

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Οι Παροχές Μακροχρόνιας Κοινωνικής Φροντίδας
στην Ελλάδα**

Συγγραφέας:

Αικατερίνη Κουνή

ΑΜ: 20093

Επιβλέπων:

Δρ. Γεώργιος Διέλλας

Αθήνα, Μάρτιος 2022

Οι παροχές μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα
Κουνή Αικατερίνη

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

The Benefits of Long-Term Social Care in Greece

Student name and surname:

AIKATERINI KOUNI

Registration Number: 20093

Supervisor name and surname:

GEORGIOS DIELLAS

Athens, March 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

**Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την
κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:**

| Α/ α | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|---------|----------------------|---|------------------|
| 1 | Δρ. Γεώργιος Διέλλας | Επιβλέπων Καθηγητής/ Επιστημονικός Συνεργάτης | |
| 2 | Σωτήριος Σούλης | Μέλος /Καθηγητής | |
| 3 | Δρ. Γεωργία Τσακνή | Μέλος /Επιστημονική Συνεργάτης | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αικατερίνη Κουνή του Χρήστου, με αριθμό μητρώου 20093 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Δεν επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου και έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Η Δηλούσα



(Υπογραφή)

* *Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Σύντομη Περίληψη

Η έννοια της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας έχει να κάνει με την περίθαλψη και την στήριξη ατόμων τα οποία είτε νοσούν για μεγάλο χρονικό διάστημα από κάποια ασθένεια, είτε προσπαθούν να ξεπεράσουν κάποιο περιστατικό που στοίχισε στην υγεία τους, είτε τέλος βρίσκονται σε μια δύσκολη κατάσταση σωματική και πνευματική από την οποία προσπαθούν να επανέλθουν. Σκοπός της κοινωνικής φροντίδας σε μακροχρόνιο επίπεδο είναι να επιβλέπει αυτούς τους ασθενείς και να τους προστατεύει ώστε να μην επιστρέψουν στην αλλοτινή τους κατάσταση. Η κοινωνική φροντίδα συνδέεται με το κράτος κοινωνικής πρόνοιας αλλά και την κοινωνική ασφάλιση. Μολονότι τα περισσότερα κράτη στην Ευρώπη έχουν οργανωμένα συστήματα μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας φαίνεται πως στην Ελλάδα η κατάσταση δεν είναι η ίδια. Ενώ υπάρχουν δομές και πραγματοποιείται προσπάθεια σε όλους τους τομείς η κοινωνική φροντίδα έχει αρκετό χρόνο ακόμα να διανύσει για να φτάσει στο επιθυμητό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνική φροντίδα, μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα, δομές υγείας, ασφαλιστική κάλυψη, φροντιστές υγείας, κοινωνική πρόνοια

Abstract

The concept of long-term social care has to do with the care and support of people who are either suffering for a long time from an illness, or trying to overcome an incident that has cost them their health, or finally are in a difficult physical and mental situation from which they are trying to recover. The purpose of social care in the long term is to supervise these patients and protect them so that they do not return to their altered state. Social care is linked to both the welfare state and social security. Although most countries in Europe have organised systems of long-term social care, it seems that in Greece the situation is not the same. While there are structures in place and efforts are being made in all areas, social care still has a long way to go to reach the desired level.

Key words: Social care, long-term social care, health structures, health insurance coverage, health careers, social welfare

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ) στο τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Η ολοκλήρωσή της θα ήταν αδύνατη χωρίς την πολύτιμη υποστήριξη του επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Γεώργιο Διέλλα. Του εκφράζω ένα βαθύ ευχαριστώ για όλη την βοήθεια που μου πρόσφερε.

Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της αξιολογής επιτροπής, τον καθηγητή κ. Σωτήριο Σούλη και την κ. Γεωργία Τσακνή. Ευχαριστώ πολύ τις συμφοιτήτριες μου Μαρία Βασιλείου και Βαλεντίνα Λεγκάτα για τη συνεχή συμπαράσταση και βοήθεια που μου έδωσαν συμβάλλοντας τα μέγιστα για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένειά μου, για την συνεχή υποστήριξη και συμπαράστασή τους καθ' όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 13 |
| ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ..... | 19 |
| ΜΕΡΟΣ Ι..... | 19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ..... | 19 |
| 1.1 Ορισμοί..... | 19 |
| 1.2 Τύποι κοινωνικού κράτους..... | 20 |
| 1.2.1 Υπολειμματικό..... | 21 |
| 1.2.2 Θεσμικό..... | 22 |
| 1.2.3 Βιομηχανικό..... | 23 |
| 1.2.4 Φιλελεύθερο..... | 24 |
| 1.2.5 Συντηρητικό..... | 25 |
| 1.2.6 Σοσιαλδημοκρατικό..... | 27 |
| 1.3 Ιστορική αναδρομή..... | 28 |
| 1.3.1 Αρχαιότητα..... | 28 |
| 1.3.2 Βυζάντιο..... | 29 |
| 1.3.3 Τουρκοκρατία..... | 29 |
| 1.3.4 Χριστιανισμός..... | 30 |
| 1.3.5 Δυτική Ευρώπη..... | 30 |
| 1.3.6 1830-1922..... | 31 |
| 1.3.7 1922-1974..... | 31 |
| 1.3.8 1975-2000..... | 32 |
| 1.3.9 2000-2020..... | 32 |
| 1.4 Κοινωνικό κράτος και κράτος δικαίου..... | 33 |
| 1.5 Η έννοια της φροντίδας..... | 37 |
| 1.6 Η έννοια της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας..... | 39 |
| 1.6.1 Παροχή μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας..... | 42 |
| ΜΕΡΟΣ ΙΙ..... | 44 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ..... | 44 |
| 2.1 Δημόσιοι φορείς..... | 44 |
| 2.1.1 Δημόσιοι φορείς κοινωνικής φροντίδας..... | 45 |

| | |
|--|-----|
| 2.1.2 Νομοθετικές παρεμβάσεις για την δημόσια κοινωνική φροντίδα..... | 46 |
| 2.2 Ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς..... | 47 |
| 2.3 Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς..... | 47 |
| 2.3.1 Άτυποι φορείς..... | 49 |
| 2.4 Κοινοτικοί φορείς..... | 49 |
| 2.5 Ιδιωτική ασφάλιση..... | 50 |
| 2.6 Κοινωνικές παροχές..... | 55 |
| 2.7 Πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας..... | 57 |
| 2.7.1 Μεταρρύθμιση κοινωνικής πρόνοιας..... | 63 |
| 2.8. Ελλείψεις του συστήματος υγείας..... | 65 |
| ΜΕΡΟΣ III..... | 68 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... | 68 |
| 3.1 Σύστημα υγείας-ορισμός..... | 68 |
| 3.2. Θεσμικό πλαίσιο στην Ε.Ε..... | 70 |
| 3.3 Θεσμικό πλαίσιο Κοινωνικής Πρόνοιας..... | 72 |
| 3.4 Αλλαγές στη νομοθεσία στην Ελλάδα..... | 79 |
| ΜΕΡΟΣ IV..... | 83 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... | 83 |
| 4.1 Χρονικός καθορισμός εργασίας..... | 83 |
| 4.2 Μεθοδολογία εργασίας..... | 83 |
| 4.3 Συμπερασματικές προσδοκίες..... | 84 |
| ΜΕΡΟΣ III..... | 86 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΙΟΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΕΠΙΠΕΔΟ..... | 86 |
| 5.1 Οικογένεια..... | 86 |
| 5.1.1 Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»..... | 88 |
| 5.1.2 Πρόγραμμα «Χαμόγελο του Παιδιού»..... | 91 |
| 5.2 Ηλικιωμένοι..... | 93 |
| 5.3 ΑμεΑ και χρόνιοι πάσχοντες..... | 103 |
| 5.3.1 ΑμεΑ..... | 104 |
| 5.3.2 Κώφωση..... | 107 |
| 5.3.3 Τύφλωση..... | 108 |

| | |
|---|-----|
| 5.3.4 Κινητικές Δυσλειτουργίες..... | 109 |
| 5.3.5 Εγκεφαλική παράλυση..... | 110 |
| 5.3.6 Νοητική στέρηση..... | 112 |
| 5.3.7 Χρόνια νοσήματα..... | 113 |
| 5.3.8: Ψυχικές ασθένειες..... | 116 |
| ΜΕΡΟΣ IV..... | 118 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 118 |
| 6.1 Συζήτηση..... | 118 |
| 6.2 Συμπεράσματα..... | 120 |
| 6.3 Προτάσεις..... | 123 |
| 6.4 Περιορισμοί εργασίας..... | 126 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... | 127 |
| Βιβλιογραφία..... | 128 |

Πίνακες Εικόνων

| | |
|---|-----|
| Εικόνα 1: Χώρες και ποσοστά διάθεσης πόρων για κοινωνική φροντίδα Πηγή: (Brown, 2016)..... | 37 |
| Εικόνα 2: Ποσοστά δαπάνης για κοινωνική φροντίδα στην Ευρώπη ανά κράτος (Eurostat, 2019)..... | 69 |
| Εικόνα 3: Επίπεδα γενναιοδωρίας σε διάφορα κράτη του κόσμου 1980-2010 Πηγή: (Karsbengen, 2018)..... | 76 |
| Εικόνα 4: Γήρανση πληθυσμού Ευρώπης (Eurostat, 2019)..... | 95 |
| Εικόνα 5: Ποσοστά ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ευρώπη (Eurostat, 2017)..... | 106 |
| Εικόνα 6: Άτομα με ειδικές ανάγκες που δεν εργάζονται (Eurostat, 2016)..... | 107 |

Συνοτομογραφίες

- ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΚΑΓΕ: Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών
ΑμεΑ: Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση
ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΑΠΗ: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΗΦΗ: Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΚΨΥ: Κέντρα Ψυχικής Υγείας
ΜΚΟ: Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΜΦΥ: Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας
ΜΦ: Μακροχρόνια Φροντίδα
ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΣΕΒ: Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών
ΣτΕ: Συμβούλιο της Επικρατείας
ΥΔΕΠ: Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας
ΥΚΕ: Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας (ΜΦΥ) είναι μια πολυσύνθετη έννοια και αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο που βρίσκεται στην επιδείνωση μιας ασθένειας ή στην κατάρρευση, οπότε έχει μειωθεί η λειτουργικότητα του. Έτσι, για να εξασφαλιστεί η επιβίωση του, η συντήρηση του και η πλήρης ή μερική αποκατάσταση του χρειάζεται η βοήθεια ενός τρίτου ατόμου. Οι ασθένειες που αναγκάζουν ένα άτομο να αναζητήσει μακροχρόνια φροντίδα είναι οι χρόνιες, δηλαδή αυτές που υποτροπιάζουν συνεχώς, και έχουν παντοτινή διάρκεια και απαιτείται η συχνή διάγνωση και παρακολούθηση. Οπότε, πρέπει να ικανοποιηθούν κάποιες ανάγκες αυτών των ασθενών (Δήμος κα, 2020).

Ως απαραίτητες ορίζονται οι βιολογικές ανάγκες, ενώ οι κοινωνικές ανάγκες αναφέρονται στην μάθηση που προκύπτει από την κοινωνικοποίηση και την εμπειρία. Αυτές είναι η επιθυμία για τελειοποίηση ή επιτυχία, για επιρροή ή κυριαρχία, για ανεξαρτησία και αυτονομία, για οργάνωση, συναναστροφές και συναισθηματική δέσμευση. Βέβαια, κάποιες φορές οι βιολογικές και κοινωνικές ανάγκες αλληλοεπικαλύπτονται, γι' αυτό και η προτεραιοποίηση για την ικανοποίηση τους είναι δύσκολη όταν δεν δύναται η ταυτόχρονη κάλυψη τους (Σταθόπουλος, 2005).

Η κατηγοριοποίηση των αναγκών είναι η εξής:

- ▼ Φυσιολογικές ανάγκες: Αποτελούν τις βιολογικές ανάγκες
- ▼ Ανάγκες σταθερότητας και ασφάλειας: Καλή ποιότητα ζωής
- ▼ Κοινωνικές ανάγκες: Είναι η επιθυμία για φιλία, συντροφικότητα και στοργή
- ▼ Ανάγκες κοινωνικής θέσης και εκτίμησης: Αποτελούν την επιθυμία για προβολή, αυτοεκτίμηση, αναγνώριση, αυτοσεβασμός
- ▼ Αυτοπραγμάτωση: Αποτελεί τη συνισταμένη της ανάπτυξης, της επιτυχίας και της εξέλιξης (Ζαβλάνος, 1999).

Έχουν παρατηρηθεί πολλά διαφορετικά μοντέλα κοινωνικού κράτους λόγω διαφορετικού επιπέδου προόδου. Το κοινωνικό κράτος αποσκοπεί στην επίτευξη της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης, αλλά και της ευημερίας των κατοίκων της χώρας. Αυτό επιτυγχάνεται με την άμβλυνση της ανισότητας των τάξεων της κοινωνικής διαστρωμάτωσης και με τη διαχείριση των κοινωνικών αναγκών και κινδύνων. Έτσι, ασκείται η κοινωνική πολιτική, δηλαδή η ανακουφιστική ή προληπτική παρέμβαση στις κοινωνικές καταστάσεις διότι υιοθετούνται μέτρα που εξασφαλίζουν την προαναφερθείσα άμβλυνση. Θεωρείται ότι είναι οι συνολικές δράσεις και πολιτικές που εξασφαλίζουν την εκπαίδευση, την εργασία, την υγεία και τη στέγαση των πολιτών. Αυτές οι πολιτικές είναι απόρροια του κοινωνικού διαλόγου ώστε να αναπαραχθεί το κοινωνικό σύνολο. Το κράτος πρόνοιας αναφέρεται στη θεσμική δόμηση των κοινωνικών υπηρεσιών των βιομηχανικών κρατών (Κουλλιάς κα, 2020). Άλλη διάκριση των μορφών των κοινωνικών κρατών βασίζεται σε διάφορα κριτήρια και προκύπτουν τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας ανάλογα με το βαθμό κρατικής παρέμβασης, και τα μοντέλα που συνενώνουν τη μέθοδο και το επίπεδο των παροχών με την κοινωνική ασφάλεια και την αγορά και τη λειτουργία του στην κοινωνική διαστρωμάτωση.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει:

- ▼ Υπολειμματικό μοντέλο: Ενεργοποιείται όταν η ελεύθερη αγορά αδυνατεί να καλύψει την ανάγκη για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης
- ▼ Θεσμικό/αναδιανεμητικό μοντέλο: Καλύπτει όλες τις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού ανεξάρτητα των συνθηκών της ελεύθερης αγοράς
- ▼ Βιομηχανικό μοντέλο επιδόσεων: Η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών βασίζεται στις επιδόσεις του εργασιακού τομέα και την παραγωγικότητα σύμφωνα με την αξιοκρατία και την επαγγελματική θέση.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει:

- ▼ Φιλελεύθερο αγγλοσαξονικό: Ελάχιστος βαθμός παροχών και επιλεκτική εφαρμογή, παρόμοιο με το υπολειμματικό

- ▼ Συντηρητικό μοντέλο: Μείωση στη χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης και παροχή υπηρεσιών ανάλογα με τις ασφαλιστικές εισφορές του ατόμου, παρόμοιο με το βιομηχανικό
- ▼ Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο: Το κράτος εξασφαλίζει την επαγγελματική αποκατάσταση και παρέχει καθολική κάλυψη, παρόμοιο του θεσμικού (Κοντιάδης, 2008).

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας οργανώνεται ως εξής:

- ▼ Πρωτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα: Υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας, πρόληψη αναγκών, έγκαιρος εντοπισμός κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση α' και β' βαθμού
- ▼ Δευτεροβάθμια Κοινωνική Φροντίδα: Υπηρεσίες φιλοξενίας ή κλειστής φροντίδας για την ίαση και την αποκατάσταση της ψυχικής, πνευματικής και σωματικής υγείας και την πρόληψη του κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού
- ▼ Τριτοβάθμια Κοινωνική Φροντίδα: Υπηρεσίες ανοιχτής και κλειστής φροντίδας μέσω εξειδικευμένων ειδικοτήτων και τεχνολογίας (Ν. 2646/1998).

Η δημόσια υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό, δηλαδή είναι προσβάσιμη για τον καθολικό πληθυσμό ανεξαρτήτως του φύλου, της φυλής, της τάξης, του έθνους, του επαγγέλματος, του εκπαιδευτικού επιπέδου, της ηλικίας και του ασφαλιστικού φορέα. Μοναδικό κριτήριο πρόσβασης είναι αυτό της ιδιότητας του πολίτη και οι υπηρεσίες προς όλους χαρακτηρίζονται από ισότιμη ποιότητα (Ρομπόλης και Ιωακείμογλου, 2009).

Η μακροχρόνια φροντίδα περιλαμβάνει έναν υπανάπτυκτο κλάδο της κοινωνικής πολιτικής παρουσιάζοντας χαμηλή δημόσια δαπάνη και ευρεία εξάπλωση της άτυπης φροντίδας απουσία υποστήριξης των άτυπων φροντιστών. Παρατηρείται η έλλειψη ολοκληρωμένων υπηρεσιών τυπικής μακροχρόνιας φροντίδας καθολικής κάλυψης. Οι υπάρχουσες δημόσιες υπηρεσίες δέχονται τους οικονομικά ασθενέστερους μετά από έλεγχο της οικονομικής τους κατάστασης. Όμως, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας προς τους χρόνια νοσούντες δεν καλύπτουν την παρατηρούμενη ζήτηση,

αφού οι κλίνες είναι ελάχιστες, η ποιότητα των υπηρεσιών χαμηλή και τα δημοσιονομικά συρρικνωμένα (Πετμεζίδου κα, 2015).

Η μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων στην χώρα είναι αποτέλεσμα ενός συστήματος που ενσωματώνει μορφές τυπικής και άτυπης φροντίδα μέσω άμεσης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, κάλυψη των αναγκών για φροντίδα μέσω κοινωνικής ασφάλισης και περιορισμένη υποστήριξη για άτυπη φροντίδα μέσω μείωσης φόρων. Η επίσημη φροντίδα παρέχεται από το κράτος, ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς. Οι κρατικές παροχές περιλαμβάνουν κλινικές χρόνιων νοσημάτων, ψυχιατρικών νοσοκομείων και κέντρα πλήρους αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Οι κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί ιδιωτικοί φορείς προσφέρουν υπηρεσίες διαμονής στους ηλικιωμένους στα ιδρύματά τους. Οι κερδοσκοπικοί χρηματοδοτούνται από τους ιδιώτες, ενώ οι μη κερδοσκοπικοί από την κοινωνική ασφάλιση και τις κρατικές δαπάνες. Ακόμη, υπάρχουν φορολογικές μειώσεις για να βοηθηθούν οι οικογένειες που παρέχουν άτυπη φροντίδα στους ασθενείς και οφέλη, όπως κοινωνικός τουρισμός σε θεραπευτικά σπα μέσω κοινωνικής ασφάλισης (Daniilidou et al., 2003).

Η ιδρυματική ψυχική φροντίδα που παρέχεται στα παιδιά της Ελλάδας εστιάζει σε δυο ζητήματα, σε αυτό της ψυχικής τους υγείας και στην ένταξη τους στο ίδρυμα λόγω προβληματικής συμπεριφοράς. Ακόμη, πολλές μελέτες από το 1980 και έπειτα εξετάζουν τη σχέση μεταξύ προστασίας του παιδιού που διαμένουν σε ίδρυμα και της ψυχικής τους υγείας (Agathonos-Georgakopoulou et al., 2004).

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή εργασία μελετά το θέμα της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Χωρίζεται σε 6 επιμέρους κεφάλαια. Στα πρώτα κεφάλαια μελετά τους βασικούς ορισμούς της κοινωνικής φροντίδας, κοινωνικής πρόνοιας, κράτους δικαίου και πραγματοποιεί μια ιστορική αναδρομή στις καταστάσεις κοινωνικής πρόνοιας αλλά και στους διαφορετικούς τύπους στο κράτος (φιλελεύθερο, συντηρητικό κλπ). Έπειτα μελετά και το θεσμικό πλαίσιο που ισχύει σε Ελλάδα και Ευρώπη για την έννοια της κοινωνικής φροντίδας. Έπειτα παραθέτει την μεθοδολογία της εργασίας και συνεχίζει με την μελέτη των κοινωνικών ομάδων

που λαμβάνουν κοινωνική φροντίδα, το επίπεδο στην οποία την λαμβάνουν, ποιο είναι το βιοτικό τους επίπεδο και που χρειάζεται μεγαλύτερη στήριξη.

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αφορά σε συγκεκριμένες έννοιες. Ξεκινά με κάποιους βασικούς ορισμούς σχετικά με την φροντίδα και την πρόνοια, συνεχίζει με αναλυτική αναφορά όλων των τύπων κοινωνικού κράτους ξεκινώντας από το υπολειμματικό και φθάνοντας μέχρι και το σοσιαλδημοκρατικό. Έπειτα συνεχίζει με ιστορική αναδρομή στην έννοια της κοινωνικής φροντίδας από την αρχαιότητα μέχρι και την σημερινή εποχή. Κάνει αναφορά για την σύμπλεξη κοινωνικού κράτους και κράτους δικαίου ενώ συνεχίζει και με την έννοια της φροντίδας και την παροχή της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Το δεύτερο κεφάλαιο μελετά τους φορείς κοινωνικής φροντίδας χωρίζοντας τους σε δημόσιους, ιδιωτικούς, κυβερνητικούς και κερδοσκοπικούς και μη ενώ ιδιαίτερη αναφορά γίνεται και στην ιδιωτική ασφάλεια που υπάρχει στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ. Το συγκεκριμένο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με αναφορά στις κοινωνικές παροχές, τις πολιτικές που ακολουθεί η κοινωνική πρόνοια και τις ελλείψεις που συναντά κάποιος στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα και πως αυτές επηρεάζουν γενικότερα τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας και ταυτόχρονα στο τρίτο της κεφάλαιο δίνεται το θεσμικό πλαίσιο το οποίο υπάρχει σε Ελλάδα και Ευρώπη, πως ορίζεται το σύστημα υγείας, ποιο είναι το θεσμικό πλαίσιο που ακολουθεί η Ε.Ε. για την κοινωνική φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια ενώ παράλληλα δίνεται το νομικό πλαίσιο και οι αναδιατάξεις που υπάρχουν στην Ελλάδα τόσο στο τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας όσο και στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Το τέταρτο κεφάλαιο είναι πιο σύντομο και αποτελείται από την περιγραφή της μεθοδολογίας που ακολουθεί η εργασία. Το πέμπτο κεφάλαιο αναλύει ανά κοινωνική ομάδα τις ελλείψεις που παρουσιάζονται αλλά και τις δομές που υπάρχουν παράλληλα και τις υποστηρίζουν. Το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, το έκτο έχει να κάνει με την συζήτηση σχετικά με τα θέματα που παρουσιάστηκαν στην εργασία, τα συμπεράσματα από τις πιο βασικές έννοιες της εργασίας και τέλος προτάσεις για βελτίωση του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα της μακροχρόνιας φροντίδας. Επιπλέον,

δίνονται και κάποιοι περιορισμοί που συναντήθηκαν κατά την συγγραφή της παρούσας εργασίας.

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ

1.1 Ορισμοί

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να δοθούν οι ορισμοί του κοινωνικού κράτους. Η έννοια του ορισμού «κοινωνικό κράτος» κατάφερε να κατοχυρωθεί σε Συντάγματα πολλών κρατών, ιδίως στα Δυτικά, με αρκετά διαφορετική διατύπωση όπως: κοινωνική δημοκρατία, λαϊκή δημοκρατία, κράτος πολιτών (Κωτσονόπουλος, 2007). Στο θεμελιώδη Γερμανικό Νόμο (άρθρο 20, παράγραφος 1) ορίζεται η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας ως ένα κράτος δημοκρατικό και κοινωνικά ομοσπονδιακό (e-European Justice, 2021). Η κοινωνική αρχή έχει κατοχυρωθεί και στο Γαλλικό Σύνταγμα (άρθρο 2,195), στο Ιταλικό (άρθρο 2, 1948) (Italian Republic, 1948), στο Ισπανικό το 197 (Cortes Generales and the King, 1978), στο Πορτογαλικό το 1976 (Portuguese Republic, 1976), ενώ προκύπτει ως ερμηνεία από το Σύνταγμα της Δανίας, της Ισλανδίας, της Ιρλανδίας και της Σουηδίας (Δημητρόπουλος, 2004). Στο Ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 25) αναφέρεται πως «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους» (Βουλή των Ελλήνων, 2019). Μέσα σε αυτήν την πρόταση κατοχυρώνεται η αρχή του κοινωνικού κράτους.

Γενικά, υπάρχουν διάφορες απόψεις για το κοινωνικό κράτος από τον ακαδημαϊκό χώρο. Σύμφωνα με τον Δ. Τσάτσο, το κοινωνικό κράτος είναι η απάντηση απέναντι στο κράτος δικαίου καθώς μπορεί να λειτουργήσει με τρόπο παρεμβατικό στις ήδη υπάρχουσες σχέσεις μεταξύ της ιδιοκτησίας και των ιδιωτών. Ο στόχος αυτής της οπτικής είναι η ανακατανομή των αγαθών και η απόδοση της κοινωνικής δικαιοσύνης (Τσάτσος, 1977). Υπάρχει και η άποψη από τον Α. Δημητρόπουλο πως

ένα κράτος μπορεί να θεωρηθεί κοινωνικό-ανθρωπιστικό, όταν με βάση του συντάγματος έχει την υποχρέωση να προστατεύει και να εξασφαλίζει την ανθρώπινη αξία (Δημητρόπουλος, 2004). Για το κοινωνικό κράτος είναι εκείνο που αναλαμβάνει θεσμικά υποχρεώσεις οι οποίες είναι σχετικές με την εξασφάλιση βασικών αναγκών από τους πολίτες του (Κατρούγκαλος, 2014). Ο (Eräsaari, 1986) θεωρεί πως υπάρχει μια νέα μορφή του κοινωνικού κράτους, αυτή που δημιουργείται με την εμφάνιση «κοινωνικών δικτύων», με τα οποία οι μετέχοντες σε αυτά πολίτες θεωρούν πως θα υπάρξει συρρίκνωση του κρατικού μηχανισμού, θα μειωθεί το κόστος, θα σταματήσει η άκρατη γραφειοκρατία και θα υπάρξει παραγωγή ιδεολογιών φυσικής αλλά και εθνικής συνένωσης. Στο (Vargas-Hernandez, et al., 2011) διαβάζουμε πως η κοινωνική πολιτική, δηλαδή η πολιτική που ασκεί το κοινωνικό κράτος είναι κομμάτι της δημόσιας πολιτικής που αφορά τα κοινωνικά ζητήματα. Το *Κέντρο Malcolm Wiener for Social Policy* του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ περιγράφει το κοινωνικό κράτος ως «δημόσια πολιτική και πρακτική στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, ανθρώπινες υπηρεσίες, ποινική δικαιοσύνη, ανισότητα, εκπαίδευση και εργασία» (Rittel & Webber, 1973).

1.2 Τύποι κοινωνικού κράτους

Το κοινωνικό κράτος έχει διάφορους τύπους στους οποίους διαχωρίζεται (θεσμικό, συντηρητικό, φιλελεύθερο κλπ.) βάση των ιδεολογιών και των πολιτικών διοίκησης στις οποίες στηρίζεται. Παρακάτω παρατίθενται όλοι οι τύποι κοινωνικού κράτους από το υπολειμματικό μέχρι και το σοσιαλδημοκρατικό. Μια πρώτη διαίρεση και κατάταξη των μοντέλων βάση του βαθμού στο οποίο παρεμβαίνει ή όχι το κράτος στην κοινωνία με την μορφή πρόνοιας είχε υιοθετηθεί από τον Titmuss, έναν βρετανό κοινωνικό ερευνητή. Ο ίδιος ξεχώρισε κατά αυτόν τον τρόπο τα μοντέλα σε υπολειμματικό, θεσμικό και βιομηχανικό (Titmuss, 1974). Έπειτα υπήρξε περαιτέρω διαχωρισμός από τον Esping-Andersen ο οποίος ασχολήθηκε με το γεγονός της αποεμπορευματοποίησης της εργατικής δύναμης και εντόπισε το φιλελεύθερο μοντέλο, το συντηρητικό και το δημοκρατικό (Esping-Andersen, 1980).

1.2.1 Υπολειμματικό

Αυτός ο τύπος κοινωνικού κράτους αποτελεί μοντέλο της κοινωνικής πολιτικής. Βασίζεται στην ιδέα πως το κράτος μπορεί να παρέμβει σε καταστάσεις που είτε ο θεσμός της οικογένειας, μέρη από την κοινότητα και άλλα άτομα δίκτυα αλληλεγγύης, καθώς και ο μηχανισμός της ίδιας της αγοράς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες είτε των ατόμων, είτε συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Στο συγκεκριμένο τύπο κράτους καλύπτονται με οι ανάγκες της κοινωνίας επιλεκτικά ενώ ενθαρρύνεται το άτομο να δρα κατά την δική του βούληση και εντείνεται ο ανταγωνισμός. Παραδείγματα κοινωνικού κράτους που ακολουθούν το υπολειμματικό μοντέλο είναι οι ΗΠΑ. Εκεί το κράτος μπορεί να παρέμβει όταν αντιλαμβάνεται πως είτε η οικογένεια, είτε η αγορά η ίδια δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του ατόμου (Mishra, 2002).

Αρκετές από τις αρχές του υπολειμματικού μοντέλου έχουν αποτελέσει την βάση για την δημιουργία του λεγόμενου φιλελεύθερου αγγλοσαξονικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής. Σε αυτήν την μορφή υπάρχει η θεώρηση πως η κάλυψη των αναγκών αναπαραγωγής του εργατικού δυναμικού πρέπει να γίνεται μέσα από δύο μηχανισμούς: της ελεύθερης αγοράς και της οικογένειας. Το κράτος δρα πάλι ως ένα τελευταίο δίκτυ ασφαλείας για να μην οδηγηθεί καμία κατάσταση στην εξαθλίωση. Βάση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας είναι η οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών στους δικαιούχους και μηδαμινή ύπαρξη χρηματικών παροχών. Υπάρχει ανάπτυξη συστημάτων εξακρίβωσης της οικονομικής κατάστασης αλλά και εύρεσης των αναγκών εκείνων για τις οποίες πρέπει να παρέμβει το κράτος (Στασινοπούλου, 2003).

Από την άλλη πλευρά υπάρχει και ο αντίλογος, δηλαδή πως η δυνατότητα να γίνεται έλεγχος στη προσωπική ζωή των δικαιούχων ώστε να μπορέσει να υπάρξει μια στοιχειώδης εξοικονόμηση πόρων είναι λανθασμένη και δημιουργούνται λανθάνουσες ρατσιστικές πρακτικές που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό μερίδων ανθρώπινου πληθυσμού που χαρακτηρίζονται ως αποτυχημένοι. Χώρες που υπάγονται σε αυτό το συγκεκριμένο μοντέλο είναι οι ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία (Srinivasan, 2006). Σε αυτήν την κριτική βασίζεται το θεσμικό- αναδιανεμητικό

μοντέλο κοινωνικής πολιτικής το οποίο θεωρεί πως οι μηχανισμοί της αγοράς είναι ανίκανοι να στήσουν με επάρκεια ένα πλέγμα που θα καλύπτει όλες τις ανάγκες. Εστιάζει στην ανάπτυξη θεσμών και μηχανισμών που παρέχουν καθολική κάλυψη και πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων. Σε επίπεδο αξιών αντιτάσσεται απέναντι στον ατομικισμό και ανταγωνισμό και βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την αξία της κοινωνικής πολιτικής για την επίτευξη της κοινωνικής συνοχής (Γιαννακόπουλος, 2005).

Το κύριο συμπέρασμα για το υπολειμματικό μοντέλο είναι πως το κράτος πρόνοιας περιορίζεται στο να εξασφαλίζει στους πολίτες του ένα δίκτυο ασφαλείας μόνο στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει άλλη λύση είτε από τους ίδιους, είτε από την ελεύθερη αγορά.

1.2.2 Θεσμικό

Το θεσμικό μοντέλο είναι αυτό που αντιτάσσεται στο υπολειμματικό και αποτελεί το δεύτερο βασικό μοντέλο πάνω στο οποίο στηρίζεται η κοινωνική πολιτική (Στασινοπούλου, 2003). Στόχος της πολιτικής του κράτους πρόνοιας είναι να καλυφθούν με καθολικό τρόπο οι ανάγκες των ατόμων χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν οι μηχανισμοί που αφορούν την ελεύθερη αγορά. Σε αντίθεση με το αγγλοσαξονικό μοντέλο που κριτήριο για παρέμβαση του κράτους συνιστά η εργασιακή επίδοση εδώ το κράτος παρεμβαίνει όταν υπάρχει ανάγκη. Το μοντέλο αυτό έχει ως στόχο του να υπάρχει στην κοινωνία μια ισότητα μεταξύ των ατόμων μακριά από διακρίσεις και στερεότυπα (Titmuss, 1974).

Βασικά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου είναι τα παρακάτω:

- Η υποχρεωτική ασφάλιση όλης της μερίδας του πληθυσμού.
- Επέκταση σε όποιο δημόσιο πρόγραμμα είναι ενεργό με εξασφάλιση ίσης πρόσβασης για όλους τους πολίτες.
- Επενδύσεις που στόχο έχουν την βελτίωση βασικών υπηρεσιών όπως είναι η υγεία, η εκπαίδευση και οι κοινωνικές υπηρεσίες.
- Χρηματοδότηση όλων των προγραμμάτων πρόνοιας μέσω φορολογίας.

Οι σκανδιναβικές χώρες βασίζονται στο θεσμικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής καθώς ιστορικά υπάρχει μια παράδοση στο εργατικό κίνημα και μια διαρκή ισχυρή παρουσία αριστερών κομμάτων σε οποιονδήποτε κυβερνητικό σχηματισμό (Κάρλο, 2004).

Το θεσμικό μοντέλο στέκεται από την πρώτη στιγμή κοντά στη κοινωνία και υιοθετείται περισσότερο από χώρες που βασίζονται σε αριστερές κυβερνήσεις που προσπαθούν να επιτύχουν ισότητα μεταξύ όλων των μελών της κοινωνίας.

1.2.3 Βιομηχανικό

Σε αυτό το μοντέλο υπάρχει σύνδεση μεταξύ της κοινωνικής πολιτικής με την οικονομία της αγοράς. Τονίζεται ο λειτουργικός και επιβοηθητικός χαρακτήρας της οικονομίας ώστε οι ανάγκες να καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα καθώς και τα προσόντα αλλά και την επίδοση στην εργασία. Επομένως, ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης λειτουργεί συμπληρωματικά με το ρόλο της οικονομίας (Στασινοπούλου, 2003).

Βασικά χαρακτηριστικά του βιομηχανικού μοντέλου είναι (Κάρλο, 2004):

- Υποχρεωτικό εθνικό σύστημα για ασφάλιση των πολιτών
- Τα επιδόματα παρέχονται στους πολίτες πάντα στη βάση της επαγγελματικής κατηγορίας στην οποία αυτοί ανήκουν.
- Υπάρχουν αναδιανεμητικές παροχές οι οποίες ωστόσο είναι περιορισμένες.
- Οι χρηματοδοτήσεις πραγματοποιούνται βάση ιδιωτικών εισφορών.

Στο βιομηχανικό μοντέλο οι ανάγκες καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα και τα προσόντα που καταδεικνύει κάθε άτομο κατά την επίδοση του σε μια συγκεκριμένη εργασία. Ο ρόλος της οικονομίας είναι ο πρωτεύων, η κοινωνική ασφάλιση έρχεται σε δεύτερο πλάνο. Τέτοιο μοντέλο κράτους πρόνοιας υιοθετούν οι χώρες: Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία ενώ για την

Βρετανία θεωρείται πως έχει στοιχεία και υπολειμματικού και βιομηχανικού τομέα (Στασινοπούλου, 2003).

1.2.4 Φιλελεύθερο

Πρόκειται για το μοντέλο που ακολουθούν οι Βρετανία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία και η τακτική της απομάκρυνσης από τον κόσμο της εμπορευματοποίησης είναι λιγότερο αναπτυγμένη καθώς οποιεσδήποτε παροχές από το κράτος δίνονται προς την αγορά αφού έχει υπάρξει πρώτα ένας έλεγχος του εισοδήματος των πολιτών. Σε αυτήν την περίπτωση το κράτος πρόνοιας έχει την λειτουργία ενός δικτυού ασφάλειας για τα άτομα τα οποία δεν έχουν σύνταξη. Εδώ αν υπάρξει παρέμβαση στην κοινωνία θα οδηγήσει σε ανισότητες. Αυτό συμβαίνει καθώς η ισότητα που εγγυάται πως μπορεί να προσδώσει το συγκεκριμένο μοντέλο στην οικονομία είναι με πορεία προς τα κάτω, σε επίπεδα που οδηγούν σε φτώχεια (Esping-Andersen, 1980).

Η βάση της ιδεολογίας του μοντέλου αυτού είναι ο νόμος των φτωχών, αναγνωρίζει αυτήν την τάξη και βλέπει τον κάθε άνθρωπο ατομικά ως ένα έλλογο ον το οποίο έχει πολλές ικανότητες για να τα καταφέρει στην αγορά και είναι το ίδιο υπεύθυνο για τις πράξεις του. Επομένως, όποια άτομα έχουν ανάγκη ένα κράτος πρόνοιας είναι εκείνα που θεωρούνται ως αναξιοπαθούντες γιατί δεν κατάφεραν να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες τους. Η κεντρική θεώρηση είναι πως η οικονομία μεγεθύνεται διαρκώς επομένως δίνεται η δυνατότητα αυτοσυντήρησης μέσω της εργασίας, άρα αυτοί που δεν τα καταφέρνουν είτε αντιμετωπίζουν μια περίοδο σύντομης αφνίδιας δυσάρεστης κατάστασης, είτε δεν είναι ικανό να συντηρηθούν οπότε πρέπει να συμμορφωθούν μέσω του ηθικού στιγματισμού ώστε να προσπαθήσουν εκ νέου να ενταχθούν με ενεργό ρόλο στην κοινωνία βρίσκοντας εργασία (Seaton & Seaton, 1996).

Κύρια πεποίθηση είναι πως ένα φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας είναι ένας μηχανισμός που μπορεί να ενισχύσει την αγορά είτε χρησιμοποιώντας προγράμματα μαζικής εργασιακής ανάπτυξης είτε με το να επιχορηγεί ιδιωτικά σχέδια της πρόνοιας. Σε αντίθεση με τα σοσιαλδημοκρατικά πρότυπα ο στόχος σε αυτήν την μορφή

κοινωνικής πρόνοιας είναι να γίνει η εμπορευματοποίηση των προνοιακών παροχών. Αυτό το σύστημα μπορεί να χρηματοδοτηθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό, τη φορολογία, βοηθητικά μέσω των ασφαλιστικών εισφορών, αρκετές φορές μάλιστα προωθείται και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στις παροχές πρόνοιας του κράτους. Το φιλελεύθερο μοντέλο δεν έχει χαρακτήρα αναδιανεμητικό. Ο τρόπος χορήγησης των παροχών γίνεται καθολικά καθώς βασικό είναι να προσμετράτε η ιδιότητα του ατόμου ως πολίτη ωστόσο σε κάθε περίπτωση η βοήθεια που παρέχει σε πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας είναι επιλεκτική. Η κοινωνική πολιτική είναι η τελευταία προσπάθεια να ασφαλιστούν κοινωνικά όσοι ατομικά είναι αδύναμοι και βρίσκονται εκτός αγοράς. Υπάρχει έντονος έλεγχος των εισοδημάτων και αυτό δίνει την δυνατότητα να επεμβαίνει το κράτος στη προσωπική ζωή του πολίτη και όσων δέχονται τα επιδόματα και να τους στιγματίζει σε ηθικό επίπεδο (Esping-Andersen, 1980).

Στο τομέα των εργασιακών σχέσεων επικρατούν οι συλλογικές συμβάσεις με δέσμευση των συμβαλλόμενων μερών. Στο θεσμικό τομέα όσες χώρες ακολουθούν αυτό το μοντέλο υπάγονται σε ένα σύστημα το οποίο ονομάζεται *common law*. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρέχονται λύσεις που είναι προσανατολισμένες προς την αγορά. Επιπλέον, τα κοινωνικά δικαιώματα δεν είναι κατοχυρωμένα με συνταγματικό τρόπο. Υπάρχει έντονη κριτική για ότι αφορά επέκταση στις εργασίες για τις οποίες δίνεται χαμηλή αμοιβή και δεν προϋποθέτουν κάποια εξειδίκευση, σε εμπορευματοποίηση των παροχών, σε στιγματισμό από πλευράς της κοινωνίας όσων ωφελούνται από επιδόματα, στο μη αναδιανεμητικό χαρακτήρα και στην αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων καθώς ιδιωτικοποιείται ένα μεγάλο μέρος του κράτους πρόνοιας (Esping-Andersen, 1980).

1.2.5 Συντηρητικό

Το συντηρητικό μοντέλο διαφοροποιείται αρκετά από το φιλελεύθερο και το ακολουθούν χώρες όπως η Αυστρία, η Γαλλία και η Γερμανία. Το μοντέλο αυτό το συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι η διαφοροποίηση που ασκεί μεταξύ των κοινωνικών ομάδων κάτι που αντανακλάται στην απονομή προνομίων, με βασικά κριτήρια να είναι η κοινωνική

τάξη και η θέση. Από αυτό το μοντέλο ευνοούνται όσοι έχουν ήδη μία αρκετά καλή κοινωνική θέση, μια καλή εργασία και αποκλείονται αυτομάτως οι μη εργαζόμενοι. Στη συγκεκριμένη περίπτωση για να υπάρξει δικαίωμα σε κοινωνική προστασία και τις αντίστοιχες παροχές, πρέπει κάποιος να εργάζεται. Το κράτος έχει πολύ μικρό έως και ελάχιστο ρόλο σε σχέση με αναδιανομή πόρων. Οποιαδήποτε αναδιανομή αφορά τους πόρους πραγματοποιείται μέσα σε ένα στενό κύκλο που είναι είτε της οικογένειας, είτε των εργαζομένων. Η οικογένεια έχει μεγάλη σημασία ως δικαιούχος παροχών από το κράτος. Σε αυτό το μοντέλο ο ιδιωτικός τομέας έχει περιορισμένο ρόλο στη κοινωνική προστασία (Esping-Andersen, 1980).

Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται είναι κατηγορικά, σε καμία περίπτωση καθολικά, βασίζονται κυρίως στον ασφαλιστικό δεσμό ως θεσμικό χαρακτηριστικό και αφορούν κατά αυτόν τον τρόπο εργαζομένους και σε καμία περίπτωση πολίτες. Οι παροχές είναι χρηματικές ως επί το πλείστον και κυμαινόμενες. Δεν έχουν εξάρτηση από το εργασιακό καθεστώς του δικαιούχου, ούτε από τυχόν κρατήσεις. Οποιαδήποτε χρηματοδότηση κοινωνικών παροχών προέρχεται κυρίως από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και σε μικρότερο ποσοστό από την φορολογία. Επειδή προτεραιότητα έχουν οι κατηγορίες των επαγγελματιών, αναδιανομή στο εισόδημα γίνεται αλλά αρκετά περιορισμένα, αλλαγές θεσμικές και κρατικές δεν συμβαίνουν καθώς πρέπει να υπάρχει ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πρότυπο. Ο κύριος πυρήνας από άποψη φροντίδας είναι η παραδοσιακή οικογένεια. Αυτή στηρίζεται μέσω χρηματικών ενισχύσεων ή από ειδική φορολογική μεταχείριση. Η ιδεολογική βάση θέλει τον άντρα να είναι η κύρια πηγή από την οποία προέρχεται το εισόδημα και γενικά η γυναίκα αποθαρρύνεται από το να συμμετέχει στην εργασία καθώς δεν υπάρχουν ικανές κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας για εκείνη και τα παιδιά (Vargas-Hernandez, et al., 2011).

Στον Συντηρητισμό η κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων μπορεί να συμβεί μέσα από τις εγγυήσεις που παρέχει το σύνταγμα και οι κανονισμοί της κάθε χώρας. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ξεκάθαρο πως το κοινωνικό κράτος είναι εκείνο που οργανώνει εν τέλει το πολίτευμα και θέτει έναν προσανατολισμό στη κοινωνία. Βέβαια υπάρχει και παρεμβατισμός σε ότι έχει να κάνει με την οικονομία και η

εικόνα του κράτους σταδιακά χάνεται καθώς αρχίζει και της προσδίδεται ολοένα μια έννοια συνυφασμένη με την κοινωνική προστασία. (Κονδύλης, 2015).

1.2.6 Σοσιαλδημοκρατικό

Είναι γνωστό και ως σκανδιναβικό μοντέλο και είναι τύπος κοινωνικού κράτους που θεωρείται αρκετά περιορισμός καθώς συναντάται γεωγραφικά σε Σουηδία, Δανία, Νορβηγία και Φινλανδία. Βασικό στοιχείο είναι πως υπάρχει καθολικότητα των παροχών και η άντληση χρηματοδότησης γίνεται μέσω της φορολογίας. Η κοινωνική πολιτική ασκείται από τις κοινωνικές υπηρεσίες με έντονο τον ρόλο των θεσμών τοπικής αυτοδιοίκησης ενώ εδώ δεν υπάρχει επίδομα ή πρόσθετη οικονομική βοήθεια. Βασική είναι η αρχή της κοινωνικής ιθαγένειας. Αναγνωρίζει τόσο σε όλους τους πολίτες όσο και στους μετανάστες κοινωνικά δικαιώματα αρκεί να μένουν μόνιμα στη χώρα και χωρίς να βασίζονται στην ανάγκη που τους ωθεί να παραμείνουν στη χώρα ή βάση της εργασίας τους (Esping-Andersen, 1980).

Η χρηματοδότηση παρέχεται από το κράτος από την φορολόγηση που ασκεί και γι' αυτό ο συγκεκριμένος τύπος θεωρείται και αναδιανεμητικός. Ο φόρος των τοπικών κοινοτήτων αποτελεί το 50% της συνολικής φορολόγησης. Η πλήρης απασχόληση είναι στοιχείο στο οποίο βασίζονται οι πολιτικές προτεραιότητες και το σημαντικό σε αυτήν την περίπτωση είναι από τα μοναδικά συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματα. Επομένως, το κράτος είναι ο βασικός εργοδότης καθώς παρέχει ένα εκτεταμένο δίκτυο προνοιακών υπηρεσιών, ενώ γενικά υπάρχει αυξημένη απασχόληση των γυναικών, σε ποσοστό 80% στο δημόσιο τομέα (Rothstein, 2001).

Όσον αφορά τον τομέα της δικαιοσύνης επειδή η οργάνωση του κράτους πρόνοιας έχει συλλογική βάση και δεν βασίζεται σε εξατομικευμένες παροχές, δεν είναι μεγάλος ο βαθμός ως προς το σύστημα προστασίας. Επομένως η νομοθεσία περιορίζεται στο να καθορίζει τις προτεραιότητες της κοινωνικής πολιτικής και την δημιουργία της οργάνωσης των υπηρεσιών οι οποίες στηρίζονται μέσω του κράτους, όχι ωστόσο σε επίπεδο παροχών. Οι συμφωνίες που γίνονται ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους έχουν ως στόχο να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο για κανόνες

εργατικού δικαίου, χωρίς να υπάρχει παρέμβαση νομοθετικής εξουσίας, ώστε να διαφυλαχθεί στο μέτρο του δυνατού η συνδικαλιστική ελευθερία. Το κοινοβούλιο έχει ρόλο επέμβασης όταν θέλει να διαμορφώσει κατάλληλα τους θεσμούς για να γίνει υλοποίηση των συμφωνιών εργοδοτικών και εργατικών οργανώσεων (Berman, 1998).

1.3 Ιστορική αναδρομή

Πέρα από το ιδεολογικό υπόβαθρο υπάρχει και μια σημαντική ιστορία για το πώς εξελίχθηκε το κράτος πρόνοιας από τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα. Σε κάθε διαφορετικό χρονικό στάδιο υπήρξαν και καινούργιες προσθήκες ή αλλαγές που συντέλεσαν στις σημερινές διαφορετικές μορφές.

1.3.1 Αρχαιότητα

Στην αρχαιότητα υπήρχε η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας σε μια πρώιμη μορφή καθώς με την δημιουργία των πρώτων κοινωνιών ο άνθρωπος πρόσεχε την υπόλοιπη ομάδα-φυλή με την οποία έμενε σε ένα τόπο. Αργότερα και με την εμφάνιση των πρώτων θρησκειών πολυθεϊστικών ή μονοθεϊστικών η κοινωνική πρόνοια γίνεται ιερός κώδικας. Για παράδειγμα, στη περιοχή της μεσοποταμίας υπήρχε ο περίφημος κώδικας του Χαμουραμί (1972-1750 π.χ.). Σύμφωνα με αυτόν ο βασιλιάς αναλαμβάνει την φροντίδα των φτωχών, των αδύνατων κοινωνικά και είναι υπεύθυνος για την ευημερία του λαού του αν και σε εκείνη την εποχή υπήρχε μεγάλη κοινωνική ανισότητα και ο θεσμός των δούλων. Έντονα, συναντάται κατά την αρχαιότητα η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας και στην αρχαία Ελλάδα. Βέβαια υπήρχαν οι απόψεις πως κάποιος άνθρωπος από ξένη χώρα θεωρούταν βάρβαρος και κάθε πόλη είχε τους δικούς της δούλους ή είλωτες. Ωστόσο, ο θεσμός της φιλοξενίας ακόμα και για τους ξένους, η νομοθεσία του Λυκούργου στη Σπάρτη το 800 π.Χ., του Σόλωνα στην Αθήνα το 630 π.Χ., η κατάργηση χρεών, ο νόμος της Σεισάχθειας φανερώνουν πως η ιδέα της πόλης-κράτους εμπεριείχε μια πρώτης μορφής κοινωνικής πρόνοιας απέναντι στα αδύναμα κοινωνικά στρώματα αλλά και στους επίσημους πολίτες της. Κοινωνική πρόνοια συναντάται και στη Ρωμαϊκή αυτοκρατορία (753 π.Χ.- 476 μ.Χ.) συνήθως με την μορφή δημιουργίας έργων για το

κοινό καλό και την βελτίωση του τρόπου ζωής όπως η κατασκευή υδραγωγείων, λουτρών, ιατρικής περίθαλψης αλλά και έργων από διάφορους αυτοκράτορες (Δίκαιος, 2010).

1.3.2 Βυζάντιο

Το Βυζάντιο σε αντίθεση με τη Ρώμη δεν είχε ποτέ ενοποιήσει τις δύο εξουσίες κοσμική και εκκλησιαστική. Έτσι, κάθε απόφαση που παιρνόταν περνούσε και από διαφορετικό πρίσμα. Για παράδειγμα, η διάλυση του γάμου δεν απαγορευόταν από άποψη κρατικής εξουσίας καθώς ήταν άλλο κομμάτι το Χριστιανικό και της θρησκείας και άλλο της ταυτότητας του πολίτη ως μέλους της Βυζαντινής αυτοκρατορίας. Η ελεημοσύνη αν και ήταν αρετή για τους λαούς στην Ανατολή, δεν ήταν υποχρεωτική για την Δύση. Ωστόσο, ήδη από την εποχή του Μέγα Βασιλείου ξεκινά μια παράδοση για την φιλανθρωπία, η αντίληψη πως οι πλούσιοι και προνομιούχοι πρέπει να δίνουν μέρος του πλούτου τους στους φτωχούς και μη έχοντες, στους ξένους κλπ. Ακολουθώντας το παράδειγμα του πολλοί αυτοκράτορες φρόντιζαν για τις χήρες και τα ορφανά των πολέμων, έχτιζαν πνευματικά κέντρα, σχολεία και άλλα έργα υποδομής φροντίζοντας για το κοινό καλό. Ακόμα, στο Βυζάντιο συναντάται και μια ειδική φροντίδα για τους κρατούμενους καθώς την περίοδο της αυτοκρατορίας υπήρχαν επιθεωρητές, σημερινοί κοινωνικοί λειτουργοί, που φρόντιζαν για την παροχή τροφής στους κρατούμενους. Κατά την διάρκεια της Βυζαντινής αυτοκρατορίας η κοινωνική πρόνοια από πλευράς κράτους είναι για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία πιο δομημένη (Δίκαιος, 2010).

1.3.3 Τουρκοκρατία

Η πτώση της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας από την Οθωμανική βάζει μια παύλα στην ανάπτυξη της κοινωνικής πρόνοιας καθώς πλέον δεν υπάρχουν αυτοκράτορες που θα χρηματοδοτούσαν την δημιουργία νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και πνευματικών κέντρων. Η Οθωμανική αυτοκρατορία ενδιαφερόταν μόνο για την φορολογική της πολιτική ώστε να αυξάνει τα κέρδη του Σουλτάνου. Η κοινωνική πρόνοια ήταν έργο της χριστιανικής εκκλησίας και των Ελλήνων της διασποράς που επιθυμούσαν να ελευθερωθούν από τον ζυγό του κατακτητή. Ότι δημιουργείτο εκείνη την περίοδο

ήταν είτε από χρηματοδοτήσεις Ελλήνων που ζούσαν στο εξωτερικό και είχαν χρήματα λόγω του εμπορίου, είτε από κατά τόπους διοικητικά κέντρα της Οθωμανικής αυτοκρατορίας στην Ελλάδα στα οποία τύχαινε ο Έλληνας προεστός να έχει καλές σχέσεις με τους κατά τόπους μπέηδες (Σταθόπουλος, 2015).

1.3.4 Χριστιανισμός

Η γέννηση της θρησκείας του Χριστιανισμού έδωσε και ένα θρησκευτικό υπόβαθρο στο θέμα της κοινωνικής πρόνοιας. Η διδασκαλία του Χριστού άλλαξε τον ρόλο της κοινωνικής πρόνοιας ως καθήκον όχι μόνο της πολιτείας αλλά και του κάθε ανθρώπου χωριστά. Η ίδρυση της πρώτης εκκλησίας είναι η δημιουργία μιας ομάδας που έχει ως βάση της την άσκηση έργου πρόνοιας απέναντι στη κοινότητα και ισότητα μεταξύ των μελών της. Γι' αυτό το λόγο δημιουργήθηκε και ο θεσμός των διακόνων οι οποίοι είχαν αναλάβει το έργο της οργάνωσης των φιλανθρωπιών και την διατήρηση της αλληλεγγύης. Η προστασία ορφανών, ασθενών, αναπήρων, φυλακισμένων αποτελούν τα κύρια καθήκοντα των διακόνων. Μέχρι και σήμερα υπάρχει οργάνωση εράνων και αποστολών σε άλλες μακρινές εκκλησίες ή και περιοχές που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τον Χριστιανισμό με στόχο την βοήθεια σε άτομα που έχουν ανάγκη, την μόρφωση τους και την διάδοση του ευαγγελίου (Σταθόπουλος, 2015).

1.3.5 Δυτική Ευρώπη

Με την διάσπαση των δύο εκκλησιών σε ανατολική και δυτική υπήρξαν και διαφορές απέναντι στη κοινωνική πρόνοια. Για τους καθολικούς η έννοια της εκκλησίας είναι μια έννοια που εμπλέκεται και στη κοσμική ζωή ενώ ο Πάπας είναι ο ανώτατος πνευματικός ηγέτης. Η εκκλησία έχει την ευθύνη της επίλυσης όλων των κοινωνικών προβλημάτων και τα μοναστήρια κατά τόπους ιδρύουν νοσοκομεία, οργανώνουν εράνους και στηρίζουν τις κοινότητες που έχουν υπό ευθύνη τους. Σε όλη την διάρκεια του Μεσαίωνα ένα ποσοστό του 30%-40% του πλούτου είχε την μορφή αναδιανομής στα κοινωνικά στρώματα (Σταθόπουλος, 2015).

1.3.6 1830-1922

Αυτή την περίοδο στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος ο οικονομικός τομέας βασίζεται στο πρωτογενή τομέα, το εμπόριο και την ναυτιλία. Επομένως, οποιαδήποτε μορφή κοινωνικής πολιτικής από το κράτος εστιάζει στην αγροτική μεταρρύθμιση καθώς ο αγροτικός τομέας αποτελείται από μικρές ιδιοκτησίες. Ζητήματα που απασχολούν την ελληνική κοινωνία είναι η παροχή στήριξης στους μικροπαραγωγούς και τους αγρότες με μικρή περιουσία. Η εποχή της εκβιομηχάνισης από το 1870 και έπειτα σηματοδοτεί την έναρξη της μισθωτής εργασίας και παράλληλα στις πρώτες ρυθμίσεις για την δημιουργία ενός πλαισίου που θα αφορά τις εργασιακές σχέσεις. Το 1882 είναι το έτος ίδρυσης του ταμείου περιθάλψης που απευθύνεται σε εργάτες που έπαθαν κάποιο ατύχημα κατά την εργασία τους σε ορυχεία ενώ κατά την χρονική περίοδο 1906-1910 δημιουργούνται τα πρώτα ταμεία για συνταξιοδότηση (Σακελλαρόπουλος, 1993).

Ο Βενιζέλος κάποια χρόνια αργότερα αντιλαμβανόμενος την ανάγκη για ενσωμάτωση στη κοινωνία του εργατικού κινήματος επιδίωξε να στρέψει περισσότερο το κράτος προς αυτήν την κατεύθυνση με τις παροχές που θα μπορούσε να παρέχει. Έπειτα από την εξέγερση στο Γουδί το 1909 είχε καθιερωθεί και η αργία της Κυριακής. Ο Βενιζέλος καθιέρωσε μια σειρά από νόμους ανάμεσα στους οποίους απαγορευόταν η παιδική εργασία, τέθηκε ένα όριο για τους ενήλικες στις 10 εργάσιμες ώρες, ενισχύθηκε ο τομέας της ασφάλισης σε περίπτωση εργασιακού ατυχήματος ενώ ιδρύθηκε το 1917 και το Υπουργείο Περιθάλψεως για να προσφέρει βοήθεια σε ορφανά παιδιά, χήρες αλλά και τους πρόσφυγες από τους πολέμους της εποχής (Σακελλαρόπουλος, 1993).

1.3.7 1922-1974

Αυτή η περίοδος έχει αρκετά σκαμπανεβάσματα στο θέμα της κοινωνικής πολιτικής. Αρχικά, στη διάρκεια του μεσοπολέμου ιδρύονται στην Ελλάδα μια σειρά από ταμεία για διάφορες ειδικότητες και επαγγέλματα ανάμεσα τους και το ΙΚΑ το 1937 ενώ ο ΟΓΑ το 1967. Την περίοδο 1960-1970 η ελληνική κοινωνία και οικονομία λόγω του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, του Εμφύλιου και των συνεχών πολιτικών

ασταθειών αργεί να αναπτυχθεί και κοινωνική πολιτική δεν διαφαίνεται πουθενά σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές πόλεις που αναπτύσσονται σε θέματα υγείας, παιδείας και γενικότερης πολιτικής προς την κοινωνία (Σακελλαρόπουλος, 1993).

1.3.8 1975-2000

Η περίοδος της μεταπολίτευσης με την αναθεώρηση του συντάγματος το 1975 αποτελούν την έναρξη για ένα καλύτερο κράτος δικαίου με εστίαση στα ζητήματα της κοινωνίας. Το Σύνταγμα πλέον αναγνωρίζει την πολυφωνία στα κόμματα, τον συνδικαλισμό, το δικαίωμα στην απεργία, τις συλλογικές διαπραγματεύσεις και φέρνει μια σειρά από ρυθμίσεις σε υγεία, παιδεία και κοινωνική ασφάλιση. Το κράτος ξεκινά να γίνεται περισσότερο ουδέτερο και να μην χωρίζει την κοινωνία ανάλογα με τα πολιτικά της πιστεύω σε ομάδες (Σακελλαρόπουλος, 1993).

Ωστόσο, παρατηρείται μια προσπάθεια έντονου κρατικού παρεμβατισμού ιδίως την δεκαετία του 1980 σε πολλούς κλαδικούς και βιομηχανικούς τομείς. Το 1980 θεσπίζεται και ένα σύνολο από βασικούς κανονισμούς για την κοινωνική πρόνοια και προστασία. Την ίδια περίοδο στην Ευρώπη το κράτος πρόνοιας βέβαια αμφισβητείται και περνάει κρίση. Για την Ελλάδα οι δαπάνες του κράτους μετατοπίζονται στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση οι αλλαγές που έγιναν αυτήν την περίοδο και τα αναπτυξιακά προγράμματα που προέρχονταν κυρίως από την Ευρώπη και τα κοινοτικά ταμεία έγιναν χωρίς προγραμματισμό και διαφάνεια με αποτέλεσμα να υπάρξει μεγάλο πρόβλημα στη συνέχεια (Σακελλαρόπουλος, 2001).

1.3.9 2000-2020

Από τις εκθέσεις του ΟΟΣΑ για αυτά τα χρόνια φαίνεται πως υπάρχουν από μέρος της πολιτικής εξουσίας διαχρονικά διακρίσεις στις κοινωνικές ομάδες, με άλλες να έχουν μια πολύ καλύτερη συμπεριφορά από το κράτος και άλλες να αγνοούνται εντελώς. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί και το συνταξιοδοτικό με τις διάφορες ομάδες που έχει και τις επιδοτήσεις που δίνει οι οποίες δεν γίνονται ισομερώς. Η χρηματοοικονομική και δημοσιονομική κρίση του 2008 ως απόρροια της κακής πορείας του κράτους όλα τα προηγούμενα χρόνια επισκίασε το κοινωνικό κράτος. Οι

πериκοπές που ζήτησαν οι μηχανισμοί σταθερότητας ξεκίνησαν από τον υγειονομικό τομέα ενώ στο στόχαστρο μπήκαν και τα συνταξιοδοτικά ταμεία της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης. Πλέον το ελληνικό κράτος έπειτα από περίπου 20 χρόνια προσπαθεί να ανασυγκροτηθεί στο συγκεκριμένο τομέα, ίσως περισσότερο και από ποτέ καθώς η πρόσφατη πανδημία της νόσου COVID-19 καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη ενός κράτους κοινωνικής πρόνοιας (Ματσαγγάνης, 2021).

Επιπλέον, από παράθεση στοιχείων αρκετών μελετών που αφορούν την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα και την χώρα φαίνεται πως παρ' όλες τις εκτιμήσεις οι οποίες προέβλεπαν μια σημαντική άνοδο στις ανάγκες που αφορούν τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας μέσα στις επόμενες δεκαετίες, ωστόσο το θέμα δεν απασχόλησε με μεγάλη βαρύτητα το δημόσιο διάλογο στην χώρα. Παράλληλα, η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της κάνει το πλαίσιο ακόμα πιο δύσκολο καθώς ο τομέας της ιατρικής και μη φροντίδας είναι αρκετά δαπανηρός αν συλλογιστεί κανείς το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Γενικά, στην Ελλάδα ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας έχει να κάνει αρχικά με την άτυπη/ανεπίσημη μορφή υπηρεσιών υγείας και σε δεύτερο πλάνο με την τυπική/επίσημη-θεσμοθετημένη. Στη χώρα εμφανίζεται και η ιδιομορφία σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε. όπου η οικογένεια παίζει τον ρόλο του φροντιστή καθώς υπάρχουν ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών. Τα συμπεράσματα δείχνουν πως η μακροχρόνια φροντίδα αν αναλογιστεί κανείς την δεδομένη αύξηση γήρανσης του πληθυσμού στην χώρα είναι ένα σημαντικό πεδίο που αξίζει προσεκτική προσέγγιση και πρέπει να δοθεί σωστή έμφαση και στοχοθεσία από τις αρχές και τους επαγγελματίες υγείας (Πετμεζίδου , et al., 2015; Brenda, et al., 2019).

1.4 Κοινωνικό κράτος και κράτος δικαίου

Στη βιβλιογραφία πολλές φορές ταυτίζονται το κράτος δικαίου με το κράτος κοινωνικής πρόνοιας ωστόσο υπάρχει διαφορά ανάμεσα τους καθώς το καθένα υπάγεται και σε ξεχωριστή κατηγορία.

Το κράτος πρόνοιας αφορά το τύπο κράτους εκείνου που έχει βασικό σκοπό του να τηρεί την κοινωνική δικαιοσύνη σε όλες τις εκφάνσεις του. Γι' αυτό το λόγο μπορεί

και λαμβάνει αποφάσεις στην οικονομία με σκοπό να προχωρήσει σε αναδιανομή πόρων στους πολίτες μέσω μιας μερίδας από το εθνικό εισόδημα και παράλληλα να δράσει ως εγγυητής για ένα επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης όταν διαπιστώνεται πως παραβιάζονται οι αρχές της αξιοπρεπούς διαβίωσης. Το κοινωνικό κράτος, αν και φαίνεται να είναι και αυτό ένας ταυτόσημος όρος αποτελεί ουσιαστικά μια υποκατηγορία του κράτους πρόνοιας και αφορά σε όλα τα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά που μπορεί να έχει το κράτος (Κοντιάδης, 2020).

Το κράτος δικαίου σύμφωνα με το Σύνταγμα είναι η κύρια θεμελιώδη συνταγματική αρχή. Αποτελεί την βάση του συνταγματικού κράτους. Μέσα σε αυτό κατοχυρώνεται η διάκριση των λειτουργιών. Στην έννοια του κυρίαρχο είναι το κράτος αυτό καθαυτό και όχι ο λαός αν και από αυτόν πηγάζει η δύναμη της εκάστοτε εξουσίας. Επομένως, το συνταγματικό κράτος είναι και κράτος δικαίου με βάση δύο κριτήρια: α) Το Σύνταγμα της χώρας που αναφέρει την εξουσία του κράτους δικαίου β) Το ουσιαστικό κριτήριο που αφορά το νοηματικό, θεσμικό και πολιτικό ρόλο που διαδραματίζει το κράτος δικαίου στη χώρα (Μανιτάκης, 2004).

Κατά πολλούς συγγραφείς το κοινωνικό κράτος είναι μια ιδιαίτερη πολιτειολογική μορφή, η οποία μπορεί να προσδιορίσει το πολίτευμα μιας χώρας καθώς θεωρείται θεμελιώδης οργανωτική αρχή. Οι σχέσεις που ορίζει είναι κυρίως αυτές του πολίτη με το κράτος στο οποίο ζει καθώς και το σύνολο των αρμοδιοτήτων αλλά και των υποχρεώσεων που έχει και η πολιτική εξουσία απέναντι στους ίδιους τους πολίτες. Οι λειτουργίες της πολιτικής εξουσίας που αφορούν επί μέρους θέματα είναι στην ουσία εκφάνσεις και αποτυπώσεις του γεγονότος της κοινωνικής πρόνοιας. Γενικά, στο σύνταγμα οι περισσότερες από τις θεμελιώδεις αρχές που το ορίζουν χαρακτηρίζονται από μια σχέση που ξεκινά από το γενικό και καταλήγει στο ειδικό σε ότι αφορά τον τομέα του κοινωνικού κράτους. Σε αντιδιαστολή οι υπόλοιπες συνταγματικές διατάξεις θεωρείται πως είναι εκείνες που εξειδικεύουν καταστάσεις. Σύμφωνα με αυτήν την ανάλυση και η έννοια-λογική του κράτους κοινωνικής πρόνοιας δεν χαρακτηρίζεται με τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών με μια σχέση από το λιγότερο προς το περισσότερο αλλά από όλη την έννοια προς τις επιμέρους.

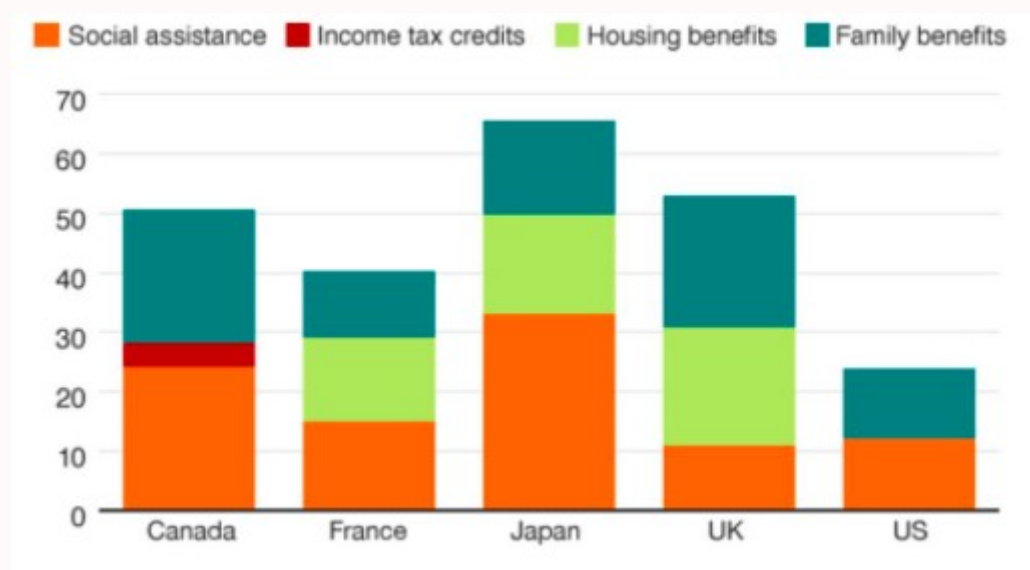
Πρόκειται για ένα δίκαιο που έχει άμεση ισχύ και δεν αρκείται μόνο στην ερμηνεία των γεγονότων. Αντιθέτως πράττει δεσμευτικά απέναντι προς κάθε μορφής εξουσίας, δεν ορίζει δεσμεύσεις μόνο στη δικαστική εξουσία αλλά σε κάθε τύπο συνταγματικής εξουσίας. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται ένας από τους παράγοντες προσδιορισμού της αρχής της νομιμότητας της διοίκησης ενώ πράττει δεσμευτικά απέναντι στο νομοθέτη και τις διατάξεις που θεσπίζει ο ίδιος (Κατρούγκαλος, 2011).

Παράλληλα, από το τύπο κοινωνικού κράτους έρχεται και η λεγόμενη κοινωνική πολιτική. Η κοινωνική πολιτική ως έννοια ορίζεται σαν το σύνολο των μορφών εκείνων αλλά και των διαφόρων μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης τα οποία συνθέτουν έναν τύπο πολιτικής που στόχο έχει κυρίως την κοινωνία και τις ιδιαίτερες ανάγκες της. Για να θεωρηθεί μια κοινωνική πολιτική επιτυχημένη πρέπει να υπάρχει μια σαφής και σωστή συνεργασία μεταξύ των δύο πλευρών, δηλαδή από την μία των πολιτών και από την άλλη του κράτους ως μηχανισμού ρύθμισης της ανθρώπινης ζωής. Βέβαια, η κοινωνική πολιτική δημιουργείται και υλοποιείται κάτω από συγκεκριμένη δεοντολογία και κανονισμούς, υπάρχουν και σε αυτήν την πολιτική όρια και πλαίσια, άτομα τα οποία μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν καθώς και άτομα τα οποία δεν έχουν κανένα δικαίωμα πάνω σε αυτήν. Γι' αυτό το λόγο είναι και δύσκολο να εφαρμοστεί στη πράξη από τις περισσότερες κοινωνίες καθώς εμπεριέχει συνεχείς διαδικασίες τόσο σύνεσης όσο και σύγκρουσης. Πλέον, ολόκληροι επιστημονικοί κλάδοι προσπαθούν να αντιληφθούν μέσω διαφόρων κριτηρίων ποια είναι η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής αλλά και τι ορίζεται ως κοινωνική πολιτική.

Το κράτος πρόνοιας έχει πολλές μορφές ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες κάθε κοινωνίας. Όταν παρεμβαίνει στην οικονομία έχει βασικό σκοπό να ενισχύσει τον αριθμό της απασχόλησης και να μειώσει την ανεργία. Ταυτόχρονα είναι η κινητήριος δύναμη η οποία θα υποστηρίξει την εκπαίδευση, τον τομέα της επιμόρφωσης αλλά και της υγείας με σκοπό να μειώσει τις υγειονομικές ανισότητες που προκαλούνται συνεχώς στην κοινωνία καθώς δεν έχουν όλα τα μέλη της τις ίδιες δυνατότητες για πρόσβαση στην υγεία. Με το ίδιο σκεπτικό μπορεί να υπάρξει ο ισχυρισμός πως το κοινωνικό κράτος είναι στην ουσία μια άλλη μορφή, ιδιαίτερη,

του κράτους κοινωνικής πρόνοιας το οποίο έχει τις ρίζες του στη Δυτική Ευρώπη και έχει χαρακτηριστικά ιδιαιτέρως κανονιστικά και οργανωτικά (Στασινοπούλου, 1992). Από την άλλη πλευρά υπάρχει η άποψη πως κράτος πρόνοιας από το κοινωνικό κράτος. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει μια αντιδιαστολή μεταξύ του κράτους πρόνοιας από τις πρώτες μορφές των καπιταλιστικών κρατών στη σφαίρα της πολιτικής ιδεολογίας. Αυτό που φέρνει ο καπιταλισμός είναι η αντικατάσταση των πιο παραδοσιακών καθορισμένων απόψεων σχετικά με θέματα που έχουν να κάνουν με την αλληλεγγύη, την φιλανθρωπία και την συνύπαρξη των ανθρώπων σε μια κοινωνία ελεύθερων επιλογών και αλληλοϋποστήριξης. Στην αντίθετη πλευρά το κοινωνικό κράτος αποτελεί ένα πρότυπο της θεσμικής οργάνωσης του κράτους υπό την κοινωνική οπτική. Το ιδιάζων χαρακτηριστικό του είναι πως κατοχυρώνει συνταγματικά και μέσω μίας σειράς διατάξεων ρυθμίσεις που αφορούν την κοινωνική και πολιτική ζωή έχοντας ως στόχο την βελτίωση του επιπέδου ζωής των πολιτών μιας χώρας (Allan & Scruggs, 2004).

Στη παρακάτω **Εικόνα 1** δίνεται η σύγκριση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ σε σχέση με άλλες χώρες όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία, η Γαλλία, ο Καναδάς και η Ιαπωνία σε σχέση με τα παρακάτω στοιχεία: κοινωνική βοήθεια, έσοδα από φόρους, βοήθεια και πόροι για τα νοικοκυριά, καθώς και στήριξη στις οικογένειες. Φαίνεται πως την πρώτη θέση κατέχει η Ιαπωνία που μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κράτος κοινωνικού δικαίου και κοινωνικής φροντίδας καθώς βασίζεται κυρίως στη κοινωνική βοήθεια και τις διευκολύνσεις στις οικογένειες. Όλες αυτές οι χώρες είναι πολύ ισχυρές οικονομίες με αρκετά σταθερά συστήματα υγείας και φροντίδας, ωστόσο φαίνεται πως η πολιτική που ακολουθεί κάθε μία σε σχέση με την κοινωνική φροντίδα μπορεί να είναι διαφορετική (Brown, 2016).



Εικόνα 1: Χώρες και ποσοστά διάθεσης πόρων για κοινωνική φροντίδα. Πηγή: (Brown, 2016)

1.5 Η έννοια της φροντίδας

Πολλές φορές όπως χρησιμοποιείται και για τον ορισμό της γήρανσης έτσι και η φροντίδα είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια που σε πρώτη ανάγνωση έχει υποβαθμιστεί σημαντικά από τη συμβατική γεροντολογία. Ο όρος είναι έμμεσος ή ρητός στους αναρίθμητους όρους που περιγράφουν την υποστήριξη στην τρίτη ηλικία – μακροχρόνια περίθαλψη, οξεία και παρηγορητική περίθαλψη, φροντίδα σε ξενώνα, φροντίδα και επιβάρυνση των φροντιστών. Ένας κοινός παρονομαστής της στις περισσότερες από τις συζητήσεις ήταν η διαμόρφωση της φροντίδας και της φροντίδας των ηλικιωμένων ως κοινωνικά προβλήματα. Είτε πρόκειται για οικογένειες, φορείς χάραξης πολιτικής ή τη βιομηχανία μακροχρόνιας φροντίδας, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας για τη φροντίδα είναι επικεντρωμένη στο πρόβλημα. Υπάρχουν, ωστόσο αρκετές προσπάθειες για την ανάπτυξη ενός συστηματικής εννοιολόγησης της φροντίδας (Dannefer, et al., 2008).

Υπάρχει αρχικά η έννοια που έχει να κάνει με την επιδραστική αντιμετώπιση της έννοιας της φροντίδας και των προσωπικών και συγκυριακών διαστάσεων της που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, λόγω της αυστηρότητάς της και του αντίκτυπου που δημιουργεί. Η (Noddings, 1984) γράφοντας από μια ρητά έμφυλη προοπτική, εξετάζει τις ψυχοκοινωνικές και διαπροσωπικές πτυχές της σχέσης μεταξύ, κατά

τους όρους της, του "ενός που φροντίζει" και του "φροντιζόμενου". Αξίζει να σημειωθεί πως η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει συζήτηση για τις περιπτώσεις στις οποίες ο λήπτης της φροντίδας αναλαμβάνει το ρόλο του φροντιστή (ο "φροντιζόμενος" γίνεται ο "φροντιστής"). Είναι ενδεικτικό, ωστόσο, ότι η Noddings θεωρεί μια κατάσταση στην οποία κατά την οποία ο "φροντιζόμενος" λειτουργεί ως φροντιστής αποτελεί μάλλον πρόβλημα παρά ευκαιρία. Στο παράδειγμά της, ο φροντιστής αποσυνδέεται από τη διαδικασία της φροντίδας και αποτυγχάνει ο "φροντιζόμενος" να συμμετέχει στη διαδικασία της φροντίδας. Αυτό που υποστηρίζει η Noddings είναι η προστασία της φροντίδας σχέσης ως μιας μονόδρομης σχέσης εξουσίας και εξάρτησης. Αφήνει άθικτη τη θεσμοθέτηση της αποδυνάμωσης και της εξάρτησης που είναι κεντρικά στο ιατρικό μοντέλο της φροντίδας, διασφαλίζοντας τον φροντιζόμενο σε μια θέση παθητικότητας και αντικειμενοποιημένης αδυναμίας και τον φροντιστή σε θέση εξουσίας και δύναμης. Ενώ η ασυμμετρία της σχέσης φροντίδας είναι αδιαμφισβήτητη, προτείνουμε ότι ακόμη και μια τέτοια προβληματική και "μη αυθεντική" κατάσταση εμπεριέχει στην πραγματικότητα τη δυνατότητα παροχής επιβεβαίωσης στη φροντιζόμενη, όπως αυτή αποδεικνύει στον εαυτό της τις συνεχείς δυνάμεις, ικανότητες και, ίσως, γενναιοδωρία, και φωτίζοντας την ανθρωπιά και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει αυτός που φροντίζει. Στο άρθρο της η συγγραφέας επίσης αναφέρει ότι η κατανόηση αυτής της σύνθετης σχεσιακής φύσης της φροντίδας είναι αποδυναμωμένη στο πλαίσιο της κοινωνικής γεροντολογίας από τις αναπαραγωγές των ιατροκοιμημένων μοντέλων φροντίδας, τα οποία είναι συνήθως περιορισμένα, δυαδικά μοντέλα.

Όταν η έννοια της φροντίδας επιχειρηθεί να πλαισιωθεί με πιο γενικά κριτήρια τότε γίνεται αντιληπτό πως πρόκειται για ένα χαρακτηριστικό που υπάρχει έμφυτο σε όλους τους ανθρώπους και πηγάζει από αυτούς. Είναι μια συμπεριφορά που συνοδεύει τον άνθρωπο από την πρώτη στιγμή που ήρθε στη γη. Το γεγονός αυτό δεν είναι τυχαίο αλλά βασίζεται στις ανάγκες του και στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να οδηγηθεί στην ικανοποίησή τους. Σε κάθε προσπάθεια που γίνεται για ανάλυση της φροντίδας πάντα αυτό το στοιχείο που πρέπει να τονισθεί και να επισημανθεί είναι πως το βαθύτερο κίνητρο όλων των ενεργειών του ανθρώπου πηγάζει από την αέναη προσπάθειά του να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Αυτές οι ανάγκες μπορεί να

σχετίζονται με τις βασικές βιολογικές, τις ψυχολογικές, τις κοινωνικές ανάγκες, ακόμη και την περίπτωση που χρειάζεται να μπει σε αυτό το πλαίσιο και η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, με βαθύτερη επιθυμία να έχει τον άλλο στη ζωή του, κάτι που τον βγάζει από τον εαυτό του και τον οδηγεί σε αλληλεπίδραση με τον άλλον. Η φροντίδα και η παροχή της φροντίδας στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χαρακτηρίζουν ένα συγκεκριμένο επάγγελμα, αλλά περιγράφουν οποιοδήποτε άτομο προσφέρει βοήθεια σε κάποιο άλλο με σκοπό την ποιοτική συνέχιση της ζωής του (Brenda, et al., 2019).

1.6 Η έννοια της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας

Η μακροχρόνια φροντίδα είναι μια έννοια που περιλαμβάνει μια ποικιλία υπηρεσιών που αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών υγείας ή προσωπικής φροντίδας ενός ατόμου κατά τη διάρκεια μιας σύντομης ή μακράς χρονικής περιόδου. Οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν τα άτομα να ζουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα και με ασφάλεια όταν δεν μπορούν πλέον να εκτελούν μόνοι τους τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο πιο συνηθισμένος τύπος μακροχρόνιας φροντίδας είναι η προσωπική φροντίδα - βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, που ονομάζονται επίσης "δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης". Αυτές οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν το καθημερινό μπάνιο, το ντύσιμο, την περιποίηση, τη χρήση της τουαλέτας, το φαγητό και τη μετακίνηση. Με την έννοια της μετακίνησης μπορεί να εννοείται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο χρειάζεται να σηκωθεί από το κρεβάτι ή το καναπέ και να καθίσει σε μία καρέκλα.

Η μακροχρόνια φροντίδα είναι δυνατόν να περιλαμβάνει και κοινοτικές υπηρεσίες, όπως γεύματα, ημερήσια φροντίδα ενηλίκων και υπηρεσίες μεταφοράς. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να παρέχονται δωρεάν ή επί πληρωμή. Οι άνθρωποι συχνά χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα όταν έχουν μια σοβαρή, συνεχιζόμενη κατάσταση υγείας ή αναπηρία. Η ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να προκύψει ξαφνικά, όπως μετά από καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Τις περισσότερες φορές, ωστόσο, αναπτύσσεται σταδιακά, καθώς οι άνθρωποι γερνούν και γίνονται πιο αδύναμοι ή καθώς μια ασθένεια ή αναπηρία επιδεινώνεται. Ένας συγκεκριμένος

τύπος κατ' οίκον μακροχρόνιας φροντίδας περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας, προσωπικής φροντίδας και υποστήριξης που βοηθούν τα άτομα να παραμείνουν στο σπίτι τους και να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα. Συνήθως σε αυτήν την περίπτωση η βοήθεια έχει να κάνει με τα ηλικιωμένα άτομα. Οι περισσότερες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας παρέχονται είτε στο σπίτι του ατόμου που λαμβάνει τις υπηρεσίες είτε στο σπίτι ενός μέλους της οικογένειας. Οι υπηρεσίες κατ' οίκον μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμες -για παράδειγμα, για κάποιον που αναρρώνει από μια εγχείρηση- ή μακροπρόθεσμες, για άτομα που χρειάζονται συνεχή βοήθεια. Οι περισσότερες υπηρεσίες κατ' οίκον περιλαμβάνουν προσωπική φροντίδα, όπως βοήθεια στο μπάνιο, στο ντύσιμο και στη λήψη φαρμάκων, καθώς και επίβλεψη για την ασφάλεια του ατόμου. Στις περισσότερες περιπτώσεις πολλά άτομα από τον οικογενειακό κύκλο, τον φιλικό κύκλο ακόμα και γείτονες είναι εκείνοι που χωρίς αμοιβή προσφέρουν τέτοιου είδους βοήθεια.

Ωστόσο, αυτή η περίπτωση δεν αποκλείει την περίπτωση όπου οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας κατ' οίκον μπορούν επίσης να παρέχονται από αμειβόμενους φροντιστές, συμπεριλαμβανομένων των φροντιστών που έχουν βρεθεί άτυπα, και από επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, βοηθούς κατ' οίκον νοσηλείας, θεραπευτές και οικιακούς βοηθούς, οι οποίοι προσλαμβάνονται μέσω οργανισμών κατ' οίκον νοσηλείας. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν: κατ' οίκον υγειονομική περίθαλψη, υπηρεσίες οικιακής βοηθού, υπηρεσίες φιλικού επισκέπτη/συνοδού και συστήματα αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης (Malderen, et al., 2013).

Το πεδίο της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι τέτοιο που εξελίσσεται με αργό και ενίοτε αποσπασματικό τρόπο. Αυτό συμβαίνει διότι σε καμία περίπτωση δεν υπάρχει θεσμοθετημένη ενιαία παροχή υπηρεσιών προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και κυρίως προς τους υπερήλικες. Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα εντοπίζεται στο γεγονός πως απουσιάζει κυρίως σε τοπικό επίπεδο η συστηματική καταγραφή, των αναγκών για μακροχρόνια φροντίδα με βάση το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση υγείας, την εθνικότητα, τις δυνατότητες πρόσβασης σε υπηρεσίες και άλλα σχετικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με μετρήσεις από τις χώρες που

συμμετέχουν στον ΟΟΣΑ η Ελλάδα είναι μια χώρα με πολύ μικρή χρηματοδότηση προς τις δομές υγείας καθώς βρίσκεται στο 0% ενώ σε επιμέρους δαπάνες υγείας το ποσοστό είναι ελαφρώς μεγαλύτερο και φθάνει το 1%.

Στην Ελλάδα εντοπίζεται και ένα ιδιαίζων χαρακτηριστικό το οποίο θέλει την οικογένεια να είναι ο κύριος φροντιστής των ηλικιωμένων ατόμων μιας οικογένειας ενώ για πολλά χρόνια η παροχή βοήθειας από άλλους οργανισμούς όπως τα γηροκομεία ή εκκλησιαστικά ιδρύματα θεωρούνται ντροπή και κοινωνικός στιγματισμός για όποια οικογένεια κατέφευγε σε αυτά. Πέρα από αυτό υπάρχει ακόμα και σήμερα κυρίαρχη η ηθική αντίληψη πως η φροντίδα αποτελεί χαρακτηριστικό του θεσμού της οικογένειας και κατά αυτόν τον τρόπο αυτομάτως γίνεται και καθήκον για τα μέλη που τη χρειάζονται. Ως εκ τούτου, η άτυπη φροντίδα μέσα στην οικογένεια, που παρέχεται είτε από συγγενικά πρόσωπα, είτε από αμειβόμενους φροντιστές οι οποίοι μπορεί να είναι νόμιμα πρόσωπα ή ακόμα και παράνομα πρόσωπα που δεν έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην κάλυψη των αναγκών (Petmesidou, et al., 2014).

Όπως έχει αναφερθεί σε πολλές κοινωνικές έρευνες ένα βασικό στοιχείο σε αυτόν τον τομέα της φροντίδας είναι να γίνει εξειδικευμένη εστίαση στις ανάγκες κάθε ασθενή ή αιτούντα φροντίδα. Αυτό διότι κάθε ασθενής είναι ένα άτομο που έχει τις δικές του ιδιαίτερες ανάγκες- αυτό που είναι σημαντικό για ένα άτομο μπορεί να είναι ασήμαντο για ένα άλλο. Για παράδειγμα, για ορισμένους ασθενείς ο μεγαλύτερος φόβος είναι η ίδια η χημειοθεραπεία- για άλλους, ο φόβος του πόνου από την επέμβαση είναι ο ισχυρότερος. Κάποιοι άλλοι ασθενείς μπορεί να μην έχουν φόβο για τον πόνο, αλλά για τη διαδικασία της αναισθησίας και κάποιοι άλλοι μπορεί να πανικοβληθούν και μόνο με το να κοιτάζουν μια βελόνα ή με τη σκέψη της μετάγγισης αίματος, έτσι και στη κοινωνική φροντίδα αρκετά άτομα μπορούν να φοβούνται να έρθουν σε επαφή με άτομα που δεν γνωρίζουν σε δομές προστασίας ή να δεχθούν ανθρώπους άγνωστους από το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους προσφέρουν τα απαραίτητα για την διαβίωση τους στη καθημερινότητα.

Η καλή επικοινωνία είναι πολύ σημαντική και βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν αυτές τις ατομικές ανάγκες. Ευτυχώς, η σύγχρονη προοπτική τονίζει ότι

ο γιατρός αλλά και γενικά όλοι οι επαγγελματίες υγείας και ο ασθενής πρέπει να συνεργάζονται ως ομάδα. Διαφορετικοί ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την ασθένεια που έχουν ή τον τρόπο με τον οποίο θέλουν οι ίδιοι να λάβουν βοήθεια. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να μην επιτρέπεται να χρησιμοποιούν διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές λόγω των πολιτιστικών ή θρησκευτικών τους πεποιθήσεων και ο γιατρός πρέπει να το σεβαστεί αυτό. Άλλοι ασθενείς μπορεί να αποφασίσουν να μην χρησιμοποιήσουν τη συγκεκριμένη θεραπεία επειδή δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες της τρέχουσας θεραπείας. Οι φροντιστές γι' αυτό ακριβώς το λόγο γνωρίζουν πως πρέπει να παρέχουν στον ασθενή όλες τις επιλογές που μπορεί να έχει και να αποφασίσει από εκεί και πέρα μόνος του τι θεραπεία ή φροντίδα θέλει να ακολουθήσει. Η μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα δεν έχει χαρακτήρα καταναγκαστικό (Markides, 2011).

1.6.1 Παροχή μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας

Η παροχή μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας γίνεται τις περισσότερες φορές από εξειδικευμένα άτομα στο χώρο της νοσηλευτικής και ιατρικής που ονομάζονται φροντιστές. Ως φροντιστής θεωρείται το άτομο εκείνο που μπορεί να προσφέρει υποστήριξη, είτε με την μορφή εθελοντισμού είτε περιμένοντας μια οικονομική ανταμοιβή για τις υπηρεσίες του σε άτομα τα οποία δεν είναι δυνατόν από μόνοι τους να καλύψουν ανάγκες της καθημερινότητας τους, δηλαδή βασικές τους ανάγκες. Αρκετές φορές οι ανάγκες αυτές δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις άμεσες καθημερινές τους (δηλαδή πως θα εξασφαλίσουν το μαγείρεμα του φαγητού τους, την επίσκεψη σε ένα νοσοκομείο ή την γενικότερη μετακίνηση τους) αλλά παράλληλα θέλουν να αναπληρώσουν ένα κενό που διαπιστώνουν ότι έχουν σε επίπεδο συντροφικότητας, είναι άτομα που είναι μοναχικά αλλά και συναισθηματικής κάλυψης.

Σε κάθε περίπτωση η παροχή της φροντίδας χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες, την επίσημη που θεωρείται και η τυπική και την ανεπίσημη γνωστή και ως άτυπη. Στην επίσημη φροντίδα όπως είναι εύκολο κατανοητό λαμβάνουν μέρος επαγγελματίες φροντιστές, δηλαδή παρέχεται από άτομο που έχουν λάβει ειδική

εκπαίδευση ούτως ώστε να παρέχουν φροντίδα στον πάσχοντα με επιστημονικό τρόπο. Σύμφωνα με τους ορισμούς που δίνονται από την διεθνή βιβλιογραφία και πιο συγκεκριμένα από τον Thomas Day ως επίσημος φροντιστής θεωρείται το άτομο που έχει την δυνατότητα με επίσημο τρόπο να προσφέρει επαγγελματικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ως υπάλληλος δημόσιου ή ιδιωτικού οργανισμού, τόσο σε ιδρύματα, όπως είναι τα κέντρα περίθαλψης χρόνιων πασχόντων αλλά και στην οικία κάθε ασθενή. Τα άτομα αυτά προέρχονται από πολλούς κλάδους και μπορεί να είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί. Πέρα από αυτά τα επαγγέλματα μπορεί να είναι και άτομα τα οποία προέρχονται από επαγγελματικά εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο έχει εντρυφήσει σε θέματα που έχουν να κάνουν με την υγεία του ατόμου υπό διάφορες οπτικές όπως είναι για παράδειγμα η διανοητική του κατάσταση, η ψυχολογική κατάσταση την οποία βρίσκεται αλλά και η σωματική κατάσταση.

Στην ανεπίσημη μορφή οι φροντιστές δεν έχουν την ιδιότητα του επαγγελματία υγείας, αλλά αντιθέτως πρόκειται για εκείνα τα άτομα τα οποία βοηθούν τα άτομα σε ανάγκη χωρίς να πληρώνονται. Πρόκειται δηλαδή για την ίδια την οικογένεια του πάσχοντα και άτομα από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο όπως είναι οι συγγενείς, φίλοι, ακόμα και οι γείτονες. Από αυτόν τον ορισμό είναι πολύ σημαντικό να μην αποσιωπούνται οι εθελοντές οι οποίοι τουλάχιστον στην Ελλάδα είναι από τα άτομα που προσφέρουν πολλές υπηρεσίες στη μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα. Στον ορισμό του ανεπίσημου φροντιστή προσδιορίζεται το άτομο το οποίο γενικά παρέχει φροντίδα σε κάποιο άλλο άτομο γνωστό του ή όχι χωρίς να προσμένει σε κάποια οικονομική αποζημίωση. Επίσης ο ορισμός συνεχίζει επισημαίνοντας πως πρόκειται για άτομο το οποίο μπορεί να είναι οποιοδήποτε και οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς να εξετάζεται το κοινωνικό του υπόβαθρο, το μορφωτικό του επίπεδο, το φύλο, τα εισοδηματικά του κριτήρια-αν έχει- οι πολιτικές του πεποιθήσεις κλπ (Gallicchio, et al., 2002).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

2.1 Δημόσιοι φορείς

Ο δημόσιος φορέας υπάγεται στη δημόσια διοίκηση μιας χώρας και είναι θεμελιωμένος μέσω αυτής από το ίδιο το σύνταγμα. Σύμφωνα με το γενικό διοικητικό δίκαιο οι δημόσιοι φορείς είναι αυτοί που προσφέρουν στους πολίτες μιας χώρας δημόσιες υπηρεσίες όπως είναι η παροχή πληροφοριών, η δωρεάν εκπαίδευση, η βοήθεια σε θέματα υγείας κα. Η δημόσια υπηρεσία ακολουθεί διαχωρισμό σε δύο βασικές κατηγορίες: την οργανική κατά του όρου έννοια και την λειτουργική. Η πρώτη έννοια που αναφέρεται στην οργανωτική δομή αφορά ένα δομημένο σύνολο οργάνων και μέσω των οποίων χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση ενός σκοπού της κοινωνίας. Όπως αναφέρει ο καθηγητής Ε. Σπηλιωτόπουλος, τύπο δημόσιων υπηρεσιών μπορούν να έχουν οργανωτικοί σχηματισμοί από το Δημόσιο τομέα ή άλλων νομικών προσώπων (δορυφορικών του νομικών προσώπων, ΟΤΑ κλπ.) που αποτελούν δημιούργημα φυσικών προσώπων και περιουσιακών μέσων. Βασικό στοιχείο είναι πως μέσω αυτών ο τομέας του δημοσίου άλλα και ένα σύνολο νομικών προσώπων αποσκοπούν στην πραγματοποίηση των στόχων τους, που είναι γνωστοί ως σκοποί δημοσίου συμφέροντος. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να διεκπεραιώσουν τα ζητήματα τους αρχικά μέσω άσκησης δημόσιας εξουσίας η οποία μπορεί να προέρχεται από κάποιο υπουργείο, από την αστυνομία, κατά τόπους εφορίες, συμβούλια δημοτικών σχολείων ακόμα και τελωνείων. Κεντρικό στοιχείο, αυτής της έννοιας από οργανική άποψη είναι πως για να μπορέσουν να λειτουργήσουν σωστά οι παραπάνω μηχανισμοί είναι να ακολουθούνται οι κανόνες του διοικητικού δικαίου (Τάχος, 2003).

Η δημόσια υπηρεσία με την λειτουργική έννοια του όρου αφορά τις δραστηριότητες που πραγματοποιούν τα δημόσια νομικά πρόσωπα, οι οποίες έχουν σαν βασικό στόχο την παροχή αγαθών ή υπηρεσιών προς τους δικαιούχους των προγραμμάτων για να μπορέσουν να ικανοποιήσουν τις ζωτικές τους ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές σε κάθε

περίπτωση καθορίζονται μέσω της έννομης τάξης και έχουν να κάνουν με την σωστή λειτουργία των συγκοινωνιών, παροχή εκπαίδευσης, ιατρό-φαρμακευτικής περίθαλψης, ηλεκτρικής ενέργειας, ταχυδρομικών υπηρεσιών, ύδρευσης κα. Σύμφωνα με το ΣτΕ ΠΕ 152/2002: *«Από τις διατάξεις των άρθρων 23 παρ. 2, 29 παρ. 3 και 106 παρ. 3 του Συντάγματος, συνάγεται ότι οι δημόσιες επιχειρήσεις που παρέχουν αγαθά ζωτικής σημασίας για το κοινωνικό σύνολο, όπως είναι ιδίως η ύδρευση, η ενέργεια και οι επικοινωνίες, ασκούν πράγματι δημόσια υπηρεσία. Διότι, ασχέτως του ιδιωτικού προσωπείου των, οι επιχειρήσεις αυτές επιδιώκουν τον δημόσιο σκοπό της διασφάλισης στο κοινωνικό σύνολο εκείνων των ζωτικών αγαθών, χωρίς τα οποία δεν υφίστανται οι ομαλοί όροι για την κατά τα σύγχρονα κριτήρια αξιοπρεπή διαβίωση του ανθρώπου και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και δραστηριότητάς του, που εγγυώνται τα άρθρα 2 παρ. 1 και 5 παρ. 1 του Συντάγματος»*. Η λειτουργική έννοια της δημόσιας υπηρεσίας είναι στενά συνδεδεμένη με την έννοια του δημοσίου συμφέροντος (ωφέλεια για το κοινωνικό σύνολο). Το σύστημα που ασκεί και συντονίζει όλες τις υπηρεσίες είναι το Δημόσιο. Παράδειγμα δημόσιας υπηρεσίας στη λειτουργική έννοια του όρου αποτελεί η δημόσια ραδιοτηλεοπτική υπηρεσία που ασχολείται με το να παρέχει με αξιόπιστο και έγκυρο τρόπο τις πληροφορίες που οφείλουν να γνωρίζουν τα μέλη της κοινωνίας. Ταυτόχρονα οφείλει να μεριμνά ώστε να υπάρχει σωστή ενημέρωση των πολιτών σε κάθε σημείο της χώρας χωρίς μεροληψίες και στη βάση της πολυφωνίας, σύμφωνα με όσα προστάζουν οι άτυποι κανόνες της ισοπολιτείας και του σεβασμού και της διακίνησης όλων των ιδεών και απόψεων που αναπτύσσονται σε μια πλουραλιστική δημοκρατική κοινωνία. Στην ίδια έννοια εντάσσονται και οι υπηρεσίες ύδρευσης και αποχέτευσης. Σε αυτήν την περίπτωση η παροχή μπορεί να γίνεται από δημόσια επιχείρηση η οποία είναι μια ανώνυμη εταιρεία και δρα σε ένα καθεστώς ιδιωτικού δικαίου (Παυλόπουλος, 2017).

2.1.1 Δημόσιοι φορείς κοινωνικής φροντίδας

Στους δημόσιους φορείς κοινωνικής φροντίδας υπάγονται όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, τα κατά τόπους κέντρα υγείας, τα εμβολιαστικά κέντρα, οι

μονάδες ψυχικής υγείας, μονάδες απεξάρτησης, δομές που αφορούν την προστασία των παιδιών, χώροι που απευθύνονται σε άτομα με ειδικές ανάγκες, διάφοροι φορείς οι οποίοι δεν αποσκοπούν στο κέρδος, ιδρύματα που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο αλλά και από ιδιώτες και έχουν παραχωρηθεί για χρήση στο δημόσιο καθώς και δομές για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Με λίστα που έχει αναρτήσει το Υπουργείο Υγείας από το 2016 δίνονται φορείς και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που ανήκουν στο δημόσιο τομέα, πρόκειται για 129 φορείς ανάμεσα τους υπάρχουν γραμματείες, διάφορες υπηρεσίες αλλά και όλες οι υπόλοιπες δομές που αναφέρθηκαν και στη προηγούμενη παράγραφο (Υπουργείο Υγείας, 2016)

2.1.2 Νομοθετικές παρεμβάσεις για την δημόσια κοινωνική φροντίδα

Στην Ελλάδα για να δημιουργηθεί όλο αυτό το σύστημα της δημόσιας κοινωνικής φροντίδας χρειάστηκε και χρειάζονται πολλές νομοθετικές παρεμβάσεις. Η πιο σημαντική από όλες θεωρείται μέχρι σήμερα εκείνη του νόμου 2646/1998. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό αναπτύχθηκε για πρώτη φορά ένα ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας. Αρκετές από αυτές τις διατάξεις έχουν πλήρη ισχύ μέχρι και σήμερα αν και υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός νομοθετικών τροποποιήσεων από τότε. Σημαντικό στοιχείο είναι πως αυτός ο συγκεκριμένος νόμος εγκαινίασε μια σειρά πρωτοβουλιών για τα άτομα που ανήκουν σε ειδικές ομάδες και χρειάζονται άμεση φροντίδα αλλά και προστασία. Αρκετές από αυτές τις διατάξεις έχουν πλήρη ισχύ μέχρι και σήμερα. Από τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις του νόμου θεωρείται η αναδιοργάνωση του συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας με την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας. Σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 6 του νόμου, σκοπός οργανισμού αυτού είναι να πραγματοποιούνται προγράμματα από υπηρεσίες που καταφθάνουν σε αυτόν και φορέων που έχουν υποστεί συγχώνευση μέσω του άρθρου 7 του ν. 2646/1998. Ακόμα να δημιουργηθούν έστω και πιλοτικά νέες απόψεις και μορφές που αφορούν την κοινωνική φροντίδα και την παρακολούθηση της υλοποίησης μία σειράς προγραμμάτων από τους ανάλογους φορείς ενώ θα υπάρχει και βασικός έλεγχος για την αγορά της ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών και των προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού (Σταθόπουλος, 2015).

Επιπλέον, ο ίδιος νόμος μέσω του άρθρου 8 προέβλεψε τη δημιουργία του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, βάσει της παραγράφου 2 του άρθρου 8 του ν. 2646/1998, το δημόσιο όργανο έχει συγκεκριμένο σκοπό που αφορά την προώθηση του δημοσίου διαλόγου σε θέματα κοινωνικής φροντίδας, να γνωμοδοτήσει για θέματα που φτάνουν στο ίδιο και σε αυτό να υπάρχουν μέτρα που θα υλοποιούν τους προγραμματισμένους στόχους από τον τομέα κοινωνικής φροντίδας καθώς και μέτρα για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους φορείς κοινωνικής φροντίδας, καθώς και τον ορθολογικό συντονισμό των σχετικών δράσεων και την τεκμηρίωσή τους (Τασόπουλος, 2006).

2.2 Ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς

Πέρα από τους δημόσιους φορείς κοινωνικής φροντίδας υπάρχουν και αρκετοί ιδιωτικοί φορείς οι οποίοι διακρίνονται από τους πρώτους γιατί μπορεί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη κοινωνία αλλά εδώ δεν επεμβαίνει το κράτος αλλά μόνο ο ιδιώτης. Αυτοί οι φορείς φροντίδας εφαρμόζουν την αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή φροντίδα λαμβάνουν μόνο τα άτομα που μπορούν να πληρώσουν για να την λάβουν, δεν είναι δωρεάν και ίδια για όλους όπως συμβαίνει στο τομέα του δημοσίου. Ωστόσο, αρκετές φορές η παροχή των υπηρεσιών που προσφέρεται είναι πολύ ανώτερη από του δημοσίου τομέα καθώς είναι εξειδικευμένη και έχει ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων και ασθενών να εξυπηρετήσει. Τέτοια παραδείγματα είναι ιδιωτικές κλινικές πάσης φύσεως, ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια κλπ. (Βεννιέρης & Παπαθεοδώρου, 2003).

2.3 Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί φορείς

Σε αυτήν την κατηγορία σύμφωνα με τον νόμο 2646/1998 που αναφέρθηκε προηγουμένως, δηλαδή στα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού

χαρακτήρα ανήκουν φιλανθρωπικά σωματεία, κοινωφελή ιδρύματα, αστικές εταιρείες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μη κυβερνητικές οργανώσεις, αναγνωρισμένοι με ειδική νομοθετική ρύθμιση φορείς, παραρτήματα διεθνών μη κυβερνητικών οργανώσεων. Όλα αυτά τα κέντρα παρέχουν κοινωνική φροντίδα στο πληθυσμό της χώρας και ελέγχονται από το Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Όλες αυτές οι υπηρεσίες είναι καταχωρημένες στο Εθνικό Μητρώο των ιδιωτικών φορέων κοινωνικής φροντίδας με την διαφορά ωστόσο πως εδώ δεν υπάρχει κερδοσκοπικός χαρακτήρας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν υποστηρικτικά στη δημόσια φροντίδα (4445/17, 2017).

Για να μπορέσουν βέβαια αυτοί οι ιδιωτικοί φορείς να παράσχουν την δική τους βοήθεια στο σύστημα υγείας απαραίτητη προϋπόθεση είναι να αποκτήσουν μία σχετική πιστοποίηση από την αρμόδια επιτροπή. Αφού πραγματοποιήσουν εγγραφή και αυτοί στο Εθνικό Μητρώο ώστε να πιστοποιηθούν σαν κέντρα εξυπηρέτησης των πολιτών-ασθενών πρέπει να δηλώσουν κάποιες πληροφορίες:

- ταυτότητα του φορέα, δηλαδή επωνυμία, γεωγραφική εμβέλεια δράσης,
- στοιχεία νόμιμου εκπροσώπου στην Ελλάδα, στις περιπτώσεις που απαιτείται,
- παρεχόμενες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- αριθμός ωφελούμενων - ληπτών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας,
- αριθμός και ειδικότητες εργαζομένων και προσωπικού παροχής εθελοντικών υπηρεσιών,
- οικονομικά στοιχεία, όπως πόροι χρηματοδότησης, στοιχεία ισολογισμού και απολογισμού,
- ακίνητη και κινητή περιουσία και τέλος
- δυναμικότητα θέσεων, κλινών (4445/17, 2017).

Όλα αυτά τα νομικά πρόσωπα για να καταφέρουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους πέρα από το ίδιο κεφάλαιο των κατόχων τους χρηματοδοτούνται-επιδοτούνται από το δημόσιο τομέα κάθε χώρας. Στην Ελλάδα για την χρηματοδότηση φροντίζει το

Υπουργείο Υγείας μαζί με το Εργασίας. Οι επιδοτήσεις μπορεί να δίνονται σε κάθε φορέα είτε μέσω της περιφέρειας, είτε του δήμου και πάντα σε συνάρτηση με τις ανάγκες που έχει (Capital.gr, 2020).

2.3.1 Άτυποι φορείς

Η νομοθεσία για την υγεία στην Ελλάδα όπως και σε πολλές άλλες χώρες εκτός από τους ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς και μη φορείς κοινωνικής φροντίδας επιτρέπει την λειτουργία και σε άτυπους φορείς που μπορεί να έχουν δημιουργηθεί από μεμονωμένα άτομα, εθελοντές χωρίς να έχουν κάποια συγκεκριμένη έδρα ή ονομασία. Αποδεκτοί βέβαια γίνονται όταν υπακούουν και αυτοί στο νομοθετικό πλαίσιο που ακολουθούν και οι υπόλοιποι κοινωνικοί φορείς πρόνοιας. Τα άτυπα δίκτυα μέσα στη κοινωνία είναι αυτά που δρουν συμπληρωματικά σε σχέση με το έργο που καταφέρνει να κάνει το κράτος ακόμα και στο τομέα της υγείας. Ουσιαστικά, ενεργούν σαν μία μορφή παράλληλης πηγής κοινωνικής φροντίδας με τα επίσημα δίκτυα να αντιμετωπίζονται ως βασικοί συντελεστές επιτυχίας των επίσημων υπηρεσιών (υποστήριξη, συνεργασία) και αποδέκτες επίσημης στήριξης από τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης (πχ. στήριξη οικογενειακών φροντιστών, εθελοντές σε περιόδους καταστροφών κλπ.) (Στασινοπούλου, 1992).

2.4 Κοινοτικοί φορείς

Οι κοινοτικοί φορείς είναι ουσιαστικά ομάδες που ορίζονται γεωγραφικά σε κοινότητες και έχουν περισσότερο τοπικιστικό χαρακτήρα. Τέτοια είναι τα κοινοτικά συμβούλια, διάφοροι οργανισμοί πολιτιστικού χαρακτήρα αλλά και μονάδες υγείας. Οι μονάδες αυτές δεν έχουν το ίδιο μέγεθος ή την ίδια δυναμικότητα με αυτές των προηγούμενων φορέων ωστόσο σε κάθε περίπτωση αποτελούν μια πηγή κοινωνικής φροντίδας για περιοχές οι οποίες είναι αποκομμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα και πρέπει να αυτοσυντηρηθούν. Οι πρώτοι κοινοτικοί φορείς εμφανίστηκαν στην Ελλάδα το 1935 και έχουν περάσει διάφορα στάδια, χρηματοδοτούνται ως επί το πλείστον από την ελληνική κυβέρνηση αλλά και μερικές φορές και από άλλες χώρες

(Δαουτόπουλος, 1999). Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες σε συνδυασμό και με τις τοπικές αυτοδιοικήσεις να δοθούν περαιτέρω ενισχύσεις στις κοινότητες, ιδίως σε θέματα υγείας ώστε να αυτοεξυπηρετείται ο ντόπιος πληθυσμός.

2.5 Ιδιωτική ασφάλιση

Στην Ελλάδα όπως θα παρουσιαστεί και σε επόμενες ενότητες η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν αρκεί, το δημόσιο δεν μπορεί από μόνο του να εγγυηθεί πως θα υπάρχει μακροχρόνια φροντίδα υγείας επαρκή για όλους και ιδίως με τα μέτρα λιτότητας στα οποία βρίσκεται η χώρα εδώ και αρκετά χρόνια η κατάσταση έχει δυσκολέψει αρκετά. Οι δομές και τα προγράμματα που δημιουργούνται για ηλικιωμένους, παιδιά, κακοποιημένες γυναίκες βασίζονται συνήθως σε ένα μεγάλο ποσοστό στο δημόσιο και τις χρηματοδοτήσεις του και γι' αυτό βρίσκονται αρκετά συχνά αντιμέτωπα με τον κίνδυνο πάσης της λειτουργίας τους.

Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί και λειτουργεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα είναι ο εξής: Ένα σημαντικό μέρος από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας προορίζεται σε ένα ειδικό λογαριασμό ο οποίος αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Η βασική και κύρια μορφή αφορά την κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή μπορεί να παρέχεται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτική ασφάλιση. Γενικά αυτό που αφορά είναι ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών που σε πολλές περιπτώσεις το κόστος καλύπτεται και από τις δύο μεριές, δηλαδή τόσο και από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τον ίδιο τον φορέα που έχει επιλεγεί για την ασφάλιση. Αυτό το οποίο συμβαίνει σε άλλες χώρες και το οποίο δεν έχει γίνει κάποια ιδιαίτερη προσπάθεια να τεθεί σε λειτουργία και στην Ελλάδα, είναι η λεγόμενη αγορά επιπλέον υπηρεσιών. Με άλλα λόγια αυτό που συμβαίνει είναι ότι σε κάποιες άλλες χώρες, αν χρειάζεται ή κρίνεται απαραίτητη μια επιπλέον κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης αυτή δύναται να μπορέσει να αγοραστεί από ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης, ώστε με αυτόν τον τρόπο να εξυπηρετηθεί το οποιοδήποτε επιπλέον κόστος απομένει από την κύρια κάλυψη, η λεγόμενη αλληλο-συμπληρωματική – complementary.

Στη πραγματικότητα αυτό που μπορούν να κάνουν οι ασθενείς είναι να αγοράσουν επιπλέον υπηρεσίες από τον ιδιωτικό φορέα ασφάλισης τους και να μπορούν να τις απολαύσουν όταν τις χρειαστούν. Οι επιπλέον αυτές υπηρεσίες ονομάζονται συμπληρωματικές και στην διεθνή βιβλιογραφία ονομάζονται ως *supplementary insurance*. Εκτός από την συμπληρωματική υπηρεσία υγείας που μπορούν να αγοράσουν έχουν και την δυνατότητα για μια άλλη επιλογή. Αυτή η επιλογή συνίσταται στη δυνατότητα που τους δίνεται αν έχουν γρηγορότερη πρόσβαση και μεγαλύτερη επιλογή σε παρόχους υγείας. Αυτή η επιλογή ονομάζεται *πανομοιότυπη* και στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται με τον όρο *duplicate insurance*. Υπάρχουν ενδείξεις για αυτές τις επιλογές και στην Ελλάδα, ωστόσο δεν γίνεται με τον ρυθμό και τον σχεδιασμό που υπάρχει στο εξωτερικό καθώς ο τομέας της ασφάλισης αλλά κυρίως της μακροχρόνιας φροντίδας κάποιες φορές φαίνεται ιδιαίτερα παραμελημένος στη χώρα. Στην Ελλάδα κυριαρχεί η πανομοιότυπη ιδιωτική ασφάλιση σε ποσοστό της τάξης του 12%. Με αυτήν την ασφάλιση εξασφαλίζεται γρηγορότερη πρόσβαση στις ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες αφού είναι γεγονός πως για την χώρα το χρονικό κόστος αναμονής του ασθενή στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλό. Σε άλλες χώρες ωστόσο όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ, αναφέρεται πως η αντίστοιχη κάλυψη που προσφέρεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κινείται σε μεγάλα επίπεδα με αποτέλεσμα το 53,1% του πληθυσμού να λαμβάνει το βασικό πακέτο παροχών υγείας μέσω αυτής. Ενδιαφέρον εντοπίζεται και στη περίπτωση της Γαλλίας όπου το 96,1% του πληθυσμού της συνάπτει αλληλο-συμπληρωματικά συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης. Εκεί όπου η συγκεκριμένη αγορά της ιδιωτικής συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας βρίσκεται σε ιδιαίτερη άνθιση και λαμβάνει τα μεγαλύτερα ποσοστά της είναι αυτή που εντοπίζεται στις Κάτω Χώρες. Το ποσοστό εκεί φθάνει σχεδόν το 90%, το πραγματικό ποσοστό φθάνει το 89% ένα ποσοστό τεράστιο σε σύγκριση εκείνο άλλων και μεγαλύτερων χωρών. Οι μεγαλύτερες πανομοιότυπες αγορές ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτυχθεί στην Ιρλανδία με ποσοστό 47,5% και ακολουθεί η μακρινή Αυστραλία που φθάνει το 45,3% (Πετμεζίδου, et al., 2015).

Σε ένα τέτοιο περιβάλλον όπου η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία είναι συνεχής, ένα ενιαίο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο δεν υπάρχει αλλά συμβαίνουν μικρές

διαφορές σε νόμους μετά από χρόνια στα επίπεδα της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και η συνεχής αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης έχει οδηγήσει σε μία αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε το 2014, μια χρονιά που η χώρα φάνηκε κάπως να ανακάμπτει από την οικονομική κρίση που είχε εκδηλωθεί το 2009 το τελευταίο εξάμηνο εκείνου του μήνα οι ασθενείς αναγκάστηκαν να πληρώσουν από μόνοι τους ανεξάρτητα από το ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκαν (δημόσιο ή ιδιωτικό) κατά μέσο όρο ένα ποσό που έφτασε τα 265,15€. Η δαπάνη αυτή αφορούσε τις υπηρεσίες υγείας από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Από αυτό το ποσό η έρευνα έδειξε πως το μεγαλύτερο ποσό δαπανήθηκε για τα φάρμακα που χρειαζόταν οι ασθενείς τα οποία δεν μπορούσαν να καλυφθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία και η συμμετοχή των ασφαλισμένων έφτασε τα 103,35€ κατά μέσον όρο. Πέρα από αυτήν την δαπάνη, καθώς ένας ασθενής δεν χρειάζεται μόνο τα φάρμακα του, ακολούθησαν οι επισκέψεις σε ένα σύνολο ειδικοτήτων ιατρών, εδώ η συμμετοχή ανά άτομο κατάφερε να φτάσει τα 74,77€. Από τις επισκέψεις σε ιατρούς δεν υπολογίστηκε ποτέ η επίσκεψη σε οδοντογιατρούς. Τα έξοδα δεν ήταν μόνο αυτά γιατί πολλά άτομα χρειάστηκαν και εργαστηριακές εξετάσεις με κόστος το οποίο άγγιξε τα 61,68€ ενώ και οι ιατρικές συσκευές/ υγειονομικό υλικό έχουν και αυτές ένα μερίδιο στο συνολικό κόστος που άγγιξαν με αυτόν τον τρόπο τα 25,35€. Αυτά τα ποσά αναφέρθηκαν σε σχέση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ήταν ποσά τα οποία δεν μπόρεσαν να καλυφθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ίδια κατάσταση υπήρξε ωστόσο και σε ότι αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Εκεί η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη έφτασε τα 162,07€ ευρώ ποσό το οποίο αφορά όχι τους τελευταίους έξι μήνες αλλά τον τελευταίο χρόνο τον οποίο είχε λάβει η έρευνα στις μετρήσεις της. Από αυτά τα ποσά ο επιμερισμός τους έχει ως εξής: πρόκειται για τα 158,67€ ευρώ τα οποία είχαν να κάνουν με νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές. Ένα υπόλοιπο το οποίο ανήλθε σε 3,40€ η οποία αφορούσε νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία (Πετμεζίδου, 2014).

Σύμφωνα με στοιχεία από τον ΟΟΣΑ την περίοδο μεταξύ 2007-2012, το ποσοστό που αφορούσε τις ιδιωτικές πληρωμές για την συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα

είχε σημειώσει μια αύξηση κατά 0,4% μονάδες. Αυτή η αύξηση συγκρίθηκε με την αντίστοιχη αύξηση που σημειώθηκε και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, ένα ποσοστό που εκεί έφτασε ένα επίπεδο του 0,3%. Η μελέτη έδειξε πως οι μεγαλύτερες επιβαρύνσεις σημειώθηκαν σε νοικοκυριά από τις χώρες τόσο της Πορτογαλίας όσο και της Λιθουανίας. Εκεί το μερίδιο συμμετοχής των απλών πολιτών σε δαπάνες υγείας ανήλθε σε μία σημαντική αύξηση αφού έφτασε από το 3,8% στο 4,5%. Χώρες οι οποίες μέσα στο πανικό της οικονομικής κρίσης είχαν καλή διαχείριση στο σύστημα υγείας και την ασφαλιστική κάλυψη ήταν αυτές του Βελγίου και της Εσθονίας όπου οι δαπάνες υγείας αντί να αυξηθούν μειώθηκαν και έφτασαν από το 3,8% το 1,9%. Αυτές οι δαπάνες αφορούν τις δαπάνες που κατευθύνθηκαν προς ιδιωτικές πληρωμές για το σύνολο των δαπανών υγείας. Το έτος 2013, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία στην Ελλάδα ως προς τη δαπάνη υγείας για τον ιδιωτικό τομέα ανήλθε σε ποσοστό το οποίο έφτασε το 86,6%. Αν παρουσιαστεί και η συνολική δαπάνη υγείας αυτή έφτασε το ποσοστό του 26,4%. Πάλι για το 2013 τα ιδιωτικά προπληρωμένα προγράμματα ως ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης υγείας ανέρχονται στο 8,9%, σημειώνοντας μια αύξηση κατά 78% σε σχέση με έτος το οποίο βρίσκεται πολύ πριν την οικονομική κρίση και έχει τεθεί στην έρευνα το 2005 (Πετμεζίδου, 2014).

Υπάρχει και μια πιο πρόσφατη έρευνα η οποία αφορά το ποσό το οποίο καλούνται να πληρώσουν οι ασφαλισμένοι στην χώρα ακόμα και αν συμμετέχουν σε προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης. Φαίνεται πως οι ανισότητες στη χώρα συνεχίζονται στο τομέα της υγείας και η ιδιωτική ασφάλιση αρκετές φορές ακόμα και όταν δηλαδή ο ασθενής έχει αποφασίσει να επενδύει ο ίδιος αντί για το κράτος στην υγεία του δεν μπορεί να καλύψει ολοκληρωτικά τις ανάγκες του. Πιο συγκεκριμένα, οι τελευταίες μετρήσεις δείχνουν πως υπάρχει ένα δυσανάλογα μεγάλο μερίδιο των δαπανών υγείας που πληρώνουν από την τσέπη τους οι ασφαλισμένοι σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Με βάση το δελτίο που έχει εκδοθεί από τον ΣΕΒ «Η Υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον» δίνονται νούμερα τα οποία δείχνουν την ενδεικτική κατάσταση που επικρατεί. Η έρευνα βασίζεται σε ευρήματα της πρόσφατης έκθεσης του ΟΟΣΑ «Health at a Glance». Σύμφωνα με την έρευνα στην Ελλάδα, το 35% των δαπανών υγείας πληρώνεται από τους ίδιους τους

ασφαλισμένους. Την ίδια στιγμή στις χώρες που απαρτίζουν τον ΟΟΣΑ η συμμετοχή των ασθενών σε δαπάνες υγείας δεν ξεπερνά για κανέναν λόγο το 21%, το ποσοστό αυτό αποτελεί και ένα μέσο όρο για αυτές τις χώρες. Επομένως, οι κάτοικοι αυτών των χωρών πληρώνουν μια συμμετοχή που είναι οριακά μικρότερη από το ¼ της συνολικής δαπάνης τους στο τομέα της υγείας. Το ποσοστό που κατέχει η χώρα είναι ιδιαίτερος ανησυχητικό από την στιγμή που κρίνεται ένα από τα υψηλότερα παγκοσμίως. Την συγκεκριμένη στιγμή το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής ασθενών σε ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη εντοπίζεται στη χώρα της Ινδίας που φθάνει το 65%. Ακολουθούν το Μεξικό με ποσοστό 41%, η Ρωσία που έχει και αυτή μεγάλο ποσοστό της τάξης του 40% και η Κίνα με 36%. Η Ελλάδα επομένως κινείται στα ίδια πλαίσια με αυτά της Κίνας αλλά και των άλλων χωρών της Ασίας.

Την ίδια στιγμή, το δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας αντέχει να καλύψει για την χώρα ένα ποσοστό που φθάνει το 61% των συνολικών δαπανών υγείας. Πάλι σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό αυτό κυμαίνεται στις 10 μονάδες πιο κάτω καθώς στις άλλες χώρες το αντίστοιχο είναι το 71%. Υπάρχει και ένα ποσοστό του 4% το οποίο μπορεί να καλυφθεί από τον ιδιωτικό τομέα. Στην Ελλάδα η συμμετοχή που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες κατανέμεται ως εξής: το 18% αφορά επισκέψεις σε γιατρούς και εξωτερικά ιατρεία, το 14% σε οδοντιάτρους, το 31% σε νοσοκομειακή περίθαλψη και το 37% κατευθύνεται σε φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα. Αξίζει να σημειωθεί πως για νοσοκομειακή περίθαλψη οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν μια συμμετοχή πολύ μικρή που κυμαίνεται στο 9%. Επομένως, όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση προκύπτει το συμπέρασμα πως οι κάτοικοι στην Ελλάδα δεν πληρώνουν μόνο ένα αναλογικά μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης υγείας από τα δικά τους χρήματα αλλά την ίδια στιγμή πολλά από τα χρήματά τους κατευθύνονται στη νοσοκομειακή τους περίθαλψη. Η νοσοκομειακή αυτή περίθαλψη έχει να κάνει με τον τομέα των ιδιωτικών νοσοκομείων στα οποία έχουν πρόσβαση λόγω πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης (ΣΕΒ, 2020).

Το δεύτερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως το ποσοστό του 35% των δαπανών υγείας από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είναι ένα πολύ υψηλό ποσοστό αν θεωρήσουμε πως στην χώρα θεωρητικά τουλάχιστον το μεγαλύτερο μέρος του

πληθυσμού έχει δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Γενικά, όπως προκύπτει και από το δελτίο του ΣΕΒ, η δομή του δημόσιου συστήματος υγείας για καθολική κάλυψη προσεγγίζει τον μέσον όρο του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλο πρόβλημα καθώς υστερεί σημαντικά, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες, στη δημόσια ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών υγείας. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό είναι πως υπάρχει χαμηλή δημόσια ασφάλιση στις ιατρικές δαπάνες του πληθυσμού, γεγονός που αναγκάζει πολλές φορές τους ασφαλισμένους να καταφεύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση, επιβαρύνοντας φυσικά το δικό τους εισόδημα. Το επόμενο σημαντικό συμπέρασμα είναι πως ακόμα και εκείνα τα άτομα τα οποία έχουν την δυνατότητα να πληρώσουν παραπάνω και να εξασφαλίσουν μια ιδιωτική ασφάλιση και πάλι δεν διασφαλίζεται πως δεν θα χρειαστεί να πληρώσουν κάτι παραπάνω καθώς ούτε εκεί υπάρχει σχετική εξασφάλιση. Αν στην χώρα αυτοί που έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν και την ιδιωτική ασφάλιση δοκιμάζονται, άτομα τα οποία είναι άπορα ή κοινωνικά αποκλεισμένα πρέπει να στραφούν σε κάποια βοήθεια υγειονομικής κατάστασης φαίνεται πως βρίσκονται σε εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση.

2.6 Κοινωνικές παροχές

Υπάρχει ένα σύνολο από διαφόρων τύπων κοινωνικές παροχές οι οποίες έχουν να κάνουν με την βοήθεια ομάδων πληθυσμών που βρίσκονται σε ανάγκη στη χώρα. Όπως συγκεντρώνονται μέσα από το βοηθητικό site των κοινωνικών παροχών (Κοινωνικές Παροχές, 2021) αυτές είναι:

1. Σημεία βοήθειας αστέγων: Υπάρχουν ειδικά μέρη στην Αθήνα αλλά και σε άλλες πόλεις τα οποία φροντίζουν να συγκεντρώνουν φάρμακα, είδη ένδυσης, υπόδησης, τρόφιμα και ότι άλλο μπορεί να προσφέρει κάποιος τα οποία δίνονται σε άστεγους. Επίσης, δημιουργούνται ομάδες που βοηθούν στα συσσίτια του δήμου αλλά και εθελοντικών ομάδων. Ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες βρίσκονται και οι Γιατροί του Κόσμου, Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων κα.
2. Κοινωνικά Παντοπωλεία: Πρόκειται για δομές κοινωνικής ένταξης που υπάρχουν σε πολλούς δήμους της χώρας και έχουν ως σκοπό να παρέχουν

ένα σύνολο υπηρεσιών όπως είναι η διανομή τροφίμων, διανομή ειδών παντοπωλείου, διανομή ειδών βασικής υγιεινής, διανομή ειδών ένδυσης και υπόδησης, διανομή κατεψυγμένων προϊόντων, βιβλία, παιχνίδια κ.α.

3. Κοινωνικά Ιατρεία: Είναι δομές που στόχο έχουν να ενημερώσουν και να εξυπηρετήσουν πολίτες οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι και χρήζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Γενικά, λειτουργούν με δύο τρόπους ή διαθέτουν φάρμακα στο χώρο τους ή διασυνδέονται με Κοινωνικά Φαρμακεία. Το έργο τους είναι κυρίως εθελοντικό. Παρόμοια είναι και τα κοινωνικά φαρμακεία που έχουν αρχίσει να λειτουργούν σε διάφορες περιοχές της χώρας με απώτερο σκοπό να βοηθήσουν ευπαθείς ομάδες που δεν έχουν φαρμακευτική κάλυψη και να τους παρέχουν τα κατάλληλα φάρμακα αλλά και συνταγογραφήσεις.
4. Βρεφονηπιακοί σταθμοί: Στη χώρα λειτουργούν και πολλοί βρεφονηπιακοί σταθμοί οι οποίοι δεν είναι ιδιωτικοί αλλά παρέχουν φιλοξενία για την διάρκεια της ημέρας σε παιδιά οικογενειών που δεν έχουν εισόδημα, ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες κλπ.
5. Κοινωνική υποστήριξη σε ΑμεΑ και χρόνια πάσχοντες: Με την βοήθεια του εκτελεστικού οργάνου «Συνήγορος του Πολίτη» έχει κατορθώσει από πλευρά ελληνικού κράτους να χορηγείται επίδομα ΑμεΑ σε κρατούμενους καθώς είναι άτομα τα οποία δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αποκλειστούν από την κοινωνική φροντίδα. Μία άλλη διάταξη χρηματοδοτεί την λειτουργία Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ατόμων με αναπηρίες. Ο Συνήγορος του Πολίτη προσπαθεί συνεχώς μέσω αποστολής εγγράφων στις αρμόδιες αρχές να υποστηρίξει τα προβλεπόμενα που πρέπει να υφίσταται υποχρέωση απόδοσης του νοσηλίου-τροφείου. Πάντως υπάρχει η πεποίθηση πως λόγω της στρατηγικής που ακολουθείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες αλλά και τις συνεχόμενες καθυστερήσεις σε περιπτώσεις που χρειάζεται να εξασφαλιστεί χρηματοδότηση σε τέτοιες ενέργειες καταδικάζουν σε μαρασμό υφιστάμενα προς το παρόν πλαίσια που ενισχύουν τη λειτουργία των Ατόμων με Αναπηρίες μέσα στην κοινότητα (Συνήγορος του Πολίτη, 2018).

6. Μέτρα στήριξης σε μητέρες και μονογονεϊκές οικογένειες. Η κοινωνική φροντίδα δεν απευθύνεται μόνο σε ομάδες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας ή δεν έχουν πρόσβαση στη κοινωνική ασφάλιση αλλά και σε πιο ειδικές ομάδες στη καθημερινότητα όπως είναι οι μητέρες που παράλληλα πρέπει να είναι και εργαζόμενες αλλά και οικογένειες οι οποίες στηρίζονται είτε λόγω χωρισμού είτε λόγω ανθρώπινης απώλειας μόνο στον έναν από τους δύο γονείς. Έτσι υπάρχουν σύνολα από μέτρα όπως είναι η χορήγηση πρόωρης σύνταξης σε πολύτεκνη μητέρα η οποία δεν μπορεί να εργαστεί, σειρά από οικογενειακά επιδόματα, άδεια κύησης κλπ. (Συνήγορος του Πολίτη, 2018).

2.7 Πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας

Το καθεστώς της κοινωνικής πρόνοιας στη χώρα αναδιαρθρώθηκε ριζικά έπειτα από το έτος 2013. Μέχρι τότε ο τομέας αυτός στη χώρα στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνικής φροντίδας αλλά και τις υπηρεσίες που αφορούν την κοινωνική ευημερία των κατοίκων είχε φτάσει σε σημείο οριακό. Ένα από τα βασικά προβλήματα που διαπιστώθηκε από την ηγεσία των υπηρεσιών που ασχολούνται με την κοινωνική ευημερία, ο όγκος εργασίας που είχαν αναλάβει τα άτομα που ασχολούνταν με την διαχείριση του τομέα δημόσιου βοηθήματος ήταν τεράστιος. Ουσιαστικά, αφορούσε το 70% σε ποσοστό από το πρόγραμμα των κοινωνικών λειτουργιών. Όπως είναι φυσικό πολλές από τις διεργασίες και διεκπεραιώσεις των άλλων τμημάτων καθυστερούσαν. Παράλληλα, ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα ήταν πως υπήρχαν αρκετά και σημαντικά προβλήματα στο πλαίσιο των θεσμών που αφορούν την κοινωνική πρόνοια αλλά και το διαδικαστικό πλαίσιο λειτουργίας υπό το οποίο λειτουργούν τα άτομα αυτά.

Για να μπορέσει να τεθεί σε έλεγχο η κατάσταση αυτή και να επέλθει η μεταρρύθμιση στο σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας εγκρίθηκε τον Αύγουστο του 2013 ένα πλάνο που αφορούσε την μεταρρύθμιση αυτή και τον τρόπο εκτέλεσης της η οποία είχε καταρτιστεί με ευθύνη του Υπουργείου Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Από εκείνη την χρονική περίοδο μέχρι και σήμερα εφαρμόζεται ένα

σύνολο μεταρρυθμίσεων το οποίο έχει βασικό στόχο του να αλλάξει μια σειρά από πράγματα σε επίπεδο θεσμικού πλαισίου, να αλλάξει τον τρόπο της οργάνωσης του αρμόδιου κάθε φορά υπουργείου και τέλος να προσπαθήσει να συμβάλει με καθοριστικό τρόπο στην αποφόρτιση των Υπηρεσιών Κοινωνικής Ευημερίας οι οποίες ονομάζονται ΥΚΕ. Όσον αφορά τις ΥΚΕ καθοριστική στρατηγική είναι αυτή της αλλαγής λειτουργίας του ώστε να δοθεί η δυνατότητα να παρέμβουν αποτελεσματικά σε τομείς ευθύνης τους από το υπουργείο αν και όποτε αυτό καταστεί απαραίτητο. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο είναι πως αυτές οι αλλαγές μπορεί κάποιες φορές να καθυστερούν ή να διαφέρουν ως προς την υλοποίηση τους καθώς από την μία κυβέρνηση στην άλλη τα υπουργεία και οι δομές αλλάζουν συχνά το εύρος ελέγχου ή την σύσταση τους. Σε κάθε περίπτωση οι πιο σημαντικές αλλαγές παρατίθενται παρακάτω και δείχνουν τις πολιτικές της κοινωνικής πρόνοιας όπως έχουν εφαρμοστεί στη χώρα μέχρι σήμερα:

- **Εθνική Στρατηγική και Σχέδιο Δράσης για Καταπολέμηση Σεξουαλικής Κακοποίησης και Εκμετάλλευσης Παιδιών:** Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στη σύγχρονη Ελλάδα είναι αυτό που αφορά ανήλικα και ενήλικα παιδιά και την εκμετάλλευση που υφίστανται σε ότι αφορά τον σεξουαλικά τομέα η οποία αρκετές φορές αγγίζει και τα όρια της κακοποίησης. Στη χώρα έχει ολοκληρωθεί η Εθνική Στρατηγική στην οποία περιλαμβάνονται μέτρα τα οποία αφορούν τους τρόπους και τις πολιτικές σύμφωνα με τις οποίες μπορεί να αντιμετωπιστεί το ζήτημα αυτό. Πιο συγκεκριμένα, αυτό που έγινε ήταν ότι υπήρξε ψήφιση νόμου ο οποίος αφορά αφενός την πρόληψη και αφετέρου την καταπολέμηση περιστατικών σεξουαλικής εκμετάλλευσης και κακοποίησης. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο το οποίο υπάρχει στο συγκεκριμένο νόμο είναι πως αφορά και το κομμάτι της παιδικής πορνογραφίας το οποίο έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Ο νόμος αυτός ψηφίστηκε το 2014 και εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα. Στα πλεονεκτήματα του νέου νόμου είναι οι αυστηρές και αναλυτικές διατάξεις οι οποίες έχουν ως σκοπό την διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου πλαισίου που αφορούν την προστασία των παιδιών από τέτοια περιστατικά. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα άτομα εκείνα τα οποία έχουν την

ευθύνη είτε μέσα στην οικογένεια, είτε στο σχολικό χώρο, είτε σε δομές για απροστάτευτα ή ορφανά παιδιά να φροντίζουν για αυτά και να τα προσέχουν και κυρίως να μην τα οδηγούν οι ίδιοι σε αυτές τις καταστάσεις. Δίνεται επομένως βαρύτητα στα δικαιώματα των παιδιών και την προστασία τους.

- **Πλαίσιο για την Προστασία των Παιδιών «Σπίτι του Παιδιού»:** Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου με αρ. 80.430, ημερ. 21/03/2016 γίνεται πραγματικότητα η πρόταση της Υπουργού Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η οποία αφορά την δημιουργία του πρώτου και ολοκληρωμένου πλαισίου πρόληψης και προστασίας του παιδιού από τη σεξουαλική εκμετάλλευση και κακοποίηση. Το πλαίσιο αυτό έλαβε το όνομα με το οποίο είναι γνωστό έως σήμερα «Σπίτι του Παιδιού». Αυτή η δομή έχει αρχή λειτουργίας το έτος 2017 και θεωρείται μια ιδιαιτέρως γνωστή δομή όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη. Βασίζεται σε αρχές που προέρχονται από την Ευρώπη και είναι βασισμένο στην αντίστοιχη δομή που υπάρχει στην Ισλανδία και ονομάζεται Barnahus. Γενικά, λειτουργεί έχοντας ως πρότυπο της αυτήν την δομή. Η λειτουργία της έγκειται στη διαχείριση θεμάτων που έχουν να κάνουν με την σεξουαλική κακοποίηση ανηλίκων, υποθέσεις εκμετάλλευσης ανηλίκων, παροχή ενός περιβάλλοντος το οποίο θα είναι φιλικό και θα παρέχει προστασία στο παιδί. Κύριοι στόχοι η παροχή στο ανήλικο παιδί της αίσθησης ασφάλειας και ανήκει σε μια κοινωνία ευημερίας. Όσο διαρκεί η διαδικασία διερεύνησης ενός γεγονότος από αυτά τα οποία προαναφέρθηκαν δίνονται όλες οι υπηρεσίες που θεωρούνται απαραίτητα στο κάθε παιδί σε μία δομή στην οποία βρίσκεται μαζί με άλλα παιδιά ώστε να μην υπάρχει περίπτωση επανατραυματισμού σε όλη την διάρκεια που θα διαρκεί η έρευνα. Πέρα από αυτήν την λειτουργία η συγκεκριμένη δομή λειτουργεί και με άλλο τρόπο καθώς συντονίζει τον τρόπο με τον οποίο συνεργάζεται ένα σύνολο από διάφορες αρμόδιες υπηρεσίες. Σε αυτές μπορεί να συμπεριλαμβάνονται η αστυνομία, ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, σαφώς κοινωνικές υπηρεσίες, δομές φροντίδας, ψυχολόγοι και εκπαιδευτικοί. Άρα με το συγκεκριμένο πλαίσιο δεν ορίζεται μόνο η λειτουργία μιας δομής που έχει ως

στόχο να προστατέψει παιδιά θύματα τέτοιων καταστάσεων αλλά ταυτόχρονα συνεχίζει και ένα βήμα πιο πέρα. Δηλαδή να βοηθήσει στο συντονισμό όλων των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες ώστε είτε να μπορέσουν να αποφευχθούν τέτοια φαινόμενα ή τουλάχιστον στη περίπτωση που έχουν τελεστεί να αντιμετωπιστούν επαρκώς.

- Από τις πιο σημαντικές ρυθμίσεις που έφερε ο νέος νόμος ήταν και αυτός της **αναθεώρησης της νομοθεσίας που αφορά την ενδοοικογενειακή βία**. Με την κατάθεση της τροποποιητικής νομοθεσία η οποία ξεκίνησε να εφαρμόζεται ήδη από το 2015 υπήρξε αλλαγή και αναθεώρηση στο συγκεκριμένο νομοθέτημα το οποίο είχε να κάνει με τον τρόπο Πρόληψης της Βίας στην Οικογένεια αλλά και την Προστασία των Θυμάτων. Ένας νόμος ο οποίος ξεκίνησε να ισχύει από το 2000. Ουσιαστικά, εκείνο που πέτυχε η αναθεώρηση ήταν να μην απαιτείται πλέον η συγκατάθεση των γονέων ή κηδεμόνων ανήλικου προσώπου σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ακόμα και η υποψία πως έχει εκδηλωθεί περιστατικό βίας στην οικογένεια στην οποία ανήκει το παιδί. Μάλιστα, υπάρχει μεγαλύτερη βαρύτητα σε παιδιά τα οποία βάση και της υπάρχουσας νομοθεσίας η αστυνομία είναι το αρμόδιο όργανο το οποίο έχει αναλάβει να συνοδέψει τους κοινωνικούς λειτουργούς σε κάθε τέτοια επίσκεψη στη περίπτωση που υπάρχει σκέψη από τους λειτουργούς και απόφαση πως αν τα παιδιά έχουν κάποια άλλη μορφή συνοδείας, δηλαδή από τους γονείς τους αυτό θα δημιουργήσει πρόβλημα στο τρόπο με τον οποίο οι λειτουργοί αυτοί θα πρέπει να συνεχίσουν το έργο τους και να εντοπίσουν από πού και αν προέρχεται το βίαιο περιστατικό.
- **Προώθηση της αναθεώρησης εγχειριδίου που αφορά διατμηματικές διαδικασίες οι οποίες αφορούν αντιμετώπιση περιστατικών βίας** στην οικογένεια η οποία έχει ως αποδέκτες μικρά παιδιά. Το εγχειρίδιο αυτό είχε εκδοθεί σε αρχική μορφή χρόνια πριν το 2002 και βάση των νέων νομοθετικών διατάξεων που έφερε ο νόμος το 2013 αλλά και τις αλλαγές που έχουν δημιουργηθεί μέχρι σήμερα έχει περάσει στη φάση της ολικής αναθεώρησης. Τα τμήματα τα οποία έχουν την επιμέλεια της νέας έκδοσης

είναι η Συμβουλευτική Επιτροπή Πρόληψης και Καταπολέμησης της Βίας στην Οικογένεια και οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας, σε συνεργασία με όλα τα συναρμόδια τμήματα. Αυτό το εγχειρίδιο με βάση την καινούργια του μορφή εγκρίθηκε από το αρμόδιο υπουργικό συμβούλιο μετά από την πρόταση που προήλθε από την Υπουργό Εργασίας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο αριθμός της απόφασης με την οποία εγκρίθηκε ήταν αυτός αρ. 83.680 ημερομηνίας 8/11/2017. Από τότε το εγχειρίδιο αποτελεί έναν οδηγό με υποχρεωτική εφαρμογή για τη διαχείριση όλων των περιστατικών που έχουν να κάνουν με οποιασδήποτε μορφής βία η οποία έχει σαν αποδέκτες τα παιδιά, και έχει ισχύ για όλες τις δημόσιες υπηρεσίες. Βέβαια, παραπάνω βαρύτητα δίνεται ιδιαίτερα για τις υπηρεσίες που εμπλέκονται άμεσα με θέματα παιδιών που έχουν υποστεί κάποιας μορφής βία. Σε κάθε περίπτωση ο οδηγός αυτός είναι πολύτιμος καθώς θέτει κάποιες γενικές αρχές στις οποίες μπορούν να βασιστούν και να λειτουργήσουν οι άμεσοι φορείς χωρίς να χρειάζεται να μπλέκουν με γραφειοκρατία ή να περιμένουν έγκριση από κάποια άλλη αρμόδια υπηρεσία για να μπορέσουν να επέμβουν.

- **Προστασία Γυναικών από Βία στην Οικογένεια.** Η κοινωνική πρόνοια δεν αφορά την προστασία μόνο μικρών παιδιών από την ενδοοικογενειακή ή και όχι μόνο βία αλλά και την περίπτωση των γυναικών. Υπάρχει μια συγκεκριμένη δομή η οποία ονομάζεται «Σπίτι της Γυναίκας». Η απόφαση με αυτήν την δομή έχει ως εξής: υπήρξε πρόταση της Υπουργού Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η οποία εγκρίθηκε από το Υπουργικό Συμβούλιο και υλοποιήθηκε σε σχέση με ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα αυτή η πρόταση από την Υπουργό ώστε να υπάρξει πλαίσιο και για την συγκεκριμένη δομή. Το «Σπίτι της Γυναίκας» έχει ως όραμα να λειτουργεί σαν ένα διεπιστημονικό κέντρο, το οποίο θα είναι φιλικό προς τα θύματα βίας. Πιο συγκεκριμένα, επαγγελματίες από διάφορες και διαφορετικές μεταξύ τους ειδικότητες αλλά και μια ομάδα κρατικών λειτουργών όπως είναι για παράδειγμα ψυχολόγοι με ειδίκευση σε κλινικές περιπτώσεις, κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και διάφορα μέλη από την πλευρά της ελληνικής αστυνομίας θα συνεργάζονται αρμονικά στην ίδια δομή για να μπορούν από κοινού να

παρέχουν βοήθεια και την κατάλληλη στήριξη σε θύματα κακοποίησης αλλά και τις οικογένειες τους. Όλη αυτή η ενέργεια θα έχει ως βασικό στόχο να στηρίζει και να προωθεί τα δικαιώματα τους και το συμφέρον τους.

- Ταυτόχρονα μια άλλα αναδιάρθρωση αφορά το πλαίσιο που έχει να κάνει με την αναθεώρηση των περί Παιδιών και περί Σχέσεων Γονέων και Τέκνων Νόμων. Εδώ και αρκετά χρόνια έχει πραγματοποιηθεί η ολοκλήρωση από πολλές πλευρές του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων της διαδικασίας που ονομάζεται νομοπαρασκευαστική και αφορά την πλήρη αναθεώρηση του νόμου που αφορά τα παιδιά και τα δικαιώματα που αυτά έχουν σαν μέλη της οικογένειας. Επιπρόσθετα, καινούργιο στοιχείο αποτελεί έπειτα από υποδείξεις και του Υπουργείου Δικαιοσύνης και Δημοσίας Τάξεως αλλά και της Νομικής Υπηρεσίας, η αναθεώρηση του νόμου Σχέσεων Γονέων και Τέκνων. Αυτό που έχει πραγματοποιηθεί σε αυτόν τον νόμο είναι η προσθήκη ενός συνόλου διατάξεων οι οποίες διασφαλίζουν πως κάθε φορά και σε κάθε περίπτωση υπάρχουν διασφαλισμένα τα δικαιώματα των παιδιών ακόμα και αν η οικογένεια στην οποία ζουν ενεργεί εναντίον τους. Από το 2015 και το 2018 και οι δύο προτάσεις για το νομοσχέδιο έχουν υπαχθεί στη Νομική Υπηρεσία ώστε να γίνει ο κατάλληλος νομοτεχνικός έλεγχος.
- **Προίκα του Μωρού:** Μία πολύ σημαντική βοήθεια για όσες οικογένειες το έχουν ανάγκη στην Ελλάδα είναι αυτή της λεγόμενης παροχής «Προίκας του Μωρού». Η συγκεκριμένη παροχή έχει ξεκινήσει από το 2016 και αφορά τον αριθμό των οικογενειών οι οποίοι είναι παράλληλα και δικαιούχοι του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος ή ακόμα και οικογένειες οι οποίες έρχονται αντιμέτωπες με ένα σύνολο από προβλήματα τα οποία δεν τους επιτρέπουν να προσφέρουν στα βρέφη τους τα απαραίτητα, τουλάχιστον τα πρώτα έξοδα από την στιγμή που γεννιέται το βρέφος. Η βοήθεια αυτή παρέχεται για κάθε νεογέννητο παιδί από αυτές τις οικογένειες. Σαν πακέτο η βοήθεια που περιλαμβάνει είναι βασικά καταναλωτικά αγαθά, όπως είναι ο εξοπλισμός σε λευκά είδη, βρεφικές πάνες και είδη προσωπικής υγιεινής και φροντίδας για μωρά. Η αξία τους φθάνει τα €1.649, τα οποία παρέχονται

δωρεάν με τον ερχομό του νεογέννητου. Αποτελεί μια μακροχρόνια παροχή από το κράτος στην οικογένεια καθώς μπορεί να γίνεται εφάπαξ με την γέννηση του παιδιού ωστόσο αν η οικογένεια αποκτήσει στο βάθος του χρόνου και άλλα παιδιά και βρίσκεται στην ίδια κατάσταση δεν αποκλείεται από αυτό το πακέτο.

2.7.1 Μεταρρύθμιση κοινωνικής πρόνοιας

Πέρα από τις δομές και τα πλαίσια που δημιουργήθηκαν, που υπάρχουν για ψήφιση ή περιμένουν έγκριση ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι αυτό που αφορά την Μεταρρύθμιση του συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας και έχει ως απώτερο στόχο του την αποφόρτιση των ΥΚΕ. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η δράση χρειάστηκε να τεθεί στο τραπέζι των συζητήσεων ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια μορφή αναδιάρθρωσης των ΥΚΕ η οποία ξεκίνησε από τον Ιούλιο 2014 ακολουθώντας ένα συγκεκριμένο σχεδιασμό. Το πρώτο βήμα της στρατηγικής αυτής προέβλεπε την αποφόρτιση σε σημαντικών βαθμό των υπηρεσιών αυτών. Αυτό έγινε με την μεταφορά όλων των αρμοδιοτήτων για τη διαχείριση επιδομάτων όπως είναι το δημόσιο βοήθημα και μία σειρά από κοινωνικά βοηθήματα και σειράς σχετικών επιδομάτων από τις ΥΚΕ προς την Υπηρεσία Διαχείρισης Επιδομάτων Πρόνοιας (ΥΔΕΠ) με βάση τις πρόνοιες του περί Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και Γενικότερα περί Κοινωνικών Παροχών Νόμου. Το σημαντικό σε αυτήν την περίπτωση είναι πως πριν προχωρήσει το κράτος σε αυτήν την ρύθμιση το έτος 2014 ένας πολύ σημαντικός αριθμός από λειτουργούς των ΥΚΕ είχαν ως κύρια απασχολία τους να διαχειρίζονται το δημόσιο βοήθημα και άλλα βοηθήματα από το κράτος ενώ την ίδια στιγμή η ΥΔΕΠ συστάθηκε και στελεχώθηκε χωρίς να μετακινηθούν λειτουργοί των ΥΚΕ. Με τη δημιουργία της ΥΔΕΠ αυτό που τελείται σε διαδοχικά στάδια είναι ότι μεταφέρονται προς διαχείριση όλα τα επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας που διαχειρίζονταν οι ΥΚΕ. Παράλληλα, βάσει των προνοιών της νέας Νομοθεσίας δίνονται για πρώτη φορά από την αρχή που έχει συσταθεί η κοινωνική πρόνοια προς τους λειτουργούς τα εργαλεία εκείνα τα οποία μπορούν να επιτελέσουν το ρόλο τους. Η αποτελεσματικότητα αυτής της πράξης φαίνεται στα ακόλουθα:

- Τελούνται για πρώτη φορά μηχανογραφικοί έλεγχοι οι οποίοι συγκεντρώνουν και μελετούν στοιχεία σχετικά με το πόσο τα άτομα που λαμβάνουν τα κοινωνικά επιδόματα από την πρόνοια αλλά και εκείνοι που κάνουν αίτηση τα δικαιούνται όντως βάση των εισοδηματικών και των υπόλοιπων κριτηρίων που πρέπει να τηρούν.
- Υπάρχει ουσιαστική αποφόρτιση των ΥΚΕ αφού αυτές με τρόπο σταδιακό έχουν σταματήσει να έχουν την ευθύνη που της επιβάρυνε για αρκετά χρόνια σχετικά με την διαχείριση και την διαμοίραση του Δημοσίου Βοηθήματος, μια ευθύνη η οποία είχε συσχετιστεί με πολύ μεγάλο αριθμό λειτουργών που απασχολούνται στις ΥΚΕ.
- Βάσει της Νομοθεσίας, οι ΥΚΕ έχουν άμεση πρόσβαση στο μηχανογραφικό μητρώο της ΥΔΕΠ και βάσει των προνοιών της ανωτέρω νέας νομοθεσίας είναι υποχρέωση του κάθε ατόμου που προχωρά σε αίτηση αλλά και δικαιούχου να αποδέχεται την παροχή υπηρεσιών εξατομικευμένης προσέγγισης από ειδικευμένους συμβούλους, να δέχεται συναντήσεις και επισκέψεις στην κατοικία του οι οποίες έχουν ως σκοπό την επιτόπου αξιολόγηση των δεδομένων του από αρμόδιους λειτουργούς των ΥΚΕ οι οποίες αφορούν τον προγραμματισμό δράσεων για την επαγγελματική, συμβουλευτική καθοδήγηση και την ψυχοκοινωνική στήριξη και την κοινωνική αποκατάστασή του, την συμμετοχή του σε προγράμματα που έχουν βάση την προώθηση της ανάπτυξης της κοινωνικής αυτονομίας, να αποδέχεται την Κοινωνική Παρέμβαση. Αυτή η διαδικασία γίνεται έχοντας ως βάση σειρά διατάξεων της νομοθεσίας, για να υπάρχει ολοκληρωμένη και συνεκτική στήριξη στον κάθε δικαιούχο. Για την εφαρμογή της Κοινωνικής Παρέμβασης έχει δημιουργηθεί ένας αναλυτικός οδηγός από την Υπουργό Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων το έτος 2016. Πράγματι η αναδιάρθρωση των ΥΚΕ είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ολοκλήρωση της μεταφοράς όλων των ληπτών Δημοσίου Βοηθήματος στο ΕΕΕ, περιλαμβανομένων και πολύ δύσκολων περιπτώσεων που αντιμετώπιζαν

ιδιαίτερες καταστάσεις και χρειάζονταν εξατομικευμένο χειρισμό και κατάλληλη στήριξη.

Βάση αυτού του πλαισίου στο χρονικό διάστημα από το 2015 μέχρι το 2017 ολοκληρώθηκε η μεταφορά των αρμοδιοτήτων και μπήκαν σε εφαρμογή μια σειρά από σημαντικές μεταρρυθμίσεις: Αρχικά, μεταφέρθηκαν οι αρμοδιότητες που αφορούν την αξιολόγηση των ατόμων με αναπηρία σε σχέση με το αν δικαιούνται ή όχι το αναπηρικό επίδομα καθώς και το επίδομα φροντίδας, από τις ΥΚΕ στο Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες. Έπειτα, υπήρξε εισαγωγή για πρώτη φορά στην ιστορία του φορέα Συστήματος Αξιολόγησης της Αναπηρίας με βάση διεθνή πρότυπα και αναγνωρισμένα πρωτόκολλα τα οποία προχωρούν σε μια αξιολόγηση της αναπηρίας. Παράλληλα, υπήρξε δημιουργία για τα πρώτα κέντρα αξιολόγησης και πιστοποίησης της αναπηρίας (δύο στον αριθμό), ενώ βρίσκεται στο τελικό στάδιο η δημιουργία του τρίτου κέντρου. Άλλη μια σημαντική ενέργεια ήταν η έκδοση Υπουργικού Διατάγματος το 2017 το οποίο προέβλεπε τη μεταφορά της αρμοδιότητας για την αξιολόγηση αναγκών φροντίδας για Άτομα με Αναπηρία από τις ΥΚΕ στα Κέντρα Αξιολόγησης του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες.

2.8. Ελλείψεις του συστήματος υγείας

Για να μπορούν να δουλέψουν αποτελεσματικά όλοι αυτοί οι φορείς υγείας τυπικοί και άτυποι χρειάζονται να είναι στελεχωμένοι και από το απαραίτητο υγειονομικό προσωπικό. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που βιώνει η μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα στο τομέα και κλάδο της Υγείας αλλά και στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι αυτό της υποστελέχωσης. Στην Ελλάδα εντοπίζονται σημαντικές ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως εξειδικευμένο. Ο ίδιος ο ΟΟΣΑ κατατάσσει την χώρα στο τομέα των χωρών εκείνων που εντοπίζονται με τα μικρότερα ποσοστά απασχολούμενων ατόμων στο τομέα της υγείας. Αυτήν την στιγμή η Ελλάδα έχει ένα ποσοστό απασχόλησης που αγγίζει το 5,4%, ποσοστό πάρα πολύ μικρό αν κάποιος αναλογιστεί πως αυτήν την στιγμή στις υπόλοιπες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό μπορεί να φθάσει το 10,1% σε ότι αφορά τον κλάδο της Υγείας. Ο λόγος της υποστελέχωσης είναι σίγουρα ότι το κράτος δεν μπορεί να προβεί σε νέες

προσλήψεις λόγω και του προγράμματος οικονομικής λιτότητας στο οποίο είχε περιέλθει αλλά και γιατί δεν υπάρχει στρατηγικό πλάνο να συγκρατήσει όσους υγειονομικούς και κοινωνικούς λειτουργούς έχει στη διάθεση του.

Αν γίνει μια πιο συγκεκριμένη ανάγνωση στους αριθμούς το γεγονός είναι πως η Ελλάδα διαθέτει ένα εκπληκτικό στοιχείο, δηλαδή αναλογικά με τον πληθυσμό της, έχει έναν μεγαλύτερο αριθμό γιατρών από ότι συμβαίνει στις ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό μεταφράζεται ως 6,1 γιατροί ανά 1.000 άτομα πληθυσμού έναντι 3,5 που είναι το αντίστοιχο νούμερο για τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Το πρόβλημα που εντοπίζεται σε αυτήν την περίπτωση είναι πως ενώ η Ελλάδα έχει ένα μεγάλο αριθμό εξειδικευμένων γιατρών υπάρχει μεγάλο ζήτημα σε γιατρούς που αφορούν τον τομέα της γενικής ιατρικής, γι' αυτό παρατηρείται αρκετές φορές το φαινόμενο της μη αποδοτικότητας του δημοσίου συστήματος υγείας αφού εξειδικευμένοι γιατροί στη προσπάθειά τους να καλύψουν τα κενά των νοσοκομείων μπορεί να απασχολούνται σε τέτοιες θέσεις. Το ιατρικό προσωπικό που υπάγεται στο τομέα της γενικής ιατρικής φθάνει με δυσκολία το 5%. Αν γίνει σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, το ποσοστό είναι πάρα πολύ μεγάλο εκεί και φθάνει το 25%, στην πραγματικότητα είναι 23%. Το παράδοξο σε αυτήν την κατάσταση είναι πως καταρρίπτεται το επιχείρημα πως ακόμα δεν υπάρχει ικανός αριθμός επαγγελματιών στο τομέα, ωστόσο πρόκειται για εσωτερική έλλειψη, δηλαδή πρόβλημα στελέχωσης στο τομέα των οικογενειακών γιατρών όπως είναι παθολόγοι, παιδίατροι, ιατροί του γενικού κλάδου. Η σημαντικότητα αυτών των επαγγελματιών υγείας είναι μέγιστη διότι έχουν την δυνατότητα να παραπέμπουν τους ασθενείς μετά από μια πρώτη εξέταση στους υπόλοιπους εξειδικευμένους κλάδους επιταχύνοντας τις διαδικασίες. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται και η προσπάθεια εξορθολογισμού των δημοσίων δαπανών υγείας καθώς υπάρχει μια λογική σειρά κατά την επίσκεψη ενός ασθενή στο δημόσιο σύστημα (ΣΕΒ, 2020).

Ο κλάδος της γενικής ιατρικής δεν είναι ο μόνος που παρουσιάζει σημαντικό πρόβλημα. Ένα άλλο σημαντικό θέμα είναι και οι ελλείψεις που διαπιστώνονται σε νοσηλευτικό προσωπικό. Η Ελλάδα υστερεί και σε αυτόν τον τομέα αφού διαθέτει έναν αρκετά μικρό αριθμό σε πληθυσμό νοσηλευτών. Οι αριθμοί από την έρευνα του

ΣΕΒ μαρτυρούν πως ανά 1.000 ασθενείς αυτή την στιγμή το δημόσιο σύστημα μπορεί να παρέχει περίπου 3 νοσηλευτές ενώ την ίδια στιγμή για το ίδιο μέγεθος πληθυσμού στις χώρες του ΟΟΣΑ οι νοσηλευτές που αντιστοιχούν είναι 8. Αν κάποιος φύγει από την αντιστοιχία νοσηλευτή-ασθενή και κινηθεί στην αναλογία ιατρού-νοσηλευτή τα νούμερα εκεί είναι ακόμα πιο δυσάρεστα καθώς αυτό σημαίνει πως για κάθε ιατρό στο δημόσιο σύστημα υγείας στη χώρα αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής. Η αναλογία αυτή κατατάσσει την Ελλάδα στη λίστα με τις χώρες που το ποσοστό των νοσηλευτών σε σύγκριση με εκείνο των ιατρών είναι ένα από τα μικρότερα στο κόσμο. Όπως πάντα η σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ δείχνει πόσο δύσκολη είναι αυτή η κατάσταση. Εκεί ο μέσος όρος κινείται περίπου στους 2,7 νοσηλευτές ανά γιατρό. Στη περίπτωση που θα προστεθούν και βοηθοί επαγγελματιών υγείας η αναλογία θα φθάσει τους 163 νοσηλευτές ανά 100 γιατρούς. Πάλι πρόκειται για ποσό το οποίο κατά εξακολούθηση κινείται σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το ανησυχητικό σε αυτήν την περίπτωση είναι πως αυτές οι ελλείψεις δεν έχουν καμία σχέση με την οικονομική κρίση και τα προγράμματα λιτότητας αλλά αντίθετα το πρόβλημα στη χώρα με πολύ μικρό αριθμό νοσηλευτών και γιατρών προϋπήρχε της κρίσης. Η οικονομική κρίση σίγουρα όσο διήρκεσε διόγκωσε το πρόβλημα αλλά αυτό δεν σημαίνει πως το δημιούργησε. Αξίζει σε κάθε περίπτωση να σημειωθεί πως ήδη από το 2009 το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο εργαζόταν στα νοσοκομεία της χώρας σημείωσε μείωση. Πιο συγκεκριμένα, αν γίνει μια σύγκριση μεταξύ των ετών 2009 και 2017 οι γιατροί και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία έχουν μειωθεί κατά 3.831 και 1.532 άτομα και φθάνουν τις 23.500 και 38.400, αντιστοίχως για το 2017 (Κόντη, 2020).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΕ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Σύστημα υγείας-ορισμός

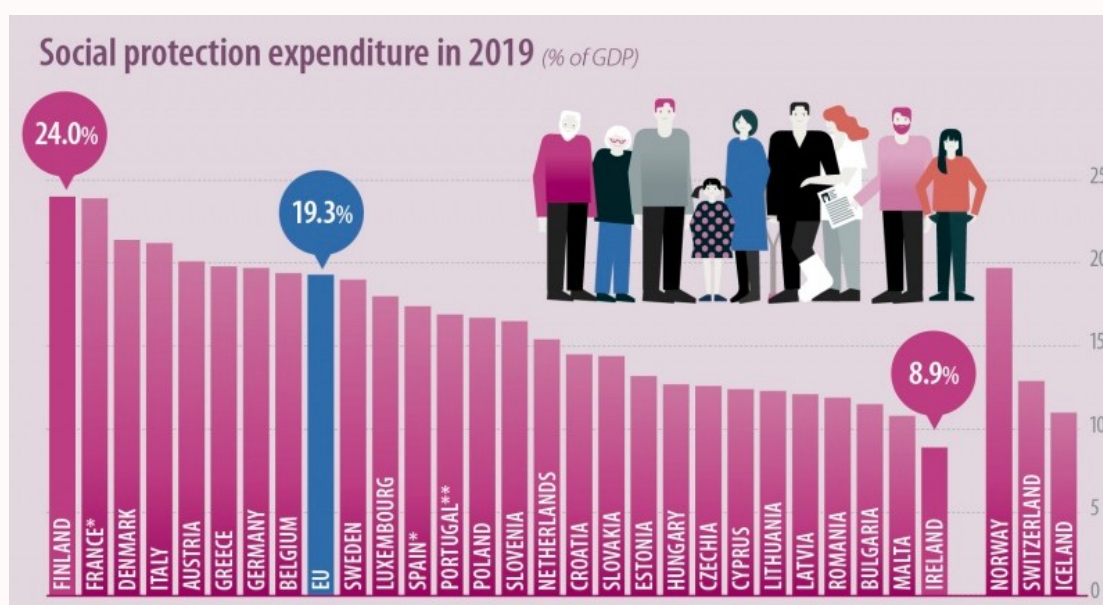
Από τους βασικότερους θεσμούς αλλά και από τους πιο πολύπλοκους για ένα κοινωνικό κράτος είναι αυτός του συστήματος υγείας. Το σύστημα υγείας δεν παρέχεται έτοιμο από την μία χώρα στην άλλη αλλά είναι αποτέλεσμα μιας πορείας μέσα στο χρόνο, ένα δημιούργημα ταυτόχρονα με την εξέλιξη και ανάπτυξη των κοινοτήτων, της περιφέρειας και όλων των δομών μιας χώρας. Λειτουργεί ως άμεση συνάρτηση του οικονομικού και κοινωνικού συστήματος που έχει μια χώρα. Μάλιστα η διοικητική επιστήμη θεωρεί πως το σύστημα υγείας είναι ένα υποσύστημα της κοινωνίας το οποίο εμπεριέχει μια δική του δομή και οργάνωση, αρκετά πολύπλοκη σε σύγκριση με αυτές άλλων δομών. Μέσω του συστήματος υγείας γίνεται αντιληπτό πως ενεργεί αλλά και πως είναι δομημένο ένα κράτος, δίνει την αίσθηση της κουλτούρας και του ευρύτερου διοικητικού μοντέλου. Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας και αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο του μοντέλου οργάνωσης της κοινωνίας και οικονομίας και ως εκ τούτου παρουσιάζετε από άποψη διοικητικής δομής και κουλτούρας (Kaminska, 2013).

Το πιο βασικό από τα στοιχεία ενός συστήματος υγείας είναι πως θέτει τον πολίτη στο επίκεντρο του. Είναι η αφετηρία αλλά και το επίκεντρο της λειτουργίας κάθε Συστήματος Υγείας και των Μονάδων/Υπηρεσιών του. Δεν απαιτείται σε όλες τις περιπτώσεις να είναι ασθενής καθώς υπάρχει και προληπτικός έλεγχος. Η ανάγκη του πολίτη για περίθαλψη υγειονομικής φύσεως αποτελεί και την ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών. Η κάλυψη αυτών των αναγκών στις χώρες που είναι προσανατολισμένες στην κοινωνικοκρατία αναγνωρίζουν αυτές τις ανάγκες σαν ζήτηση προς δημόσια αγαθά.

Βασικοί ρόλοι ενός συστήματος υγείας πέρα από την περίθαλψη των ασθενών είναι:

- Να γίνεται παραγωγή υπηρεσιών υγείας και να υπάρχει κατάλληλη διανομή τους.
- Να υπάρχει χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες υγείας.
- Να υπάρχει λειτουργία διεύθυνσης και συντονισμού όλων των λειτουργιών (Klenk, 2015).

Στην **Εικόνα 2** που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά κοινωνικής φροντίδας-προστασίας μετρημένα σε κόστος για τις περισσότερες από τις χώρες της Ευρώπης. Σημαντικό είναι το γεγονός πως ο μέσος όρος για την κοινωνική φροντίδα στην Ευρώπη από άποψη κόστους αγγίζει το 19,3% του ΑΕΠ δηλαδή ένα ποσό που αγγίζει τα 2,7 δις σε ευρώ. Η χώρα με την μεγαλύτερη συμμετοχή είναι η Φιλανδία με ποσοστό 24% ενώ η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στις 6 πρώτες χώρες. Τα δεδομένα αφορούν την περίοδο του 2019 και τα ποσοστά είναι συνάρτηση του ΑΕΠ της κάθε χώρας. Το κύριο συμπέρασμα είναι πως η κοινωνική φροντίδα υπάρχει στην Ευρώπη καθώς δαπανούνται τεράστια χρηματικά ποσά για εκείνη, ωστόσο μπορεί στη πράξη να μην υπάρχει για κάθε μια από αυτές τις χώρες καθημερινά. Αξίζει λοιπόν να μελετηθεί το θεσμικό πλαίσιο εκείνο στο οποίο υπάγεται η κοινωνική φροντίδα, ποιες διατάξεις περιλαμβάνει και ποια είναι τα κενά που μπορεί να υπάρχουν (Eurostat, 2019).



Εικόνα 2: Ποσοστά δαπάνης για κοινωνική φροντίδα στην Ευρώπη ανά κράτος (Eurostat, 2019)

3.2. Θεσμικό πλαίσιο στην Ε.Ε.

Το 1945 δημιουργήθηκε πλαίσιο για την έννοια της κοινωνικής ασφάλειας και πολύ γρήγορα συνδέθηκε με την ιδέα της σοσιαλδημοκρατίας. Πρόκειται για ένα σύνολο-δίκτυο ταμείων ασφάλισης υγείας που είχαν ως αρμόδια όργανα τους εκλεγμένα διοικητικά συμβούλια που αποτελούνται από εκπροσώπους των εργαζομένων και τους εργοδότες. Έγινε η πρώτη σημαντική μεταρρύθμιση της οργάνωσης της κοινωνικής ασφάλισης το 1967 και μια αξιομνημόνευτη κίνηση στο θέμα της υγείας στην Ευρώπη καθώς ξεκίνησε ο διαχωρισμός του τομέα της υγείας σε τέσσερις κλάδους: ασφάλιση υγείας, συντάξεις, οικογενειακά επιδόματα και ασφάλιση για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικά ατυχήματα καθώς και ασθένειες. Ένα άλλο σημαντικό βήμα ήταν πως στη θέση που αφορούσαν εκλογές για το διοικητικό συμβούλιο αντικαταστάθηκαν με σύστημα διορισμών από συνδικαλιστικές οργανώσεις, με ισοτιμία μεταξύ των εργοδοτών αλλά και εργαζομένων καθώς θέλησαν να δώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στους εργοδότες από ό,τι στο παρελθόν. Αργότερα, η μεταρρύθμιση του Ζιπέ του 1996 επέστρεψε στις αρχές του 1967 με το διορισμό μελών του διοικητικού συμβουλίου αντί της εκλογής και με την επανεισαγωγή της ισοτιμίας μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων (Feldstein & Siebert, 2009).

Όλη αυτή η διαδοχή στις μεταρρυθμίσεις δείχνει μια σημαντική συζήτηση σχετικά με την σχέση της νομιμότητας των «κοινωνικών εταίρων» στη διαχείριση της υγείας αλλά και στα ασφαλιστικά ταμεία καθώς και το ρόλο που διαδραματίζουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως όσον αφορά τον ρόλο κράτους. Αυτό που επιχειρείται στην ΕΕ είναι να υπάρχει μια σαφής διαίρεση σύμφωνα με τομεακές γραμμές. Δηλαδή να χειρίζεται το κράτος πολιτικές που αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία και τα φάρμακα, ενώ τα ταμεία ασφάλισης υγείας να αναλαμβάνουν την ανεξάρτητη (ιδιωτική) ιατρική πρακτική (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών παρέχονται από ελεύθερους επαγγελματίες και ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία) σε μια βάση συμφωνιών με διαπραγμάτευση. Σε σχέση με αποφάσεις που αφορούν τη χρηματοδότηση των ταμείων, ταμεία ασφάλισης υγείας αυτά υπάγονται στις προϋποθέσεις και στα επίπεδα κοινωνικών εισφορών (Feldstein & Siebert, 2009).

Όσο περνούν βέβαια τα χρόνια μια τέτοια ισορροπία έχει μετατοπιστεί σε μια κατάσταση που βαίνει συνεχώς αυξανόμενη σε ότι έχει να κάνει με την παρέμβαση. Κυρίως σε ότι αφορά το θέμα της εξισορρόπησης δημόσιων λογαριασμών. Γι' αυτό το λόγο η προσοχή εστιάζεται σε μια εξισορρόπηση δημόσιων λογαριασμών με συνεχή έλεγχο τους. Από όταν ξεκίνησε η δεκαετία του 1990 γίνονται πειραματικές προσπάθειες σε ορισμένους τομείς της κοινωνικής φροντίδας ώστε να υπάρξει τριμερή συμφωνία μεταξύ κράτους, υγείας, ασφαλιστικών ταμείων-επαγγελματιών υγείας (Scholz, et al., 2019).

Πλέον, στην Ευρώπη υπάρχει το λεγόμενο **στρατηγικό πλαίσιο για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία 2021-2027** της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Europra, 2020). Μέσα σε αυτό καθορίζονται βασικές προτεραιότητες και δράσεις για τη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων, αντιμετωπίζοντας τις ταχείες αλλαγές στην οικονομία, τη δημογραφία και τα εργασιακά πρότυπα. Οι στρατηγικές προτεραιότητες που τίθενται έχουν εξεταστεί από μια τριμελή επιτροπή που αποτελείται από τα θεσμικά όργανα της ΕΕ, τα κράτη μέλη και τους κοινωνικούς εταίρους. Βέβαια μπορεί να συμμετάσχει και όποιο άλλο ενδιαφερόμενο μέρος το επιθυμεί. Οι τρεις βασικές προτεραιότητες είναι:

1. Η πρόληψη και διαχείριση της αλλαγής στο πλαίσιο της πράσινης μετάβασης, της ψηφιοποίησης και των δημογραφικών μεταβολών.
2. Η βελτίωση της πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων και των ασθενειών και η επιδίωξη μιας προσέγγισης για μηδενικούς θανάτους που οφείλονται στην εργασία.
3. Η αύξηση της ετοιμότητας αντίδρασης στις τρέχουσες και μελλοντικές υγειονομικές κρίσεις.

Το κατά πόσο είναι επιτυχημένο αυτό το θεσμικό και στρατηγικό πλαίσιο εξαρτάται από την εφαρμογή του σε επίπεδο ΕΕ, αλλά και σε εθνικό, κλαδικό και επιχειρησιακό επίπεδο, με βασικό παράγοντα την αποτελεσματική εφαρμογή, τον κοινωνικό διάλογο, τη χρηματοδότηση, την αύξηση της ευαισθητοποίησης και τη συλλογή δεδομένων. Το θετικό μέρος σε αυτήν την διαδικασία είναι πως ο

οργανισμός με τις συνεργασίες που διαθέτει μπορεί να διευκολύνει την υλοποίηση των στόχων του πλαισίου.

Πραγματοποιούνται συχνά μελέτες πρόβλεψης και έργα επισκόπησης του οργανισμού τα οποία αποσκοπούν στην πρόβλεψη των κινδύνων και στον προσδιορισμό προτεραιοτήτων, στην ενημέρωση για την ανάπτυξη πρακτικών και πολιτικών ΕΑΥ σε τομείς όπως η ψηφιοποίηση και οι πράσινες θέσεις εργασίας, και το άγχος και οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι. Το κομμάτι που διαφοροποιεί από την συνηθισμένη φροντίδα για την υγεία είναι πως παρέχει εύχρηστους πόρους για να βοηθήσει τους χώρους εργασίας να εφαρμόσουν στην πράξη την πρόληψη, εκδίδοντας πληθώρα κατευθυντήριων γραμμών που θα βοηθήσουν τους εργαζομένους να παραμείνουν ασφαλείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας, είτε εκτίθενται στην πρώτη γραμμή είτε προσαρμόζονται στην εργασία από το σπίτι. Η συμμετοχή του στον Χάρτη πορείας για τους καρκινογόνους παράγοντες και οι εκστρατείες για τους Ασφαλείς και Υγιείς Χώρους Εργασίας καταδεικνύει τη δέσμευση του Οργανισμού να προωθήσει μια νοοτροπία πρόληψης σε ολόκληρη την Ευρώπη και πέραν αυτής, ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής της ΕΕ για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία (European Commission, 2021).

3.3 Θεσμικό πλαίσιο Κοινωνικής Πρόνοιας

Με την ευρεία έννοια η κοινωνική πρόνοια είναι το σύνολο όλων των συστηματικών προσπαθειών και μέτρων που λαμβάνονται από αρμόδιους για την άσκηση πολιτικής φορέων όπως είναι το Κράτος, οι εκτελεστικές αρχές του, οργανισμοί που υπερασπίζονται νομικά και φυσικά πρόσωπα. Η κοινωνική πρόνοια περιλαμβάνει:

1. Οποιαδήποτε μορφή κρατικής ή μη δραστηριότητας και παροχή υλικών ή υπηρεσιών.
2. Χρησιμοποίηση όλων των μεθόδων και επιστημονικών τεχνικών.
3. Την παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε πολλές κοινωνικές ομάδες και άτομα τα οποία δεν μπορούν από μόνα τους να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους όποιες και αν είναι αυτές, ψυχολογικές, πνευματικές, πολιτικές και κοινωνικές.

4. Την θέσπιση του μακροχρόνιου στόχου της κοινωνικής ασφάλειας, την προσπάθεια δηλαδή με άλλα λόγια να απελευθερωθούν οι άνθρωποι από διάφορες συνήθειες και συμπεριφορές οι οποίες είναι επιβλαβείς για την υγεία τους σωματική και πνευματική και ταυτόχρονα την παροχή δυνατότητας να είναι ευτυχημένοι και υγιείς. Τα μέτρα της κοινωνικής πρόνοιας αναφέρονται σε ένα ευρύ σύνολο τομέων που μπορεί να περιλαμβάνουν μέρη από την κοινωνία, αποφάσεις της πολιτικής σκηνής, μέτρα της οικονομίας, μέτρα για την εκπαίδευση αλλά και να ασχολούνται με θέματα δικαίου και ηθικής (Αμίτσης, 2016).

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οριοθετείτε τόσο κοινωνικά όσο και κοινωνικοπολιτικά αυτό γίνεται με την προσέγγιση της ευρύτερης έννοιας της κοινωνικής ασφάλειας. Η κοινωνική ασφάλεια απαρτίζεται από ένα σύνολο μέτρων τα οποία στοχεύουν στην συμμετοχή του ατόμου στα κοινά αλλά και τις απολαβές που μπορεί να έχει από αυτά σε θέματα κοινωνικής ασφάλειας. Οι βασικές επιδιώξεις τις οποίες προσπαθούν να καλύψουν τα μέτρα αυτά είναι οι ακόλουθες:

- Προστασία των ατόμων του πληθυσμού από καταστάσεις ανάγκης οι οποίες μπορεί να έχουν δημιουργηθεί λόγω συγκεκριμένων κινδύνων λόγω των οποίων μπορεί να προκληθεί απώλεια ή και μείωση σε πόρους που χρησιμοποιούνται για να συντηρηθούν τα άτομα αυτά.
- Εξασφάλιση ενός εγκεκριμένου επιπέδου το οποίο αφορά την ιατρική και υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού.
- Την εγγύηση πως πάντα και υπό οποιεσδήποτε κοινωνικοπολιτικές συνθήκες θα παρέχεται ένα ασφαλές και αξιοπρεπές περιβάλλον διαβίωσης.

Με βάση την νομική πλευρά του θέματος η κοινωνική ασφάλεια ως μέρος της κοινωνικής φροντίδας κατοχυρώθηκε και νομοθετικά το 1948 από την οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου με την ομόφωνη ψήφιση από τον οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών στις 10 Φεβρουαρίου εκείνου του έτους. Μέσω αυτής της διακήρυξης παρέχονται πολλές κατευθυντήριες υποδείξεις προς τα μέλη

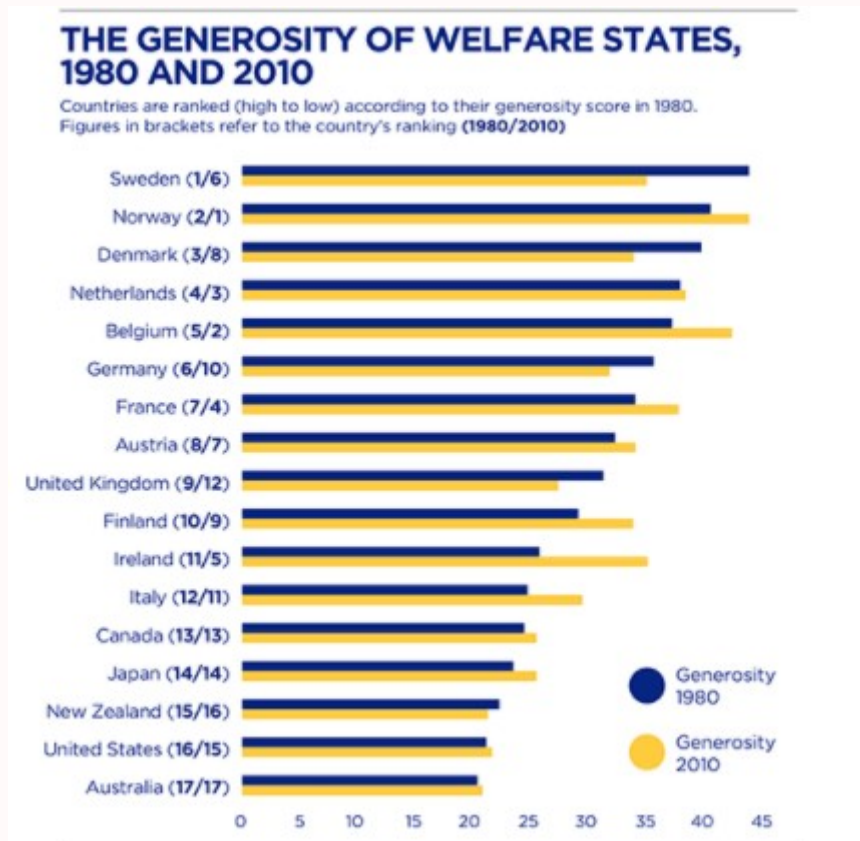
του οργανισμού σύμφωνα με τις οποίες αυτά πρέπει να ακολουθούν ορισμένες οδηγίες για να συνυπάρξουν αρμονικά με τους πολίτες τους. Ωστόσο, όλες αυτές οι οδηγίες δεν επιφέρουν και έννομες συνέπειες. Δηλαδή αυτό σημαίνει πως τα μέλη δεν έχουν καμία δέσμευση από την διακήρυξη. Από την άλλη πλευρά και οι πολίτες δεν έχουν κάποιο δικαίωμα επί της διακήρυξης ώστε να υπάρξουν περιπτώσεις που θα μπορούσαν να επικαλεστούν στο δικαστήριο.

Ειδικότερα, η κοινωνική ασφάλεια ορίζεται μέσω του άρθρου 22 της διακήρυξης ως ένα από τα αυτοτελή δικαιώματα που έχει ο άνθρωπος. Πιο συγκεκριμένα ορίζεται ως εξής: κάθε άνθρωπος, ως ξεχωριστό μέλος του κοινωνικού συνόλου έχει το δικαίωμα απέναντι στην κοινωνική ασφάλεια. Από την πλευρά της η κοινωνία έχει ως κύριο μέλημα της να μπορέσει να του εξασφαλίσει τόσο μέσω εθνικών πρωτοβουλιών όσο και διεθνών συνεργασιών σύμφωνα με τις οικονομικές δυνατότητες κάθε χώρας την ικανοποίηση στις οικονομικές και κοινωνικές του ανάγκες καθώς και στα πολιτιστικά δικαιώματα που έχει ώστε να μπορεί ο ίδιος ως οντότητα να ζει αξιοπρεπώς και να αναπτύσσει με τρόπο ελεύθερο την προσωπικότητά του.

Αξίζει να σημειωθεί πως μέσω αυτής της διάταξης έχει δημιουργηθεί μια σταθερά που αποτελεί θεσμική βάση για τα εθνικά συστήματα τα οποία στηρίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση. Με αυτόν τον τρόπο έχουν παγιωθεί παγκοσμίως οι στόχοι που πρέπει να έχει ένα κράτος κοινωνικής πρόνοιας απέναντι στους πολίτες του. Άλλωστε μέσω του άρθρου με τον αριθμό 25 διατυπώνεται ξεκάθαρα πως α) κάθε άνθρωπος έχει το αναφαίρετο δικαίωμα προς ένα βιοτικό επίπεδο τέτοιο το οποίο θα είναι ικανό να του εξασφαλίσει τόσο στον ίδιο ως οντότητα όσο και στο σύνολο της οικογένειάς του δύο πολύ βασικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι η υγεία και η ευημερία. Πέραν τούτου έχει και την υποχρέωση εξασφάλισης όλων των αναγκαίων που έχουν να κάνουν με τροφή, υπόδηση, ένδυση, κατοικία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αλλά και όλες τις βασικές κοινωνικές υπηρεσίες που μπορεί να έχει ανάγκη έναν άνθρωπος στο πλαίσιο της κοινωνίας. Επιπλέον, υπάρχει ένα σύνολο άλλων περιπτώσεων στις οποίες το άτομο έχει πάλι δικαίωμα στην ασφάλιση όπως είναι η ανεργία, η περίπτωση χηρείας, το να μείνει ορφανός σε νεαρή ηλικία, σε

περιπτώσεις ασθενείας αλλά και κατά την περίοδο που βρίσκεται σε μία μεγάλη και προχωρημένη ηλικία. Υπάρχουν επίσης και περιπτώσεις που το άτομο μπορεί να στερείται από μέσα τα οποία θα μπορούσαν να του εξασφαλίσουν μία στέγη ή τα μέσα της συντήρησης του. β) σε περιπτώσεις θνητότητας και παιδικής ηλικίας υπάρχει και πάλι η ανάγκη για μέριμνα από την πλευρά της κοινωνίας αλλά και ανάγκη περίθαλψης. Σε όλες τις περιπτώσεις, ότι κατάσταση και αν ισχύει ως προς τις σχέσεις που έχει ένα παιδί με τους γονείς του (δηλαδή αν έχει γεννηθεί εντός ή εκτός γάμου) πρέπει να ισχύουν οι ίδιοι κανόνες ως προς την προστασία που μπορεί να του παρέχει η κοινωνία (Ντούνης, 2018).

Στην **Εικόνα 3** δίνονται τα ποσοστά τα οποία δώριζαν ορισμένες από τις μεγαλύτερες χώρες και οικονομίες του κόσμου για το κοινό καλό και την κοινωνική φροντίδα σε δύο χρονικές περιόδους: το 1980 και το 2010. Όσον αφορά την γενναιοδωρία, η καθαρή εικόνα των τριών πρώτων κρατών πρόνοιας έχει γίνει κάπως θολή κατά την μετάβαση στο 2010. Τα φιλελεύθερα κράτη πρόνοιας παρέμειναν αρκετά ξεκάθαρα ως προς τις πολιτικές τους αλλά και ως προς τα σχετικά ταπεινά επίπεδα μεγαλοκαρδίας των κρατών πρόνοιας. Είναι ενδιαφέρον ότι το Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται να έχει γίνει πολύ περισσότερο φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας απ' ό,τι ήταν παλαιότερα, καθώς έπεσε από την 9η θέση το 1980 στη 12η θέση το 2010. Ορισμένα από τα σοσιαλδημοκρατικά κράτη έχουν γίνει επίσης πολύ λιγότερο γενναιοδωρα. Η Σουηδία, ο παγκόσμιος πρωταθλητής της γενναιοδωρίας το 1980, έπεσε 5 θέσεις και κατέληξε στην 6η θέση το 2010, ενώ η Δανία κατρακύλησε από την 3η θέση στην 8η. Τρεις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Βέλγιο, Κάτω Χώρες και Γαλλία) ξεπέρασαν τα σοσιαλδημοκρατικά κράτη πρόνοιας (εκτός από τη Νορβηγία) σε γενναιοδωρία το 2010. Η μεγαλύτερη μεταβολή παρατηρείται στην Ιρλανδία, όπου ο δείκτης γενναιοδωρίας του κράτους πρόνοιας εκτοξεύεται από 25,8 σε 35,3, τοποθετώντας τη χώρα αυτή στην 5η θέση, επίσης πάνω από τη Σουηδία και τη Δανία. Παρόλο που η ακριβής κατάταξη των κρατών πρόνοιας και η σύνθεση των μοντέλων έχουν αλλάξει, είναι προφανές ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σαφείς διαφορές στην ποιότητα των κρατών πρόνοιας, όπως αυτή μετράται με τον δείκτη γενναιοδωρίας (Karsbengen, 2018).



Εικόνα 3: Επίπεδα γενναιοδωρίας σε διάφορα κράτη του κόσμου 1980-2010 Πηγή: (Karsbengen, 2018)

Υπάρχουν δύο σημαντικές αιτίες οι οποίες μπορούν να εξηγήσουν γιατί συμβαίνει το φαινόμενο αυτό. Αρχικά, οι περισσότερες μεταβιβάσεις σε αυτές τις χώρες δεν προορίζονται απλώς να βοηθήσουν αποκλειστικά τους φτωχούς, αλλά ο απώτερος σκοπός είναι να καταφέρουν και να περιορίσουν στο μέτρο του δυνατού όλους τους κοινωνικούς κινδύνους των υπόλοιπων κοινωνικών στρωμάτων. Δεύτερον, οι παροχές για τους συνταξιούχους, τους ανάπηρους και τους ανέργους συνδέονται συχνά με την περίοδο εισφορών και εξαρτώνται από τις αποδοχές, με αποτέλεσμα να πηγαίνουν σχετικά περισσότερα στους εύπορους παρά στους φτωχούς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις συντάξεις, και οι νότιες- και ορισμένες από τις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης- είναι συνήθως συνταξιοδοτικά κράτη: Η Ιταλία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, αλλά και η Γαλλία, δαπανούν κατά προσέγγιση μεταξύ 13% και 16% του ΑΕΠ για συντάξεις, δύο έως τρεις φορές περισσότερο από τα σοσιαλδημοκρατικά, φιλελεύθερα και ορισμένα από τα συντηρητικά κράτη πρόνοιας

(Ελβετία και Κάτω Χώρες), τα οποία δαπανούν συνήθως μεταξύ 3,6% και 7,4% του ΑΕΠ για συντάξεις. Αυτό σημαίνει ότι η αναδιανομή του εισοδήματος στα κράτη πρόνοιας με μεγάλη συνταξιοδοτική επιβάρυνση δεν γίνεται από τους πλούσιους προς τους φτωχούς, αλλά κυρίως από τη μία περίοδο της ζωής στην άλλη. Με άλλα λόγια, οι ανισότητες που παράγονται κατά τη διάρκεια του εργασιακού βίου αναπαράγονται άμεσα, αντί να μετριάζονται, κατά τη συνταξιοδότηση.

Αυτό το πρότυπο αναδιανομής μπορεί αν έρθει σε άμεση αντίθεση με την πολιτική και στρατηγική που ακολουθούν τα φιλελεύθερα και σοσιαλδημοκρατικά κράτη πρόνοιας, στα οποία η κατώτερη ομάδα λαμβάνει σχετικά περισσότερα από την ανώτερη. Η Αυστραλία, για παράδειγμα, στοχεύει κυρίως στους φτωχούς, καθώς πάνω από το 42% των συνολικών παροχών πηγαίνει στη βάση και μόνο το 3,8% στην κορυφή. Ωστόσο, δεδομένου ότι το επίπεδο ανισότητας της Αυστραλίας είναι κοντά σε εκείνο της Πορτογαλίας, είναι επίσης σαφές ότι δεν υπάρχει μονοσήμαντη σχέση μεταξύ της κατανομής των δημόσιων παροχών στις διάφορες εισοδηματικές ομάδες και της ανισότητας. Ο κύριος λόγος είναι ότι το σχετικά υψηλό επίπεδο των μεταβιβάσεων προς την κατώτερη εισοδηματική ομάδα μπορεί να είναι αποτέλεσμα δύο διαφορετικών πραγμάτων: είτε ενός υψηλού επιπέδου συνολικών δαπανών, όπως στις σκανδιναβικές χώρες, είτε της στόχευσης μέσω του ελέγχου των μέσων (δηλαδή της προσφοράς συνήθως ελάχιστων παροχών αποκλειστικά σε όσους δεν έχουν άλλα μέσα), όπως συμβαίνει στις αγγλοσαξονικές χώρες.

Ένα άλλο πράγμα που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι μεγάλο μέρος της επίδρασης του κράτους πρόνοιας στην ανισότητα εξαρτάται από τον τρόπο χρηματοδότησης και κατανομής των κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών. Τα καθολικά και ολοκληρωμένα συστήματα που χρηματοδοτούνται από φόρους και είναι χαρακτηριστικά του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου αποδεικνύονται πολύ πιο αναδιανεμητικά από τα στοχευμένα συστήματα, ακόμη και αν δεν υπάρχει προοδευτικότητα στη φορολογία. Κατά κάποιον τρόπο, αυτό είναι αντιφατικό, επειδή αυτά τα κράτη πρόνοιας είναι πολύ γενναιόδωρα προς τη μεσαία τάξη και δεν στοχεύουν στους φτωχούς. Στην πραγματικότητα, οι ομάδες υψηλότερου εισοδήματος επωφελούνται δυσανάλογα από τις κοινωνικές υπηρεσίες, ιδίως από την

υγειονομική περίθαλψη και την εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, θα περίμενε κανείς ότι ένα πλήρως ελεγχόμενο σύστημα, στο οποίο ένα δυσανάλογο ποσοστό των παροχών πηγαίνει στους φτωχούς, θα ήταν πολύ πιο αναδιανεμητικό. Ωστόσο, τα συστήματα που ελέγχονται με βάση τα μέσα τείνουν να είναι σφιχτοχέρηδες, ενώ τα σοσιαλδημοκρατικά καθολικά συστήματα διανέμουν πολύ μεγαλύτερα χρηματικά ποσά, με αποτέλεσμα τα τελευταία να αποδεικνύονται πολύ πιο αναδιανεμητικά από τα πιο στοχευμένα και ελεγχόμενα με βάση τα μέσα, ένα φαινόμενο που ονομάζεται παράδοξο της αναδιανομής (Korpi & Palme, 1998).

Αν και ο δείκτης γενναιοδωρίας δεν μπορεί να δώσει επαρκή πληροφορία η οποία να αφορά τα αναδιανεμητικά χαρακτηριστικά των κρατών πρόνοιας, είναι σαφές μέσω των δεδομένων που παρουσιάζονται πως χώρες που έχουν τα πιο γενναιόδωρα συστήματα είναι επίσης και αυτές που παρουσιάζουν και μεγαλύτερη ισοτιμία και δικαιοσύνη. Όντως, υπάρχει μια αρκετά ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του πόσο γενναιόδωρα είναι τα κράτη πρόνοιας και της ανισότητας που παράγουν. Σύμφωνα με δημοσίευση του ΟΟΣΑ, ενδιαφέροντα στοιχεία δείχνουν με ποιον τρόπο τα κράτη πρόνοιας αναδιανέμουν και ποιες εισοδηματικές ομάδες επωφελούνται σχετικά περισσότερο από τις κοινωνικές παροχές. Αποδεικνύεται ότι τα κράτη πρόνοιας διαφέρουν πάρα πολύ ως προς το ποιες εισοδηματικές ομάδες ευνοούν περισσότερο. Για παράδειγμα, όσα κράτη ανήκουν στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας στη Νότιας Ευρώπη μεταφέρουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών παροχών στην υψηλότερη εισοδηματική ομάδα από ό,τι στην χαμηλότερη. Η Πορτογαλία ηγείται αυτής της ομάδας χωρών της Νότιας Ευρώπης, όπου η χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα λαμβάνει σαφώς λιγότερα από όσα λαμβάνει η ανώτερη: Το 11% του συνόλου των παροχών σε χρήμα πηγαίνει στο κατώτερο 20% των εισοδηματιών, ενώ το 40% πηγαίνει στο ανώτερο 20%. Η Πορτογαλία έχει επίσης ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ανισότητας.

3.4 Αλλαγές στη νομοθεσία στην Ελλάδα

Το 2010, υπήρξε αναθεώρηση της διοικητικής διάρθρωσης στην Ελλάδα με το σχέδιο «Καλλικράτης» το οποίο συνένωσε πολλούς δήμους σε μία δημοτική κοινότητα και κατά αυτόν τον τρόπο μετέφερε την αρμοδιότητα της κοινωνικής φροντίδας και κοινωνικής πρόνοιας από το δημόσιο σε κάθε τοπική αρχή. Ωστόσο, αυτή η κίνηση δεν έχει στεφθεί με απόλυτη επιτυχία καθώς τόσο η οικονομική κρίση όσο και τα μέτρα λιτότητας με τα μέτρα περιορισμού και περικοπών των δημόσιων δαπανών έχουν ως αποτέλεσμα εδώ και αρκετά χρόνια να περιορίζουν τις δυνατότητες των ΟΤΑ και να ενσωματώσουν σε ενιαίες δομές τις υφιστάμενες «κατακερματισμένες» προνοιακές υπηρεσίες. Δομές για άτομα τρίτης ηλικίας αλλά και ευπαθών ομάδων όπως η «Βοήθεια στο Σπίτι» αλλά και δομές ημερήσιας φροντίδας έχουν στηριχθεί στο μεγαλύτερο μέρος τους σε επιδοτήσεις από ευρωπαϊκά προγράμματα και ευέλικτες μορφές απασχόλησης. Σε αυτές τις περιπτώσεις τέτοιες συνθήκες δύναται να επηρεάσουν αρνητικά οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών.

Το 2011 πραγματοποιήθηκε στην χώρα ακόμα μία άλλη μεγάλη θεσμική αλλαγή που αφορά τον νόμο 4025 ο οποίος προώθησε τη λειτουργική συγχώνευση των κέντρων κοινωνικής φροντίδας τόσο ανά νομό αλλά και ανά περιφέρεια. Οι 92 μονάδες κοινωνικής φροντίδας που μπορεί να αφορούν ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, άτομα με αναπηρία, τρίτη ηλικία οδηγήθηκαν σε συγχώνευση σε 22 οργανισμούς, σε κάθε μία από τις 13 διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Επίσης, ο νόμος εισήγαγε τη δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων που αφορά τον έλεγχο όλων των ατόμων που δικαιούνται όλα τα προνοιακά επιδόματα.

Η κατοχύρωση του δικαιώματος σε υπηρεσίες ΜΦ, είτε μέσω συμπληρωματικής κοινωνικής ασφάλισης είτε με την εισαγωγή ενός καθολικού συστήματος το οποίο θα χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας, (η οποία μπορεί να βασίζεται με ύπαρξη ή όχι εισοδηματικών κριτηρίων στην παροχή υπηρεσιών), θα μπορούσε κατά αυτόν τον τρόπο να αποτελέσει μια διαρθρωτική λύση η οποία θα είναι και ο τρόπος αντιμετώπισης των μελλοντικών αναγκών των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα λόγω της δημογραφικής γήρανσης. Από την άλλη πλευρά η επιλογή αυτή φαίνεται

να μην είναι εφικτή για την ΜΦ στην Ελλάδα λόγω της λιτότητας που έχει επιβληθεί στην χώρα. Επιπρόσθετα, η ένταξη της ΜΦ στην κοινωνική ασφάλιση το πρώτο στοιχείο που απαιτεί είναι να υπάρχει εμφανής αύξηση των εισφορών. Ωστόσο και αυτή η επιταγή μέχρι και πριν λίγα χρόνια ήταν αντίθετη με τις δεσμεύσεις που είχε η χώρα για την οικονομική της πορεία σε ότι αφορούσε τα Μνημόνια που είχε συνάψει με τις χώρες του εξωτερικού οι οποίες προέβλεπαν ως βασικό στοιχείο την μείωση των ασφαλιστικών εισφορών.

Μέσω του νόμου 4025 η κυβέρνηση κατάφερε να κάνει δυνατή την χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ (Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών), το οποίο είχε δημιουργηθεί από το 2008 με την μορφή ενός αποθεματικού ταμείου το οποίο είχε ως στόχο να υπάρχει για να καλύψει μελλοντικές ανάγκες χρηματοδότησης που μπορεί να προέκυπταν για τον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και της σειράς προγραμμάτων ασφάλισης όπως είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Επιπλέον, στο συγκεκριμένο νόμο από το 2012 υπάρχει ρητή αναφορά η οποία προβλέπει την χρήση των πόρων του ΑΚΑΓΕ για αυτό το πρόγραμμα. Ακόμη προσθέτει στη σχετική νομοθεσία για τη λειτουργία του ΑΚΑΓΕ έναν ακόμη σκοπό, αυτόν που συνεπάγεται την χρήση των αποθεματικών του ταμείου για να μπορούν να καλυφθούν τα κόστη λειτουργίας των υπηρεσιών της ΜΦ τα οποία προσφέρονται μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο σχεδιασμός προβλέπει πως οι πόροι οι οποίοι προορίζονται για το «Βοήθεια στο Σπίτι» θα μεταφέρονται από τον ΑΚΑΓΕ στο ΙΚΑ. Το ΙΚΑ ήδη από την ψήφιση του νόμου 4022, είχε υπό την ευθύνη του τον τρόπο διαχείρισης του προγράμματος. Βέβαια, ο ΑΚΑΓΕ έχει ως πηγή χρηματοδότησης εισφορές που πληρώνονται από τους συνταξιούχους της χώρας, ωστόσο η πρόσβαση σε αυτό το καινούργιο πρόγραμμα έχει ως βάση του τον αυστηρό έλεγχο των πόρων και προορίζεται σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι μόνοι τους, δεν λαμβάνουν βοήθεια από συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα και είναι άποροι. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι ένας μόνος του ή ζευγάρια με τα παραπάνω κριτήρια, πρέπει να είναι άνω των 65 ετών. Ακόμα ο νόμος προβλέπει πως σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται και συνταξιούχοι της κατηγορίας ΑμΕΑ, οι οποίοι και πάλι έχουν ένα επίπεδο αναπηρίας το οποίο βρίσκεται σε ένα ποσοστό της τάξης του 67% και άνω, ανεξάρτητα από την ηλικία

που έχει αυτή η συγκεκριμένη ηλικία, οι οποίοι από την πλευρά τους πληρούν και κάποια απαιτούμενα κριτήρια εισοδήματος. Αξίζει να σημειωθεί πως σε αυτήν την περίπτωση ο νόμος προβλέπει πως το κατώτατο όριο για να μπορούν τα άτομα αυτά να ενταχθούν στις παροχές του νόμου είναι καθορισμένο σε ένα ποσό το οποίο φθάνει τα 7.715€ ανά έτος (Πετμεζίδου, et al., 2015).

Ένα άλλο καινούργιο στοιχείο το οποίο εντάσσεται σε αυτό το θεσμικό πλαίσιο είναι ότι μετά από πολλά χρόνια δίνεται ενθάρρυνση και ώθηση στην ύπαρξη του ανταγωνισμού μεταξύ των διαφορετικών παροχών. Αυτή η επιλογή δίνεται καθώς δεν είναι μοναδικό το πρόγραμμα της «Βοήθειας στο Σπίτι» το οποίο λειτουργεί με την βοήθεια στους κατά τόπους ΟΤΑ αλλά μπορούν πλέον και άλλοι κερδοσκοπικοί αλλά και μη οργανισμοί να προσφέρουν παρόμοιες υπηρεσίες, να απευθύνονται σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες ή να μιμούνται το έργο αυτού του προγράμματος. Όλοι αυτοί οι οργανισμοί έχουν την δυνατότητα να κάνουν προσφορές στο ΙΚΑ, το οποίο για την ώρα είναι το αρμόδιο όργανο που θα ασχοληθεί με την κατάρτιση και την επικαιροποίηση του μητρώου με τρόπο συστηματικό το οποίο περιέχει όλους τους πιστοποιημένους φορείς. Ο λόγος για αυτήν την κατάταξη γίνεται έτσι ώστε να μπορεί να επιλέγει ο δικαιούχος τον πάροχο στον οποίο θέλει να απευθυνθεί. Παράλληλα, προβλέπεται η διακοπή της κρατικής χρηματοδότησης των δημοτικών δομών «Βοήθειας στο Σπίτι». Η εναλλακτική λύση που προτείνεται σε αυτήν την περίπτωση είναι όσα είναι τα άτομα που εργάζονται σε τέτοιας μορφής δομές να προσπαθήσουν και να δημιουργήσουν μεταξύ τους ένα σύνολο από επιχειρήσεις που θα συνεργάζονται σε μορφή συνεταιρισμού και κατά αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να ενταχθούν στο νέο πλαίσιο που προβλέπει ένα ανταγωνιστικό σύστημα σε σχέση με ότι μπορεί να παρέχει ο κάθε πάροχος- οργανισμός και τους ανθρώπους της κοινωνίας στους οποίους απευθύνεται. Βέβαια, το γεγονός αυτό όπως ήταν αναμενόμενο ξεσήκωσε αρκετές αντιδράσεις από τους κατά τόπους ΟΤΑ και τους συνδικαλιστικούς φορείς που εκπροσωπούν τους κοινωνικούς λειτουργούς με άμεσο αποτέλεσμα να μην υπάρξει ακόμα μια πλήρης εφαρμογή τέτοιων ρυθμίσεων στη χώρα. Επίσης, η αντίδραση αυτή έκαμψε για λίγο της αποφάσεις της κρατικής εξουσίας, ένα τέτοιο δείγμα ενδεικτικό της κατάστασης ήταν πως προς τα τέλη του 2013 υπήρξε εκ νέου χρηματοδότηση από το κράτος σε όλες τις δημοτικές δομές,

χρηματοδότηση δηλαδή που συνεχίστηκε για έναν ακόμη χρόνο (Μπρέντα & Ρόμπολας, 2019).

ΜΕΡΟΣ IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Χρονικός καθορισμός εργασίας

Η διεξαγωγή αυτής της εργασίας άρχισε τον Σεπτέμβριο του 2021 και είχε το χρονικό περιθώριο να ολοκληρωθεί μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2022 στο τέλος του χειμερινού εξαμήνου.

4.2 Μεθοδολογία εργασίας

Η εργασία βασίζεται σε δευτερογενή στοιχεία, είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που μελετά εκ νέου το θέμα της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Γενικά ο σκοπός μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να αποκτήσει μια κατανόηση της υπάρχουσας έρευνας και των συζητήσεων που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο θέμα ή τομέα μελέτης, και να παρουσιάσει τις γνώσεις αυτές με τη μορφή γραπτής έκθεσης. Η διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης βοηθά κάθε κλάδο να αποκτήσει περισσότερες γνώσεις για ένα συγκεκριμένο τομέα. Μέσω της βιβλιογραφικής έρευνας συγκεντρώνεται η κατάλληλη πληροφορία η οποία μέχρι πρότινος μπορεί να βρισκόταν διασκορπισμένη σε πολλές πηγές. Έτσι, ο συγγραφέας αλλά και οι αναγνώστες μιας βιβλιογραφικής έρευνας ενημερώνονται για σημαντικές έννοιες, ερευνητικές μεθόδους και πειραματικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στον τομέα που τους απασχολεί. Το πιο σημαντικό στοιχείο είναι ότι πρόκειται να αποκτηθεί και μια γενικότερη και ευρύτερη εικόνα για τον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές εφαρμόζουν τις έννοιες που απασχολούν τον συγγραφέα και πως δίνεται λύση στα προβλήματα του πραγματικού κόσμου.

Ένα άλλο μεγάλο πλεονέκτημα των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων είναι ότι καθώς πραγματοποιείται το διάβασμα και η μελέτη για την συγγραφή της επιτυγχάνεται παράλληλα και κατανόηση των ερευνητικών ερωτημάτων που παρουσιάζονται και συζητούνται στο συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο. Επομένως, σε κάθε περίπτωση η βιβλιογραφική έρευνα μπορεί να βοηθήσει στο να προσθέσει και άλλες πηγές και

άλλες οπτικές σε ένα συγκεκριμένο θέμα που μελετάται (University of Melbourne, 2013).

Σκοπός της παρούσας εργασίας με βάση αυτήν την μέθοδο ήταν να συγκεντρωθούν όλα τα απαραίτητα στοιχεία ώστε να δημιουργηθεί στην αρχή ένα βασικό θεωρητικό πλαίσιο και έπειτα να εστιάσει σε κάθε μία από τις ομάδες που λαμβάνουν κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα ξεχωριστά. Για να γίνει αυτό χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία με βιβλία, επιστημονικές δημοσιεύσεις και περιοδικά καθώς και πληροφορίες από εγκεκριμένα site του διαδικτύου. Απορρίφθηκε βιβλιογραφία η οποία θεωρήθηκε πολύ γενική στο θέμα της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα ή βιβλιογραφία που στήριζε μια συγκεκριμένη πολιτική άποψη.

4.3 Συμπερασματικές προσδοκίες

Με τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης εργασίας η κύρια προσδοκία είναι να αποδειχθεί αν η παροχή μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην χώρα μπορεί να βοηθήσει και σε πιο βαθμό στη βελτίωση του δείκτη ποιότητας ζωής ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, οπότε και των συνθηκών διαβίωσης και υποστηρίζει την επιβίωση. Σε αρχικό πλάνο η κύρια επιθυμία είναι να μελετηθεί σε ποιο στάδιο βρίσκεται ο τομέας της υγείας και κυρίως της μακροχρόνιας υγείας στην Ελλάδα και πως έχει διαμορφωθεί στην πορεία των χρόνων. Μια άλλη συνιστώσα που αφορά την έρευνα είναι πέρα από τις άτυπες ομάδες που παρέχουν κοινωνική στήριξη, τους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ποια είναι η συμβολή του κράτους με την μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης, ειδικότερα της ιδιωτικής ασφάλισης που στην Ελλάδα φαίνεται να αποτελεί μία λύση για όσα άτομα δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από το δημόσιο τομέα εξαρχής.

Η συγκεκριμένη εργασία μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ώστε να εξελιχθούν και να βελτιωθούν με απώτερο σκοπό την βελτίωση της διαβίωσης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Επιπλέον, μέσω της ανασκόπησης που πραγματοποιεί μπορεί να εντοπίσει αδυναμίες του συστήματος στο θεσμικό πλαίσιο, στη στρατηγική διαχείρισης της φροντίδας και του τρόπου που κατανέμεται στα διάφορα πρόσωπα αλλά και του τρόπου με τον οποίο

παρέχεται προστασία σε κάθε μία κοινωνική ομάδα χωριστά. Αυτή η προσπάθεια αναμένεται να βοηθήσει στην κοινωνική ευημερία και στην ανάπτυξη της κοινωνίας της χώρας.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΙΟΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΕΠΙΠΕΔΟ

5.1 Οικογένεια

Από το Σύνταγμα του 1975 και πιο συγκεκριμένα μέσω του άρθρου του 21 θεσπίζεται η προστασία της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται πως *«Η οικογένεια θεωρείται ένα σταθερό θεμέλιο που λογίζεται μέσο ικανό να συντηρήσει και να προάγει το έθνος, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του κράτους»* (αρ.21 παρ.1). *«Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου είναι βασική και πρώτιστη υποχρέωση της πολιτείας»* (αρ. 2 παρ.1). *«Η αναγνώριση η προστασία των θεμελιωδών και απαραύραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου από την πολιτεία αποβλέπει στην πραγμάτωση της κοινωνικής προόδου μέσα σε ελευθερία και δικαιοσύνη»* (αρ.25 παρ. 2). Μέσω αυτού του τρόπου δηλαδή κατοχυρώνεται το κοινωνικό στοιχείο, η ύπαρξη του ως κομμάτι του κράτους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο σταθεροποιείται ένα κράτος πρόνοιας που εμφανίζεται να στηρίζει την οικογένεια ωστόσο δεν φαίνεται να εξασφαλίζει από την άλλη πλευρά πέρα από την θεσμική κατοχύρωση και τα απαραίτητα υλικά μέσα για να την υποστηρίξει (ΦΕΚ Α 111/1975, 1975).

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί στη συγκεκριμένη ενότητα είναι πως όσον αφορά την οικογένεια η κοινωνική πολιτική που ασκεί το κράτος είναι συγκεκριμένη και εστιάζει μονάχα σε ένα μέρος της. Γενικά, η συμβολή του κράτους σε θέματα οικογενειακά δεν είναι άμεση, έχει ρόλο επικουρικό και επεμβαίνει μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις όταν δηλαδή υπάρχει απουσία, διάλυση ή αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες της καθημερινότητας. Ο χαρακτήρας της κοινωνικής πρόνοιας στο τομέα της οικογένειας από το ελληνικό κράτος έχει χαρακτήρα που θέτει στο επίκεντρο τα παιδιά και γι' αυτό ορισμένοι μελετητές της αποδίδουν τον χαρακτηρισμό του υπολειμματικού χαρακτήρα στο συγκεκριμένο τομέα. Δηλαδή το κράτος με την κοινωνική πρόνοια που ασκεί φτάνει στο

αποτέλεσμα, στο να φροντίσει το παιδί όταν η οικογένεια αδυνατεί να το κάνει και δεν επεμβαίνει εξαρχής στο αν τα άτομα που προσπαθούν να δημιουργήσουν μια οικογένεια όντως είναι ικανά να το κάνουν. Το πότε βέβαια θα γίνει άσκηση της κοινωνικής πρόνοιας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επικρατούσα πολιτική και άποψη και τις κατά εποχές αντιλήψεις (Στασινοπούλου, 2003).

Η κοινωνική πολιτική επιδρά στην οικογένεια, στο βαθμό που αυτό συμβαίνει στην Ελλάδα, μέσω δύο τρόπων:

1. Σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, μέσω της άσκησης άλλων πολιτικών που συμπεριλαμβάνουν τον τομέα της οικογένειας και οι οποίες είναι δυνατόν να διαμορφώσουν το ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο στο οποίο οι οικογένειες δημιουργούνται και λειτουργούν.
2. Άμεσα, μέσω μέτρων τα οποία είναι εξειδικευμένα για μια πολιτική που στηρίζει την οικογένεια είτε μέσω της ενίσχυσης του οικογενειακού εισοδήματος, είτε με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας. Τις περισσότερες φορές η πολιτική αυτή απευθύνεται στις πιο ευπαθείς ομάδες όπως είναι οικογένειες που αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό, βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας, αντιμετωπίζουν μορφές αναπηρίας, είτε μονογονεϊκές ή αποτελούνται από μετανάστες.

Γίνεται αντιληπτό πως και στους δύο τρόπους με τους οποίους ασκείται η κοινωνική πολιτική για την φροντίδα της οικογένειας υπάρχουν αρκετά προβλήματα. Στο ευρύτερο πλαίσιο οι ανάγκες της κοινωνίας δεν μπορούν να καλυφθούν σχεδόν ποτέ όσο υπάρχουν άλτα άλλα προβλήματα όπως είναι η ανεργία, οι εργασίες που κάνουν μέλη της οικογένειας να αισθάνονται ανασφάλεια ως προς την επαγγελματική τους εξέλιξη, οι χαμηλοί μισθοί, η έλλειψη επιδομάτων καθώς και το σύνολο των αλλαγών που συμβαίνουν σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η οικονομία κλπ. Από την άλλη πλευρά στα άμεσα μέτρα το κύριο πρόβλημα εντοπίζεται στο γεγονός πως όλη η προσπάθεια εστιάζεται σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Αντιμετωπίζονται βέβαια άμεσα προβλήματα αλλά δεν υπάρχει πλάνο για μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα που να υποστηρίζει νέους γονείς, δεν οδηγεί τα

ζευγάρια να παντρευτούν, δεν υποστηρίζει οικογένειες οι οποίες δεν έχουν αποκτήσει ακόμα παιδιά και άθελα δημιουργεί έναν διαχωρισμό. Το κυριότερο είναι πως όσες οικογένειες δεν είναι στη κατηγορία των ευπαθών πρέπει να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές δυσκολίες χωρίς καμία κοινωνική στήριξη μέσω του κράτους (Μουσούρου & Στρατηγάκη, 2004).

Φορείς που βοηθούν στην Ελλάδα τόσο την οικογένεια όσο και αποκλειστικά τα παιδιά είναι το «Βοήθεια στο Σπίτι», «Χαμόγελο του Παιδιού», «Κ.Ε.Φ.Ο.», και ένα πλήθος εθελοντικών οργανισμών.

5.1.1 Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Γενικός στόχος του προγράμματος αυτού είναι η παραμονή τόσο των ηλικιωμένων όσο και ατόμων με αναπηρία σε μια οικογένεια, στο δικό τους οικείο περιβάλλον. Το πρόγραμμα δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στο να διατηρηθεί παρά το περιστατικό που μπορεί να συμβαίνει κάθε φορά στα άτομα αυτά η συνοχή στον οικογενειακό δεσμό, παρά την ύπαρξη ανάγκης για χρήση κάποιου ιδρύματος. Επίσης να αποφευχθεί η κατάσταση του κοινωνικού αποκλεισμού που είναι πολύ συχνή σε τέτοια περιστατικά, να εξασφαλιστεί ότι υπάρχει μια αξιοπρεπής διαβίωση για αυτά τα άτομα αλλά και παράλληλα να καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε η ζωή τους καθημερινά και μακροχρόνια να γίνει πολύ καλύτερη. Είναι ένα από τα πιο οργανωμένα προγράμματα στην ελληνική κοινωνία και στη συγκεκριμένη υπο-ενότητα γίνεται αναλυτική αναφορά σε αυτό.

Ουσιαστικά, το πρόγραμμα αφορά την παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, η οποία γίνεται μέσω από κατάλληλα καταρτισμένους και στελέχη που μπορεί να είναι εθελοντές από την κοινότητα και την ίδια την ομάδα ή άτομα και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας. Η προσφορά των υπηρεσιών αυτών γίνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, όπως είναι άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με αναπηρίες. Βαρύτητα και προτεραιότητα δίνεται στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν άτομα τα οποία είτε ζουν μόνα τους και δεν έχουν καμία άλλη στήριξη, είτε το εισόδημα που διαθέτουν δεν τους επιτρέπει να

ζήσουν μια καθημερινότητα χωρίς βασικές στερήσεις που να αφορά τις βασικές λειτουργικές τους ανάγκες. Το πρόγραμμα με την συνεισφορά που έχει βοηθά τα άτομα σε καθημερινές τους δραστηριότητες όπως είναι η μετακίνηση τους σε κάποια επίσκεψη σε γιατρό, η μεταφορά τροφίμων απευθείας στο σπίτι του ασθενή, η ψυχολογική υποστήριξη, η συντροφικότητα και η ανάληψη κάποιων καθημερινών εργασιών. Ανάμεσα σε αυτές μπορεί να είναι το πλύσιμο ρούχων, το μαγείρεμα κλπ. Μέσω όλων αυτών των δραστηριοτήτων τα άτομα αποκτούν περαιτέρω αυτοεκτίμηση και ξεφεύγουν από περιστατικά κοινωνικού αποκλεισμού. Το πρόγραμμα ακολουθεί μια σειρά από βασικές αρχές οι οποίες εμπεριέχονται σε γενικές διακηρύξεις και συνθήκες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων παγκοσμίως ενώ ακόμα ακολουθεί ειδικές αρχές που έχουν ως πεδίο αναφοράς ηλικιωμένους και άτομα ΑΜΕΑ. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων τους όπως στο:

- Να μπορούν να επιλέξουν το δικό τους τρόπο ζωής.
- Να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικογενειακό, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκειά του.
- Να έχουν την δυνατότητα για ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα.
- Να μην αποτελούν υποκείμενα ρατσιστικών επιθέσεων, κοινωνικών αποκλεισμών ή αποδέκτες προκαταλήψεων.
- Να μπορούν να απολαύσουν υπηρεσίες και παροχές οι οποίες να τους εξασφαλίζουν μια καθημερινότητα στην οποία η υγεία τους δεν θα κινδυνεύει και η επιβίωση θα είναι απλή όπως γίνεται για όλους τους άλλους ανθρώπους.
- Να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα με τα οποία μπορούν να βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Είναι πολύ σημαντικό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην

Ελλάδα καθώς της δίνει την δυνατότητα να διευρύνει τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά τις υπηρεσίες της που αφορούν την κοινωνική φροντίδα και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί αυτή να προσφερθεί στους πολίτες. Ανάμεσα στις υπηρεσίες που προσφέρονται βρίσκονται και αυτές που έχουν να κάνουν με την κοινωνική εργασία, την νοσηλευτική φροντίδα αλλά και φορείς που ασχολούνται με την οικογενειακή οικιακή βοήθεια και την ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων που αφορούν την κάλυψη βασικών αναγκών. Ιδιαίτερη είναι και η ανάγκη της δυνατότητας επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών που προσφέρει η υπηρεσία αυτή.

Το πιο σημαντικό στοιχείο αυτού του προγράμματος είναι ότι δίνει προτεραιότητα αρχικά στη φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται στη τρίτη ηλικία τα οποία ζουν μόνα τους ή κάποιες από τις ώρες της ημέρας και δεν έχουν την δυνατότητα λόγω των προβλημάτων που τα συνοδεύουν να εξυπηρετηθούν μόνα τους σε σημαντικό βαθμό. Πέρα από αυτά τα άτομα τις ίδιες ή και περισσότερες ανάγκες έχουν και άτομα τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των ΑΜΕΑ. Πρόκειται πάλι για άτομα που ζουν μόνα τους ή ακόμα και αν ζουν με την οικογένεια τους δεν μπορεί η ίδια η οικογένεια να τα φροντίσει με τα κατάλληλα μέσα και τρόπους. Εδώ υπάρχει πιο έντονα ο κίνδυνος για κοινωνικό αποκλεισμό, απομόνωσης ή ακόμα και υπερβολικής έντασης στην οικογένεια η οποία μπορεί να οδηγήσει τα άτομα αυτά μακριά από το οικείο περιβάλλον τους σε κάποιο ίδρυμα. Σε πολλές περιπτώσεις η ιδρυματική φροντίδα στα άτομα αυτά έχει το αντίθετο από το αναμενόμενο αποτέλεσμα καθώς μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση τους αν βρίσκονται μακριά και χωρίς καμία επαφή από το οικείο και φιλικό τους περιβάλλον.

Το πρόγραμμα αυτό χρηματοδοτείται από τους κατά τόπους δήμους και είναι πλέον πανελλαδικό. Αποτελείται από έναν κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος είναι υπεύθυνος και για τον συντονισμό του προγράμματος. Στα άλλα πρόσωπα που απαρτίζουν την ομάδα βρίσκονται ένας με δύο νοσηλευτές και υπάρχουν ακόμα έως και τρεις κοινωνικοί φροντιστές. Ο φορέας αυτός μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο για όλους τους φορείς μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στη χώρα καθώς η ομάδα που απαρτίζεται από αυτά τα μέλη φροντίζει να εφαρμόζει τις αρχές και μεθόδους

που έχουν σχέση με την ομαδική εργασία αλλά και του κοινωνικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά εκτός και από άλλες δραστηριότητες και πέρα από το αρχικό στάδιο όπου βγαίνει ένα βασικό πρόγραμμα καθορίζονται κάποιες σταθερές ημερομηνίες που μπορεί να αφορά ημέρα και ώρα για τον μηνιαίο και εβδομαδιαίο προγραμματισμό και απολογισμό της ομάδας. Επίσης, υπάρχει υποχρέωση και από τα μέλη της ομάδας τα οποία πρέπει να τηρούν αρχείο σχετικά με τα καθημερινά στατιστικά στοιχεία για τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν. Επίσης έχουν να συμπληρώσουν και εβδομαδιαίο δελτίο το οποίο θα παραδίδουν στον συντονιστή του προγράμματος ώστε να βοηθούν στις ανάγκες ενημέρωσης που προκύπτουν από τις αρμόδιες εποπτικές αρχές, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος (ΚΕΔΗΒ, 2020).

5.1.2 Πρόγραμμα «Χαμόγελο του Παιδιού»

Το «Χαμόγελο του παιδιού» είναι ένας εθελοντικός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός ο οποίος λειτουργεί στην Ελλάδα, και έχει ως βασικό του στόχο να υπερασπίζεται τα δικαιώματα των παιδιών και την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων τους. Ανάμεσα στις δράσεις τις οποίες αναλαμβάνει είναι να φιλοξενεί παιδιά τα οποία είτε είναι ορφανά, είτε για πολλούς λόγους δεν πρέπει να μένουν με την οικογένεια τους γιατί η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο. Επιπλέον, το πρόγραμμα παρέχει την δυνατότητα για τηλεφωνική υποστήριξη των παιδιών αλλά και γονέων που αντιμετωπίζουν προβλήματα, παρέχει μια σειρά από προγράμματα συμβουλευτικής και κοινωνικής ένταξης των παιδιών με προβλήματα αλλά και περιθωριοποιημένες οικογένειες, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να βοηθήσει και να ενισχύσει οικογένειες οι οποίες βρίσκονται σε άσχημη οικογενειακή κατάσταση, μάλιστα πολλές από αυτές μπορεί να βρίσκονται και σε ένδεια ενώ παράλληλα τρέχει και διοργανώνει ένα σημαντικό αριθμό από εκστρατείες ενημέρωσης αλλά και πολιτιστικών και αθλητικών εκδηλώσεων.

Ο οργανισμός δημιουργήθηκε το 1995 στην Ελλάδα και υποστηρίζεται και από το δημόσιο και από στήριξη ιδιωτών. Όπως προαναφέρθηκε ο οργανισμός έχει ένα

μεγάλο πλήθος δράσεων και ένα ακόμα μεγαλύτερο πλαίσιο δραστηριοτήτων. Η κύρια πηγή δύναμης του οργανισμού είναι η δύναμη των εθελοντών οι οποίοι καλύπτουν με το έργο τους τις συνεχείς ανάγκες που υπάρχουν τόσο στα παιδιά αλλά και στις οικογένειες που τα βοηθούν και χρειάζονται και αυτές με την σειρά τους βοήθεια. Οι δράσεις αυτές που κάνει ο οργανισμός είναι οι ακόλουθες:

- Φροντίδα παιδιών τα οποία βρίσκονται σε νοσοκομεία,
- Προσφορά δημιουργικής απασχόληση στα νοσοκομεία Παίδων ώστε τα παιδιά να μην νιώθουν μόνα τους κατά την περίοδο που νοσηλεύονται.
- Διατήρηση κέντρων τα οποία έχουν ως στόχο τους την στήριξη τόσο των παιδιών όσο και της οικογένειας που έχει παιδί που αντιμετωπίζει προβλήματα.
- Λειτουργία ενός εθελοντικού δημιουργικού εργαστηρίου για δημιουργική απασχόληση στα νεαρά παιδιά.
- Δημιουργία πλήθος παζαριών και εκθέσεων με σκοπό να γίνει έκθεση της δημιουργίας που έχουν φτιάξει τα παιδιά και παράλληλα να συγκεντρωθούν με αυτόν τον τρόπο χρήματα για την στήριξη των έργων του οργανισμού.
- Παροχή πλήρους διοικητικής και γραμματειακής υποστήριξης η οποία έχει ως σκοπό τον καλύτερο συντονισμό στις δράσεις που πραγματοποιεί και την δημιουργία ενός ενιαίο προγράμματος για όλες τις δομές στην Ελλάδα.
- Λειτουργία της δομής «τα Σπίτια» τα οποία αποτελούν και αυτά δομές φροντίδας παιδιών.
- Οργάνωση δράσεων όπως αυτή του «Yousmile.gr», όπου οι περισσότερες συμπεριλαμβάνουν και Μαθητικά Βραβεία με πιο γνωστό από όλα το YouSmile Awards το οποίο έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση των μαθητών και των οικογενειών τους σε διάφορα θέματα που αφορούν τα δικαιώματα των παιδιών.

- Ο οργανισμός διατηρεί εδώ και χρόνια τηλεφωνική γραμμή η οποία είναι γνωστή ως «**Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1056 για τα Παιδιά**», το «Chat 1056» και το γνωστό *Amber Alert Hellas* το οποίο έχει να κάνει με την εξαφάνιση παιδιών. Γενικά, επιτελείται μια προσπάθεια μέσω της οποίας ο οργανισμός προσπαθεί να παρέχει τηλεφωνική απομακρυσμένη στήριξη σε παιδιά και οικογένειες που το έχουν ανάγκη και δεν μπορούν να καταφύγουν στη δομή ενώ έχει δική του γραμμή ενημέρωσης σε πανελλήνιο επίπεδο για ανακοινώσεις παιδιών που έχουν εξαφανισθεί.
- Άλλο βασικό στοιχείο είναι η προσέλκυση και ο συντονισμός πλήθος ανθρώπων από αυτούς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και τον οργανισμό οι οποίοι προσφέρουν εθελοντικά την εργασία τους σε ατομικό επίπεδο. Επίσης, πολλοί από αυτούς βοηθούν με βάση την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Παράλληλα, υπάρχουν και άτομα τα οποία μπορούν να υποστηρίξουν τον οργανισμό χρηματικά στο εταιρικό-συλλογικό επίπεδο στα πλαίσια της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Αυτό συνήθως πραγματοποιείται με τη μορφή χορηγιών και δωρεών (Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2016).

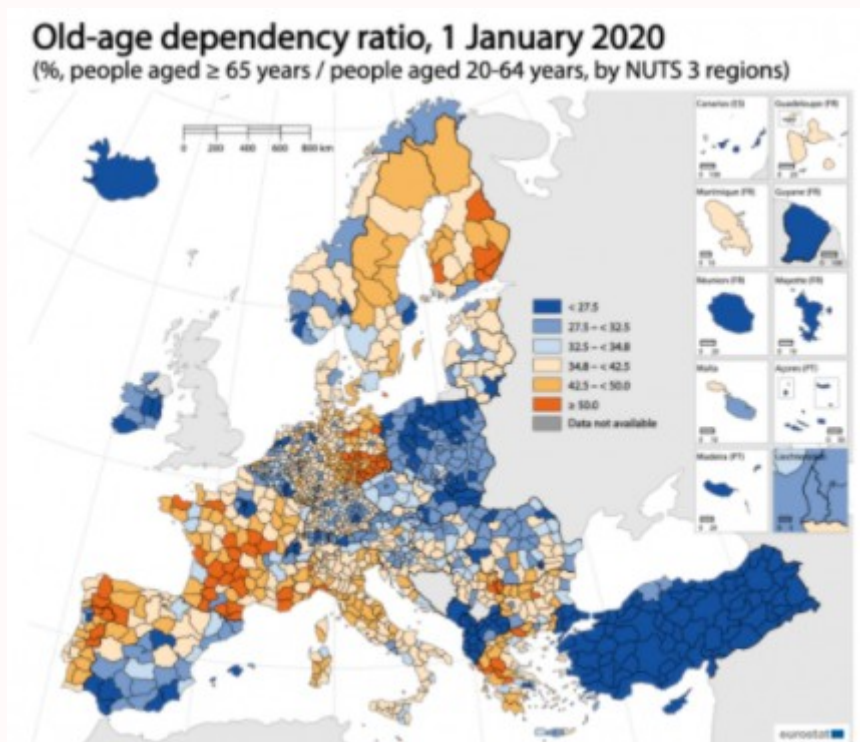
5.2 Ηλικιωμένοι

Η πληθυσμιακή ταυτότητα της χώρας αποτελείται στο μεγαλύτερο ποσοστό της από πληθυσμού ηλικίας 65+. Μάλιστα, ξεπερνά σε αυτήν της την σύσταση όλα τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ. Όσον αφορά όμως την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα που όπως είναι λογικό θα χρειάζονται αυτά τα άτομα, η Ελλάδα δεν έχει τις μεγαλύτερες δαπάνες, ή τουλάχιστον στοιχειώδεις δαπάνες που θα μπορούσαν να ενισχύσουν αυτόν τον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία από έρευνες δείχνουν πως η Ελλάδα διαθέτει ένα ποσοστό μικρότερο από το 0,2% του ΑΕΠ της συνολικής δαπάνης στην μακροχρόνια φροντίδα. Την ίδια χρονική στιγμή η Ευρώπη έχει ένα μέσο όρο ο οποίος φτάνει το 1,5%. Η μετάφραση αυτών των στοιχείων σημαίνει πολύ απλά πως στη χώρα δεν υπάρχει εύρος υγειονομικών και ασφαλιστικών παροχών προς το συγκεκριμένο κομμάτι του πληθυσμού. Για παράδειγμα, το 2020

σε σύνολο 100.000 κατοίκων ο αριθμός των κλινικών που αντιστοιχούσε ήταν <1 τόσο σε μονάδες νοσηλείας μακροχρόνιας φροντίδας όσο και στο γενικότερο νοσοκομειακό τομέα. Με αυτόν τον τρόπο η Ελλάδα κατατάσσεται στην πιο χαμηλή θέση σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της ΕΕ (Μήτκα, et al., 2021).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά είναι η άνοια που συνήθως πρόκειται χρόνια ή προοδευτική, κατά την οποία παρατηρείται επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας (δηλ. της ικανότητας επεξεργασίας της σκέψης) πέραν της αναμενόμενης από τη φυσιολογική γήρανση. Επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, τους υπολογισμούς, την ικανότητα μάθησης, τη γλώσσα και την κρίση. Η έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας συνήθως συνοδεύεται, και ενίοτε προηγείται, από επιδείνωση του συναισθηματικού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων του ανθρώπου (Αυδή & Ρούση, 2010).

Μέσω της **Εικόνας 4** φαίνεται πως μία από της πιο γηρασμένες χώρες στην Ευρώπη είναι αδιαμφισβήτητα η Ελλάδα με τον ανάλογο δείκτη να φτάνει το 40% σε ορισμένες περιοχές την ώρα που ο μέσος όρος στην Ευρώπη δεν ξεπερνά το 34,8%. Φαίνεται επομένως πως χώρες με τόσο μεγάλο πληθυσμό σε ηλικία που πλησιάζει τον μέσο όρο των 70 ετών σίγουρα χρειάζεται τα κατάλληλα συστήματα υγείας ώστε να καταφέρει να επιβιώσει και να παρέχει ένα καλύτερο βιοτικό επίπεδο σε αυτά τα άτομα. Τα προβλήματα δεν είναι τόσο σημαντικά στα μεγάλα αστικά κέντρα καθώς εκεί η υγειονομική περίθαλψη είναι πιο εύκολη αλλά δημιουργούνται κυρίως σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές εκεί που η ιατρική και υγειονομική περίθαλψη καθίσταται από δύσκολη μέχρι και αδύνατη. Πέρα από την Ελλάδα σημαντικό πρόβλημα αντιμετωπίζουν και μεγαλύτερες χώρες όπως η Ιταλία, η Γαλλία και η Πορτογαλία (Η Καθημερινή, 2021).



Εικόνα 4: Γήρανση πληθυσμού Ευρώπης (Eurostat, 2019)

Γεγονός είναι πως δεν έχει δημιουργηθεί μια υπηρεσία που να έχει ρόλο συντονιστικό και επίβλεψης και να αφορά στη μακροχρόνια φροντίδα της χώρας. Αυτή η κατάσταση προκαλεί ένα σύνολο από προκλήσεις που πρέπει να ξεπεράσουν οι ηλικιωμένοι της χώρας ώστε να μπορέσουν να εκπροσωπηθούν επαρκώς και να επιτύχουν ένα στοιχειώδη συντονισμό θεμάτων σε ότι αφορά την σχέση τους με το κράτος και τις παροχές που αυτό μπορεί να τους παρέχει. Φαίνεται πως οι κοντινοί συγγενείς έχουν αναλάβει την φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι, ενώ σημαντικό ρόλο έχουν και διάφορες ΜΚΟ σε ότι αφορά την φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Ένας αριθμός που ξεπερνά το μισό εκατομμύριο των ανθρώπων αυτών έχει αναφέρει πως έρχεται αντιμέτωπο καθημερινά με διάφορες δυσκολίες σε ότι έχει να κάνει με δραστηριότητες προσωπικής φροντίδας, ενώ τα 2/3 φαίνεται πως χρειάζονται βοήθεια για την ολοκλήρωσή τους (Μήτκα, et al., 2021).

Εάν κάποιος θέλει να εξετάσει τους φορείς εκείνους που φροντίζουν την μακροχρόνια φροντίδα για τους ηλικιωμένους στη χώρα αυτό βασίζεται σε κάποιες συγκεκριμένες υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από: (α) ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ανάλογα με το ταμείο στο οποίο έχει ασφαλιστεί κάθε άτομο και το ποσό που πλήρωνε για ασφάλεια αναλαμβάνει και την ανάλογη φροντίδα, ωστόσο εδώ η αναφορά γίνεται κυρίως για νοσηλευτική φροντίδα η οποία παρέχεται από ιδιωτικές κλινικές προς χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους. Βέβαια όπως αναφέρθηκε και πριν τόσο το εύρος όσο και ο βαθμός της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει να κάνει με το κοινωνικό-ασφαλιστικό ταμείο. (β) από μια σειρά προγραμμάτων ή δομές τα οποία έχουν δημιουργηθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα και αφορούν αποκλειστικά την φροντίδα των ατόμων σε μεγάλη ηλικία. Η αναφορά εδώ γίνεται για προγράμματα του τύπου «Βοήθεια στο Σπίτι» αλλά και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων η λειτουργία των οποίων οφείλεται στις επιχορηγήσει από τους κατά τόπους ΟΤΑ. (γ) από την οικογένεια η οποία προσφέρει τυπικά ή άτυπα με οικονομική βοήθεια και τέλος (δ) από ΜΚΟ οι οποίες στο μεγαλύτερο αριθμό τους προέρχονται από εκκλησιαστικά ιδρύματα ή αφορούν γηροκομεία.

Ο μεγαλύτερος αριθμός από αυτές τις δομές οι οποίες κατευθύνονται προς τις δομές των ηλικιωμένων παρουσιάστηκαν στην Ελλάδα προς τα τέλη της δεκαετίας του 1990, πάντα υπό την αιγίδα των ΟΤΑ στο πλαίσιο της μορφής προγραμμάτων τα οποία χρηματοδοτούνται στο μεγαλύτερο βαθμό μέσω από πακέτα στήριξης της ΕΕ. Αυτό που συνέβη στη πραγματικότητα είναι πως ο κεντρικός στόχος ο οποίος αφορούσε ένα σχέδιο το οποίο θα ενίσχυε αυτού του τύπου τις δομές και παράλληλα θα τις πολλαπλασίαζε, δημιουργώντας ένα ευρύ φάσμα από κοινωνικές υπηρεσίες για κάθε ΟΤΑ δίνοντας καινούργια πνοή στις κοινωνικές υπηρεσίες δεν πραγματοποιήθηκε στο μέγιστο βαθμό. Μάλιστα, πολλά από αυτά τα προβλήματα από τότε μέχρι και σήμερα σχεδόν τρεις δεκαετίες μετά δεν μπορούν να λειτουργήσουν σωστά τόσο για διοικητικούς λόγους όσο και για οικονομικούς λόγους καθώς δεν υπάρχει επαρκής επιχορήγηση και χρηματοδότηση. Από αυτήν την πλευρά ενισχύεται αυτή η άποψη η οποία θέλει την μακροχρόνια φροντίδα στην

Ελλάδα ειδικά στον τομέα των ηλικιωμένων να παραμένει χρόνια πίσω σε σχέση με άλλες χώρες. Βέβαια, από την άλλη πλευρά η δημοσιονομική και οικονομική κρίση έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο τόσο στις συνθήκες υπό τις οποίες λειτούργησαν αυτά τα προγράμματα αλλά και τόσο στα ποσά των χρηματοδοτήσεων τους καθώς σε μια εποχή μνημονίων άρχισαν είτε να υπό-χρηματοδοτούνται είτε να υφίστανται περικοπές. Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα σε αυτήν την περίπτωση είναι πως τα άτομα τα οποία στελεχώνουν αυτού του είδους τις δομές συνήθως προσλαμβάνονται με συμβάσεις διάρκειας λίγο μηνών έως και χρόνου και γι' αυτό το λόγο κάτω από αυτές τις συνθήκες οι δομές δεν είναι δυνατόν να δουλεύουν συστηματικά και με συγκεκριμένο πλάνο. Οι αλλαγές σε προσωπικό τόσο διοικητικό όσο και χαμηλόβαθμο είναι συχνές με αποτέλεσμα οποιοδήποτε πλάνο να μην μπορεί να τεθεί σε μακροχρόνια εφαρμογή ή να σταματά για να ξεκινήσει κάποιο άλλο καινούργιο. Επίσης, μια παθολογία του συστήματος των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα αφορά τα επιδόματα αλλά και τις παροχές που αφορούν τις συντάξεις αναπηρίας οι οποίες δεν έχουν καθολικό και δημόσιο χαρακτήρα. Όλες αυτές τις αποδοχές όπως και παροχές που έχουν χαρακτήρα ο οποίος είναι μη ανταποδοτικός προέρχονται από ιδρύματα της κοινωνικής πρόνοιας.

Αν και το ελληνικό κράτος κάνει προσπάθεια για παροχή ιδρυματικής φροντίδας σε άτομα άπορα, ηλικιωμένους που λόγω της κατάστασης τους μένουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη από φροντίδα οι δομές και οι υπηρεσίες δεν φαίνεται να είναι αρκετές. Η πραγματικότητα είναι πως από τα 26 κέντρα που αφορούν την κοινωνική φροντίδα, τρία από αυτά έχουν και τμήμα για ηλικιωμένα άτομα. Κανένα από αυτά δεν βρίσκεται στη πρωτεύουσα, δύο εντοπίζονται στη Βόρεια Ελλάδα και το άλλο στη Κρήτη. Από στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ- όχι μόνο για αυτόν τον τομέα- δίνεται πως το 2009 υπήρχε ένας αριθμός από 1.900 άτομα διαφόρων ηλικιών που λάμβαναν φροντίδα από ιδρύματα, επίσης υπήρχαν και 80 άτομα τα οποία εξυπηρετούνταν από μονάδες που αφορούν ανοικτή φροντίδα όπως είναι τα Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας (ΚΚΦ). Για όλα αυτά τα άτομα το σημαντικό είναι πως οι δομές διέθεταν ένα προσωπικό που ανερχόταν σε 1.400 εργαζόμενους σε όλες τις βαθμίδες. Επομένως, γίνεται εύκολο αντιληπτό πως και τα κέντρα για την κοινωνική φροντίδα

είναι λίγα και δεν επαρκούν για όλα τα άτομα αλλά και όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα εκεί τα πράγματα είναι πολύ πιο δύσκολα. Από την άλλη πλευρά και από άποψη των εργαζομένων τα άτομα είναι και σε αυτήν την περίπτωση λίγα, δεν φθάνουν να εξυπηρετήσουν την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Αν και οι αριθμοί μπορεί να αφορούν άτομα σε όλες τις δομές, αυτή είναι μια μεγάλη εικόνα που αντανακλά ωστόσο τα γενικά ελλείμματα που υπάρχουν και στη περίπτωση των ατόμων στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες, στους ηλικιωμένους που περισσότερο από όλους τους υπόλοιπους χρειάζονται περαιτέρω φροντίδα και η πολιτεία πρέπει να μεριμνήσει για αυτό σε μεγαλύτερο βαθμό.

Ένα από τα ιδρύματα που φροντίζει την Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα είναι το Κοινωφελούς Ιδρύματος ΤΙΜΑ που προσπαθεί να ικανοποιήσει ένα σημαντικό αριθμό από ανάγκες άλλες κρίσιμες και άλλες όχι των ηλικιωμένων που βρίσκονται στη χώρα με σκοπό να τους δώσει περισσότερη ποιότητα στη διαβίωση τους (ΤΙΜΑ, 2021). Όσον αφορά το κράτος διαθέτει κάποιες δομές ανοικτές και κλειστές αποκλειστικά για ηλικιωμένους. Στην ανοιχτή περίθαλψη ανήκουν τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η). Πρόκειται για μονάδες οι οποίες προσφέρουν ημερήσια φιλοξενία σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν έχουν την δυνατότητα να εξυπηρετούνται από μόνοι τους και αυτό μπορεί να προκαλείται είτε λόγω της προχωρημένης ηλικίας, είτε λόγω κάποιας πάθησης όπως άνοιας κλπ. διότι τα άτομα που θα τους φρόντιζαν στο σπίτι από το οικείο οικογενειακό περιβάλλον είτε εργάζονται, είτε αντιμετωπίζουν και εκείνοι σοβαρά προβλήματα κοινωνικά, οικονομικά και υγείας. Τα ΚΗΦΗ έχουν ως στόχος τους να προσπαθούν να βελτιώσουν από τα απλά καθημερινά πράγματα το ποιοτικό επίπεδο της ζωής των ηλικιωμένων, να κάνουν όσο το δυνατόν καλύτερη την παραμονή τους στο προσωπικό τους περιβάλλον και όποτε υφίσταται και στο οικογενειακό ενώ παράλληλα να διατηρούν και μια φυσιολογική ζωή τόσο από την κοινωνική όσο και από την εργασιακή πλευρά στα μέλη που έχουν να κάνουν με την οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον τα οποία ασχολούνται αποκλειστικά με την φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα ΚΗΦΗ μπορούν να ιδρυθούν και οφείλουν την λειτουργία τους

σε επιχειρήσεις ΟΤΑ. Βέβαια αρκετές φορές σημαντική είναι και η συμβολή φορέων ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στη κλειστή περίθαλψη ανήκουν οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων οι οποίες λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Επιπλέον, από τις κατά τόπου περιφέρειες αδειοδοτούνται για τον ηλικιωμένο πληθυσμό θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία υπάρχουν περίπου 68 κέντρα τα οποία είναι ΚΗΦΗ και εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους της χώρας. (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2021).

Μια άλλη δομή που εξυπηρετεί την Τρίτη Ηλικία στη χώρα είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα θεωρείται από τα πιο επιτυχημένα προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα και ήταν μια δράση η οποία ξεκίνησε με τρόπο πιλοτικό και χρονολογείται τον Μάρτιο του έτους 1998. Αφορούσε το Γκύζη και τα Σεπόλια, δύο περιοχές-δήμους από την Αθήνα. Η απήχηση του ήταν τέτοια ώστε δεν άργησε να γίνει "θεσμός". Μέχρι και σήμερα συνεχίζει με παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δημότες της Αθήνας. Ουσιαστικά το εν λόγω πρόγραμμα απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως καθώς και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Προτεραιότητα δίνεται σαφώς στα άτομα που δεν έχουν οικογένεια ή κάποια συντροφιά στο σπίτι οι οποίοι ζουν μόνοι τους ή δεν απολαμβάνουν φροντίδα από την οικογένειά τους ή ακόμα και τα χρήματα που διαθέτουν δεν είναι αρκετά ώστε να μπορούν να έχουν ένα ανεκτό επίπεδο διαβίωσης.

Βασικός σκοπός του προγράμματος είναι να βελτιωθεί το ποιοτικό επίπεδο της διαβίωσης των ηλικιωμένων, ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα στη κίνηση ή αντιμετωπίζουν κάποιο άλλο πρόβλημα (ΑμεΑ). Την ίδια στιγμή γίνεται προσπάθεια για να υποστηριχθεί ένας τρόπος ζωής αυτόνομος και αξιοπρεπής αλλά το πρόγραμμα δεν σταματά εκεί καθώς προσεγγίζει και τον θεσμό της οικογένειας από τα άτομα που μετέχουν στο πρόγραμμα. Στις άλλες προσφορές του προγράμματος είναι υποστήριξη από ψυχολόγους αλλά και συμβούλους σε προσωπικά ζητήματα, φροντίδα από νοσηλεύτες, βοήθεια για την οικογένεια και γενικότερα μετάδοση ενός

συναισθήματος πως κανένας δεν είναι μόνος. Στο πρόγραμμα υπάρχει μια κοινωνική λειτουργός έργο της οποίας είναι να ελέγχει γενικά την πορεία και την αντιμετώπιση που τυγχάνουν οι ωφελούμενοι από το πρόγραμμα. Επιπλέον, αφού μπορεί να προβεί σε αξιολόγηση των περιστατικών έπειτα μπορεί να αποφασίσει αν θα προχωρήσει σε ενέργειες υποστήριξης σε κοινωνικό πλαίσιο. Συνήθως για να το πραγματοποιήσει αυτό πρέπει να έχει προηγηθεί συνεννόηση με άλλους φορείς από το πρόγραμμα. Σε αυτούς προωθεί προβλήματα και καταστάσεις οι οποίες δεν έχουν να κάνουν με τις δικές της υπηρεσίες. Αυτό που δέχονται οι ωφελούμενοι από το πρόγραμμα είναι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρει η νοσηλεύτρια του προγράμματος. Αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται είτε στην ίδια την κατοικία του ατόμου με μορφή επίσκεψης, είτε με την μορφή συνοδείας σε ραντεβού σε νοσοκομεία και γιατρούς.

Μια άλλη υπηρεσία που προσφέρει η βοηθός από το πρόγραμμα είναι να αναλαμβάνει εκείνη ένα σύνολο από εξωτερικές εργασίες όπως να μεταφέρει στο σπίτι των ηλικιωμένων είδη πρώτης ανάγκης, αγορές από σουπερμάρκετ αλλά και καθαριότητα που μπορεί να χρειάζεται το σπίτι. Πέραν αυτών των βασικών πραγμάτων υπάρχουν και άλλες αρμοδιότητές. Η πιο βασική από αυτές είναι η συντροφιά, το να μην αφήσουν αυτά τα άτομα μόνα τους αλλά να δείχνουν κάθε μέρα το κοινωνικό προφίλ του προγράμματος και να στέκονται δίπλα σε αυτά τα άτομα. (Δήμος Αθηναίων, 2021).

Υπάρχει μια ιδιαίζουσα διαφορά μεταξύ του ασθενή που νοσηλεύεται και εκείνου ο οποίος έχει να κάνει με την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας. Όταν ένας ασθενής παίρνει εξιτήριο από το νοσοκομείο, μπορεί να αποστέλλεται σε μονάδα ειδικευμένης νοσηλείας αντί να επιστρέψει στο σπίτι του. Η περίθαλψη που παρέχεται σε μια τέτοια μονάδα είναι πιο ολοκληρωμένη από εκείνη που παρέχεται σε μια μονάδα αυξημένης φροντίδας ή γηροκομείο στις περιπτώσεις που πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα. Στις περιπτώσεις αυτές, ιδίως στο εξωτερικό τα ταμεία ασφάλισης πληρώνουν σημαντικά περισσότερα για τις υπηρεσίες αυτές. Ενώ η μακροχρόνια περίθαλψη θεωρείται υποστηρικτικής φύσης, η εξειδικευμένη νοσηλεία

έχει γενικά σχεδιαστεί για να αποκαταστήσει έναν ασθενή, ώστε να μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του, αν είναι δυνατόν. Και οι δύο αυτές υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται στο ίδιο κτίριο, αλλά πρόκειται για εντελώς διαφορετικούς τύπους περίθαλψης και συνήθως προσφέρονται σε διαφορετικούς διαδρόμους ή πλευρές του κτιρίου.

Ο ασθενής που είναι σε θέση να συμμετέχει σε θεραπεία έως και δύο ώρες την ημέρα, έξι ημέρες την εβδομάδα, συχνά παίρνει εξιτήριο από το νοσοκομείο σε ειδικευμένο νοσηλευτικό ίδρυμα. Τα ιδρύματα αυτά παρέχουν υπηρεσίες από φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές σε ενδονοσοκομειακή βάση. Εκτός από την αποκατάσταση, οι κάτοικοι που τρέφονται πρόσφατα με σωλήνα σίτισης, χρειάζονται φροντίδα τραυμάτων ή άλλες υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται από νοσηλευτή πληρούν τις προϋποθέσεις για εξειδικευμένες υπηρεσίες στο πλαίσιο του επιδόματος που παίρνουν από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι εγκαταστάσεις ειδικευμένης νοσηλείας δεν προσφέρουν εσωτερικούς γιατρούς- εάν οι ασθενείς πρέπει να δουν γιατρό, είτε μεταφέρονται στο γιατρό είτε ο γιατρός πραγματοποιεί ειδική επίσκεψη για να τους δει. Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που λαμβάνει ο ασθενής, είναι πιθανό οι γιατροί να τον βλέπουν σε τακτική βάση εντός του ιδρύματος. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που χρειάζεται υπηρεσίες φροντίδας τραυμάτων μπορεί να τον βλέπει ο γιατρός σε εβδομαδιαία βάση, ή ένας ασθενής με αναπνευστήρα θα τον βλέπει ο πνευμονολόγος στο εσωτερικό του νοσοκομείου. Ανάλογα με το είδος της φροντίδας που απαιτεί ο ασθενής, η πληρωμή για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες μπορεί να διαρκέσει έως και 100 ημέρες με την πληρωμή της συμμετοχής είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από το ασφαλιστικό ταμείο του βάσει του συμβολαίου που έχει συνάψει. Τα προγράμματα αυτά πληρώνουν επίσης για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, αν και οι συμμετοχές και τα εκπιπόμενα ποσά ποικίλλουν ανάλογα με το πρόγραμμα που έχει επιλέξει ο ασθενής αλλά κυρίως αφορούν ηλικιωμένους. Τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, ή οι παροχές της ΕΕ, προσφέρουν επίσης παροχές ειδικευμένης νοσηλείας. Είναι δυνατόν οι ασθενείς να χρειάζονται μακροχρόνιες εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες - οι ασθενείς με σωλήνες σίτισης ή άλλη ειδική φροντίδα να απαιτούν νοσηλευτή στο κτίριο ανά πάσα στιγμή. Είναι σε θέση να παραμείνουν στην εγκατάσταση μετά την

εξάντληση του επιδόματος, με τη μακροπρόθεσμη πληρωμή τους να καλύπτει το κόστος της περίθαλψης. Ορισμένα ιδρύματα παρέχουν υπο-οξύς υπηρεσίες, όπως η υποστήριξη με αναπνευστήρα, για ασθενείς που δεν χρειάζονται πλέον γιατρό 24 ώρες το 24ωρο, αλλά απαιτούν υψηλότερο επίπεδο φροντίδας από αυτό που προσφέρουν τα περισσότερα γηροκομεία. Αυτά τα ιδρύματα παρέχουν αναπνευστικούς θεραπευτές επί τόπου για να διασφαλίσουν ότι οι ιατρικές ανάγκες των ασθενών ικανοποιούνται - και έχουν άδεια να χρεώνουν το ασφαλιστικό ταμείο με ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό που προέβλεπε το συμβόλαιο. Επειδή οι ανάγκες τους είναι τόσο μεγάλες, είναι σε θέση να παραμείνουν στο ίδρυμα σε μακροπρόθεσμη βάση. Παρόλο που υπάρχουν ορισμένες εγκαταστάσεις ειδικευμένης νοσηλείας που λειτουργούν μόνες τους, οι περισσότερες συνδυάζονται με νοσηλευτικά ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας. Με τον συνδυασμό αυτών των επιπέδων περίθαλψης, ένας ασθενής μπορεί να λαμβάνει εντατικές θεραπείες μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και να παραμείνει στη συνέχεια στην εγκατάσταση σε μακροπρόθεσμη βάση.

Ένας ασθενής σε μεγάλη ηλικία που δεν μπορεί πλέον να παραμείνει στο σπίτι του επειδή χρειάζεται 24ωρη νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση, συχνά εισάγεται σε οίκο ευγηρίας, γνωστό και ως κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας ή μονάδα αυξημένης φροντίδας. Αυτά τα νοσηλευτικά ιδρύματα παρέχουν στους ασθενείς τους βοήθεια σε ένα θεσμικό περιβάλλον. Τα γηροκομεία είναι επαγγελματικά στελεχωμένα με νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλείας, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους κ.λπ. Δεν απαιτείται να έχουν νοσηλευτή στο προσωπικό τους όλο το 24ωρο, επειδή δεν παρέχουν ειδικές ιατρικές υπηρεσίες. Αυτά τα μέλη του προσωπικού είναι σε θέση να παρέχουν κλινική φροντίδα καθώς και ένα επίσημο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να παραμείνουν στο γηροκομείο μέχρι το θάνατό τους. Οι περισσότεροι οίκοι ευγηρίας συνδυάζουν τη μακροχρόνια φροντίδα με την εξειδικευμένη νοσηλεία- αυτό τους επιτρέπει να εισάγουν ασθενείς υπό υψηλότερο επίπεδο φροντίδας (και τις υψηλότερες πληρωμές που προσφέρει το Medicare), επιτρέποντας όμως στους ασθενείς να παραμείνουν σε μακροχρόνια βάση. Μόλις εξαντληθεί το επίδομα του Medicare μέρος Α, τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχείς υπηρεσίες που

ονομάζονται επανορθωτική φροντίδα. Αυτό το είδος φροντίδας έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους ασθενείς να διατηρήσουν το τρέχον επίπεδο λειτουργικότητάς τους και παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένους βοηθούς νοσηλευτών που εργάζονται υπό την καθοδήγηση του θεραπευτικού τμήματος. Οι περισσότεροι οίκοι ευγηρίας προσφέρουν επίσης φυσικοθεραπεία στο πλαίσιο του Medicare Μέρος Β, η οποία είναι λιγότερο έντονη και μικρότερης διάρκειας από τις υπηρεσίες θεραπείας που προσφέρονται στο πλαίσιο του Μέρους Α. Οι οίκοι ευγηρίας σε συνδυασμό με τις εγκαταστάσεις ειδικευμένης νοσηλείας είναι στελεχωμένοι με νοσηλεύτη 24 ώρες την ημέρα και είναι σε θέση να φροντίζουν ιατρικά πολύπλοκους ασθενείς, όπως εκείνους με σωλήνες σίτισης ή που χρειάζονται ειδική νοσηλευτική φροντίδα. Όπως και τα SNF, οι οίκοι ευγηρίας δεν διαθέτουν γιατρούς στο εσωτερικό τους - εάν ένας ασθενής χρειάζεται να δει τον γιατρό του, είτε μεταφέρεται στο ιατρείο του είτε αυτός θα κάνει ειδικό ταξίδι στην εγκατάσταση για να τον δει. Τα γηροκομεία είναι σε θέση να δέχονται τους περισσότερους τύπους πληρωμών και είναι συνήθως σε θέση να καλύψουν τις ιατρικές ανάγκες των περισσότερων ασθενών.

5.3 ΑμεΑ και χρόνιοι πάσχοντες

Έρευνες ήδη από το 2002 έχουν αποδείξει πως στην Ελλάδα ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά κοινωνικού αποκλεισμού έχει δεχθεί η κατηγορία των ΑμεΑ και των χρονίων πασχόντων. Δύο από τις βασικότερες αιτίες για αυτό είναι τα ανεπαρκή επιδόματα αλλά και τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας σε αυτά τα άτομα που πλησιάζει ένα ποσοστό του 20%. Σε ανάλυση που έγινε για άτομα που νοσούν μακροχρόνια ένα 61,6% έχει μόνο ένα πρόβλημα ενώ το 27,3% πάσχει από δύο προβλήματα και ένα μικρότερο ποσοστό αλλά εξίσου σημαντικό, το 11,1% έχει 3 προβλήματα (Europra, 2002). Σε αυτές τις ομάδες του πληθυσμού υπάρχουν διάφορες κατηγορίες και η καθεμία από αυτές λαμβάνει με διαφορετικό τρόπο τα οφέλη της κοινωνικής πρόνοιας στο μέτρο του δυνατού.

5.3.1 ΑμεΑ

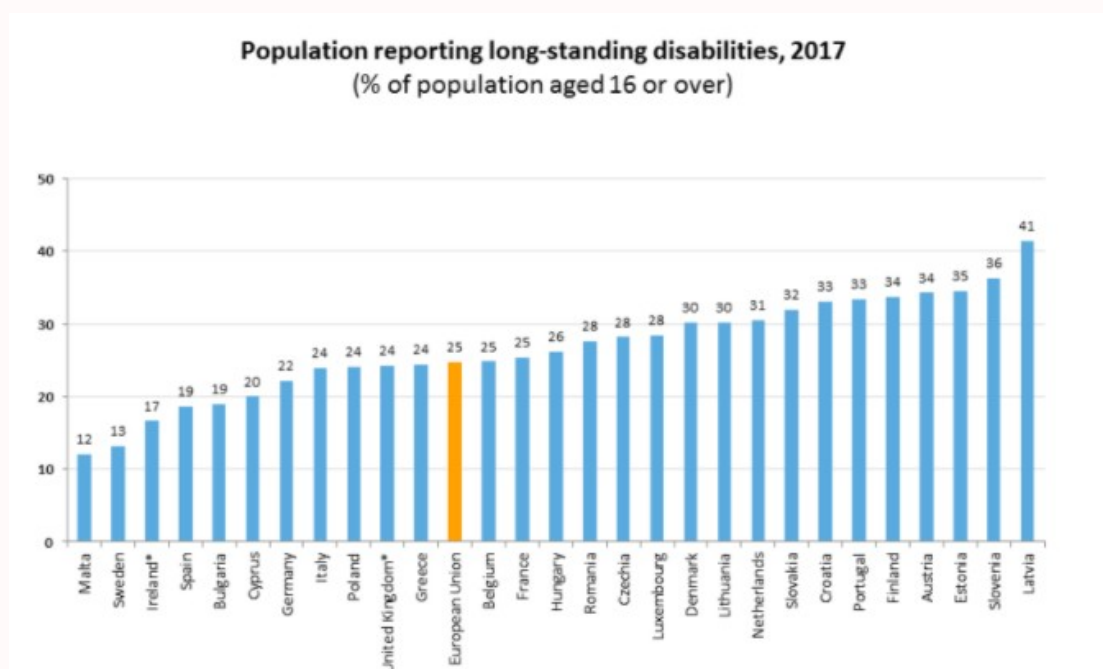
Η ελληνική νομοθεσία (αρ. 32 του Ν. 1566/85), ορίζει ως ΑμεΑ όσους «πάσχουν από ειδικές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες οφειλόμενες σε φυσικούς, διανοητικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, σε τέτοιο βαθμό, που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να συμμετάσχουν στη γενική και επαγγελματική κατάρτιση, να εξεύρουν εργασία ή να έχουν πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία». Στην Ελλάδα ένα ποσοστό 10%-15% ανήκουν σε αυτήν την ομάδα. Η κοινωνική φροντίδα προς αυτά τα άτομα φαίνεται να ξεκίνησε να αλλάζει από το 2008, με πρώτο τομέα αυτό της εκπαίδευσης καθώς δημιουργήθηκε ένα σύνολο από τμήματα Ειδικής Αγωγής ώστε να έχουν και αυτά τα άτομα ευκολότερη πρόσβαση στην Παιδεία αλλά και την δημιουργική απασχόληση (Κελπανίδης, 2002).

Επιπλέον, υπάρχει η υπηρεσία της Κοινωνικής Πρόνοιας η οποία εδώ και χρόνια παρέχει πληροφορίες σε όσα άτομα ΑμεΑ ζητούν βοήθεια σχετικά με τα δικαιώματά τους, έχουν ανάγκη από συμβουλευτική υποστήριξη, χρειάζονται την βοήθεια κοινωνικών λειτουργών. Παράλληλα, ο οργανισμός αυτός συντονίζει τοπικούς φορείς και εθελοντικούς οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται στο χώρο των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με κίνηση αλλά και άλλων μορφών. Υπάρχει και ένα ακόμα παρακλάδι το οποίο προέρχεται από την κρατική πρόνοια και συνδέεται με την στήριξη των ατόμων με αναπηρία στον υγειονομικό τομέα. Αυτό το παρακλάδι λοιπόν είναι τα κατά τόπους τα Κέντρα Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ). Αυτό που κάνουν τα συγκεκριμένα κέντρα είναι να προσφέρουν φροντίδα που αφορά την υγεία πολιτών οι οποίοι ανήκουν με την εγγραφή τους στα μητρώα της Υπηρεσίας Κοινωνικής Πρόνοιας (Τομέας Υγείας και Πρόνοιας) ως Άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Σε αυτά τα κέντρα υπάρχουν παραδοσιακές και νεωτεριστικές υπηρεσίες αποκατάστασης (όπως είναι η υδροθεραπεία, η θεραπευτική ιππασία, η φυσικοθεραπεία, η λογοθεραπεία κ.α.). Παράλληλα, έχουν συσταθεί εδώ και χρόνια αλλά συνεχίζουν να οργανώνονται και άλλα τμήματα τα οποία επικεντρώνονται το καθένα σε ένα συγκεκριμένο σκοπό. Ένας από αυτούς να δημιουργούνται τμήματα τα οποία θα εστιάζουν μόνο στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με

προβλήματα που αφορούν την νοημοσύνη τους ή τον τρόπο με τον οποίο κοινωνικοποιούνται. Αρκετές φορές δημιουργούν με βάση την πρωτοτυπία κάθε χρόνο δράσεις με σκοπό την ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο αλλά και την ειλικρινή ευαισθητοποίηση της κοινωνίας κάθε τοπικής κοινότητας (Μακροστάμος., 2011).

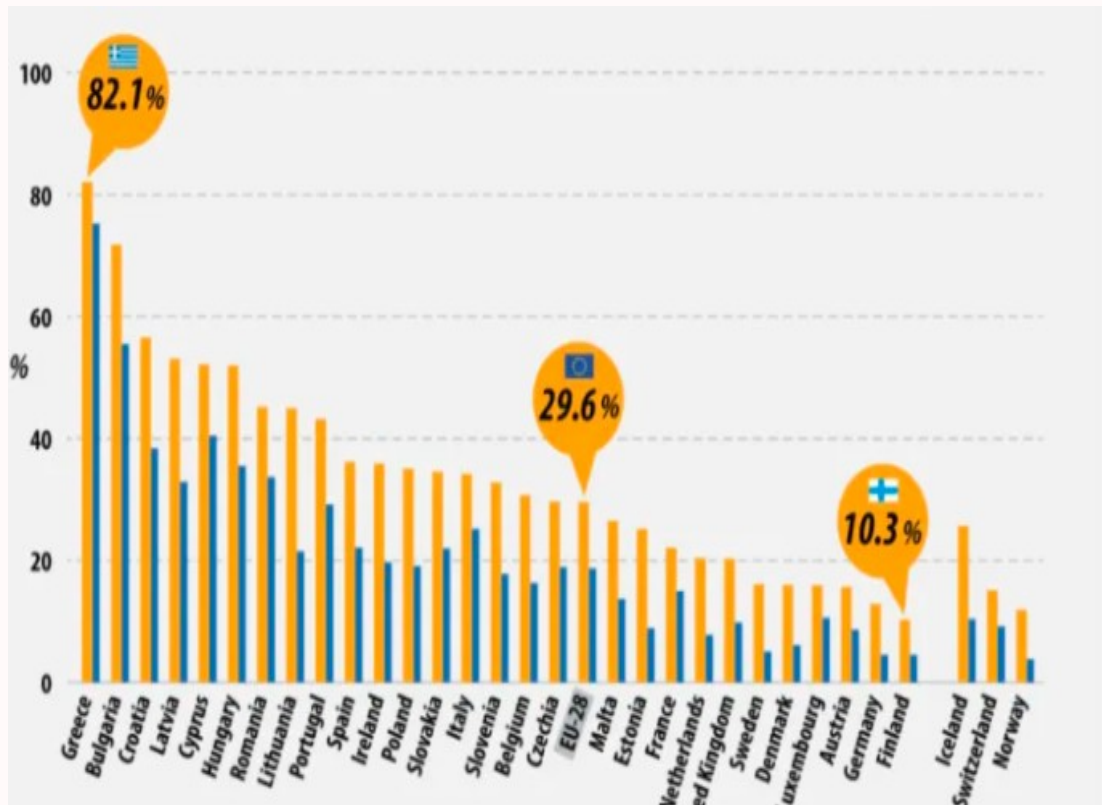
Πιο σύγχρονα κέντρα είναι τα λεγόμενα Κέντρα Ημέρας που έχουν αντίστοιχη φιλοσοφία με τα προηγούμενα και αφορούν άτομα που έχουν διαγνωστεί με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα. Τα κέντρα έχουν και εδώ να διαδραματίσουν διπλό ρόλο. Ένας ρόλος είναι να παρέχουν τα κατάλληλα για την υγεία των ατόμων ενώ ο άλλος αφορά την στήριξη που πρέπει να δίνουν σε όσους ζητούν βοήθεια ώστε να καταφέρουν να κοινωνικοποιηθούν. Το σημαντικό στοιχείο είναι πως επειδή το άτομο έχει ασφάλιση δεν χρειάζεται να πληρώσει το ίδιο για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Αν δεν είναι ασφαλισμένοι τότε υπάρχει πάντα η περίπτωση στην οποία η Υπηρεσία Πρόνοιας έχει στόχο να παρέχει η ίδια ασφάλιση στο άτομο και αναλαμβάνει το σύνολο της υγειονομικής του περίθαλψης (autismap.gr, 2021).

Στην **Εικόνα 5** δίνεται ένα γράφημα τα οποίο αφορά τα ποσοστά ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ευρώπη. Όπως φαίνεται η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες που το 2017 καταγράφηκε με έναν αρκετά υψηλό βαθμό, στο 25% σε πληθυσμό άνω των 16 ετών. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την δημιουργία περισσότερων δομών εξυπηρέτησης αυτών των ατόμων που αποτελούν το ¼ της σύστασης της σημερινής κοινωνίας (Eurostat, 2017).



Εικόνα 5: Ποσοστά ατόμων με ειδικές ανάγκες στην Ευρώπη (Eurostat, 2017)

Την ίδια στιγμή στην **Εικόνα 6** φαίνεται πως πολλά άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη καθημερινότητα τους καθώς δεν τους παρέχεται καμία απασχόληση από την οποία θα μπορούσαν να αποκομίσουν κάποιο εισόδημα. Το ποσοστό αυτό είναι τεράστιο και αγγίζει το 83% όταν ο μέσος όρος για την Ευρώπη κυμαίνεται στο 29,6%. Φαίνεται πως και εδώ υπάρχει μια μεγάλη ανάγκη από πλευράς κοινωνικής φροντίδας μακροχρόνια αυτά τα άτομα να μπορούν με κάποιο τρόπο να εξασφαλίσουν τα προς το ζην.



Εικόνα 6: Άτομα με ειδικές ανάγκες που δεν εργάζονται (Eurostat, 2016)

5.3.2 Κώφωση

Ως κώφωση ορίζεται η μερική ή η ολική απώλεια της ακοής. Η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να είναι τόσο προσωρινή όσο και μόνιμη. Στην Ελλάδα υπάρχει η Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος μέσω της οποίας τα άτομα αυτά μπορούν να προωθήσουν τα αιτήματά τους και να βοηθήσουν το ένα το άλλο. Στο σωματείο είναι εγγεγραμμένα 3.000 μέλη ωστόσο εκτιμάται πως ο αριθμός των κωφάλαλων σε όλη την χώρα μπορεί να φτάνει μέχρι και 40.000 άτομα αφού επίσημη καταγραφή δεν υπάρχει (De Bor, 2020).

Από το ελληνικό κράτος δίνεται επίδομα σε κωφάλαλους υπό ορισμένα κριτήρια:

α) Άτομα με κώφωση – βαρηκοΐα. Αρκεί το ποσοστό αναπηρίας να είναι 67% και παραπάνω και το ηλικιακό όριο να αγγίζει τα 18 έτη. Επίσης, στην ίδια κατηγορία εντάσσονται και άτομα που έχουν ηλικία παραπάνω από τα 65 έτη.

β) Άτομα με κώφωση - βαρηκοΐα τα οποία έχουν ποσοστό αναπηρίας το οποίο είναι μεγαλύτερο ή ίσο με το 67% Η ηλικία πρέπει να κυμαίνεται στα 19-65 έτη. Τα άτομα αυτά πρέπει να πάσχουν ταυτόχρονα με κώφωση- βαρηκοΐα αλλά κάποια άλλη χρόνια σωματική, πνευματική ή ψυχική πάθηση ή βλάβη.

γ) Άτομα με κώφωση - βαρηκοΐα που φθάνουν ποσοστό αναπηρίας από το 67 % και άνω μεταξύ 19-25 ετών. Επίσης να είναι μαθητές σε σχολεία ή σε κάποια σχολή οποιοδήποτε επιπέδου.

δ) Οι κωφάλαλοι των κατηγοριών των παρ. α, β και γ, και αν ανήκουν συγχρόνως στις παρακάτω ειδικότερες κατηγορίες:

αα) Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς κωφάλαλοι άσχετα αν έχουν στερηθεί ή όχι την ελληνική ιθαγένεια.

ββ) Οι κωφάλαλοι υπήκοοι των κρατών, που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ Α/246/59) Ευρωπαϊκή σύμβαση και κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.

γγ) Οι κωφάλαλοι που έχουν κριθεί ανίκανοι για την προστασία των παιδιών τους, κατά τις διατάξεις του Ν. 4051/60 και του Β.Δ. 669/61.

δδ) Οι κωφάλαλοι που δικαιούνται το επίδομα, που προβλέπει το Ν.Δ. 1153/72 «περί προστασίας πολυμελών οικογενειών διά της παροχής οικογενειακών επιδομάτων» (ΦΕΚ Α/76/72).

εε) Οι Κύπριοι υπήκοοι ελληνικής καταγωγής, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα (ΦΕΚ, 2013).

5.3.3 Τύφλωση

Με τον όρο τύφλωση εννοείται η πλήρης απώλεια της όρασης σε ένα άτομο. Ένα άτομο μπορεί να γεννηθεί τυφλό ή να χάσει την όραση του στη πορεία. Αυτό μπορεί να προκληθεί από ψυχολογικούς ή νευρολογικούς παράγοντες ή ακόμα και από κάποιο ατύχημα (Freeman & Gower, 2013). Στην Ελλάδα ο αριθμός των τυφλών είναι περίπου στα 30.000 άτομα. Το Ελληνικό Κράτος μέσω της κοινωνικής

πρόνοιας προσπαθεί να βοηθήσει και αυτή την μερίδα ατόμων δίνοντας νέους τρόπους εκπαίδευσης στα σχολεία και επιδόματα για τα άτομα είτε έχουν χάσει ολικώς την όραση τους, είτε μερικώς. Επιπλέον, υπάρχει και ένα σύνολο οργανισμών και ιδρυμάτων που έχουν δημιουργηθεί αποκλειστικά για την φροντίδα και την στήριξη αυτών των ατόμων με μερική ενίσχυση από τις επιδοτήσεις του κράτους. Τα πιο γνωστά είναι ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών, ο Φάρος Τυφλών της Ελλάδας, Ίδρυμα Προστασίας Τυφλών της Β. Ελλάδας, κατά τόπους σχολές Τυφλών καθώς και η Αγροτική και Τεχνική Σχολή Τυφλών. Μέσω αυτών των οργανισμών επιχειρείται εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη και την λύση διαδικαστικών θεμάτων, η κοινωνική ένταξη των ατόμων και η επαγγελματική τους αποκατάσταση (Λυδάκη, 2017).

5.3.4 Κινητικές Δυσλειτουργίες

Οι κινητικές δυσλειτουργίες ή διαφορετικά κινητικές δυσλειτουργίες είναι η μακροχρόνια ανικανότητα του ανθρωπίνου σώματος να πραγματοποιήσει κανονικά τις καθημερινές κινήσεις, να περπατήσει, να σταθεί όρθιο κλπ. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε βλάβες μόνιμου ή προσωρινού χαρακτήρα που οφείλονται σε φυσικά αίτια, σε κάποια ασθένεια είτε λόγω κάποιου ατυχήματος (Νικολακοπούλου, 2021).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην Ελλάδα, το οποίο εντοπίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις στα άτομα ΑμεΑ είναι η απουσία καταγραφής του πραγματικού αριθμού αναπήρων ώστε να μπορέσει να γίνει το πρόγραμμα της Κοινωνικής Πρόνοιας και Κοινωνικής Φροντίδας πληρέστερο. Από έρευνα του 2018 σε έναν πληθυσμό 1.661.774 ατόμων που είχαν ηλικία άνω των 15 ετών και αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υγείας ή αναπηρία, 375.905 από αυτούς, το 22,6% του πληθυσμού ανέφεραν με προβλήματα υγείας, ανέφεραν με σημαντικότερα προβλήματα τα «προβλήματα άνω άκρων», τα «προβλήματα κάτω άκρων» και τα «προβλήματα πλάτης και λαιμού», δηλαδή προβλήματα που μπορούν να συνδεθούν άμεσα με μορφές δυσκολίας στην κίνηση τα οποία αποτελούν και προϋποθέσεις, κινητικής αναπηρίας.

Το πρώτο μέτρο για ανακούφιση αυτού του πληθυσμού είναι και πάλι η Ειδική Αγωγή στα σχολεία. Ωστόσο αφορά κατά κύριο λόγο τα ΑμεΑ των πολύ μικρών ηλικιών και τους μαθητές. Σε Ειδικά Σχολεία της χώρας φοιτούν περίπου 10.000 μαθητές, με τον αριθμό τους μειωμένο κατά 50% περίπου σε σχέση με πριν από δέκα χρόνια. Αν χρησιμοποιηθούν και διεθνή δεδομένα θα διαπιστωθεί πως ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 10% από τον συνολικό μαθητικό πληθυσμό έχει ανάγκη ειδικής αγωγής, κάτι που σημαίνει πως η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικό έλλειμμα σε αυτό. Άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία και έχουν την ανάγκη της αποκατάστασης φαίνεται πως δεν καλύπτονται στο έπακρο από δημόσιους φορείς και εθελοντικά προγράμματα και την θέση τους έχει λάβει ο ιδιωτικός τομέας. Οι τελευταίες εκτιμήσεις είναι πως υπάρχουν γύρω στα 2.500 κρεβάτια αποκατάστασης σε μονάδες ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα (στην Αθήνα: «Θησέας», «Ανάπλαση», «Φιλοκτήτης» κ.ά., αλλά και στην επαρχία, όπως στη Λάρισα, όπου υπάρχουν μεγάλα ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης: «Animus», «Αρωγή» και άλλα) με τάσεις αύξησης λόγω της αύξησης των αναγκών (ΕΙΕΑΔ, 2020). Πέρα από τους ιδιωτικούς φορείς σημαντικό έργο ασκεί ο τομέας της Κοινωνικής Εργασίας που προσπαθεί να παρέχει βοήθεια σε διάφορους τομείς της ζωής αυτών των ατόμων (Καραγιάννη, 2017).

5.3.5 Εγκεφαλική παράλυση

Ως εγκεφαλική παράλυση εννοείται ένα σύνολο περιστατικών διαφόρων διαταραχών οι οποίες προέρχονται από τον ανθρώπινο εγκέφαλο και οφείλονται σε βλάβη στη φάση της ανάπτυξης του με κύριο χαρακτηριστικό την διαταραχή στη κινητικότητα. Η βλάβη αυτή μπορεί να έχει δημιουργηθεί κατά την εμβρυική περίοδο όσο διαρκεί η εγκυμοσύνη, αλλά και έπειτα αφού γεννηθεί το παιδί στα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του. Επίσης, στον ορισμό αυτής της πάθησης περιλαμβάνονται και στάσιμες περιπτώσεις. Αυτό σημαίνει πως το πρόβλημα που έχει προκληθεί στον εγκέφαλο παραμένει σε μια στάσιμη μορφή, δεν βελτιώνεται αλλά δεν επιδεινώνεται και σε καμία περίπτωση. Βέβαια, υπάρχει μεταβολή στη κλινική εικόνα του παιδιού με την ανάπτυξη του. Για παράδειγμα, είναι δυνατόν να

παρουσιαστούν μυοσκελετικά προβλήματα όσο αναπτύσσεται αλλά η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να το βοηθήσει για να αποφύγει τις παραμορφώσεις (Hare, et al., 1999).

Το σύστημα Πρόνοιας στην Ελλάδα βασίζεται πάλι στις ίδιες δομές που βασίζονται και οι προηγούμενες κατηγορίες, σε σχολεία Ειδικής Αγωγής καθώς και σε μία σειρά επιδομάτων με τα εξής κριτήρια:

α) Οι Έλληνες, μόνιμοι κάτοικοι χώρας. Ακόμα και να βρίσκονται στο εξωτερικό μέχρι 6 μήνες δεν υφίστανται απουσία της ενίσχυσης από το κράτος.

β) Οι περιθαλπόμενοι ως εξωτερικοί σε Ιδρύματα ή Νοσοκομεία ανεξάρτητα εάν το Δημόσιο ή ο Ασφαλιστικός Οργανισμός καταβάλλουν τροφεία-νοσήλια. Δεν περιλαμβάνονται σε αυτό άτομα τα οποία είτε τα ίδια, είτε μέλη της οικογένειάς τους μέσω οποιοδήποτε φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής λαμβάνουν κάποιο προνομιακό βοήθημα ή σύνταξη που μπορεί να οφείλεται σε εγκεφαλική πάθηση ίση ή μεγαλύτερη από την καθοριζόμενη με την απόφαση αυτή. Εάν παίρνουν μικρότερη τότε τους καταβάλλεται η διαφορά.

γ) Τα άτομα που φοιτούν σε μονάδες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

δ) Αυτοί που περιθάλπονται ως εσωτερικοί σε Ιδρύματα (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. κλπ.) που λειτουργούν κατόπιν αδείας, εφόσον τη δαπάνη περιθάλψεως τους έχει αναλάβει η οικογένεια τους. Εάν τη δαπάνη καταβάλλει το Κράτος ή ο Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κλπ. επιχορηγούμενο από το Κράτος, τότε ουδεμία οικονομική ενίσχυση καταβάλλεται.

ε) Αυτοί που νοσηλεύονται σε Νοσοκομεία, κλινικές κλπ. για χρονικό διάστημα μικρότερο από δύο μήνες το χρόνο. Αν η περίοδος νοσηλείας ξεπεράσει τους δύο μήνες το χρόνο, οικονομική ενίσχυση θα δοθεί μόνο όταν οι οικονομικές δαπάνες δεν είναι δυνατόν να καλυφθούν από την οικογένεια τους.

στ) Οι επαναπατριζόμενοι ομογενείς έστω και εάν έχουν στερηθεί την Ελληνική Ιθαγένεια.

- ζ) Οι Κύπριοι υπήκοοι Ελληνικής καταγωγής, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
- η) Οι υπήκοοι των Κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρούμενη με το Ν.Δ. 4017/59 (ΦΕΚ 246/59 τ.Α') Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα.
- θ) Αυτοί των οποίων οι γονείς έχουν κριθεί ως ανίκανο, κατά την έννοια των διατάξεων του Ν. 4051/61 και του Β.Δ. 669/61.
- ι) Αυτοί που κρίνονται δικαιούχο, του επιδόματος των διατάξεων του Π.Δ 1 153/72 "περί προστασίας πολυμελών οικογενειών δια παροχής οικογενειακών επιδομάτων" (ΦΕΚ 441/1984 τεύχοςΒ', 1998).

5.3.6 Νοητική στέρηση

Η Νοητική Υστέρηση είναι γενικευμένη διαταραχή, χαρακτηριστικά της οποίας είναι η μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και παρουσίαση ενός αριθμού ελλειμμάτων σε δύο ή περισσότερες προσαρμοστικές συμπεριφορές. Όλα αυτά τα δείγματα ξεκινούν πριν την ηλικία των 18 ετών. Αν ο Δείκτης Νοημοσύνης (IQ) παρουσιάσει ένα σκορ μικρότερο από το 70 αυτό θεωρείται ως ένδειξη Νοητική Υστέρησης. Στα πιο παλιά χρόνια ο ορισμός είχε να κάνει με ότι στοιχείο αφορούσε γνωστικές λειτουργίες, ωστόσο πλέον εμπεριέχει και άλλα στοιχεία, ένα που αφορά τις λειτουργίες της ψυχής και ένα που αφορά τον τρόπο που λειτουργούν και επικοινωνούν τα άτομα αυτά με το γύρω περιβάλλον τους. (Boat & Wu, 2015).

Στην Ελλάδα υπάρχει ένα σύνολο φορέων που αφορούν τις ευπαθείς ομάδες στις οποίες υπάγονται και τα άτομα με νοητική στέρηση, όπως ακριβώς γίνεται και στην εκπαίδευση με τα προγράμματα της Ειδικής αγωγής ενώ υπάρχουν και τα ανάλογα επιδόματα. Ένα από τα βασικά ιδρύματα που στηρίζει άτομα με διανοητική στέρηση, κυρίως παιδιά είναι η ΕΣΤΙΑ. Πρόκειται για ένα φιλανθρωπικό σωματείο με την επωνυμία ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ και τον διακριτικό τίτλο "Εστία", με έδρα το Νέο Ψυχικό και επί της

οδού Σόνιας Νικολακοπούλου 13, εποπτευόμενο από το εκάστοτε αρμόδιο Υπουργείο ή/και την εκάστοτε αρμόδια Αρχή ή/και Υπηρεσία. Βασικοί στόχοι και σκοποί του σωματείου είναι εφ' όρου ζωής δωρεάν παροχή φροντίδας και ειδικής θεραπευτικής αγωγής, ή/και άλλης αναγκαίας αγωγής, εκπαίδευσης, κοινωνικής προσαρμογής, επαγγελματικού προσανατολισμού, επαγγελματικής προκατάρτισης και κατάρτισης, κοινωνικό-οικονομικής ένταξης, εργασιακής απασχόλησης ατόμων με νοητική υστέρηση ή άλλη αναπηρία με παρόμοια της νοητικής υστέρησης χαρακτηριστικά. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ότι έχει νοητική υστέρηση απαιτείται διάγνωση από αρμόδιο φορέα και για την ένταξή του στην Εστία και στις δραστηριότητες της εξέταση από Διεπιστημονική Επιτροπή η οποία αποτελείται από ειδικούς επιστήμονες (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό και εργοθεραπευτή) και συγκροτείται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Σωματείου (Εστία, 2018).

5.3.7 Χρόνια νοσήματα

Ως χρόνια νοσήματα ορίζονται όλες οι ασθένειες που είναι μεγάλης διάρκειας δηλαδή ξεπερνούν τους τρεις μήνες (πλέον των τριών μηνών). Πρόκειται για εκτροπές του οργανισμού από την κανονική του λειτουργία. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται σύνδρομα, βλάβες που μπορεί να έχουν προκληθεί με φυσικό τρόπο, χρόνιες ανεπάρκειες, αρκετά είδη αναπηριών, παθολογικές καταστάσεις οι οποίες οδηγούν σε ασθένειες και έκπτωση των φυσιολογικών σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων ενός ανθρώπου (Μηνά, 2019).

Στην Ελλάδα παρέχεται η λεγόμενη Ανακουφιστική Φροντίδα η οποία ωστόσο παραμένει αποσπασματική, σχετικά με το εύρος εφαρμογής της και δεν υπάρχει πλήρη χρηματοδότηση από το κράτος. Είναι γεγονός πως η Ελλάδα σαν χώρα δεν παρέχει επαρκή αριθμό από ξενώνες και υπηρεσίες που κατατάσσονται στην Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα. Οι πόροι που διατίθενται αφορούν συνήθως παροχές από ΜΚΟ σε εξωνοσοκομειακές δομές αλλά και κατ' οίκον. Ωστόσο και αυτές θεωρούνται περιορισμένες. Οι ΜΚΟ που έχουν την παροχή των

υπηρεσιών αυτών χρηματοδοτούνται από χορηγούς. Από τα βασικά εμπόδια για την ανάπτυξη σε μεγαλύτερο βαθμό της Ανακουφιστικής Φροντίδας είναι μια σειρά εμποδίων, μεταξύ των οποίων η μη παροχή σωστής ενημέρωσης, το γεγονός πως πολλές φορές δεν αναγνωρίζονται στον επιθυμητό βαθμό οι υπηρεσίες που προσφέρουν, το ότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο που να τις προστατεύει και θα μπορούσε να αναδείξει την ανάγκη για παροχές Ανακουφιστικής Φροντίδας σε παιδιά και ενήλικες. Οι παροχές αυτές μπορεί να κινούνται τόσο για τις επί μέρους κοινότητες αλλά και για το δημόσιο σύστημα φροντίδας που αφορά την υγεία. Άλλα προβλήματα αφορούν την περιορισμένη διάθεση σε μια σειρά από αναλγητικά χάπια, το ότι δεν είναι εύκολη η παροχή εκπαίδευσης σε μεταπτυχιακό επίπεδο σε φοιτητές για θέματα που αφορούν αυτόν τον τύπο φροντίδας αλλά δεν παρέχονται από τον εκπαιδευτικό τομέα και κάποια επιμορφωτικά προγράμματα, η περιορισμένη πρόσβαση στην μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα Ανακουφιστικής Φροντίδας και σε εκπαιδευτικά/επιμορφωτικά προγράμματα, η μη αναγνώριση της Ανακουφιστικής Αγωγής ως μια ακόμα εξειδίκευση της ιατρικής ή της νοσηλευτικής, τα χαμηλά χρηματικά ποσά σε μορφή επιδότησης που απευθύνονται στις δημόσιες υπηρεσίες αυτού του είδους, το ότι δεν υπάρχει ένας κεντρικός συντονισμός μεταξύ υπηρεσιών, πολιτείας και ΜΚΟ, αλλά και η έλλειψη νομοθεσίας και κανονισμών σε ότι αφορά τον εθελοντισμό στο συγκεκριμένο τομέα καθώς και η απουσία ενός νομοθετικού πλαισίου για την παροχή εθελοντικών υπηρεσιών. Γνωστές και βασικές μονάδες αυτήν την στιγμή στην Ελλάδα είναι οι η Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη», η ΜΚΟ Γαλιλαία, η Μέριμνα, το Ιατρείο Πόνου, η ΜΚΟ Νοσηλεία (Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη & την Υλοποίηση της Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

Από αυτές η μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» είναι επίσημη μονάδα που ανήκει στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ειδικότερα στο τμήμα Ακτινολογίας. Από το 1992 λειτουργεί ως τμήμα του Αρεταίειου Νοσοκομείου, απαρτίζεται από έμπειρο διεπιστημονικό προσωπικό το οποίο απασχολείται σε πλήρη απασχόληση και αφορά γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, γραμματειακή υποστήριξη και εθελοντές. Αποτελεί μοναδική δημόσια μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα στην οποία απευθύνονται άτομα που

πάσχουν από καρκίνο αλλά και άλλες παθήσεις. Η γεωγραφική κάλυψη που παρέχει αφορά όλο το λεκανοπέδιο Αττικής και πολλές περιοχές ανά την Ελλάδα. Λειτουργεί εξωτερικά ιατρεία καθημερινά και λειτουργεί γραφείο παροχής συμβουλών σε 24ώρη βάση.

Η «Γαλιλαία» ανήκει στο χώρο των ΜΚΟ και ιδρύθηκε το 2010. Ο σκοπός της είναι να λειτουργεί και αυτή ως μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας για ενήλικες αλλά η παροχή γίνεται στο δικό τους χώρο και παράλληλα παρέχει υποστήριξη σε οικογένειες οι οποίες πενθούν διότι έχουν χάσει μέλη τους. Όλη η δράση της ΜΚΟ αυτής στηρίζεται στους εθελοντές της. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα για παροχή νοσηλείας σε δομές τύπου ξενώνα οι οποίες λειτουργούν σε δικό της χώρο και απαρτίζονται από 9 κλίνες. Επίσης, υπάρχει κέντρο ημέρας, μια ομάδα με 26 επαγγελματίες υγείας για πλήρη απασχόληση, 7 διοικητικά στελέχη, 4 άτομα για την καθαριότητα και 150 εθελοντές.

Η Μέριμνα-«Εταιρεία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Αρρώστια και τον Θάνατο» ιδρύθηκε το 1995. Το 2010 δημιουργήθηκε η Υπηρεσία κατ' οίκον Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Φροντίδας. Αυτό που κάνει είναι ότι ασχολείται με παιδιά αλλά και εφήβους που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες. Στη περίπτωση που έρχονται αντιμέτωποι με την απώλεια ενός ατόμου σκοπός είναι να υποστηρίξουν την οικογένεια που μένει πίσω. Υπάρχει επίσης μία διεπιστημονική ομάδα εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας η οποία σε συνεργασία με πολλές μονάδες παιδιατρικών κλινικών νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών στην Αθήνα και ταυτόχρονα με τους ειδικούς του Συμβουλευτικού Κέντρου της “Μέριμνας” στηρίζει παιδιά και οικογένειες που πενθούν.

Το Ιατρείο Πόνου της Α' Αναισθησιολογικής Κλινικής του Αρεταίειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου δημιουργήθηκε το 1998 και ουσιαστικά δίνει την δυνατότητα για μια ολική αντιμετώπιση του πόνου ασθενών οι οποίοι πάσχουν από απειλητικές ασθένειες. Σημαντική είναι η συνεισφορά των εθελοντών.

Τέλος, υπάρχει και η ΜΚΟ «Νοσηλεία» σκοπός της οποίας είναι από το 2001 να παρέχει συνεχή νοσηλεία στο σπίτι. Την περίοδο 2017-2018, σύστησε σε συνεργασία με την οργάνωση ασθενών «Κ.Ε.Φ.Ι.», μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών

υγείας οι οποίοι παρείχαν κατ' οίκον Ανακουφιστική Φροντίδα σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Το δυσάρεστο είναι πως λόγω έλλειψης χρηματοδότησης έχει προσωρινά αναστείλει το πρόγραμμα που αφορά κατ' οίκον Ανακουφιστική Φροντίδα (Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη & την Υλοποίηση της Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα, 2019).

5.3.8: Ψυχικές ασθένειες

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο συμπεριφοράς και σκέψης που διαφοροποιείται από τα πλαίσια του κανονικού τρόπου συμπεριφοράς και μπορεί να οφείλεται σε κάποια πάθηση του εγκεφάλου ή του νευρικού συστήματος του ανθρώπου. Άλλα άτομα γεννιούνται με ψυχικές ασθένειες και άλλα λόγω ενός συνδυασμού παραγόντων μπορεί να αποκτήσουν αργότερα. Το βασικότερο πρόβλημα είναι αυτός της αντίληψης και της επικοινωνίας με τους υπόλοιπους ανθρώπους (Gazzaniga & Heatherton., 2006).

Στην Ελλάδα στο τομέα αυτό υπάρχει μεγαλύτερη οργάνωση μέσω της Κοινωνικής Πρόνοιας. Υπάρχουν σε λειτουργία κέντρα ψυχικής υγείας τα οποία είναι στην ουσία δημόσιες δομές, τα επονομαζόμενα κέντρα ψυχικής υγείας (ΚΨΥ), οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο των κοινοτήτων και έχουν ως κύριο στόχο την δωρεάν, δημόσια παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τα ΚΨΥ ανάλογα με την δομή τους, παρέχουν ψυχιατρικές, ψυχολογικές ή ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες στην κοινωνία και την περιοχή μέσα στην οποία δραστηριοποιούνται. Μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες σε ενήλικες, οικογένειες ή παιδιά.

Πέρα από αυτές τις δομές υπάρχουν και τα λεγόμενα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, πρόκειται δηλαδή για ειδικά νοσοκομεία, τα οποία είναι εξειδικευμένα στην περίθαλψη ατόμων με χρόνιες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Τα νοσοκομεία αυτά είναι ειδικά γιατί διαθέτουν μονάδες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας αλλά και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όπως ξενώνες και σειρά από οικοτροφεία, και προστατευμένα διαμερίσματα και μονάδες ψυχικής υγείας τα οποία είναι τα γνωστά Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Επιπλέον, από αυτά υπάρχουν και τα

εξειδικευμένα κέντρα όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας, τα Επαγγελματικά και Προεπαγγελματικά Εργαστήρια. Βέβαια υπάρχει τα τελευταία χρόνια η κατάσταση την οποία πολλές από αυτές τις δομές και τα νοσοκομεία οδηγήθηκαν σε κλείσιμο και ταυτόχρονα μειώθηκαν οι κλίνες στα υπόλοιπα. Τα υπόλοιπα ωστόσο συνεχίζουν να διατελούν σημαντικό ρόλο στο σύστημα από την στιγμή που διαθέτουν τεχνογνωσία τόσο σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας όσο και θεραπευτικής αντιμετώπισης και παρέχουν το πληρέστερο τύπο και αριθμό υπηρεσιών. Σε όλες αυτές τις υπηρεσίες ανήκουν και οι ψυχιατρικές κλινικές για ενήλικους που ανήκουν σε πανεπιστήμια, ωστόσο στην ίδια δομή μπορούν να εξυπηρετηθούν πέρα από τους ενήλικες, παιδιά και έφηβοι. Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία που είναι σε πλήρη λειτουργία είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής –Δρομοκαϊτειο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής-Δαφνί, το Αιγινήτειο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Το Ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου παρέχει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε άτομα που έχουν ανάγκη και φροντίζει να οργανώσει τη παραπομπή τους σε κατάλληλες κοινοτικές δομές. Στην κατηγορία αυτή στην Ελλάδα περιλαμβάνονται τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, ενώ την ίδια στιγμή μια ειδική κατηγορία αποτελούν τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας τα οποία ωστόσο δεν παρέχουν ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Τα τμήματα αυτά ωστόσο μπορούν να δέχονται εκούσιες και ακούσιες νοσηλείες από μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή ως υπηρεσία δευτεροβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, αλλά υπάρχει πάντα η ειδοποίηση πως πρόκειται για δομές οι οποίες έχουν περιορισμένη δυναμικότητα κλινών. Τα τμήματα αυτά ακολουθούν την δομή και την λειτουργία με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου και τη συνεργασία με λοιπούς φορείς των ψυχικών δομών (Αυδή & Ρούση, 2010).

ΜΕΡΟΣ IV

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Το θέμα της κοινωνικής φροντίδας δεν είναι από τα πιο εύκολα για να συζητηθούν. Αποτελεί ένα περίπλοκο ζήτημα το οποίο χρειάζεται αρκετή ανάλυση και για να μπορέσει κάποιος να το αντιληφθεί εις βάθος χρειάζεται πρώτα να ξεκινήσει με βασικές έννοιες και ορολογίες όπως τι σημαίνει κοινωνικό κράτος, ποια είναι η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης και ποιο είναι το λεγόμενο κράτος δικαίου. Για να γίνει αυτή η μελέτη χρειάστηκε αρχικά να γίνει μια ανάλυση ιστορική του κοινωνικού κράτους ξεκινώντας από την πρώτη του μορφή ιστορικά αλλά και πολιτικά μέσω των διάφορων ιδεολογιών. Η μακραίωνη ιστορία που συνοδεύει την έννοια του κοινωνικού κράτους δείχνει πως πρόκειται για μια αναζήτηση των ατόμων από την πρώτη σύσταση της κοινωνίας μέσω της οποίας αποζητούσαν την δυνατότητα να μπορέσουν να έχουν μια φροντίδα για το κοινωνικό σύνολο.

Βέβαια, αν και η κοινωνική φροντίδα υπήρχε ως βασικό μέλημα στις πρώτες κοινωνίες μέχρι και σήμερα δεν είχε πάντοτε την ίδια βαρύτητα. Αρκετές φορές ανάμεσα στο χρόνο της ιστορίας δεν υπήρχε καν ενώ σε χώρες όπως η Ελλάδα άργησε να εφαρμοστεί συντονισμένα μέσω για παράδειγμα ασφαλιστικής κάλυψης εργαζομένων ή παραχώρησης επιδομάτων σε άτομα που βρίσκονταν σε ανάγκη. Παρόλα αυτά το ζήτημα της κοινωνικής φροντίδας υπό το μακροχρόνιο πρίσμα συνεχίζει να απασχολεί την κοινωνία και ειδικότερα την κοινωνία της Ελλάδος. Στην χώρα μάλιστα αρκετές φορές παρουσιάζεται το περιστατικό όπου η μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα στη περίπτωση που αφορά τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζεται με μια μορφή δισταγμού από την ελληνική κοινωνία. Αυτό σαφώς συμβαίνει διότι υπάρχει κυρίαρχη αντίληψη στην ελληνική κοινωνία πως η οικογένεια, τα υπόλοιπα δηλαδή μέλη της είναι εκείνα που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Επομένως, με βάση αυτήν την αντίληψη η

ελληνική κοινωνία δεν έδωσε την δέουσα προσοχή στη δημιουργία δομών φιλοξενίας ηλικιωμένων ή ομάδων φροντίδας. Παρατηρείται βέβαια και το άλλο χαρακτηριστικό, ακόμα και στις περιπτώσεις που απαιτείται η ανάγκη να υπάρχει κάποιο άτομο για κατ' οίκον φροντίδα το άτομο αυτό τις περισσότερες φορές δεν έχει κάποια ειδικότητα, πχ. νοσηλεύτη αλλά πρόκειται για άτομα-κυρίως μετανάστριες από άλλες χώρες-που μην μπορώντας να εξασφαλίσουν τα προς το ζην αναλαμβάνουν την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Γι' αυτό το λόγο παρουσιάζεται σημαντική έλλειψη μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα με πραγματικούς επαγγελματίες φροντιστές.

Φορείς κοινωνικής φροντίδας στη χώρα είναι πολλοί. Ιδιαίτερη είναι η σημασία που έχει το κράτος με τους δημόσιους φορείς του, την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ωστόσο, όλα αυτά τα συστήματα υγείας δεν θα μπορούσαν να υποστηριχθούν από μόνα τους ή δεν θα μπορούσαν να υποστηρίξουν όπως πρέπει τα άτομα που χρήζουν κοινωνικής ανάγκης μόνο με την βαρύτητα που δίνει ο δημόσιος τομέας. Στην Ελλάδα υπάρχει και ένα πλήθος από ιδιωτικούς οργανισμούς και επιχειρήσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις και ΜΚΟ που έχουν επωμιστεί ένα μεγάλο βάρος της κοινωνικής φροντίδας για την χώρα. Αρκετοί μάλιστα από αυτούς τους φορείς είναι άτυποι αλλά διεξάγουν πάρα πολύ δουλειά. Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος των φροντιστών, δηλαδή των ατόμων εκείνων που έχουν αναλάβει με επίσημο ή ανεπίσημο τρόπο να φροντίσουν όσα άτομα έχουν τέτοια ανάγκη. Στην Ελλάδα, μέσω της εργασίας φαίνεται πως μεγάλη είναι η συνεισφορά και των άτυπων φροντιστών, των ατόμων δηλαδή που δεν ανήκουν επαγγελματικά στο κλάδο των φροντιστών αλλά ενδιαφέρονται να φροντίσουν άτομα αφιλοκερδώς από τον δικό τους κοινωνικό κύκλο ή γενικότερα. Σε αυτόν τον τομέα σημαντική είναι η συνεισφορά των εθελοντών, στους οποίους έχει βασιστεί και μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας της χώρας.

Όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο που διέπει την χώρα στο τομέα της κοινωνικής φροντίδας αυτή ακολουθεί τις διατάξεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση που ορίζει επακριβώς τις ανάγκες και τις υποχρεώσεις που έχει ο πολίτης απέναντι στο κράτος αλλά και αντίστοιχα. Στενά συνδεδεμένη με την έννοια του κοινωνικού κράτους

είναι η κοινωνική ασφάλεια. Γενικά, οι διατάξεις που ισχύουν στην Ευρώπη δεν έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα αλλά μπορούν να θέσουν ένα ισχυρό πλαίσιο που αφορά την κοινωνική πρόνοια. Από την άλλη πλευρά γίνεται ένα σύνολο προσπαθειών και νομοθετικών αναδιατάξεων ώστε να στηριχθούν περισσότερο νομικά κοινωνικές ομάδες που μέχρι πρότινος δεν είχαν βήμα βάση του νόμου. Ένα παράδειγμα στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας αποτελεί το ζήτημα με την βία που μπορεί να δεχθούν ανήλικα παιδιά μέσα σε μια οικογένεια. Πλέον, υπάρχει νόμος που προστατεύει τα παιδιά και τα βοηθά να επισκεφθούν με την βοήθεια της δημοτικής αρχής τον κοινωνικό λειτουργό που είναι επιφορτισμένος με τέτοια ζητήματα ώστε να μην χρειαστούν συνοδεία γονέων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν προς όφελος τους μια τέτοια κατάσταση. Οι σημαντικές νομοθεσίες για αυτές τις κατηγορίες όπως και για τις γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση ψηφίστηκαν τα έτη 2013-2014, πολλές από αυτές έχουν ισχύ μέχρι και σήμερα, ωστόσο χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια για να δημιουργηθούν και καλύτερες δομές, καθώς μόνο η ύπαρξη των νόμων δεν μπορεί να φέρει μια οριστική λύση στο ζήτημα αυτό από μόνο του.

6.2 Συμπεράσματα

Η φροντίδα είναι μια έννοια πανανθρώπινη η οποία πηγάζει από την επιθυμία του ανθρώπου να μπορέσει να ικανοποιήσει το σύνολο των αναγκών του είτε αυτές είναι βιολογικές, είτε πνευματικές και ψυχολογικές. Το πλαίσιο της φροντίδας στην Ελλάδα τόσο στο τομέα της υγείας όσο και της κοινωνίας έχει περάσει από πολλά στάδια μέσα στη πορεία των χρόνων και για αρκετά χρόνια φάνηκε να μην είναι οργανωμένη αλλά κάθε φορά να γίνονται κινήσεις οι οποίες αφορούσαν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα οι πρόσφυγες της Μικράς Ασίας ή η φροντίδα που πρέπει να υπάρχει για εργαζομένους σε μια σειρά από επικίνδυνα επαγγέλματα. Ανάμεσα στη δημιουργία της έννοιας της κοινωνικής φροντίδας την εμφάνιση του πιο σθεναρά έκανε και το κράτος δικαίου που ξεκίνησε να οριοθετεί τα δικαιώματα των κοινωνικών ομάδων σε σχέση με την υγεία και την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα. Επομένως, ένα πρώτο συμπέρασμα στο οποίο

καταλήγει η εργασία είναι πως πλαίσιο ενιαίο για την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα στην χώρα ποτέ δεν υπήρξε ολικά, αλλά σιγά-σιγά και αποσπασματικά δημιουργήθηκε μέσα από την πορεία των χρόνων και ειδικότερα κάποια χρόνια έπειτα από την μεταπολίτευση.

Η μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα μπορεί να μην είχε αναπτυχθεί τόσο νωρίς όσο σε άλλα κράτη αλλά παρόλα αυτά έχει να υποστηρίξει μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες της χώρας, μειονότητες, άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένους και άτομα με ψυχολογικά προβλήματα και ψυχικές ασθένειες. Απέναντι σε ένα τέτοιο μεγάλο βάρος φαίνεται πως ενώ η χώρα έχει επενδύσει χρήματα στη κοινωνική φροντίδα και στο κράτος πρόνοιας δεν έχει ένα ενιαίο οργανωμένο σύστημα αλλά προσπαθεί να κάνει έναν συνδυασμό μεταξύ τυπικής και άτυπης μορφής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ο οποίος δεν είναι πάντα ο κατάλληλος. Με βάση αυτά τα στοιχεία αρκετά είναι τα άτομα που προσπαθούν να βρουν εναλλακτικές λύσεις, ώστε να έχουν την δυνατότητα κυρίως υγειονομικής περίθαλψης και είναι ένας από τους λόγους που εμπλέκονται στην ιδιωτική ασφάλιση. Πάλι, ωστόσο και αυτή η περίπτωση δεν είναι η ενδεδειγμένη καθώς τα περισσότερα άτομα τα οποία απευθύνονται σε αυτόν τον τομέα της φροντίδας δεν έχουν τα απαραίτητα ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους για περίθαλψη και κάλυψη βασικών αναγκών τους.

Ο τομέας της υγείας στη χώρα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης. Ο δημόσιος τομέας δεν επαρκεί για να περιθάλψει όλους τους ασθενείς σε οποιαδήποτε βαθμίδα υγείας και οδηγεί άτομα τα οποία έχουν ανάγκη περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης. Ωστόσο και εκεί τα πράγματα δεν είναι καλύτερα. Η συμμετοχή στην ασφαλιστική κάλυψη ακόμα και στον ιδιωτικό τομέα είναι αρκετά μεγάλη, ειδικά σε ότι αφορά την υγειονομική περίθαλψη. Σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ η Ελλάδα κινείται στα πιο χαμηλά επίπεδα. Η υποστελέχωση που υπάρχει κυρίως στο τομέα της γενικής ιατρικής αλλά και του αριθμού των νοσηλευτών δεν μπορεί να ισχυριστεί κάποιος πως οφείλεται μόνο στην οικονομική κρίση αλλά σε λάθος πολιτικές της χώρας από την στιγμή που ο αριθμός σε αυτούς τους δύο τομείς ήταν μικρός ήδη από τα χρόνια

προ οικονομικής κρίσης. Επομένως, από την στιγμή που στο τομέα της δημόσιας υγείας που κανονικά είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες στην Ελλάδα, οι περισσότεροι ασθενείς οδηγούνται προς λύσεις ιδιωτικού τομέα γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα που υπάρχει και στο τομέα των υπόλοιπων δομών για την μακροχρόνια φροντίδα ατόμων από ευπαθείς ομάδες, κοινωνικά αποκλεισμένους, το σύνολο της οικογένειας, ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη. Από την άλλη πλευρά, οι δομές αυτές προσπαθούν να βρουν διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης πέρα από το κράτος ώστε να είναι δυνατή η επιβίωση τους σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Από τις πιο συχνές προσπάθειες που καταβάλλουν θεωρούνται αυτές που περιλαμβάνουν κάποιου είδους ανοικτή εκδήλωση για την προσέλκυση ενός χρηματικού ποσού, δημιουργία εκθέσεων, εκδηλώσεις όπως παζάρια για έκθεση δημιουργιών από μικρά παιδιά. Σημαντική βοήθεια είναι τέλος και οι διάφορες χορηγίες ή δωρεές από άτομα τα οποία έχουν την οικονομική επιφάνεια και θέλουν ατομικά να στηρίξουν το έργο των οργανισμών αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, η χώρα μετρά μεγάλα ποσοστά σε άτομα με κάποια αναπηρία (εγκεφαλική παράλυση, κινητική δυσκολία, κώφωση, τύφλωση κλπ) ωστόσο είναι και η ίδια που έχει πολύ μικρά ποσοστά απασχολησιμότητας αυτών των ανθρώπων σε κάποια εργασία ενώ και η φροντίδα που θα έπρεπε να τους παρέσχετε δεν είναι η εγκεκριμένη. Στις περισσότερες περιπτώσεις εκτός από τους δημόσιους οργανισμούς φροντίδας χρειάζεται να δράσει επικουρικά ο ιδιωτικός τομέας για να φροντίσει τέτοιες πληθυσμιακές ομάδες ή ακόμα και εθελοντικές οργανώσεις, ώστε να βοηθήσουν στο συντονισμό τέτοιων ομάδων. Ένα μάλιστα από τα κύρια προβλήματα σε αυτές τις ομάδες είναι πως δεν υπάρχει μια βασική καταγραφή τους ώστε να γνωρίζει και το κράτος τον ακριβή αριθμό τους για να τους βοηθήσει. Το άλλο σημαντικό πρόβλημα που υπάρχει είναι πως δεν υφίσταται ένα ενιαίο πλαίσιο ικανό να στηρίξει όλες τις δομές και να τις κατηγοριοποιήσει στην χώρα.

Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν δημιουργηθεί στη χώρα ειδικότερα στο τομέα των διοικητικών μεταρρυθμίσεων έχουν δημιουργήσει ένα χάος στη κοινωνική φροντίδα. Αυτό προκύπτει καθώς οργανισμοί που μέχρι πρότινος βασίζονταν σε χρηματοδότηση και βοήθεια από κατά τόπους ΟΤΑ μετά από μεταρρυθμίσεις όπου

υπάρχουν συγχωνεύσεις δήμων και περιφερειών υπάγονται σε δική τους ευθύνη για διαχείριση των οικονομικών τους, πρόκειται για ένα πλήγμα σε τέτοιες δομές οι οποίες έχουν δημιουργηθεί για να υποστηρίξουν το κράτος και να λειτουργήσουν επικουρικά. Ακόμα και στις δομές της ψυχικής υγείας για άτομα τα οποία δοκιμάζονται από ψυχικές ασθένειες υπάρχουν περικοπές με αρκετά από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία είτε να κλείνουν σαν δομές και παρατήματα, είτε να μην μπορούν να δεχθούν πιο πολλούς ασθενείς.

Ένα άλλο σημαντικό συμπέρασμα είναι πως στην Ελλάδα η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας είναι κατακερματισμένη. Σε άλλα σημεία όπως είναι η ψυχική ασθένεια μπορεί να παρέχεται μεγαλύτερη στήριξη μέσω και δημόσιων αλλά και ιδιωτικών δομών ενώ σε άλλες ομάδες όπως αυτή των κωφών η στήριξη δεν είναι αυτή που θα έπρεπε. Αυτό που απαιτείται από την χώρα είναι να υπάρξει ένας σωστός συντονισμός ο οποίος θα βοηθήσει την Ελλάδα να εκμεταλλευτεί όλες τις νομοθεσίες και διατάξεις που υπάρχουν από την πλευρά του κοινωνικού κράτους και σε συνδυασμό με τον ιδιωτικό τομέα να παρέχει ένα βασικό ενιαίο σύστημα στήριξης σε μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα. Υπάρχουν βέβαια αρκετές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στο τομέα της πρόνοιας που θα μπορούσαν να βοηθήσουν να λάβει περισσότερη ώθηση ο συγκεκριμένος τομέας όπως είναι αυτές που αφορούν την ενδοοικογενειακή βία και την βία στις γυναίκες, ωστόσο δομές που έχουν μελετηθεί και έχουν εγκριθεί από συμβούλιο και επιτροπές ακόμα δεν έχουν καταφέρει να δημιουργηθούν και να στηρίξουν περισσότερο με αυτόν τον τρόπο την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα.

6.3 Προτάσεις

Ο τομέας της κοινωνικής φροντίδας στη χώρα μπορεί μέχρι έναν βαθμό να ικανοποιήσει απαιτήσεις των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Ωστόσο, χρειάζεται να βελτιωθεί σε αρκετούς τομείς ώστε να μην προκύπτουν ανισότητες ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες. Για να γίνει αυτό χρειάζεται περισσότερη μελέτη στα σημεία που υστερεί μέχρι ώρας η κοινωνική φροντίδα και το κοινωνικό κράτος, να υπάρξει πλήρη εκμετάλλευση των

πόρων εσωτερικών και εξωτερικών. Ένα άλλο πρόβλημα είναι πως οι δομές υγείας δεν είναι εκσυγχρονισμένες και αρκετές από αυτές δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Το κράτος μπορεί με μια συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα να δώσει μεγαλύτερη βαρύτητα και στις δομές υγείας ώστε να τις εκσυγχρονίσει και να πλησιάσει τα πρότυπα του εξωτερικού. Θα μπορούσε για παράδειγμα ο δημόσιος τομέας να νοικιάσει κάποιες από τις δομές που δεν χρησιμοποιούνται από τον ιδιωτικό τομέα ώστε να μην μένουν ανεκμετάλλευτοι αυτοί οι χώροι αλλά να αξιοποιηθούν κατάλληλα σε περιπτώσεις που η μακροχρόνια φροντίδα στη χώρα το έχει ανάγκη.

Όσον αφορά το πρόβλημα με την μη στελέχωση από νοσηλευτές και ιατρούς γενικής ιατρικής, το κράτος πρέπει να κάνει καλύτερη διαχείριση των οικονομικών του και μαζί με τα ασφαλιστικά ταμεία να συγκεντρώσει χρήματα με τα οποία θα προχωρήσει σε προσλήψεις ιατρών γενικής ιατρικής και περισσότερων νοσηλευτών. Πολλά από αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τις διάσπαρτες κοινωνικές δομές της χώρας και να αποσυμφορήσουν τις πιο κεντρικές δομές της χώρας που αυτή την στιγμή δέχονται ασφυκτική πίεση. Είναι μεγάλη η ανάγκη που υπάρχει στη χώρα για στήριξη τόσο της άτυπης όσο και της επίσημης μακροχρόνιας φροντίδας από κατάλληλες υπηρεσίες, που να στηρίζονται σε σαφή νομοθετικά πλαίσια. Ένα ιδιαίτερο στοιχείο και μια ταυτόχρονα ενδιαφέρουσα πρόταση είναι να αναπτυχθούν θεσμοί υποστήριξης και συμβουλευτικής, από την μία πλευρά των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα, αλλά και υποστήριξης των φροντιστών που και οι ίδιοι θα προστατεύονται με σαφή θεσμικά πλαίσια. Μια προϋπόθεση για την στήριξη των φροντιστών είναι η εμπειριστατωμένη και ολοκληρωμένη ενημέρωση και εκπαίδευσή τους, για να μπορούν και αυτοί με την σειρά τους να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του φροντιζόμενου και να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα έπειτα από χρόνια κρίσης στη χώρα και την προσπάθεια ανοικοδόμησης της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας.

Στην χώρα σε ότι αφορά την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα υπάρχει μεγάλη ανάγκη για καταγραφή των υπηρεσιών που προσφέρεται αλλά και των δομών που υπάρχουν αυτήν την στιγμή σε λειτουργία στη χώρα. Πρέπει να επιχειρηθεί μια

στρατηγική διασύνδεσης των διαφορετικών δομών μεταξύ τους έτσι ώστε το πρόβλημα της μίας να γίνει παράλληλα η επίλυση του ζητήματος για κάποιο άλλο. Πιο σημαντικό ζήτημα είναι να καθοριστεί ένα πλαίσιο από πλευράς νομοθετικής στήριξης το οποίο δεν θα αφορά μονάχα μία από τις δομές αλλά θα λειτουργεί παράλληλα για το σύνολο των δομών και θα καθορίζει ποιες είναι οι προδιαγραφές για την λειτουργία όλων αυτών των δομών.

Μια άλλη προοπτική έχει να κάνει και με την δημιουργία ενός συστήματος το οποίο θα απαρτίζεται από μια σειρά ελεγκτικών μηχανισμών, όπως είναι ομάδες επιθεωρητών πρόνοιας και υπηρεσιών υγείας. Τα σώματα αυτά θα έχουν ως βασικό τους ρόλο την επίβλεψη και την διαβεβαίωση πως θα εφαρμόζεται το πλαίσιο που αφορά τις δομές της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας. Παράλληλα, με το σύστημα ελέγχου τους θα δρουν ως εγγυητές για την ποιότητα των προγραμμάτων της κοινωνικής φροντίδας. Ένα ακόμα σημαντικό στοιχείο, το οποίο δεν υπάρχει μέχρι τώρα στο συγκεκριμένο τομέα στη χώρα είναι η καταγραφή στατιστικών στοιχείων, δηλαδή πόσες είναι οι δομές κοινωνικής στήριξης κάθε χρόνο, πόσα είναι τα άτομα που εξυπηρετούνται, ποια είναι τα άτομα που χρειάζονται κοινωνικά επιδόματα, πόσα από αυτά μπορούν να καλυφθούν. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να υπάρξει ένας συγκεντρωτικός κατάλογος ο οποίος θα δίνει μια σημαντική εικόνα για τον τομέα της κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα σε μακροχρόνιο πλαίσιο καθώς και σημεία βελτίωσης.

Ένα άλλο ζήτημα στο οποίο απαιτείται να δοθεί μεγάλη προσοχή είναι εκτός από την μέριμνα για την στήριξη των κοινωνικών ομάδων, η μέριμνα για την εκπαίδευση και την υποστήριξη των φροντιστών ακόμα και αν αυτοί υπάγονται στην ανεπίσημη κατηγορία. Οι τρόποι με τους οποίους το κράτος μπορεί να βοηθήσει το συγκεκριμένο τομέα είναι η παροχή αποζημιώσεων για το έργο που επιτελούν και η παροχή σωστής εκπαίδευσης, ώστε να μην πραγματοποιούνται λάθη τα οποία μπορούν να κριθούν επιζήμια για την υγεία των ατόμων που έχουν την ανάγκη την φροντίδα αυτών των ατόμων. Στη περίπτωση που οι φροντιστές είναι εθελοντές ή ακόμα και στις περιπτώσεις των δομών που δουν αποκλειστικά με την βοήθεια των

εθελοντών χρειάζονται περαιτέρω κίνητρα είτε χρηματικά, είτε επαγγελματικής αποκατάστασης ώστε τα άτομα αυτά να συνεχίσουν να στηρίζουν τις δομές.

Μια άλλη πρόταση που πηγάζει από την μελέτη της βιβλιογραφίας για την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η ανάγκη για μια σχέση ένα βήμα παραπέρα από την απλή επαγγελματική σχέση μεταξύ φροντιστή και ασθενή. Ο λόγος για αυτήν την πρόταση έχει να κάνει με την επίγνωση που θα έχει ο φροντιστής για την εικόνα κυρίως την ψυχολογική του ασθενή έπειτα από την υποστήριξη που ο ίδιος θα του παρέχει. Στο τομέα των άτυπων φροντιστών τα κίνητρα για περαιτέρω συμμετοχή τους θα ήταν να τους δινόταν η δυνατότητα για συμμετοχή σε σεμινάρια με θέμα την κοινωνική φροντίδα, κάποια μόρια για διαγωνισμούς στον ΑΣΕΠ, μια ανεξάρτητη ασφάλιση, δικαίωμα σύνταξης και γενικότερα προνόμια που θα μπορούσαν να τους δώσουν ώθηση να ενισχύσουν τον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα ως αντάλλαγμα για τον χρόνο που αφιερώνουν σε αυτόν τον τομέα.

6.4 Περιορισμοί εργασίας

Κατά την διάρκεια συγγραφής της εργασίας εμφανίστηκαν και διαφόρων μορφής περιορισμοί. Ο πρώτος είχε να κάνει με την έννοια της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας και το διαφορετικό στοιχείο που έχει από άλλες μορφές υγείας στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Πέρα από το πεδίο των ορισμών ο δεύτερος περιορισμός προέκυψε στη προσπάθεια οριοθέτησης της έννοιας της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα, τότε ξεκίνησε και ποιο είναι το νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο αυτή ανήκει. Αυτός ο περιορισμός είναι και ένα από τα βασικά μειονεκτήματα που έχει ο ελληνικός τομέας στο ζήτημα αφού δεν υπάρχει επαρκής πληροφορία σχετικά με το ζήτημα του ποιες είναι συνολικά οι δομές κοινωνικής φροντίδας, τι προσωπικό έχουν, πως έχουν αναπτυχθεί και ποιες φροντίδες παρέχουν. Έπειτα, το τελευταίο ζήτημα που προέκυψε είχε να κάνει με το πώς κάθε δομή μπορεί να ταιριάζει με τις υπηρεσίες που προσφέρει στην ανάλογη κοινωνική ομάδα αλλά και τι υπηρεσίες είναι αυτές που προσφέρει.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το κύριο θέμα της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι ο τομέας της μακροχρόνιας κοινωνικής φροντίδας και ο βαθμός στον οποίο εφαρμόζεται στην Ελλάδα. Ως μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα ονομάζονται οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία πάσχουν από πολυετείς νόσους ή άτομα με αναπηρίες ή ευπαθείς κοινωνικές ομάδες ακόμα και θύματα κακοποίησης τα οποία χρειάζονται βοήθεια σε ζητήματα βιολογικής αλλά και ψυχολογικής φύσης. Ένα σημαντικό ρόλο για την πραγματοποίηση της φροντίδας αυτής έχουν τα άτομα που καλούνται φροντιστές. Η εργασία έδειξε πως ο συγκεκριμένος τομέας είναι αρκετά παραμελημένος στην Ελλάδα αν και ξεκίνησε να εφαρμόζεται σποραδικά τις τελευταίες δεκαετίες. Βασικοί τρόποι με τους οποίους συνεχίζει να υποστηρίζεται η μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα μετά από την οικονομική κρίση είναι οι διάφορες δομές που δημιουργήθηκαν. Στη χώρα ανάλογα με την πάθηση και τα προβλήματα κάθε κοινωνικής ομάδας έχουν δημιουργηθεί αντίστοιχα και δομές οι οποίες προσπαθούν με μικρές επιχορηγήσεις από το κράτος αλλά περισσότερο από ίδια κεφάλαια και χορηγίες να βοηθήσουν όσα άτομα χρήζουν ανάγκης. Αν και υπάρχουν πολλές δομές κερδοσκοπικές και μη, κρατικές και ιδιωτικές δεν υπάρχει ακόμα ένα ενοποιημένο πλαίσιο για την μακροχρόνια κοινωνική φροντίδα στην χώρα.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Agathonos-Georgopoulou H., Sarafidou J. and Stavrianaki M. (2004). *Mental Health of Children in Institutional Social Care: Empirical findings from Greece*. International Journal of Child & Family Welfare, 98-115. Available at: View of Mental health of children in institutional social care: Empirical findings from Greece (rug.nl) [Πρόσβαση στις 26 Αυγούστου 2021].

Allan, J. P. & Scruggs, L., 2004. Political Partisanship and Welfare State Reform in Advanced Industrial Societies. *American Journal of Political Science*, pp. 496-512.

autismap.gr, 2021. *Κεντρα Ημέρας*. Available at: <https://autismap.gr/kentra-imeras-1> [Πρόσβαση 21 Νοεμβρίου 2021].

Berman, S., 1998. *The Social Democratic Moment: Ideas and Politics in the Making of Interwar Europe*. London: Harvard University Press.

Boat, T. & Wu, J., 2015. Clinical Characteristics of Intellectual Disabilities. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children*, pp. 169-176.

Brenda, G., & Rompolas, P., 2019. LONG-TERM CARE: GREEK REALITY. *Perioperative nursing (GORNA)*, pp. 238-254.

Brown, T. K., 2016. *How US welfare compares around the globe*. Available at: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-37159686> [Πρόσβαση 13 Δεκεμβρίου 2021].

Capital.gr, 2020. *Προς επιχορήγηση ιδιωτικοί φορείς κοινωνικής φροντίδας*. Available at: <https://www.capital.gr/oikonomia/3488315/pros-epixorigisi-idiotikoi-foreis-koinonikis-frontidas>[Πρόσβαση 2 Νοεμβρίου 2021].

Cortes Generales and the King, 1978. *The Spanish Constitution*, s.l.: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.

Daniilidou N., Economou C., Zavras D., Kyriopoulos J. and Georgoussi E. (2003). *Health and Social Care in Aging Population: An integrated care institution for the elderly in Greece*. International Journal of Integrated Care, 3. Available at: doi:10.1016/S1096-4959(03)00375-0 (nih.gov) [Πρόσβαση στις 26 Αυγούστου 2021].

Dannefer, D., Stein, P., Siders, R. & Patterson, R. S., 2008. Is that all there is? The concept of care and the dialectic of critique. *Journal of Aging Studies*, April, pp. 101-108.

De Bop, 2020. *Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδας: Χρωματίζοντας τους Ήχους*. Available at: <https://www.debop.gr/deBlog/mikroi-iroes-tis-polis/omospondia-kofon-elladas-xromatizodas-tous-ixous> [Πρόσβαση 21 Νοεμβρίου 2021].

e-European Justice, 2021. *Εθνική νομοθεσία-Γερμανία*. Available at: https://e-justice.europa.eu/content_member_state_law-6-de-maximizeMS-el.do?member=1 [Πρόσβαση 27 Σεπτεμβρίου 2021].

Eräsaari, R., 1986. The New Social State?. *Sage Publications*, 29(3), pp. 225-241.

Esping-Andersen, G., 1980. *cial class, social democracy and state policy: party policy and party decomposition in Denmark and Sweden*. Copenhagen: Institute of Organization and Industrial Sociology.

Europa, 2002. *ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: Κύρια ευρήματα της Έρευνας του 2002-Ενδεικτική καταγραφή μέτρων πολιτικής*. Available at: https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/gr_disab_gr.pdf [Πρόσβαση 21 Νοεμβρίου 2021].

Europa, 2020. *Στρατηγικό πλαίσιο της ΕΕ για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία (2021-2027)*, s.l.: Europa.

European Commission, 2021. EU strategic framework on health and safety at work 2021-2027. *EUROPEAN COMMISSION*, 28 May, pp. 1-20.

Eurostat, 2017. *Population reporting disabilities*. Available at: <https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%BF-%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%AD%CF%87%CE%B5%CE%B9-%CE%B4%CE%B7%CE%BB%CF%8E/> [Πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2021].

Eurostat, 2019. *File:Social protection expenditure in 2019*. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Social_protection_expenditure_in_2019@1.5x-100.jpg [Πρόσβαση 23 Νοεμβρίου 2021].

Freeman, E. & Gower, E., 2013. Chapter 99-Visual Impairment. *Women and Health (Second Edition)*, pp. 1463-1472.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P. & Baumgarten, M., 2002. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*, pp. 154-160.

Gazzaniga, M. & Heatherton, T., 2006. *Psychological Science*. New York: W.W. Norton & Company.

Η Καθημερινή, 2021. *Eurostat: Στην Ελλάδα η πιο γερασμένη περιφέρεια της ΕΕ - Ποια είναι*. Available at: https://www.imerisia.gr/koinonia/23804_eurostat-stin-ellada-i-pio-gerasmeni-perifereia-tis-ee-poia-einai [Πρόσβαση 9 Ιανουαρίου 2022].

Hare, N., Durham, S. & Green, E., 1999. The cerebral palsies and motor learning disorders. *Neurological physiotherapy*, pp. 229-241.

Italian Republic, 1948. *THE CONSTITUTION OF THE ITALIAN REPUBLIC*, s.l.: Italian Republic.

Kaminska, M., 2013. The missing dimension: a comparative analysis of healthcare governance. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 15(1), pp. 68-86.

- Karsbengen, K., 2018. The Welfare State in Europe. *The Search for Europe: Contrasting Approaches*.
- Klenk, T., 2015. The governance of welfare markets—trends and challenges. *Introduction to the special issue*, pp. 35-40.
- Korpi, W. & Palme, J., 1998. The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the. *Luxembourg Income Study Working Paper Series*, February, pp. 2-68.
- Malderen, L. V., Mets, T., De Vriendt, P. & Gorus, E., 2013. The Active Ageing—concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research*, p. 929–937.
- Markides, M., 2011. The Importance of Good Communication Between Patient and Health Professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, pp. 123-125.
- Mishra, R., 2002. Richard Titmuss and Social Policy. *Journal of Social Policy*, pp. 747-752.
- Noddings, N., 1984. *Caring: A feminine approach to ethics and*. California: University of California Press.
- Petmesidou, M., Pavolline, E. & Guillen, A., 2014. South European healthcare systems under harsh austerity: A progress-regression mix?. *South European Society and Politics*, pp. 331-352.
- Portuguese Republic, 1976. *CONSTITUTION OF THE PORTUGUESE REPUBLIC*, s.l.: Portuguese republic.
- Rittel, H. & Webber, M., 1973. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Science*, pp. 155-169.
- Rothstein, B., 2001. Social Capital in the Social Democratic Welfare State. *Politics & Society*, 1 June, pp. 207-241.
- Seaton, J. & Seaton, J., 1996. *Cultural Conservatism, Political Liberalism: From Criticism to Cultural Studies*. s.l.:The University of Michigan Press.

Srinivasan, N., 2006. The Anglo-Saxon Model. In: *Development Models, Globalization and Economies*. s.l.:s.n., pp. 25-36.

Titmuss, R., 1974. What is Social Policy. *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction*, pp. 138-147.

Troper, M., 2018. *Comment la Constitution de 1958 définit la souveraineté nationale?*. Available at: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/270252-la-souverainete-nationale> [Accessed 27 Σεπτεμβρίου 2021].

University of Melbourne, 2013. *Reviewing the literature: a critical review*. s.l.: University of Melbourne.

Vargas-Hernandez, J., Noruzi, M. R. & Irani, F. N. H. A., 2011. What is Policy, Social Policy and Social Policy Changing?.. *International Journal of Business and Social Science*, 2(10), pp. 287-291.

Feldstein, M. & Siebert, H., 2009. *Social Security Pension Reform in Europe*, Chicago: University of Chicago Press.

Scholz, N., Kiss, M. & Dobрева, A., 2019. *Υγεία και κοινωνική ασφάλιση*, s.l.: EPRS Υπηρεσία Έρευνας του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αμίτσης, Γ., 2016. *Εμβληματικές πρωτοβουλίες διαφύλαξης της κοινωνικής συνοχής την εποχή των Μνημονίων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Αυδή, Ε. & Ρούση, Π., 2010. *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. s.l.: Εκδόσεις Gutenberg.

BENNIERHΣ , Δ. & ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ, . Χ., 2003. *Τι είναι το Κοινωνικό και τι το πολιτικό στην Κοινωνική Πολιτική Σήμερα*. s.l.: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Βουλή των Ελλήνων, 2019. *Σύνταγμα της Ελλάδος-Άρθρο 25: (Αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου, προστασία θεμελιωδών δικαιωμάτων)*, Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων.

Γιαννακόπουλος, Δ., 2005. *Η γένεση του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας και η ανάδειξη της παιδείας ως δημόσιου αγαθού*. Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Δαουτόπουλος, Γ., 1999. *Η Κοινοτική ανάπτυξη στην Ελλάδα*. Αθήνα.

Δημητρόπουλος, Γ., 2004. *Γενική Συνταγματική Θεωρία*. Αθήνα: Σάκκουλας.

Δήμος Αθηναίων, 2021. *Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"*. Διαθέσιμο στο: <https://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti> [Πρόσβαση 17 Δεκεμβρίου 2021].

Δήμος Β., Μαλλιαρού Μ. και Σαράφης Π. (2020). *Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας ως Δείκτης Κοινωνικής Πολιτικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας μιας Χώρας: Η θέση της Ελλάδος σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 12(2): 43-54. Διαθέσιμο στο: [manufel_395_sipZcrEtzx.pdf](#) (inhealthcare.gr) [Πρόσβαση στις 21 Αυγούστου 2021].

Δίκαιος, Κ., 2010. *Ιστορία κοινωνικής πολιτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Eurostat, 2016. *Population with disabilities and no activities*. Διαθέσιμο στο: <https://www.amea-care.gr/eurostat-%CF%80%CE%AC%CE%BD%CF%89-%CE%B1%CF%80%CF%8C-8-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-10-%CE%B1%CE%BC%CE%B5%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CE%BD%CF%84/> [Πρόσβαση 20 Δεκεμβρίου 2021].

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2019. *Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.

ΕΙΕΑΔ, 2020. *Κινητικές Αναπηρίες και Κοινωνική Πολιτική Στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΕΙΕΑΔ.

Εστία, 2018. *Εστία*. Available at: <https://www.esepa.gr/profil/somateio/> [Πρόσβαση 23 Ιανουαρίου 2022].

Ζαβλανός Μ. (1999). *Οργανωτική Συμπεριφορά*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην, 73-82.
Αναφορά στο Πασχάλη Μ. (2015). *Η Ιστορική Εξέλιξη του Management και οι Προοπτικές στο Σύγχρονο Περιβάλλον: Η ανάπτυξη της διοικητικής επιστήμης στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας*. Διπλωματική Εργασία. ΠΜΣ: Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Πανεπιστήμιο Νεάπολης. Διαθέσιμο στο: [istoriki_ekseliksi_pasxali_2016.pdf](#) (nup.ac.cy) [Πρόσβαση στις 21 Αυγούστου 2021].

Καραγιάννη, Γ., 2017. *Η αναπηρία στην Ελλάδα της κρίσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Κάρλο, Τ., 2004. *Οικονομική Κοινωνιολογία: Κράτος, Αγορά και Κοινωνία στον Σύγχρονο Καπιταλισμό*. σ.λ.: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Κατρούγκαλος, Γ., 2011. *Το κοινωνικό κράτος σε πολιορκία*, σ.λ.: Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών.

Κατρούγκαλος, Γ., 2014. *Ανισότητες και Δίκαιο*, Αθήνα: Alexandria.

ΚΕΔΗΒ, 2020. *Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι*.

Κελπανίδης, Μ., 2002. *Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης. Θεωρία και πραγματικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κοινωνικές Παροχές, 2021. *Κοινωνικές Παροχές*. Διαθέσιμο στο: <https://koinwnikesparoxes.wixsite.com/koinwnikesparoxes> [Πρόσβαση 12 Δεκεμβρίου 2021].

Κονδύλης, Π., 2015. *Συντηρητισμός, ιστορικό περιεχόμενο και παρακμή*. σ.λ.: Εκδόσεις Κρήτης.

Κόντη, Δ., 2020. *Το 35% των δαπανών υγείας από την τσέπη μας*. Διαθέσιμο στο: <https://www.kathimerini.gr/society/1061705/to-35-ton-dapanon-ygeias-apo-tin-tsepi-mas/> [Πρόσβαση 10 Ιανουαρίου 2022].

Κοντιάδης Ξ. (2008). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και τους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 17. Αναφορά στο Νοικοκυράκης Γ. και Σαράφης Π. (2018). *Κοινωνική Προστασία και Προκλήσεις του Ευρωπαϊκού Κράτους Πρόνοιας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4): 464-471. Διαθέσιμο στο: 2018_4_HR.pdf (mednet.gr) [Πρόσβαση στις 22 Αυγούστου 2021].

Κοντιάδης, Ξ., 2020. *Σε τι διαφέρει το κράτος πρόνοιας από το κοινωνικό κράτος;*. Διαθέσιμο στο: <https://www.syntagmawatch.gr/ask-a-question/se-ti-diaferei-to-kratos-pronoias-apo-to-koinoniko-kratos/> [Πρόσβαση 23 Οκτωβρίου 2021].

Κουλλιάς Ε., Αποστολάκης Ι. και Σαράφης Π. (2020). *Τυπολογία Συστημάτων Κοινωνικής Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας. Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρώπη*. Επιστημονικά Χρονικά, 25(2): 304-319. Διαθέσιμο στο: p20-2-9.pdf (tzaneio.gr) [Πρόσβαση στις 22 Αυγούστου 2021].

Κωτσονόπουλος, Λ., 2007. *Διαδρομές της ηγεμονίας: Αναζητώντας μία γκραμισιανή έννοια στις θεωρίες του Κοινωνικού Κράτους*. Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Λυδάκη, Α., 2017. *Προβλήματα και δυσκολίες των ατόμων με αναπηρία στην ελληνική κοινωνία: η περίπτωση των τυφλών*, s.l.: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών Πάντειο.

Μακροστάμος, Σ., 2011. *Προσβασιμότητα και άτομα με αναπηρία*. Αθήνα: ΕΟΚΑ. Μανιτάκης, Α., 2004. *Ελληνικό Συνταγματικό Δίκαιο-Θεμελιώδεις Έννοιες*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Ματσαγγάνης, Μ., 2021. *Το κοινωνικό κράτος επιταχυντής της δημόσιας ανάπτυξης*, s.l.: διανέοσις.

Μηνά, Β., 2019. *ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ*, s.l.: ΕΑΠ.

Μήτκα, Ζ., Τσαπαλάκη, Ε.-Ε. & Φακιάλα, Ε.-Ε., 2021. *Κλειστές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων: εμπειρίες και απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για την τρίτη ηλικία.*, s.l.: ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Μουσούρου, Λ. & Στρατηγάκη, Μ., 2004. *Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής-Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις*. s.l.: Εκδόσεις Gutenberg.

Μπρέντα, Γ. & Ρόμπολας, Π., 2019. ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, pp. 238-254.

Νικολακοπούλου, Δ., 2021. *Αντιμετώπιση Δυσκαμψίας κορμού και παθολογικών στασιμών αντιδράσεων σε ασθενείς με Νόσο Parkinson*, Αθήνα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Νόμος 2646/1998: *Ανάπτυξη του Εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις*. Διαθέσιμο στο: Νόμος 2646/1998 - ΦΕΚ 236/Α/20-10-1998 (Κωδικοποιημένος) - ΥΓΕΙΑ (e-nomothesia.gr) [Πρόσβαση στις 21 Αυγούστου 2021].

Ντούνης, Α., 2018. *Οι προνοιακές πολιτικές ενίσχυσης των υπερχρεωμένων νοικοκυριών*, Αθήνα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.

Παυλόπουλος, Π., 2017. *Η δημόσια υπηρεσία. Μια ενδοσκόπηση του δημοσίου δικαίου*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Πετμεζίδου, Μ., 2014. Από τη “χρυσή εποχή” στην εποχή της κρίσης. *Esping-Andersen, G. Σακελλαρόπουλος, Θ., 1993. Κράτος και οικονομία στην Ελλάδα: Μια ιστορική τυπολογία στη Νεοελληνική κοινωνία, Ιστορικές και κριτικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Πετμεζίδου Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπτεζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ. και Πολυζωίδης Π. (2015). *Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα*. ΓΣΕΕ: ΙΝΕ, Μελέτη 35. Διαθέσιμο στο: Meleti-35.pdf (ineobservatory.gr) [Πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2021].

Πετμεζίδου, Μ. και συν., 2015. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων*, pp. 5-540.

Ρομπόλης Σ. και Ιωακείμογλου Η., (2009). *Οι δαπάνες υγείας και η δημοσιονομική πολιτική μετά την κρίση*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Δεκέμβριος, Αθήνα. Διαθέσιμο στο: Δαπάνες Υγείας ppt κατέβασμα (slideplayer.gr) [Πρόσβαση στις 24 Αυγούστου 2021].

Σακελλαρόπουλος, Θ., 2001. *Η Ελλάδα στη μεταπολίτευση πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνης.

ΣΕΒ, 2020. *Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον.*, Αθήνα: ΣΕΒ.

Σταθόπουλος Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. Αναφορά στο Τσίγλα Σ. (2018). *Διερεύνηση της Ικανοποίησης των Ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η*. Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής. Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π. ΤΕΙ: Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα. Διαθέσιμο στο: Πτυχιακή Εργασία Σοφία Τσίγλα (teiwest.gr) [Πρόσβαση στις 24 Αυγούστου 2021].

Σταθόπουλος, Π., 2015. *Κοινωνική προστασία, κοινωνική πρόνοια*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Στασινοπούλου, Ο., 1992. Άτυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός. *Εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας*, pp. 109-122.

Στασινοπούλου, Ο., 2003. *Κράτος Πρόνοιας*. Αθήνα: Gutenberg.

Συνήγορος του Πολίτη, 2018. *Α.Μ.Ε.Α. - χρόνια πάσχοντες*. [Online] Διαθέσιμο στο: <https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el.amea-xronia-pasxontes> [Πρόσβαση 12 Ιανουαρίου 2022].

Τασόπουλος, Γ., 2006. *Η κοινωνία και το Σύνταγμα στην Ελλάδα. Μεταξύ πολιτικού*. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

Τάχος, Α., 2003. *Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο*. 7η έκδοση επιμ. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Σάκκουλα.

ΤΙΜΑ, 2021. *ΤΙΜΑ-Κοινοφελές Ίδρυμα*. Διαθέσιμο στο: <https://www.timafoundation.org/el/third-age/> [Πρόσβαση 21 Νοεμβρίου 2021].

Το Χαμόγελο του Παιδιού, 2016. *Το Χαμόγελο του Παιδιού*. Διαθέσιμο στο: <https://web.archive.org/web/20150316164121/http://www.hamogelo.gr/43.1/O-Andreas> [Πρόσβαση 30 Ιανουαρίου 2022].

Τσάτσος, Δ., 1977. *Πολίτευμα και Πολιτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Ίκαρος. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2021. *Ηλικιωμένοι-Επιδόματα*. Διαθέσιμο στο: <https://ypergasias.gov.gr/koinoniki-allilengyi/ilikiomenoi/> [Πρόσβαση 21 Νοεμβρίου 2021].

Υπουργείο Υγείας, 2016. *Εποπτευόμενοι Φορείς και Νομικά Πρόσωπα*. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/organogramma/129-foreis> [Πρόσβαση 11 Νοεμβρίου 2021].

ΦΕΚ 441/1984 τεύχος Β', 1998. *ΦΕΚ 441/1984 τεύχος Β'*, Αθήνα: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΦΕΚ Α 111/1975, 1975. *Σύνταγμα 1975*. s.l.: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΦΕΚ, 2013. *Άρθρο 3 της ΥΑ Δ29α/Φ.32/ΓΠ.οικ.10803/527/10-4-2013 (ΦΕΚ Β' 965/19.04.2013)*, s.l.: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

4445/17, Ν., 2017. *Άρθρο 7: Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας*, s.l.: Ελληνικό Σύνταγμα.