



Ελλάδα

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑΜΕΑ

Συντάκτρια: Έλενα Σ. Ροτάρου: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Ιατρικής και Επιστήμης, Πανεπιστήμιο του Σαν Σεμπάστιαν (Universidad San Sebastián), Σαντιάγο, Χιλή

Επιμέλεια και συντονισμός: Policy Impact Lab
Ειδικές ευχαριστίες στον Δικαίο Σακελλαρίου: Αναγνώστης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ (Cardiff University), Κάρντιφ, Ηνωμένο Βασίλειο

Copyright © EASPD 2021 Με την επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματος.

Κανένα μέρος αυτής της δημοσίευσης δεν μπορεί να αναπαραχθεί, να αποθηκευτεί ή να εισαχθεί σε ένα σύστημα ανάκτησης χωρίς την προηγούμενη άδεια των κατόχων πνευματικών δικαιωμάτων.



Η παρούσα δημοσίευση πραγματοποιήθηκε με την οικονομική υποστήριξη του Ευρωπαϊκού Προγράμματος για την Απασχόληση και την Καινοτομία (EaSI, 2014-2020). Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται σε αυτή τη δημοσίευση δεν αντικατοπτρίζουν απαραίτητως τις επίσημες θέσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Πίνακας περιεχομένων

Συνοπτική Παρουσίαση	2
Εισαγωγή	3
Μη κρατικοί πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας για ΑμεΑ	5
Οφέλη για τα ΑμεΑ	5
Ποσά	7
Πολιτικές για την παροχή υπηρεσιών σε ΑμεΑ	8
Μηχανισμοί χρηματοδότησης των υπηρεσιών φροντίδας για ΑμεΑ	10
Ημερήσια Φροντίδα	11
Ανεξάρτητη/Υποστηριζόμενη Διαβίωση	13
Μακροχρόνια Ιδρυματική Φροντίδα	16
Φροντίδα Ανάπαυλας	18
Συνηντεύξεις	19
Αναφορές	20

Συνοπτική Παρουσίαση

Η παροχή κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα έγκειται σε ένα μείγμα επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας. Η παροχή, η χρηματοδότηση και η υλοποίηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την εξάρτηση του κράτους από τη μέριμνα στο πλαίσιο της οικογένειας, όπου η ευθύνη για τις εν λόγω υπηρεσίες εναπόκειται σε μεμονωμένα άτομα και στην οποία τα δίκτυα των συγγενικών προσώπων κατέχουν κεντρικό ρόλο. Τα μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν τον ρόλο του προσωπικού φροντιστή δεν απολαμβάνουν οικονομικά οφέλη.

Δεν υπάρχει κάποιος ενιαίος οργανισμός που να είναι αρμόδιος για την ανάπτυξη, τη θεσμοθέτηση και την εποπτεία των πολιτικών που αφορούν τη φροντίδα των ατόμων με αναπηρίες. Αντ' αυτού, τρία υπουργεία – Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Εσωτερικών και Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων – είναι αρμόδια για την παροχή των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στα άτομα με αναπηρίες, σε πολλές περιπτώσεις δε σε συνεργασία με τις περιφερειακές αρχές (δήμοι και περιφέρειες). Οι διυπουργικές επιτροπές για ζητήματα αναπηρίας λειτουργούν συμβουλευτικά αλλά δεν διαθέτουν εξουσίες λήψης αποφάσεων. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας για τα άτομα με αναπηρίες προέρχεται κυρίως από το κράτος, τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία/ το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, από μεμονωμένες συνεισφορές και δωρεές. Στους βασικούς μηχανισμούς χρηματοδότησης συμπεριλαμβάνονται οι δημόσιες συμβάσεις (στις περισσότερες περιπτώσεις), οι δεσμευμένες αγορές, και οι ιδιωτικές επενδύσεις (περιορισμένες). Προς το παρόν δεν υπάρχουν εξατομικευμένοι προϋπολογισμοί.

Οι υπηρεσίες για τα ΑμεΑ στην Ελλάδα παρέχονται από το κράτος και από ιδιωτικούς παρόχους, συχνά υπό τη μορφή μη κερδοσκοπικών φορέων ιδιωτικού δικαίου. Υπάρχουν δώδεκα περιφερειακά Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας –υπαγόμενα στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων– τα οποία, μέσω 44 Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και Προστασίας (ΜΚΦΠ), παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με αναπηρίες ανά τη χώρα. Περίπου οι μισές από αυτές τις ΜΚΦΠ προσφέρουν υπηρεσίες για ΑμεΑ, συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας φροντίδας και της φροντίδας σε δομές φιλοξενίας, των υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, και της φυσικής αποκατάστασης. Με δεδομένες τις μακρές λίστες αναμονής και/ή τη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις εν λόγω μονάδες, οι υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και υποστηριζόμενη/ανεξάρτητης διαβίωσης προσφέρονται

ολοένα και περισσότερο από μη κερδοσκοπικούς φορείς ιδιωτικού δικαίου. Όσον αφορά την ιδρυματική φροντίδα, οι προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης είναι πολύ περιορισμένες. Το Υπουργείο Εργασίας βρίσκεται επί του παρόντος στο στάδιο της προετοιμασίας μιας Εθνικής Στρατηγικής για την Αποϊδρυματοποίηση, ωστόσο μέχρι στιγμής δεν έχουν γίνει γνωστές περαιτέρω λεπτομέρειες. Οι υπηρεσίες υποστηριζόμενης και ανεξάρτητης διαβίωσης είναι περιορισμένες και απευθύνονται κατά κύριο λόγο στα άτομα με διανοητικές αναπηρίες. Οι υπηρεσίες φροντίδας ανάπαυλας στην Ελλάδα είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες.

Η μείωση των κοινωνικών παροχών για ΑμεΑ, καθώς και η μείωση των υπηρεσιών και του προσωπικού, οφείλονται στα 14 πακέτα λιτότητας που ψηφίστηκαν από την ελληνική κυβέρνηση κατά την περίοδο 2010–2017, ως αποτέλεσμα τη κρίσης χρέους της κυβέρνησης, η οποία επηρέασε αρνητικά την υγειονομική κατάσταση και την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας στην Ελλάδα.

Κύρια ευρήματα

Εξαιτίας της γενικότερης έλλειψης δεδομένων και διαφάνειας, και δεδομένου ότι υπάρχουν λιγότερες δημοσιευμένες εκθέσεις από τα υπουργεία και τα λοιπά επίσημα όργανα, η μελέτη βασίστηκε σε ετερογενή δεδομένα, όπως νόμους, συνεντεύξεις με νευραλγικούς δρώντες και στατιστικά δεδομένα, μεταξύ άλλων. Στα κύρια ευρήματα συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- ★ Οι βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης συμπεριλαμβάνουν τις δημόσιες συμβάσεις (στις περισσότερες περιπτώσεις), τις δεσμευμένες αγορές, και τις ιδιωτικές επενδύσεις (περιορισμένες). Επί του παρόντος δεν υπάρχουν εξατομικευμένοι προϋπολογισμοί. Οι μη κερδοσκοπικοί φορείς χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των δεσμευμένων αγορών και των μηχανισμών σύναψης δημοσίων συμβάσεων, ενώ οι κερδοσκοπικοί φορείς κυρίως μέσω των ιδιωτικών επενδύσεων και των μηχανισμών σύναψης δημοσίων συμβάσεων
- ★ Ως αποτέλεσμα των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν επί μία δεκαετία, σημειώθηκαν μειώσεις του προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, συμπεριλαμβανομένων αυτών που προορίζονται για ΑμεΑ. Οι μειώσεις αυτές συνέβαλαν στην επιδείνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ίδια στιγμή που η ανάγκη για τις εν λόγω υπηρεσίες αυξήθηκαν.

- ★ Τα διαδοχικά πακέτα λιτότητας οδήγησαν σε αύξηση του κόστους πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και την ιατροφαρμακευτική αγωγή, ενώ η Ελλάδα συγκαταλέγεται αυτή τη στιγμή μεταξύ των κρατών του ΟΟΣΑ με τις υψηλότερες άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η συγκεκριμένη πραγματικότητα έχει επηρεάσει άμεσα τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία ήδη βρίσκονταν σε μειονεκτική θέση.
- ★ Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι παρωχημένες, ανεπαρκείς και υποχρηματοδοτούμενες, αδυνατώντας να καλύψουν τις ανάγκες των ΑμεΑ.
- ★ Η κοινωνική φροντίδα είναι κατακερματισμένη, καθώς οι αρμοδιότητες για τον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την εφαρμογή της είναι διαμοιρασμένες ανάμεσα σε τρία διαφορετικά υπουργεία και στις τοπικές/περιφερειακές αρχές.
- ★ Παρατηρείται μία γενικότερη έλλειψη πληροφοριών σε σχέση με τις δομές κοινωνικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ημερήσιας φροντίδας, της υποστηριζόμενης διαβίωσης και της ιδρυματικής φροντίδας, όπως τονίζεται στις συμπερασματικές παρατηρήσεις της Επιτροπής για τα Δικαιώματα των ΑμεΑ αναφορικά με την πρόοδο της Ελλάδας στην υλοποίηση των υποχρεώσεών της στο πλαίσιο της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες.
- ★ Υπάρχει έλλειψη προγραμμάτων προσωπικής βοήθειας και εξατομικευμένων προϋπολογισμών, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ανεξάρτητη διαβίωση των ΑμεΑ και αντίκειται στο άρθρο 19 της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες, η οποία αναφέρει ρητά το δικαίωμα των ΑμεΑ στην πρόσβαση σε προσωπική βοήθεια.
- ★ Οι γεωγραφικές διαφορές που χαρακτηρίζουν την παροχή των υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις οικονομικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες, δημιουργούν μεγάλες ανισορροπίες στην παροχή των υπηρεσιών φροντίδας στη χώρα.
- ★ Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μακροχρόνια ιδρυματική φροντίδα αποτελεί χώρο κακοποίησης, κακομεταχείρισης και κοινωνικού αποκλεισμού, όπου τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες δεν γίνονται σεβαστά. Σε αυτό το πρόβλημα συμβάλλει η ανεπάρκεια των εποπτικών μηχανισμών.
- ★ Την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα των ΑμεΑ έχουν τα μέλη των οικογενειών τους, εφόσον ο αριθμός και η ποιότητα των υπηρεσιών είναι ανεπαρκή.

Εισαγωγή

Η παροχή κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα αποτελεί ένα υβρίδιο μεταξύ επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας (Karagianni, 2017). Η επίσημη φροντίδα παρέχεται συνήθως από δημόσιους, κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, ενώ η ανεπίσημη φροντίδα προσφέρεται από τα μέλη των οικογενειών, τα οποία δεν λαμβάνουν κάποιο είδους αποζημίωση ή επίδομα, και κατέχει νευραλγικό ρόλο στην παροχή κοινωνικής φροντίδας στα ΑμεΑ στην Ελλάδα (Ziomas et al., 2016).¹ Δεν προβλέπονται συνταξιοδοτικές και ασφαλιστικές παροχές ή δικαιώματα για τους φροντιστές. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας που ενεργούν ως φροντιστές χρησιμοποιούν τις αναπηρικές συντάξεις και τα επιδόματα που παρέχονται στα άτομα με αναπηρίες, προκειμένου να υποστηρίξουν τις δραστηριότητές τους (Economou et al., 2017).

Οι αρμοδιότητες του σχεδιασμού και της εφαρμογής της πολιτικής για την κοινωνική φροντίδα είναι διαμοιρασμένες ανάμεσα σε διαφορετικούς κρατικούς

φορείς και στην περιφερειακή διοίκηση. Τα Υπουργεία Υγείας, Εσωτερικών, και Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, είναι οι κρατικοί φορείς που είναι αρμόδιοι για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και τη χρηματοδότηση της προνοιακής πολιτικής αναφορικά με τα ΑμεΑ στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων όλων των πολιτικών που αφορούν την αποϊδρυματοποίηση και την ανεξάρτητη διαβίωση. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται επίσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, συνήθως μέσω των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων/ του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου. Για παράδειγμα, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και οι στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ) συχνά συγχρηματοδοτούνται από το κράτος και την ΕΕ. Το κράτος συχνά συνεργάζεται με τις περιφερειακές διοικήσεις (δήμοι και περιφέρειες), ή τούς μεταβιβάζει αρμοδιότητες. Η εμπλοκή πολλαπλών υπουργείων στην πολιτική για την κοινωνική φροντίδα έχει προκαλέσει διάφορα προβλήματα, όπως ο κατακερματισμός και η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς

¹ Ως εκ τούτου, πολλοί άνθρωποι –κυρίως γυναίκες– έχουν αναλάβει τον ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή των συγγενών τους με αναπηρίες, με αποτέλεσμα να είναι αναγκασμένοι να περιορίσουν την εργασία τους ή να σταματήσουν εντελώς να εργάζονται (Ziomas et al., 2016).

και σε έλλειψη συντονισμού και αλληλοεπικαλυπτόμενες δράσεις μεταξύ των επιμέρους διευθύνσεων.² Παράλληλα, παρατηρείται έλλειψη σαφούς εθνικής πολιτικής σε σχέση με τις υπηρεσίες φροντίδας, καθώς δεν υπάρχουν σαφώς προσδιορισμένα χρονοδιαγράμματα, στόχοι και εποπτικοί μηχανισμοί (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2019).

Το Υπουργείο Εσωτερικών είναι αρμόδιο για συγκεκριμένα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας και υποστηριζόμενης διαβίωσης που απευθύνονται σε ΑμεΑ (εξαιρουμένων των ατόμων με αναπηρίες που αφορούν την ψυχική υγεία), συμπεριλαμβανομένων των Κέντρων Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΔΗΦ), των Κέντρων Επαγγελματικής Αποκατάστασης (ΚΕΑ), των Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΔΑΠ-ΜΕΑ), των Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ΑμεΑ (ΣΥΔ), και του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι υπηρεσίες που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εσωτερικών υλοποιούνται από τις τοπικές διοικήσεις και, με εξαίρεση το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από το Υπουργείο Εσωτερικών από το 2020, οι υπηρεσίες συνήθως συγχρηματοδοτούνται από την ελληνική κυβέρνηση (20%) και τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία/ το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (80%), στο πλαίσιο της Συμφωνίας Εταιρικής Σχέσης (ΣΕΣ) για το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ). Οι τοπικές διοικήσεις που επιθυμούν να υλοποιήσουν προγράμματα, οφείλουν να ανταποκριθούν σε ανοιχτό διαγωνισμό του ΕΣΠΑ και να υποβάλουν σχετική αίτηση (ESPA, 2020a).³

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι υπηρεσίες δεν χρηματοδοτούνται από την ΕΕ, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) –ο οποίος επιβλέπεται από το Υπουργείο Υγείας– καλύπτει τα έξοδα για τα άτομα με αναπηρίες που εξυπηρετούνται από τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας (ΚΔΗΦ, ΚΕΑ, ΚΔΑΠ-ΜΕΑ). Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει επίσης τα ημερήσια έξοδα για τα ΑμεΑ

που διαμένουν στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ).

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας εποπτεύει την παροχή των προνοιακών και αναπηρικών επιδομάτων, της μακροχρόνιας και ιδρυματικής φροντίδας, καθώς και μια σειρά από άλλες υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, οι οποίες παρέχονται μέσω δώδεκα περιφερειακών Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν τη μακροχρόνια φροντίδα και τη φροντίδα σε δομές φιλοξενίας, καθώς και περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής αποκατάστασης. Οι εν λόγω υπηρεσίες προσφέρονται μέσω των 44 Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και Προστασίας (ΜΚΦΠ) που λειτουργούν επί του παρόντος σε ολόκληρη τη χώρα, εκ των οποίων οι μισές περίπου παρέχουν υπηρεσίες σε ΑμεΑ (National Statistical Service, 2017). Ένα κρίσιμο ζήτημα έγκειται στην επαρκή στελέχωση των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας με μόνιμους εργαζομένους ή εργαζομένους με μακροχρόνιες συμβάσεις εργασίας. Λόγω των επιπρόσθετων πιέσεων που ασκούνται σήμερα στο σύστημα από την πανδημία του Covid-19, οι συμβάσεις ορισμένου χρόνου για το έκτακτο και το επικουρικό προσωπικό έχουν παραταθεί έως τις 31 Μαρτίου 2021 (ESAMEA, 2020b).

Το Υπουργείο Υγείας επιβλέπει την παροχή των υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και φροντίδας σε δομές φιλοξενίας για τα άτομα με διανοητικές αναπηρίες. Οι εν λόγω υπηρεσίες παρέχονται μέσω των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ), της υποστηριζόμενης διαβίωσης και της φροντίδας σε δομές φιλοξενίας. Το Υπουργείο Υγείας είναι επίσης αρμόδιο για τις υπηρεσίες βραχυχρόνιας φροντίδας σε δομές φιλοξενίας και ημερήσιας αποκατάστασης (οι οποίες στο παρελθόν παρέχονταν από τα Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης-ΚΑΦΚΑ), μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Όλες οι υπηρεσίες που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ.

2 Για παράδειγμα, υπάρχει μία Διεύθυνση Πολιτικών Ατόμων με Αναπηρία εντός του Υπουργείου Εργασίας, και μία Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Αναπηρία εντός του Υπουργείου Υγείας.

3 Το τρέχον ΕΣΠΑ θα ολοκληρωθεί το 2020. Έχει ήδη συμφωνηθεί ένα νέο ΕΣΠΑ που θα καλύπτει την περίοδο 2021–2027, ωστόσο οι μηχανισμοί χρηματοδότησης δεν έχουν κοινοποιηθεί ακόμη (ESPA, 2020b).

Μη κρατικοί πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας για ΑμεΑ

Η παροχή υπηρεσιών από το κράτος είναι πολύ περιορισμένη, και σχεδόν ανύπαρκτη σε ζητήματα στέγαση, παροχής βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες, και αποκατάστασης (ESAMEA, 2020).⁴ Προκειμένου να καλυφθούν τα κενά, οι υπηρεσίες για άτομα με αναπηρίες παρέχονται επίσης από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, κερδοσκοπικούς παρόχους, και θρησκευτικές οργανώσεις, ωστόσο διαπιστώνεται έλλειψη πληροφοριών σε σχέση με τους εν λόγω παρόχους (Economou et al., 2017). Η υπηρεσίες που παρέχονται από τις ΜΚΟ οργανώνονται και εποπτεύονται από τους ίδιους τους οργανισμούς, ενώ η χρηματοδότησή τους προέρχεται από τον προϋπολογισμό της γενικής κυβέρνησης υπό τη μορφή απευθείας αναθέσεων (π.χ. δεσμευμένες αγορές) ή δημόσιων διαγωνισμών και λοιπών οδών, κατά βάση μεμονωμένες συνεισφορές και δωρεές. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τη θρησκευτικές οργανώσεις του Ορθόδοξου Χριστιανισμού οργανώνονται και εποπτεύονται από την Ιερά Σύνοδο της Ορθόδοξης Εκκλησίας της Ελλάδας και τις κατά τόπους εκκλησίες. Το συγκεκριμένο δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας χρηματοδοτείται αποκλειστικά από δωρεές και έσοδα που προέρχονται από τα περιουσιακά στοιχεία της Εκκλησίας (Economou et al., 2017).

Οι φορείς ιδιωτικού δικαίου προσφέρουν ημερήσια φροντίδα, φυσική αποκατάσταση, και φροντίδα ανεξάρτητης διαβίωσης (Ziomas et al., 2018). Οι εν λόγω πάροχοι συνάπτουν απευθείας συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες. Χρηματοδοτούνται εν μέρει από το κράτος, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησής τους προέρχεται από μεμονωμένες συνεισφορές. Από τις αρχές του 2000, ο αριθμός των ιδιωτικών, μη κερδοσκοπικών οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες για άτομα με αναπηρίες και τις οικογένειές τους έχει αυξηθεί, ως αποτέλεσμα τόσο των ελλείψεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) όσο και της ελλιπούς λειτουργίας των δημόσιων δομών που οφείλονται στην έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού.

Οφέλη για τα ΑμεΑ

Ο Νόμος 4387/2016 για την ανάπτυξη ενός Ενιαίου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας άνοιξε τον δρόμο για τον σχηματισμό του Οργανισμού Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ), ο οποίος υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα για όλα τα κρατικά επιδόματα σε σχέση με την αναπηρία (Νόμος 4387/2016).⁵ Στην Ελλάδα, τα άτομα με αναπηρίες λαμβάνουν επιδόματα αναπηρίας και δικαιούνται περιορισμένη κάλυψη φροντίδας μέσω της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και έμμεση στήριξη μέσω φοροελαφρύνσεων. Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης – ο οποίος ιδρύθηκε τον Ιανουάριο του 2017 ως ο βασικός δημόσιος φορέας κοινωνικής ασφάλισης – παρέχει κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης, όπως συντάξεις αναπηρίας, επιδόματα απόλυτης αναπηρίας, και παροχές μη ιδρυματικής φροντίδας (Ziomas et al., 2019). Δεν υπάρχουν προγράμματα προσωπικής βοήθειας για τα ΑμεΑ στην Ελλάδα, τα οποία να προσφέρουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου της υποστήριξης που λαμβάνουν, όπως για παράδειγμα υπό τη μορφή άμεσων ενισχύσεων (Strati, 2017). Μολαταύτα, τα άτομα με συγκεκριμένα είδη αναπηρίας λαμβάνουν χρηματικές ενισχύσεις από τον ΟΠΕΚΑ (ΟΠΕΚΑ, 2020). Παρόλο οι εν λόγω χρηματικές ενισχύσεις δεν προορίζονται συγκεκριμένα για την προσωπική φροντίδα, δεν υπάρχουν περιορισμοί ως προς τον τρόπο που δαπανώνται τα χρήματα.

Προκειμένου να αιτηθούν για τις συγκεκριμένες παροχές, τα ΑμεΑ πρέπει να υποβάλλουν τις απαραίτητες αιτήσεις στο Κέντρο Κοινότητας ή στον Δήμο όπου διαμένουν, στις κεντρικές υπηρεσίες του ΟΠΕΚΑ στην Αθήνα, ή σε μία από τις εννέα Περιφερειακές Διευθύνσεις. Ο ΟΠΕΚΑ προσφέρει επί του παρόντος δέκα είδη παροχών και οικονομικής ενίσχυσης σε περίπου 163.000 δικαιούχους. Ο Πίνακας 1 καταγράφει τις παροχές και την οικονομική ενίσχυση που προσφέρει ο ΟΠΕΚΑ. η οικονομική ενίσχυση μπορεί να δαπανηθεί από τους δικαιούχους κατά το δοκούν, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες και φαρμακευτική αγωγή.

4 Οι περιορισμένες κοινωνικές παροχές σε είδος (κυρίως στέγαση) χρηματοδοτούνται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού (ELSTAT, 2019).

5 Η τροποποίηση του Συστήματος Ταξινόμησης και Αξιολόγησης της Αναπηρίας, η οποία περιλαμβάνει αναθεώρηση των παροχών αναπηρίας, ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2018. Το Σύστημα εξετάζει τις παθήσεις για τις οποίες η αναπηρία λογίζεται ως μόνιμη και τα ποσοστά αναπηρίας για μία σειρά από παθήσεις (Ziomas et al., 2018). Λόγω των διαφόρων ζητημάτων που έχουν ανακύψει, συμπεριλαμβανομένης της τρέχουσας πανδημίας, δεν υπάρχει ενημέρωση σε σχέση με δυναμικές αλλαγές στις παροχές αναπηρίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 | OPEKA's provision of benefits and financial assistance

Είδος παροχής	Ποσό σε ευρώ (€)
Επίδομα μετακίνησης	165
Επίδομα διατροφής για νεφροπαθείς και άτομα με καρδιακά και ηπατικά μοσχεύματα	362
Οικονομική υποστήριξη ατόμων με βαριές αναπηρίες	313
Οικονομική ενίσχυση ατόμων με βαριές διανοητικές αναπηρίες	527
Οικονομική υποστήριξη για ανασφάλιστους και ασφαλισμένους παραπληγικούς-τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους ανάπηρους πολέμου	771 * 385.50
* Εφόσον λαμβάνουν ιατρική φροντίδα σε κλειστές δομές ή λαμβάνουν οικονομική υποστήριξη από τον φορέα στον οποίο υπάγονται, η οποία είναι χαμηλότερη της προβλεπόμενης	** 330.40
** Εφόσον πρόκειται για ακρωτηριασμό ενός άκρου	
Υποστήριξη ατόμων με συγγενή αιμολυτική αναιμία (Μεσογειακή, δρεπανοκυτταρική, κακοήθης, κτλ.)	362
Υποστήριξη ατόμων με συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμοφιλία, κτλ.)	697
Υποστήριξη ατόμων με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)	697
Οικονομική υποστήριξη κωφών και ατόμων με προβλήματα ακοής	362
Οικονομική ενίσχυση ατόμων με προβλήματα όρασης	
* υπάλληλοι, συνταξιούχοι, εργαζόμενοι φοιτητές, πτυχιούχοι	* 362
** άνεργοι, ανασφάλιστοι, άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι άνεργοι, μη εργαζόμενοι φοιτητές	** 697
Οικονομική υποστήριξη ατόμων με εγκεφαλική παράλυση, ηλικίας 0 έως 18 ετών	697
Οικονομική υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από τη Νόσο του Χάνσεν	697
* Εφόσον νοσηλεύονται ή είναι μέλη της οικογένειας	* 362

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (χ.χ.)

Οι πηγές χρηματοδότησης του ΟΠΕΚΑ είναι οι εξής:

- α) Επιδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των παροχών του Λογαριασμού Προνοιακών Παροχών και Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- β) Επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για την προώθηση και διαχείριση των προνοιακών πολιτικών της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- γ) Επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη όλων των λειτουργικών εξόδων, όπως μισθοί, λοιπές αμοιβές και αποζημιώσεις του προσωπικού, προμήθειες, του Λογαριασμού Προνοιακών Παροχών και Κοινωνικών Υπηρεσιών.

δ) Έσοδα από περιουσιακά στοιχεία, αποδόσεις κεφαλαίου και αποθεματικά.

ε) Έσοδα από την οικονομική συμμετοχή ατόμων που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του Νόμου 3050/2002 (ΦΕΚ, 2018).

Οι δαπάνες του προϋπολογισμού του ΟΠΕΚΑ για όλες τις κοινωνικές παροχές υπήρξαν μειωμένες για το έτος 2020 συγκριτικά με το 2019, συμπεριλαμβανομένων των παροχών για ΑμεΑ.⁶

6 Σύμφωνα με τις πηγές, αυτή τη στιγμή υπάρχουν 160.000 άτομα με βαριά αναπηρία, τα οποία λαμβάνουν 315 ευρώ/μήνα από τον ΟΠΕΚΑ. Το 2017, υπήρχαν 122.178 δικαιούχοι αναπηρικών συντάξεων που παρέχονταν από το συνταξιοδοτικό σύστημα (μείωση 15% σε σχέση με το 2010). Οι εν λόγω δικαιούχοι δεν δικαιούνται παροχές από τον ΟΠΕΚΑ (ESAMEA, 2017).

Ποσά

Κατά την περίοδο 2009–2017 και ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης που αντιμετώπιζε η Ελλάδα, οι κοινωνικές δαπάνες της χώρας περικόπηκαν κατά 25%.⁷ Ως εκ τούτου, ο αριθμός των ατόμων με βαριές αναπηρίες που βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε κατά 16%, από 43.3% το 2010 σε 59.4% το 2017 (ESAMEA, 2020). Η τάση μείωσης των κοινωνικών δαπανών συνεχίστηκε, με τις κοινωνικές

παροχές για ΑμεΑ να μειώνονται κατά 173 εκατομμύρια ευρώ, από 913 εκατομμύρια το 2019 σε 740 εκατομμύρια ευρώ το 2020 (AMEA-CARE, 2020).

Στον Πίνακα 2 παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές δαπάνες για την αναπηρία στην Ελλάδα μεταξύ 2010–2018.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 | Κοινωνικές δαπάνες για την αναπηρία στην Ελλάδα, 2010–2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Δαπάνες (εκατομ. ευρώ)	3.674	3.615	3.361	2.979	2.937	2.921	2.691	2.658	1.827 ^p
Ποσοστό ετήσιας μεταβολής		-1,6%	-7,0%	-11,4%	-1,4%	-0,6%	-7,9%	-1,2%	
A. Χωρίς εισοδηματικά κριτήρια									
<i>Παροχές σε χρήμα</i>	3.485	3.472	3.229	2.846	2.936	2.820	2.601	2.610	
<i>Παροχές σε είδος</i>	16	16	29	13	14	5	0	0	
B. Βάσει εισοδηματικών κριτηρίων									
<i>Παροχές σε χρήμα</i>	188	143	132	133	98	101	90	48	
<i>Παροχές σε είδος</i>	28	20	21	31	27	21	22	20	
Κατά κεφαλήν δαπάνες (ευρώ)	346	343	331	309	322	223	219 ^p	212 ^p	209 ^p

Πηγή: Τα στατιστικά στοιχεία για την περίοδο 2010–2017 προέρχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ, 2019), με βάση το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS). Παρατηρείται απόκλιση ανάμεσα στα προσωρινά στοιχεία της Eurostat για την περίοδο 2015–2017 (1,951 εκατ. ευρώ το 2015, 1,937 εκατ. ευρώ το 2016, και 1,885 εκατ. ευρώ το 2017) και της ΕΛΣΤΑΤ (2019). Τα προσωρινά στοιχεία για το 2018 προέρχονται από τη Eurostat (2020), όπως επίσης και τα στοιχεία για τις κατά κεφαλήν δαπάνες της περιόδου 2015–2018.

Η μεγαλύτερη μείωση των κοινωνικών δαπανών για την αναπηρία αφορά την κατηγορία των αναπηρικών συντάξεων (-28%); Κατά την περίοδο 2010–2017, οι δικαιούχοι αναπηρικής σύνταξης ήταν 21.742 λιγότεροι (ESAMEA, 2020). Οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία των ΑμεΑ περιλαμβάνουν σχεδόν αποκλειστικά περιοδικές παροχές σε χρήμα, και πιο συγκεκριμένα αναπηρικές συντάξεις (73% των δαπανών) και παροχές αναπηρίας

(25% των δαπανών). Ήδη από την περίοδο 2010–2017, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία των ΑμεΑ είχαν μειωθεί κατά 28% (βλ. Πίνακας 2). Το 2017, οι δαπάνες για την αναπηρία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την κοινωνική προστασία ανήλθαν σε 5.9%, τη στιγμή που ο μέσος όρος στην ΕΕ-28 ήταν 7.6%. Στον συγκεκριμένο δείκτη, η Ελλάδα καταλαμβάνει την 29^η θέση ανάμεσα σε συνολικά 35 χώρες.⁸

7 Η κρίση χρέους της ελληνικής κυβέρνησης οδήγησε στην εφαρμογή 14 πακέτων λιτότητας κατά την περίοδο 2010–2017. Αυτές οι σημαντικές περικοπές του προϋπολογισμού είχαν εξαιρετικά αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα (Sakellariou & Rotarou, 2017).

8 Κατά την περίοδο 2009–2017, η οικονομική κρίση που αντιμετώπιζε η Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των κοινωνικών δαπανών κατά 25%. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε αύξηση των ατόμων με βαριά αναπηρία που βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού κατά 16%, από 43.3% το 2010 σε 59.4% το 2017 (ESAMEA, 2020).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, οι δαπάνες για τις παροχές αναπηρίας στην Ελλάδα είναι ελαφρώς χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης

διαφορές ανάμεσα στις παροχές με συνεισφορά και στις μη ανταποδοτικές παροχές (World Bank, 2016).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 | Παροχές αναπηρίας στην Ελλάδα, δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2015

		Ελλάδα	ΕΕ-27
Αναπηρικές συντάξεις		1.09	1.20
Υποστήριξη της αναπηρίας (μη ανταποδοτική)	Χρήμα	0.58	0.28
	Δαπάνες σε είδος	0.01	0.47
Λοιπές δαπάνες για παροχές αναπηρίας		0.04	
Σύνολο		1.72	1.95

Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank, 2016)

Παρόλο που, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, η Ελλάδα δαπανώ ελαφρώς λιγότερα χρήματα για παροχές αναπηρίας σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ, οι δαπάνες σε είδος (δηλ. κοινωνική φροντίδα και υπηρεσίες ΑμεΑ) είναι πολύ χαμηλές, αντιστοιχώντας μόλις στο 0.01% του ΑΕΠ, δηλαδή πολύ χαμηλότερα από τον μέσο όρο του 0.47% της ΕΕ-27.

Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, τα παρατεταμένα μέτρα λιτότητας και οι σοβαρές ανεπάρκειες του συστήματος πρόνοιας (συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών του προϋπολογισμού, των περιορισμένων υπηρεσιών, της ανεπαρκούς στελέχωσης, των γεωγραφικών διαφορών ως προς τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, και των αυξημένων αναγκών φροντίδας) σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της Covid-19, μετέτρεψαν την «οικονομική κρίση» σε «κρίση φροντίδας». Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των κρατών του ΟΟΣΑ με τις πλέον υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες αντιστοιχούν στο 36.4% των συνολικών δαπανών για την υγεία (OECD, 2021). Αυτό οφείλεται στην αύξηση του κόστους πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και στην ιατροφαρμακευτική αγωγή, κυρίως δε στην αύξηση της οικονομικής συμμετοχής των πολιτών για την απόκτηση συγκεκριμένων φαρμάκων, στην αύξηση του κόστους επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία, και στην εισαγωγή τελών συνταγογράφησης (Council of Europe, 2018). Λόγω της περιορισμένης κρατικής στήριξης, οι ιδιωτικές δαπάνες για την κοινωνική φροντίδα ενδέχεται επίσης να είναι αυξημένες, ωστόσο δεν διατίθενται σχετικά δεδομένα.

Πολιτικές για την παροχή υπηρεσιών σε ΑμεΑ

Η Ελλάδα έχει προσυπογράψει τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες (CRPD) (United Nations, 2016), στην οποία περιλαμβάνονται άρθρα που διασφαλίζουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στην ανεξάρτητη διαβίωση (Άρθρο 19) και την κοινωνική προστασία (Άρθρο 28). Μολαταύτα, και παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο είναι μονιστικό, υπό την έννοια ότι η διεθνής νομοθεσία είναι νομικά δεσμευτική στο εγχώριο επίπεδο, αρκετές από τις διατάξεις της Σύμβασης εξακολουθούν να μην έχουν εφαρμοστεί πλήρως. Ο Νόμος 2646/1998 εισήγαγε το πλαίσιο για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, το οποίο ωστόσο δεν δημιουργήθηκε ποτέ (Νόμος 2646/1998). Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Κοινωνική Ένταξη για την περίοδο 2014–2020 δημιούργησε το πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, με στόχο την προώθηση της αποϊδρυματοποίησης (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2014). Το ΕΣΠΑ 2014–2020, το οποίο αποτελεί τον βασικό μηχανισμό χρηματοδότησης και αξιοποίησης των πληρωμών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, ανέδειξε επίσης την ανάγκη κοινωνικής ένταξης, ιδίως στο πλαίσιο της θεματικής προτεραιότητας 9, χωρίς ωστόσο να γίνεται ρητή αναφορά στα άτομα με αναπηρίες.⁹ Τον Δεκέμβριο του 2020, η κυβέρνηση ανακοίνωσε τη θέσπιση ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία. Μολονότι πρόκειται για ένα βήμα προς τη

⁹ Όπως παρατήρησε η Στρατή (Strati, 2019), τα συγκεκριμένα έγγραφα «δεν περιλαμβάνουν συγκεκριμένες επιδιώξεις, σχετικούς στόχους και ορόσημα, ούτε κάποιο χρονοδιάγραμμα για την ολοκλήρωση των μέτρων αποϊδρυματοποίησης».

σωστή κατεύθυνση, το σχέδιο δράσης δεν περιλαμβάνει σαφώς προσδιορισμένα βήματα προς την επίτευξη των στόχων που τίθενται. Επιπλέον, δεν ορίζονται με σαφήνεια οι μηχανισμοί εποπτείας της εφαρμογής του σχεδίου, ενώ η συμμετοχή των οργανώσεων που εκπροσωπούν τα ΑμεΑ στην ανάπτυξη του σχεδίου υπήρξε περιορισμένη (Ελληνική Κυβέρνηση, 2020).

Τα προγράμματα «Ψυχαργός 1» (1997–2001), «Ψυχαργός 2» (2001–2010) και «Ψυχαργός 3» (2011–2020) αποτέλεσαν ένα σημαντικό βήμα προς την αποϊδρυματοποίηση στο πεδίο της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, θέτοντας ως βασικούς στόχους την κοινωνική ένταξη, την κοινωνική συνοχή και την καταπολέμηση του στιγματισμού. Τα προγράμματα αυτά συγχρηματοδοτήθηκαν από το ελληνικό κράτος και τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία/ το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (80%), μέσω της Συμφωνίας Εταιρικής Σχέσης για το Αναπτυξιακό Πλαίσιο. Παρόλο που τα δύο πρώτα προγράμματα «Ψυχαργός» σηματοδότησαν πολλές θετικές εξελίξεις (όπως το κλείσιμο

πέντε ψυχιατρικών νοσοκομείων, η μεγάλη αύξηση του αριθμού των προστατευμένων διαμερισμάτων, και οι θετικές αλλαγές στη στάση του κοινού ως προς τις ψυχικές ασθένειες), η εκ των υστέρων αξιολόγηση των προγραμμάτων ανέδειξε επίσης μία σειρά από αρνητικές παραμέτρους (για παράδειγμα, περιορισμένες δυνατότητες των ΜΚΟ που παρέχουν κυρίως φροντίδα σε δομές φιλοξενίας και ημερήσια φροντίδα, σημαντικές ελλείψεις προσωπικού και υπηρεσιών σε αρκετές περιοχές της χώρας, και έλλειψη πληροφοριών σε σχέση με τις υπηρεσίες που διατίθενται κατά τόπους) (Economidou et al., 2017). Το πρόγραμμα «Ψυχαργός 3» δεν έχει αξιολογηθεί ακόμη. Λαμβάνοντας υπόψη, ωστόσο, την οικονομική κρίση και τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, είναι εξαιρετικά πιθανό ότι οι στόχοι του προγράμματος δεν επιτεύχθηκαν.

Στον Πίνακα 4 καταγράφονται οι βασικές μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στην Ελλάδα από το 2010 και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τα ΑμεΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 | Βασικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα από το 2010

Διοίκηση

- ★ 2010: Αλλαγή διοικητικών δομών, με δημιουργία 13 περιφερειών που αντικατέστησαν τις 76 νομαρχίες, και μείωση του αριθμού των δήμων από 1.034 σε 325 [E]

Χρηματοδότηση

- ★ 2010: Καθορισμός ανώτατου ορίου στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (6% του ΑΕΠ), το οποίο μεταφράστηκε σε εκτεταμένες περικοπές στις φαρμακευτικές δαπάνες, καθώς και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τους μισθούς των εργαζομένων, κ.ο.κ. [ΠΟΠ]

Ασφάλιση υγείας

- ★ 2011: Ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και τυποποίηση του πακέτου παροχών [ΠΟΠ]
- ★ 2016: Νομοθεσία για την παροχή ολοκληρωμένης ασφαλιστικής κάλυψης στους άνεργους και τις ευπαθείς ομάδες, ανεξαρτήτως της ασφαλιστικής τους κατάστασης [E]
- ★ 2017: Ίδρυση του Εθνικού Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) [ΠΟΠ]

Διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας

- ★ 2011– σήμερα: Αναδιάρθρωση των νοσοκομείων [E και ΠΟΠ]
- ★ 2014: Εγκαθίδρυση Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας (ΠΕΔΥ) και μεταβίβαση αρμοδιότητας για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) [ΠΟΠ]

Σημειώσεις: E: μεταρρύθμιση με εθνική πρωτοβουλία / ΠΟΠ: μεταρρυθμίσεις που προβλέπονταν από τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής

Πηγή: Τροποίηση από Economidou et al. (2017)

Όσον αφορά τις μελλοντικές πολιτικές και τον σχεδιασμό, επί του παρόντος βρίσκεται στο στάδιο της οριστικοποίησης ένα κείμενο πολιτικής με στόχο την αναθεώρηση των παροχών αναπηρίας. Παράλληλα, είχε προγραμματιστεί

η εκκίνηση ενός πιλοτικού προγράμματος τον Μάρτιο του 2021 σε τρεις περιφέρειες της χώρας, το οποίο ωστόσο αναβλήθηκε για τον Νοέμβριο του 2021 λόγω της πανδημίας (European Commission, 2020).

Μηχανισμοί χρηματοδότησης των υπηρεσιών φροντίδας για ΑμεΑ

Οι βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα με αναπηρίες στην Ελλάδα βασίζονται στις δημόσιες συμβάσεις (στις περισσότερες περιπτώσεις), στις δεσμευμένες αγορές και σε ιδιωτικές επενδύσεις.

Όσον αφορά τις δημόσιες συμβάσεις, τόσο οι κεντρικές όσο και οι τοπικές δημόσιες αρχές δύνανται, μέσω προσκλήσεων υποβολής προτάσεων και αιτήσεων, να αναθέτουν την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης (για παράδειγμα, υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας για άτομα με αναπηρίες) σε μη κερδοσκοπικούς και κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι οργανισμοί που αιτούνται για χρηματοδότηση θα πρέπει να διαθέτουν τις απαιτούμενες άδειες εγκατάστασης και λειτουργίας, και να παρέχουν στους ωφελούμενους τις υπηρεσίες που προβλέπονται από την τρέχουσα νομοθεσία με βάση ένα σαφώς προσδιορισμένο χρονοδιάγραμμα. Για παράδειγμα, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους για διάστημα τουλάχιστον οκτώ ωρών ημερησίως. Οι αναθέτουσες αρχές που σκοπεύουν να αναθέσουν μία σύμβαση ενημερώνουν για την πρόθεσή τους μέσω προκήρυξης διαγωνισμού ή προκαταρκτικής προκήρυξης, η οποία παραμένει μόνιμα δημοσιευμένη και προσδιορίζει το είδος των υπηρεσιών που προβλέπονται από τις προς ανάθεση συμβάσεις. Οι αναθέτουσες αρχές δύνανται να θέτουν προαπαιτούμενα κριτήρια που θα διασφαλίζουν την ποιότητα, την προσβασιμότητα, την προσιτή τιμή, τη διαθεσιμότητα και την πληρότητα των υπηρεσιών, τη συμμετοχή, την ενδυνάμωση των χρηστών και την καινοτομία. Μπορούν επίσης να ορίζουν ότι ο πάροχος των υπηρεσιών θα επιλέγεται με βάση την πλέον συμφέρουσα προσφορά ως προς τη σχέση ποιότητας-κόστους, λαμβάνοντας υπόψη κριτήρια ποιότητας και βιωσιμότητας των κοινωνικών υπηρεσιών (Νόμος 4412/2016).

Όσον αφορά τις δεσμευμένες αγορές, οι αρχές επιτρέπουν την πρόσβαση σε συγκεκριμένες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας μόνο σε συγκεκριμένους οργανισμούς. Για παράδειγμα, οι προσκλήσεις υποβολής

προσφορών μπορούν να απευθύνονται αποκλειστικά σε μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς οργανισμούς που επιθυμούν να δημιουργήσουν κέντρα ημερήσιας φροντίδας για άτομα με αναπηρίες (ΚΔΗΦ). Σε αυτή την περίπτωση, οι οργανισμοί οφείλουν να καταθέσουν όλα τα απαραίτητα έγγραφα –όπως σχέδιο δράσης, διαχειριστική και λειτουργική ικανότητα, και κατάλληλες άδειες λειτουργίας– στη σχετική αρχή (η υποβολή γίνεται ηλεκτρονικά μέσω συνδέσμου ΕΣΠΑ ή ταχυδρομικά). Οι προτάσεις αξιολογούνται με βάση την πληρότητα και την επιλεξιμότητά τους, και στη συνέχεια ανά ομάδα κριτηρίων. Τα αποτελέσματα δημοσιεύονται συνήθως εντός εξήντα ημερών από την καταληκτική ημερομηνία υποβολής προτάσεων (ΕΣΠΑ, 2020c).

Ένα ακόμη παράδειγμα δεσμευμένων αγορών είναι οι δεσμευμένες συμβάσεις που επιτρέπουν μόνο στα προστατευμένα εργαστήρια και οργανισμούς, το καταστατικό λειτουργίας των οποίων θέτει ως βασικό στόχο την επαγγελματική και κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρίες, να συμμετέχουν σε διαδικασίες δημοσίων συμβάσεων. Οι συγκεκριμένες συμβάσεις υλοποιούνται στο πλαίσιο προστατευμένων προγραμμάτων απασχόλησης, υπό τον όρο ότι τουλάχιστον 30% των εργαζομένων σε αυτά τα εργαστήρια και τους οργανισμούς είναι άτομα με αναπηρίες. Επιπλέον, οι εν λόγω συμβάσεις προβλέπουν ότι το εργαστήριο ή ο οργανισμός δεν έχει συνάψει άλλη σύμβαση για τις ζητούμενες υπηρεσίες με την ίδια αναθέτουσα αρχή κατά την τελευταία τριετία, και ότι η μέγιστη διάρκεια της σύμβασης δεν δύναται να υπερβαίνει τα τρία έτη (Νόμος 4412/2016). Η επιλογή των αναδόχων γίνεται με βάση σχετική πρόσκληση υποβολής προσφορών που απευθύνεται σε όλα τα αντίστοιχα εργαστήρια/οργανισμούς.

Οι ιδιωτικές επενδύσεις για την παροχή υπηρεσιών σε ΑμεΑ στην Ελλάδα είναι περιορισμένες. Περιορίζονται κυρίως στους οίκους ευγηρίας που αναλαμβάνουν τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Στην πλειοψηφία τους, οι οίκοι αυτοί –περίπου 240 το 2017– διευθύνονται από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς οργανισμούς, και χρηματοδοτούνται ιδιωτικά από τους ωφελούμενους και τις οικογένειές τους (Ziomas et al., 2018).¹⁰ Υπάρχουν επίσης λίγες ιδιωτικές κλινικές ψυχικής υγείας που έχουν συνάψει συμβατικές συμφωνίες με τον ΕΟΠΥΥ.

10 Οι οίκοι ευγηρίας βρίσκονται κυρίως σε αστικές περιοχές, ενώ σχεδόν οι μισές είναι συγκεντρωμένες στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Πέρα από τους ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι οίκοι ευγηρίας διευθύνονται επίσης από την Εκκλησία, από φιλανθρωπικούς οργανισμούς και από τις τοπικές αρχές. Οι μη κερδοσκοπικοί οίκοι ευγηρίας επιδοτούνται εν μέρει από το κράτος και εν μέρει από δωρεές, ενώ τα ημερήσια νοσήλια πληρώνονται από τον ΕΟΠΥΥ (Ziomas et al. 2018).

Προς το παρόν, οι μηχανισμοί χρηματοδότησης στην Ελλάδα δεν περιλαμβάνουν εξατομικευμένους προϋπολογισμούς.

Οι πληροφορίες σχετικά με τον αντίκτυπο των μοντέλων χρηματοδότησης στους παρόχους και τις υπηρεσίες είναι περιορισμένες. Με βάση τις συνεντεύξεις που διεξήχθησαν με εμπειρογνώμονες και εργαζόμενους, τα βασικά συμπεράσματα σε σχέση με τον αντίκτυπο που έχουν οι μηχανισμοί χρηματοδότησης στις υπηρεσίες φροντίδας για τα ΑμεΑ στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

★ **Σε πολλές περιπτώσεις, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα ρευστότητας,** το οποίο εντοπίζεται ιδιαίτερα σε υπηρεσίες όπως η ημερήσια φροντίδα (π.χ. ΚΔΗΦ). Αυτό οφείλεται στην οργάνωση της χρηματοδότησης, καθώς οι ωφελούμενοι λαμβάνουν από τον ΕΟΠΥΥ τα απαιτούμενα ποσά για τις υπηρεσίες που δικαιούνται και στη συνέχεια χρειάζεται να αποδώσουν τα εν λόγω ποσά στον εκάστοτε πάροχο.¹¹ Οι δυναμικές καθυστερήσεις σε οποιοδήποτε στάδιο αυτής της διαδικασίας δημιουργούν προβλήματα ρευστότητας, τα οποία ενδέχεται να οδηγήσουν σε προσωρινές παύσεις ή καθυστερήσεις πληρωμών των μισθών του προσωπικού, καθώς και σε πάγωμα προσλήψεων.

★ **Υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη συνέχεια ή το ποσό της χρηματοδότησης.** Πολλοί πάροχοι υπηρεσιών φροντίδας για ΑμεΑ δεν είναι σε θέση να κάνουν μακροχρόνιο σχεδιασμό των υπηρεσιών ή της στελέχωσής τους, δεδομένου ότι βρίσκονται αντιμέτωποι με την ανασφάλεια όσον αφορά τη μελλοντική χρηματοδότησή τους. Για παράδειγμα, οι νεοσύστατες στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ) λαμβάνουν πόρους από την ΕΕ κατά τα πρώτα τρία έτη λειτουργίας τους, χωρίς να έχουν το δικαίωμα παράλληλης χρηματοδότησης από τον ΕΟΠΥΥ.¹² Παρόλο που υπάρχει η προσδοκία ότι μετά το πέρας της τριετίας το κράτος θα χρηματοδοτήσει τις υπηρεσίες, το γεγονός ότι η χρηματοδότηση δεν είναι εξασφαλισμένη δημιουργεί έντονη αβεβαιότητα για τους φορείς, ιδίως στις περιπτώσεις όπου εμπλέκεται το ΕΣΠΑ.

★ **Τόσο στην περίπτωση των δημοσίων συμβάσεων όσο και των δεσμευμένων αγορών, η περιορισμένη συνδρομή του ΕΟΠΥΥ μεταφράζεται σε μειωμένους χρηματικούς πόρους, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί στην πρόσληψη προσωπικού με λιγότερα προσόντα,** με αποτέλεσμα να υπάρχει πληθώρα φροντιστών και έλλειψη επαγγελματιών, όπως εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι και φυσικοθεραπευτές. Ο συνδυασμός της υποστελέχωσης και της πρόσληψης προσωπικού με λιγότερα προσόντα συνεπάγεται συχνά ότι οι υπηρεσίες δεν μπορούν να επιτύχουν τον δεδηλωμένο στόχο τους, δηλαδή να ενισχύσουν την ανεξαρτησία, να καλλιεργήσουν νέες δεξιότητες και να προωθήσουν την κοινωνική ένταξη. αντ' αυτού, λειτουργούν ως υπηρεσίες φύλαξης μακριά από το σπίτι.

★ **Παρατηρούνται σημαντικές γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στην παροχή των υπηρεσιών,** με την πλειοψηφία τους να είναι διαθέσιμες στα μεγάλα αστικά κέντρα. Σε πολλές αγροτικές περιοχές, οι υπηρεσίες φροντίδας για ΑμεΑ είναι εξαιρετικά περιορισμένες και συχνά υποδεέστερες σε ποιότητα. Η μεγάλη ζήτηση για υπηρεσίες έχει οδηγήσει σε μακρές λίστες αναμονής, ιδίως όσον αφορά τις δομές ανεξάρτητης διαβίωσης. Συχνά, οι ωφελούμενοι και οι οικογένειές τους που έχουν την οικονομική ευχέρεια επιλέγουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες.

Ημερήσια Φροντίδα

Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας για άτομα με αναπηρίες στην Ελλάδα παρέχουν διάφορες υπηρεσίες σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα της ημέρας, όπως λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, και απόκτηση νέων δεξιοτήτων. Έχουν ως στόχο να παρέχουν στους ωφελούμενους τις απαραίτητες δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να βελτιώσουν το βιοτικό τους επίπεδο, να αυξήσουν την αυτονομία τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι πάροχοι των κέντρων ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ στην Ελλάδα είναι τόσο δημόσιοι (για παράδειγμα, δημόσια κέντρα ημερήσιας φροντίδας, δημόσια νοσοκομεία, ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία), όσο και ιδιωτικοί φορείς (είτε κερδοσκοπικοί είτε μη κερδοσκοπικοί) (Rotarou, 2019). Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας χρηματοδοτούνται κυρίως από το

11 Δεν πρόκειται για εξατομικευμένο προϋπολογισμό, καθώς δεν αποτελεί ξεχωριστή μορφή χρηματοδότησης αλλά απλώς μία μέθοδο πληρωμής. Οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται ως χρήζοντες μιας υπηρεσίας, ο ΕΟΠΥΥ προσδιορίζει το κόστος, και οι δικαιούχοι λαμβάνουν το αντίστοιχο ποσό. Στη συνέχεια καταβάλλουν το εν λόγω ποσό στον πάροχο, ο οποίος με τη σειρά του θα πρέπει να είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ.

12 Το διάστημα της χρηματοδότησης εξαρτάται από τον αριθμό των ωφελουμένων και το μηνιαίο κόστος ανά ωφελούμενο.

Υπουργείο Εσωτερικών μέσω της περιφερειακής διοίκησης (δήμοι και νομαρχίες), καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του ΕΣΠΑ. Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας μπορούν επίσης να είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ, σε αυτές τις περιπτώσεις, λαμβάνουν περίπου 800 ευρώ ανά ωφελούμενο κάθε μήνα (ESPA, 2020c).

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζονται τα είδη κέντρων ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ, οι τυπικοί πάροχοι υπηρεσιών και οι βασικοί χρηματοδότες. Οι βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης των κέντρων ημερήσιας φροντίδας είναι οι δημόσιες συμβάσεις και οι δεσμευμένες αγορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 | Κέντρα ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ στην Ελλάδα



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων των Rotarou (2019) και NOESI (2020) από τη συντάκτρια

Λόγω των μέτρων λιτότητας, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας για ΑμεΑ έχουν βρεθεί αντιμέτωπα με την έλλειψη χρηματοδότησης, αρχής γενομένης από το 2008, γεγονός που είχε άμεσο αντίκτυπο στην παροχή των υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητα εργατικού δυναμικού (Karagianni, 2017). Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, υπάρχει λίστα αναμονής για τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας, η οποία ωστόσο είναι ακόμη μεγαλύτερη για τις δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης.

Η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε από το 2020 και έπειτα, ως αποτέλεσμα της πανδημίας του Covid-19: κατά τη στιγμή της συγγραφής του παρόντος, τα ΚΔΗΦ είχαν το δικαίωμα να συνεχίσουν τη λειτουργία τους, με την προϋπόθεση της εβδομαδιαίας διεξαγωγής τεστ για τον Covid-19 στους εργαζόμενους και τους ωφελούμενους τους. Το ίδιο ισχύει και για τα ΚΔΑΠ, στα οποία όμως υποβάλλονται σε τεστ μόνο οι εργαζόμενοι Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2020).

Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις που παραχώρησαν εμπειρογνώμονες και εργαζόμενοι, οι κύριοι προβληματισμοί αναφορικά με τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας είναι οι εξής:

- ★ **Παρατηρούνται γεωγραφικές διαφοροποιήσεις ως προς τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας:** τα περισσότερα κέντρα ημερήσιας φροντίδας βρίσκονται στα αστικά κέντρα και ιδίως στις μεγαλύτερες πόλεις. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό συνεπάγεται ότι τα άτομα με αναπηρίες που διαβιούν σε αγροτικές περιοχές ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, ή να έχουν πρόσβαση μόνο σε συγκεκριμένες υπηρεσίες.
- ★ **Υπάρχει έλλειψη κέντρων ημερήσιας φροντίδας:** ενώ ο αριθμός των κέντρων ημερήσιας φροντίδας είναι ήδη μικρός και δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών των ΑμεΑ, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μακρές λίστες αναμονής, προβλέπεται ότι, λόγω της

γήρανσης του πληθυσμού, θα ενταθεί περαιτέρω η ανάγκη για τέτοιου είδους κέντρα. Το βασικό πρόβλημα έγκειται στην ανύπαρκτη ή ελλιπή χρηματοδότηση για τη δημιουργία και τη λειτουργία αυτών των κέντρων.

★ **Πολλά κέντρα ημερήσιας φροντίδας αντιμετωπίζουν λειτουργικά προβλήματα:** λόγω ζητημάτων χρηματοδότησης, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας έχουν βιώσει λειτουργικά προβλήματα. Σε πολλές περιπτώσεις, η έλλειψη εργατικού δυναμικού και/ή καταρτισμένου προσωπικού, σε συνδυασμό με την υποχρηματοδότηση, έχουν οδηγήσει σε μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή του αριθμού των ωφελουμένων που μπορούν να εξυπηρετήσουν τα κέντρα.

Ανεξάρτητη/Υποστηριζόμενη Διαβίωση

Οι υπηρεσίες υποστηριζόμενης και ανεξάρτητης διαβίωσης στην Ελλάδα παρέχονται από τους κατά τόπους δήμους, τα δημόσια πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις μονάδες ψυχικής υγείας (δηλ. ιδιωτικά ή μη κερδοσκοπικά κέντρα ψυχικής υγείας). Συνήθως χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας μέσω του ΕΟΠΥΥ, από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, από τον ΕΦΚΑ, ή συνδυαστικά από το κράτος και την ΕΕ, μέσω μηχανισμών σύναψης δημοσίων συμβάσεων και δεσμευμένων αγορών (Ziomas et al., 2018).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει σύστημα προσωπικής φροντίδας, με αποτέλεσμα τα άτομα με αναπηρίες είτε να μην μπορούν να ζήσουν στο σπίτι τους είτε να είναι αναγκασμένα να αναζητήσουν βοήθεια από την οικογένειά τους και/ή από φροντιστές στην ελεύθερη αγορά, με δική τους οικονομική επιβάρυνση. Δεδομένης της απουσίας ενός συστήματος προσωπικής φροντίδας, ένας συνδυασμός υπηρεσιών στοχεύουν στην κάλυψη ορισμένων αναγκών των ΑμεΑ που ζουν αυτόνομα.

Το πρόγραμμα «Υπηρεσίες κατ' Οίκον Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας» υλοποιείται σε ολόκληρη την Ελλάδα από τα πανεπιστημιακά ψυχιατρικά νοσοκομεία (δημόσια) και τις μονάδες ψυχικής υγείας, οι οποίες περιλαμβάνουν ιδιωτικά ή μη κερδοσκοπικά κέντρα υγείας που χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας. Προσφέρει κατ' οίκον υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά, εφήβους και ενήλικους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα,

διαταραχές της συμπεριφοράς, και διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού. Οι ίδιοι πάροχοι μπορεί να διαθέτουν επίσης «Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας». Αυτές οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα παρέχονται σε ΑμεΑ που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και/ή σε περιπτώσεις όπου οι κατά τόπους διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν επαρκούν (Rotarou, 2019).

Ένα άλλο πρόγραμμα που αφορά την παροχή βοήθειας κατ' οίκον είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».¹³ Χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Εσωτερικών και υλοποιείται από τις τοπικές δημοτικές αρχές. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα υλοποιείται σε όλη τη χώρα και παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες σε ηλικιωμένους και ΑμεΑ που αντιμετωπίζουν καταστάσεις απομόνωσης, οικογενειακής κρίσης ή αποκλεισμού (European Commission, 2018). Όσον αφορά την αναπηρία, οι δικαιούχοι θα πρέπει να έχουν πιστοποιημένη αναπηρία τουλάχιστον 67% (οποιοδήποτε είδους), ανεξαρτήτως ηλικίας, και το ατομικό τους εισόδημα να μην υπερβαίνει τις 7.715,65 ευρώ ετησίως ή το οικογενειακό τους εισόδημα τις 15.431,30 ευρώ ετησίως (2018). Τα ΑμεΑ που πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις υποβάλλουν αίτηση στις δημοτικές αρχές που είναι αρμόδιες για την υλοποίηση του προγράμματος. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν ιατρική φροντίδα κατ' οίκον, συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα και φυσικοθεραπεία, δουλειές του σπιτιού, πληρωμή λογαριασμών, και συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες. Οι χρήστες των υπηρεσιών δεν πληρώνουν τους παρόχους, οι οποίοι αμοιβονται απευθείας από τους δήμους. Παρόλο που διαφέρει πολύ από τα συστήματα προσωπικής φροντίδας, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προσφέρει φροντίδα στους ηλικιωμένους και τα ΑμεΑ με στόχο την υποστήριξη της ανεξάρτητης διαβίωσης και της παραμονής τους στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον (ESAMEA, 2020c).

Προς το παρόν, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει καθημερινά υπηρεσίες σε περίπου 75.000 πολίτες. Υλοποιείται από συνολικά 273 δήμους και απασχολεί 3.047 υπαλλήλους, ενώ στελεχώθηκε με επιπλέον 1.200 υπαλλήλους που εργάζονταν στις δημοτικές δομές που έκλεισαν λόγω των περιοριστικών μέτρων που τέθηκαν σε ισχύ την άνοιξη του 2020, όπως τα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων και οι βρεφονηπιακοί σταθμοί (Spilioroulou & Anagnostopoulou, 2020).

¹³ Το εν λόγω πρόγραμμα ξεκίνησε να λειτουργεί σε λίγους μόνο δήμους το 1998, ενώ από το 2001 έχει επεκταθεί σε ολόκληρη τη χώρα. Έως το 2015 χρηματοδοτούνταν από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Εκτοτε, χρηματοδοτείται αποκλειστικά από εθνικούς πόρους, ενώ η χρηματοδότηση ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Ziomas et al., 2019).

Το 2020, η υλοποίηση του προγράμματος ανατέθηκε πλήρως από το Υπουργείο Εσωτερικών στις τοπικές διοικήσεις και προκηρύχθηκαν 2.909 θέσεις εργασίας, για την κάλυψη των οποίων συγκεντρώθηκαν 79.900 αιτήσεις. Η διαδικασία πρόσληψης δεν είχε ολοκληρωθεί κατά την περίοδο σύνταξης της παρούσας έκθεσης, ήτοι τον Ιανουάριο του 2021 (ΦΕΚ, 2020; Hristika, 2020). Το πρόγραμμα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ως προς την κάλυψη των πραγματικών αναγκών των ωφελουμένων, λόγω της πολύ περιορισμένης χρηματοδότησης που οφείλεται στα μέτρα λιτότητας, και της αύξησης των αιτούντων που οφείλεται κυρίως στις δημογραφικές αλλαγές.

Η υποστηριζόμενη διαβίωση στην κοινότητα προσφέρεται από δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς φορείς μέσω ξενώνων, οικοτροφείων, προστατευμένων καταλυμάτων και διαμερισμάτων για άτομα με διανοητικές αναπηρίες, καθώς και μέσω ιδιωτικών κερδοσκοπικών παρόχων που απευθύνονται σε άτομα με άλλα είδη αναπηρίας. Παρόλο που απευθύνονται κυρίως σε ενήλικους με διάφορα είδη αναπηρίας, οι στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ) για ΑμεΑ εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο άτομα με μαθησιακές αναπηρίες (Strati, 2019). Αφότου έχουν κατατεθεί τα απαραίτητα έγγραφα, η αξιολόγηση βασίζεται στα εξής κριτήρια: στην προσωπικότητα των αιτούντων, στη δυνατότητά τους να συμμετέχουν στις δραστηριότητες της κατοικίας και της κοινότητας, στην ικανότητά τους να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες διαβίωσης και να συνυπάξουν με τους υπόλοιπους ενοίκους, και στην αποδοχή του νέου περιβάλλοντος διαβίωσης από τους ίδιους τους αιτούντες και τις οικογένειές του (ΦΕΚ, 2019). Παρατηρείται μεγάλη έλλειψη θέσεων, καθώς υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν μόλις τρεις θέσεις ανά 200 άτομα με

μαθησιακή αναπηρία (ΕΥΣΕΚΤ, 2017). Για κάθε ωφελούμενο που διαμένει σε ΣΥΔ, ο ΕΟΠΥΥ πληρώνει στον πάροχο των υπηρεσιών ένα ειδικό ημερήσιο τέλος, το οποίο κυμαίνεται από 40 έως 70 ευρώ, ανάλογα με τη σοβαρότητα της αναπηρίας του ατόμου (Newsbeast, 2020). Μία ανάλυση κόστους των ΣΥΔ που δημοσιεύτηκε το 2016 αποκάλυψε ότι το μέσο ετήσιο κόστος ενός ΣΥΔ ανερχόταν σε 157.058 ευρώ, ανεξαρτήτως της χωρητικότητάς του (η μέση χωρητικότητα ήταν 6.38 ένοικοι), και το μέσο ημερήσιο κόστος ανά ωφελούμενο ήταν 68.75 ευρώ (Strati, 2019).

Οι πηγές χρηματοδότησης για την ίδρυση και λειτουργία των ΣΥΔ (οντότητες δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου) περιλαμβάνουν επιδοτήσεις από το κράτος μέσω των αποκεντρωμένων διοικήσεων (δήμοι και νομαρχίες) ή την Εκκλησία, παροχές από τους ωφελούμενους ή από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των γονέων τους, πόρους από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δωρεές και εισφορές από τους ωφελούμενους, τους γονείς και τους νόμιμους εκπροσώπους τους και τρίτους,¹⁴ έκτακτους πόρους από προγράμματα διεθνών οργανισμών (ΟΗΕ, Παγκόσμια Τράπεζα, Συμβούλιο της Ευρώπης, κτλ.), προγράμματα και δράσεις στο πεδίο της Κοινωνικής Οικονομίας (για παράδειγμα, οικονομικά κίνητρα για την πρόσληψη ατόμων με αναπηρίες), και προγράμματα και δράσεις στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Το Γράφημα 2 περιλαμβάνει πληροφορίες για τα είδη των δομών ανεξάρτητης/υποστηριζόμενης διαβίωσης που απευθύνονται στα άτομα με αναπηρίες στην Ελλάδα, τους τυπικούς παρόχους υπηρεσιών, τους βασικούς χρηματοδότες και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης.

14 Έως και 80% του επιδόματος πρόνοιας, καθώς και κάθε είδους ενισχύσεων και παροχών, μπορούν να εκχωρούνται στον φορέα, κατόπιν ειδικής εξουσιοδότησης από τους ωφελούμενους ενοίκους ή τους γονείς ή τον νόμιμο βοηθό τους, με στόχο την προβλεπόμενη συμμετοχή τους στα έξοδα διαβίωσης, για όσο διάστημα διαμένουν στη ΣΥΔ που υπάγεται στον εν λόγω φορέα. Σε αυτή την περίπτωση, το εκχωρηθέν ποσοστό των ανωτέρω επιδομάτων και εν γένει των ενισχύσεων και των παροχών καταβάλλονται απευθείας στον φορέα (ΦΕΚ, 2019).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 | Φροντίδα ανεξάρτητης/υποστηριζόμενης διαβίωσης για ενήλικους

Κοινοτικοί ξενώνες, οικοτροφεία, προστατευμένη στέγαση	Στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης (ΣΥΔ)	Κέντρα θεραπείας χρόνιων παθήσεων	Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης για άτομα με αναπηρίες (ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)
<p>Τυπικός πάροχος: α) Εθνικοί (νοσοκομεία) β) Δημόσιοι, ιδιωτικοί ή μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί</p>	<p>Τυπικός πάροχος: Συνδυασμός (Δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί φορείς)</p>	<p>Τυπικός πάροχος: Συνδυασμός (Δημόσιοι, ιδιωτικοί, μη κερδοσκοπικοί φορείς)</p>	<p>Τυπικός πάροχος: Συνδυασμός (Δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί φορείς)</p>
<p>Βασικός χρηματοδότης: Χρηματοδότηση από ΕΕ / Εθνική Κυβέρνηση (Υπουργείο Υγείας)</p>	<p>Βασικός χρηματοδότης: Χρηματοδότηση από ΕΕ / Εθνική Κυβέρνηση (Υπουργείο Εργασίας)</p>	<p>Βασικός χρηματοδότης: Εθνική Κυβέρνηση (Υπουργείο Εσωτερικών) / χρηματοδότηση από ΕΕ, ιδιωτικές δωρεές</p>	<p>Βασικός χρηματοδότης: Εθνική Κυβέρνηση (Υπουργείο Εσωτερικών) / χρηματοδότηση από ΕΕ</p>
<p>Βασικός μηχανισμός χρηματοδότησης: Δημόσιες συμβάσεις</p>	<p>Βασικός μηχανισμός χρηματοδότησης: Δεσμευμένες αγορές</p>	<p>Βασικός μηχανισμός χρηματοδότησης: Δημόσιες συμβάσεις</p>	<p>Βασικός μηχανισμός χρηματοδότησης: Δεσμευμένες αγορές</p>

Πηγή: Επικαιροποίηση από Rotarou (2019)

Το 2018, υπήρχαν συνολικά 28 φορείς που υποστήριζαν τη λειτουργία ΣΥΔ σε ολόκληρη τη χώρα, ενώ ο συνολικός αριθμός των ΣΥΔ ανερχόταν σε 65. Όλες οι ΣΥΔ αποτελούσαν οντότητες ιδιωτικού δικαίου, ενώ μπορούν να φιλοξενήσουν 408 άτομα. Το 2018, οι ωφελούμενοι ήταν 389 (NOESI, 2020b). Οι εν λόγω ΣΥΔ εδρεύουν κατά κύριο λόγο στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και άλλες μεγάλες πόλεις, γεγονός που αναδεικνύει την ανισορροπία που χαρακτηρίζει την παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας στη χώρα (Ziomas et al., 2019). Στις γεωγραφικές προστίθενται επίσης οι οικονομικές ανισότητες, καθώς οι πιο εύπορες οικογένειες είναι σε θέση να πληρώνουν για τις ιδιωτικές υπηρεσίες που παρέχονται από κερδοσκοπικές οντότητες. Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής για τις ΣΥΔ, ενώ πολλές από αυτές αντιμετωπίζουν λειτουργικά προβλήματα που οφείλονται σε ζητήματα χρηματοδότησης, τα οποία σε μεγάλο βαθμό απορρέουν από τις καθυστερήσεις πληρωμών από τον ΕΟΠΥΥ. Το 2019, εξασφαλίστηκε χρηματοδότηση ύψους 52 εκατομμυρίων ευρώ μέσω του ΕΣΠΑ για την ίδρυση 160 ΣΥΔ ανά τη χώρα (Meallamatia, 2019).

Στην Ελλάδα υπάρχουν επίσης 485 κοινοτικές δομές διαμονής για ΑμεΑ με διανοητικές αναπηρίες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στέγασης, φροντίδας και προστασίας σε περίπου 3.800 ωφελούμενους. Για τη λειτουργία των εν λόγω δομών είναι υπεύθυνοι δημόσιοι και ιδιωτικοί

μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, ενώ η χρηματοδότησή τους προέρχεται από το κράτος και τον ΕΟΠΥΥ (μέσω ημερήσιων τελών συμμετοχής). Ο βασικός μηχανισμός χρηματοδότησης σε αυτή την περίπτωση είναι οι δεσμευμένες αγορές. Επί του παρόντος υπάρχουν 2.000 κλίνες σε δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης στην κοινότητα, όπως οι προστατευμένες στέγες ή οι ξενώνες για ηλικιωμένους με προβλήματα ψυχικής υγείας (Ziomas et al., 2019).

Παρόλο που η λειτουργία ολοένα και περισσότερων δομών ανεξάρτητης/υποστηριζόμενης διαβίωσης για ΑμεΑ αποτελεί ένα θετικό βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, οι συνεντεύξεις με εμπειρογνώμονες και παρόχους υπηρεσιών ανέδειξαν τα εξής:

★ **Υπάρχουν προβλήματα στη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των δομών:** τα σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με το ΕΣΠΑ έχουν προκαλέσει σημαντικά κωλύματα στην ομαλή λειτουργία και χρηματοδότηση πολλών από αυτές τις δομές.

★ **Δεν υπάρχουν κοινοί κανονισμοί για τον σχεδιασμό και τη λειτουργία των δομών:** ο αριθμός και το είδος των δομών, ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένες και λειτουργούν, καθώς και η χρηματοδότησή τους, δεν διέπονται από κοινούς κανόνες και ομοιόμορφο σχεδιασμό. Αυτή

η πραγματικότητα αντικατοπτρίζεται στο Γράφημα 2, όπου φαίνεται ότι, ενώ οι βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης βασίζονται στις δημόσιες συμβάσεις και τις δεσμευμένες αγορές, στην παροχή των υπηρεσιών ανεξάρτητης/υποστηριζόμενης διαβίωσης εμπλέκονται τρία διαφορετικά υπουργεία.

★ **Ο αριθμός των δομών είναι ανεπαρκής:** οι υπάρχουσες δομές δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των ΑμεΑ. Αυτό αντικατοπτρίζεται στη συγκέντρωση των περισσότερων δομών στις αστικές περιοχές, ιδίως στην Αθήνα, γεγονός που έχει δημιουργήσει επίσης ανισότητες ανάμεσα στους ωφελούμενους που έχουν την ευχέρεια να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες και σε εκείνους που δεν την έχουν.

★ **Υπολογίζεται ότι η ανάγκη για τις εν λόγω δομές θα αυξηθεί:** λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των προσπαθειών να κλείσουν δομές μακροχρόνιας ιδρυματικής φροντίδας, αναμένεται ότι θα αυξηθούν οι ανάγκες για καταλύματα ανεξάρτητης διαβίωσης. Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων, ο οποίος προβλέπεται ότι θα αυξηθεί από 33.4% το 2016 σε 67.2% το 2060, επιβεβαιώνει τη δημογραφική πίεση που ασκείται στο σύστημα μακροχρόνιας φροντίδας (Ziomas et al., 2018). Αυτή η εξέλιξη θα έχει άμεσο αντίκτυπο στη ζήτηση, στις δημόσιες δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα, και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μακροχρόνια Ιδρυματική Φροντίδα

Οι δημόσιες υπηρεσίες μακροχρόνιας ιδρυματικής φροντίδας χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας (μέσω του ΕΟΠΥΥ), το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, και από τον ΕΦΚΑ¹⁵ (Ziomas et al., 2019). Στους βασικούς μηχανισμούς χρηματοδότησης περιλαμβάνονται οι δημόσιες συμβάσεις και οι δεσμευμένες αγορές. Οι ιδιωτικές επενδύσεις περιορίζονται στους οίκους μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Ziomas et al., 2018), καθώς και σε λίγες ιδιωτικές κλινικές που έχουν συνάψει συμβάσεις με

τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

Το Υπουργείο Υγείας είναι αρμόδιο για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων για την παροχή φροντίδας σε άτομα που αντιμετωπίζουν άλλα είδη αναπηρίας. Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, αυτός ο διαχωρισμός των υπηρεσιών –σε συνδυασμό με την ύπαρξη πολλών παρόχων– έχει οδηγήσει σε ασυνέπειες των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Έχουν έρθει στο φως περιπτώσεις αστοχίας στην ιδρυματική φροντίδα, όπου τα δικαιώματα των ΑμεΑ δεν γίνονται σεβαστά και υπήρξαν περιστατικά κακοποίησης, κακομεταχείρισης και στέρησης δικαιωμάτων (Το Vima, 2019).

Επί του παρόντος υπάρχουν δώδεκα περιφερειακά Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, τα οποία ελεγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και παρέχουν –μέσω των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και Προστασίας (ΜΚΦΠ)– υπηρεσίες μακροχρόνιας ιδρυματικής φροντίδας σε ΑμεΑ. Όλα τα εν λόγω κέντρα ιδρυματικής φροντίδας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τα ημερήσια τέλη νοσηλείας που καταβάλλονται από τον ΕΟΠΥΥ. Η μακροχρόνια ιδρυματική φροντίδα για ΑμεΑ παρέχεται επίσης από ιδιωτικούς (κερδοσκοπικούς) οργανισμούς, και στις υπόλοιπες περιπτώσεις από την Εκκλησία, από φιλανθρωπικούς οργανισμούς και από τις τοπικές αρχές. Οι μη κερδοσκοπικές στέγες φροντίδας επιδοτούνται εν μέρει από το κράτος και εν μέρει από δωρεές (Ziomas et al., 2018). Οι κερδοσκοπικές δομές φιλοξενίας χρηματοδοτούνται ιδιωτικά από τα ίδια τα ΑμεΑ και τις οικογένειές τους.¹⁶ Οι πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν αυτοί οι οργανισμοί είναι πολύ περιορισμένες.

Το 2017, υπήρχαν 2.319 ωφελούμενοι μακροχρόνιας ιδρυματικής φροντίδας σε ΜΚΦΠ, συγκριτικά με τους 4.191 που υπήρχαν το 2007 (ELSTAT, 2018). Όσον αφορά τον αριθμό των εργαζομένων σε αυτές τις μονάδες, το 2017 ήταν 2.632, ενώ μία δεκαετία νωρίτερα ανέρχονταν σε 3.757. Η μείωση αυτή οφείλεται στα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν από την ελληνική κυβέρνηση, αρχής

15 Ο ΕΦΚΑ παρέχει συντάξεις και επιδόματα αναπηρίας, καθώς και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποιούν τα ασφαλισμένα άτομα με αναπηρίες.

16 Κάποιες κερδοσκοπικές στέγες φιλοξενίας «έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στη φροντίδα ή την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από άνοια, εν αντιθέσει με τους μη κερδοσκοπικούς παρόχους που παρέχουν μόνο βασική νοσηλευτική φροντίδα» (Eurofound, 2017, σ. 27).

γενομένης από το 2010. Το 2018, στις δομές μακροχρόνιας ιδρυματικής φροντίδας διατέθηκε μόλις το 2.3% (ήτοι 325 εκατομμύρια ευρώ) του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία. Περίπου το 97% αυτού του ποσού προήλθε από κρατικά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής συμμετοχής στη χρηματοδότηση της υγείας, ενώ μόλις το 3% από συστήματα εθελοντικής χρηματοδότησης της υγείας (ELSTAT, 2018b).

Οι υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται στις ΜΚΦΠ είναι δωρεάν, ωστόσο οι διαθέσιμες θέσεις είναι περιορισμένες σε σχέση με την υψηλή ζήτηση, ενώ υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής (Ziomas et al., 2019). Με βάση τα στοιχεία της Eurostat για το 2015, για κάθε 100.000 κατοίκους της Ελλάδας υπήρχαν μόλις 17 κλίνες μακροχρόνιας φροντίδας σε δομές ιδρυματικής φροντίδας, πρόκειται για τη χαμηλότερη αναλογία μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ (Ziomas et al., 2018). Όπως προκύπτει από τις συνεντεύξεις και παρόλο που δεν υπάρχουν επίσημες εκθέσεις, πολλές από αυτές τις μονάδες λειτουργούν αναποτελεσματικά και αντιμετωπίζουν σοβαρές ανεπάρκειες εις βάρος των ασθενών, εξαιτίας του ελλειπούς (σε όρους αριθμητικούς και κατάρτισης) εργατικού δυναμικού τους και της ανυπαρξίας ενός προτύπου ποιότητας, βάσει του οποίου θα μπορούσε να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών. Αρχής γενομένης από το 2019, παρατηρείται μία γενικότερη – μολονότι αργή– τάση αποϊδρυματοποίησης και κλεισίματος αυτών των μονάδων, με παράλληλη προώθηση των δομών υποστηριζόμενης/ανεξάρτητης διαβίωσης. Ωστόσο, δεν έχουν ληφθεί συγκεκριμένα μέτρα.

Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, δεν υπάρχει πρωτόκολλο αντιμετώπισης του Covid-19 στις δομές μακροχρόνιας φροντίδας, γεγονός που έχει άμεσο αντίκτυπο στη λειτουργία και τον προϋπολογισμό τους. Δεδομένων των αυξημένων αναγκών εισαγωγής στα νοσοκομεία λόγω του Covid-19, οι δομές μακροχρόνιας φροντίδας έχουν μετατραπεί σε πολλές περιπτώσεις σε μικρές κλινικές. Ως εκ τούτου, παρατηρούνται επιπλέον πιέσεις στους ήδη περιορισμένους προϋπολογισμούς και στο εξουθενωμένο προσωπικό τους, αφού συχνά αναγκάζονται να αγοράζουν επιπλέον εξοπλισμό και συσκευές προκειμένου να

αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των ωφελουμένων. Πρόκειται για μία γενικότερη ένδειξη του κορεσμού των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ως αποτέλεσμα του Covid-19, ειδικά στη Βόρεια Ελλάδα.

Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες και με διάφορες εκθέσεις, τα βασικά προβλήματα που εντοπίζονται στη μακροχρόνια ιδρυματική φροντίδα είναι τα εξής:

★ **Τα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετωπίζουν μία σειρά από προβλήματα:** στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονται από έλλειψη προτύπων λειτουργίας, από προβλήματα αδειοδότησης, πιστοποίησης, ελέγχου και εποπτείας, από υποστελέχωση και ελλείψεις στη φροντίδα, την κοινωνική ζωή και τη διασκέδαση, τη συμμετοχή, την έκφραση της γνώμης και την προστασία της ιδιωτικότητας των ΑμεΑ (ESAMEA, 2020c). Μεταξύ άλλων, η απουσία εποπτείας και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών συνδέονται με σοβαρά περιστατικά κακοποίησης σε ορισμένα από αυτά τα ιδρύματα, όπως για παράδειγμα στο Κέντρο των Λεχαινών.

★ **Οι προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης κινούνται με πολύ αργούς ρυθμούς:** το 2017, ανακοινώθηκε το τριετές «Πρόγραμμα Αποϊδρυματοποίησης ΑμεΑ», το οποίο αφορούσε την αποϊδρυματοποίηση των ανθρώπων που φιλοξενούνταν στο Παράρτημα ΑΜΕΑ Λεχαινών του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας και στα Παραρτήματα ΑΜΕΑ του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής. Η εν λόγω διαδικασία –η οποία υλοποιείται από το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας και το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής– περιλαμβάνει τη μετεγκατάσταση όλων των ωφελουμένων σε ασφαλείς και υποστηρικτικές κοινοτικές δομές φροντίδας. Έλαβε χρηματοδότηση ύψους 15 εκατομμυρίων ευρώ για την περίοδο 2018–2020. Επιπλέον, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων βρίσκεται στο στάδιο της προετοιμασίας μίας Εθνικής Στρατηγικής Αποϊδρυματοποίησης, ωστόσο κατά τη συγγραφή του παρόντος δελτίου δεν έχουν γνωστοποιηθεί περαιτέρω λεπτομέρειες.¹⁷

17 Η Ελλάδα φέρεται να έχει στη διάθεσή της το ποσό των 235 εκατομμυρίων ευρώ για την περίοδο 2014–2020 μέσω των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων (ΕΔΕΤ), προκειμένου να υποστηρίξει την αποϊδρυματοποίηση των ΑμεΑ. Όπως αναφέρουν οι ΜΚΟ, ωστόσο, οι προσκλήσεις υποβολής προτάσεων που έχουν δημοσιευτεί είναι ελάχιστες, ενώ δεν έχουν ξεκινήσει σημαντικά προγράμματα. Οι οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών έχουν εκφράσει την ανησυχία ότι η χρηματοδότηση ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί για άλλες προτεραιότητες, ή για την υποστήριξη της ιδρυματικής φροντίδας (Strati, 2019).

Φροντίδα Ανάπαυλας

Στην Ελλάδα, υπάρχουν ελάχιστες (ή καθόλου) υπηρεσίες φροντίδας ανάπαυλας και υποστήριξης της οικογένειας, όπως πληροφόρηση και συμβουλευτική, διαλείμματα τα Σαββατοκύριακα, ή επίσημη και τυποποιημένη αξιολόγηση των αναγκών των φροντιστών (Ziomas et al., 2016). Οι μοναδικές υπηρεσίες υποστήριξης προς τους φροντιστές παρέχονται από λίγες ΜΚΟ, κυρίως στην Αθήνα και σε άλλες μεγάλες πόλεις, υπό τη μορφή πληροφόρησης, ψυχολογικής υποστήριξης και ομαδικής εκπαίδευσης (Ziomas et al., 2016).

Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των ανεπίσημων φροντιστών στην Ελλάδα. Με βάση την έρευνα του 2016 για την ποιότητα ζωής στην Ευρώπη, ωστόσο, ο αριθμός των ανεπίσημων φροντιστών υπολογίζεται σε περίπου 3.600.000 άτομα (34% του πληθυσμού της Ελλάδας). πρόκειται για το υψηλότερο ποσοστό σε ολόκληρη την Ευρώπη (Zigante, 2018).

Η έλλειψη επίσημων δομών είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας και εθελοντικών οργανώσεων με στόχο την υποστήριξη των φροντιστών και τη συμβουλευτική και εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση των ασθενειών και των φαρμακευτικών αγωγών, καθώς και με τις υπηρεσίες φροντίδας ανάπαυλας (Courtin et al., 2014). Οι περισσότερες από αυτές τις υπηρεσίες απευθύνονται στις οικογένειες των οποίων τα εξαρτώμενα μέλη πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ και, σε μικρότερο βαθμό, η τύφλωση ή ο καρκίνος (Ziomas et al., 2019).

Μερικές φορές, οι οικογενειακοί φροντιστές χρησιμοποιούν ιδιωτικές στέγες φιλοξενίας για βραχυχρόνια φροντίδα ανάπαυλας, οι οποίες είναι συχνά χαμηλής ποιότητας, κυρίως λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και ανεπαρκούς κατάρτισης του προσωπικού τους. Επίσης, έχει παρατηρηθεί αύξηση του αριθμού των μεταναστών που εργάζονται σε

ιδιώτες ως εσωτερικοί φροντιστές (κυρίως γυναίκες). Λόγω του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και της περιορισμένης πρόσβασής τους σε προγράμματα κατάρτισης, η ποιότητα των υπηρεσιών και της ασφάλειας που προσφέρουν αυτοί οι ανεπίσημοι φροντιστές δεν είναι ικανοποιητική. Από την άλλη, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον συνολικό αριθμό τους (Ziomas et al., 2016).

Οι συνεντεύξεις με εμπειρογνώμονες και παρόχους υπηρεσιών ανέδειξαν τα εξής σε σχέση με τη φροντίδα ανάπαυλας:

★ **Η φροντίδα ανάπαυλας στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη:** τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν τα ΑμεΑ θεωρούνται από το κράτος ως πλεονέκτημα, χωρίς ωστόσο να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές τους ανάγκες. Ως εκ τούτου, προκύπτει σοβαρή ανισορροπία ανάμεσα στις ώρες εργασίας και στον ελεύθερο χρόνο, καθώς και στην πρόσβαση των φροντιστών (κυρίως γυναίκες) στην αγορά εργασίας. Οι ελάχιστες διαθέσιμες υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται κατά κύριο λόγο από λίγες ΜΚΟ, δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των φροντιστών ολόκληρης της χώρας.

★ **Το κίνημα των φροντιστών και των συγγενών των ΑμεΑ έχει κάνει πιο αισθητή την παρουσία του:** λόγω της ανεπάρκειας των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας για Αμεα στην Ελλάδα, το κίνημα των φροντιστών ΑμεΑ είναι πλέον πολιτικά ενεργό. Ως εκ τούτου, με βάση νόμο του 2018, το 5% των θέσεων που προκηρύσσονται στον δημόσιο τομέα προορίζονται πλέον για τους συγγενείς των ατόμων με βαριά αναπηρία, ενώ οι μητέρες ανάπηρων παιδιών μπορούν να συνταξιοδοτηθούν στην ηλικία των 55 ετών και με 20 έτη ασφάλισης. Πιθανολογείται επίσης ότι μελλοντικά ο χρόνος που αφιερώνεται στη φροντίδα των ανάπηρων παιδιών θα προσμετράται ως συντάξιμος.

Γλωσσάρι Ελληνικών Αρκτικόλεξων

ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΦΚΑ	Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης
ΚΔΑΠ-ΜΕΑ	Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών και Ατόμων με Αναπηρία
ΚΔΗΦ	Κέντρα Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρία
ΚΕΑ	Κέντρα Επαγγελματικής Αποκατάστασης
ΚΨΥ	Κέντρα Ψυχικής Υγείας
ΟΠΕΚΑ	Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΣΥΔ	Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης

Συεντεύξεις

- ★ Κος Μενέλαος Θεοδωρουλάκης, Δρ Κοινωνικής Πολιτικής, Εμπειρογνώμων και Πάροχος Υπηρεσιών, Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου των ΜΚΟ Ψυχικής Υγείας «ΑΡΓΩ» και της Πανελλαδικής Ένωσης για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και την Επαγγελματική Επανάταξη (ΠΕΨΑΕΕ) – ΠΕΨΑΕΕ, Εξωτερικός Ερευνητικός Συνεργάτης του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Συνέντευξη στις 25 Νοεμβρίου 2020.
- ★ Ελένη Λαζάκη, Εργαζόμενη και Πάροχος Υπηρεσιών, Κοινωνική Λειτουργός στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, πρώην Επιστημονική Διευθύντρια Στέγης Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Συνέντευξη στις 10 Δεκεμβρίου 2020.
- ★ Γιώτα Καραγιάννη, Εμπειρογνώμων, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Συνέντευξη στις 16 Δεκεμβρίου 2020.
- ★ Αντουανέττα Καπέλλα, Εμπειρογνώμων, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Εθνική Συντονίστρια για την Ελλάδα, Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής (ESPN), Συνέντευξη στις 16 Δεκεμβρίου 2020.
- ★ Δανάη Κωνσταντινίδου, Εμπειρογνώμων, Εξωτερική Ερευνητική Συνεργάτιδα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Συνέντευξη στις 16 Δεκεμβρίου 2020.
- ★ Αντώνης Ρέλλας, Εμπειρογνώμων, Ανάπηρος Ακτιβιστής, Μέλος της Κίνησης Χειραφέτησης Αναπήρων «Μηδενική Ανοχή», Συνέντευξη στις 22 Δεκεμβρίου 2020.
- ★ Αχιλλέας Κουρμπέτης, Εργαζόμενος, Εργοθεραπευτής σε ΚΔΗΦ, Συνέντευξη στις 13 Ιανουαρίου 2021.
- ★ Ζήνα Διακουμή, Εργαζόμενη σε ΚΔΑΠ-ΜΕΑ, Συνέντευξη στις 14 Ιανουαρίου 2021.

Αναφορές

AMEA-CARE (2020). Budget 2020: Benefits for persons with disabilities are reduced by 173 million.

Available at: <https://www.amea-care.gr/προϋπολογισμός-2020-τα-προνοιακά-επιδόμ/>

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2019). Concluding observations on the initial report of Greece.

United Nations. Available at https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGRC%2fCO%2f1&Lang=en

Council of Europe (2018). Report of the Commissioner for human rights of the Council of Europe, Dunja Mijatović,

following her visit to Greece from 25 to 29 June 2018. Available at: <https://rm.coe.int/report-on-the-visit-to-greece-from-25-to-29-june-2018-by-dunja-mijatov/16808ea5bd>

Courtin E, Jemai N, Mossialos E (2014). Mapping support policies for informal carers across the European Union.

Health Policy, 118:84–94.

Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017;

19(5):1–192. Available at https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

ELSTAT (2018). Monitoring of the activities of the Social Care and Protection Units: 2017. Available at: shorturl.at/oBFNW.

ELSTAT (2018b). Health accounts system. Available at: [https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/-](https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/)

ELSTAT (2019). Qualitative information – Social Protection: Greece. Available: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/qualitative-information>

ESAMEA, 2020. Greece lagging behind on disability spending in Europe, <https://meallamatia.gr/ouragos-stis-dapanes-gia-tin-anapiria-i-ellada-stin-evropi/>.

ESAMEA (2020b). Social Welfare Centres need permanent staff. Available at: <https://www.esamea.gr/pressoffice/press-releases/5102-ta-kentra-koinonikis-pronoias-xreiazontai-monimo-prosopiko>.

ESAMEA (2020c). National report on disability 2017. Available at: <https://www.paratiritirioanapirias.gr/storage/app/uploads/public/5f8/770/988/5f87709886487591270760.pdf>

ESPA (2020a). ESPA Partnership agreement 2014–2020. Available at: <https://www.espa.gr/en/Pages/default.aspx>.

ESPA (2020b). Elaboration of 2021–2017 ESPA and Business Programmes. Available at: <https://www.espa.gr/el/Pages/Sxediasmos21-27.aspx>.

ESPA (2020c). Call for proposals KDIF – Northern Aegean. Available at: <https://www.espa.gr/Lists/Proclamations/Attachments/4979/ΨΩΩΧ7ΛΩ-2ΨΨ.pdf>.

Eurofound (2017). Care homes for Older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers. Publications Office of

the European Union, Luxembourg. Available at: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1723en.pdf

European Commission (2020). Enhanced surveillance report – Greece, November 2020. Institutional Paper 137.

Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip137_en_0.pdf

Eurostat (2020). Social protection: database. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_n6eTBmXPoBJT&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1

EYSEKT (2017). Cost analysis study for Supported Living Shelters. Athens: EYSEKT. Available at: <http://www.esfhellas.gr/el/Pages/eLibraryFS.aspx?item=2087>.

FEK B' 1160/08-04-2019 (2019). Prerequisites for the establishment and operation of Supported Living Shelters.

Available at: <https://www.taxheaven.gr/circulars/30632/13107-283-2019>.

- FEK Number 4K/2020 (2020). Recruitment for the filling of 2.909 permanent positions for the programme 'Aid at Home'. Available at <http://www.odigostoupoliti.eu/asep-4k-2020-proslipseis-stous-dimous-2909-atomon-pe-te-de-ye/>
- Government of Greece (2020). National Action Plan for the Rights of Persons with Disabilities. Available at: http://www.opengov.gr/ypep/wp-content/uploads/downloads/2020/09/Εθνικό-Σχέδιο-Δράσης-για-τα-Δικαιώματα-Ατόμων-με-Αναπηρία_2020_ΥΠΕΠ-1.pdf
- Hellenic Statistical Authority (2019). Press release: Statistical data of social protection system. Available at: <shorturl.at/hmqDR>.
- Hristika (2020). Aid at Home 2020: What happened to the results? All the truth. Available at: <https://xristika.gr/voithia-sto-spiti-2020-ti-echi-symvi-ta-apoapotelesmata-oli-alithia/>.
- Karagianni, G. (2017). I anapiria stin Ellada tis krisis (Disability in austerity Greece). Athens: Politeia.
- KKPPA (nd). Questions: Which services are provided by the Units?. Available at: http://www.kkppa.gr/?page_id=58.
- Law 2646/1998 (1998). Organisation and operation of the National Social Welfare System. Available at: https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/199572/nomos-2646-1998.
- Law 4387/2016 (2016). Unified system of social security. Available at: <https://www.taxheaven.gr/law/4387/2016>.
- Law 4412/2016. Public procurement of projects, procurement and services (adaptation to Directives 2014/24 / EU and 2014/25 / EU). Available at: <https://www.eadhsy.gr/n4412/n4412onlyindex.html>
- Law 4109/2013 (2013). Abolition and merger of legal entities of the public and the wider public sector. Available at: https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/70340/nomos-4109-2013.
- Meallamatia (2019). The road opens for the creation of 160 SYDs across the country. Available at: <https://meallamatia.gr/anoigei-o-dromos-gia-ti-dimiourgia-160-stegon-ypostirizomenis-diaviosis-se-oli-ti-chora/>.
- Ministry of Labour and Social Affairs (2014). National Strategic Framework for Social Integration. Available at: https://www.e-forosimv.gr/docs/2014_12_15_ypakp_diavouleysi.pdf.
- Ministry of Labour and Social Affairs (nd). OPEKA: Persons with disabilities – Questions and answers. Available at: <https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/erotiseis-apantiseis/>.
- National Statistical Service (2017). Monitoring of Units for Social Care and Protection (p.1) <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE27/2017>.
- Newsbeast (2020). New regulation for the uninsured persons with disabilities that stay at SYD. Available at: <https://www.newsbeast.gr/politiki/arthro/6268568/yp-ergasias-nea-rythmisi-gia-ta-anasfalista-amea-poy-diamenoyn-se-steges-ypostirizomenis-diaviosis>.
- NOESI (2020). Open / closed type of care services. Available at: <https://www.noesi.gr/book/4-ypiresies-perithalpsis-anoiktoy-kleistoy-typoy-oroi-shetikoi-anapiria>
- NOESI (2020b). Supported Living Shelters. Available at: <https://www.noesi.gr/book/d-steges-ypostirizomenis-diaviosis-s-y-d-oikotrofeia>.
- OECD (2021). Health spending (indicator). Available at: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Official Gazette of the Hellenic Republic (2018). Law No. 4520: Organisation of Welfare Benefits and Social Solidarity and other provisions. Available at: https://opeka.gr/wp-content/uploads/2019/07/3.-4520_2018.pdf
- OPEKA (2020). Persons with disabilities: benefits. Available at: <https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/>
- Rotarou, E.S. (2019). Greece: Factsheet on social care and support services sector for persons with disabilities. EASPD.
- Sakellariou, D., and Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-8.

Spiliopoulou, M., and Anagnostopoulou, V. (2020). Feature: Greece strengthens “Help at Home” program to support vulnerable citizens during COVID-19 crisis. Available at: http://www.china.org.cn/world/Off_the_Wire/2020-04/15/content_75932673.htm

Strati, E. (2017): Country report on social protection and Article 28 UNCRPD – Greece. Available at: <https://www.disability-europe.net/country/greece>

Strati, E. (2019). Living independently and being included in the community. Academic Network of European Disability Experts. Available at <https://www.disability-europe.net/country/greece>

To Vima. (2019). Crime in Lechaina: Deinstitutionalisation and the dead children. To Vima newspaper, September 2, 2019.

United Nations. (2016). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Available at <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

World Bank (2016). Greece social welfare review – Weathering the crisis: Reducing the gaps in social protection in Greece. The World Bank. Available at: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/11/world_bank.pdf

Zigante, V. (2018). Informal care in Europe – Exploring formalisation, availability and quality. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>

Ziomas D., Sakellis I., Spyropoulou N., and Bouzas N. (2016). ESPN thematic report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives: Greece. Brussels: European Commission.

Ziomas D., Konstantinidou D., Vezyrgianni K., and Capella A., (2018). ESPN thematic report on challenges in long-term care – Greece. European Social Policy Network, Brussels: European Commission.

Ziomas D., Theodoroulakis M., Economou Ch., and Konstantinidou D. (2019). ESPN Thematic Report on Financing social protection – Greece. European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

Η EASPD είναι η Ευρωπαϊκή Ένωση Παρόχων Υπηρεσιών σε Άτομα με Αναπηρία. Είμαστε ευρωπαϊκός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός που εκπροσωπεί περισσότερες από 17.000 κοινωνικές υπηρεσίες και οργανώσεις ΑμεΑ από όλη την Ευρώπη. Βασικός στόχος της EASPD είναι η προαγωγή των ίσων ευκαιριών για τα ΑμεΑ, μέσα από αποτελεσματικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.



European Association of Service providers for Persons with Disabilities
Handelstraat 72 Rue du Commerce, B-1040 Brussels
+32 2 233 77 20 | info@easpd.eu | www.easpd.eu

Follow our work on

