

Τυπολογία Συστημάτων Κοινωνικής Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας. Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρώπη

Ε. Κουλλιάς¹, Ι. Αποστολάκης², Π. Σαράφης³

¹ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, ²ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ³ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οργάνωση των σύγχρονων κοινωνικών κρατών περιγράφεται μέσω των τυπολογιών, σημαντικότερες των οποίων είναι αυτές των Titmuss, Espring-Andersen και Ferrera. Συνολικά, διακρίνεται ένα φιλελεύθερο, ένα συντηρητικό, ένα σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο, καθώς και ένα μικτό μοντέλο, που έχει υιοθετηθεί από τον ευρωπαϊκό Νότο, το οποίο χαρακτηρίζεται από αποσπασματική ανάπτυξη και πολλές παθογένειες.

Συνέπεια υιοθέτησης αυτού του μοντέλου είναι η μη ανάπτυξη επαρκών δομών Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας (ΜΦΥ) στη χώρα μας, γεγονός που οδηγεί σε αποκλεισμό της πλειονότητας των χρονίως πασχόντων από την παροχή υπηρεσιών και την ανάληψη του βάρους αυτού από την οικογένεια και ιδίως τις γυναίκες. Ως εκ τούτου, αυτά τα μέλη στερούνται τη δυνατότητα να ζήσουν ανεξάρτητα και να εργαστούν, ενώ δε λαμβάνουν κανέναν είδους αποζημίωση για το ρόλο που επιτελούν. Δεδομένης της προβλεπόμενης αύξησης της ανάγκης για ΜΦΥ, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού, χρειάζεται να εξευρεθεί χρηματοδότηση για επέκταση των υπάρχουσών δομών, καθώς και τη δημιουργία νέων (όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ή οι Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης). Παράλληλα, αναγκαία κρίνεται η εκπαίδευση και πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωσή τους, με στόχο την αύξηση τόσο της προσφοράς όσο και της ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο, οι έως σήμερα προϋπολογισμοί του κράτους δεν προβλέπουν αύξηση των δαπανών για τη ΜΦΥ, ενώ και η πολιτειακή ηγεσία δεν ασχολείται επαρκώς με την κατάρτιση των απαραίτητων θεσμικών πλαισίων, αφήνοντας την Ελλάδα αρκετά πίσω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27.

Λέξεις ευρετηρίου: Κοινωνικό κράτος, Titmuss, Espring-Andersen, Beveridge, Ferrera, Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας

Παραπομπή

Ε. Κουλλιάς, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Τυπολογία Συστημάτων Κοινωνικής Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας. Η θέση της Ελλάδας σε σχέση με την Ευρώπη. *Επιστημονικά Χρονικά* 2020; 25(2): 304-319

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη των σύγχρονων κοινωνιών για συγκρότηση κοινωνικού κράτους καθώς και παροχής, στα πλαίσια αυτού, υψηλών προδιαγραφών υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντική συνιστώσα του κοινωνικο-πολιτικού γίγνεσθαι στις χώρες της Δύσης και στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα πεδίο προκλήσεων, λόγω των συνεχώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών συνθηκών, όπως αυτές καθορίζονται από παράγοντες οικονομικούς, πληθυσμιακούς και τεχνολογικούς.

Συνέπεια των διαφορετικών, από χώρα σε χώρα, συνθηκών ανάπτυξης και προόδου, ήταν η υιοθέτηση διαφορετικών μοντέλων **κοινωνικού κράτους**. Κοινό στόχο των ποικίλων μορφών ωστόσο, αποτελεί η διατήρηση της κοινωνικής ειρήνης και συνοχής και η επίτευξη της ευημερίας των πολιτών, μέσω της άμβλυνσης των ανισοτήτων μεταξύ των κοινωνικών στρωμάτων και της αντιμετώπισης των κοινωνικών κινδύνων και αναγκών[1], που επιτυγχάνεται με την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Έτερος ορισμός σκιαγραφεί το κράτος πρόνοιας ως έναν καθολικό τύπο οργάνωσης των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών, που περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών[2]. Επιπλέον, ως **κοινωνική πολιτική** ορίζεται «η διορθωτική ή προληπτική παρέμβαση στην κοινωνική πραγματικότητα, με τη λήψη μέτρων, που αποσκοπούν στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων»[3] ή ως το σύνολο των ενεργειών, που διασφαλίζουν την προστασία των εργαζομένων, καθώς και την παροχή εκπαίδευσης, στέγασης και υγείας στον πληθυσμό[4], μέσα από τον κοινωνικό

διάλογο, με στόχο την διασφάλιση συνθηκών αναπαραγωγής του κοινωνικού συνόλου.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση και ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στις καπιταλιστικές κοινωνίες, αποτελούν η εμφάνιση και εξάπλωση της μισθωτής εργασίας, η επέκταση της κατανάλωσης και η ανάγκη διατήρησης ομαλών κοινωνικών συνθηκών, που ευοδώνουν την συσσώρευση κεφαλαίου και την αναπαραγωγή της κοινωνίας. Η αδυναμία της ελληνικής πολιτείας να δημιουργήσει μία ομοιογενή κοινωνία, σε συνδυασμό με την αδυναμία ανάπτυξης υψηλού επιπέδου παραγωγικής διαδικασίας μεταπολεμικά, οδήγησε στην καθυστέρηση της οργάνωσης κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα, με την ελληνική πολιτεία να καταφεύγει σε αποσπασματικές προσπάθειες με πελατειακού χαρακτήρα στόχους.

Μία από τις βασικότερες διακρίσεις μεταξύ των μοντέλων κοινωνικού κράτους αποτελεί αυτή του Titmuss (1974)[5], ο οποίος κατέταξε τη μορφή του κράτους πρόνοιας σε υπολειμματική, βιομηχανική και θεσμική-αναδιανεμητική. Αντίστοιχα, ο Espring-Andersen (1990)[6], εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας, διακρίνει το φιλελεύθερο, το κορπορατιστικό και το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο. Σε αυτά, προστίθεται ένα επιπλέον μοντέλο το οποίο περιγράφει την κοινωνική πολιτική των νοτιοευρωπαϊκών χωρών και το οποίο αποτελεί μίξη των πολιτικών του Bismark (κοινωνική ασφάλιση) και Beveridge (πλήρης ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού)[7]. Σε κάθε περίπτωση πρόκειται για μοντέλα με διαφορετικά πλεονεκτήματα

και μειονεκτήματα, που εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα περαιτέρω εκμετάλλευσης των πρώτων και άμβλυνσης των συνεπειών των δευτέρων, ιδίως όσον αφορά τα ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα και αυτούς που κάνουν, σε μεγαλύτερο βαθμό, χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σε χώρες με καθυστερημένη και ατελή κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, όπως η Ελλάδα, οι ανωτέρω, βασικές, «τυπολογίες» δεν περιγράφουν επακριβώς τη δομή και λειτουργία του κοινωνικού κράτους και δεν εξηγούν τους λόγους που κάποιοι τομείς του είναι υπερανειπτυγμένοι (π.χ. επιδόματα) σε σύγκριση με άλλους, όπως η ΜΦΥ, που παραμένουν σε εμβρυϊκό στάδιο.

Στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν οι τυπολογίες, καθώς και η θέση που καταλαμβάνει η χώρα μας σε αυτές, ενώ θα δοθούν και ορισμοί της έννοιας της μακροχρόνιας φροντίδας, τα χαρακτηριστικά των ληπτών της και θα αναλυθούν οι τρόποι και οι δομές, μέσω των οποίων, παρέχεται στη χώρα μας. Τέλος, θα παρουσιασθούν βασικοί ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες, που σκιαγραφούν την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη και τις προκλήσεις που αυτή αντιμετωπίζει.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και GoogleScholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και

ιστοσελίδες με την βοήθεια λέξεων κλειδιών. Η αναζήτηση έγινε μέσω του εσωτερικού δικτύου του πανεπιστημίου απ' όπου η πρόσβαση σε αρκετές ψηφιακές τοποθεσίες και ψηφιακές βιβλιοθήκες ήταν ελεύθερη.

Οι κυριότερες λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Social state, Titmuss, Espring-Andersen, Beveridge, Ferrera, Long-term care, Carer, Κοινωνικό κράτος, Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας, Φροντιστής. Επίσης αναζητήθηκαν πηγές από έντυπα μέσα.

Όλο το υλικό που συλλέχθηκε ταξινομήθηκε με βάση τις ενότητες της εργασίας και τους στόχους που τέθηκαν. Έγινε επιλογή εστιασμένων πηγών (επιλογή άρθρων) και στη συνέχεια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση με την δημιουργία καρτών σημειώσεων (Συγγραφέας, Τίτλος, Ερευνητικές Ερωτήσεις, Μεθοδολογία, Ευρήματα).

ΤΥΠΟΛΟΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μελέτη του κράτους πρόνοιας και της οργάνωσής του, άρχεται προ μερικών δεκαετιών. Αντίστοιχα, η προσπάθεια ταξινόμησης των μορφών του είναι ακόμα πιο πρόσφατη. Η ανάπτυξη των τυπολογιών υπαγορεύεται από την προσπάθεια συγκριτικής μελέτης των κρατών πρόνοιας των καπιταλιστικών χωρών, που σε συνδυασμό με τη συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων (π.χ. από ΟΟΣΑ <https://www.oecd.org/> και Eurostat - ESSPROS <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social->

[protection](#)), χρησιμεύουν ως εργαλεία για τον προσδιορισμό των κοινωνικών δαπανών, τη μέτρηση της αποδοτικότητας των λαμβανόμενων μέτρων, καθώς και το σχεδιασμό αναγκαίων μεταρρυθμίσεων, ώστε να μετριαστούν οι ανισότητες, που προκύπτουν από το εκάστοτε υιοθετημένο πρότυπο.

Πρώιμες απόπειρες έγιναν τη δεκαετία του 1950 ωστόσο, η πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια αφορά την κατάταξη του Titmuss (1974)[5]. Βασιζόμενος στο ρόλο του κράτους ως παρόχου πρόνοιας, ο συγγραφέας διακρίνει το «υπολειμματικό» (residual) μοντέλο, όπου ο ρόλος του κράτους είναι η παροχή ενός «δικτύου ασφαλείας», ενεργοποιούμενου σε περιπτώσεις μη ικανοποίησης αναγκών του πληθυσμού, στα πλαίσια της οικογένειας ή μέσω εξαγοράς υπηρεσιών. Το δεύτερο πρότυπο είναι το «βιομηχανικό» (industrial), όπου βαρύτητα δίνεται στην παροχή υπηρεσιών στους εργαζόμενους πολίτες και τα προστατευόμενα μέλη, μέσω κοινωνικής ασφάλισης και, δευτερευόντως, στους υπόλοιπους πολίτες. Τέλος, καταγράφεται και το «θεσμικό-αναδιανεμητικό» μοντέλο, όπου η λειτουργία του κράτους διασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, χωρίς τη συνδρομή της αγοράς, μέσω της φορολογίας. Μεταγενέστερες προσπάθειες[8] αποτελούν οι τυπολογίες των George, Wilding (1976), καθώς και των Furniss, Tilton (1979). Πληρέστερη είναι η τυπολογία του Espring-Andersen (1990)[6], ο οποίος διακρίνει, επίσης, τρία πρότυπα κοινωνικού κράτους, μελετώντας τον τρόπο διαπλοκής της αγοράς και της οικογένειας με την κρατική παρέμβαση στην ικανοποίηση των

κοινωνικών αναγκών, όπως και τον βαθμό αποεμπορευματοποίησης των υπηρεσιών. Καταρχάς, αναφέρεται στο «φιλελεύθερο» μοντέλο, με κυρίαρχο τον ιδιωτικό τομέα και το κράτος να παρέχει ένα βασικό εισόδημα στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα (προσομοιάζει στο «υπολειμματικό» μοντέλο, κατά Titmuss). Παραδείγματα χωρών, όπου εφαρμόζεται, αποτελούν οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία. Δεύτερον, το σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο, στοχεύει στην κοινωνική ισότητα μέσω της δίκαιης κατανομής ανάμεσα στα χαμηλότερα και μεσαία κοινωνικά στρώματα (αντιστοιχεί στο «θεσμικό-αναδιανεμητικό» μοντέλο). Τέλος, ο συγγραφέας διακρίνει το «κορπορατιστικό-συντηρητικό» πρότυπο (corporatist-conservative), την καινοτομία της συγκεκριμένης ταξινόμησης, δεδομένου ότι είχε περιγραφεί ελλιπώς στις προηγούμενες τυπολογίες. Σκοπός ήταν να διακρίνει τα προνοιακά καθεστώτα των σκανδιναβικών χωρών από της υπόλοιπης ηπειρωτικής Ευρώπης (π.χ. Γαλλία-Γερμανία-Αυστρία), όπου η κάλυψη των αναγκών των πολιτών γίνεται με βάση την κοινωνική τάξη και θέση, δεν είναι καθολική και στηρίζεται στην εργασία. Το κράτος διατηρεί τον κυρίαρχο ρόλο, αλλά η παρουσία της αγοράς είναι αισθητή, σε αντίθεση με το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο των σκανδιναβικών χωρών, όπου υπάρχει πλήρης αποεμπορευματοποίηση και καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Παρολ' αυτά, τα κοινωνικά κράτη του ευρωπαϊκού Νότου δεν εντάσσονται στις ανωτέρω τυπολογίες, φέροντας χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα στη δομή τους. Σε αυτή την κατεύθυνση

κινήθηκε ο Ferrera (1996)[7], ο οποίος κατέγραψε πρότυπα προνοιακού κράτους, μελετώντας τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και προσφέρονται οι κοινωνικές παροχές. Αναλυτικότερα, πρότεινε το Αγγλοσαξονικό, το Σκανδιναβικό, το πρότυπο του Bismark, καθώς και το πρότυπο των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου. Το τελευταίο υιοθετεί στοιχεία του Αγγλοσαξονικού και του προτύπου του Bismark, όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση και τον τομέα υγείας, αντίστοιχα. Εδώ εντάσσεται και η χώρα μας, μαζί με τις υπόλοιπες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Με βάση προηγούμενες ταξινομήσεις, τα κράτη αυτά θα εντάσσονταν στο κορπορατιστικό μοντέλο του Espring-Andersen ή στο βιομηχανικό του Titmuss, χωρίς να δύνανται να περιγραφούν με ακρίβεια οι ιδιαιτερότητές τους [9].

Τα σημεία που διακρίνουν τα προνοιακά καθεστώτα του Νότου (Ιταλία-Ελλάδα-Πορτογαλία-Ισπανία), από αυτά των βόρειων ευρωπαϊκών χωρών, περιλαμβάνουν τον υψηλό αριθμό μεταβιβαστικών πληρωμών και την έλλειψη πολιτικής ελαχίστου εισοδήματος, τον πελατειακό χαρακτήρα του κράτους και τον ανισομερή καταμερισμό πόρων καθώς και φορολογικών και ασφαλιστικών εισφορών ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες (Πίνακας 1). Τέλος, χαρακτηρίζονται από υπανάπτυκτες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και κακή αποδοτικότητα των υπηρεσιών, καταστάσεις αντιρροπούμενες εν μέρει, μέσω υιοθεσίας στοιχείων του προτύπου Beveridge στον τομέα οργάνωσης της Υγείας (γενική ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού και ανάληψη, σε μεγάλο βαθμό, του κόστους

από το κράτος, καθώς οι εργατικές εισφορές ανεπαρκούν).

Παρολ' αυτά, αξίζει να τονισθεί πως οι παγκόσμιες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις, η γήρανση του πληθυσμού, τα κύματα μετανάστευσης, λόγω της παγκοσμιοποίησης και των πολεμικών συρράξεων, έχουν υποβάλει όλα τα κράτη πρόνοιας σε σκληρή δοκιμασία, θέτοντας τη βιωσιμότητα τους υπό αμφισβήτηση. Συχνά επιχειρήματα έναντι των κοινωνικών παρεμβάσεων αποτελούν η αδυναμία των κρατών πρόνοιας να εξαλείψουν τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες, αποδιδόμενη στις δυσανάλογες κρατικές παρεμβάσεις και τη δημιουργία υπερμεγεθών δύσκαμπτων κρατικών δομών, που απορροφούν πόρους και παρεμποδίζουν την ανάπτυξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Εξαιρέση, ίσως, αποτελεί το σκανδιναβικό μοντέλο, όπου παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση της φτώχειας, ακολουθούμενο από αυτό του Bismark, στις χώρες εφαρμογής του οποίου, η φτώχεια παραμένει σταθερή τις τελευταίες δεκαετίες. Αντίθετα, σε χώρες όπου το κράτος πρόνοιας είναι περιορισμένο, π.χ. ΗΠΑ, τα ποσοστά φτώχειας μειώθηκαν λιγότερο. Επιπλέον προβλήματα από την εφαρμογή των μοντέλων προκύπτουν λόγω των δημιουργούμενων ανισοτήτων. Παραδείγματα αποτελούν η μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες των φτωχότερων κοινωνικών στρωμάτων, είτε αμιγώς λόγω φτώχειας είτε λόγω φυλετικών διακρίσεων. Παράλληλα, προωθούν πατριαρχικά πρότυπα, με την έννοια της εξάρτησης των δικαιωμάτων περιθάλψης των γυναικών, έως πρόσφατα αποκλεισμένων από την εργασία, από τον εργαζόμενο άντρα τους[10]. Εξαιρέση

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά μοντέλων κοινωνικού κράτους.

Μοντέλο	Κυριαρχία	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Φιλελεύθερο	η Αγορά υπερτερεί του Κράτους	Ελάχιστο κόστος-Ανάπτυξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας	Μεγέθυνση κοινωνικών ανισοτήτων-Περιθωριοποίηση φτωχότερων κοινωνικών στρωμάτων-Ελάχιστη αναδιανομή πλούτου
Συντηρητικό	Το κράτος υπερτερεί της αγοράς	Σύνδεση εργασίας με παροχές υγείας-Προστασία κοινωνικής συνοχής-Ευρύτερη κάλυψη πληθυσμού	Προώθηση πατριαρχικών προτύπων-Έλλειψη ευελιξίας ενόψει κατάρριψης κοινωνικών στερεοτύπων-Ακάλυπτο το μέρος του πληθυσμού που αδυνατεί να εργαστεί
Σοσιαλδημοκρατικό	Κράτος	Κάλυψη όλου του πληθυσμού-Προστασία κοινωνικής συνοχής-Αναδιανομή πλούτου-Μείωση φτώχειας	Αποκλεισμός ιδιωτικού τομέα-Απορρόφηση υπέρογκων πόρων
Νοτιοευρωπαϊκό	Το κράτος υπερτερεί της αγοράς	Αναδιανομή πλούτου-Ευρύτερη κάλυψη πληθυσμού	Αποσπασματική ανάπτυξη-Πελατειακή λογική-Υστέρηση ΜΦΥ-Ανισομερής καταμερισμός πόρων-Ανοπαρξία πολιτικής ελάχιστου εισοδήματος

σε αυτά αποτελεί, εν μέρει, το οσοιαδημοκρατικό πρότυπο.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

«Ως **Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας (ΜΦΥ)**» ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών, που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των αναγκών των πασχόντων από χρόνιες νόσους ή αναπηρίες, που δεν δύνανται να φροντίσουν τον εαυτό τους. Οι υπηρεσίες αυτές έχουν χαρακτήρα εξατομικευμένο, με στόχο την προώθηση της ανεξαρτησίας του ασθενούς, καθώς και τη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής του για το χρονικό διάστημα που παρέχεται η φροντίδα»[11]. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ορίζει ως ΜΦΥ το σύνολο των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα, που χρήζουν βοήθειας για την επιτέλεση των καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, όπως η ένδυση, το μαγείρεμα, η ατομική υγιεινή και η μετακίνηση [13]. Επιπλέον, ο ΠΟΥ περιγράφει τη ΜΦΥ ως «το σύνολο των υπηρεσιών, που επιτρέπουν σε άτομα με μειωμένη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, να λαμβάνουν φροντίδα και υποστήριξη, με σεβασμό στα βασικά δικαιώματα, τις θεμελιώδεις ελευθερίες και την αξιοπρέπεια τους»[12]. Επιπλέον, η έγκαιρη και επαρκής παροχή υπηρεσιών ΜΦΥ μειώνει την ανάγκη για παροχή επείγουσας φροντίδας υγείας, τον κίνδυνο χρεωκοπίας των οικογενειών, ενώ βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο ζωής της οικογένειας, που επιφορτίζεται με τη φροντίδα των πασχόντων. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, ορίζει τη ΜΦΥ «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 ή/και χρειάζονται κάποια μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα»[12].

Λόγω της ανόδου του προσδοκίμου ζωής και της αύξησης των χρησιμοποιούμενων βοήθειας, εξαιτίας επιδείνωσης της σωματικής ή νοητικής τους υγείας, οδηγούμαστε σε ανάλογη αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών, καθώς, σταδιακά, λιγότερες οικογένειες δύνανται να αναλάβουν το βάρος. Αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα, λόγω γήρανσης του πληθυσμού και δημιουργίας μικρότερων οικογενειών, που αδυνατούν να αναλάβουν τη φροντίδα των γηραιότερων μελών. Δεδομένου του υψηλού κόστους ζωής, η ανάγκη για περισσότερα εργαζόμενα μέλη, συμβάλλει, στην αντικειμενική αδυναμία παροχής υπηρεσιών ενδοοικογενειακά.

Πέραν των ατόμων τρίτης ηλικίας >65 ετών, που αποτελούν τους κύριους λήπτες υπηρεσιών, έτερες κατηγορίες ατόμων που χρήζουν φροντίδας συνιστούν άτομα με χρόνιες παθήσεις (καρκίνος, ΧΑΠ, καρδιακή ανεπάρκεια κτλ) ή φυσική ή νοητική αναπηρία, συγγενή ή επίκτητη.

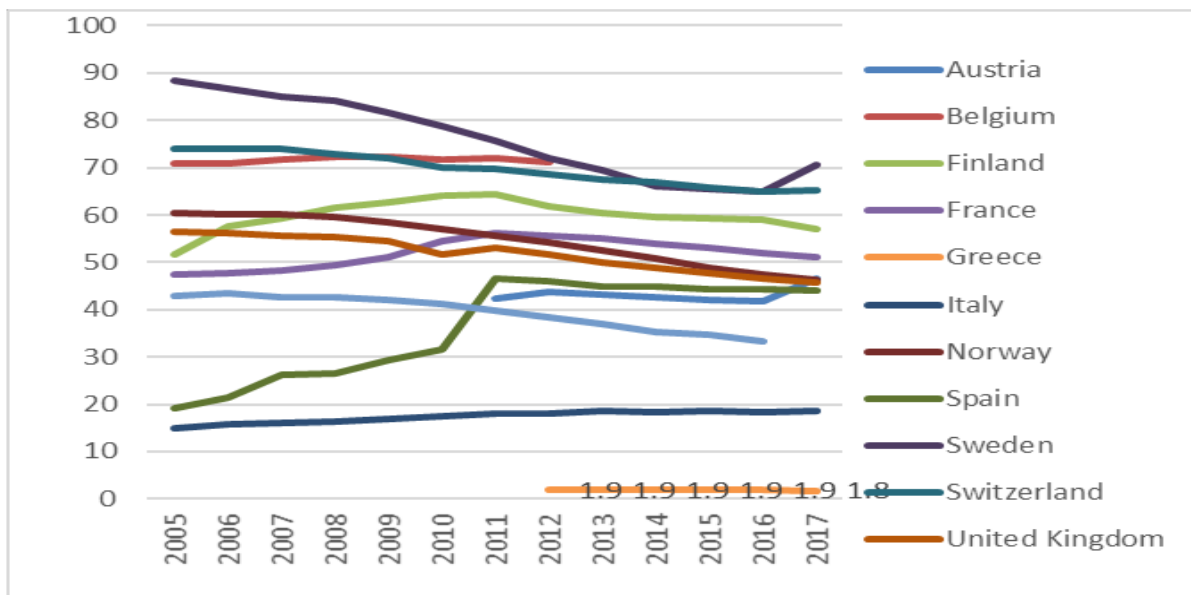
Οι υπηρεσίες ΜΦΥ στη χώρα μας, παρέχονται σε ανοικτές ή κλειστές δομές και κατ' οίκον. **Οι ανοικτές δομές** περιλαμβάνουν τα **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**, που παρέχουν βοήθεια σε άτομα με κινητικές δυσκολίες ή άνοια, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός τους και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των οικογενειών συνολικά. Άλλη μορφή ανοικτής

δομής αποτελούν τα *Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)*, τα οποία προσφέρουν ιατροφαρμακευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα τρίτης ηλικίας, συμβάλλουν στην επίλυση προβλημάτων τους, καθώς και στη συνεχιζόμενη κοινωνικοποίησή τους. Αμφότερες οι δομές λειτουργούν με την υποστήριξη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Διαφορετικού προσανατολισμού ανοικτές δομές αποτελούν τα *Κέντρα Δημέρευσης-Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΗΦ)*, στα οποία δίνεται έμφαση στην παροχή φροντίδας σε άτομα με φυσικές και νοητικές αναπηρίες, με σκοπό την ανάπτυξη των κοινωνικών και τεχνικών δεξιοτήτων τους, όπως και τα *Κέντρα Δημοουργικής Απασχόλησης Παιδιών και Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΑΠμεΑ)*. Έχουν κατά βάση παιδαγωγικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην αποφυγή της ιδρυματοποίησης. Τέλος, ειδική μορφή ανοικτής δομής αποτελούν και οι Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ), με σκοπό την ανεξάρτητη διαβίωση των φιλοξενούμενων, με διατήρηση του μέγιστου βαθμού αυτοεξυπηρέτησης και των δεξιοτήτων τους.

Οι κλειστές δομές παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνουν τις *Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων* (ιδιωτικές, εκκλησιαστικές ή δημόσιες), όπου νοσηλεύονται άτομα με πλήρη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, κλινοστατισμένα ή μη, καθώς και τα *Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας*, όπου υποστηρίζονται άτομα με χρόνιες κινητικές ή πνευματικές παθήσεις, με σκοπό την κοινωνική προστασία ή την αποθεραπεία και αποκατάστασή τους, σε ειδικές περιπτώσεις.

Τέλος, η παροχή ΜΦΥ κατ'οίκον επιτελείται μέσω προγραμμάτων, όπως το «*Βοήθεια στο Σπίτι*», για άτομα με μειωμένη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, καθώς και *προγραμμάτων νοσοκομείων*, τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα σε χρονίως πάσχοντες να νοσηλεύονται κατ'οίκον, με σκοπό την αποκατάσταση, την πρόληψη οξείας νόσου ή την παροχή παρηγορητικής/ανακουφιστικής φροντίδας.

Όσον αφορά τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, συνήθως λαμβάνει χώρα ενδοοικογενειακά από μη εξειδικευμένο προσωπικό, επί 24ώρου, από συγγενείς του πάσχοντος ατόμου ή από άτομα που προσλαμβάνει η οικογένεια, επίσης μη εξειδικευμένα στη ΜΦΥ. Αντίθετα, τα άτομα που απευθύνονται σε δομές, λαμβάνουν υπηρεσίες από επαγγελματίες φροντιστές, επί 24ώρου-εφόσον αφορά κλειστές δομές-με το μειονέκτημα του ιδρυματισμού και κοινωνικού αποκλεισμού του χρονίως πάσχοντος. Σε κάθε περίπτωση, σπανίως, παρέχονται οι ιδανικές συνθήκες φροντίδας των ασθενών. Συχνότερα, η εκπαίδευση που λαμβάνουν οι φροντιστές είναι ελλιπής, με χαμηλούς μισθούς, χωρίς κίνητρα αποδοτικότητας, χωρίς ιδιαίτερες δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης, πολλές φορές, με συμβάσεις προσωρινής εργασίας ή μαθητείας, χωρίς εξασφάλιση βασικών εργασιακών δικαιωμάτων και σε δομές με μειωμένο προσωπικό. Λογική συνέπεια των ανωτέρω είναι η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, ακόμα και όταν αυτή αναζητείται σε επαγγελματικά πλαίσια. Καλύτερες υπηρεσίες παρέχονται στις ανοικτές δομές, που δεν παρέχουν 24ωρη κάλυψη και που



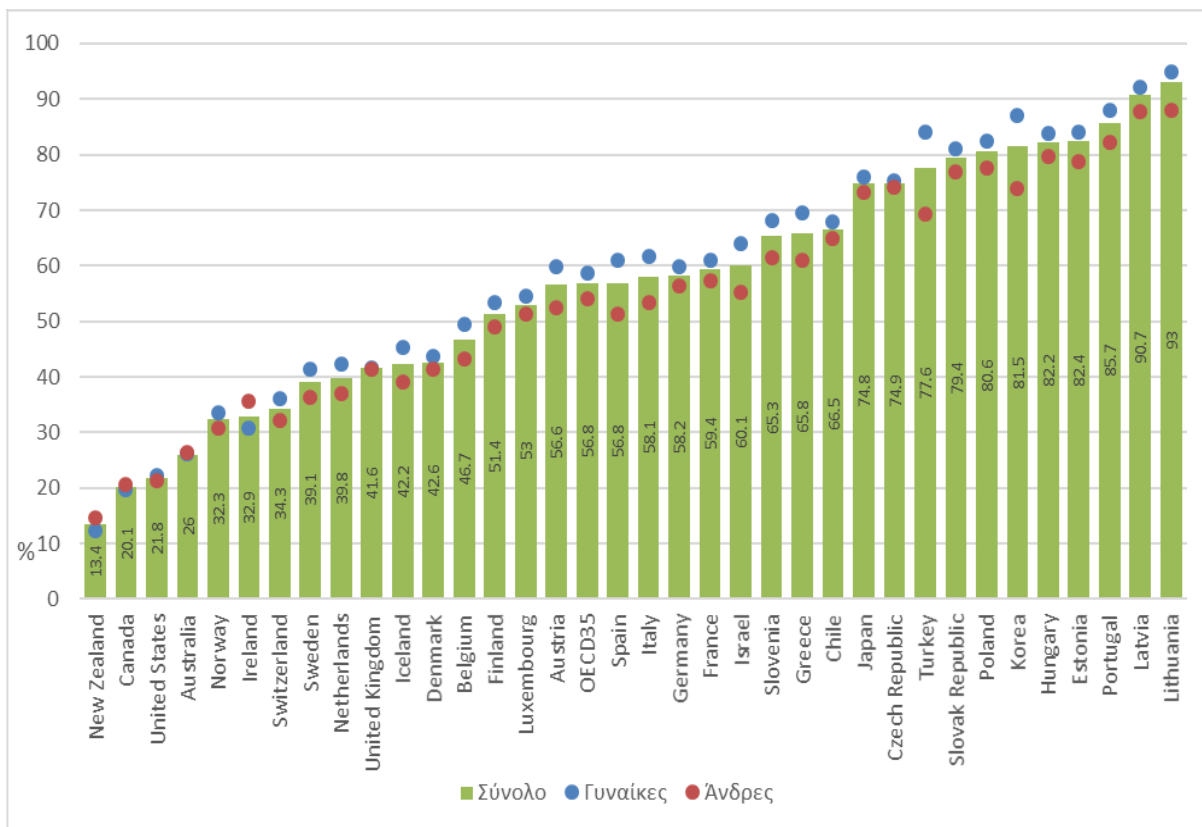
Γράφημα 1. Αριθμός κλινών σε δομές ΜΦΥ ανά 1000 άτομα >65 ετών. Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με χρήση των εργαλείων του OECD.Stat.

απευθύνονται σε άτομα που βρίσκονται σε καλύτερη γενική κατάσταση.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΜΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η ΜΦΥ στη χώρα μας δεν αποτελεί συστατικό στοιχείο των υπηρεσιών του κράτους πρόνοιας και έχει αναπτυχθεί με βραδύτερους ρυθμούς, με το βάρος να αναλαμβάνεται από τις οικογένειες και, λιγότερο, από ιδιωτικές και δημόσιες δομές. Αντίθετα, στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) συνιστά έναν βασικό πυλώνα των υπηρεσιών υγείας[13]. Παρόμοια υστέρηση με την Ελλάδα, παρουσιάζουν και οι λοιπές χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, στα πλαίσια της αποσπασματικής ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους, που εστιάζει στην παροχή φορολογικών εκπτώσεων και επιδομάτων. Βήματα έχουν γίνει στην κατεύθυνση δημιουργίας κατάλληλου

θεσμικού πλαισίου, χωρίς να συνοδεύονται από αντίστοιχη υλοποίηση. Το αρχικό πλαίσιο θεσμοθετήθηκε με το Νόμο 2071/1992, όπου αναφέρεται ότι «το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, οργάνωση, λειτουργία και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών», οπότε δόθηκε η δυνατότητα σύστασης μονάδων για κατ' οίκον νοσηλεία, εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας. Επιπλέον, τέθηκαν βάσεις με το ΦΕΚ 382-24/5/1994 και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», στηριζόμενου σε νομοθετήματα όπως ο Νόμος 162/1973, περί προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων, και τα ΦΕΚ 413/90, ΦΕΚ 821/88, ΦΕΚ 482/90, ΦΕΚ 568/87, ΦΕΚ 824/88, σχετιζόμενα με πιλοτικές εφαρμογές κατ' οίκον βοήθειας. Τέλος, ο Νόμος 3106/2003 επεκτείνει τη «Βοήθεια στο σπίτι», θεσμοθετεί τη λειτουργία Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών, και



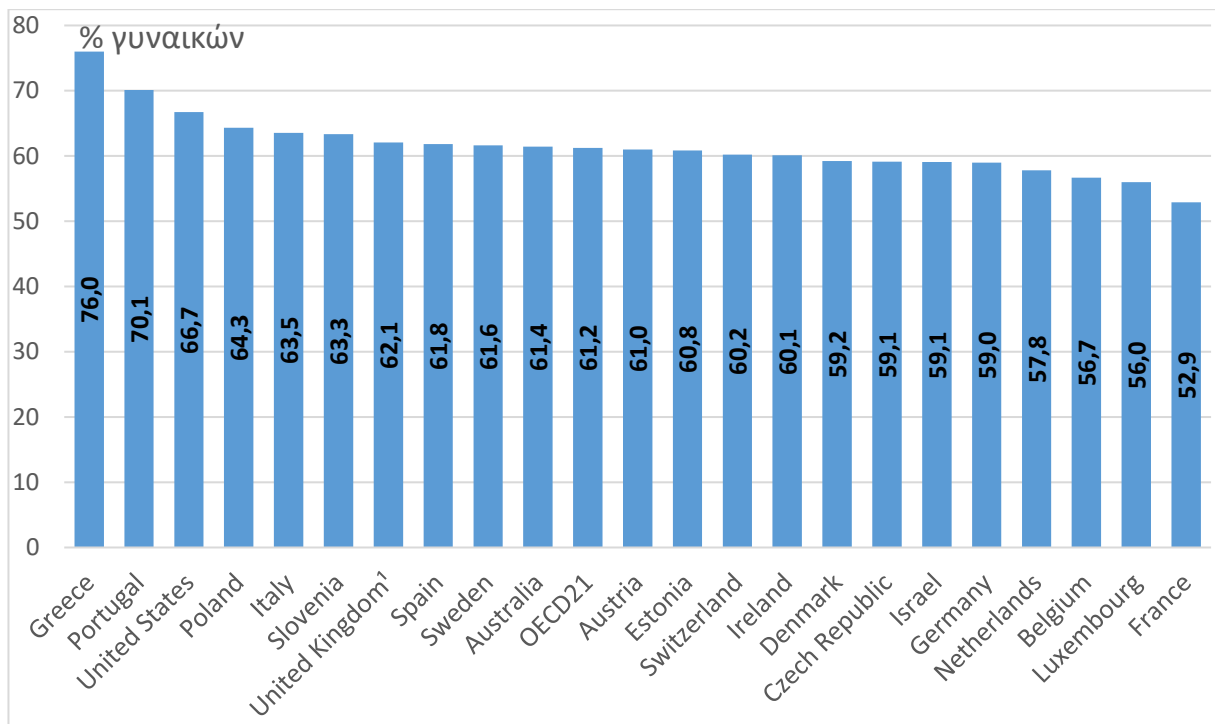
Γράφημα 2. Ποσοστό ατόμων >65 ετών που αναφέρει ότι η υγεία του βρίσκεται σε μέτρια, κακή ή πολύ κακή κατάσταση το 2017. Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα OECD Health Statistics 2019[17]

προωθεί την αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.

Παρόλ'αυτά, διαχρονικά αναλαμβάνεται το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας από τις ίδιες τις οικογένειές και, συνήθως, τα θηλυκά μέλη, ελλείπει δομών του κοινωνικού κράτους. Εναλλακτικά, ανατίθεται το έργο του φροντιστή σε εσώκλειστες μετανάστριες. Το 2014, μόλις το 2% των κρατικών πόρων για την υγεία, αφορούσαν τη ΜΦΥ, τη στιγμή που το ποσοστό στην ΕΕ-27 είναι 15%, με τις διαθέσιμες κλίνες να είναι μόλις 17/100000 πληθυσμού, έναντι 400-1100/100000 άτομα στην Ευρώπη. Αντιστοίχως, οι κλίνες αριθμούν σε 1,8/1000 άτομα >65 ετών, έναντι 50-70/1000 (Γραφήματα 1-5) στην Ευρώπη. Επιπλέον, η αποσπασματική ανάπτυξη των

υποδομών προκαλεί περαιτέρω ανισότητες στην πρόσβαση σε αυτές, κατάσταση που επιδεινώνεται από τα αυστηρά κριτήρια αποδοχής των ασθενών και τις μεγάλες λίστες αναμονής[14].

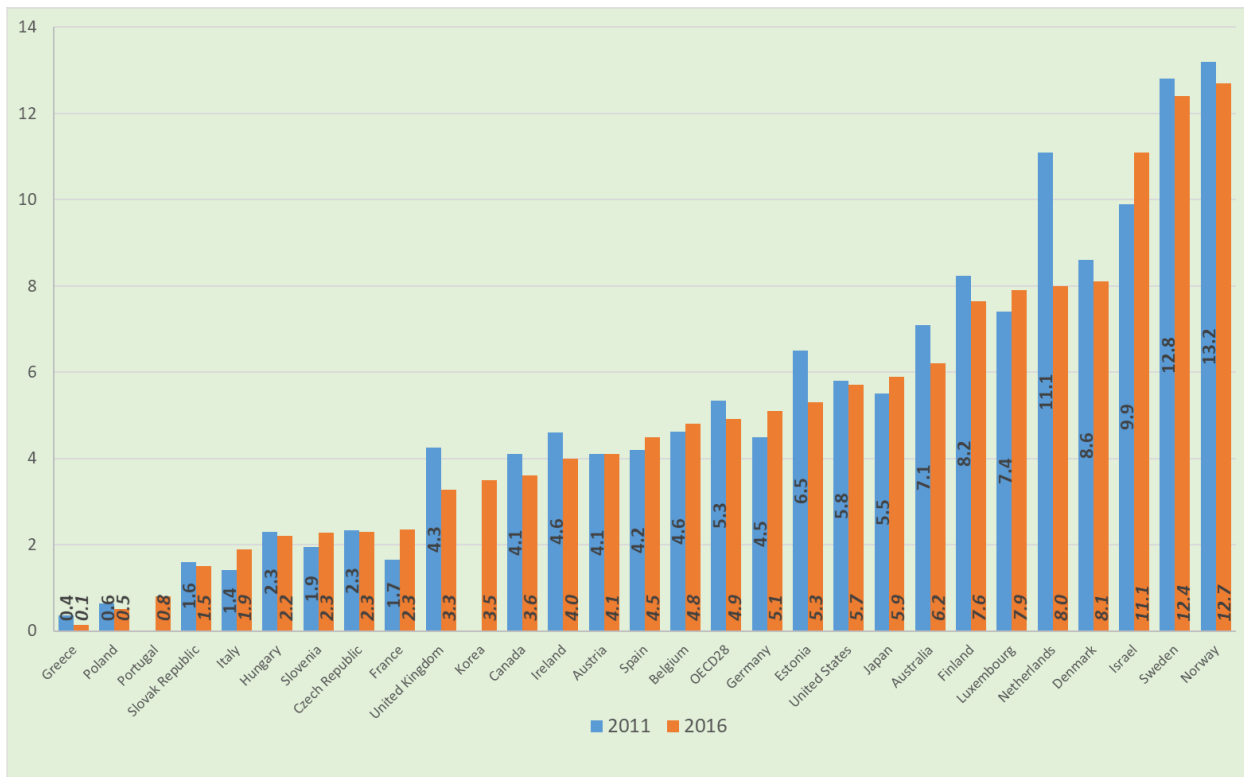
Συνολικά, υπάρχουν 44 δημόσιες δομές ΜΦΥ, μόνιμης ή ημιμόνιμης διαμονής, υπό την αιγίδα του κράτους, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, σημαντικά μειωμένες σε σχέση με τις 95 δομές, το 2011, με αντίστοιχη μείωση των φιλοξενούμενων από 13.500 σε 9.000. Επιπλέον, υπάρχουν εκατοντάδες μικρότερες δομές (κερδοσκοπικές και μη, ιδιωτικές ή κοινοτικές). Όσον αφορά δομές εστιασμένες σε άτομα με άνοια, σχετικό εθνικό σχέδιο δράσης δημιουργήθηκε το 2014[15], χωρίς ακόμα, να υλοποιηθεί



Γράφημα 3. Ποσοστό γυναικών μεταξύ των άτυπων φροντιστών, ηλικίας άνω των 50ετών, το 2017. Πηγή: Ιδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα ΟΑΣΑ Health Statistics 2019[17]

πλήρως. Η αδυναμία του συστήματος να υποστηρίξει την αυξανόμενη ζήτηση, οδηγεί σε αποκλεισμό από τη ΜΦΥ, τη συντριπτική πλειονότητα των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία αριθμούν 1.700.000 (>15ετών) το 2012, (1.000.000>65ετών), με τουλάχιστον 340.000 εξ αυτών να χρειάζονται αντικειμενικά βοήθεια στην καθημερινότητά τους (Γράφημα 2). Ωστόσο, τα προβλήματα δεν αφορούν μόνο την ανεπαρκή προσφορά υπηρεσιών, αλλά και την κακή ποιότητά τους, με τους Έλληνες να τις βαθμολογούν με 4,4/10, σημαντικά χαμηλότερα από ότι στην Ευρώπη (6,2/10-European Quality of Life Survey-2016)[16]. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη κατάλληλων μηχανισμών ελέγχου και καθορισμού των αναγκών προϋποθέσεων, που πρέπει να πληρούνται στη ΜΦΥ, παράλληλα με την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού (Γράφημα 4), κατάλληλα αμειβόμενου και

κινητροδοτούμενου για ανέλιξη και αναγνώριση. Επιπλέον, δεν προβλέπεται αμοιβή, αποζημίωση, προνόμια ή διευκόλυνση από το κράτος για τους άτυπους φροντιστές, που αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο φορτίο της ΜΦΥ, καθώς και καμία εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη. Παράλληλα, λόγω της ανάληψης της άτυπης ΜΦΥ, κυρίως, από γυναίκες (Γράφημα 3), καθίσταται προβληματική η ένταξή τους στον εργασιακό τομέα και, κατ'επέκταση, η ανεξαρτητοποίησή τους. Οι γυναίκες (20-64 ετών) εργάζονται σε ποσοστό 46,8% στην Ελλάδα έναντι του 65,8% των αντρών και του 65,3% για τις γυναίκες στην ΕΕ-28, βάσει στοιχείων της Eurostat, ενώ σε διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες επιλέγουν τη μερική απασχόληση (13,7% έναντι 6,9%). Το ένα τρίτο των άνεργων γυναικών δεν επιδιώκει καν να βρει εργασία, λόγω της



Γράφημα 4. Αριθμός εργαζόμενων ΜΦΥ ανά 100 άτομα ηλικίας άνω των 65ετών, το 2011 και 2016. Πηγή: Ιδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα OECD Health Statistics 2019[17]

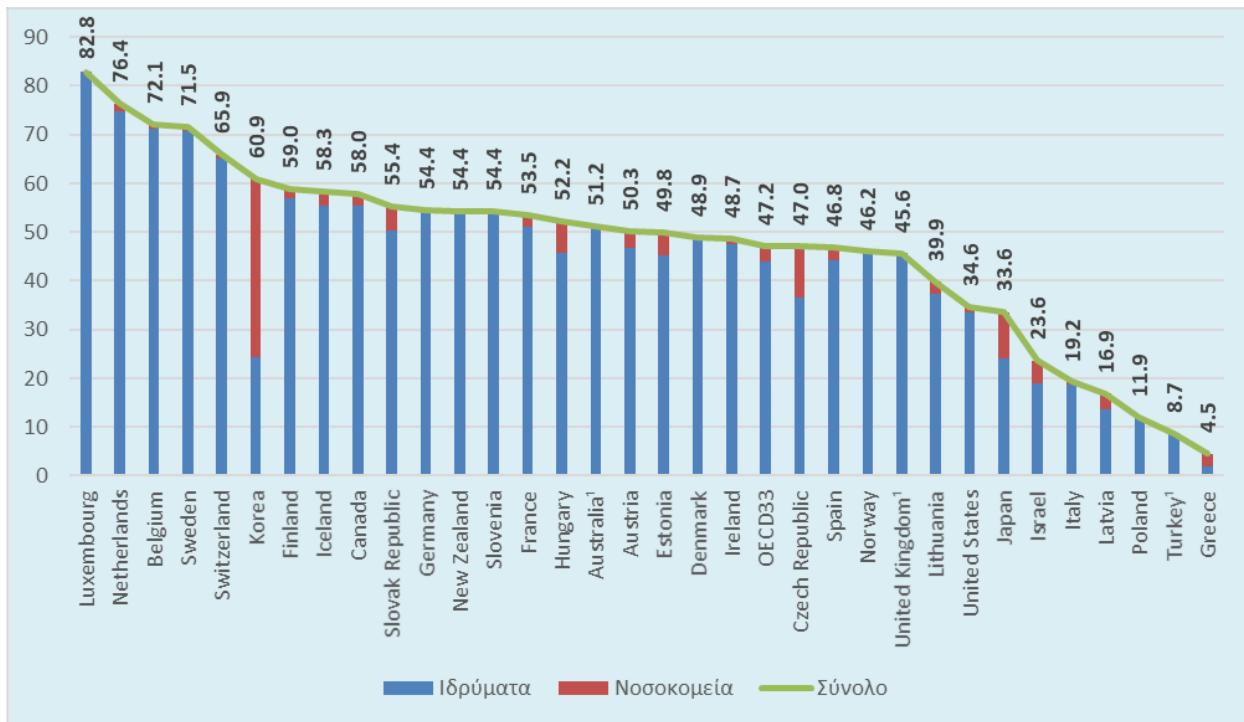
ανάληψης ΜΦΥ, και εξαρτάται αποκλειστικά από τον σύζυγο.

Ωστόσο, λόγω και της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, δεν διαφαίνεται εύκολη λύση, δεδομένης της στρεβλότητας του συστήματος και της χαμηλής χρηματοδότησης από τον ελληνικό κρατικό προϋπολογισμό (0,5% του ελληνικού ΑΕΠ το 2013, με προβλεπόμενη αύξηση σε 0,9% έως το 2060, για τη ΜΦΥ), γεγονός που προοιωνίζει περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης, με μείωση της ποσότητας και ποιότητας των ήδη ελάχιστων υπηρεσιών και αδυναμία ανταπόκρισης στις αυξανόμενες ανάγκες. Αξίζει να τονισθεί ότι υπάρχει σημαντική ένδεια στατιστικών στοιχείων σχετικών με τους εργαζόμενους και

τους ωφελούμενους στον τομέα της ΜΦΥ στην Ελλάδα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δημιουργία των τυπολογιών των κοινωνικών κρατών, όπως και τα κοινωνικά κράτη, είναι πρόσφατη. Αποτελούν ένα εργαλείο για την καλύτερη τυποποίηση και περιγραφή των λειτουργιών των κρατών πρόνοιας και των τρόπων που αυτά διασυνδέονται με την οικογένεια, το βασικό κύτταρο της κοινωνίας, και την αγορά. Η χρήση τους, σε συνδυασμό με τη συλλογή στατιστικών δεδομένων σχετικών με την κοινωνική πολιτική των καπιταλιστικών κρατών, οδηγεί σε αποτελεσματικότερη



Γράφημα 5. Αριθμός κλινών ΜΦΥ ανά 1000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα OECD Health Statistics 2019[17]

μελέτη του θεσμού του κράτους πρόνοιας, και των θετικών και αρνητικών του επιπτώσεων, ενώ επιτρέπει και τη σύγκριση ανάμεσα σε διαφορετικά πρότυπα. Τα κυριότερα πρότυπα, που φαίνεται να αναδεικνύονται (Φιλελεύθερο, Αγγλοσαξονικό και Σκανδιναβικό / Σοσιαλδημοκρατικό), εμφανίζουν αδυναμίες, όσον αφορά την εξάλειψη της φτώχειας (ιδίως το φιλελεύθερο), την άντληση εξαντλητικών πόρων για τη διασφάλιση της λειτουργίας τους (π.χ. το Αγγλοσαξονικό με την εκμετάλλευση των εργαζομένων, το Σκανδιναβικό με την υψηλή φορολογία) και την προώθηση πατριαρχικών προτύπων και ρατσιστικών αντιλήψεων. Στη σύγχρονη εποχή είναι αναγκαία η μεταρρύθμιση των υπάρχουσών δομών κοινωνικού κράτους, εκτός των ορίων της υπάρχουσας τυπολογίας, ώστε τα κράτη

πρόνοιας να μπορέσουν να επιβιώσουν και να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της παγκοσμιοποίησης, στην αύξηση του πληθυσμού σε μερικές χώρες και στη γήρανση του και την υπογεννητικότητα σε άλλες. Σε αυτή την κατεύθυνση είναι αναγκαία η διεθνής συνεργασία και αλληλο-υποστήριξη, προς αποφυγή πιθανών κρίσεων απώλειας δικαιωμάτων και αποτυχία προάσπισης ανθρώπινων αξιών.

Όσον αφορά την Ελλάδα, χρειάζεται μέριμνα, ώστε να υπερσκελισθούν οι παθογένειες του μικτού μοντέλου, με ιδιαίτερη μνεία να χρήζει ο τομέας της ΜΦΥ. Είναι αναγκαία η δημιουργία κατάλληλου ρυθμιστικού θεσμικού πλαισίου, που θα επανιδρύσει την ΜΦΥ στη χώρα, προχωρώντας σε καταγραφή των υπάρχουσών δομών, διασύνδεσή τους και

καθορίζοντας επιτέλους, τις προδιαγραφές λειτουργίας τους. Επιπλέον, απαραίτητη είναι η δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών, στα πλαίσια του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, που θα επιτηρούν την εφαρμογή συγκεκριμένων μοντέλων παροχής των υπηρεσιών και θα διασφαλίζουν την ποιότητα τους, καθώς και η εκτενής συλλογή στατιστικών στοιχείων σχετικών με την απόδοση του συστήματος και την ικανοποίηση των ασθενών, ώστε να διευκολυνθεί ο σχεδιασμός περαιτέρω παρεμβάσεων. Ακόμα, προσοχή πρέπει να δοθεί στη φροντίδα των ίδιων των φροντιστών, με την παροχή ουσιαστικής εκπαίδευσης και αποζημίωσης για την προσφορά τους, δυνατοτήτων ανέλιξης και αναγνώρισης στο χώρο τους, καθώς και δυνατότητας ψυχολογικής υποστήριξης. Σημαντικό ρόλο στην άνοδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα έπαιζε επίσης η σύνδεση των φροντιστών με τους ασθενείς σε βαθμό μεγαλύτερο από την απλή επαγγελματική σχέση, ώστε ο φροντιστής να γνωρίζει, στα πλαίσια παροχής του έργου του, περισσότερο για τον ασθενή ως άτομο και όχι μόνο, το ιατροφαρμακευτικό του ιστορικό. Όσον αφορά τους άτυπους φροντιστές, πέραν της βασικής εκπαίδευσης και υποστήριξής τους, αναγκαίο είναι να τους

παρασχεθούν οι κατάλληλες διευκολύνσεις ώστε να μπορέσουν να συμβιβάσουν την προσφορά ΜΦΥ με την δυνατότητα ένταξης στο εργασιακό δυναμικό, αλλά και κατάλληλα προνόμια (π.χ. ανεξάρτητη ασφάλιση και δικαίωμα σύνταξης), ως αναγνώριση της συνεισφοράς τους, με στόχο την εξίσωση των δικαιωμάτων τους με τα εργαζόμενα μέλη της οικογένειας.

Ουσιαστικότερη των ανωτέρω, είναι η ανάγκη διεύρυνσης της προσφοράς υπηρεσιών ΜΦΥ στην ελληνική κοινωνία, μέσω εξεύρεσης αντίστοιχης χρηματοδότησης. Δεδομένης της υψηλής ζήτησης και της προβλεπόμενης αύξησής της, κρίνεται απαραίτητη η ίδρυση νέων δομών, η επέκταση των υπάρχουσών, αλλά και η στελέχωσή τους με επαρκές προσωπικό, που θα μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, με παράλληλη άρση των γραφειοκρατικών εμποδίων ένταξης των ασθενών στο σύστημα ΜΦΥ και εστίαση στην προσωποκεντρική φροντίδα. Με αυτό τον τρόπο, θα αποφορτιστούν, οικονομικά και ψυχολογικά, οι οικογένειες και θα μπορέσουν να αποδεσμευθούν χιλιάδες πολίτες, στη συντριπτική πλειοψηφία τους γυναίκες, ώστε να συνδράμουν αποδοτικότερα στη σύγχρονη κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ματθαίου Α. Αλληλεπίδραση κανόνων δικαίου κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας στους κλάδους αναπηρίας, γήρατος και οικογενειακών βαρών. 1η εκδ. Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα; 1996.
2. Κατρούγκαλος Γ. Τα κοινωνικά δικαιώματα. 1η εκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα; 2004.
3. Τσαούσης Δ. Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας. 1η εκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg; 1984.

4. Τσοούκαλης Λ. Η νέα ευρωπαϊκή οικονομία. 1η εκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση;1993.
5. Titmuss R. Social Policy. 2nd ed. London: Allen and Unwin;1974.
6. Espring-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. 1st ed. Princeton, New Jersey: Princeton University Press;1990.
7. Ferrera M. The Southern Model of Social Welfare in Europe. Journal of European Social Policy. 1996;6(1):17-37.
8. Ramesh M. Typologies of the welfare state and comparative analysis: The “liberal” welfare state. Journal of International and Comparative Social Welfare. 1994;10(2):90-106.
9. Κουκουφιλίππου Ι, Παπαβασιλείου Ε, Κοϊνης Α. Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2016;14(4):346-364. Available from: DOI: 10.5281/zenodo.159054 [Accessed 20th February 2020]
10. Πάσχος Κ, Μαλλιάρου Μ, Μπαμίδης Π. Η αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Επιστημονικά Χρονικά. 2016;21(1):50-65.
11. Leiyu S, Douglas S. Essentials of the U.S. Health Care System. 4th ed. Berlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2015
12. Σταϊκούρα ΑΚ. Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας; 2018.
13. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2018.
14. Ziomas D, Konstantinidou D, Vezyrgianni K, Capella A. Thematic Report on Challenges in long-term care - Greece. European Union: European Social Policy Network (ESPN) Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion; 2018.
15. Σακκά Π, Πολίτης Α, Σκαρμέας Ν και συν. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια-νόσο Alzheimer, 2014. Available from: <file:///C:/Users/A4B0~1/AppData/Local/Temp/ΕΘΝΙΚΟ%20ΣΧΕΔΙΟ%20ΔΡΑΣΗΣ%20ΓΙΑ%20ΤΗΝ%20ΑΝΟΙΑ-%20ΝΟΣΟ%20ALZHEIMER.pdf> [Accessed 4th January 2020].
16. Eurofound, European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Available from: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf [Accessed 5th January 2020].
17. OECD, Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019. Available from: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> [Accessed 5th January 2020]

Typology of Social States and Long-Term Care. Greece in relationship to Europe

E. Koullias¹, I. Apostolakis², P. Sarafis³

¹ School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ² School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras /Laboratory of Medical Physics, Medical School, National and Kapodistrian University, Athens, ³ School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ Department of Nursing, School of Health Sciences, Technical University of Lefkosia, Cyprus

ABSTRACT

Modern Social State structure is described through various typologies, most important of which are those of Titmuss, Espring-Andersen and Ferrera. On the whole, a liberal, a conservative, a social-democratic and a “mixed” model of Social State can be distinguished, with the last one, featuring fragmentary growth and multiple deficiencies, being adopted by the European South.

Due to the adoption of the “mixed” model, the development of adequate long-term care structures has been stalled, leading to the exclusion of the majority of the chronically ill from necessary services, thus conveying the responsibility of care, mostly, to the families’ female members. As a result, those members lack the ability of living and working independently, while being denied any kind of compensation for their role. Given the predicted increase of demand for long-term care services, caused by the aging population, funding must be obtained, in order to extend the existing facilities and create new ones (e.g. Open Centers for Elderly Protection or Assisted Living Facilities). Furthermore, training and recruitment of specialized personnel is essential, so that the offered services can be both increased and improved. However, Government budget does not provide sufficiently for long-term care, while the State has not created the needed legal framework, in order to address the problem adequately, causing Greece to lag behind the rest of the EU-27.

Keywords: Social State, Titmuss, Espring-Andersen, Beveridge, Ferrera, Long-Term Care

Citation

E. Koullias, I. Apostolakis, P. Sarafis. *Typology of Social States and Long-Term Care. Greece in relationship to Europe. Scientific Chronicles* 2020; 25(2): 304-319