



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ
Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην
Ελλάδα**

**Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας
Πρόγραμμα Κοινωνικής Φροντίδας**

Επιβλέπων:

Συμεωνίδης Γεώργιος

Σπουδάστρια:

Σταϊκούρα Αρετή Κωνσταντίνα

ΑΘΗΝΑ - 2018

Τίτλος Εργασίας:

«Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα»

ΕΣΛΛΑ,

Σταϊκούρα Αρετή Κωνσταντίνα, ©, 2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 12/ 12 /2018

Υπογραφή

Σταϊκούρα Αρετή Κωνσταντίνα

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να έχει πραγματοποιηθεί χωρίς την συνδρομή και την υποστήριξη του επιβλέποντος κυρίου Συμεωνίδη Γεώργιου, μέλους του Συμβουλίου της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Διακουμάκου Αθηνά, γενική διευθύντρια της Διεύθυνσης Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς επίσης και τα στελέχη της Διεύθυνσης Κωστογλάνη Ειρήνη, Σιούτη Στέργιο και Σκάρα Βούλα, για τις χρήσιμες πληροφορίες που μου παρέθεσαν.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους φίλους και συναδέλφους Καλλιαροπούλου Αήδα-Ευαγγελία και Σπανουδάκη Γεώργιο για την ηθική υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές τους.

Πάνω απ' όλα, είμαι ευγνώμων στη μητέρα μου Μαντέκα- Σταϊκούρα Βασιλική για την αγάπη και το κουράγιο που μου προσφέρει όλα αυτά τα χρόνια. Της αφιερώνω αυτή την εργασία.

Περίληψη

Το αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραμέτρων της μακροχρόνιας φροντίδας σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η παρουσίαση των διαθέσιμων στοιχείων του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που προκύπτουν είναι η διαφορετικότητα των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και πως αυτό το γεγονός επηρεάζει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, τη χρηματοδότησή τους, τις προβλέψεις για τις μελλοντικές δαπάνες και εν γένει τη βιωσιμότητά των συστημάτων. Η μελέτη περίπτωσης που αφορά την Ελλάδα, έχει ως σκοπό να καταδείξει τα βασικά χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το δημόσιο στην παροχή καθολικών, ποιοτικών και προσβάσιμων υπηρεσιών, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους που προσβύει. Τα τελευταία χρόνια έχουν θεσμοθετηθεί κάποια μέτρα που κρίνεται ότι κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση, ωστόσο η κατάρτιση ενός σχεδίου μακροπρόθεσμης στρατηγικής είναι απαραίτητη προκειμένου να ξεπεραστούν οι αδυναμίες που παρουσιάζονται.

Λέξεις Κλειδιά: μακροχρόνια φροντίδα, εξάρτηση, γήρανση, Ευρώπη, Ελλάδα

Abstract

The subject of this dissertation is to explore the parameters of long-term care at national and European level. The methods used are the bibliographic review and the presentation of the available data from the Ministry of Labor, Social Security and Social Solidarity. One of the most important issues that arise is the diversity of long-term care systems within the European Union, and how this affects the availability of services, the funding, the projections for future expenditure and, in general, the sustainability of the systems. The case study on Greece aims to illustrate the key features of long-term care and the challenges faced by the public sector, in providing universal, qualitative and accessible services within the welfare state. Lately, some measures have been implemented that are considered to be towards the right direction;

however, drawing up a long-term strategy plan is required, in order to overcome the weaknesses of the system.

Key Words: long-term care, dependency, ageing, Europe, Greece

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή	12
Κεφάλαιο 1^ο Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας	14
1.1 Τι είναι η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας;.....	14
1.2 Οι λήπτες των υπηρεσιών ΜΦΥ	14
1.2.1 Η αξιολόγηση της ανάγκης για ΜΦΥ	15
1.3 Η διάκριση της ΜΦΥ σε τυπική και άτυπη.....	15
1.3.1 Ο ρόλος της οικογένειας στην ΜΦΥ.....	16
1.4 Οι πάροχοι των υπηρεσιών ΜΦΥ	16
1.4.1 Το κράτος ως πάροχος υπηρεσιών ΜΦΥ	17
1.4.2 Οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών ΜΦΥ	17
Κεφάλαιο 2^ο Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	19
2.1 Γενικά για τη ΜΦΥ στην Ευρώπη	19
2.1.1 Η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού.....	19
2.1.2 Το πρόγραμμα Horizon 2020	20
2.1.3 Ο Κοινός Προγραμματισμός «περισσότερα χρόνια, καλύτερη ζωή - η δυναμική και οι προκλήσεις της δημογραφικής αλλαγής»	21
2.2 Τα συστήματα ΜΦΥ στην ΕΕ.....	21
2.3.1 Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες για ΜΦΥ στο μέλλον.....	25
Κεφάλαιο 3^ο Χαρακτηριστικά ευρωπαϊκών συστημάτων ΜΦΥ	28
3.1 Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας στη Γαλλία	28
3.1.1 Ιστορικά στοιχεία	28
3.1.2 Το Προσωπικό Όφελος Αυτονομίας (Allocation Personnalisée d' Autonomie-APA).....	29
3.1.3 Άλλες παροχές ΜΦΥ.....	31
3.1.4 Η οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος ΜΦΥ.....	32
3.1.5 Η μεταρρύθμιση για την «προσαρμογή της κοινωνίας στη γήρανση» (the adaptation of society to ageing).....	33
3.1.6 Οι προκλήσεις του γαλλικού συστήματος ΜΦΥ.....	34
3.2 Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στην Πορτογαλία.....	35
3.2.1 Γενικά.....	35
3.2.2 Το Εθνικό Δίκτυο για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα	36
3.2.3 Οι παροχές του Εθνικού Δικτύου για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα	37
3.2.4 Οι αδυναμίες του συστήματος.....	38
3.3 Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στη Γερμανία.....	40
3.3.1 Ιστορικά στοιχεία	40

3.3.2 Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της ΜΦΥ.....	40
3.3.3 Οι δικαιούχοι των παροχών του συστήματος ασφάλισης ΜΦ.....	41
3.3.4 Οι παροχές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της.....	42
3.3.5 Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις ΜΦΥ στη Γερμανία.....	44
3.3.6 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα ΜΦΥ.....	45
3.4 Το σύστημα ΜΦΥ στη Δανία.....	46
3.4.1 Γενικά.....	46
3.4.2 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΜΦΥ.....	47
3.4.3 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα.....	49
3.4.4 Πρόσφατα μέτρα υποστήριξης του συστήματος.....	49
3.4.5 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Δανία.....	50
Κεφάλαιο 4ο Μελέτη Περίπτωσης: Ελλάδα και ΜΦΥ.....	52
4.1 Εισαγωγικά στοιχεία.....	52
4.2 Ανοιχτές δομές παροχής υπηρεσιών ΜΦΥ.....	53
4.2.1 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων- ΚΗΦΗ.....	53
4.2.2 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων- ΚΑΠΗ.....	55
4.2.3 Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ- ΚΔΗΦ.....	55
4.2.4 Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης- ΣΥΔ.....	56
4.2.5 Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία- (Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α.)..	57
4.3 Η κατ' οίκον μακροχρόνια περίθαλψη.....	58
4.3.1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.....	58
4.3.2 Άλλα προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας.....	60
4.4 Οι κλειστές δομές μακροχρόνιας περίθαλψης.....	60
4.4.1 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων- ΜΦΗ.....	60
4.4.2 Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας.....	61
4.5 Η επιδοματική πολιτική για τους ηλικιωμένους και τα ΑμεΑ στα πλαίσια της ΜΦΥ .	62
4.6 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα ΜΦΥ.....	64
4.7 Πρόσφατες πρωτοβουλίες πολιτικής.....	66
4.8 Συμπεράσματα.....	67
Βιβλιογραφία- Αρθρογραφία.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	79

Συντομογραφίες και Συντμήσεις

ΜΦΥ	Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας
ΜΦ	Μακροχρόνια Φροντίδα
ΠΟΕ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΑΜΣ	Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού
ΠΟΑ	Προσωπικό Όφελος Αυτονομίας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ν.	Νόμος
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
Αριθμ.	Αριθμός
Πρωτ.	Πρωτόκολλο
Π.δ	Προεδρικό Διάταγμα
Τ.	Τεύχος
Παρ.	Παράγραφος
ΟΠΕΚΑ	Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΝΑΤ	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΕΣΠΑ	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΑΚΑΓΕ	Ασφαλιστικό Ταμείο Αλληλεγγύης Γενεών
ΦΕΚ	Φύλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
ΜΦΗ	Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΑμεΑ	Άτομα με αναπηρία
ΚΗΦΗ	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΔΕ	Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
ΤΕ	Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΠΕ	Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
ΙΝΕ	Ινστιτούτο Εργασίας
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΔΗΦ	Κέντρο Δημέρευσης
ΣΥΔ	Στέγη Υποστηριζόμενης Διαβίωσης
ΚΕΠΑ	Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΔΙ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΚΔΑΠ ΜΕΑ	Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών Με Ειδικές Ανάγκες
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικός Οργανισμός
AGGIR	Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
ADLs	Activities of Daily Living
IADLs	Instrumental Activities of Daily Living
AWG	Ageing Working Group
PSGI	Long- term Strengthening Act
ESPN	European Social Policy Network
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PSD	Prestation Specific Dependance
APA	Allocation Personnalisee d' Autonomie
CNSA	National Solidarity Fund for Autonomy

Πίνακες και διαγράμματα

Πίνακας 1: Η ταξινόμηση των συστημάτων ΜΦΥ.	24
Διάγραμμα 1: Παρεχόμενες υπηρεσίες ανά ηλικία στην ΕΕ.	26
Πίνακας 2: Τα χαρακτηριστικά του ΠΟΑ.	30
Διάγραμμα 2: Αριθμός ατόμων κάτω των 60 ετών που έλαβαν επίδομα αναπηρίας από το 2006 έως και το 2013.	32
Πίνακας 3: Άτομα που λαμβάνουν υπηρεσίες ΜΦΥ ανά ηλικία.	41
Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία κατανομή μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας το 2015.	44
Διάγραμμα 4: Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα το 2015.	48
Διάγραμμα 5: Ποσοστά ηλικιωμένων που λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι, κατανομή ανά φύλο.	51

Εισαγωγή

Η ανάπτυξη των πολιτικών μακροχρόνιας περίθαλψης είναι ένα σχετικά πρόσφατο φαινόμενο που συνέπεσε με τις αλλαγές στα δημογραφικά δεδομένα και την γήρανση του πληθυσμού. Είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης γεράζει με αυξανόμενο ρυθμό με συνέπεια την άνοδο της ζήτησης για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Οι υπηρεσίες αυτές είναι σχεδιασμένες, ώστε να διασφαλίζουν τα δικαιώματα των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια στην εκπλήρωση καθημερινών αναγκών για εύλογο χρονικό διάστημα.

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η εξάρτηση του ατόμου που προκαλείται από την ηλικία ή άλλα αίτια, δεν μπορεί να αποτελέσει αφορμή για επιβολή περιορισμών και αφαίρεσης αναφαίρετων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναγνωρίζει στο άρθρο 25 *«το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο»* και στο άρθρο 26 *«το δικαίωμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες να επωφελούνται μέτρων που θα τους εξασφαλίζουν την αυτονομία, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στον κοινοτικό βίο»*.

Το σύνταγμα της Ελλάδος κατοχυρώνει στο άρθρο 21 το ενιαίο και καθολικό δικαίωμα στην κοινωνική πρόνοια. Περαιτέρω, η παράγραφος 3 του ως άνω άρθρου προβλέπει την ανάληψη ειδικών μέτρων από το κράτος για την προστασία του γήρατος και των ατόμων με αναπηρίες: *«Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*.

Η εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα κεφάλαια, στο πρώτο εκ των οποίων γίνεται μια θεωρητική εισαγωγή στις έννοιες που αφορούν τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, ώστε να αποκτήσει ο αναγνώστης μια γενική εικόνα. Σκοπός του δεύτερου κεφαλαίου είναι η εξέταση του ζητήματος από πλευράς Ευρωπαϊκής Ένωσης και των κρατών μελών. Παρουσιάζονται διάφορες οπτικές ανάπτυξης των συστημάτων

σύμφωνα με τα βασικά χαρακτηριστικά τους και εξετάζεται το ζήτημα της βιωσιμότητας που σχετίζεται άμεσα με τις μελλοντικές ανάγκες χρηματοδότησης και τους διαθέσιμους πόρους. Το τρίτο κεφάλαιο είναι μια ανασκόπηση των συστημάτων τεσσάρων ευρωπαϊκών κρατών και πιο συγκεκριμένα της Γαλλίας, της Πορτογαλίας, της Γερμανίας και της Δανίας. Επισημαίνονται κάποια γενικά στοιχεία, οι παροχές των συστημάτων καθώς επίσης και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Η διαφορετικότητα των συστημάτων μακροχρόνιας φροντίδας των συγκεκριμένων κρατών μελών ήταν το έναυσμα για την επιλογή τους. Τέλος, το τελευταίο και μεγαλύτερο μέρος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη περίπτωσης της Ελλάδας.

Κεφάλαιο 1^ο Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας

1.1 Τι είναι η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας;

Σύμφωνα με την Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014), η μακροχρόνια φροντίδα ορίζεται *«ως ένα φάσμα υπηρεσιών και βοήθειας για άτομα που, λόγω ψυχικής ή / και σωματικής αδυναμίας ή / και αναπηρίας, εξαρτώνται για μεγάλο χρονικό διάστημα από βοήθεια για την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και / ή χρειάζονται κάποια μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα».*

Για τον ΟΟΣΑ (2005), η μακροχρόνια φροντίδα αντιπροσωπεύει *«ένα σημαντικό μείγμα πολιτικών που συγκεντρώνουν μια σειρά από υπηρεσίες για τα άτομα που εξαρτώνται από την βοήθεια σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κατά τη διάρκεια μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου».*

Ο ορισμός του συστήματος ΜΦΥ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει ως εξής: *«ένα σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας επιτρέπει στους ηλικιωμένους και στα άτομα με εξάρτηση στην καθημερινότητα, να λαμβάνουν τη φροντίδα και την υποστήριξη που έχουν ανάγκη σύμφωνα με τα δικαιώματά τους, τις θεμελιώδεις ελευθερίες και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια».*

1.2 Οι λήπτες των υπηρεσιών ΜΦΥ

Άνθρωποι όλων των ηλικιών μπορεί να τύχουν ανάγκης μακροχρόνιας περίθαλψης. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα (κυρίως άνω των 75 ετών), δεδομένου του παράγοντα της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και εν γένει των δημογραφικών τάσεων. Άλλωστε, η δημογραφική γήρανση αποτέλεσε την κύρια αιτία για την υιοθέτηση ειδικών πολιτικών για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Σε μικρότερο βαθμό η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να αποτελέσει αναγκαιότητα και για μη ηλικιωμένα άτομα, ενήλικες και παιδιά, που χαρακτηρίζονται ως χρονίως πάσχοντες. Σύμφωνα με την Γουργουλιάννη (2016) οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς αποτελούν μια ειδική ομάδα ασθενών με συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από τη φύση της εκάστοτε ασθένειας αλλά και από τον χαρακτήρα της

νόσου ως χρόνιας. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για άτομα που εμφανίζουν φυσική ή νοητική αναπηρία ή που πάσχουν από ασθένειες όπως AIDS, καρκίνος, πνευμονολογικές παθήσεις, καρδιοπάθειες και άλλα.

1.2.1 Η αξιολόγηση της ανάγκης για ΜΦΥ

Το πόσο εκτεταμένη ή μη είναι η έλλειψη αυτονομίας των ατόμων και κατ' επέκταση η ανάγκη για ΜΦ εκτιμάται βάσει του επιπέδου της δυσκολίας εκπλήρωσης καθημερινών δραστηριοτήτων (Activities of Daily Living – ADLs), όπως για παράδειγμα ντύσιμο, διατροφή, υγιεινή κλπ. Η μακροχρόνια περίθαλψη είναι απαραίτητη όταν υπάρχουν τουλάχιστον δύο καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν βοήθεια από κάποιον τρίτο προκειμένου να εκπληρωθούν (Τήνιος, 2017). Ο όρος ADLs αφορά τη φυσική ικανότητα των ατόμων, ενώ η μέτρηση της εξάρτησης που οφείλεται σε διανοητικά αίτια αφορά άλλες λειτουργίες όπως ψώνια, δουλειές στο σπίτι, χειρισμός χρημάτων και άλλα, και απαντάται στον όρο (Instrumental Activities of Daily Living – IADLs).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον στη διεθνή κοινότητα, για τις τάσεις αύξησης ή μείωσης και για τις δύο κατηγορίες εξάρτησης. Μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας (Joshua, 2017) κατέδειξε ότι δεν υπάρχουν προφανείς απαντήσεις στο θέμα αυτό. Για παράδειγμα, την εικοσαετία 1990 έως και 2010 μειώθηκαν τα ποσοστά εξαρτώμενων ατόμων από IADLs, κατά 1 έως και 2%, ενώ αντίθετα αυξήθηκαν τα ποσοστά που αφορούν ADLs. Το σίγουρο είναι ότι οι εξαρτώμενοι ηλικιωμένοι είναι αριθμητικά περισσότεροι σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.

1.3 Η διάκριση της ΜΦΥ σε τυπική και άτυπη.

Η παροχή της ΜΦΥ διακρίνεται σε τυπική και άτυπη με βάση το προφίλ των φροντιστών. Η τυπική μακροχρόνια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από επαγγελματίες φροντιστές επί αμοιβής (formal caregivers) είτε εντός του σπιτιού, είτε σε κάποια επίσημη δομή. Οι επαγγελματίες φροντιστές είναι συνήθως άτομα εκπαιδευμένα στην παροχή βοήθειας όπως γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ. Η τυπική φροντίδα μπορεί να παρέχεται και χωρίς αμοιβή από εθελοντές επαγγελματίες, συνήθως μέλη μη κερδοσκοπικών οργανώσεων.

Οι ανεπίσημοι φροντιστές ορίζονται ως οι άνθρωποι που παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια σε μέλη της οικογένειας, φίλους και άτομα του κοινωνικού τους δικτύου, που ζουν μέσα ή έξω από το νοικοκυριό τους και χρειάζονται βοήθεια για καθημερινές εργασίες (ΟΟΣΑ, 2017).

1.3.1 Ο ρόλος της οικογένειας στην ΜΦΥ

Ο ρόλος της οικογένειας αποτελεί θεμελιώδες συστατικό στοιχείο σχεδόν όλων των συστημάτων ΜΦ. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, περισσότεροι από έναν στους δέκα ενήλικες ηλικίας άνω των 50 ετών παρέχει (συνήθως απλήρωτη) βοήθεια σε άτομα με περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες. Η άτυπη φροντίδα είναι ευεργετική για τους λήπτες της, αφού η βοήθεια προέρχεται από οικεία πρόσωπα. Επιπλέον, η παροχή άτυπης φροντίδας αποτελεί «ανακούφιση» για τα δημόσια οικονομικά επειδή προϋποθέτει λιγότερες δαπάνες για την μακροχρόνια περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2011), οι επιδοματικές πολιτικές, αν σχεδιαστούν σωστά, μπορούν να υποστηρίξουν την παροχή άτυπης φροντίδας στο σπίτι και ταυτόχρονα μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων των κρατικών δομών μακροχρόνιας μέριμνας. Ακόμη, η άτυπη φροντίδα ενισχύεται με τα κατάλληλα κίνητρα προς τους άτυπους φροντιστές, ώστε να μπορούν να παραμένουν στην αγορά εργασίας, όσο διάστημα διαρκεί η φροντίδα των οικείων τους. Χώρες όπως η Αυστραλία και η Αγγλία, έχουν προωθήσει ευέλικτες πολιτικές απασχόλησης με σκοπό να υπάρχει ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και να μην εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας.

1.4 Οι πάροχοι των υπηρεσιών ΜΦΥ

Οι πάροχοι των υπηρεσιών τυπικής φροντίδας είναι ο δημόσιος τομέας, ο ιδιωτικός τομέας μέσω των ασφαλιστικών εταιρειών και των ιδρυμάτων και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις. Μεταξύ των παραπάνω, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο δημόσιος τομέας αποτελεί τον κατεξοχήν πάροχο υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών των εξαρτώμενων ατόμων, είτε πρόκειται για ηλικιωμένους, είτε για χρονίως πάσχοντες και άτομα με αναπηρίες.

1.4.1 Το κράτος ως πάροχος υπηρεσιών ΜΦΥ

Η μακροχρόνια φροντίδα είναι αρκετά πρόσφατο φαινόμενο για τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Οι όροι «ανάγκη φροντίδας» και «μακροχρόνια περίθαλψη» ήταν μάλλον άγνωστοι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Πρωτοπόρες χώρες στην αναγνώριση της μακροχρόνιας φροντίδας ως ξεχωριστού παράγοντα του κοινωνικού κράτους ήταν η Γαλλία και η Τσεχία που καθιέρωσαν επιδοματική πολιτική για τα μακροχρονίως εξαρτώμενα άτομα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012). Πρώιμα στοιχεία ΜΦΥ βρίσκονται στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης με τη μορφή συντάξεων αναπηρίας και γήρατος και στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας με τη μορφή προγραμμάτων μέριμνας για τα άτομα με αναπηρίες.

Από τη δεκαετία του 1980 και έπειτα, τα κράτη αναπτύσσουν και χρηματοδοτούν δομές ΜΦΥ, ώστε να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες. Οι δομές αυτές είναι ιδρύματα, γηροκομεία, κέντρα διημέρευσης, ειδικές κατοικίες για άτομα με αναπηρίες κλπ. Η τυπική φροντίδα μπορεί να παρέχεται και στο σπίτι μέσω ειδικών προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από τα δημόσια ταμεία. Η φροντίδα στο σπίτι παρέχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες κυρίως νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Τόσο η ιδρυματική φροντίδα, όσο και η βοήθεια στο σπίτι, χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και χαρακτηρίζονται ως ανταποδοτικές παροχές. Ο δημόσιος τομέας, εκτός από τις παροχές σε είδος, χρησιμοποιεί και επιδοματικές πολιτικές μη ανταποδοτικού χαρακτήρα στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας. Οι μη ανταποδοτικές παροχές προϋποθέτουν συνήθως ένα συγκεκριμένο επίπεδο εισοδήματος και δεν είναι καθολικές.

1.4.2 Οι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών ΜΦΥ

Η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης έγινε αντικείμενο έρευνας τα τελευταία χρόνια κυρίως λόγω της αναμενόμενης αύξησης των κρατικών δαπανών για τη ΜΦΥ. Οι ιδιωτικοί πάροχοι μακροχρόνιας περίθαλψης μπορούν να λειτουργούν είτε ως αυτόνομοι δρώντες (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής), είτε συμπληρωματικοί ως προς το κράτος, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις της Γαλλίας και της Γερμανίας (ΟΟΣΑ, 2011). Οι ιδιωτικοί φορείς παρέχουν εκτός από

υπηρεσίες σε πρώτο επίπεδο (κλινικές, προγράμματα κατ' οίκον) και κάλυψη έναντι του μελλοντικού κινδύνου μακροχρόνιας περίθαλψης μέσω διαφόρων ασφαλιστικών προγραμμάτων.

Κεφάλαιο 2^ο Η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

2.1 Γενικά για τη ΜΦΥ στην Ευρώπη

Η μακροχρόνια περίθαλψη είναι ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες αρκετά από τα κράτη μέλη προχώρησαν σε σημαντικές θεσμικές αλλαγές και καινοτομίες προκειμένου να δημιουργήσουν βιώσιμα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας. Σε αντιπαραβολή με τις τάσεις μείωσης της δημόσιας παρέμβασης και δαπάνης στους παραδοσιακούς τομείς πολιτικής (υγεία, αγορά εργασίας, συνταξιοδοτικές πολιτικές), η ΜΦΥ χαρακτηρίζεται από μετασχηματισμούς, οι οποίοι αύξησαν την κρατική χρηματοδότηση με βασικό σκοπό την καθολικότητα στην παροχή υπηρεσιών και το σεβασμό των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των εξαρτώμενων ατόμων. Άλλωστε, κατά τον Morel (2006), η υιοθέτηση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας, συνέπεσε αφενός με την αναγνώριση θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων και αφετέρου με την αύξηση του αισθήματος κοινωνικής ευθύνης μέσα στην ΕΕ.

Πρόσφατα, η ΜΦΥ αποτελεί προτεραιότητα τόσο για αρκετά κράτη μέλη όσο και για την ΕΕ, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στις κοινωνικοδημογραφικές αλλαγές και στις επιπτώσεις που αυτές επιφέρουν. Αν και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα των ευρωπαϊκών χωρών είναι παρόμοιες (δημογραφική γήρανση, χρηματοδότηση, θεσμοθέτηση) εντοπίζονται διαφορετικές προσεγγίσεις στο θέμα της φροντίδας των ατόμων που το έχουν ανάγκη (Becker & Reinhard, 2018). Οι διαφορετικές προσεγγίσεις δεν πρέπει να αποτελούν εμπόδιο στην ελεύθερη μετακίνηση των εξαρτώμενων ατόμων και των οικογενειών τους και στην μελλοντική διασυνοριακή συνεργασία όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης.

2.1.1 Η Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού

Από το 2001 έως το 2005 η ΑΜΣ επικεντρώθηκε στην κοινωνική ένταξη και αναπτύχθηκε σύμφωνα με τέσσερις επιμέρους στόχους που είναι η πρόσβαση σε πόρους, αγαθά, υπηρεσίες, απασχόληση, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της φτώχειας και η κατοχύρωση κοινωνικών δικαιωμάτων. Σύντομα έγινε αντιληπτό ότι έπρεπε να επεκταθεί το πλαίσιο της ΑΜΣ. Έτσι, από το 2006, στην ΑΜΣ και ειδικότερα στον

τομέα της κοινωνικής προστασίας προστέθηκαν δύο κρίσιμοι τομείς πολιτικής: οι επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις και η προσβάσιμη, βιώσιμη, υψηλής ποιότητας υγεία και μακροχρόνια περίθαλψη.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2005), αναφέρονται οι ακόλουθοι στόχοι συντονισμού σχετικά με την υγεία και την μακροχρόνια περίθαλψη:

- Εγγυημένη πρόσβαση για όλους τους ευρωπαίους πολίτες σε κατάλληλη υγειονομική και μακροχρόνια περίθαλψη και διασφάλιση ότι η ανάγκη για φροντίδα δεν οδηγεί σε φτώχεια και οικονομική εξάρτηση. Προτεραιότητα αποτελεί η αντιμετώπιση των ανισοτήτων σχετικά με την πρόσβαση στην υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη
- Βελτιωμένη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας και προσαρμογή της περίθαλψης στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προτιμήσεις της κοινωνίας και των ατόμων, ιδίως με τη θέσπιση ποιοτικών προτύπων που αντικατοπτρίζουν την καλύτερη διεθνή πρακτική και με την ενίσχυση της ευθύνης των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.
- Διασφάλιση ότι η επαρκής και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και η μακροχρόνια φροντίδα παραμένουν οικονομικά προσιτές και βιώσιμες μέσω της προώθησης ενός υγιούς τρόπου ζωής, της απασχόλησης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της περίθαλψης και της ορθολογικής χρήσης των πόρων.

2.1.2 Το πρόγραμμα Horizon 2020

Το πρόγραμμα Horizon 2020 αντικατοπτρίζει τις προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην έρευνα και την καινοτομία. Δεν είναι τυχαίο ότι ένας από τους κύριους άξονες του προγράμματος είναι η επένδυση στον τομέα της υγείας. Στόχος της επιμέρους προτεραιότητας με τίτλο Υγεία, Δημογραφική Μεταβολή και Καλή Διαβίωση είναι η διατήρηση της αυτονομίας των πολιτών για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και η ανάπτυξη νέων ασφαλέστερων και αποτελεσματικότερων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018). Η επίτευξη του στόχου θα πραγματοποιηθεί μέσω της διοχέτευσης κονδυλίων (2014-2018 επένδυση 2 δις ευρώ) στην έρευνα και την καινοτομία στους τομείς της υγείας και της ΜΦΥ.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα: *«Οι επενδύσεις στην έρευνα και στην καινοτομία στον τομέα της υγείας θα βοηθήσουν να παραμείνουμε ενεργοί, να αναπτύξουμε νέες, πιο ασφαλείς και αποτελεσματικές θεραπείες και να διατηρήσουμε τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και περίθαλψης. Θα προσφέρουν στους γιατρούς τα εργαλεία που χρειάζονται για μια πιο εξατομικευμένη ιατρική και θα ενισχύσουν την πρόληψη και τη θεραπεία χρόνιων και μεταδοτικών ασθενειών».*

Ειδικότερα, η έρευνα και η καινοτομία στοχεύει στην εξεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων και μηχανισμών:

- πρόληψης και βελτίωσης της υγείας των πολιτών,
- υποστήριξης των ηλικιωμένων ατόμων ώστε να παραμένουν δραστήριοι και υγιείς,
- βελτίωσης των εργαλείων πολιτικής όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας και ΜΦΥ,
- συντονισμού δραστηριοτήτων σε επιμέρους τομείς της υγείας.

2.1.3 Ο Κοινός Προγραμματισμός «περισσότερα χρόνια, καλύτερη ζωή - η δυναμική και οι προκλήσεις της δημογραφικής αλλαγής»

Γενικά, ο Κοινός Προγραμματισμός είναι μια πρωτοβουλία της ΕΕ από κοινού με τα κράτη μέλη, με στόχο την προώθηση της συνεργασίας στον τομέα της Έρευνας και της Ανάπτυξης. Σε αυτό το πλαίσιο η δράση «περισσότερα χρόνια, καλύτερη ζωή - η δυναμική και οι προκλήσεις της δημογραφικής αλλαγής», επιδιώκει να ενισχύσει το συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ ευρωπαϊκών και εθνικών ερευνητικών προγραμμάτων που σχετίζονται με τη δημογραφική αλλαγή, τη γήρανση του πληθυσμού και τους τρόπους παροχής ποιοτικότερων υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης.

2.2 Τα συστήματα ΜΦΥ στην ΕΕ

Είναι γεγονός ότι μέχρι και σήμερα δεν υφίσταται επίσης μέθοδος κατηγοριοποίησης των συστημάτων ΜΦΥ. Κι αυτό συμβαίνει γιατί τα περισσότερα κράτη μέλη δεν διαθέτουν διακριτό σύστημα, αλλά διάφοροι τομείς πολιτικής ενέχουν στοιχεία μακροχρόνιας περίθαλψης. Συνεπώς, στην παρούσα εργασία δεν γίνεται απόπειρα

ομαδοποίησης αλλά μια επισκόπηση των ερευνών που σχετίζονται με την τυπολογία των συστημάτων.

Η πρώτη συστηματική μελέτη της τυποποίησης των συστημάτων ΜΦΥ στην Ευρώπη έγινε από τους Kraus, Czyrionka, Riedel, Mot και Willemé το 2010, μελέτη η οποία εξέτασε ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό με δύο παράγοντες: τις δαπάνες για ΜΦΥ σε συνδυασμό με την ποιότητα και την προσφορά άτυπων υπηρεσιών. Η εξέταση του επιπέδου δημοσίων δαπανών σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών κατέληξε σε τετραμερή ταξινόμηση ως εξής:

I. Οι σκανδιναβικές χώρες, η Γαλλία και η Γερμανία διακρίνονται από πολύ ανεπτυγμένα συστήματα παροχής υπηρεσιών ΜΦΥ και υψηλά ποσοστά δημοσίων δαπανών σε σχέση με το ΑΕΠ.

II. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από τις Βουλγαρία, Τσεχία, Εσθονία, Σλοβακία, οι οποίες χαρακτηρίζονται για τις σχετικά ποιοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν σε αντιπαράβολη με τα χαμηλά επίπεδα δημοσίων δαπανών και την έλλειψη οργανωτικού βάθους των συστημάτων τους.

III. Η τρίτη ομάδα αφορά τις Ουγγαρία, Λιθουανία, Πολωνία, Ρουμανία των οποίων τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τόσο η χαμηλή χρηματοδότηση όσο και η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.

IV. Η τέταρτη ομάδα, αποτελεί μια ενδιάμεση κατηγορία της 2ης και της 3ης και αποτελείται από τις Αυστρία, Ιταλία, Λετονία, Σλοβενία και Ισπανία.

Η δεύτερη προσέγγιση που αφορά τη σχέση των δαπανών με την άτυπη παροχή υπηρεσιών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε όρους άτυπης παροχής υπηρεσιών διακρίνονται δύο βασικές κατηγορίες συστημάτων: από τη μία πλευρά βρίσκονται οι Σκανδιναβικές Χώρες με χαμηλά επίπεδα άτυπης περίθαλψης και προτίμηση των επίσημων υπηρεσιών, παρόλο που υπάρχει υποστήριξη για τους άτυπους φροντιστές και από την άλλη πλευρά όλες οι υπόλοιπες χώρες του δείγματος με σχετικά ανεπτυγμένο σύστημα επίσημων υπηρεσιών και ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα παροχής άτυπης φροντίδας.

Ένα χρόνο αργότερα, η ανάλυση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, 2011) επέκτεινε τα αποτελέσματα της ως άνω μελέτης. Η

ταξινόμησή βασίστηκε στη δομή χρηματοδότησης (καθολική- ενιαίο και θεσμοθετημένο σύστημα ΜΦΥ, μεικτή- διαφορετικά επίπεδα πολιτικών ΜΦΥ) και τα χαρακτηριστικά της περίθαλψης που παρέχει το κάθε σύστημα. Τα καθολικά συστήματα παρέχουν χρηματοδοτούμενη από το δημόσιο νοσηλευτική και προσωπική φροντίδα σε όλα τα επιλέξιμα άτομα ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τα περιουσιακά τους στοιχεία. Στο πλαίσιο της μεικτής χρηματοδότησης, χρησιμοποιούνται κριτήρια εισοδήματος και / ή περιουσιακών στοιχείων για τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας για υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από δημόσιους φορείς.

Η τρίτη προσεγγιστική μελέτη σχετικά με την τυπολογία των συστημάτων που επιλέχθηκε να αναφερθεί δεν αφορά μόνο τις χώρες της ΕΕ. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για την μελέτη των Applebaum, Bardo και Robbins με τίτλο *International Approaches to Long-term Services and Supports*, η οποία προσέφερε πενταμερή ταξινόμηση των συστημάτων ΜΦΥ διεθνώς. Τα κριτήρια που εξετάστηκαν εκτός από τη χρηματοδότηση και την ποιότητα των υπηρεσιών είναι η πρόσβαση, η ισορροπία των συστημάτων σχετικά με τους μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς, η συσχέτιση των λειτουργικών αναγκών με την προσφορά των υπηρεσιών, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα και τα ποσά που δαπανώνται, η διαθεσιμότητα των άτυπων φροντιστών και η εξισορρόπηση μεταξύ τυπικής και άτυπης περίθαλψης. Στην πρώτη ομάδα που χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη του πληθυσμού έναντι του κινδύνου εξάρτησης, μέσω θεσμοθετημένου συστήματος ασφάλισης ΜΦΥ βρέθηκαν δύο ευρωπαϊκές χώρες, η Γερμανία και η Ολλανδία ενώ στη δεύτερη ομάδα μεικτών συστημάτων, με σημαντική συμβολή της άτυπης φροντίδας, συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η Γαλλία, η Ιρλανδία και η Σουηδία. Η τρίτη ομάδα χωρών (Εσθονία, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία) χαρακτηρίζεται από χαμηλότερα επίπεδα πρόσβασης στις υπηρεσίες και από τον κρίσιμο ρόλο της άτυπης φροντίδας. Στις δύο τελευταίες κατηγορίες χωρών με πολύ χαμηλές δαπάνες για ΜΦΥ ή και καθόλου δημόσια χρηματοδότηση δεν βρίσκονται ευρωπαϊκά κράτη μέλη.

Πίνακας 1: Η ταξινόμηση των συστημάτων ΜΦΥ

Group 1	Group 2	Group 3	Group 4	Group 5
Public insurance funding available for long-term care-services	Mixture of public insurance and means-tested funding available	All funding for long-term services is means-tested	Funds are meanstested but quite limited in availability	No public funds are available for long-term care-services
HCBS (home- and community-based services) widely available	HCBS widely available	HCBS commonly available	HCBS are of limited availability	HCBS not available
Institutional care widely available	Institutional care widely available	Institutional care widely available	Institutional care somewhat available	Institutional care rarely available
Housing with services widely available	Housing with services widely available	Housing with services available	Housing with services is of limited availability	Housing with services not available
Cash payments often available for long-term services	Cash payments generally available	Cash payments available on a limited basis	Cash payments not available	Cash payments not available
Informal care is one component of the system	Informal care is an important part of the system	Informal care is a critical element of the system	Very heavy reliance on informal care	Exclusive reliance on informal care
Examples: Germany, Japan, Korea, the Netherlands	Examples: Australia, France, Ireland, Spain, Switzerland	Examples: Estonia, Italy, Poland, Romania, United States	Examples: Argentina, Brazil, China, Egypt, India, Mexico, South Africa, Thailand	Examples: Bangladesh, Ghana, Kenya, Nepal

Πηγή: Applebaum et al, 2013

Αυτό που καταδεικνύουν οι απόπειρες ταξινόμησης των συστημάτων είναι η δυσκολία να προσδιοριστούν όλα τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης κυρίως λόγω του γεγονότος ότι αποτελεί πρόσφατο πεδίο πολιτικής και έρευνας. Όσον αφορά στις ευρωπαϊκές χώρες μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα συστήματα με μακροπρόθεσμο σχεδιασμό και οργανωτικό βάθος (Γερμανία, Γαλλία, Σουηδία) χαρακτηρίζονται από ισορροπία μεταξύ δαπανών και παροχών και με αυξημένες πιθανότητες βιωσιμότητας στο μέλλον.

2.3 Η βιωσιμότητα των συστημάτων ΜΦΥ στην ΕΕ

Καθώς αυξάνεται ολοένα και με μεγαλύτερο ρυθμό ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στην ΕΕ, η βιωσιμότητα των συστημάτων ΜΦΥ καθίσταται ουσιώδης πολιτική προτεραιότητα. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2015) παρατήρησε ότι, οι δημόσιες δαπάνες για ΜΦΥ θα αυξηθούν από 1,6% το 2013 σε 2,7% έως το 2060. Τα τελευταία χρόνια οι σύγχρονες τάσεις που στοχεύουν στη βιωσιμότητα των συστημάτων αφορούν είτε την αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότησης είτε την αύξηση της παραγωγικότητας και τη μείωση του κόστους. Οι επιλογές αυτές επιφέρουν σημαντικά προβλήματα στην ΜΦΥ, πρώτον γιατί πολλά συστήματα εξαρτώνται από την άτυπη παροχή περίθαλψης και κατ' επέκταση οι πολίτες

επωμίζονται το κόστος της περίθαλψης, και δεύτερον γιατί η αύξηση της παραγωγικότητας είναι δύσκολη σε έναν κλάδο έντασης εργασίας που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό την εισροή εργαζομένων (Mosca, 2017) .

Συνεπώς η ΜΦΥ χαρακτηρίζεται από διακριτούς παράγοντες και δρώντες και δεν πρέπει να συγχέεται με άλλους κλάδους παροχής υπηρεσιών. Προκειμένου να επιτευχθεί η βιωσιμότητα, τα συστήματα οφείλουν να ικανοποιούν δύο αναγκαίες συνθήκες: την παροχή επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών με την ταυτόχρονη διατήρηση των δαπανών σε συγκεκριμένα επίπεδα. Αυτό προϋποθέτει τον προσδιορισμό των ποσών που δαπανώνται σήμερα για τις υπηρεσίες και την όσο δυνατόν ακριβέστερη πρόβλεψη των μελλοντικών συνθηκών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2018). Αν υποθέσουμε ότι ο προσδιορισμός των σημερινών αναγκών είναι εφικτός, τότε η κύρια πρόκληση είναι η πρόβλεψη των μελλοντικών δαπανών.

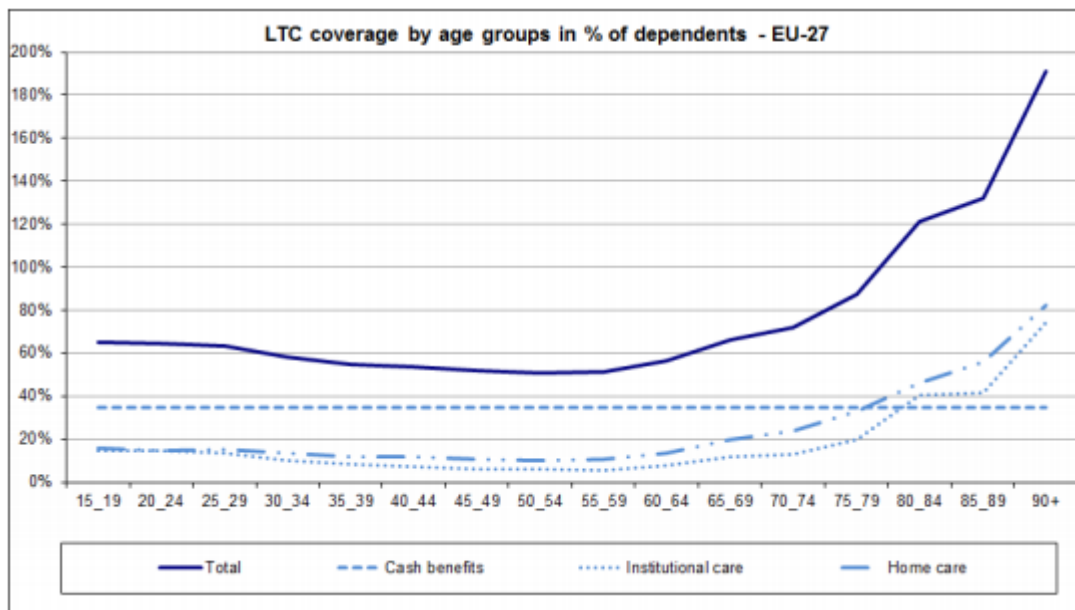
2.3.1 Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες για ΜΦΥ στο μέλλον

Στο πλαίσιο της Επιτροπής Οικονομικών Υποθέσεων της ΕΕ, συστάθηκε ειδική ομάδα εργασίας (Ageing Working Group- AWG) με σκοπό την πρόβλεψη (ανά τριετία) των μελλοντικών δαπανών που σχετίζονται με την γήρανση του πληθυσμού στα κράτη μέλη της ΕΕ. Σύμφωνα με τις εκθέσεις του AWG, οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες για ΜΦΥ είναι οι δημογραφικές τάσεις, τα επίπεδα εξάρτησης του πληθυσμού, τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης και χρηματοδότησης των συστημάτων και η διαθεσιμότητα των ανθρώπινων πόρων. Ακόμη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης καθώς επίσης και η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και η χρήση νέων τεχνολογιών.

I. Η δημογραφική δομή του πληθυσμού

Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας και την αύξηση του ορίου προσδόκιμου ζωής, πιθανόν να επιφέρει μεγαλύτερες ανάγκες για ΜΦΥ στο μέλλον. Αυτό ακριβώς το γεγονός οφείλεται στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων, σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Διάγραμμα 1: Παρεχόμενες υπηρεσίες ανά ηλικία στην ΕΕ



Πηγή: Lipszyc et al, 2012

II. Τα επίπεδα εξάρτησης και οι εξελίξεις την υγεία

Η ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη δεν αφορά μόνο την ηλικία αυτή καθαυτή, αλλά είναι συνέπεια της αναπηρίας ή της ασθένειας που επιφέρουν εξάρτηση. Ωστόσο, τα ποσοστά εξάρτησης είναι υψηλότερα στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες με αποτέλεσμα αν αυξηθεί ο αριθμός των ηλικιωμένων, να αναμένεται αύξηση των εξαρτώμενων ατόμων και των δαπανών για ΜΦΥ.

III. Τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών ΜΦΥ

Η πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών χρηματοδότησης εξαρτάται από χαρακτηριστικά όπως είναι το μέγεθος των άτυπων υπηρεσιών σε σχέση με την τυπική φροντίδα και η κατεύθυνση των συστημάτων είτε προς την ιδρυματική φροντίδα είτε προς τις υπηρεσίες κατ' οίκον. Εκ πρώτης όψεως η συμβολή της άτυπης περίθαλψης μειώνει το κόστος της δημόσιας χρηματοδότησης, από την άλλη όμως εκδηλώνονται σοβαρές στρεβλώσεις στην αγορά εργασίας και στην υγεία των ίδιων των φροντιστών.

IV. Η διαθεσιμότητα των ανθρώπινων πόρων

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης είναι δύσκολη και ψυχοφθόρα εργασία και ότι οι επαγγελματίες φροντιστές δεν έχουν την απαραίτητη αναγνώριση και υποστήριξη σε συνδυασμό με τους χαμηλούς μισθούς, εύκολα συμπεραίνεται ότι ίσως μειωθεί το ανθρώπινο δυναμικό της ΜΦΥ. Επιπλέον, πέραν των παραπάνω, η γήρανση του πληθυσμού από μόνη της είναι ικανή να επιφέρει συρρίκνωση του ανθρώπινου δυναμικού.

Κεφάλαιο 3^ο Χαρακτηριστικά ευρωπαϊκών συστημάτων ΜΦΥ

3.1 Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας στη Γαλλία

3.1.1 Ιστορικά στοιχεία

Στις αρχές του 20ου αιώνα δημιουργήθηκε στη Γαλλία ένα πρώιμο σύστημα παροχής βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα. Αρκετά χρόνια αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1950, θεσπίστηκαν τα πρώτα μέτρα για παροχή βοήθειας στο σπίτι και δημιουργήθηκαν οι πρώτες κρατικές εγκαταστάσεις που φιλοξενούσαν εξαρτώμενα άτομα σε ηλικία συνταξιοδότησης. Το κοινωνικό πρόβλημα της μακροχρόνιας περίθαλψης αναγνωρίστηκε το 1960, έτος κατά το οποίο προωθήθηκαν και τα πρώτα μέτρα για την ασφάλιση των ηλικιωμένων ατόμων με απώλεια αυτονομίας (Mordier, 2013), ενώ από το 1970 και μετέπειτα διενεργήθηκαν αρκετές μελέτες και επίσημες εκθέσεις για τον κίνδυνο της αύξησης των εξαρτημένων ατόμων.

Το 1975 ψηφίστηκε ο νόμος «*Υπέρ των Ατόμων με αναπηρία*», με αντικείμενο την παροχή επιδομάτων σε άτομα με αναπηρίες. Τα επιδόματα ωστόσο χορηγήθηκαν σε μεγάλο ποσοστό σε ηλικιωμένα άτομα προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες ΜΦ, ενώ ορισμένα οφέλη είχαν προβλεφθεί και για τους φροντιστές, μέλη των οικογενειών. Παρόλα αυτά, τα μέτρα δεν κρίθηκαν ικανοποιητικά και τέθηκαν νέοι στόχοι για βιώσιμες και αποτελεσματικές λύσεις.

Το 1995, μια προσωρινή «πειραματική» ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης τέθηκε σε λειτουργία αλλά αποτέλεσε μια προσωρινή λύση με περιορισμένο πεδίο εφαρμογής. Παρόλα αυτά, η προσωρινή ασφάλιση, προκάλεσε αρκετές συζητήσεις και επέφερε την υιοθέτηση νέων κανονισμών για την προστασία των εξαρτημένων ατόμων. Τα μέτρα αφορούσαν κυρίως επιδόματα τα οποία χορηγούνταν σωρευτικά ή μηνιαία και χρηματοδοτήθηκαν από το ταμείο συντάξεων γήρατος.

Το 1997, καθιερώθηκε με νόμο το ειδικό επίδομα εξάρτησης (*prestation spécifique dependance- SPD*), σε αναμονή περαιτέρω μέτρων τα οποία επρόκειτο να θεσπιστούν σε μεταγενέστερο στάδιο. Ο νόμος ήταν προσανατολισμένος στις μόνιμες παροχές των ατόμων που τις είχαν ανάγκη. Καθιερώθηκε αποκεντρωμένο σύστημα αρμοδιοτήτων και τα γαλλικά διαμερίσματα (περιφέρειες) εξουσιοδοτήθηκαν να ορίζουν και να εφαρμόζουν τους δικούς τους κανόνες σχετικά με την επιλεξιμότητα των ατόμων και τη χορήγηση των παροχών.

Το SPD, σχεδιάστηκε όχι μόνο ως μέσο αντιμετώπισης του αυξανόμενου κόστους της γήρανσης, αλλά προωθήθηκε και σαν μηχανισμός διεύρυνσης της αγοράς εργασίας στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Το SPD θεωρήθηκε αποτυχημένο (Joshua, 2017) λόγω των ανισοτήτων στην πρόσβαση μεταξύ των περιφερειών, της αδυναμίας δημιουργίας περισσότερων θέσεων εργασίας και του περιορισμένου αριθμού ατόμων που ήταν επιλέξιμα για τις παροχές.

3.1.2 Το Προσωπικό Όφελος Αυτονομίας (Allocation Personnalisee d'Autonomie- APA)

Το 2002, το Προσωπικό Όφελος Αυτονομίας, εφεξής ΠΟΑ, αντικατέστησε το ειδικό επίδομα εξάρτησης. Το ΠΟΑ σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνει τα επίπεδα αυτονομίας των ατόμων που εξαρτώνται από τη ΜΦΥ. Ο αρχικός στόχος ήταν το ΠΟΑ να συμβάλλει στην δημιουργία ενός νέου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης προσανατολισμένο στη μακροχρόνια περίθαλψη στο μέλλον. Το ΠΟΑ εισήχθη επίσης με στόχο την ανάπτυξη ενός μοχλού πρόνοιας που δε λειτουργεί σε επικουρική βάση, όπως συνέβαινε έως τότε. Οι παροχές του ΠΟΑ χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογικής πολιτικής και διακρίνονται από την ασφάλιση καθώς δεν αποτελούν κομμάτι της τελευταίας (Chevreul, Brigham 2013).

Το ΠΟΑ συνίσταται σε δύο κατηγορίες οφελών για τους δικαιούχους, ήτοι τα επιδόματα και η κάλυψη διαμονής. Αφορά τα άτομα άνω των 60 ετών με περιορισμένη αυτονομία στην καθημερινότητα. Οι παροχές δεν εξαρτώνται από το εισόδημα. Εκτός από το ηλικιακό όριο, για να δικαιούται κάποιος το ΠΟΑ θα πρέπει να είναι μόνιμος κάτοικος της Γαλλίας, ανεξαρτήτως υπηκοότητας. Η τρίτη προϋπόθεση είναι η απώλεια της αυτονομίας, η οποία εξετάζεται βάσει ενός εθνικού πίνακα αξιολόγησης.

Ο πίνακας AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) περιλαμβάνει έξι κατηγορίες σύμφωνα με τις οποίες υπολογίζεται ο βαθμός εξάρτησης των ατόμων και η ανάγκη για υποστήριξη. Η διάκριση βασίζεται στο μέγεθος της απώλειας αυτονομίας για την εκπλήρωση των βασικών καθημερινών αναγκών όπως ντύσιμο, διατροφή, προσωπική υγιεινή και στην επιλεκτική βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως ψώνια, μαγειρική, καθαριότητα του σπιτιού.

Τα επιδόματα του ΠΟΑ διατέθηκαν σε 1.250.000 ηλικιωμένους το 2015 αλλά τα στατιστικά στοιχεία προβλέπουν μια σημαντική αύξηση γύρω στο 2030-2040, καθώς η γενιά του baby boom φτάνει στα γηρατειά. Μάλιστα, εκτιμάται, ότι ο αριθμός των δικαιούχων θα μπορούσε να φθάσει τα 2 εκατομμύρια το 2040 (Le Bihan, 2018). Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται τα ποσά που δικαιούνται τα εξαρτώμενα άτομα για κάθε βαθμό απώλειας αυτονομίας:

Πίνακας 2: Τα χαρακτηριστικά του ΠΟΑ

Eligibility criteria	<ul style="list-style-type: none"> • At least 60 years old. • Mid to high level of dependency (Gir 4 to Gir 1) according to the national assessment grid: the AGGIR grid, which distinguishes six levels of dependency. • Proportional to the level of income: below a monthly income of EUR 800 recipients do not contribute to the funding of the care plan; above EUR 2945 of monthly income recipients contribute 90% of the funding. 				
Amount of the allowance	<table> <tr> <td>Gir 1 (highest level): EUR 1713 max</td> <td>Gir 3: EUR 931 max</td> </tr> <tr> <td>Gir 2: EUR 1375 max</td> <td>Gir 4: EUR 662 max</td> </tr> </table>	Gir 1 (highest level): EUR 1713 max	Gir 3: EUR 931 max	Gir 2: EUR 1375 max	Gir 4: EUR 662 max
Gir 1 (highest level): EUR 1713 max	Gir 3: EUR 931 max				
Gir 2: EUR 1375 max	Gir 4: EUR 662 max				
Beneficiaries	<p>1.25 million beneficiaries in 2015.</p> <p>60% of APA recipients live at home; 40% in residential homes. 45% have been assessed as Gir 4 (mid-level). 50% are more than 85 years old and 3/4 are women.</p>				

Πηγή: Le Bihan, B., 2018

Το 2015 το ΠΟΑ αναδιαμορφώθηκε εν μέρει, ειδικά υπέρ των εξαρτημένων ηλικιωμένων που μένουν στο σπίτι τους. Οι κύριοι στόχοι της αναδιαμόρφωσης αυτής ήταν να δοθούν κίνητρα ώστε τα άτομα να προτιμούν την κατ' οίκον φροντίδα. Το ΠΟΑ καλύπτει τα έξοδα του αναγκαίου προσωπικού βοήθειας όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, γιατροί. Μέρος των ποσών που διατίθενται αφορά εκτός από την πληρωμή του προσωπικού και τα έξοδα για την προσωρινή μακροχρόνια φροντίδα που παρέχεται σε μια εγκατάσταση, καθώς και τα έξοδα μεταφοράς ή οποιαδήποτε άλλα τεχνικά βοηθήματα, τροποποιήσεις στην κατοικία του ατόμου όπου απαιτείται, και τυχόν επιπλέον έξοδα που καλύπτουν μέτρα που συμβάλλουν στη διατήρηση της αυτονομίας του δικαιούχου (Kaufmann, 2018).

Ο δικαιούχος συνεισφέρει στα έξοδα της φροντίδας του ανάλογα με το εισόδημά του. Ο υπολογισμός των εν λόγω συνεισφορών βασίζεται στη φορολογική δήλωση και στην κινητή και ακίνητη περιουσία που διαθέτει. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες μορφές εισοδήματος δεν λαμβάνονται υπόψη, όπως για παράδειγμα οι πολεμικές

συντάξεις, οι αναπηρικές συντάξεις που καταβάλλονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Εάν το εισόδημα του δικαιούχου είναι χαμηλότερο από ένα συγκεκριμένο όριο, δεν χρειάζεται να καταβληθεί καμία πληρωμή από πλευράς του.

Όσον αφορά στα εξαρτώμενα άτομα που είναι αναγκασμένα να διαμένουν σε μονάδες φροντίδας, το ΠΟΑ καλύπτει τα έξοδα της διαμονής. Το ποσό υπολογίζεται ανάλογα με τον βαθμό απώλειας της αυτονομίας ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, ο δικαιούχος μπορεί να συμβάλλει στην κάλυψη των εξόδων. Το κράτος επιχορηγεί τις ιδιωτικές μονάδες φροντίδας (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα) που παρέχουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους και για τη σύσταση μιας τέτοιας μονάδας απαιτείται προηγούμενη έγκριση ίδρυσης από τις αρμόδιες αρχές.

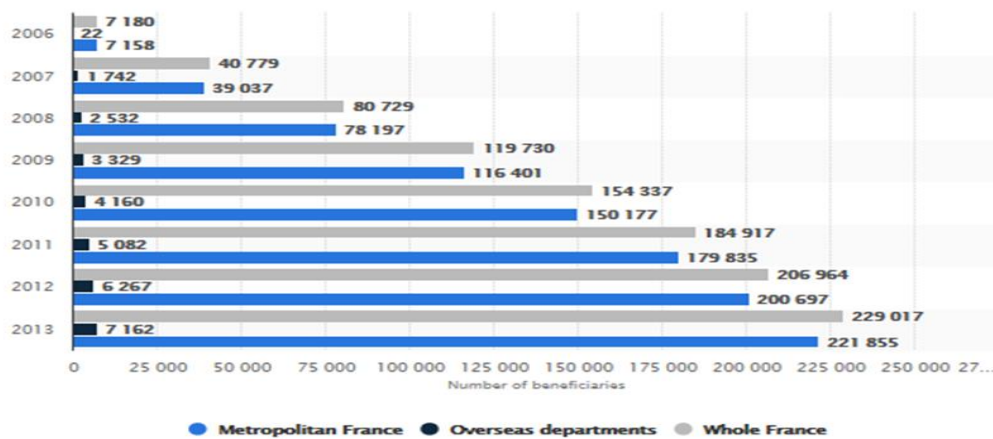
3.1.3 Άλλες παροχές ΜΦΥ

Στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης έχουν υιοθετηθεί αρκετά προγράμματα- δράσεις προκειμένου να συμβάλλουν στην φροντίδα των εξαρτώμενων ατόμων, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι τα παρακάτω:

- i. *Κοινωνική Δράση - Action sociale*: Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτείται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των περιφερειών και σχετίζεται με διάφορες υπηρεσίες σε είδος, αλλά και παροχές σε χρήμα.
- ii. *Κοινωνική Βοήθεια- Social Assistance*: Η Κοινωνική Βοήθεια είναι μία δράση που συμπεριλαμβάνει παροχές πρόνοιας μη ανταποδοτικές, όπως η ελάχιστη σύνταξη γήρατος, αλλά και υπηρεσίες οικιακής βοήθειας και φιλοξενίας σε μονάδες φροντίδας. Οι αρμόδιες αρχές για τη λειτουργία του προγράμματος είναι οι δήμοι, οι οποίοι ορίζουν τα ποσά που θα χορηγηθούν και επιλέγουν τους δικαιούχους των παροχών.
- iii. Σπίτια φροντίδας Ηλικιωμένων- Residential Homes for Elderly Persons Dependent on Long-Term Care: Η διαμονή σε αυτά τα ιδρύματα αφορά τους ηλικιωμένους που έχουν εξαντλήσει όλες τις μορφές φροντίδας δηλαδή τα άτομα με σοβαρές σωματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές.
- iv. Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι: Τα εν λόγω προγράμματα παρέχουν πολλές και διαφορετικές υπηρεσίες όπως ιατρικές επισκέψεις, φαρμακευτική συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη και νοσηλευτική ή οικιακή φροντίδα.

Εκτός από τα προγράμματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, στη Γαλλία υφίσταται ένα καθολικό συνταξιοδοτικό σύστημα για άτομα με αναπηρίες κάτω των 60 ετών. Ουσιαστικά είναι εξατομικευμένα επιδόματα αποζημίωσης αναπηρίας που προορίζονται για την κάλυψη διαφόρων αναγκών. Τα ποσά ποικίλουν ανάλογα με το είδος, το ποσοστό της αναπηρίας και το εισόδημα του δικαιούχου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016).

Διάγραμμα 2: Αριθμός ατόμων κάτω των 60 ετών που έλαβαν επίδομα αναπηρίας από το 2006 έως και το 2013.



Πηγή: The Statistics Portal (www.statista.com)

3.1.4 Η οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος ΜΦΥ.

Το σύστημα της ΜΦΥ στη Γαλλία βασίζεται σε ένα πρωτότυπο μοντέλο αποκεντρωμένης οργάνωσης. Ο ρόλος του κράτους περιορίζεται στο να παρέχει τις κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν στη βελτίωση της ποσότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται. Το κοινοβούλιο, ορίζει τις κύριες προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και προσδιορίζει τις χρηματοδοτικές ανάγκες των νοσοκομείων σε περιφερειακό επίπεδο, ανά τριετία. Ακόμη, το κράτος συμμετέχει στις διαδικασίες έγκρισης νοσηλείας από κοινού με τα ιδρύματα και τις περιφέρειες και καθορίζει την τιμολογιακή πολιτική για όλες τις υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ασφαλιστικό σύστημα της Γαλλίας συμπληρώνει το ρόλο

του κράτους στη ΜΦΥ εφόσον συμμετέχει στη χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας με ποσά που εγκρίνονται κάθε χρόνο από το Κοινοβούλιο.

Οι κυριότεροι δρώντες στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας είναι οι περιφερειακές αρχές και το ειδικό ταμείο χρηματοδότησης υπηρεσιών ΜΦΥ – National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA), ενώ μικρότερο ρόλο διαδραματίζουν το σύστημα υγείας και η πρόνοια. Από νόμο που θεσπίστηκε ήδη από το 2004, οι τοπικές και περιφερειακές αρχές είναι επιφορτισμένες με τον καθορισμό των απαραίτητων μέτρων υπέρ των ατόμων που στερούνται αυτονομίας, και ταυτόχρονα σχεδιάζουν και χρηματοδοτούν μεγάλο μέρος της πολιτικής της εξατομικευμένης αποζημίωσης αυτονομίας (ΠΟΑ).

Ειδικότερα, οι περιφερειακές αρχές επανασχεδιάζουν και οργανώνουν κάθε πέντε χρόνια το σύστημα ΜΦΥ μέσω των παρακάτω δράσεων (Joël et al., 2010)

- Αξιολόγηση τρεχουσών και μελλοντικών αναγκών που αφορούν τους αρμόδιους φορείς και τις υπηρεσίες.
- Εκτίμηση της ποσότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της εξέλιξης τους.
- Ανάπτυξη συνεργατικών δικτύων μεταξύ των ιδρυμάτων/ νοσοκομείων και άλλων φορέων του τομέα υγείας.
- Καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης των ολοκληρωμένων έργων.
- Ορισμός των χρηματοδοτικών αναγκών και εξασφάλιση των αναγκαίων ποσών νοσηλείας και καθορισμός της τιμολογιακής πολιτικής που αφορά τη φροντίδα στο σπίτι.

3.1.5 Η μεταρρύθμιση για την «προσαρμογή της κοινωνίας στη γήρανση» (the adaptation of society to ageing)

Η μεταρρύθμιση για την προσαρμογή της κοινωνίας στη γήρανση εγκρίθηκε από το Κοινοβούλιο στα τέλη του 2015 και τέθηκε σε ισχύ το 2016. Το κόστος της μεταρρύθμισης προϋπολογίζεται στα 645 εκ. ευρώ και χρηματοδοτείται από την εισφορά αλληλεγγύης για την αυτονομία, που καθιερώθηκε το 2013. Τα ποσά που διατίθενται έχουν ως βασικό σκοπό την μείωση των ιδιωτικών εισφορών και την υποστήριξη της κατ' οίκον νοσηλείας. Ακόμη, εισήχθησαν μέτρα υποστήριξης των άτυπων φροντιστών όπως προγράμματα εκπαίδευσης, αντικατάστασης του άτυπου

φροντιστή από έναν επαγγελματία για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2016) και επίδομα διακοπών της τάξεως των 500 ευρώ ετησίως.

Επιπλέον, επιχειρείται η αναδιοργάνωση του γραφειοκρατικού συστήματος μέσω της δημιουργίας ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων που περιέχουν στοιχεία για τα άτομα με αναπηρίες και τους ηλικιωμένους με απώλεια αυτονομίας. Τέλος, ένα ποσό (80 εκ. ευρώ) δαπανήθηκε για την βελτίωση των εγκαταστάσεων των ιδιωτικών μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων.

3.1.6 Οι προκλήσεις του γαλλικού συστήματος ΜΦΥ

Η Γαλλία είναι αναμφισβήτητα μια χώρα που προσφέρει αρκετές υπηρεσίες ΜΦΥ. Οι παροχές όμως είναι εξατομικευμένες σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσχέρειες όσον αφορά τις προβλέψεις για μελλοντικές δαπάνες. Άλλωστε, η ανάγκη για δημόσια χρηματοδότηση τις επόμενες δεκαετίες εκτιμάται ότι θα είναι τριπλάσια από την αναμενόμενη αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Chevreul & Brigham, 2013). Για την κάλυψη του μελλοντικού κόστους είναι απαραίτητος ο συντονισμός των αρμόδιων για την παροχή υπηρεσιών αρχών και η εξισορρόπηση των δαπανών μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα.

Εκτός από την πρόκληση της οικονομικής βιωσιμότητας, το γαλλικό σύστημα αντιμετωπίζει και το ζήτημα της επάρκειας των ανθρώπινων διαθέσιμων πόρων που επηρεάζει άμεσα την ποιότητα των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις Le Bihan και Soradzhian (2018), οι επίσημοι φροντιστές στη Γαλλία έχουν χαμηλούς μισθούς και οι περισσότεροι εξ αυτών (70% περίπου) εργάζονται κυρίως υπό το καθεστώς της ημιαπασχόλησης. Η προτεραιότητα πρέπει να είναι η βελτίωση των συνθηκών εργασίας των φροντιστών και η παροχή κινήτρων που θα συντελέσουν στην αύξηση της προσφοράς εργασίας στο μέλλον.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ΜΦΥ είναι από τις σημαντικότερες προκλήσεις αφού, παρά την αυξημένο αριθμό των νοσηλευτικών υπηρεσιών, των προσωρινών κατοικιών και των κατοικιών για ηλικιωμένα και εξαρτώμενα άτομα (αύξηση 6,5% σε θέσεις από το 2011 έως 2015), αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης (Le Bihan, 2018). Σχετικά, αναφέρονται 3 λόγοι:

- Οι υπηρεσίες που προσφέρονται δεν είναι διαφανείς λόγω του μεγάλου αριθμού των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι τομείς της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας είναι διαχωρισμένοι, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν συνεκτικές πολιτικές στη ΜΦΥ και οι χρήστες να δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να εκμεταλλευτούν τις λειτουργίες του συστήματος.
- Παρόλο που οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας καλύπτονται από το σύστημα ασφάλισης, οι οικογένειες αντιμετωπίζουν συχνά σημαντικές πρόσθετες δαπάνες για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Σύμφωνα με τον Fizzala (2016), τα άτομα που νοσηλεύονται σε κρατικές δομές φροντίδας, επιβαρύνονται περίπου με 1500 ευρώ μηνιαίως, ενώ και αυτοί που φροντίζονται κατ' οίκον και είναι δικαιούχοι του ΠΟΑ πληρώνουν κατά μέσο όρο 80 ευρώ το μήνα από τον ατομικό τους προϋπολογισμό.
- Η ύπαρξη της ενιαίας εθνικής νομοθεσίας για το Προσωπικό Όφελος Αυτονομίας δεν εξαλείφει τις ανισότητες μεταξύ των περιφερειών. Ειδικότερα, οι αγροτικές περιοχές προσφέρουν λιγότερες νοσηλευτικές και κατ' οίκον φροντίδας υπηρεσίες από τις αστικές περιοχές.

3.2 Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στην Πορτογαλία

3.2.1 Γενικά

Η ΜΦΥ στην Πορτογαλία σχετιζόταν άμεσα με ένα δίκτυο ανεξάρτητων μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων, γνωστά ως Ιδιωτικά Ιδρύματα Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μεταξύ αυτών, οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών ήταν οργανώσεις με θρησκευτικό χαρακτήρα (Misericórdias). Τα εν λόγω μη κερδοσκοπικά ιδρύματα παρείχαν υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης χωρίς κρατικές παρεμβάσεις, σε όλη την επικράτεια, εκτός από τη Λισαβόνα η οποία διέπονταν από ένα διαφορετικό καθεστώς δημόσιας επιχείρησης. Σήμερα, συμβάλλουν στο σύστημα περίθαλψης με ένα δίκτυο κατοικιών (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) οι οποίες προσφέρουν στέγαση σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω και σε άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απώλειας αυτονομίας ανεξαρτήτως ηλικίας.

Σκοπός των δομών φιλοξενίας είναι η προώθηση της αυτόνομης και ενεργούς γήρανσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ψυχολογική υποστήριξη, ιατρική παρακολούθηση, η δημιουργική απασχόληση, η βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες και η εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών για την ενίσχυση των ικανοτήτων των φιλοξενούμενων. Η διαμονή στις δομές αυτές είναι προσωρινή ή μόνιμη. Για τη διαχείριση τους υπεύθυνο είναι το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικής Ασφάλισης και η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις μηνιαίες συνδρομές των φιλοξενούμενων, οι οποίες εξαρτώνται από το εισόδημα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016). Το 2015 πάνω από 5500 άτομα φιλοξενούνταν στις κατοικίες αυτές.

3.2.2 Το Εθνικό Δίκτυο για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα- ΕΔΣΟΦ

Το 2006, λόγω της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αναμενόμενης γήρανσης του πληθυσμού, προωθήθηκε στην Πορτογαλία το Εθνικό Δίκτυο για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα, το οποίο τέθηκε σε ισχύ ένα χρόνο αργότερα. Το Εθνικό Δίκτυο για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα συντονίζουν και εποπτεύουν από κοινού τα υπουργεία εργασίας και υγείας. Περιλαμβάνει όλες τις μορφές αποκατάστασης και νοσηλευτικής φροντίδας για άτομα με ψυχικά ή σωματικά προβλήματα που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους χωρίς υποστήριξη κατά τον Ν. 101/2006 του πορτογαλικού κοινοβουλίου.

Σε πρόσφατη μελέτη (Simões, et al., 2017), αναφέρεται ότι το σύστημα ΜΦΥ στην Πορτογαλία είναι αποκεντρωμένο και διοικείται ιεραρχικά σε τρία κυβερνητικά επίπεδα : α) στο επίπεδο της κεντρικής κυβέρνησης όπου σχεδιάζεται και ελέγχεται η εθνική πολιτική υγείας, β) στο περιφερειακό επίπεδο όπου εφαρμόζονται οι κατευθύνσεις που δίνονται από την κεντρική κυβέρνηση και συντονίζονται όλες οι δράσεις υγειονομικής περίθαλψης και γ) στο τοπικό επίπεδο όπου οι αρμόδιες δημοτικές αρχές μεριμνούν για την κατ' οίκον φροντίδα.

Το πορτογαλικό σύστημα οργανώνεται στο πλαίσιο τριών επιπέδων παροχών και υπηρεσιών φροντίδας, δηλαδή, στις κατ' οίκον υπηρεσίες, στις νοσηλευτικές μονάδες, καθώς επίσης και στην επιδοματική πολιτική. Χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα ποσά κατανέμονται μεταξύ των Υπουργείων Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικής Ασφάλισης, ενώ ένα μέρος

των δαπανών καλύπτεται από τους ιδιώτες δικαιούχους σύμφωνα με εισοδηματικά κριτήρια.

Σχετικά με τις νοσηλευτικές μονάδες, αξίζει να σημειωθεί ότι αρχικά λειτουργούσαν τέσσερις κατηγορίες δομών ανάλογα με το είδος και το βαθμό της εξάρτησης των νοσηλευόμενων αλλά με το νόμο του 136/2015 του πορτογαλικού κοινοβουλίου, οι μονάδες συγχωνεύτηκαν και συμπεριλήφθηκαν στο Εθνικό Δίκτυο Παρηγορητικής Φροντίδας.

3.2.3 Οι παροχές του Εθνικού Δικτύου για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα

Ο ρόλος της άτυπης φροντίδας είναι κρίσιμος για το σύστημα ΜΦΥ στην Πορτογαλία. Οι παροχές σε χρήμα και σε είδος αφορούν τόσο τα εξαρτώμενα άτομα όσο και τους φροντιστές τους. Οι διαφορές μεταξύ των επιδομάτων σχετίζονται με το εάν ο εξαρτώμενος συγγενής είναι παιδί ή ηλικιωμένος. Τα επιδόματα των φροντιστών που παρέχουν περίθαλψη στα παιδιά είναι σαφώς μεγαλύτερα, έναντι εκείνων που φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Ακόμη, ένα σημαντικό στοιχείο είναι ότι η επιδοματική πολιτική δεν εξαρτάται από το βαθμό αυτονομίας των δικαιούχων αλλά από εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια (Baptista & Perista 2018). Η επιδοματική πολιτική συνίσταται στις παρακάτω παροχές:

- το επίδομα εξάρτησης (complemento por dependência).

Πιο συγκριμένα, τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν κινητικά ή άλλου είδους προβλήματα και δεν είναι σε θέση να ικανοποιούν μόνοι τους τις βασικές καθημερινές ανάγκες, λαμβάνουν το επίδομα εξάρτησης (complemento por dependência), που ορίζεται στα 103 ευρώ ανά μήνα με την προϋπόθεση ότι οι συντάξιμες αποδοχές του είναι της τάξης των 600 ευρώ και τα άτομα που είναι καθηλωμένα σε αναπηρικό καροτσάκι ή έχουν διαγνωστεί με άνοια λαμβάνουν 186 ευρώ το μήνα με την ίδια προϋπόθεση.

- Το επίδομα παρακολούθησης (subsídio por ausência de terceira pessoa)

Το επίδομα παρακολούθησης χορηγείται σε παιδιά και νέους με αναπηρία που δεν είναι αυτόνομοι την καθημερινότητα. Σε αυτή την περίπτωση, ο δικαιούχος είναι ο γονέας ή ο κηδεμόνας που φροντίζει το παιδί στο σπίτι. Για να καταστεί κάποιος

δικαιούχος του επιδόματος παρακολούθησης θα πρέπει το εισόδημα του εξαρτώμενου τέκνου να μην υπερβαίνει τα 207 ευρώ, ενώ αν είναι έγγαμος να μην υπερβαίνει το διπλάσιο ποσό και να μην εργάζεται. Το επίδομα παρακολούθησης είναι 108 ευρώ ανά μήνα και σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) το προηγούμενο έτος, πάνω από 13.000 άνθρωποι έλαβαν αυτό το όφελος.

- Το επίδομα για την περίθαλψη παιδιών με αναπηρία ή χρόνιων ασθενειών (subsídio para para assistenência a filho)

Η ως άνω παροχή είναι εξαμηνιαία και χορηγείται στον γονέα στην περίπτωση που δεν μπορεί να εργαστεί λόγω της ανάγκης να φροντίσει ένα παιδί. Το ποσό που χορηγείται αντιπροσωπεύει το 65% του μισθού που χάθηκε με μέγιστο όριο τα 857 ευρώ μηνιαίως.

Υπάρχουν κι άλλα είδη επιδομάτων που αφορούν τους φροντιστές όπως το επίδομα εκπαίδευσης που προορίζεται για την κάλυψη εξόδων για ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα και το συμπληρωματικό επίδομα για την κάλυψη πρόσθετων αναγκών λόγω αναπηρίας.

Εκτός από τις παροχές σε χρήμα, και τις νοσηλευτικές μονάδες, ένα σύνολο ανοιχτού τύπου υπηρεσιών (που υποστηρίζονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης), είναι διαθέσιμο για τα εξαρτώμενα άτομα και τις οικογένειές τους. Πρόκειται για κέντρα ημέρας, κέντρα παρακολούθησης και κοινωνικής αποκατάστασης, καθώς επίσης και υπηρεσίες πρώτου επιπέδου παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο.

3.2.4 Οι αδυναμίες του συστήματος

Σύμφωνα με τον Lopes (2018), η οικονομική κρίση και η δημοσιονομική εποπτεία στην Πορτογαλία κατά τα έτη 2011- 2014, αποτέλεσαν τροχοπέδη για την ανάπτυξη του Εθνικού Δικτύου για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα, παρόλο που υπήρξε μια αύξηση των δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ τα τελευταία χρόνια.

Οι αυξημένες δαπάνες είναι απόρροια της δομής του συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από την υπεροχή των κλειστών μονάδων φροντίδας (οι οποίες φιλοξενούν το 56% των εξαρτημένων ατόμων) έναντι της κατ' οίκον περίθαλψης, γεγονός που αντιτίθεται στις σύγχρονες τάσεις και αντιλήψεις για αποιδρυματοποίηση. Μία ακόμη αδυναμία που εντοπίστηκε είναι οι γεωγραφικές

ασυμμετρίες, που συνεπάγονται δυσχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες για τα άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Επιπλέον, οι ανισότητες στις παροχές λόγω των αυστηρών εισοδηματικών κριτηρίων είναι εμφανείς.

Συνολικά, το 2016, το 2,9% του πληθυσμού (ηλικίας 15+) έλαβε επίσημες παροχές σε είδος ή / και σε χρήμα, ποσοστό χαμηλότερο του μέσου όρου της ΕΕ (4.2%). Από μόνα τους τα ποσοστά υποδηλώνουν χαμηλή κάλυψη των εξαρτώμενων ατόμων και ίσως μειωμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος. Από την άλλη πλευρά, τα υψηλότερα ποσοστά κάλυψης θα συνεπάγονταν αυξημένη δημοσιονομική πίεση και ανάγκη για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις στο μέλλον, προκειμένου το σύστημα να καταστεί βιώσιμο. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016).

Όπως παρατήρησαν οι Baptista και Perista (2018), η Πορτογαλία έχει μεγάλο έλλειμμα επίσημων φροντιστών. Αυτό επιβεβαιώνεται από τον εξαιρετικά μικρό αριθμό εργαζόμενων στη μακροχρόνια περίθαλψη. Ο αριθμός των επαγγελματιών υπολογίζεται σε 0,4 φροντιστές ανά 100 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Αυτό έχει συνέπειες τόσο στην ποιότητα όσο και την επάρκεια των υπηρεσιών. Επιπλέον, συμβάλλει και στα χαμηλά ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού από το σύστημα.

Στην μελέτη της, η Scheil- Adlung (2015), αναφέρει ότι το Εθνικό Δίκτυο για Συνεχή Ολοκληρωμένη Φροντίδα βασίζεται σε μεγάλο ποσοστό στις πληρωμές των πολιτών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν με αποτέλεσμα να αποκλείονται όσοι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα περίθαλψης. Επιπλέον, κατά τους Reis και Alvarez¹ (2017), τόσο οι τιμές των φαρμάκων, όσο και οι τιμές της νοσηλείας στα νοσοκομεία και στα κέντρα περίθαλψης, «είναι σχεδόν πάντοτε απρόσιτες για τους περισσότερους ανθρώπους και τις οικογένειες που τις χρειάζονται».

Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι η προσπάθεια της Πορτογαλίας για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας δεν φαίνεται να έχει τα αποτελέσματα που ανέμεναν οι σχεδιαστές του το 2006. Άλλωστε το πρόγραμμα έχει αρχικώς δομηθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε σε ορίζοντα δεκαετίας να είναι σε θέση να προσφέρει καθολικές και ποιοτικές υπηρεσίες στους πολίτες.

¹ Έρευνα σχετικά με την περίθαλψη στους ηλικιωμένους με άνοια.

3.3 Το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας στη Γερμανία

3.3.1 Ιστορικά στοιχεία

Πριν από την εφαρμογή του καθεστώτος της κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας περίθαλψης, η ΜΦΥ στη Γερμανία υφίστατο σαν ένα πρόγραμμα (Hilfe zur Pflege) που κάλυπτε περιορισμένο αριθμό πολιτών, οι οποίοι, προκειμένου να καταστούν δικαιούχοι όφειλαν να μην είναι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα και να δηλώνουν πολύ χαμηλό εισόδημα. Το εν λόγω πρόγραμμα παρείχε στα εξαρτώμενα άτομα πληρωμές μέσω του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, ενώ από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, η ιδιωτική ασφάλιση στον κλάδο της υγείας διαδραμάτισε μικρό ρόλο στην κάλυψη των κινδύνων μακροχρόνιας περίθαλψης (Centre for Policy on Ageing, 2016).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος μακροχρόνιας μέριμνας και η βιωσιμότητά του μακροπρόθεσμα, καθώς επίσης και η τεράστια αύξηση των εξαρτώμενων ατόμων από την δεκαετία του 1960 έως και τις αρχές του 1990, υπογράμμισαν την αναγκαιότητα για την καθιέρωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της ΜΦΥ (Zuchandke et al., 2010).

Σύμφωνα με τους Alber και Schoelkopf (1999), η Γερμανία κατέληξε στην υιοθέτηση της κοινωνικής ασφάλισης έναντι άλλων εναλλακτικών πολιτικών (υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση, χρηματοδότηση μέσω του φορολογικού συστήματος), λόγω του ότι ταίριαζε στο προφίλ του κοινωνικού κράτους που πρόσβευε η χώρα. Η υποχρεωτική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης θεσμοθετήθηκε στη Γερμανία το 1996 ως ο «πέμπτος πυλώνας» του συστήματος² για την προστασία από τις οικονομικές δυσκολίες που συνδέονται με την αναπηρία και τις χρόνιες παθήσεις.

3.3.2 Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της ΜΦΥ.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), ανέφερε ότι τα στοιχεία που κατά βάση χαρακτηρίζουν το σύστημα ασφάλισης της μακροχρόνιας περίθαλψης, είναι η υποχρεωτικότητα και η καθολικότητα. Το νέο σύστημα καλύπτει μέρος των δαπανών

² Οι άλλοι τέσσερις πυλώνες είναι η ασφάλιση ανεργίας, η ασφάλιση υγείας, το συνταξιοδοτικό σύστημα και η ασφάλιση λόγω ατυχήματος.

μακροχρόνιας περίθαλψης ενώ τα υπόλοιπα έξοδα χρηματοδοτούνται από τα άτομα που χρειάζονται φροντίδα ή από τα παιδιά τους ή, εάν δεν είναι σε θέση να το κάνουν, από επιχορηγήσεις κοινωνικής πρόνοιας που παρέχονται σε περιφερειακό επίπεδο. Όλα τα άτομα που χρειάζονται περίθαλψη (παιδιά με αναπηρία, ενήλικες και ηλικιωμένοι) είναι επιλέξιμα για το σύστημα ασφάλισης, ανεξαρτήτως ηλικίας.

Η φροντίδα κατ' οίκον είναι πολύ σημαντική για το σύστημα. Το κράτος δίνει προτεραιότητα στην οικιακή φροντίδα, με την έννοια ότι, στο μέτρο του δυνατού, τα εξαρτώμενα άτομα είναι προτιμότερο να φροντίζονται στο σπίτι, ανεξάρτητα από το ατομικό δικαίωμα επιλογής τους ανάμεσα στην οικιακή φροντίδα και τη νοσηλεία (Gerlinger, 2018). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), το 43% των συνολικών δαπανών για μακροχρόνια φροντίδα αφορά υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι.

Το σύστημα της Γερμανίας είναι αναδιανεμητικό και αυτοχρηματοδοτείται από τις εισφορές που καταβάλλουν οι πολίτες βάσει ακαθάριστου εισοδήματος και οι οποίες κατανέμονται εξίσου μεταξύ των εργοδοτών και των εργαζομένων (Arntz, et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, τα ασφάλιστρα που καταβάλλουν οι πολίτες, υπολογίζονται ως σταθερό ποσοστό του εισοδήματος από την εργασία (2,35% για τους ασφαλισμένους με παιδιά και 2,60% για τους ασφαλισμένους χωρίς παιδιά). Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι η ιδιωτική συγχρηματοδότηση επίσημων υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης είναι βασικό στοιχείο του συστήματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 25% των υπηρεσιών συγχρηματοδοτούνται ιδιωτικά.

3.3.3 Οι δικαιούχοι των παροχών του συστήματος ασφάλισης ΜΦ

Η μεγαλύτερη αλλαγή που επέφερε το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της μακροχρόνιας φροντίδας στη Γερμανία ήταν η διεύρυνση των δικαιούχων. Μέχρι και το 2013 υπήρχαν τρία επίπεδα φροντίδας που εστίαζαν σε σωματικές βλάβες και ένα συμπληρωματικό επίπεδο για άτομα με νοητική αναπηρία, άνοια και συναφείς γνωστικές βλάβες. Εκτός από τα επίπεδα εξάρτησης, υπήρχε και το κριτήριο της χρονικής διάρκειας της εξάρτησης, που ορίζονταν στο διάστημα των 6 μηνών. Το 2013 εισήχθη ένα επιπλέον επίπεδο περίθαλψης, ώστε να ενσωματώσει άτομα που χρειάζονται γενική εποπτεία και φροντίδα στο σπίτι.

Το 2017 οι κατηγορίες επιλεξιμότητας απλουστεύονται σε πέντε, με στόχο τη απαλοιφή της διάκρισης μεταξύ νοητικής και σωματικής αναπηρίας (Büscher et al., 2011). Από τον Ιανουάριο του 2017, η επιλεξιμότητα επικεντρώνεται όχι στο χρονικό διάστημα για το οποίο απαιτείται φροντίδα, αλλά στην ατομική ικανότητα να διαχειριστεί κανείς διαρκείς φυσικές, γνωστικές ή ψυχολογικές διαταραχές.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι, ενώ η ασφάλιση καλύπτει όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι περισσότεροι που πληρούν τις προϋποθέσεις είναι 60 ετών ή μεγαλύτεροι: μόνο το 17% είναι κάτω 60, ενώ το 28% είναι μεταξύ 65 και 80 ετών και το 55% είναι άνω των 80 ετών (Nadash et al., 2017). Στον παρακάτω πίνακα καταγράφεται ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων ανά ηλικιακή ομάδα από το 1999 έως και το 2015.

Πίνακας 3: Άτομα που λαμβάνουν υπηρεσίες ΜΦΥ ανά ηλικία.

Persons in need of care, Year (ascending)		Age				
		⊖ All age-groups	under 75 years	75 to under 85 years	85 to under 90 years	90 years and older
Number of persons in need of care	1999	2,016,091	703,543	576,470	436,921	299,157
	2001	2,039,780	696,467	623,309	391,296	328,708
	2003	2,076,935	697,724	714,212	309,601	355,398
	2005	2,128,550	700,079	730,667	333,741	364,063
	2007	2,246,829	729,284	742,184	447,304	328,057
	2009 <i>Info</i>	2,338,252 ¹⁾	748,669 ¹⁾	767,052 ¹⁾	509,382 ¹⁾	313,149 ¹⁾
	2011	2,501,441	775,653	821,876	522,001	381,911
	2013	2,626,206	803,803	863,733	538,799	419,871
	2015	2,860,293	839,856	955,830	589,665	474,942

Πηγή: Nadash et al., 2017

3.3.4 Οι παροχές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της

Οι δικαιούχοι των παροχών του συστήματος μπορούν να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων παροχών, οι οποίες είναι οι εξής (Gerlinger, 2018):

- επίδομα φροντίδας

Το επίδομα φροντίδας σχετίζεται αποκλειστικά με την άτυπη περίθαλψη, δηλαδή το πρόσωπο που χρήζει φροντίδας λαμβάνει οικονομική υποστήριξη για να ζει στο σπίτι

του και να φροντίζεται από την οικογένεια. Τα μηνιαία επιδόματα ποικίλουν ανάλογα με το ποσοστό εξάρτησης των ατόμων.

➤ Η φροντίδα κατ 'οίκον (σε είδος)

Η φροντίδα κατ 'οίκον σημαίνει ότι ένας ή περισσότεροι επαγγελματίες φροντιστές επισκέπτονται το εξαρτημένο άτομο τακτικά στο σπίτι του. Οι πάροχοι των υπηρεσιών είναι συμβεβλημένοι με το ταμείο ασφάλισης και η αμοιβή τους καταβάλλεται απευθείας από αυτό.

➤ Η νοσηλεία σε κρατικό ίδρυμα

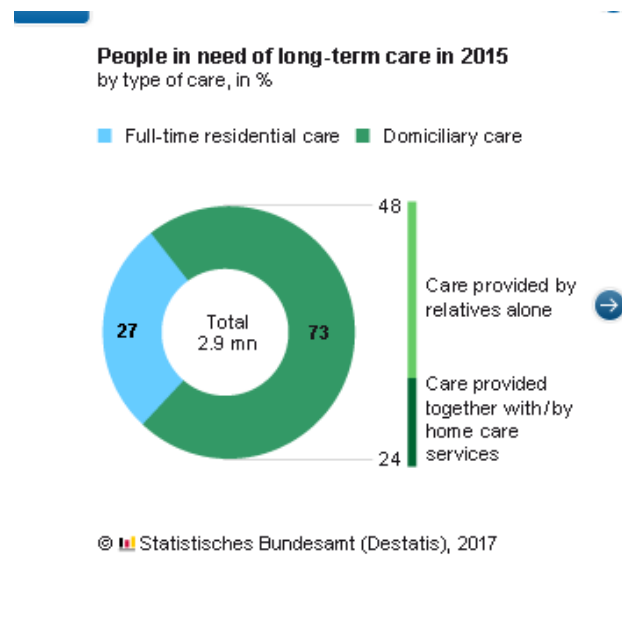
Η νοσηλεία αφορά κυρίως τη διαμονή σε γηροκομείο. Το κόστος της διαμονής επιμερίζεται από τα άτομα που χρειάζονται φροντίδα και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και η συντήρηση των υποδομών καθώς επίσης και οι αμοιβές του προσωπικού των γηροκομείων, χρηματοδοτούνται απευθείας από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της ΜΦ. Το 2015 το 27% των δικαιούχων μακροχρόνιας περίθαλψης νοσηλευόταν μόνιμα σε κρατικό ίδρυμα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018). Δικαίωμα περιστασιακής διαμονής σε κρατικό ίδρυμα παρέχεται δωρεάν και στα άτομα που φροντίζονται στο σπίτι αλλά ο φροντιστής για οποιοδήποτε λόγο αδυνατεί να παρέχει βοήθεια³.

➤ Η φροντίδα μερικής απασχόλησης

Αφορά τη φροντίδα σε μια ανοιχτή δημόσια ή ιδιωτική δομή που παρέχει ημερήσια ή νυκτερινή περίθαλψη. Ονομάζεται μερικής απασχόλησης για να διακρίνεται από τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι δομές επί 24ώρου βάσεως. Το ταμείο της ασφάλισης καταβάλλει το κόστος της περίθαλψης, της κοινωνικής υποστήριξης και της ιατρικής παρακολούθησης.

³ Το μέγιστο διάστημα διαμονής είναι 6 εβδομάδες ετησίως

Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία κατανομή μεταξύ τυπικής και άτυπης φροντίδας το 2015



Πηγή: Στατιστική Αρχή της Γερμανίας (www.destatis.de.com , Statistisches Bundesamt)

Τα οφέλη από την ασφάλιση της ΜΦΥ χορηγούνται όχι μόνο σε όσους έχουν ανάγκη φροντίδας αλλά και σε εκείνους που παρέχουν άτυπη φροντίδα. Οι άτυποι φροντιστές καλύπτονται από την υποχρεωτική συνταξιοδοτική ασφάλιση για την περίοδο κατά την οποία παρέχουν φροντίδα για τουλάχιστον 14 ώρες την εβδομάδα στην κατοικία ενός ατόμου, εφόσον δεν απασχολούνται αλλού ή δεν εργάζονται περισσότερες από 30 ώρες την εβδομάδα. Το ύψος των παροχών εξαρτάται από το επίπεδο και τη διάρκεια της παρεχόμενης περίθαλψης. Ακόμη, οι συγγενείς έχουν δικαίωμα να παρακολουθούν δωρεάν μαθήματα φροντίδας που χρηματοδοτεί ο δημόσιος τομέας.

3.3.5 Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις ΜΦΥ στη Γερμανία

Η Γερμανία εκσυγχρόνισε πλήρως το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της ΜΦΥ της κατά τα έτη 2015-2017 με την εφαρμογή των αποκαλούμενων «πράξεων ενίσχυσης της μακροχρόνιας περίθαλψης» που προκάλεσαν μια αύξηση των δαπανών άνω των 5 δις. Ευρώ. Ο πρώτος νόμος για την ενίσχυση της μακροχρόνιας περίθαλψης (The First Long Term Care Strengthening Act- PSG I) επεκτείνει τα οφέλη για όλους τους

δικαιούχους από την 1η Ιανουαρίου 2015. Οι παροχές μακροχρόνιας περίθαλψης για άτομα που φροντίζονται κατ' οίκον αυξήθηκαν κατά 1,4 δισ. ευρώ για κάθε έτος. Ακόμη, δόθηκε έμφαση στην εκπαίδευση εξειδικευμένου προσωπικού, που θα συμβάλλει στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο του νόμου, είναι η πρόβλεψη για τη δημιουργία ενός πρόσθετου Ταμείου Αποθεματικού Κεφαλαίου για την εξασφάλιση των μελλοντικών αναγκών χρηματοδότησης.

Η δεύτερη πράξη περί Ενδυνάμωσης της Νομοθεσίας (The Second Long Term Care Act Strengthening Act- PSG II) εισήγαγε ένα νέο όραμα για τη μακροχρόνια φροντίδα από την 1η Ιανουαρίου του 2017. Η ΜΦΥ θα στοχεύει στην υποστήριξη της αυτοπεποίθησης και της ψυχολογίας των ανθρώπων που έχουν ανάγκη. Και οι δύο πράξεις βελτίωσαν την ποιότητα όλων των υπηρεσιών και αύξησαν τις παροχές, ιδίως εκείνες που σχετίζονται με την οικιακή περίθαλψη. Τέλος, η μεταρρύθμιση προέβλεψε και την κάλυψη της αναμενόμενης επιβάρυνσης του ασφαλιστικού συστήματος από το 2035 και έπειτα, με την αύξηση των εισφορών κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες.

3.3.6 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα ΜΦΥ.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018), η Γερμανία έχει προβεί σε σημαντικά βήματα για τη θέσπιση ενός συνεκτικού σχεδίου χρηματοδότησης και διασφάλισης της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης ΜΦΥ. Επιπλέον, ο Reinhard (2018) σημείωσε ότι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού και η διεύρυνση του εύρους των παροχών και των υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια είναι δύο σημαντικά στοιχεία που συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάπτυξη του συστήματος.

Η διασφάλιση, ωστόσο, της ποιότητας των υπηρεσιών είναι η κυριότερη πρόκληση που αντιμετωπίζει η Γερμανία. Επί του παρόντος η πρόκληση αυτή φαίνεται να οφείλεται κυρίως στην ανεπαρκή στελέχωση, ως αποτέλεσμα των χαμηλών αμοιβών και των συνθηκών εργασίας. Η εξασφάλιση του απαιτούμενου αριθμού επαγγελματιών φροντίδας στο μέλλον είναι επιβεβλημένη προκειμένου να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες και να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των εξαρτώμενων ατόμων.

Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει για το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας είναι η απλούστευση του πλαισίου διακυβέρνησης μέσω της μείωσης της γραφειοκρατίας και

της δημιουργίας ηλεκτρονικών δομών πληροφόρησης. Η απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών θα πλαισιώσει ένα καλύτερο περιβάλλον για τους αποδέκτες και τους παρόχους της ΜΦΥ.

3.4 Το σύστημα ΜΦΥ στη Δανία

3.4.1 Γενικά

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η Δανία αντιμετώπισε δυσμενή δημογραφικά δεδομένα με κυρίαρχες τάσεις την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και την ταυτόχρονη μείωση του εργατικού δυναμικού. Εκείνη την περίοδο, βασιζόταν σε ένα ιδιαίτερο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας που χαρακτηριζόταν από τον μεγάλο αριθμό οίκων ευγηρίας και κρατικών εγκαταστάσεων νοσηλείας ατόμων με αναπηρία (Stuart & Weinrich, 2001).

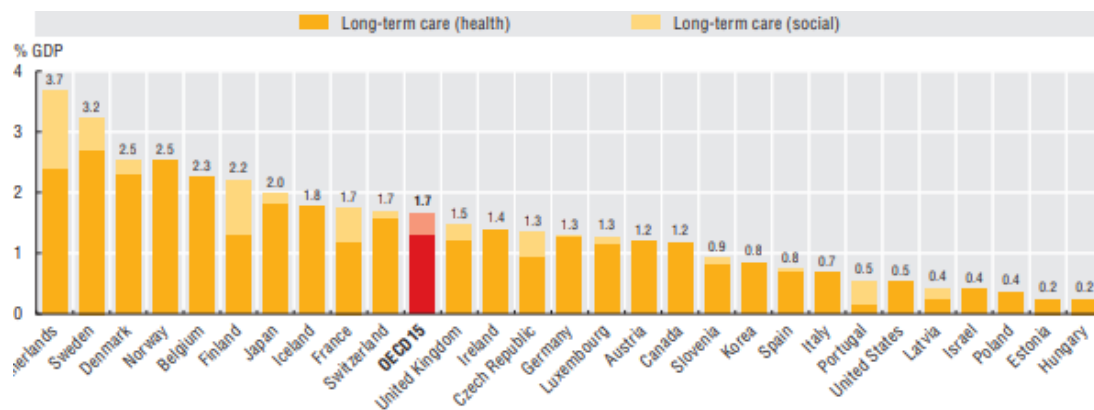
Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, ξεκίνησε το αποκαλούμενο «*Ολοκληρωμένο Σύστημα Φροντίδας*». Ονομάστηκε ολοκληρωμένο, γιατί ενώ προηγουμένως νοσοκομεία και εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας στελεχώνονταν χωριστά, το νέο σύστημα εισήγαγε μία συνεκτική δομή για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων (Hansen, 2000).

Έκτοτε, η Δανία χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα μακροχρόνιας μέριμνας καθολικό και εκτεταμένο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018). Η κεντρική κυβέρνηση καθορίζει τις γενικές κατευθύνσεις και πολιτικές που πρέπει να προωθηθούν. Επιπλέον, είναι επιφορτισμένη με την κατάρτιση του ετήσιου σχεδίου δαπανών, οι οποίες καλύπτονται από τους φόρους που συλλέγονται. Οι τοπικές αρχές (δήμοι) διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Είναι υπεύθυνες για τον τρόπο κατανομής των διαθέσιμων πόρων και ελέγχουν τους ιδιωτικούς φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες. Μεριμνούν επίσης για την ποιότητα και την επάρκεια των κατ' οίκον υπηρεσιών.

Η Δανία δαπανά τα τελευταία χρόνια για τη μακροχρόνια περίθαλψη πολύ μεγαλύτερα ποσά από ότι ο μέσος όρος των κρατών μελών. Χαρακτηριστικά υπογραμμίζεται ότι το 2013 αφιέρωσε το 2,5% του ΑΕΠ στις δαπάνες για ΜΦΥ, έτος κατά το οποίο ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ανήλθε σε 1,6%, και ο αντίστοιχος

μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ σε 1,7% ,σύμφωνα με τα στοιχεία της έκθεσης του ΟΟΣΑ (2015). Οι δαπάνες αυτές χρηματοδοτούνται κατά βάση από κρατικές επιχορηγήσεις και τοπικούς φόρους και όλοι οι πολίτες είναι δυνάμει δικαιούχοι των υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης.

Διάγραμμα 4: Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα το 2015



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2017 (www.oecd-library.org)

3.4.2 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ΜΦΥ

Το σύστημα ΜΦΥ στη Δανία διαθέτει στους πολίτες διάφορους τύπους υπηρεσιών όπως πρόληψη, αποκατάσταση, βοήθεια στο σπίτι, σπίτια φροντίδας ηλικιωμένων. Οι δήμοι προσφέρουν στους ηλικιωμένους υπηρεσίες προληπτικών μέτρων, μεταξύ των οποίων είναι οι επισκέψεις στο σπίτι και η βοήθεια για τη διατήρηση της αυτονομίας, μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων. Οι προληπτικές επισκέψεις, προσφέρονται σε όλους τους ηλικιωμένους άνω των 75 ετών με σκοπό την αξιολόγηση της κατάστασής τους (ψυχολογική, λειτουργική, οικονομική). Οι επισκέψεις αφορούν κατ' εξαίρεση και άτομα κάτω των 75 ετών που ζουν απομονωμένοι, ή έχουν βγει από κατάσταση μακράς νοσηλείας. Το 2016, 93.424 άτομα ωφελήθηκαν από προληπτική επίσκεψη στο σπίτι (Danmarks Statistik, 2017). Επιπλέον, στους περισσότερους δήμους έχει καθιερωθεί ο θεσμός του τοπικού συμβουλίου ηλικιωμένων, μέσω του οποίου οι τελευταίοι ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους.

Η αποκατάσταση αποτελεί μέρος της υπηρεσίας οικιακής βοήθειας. Όταν ένας πολίτης υποβάλλει αίτηση για βοήθεια στο σπίτι, ο εκάστοτε δήμος οφείλει να

προσφέρει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης. Η αποκατάσταση αφορά συνήθως περιπτώσεις ατόμων με μειωμένη φυσική κατάσταση και ο στόχος είναι η φροντίδα για τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας τους (φυσιοθεραπείες, ψυχολογική υποστήριξη, κοινωνικοποίηση). Οι υπηρεσίες αποκατάστασης προσφέρονται προκειμένου να καταστούν οι πολίτες αυτόνομοι και να λειτουργούν με ανεξαρτησία στην καθημερινή ζωή. Οι επιμέρους στόχοι των προγραμμάτων αυτών καθορίζονται από κοινού από την τοπική αρχή και τους ηλικιωμένους. Το 2016, 11.279 άτομα άνω των 65 ετών, βρισκόταν σε πρόγραμμα αποκατάστασης (Danmarks Statistik, 2017).

Η βοήθεια στο σπίτι αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ΜΦΥ και αφορά την προσωπική φροντίδα, την πρακτική βοήθεια και υποστήριξη, και τις υπηρεσίες διατροφής. Η προσωπική φροντίδα συνίσταται στη διατήρηση της προσωπικής υγιεινής, ενώ η πρακτική βοήθεια καλύπτει υπηρεσίες καθαρισμού του σπιτιού και ψώνια. Οι υπηρεσίες διατροφής είναι ουσιαστικά η παροχή της καθημερινής τροφής από τις δημοτικές αρχές. Τα ποσά που δαπανώνται για τις κατ' οίκον υπηρεσίες διαφέρουν από δήμο σε δήμο ανάλογα με τον αριθμό των δικαιούχων. Συνολικά 146.214 άτομα έλαβαν βοήθεια στο σπίτι το 2016 (Danmarks Statistik, 2017).

Τα σπίτια φροντίδας στεγάζουν τους ηλικιωμένους αλλά και τα άτομα με αναπηρίες ανεξαρτήτων ηλικίας. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) υπάρχουν πέντε είδη κατοικιών, και ειδικότερα πρόκειται για τις εξής: α) νοσοκομειακές δομές με μόνιμο προσωπικό και καθορισμένες υπηρεσίες, β) προστατευμένες κατοικίες/ιδρύματα (beskyttede boliger) που λειτουργούν στη βάση έκτακτων αναγκών, γ) τοπικές κατοικίες (plejeboliger) που εξυπηρετούν βάση της περιοχής, δ) γενικά κέντρα ηλικιωμένων (almene ældreboliger) που είναι κατάλληλα για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, αλλά δεν διαθέτουν μόνιμο προσωπικό και ε) υπηρεσίες και καταλύματα ιδιωτικής φροντίδας (friblejeboliger) που εξυπηρετούν άτομα με αυξημένες ανάγκες και δεν χρηματοδοτούνται από τους δήμους αλλά επιχορηγούνται από το κράτος.

Δικαιούχος των υπηρεσιών είναι κάθε πρόσωπο που διαμένει νόμιμα στη Δανία, ανεξάρτητα από την ηλικία, το εισόδημα ή την περιουσιακή κατάσταση. Η προσωπική και πρακτική βοήθεια στο σπίτι δίνεται βάσει των αναγκών των ατόμων εντελώς δωρεάν, ενώ στα σπίτια φροντίδας τα εξαρτώμενα άτομα πληρώνουν ένα ποσό που καθορίζεται από τους δήμους και αφορά τη διατροφή τους. Το ποσό αυτό

δεν ξεπερνά τα 7 ευρώ ανά γεύμα, ενώ για τα άτομα που δεν μπορούν να καλύψουν αυτό το κόστος, η διατροφή είναι δωρεάν.

3.4.3 Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα

Χαρακτηριστικό στοιχείο του συστήματος της Δανίας είναι ότι οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας παρέχονται σε μεγάλο ποσοστό από ιδιωτικούς φορείς. Σε όλους τους δήμους έχουν ιδρυθεί ιδιωτικά κέντρα φροντίδας, τα οποία αδειοδοτούνται από το κράτος, εγκρίνονται από τους δήμους και ελέγχονται από τις αρμόδιες ελεγκτικές τοπικές αρχές. Το ίδιο ισχύει και για τους ιδιώτες παρόχους κατ' οίκον περίθαλψης. Οι πολίτες έχουν ελευθερία επιλογής μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών. Η ελευθερία επιλογής συνεπάγεται ότι δεν χρειάζεται οι πολίτες να πληρώνουν για τις ιδιωτικές παροχές (Jespersen, 2014).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το δίκτυο των εθελοντών οι οποίοι συμμετέχουν στα τοπικά συμβούλια ηλικιωμένων και προσφέρουν ενημέρωση καθώς επίσης και βοήθεια σε καθημερινές ανάγκες όπως μαγειρική και διανομή του φαγητού στα σπίτια των δικαιούχων. Κάποιοι εθελοντές επισκέπτονται τα κέντρα φροντίδας και προσφέρουν συντροφιά και υποστήριξη. Τα τελευταία χρόνια οι δήμοι καταβάλλουν πολλές προσπάθειες προσέλκυσης των εθελοντών αφού η συμβολή τους είναι κρίσιμης σημασίας.

3.4.4 Πρόσφατα μέτρα υποστήριξης του συστήματος

Οι πρόσφατες πρωτοβουλίες και δράσεις της Δανίας προς την κατεύθυνση της βελτίωσης του συστήματος ΜΦΥ είναι οι εξής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2018):

- *Συμφωνία για τη μελλοντική οικιακή φροντίδα:* η συμφωνία παρουσιάστηκε από το δανικό κοινοβούλιο το 2014 με κυριότερο σκοπό την ενίσχυση των υπηρεσιών αποκατάστασης που προσφέρουν οι δήμοι.
- *Στρατηγική ψηφιοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης:* αφορά στην αξιοποίηση της τηλεϊατρικής, της παροχής ψηφιακών υπηρεσιών και της δημιουργίας ενιαίου συστήματος πληροφοριών.

- *Νέοι Εθνικοί Στόχοι Ποιότητας*: το 2016 η κυβέρνηση έθεσε νέους στόχους για τη βελτίωση της ποιότητας της ΜΦΥ, στο πλαίσιο της γενικότερης αναμόρφωσης του συστήματος υγείας.
- *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια*: το σχέδιο παρουσιάστηκε τον Ιανουάριο του 2017, με χρονικό ορίζοντα το 2025 και σχετίζεται με την έγκαιρη διάγνωση της νόσου και της βελτίωσης της εξατομικευμένης θεραπείας των πασχόντων ατόμων.
- *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αξιοπρέπεια*: τέθηκε σε εφαρμογή το 2016 και αφορά την υιοθέτηση πολιτικών αξιοπρέπειας εκ μέρους των τοπικών αρχών και των συμβουλίων των ηλικιωμένων των δήμων.
- *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον ηλικιωμένο ασθενή*: ισχύει από το 2016 και περιλαμβάνει μια σειρά από πρωτοβουλίες όπως η πρόσληψη συμβούλων στα νοσοκομεία και στα σπίτια φροντίδας, η αύξηση των δαπανών περίθαλψης και η καθιέρωση έγκαιρων μεθόδων δράσης σε ιδιαίτερες περιπτώσεις.

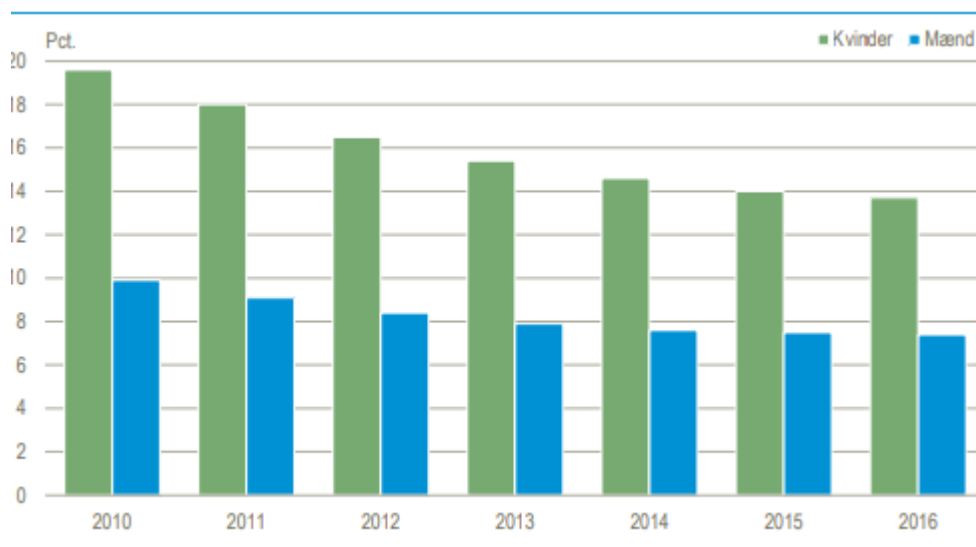
3.4.5 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Δανία

Η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζει το σύστημα ΜΦΥ στη Δανία, όπως και οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, είναι το θέμα της απασχόλησης. Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στην ΜΦΥ αποσύρεται τα τελευταία χρόνια, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται οι ανάγκες περίθαλψης (Kvist, 2018). Επομένως, πρέπει εγκαίρως να τεθεί το θέμα της πρόσληψης επαγγελματιών φροντιστών που θα αποτελέσουν το μόνιμο προσωπικό ΜΦ.

Τα τελευταία χρόνια, εντοπίζεται ως πρόκληση για το σύστημα της ΜΦΥ και η επάρκεια των υπηρεσιών. Αυτό, ήρθε σαν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης κατά τη διάρκεια της οποίας το δανικό Κοινοβούλιο θέσπισε αυστηρότερους κανόνες για την εποπτεία των δαπανών των δήμων και οι τελευταίοι όφειλουν να κάνουν πιο συνετή διαχείριση. Συνέπεια αυτών ήταν η μείωση των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες. Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία της Δανίας ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 902.859 άτομα το 2010 σε 1.116.062 άτομα το 2017. Την ίδια περίοδο η ο αριθμός των ατόμων άνω των 80 ετών αυξήθηκε από 227.510 σε 256.694. Ταυτόχρονα με αυτές τις εξελίξεις παρατηρήθηκε μείωση των εβδομαδιαίων ωρών βοήθειας στο σπίτι. Η συνολική βοήθεια στο σπίτι

μειώθηκε από 656.142 εβδομαδιαίες ώρες το 2010 σε 538.950 το 2016 (Danmarks Statistik, 2018). Επιπλέον, ο αριθμός των ενδιαφερόμενων που βρίσκονται σε λίστες αναμονής για τα σπίτια φροντίδας, έχει παραμείνει σταθερός τα τελευταία χρόνια, παρόλη την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων (Kvist J. 2018).

Διάγραμμα 5: Ποσοστά ηλικιωμένων που λαμβάνουν βοήθεια στο σπίτι, κατανομή ανά φύλο.



Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Δανίας (www.DenmarkStatistics.com)

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2016), σημαντική πρόκληση αποτελεί και η εξασφάλιση του συντονισμού και της συνέχειας της μακροχρόνιας μέριμνας, με δεδομένη την διαφοροποίηση των υπηρεσιών μεταξύ των δήμων. Σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή θα αποτελούσε η δημιουργία μιας ηλεκτρονικής ενιαίας πλατφόρμας που θα στοχεύει στην πληροφόρηση των ενδιαφερόμενων μερών.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η άτυπη φροντίδα δεν είναι καθόλου διαδεδομένη στη Δανία και ότι οι άτυποι φροντιστές είναι πολύ λιγότεροι σε σχέση με το μέσο όρο των κρατών μελών της ΕΕ. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι δεν έχουν δοθεί κίνητρα στους άτυπους φροντιστές, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες. Κίνητρα θα μπορούσαν να αποτελέσουν η παροχή επιδομάτων ή η εξασφάλιση εισοδήματος για την κάλυψη των αναγκών για όσο διάστημα διαρκεί η φροντίδα.

Τέλος, με δεδομένες τις δημογραφικές τάσεις, το σύστημα της Δανίας ενδέχεται να αντιμετωπίσει προβλήματα βιωσιμότητας στο μέλλον. Όπως έχει προειπωθεί, οι πολίτες λαμβάνουν δωρεάν τις υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το φορολογικό σύστημα. Όμως οι φόροι στη Δανία είναι ήδη αρκετά υψηλοί, ώστε να καλύπτουν τις απαιτούμενες δαπάνες. Αν ο πληθυσμός εξακολουθεί να γεράζει και το εργατικό δυναμικό να μειώνεται, είναι δεδομένο ότι τα έσοδα από τη φορολογία είτε θα είναι σταθερά είτε θα συρρικνώνονται, την ίδια στιγμή που θα αυξάνεται η ζήτηση για μακροχρόνια περίθαλψη.

Κεφάλαιο 4ο Μελέτη Περίπτωσης: Ελλάδα και ΜΦΥ

4.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Στην Ελλάδα ο τομέας της μακροχρόνιας φροντίδας δεν αποτελεί αυτοτελή, θεσμοθετημένη πολιτική αλλά αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια αποσπασματικά στα πλαίσια της Υγείας, της Πρόνοιας, των ασφαλιστικών ταμείων, των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης. Υπηρεσίες ΜΦΥ προσφέρουν και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (εκκλησιαστικά ιδρύματα, ΜΚΟ). Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης μέσω των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, των ιδιωτικών κλινικών, των προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας κλπ. Μέρος των ιδιωτικών παροχών χρηματοδοτούνται μέσω συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, μέσω επιχειρησιακών προγραμμάτων της ΕΕ, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις το κόστος της φροντίδας επωμίζεται και ο ασφαλισμένος.

Το ελληνικό κράτος εκτός από υπηρεσίες, προσφέρει και επιδόματα μη ανταποδοτικού χαρακτήρα για την κάλυψη των αναγκών των εξαρτώμενων ατόμων. Δεν υφίσταται ενιαία επιδοματική πολιτική για τη μακροχρόνια περίθαλψη, αφού οι παροχές σε χρήμα είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να προσεγγίζουν τις ξεχωριστές ανάγκες των ατόμων είτε πρόκειται για ηλικιωμένους είτε για τα άτομα με αναπηρία. Τα τελευταία χρόνια, η επιδοματική πολιτική για ΑμεΑ χαρακτηρίζεται από ένα βαθμό καθολικότητας, αφού οι προνοιακές παροχές δεν εξαρτώνται από εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια.

Στην Ελλάδα, η παροχή άτυπων υπηρεσιών φροντίδας αποτελεί σημαντικό μέρος του συστήματος ΜΦΥ, λόγω του παραδοσιακού κεντρικού ρόλου της οικογένειας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2016). Η άτυπες υπηρεσίες προσφέρονται είτε από συγγενικά πρόσωπα μη αμειβόμενα, είτε από αμειβόμενους ανασφάλιστους φροντιστές. Δεν υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για τους άτυπους φροντιστές παράλληλη την ουσιαστική συμβολή τους στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης.

4.2 Ανοιχτές δομές παροχής υπηρεσιών ΜΦΥ

4.2.1 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων- ΚΗΦΗ

Τα ΚΗΦΗ είναι μονάδες ανοιχτής φροντίδας που λειτουργούν κατά τη διάρκεια της ημέρας και φιλοξενούν ηλικιωμένα άτομα που δεν δύνανται να αυτοεξυπηρετούνται απόλυτα λόγω κινητικών δυσκολιών, άνοιας, διανοητικής υστέρησης κλπ., και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει. Ο σκοπός των ΚΗΦΗ αφορά τόσο τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων όσο και τη διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος που ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών (σύμφωνα με την Απόφαση της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας υπ' αριθμ. πρωτ. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/09.10.2001). Οι υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας που προσφέρουν είναι κατά βάση η νοσηλευτική φροντίδα, η φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης (διατροφή), η ατομική υγιεινή, τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και τα προγράμματα που στοχεύουν στην ανάπτυξη λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Τα ΚΗΦΗ λειτουργούν με προϋπόθεση την έκδοση άδειας ίδρυσης από την εκάστοτε περιφέρεια. Για να εκδοθεί η άδεια λειτουργίας θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: α) να λειτουργούν εντός προκαθορισμένου ωραρίου διάρκειας κατ' ελάχιστον εφτάμιση ωρών, β) το προσωπικό θα πρέπει να απαρτίζεται τουλάχιστον από έναν νοσηλευτή/τρια (ΤΕ), δύο Κοινωνικούς φροντιστές (ΔΕ), έναν οδηγό (ΔΕ) στην περίπτωση που το Κέντρο διαθέτει μέσο μεταφοράς των ηλικιωμένων και βοηθητικό προσωπικό και γ) να διαθέτουν όλους τους απαραίτητους χώρους για τη σωστή λειτουργία του κέντρου.

Δικαιούχοι φορείς για τη σύσταση και λειτουργία των ΚΗΦΗ , όπως ορίζονται στην ΚΥΑ 4035/27.7.2001 των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στην υπ' αριθμ. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/2001 (ΦΕΚ 1397/τ.Β) Υπουργική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν) είναι οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα ΚΗΦΗ λειτουργούν στο πλαίσιο δημοτικών επιχειρήσεων ή συνεργασιών μεταξύ διαδημοτικών επιχειρήσεων και συνεργάζονται με τις τοπικές κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες (INEE, 2015).

Η χρηματοδότηση της λειτουργίας των ΚΗΦΗ είναι ενταγμένη στον Άξονα Προτεραιότητας «Πρόωθηση της Κοινωνικής Ένταξης- Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του Επιχειρησιακού Προγράμματος 2014-2020. Συγχρηματοδοτείται επίσης, και από άλλους κοινοτικούς πόρους μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου. Σήμερα, λειτουργούν 74 ΚΗΦΗ σε όλη την επικράτεια και εξυπηρετούν 1.500 άτομα περίπου.

Η εγγραφή των ηλικιωμένων είναι μία απλή διαδικασία και γίνεται μέσω της υποβολής αίτησης που συνοδεύεται από δικαιολογητικά όπως το αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας, το εκκαθαριστικό σημείωμα και το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. Απαιτείται ακόμη, γνωμάτευση θεράποντος ιατρού, από την οποία να προκύπτει αν ο/η ωφελούμενος/η είναι πλήρως, μερικώς ή μη αυτοεξυπηρετούμενος (κινητικά – νοητικά – ψυχικά). Στην περίπτωση αλλοδαπών ηλικιωμένων, προκειμένου να καταστούν ωφελούμενοι χρειάζεται άδεια παραμονής σε ισχύ. Η επιλογή των φιλοξενούμενων γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. του Κέντρου μετά από εισήγηση του/της Υπευθύνου του Κέντρου. Τα άτομα που γίνονται δεκτά κατά προτεραιότητα έχουν συνήθως χαμηλό εισόδημα και ζουν υπό το καθεστώς υψηλού βαθμού απώλειας της αυτονομίας.

Σύμφωνα με το *Σχέδιο Περιγραφής Της Δράσης Και Οδηγίες Για Την Κατάρτιση Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας Κέντρων Ημερησίας Φροντίδας Ηλικιωμένων*, τα ΚΗΦΗ δύνανται να διασυνδέονται λειτουργικά με ΚΑΠΗ της οικείας περιοχής, προκειμένου να αξιοποιήσουν την εμπειρία των στελεχών των τελευταίων τόσο εντός του Κέντρου, όσο και εκτός αυτού, όσον αφορά στην καταγραφή και αξιολόγηση των ηλικιωμένων της περιοχής. Ακόμη, *«τα ΚΗΦΗ συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το*

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συνεργασία του ΚΗΦΗ με τα ΚΑΠΗ και άλλες οργανώσεις για την εξεύρεση εθελοντών. Προηγείται εκπαίδευση και κατάλληλη τοποθέτηση στη δομή».

4.2.2 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων- ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ συστάθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με βασικό σκοπό την πρόληψη της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων, την αποφυγή της ασυλοποίησης και την παραμονή τους στο οικογενειακό περιβάλλον και στην κοινότητα. Τα ΚΑΠΗ αποτέλεσαν ουσιαστικά την πρώτη ανοιχτή δομή φροντίδας, απασχόλησης και πρόληψης. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ είναι εξαιρετικά σημαντικός για τους ηλικιωμένους γιατί προσφέρουν εκτός από ψυχαγωγία, και κοινωνικοποίηση, φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και βοήθεια στο σπίτι.

Σήμερα λειτουργούν πάνω από 300 ΚΑΠΗ σε όλη την επικράτεια, ανήκουν στην αρμοδιότητα των δήμων (Ν. 1416/84) και διοικούνται από επταμελές συμβούλιο, του οποίου προεδρεύει συνήθως ο Δήμαρχος. Χρηματοδοτούνται από κοινοτικούς και περιφερειακούς πόρους. Οι υπηρεσίες παρέχονται συνήθως δωρεάν, ενώ για τη συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες εκτός των κτιριακών εγκαταστάσεων, οι συμμετέχοντες πληρώνουν ένα μικρό αντίτιμο.

4.2.3 Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ- ΚΔΗΦ

Τα ΚΔΗΦ είναι ανοιχτές δομές που προσφέρουν απασχόληση σε αυτοεξυπηρετούμενα άτομα με αναπηρίες. Παρέχουν πρωινά και απογευματινά προγράμματα με ανώτατο χρονικό όριο τις 8 ώρες ημερησίως, συμπεριλαμβανομένης και της μεταφοράς των ατόμων που εξυπηρετούν. Τα ΚΔΗΦ στοχεύουν στην δημιουργική απασχόληση και σε δραστηριότητες κοινωνικοποίησης των ΑμεΑ, μέσω της συμμετοχής τους σε προγράμματα άθλησης ψυχαγωγίας και πολιτισμού. Χρηματοδοτούνται από κοινοτικούς πόρους και πόρους των ασφαλιστικών ταμείων των ΑμεΑ.

Η επιλογή των ατόμων ανάλογα με τις θέσεις του κάθε ΚΔΗΦ γίνεται μέσω μοριοδότησης με κριτήρια την οικογενειακή κατάσταση, την ασφαλιστική ικανότητα,

την εργασιακή κατάσταση του κηδεμόνα του ωφελούμενου και το πλαίσιο διαμονής του (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο).

Τα ΚΔΗΦ μπορεί να είναι είτε δημόσια, είτε ιδιωτικά. Σύμφωνα με το άρθρο 60 του Ν. 4554/2018, *φορείς ίδρυσης, λειτουργίας και μεταβίβασης Κέντρων Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με αναπηρία, κατά τα οριζόμενα στο π.δ. 395/1993 (Α 166) δύναται να είναι, εκτός από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, εποπτευόμενα από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.*

Τα ΚΔΗΦ εντάσσονται σε μία γενικότερη κατηγορία Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης τα οποία διέπονται από το ίδιο νομικό καθεστώς και περιλαμβάνουν εκτός από τα ΚΔΗΦ:

- I. Τα Κέντρα κλειστής νοσηλείας που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς, οι οποίοι διαμένουν εντός των κέντρων.
- II. τα Κέντρα Ημερήσιας Νοσηλείας που προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες αλλά δεν παρέχεται μακροχρόνια διαμονή
- III. Τις Ελάχιστες Μονάδες Ιατρικής Αποκατάστασης που σύμφωνα με το άρθρο 15 του ΠΔ 395/1993, παρέχουν ιατρικές και λοιπές φροντίδες σε ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης και πάσχουν από παθήσεις του κινητικού συστήματος (μυϊκού, νευρικού, κυκλοφοριακού, ερειστικού) και στοχεύουν στην ολοκλήρωση της αποθεραπείας της αποκατάστασής τους.

4.2.4 Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης- ΣΥΔ

Οι Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης φιλοξενούν άτομα με διανοητική υστέρηση (οφειλόμενη σε γενετικά ή περιβαλλοντικά αίτια ή και αυτισμό) άνω των 17 ετών. Είναι σύγχρονες δομές που στοχεύουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων και στην αποφυγή της ιδρυματικής νοσηλείας. Αποσκοπούν στην υπεράσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των φιλοξενούμενων καθώς και στην εξασφάλιση ανεξάρτητης και αξιοπρεπούς διαβίωσης με ενεργή ένταξη στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι κυριότεροι επιμέρους στόχοι των ΣΥΔ είναι η ανάπτυξη

δεξιοτήτων αυτόνομης διαβίωσης και αυτοεξυπηρέτησης και η ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, όπου αυτό καθίσταται δυνατό.

Οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των ΣΥΔ κατοχυρώνονται στην ομώνυμη Κοινή Υπουργική Απόφαση του 2007, σύμφωνα με την οποία φορείς ίδρυσης μπορεί να είναι είτε φυσικά είτε νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα (άρθρο 1, παρ.3). Οι υποχρεώσεις των φορέων έναντι των φιλοξενούμενων αναφέρονται στο άρθρο 3 και αφορούν τη μακροχρόνια μέριμνα για την ασφαλή διαμονή, την ιατρική φροντίδα, την ψυχολογική υποστήριξη και την δημιουργική απασχόληση με σεβασμό στα δικαιώματα των ατόμων.

Οι πόροι της χρηματοδότησης των ΣΥΔ προέρχονται από διαφορετικές κατευθύνσεις ανάλογα το μέγεθος και το νομικό καθεστώς ίδρυσης. Συνίσταται σε πόρους που προέρχονται από (άρθρο 12):

- Χορηγίες, δωρεές, εισφορές έκτακτες και τακτικές εκ μέρους των φιλοξενούμενων και των οικογενειών τους.
- Τακτικές ή έκτακτες επιχορηγήσεις της Κεντρικής Κυβέρνησης ή των ΟΤΑ ή της Εκκλησίας της Ελλάδος. Το ύψος των επιδοτήσεων προσαρμόζεται σύμφωνα με το μέγεθος του ΣΥΔ, το προσωπικό που απασχολεί, τις ώρες που προσφέρονται οι υπηρεσίες και τον αριθμό των φιλοξενούμενων.
- Παροχές από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (από 40 έως 70 ευρώ ημερησίως) ή από παροχές προνοιακών ή άλλων επιδομάτων που λαμβάνει ο φιλοξενούμενος.
- Ευρωπαϊκούς πόρους από τα κοινοτικά πλαίσια στήριξης, από ειδικά προγράμματα για ΑμεΑ και από προγράμματα αποιδρυματοποίησης και επανένταξης.

4.2.5 Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία- (Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α.)

Τα Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α. λειτουργούν συνήθως υπό το καθεστώς κοινωφελών επιχειρήσεων των δήμων στους οποίους εδρεύουν και αποτελούν μονάδες δημιουργικής απασχόλησης παιδιών με αναπηρίες (με νοητική υστέρηση, κινητική αναπηρία). Σκοπός της ίδρυσής τους είναι η προετοιμασία των παιδιών και των

εφήβων για την ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή και η εναρμόνιση επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής των γονέων τους. Για την επίτευξη των σκοπών τους συνεργάζονται με τις αρμόδιες υπηρεσίες των δήμων και με εθελοντικές οργανώσεις. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται από ευρωπαϊκά επιχειρησιακά προγράμματα και από πόρους των δήμων.

Φορείς ίδρυσης Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α. είναι συνήθως δημοτικές και διαδημοτικές επιχειρήσεις, ενώ τα τελευταία χρόνια φαίνεται να έχει αυξηθεί και το ενδιαφέρον των ιδιωτών που δύνανται να ιδρύουν Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α. από το 2011 και έπειτα σύμφωνα με το άρθρο 9 του Ν.4018/2011.

4.3 Η κατ' οίκον μακροχρόνια περίθαλψη

4.3.1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ξεκίνησε πιλοτικά σε 112 δήμους της χώρας το 1997, σαν εθνική δράση και σταδιακά επεκτάθηκε σε όλη την επικράτεια. Η εν λόγω δράση αξιολογήθηκε ως θετική τόσο από την Κοινωνία των Πολιτών, όσο και από τους αρμόδιους φορείς, αφού διεύρυνε ποσοτικά και ποιοτικά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες (Αλεξιάς, Φλάμου, 2007). Ο πρωταρχικός σκοπός του προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων που εξαρτώνται στην καθημερινότητά τους καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ). Το Βοήθεια στο Σπίτι είναι καταρτισμένο έτσι ώστε να προασπίζει τα κοινωνικά δικαιώματα και να συμβάλλει στην ομαλή ένταξη των εξαρτημένων ατόμων στο κοινωνικό περιβάλλον, αποφεύγοντας έτσι την ιδρυματική περίθαλψη.

Πρόκειται για εξατομικευμένο πρόγραμμα και συνίσταται σε υπηρεσίες που παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό με περιοδικές επισκέψεις κατ' οίκον. Η συχνότητα των επισκέψεων εξαρτάται από τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ωφελούμενου. Μέσω του προγράμματος παρέχονται τρεις κύριες υπηρεσίες, ήτοι, η κοινωνική εργασία, η νοσηλευτική φροντίδα και η οικογενειακή βοήθεια.

Η κοινωνική εργασία προσφέρεται από κοινωνικό λειτουργό που είναι επιφορτισμένος να ερευνά την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου, να προσδιορίζει τις ανάγκες του και να δρα υποστηρικτικά στο οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμη, έχει

την ευθύνη συντονισμού των επισκέψεων και φροντίζει για την οικονομική κατάσταση του ωφελούμενου μέσω της πληροφόρησης για τις διάφορες παροχές όπως συντάξεις, αναπηρικά προνοιακά επιδόματα κλπ. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να μεσολαβεί και να συνεργάζεται με υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες προς όφελος του δικαιούχου. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από δύο νοσηλεύτριες που φροντίζουν την ατομική υγιεινή των μη αυτοεξυπηρετούμενων ατόμων, τη φαρμακευτική αγωγή, την εκπαίδευση της οικογένειας σε θέματα φροντίδας και τον τακτικό έλεγχο της υγείας των ωφελούμενων. Τέλος, η οικογενειακή βοήθεια παρέχεται από έναν βοηθό και αφορά υπηρεσίες όπως: καθαριότητα του σπιτιού, εξωτερικές εργασίες όπως ψώνια και εξόφληση λογαριασμών, μαγείρεμα φαγητού και συντροφιά στα άτομα που το έχουν ανάγκη.

Οι δικαιούχοι του προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι είναι οι συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου φορέων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, του ΝΑΤ, του Δημοσίου καθώς και συνταξιούχοι ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας. Επιπλέον για να καταστεί κάποιος ωφελούμενος δεν θα πρέπει να υπερβαίνει συγκεκριμένο επίπεδο ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος, ενώ αποκλείονται τα άτομα που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας και όσοι λαμβάνουν επιδόματα αναπηρίας από τους εκάστοτε ασφαλιστικούς φορείς.

Το πρόγραμμα εντάχθηκε στο Β και Γ Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης και στο ΕΣΠΑ μέχρι και το 2011, έτος κατά το οποίο ξεκίνησε η χρηματοδότησή του από εθνικούς πόρους και συνεχίζεται έως και σήμερα. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τον ΑΚΑΓΕ και τα αρμόδια Υπουργεία. Η λειτουργία του προγράμματος θα συνεχιστεί έως και το τέλος του 2019 (κατά το άρθρο 153 του Ν. 4483/2017), έχει προϋπολογιστεί στα 60 εκατομμύρια ευρώ, τα οποία εξασφαλίζονται μέσω του λογαριασμού της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων, από τον τακτικό προϋπολογισμό των υπουργείων Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του υπουργείου Εσωτερικών, καθώς επίσης και από την ειδική εισφορά ασφαλισμένων για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.

4.3.2 Άλλα προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας

Εκτός από το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, κατ' οίκον φροντίδα προσφέρεται και από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και συγκεκριμένα από νοσοκομεία κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που προσφέρονται είναι η τοποθέτηση και η αλλαγή καθετήρων, ενεσοθεραπεία, περιποίηση κατακλίσεων και τραυμάτων, μπάνιο και φροντίδα σώματος σε κατάκοιτα άτομα, γενικότερη μετεγχειρητική φροντίδα.

Επιπλέον, παρέχεται πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας μέσω του ΙΚΑ με δικαιούχους τους συνταξιούχους όλων των φορέων κυρίας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, του ΟΓΑ και του Δημοσίου. Το πρόγραμμα αφορά τους ηλικιωμένους οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας. Για να καταστεί κάποιος δικαιούχος του προγράμματος τίθενται εισοδηματικά και οικογενειακά κριτήρια. Οι υπηρεσίες του Προγράμματος προς τους ωφελούμενους προσφέρονται από τους παρόχους του προγράμματος οι οποίοι είναι ιδιωτικές επιχειρήσεις / νομικά πρόσωπα. Οι πάροχοι αυτοί συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών έναντι καθορισμένης αμοιβής ανά ωφελούμενο.

Κατ' οίκον φροντίδα προσφέρεται επίσης από φορείς παροχής υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι φορείς αυτοί παρέχουν δωρεάν κατ' οίκον ιατρονοσηλευτική φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα που δυσκολεύονται να μετακινηθούν και αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Οι δράσεις τους στηρίζονται κυρίως σε δωρεές, χορηγίες και στον εθελοντισμό. Ο Ερυθρός Σταυρός είναι ο πρώτος φορέας που εφάρμοσε προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας.

4.4 Οι κλειστές δομές μακροχρόνιας περίθαλψης

4.4.1 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων- ΜΦΗ

Οι ΜΦΗ παρέχουν μακροχρόνια περίθαλψη στα άτομα που διαμένουν σε αυτές καθόλη την διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Απευθύνονται κυρίως σε ηλικιωμένους που ζουν μοναχικά, αυτοεξυπηρετούνται ή όχι και δεν έχουν τη δυνατότητα διαφορετικής φροντίδας. Οι ΜΦΗ εξασφαλίζουν στους φιλοξενούμενους

ασφαλή και άνετη διαμονή, διατροφή, ατομική καθαριότητα, τακτική ιατρική παρακολούθηση καθώς και φυσιοθεραπείες ή κινησιοθεραπείες αναλόγως με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Οι ΜΦΗ που δεν έχουν συσταθεί υπό το καθεστώς νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, προκειμένου να παρέχουν οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να έχει εκδοθεί η σχετική άδεια λειτουργίας από την οικεία περιφέρεια και συγκεκριμένα από την Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας (άρθρο 1 Ν. 2345/95, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει). Συνήθως πρόκειται για σωματεία, ιδρύματα, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, και φορείς που δεν έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα όπως αναγνωρισμένα φιλανθρωπικά σωματεία, εκκλησιαστικά ιδρύματα ή γενικότερα φορείς κοινωνικού χαρακτήρα.

Ο έλεγχος για τη σωστή λειτουργία των μονάδων διενεργείται από τις αρμόδιες περιφερειακές επιτροπές και από το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας. Οι μη κερδοσκοπικές μονάδες δύνανται να χρηματοδοτηθούν από τον κρατικό προϋπολογισμό σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Σήμερα ο αριθμός των ΜΦΗ ανέρχεται σε 88, ενώ κάθε μία εξ αυτών παρέχει φιλοξενία, ανάλογα με τις εγκαταστάσεις της, σε 10 έως 100 άτομα. Ωστόσο, λειτουργούν στην περιφέρεια Αττικής και μη αδειοδοτημένες μονάδες των οποίων ο αριθμός είναι άγνωστος.

4.4.2 Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας

Το κράτος παρέχει ιδρυματική φροντίδα σε ηλικιωμένους και ΑμεΑ μέσω κλειστών Κέντρων Αποθεραπείας, Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, ψυχιατρικών κλινικών και γηροκομείων. Με την περιφερειακή αναδιοργάνωση του συστήματος κοινωνικής φροντίδας (Κατάργηση και συγχώνευση νομικών προσώπων του δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα Ν. 4025/2013) όλα τα παραπάνω ΝΠΔΔ συγχωνεύτηκαν σε 13 αυτοτελείς αποκεντρωμένες περιφερειακές μονάδες με την ονομασία Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, προκειμένου να διασυνδέονται απρόσκοπτα με το εθνικό σύστημα υγείας και να παρέχουν ποιοτικότερες υπηρεσίες.

Ωστόσο, τα δημόσια ιδρύματα για τους χρονίως πάσχοντες έχουν ανεπαρκή χρηματοδότηση (INE ΓΣΕΕ, 2015), η οποία προέρχεται από τον δημόσιο

προϋπολογισμό και τα ημερήσια νοσήλια που καταβάλλουν οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και ως εκ τούτου οι υπηρεσίες που παρέχονται στα περισσότερα εξ αυτών είναι χαμηλής ποιότητας. Η ελλιπής χρηματοδότηση σε συνδυασμό με τις χαμηλού επιπέδου υπηρεσίες, αποτέλεσε ένα από τα κύρια εναύσματα της αποιδρυματοποίησης της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια, σε αυτό το πλαίσιο υιοθετούνται πολιτικές και προγράμματα αποασυλοποίησης ΑμεΑ, χρονίων πασχόντων και ηλικιωμένων. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων της αποιδρυματοποίησης είναι βασικός στόχος του Τμήματος Πολιτικών και Προγραμμάτων Αποϊδρυματοποίησης του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (π.δ. 134/2017).

Τα προγράμματα που υλοποιούνται τη διετία 2018-2020 στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας (ΚΚΠΠΔΕ) και στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής (ΚΚΠΠΑ) έχουν προϋπολογιστεί στα 15 εκ. ευρώ και αφορούν τις παρακάτω δράσεις (ΚΥΑ 4590/2017 άρθρο 2):

- την ανάπτυξη δομών φιλοξενίας των ατόμων με αναπηρία,
- την ανάπτυξη πιλοτικού προγράμματος επαγγελματικής αναδοχής,
- την ανάπτυξη μονάδας βραχείας υποδομής ατόμων με αναπηρία,
- τη δημιουργία κινητής μονάδας παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών σε οικογένειες με άτομα με αναπηρία είτε βιολογικές, είτε θετές, είτε ανάδοχες,
- την ανάπτυξη κέντρων δημιουργικής απασχόλησης και τη δημιουργία κέντρων ημέρας για άτομα με αναπηρία.

4.5 Η επιδοματική πολιτική για τους ηλικιωμένους και τα ΑμεΑ στα πλαίσια της ΜΦΥ

Οι παροχές σε χρήμα που αφορούν στα ηλικιωμένα άτομα συνίστανται στο πρόγραμμα στεγαστικής συνδρομής και στη σύνταξη ανασφάλιστου υπερήλικα. Παρόλο που δεν σχετίζονται κατ' ανάγκη με την απώλεια αυτονομίας, εντάσσονται στην μακροχρόνια φροντίδα ως μοχλοί πρόληψης μελλοντικών αναγκών.

Το επίδομα στεγαστικής συνδρομής καταβάλλεται από την υπηρεσία Πρόνοιας του υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εφαρμόζεται υπό μορφή ενοικίου σε μοναχικούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους ηλικιωμένους από 65 ετών και άνω, υπό τις προϋποθέσεις ότι στερούνται

ιδιόκτητης στέγης και διαμένουν σε μισθωμένο κτίριο, τελούν σε κατάσταση οικονομικής αδυναμίας και δεν διαθέτουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή προερχόμενο, της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή ακίνητα περιουσιακά στοιχεία που να του παρέχουν την δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών του δαπανών. Το στεγαστικό επίδομα καταβάλλεται απευθείας στον ιδιοκτήτη του ακινήτου μέσω των αρμόδιων προνοιακών υπηρεσιών των δήμων της χώρας και το ύψος του δεν υπερβαίνει το ποσό των 362 € μηνιαίως για κάθε δικαιούχο.

Το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων καταβάλλεται από τον ΟΓΑ σε ανασφάλιστους υπερήλικες που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης. Οι δύο προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά είναι να έχει συμπληρώσει ο δικαιούχος το 67ο έτος της ηλικίας του και να μην λαμβάνει σύνταξη από το εξωτερικό ή προνοιακές παροχές από το εσωτερικό μεγαλύτερες του ποσού των 360 ευρώ. Επιπλέον υπάρχουν και περιουσιακές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται. Τέλος, ο δικαιούχος θα πρέπει να είναι μόνιμος κάτοικος της Ελλάδας και για να λαμβάνει ολόκληρο το ποσό.

Όσον αφορά στα άτομα με αναπηρίες, το ύψος των προνοιακών επιδομάτων ποικίλλει ανάλογα με το είδος και το ποσοστό της αναπηρίας, την ασφαλιστική και εργασιακή κατάσταση και την ηλικία. Για να είναι κάποιος δικαιούχος των επιδομάτων θα πρέπει το ποσοστό αναπηρίας να ξεπερνάει το 67% μετά από γνωμάτευση των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) εκτός από συγκεκριμένες κατηγορίες αναπήρων όπως για παράδειγμα τα άτομα με προβλήματα όρασης. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα άτομα με βαριά Νοητική Υστέρηση και οι παραπληγικοί δικαιούνται τα μεγαλύτερα προνοιακά επιδόματα ύψους 1054 ευρώ και 1056 αντίστοιχα, ανά δίμηνο. Πολύ σημαντικό κρίνεται το γεγονός ότι για την παροχή επιδόματος αναπηρίας δεν τίθενται οικονομικά κριτήρια. Εφεξής, η αρμοδιότητα για την παροχή επιδομάτων ανήκει στον νεοσύστατο Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν. 4512/2018).

4.6 Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα ΜΦΥ

I. Οι δημογραφικές εξελίξεις

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι τα τελευταία χρόνια ο πληθυσμός της Ελλάδας μειώνεται. Αυτό σημαίνει ότι οι γεννήσεις ήταν λιγότερες από τους θανάτους και ο παράγοντας μετανάστευση δεν κατάφερε να ανατρέψει τα δεδομένα λόγω του ότι οι άνθρωποι που μεταναστεύουν στη χώρα μας είναι λιγότεροι από τους έλληνες που αναζητούν εργασία σε άλλες χώρες (Γεωργακόπουλος, 2016). Το 2015 σύμφωνα με έρευνα της ΔιαΝέοσις, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών είναι πάνω από 20%, ενώ το 2050 αναμένεται να φτάσει ή και να ξεπεράσει το 30%. Ακόμη, σύμφωνα με την Έκθεση για τη Γήρανση του Πληθυσμού (2018), αναμένεται αύξηση των ηλικιωμένων 65 και άνω κατά 12,5% έως το 2070.

Συνέπεια των παραπάνω είναι οι ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες για μακροχρόνια περίθαλψη, την ίδια στιγμή που τα οικονομικά των ασφαλιστικών ταμείων θα επιδεινώνονται, απόρροια τόσο της γήρανσης όσο και της μείωσης του εργατικού δυναμικού από 21% έως 36% μέχρι το 2050.

II. Η οικονομική κρίση

Τα τελευταία χρόνια καθίσταται σαφές ότι λόγω της οικονομική κρίσης και της δημοσιονομικής εποπτείας, οι δαπάνες που αφορούν την κοινωνική πολιτική και ειδικότερα τη ΜΦΥ έχουν συρρικνωθεί. Η δημοσιονομική εξυγίανση αποτέλεσε τον πρωταρχικό στόχο των τελευταίων κυβερνήσεων, με τις κοινωνικές ανάγκες να μπαίνουν σε δεύτερο πλάνο. Σύμφωνα με τους Λυμπεράκη και Τήνιο, η ελληνική κρίση επηρέασε ιδιαίτερα τα εισοδήματα των ηλικιωμένων λόγω των περικοπών των συντάξεων (12 τουλάχιστον περικοπές από το 2010).

Επιπλέον, η καθιέρωση του αποκεντρωμένου συστήματος διοίκησης συνέπεσε με την ταυτόχρονη μείωση των πόρων και επομένως οι αρμόδιες αρχές όφειλαν να είναι πιο φειδωλές στις δαπάνες για τη μακροχρόνια περίθαλψη, δεδομένου ότι αρκετά

προγράμματα υλοποιούνται σε περιφερειακό και αυτοδιοικητικό επίπεδο (π.χ. Βοήθεια στο Σπίτι).

Η οικονομική κρίση εκτός από τη μείωση των δαπανών επέφερε και μία ακόμη σημαντική πρόκληση για το σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας: την μείωση των εργαζομένων στον κλάδο. Γενικά, ο κλάδος ποτέ δεν υπήρξε ελκυστικός για τους επαγγελματίες υγείας λόγω των χαμηλών απολαβών, της ανασφάλειας, καθώς επίσης και των αντικειμενικών δυσκολιών που συνεπάγεται η δουλειά του μακροχρόνιου φροντιστή. Ταυτόχρονα, με αυτή την εξέλιξη συντρέχει και ο κίνδυνος μείωσης των άτυπων φροντιστών εντός της οικογένειας, αφού οι περισσότεροι θα προτιμούσαν να εργάζονται προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές δυσκολίες που προέκυψαν τα τελευταία χρόνια.

III. Η πρόσβαση και η ποιότητα των υπηρεσιών ΜΦΥ

Δεν υπάρχουν για την Ελλάδα επίσημα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη ζήτηση υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία (Eurostat, 2015) που καταδεικνύουν ότι η τυπική μακροχρόνια φροντίδα αφορά μόνο ένα μικρό αριθμό δικαιούχων. Αυτό οφείλεται τόσο στα κριτήρια επιλεξιμότητας και στις περιορισμένες υπηρεσίες (Τήνιος, 2017), όσο και στη λειτουργία των προγραμμάτων που προσφέρονται. Για παράδειγμα, η κατ' οίκον φροντίδα προσφέρεται συνήθως κατά τις πρωινές ώρες και με συγκεκριμένο ωράριο.

Ακόμη, δεν υφίσταται ισορροπία στην πρόσβαση και στην ποιότητα υπηρεσιών ΜΦΥ λόγω της γεωγραφικά άνιση ανάπτυξης των υπηρεσιών φροντίδας (Ziomas, et al., 2018). Η πλειονότητα των υφιστάμενων υπηρεσιών εντοπίζεται στις αστικές περιοχές της χώρας, κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Αυτό σημαίνει ότι η πρόσβαση στην περίθαλψη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την περιοχή που βρίσκονται τα άτομα.

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, η χάραξη βιώσιμων πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν υπήρξε ποτέ προτεραιότητα των αρμόδιων αρχών. Το γεγονός αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό και στο ρόλο των μελών της οικογένειας ως φροντιστές (κυρίως γυναίκες άνω των 50 ετών) και της άτυπης αμειβόμενης φροντίδας. Υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία στην Έκθεση για την Ποιότητα της Ζωής (Eurofound, 2017), τα οποία αποκαλύπτουν ότι στην κλίμακα

ποιότητας των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, η Ελλάδα βαθμολογείται με 4,4 το 2016 (σε κλίμακα 1-10), έναντι του μέσου όρου 6,2 της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28. Η σχετικά χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών οφείλεται στη δομή του συστήματος ΜΦΥ. Ουσιαστικά πρόκειται για υπηρεσίες που προσφέρονται σε διαφορετικά επίπεδα διακυβέρνησης χωρίς συνεκτικότητα, επαρκές νομοθετικό πλαίσιο και μακροπρόθεσμη στρατηγική.

IV. Οι προβλέψεις των μελλοντικών δαπανών για ΜΦΥ

Η πρόβλεψη της ζήτησης για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης στο μέλλον είναι σημαντική υπόθεση καθώς θα δημιουργήσει το έδαφος για την υιοθέτηση μακροπρόθεσμων πολιτικών και θα εξασφαλίσει τη βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος. Ο διαμοιρασμός των δαπανών μεταξύ των αρμόδιων υπουργείων, των διάφορων υπηρεσιών και του ασφαλιστικού συστήματος δυσχεραίνει τον προσδιορισμό τόσο των ποσών που δαπανώνται, όσο και του αριθμού των εξαρτημένων ατόμων (Symeonidis, 2018). Οι δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα σε επίπεδο κρατών μελών της ΕΕ προβλέπονται κάθε τρία χρόνια στην Έκθεση για την Γήρανση. Τα αποτελέσματα που αφορούν την Ελλάδα είναι υποτιμημένα και διαφέρουν αρκετά ανά τριετία σε σχέση με την πραγματική κατάσταση.

4.7 Πρόσφατες πρωτοβουλίες πολιτικής

Την τελευταία πενταετία οι ελληνικές κυβερνήσεις ανέλαβαν κάποιες πρωτοβουλίες που φαίνεται να κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι οι εξής:

- i. Η δημιουργία ενός επίσημου μητρώου όλων των οργανισμών (δημόσιων και ιδιωτικών) που εμπλέκονται στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών πρόνοιας, μεταξύ των οποίων και υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης (νόμος 4445/2016)
- ii. Η δημιουργία του εθνικού μητρώου ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών που προσφέρουν υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας (νόμος 4455/2017)
- iii. Η δημιουργία το 2014 του Εθνικού Παρατηρητηρίου για το Αλτσχάιμερ και την Άνοια.

- iv. Η δημιουργία του ΟΠΕΚΑ το 2018, που είναι πλέον ο βασικός μοχλός υλοποίησης των πολιτικών που αναπτύσσονται και θα αναπτυχθούν στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συνιστά μια ολοκληρωμένη πρόταση για την αναδιοργάνωση του τομέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- v. Η προώθηση των προγραμμάτων αποιδρυματοποίησης των εξαρτώμενων ατόμων το 2018, με πρώτη δράση το κλείσιμο του Θεραπευτηρίου Σκαραμαγκά.

4.8 Συμπεράσματα

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια η ΜΦΥ αποτελεί προτεραιότητα για αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, δεν ισχύει το ίδιο και για την Ελλάδα. Δεδομένου ότι η Ελλάδα έχει από τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων ηλικίας 65 και άνω, η δημιουργία ενός πλήρους συστήματος ΜΦΥ είναι απαραίτητη. Η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί σοβαρές πιέσεις στη μακροχρόνια περίθαλψη τόσο στα επίπεδα της ζήτησης και των δαπανών όσο και στη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σήμερα, οι παροχές δεν επαρκούν για την πλήρη κάλυψη των αναγκών, καθώς ο αριθμός των κλινών είναι μικρός και τα επίπεδα αποζημίωσης που καταβάλλονται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης στις ιδιωτικές κλινικές είναι χαμηλά. Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση ΜΦ στην Ελλάδα είναι ισχνή και τα άτομα που επιλέγουν ιδιωτικούς φορείς και κλινικές, επωμίζονται εξ ολοκλήρου τα έξοδα νοσηλείας. Η μη επάρκεια των υπηρεσιών είναι αποτέλεσμα και της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό στις δημόσιες μονάδες περίθαλψης.

Η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συνδέεται άμεσα και μπορεί να βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό με τη δημιουργία ενός δικτύου εξειδικευμένων επαγγελματιών μακροχρόνιας περίθαλψης και με την εκπαίδευση και την επαρκή ενημέρωση των άτυπων φροντιστών. Συνεπώς, η ελληνική πολιτεία οφείλει να μεριμνήσει για τις μελλοντικές ανάγκες ΜΦΥ με την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού των δομών και των προγραμμάτων, μέσω νέων σύγχρονων τμημάτων ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης και με πρωτοβουλίες όπως σεμινάρια και τηλεεκπαίδευση. Όσον αφορά στους άτυπους φροντιστές, αυτοί θα πρέπει να υποστηριχθούν μέσω ευέλικτων συνθηκών απασχόλησης ώστε να μην εγκαταλείπουν

την αγορά εργασίας, επιδόματα αντικατάστασης χαμένων μισθών και προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης. Άλλωστε, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η υποστήριξη των άτυπων φροντιστών όχι μόνο μειώνει τις δαπάνες για ΜΦΥ, αλλά επιπλέον συμβάλλει και στην αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού.

Με την πάροδο του χρόνου η αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες ΜΦΥ θα επιφέρει αναπόφευκτα και πίεση στη δημοσιονομική θέση της χώρας. Για να καλυφθούν οι αναμενόμενες δαπάνες θα πρέπει εκ των προτέρων να υπολογιστούν όσο το δυνατόν ακριβέστερα και να σχεδιαστεί μια μακροπρόθεσμη στρατηγική για την κάλυψη τους. Η προτεραιότητα πρέπει να είναι η δημιουργία ενός συστήματος ΜΦΥ, θεσμοθετημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ενιαίο, καθολικό και προσβάσιμο. Παίρνοντας ως παράδειγμα το σύστημα της Γερμανίας, η επιλογή της ασφαλιστικής κάλυψης της μακροχρόνιας περίθαλψης ίσως να αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα.

Βιβλιογραφία- Αρθρογραφία

Ελληνική

Αλεξιάς, Γ. και Φλάμου, Α. (2007) Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού: Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

Αθήνα: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. Διαθέσιμο στο:

https://www.gerolib.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=854:axiologhshs-koinwnikhs-kai-psycho-synaisthmatikhs-yposthrixhs-twn-hlikiwmenwn-me-problhmata-ygeias,-koinwnikhs-apomonwshs-kai-apokleismoy-h-periptwsh-toy-programmatos-%C2%ABbohtheia-sto-spiti%C2%BB&Itemid=212&lang=el

[πρόσβαση: 27.11.2018]

Γεωργακόπουλος, Θ. (2016) Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας: Μια Έρευνα.

Αθήνα: *διανεοσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης*. Διαθέσιμο στο:

https://www.dianeosis.org/2016/09/greece_demographic_crisis/ [πρόσβαση:

28.11.2018]

Γουργουλιάννη, Σ. (2016) Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου. Αθήνα: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*.

Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/553.pdf> [πρόσβαση: 23-

11-2018]

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ. και Πολυζωίδης, Π. (2015) Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα:

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Διαθέσιμο στο:

<https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/Meleti-35.pdf> [πρόσβαση: 27.11.2018]

Τήνιος, Π. (2017) Μακροχρόνια Φροντίδα. Σημειώσεις πάνω στο θέμα: «Γήρανση του Πληθυσμού και Ασφαλιστική Οικονομία», ενότητα 5^η, πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Διαθέσιμες στο:

<https://eclass.unipi.gr/modules/document/file.php/SAE148/%CE%A3%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/%CE%9>

[3%CE%B7%CF%81_%CF%83%CE%B7%CE%BC_18_5.pdf](#)

[πρόσβαση:

23.11.2018]

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. *ΣΧΕΔΙΟ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: «ΚΕΝΤΡΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)» ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ Γ' ΚΠΣ*. Διαθέσιμο στο: <https://okpapa.gr/wp-content/uploads/2018/07/kanonismos-kifi-okpapa.pdf>

[πρόσβαση: 23.11.2018]

Διεθνής

Ahrendt, D., Anderson, R., Dubois, H., Jungblut, J-M., Leoncikas, T., Sandor, E. and Pontinen, L. (2017) *European Quality of Life*, Survey 2016. Eurofound. Available at: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf [access: 19.11.2018]

Applebaum, R.; Bardo, A. and Robbins, E. (2013) 'International Approaches to Long-term Services and Supports'. *Generations, Spring*, pgs. 59-65. Available at: <https://www.asaging.org/blog/international-approaches-long-term-services-and-supports> [access: 19.11.2018]

Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S. and Widmaier, S. (2007) 'The German Social Long-Term Care Insurance: structure and reform options'. Germany: *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit- Institute for the Study of Labor*.

Bäcker, G. (2016) Reform of the long-term care insurance in Germany. Brussels: European Commission, *European Social Policy Network*.

Baptista, I. and Perista, P. (2018) ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Brussels: European Commission, *European Social Policy Network*.

Becker, U. and Reinhard, J. (2018) *Long- Term Care in Europe: A juridical approach*, Springer Link International Publishing AG 2018

Chevreur, K. and Brigham, K. (2013) 'Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform'. *Health Policy*. Available at:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013001504> [access: 21.11.2018]

Danmarks Statistik (2017), *Befolkningens udvikling 2016*. Available at: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/GetPubFile.aspx?id=20714&sid=befudv2016> [access: 27.11.2018]

Danmarks Statistik (2017), *Andelen af ældre, der får hjemmehjælp, er faldende 2016*. Available at: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=24086> [access: 27.11.2018]

Dossiers législatifs - LOI n° 2015-1776 (2015) *Loi d'adaptation de la société au vieillissement*. (Act on adapting society to an ageing population). Available at: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>. [access: 20.11.2018]

D.R. Decree-Law no. 136/2015, 28th of July – *Creation of the National Palliative Care Network* (Rede Nacional de Cuidados Paliativos – RNCP) (in Portuguese) 2015:1–11. Available at: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_136_2015.pdf [access: 27.11.2018]

D.R. Decree-Law 101/2006. D.R. I Serie A, 6th of July – *Creation of the Portuguese National Network for Long-term Integrated Care* (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) (in Portuguese) 2006:3856–65. Available at: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf. [access: 25.11.2018]

European Commission (2018) *The 2018 ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf [access: 20.11.2018]

European Commission (2016) *Portugal: Health Care & Long-Term Care Systems*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_pt_en_2.pdf [access: 20.11.2018]

European Commission (2016) *Denmark: Health Care & Long-Term Care Systems*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_dk_en_2.pdf [access: 21.11.2018]

European Commission (2016) *Greece: Health Care & Long-Term Care Systems*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_el_en_2.pdf [access: 22.11.2018]

European Commission (2016) *France: Health Care & Long-Term Care Systems*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_fr_en_2.pdf [access: 18.11.2018]

European Commission (2016) *Germany: Health Care & Long-Term Care Systems*. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/joint-report_de_en_2.pdf [access: 18.11.2018]

European Commission (2015) *The 2015 ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf [access: 18.11.2018]

European Commission (2012) *The 2012 ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2010-2060)*. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf [access: 19.11.2018]

European Commission (2009) *The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2008-2060)*. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication14992_en.pdf [access: 20.11.2018]

European-Commission (2016) Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. *Volume 2 country documents*, vol. 8014

Eurostat Population Demography Statistics (2017). Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [access: 20.11.2018]

Fizzala, P., (2016) 'Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L' apport du modèle Autonomix Aurnaud'. *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*, available at: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ddd1.pdf> [access: 25.11.2018]

Gerlinger, T. (2018) Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany. Brussels: European Commission, *European Social Policy Network*.

Geraedts M., Heller G. and Harrington C. A. (2000) 'Germany's Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice'. *Europe PubMed Central*. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751163/pdf/milq_178.pdf [access: 28.11.2018]

Kraus. M., Riedel. M., Mot, E., Willeme, P., Röhring, G. and Czypionka, T. (2010) 'A Typology of Long-Term Care Systems in Europe'. *European Network of Economic Policy Research Institutes*. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/148856267.pdf> [access: 29.11.2018]

Joshua, L. (2017) 'Aging and Long Term Care Systems: A Review of Finance and Governance Arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific'. *World Bank*. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/761221511952743424/pdf/121749-WP-Social-Protection-and-Labor-no-1705-PUBLIC.pdf> [22-12-2018]

Kvist, J. (2018) ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Denmark. Brussels: European Commission, *European Social Policy Network*.

Le Bihan, B. (2018) ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: France, European Commission, *European Social Policy Network*.

Link, S. (2017) 'Reframing the Shape of Long Term Care in Germany'. Published at: www.genre.com.

Long-term care. Destatis, Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/LongTermCare/LongTermCare.html> [access: 19.11.2018]

Lopes, H., Mateus, C. and Hernandez C. (2018) Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges. *Health Policy* Volume 122, Issue 3, pp 210-216. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018300034?via%3Dihub> [access: 01.12.2018]

Lyberaki, A. and Tinios P. (2018) ‘Long-term Care, Ageing and Gender in the Greek crisis’. *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*. Available at: <http://www.lse.ac.uk/Hellenic-Observatory/Assets/Documents/Publications/GreeSE-Papers/GreeSE-No128.pdf> [access: 01.12.2018]

Lipszyc, B., Sail, E. and Xavier, A. (2012) ‘Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27’. European Commission, *Economic Papers* 469 | November 2012. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf [access: 20.11.2018]

Marquier, R. (2010) ‘Les intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008’. *DREES, Etudes et Résultats*, n°728. Available at: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er728-2.pdf> [access: 20.12.2018]

Mordier, B. (2013) ‘L’allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements’. Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques. *Dossiers Solidarite Sante*, 49, pp 1-15. Available at: http://www.handipole.org/IMG/pdf/Drees_49_dec13.pdf [access: 20.12.2018]

Morel, N. (2006) ‘Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: the case of long-term care’. *CEE - Centre d'études européennes de Sciences P*. Available at: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00823686/document> [access: 22.12.2018]

Mosca, L., Wees, P., Mot, E., Wammes, J. and Jeurissen, P. (2017) ‘Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers’. *Int J Health Policy Manag*, pp. 195–205. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5384982/> [access: 25.12.2018]

Nadash P., Doty P. and Von Schwanenflügel M. (2017) ‘The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments’. *Gerontologist* 2018, pp. 588-597. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28379357> [access: 18.12.2018]

OECD (2017) *Health at a Glance 2017*. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1544198384&id=id&accname=guest&checksum=EBAC225AE13EF43F46F189409DDDA5A6 [access: 23.12.2018]

OECD (2014) *Strengthening data on long-term care systems*. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Long-Term-Care-Dataset-OECD-HealthStatistics-2014.xls> [access: 16.12.2018]

OECD (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page1 [access: 15.12.2018]

OECD (2005) *Ensuring quality long-term care for older people*. Available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Ensuring-quality-long-term-care-for-older-people.pdf> [access: 22.12.2018]

OECD (2005) *Long-term care for older people*. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1 [access: 22.12.2018]

Reis, M. and Alvarez, C. (2017) “O Estatuto do Cuidador Informal. A importância da valorização de quem cuida das Pessoas com Demência: o que falta para a criação do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal?”. *Cidade Solidária* nº 37. Lisboa: *Centro Editorial da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Available at: http://alzheimerportugal.org/public/files/o_estatuto_do_cuidador.pdf. [access: 25.12.2018]

Rodrigues, R. (2018) Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*.

Sopadzhiyan ,A. and Le Bihan, B. (2014) ‘*Constructing elderly care integration and coordination as a policy issue – evidence from France and Sweden*’. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/324694655> [access: 20.12.2018]

Schulz, E. (2010) ‘The Long-Term Care System in Germany’. Berlin: *German Institute for Economic Research (DIW Berlin)*

Scheil-Adlung, X. (2015) ‘Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons, Extension of Social Security series’. Geneva: *ILO*. Available at: <http://www.socialprotection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53> [access: 20.12.2018]

Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I. and Hernández-Quevedo, C. (2017) ‘Portugal: Health system review, Health Systems in Transition’. Vol. 19 No. 2, 2017. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf?ua=1 [access: 21.12.2018]

Symeonidis. G. (2018) ‘An overview of the Long-term care (LTC) spending projections for Greece’. Brussels: *European Commission*

The Statistics Portal (2013) Number of beneficiaries of the provision of the disability compensation benefit in France from 2006 to 2013. Available at: <https://www.statista.com/statistics/767770/beneficiaries-benefit-compensation-handicap-la-france/> [access: 23.12.2018]

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (2015). Available at: <http://www.share-project.org/home0/wave-5.html> [access: 21.12.2018]

Ziomas, D., Konstantinidou, D., Vezyrgianni, K. and Capella, A. (2018) *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Greece*. Brussels: European Commission, *European Social Policy Network (ESPN)*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/326378077_ESPN_Thematic_Report_on_Challenges_in_long-term_care_Greece/download [access: 28.11.2018]

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummacker, S. and Von der Zuchandke, M. (2010) ‘Impact of the Introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on Financial Security Assessment in Case of Long-Term Care Need’. *The Geneva*

Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice. Volume 35, Issue 4, pp 626–643
Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1057%2Fgpp.2010.26.pdf>
[access: 28.11.2018]

Νομοθεσία

Υπ' αριθμ πρωτ.Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/09.10.2001 Απόφαση της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας. ΦΕΚ 1397/Β/22.10.2001

Υπ' αριθμ. 4035/27.7.2001 Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. ΦΕΚ 1127/Β/ 30.8.2001

Υπ' αριθμ. Π3β/Φ.ΓΕΝ/Γ.Π.οικ.3394/ 2007 Απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ΦΕΚ 74/Β/29.01.2007

Υπ' αριθμ. 63/4.10.2012 Εγκύκλιος ΙΚΑ. ΦΕΚ 1656/15.5.2012

Ν. 1416/1984 Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της Δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της τοπικής αυτοδιοίκησης. ΦΕΚ 18/Α/21-2-1984

Ν. 4554/2018 Ασφαλιστικές και συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις - Αντιμετώπιση της αδήλωτης εργασίας - Ενίσχυση της προστασίας των εργαζομένων - Επιτροπεία ασυνόδευτων ανηλίκων και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 130/18.7.2018

Ν. 2345/1995 Οργανωμένες Υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 213/Α/12.10.1995

π.δ. 395/1993 Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης από φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ. ΦΕΚ 166/Α/28-9-1993

Ν. 4025/2011 Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 228/Α/2.11.2011

Υπ' αριθμ. 4590/2017 απόφαση των υπουργών Εργασίας, Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΦΕΚ 4590/27.12.2017

π.δ. 134/2017 Οργανισμός Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ΦΕΚ Α' 168/6-11-2017

Ν. 4445/2016 Εθνικός Μηχανισμός Συντονισμού, Παρακολούθησης και Αξιολόγησης των Πολιτικών Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Συνοχής, ρυθμίσεις για την κοινωνική αλληλεγγύη και εφαρμοστικές διατάξεις του ν. 4387/2016 (Α' 85) και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 236/19.12.2016

Ν. 4455/2017 Εθνικό Μητρώο Φορτοεκφορτωτών, Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 22/23.2.2017

Ν.4018/2011 Αναδιάρθρωση του συστήματος αδειοδότησης για τη διαμονή αλλοδαπών στη χώρα υπό όρους αυξημένης ασφάλειας. ΦΕΚ 215/α/30.09.2011

Ν. 4483/2017 Ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των Δημοτικών Επιχειρήσεων Ύδρευσης Αποχέτευσης (Δ.Ε.Υ.Α.) Ρυθμίσεις σχετικές με την οργάνωση, τη λειτουργία, τα οικονομικά και το προσωπικό των Ο.Τ.Α. Ευρωπαϊκοί Όμιλοι Εδαφικής Συνεργασίας Μητρώο Πολιτών και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ Α' 107/31.07.2017

Ν. 1416/84 Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της Αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. ΦΕΚ 18/Α/21.02.1984.

Το Σύνταγμα της Ελλάδος 1975/1986/ 2001/2008.

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2000/С 364/01.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. Οι προβλέψεις για τη Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Πηγή: Georgios Symeonidis, 2018

	Projection Round	EU 27 - 2060/2070	EU 15 - 2060/2070	Greece 2060/2070		Projection Round	EU 27 - 2060/2070	EU 15 - 2060/2070	Greece 2060/2070
	Base year expenditure	2009	1,2%	1,3%		1,4%	Coverage convergence scenario	2009	n/a
2012		1,8%	1,8%	1,4%	2012	5,0%		5,3%	3,5%
2015		1,6%	1,5%	0,5%	2015	3,6%		3,8%	1,0%
2018		1,6%	1,6%	0,1%	2018	3,8%		3,6%	0,3%
Demographic scenario	2009	2,5%	2,6%	3,8%	Cost convergence scenario (policy changes)	2009	n/a	n/a	n/a
	2012	3,4%	3,4%	2,6%		2012	3,8%	3,9%	3,3%
	2015	2,9%	3,0%	1,0%		2015	3,5%	3,5%	1,2%
	2018	2,9%	2,9%	0,2%		2018	3,9%	3,8%	3,5%
Base case scenario	2009	n/a	n/a	n/a	Cost & coverage convergence scenario	2009	n/a	n/a	n/a
	2012	3,6%	3,6%	2,8%		2012	n/a	n/a	n/a
	2015	2,8%	2,9%	1,0%		2015	4,3%	4,3%	1,3%

Bottom 5 countries in LTC spending in 2070 according to respective scenario											
AWG risk		Coverage convergence		Cost convergence		Cost and coverage convergence		Demographic		Shift to formal care	
Country	2070	Country	2070	Country	2070	Country	2070	Country	2070	Country	2070
LV	3,0	RO	1,3	PT	2,3	LV	3,3	LV	0,6	BG	0,9
SK	2,9	LV	1,3	PL	2,2	SK	3,2	CY	0,6	LV	0,9
PL	2,1	BG	1,1	HR	1,7	PL	2,3	RO	0,5	RO	0,8
HR	2,0	CY	0,6	LV	1,4	HR	2,2	BG	0,5	CY	0,7
BG	1,4	EL	0,3	BG	0,7	BG	1,5	EL	0,2	EL	0,2

Bottom 5 countries in LTC spending in 2070 according to respective scenario					
country / 2070 spending	AWG reference	TFP risk	Base case	HLE	Healthy ageing
RO	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5
LV	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
CY	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
BG	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5
EL	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Number of dependent people (in thousands) - AWG reference scenario											
Country		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EL	2018	368	388	408	424	447	476	507	535	559	571
	2015	866	901	919	936	965	992	1.016	1.025	1.019	992
EU28	2018	23.023	24.376	26.275	28.048	30.205	32.367	34.439	36.461	37.945	38.693
	2015	39.708	42.554	44.203	45.821	47.535	49.170	50.534	51.491	51.909	51.797
Number of dependent people receiving institutional care (in thousands) - AWG reference scenario											
Country		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EL	2018	125	133	141	147	156	168	181	193	205	212
	2015	4	5	5	5	6	6	7	7	8	8
EU28	2018	5.402	5.706	6.131	6.542	7.088	7.621	8.140	8.672	9.079	9.258
	2015	4.182	4.661	4.978	5.326	5.760	6.229	6.659	7.059	7.348	7.481
Number of dependent people receiving home care (in thousands) - AWG reference scenario											
Country		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EL	2018	243	255	266	277	291	309	326	342	354	358
	2015	10	11	12	12	13	13	14	15	15	15
EU28	2018	7.068	7.531	8.190	8.829	9.617	10.357	11.047	11.735	12.260	12.555
	2015	6.701	7.456	7.984	8.546	9.259	9.977	10.616	11.197	11.641	11.949
Number of dependent people receiving cash benefits (in thousands) - AWG reference scenario											
Country		2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
EL	2018	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2015	288	316	323	331	343	361	379	398	413	419
EU28	2018	10.554	11.140	11.954	12.677	13.500	14.389	15.251	16.054	16.606	16.879
	2015	10.156	11.200	11.896	12.617	13.470	14.387	15.276	16.099	16.683	17.020



Ε.Π.
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ
ΥΠΟΔΟΜΩΝ
ΚΑΙ
ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

[Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης \(ΕΣΔΔΑ\)](#)

[Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος](#)

[τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479](#)

www.ekdd.gr