

Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020

**Social Policy, Welfare State
and Long-term Care in Greece
compared to Europe.
The Challenges at the Dawn
of 2020**

Abstract at the end of the article

Αλέξανδρος Ιωάννου,¹ Ιωάννης Αποστολάκης,² Παύλος Σαράφης³

¹ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα/ Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο MD, PhDc, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα,

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

Υποβλήθηκε: 14/04/2020
Επανυποβλήθηκε: 29/05/2020
Εγκρίθηκε: 30/06/2020

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αλέξανδρος Ιωάννου, Αρεταίειο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
115 22 Αθήνα, Τηλ: (+30) 210-64 09 384
e-mail: alexandros.ioannou@studio.unibo.it

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής πολιτικής είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κρατών πρόνοιας με διαφορετικά χαρακτηριστικά. Ο διαφορετικός βαθμός συμμετοχής του κράτους και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και στην παροχή κοινωνικής προστασίας καθορίζει τα χαρακτηριστικά τους. **Σκοπός:** Η περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών της Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας (ΜΦΥ) καθώς και των ληπτών, των τρόπων και των δομών παροχής της και η ανάλυση των δεικτών παρεχόμενης ΜΦΥ στην Ελλάδα σε αντιπαραβολή με την υπόλοιπη Ευρώπη. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και Google Scholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και ιστοσελίδες με λέξεις ευρετηρίου: κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας, μακροχρόνια φροντίδα, δείκτες ΜΦΥ, social policy, social state, long term care. **Αποτελέσματα:** Η Ελλάδα καθυστέρησε να αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός μικτού μοντέλου. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα γεωπολιτικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά της, την κατατάσσει μαζί με τις υπόλοιπες νοτιοευρωπαϊκές χώρες στο «Νότιο μοντέλο». Η ανάπτυξη της ΜΦΥ αποτέλεσε τις τελευταίες δεκαετίες κυρίαρχη προτεραιότητα για τα ανεπτυγμένα ευρωπαϊκά κράτη ως απάντηση στον υψηλό ρυθμό γήρανσης του πληθυσμού και τις αυξημένες ανάγκες. **Συμπεράσματα:** Στην Ελλάδα η ανάπτυξη της ΜΦΥ υπήρξε αποσπασματική και ανεπαρκής με αποτέλεσμα να κατατάσσεται στις χαμηλότερες θέσεις με βάση τους σχετικούς δείκτες. Υπάρχει άμεση ανάγκη βελτίωσης και ισχυροποίησής της.

Λέξεις-ευρετηρίου: Κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας, Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας, δείκτες ΜΦΥ.

Εισαγωγή

Η βιομηχανική επανάσταση στην Ευρώπη, δημιούργησε αλυσιδωτές κοινωνικές ανακατατάξεις, μεταβάλλοντας τις κοινωνικές ανάγκες επιβάλλοντας την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής. Ταυτόχρονα, δημιούργησε ένα χάσμα στις προνοιακές δομές με τα πλούσια βιομηχανικά κράτη να αναπτύσσουν το κοινωνικό κράτος ενώ στις αγροτικές χώρες η οικογένεια και η εκκλησία συνέχισαν να αποτελούν τους πυλώνες κοινωνικής πρόνοιας.¹

Η κοινωνική πολιτική ορίζεται ως «διορθωτική ή προληπτική παρέμβαση στην κοινωνική πραγματικότητα, με τη λήψη μέτρων που αποσκοπούν στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων». ² Ενώ το κράτος πρόνοιας «αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, με απώτερο σκοπό την επίτευξη της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη μείωση, της κοινωνικής ανισότητας». ³

Ο Titmuss το 1974 εξετάζοντας τη σχέση της αγοράς με το κράτος, ως προς τις παρεχόμενες προνοιακές πολιτικές, περιέγραψε τρία μοντέλα κοινωνικής προστασίας: το υπολειμματικό, όπου το κράτος έχει δευτερεύοντα προστατευτικό ρόλο, το βιομηχανικό όπου η κοινωνική προστασία παρέχεται με βάση την ατομική εργασία με όρους οικονομίας και το θεσμικό-αναδιανεμητικό όπου το κράτος έχει κυρίαρχο ρόλο. ⁴ Ακολούθως ο Espring-Andersen το 1990 μελετώντας την αλληλεπίδραση του κράτους με την αγορά και την οικογένεια διέκρινε τρία καθεστώτα προνοιακής πολιτικής: το φιλελεύθερο, όπου το κράτος παρέχει περιορισμένα μέτρα προστασίας και προωθεί τις κοινωνικές πρωτοβουλίες της αγοράς, το κορπορατιστικό, όπου η κοινωνική τάξη παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην κρατική κοινωνική πολιτική και το σοσιαλδημοκρατικό, όπου το κράτος παρέχει κοινωνικές παροχές ισότιμα και αναλογικά στους πολίτες. ⁵ Τέλος, ο Ferrera το 1996 αναγνωρίζοντας τις κοινωνικο-οικονομικές και πολιτικές ιδιαιτερότητες των κρατών του ευρωπαϊκού νότου, περιέγραψε το Νότιο μοντέλο κοινωνικού κράτους που συνδυάζει στοιχεία από το Bismark (κοινωνική ασφάλιση) και το Beveridge (σύστημα υγείας). ⁶

Τις τελευταίες δεκαετίες, η επιστημονική πρόοδος του χώρου της υγείας σε συνδυασμό με τη βελτίωση των συνθηκών ζωής είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. ⁷ Αναπόφευκτα, αυξήθηκε η ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας στους ηλικιωμένους δημιουργώντας υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας (ΜΦΥ). Ταυτόχρονα, σειρά παραγόντων όπως η παγκοσμιοποίηση, η μετανάστευση, η υπογεννητικότητα, η οικονομική κρίση και ο μετασχηματισμός του ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία οδηγεί

τους μελετητές σε μια κριτική αμφισβήτηση των μοντέλων κοινωνικής προστασίας δημιουργώντας πίεση τόσο στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όσο και σε αυτά της υγείας καθώς και στην παρεχόμενη ΜΦΥ. ^{8,9}

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι: (α) να παρουσιάσει επιγραμματικά τις τυπολογίες των κρατών πρόνοιας με βάση τα χαρακτηριστικά της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής, τοποθετώντας την Ελλάδα στην ενδεδειγμένη τυπολογία σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη, (β) να περιγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά της ΜΦΥ καθώς και τους λήπτες, τους τρόπους και τις δομές παροχής της, και (γ) να αναλύσει τους δείκτες παρεχόμενης μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα σε αντιπαραβολή με την υπόλοιπη Ευρώπη αναδεικνύοντας τις προκλήσεις της παρούσας συγκυρίας.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών άρθρων στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων Medline/Pubmed και Google Scholar καθώς και σε βιβλία, επιστημονικά περιοδικά και ιστοσελίδες με τη βοήθεια λέξεων ευρετηρίου. 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: κοινωνική πολιτική, κράτος πρόνοιας, μακροχρόνια φροντίδα, δείκτες, social policy, social state, long term care. 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).

Αποτελέσματα

Α. Τυπολογίες κρατών πρόνοιας και η θέση της χώρας μας σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Το κοινωνικό κράτος έγινε αντικείμενο επίμονης διεπιστημονικής έρευνας που οδήγησε στην ανάπτυξη θεωρητικών μοντέλων και τυπολογιών³ (πίνακας 1).

Ο Titmuss το 1974 παρουσίασε τρεις τύπους κοινωνικού κράτους:

1. Το **Υπολειμματικό** (residual) στο οποίο κεντρικό ρόλο στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών έχουν οι

Πίνακας 1. Τυπολογίες κοινωνικών κρατών.

| | ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ | ΧΩΡΕΣ | ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ |
|--------------------------|--|--|---|---|
| TITMUSS (1974) | ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟ (Residual) | Η.Π.Α | Κυρίως από οικογένεια και την αγορά. | Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης δρα σε περίπτωση αδυναμίας της οικογένειας ή της αγοράς. |
| | ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ (Industrial) | Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ | Γίνεται στη βάση της ατομικής εργασίας. Σημαντικός ο ρόλος της οικονομίας. | Συμπληρωματικός μέσω κοινωνικής ασφάλισης. |
| | ΘΕΣΜΙΚΟ-ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟ | Σκανδιναβικές χώρες | Καθολική κάλυψη έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς. | Σηματικός και πρωτεύων ρόλος στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών |
| ESPRING-ANDERSENN (1990) | ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ (Liberal Welfare state) | Η.Π.Α Καναδάς Αυστραλία | Παροχή κοινωνικής βοήθειας συγκεκριμένου ύψους, περιορισμένες μεταβιβαστικές πληρωμές προς όλους. | Ενθάρυνση της αγοράς για ανάληψη πρωτοβουλιών για κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Κοινωνική ασφάλιση περιορισμένης κλίμακας. |
| | ΚΟΡΠΟΡΑΤΙΣΤΙΚΟ (Corporalist welfare state) | Αυστρία Γαλλία Γερμανία Ιταλία (εν μέρει) | Με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση. | Σημαντικότερος ο ρόλος του κράτους σε σχέση με την αγορά. |
| | ΣΟΣΙΑΛΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ (Socialdemocratic welfare state) | Σκανδιναβικές χώρες | Καθολική κάλυψη, πλήρης απο-εμπορευματοποίηση της εργασίας και των αναγκών με στόχο την πλήρη απασχόληση και ισότητα. | Εκτεταμένος αναδιανεμικός ρόλος. Λειτουργία στη βάση της Αρχής της Αποκέντρωσης με χρηματοδότηση από Κεντρική Διοίκηση ή ΟΤΑ |
| FERRERA (1996) | ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΙΚΟ | Ισπανία Πορτογαλία Ελλάδα Ιταλία | Εισοδηματικές μεταβιβάσεις βαρύνουσας σημασίας, ανομοιογένεια προστασίας τυπικών κινδύνων, καθολική υγειονομική περίθαλψη, ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διαφορές επαγγελματικές ομάδες. | Χαμηλός βαθμός διεύθυνσης στην προνοιακή σφαίρα, έντονη διαπλοκή δημόσιου ιδιωτικού, θεσμική ευνοιοκρατία με μηχανισμούς πατρωνίας στη διαχείριση πόρων |

κογένεια και αγορά ενώ η δράση του κράτους περιορίζεται, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, σε περιπτώσεις αδυναμίας των κεντρικών παραγόντων του μοντέλου. Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα.

2. Το *Βιομηχανικό* (industrial) όπου η ατομική εργασία αποτελεί τον κύριο παράγοντα κοινωνικής προστασίας. Η ελεύθερη οικονομία έχει σημαίνοντα ρόλο ενώ το κράτος μέσω της κοινωνικής ασφάλισης περιορίζεται σε δευτερεύοντα. Το Ην. Βασίλειο είναι κύριος εκφραστής.
3. Το *Θεσμικό-Αναδιανεμητικό* στο οποίο πρωτεύοντα ρόλο διαδραματίζει το κράτος στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών αποκλείοντας την αγορά από το κοινωνικό κράτος. Αποτελεί το μοντέλο της Σκανδιναβίας.

Ακολούθως, ο Espring Andersen εισήγαγε την έννοια του «προνοιακού καθεστώτος» περιγράφοντας τρία μοντέλα.^{3,5}

1. Το *Φιλελεύθερο καθεστώς* (liberal), χαρακτηριστικό των ΗΠΑ, Καναδά και Αυστραλία, όπου ο ιδιωτικός

τομέας κυριαρχεί στις δράσεις κοινωνικής προστασίας και το κράτος περιορίζεται στην ενθάρρυνση της αγοράς.

2. Το *Κορπορατιστικό* (corporatist), συναντάται σε Γαλλία, Γερμανία και Ιταλία (εν μέρει), στο οποίο καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η κοινωνική τάξη. Ο ρόλος του κράτους είναι σημαντικότερος της αγοράς.
3. Το *Σοσιαλδημοκρατικό* (socialdemocratic), χαρακτηριστικό της Σκανδιναβίας, στοχεύει στην ισότητα των κοινωνικών παροχών, στην επέκταση κάλυψης των αναγκών χωρίς συμμετοχή της αγοράς. Ακρογωνιαίος λίθος το κράτος τόσο με κεντρικές όσο με αποκεντρωμένες κοινωνικές πολιτικές.

Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν τα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα) σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο οδήγησε τον Ferrera να προτείνει το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, που συνθέτει τα χαρακτηριστικά του Bismark και Beveridge.

Η δυαδικότητα, η απουσία ελάχιστου κοινωνικού εισοδήματος, το υψηλό ποσοστό εισοδηματικών μεταβιβάσεων, η ανομοιογένεια στην κοινωνική προστασία, η καθολική υγειονομική περίθαλψη, η ανομοιογένεια των βαρών και η διαπλοκή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα το χαρακτηρίζουν.⁶

Αναλύοντας κριτικά τις διαφορετικές τυπολογίες το υπολειμματικό και το φιλελεύθερο μοντέλο πλεονεκτούν στον βαθμό παρουσίας της αγοράς ενώ υστερούν στον ρόλο του κράτους. Η μεγαλύτερη συμμετοχή των κρατικών δομών στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών θα είχε ως αποτέλεσμα την άμβλυνση των προβλημάτων που παρατηρούνται στις συγκεκριμένες χώρες. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο, πλεονεκτεί στον βαθμό της κρατικής παρέμβασης ενώ μειονεκτεί στη συμμετοχή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Έτσι, παρότι διασφαλίζονται υψηλού επιπέδου κοινωνικές παροχές δεν αξιοποιείται η δυναμική της αγοράς που θα μπορούσε να διευρύνει τις παροχές αποτελώντας εναλλακτικό δίκτυο προστασίας. Βιομηχανικό και κορπορατιστικό μοντέλο πλεονεκτούν στην παροχή κρατικής κοινωνικής ασφάλισης αλλά υστερούν στα κριτήρια με τα οποία παρέχεται καθώς η ατομική εργασία και η κοινωνική τάξη περιορίζουν σημαντικά την πληθυσμιακή και ποιοτική έκτασή της. Τέλος, το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο πλεονεκτεί στην καθολική κρατική υγειονομική κάλυψη ενώ παρουσιάζει σειρά παθογενειών όπως ανισοκατανομή των βαρών, ανομοιογένεια προστασίας στους κινδύνους και θεσμική ευνοιοκρατία. Η ταξινόμηση των προνοιακών συστημάτων αποτελεί σημαντική θεωρητική βάση με την οποία αναλύεται η κοινωνική πολιτική. Το κοινωνικό κράτος, με την καθιέρωσή του, δέχτηκε κύμα αμφισβήτησης που τροφοδοτήθηκε από την οικονομική, κοινωνική και πολιτισμική κρίση της περιόδου.¹⁰ Έγινε έτσι κατανοητό πως το κοινωνικό κράτος είναι μια ευμετάβλητη οντότητα που αλληλεπιδρά με πλήθος παραγόντων που πηγάζουν από τη λειτουργία της ίδιας της κοινωνίας. Τελευταία πληθαίνουν αναλύσεις που ασκούν νέο κύμα αμφισβήτησης περιγράφοντας δομικές αλλαγές που η παγκοσμιοποίηση, οι γεωπολιτικές αλλαγές, η μετανάστευση, η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική ύφεση και η δημογραφική γήρανση, επιφέρουν στα κράτη και τις κοινωνίες τους.¹⁰⁻¹² Η μεταβολή των κοινωνικών δεδομένων δημιούργησε την ανάγκη ανάπτυξης εργαλείων έγκαιρης ανάλυσης που θα συμβάλλουν στη λήψη διρθωτικών αλλαγών και πρωτοβουλιών, με σκοπό τη βελτίωση των αδυναμιών που παρουσιάζονται. Έτσι η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) δημιούργησε το European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROSS) παρέχοντας μεγάλο αριθμό δεδο-

μένων και δεικτών κοινωνικής προστασίας.¹³ Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) παρέχει ανάλογα δεδομένα για τις ανεπτυγμένες χώρες.¹⁴

Η Ελλάδα έχει μικτά χαρακτηριστικά κοινωνικού κράτους. Η κοινωνική ασφάλιση έχει αναφορές στο μοντέλο του Bismark ενώ το σύστημα υγείας στο Beveridge. Εμφανίζει: (α) καθυστερημένη ανάπτυξη, (β) παρουσία έντονης κοινωνικής αλληλεγγύης με την οικογένεια ακρογωνιαίο λίθο κοινωνικής προστασίας, (γ) απουσία ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, (δ) ανομοιόμορφη κατανομή προστασίας, (ε) καθολική υγειονομική περίθαλψη, (στ) χαμηλό βαθμό κρατικής διεύθυνσης στην προνοιακή πολιτική και διαπλοκή δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, (ζ) χαμηλή αποδοτικότητα, και (ι) ανομοιογένεια στην κατανομή βαρών. Γίνεται εμφανές ότι μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με την Ισπανία, Πορτογαλία και Ιταλία και ανήκει στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικού κράτους.⁶

Β. Μακροχρόνια φροντίδα. Βασικά χαρακτηριστικά, προφίλ ληπτών, Τρόποι και δομές παροχής

Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ (2015) η ΜΦΥ «είναι ένα σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας που 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».¹⁵

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (2005) αποτελεί «ένα σημαντικό μείγμα πολιτικών που συγκεντρώνουν μια σειρά από υπηρεσίες για τα άτομα που εξαρτώνται από τη βοήθεια σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κατά τη διάρκεια μιας εκτεταμένης χρονικής περιόδου».¹⁶

Ενώ για την Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2014) 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 ή/και χρειάζονται κάποια μόνιμη νοσηλευτική φροντίδα».¹⁷

Τις τελευταίες δεκαετίες τα Ευρωπαϊκά δημογραφικά στοιχεία αναδεικνύουν σταδιακή μείωση των γεννήσεων και ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων.^{18,19} Δημιουργείται μια δημογραφική τάση γήρανσης του ευρωπαϊκού πληθυσμού που σε συνδυασμό με τις σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις και τη βελτίωση των συνθηκών και της ποιότητας ζωής αυξάνει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής.⁹ Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες με την υψηλότερη τάση γήρανσης στην Ευρώπη.¹⁹ Σε μία μελέτη της Διανέοσις το 2016, το ποσοστό των Ελλήνων

άνω των 65 ετών από 21% το 2015 αναμένεται να αυξηθεί σε 33% το 2050 αυξάνοντας τον δείκτη γήρανσης του πληθυσμού από 1,44 σε 2,73%.²⁰

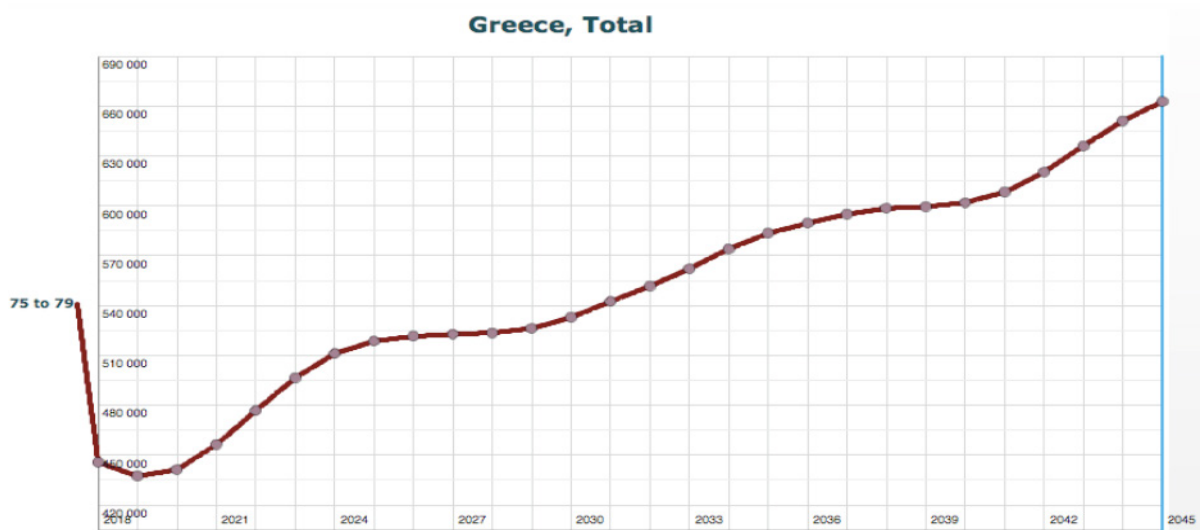
Σε μια προβολή του πληθυσμού 75–79 ετών από τα στατιστικά δεδομένα του ΟΟΣΑ αναμένεται μια αύξηση από 460.000 σε 660.000 (γράφημα 1). Ενώ λίγο πάνω από 1 στους 8 Έλληνες το 2050 θα είναι πάνω από 80 έτη. Ταυτόχρονα, ασθένειες που χαρακτηρίζουν τους ηλικιωμένους, όπως οι άνοιες, που χρήζουν αποκλειστικής και συνεχούς φροντίδας αναμένονται να διπλασιαστούν έως το 2050.⁹

Οι λήπτες των υπηρεσιών ΜΦΥ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών, με ιδιαίτερα προβλήματα που σχετίζονται με τη γήρανση. Σε μικρότερο ποσοστό μη ηλικιωμένα άτομα με χρόνια νοσήματα τα οποία απαιτούν αυξημένη και μακροχρόνια φροντίδα όπως καρκινοπαθείς, άτομα με φυσική ή νοητική αναπηρία, ασθενείς με νευρολογικές εκφυλιστικές νόσους (Alzheimer, πολλαπλή σκλήρυνση, πλάγια μυατροφική σκλήρυνση), με πνευμονολογικές παθήσεις όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με καρδιοπάθειες όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και με AIDS (σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας).^{21,22}

Σημαντικό ρόλο στην κατανόηση της ΜΦΥ αποτελεί ο τρόπος παροχής. Σε σύγχρονη θεώρηση, η παροχή ΜΦΥ ταξινομείται: (α) σε τυπική που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι) επ’ αμοιβή (formal caregivers) είτε κατ’ οίκον είτε σε οργανωμένες ιδιωτικές ή δημόσιες δομές και (β) σε άτυπη που παρέχεται από μη επαγγελματίες, ανεπίσημους φροντιστές (informal caregivers) που συνήθως αποτελούνται από άτομα οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντος του έχοντος την ανάγκη ΜΦΥ κατά κύριο λόγο κατ’ οίκον. Μπορεί να είναι ολιγόωρη ή 24ωρη ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου.^{22,23}

Η θεώρηση αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης των παρόχων, επαγγελματιών και μη, ΜΦΥ καθώς αποτελούν ζωτικό τμήμα της. Η απόδοση κινήτρων, οικονομικών μέσω των επιδοματικών πολιτικών και εργασιακών μέσω της θέσπισης επαγγελματικών εξειδικεύσεων, η εκπαίδευση μέσω ειδικών προγραμμάτων για την παροχή ειδικής υποστήριξης σε συγκεκριμένες κατηγορίες ληπτών θα οδηγήσουν στη δημιουργία παρόχων ΜΦΥ με μια σύγχρονη και επιστημονικά άρτια κατάρτιση που θα αντιμετωπίζουν ολιστικά τις ανάγκες των ατόμων που χρήζουν ΜΦΥ. Με αυτόν τον τρόπο θα αυξηθεί η

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 : ΠΡΟΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 75-79 ΕΤΗ 2018-2045 (ΙΔΙΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ)



Πηγή: OECD stat

Γράφημα 1. Προβολή του Ελληνικού πληθυσμού 75–79 από το 2020 έως το 2045. Δεδομένα από το OECD stat.

ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα οι δομές που παρέχουν ΜΦΥ κατατάσσονται σε τρεις κύριες κατηγορίες (πίνακας 2):

α. Ανοιχτές δομές: περιλαμβάνουν ημερήσια προγράμματα φροντίδας από επιστημονικά κατηρτισμένο προσωπικό: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Πίνακας 2. Δομές Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.

| ΔΟΜΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΜΦΥ | ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ | ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ |
|--|--|-------------------------------------|---|
| ΑΝΟΙΧΤΕΣ ΔΟΜΕΣ | Κ.Η.Φ.Η Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων | Ημερήσια | Ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω κινητικών διαταραχών, άνοιας, διανοητικής υστέρησης και χρόνιων νοσημάτων |
| | Κ.Α.Π.Η Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων | Ημερήσια | Ηλικιωμένα άτομα για την αποφυγή της ασυλοποίησης και την παραμονή τους στο οικογενειακό περιβάλλον και στην κοινότητα. |
| | Κ.Δ.Η.Φ Κέντρα Διημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ | Πρωινά και απογευματινά προγράμματα | Προσφέρουν απασχόληση σε αυτοεξυπηρετούμενα άτομα με αναπηρίες. |
| | Σ.Υ.Δ Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης | Ημερήσια | Άτομα με διανοητική στέρηση άνω των 17 ετών για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και αποφυγή της ιδρυματικής νοσηλείας. |
| | Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με αναπηρία | Ημερήσια | Υπό το καθεστώς κοινωφελών επιχειρήσεων των δήμων και αποτελούν μονάδες δημιουργικής απασχόλησης παιδιών με αναπηρίες (κινητικές και νοητικές) |
| ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΘΑΨΗ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ | Ημερήσια | Ηλικιωμένοι και άτομα με κινητικά και άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ) για την βελτίωση της ποιότητας ζωής και της καθημερινότητάς τους. |
| | ΆΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ (Δομές του Ε.Σ.Υ, ασφαλιστικά ταμεία και φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα) | Ποικίλλουν ανάλογα με το πρόγραμμα | Ιατροφαρμακευτική φροντίδα υγείας σε άτομα με κοινωνικές δυσκολίες κάτω από συγκεκριμένα κριτήρια. |
| ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΔΟΜΕΣ | Μ.Φ.Η Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων | Μακροχρόνια και συνεχής | Σε ηλικιωμένους που ζούν μοναχικά, αυτοεξυπηρετούνται ή όχι και δεν έχουν δυνατότητα διαφορετικής φροντίδας παρέχοντας ασφαλή διαμονή, διατροφή, προσωπική υγιεινή και ιατρική παρακολούθηση. |
| | Κ.Κ.Π Κέντρα κοινωνικής Πρόνοιας (Κέντρα αποθεραπείας, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, ψυχιατρικές κλινικές και γηροκομεία) | Μακροχρόνια και συνεχής | Ιδρυματική φροντίδα σε ηλικιωμένους και ΑμεΑ. |

ωμένων (Κ.Η.Φ.Η), τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η), τα Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας ΑμεΑ (Κ.Δ.Η.Φ), οι Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (Σ.Υ.Δ) και τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α).

β. Κατ' οίκον ΜΦΥ: Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι που παρέχει ημερήσια φροντίδα σε ηλικιωμένους και άτομα με κινητικά και άλλα προβλήματα και συντονίζεται από τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης καθώς και άλλα προγράμματα με ποικίλα χαρακτηριστικά που παρέχονται από δομές του Ε.Σ.Υ, ασφαλιστικά ταμεία και φορείς παροχής κοινωνικής βοήθειας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

γ. Κλειστές δομές, στις οποίες η φροντίδα είναι μακροχρόνια και συνεχής: Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η) που παρέχουν διαμονή, διατροφή και ιατρική παρακολούθηση και Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας (Κ.Κ.Π) που παρέχουν ιδρυματική φροντίδα σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρία.²³

Γ. Δείκτες Μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Οι προκλήσεις για τη χώρα μας

Η ανάπτυξη της ΜΦΥ στην Ελλάδα, έγινε με τρόπο αποσπασματικό, θεσμικά δαιδαλώδη και πρακτικά αναποτελεσματικό. Από το 1984, με τον νόμο Ν. 1416/84 για την ίδρυση των Κ.Α.Π.Η. έως και την τελευταία νομοθετική ρύθμιση για τη λειτουργία του προγράμματος στο σπίτι (Ν.4483/2017) έχει θεσπιστεί πλειάδα νομοθετημάτων και υπουργικών αποφάσεων για την θεσμοθέτηση και λειτουργία των δομών παροχής ΜΦΥ σε κρατικό επίπεδο, στην τοπική αυτοδιοίκηση και στον ιδιωτικό τομέα. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία ενός κατακερματισμένου συστήματος.

Για την αξιολόγηση των μοντέλων ανάπτυξης των ΜΦΥ αναπτύχθηκαν σε διεθνές επίπεδο ορισμένοι δείκτες: το ποσοστό παροχής ασφαλούς ΜΦΥ, ο αριθμός κλινών ΜΦΥ σε δομές και νοσοκομεία, το ποσοστό άτυπων και τυπικών φροντιστών και οι δαπάνες για ΜΦΥ. Η δαιδαλώδης δομή της παρεχόμενης ΜΦΥ στην Ελλάδα λειτουργεί ανασταλτικά στην παροχή αξιόπιστων δεδομένων για την αξιολόγηση και σύγκρισή της με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.¹⁹

Για την παροχή ασφαλούς ΜΦΥ, σε κλειστές δομές, χρησιμοποιούνται επιμέρους ποιοτικοί δείκτες ελέγχου όπως οι σχετιζόμενες με τη μακροχρόνια φροντίδα λοιμώξεις και οι κατακλίσεις.^{24,25} Η Ελλάδα και στους δύο δείκτες (6,3% και 5,7%) βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α (3,8% και 5,3%) και από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αναδεικνύοντας τα προβλήματα των κλειστών δο-

μών παροχής ΜΦΥ στη χώρα.¹⁹ Στον αριθμό των διαθέσιμων, για ΜΦΥ, κλινών σε δομές και νοσοκομεία η Ελλάδα βρίσκεται σε δεινή θέση.²⁶ Διαθέτει μόλις 4,5 κλίνες ανά 1000 άτομα άνω των 65 ετών όταν ο μέσος όρος είναι 47,2 και οι βορειοευρωπαϊκές χώρες διαθέτουν περισσότερες από 60 κλίνες. Με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα για τους τυπικούς και άτυπους φροντιστές σε άτομα με άνοια, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα ποσοστό 6,5% του πληθυσμού της να παρέχει άτυπη ΜΦΥ, 4,7% σε καθημερινή και 1,8% σε εβδομαδιαία βάση, βρίσκεται στη χαμηλότερη θέση των κρατών του Ο.Ο.Σ.Α (13,5%) και μειονεκτεί σε σχέση με τις χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης. Αναδεικνύεται η έλλειψη πολιτικών στήριξης των φροντιστών στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες χώρες. Πολιτικές οικονομικής ενίσχυσης όπως στη Γαλλία και το Βέλγιο, ευέλικτων εργασιακών ωραρίων και ανακουφιστικής φροντίδας όπως σε Δανία, Αυστρία και Γερμανία και προγραμμάτων συμβουλευτικής και εκπαίδευσης των άτυπων φροντιστών όπως στη Σουηδία.²⁷ Το 76% των άτυπων φροντιστών στις δομές ΜΦΥ είναι γυναίκες και αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ αυτών των αναλυόμενων χωρών.

Η έλλειψη κεντρικών πολιτικών για τη ΜΦΥ και της ενίσχυσης των επαγγελματιών που την παρέχουν, στην Ελλάδα, εντοπίζεται και από την ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στους τυπικούς φροντιστές.^{14,27} Οι τυπικοί φροντιστές ανά 100 κατοίκους από 65 ετών και άνω στην Ελλάδα είναι 0,1% καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση μεταξύ των κρατών του Ο.Ο.Σ.Α με τη διαφορά από τις χώρες της Ευρώπης να είναι ιδιαίτερος μεγάλη. Το θετικό στοιχείο όμως είναι, πως σε αντίθεση με τις άλλες χώρες, η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των τυπικών φροντιστών καθώς το 44% έχει λάβει ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση σε αντίθεση με μόλις το 25% των περισσότερων ευρωπαϊκών κρατών. Η πλειοψηφία των στοιχείων που παρατέθηκαν παραπάνω αναδεικνύουν τις ιδιαίτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η Ελλάδα σε ότι αφορά την ΜΦΥ. Η έλλειψη επαρκούς θεσμικού πλαισίου που θα αφορά στο σύνολο της παρεχόμενης ΜΦΥ (νομοθετικά, οικονομικά, δομικά) και οι συνεχώς αυξημένες ανάγκες λόγω της δημογραφικής γήρανσης αποτελούν τις μεγαλύτερες προκλήσεις.¹¹ Σημαντικές πάραυτα είναι και οι προκλήσεις που αφορούν σε ποιοτικά χαρακτηριστικά της ΜΦΥ. Η ομοιογένεια λειτουργίας και παρεχομένων υπηρεσιών όλων ανεξαρτήτως των δομών με τακτικό έλεγχο από του ελεγκτικούς μηχανισμούς του υπουργείου υγείας (π.χ. ελεγκτές δημόσιας υγείας) και η δημιουργία ενός ενι-

αίου πλαισίου διοίκησης της παρεχόμενης ΜΦΥ αποτελούν άμεσες προκλήσεις στις οποίες θα πρέπει να ανταποκριθεί η χώρα μας.

Συμπεράσματα

Η Ελλάδα λόγω των ιστορικών γεωπολιτικών και οικονομικο-κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων της άργησε να αναπτύξει ένα από τα κράτη πρόνοιας των ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών κρατών. Η κατάταξή της στο Νότιο Ευρωπαϊκό μοντέλο της αποδίδει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αλλά και αδυναμίες. Η αποσπασματική και ανεπαρκής ανάπτυξη της ΜΦΥ αντανakλά πολλές από αυτές τις δομικές αδυναμίες σε σχέση με τις χώρες του ευρωπαϊκού κέντρου και βορρά. Όμως τα δημογραφικά δεδομένα αναδεικνύουν μια αμείλικτη εικόνα που σε λίγες δεκαετίες θα αποτελεί πραγματικότητα και δεν

αφήνει χρονικά περιθώρια για κωλυσιεργία. Υπάρχει άμεση ανάγκη βελτίωσης και ισχυροποίησης της παρεχόμενης ΜΦΥ στη χώρα με νομοθετικές πρωτοβουλίες στην κατεύθυνση ενός ενοποιημένου θεσμικού πλαισίου, βελτίωση των δομών και των παρεχομένων υπηρεσιών, παροχή κινήτρων για βελτίωση του επιπέδου και του εργασιακού περιβάλλοντος των φροντιστών και δημιουργίας ενός αποτελεσματικού ελεγκτικού και διοικητικού μοντέλου που θα εγγυηθεί την εύρυθμη λειτουργία και την υψηλή ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και ο ισχυρός θεσμός της οικογένειας μπορεί να αποτελέσουν ισχυρά θεμέλια για την ανάπτυξη και εξέλιξη ενός συστήματος ΜΦΥ που θα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις προκλήσεις των επόμενων δεκαετιών.

ABSTRACT

Social Policy, Welfare State and Long-term Care in Greece Compared to Europe. The Challenges at the Dawn of 2020

Alexandros Ioannou,¹ Ioannis Apostolakis,² Pavlos Sarafis³

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/"Aretaieio" University Hospital MD PhDc, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

²School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras /Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens

³School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ Department of Nursing, School of Health Sciences, Technical University of Lefkosia, Cyprus

Introduction: The evolution of social policy has resulted in the development of different social states. The characteristics of the social states are determined by two main factors, namely the different levels of public and private involvement, first, in meeting social needs and, second, in providing social protection. **Purpose:** Description of the main features of long-term care as well as the recipients, the ways and structures of its provision and analysis of the indicators of the Long-Term Care (LTC) provided in Greece in comparison with the rest of the Europe. **Material and Method:** A bibliographic review of relevant articles was made in the Medline/Pubmed and Google Scholar Electronic Databases as well as in books, scientific journals and websites with the following keywords: social policy, welfare state, long-term care, indicators LTC. **Results:** In Greece, delays in the development of an integrated social policy framework resulted in the emergence of a mixed model. In particular, the aforementioned element coupled with Greece's particular geopolitical and socio-economic characteristics, has led to Greece's classification under the Southern model, along with the other southern European countries. The past decades, to address the rise in the aging population and the increased needs, the establishment of LCT has been a major priority for developed European countries. **Conclusions:** In Greece, the fragmented and inadequate establishment resulted in ranking lower in the indicators. Thus, immediate measures and initiatives are required and necessary to effectively address future challenges, that the country will confront.

Key-words: Social policy, social state, long term care, indicators LTC.

✉ **Corresponding Author:** Ioannou Alexandros, Aretaio University Hospital Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, GR-115 22 Athens, Greece, Tel: (+30) 210-64 09 384 , e-mail: alexandros.ioannou@studio.unibo.it

Βιβλιογραφία

1. Jeehee Min, Yangwoo Kim, Sujin Lee, Tae-Won Jang, Inah Kim, Jaechul Song. The Fourth Industrial Revolution and Its Impact on Occupational Health and Safety, Worker's Compensation and Labor Conditions. *Safety and Health at Work*, 2019, 10:4
2. Τσαούσης, Δ. *Χρηστικό λεξικό κοινωνιολογίας*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984,
3. Στασινοπούλου Ο. Κοινωνική Πολιτική βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα. Σημειώσεις Μαθήματος 2006 Τμ. Κοινωνικής Πολιτικής
4. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999
5. Andersen J. Welfare States and Welfare State Theory. Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies, Institut for Økonomi, Politiko Forvaltning, Aalborg Universitet, Denmark, 2012, 1-38
6. Ferrer aM. *Προοπτικές του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999:33–65
7. Eurofound European Quality of Life Survey 2016: *Quality of life, quality of public services, and quality of society, 2017*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
8. Eurofound. Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis, 2012, Publications Office of the European Union, Luxembourg
9. Πετμεζίδου Μ. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, *Μελέτες/ 35*, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, 2015 Αθήνα.
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. European Social Policy Network (ESPN) Greece - Thematic Report on Challenges in long-term care, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2018 Luxembourg.
12. Κουκουφίλιππου Ι., Παπαβασιλείου Ε., Κοΐνης Α. Κοινωνική πολιτική και δαπάνες κοινωνικής προστασίας και υγείας. *Βήμα Ασκληπιού* 2016, 15:4,346–357
13. ESSPROS (Eurostat database) Available at: (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>) [Accessed 28 December 2019].
14. OECD Healthat a Glance 2019. OECD Publishing. Available at:https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en [Accessed 28 December 2019].
15. World Health Organization. World Report on Ageing and Health, 2015 Geneva
16. OECD Conceptual Framework and Definition of Long-term Care Expenditure: Revision of the System of Health Accounts, 2008, Paris: OECD
17. European Parliament. Resolution on long-term care Official Journal of the European Communities, 2014:43
18. Eurostat Employment and social inclusion indicators. Health and long term care. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/social-protection-and-inclusion/health-long-term-care> [Accessed 28 December 2019]
19. EOCED Healthat a Glance 2019. OECD Publishing. Available at:https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en [Accessed 28 December 2019]
20. Η πληθυσμιακή εξέλιξη της Ελλάδας (2015-2050) Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σεπτέμβριος 2016
21. Konstantinidis EI, Petsani D, Conti G, Billis A. A New Approach for Ageing at Home: The CAPTAIN System. *Stud Health Technol Inform* 2019, 264:1704–1705
22. OECD: Long-term Care for Older People, Paris: OECD, 2005
23. Σταϊκούρα Α. Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Πτυχιακή εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης διαθέσιμο στο <https://hosting29.ekdd.gr/bitstream/ΣΤΑΪΚΟΥΡΑ.ΑΡΕΤΗ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ.ΤΕ.pdf> (Ημ.Εισόδου 28/12/2019)
24. Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro Maria Luisa et al. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 2018, 23(46):pii=1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
25. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patients safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers, 2017, No. 96, OECD Publishing, Paris.
26. Muir T. Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, 2017, No.93, OECD Publishing, Paris
27. OECD Care needed: Improving the Lives of People with Dementia. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2018, Paris