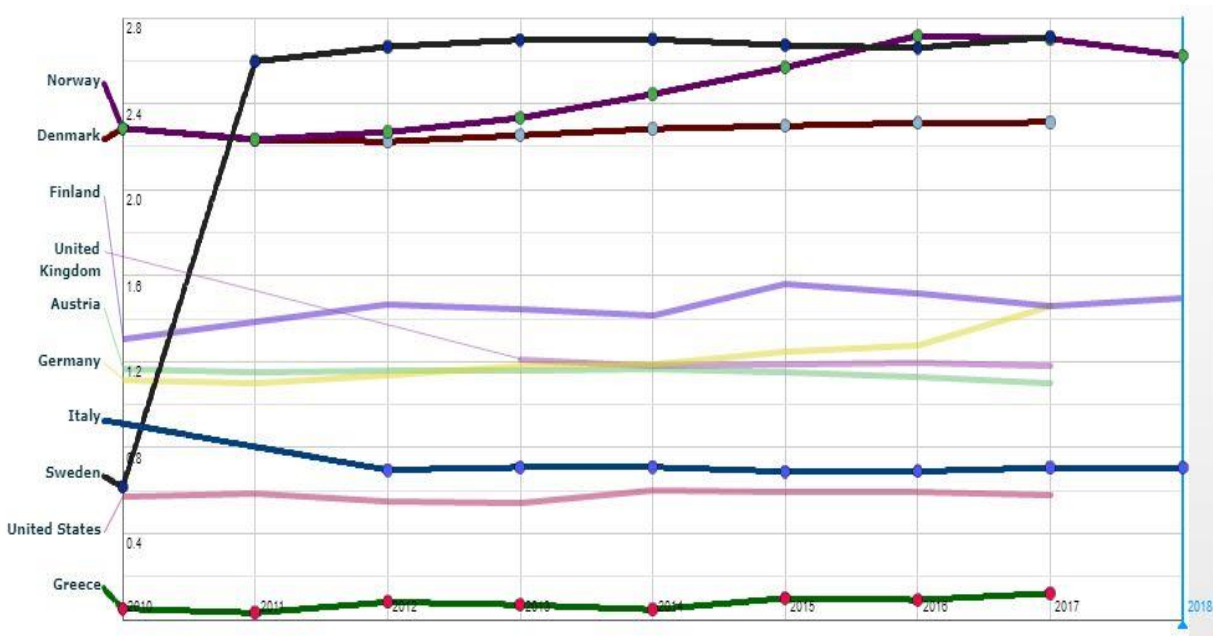


15. OECD. Life expectancy and healthy life expectancy at age 65. Health at a glance, [online] 2016. Available at https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf. Accessed: 02/12/19
16. The Economist. A survey of aging populations. A slow-burning fuse. [online] 2009. Available at www.Economist.com. Accessed: 30/11/19
17. OECD. Ageing and long-term care. Health at a glance, [online] 2019. Available at https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en. Accessed: 03/12/19
19. Bakali N. Long-term care insurance: the role of the family, the state and the private sector in an international perspective. Theoretical and practical dimensions. Bachelor's thesis. University of Piraeus, Athens, 2011
20. Pierrakos G. Long-Term Care Analysis. Module 09: Long Term Health Care in Greece: The institutional Framework. Version: 1.0. Athens, [online] 2011 Available at ocp.teiath.gr. Accessed: 29/12/19
21. Staikoura GK. The importance of long-term care in Greece. Bachelor's thesis. National School of Public Administration and Local Government. Athens, 2018
22. Capella A, Konstantinidou D, Vezyrgianni K, Ziomas D. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Greece. European Commission, [online] 2018. Available at file:///C:/Users/User/Downloads/EL_ESP_N%20thematic%20report%20on%20LTC.pdf. Accessed: 22/12/19
23. Papatheodorou Ch, Papanastasiou S, Pebetzoglou M, Petmezidou M, Polizoidis P. Health and Long-term care in Greece. GSEE Labor Institute, 2015
24. Lyberaki A. Migrant women, care work, and women's employment in Greece', Feminist Economics, 2011; 17(3):103-131.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Διάγραμμα 1: Δαπάνες κυβερνητικών προγραμμάτων για μακροχρόνια φροντίδα ως ποσοστό του ΑΕΠ

Government/compulsory schemes, Long-term care (health), All providers, Share of gross domestic product



Πίνακας 1: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων τυπολογιών⁸

	Μοντέλα κράτους πρόνοιας	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Titmuss	➤ Υπολειμματικό μοντέλο	<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας 	<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων Αναποτελεσματικότητα κάλυψης αναγκών
	➤ Βιομηχανικό μοντέλο	<ul style="list-style-type: none"> Υγιής ανταγωνισμός Οικονομία των πόρων 	
	➤ Θεσμικό – αναδιανεμητικό μοντέλο	<ul style="list-style-type: none"> Καθολική κάλυψη κοινωνικών αναγκών Αναδιανομή του πλούτου 	<ul style="list-style-type: none"> Υπαρξη γραφειοκρατίας και σπατάλης
Espring-Andersen	➤ Φιλελεύθερο καθεστώς	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης για όλους 	<ul style="list-style-type: none"> Κοινωνική ανισότητα Αποκλεισμός των μη εργαζομένων από κοινωνικές παροχές Κριτήρια σχετιζόμενα με κοινωνική θέση-τάξη Περιορισμένα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης
	➤ Συντηρητικό καθεστώς	<ul style="list-style-type: none"> Κάλυψη των κοινωνικών αναγκών των εργαζομένων από το κράτος 	
	➤ Κοινωνικό – δημοκρατικό καθεστώς	<ul style="list-style-type: none"> Καθολική κάλυψη κοινωνικών αναγκών 	
Ferrera	➤ Νότιο μοντέλο (με στοιχεία από τα μοντέλα του Bismark και του Beveridge)	<ul style="list-style-type: none"> Καθολική υγειονομική κάλυψη 	<ul style="list-style-type: none"> Μειωμένο ποσοστό απόδοσης και ανισότητα κοινωνικών υπηρεσιών Γραφειοκρατία Εισοδηματικός κατακερματισμός Πελατειακός χαρακτήρας Χρηματοδότηση ανάλογα της κοινωνικής ομάδας και του επαγγέλματος