

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
«ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

**ΠΑΝΤΑΖΕΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
«ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»  
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

**ΠΑΝΤΑΖΕΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

Επιβλέπων: Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος, καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**M.Sc. in Health Management**

**THE “HOME AID” PROGRAM’S PROGRESS  
IN GREECE AND EUROPEAN UNION**

**PANAGIOTA PANTAZELOU**

Supervisor: Sakellariopoulos Theodoros, Panteion University  
Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2015

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, αναλύεται διεξοδικά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα και παρατίθενται παραδείγματα από ευρωπαϊκές χώρες.

Αναφέρεται η εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος το 1996 στον ελλαδικό χώρο και συγκεκριμένα στον Δήμο Περιστερίου και η εξάπλωσή του στη συνέχεια, σχεδόν σε όλους τους Δήμους της χώρας.

Γίνεται αναφορά στις αλλαγές που συνέβησαν κατά τη διάρκεια των περίπου 19 ετών εφαρμογής του. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα έχει αλλάξει εκτός από ονομασία, ομάδα στόχου, καθώς αρχικά απευθυνόταν σε ηλικιωμένα άτομα ενώ σήμερα εξυπηρετεί και άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.).

Ακόμα, αναλύεται το νομοθετικό πλαίσιο και οι αλλαγές που έχουν επέλθει για την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος.

Τα στοιχεία που παρατίθενται, όσον αφορά τον αριθμό των ενταγμένων εξυπηρετούμενων, είναι ελλιπή, καθώς κανένας φορέας υλοποίησης του προγράμματος, ενώ υπήρξαν αρκετοί κατά τη διάρκεια των ετών, δεν είχε ζητήσει από τους Δήμους να καταγράψουν τους εξυπηρετούμενους τους, ώστε να υπάρχει αρχείο. Από το αρχείο αυτό θα προέκυπταν στοιχεία, που θα καταδείκνυαν την επιτυχία των προγραμμάτων και τη ζωτική σημασία τους για τους εξυπηρετούμενους.

Τέλος, από τα παραδείγματα για τις ευρωπαϊκές χώρες διαφαίνονται οι διαφορές με τον ελλαδικό χώρο, όσον αφορά στην προστασία των ευπαθών ομάδων, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις ειδικότητες των εργαζομένων που απασχολούνται.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ABSTRACT

In this research project, the social program «Help at Home» is explained in detail and some examples from other European countries are given.

The implementation of the pilot program, which took place in 1996 in Greece and specifically in the Municipality of Peristeri, is described, together with its later roll out to all municipalities in the country.

Reference is made to the changes that have arisen in the program in the last 19 years. For example, the program has not only changed its name but also its target group, as it originally addressed elderly people but today also includes people with disabilities. Also, the relevant legislative framework and the changes made to ensure the effective operation of the program are analyzed.

The data presented, relating to the total numbers of clients serviced, is incomplete due to the fact that none of the organizations responsible for the implementation of the program, however many there were over the years, requested municipalities to keep a complete register of all clients serviced. From such a register, we could derive reliable data, which could demonstrate the success of the program and its vital importance for the clients.

Finally, the examples from other European countries reveal differences with Greece regarding the protection of vulnerable groups, the services offered and the specialization of employees working in related services.



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ.vii
Abstract.....	σελ.ix
Κατάλογος Φ.Ε.Κ.....	σελ.xiii
Κατάλογος Πινάκων.....	σελ.xv
Κατάλογος Γραφημάτων.....	σελ.xvii
Πρόλογος .....	σελ.xix
Εισαγωγή .....	σελ.xxι
ΚΕΦ.1 Το θεσμικό πλαίσιο του «Βοήθεια στο Σπίτι».....	σελ.01
ΚΕΦ.2 Η εφαρμογή του προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι».....	σελ.67
ΚΕΦ.3 Παραδείγματα από ευρωπαϊκές χώρες .....	σελ.81
ΚΕΦ.3.1 Ελβετία.....	σελ.87
ΚΕΦ.3.2 Γαλλία.....	σελ.91
ΚΕΦ.3.3 Γερμανία.....	σελ.97
ΚΕΦ. 3.4 Σουηδία.....	σελ.105
ΚΕΦ.3.5 Δανία.....	σελ.111
ΚΕΦ.3.6 Νορβηγία.....	σελ.115
ΚΕΦ.3.7 Φινλανδία.....	σελ.121
ΚΕΦ.3.8 Ηνωμένο Βασίλειο Αγγλίας.....	σελ.127
ΚΕΦ.3.9 Πορτογαλία.....	σελ.143
ΚΕΦ.3.10 Ισπανία.....	σελ.149
ΚΕΦ.3.11 Ολλανδία.....	σελ.155
ΚΕΦ.3.12 Ιταλία.....	σελ.161
ΚΕΦ.3.13 Λουξεμβούργο.....	σελ.165
ΚΕΦ.3.14 Βέλγιο.....	σελ.169
ΚΕΦ.3.15 Αυστρία.....	σελ.175
ΚΕΦ.3.16 Κύπρος.....	σελ.179
Συμπεράσματα .....	σελ.187
Βιβλιογραφία .....	σελ.195

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ Φ.Ε.Κ.

ΦΕΚ Α', φυλ. 236

ΦΕΚ Α', φυλ.188

ΦΕΚ Β', φυλ.801

ΦΕΚ Β' φυλ.917

ΦΕΚ Β', φυλ.1031

ΦΕΚ Α', φυλ.30

ΦΕΚ Α', φυλ.81

ΦΕΚ Β', φυλ.917

ΦΕΚ Β', φυλ.925

ΦΕΚ Β', φυλ.518

ΦΕΚ Α', φυλ.251

ΦΕΚ Β', φυλ.1724

ΦΕΚ Α' φυλ.267

ΦΕΚ Α', φυλ.263

ΦΕΚ Β', φυλ.1724

ΦΕΚ Β', φυλ.1186

ΦΕΚ Β', φυλ.1739

ΦΕΚ Β', φυλ.639

ΦΕΚ Α', φυλ.263

ΦΕΚ Β', φυλ.917

ΦΕΚ Β', φυλ.35

ΦΕΚ Β', φυλ.932

ΦΕΚ Β', φυλ.925

ΦΕΚ Α', φυλ.268

ΦΕΚ Α', φυλ. 35

ΦΕΚ Α', φυλ.196

ΦΕΚ Α', φυλ.268

ΦΕΚ Α',φυλ. 135

ΦΕΚ Α', φυλ.196

ΦΕΚ Α', φύλ.98

ΦΕΚ Α', φυλ.216

ΦΕΚ Α', φυλ.3725

ΦΕΚ Α', φυλ.3726

ΦΕΚ Β', φυλ.2945

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1, Κριτήρια μοριοδότησης ωφελουμένων, σελ.19

Πίνακας 1.2, Δυνατά και αδύνατα σημεία του μοντέλου κατ' οίκον φροντίδας, σελ.23

Πίνακας 2.1, Είδος παρεχόμενης υπηρεσίας & αριθμός εξυπηρετούμενων,  
σελ.68

Πίνακας 2.2, Είδος υπηρεσιών & Αριθμός εξυπηρετούμενων, σελ.69

Πίνακας 2.3, Είδος νοσηλευτικής φροντίδας & Αριθμός εξυπηρετούμενων, σελ.71

Πίνακας 2.4, Συχνότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας & Αριθμός  
εξυπηρετούμενων, σελ.71

Πίνακας 2.5, Είδος παρεχόμενης οικογενειακής βοήθειας & Αριθμός εξυπηρετούμενων,  
σελ.72

Πίνακας 2.6, Συχνότητα οικογενειακής βοήθειας & Αριθμός εξυπηρετούμενων, σελ.73

Πίνακας 3.1, Παροχές σε είδος για τον κίνδυνο της εξάρτησης, σελ.98

Πίνακας 3.2, Κατηγορία εξάρτησης & το χρηματικό ποσό που καλύπτεται, σελ.99

Πίνακας 3.3, Επισκόπηση των πληρωμών σε ευρώ για τις υπηρεσίες, ανάλογα με την  
κατηγορία όπου ανήκει ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος, σελ.101

Πίνακας 3.4, Εβδομαδιαίο εισοδηματικό όριο απόκτησης Κάρτας Υγείας, σελ.134

Πίνακας 3.5, Κατ' οίκον υπηρεσίες & ποσοστό εξυπηρετούμενων που επωφελούνται,  
σελ.145

Πίνακας 3.6, Η ρύθμιση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε επιλεγμένες  
Ευρωπαϊκές χώρες, σελ.185

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 2.1: Επιλέξιμοι φορείς ανα περιφέρεια, σελ.75

Γράφημα 2.2: Επιλέξιμες μονάδες ανά περιφέρεια, σελ.76

Γράφημα 2.3: Επιλέξιμοι φορείς ανά νομική μορφή, σελ.77

Γράφημα 2.4: Επιλέξιμες μονάδες ανά νομική μορφή φορέα, σελ.77

Γράφημα 2.5: Αριθμός εξυπηρετούμενων ανά περιφέρεια, σελ.78

Γράφημα 2.6: Αριθμός εξυπηρετούμενων ανά νομική μορφή φορέα, σελ.79

Γράφημα 2.7: Αριθμός εργαζομένων ανά περιφέρεια, σελ.79

Γράφημα 2.8: Αριθμός εργαζομένων ανά νομική μορφή, σελ.80



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του θέματος της παρούσας εργασίας, είχε ως αφορμή την απασχόλησή μου στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Περιστερίου, με την ιδιότητα της Κοινωνικής Λειτουργού, για οκτώ συναπτά έτη. Κατά την έρευνα για το πρόγραμμα αυτό, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για το «Βοήθεια στο Σπίτι», και αυτό ακριβώς το κενό φιλοδοξεί να καλύψει η παρούσα εργασία. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά προγράμματα το οποίο εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Ελλάδα το 1996. Παρά τις αντίξοες συνθήκες και την οικονομική κρίση, η δράση του εξακολουθεί έως και σήμερα στους περισσότερους Δήμους της χώρας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα γίνει αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο, εντός του οποίου λειτουργεί το «Βοήθεια στο Σπίτι» και στις τροποποιήσεις στο πλαίσιο εφαρμογής του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα παρατεθούν διαθέσιμα στοιχεία για την πιλοτική εφαρμογή του, στοιχεία για τον αριθμό των εξυπηρετούμενων καθώς και για τις υπηρεσίες που παρέχονται, ώστε να αναλυθεί το πρόγραμμα καθεαυτό. Τα στοιχεία που υπάρχουν για την πιλοτική εφαρμογή του στον Δήμο Περιστερίου, έχουν διασωθεί από αρχεία που διατηρούσαν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι του Δήμου, διότι δεν τηρείτο επίσημο αρχείο για το πρόγραμμα. Όσον αφορά τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ενταγμένων εξυπηρετούμενων που ωφελούνταν, υπάρχουν από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.), που επόπτευε το πρόγραμμα το 2011.

Τέλος, παρατίθενται παραδείγματα από ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες εφαρμόζονται αντίστοιχα προγράμματα για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Η περιγραφή αντίστοιχων προγραμμάτων κρίνεται σκόπιμη, ώστε μέσα από τη σύγκριση αυτή να προκύψουν πιθανές προτάσεις για την καλύτερη εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εμπεριέχεται στα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας. Ως κοινωνική φροντίδα, ορίζεται βάσει του ΦΕΚ Α', φυλ.236, 20/10/1998, νόμος υπ. Αριθμ.2646 'Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας', η προστασία που παρέχεται σε άτομα ή ομάδες, με προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης. Αποσκοπεί, στο να δημιουργήσει προϋποθέσεις ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην οικονομική και κοινωνική ζωή, εξασφαλίζοντάς τους ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Η στήριξη της οικογένειας αποτελεί βασικό στόχο των παραπάνω προγραμμάτων.

Η παροχή κοινωνικής φροντίδας αποτελεί ευθύνη του κράτους. Κάθε άτομο που διαμένει νόμιμα στην Ελληνική επικράτεια και βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης δικαιούται κοινωνικής φροντίδας, από τους φορείς του Εθνικού Συστήματος, κατά τους ειδικότερους όρους του παρόντος νόμου.

Η κοινωνική φροντίδα, παρέχεται έπειτα από τη διαπίστωση του απειλούμενου άμεσου κινδύνου ή της υπάρχουσας ανάγκης και διαρκεί όσο διατηρούνται οι προϋποθέσεις χορήγησης της.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, παρέχονται χωρίς διακρίσεις ανάλογα με τις ιδιαίτερες προσωπικές, οικογενειακές, οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ατόμων, στο πλαίσιο ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας.

Στο Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας, υπηρεσίες παρέχουν, οι φορείς του δημόσιου τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και οι ιδιωτικοί φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (όπως για π.χ. οι οργανώσεις εθελοντικού χαρακτήρα) καθώς και οι ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες από τους φορείς, διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου ανήκει και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας και αποσκοπεί στην πρόληψη αναγκών και στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων κοινωνικό-οικονομικού αποκλεισμού. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχονται στο πλαίσιο της τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εφαρμόζεται σχεδόν σε κάθε Δήμο της χώρας από το 1996 έως και σήμερα.

Απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα καθώς και σε άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Τα κριτήρια ένταξης των ωφελούμενων μέχρι σήμερα, δεν ήταν περιοριστικά και δεν υπήρχαν περιπτώσεις αποκλεισμών. Απευθυνόταν σε όλες τις κατηγορίες ευπαθών κοινωνικών ομάδων, λειτουργώντας ευεργετικά τόσο στους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, όσο και στο συγγενικό τους περιβάλλον. Προτεραιότητα του αποτελεί, η φροντίδα των ηλικιωμένων που διαβιούν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό καθώς και των ατόμων με αναπηρία που διαβιούν μόνοι τους μόνιμα ή με την οικογένεια τους και αντιμετωπίζουν καταστάσεις απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους.

Εντάσσεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υπηρεσίας κοινωνικής φροντίδας. Με τη δράση αυτή, διευρύνονται ποσοτικά και ποιοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, οικογενειακής-οικιακής βοήθειας, με σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων. Σε αρκετές περιπτώσεις αντικαθιστά τα Κέντρα Υγείας (που σε πολλές περιοχές είναι ανύπαρκτα), τις κλινικές ή τα νοσοκομεία (που βρίσκονται στις μεγαλουπόλεις) και την συναισθηματική απομάκρυνση που δημιουργείται μεταξύ των παιδιών και των ηλικιωμένων γονέων τους, εξαιτίας των πολλών υποχρεώσεων που η καθημερινότητα επιτάσσει.

Συνεισφέρει στην ορθολογική διαχείριση των πόρων της χώρας, αν σκεφτεί κάποιος, ότι το κόστος της κλειστής περίθαλψης είναι πολλαπλάσιο από αυτό της ανοιχτής.

Ενισχύει το δικαίωμα του πολίτη, να παραμείνει στο περιβάλλον όπου έχει επιλέξει να ζήσει, όσο το δυνατόν περισσότερο και με σε όσο το δυνατόν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους, αποτρέπει τον στιγματισμό και τον εγκλεισμό τους σε κάποιο κλειστό ίδρυμα περίθαλψης (για π.χ. οίκο ευγηρίας) ή όταν πρόκειται για άτομα με ειδικές ανάγκες, τον εγκλεισμό τους σε κάποιο ίδρυμα χρονίων παθήσεων.

Λόγω της μακρόχρονης παρουσίας του, έχει καταξιωθεί στην συνείδηση της τοπικής κοινωνίας, μέσω των προαναφερθέντων υπηρεσιών που παρέχει. Έχει ενσωματωθεί στην καθημερινότητα των ωφελουμένων, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ύπαρξη του για τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Αποτελεί ίσως την πιο αξιόπιστη και αντιληπτή προς τους δημότες υπηρεσία, πολύ περισσότερο σήμερα, σε συνθήκες βαθιάς κρίσης και εκτεταμένης αβεβαιότητας για όλους, όπου οι Οργανισμοί Τοπικής

Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και ιδιαίτερα οι περιφερειακοί Δήμοι καλούνται με ελάχιστα εφόδια, να αντιμετωπίσουν την έκρηξη νέων κοινωνικών αναγκών, που αγγίζουν την αξιοπρεπή διαβίωση αλλά και την ίδια την επιβίωση των δημοτών τους.

Το «Βοήθεια στο σπίτι», αποτελεί μια από τις ελάχιστες δωρεάν παροχές υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες του πληθυσμού μας τη στιγμή που δεν υπάρχει καμία άλλη σταθερή δομή πρόνοιας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Η πρώτη ρύθμιση<sup>1</sup> περί υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας, εντοπίζεται στο Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων», που καθόριζε την αρμοδιότητα του τότε Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, για την προστασία των υπερηλίκων και των εκ χρονίων παθήσεων πασχόντων ατόμων, με την οργάνωση υπηρεσιών ιδρυματικής περίθλαψης και κοινωνικής βοήθειας κατ' οίκον. Δημιουργήθηκε έτσι, το θεσμικό υπόβαθρο για την υπαγωγή των υπηρεσιών στο οργανωτικό πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, που καθυστέρησε να ενεργοποιηθεί για είκοσι ολόκληρα χρόνια.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», κατοχυρώθηκε νομοθετικά το 1992 και άρχισε να εφαρμόζεται σε πιλοτικό επίπεδο από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, για την κάλυψη των αναγκών συγκεκριμένης ομάδας (ηλικιωμένους), με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η επιχειρησιακή του ωρίμανση ολοκληρώθηκε το 1997, οπότε και επιλέχθηκαν συγκεκριμένοι Δήμοι για να παρέχουν τις σχετικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με τα Υπουργεία Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης και Υγείας & Πρόνοιας.

Βάση του προγράμματος, αποτελεί ο Ν. 2082/1992 «Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωση νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας» (ΦΕΚ Α', φυλ.188), που εισάγει νέες τεχνικές κάλυψης των αναγκών ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (κατ' οίκον φροντίδα, ημερήσια δημιουργική απασχόληση νηπίων και βρεφών, αναδοχή ανηλίκων). Το άρθρο 5. Παρ.1 προβλέπει χαρακτηριστικά :

*«Από της δημοσιεύσεως του παρόντος μπορεί να εφαρμόζονται προγράμματα κοινωνικής προστασίας κατ' οίκον από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή από τους εποπτευόμενους από αυτό φορείς κατά τα ειδικότερα υπό του παρόντος νόμου οριζόμενα με κοινωνικούς βοηθούς».*

Η λειτουργία του Προγράμματος συμπλήρωνε αντίστοιχες παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1980 στον τομέα της υγείας. Πρόκειται για τις

---

<sup>1</sup> Αμίτσης Γαβριήλ: Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ.43-44



υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας που ενεργοποιήθηκαν από αρκετά νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο την παραμονή νοσηλευτικής φροντίδας στο οικογενειακό περιβάλλον των ενδιαφερομένων.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ξεκίνησε ουσιαστικά τον Σεπτέμβριο του 1996, όταν τέθηκε πιλοτικά σε εφαρμογή, με την υπ.αριθμ. Π4β/οικ.4514/1996 (ΦΕΚ Β', φυλ.801, 03.09.1996), κοινή Υπουργική απόφαση, των Υπουργών Οικονομικών και Υφυπουργών Υγείας και Πρόνοιας στο Δήμο Περιστερίου (στα Δημοτικά Κ.Α.Π.Η.<sup>2</sup>), με την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και του Δήμου.

Γενική επιδίωξη του πιλοτικού προγράμματος, αποτέλεσε η εξασφάλιση συνοχής της οικογένειας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην οικία τους. Οι δε επιμέρους στόχοι των προγραμμάτων, αφορούσαν καίριους τομείς κοινωνικής πολιτικής και μέριμνας των ηλικιωμένων.

Πιο συγκεκριμένα:

- 1) Την καταγραφή αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων στην οικία τους.
- 2) Την καταγραφή των δυνατοτήτων της τοπικής κοινωνίας, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την κατ' οίκον φροντίδα των ηλικιωμένων.
- 3) Την καταγραφή των δυνατοτήτων που προκύπτουν από την ατομική εθελοντική προσφορά των δημοτών (για π.χ. δημιουργία εθελοντικών ομάδων).
- 4) Την οργάνωση συστήματος συσχετισμού των αναγκών των ηλικιωμένων και των δυνατοτήτων τους, με σκοπό την υλοποίηση της κατ' οίκον φροντίδας.
- 5) Την καταγραφή δυνατοτήτων και εμπειριών των ηλικιωμένων της τοπικής κοινωνίας και την οργάνωση συστήματος αξιοποίησης τους, προς όφελος της κοινότητας και ιδιαίτερα των παιδιών και εφήβων.

Οι ειδικότητες όπου απασχολούνταν την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ήταν Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλευτής και Οικογενειακός Βοηθός.

Πιο συγκεκριμένα, καθήκοντα του Κοινωνικού Λειτουργού αποτελούσαν:

- Παροχή συμβουλών και πληροφοριών, για τις υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί ο πολίτης καθώς και ενημέρωση για τα δικαιώματά του.
- Συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη, της ομάδας στόχου και της οικογενειάς του.
- Εξασφάλιση υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας.

---

<sup>2</sup> Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 137 του ν.1065/80, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 21 του ν.1270/82 και Π.Δ.331/83, συστάθηκαν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), με την επωνυμία Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) των Δήμων, ευρισκόμενα υπό την εποπτεία των Δήμων, των Νομαρχών και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

- Έμπρακτη υπεράσπιση, προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος.

Καθήκοντα του Νοσηλευτή αποτελούσαν:

- Νοσηλευτική φροντίδα.
- Αγωγή υγείας και πρόληψης.
- Μεταφορά σε ιατρό, για ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς.
- Περιποίηση ατομικής υγιεινής.
- Συνοδεία στο νοσοκομείο (για π.χ. διεξαγωγή αιματολογικών εξετάσεων).
- Συνταγογράφηση φαρμάκων, στα ασφαλιστικά ταμεία (για π.χ. ΙΚΑ, ΟΓΑ κ.λπ.)

Καθήκοντα του Οικογενειακού Βοηθού αποτελούσαν:

- Ενίσχυση στις οικιακές εργασίες, καθαριότητα της οικίας (για π.χ. σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα).
- Τάισμα του ηλικιωμένου ή του ατόμου με ειδικές ανάγκες.
- Αγορά τροφίμων (για π.χ. από την λαϊκή αγορά ή από το super market).
- Μαγείρεμα.

Οι προαναφερόμενες υπηρεσίες, προσφέρονταν με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού, στην οικία των εξυπηρετούμενων. Η συχνότητα των επισκέψεων καθοριζόταν ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε εξυπηρετούμενου ξεχωριστά.

Η εφαρμογή του προγράμματος στα πέντε (5) Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Περιστερίου, τελούσε υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και ασκείτο, από την αρμόδια Διεύθυνση Ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.).

Επιχορηγείτο από σχετικό κονδύλι προϋπολογισμού του Υπουργείου, όπου τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Περιστερίου θα επιχορηγούνταν με το ποσόν των πενήντα εκατομμυρίων (50.000.000) δρχ., από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Φ.220 ΚΑΕ 5184 «Δαπάνες αντιμετώπισης αναγκών νέων προγραμμάτων δραστηριοτήτων».

Έπειτα από την επιτυχή εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Περιστερίου, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επεκτασή του σε πλήθος Δήμων της επικράτειας, για πέντε συναπτά έτη, αρχή γενομένης από την

1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 1997, με την υπ.αριθμ. Π4Β/οικ. 4514/12.08.97', κοινή απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Όπως αναφέρεται στο αντίστοιχο ΦΕΚ, ο Δήμος Περιστερίου θα επιχορηγηθεί με το ποσόν των τριάντα εκατομμυρίων (30.000.000) δρχ. για το Β' εξάμηνο του 1997. Η δαπάνη θα βαρύνει κατά το ήμισυ, δηλαδή δεκαπέντε εκατομμύρια (15.000.000) δρχ. τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης λογαριασμός «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων», που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων και το υπόλοιπο ήμισυ (15.000.000) δρχ., θα επιχορηγηθεί από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Φ.15/220 και ΚΑΕ 2559.

Εν συνεχεία, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόστηκε σε 102 (εκατόν δύο) Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), ανά 1 (ένα) Κ.Α.Π.Η. σε κάθε Δήμο, σε δύο φάσεις, σύμφωνα με την υπ.αριθμ. Π4β/5814 κοινή Υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' φυλ.917 17.10.1997):

Α) Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, στην πρώτη φάση εφαρμόστηκε στους πενήντα ένα (51) παρακάτω Δήμους:

1. Αγ. Ανάργυροι Αττικής
2. Κερατσίνι (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής
3. Καισαριανή (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
4. Μοσχάτο Αττικής
5. Καλλιθέα (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
6. Ηλιούπολη Α' ΚΑΠΗ Αττικής
7. Χαϊδάρι (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
8. Καματερό Αττικής
9. Αγ. Δημήτριος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
10. Μελίσσια Αττικής
11. Ν. Φιλαδέλφεια (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
12. Ζωγράφου (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
13. Άλμος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
14. Αχαρνές (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
15. Ηράκλειο (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής
16. Αμαρούσιο (Κεντρικό ΚΑΠΗ) Αττικής
17. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Γκύζη) Αττικής

18. Χαλάνδρι Αττικής
19. Άνω Λιόσια Αττικής
20. Χανιά (Β' ΚΑΠΗ) Χανίων
21. Αχαρνές Ηρακλείου, Ηράκλειο
22. Σητεία Λασιθίου
23. Νεάπολη Λασιθίου
24. Ρόδος (Α' ΚΑΠΗ) Δωδεκανήσου
25. Χίος, Χίου
26. Αργοστόλι Κεφαλληνίας
27. Τρίπολη Αρκαδίας
28. Πάτρα Αχαΐας
29. Πύργος Ηλείας
30. Αγρίνιο Αιτωλοακαρνανίας
31. Πρέβεζα Πρεβέζης
32. Βόλος (Β' παράρτημα ΚΑΠΗ) Μαγνησίας
33. Καρδίτσα Καρδίτσας
34. Ν. Ιωνία Μαγνησίας
35. Ελευθερούπολη Καβάλας
36. Δράμα Δράμας
37. Διδυμότειχο Έβρου
38. Γιαννιτσά Πέλλας
39. Σέρρες Σερρών
40. Βέροια Ημαθίας
41. Τριανδρία Θεσσαλονίκης
42. Νέα Μουδανιά Χαλκιδικής
43. Συκιές Θεσσαλονίκης
44. Καλαμαριά (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης
45. Λαγκαδάς Θεσσαλονίκης
46. Σκύδρα Πέλλας
47. Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης
48. Αξιούπολη Κιλκίς
49. Κοζάνη Κοζάνης
50. Λαμία Φθιώτιδος
51. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Σεπολίων) Αττικής

Β) Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην δεύτερη φάση εφαρμόστηκε στους πενήντα ένα (51) παρακάτω Δήμους:

1. Αρτέμιδος Αττικής
2. Αγ. Βαρβάρα (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
3. Λαύριο Αττικής
4. Αγ. Ιωάννης Ρέντη Αττικής
5. Δραπετσώνα (Β'ΚΑΠΗ) Αττικής
6. Πεύκη Αττικής
7. Χολαργός Αττικής
8. Πειραιάς (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
9. Ν. Ιωνία (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
10. Αιγάλεω (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
11. Ραφήνα Αττικής
12. Ασπρόπυργος Αττικής
13. Αγ. Παρασκευή Αττικής
14. Κορυδαλλός (Β'ΚΑΠΗ) Αττικής
15. Αργυρούπολη (Β'ΚΑΠΗ) Αττικής
16. Πέραμα (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
17. Π. Φάληρο Αττικής
18. Ελευσίνα (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
19. Μέγαρα Αττικής
20. Αγ. Νικόλαος Λασιθίου
21. Ηράκλειο (Α'ΚΑΠΗ) Αττικής
22. Ερμούπολη Κυκλάδων
23. Κάλυμνος Δωδεκανήσου
24. Μυτιλήνη Λέσβου
25. Σάμος Σάμου
26. Κέρκυρα Κέρκυρας
27. Άργος Αργολίδας
28. Καλαμάτα Μεσσηνίας
29. Αγ. Κων/νος Αιτωλοακαρνανίας
30. Μεσολόγγι Αιτωλοακαρνανίας
31. Αμαλιάδα Ηλείας
32. Ιωάννινα (Α'ΚΑΠΗ) Ιωαννίνων

33. Ηγουμενίτσα Θεσπρωτίας
34. Τρίκαλα (Β' ΚΑΠΗ Τρικάλων)
35. Καβάλα Καβάλας
36. Κομοτηνή Ροδόπης
37. Μενεμένη (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης
38. Κρύα Βρύση Πέλλας
39. Έδεσσα Πέλλας
40. Αμπελόκηποι (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης
41. Πολίχνη Θεσσαλονίκης
42. Πυλαία Θεσσαλονίκης
43. Κατερίνη Πιερίας
44. Θέρμη Θεσσαλονίκης
45. Θεσσαλονίκη (Ε' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης
46. Ελευθέριο –Κορδελιό Θεσσαλονίκης
47. Σίνδος Θεσσαλονίκης
48. Γρεβενά Γρεβενών
49. Λειβαδιά Βοιωτίας
50. Καρπενήσι Ευρυτανίας
51. Αταλάντη Φθιώτιδας

Πρωταρχικό σκοπό του προγράμματος, αποτέλεσε η κάλυψη βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας, για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτεραιότητα σε όσους:

- Δεν αυτο-εξυπηρετούνται πλήρως.
- Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
- Διαβιούν μόνοι.
- Δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.
- Πρέπει οι ίδιοι και οι οικογένειες τους να διατηρηθούν στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Επιδίωξη του προγράμματος αποτέλεσε:

- Η κατ' οίκον ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων.

- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη με σκοπό την αξιοπρεπή διαβίωσή τους.
- Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων, για την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- Η ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας, για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων, με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- Η σύνδεση των ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων του προγράμματος, με το Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και η ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), προς τους εξυπηρετούμενους του προγράμματος.
- Η οργάνωση και η συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας, για την κάλυψη βασικών αναγκών των ηλικιωμένων.
- Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, με σκοπό να υποβάλλονται σχετικές εισηγήσεις, προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα προς κάλυψη των αναγκών τους.
- Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος, για την ανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

Παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος αποτελούσαν:

- Η διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους προαναφερθέντες Δήμους και η κοινωνική χαρτογράφηση τους.
- Η διοργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Η κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
- Η ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα προνοιακά τους δικαιώματα.
- Η διασύνδεση των εξυπηρετούμενων με άλλες υπηρεσίες (για π.χ. ασφαλιστικούς οργανισμούς που καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων).
- Η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα και η παροχή φυσικοθεραπευτικών συνεδριών κατ' οίκον.

- Οι υπηρεσίες οικογενειακής φροντίδας (για π.χ. οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης).
- Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
- Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου, για κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και η σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.

Όσον αφορά την οικονομική ενίσχυση του προγράμματος, οι Δήμοι της πρώτης φάσης, θα επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, λογαριασμός «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων», που τηρείτο στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, με το ποσό των έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ. για το Β' εξάμηνο του 97' και με το ποσόν των δώδεκα εκατομμυρίων (12.000.000) δρχ. για κάθε επόμενο χρόνο, από τα τρία πρώτα χρόνια του προγράμματος, εν συνεχεία για τα υπόλοιπα δύο (2) χρόνια του προγράμματος (από τα 5χρόνια), με το ποσό των έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ.

Ακολούθως, οι Δήμοι της δεύτερης φάσης θα επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Φ.15/220 και ΚΑΕ 2569, με το ποσό των έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ. για το Β' εξάμηνο του 97' και με το ποσόν των δώδεκα εκατομμυρίων (12.000.000) δρχ., για κάθε επόμενο χρόνο για κάθε μια 3ετία, εν συνεχεία για τα υπόλοιπα 2 χρόνια του προγράμματος (από τα 5χρόνια), με το ποσόν των έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ.

Βάσει όσων αναφέρθηκαν, διαφαίνεται το κοινωνικό ενδιαφέρον του Κράτους για ευαίσθητες ομάδες ατόμων, όπως είναι οι ηλικιωμένοι. Διότι, μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή, υπήρχαν προγράμματα μόνο για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα τα παιδιά. Αντιθέτως, για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, οι μόνες διαθέσιμες υπηρεσίες ήταν τα Κ.Α.Π.Η. και οι οίκοι ευγηρίας.

Όσον αφορά τα Κ.Α.Π.Η., έως και σήμερα προσφέρουν ενασχόληση μόνο στους περιπατητικούς ηλικιωμένους και για κάποιες ώρες της ημέρας. Αποκλείοντας τους μη περιπατητικούς, διότι οι δραστηριότητες προσφέρονται εντός του χώρου των Κ.Α.Π.Η. Οι οίκοι ευγηρίας, αφορούν κλειστή ιδρυματική περίθαλψη. Θεωρούνται κατάλληλοι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, δεν έχουν οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον και χρήζουν επαγγελματικής βοήθειας, από ιατρούς και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.



Συμπερασματικά, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ήρθε για καλύψει τις καθημερινές ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων, να επιλύσει πρακτικά τους ζητήματα καθώς και να στηρίξει το οικογενειακό τους περιβάλλον με την φροντίδα τους. Άξιο αναφοράς, αποτελεί το γεγονός, ότι δημιουργήθηκαν καινούριες θέσεις εργασίας για ειδικότητες επαγγελματιών, όπως Κοινωνικός Λειτουργός, Οικογενειακός Βοηθός και Νοσηλεύτης καθώς και ότι απασχολήθηκε πλήθος εργαζομένων, στην Αττική και εν συνεχεία σε όλη την ελληνική επικράτεια.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» από 27.07.2001, τροποποιείται και εξελίσσεται, αναλαμβάνοντας εκτός από την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που έχρηζαν κατ' οίκον περίθαλψης και την φροντίδα μη ηλικιωμένων ατόμων που έχρηζαν κατ' οίκον βοήθειας (Α.Μ.Ε.Α. κ.λπ.). Έπειτα από την 5 ετή παράταση που δόθηκε, με αριθ. πρωτ. 4035 αποφασίστηκε, η επέκταση του προγράμματος για τις μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι», των οποίων είχε εγκριθεί η συνέχιση τους στο Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Γ' Κ.Π.Σ.). Σύμφωνα με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας, με έγγραφο που στάλθηκε στους Δήμους της χώρας.

Υπεύθυνοι φορείς για την διαχείριση και εφαρμογή των προαναφερόμενων ενεργειών, ήταν οι Ειδικές Υπηρεσίες Διαχείρισης των Περιφερειών της χώρας σύμφωνα με το ν.2860/2000, Α 251.

Οι ενέργειες αποτελούσαν επέκταση μιας εθνικής πολιτικής, που υλοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α.) και την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και αφετέρου από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α.) και την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μέσω της δράσης «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», που ήταν ενταγμένη στο Ε.Π. 'Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση στην Απασχόληση' στο Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Β' Κ.Π.Σ.).

Στόχος της ενέργειας, ήταν η δημιουργία υπηρεσιών μέσω των οποίων προωθείτο η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών, σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργημένες υπηρεσίες (κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτριών υγείας, νοσηλευτριών και βοηθητικού προσωπικού).

Η ενέργεια αποτέλεσε μέτρο προώθησης της πολιτικής ίσων ευκαιριών απασχόλησης και άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Ωφελούμενοι της ενέργειας ήταν:

- Γυναίκες που επιθυμούν να ενταχθούν στην αμειβόμενη ενεργό ζωή ή να επανενταχθούν σε αυτήν, ύστερα από απουσία τους λόγω των αλληλοσυγκρουόμενων ευθυνών απασχόλησης και οικογένειας.
- Άνεργοι, κυρίως γυναίκες που διαθέτουν επαγγελματικά προσόντα και θέλουν να απασχοληθούν στις προσφερόμενες ειδικότητες, οι οποίες θα απαιτηθούν από τις υπό σύσταση υπηρεσίες.
- Τελικοί αποδέκτες των προσφερόμενων υπηρεσιών από τις δημιουργημένες μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι», ήταν τα ηλικιωμένα άτομα χρήζοντα βοήθειας.

Αποτελεί θετική εξέλιξη, ότι πλέον από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξυπηρετούνται και Α.Μ.Ε.Α., καλύπτοντας το κενό που υπήρχε στην κατ' οίκον εξυπηρέτησή τους. Διότι δεν υπήρχε κρατική υπηρεσία που να προσφέρει δωρεάν κατ' οίκον υπηρεσίες στα Α.Μ.Ε.Α., όπως συνέβαινε ήδη με τα ηλικιωμένα άτομα. Υφίστανται μόνο ιδιωτικές πρωτοβουλίες, που προσέφεραν τις υπηρεσίες τους επί πληρωμή.

Ως αρνητική εξέλιξη, της επέκτασης του προγράμματος θα μπορούσαν να αναφερθούν, ο αριθμός των εργαζομένων και οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Παρέμεινε σταθερός ο αριθμός των εργαζομένων, που καλείται να φροντίσει μεγαλύτερο αριθμό εξυπηρετούμενων. Διότι δεν είχε πραγματοποιηθεί πρόβλεψη, ούτε για πρόσληψη προσωπικού, ώστε να υπάρχει καλύτερη εξυπηρέτηση των ήδη ενταγμένων ατόμων, ούτε για εφοδιασμό με εξειδικευμένο εξοπλισμό, για ουσιαστική εξυπηρέτηση των Α.Μ.Ε.Α. Ωστε το νοσηλευτικό προσωπικό, να μπορέσει να τους βοηθήσει αποτελεσματικά.

Όπως γίνεται σαφές, ο αρχικός σκοπός της επέκτασης του προγράμματος δεν πραγματοποιήθηκε. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε να εξυπηρετεί Α.Μ.Ε.Α., ώστε να αποσυμφορηθούν οι φροντιστές τους, με απώτερο σκοπό να αναζητήσουν εργασία. Γεγονός αδύνατον, εφ' όσον η συχνότητα επισκέψεων του προσωπικού από το πρόγραμμα, είναι μια φορά εβδομαδιαίως και σε εξαιρετικές περιπτώσεις δύο, με διάρκεια μία περίπου ώρας. Οπότε, καθίσταται δύσκολο, να εργάζεται ο φροντιστής ενός Α.Μ.Ε.Α.. Για ακόμη μια φορά, γίνεται εμφανής η επιφανειακή κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και όχι η ουσιαστική επίλυση τους, με την δημιουργία ξεχωριστών κρατικών υπηρεσιών, για κάθε μια ομάδα ατόμων που

χρήζουν βοήθειας. Αντιθέτως, γίνεται επέκταση των υπάρχουσων υπηρεσιών, καλύπτοντας επιφανειακά τα κενά. Με αποτέλεσμα, να γίνεται εξοικονόμηση χρηματικών πόρων, απο μισθοδοσίες υπαλλήλων καθώς και από εξειδικευμένο εξοπλισμό κ.λπ.

Όσον αφορά το έτος 2004, εγκρίθηκε η παράταση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» (ΦΕΚ Α', φυλ.30, 10.02.2003) έως τις 31.12.2004, σε όσους Δήμους είχε εφαρμοστεί σύμφωνα με τις διατάξεις της ΚΥΑ Π4β/5814 (ΦΕΚ Β', φυλ.917, 17.10.1997).

Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονταν οι παρακάτω όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας του προγράμματος:

- Θα συνεχίσει να απασχολείται το υπάρχον προσωπικό λόγω της αποκτηθείσας εμπειρίας του.
- Προϋπόθεση για την συνέχιση της υλοποίησης του προγράμματος, είναι η υπογραφή της σύμβασης που θα συναφθεί μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), του Δημάρχου και Προέδρου του Κέντρου Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και των Δημοτικών Επιχειρήσεων των Δήμων.
- Το πρόγραμμα εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ασκείται από την αρμόδια Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας και το αρμόδιο Τμήμα Πρόνοιας της Περιφέρειας. Η εφαρμογή του προγράμματος συνεχίζει να συντονίζεται, από 7 μέλη Επιτροπή Παρακολούθησης, η οποία εδρεύει στην Αθήνα και συστήνεται από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), σύμφωνα με το άρθρο 4, της Π4β/5814/97' κοινής Υπουργικής Απόφασης.
- Η επιχορήγηση κάθε Δήμου της πρώτης φάσης, θα προέλθει από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης 'Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων' που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, με το ποσόν των 17.608,22euro για κάθε έτος. Οι Δήμοι της δεύτερης φάσης, θα επιχορηγηθούν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με το ποσόν των 17.608,22euro και Φ.15/220 ΚΑΕ 2339 για κάθε έτος.

- Έκαστος Δήμος της πρώτης και δεύτερης φάσης, αναλαμβάνει την υποχρέωση της κάλυψης των λειτουργικών δαπανών του προγράμματος και επιχορήγησης του Κέντρου Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) με το ποσό των 17.608,22 ευρώ για κάθε έτος υλοποίησης του προγράμματος.

Λόγω της επιτυχίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, εξέδωσε την υπ. αριθ. 8084/20.02.2003 εγκύκλιο, με την οποία γνωστοποιείται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), ότι είναι δυνατόν να προβούν σε τροποποίηση του Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας τους, ώστε να οργανώσουν υπηρεσίες κοινωνικής εξυπηρέτησης και αναβάθμισης κοινωνικών ομάδων, συστήνοντας τις αναγκαίες θέσεις προσωπικού. Η εγκύκλιος αυτή, είχε την έννοια της υπόδειξης στους Δήμους της νομικής οδού, για την ένταξη των ειδικοτήτων που απασχολούνταν στα κοινωνικά αυτά προγράμματα, μεταξύ των οποίων και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εφ' όσον το επιθυμούσαν, εφ' όσον δηλαδή θεωρούσαν, ότι ο νέος θεσμός εξυπηρετεί υπαρκτές ανάγκες τους και προφανώς, εφ' όσον είχαν την οικονομική δυνατότητα υποστήριξης του στο μέλλον. Οπότε οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), στο πλαίσιο του άρθρου 13 του ν.3106/2003, υπέβαλαν για έγκριση αίτηση, στο (τότε) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για την συνέχιση των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι». Ανέλαβαν την υποχρέωση να διαθέσουν, ως φορέας υλοποίησης τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους, ενώ η όποια κρατική ενίσχυση είχε εξαρχής επικουρικό χαρακτήρα.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε από τα Υπουργεία, Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας, δεν παρέχει νομικό έρεισμα για θεμελίωση μεταβίβασης αρμοδιότητας από την Κεντρική Διοίκηση ή τα περιφερειακά όργανα του Κράτους, προς τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), κατά την έννοια του άρθρου 102, παρ.5 Συντ.

Βεβαίως για ακόμα μία φορά, δεν έγινε καμία ενέργεια, προς την ενσωμάτωση των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», στον προϋπολογισμό των Δήμων. Μέχρι σήμερα, έπειτα από περίπου 20 έτη, το μέλλον του προγράμματος και οι εργαζόμενοι του, εξαρτώνται από τις χρηματοδοτήσεις που δίνονται για την συνέχιση του, είτε από το Κράτος, είτε από ευρωπαϊκά προγράμματα. Η μισθοδοσία των υπαλλήλων, δεν προέρχεται από τον προϋπολογισμό των Δήμων, παρά από τα εκάστοτε ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως για παράδειγμα το Ε.Σ.Π.Α., που αποτελεί την κύρια πηγή

χρηματοδότησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», από το 2007-2013. Με αποτέλεσμα, σε αρκετούς Δήμους της χώρας, οι υπάλληλοι να παραμένουν απλήρωτοι για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Διότι ο Δήμος στον οποίο εργάζονται, δεν πληρώνει τους υπαλλήλους από τον προϋπολογισμό του και εν συνεχεία να κρατήσει τα χρήματα από την εκταμίευση της ευρωπαϊκής δόσης.

Επίσης, να αναφερθεί, ότι μέχρι σήμερα η πλειοψηφία των εργαζομένων ανήκει σε Ν.Π.Ι.Δ., δηλαδή σε κοινωφελείς δημοτικές εταιρείες των Δήμων. Με τον συνεχή κίνδυνο να χάσουν την θέση τους, εάν καταργηθούν εκ του νόμου οι δημοτικές επιχειρήσεις. Η πλειοψηφία των Δημάρχων, δηλώνει ότι είναι δίπλα στους εργαζόμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», διότι αποτελούν το κοινωνικό πρόσωπο του Δήμου, καλύπτουν τις ανάγκες των δημοτών αλλά παρ' όλα αυτά δεν τους έχουν εντάξει στον προϋπολογισμό των Δήμων. Γεγονός που δημιουργεί ερωτήματα.

Η ανανέωση των συμβάσεων που ακολούθησε, ήταν στην καλύτερη περίπτωση διετούς διάρκειας. Όπως συνέβη από το 2005 έως το 2007 και εν συνεχεία, ακολούθησε ανανέωση για 12, για 4 μήνες κ.ο.κ.

Πιο συγκεκριμένα, για το έτος 2005 (ΦΕΚ φυλ.81, 04.04.2005 άρθ. 26) με το ν. 3329, δόθηκε παράταση δύο (2) ετών για την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», σύμφωνα με τις διατάξεις των ΚΥΑ Π4β/5814/1997 (ΦΕΚ Β', φυλ.917) και Π1γ/ΓΠ οικ. 62329/2003 (ΦΕΚ Β', φυλ.925). Αναφέρεται, ότι θα συνεχίσει να απασχολείται το υπάρχον προσωπικό, με κοινή απόφαση των Υπουργείων Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με την υπ.αριθ.οικ.110941 (ΦΕΚ Β', φυλ.518, 26.04.2006, άρθρο 1.) κοινή Υπουργική απόφαση, 'Τροποποίηση Κωδικοποίησης Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων για το Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου-Διαδικασία Εφαρμογής των ενεργειών «Βοήθεια στο Σπίτι», «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Γ' Κ.Π.Σ.)

Ακολούθως, δόθηκε παράταση στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» έως τις 31.08.2008, βάσει του ΦΕΚ 81, 04.04.2005, άρθ. 26 με το ν. 3329. Σύμφωνα με την υπ. Αριθ. Οικ. 60292/2158/27.08.2008 (ΦΕΚ Β', φυλ.1724, 27.08.2008) άρθρο 15, Κοινής Υπουργικής Απόφασης των Υπουργείων Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών,

Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η καινούρια ονομασία του ήταν: «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» και «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας».

Οι «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων», εντάχθηκε στο Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013», του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και στον θεματικό άξονα προτεραιότητας 4: «Πλήρης ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών» στην κατηγορία παρεμβάσεων 3, ενέργειες στήριξης ατόμων που χρήζουν βοήθειας.

Οι «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και των ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας», εντάχθηκαν στους άξονες προτεραιότητας «Αειφόρος Ανάπτυξη και Ποιότητα Ζωής» στα αντίστοιχα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (Π.Ε.Π.), μέσω χρήση ρήτρας ευελιξίας 10% των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π.Ε.Π.).

Υπεύθυνη αρχή για τη διαχείριση και παρακολούθηση της υλοποίησης της πράξης, ήταν η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης (Ε.Υ.Δ.) του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013», Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης (Ε.Υ.Δ.) του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (Επ.ΑΝΑΔ) του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Υπεύθυνες αρχές για τη διαχείριση και παρακολούθηση των πράξεων που αναφέρθηκαν, ήταν οι Ενδιάμεσες Διαχειριστικές Αρχές Περιφερειών, σύμφωνα με προβλεπόμενα στα άρθρα 6 και 4 του Ν.3614/07 (ΦΕΚ Α' φυλ.267).

Δικαιούχοι των ανωτέρω πράξεων ορίστηκαν, οι κατά τόπον αρμόδιες Διευθύνσεις Σχεδιασμού και Ανάπτυξης (ΔΙ.Σ.Α.) των Περιφερειών, οι οποίες ήταν αρμόδιες, σύμφωνα με το οριζόμενο στο Ν.3614/2007 (ΦΕΚ Α', φυλ.267), για την έναρξη και υλοποίηση των πράξεων που αναφέρθηκαν στην παρούσα και για τους οποίους διασφαλίστηκε, ότι πληρούν τις προϋποθέσεις στην με αριθ. 1258/ΕΥΣ 281/08 ΦΕΚ Β', φυλ.55, απόφαση του Υφυπουργού Οικονομίας και Οικονομικών, πριν από την έκδοση απόφασης της ένταξης.

### Η παρέμβαση στόχευε:

- Στην ενίσχυση της απασχολησιμότητας και της ισότιμης συμμετοχής των έμμεσα ωφελούμενων ατόμων στην εργασία, μέσω της ενίσχυσης τους με την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα μη δυνάμενα να αυτοεξυπηρετούνται απόλυτα. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται η ουσιαστική διευκόλυνση των έμμεσα ωφελούμενων ατόμων, ως προς την ενσωμάτωσή τους στο ενεργό εργασιακό ανθρώπινο δυναμικό, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της οικονομίας, σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών.
- Στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, με την ισότιμη πρόσβαση όλων στην αγορά εργασίας και στην πρόληψη φαινομένων περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού.
- Στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών καθώς και των μη ηλικιωμένων (για π.χ. Α.Μ.Ε.Α. κ.λπ.), που χρήζουν υποστηρικτικών υπηρεσιών αλλά και ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών ή και κατ' οίκον βοήθειας, με στόχο την παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, τη διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και την εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης.

Αντικείμενο της πράξης «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων», αποτελούσε η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα, που έχρηζαν κατ' οίκον βοήθειας αλλά και σε ηλικιωμένα άτομα μέσω των Μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας», με σκοπό την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης, με συνέπεια την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Συνεχίστηκε η εκτέλεση του υφιστάμενου προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», μέχρι την έναρξη εφαρμογής των προγραμμάτων του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) που τα υποκατέστησαν έως στις 31.12.08.

Για ακόμα μία φορά, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μετονομάζεται. Η καινούρια ονομασία του, αφ' ότου πήρε παρατάση έως τις 30.04.2009, ήταν «Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και των ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας». Εντάχθηκε στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) και παρατάθηκε.

Με την παρ.10 του άρθρου 21 του ν. 3731/2008 (ΦΕΚ Α', φυλ.263, 23.12.2008) αναφέρεται, ότι το προσωπικό ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου που απασχολείται

σε επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) στο πλαίσιο συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Γ'Κ.Π.Σ.), συνεχίζει να προσφέρει τις υπηρεσίες του, με την ίδια σχέση εργασίας στα προγράμματα του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007-2013 (Ε.Σ.Π.Α.) μέχρι τη λήξη τους, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 21 του ν. 2190/94.

Επομένως, το προσωπικό των επιχειρήσεων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) που απασχολείται στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» και του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Γ'Κ.Π.Σ.), συνεχίζει να απασχολείται στο πρόγραμμα «Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας» και «Στήριξη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων», του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.), που τα υποκαθιστούν μέχρι τη λήξη τους. Προκειμένου να συνεχιστούν απρόσκοπτα τα εν λόγω προγράμματα, οι αλλαγές (για π.χ. συγχώνευση, προσαρμογή, λύση ή απόσχιση κλάδου) που προβλέπονται στο καθεστώς των επιχειρήσεων των πρωτοβάθμιων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), σύμφωνα με το νέο Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (άρθρο 269 του ν. 3463/2006) δεν δημιουργούν κανένα πρόβλημα, εφόσον υπάρξει σαφής μεταφορά των υποχρεώσεων (συγκεκριμένα προγράμματα) που έχουν αναλάβει οι υφιστάμενες επιχειρήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) α' βαθμού.

Να σημειωθεί, ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» συνεχώς αλλάζει ονομασία, χωρίς ουσιαστικά να υπάρχει διαφοροποίηση, ούτε στο εξειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται, ούτε στους ωφελούμενους που εξυπηρετούνται. Διότι κανένα πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», δεν σταμάτησε να εξυπηρετεί τους ήδη ενταγμένους ωφελούμενους του, παρά το γεγονός, ότι στην πλειοψηφία τους απορίπτονταν λόγω διαφορετικών κριτηρίων ένταξης.

Αναφέρεται στο ΦΕΚ Α', φυλ.263, ότι οι επιχειρήσεις που υλοποιούν κοινωνικά προγράμματα, οπωσδήποτε πρέπει να μετατραπούν σε κοινωφελείς επιχειρήσεις μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα, ώστε να εξασφαλιστεί η ομαλή συνέχιση των προγραμμάτων. Εάν ο εκάστοτε Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), δεν επιθυμεί να προσαρμόσει την αμιγή επιχείρησή του κατά τα ανωτέρω, τότε τα προγράμματα αυτά πρέπει να αναληφθούν, είτε από άλλη κοινωφελή επιχείρηση του Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) που ήδη υπάρχει, είτε από νέα



κοινωνική εταιρεία που ο Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), θα δημιουργήσει για το σκοπό αυτό. Τονίζεται, ότι τα ανωτέρω προγράμματα μπορεί να αναληφθούν και από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) του Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), τα οποία πρέπει να πληρούν τις προδιαγραφές της προκήρυξης ένταξης.

Για ακόμα μια φορά, αιωρείται η απειλή της ανεργίας, για τους εργαζόμενους του προγράμματος, οι οποίοι κινδυνεύουν να χάσουν την θέση τους. Διότι κάποιοι Δήμοι δεν είναι σύμφωνοι, με την αλλαγή που έπρεπε να γίνει στις δημοτικές τους επιχειρήσεις, ούτε προέβησαν γρήγορα στις απαιτούμενες αλλαγές.

Ακολούθως, για το έτος 2011 το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», μετονομάστηκε. Τροποποιήθηκαν τα κριτήρια ένταξης για τους ωφελούμενους αλλά και τους εξυπηρετούμενους. Πιο συγκεκριμένα, η ονομασία του ήταν «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων, που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης», του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού».

Δικαίωμα συμμετοχής στην πράξη, ως ωφελούμενοι για την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον, σε άτομα του συγγενικού τους περιβάλλοντος (εξυπηρετούμενοι) είχαν:

- Άνεργα άτομα, εγγεγραμμένα στον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.), εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης όπως η κατάρτιση, η εξατομικευμένη προσέγγιση/συμβουλευτική, κ.λπ., με προοπτική να εισέλθουν ή να επανά-εισέλθουν στην αγορά εργασίας.
- Εργαζόμενα άτομα, επαπειλούμενα με ανεργία, εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης με προοπτική να διασφαλίσουν την απασχόλησή τους ή να διευκολυνθούν στην κινητικότητα της εργασίας τους ή άτομα αναζητούντα εργασία, ασφαλισμένα στον ΟΓΑ που δεν διαθέτουν ή δεν δικαιούνται δελτίο ανεργίας και έχουν ατομικό εισόδημα έως 5.000 ευρώ για το οικονομικό έτος 2010 (δηλαδή για εισοδήματα που αποκτήθηκαν από 01.01.2009 έως 31.12.2009), εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης με προοπτική να εξεύρουν εργασία, έπρεπε να προσκομίσουν βεβαίωση από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.).
- Στα επιλεγμένα άτομα (ωφελούμενοι/ες) προσφέρθηκαν κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας για τα συγγενικά τους πρόσωπα (εξυπηρετούμενοι), από τις μονάδες. Η

διάθεση των θέσεων στους ωφελούμενους/ες έγινε μέσω «εντολών τοποθέτησης» από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε..

Σε περίπτωση που προέκυπτε ανάγκη κάλυψης κενών θέσεων, κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου υλοποίησης (η οποία εκτείνεται έως την 31.12.2011) αυτές θα καλύπτονταν από τον πίνακα επιλαχόντων/επιλαχουσών.

Εφ' όσον πληρούνται οι προϋποθέσεις συμμετοχής, τα κριτήρια μοριοδότησης για την επιλογή των ωφελουμένων, παρουσιάζονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 1.1  
Κριτήρια μοριοδότησης ωφελουμένων

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
<b>ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ (60%)</b>		
1.Οικογενειακό Εισόδημα	έως 6.000 €	15
	από 6.000 € έως 12.000 €	10
	από 12.000 μέχρι 40.000 €	5
2.Οικογενειακή Κατάσταση	ΑμεΑ ή άτομα που ανήκουν σε οικογένειες με μέλη ΑμεΑ	10
	Τρίτεκνος /Πολύτεκνος	5
	Άτομο μονογονεϊκής οικογένειας	5
3.Εργασιακή Κατάσταση	Άνεργοι	4
	Εργαζόμενοι/ες	6
<b>ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΙ (40%)</b>		
1.Κατάσταση Υγείας	Ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω	10
	Ποσοστό αναπηρίας 35% - 67%	5
2.Οικογενειακό Εισόδημα	έως 6.000 €	10
	από 6.000 € έως 12.000 €	6
	από 12.000 € μέχρι 30.000 €	4
3.Οικογενειακή Κατάσταση	Χήρος/α , Διαζευγμένος/η, Μόνος/η	5

Πηγή: [http://www.eetaa.gr/enarmonisi/voithia\\_sto\\_spiti\\_2011](http://www.eetaa.gr/enarmonisi/voithia_sto_spiti_2011)

Η Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε., βαθμολόγησε και κατέταξε τους ωφελούμενους (συνυπολογίζοντας και τη βαθμολογία των έμμεσα ωφελούμενων οι οποίοι αντιστοιχούν σε αυτούς), σε σειρά κατάταξης με φθίνουσα σειρά, βάσει του συνόλου της βαθμολογίας τους. Η επιλογή τους έγινε, βάσει του αριθμού που είχαν υποβάλει στην προσφορά.

Τύπος υπολογισμού μορίων: Ωφελούμενοι  $((1+2+3)*60\%)$  συν Εξυπηρετούμενοι  $((1+2+3)*40\%)$ .

Ο ανάδοχος διασφάλιζε, ότι οι εξυπηρετούμενοι δεν λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλη μονάδα. Για το σκοπό αυτό, οι εξυπηρετούμενοι υπέγραφαν Υπεύθυνη Δήλωση όπου το δήλωναν.

Συγκεκριμένα, η διαδικασία επιλογής των ωφελουμένων είχε ως εξής:

- Έλεγχος πληρότητας των «Αιτήσεων συμμετοχής-Δηλώσεων» και των συνυποβαλλόμενων δικαιολογητικών.
- Ειδικότερα ελέγχθηκαν: η εμπρόθεσμη υποβολή των «Αιτήσεων συμμετοχής-Δηλώσεων» και των δικαιολογητικών.
- Η πληρότητα υποβολής των απαιτούμενων δικαιολογητικών και η ισχύς τους κατά την καταληκτική ημερομηνία υποβολής της «Αίτησης συμμετοχής-Δήλωσης».

Οι «Αιτήσεις συμμετοχής-Δηλώσεις», οι οποίες δεν πληρούσαν τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής της παρούσας πρόσκλησης, απορρίφθηκαν. Οι απορριφθέντες/είσες με την αιτιολογία απόρριψής τους αναγράφονταν σε σχετικό πίνακα:

- Εισαγωγή στοιχείων των «Αιτήσεων συμμετοχής-Δηλώσεων» σε μηχανογραφικό σύστημα, από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε.
- Βαθμολόγηση των υποψηφίων σύμφωνα με τα προαναφερθέντα κριτήρια, τα οποία αντιστοιχούσαν σε μόρια. Σε περίπτωση ισοβαθμιών, προηγείτο ο/η υποψήφιος/α που είχε συγκεντρώσει περισσότερα μόρια στο πρώτο κριτήριο κι αν αυτά συνέπιπταν, στο δεύτερο κριτήριο και ούτω καθεξής. Στην πιθανότητα εξάντλησης όλων των παραπάνω κριτηρίων, χωρίς να είχε καταστεί δυνατός ο καθορισμός της σειράς μεταξύ των ισοβαθμούντων, η μεταξύ τους σειρά θα καθοριζόταν με κλήρωση, η οποία θα διενεργείτο μετά από απόφαση της Ελληνική Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε..

- Τέλος, κατάταξη των υποψηφίων σε πίνακα ανά Νομό, κατά φθίνουσα σειρά, με βάση τη βαθμολόγησή τους.

Το έτος 2011, τέθηκαν για πρώτη φορά κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τα οποία ελέγχονταν από διαφορετικό φορέα εκτός των Δήμων, αλλά από την Ε.Ε.Τ.Α.Α.. Με αποτέλεσμα, να μην είναι εφικτό να δωθούν ψευδή στοιχεία καθώς και να μείνουν εκτός, αρκετοί εξυπηρετούμενοι του προγράμματος, διότι δεν τηρούσαν τα απαιτούμενα κριτήρια ένταξης.

Δυστηχώς για ακόμα μια φορά, δεν υπήρξε πρόνοια του Κράτους, για να συνεχίσουν να δέχονται κατ' οίκον βοήθεια, όσοι δεν είχαν άνεργο συγγενή, αλλά παρ' όλα αυτά, έχρηζαν κατ' οίκον βοήθειας. Θα έπρεπε να είχε δημιουργηθεί παράλληλα ένα πρόγραμμα, που να εξυπηρετούσε τους απορριφθέντες. Δεν αποτελεί παράδειγμα για ένα κράτος πρόνοιας, να μένουν εκτός από κοινωνικά προγράμματα, ηλικιωμένοι ή Α.Μ.Ε.Α., με σκοπό να ενταχθεί κάποια άλλη ομάδα ατόμων. Εξ' αρχής, ήταν ελλιπής ο σχεδιασμός του συγκεκριμένου προγράμματος, εφ' όσον δεν υπήρχε αρκετό προσωπικό, για να καλύψει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, οι οποίοι επιθυμούσαν να αναζητήσουν εργασία, αφού εξασφάλιζαν την φύλαξη των συγγενών τους-ωφελούμενων.

Η ανάλυση του θεσμικού πλαισίου των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας για την χρονική περίοδο 2000-2011, αναδεικνύει μια σειρά πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων, σε σχέση με την προώθηση των στόχων της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, τα οποία κατηγοριοποιούνται ως εξής<sup>3</sup>:

❖ Πλεονεκτήματα:

- Διευρυμένη οριοθέτηση του σκληρού πυρήνα της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιλαμβάνοντας στις σχετικές υπηρεσίες την ανοικτή φροντίδα, την πρόληψη των αναγκών και τον εντοπισμό προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό.
- Πρόβλεψη για την ανάπτυξη δικτύων Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας μέσω της συνεργασίας μεταξύ των φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Ανάπτυξη υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας για παιδιά και ηλικιωμένους.
- Πρόβλεψη για την ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών κατ' οίκον (άρθρο 13 του Ν. 3106/203).

<sup>3</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 54

- Πρόβλεψη για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, τα οποία ενσωματώνουν διαστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς μπορεί να εισάγουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων (άρθρο 15 του Ν. 2646/98).
- Νομοθετική κατοχύρωση των αρμοδιοτήτων των Ο.Τ.Α. στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- ❖ Μειονεκτήματα:
  - Έλλειψη νομικής εξειδίκευσης των μηχανισμών πρόληψης των αναγκών και εντοπισμού προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό.
  - Αδυναμία συγκρότησης και λειτουργίας του δικτύου Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας, λόγω της μη έκδοσης σχετικής κανονιστικής πράξης (άρθρο 3 παρ. 3 του Ν. 2646/98).
  - Έλλειψη υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας για άτομα με αναπηρίες.
  - Έλλειψη εξειδικευμένων δομών ενημέρωσης των πολιτών για προνοιακά θέματα.
  - Περιορισμός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στη φροντίδα ηλικιωμένων.
  - Έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των δράσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ 2007-2013.
  - Έλλειψη μηχανισμών ενημέρωσης των ενδιαφερομένων για τις δράσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας.
  - Έλλειψη δεσμευτικού πλαισίου για την συνεργασία μεταξύ φορέων του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή δεικτών νομικής συμβατότητας, οργανωσιακής ωρίμανσης και χρηματοδοτικής βιωσιμότητας, οδηγεί στην ανάδειξη ενός πλέγματος δυνατών και αδυνάτων σημείων του επιχειρησιακού πλαισίου της κατ' οίκον φροντίδας, τα οποία καταγράφονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 1.2

Δυνατά & αδύνατα σημεία του μοντέλου κατ' οίκον φροντίδας:

ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ	ΑΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ
<p>Νομοθετική ρύθμιση της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας (άρθρο 3 παρ. 2 του Ν. 2646/98)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Έλλειψη νομικής εξειδίκευσης των αρχών της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας</li> <li>❖ Έλλειψη οριοθέτησης του κύκλου των δικαιούχων</li> <li>❖ Έλλειψη κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας</li> </ul>
<p>Διευρυμένη οριοθέτηση του σκληρού πυρήνα της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιλαμβάνοντας στις σχετικές υπηρεσίες την ανοικτή φροντίδα, την πρόληψη των αναγκών και τον εντοπισμό προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό</p>	<p>Έλλειψη νομικής εξειδίκευσης των μηχανισμών πρόληψης των αναγκών και εντοπισμού προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό</p>
<p>Υιοθέτηση οριζόντιου πλαισίου για την επιλογή των δικαιούχων</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Αδυναμία διάκρισης μεταξύ ασφαλισμένων και ανασφάλιστων</li> <li>❖ Έλλειψη προϋποθέσεων χορήγησης των υπηρεσιών</li> </ul>
<p>Πρόβλεψη για την ανάπτυξη δικτύων Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας μέσω της συνεργασίας μεταξύ των φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας</p>	<p>Αδυναμία συγκρότησης και λειτουργίας του δικτύου λόγω της μη έκδοσης σχετικής κανονιστικής πράξης (άρθρο 3 παρ. 3 του Ν. 2646/98) από την κεντρική διοίκηση</p>
<p>Άσκηση αρμοδιοτήτων από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Έλλειψη επιτελικού οργάνου σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης</li> <li>❖ Απουσία διαδικασιών οργανωμένου κοινωνικού διαλόγου για το σχεδιασμό και την παρακολούθηση του συστήματος</li> </ul>
<p>Ανάπτυξη υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας για παιδιά και ηλικιωμένους</p>	<p>Επιχειρησιακή έλλειψη αντίστοιχων υπηρεσιών για άτομα με αναπηρίες</p>
<p>Νομοθετική ρύθμιση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (άρθρο 13 του Ν. 3106/2003)</p>	<p>Επιχειρησιακός περιορισμός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στη φροντίδα ηλικιωμένων και αναπήρων</p>
<p>Πρόβλεψη για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, τα οποία ενσωματώνουν διαστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς μπορεί να εισάγουν νέες μεθόδους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων (άρθρο 15 του Ν.</p>	<p>Μη έκδοση σχετικής κανονιστικής πράξης από τη διοίκηση</p>

2646/98)

**Νομοθετική κατοχύρωση των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Νόμος 3852/2010)**

Έλλειψη πόρων για την ουσιαστική άσκηση αρμοδιοτήτων

**Απασχόληση έμπειρων στελεχών**

Εφαρμογή μοντέλων ευέλικτων εργασιακών σχέσεων χωρίς καθεστώς μόνιμης απασχόλησης

**Χρηματοδότηση υπηρεσιών από το ΕΣΠΑ 2007-2013 (ΕΠΑΝΑΔ/ΠΕΠ)**

❖ Έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των δράσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας που συγχρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ 2007-2013. Αδυναμία βιωσιμότητας των υπηρεσιών

❖ Προβλήματα συμβατότητας με το Ν. 3106/2003

Πηγή: Αμίτσης Γαβριήλ, 2013

Το 2012, συνεχίζεται το πρόγραμμα στα πλαίσια της πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής, μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία, εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης», στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) και βάσει της διάταξης του άρθρου 2 παρ. 6 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου ΦΕΚ Α', φυλ.268 31.12.2011.

Οι ανανεώσεις του προγράμματος, για το 2012 ήταν τρεις:

1. 01.01.2012 έως 30.06.2012

2. 01.07.2012 έως 30.09.2012

3. 01.10.2012 έως 31.03.2013

Η δεύτερη παράταση του προγράμματος, δίνεται βάσει της διάταξης υπ' αριθ. 135/14-06-2012, ΦΕΚ τεύχος Α'. Εν συνεχεία, από 01.10.2012 έως 31.03.2013, η παράταση του προγράμματος δίνεται, βάσει της διάταξης του Ν. 4087 ΦΕΚ Α', φυλ.196, 16.10.2012.

Για την χρηματοδότηση και υλοποίηση του προγράμματος, είναι δυνατή η μεταφορά πόρων από το λογαριασμό της εισφοράς αλληλεγγύης συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.). Οι πόροι, θα χρησιμοποιηθούν υπέρ των συνταξιούχων όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης που ωφελούνται από το ανωτέρω πρόγραμμα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Εσωτερικών προσδιορίζεται το ύψος των

μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Η διαχείριση των πόρων καθώς και οι υποχρεώσεις υλοποίησης του προγράμματος, καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Εσωτερικών και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε.

Εν συνεχεία, στο άρθρο 2 του προαναφερθέντος ΦΕΚ Α', φυλ.196, 16.10.2012, η διάρκεια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου του απασχολούμενου στο πρόγραμμα αυτό προσωπικού, όπως η διάρκεια αυτή ορίζεται στην παρ.6 του άρθρου 2, της από 31.12.2011, Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (Α 268), η οποία κυρώθηκε με το άρθρο 2 του ν. 4047/12 (Α 31) και είχε παραταθεί μέχρι 30.09.2012, με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου που κυρώνεται με τον νόμο αυτόν, παρατείνεται από την λήξη έως τις 31.03.2013. Να τονιστεί, ότι οι συμβάσεις του προσωπικού δεν μετατρέπονται σε αορίστου χρόνου κατά την διάταξη της παρ.3 του άρθρου 21 του ν.2190/94. Με αποτέλεσμα, το εργασιακό μέλλον των υπαλλήλων να παραμένει αβέβαιο, έπειτα από 16 περίπου χρόνια πορείας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, μπορεί να διατίθεται από τους πόρους του άρθρου 259 του ν. 3852/10 (Α87), ποσόν για την χρηματοδότηση του προγράμματος, για το χρονικό διάστημα από 01.01.2013 έως 31.03.2013.

Να σημειωθεί, ότι αποτελεί σύνηθες φαινόμενο της τακτικής του κράτους, οι μικρές χρονικά ανανεώσεις των συμβάσεων των εργαζομένων. Δημιουργώντας κλίμα αβεβαιότητας και ανασφάλειας όχι μόνο στους εργαζόμενους, αλλά και στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος. Τα ηλικιωμένα άτομα καθώς και τα Α.Μ.Ε.Α., έχουν αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τους ανθρώπους που τους εξυπηρετούν. Η σχέση τους πέρα από επαγγελματική, θεωρείται πλέον και φιλική. Με αποτέλεσμα, να αποβεί καταστροφικό για τον συναισθηματικό κόσμο των ηλικιωμένων και των Α.Μ.Ε.Α., όχι μόνο η απώλεια των υπηρεσιών του προγράμματος αλλά και των ίδιων των εργαζομένων, οι οποίοι θεωρούνται πλέον μέλη της οικογενειάς τους.

Τα κριτήρια ένταξης για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», τροποποιήθηκαν από 01.04.2013. Ωφελούμενοι του προγράμματος είχαν το δικαίωμα να είναι:

- Συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή χηρείας. Ως συνταξιούχοι θεωρούνται όλοι όσοι, λαμβάνουν σύνταξη από τα ασφαλιστικά ταμεία, ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ – ΜΜΕ, ΝΑΤ κ.λπ.



- Συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή χηρείας του Δημοσίου.
- Συνταξιούχοι ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας και πληρούν σωρευτικά τα κριτήρια που αναφέρονται παρακάτω.

Απαιτούμενα κριτήρια που έπρεπε να πληρούν οι δικαιούχοι κατά την πρώτη εφαρμογή του προγράμματος, προκειμένου να εγκριθούν στο πρόγραμμα ήταν:

- Να έχουν κριθεί ανάπηροι με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, ανεξαρτήτου ηλικίας. Δηλαδή, πρέπει να υπάρχει αναπηρία 67% και άνω, πιστοποιημένη από αρμόδιο φορέα (κέντρο πιστοποίησης αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) ή άλλο φορέα εφόσον η σχετική απόφαση είναι σε ισχύ.)
- Να διαβιούν μόνοι ή με τον/την σύζυγο τους ή άλλο πρόσωπο που πληροί τις λοιπές προϋποθέσεις υπαγωγής στο πρόγραμμα. Δηλαδή ο σύζυγος ή το άλλο πρόσωπο να έχει ποσοστό αναπηρίας, άνω του 67% και το ατομικό εισόδημά του να είναι κάτω των 7.715, 65 € ετησίως.
- Το συνολικό ετήσιο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα, να μην υπερβαίνει αυτό της χαμηλότερης εισοδηματικής κλίμακας, που προβλέπεται κάθε φορά για την παροχή του επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.). Το ατομικό αυτό εισόδημα, ανέρχεται στο ποσό των 7.715, 65 € και το οικογενειακό στο διπλάσιο.
- Η κατάσταση της υγείας τους, λόγω ασθένειας (χρόνιας ή πρόσκαιρης), να καθιστά αδύνατη την αυτοεξυπηρέτησή τους ή δυσχερή την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών.
- Να μην λαμβάνουν επίδομα απολύτου αναπηρίας ή εξωϊδρυματικό ή οποιοδήποτε άλλο επίδομα συμπαράστασης, από τον ασφαλιστικό τους Φορέα.
- Να μην διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας κάθε νομικής μορφής ή σε νοσηλευτικές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα.

Από τα προαναφερθέντα κριτήρια ένταξης, θα μπορούσε να αναφερθεί, ότι αποκλείεται για ακόμα μια φορά, υψηλό ποσοστό εξυπηρετούμενων. Η πλειοψηφία των ήδη ενταγμένων, ναι μεν είναι άνω των 65 ετών, αλλά δεν έχουν ποσοστό αναπηρίας, ούτε οι ίδιοι, ούτε ο/η σύζυγός της/του. Χρρίζουν όμως κατ' οίκον βοήθειας, διότι δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν. Όσον αφορά, το ετήσιο εισόδημα που αναφέρεται στα κριτήρια ένταξης, δεν αποτελούσε μέχρι σήμερα περιοριστικό

παράγοντα ένταξης στο πρόγραμμα, αλλά συνυπολογιζόταν με άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, η κατάσταση υγείας, το οικογενειακό περιβάλλον, το οίκημα κ.λπ.

Εν συνεχεία, παρατίθεται ο σχολιασμός του σωματείου «Βοήθεια στο Σπίτι», στις 08.11.2012, σε σχέση με τα νέα κριτήρια ένταξης, τους παρόχους και τέλος δίνονται προτάσεις για την εξέλιξη του προγράμματος.

«Πρόταση-ψήφισμα για Δήμους και κοινωφελείς εταιρείες, από το σύλλογο του «Βοήθεια στο Σπίτι», προς την Κ.Ε.Δ.Ε. τον πρόεδρο κο Ασκούνη, τον πρόεδρο Κοινωνικής πολιτικής κο Δανηλίδη και μέλη αυτής, τον Υπουργό Εσωτερικών κο Στυλιανίδη, τον Υφυπουργό Εργασίας κο Παναγιωτόπουλο, το ΙΚΑ Διεύθυνση “κατ’ οίκον φροντίδας συνταξιούχων”<sup>4</sup>»

*Έπειτα απο το ΦΕΚ, φυλ. 2717/08.10.2012 καθώς και την ανακοίνωση-πρόσκληση από το Ι.Κ.Α-Ε.Τ.Α.Μ. με αρ. Γ99/6/1-10-2012, σχετικά με τις προϋποθέσεις-κριτήρια επιλογής των δικαιούχων (ωφελουμένων), στο νέο πρόγραμμα “κατ οίκον φροντίδας συνταξιούχων” που θα αντικαταστήσει, όπως αναφέρεται, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχουμε να επισημάνουμε τα εξής:*

*Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και οι εργαζόμενοι σε αυτό, έχουν καταξιωθεί στη συνείδηση των ανήμπορων ηλικιωμένων και Α.Μ.Ε.Α., ως μια υπηρεσία πάρα πολύ σημαντική και απαραίτητη. Εδώ και πολλά χρόνια προσφέρονται προς αυτούς πολυτιμότες υπηρεσίες, χωρίς αποκλεισμούς, με κριτήρια κοινωνικά, οικονομικά και υγείας, ενώ δικαιούχοι αποτελούν οι συνταξιούχοι από 65 ετών και άνω και όλα τα Α.Μ.Ε.Α.. Η επιλογή δε αυτών, γίνεται κλιμακωτά, από τα πιο «βαριά» περιστατικά, προς τα λιγότερα, καλύπτοντας έτσι, έναν ικανό αριθμό συμπολιτών μας (3 εργαζόμενοι=50 άτομα), αφού δεν είναι δυνατό λόγω πληθυσμιακής-ηλικιακής κατανομής, να υπάρχουν μόνο ‘βαριά’ περιστατικά. Υπόψιν ότι κάθε Δήμος, καλύπτει γεωγραφικές περιοχές που πρώτα αποτελούσαν Δήμους και Κοινότητες (Καποδιστριακοί-Καλλικρατικοί), με ανάλογες δομές «Βοήθεια στο Σπίτι». Με αυτό τον τρόπο λοιπόν, το «Βοήθεια στο Σπίτι» και οι εργαζόμενοι, υλοποιούν σήμερα, μία από τις πιο πετυχημένες δράσεις πρόνοιας στο Δήμό μας και στη χώρα που τις καταστά σταθερά βιώσιμες.*

*Το πρόγραμμα ‘κατ οίκον φροντίδα’ όμως, που προορίζετε ως συνέχιση-αντικαταστάτη του «Βοήθεια στο Σπίτι», έτσι όπως έχει σχεδιαστεί, θεωρούμε ότι δεν ανταποκρίνεται στο σκοπό αυτό.*

---

<sup>4</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_8.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_8.html)

Διότι, σε πρώτη φάση: το κριτήριο ένταξης για τα Α.Μ.Ε.Α. είναι να έχουν αναπηρία πάνω από 67%, χωρίς μάλιστα να παίρνουν επίδομα αναπηρίας, περιορίζει στο ελάχιστο τους δικαιούχους για ευνόητους λόγους. Δεν υπάρχουν πολλοί τέτοιοι συνάνθρωποι και όπου υπάρχουν, παίρνουν τέτοιο επίδομα, ενώ το εισόδημά τους, μπορεί να υπερβαίνει το αναγκαίο από τα κριτήρια. Το ίδιο ισχύει βέβαια και για όσους έχουν σύζυγο.

Επιπλέον, με το αναγκαίο 67%, περιορίζει επιπρόσθετα τους δικαιούχους, αφού αφήνει απ' έξω άλλες κατηγορίες Α.Μ.Ε.Α. με λιγότερο ποσοστό, που ενώ έχουν ανάγκες (λόγω κοινωνικού αποκλεισμού, ψυχοσωματικά προβλήματα υγείας, αδυναμία εκπλήρωσης υποχρεώσεων κ.λπ.), δεν δικαιούνται φροντίδας.

Με βάση αυτά, πως είναι δυνατόν να γίνουν σταθερά βιώσιμες οι Δομές χωρίς δικαιούχους; Πως θα συντηρηθεί ο εξοπλισμός και οι μισθοδοσίες των εργαζομένων, τη στιγμή μάλιστα που δίνονται για κάθε ένα Α.Μ.Ε.Α. 100 ευρώ; Θεωρούμε ότι με αυτά τα κριτήρια, αποδομείται η όποια κοινωνική πολιτική υλοποιείται αυτή τη στιγμή, σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης.

Σε δεύτερη φάση, στα κριτήρια επιλογής των ηλικιωμένων-ωφελουμένων, διαπιστώνουμε ότι αναγκαία προϋπόθεση για την ένταξη αυτών είναι η συμπλήρωση του 78<sup>ου</sup> έτους. Πράγμα που σημαίνει, ότι και εδώ περιορίζετε δραστικά ο αριθμός αυτών που μπορούν να ενταχθούν. Ο λόγος είναι, ότι δεν υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι με το κριτήριο αυτό, τόσοι ώστε να κάνει τις Δομές σταθερά βιώσιμες. Υπόψιν, ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας για τους άνδρες είναι το 75<sup>ο</sup> έτος και για τις γυναίκες το 82<sup>ο</sup>, ενώ για κάθε μια δομή με 3 εργαζόμενους από τις βασικές ειδικότητες, αντιστοιχούν 50 ωφελούμενοι.

Πως είναι δυνατόν να καταστά σταθερά βιώσιμες τις δομές ένα σχέδιο που με τα κριτήρια που βάζει, περιορίζει στο ελάχιστο το σύνολο σχεδόν των δικαιούχων, αδιαφορώντας αν καλύπτονται με επάρκεια οι αυξημένες ανάγκες των ηλικιωμένων της χώρας;

Για τους παρόχους, διαπιστώνουμε ότι γίνεται κοινή πρόσκληση Δημοτικών δομών και Ιδιωτών που θέλουν να συμμετάσχουν, ότι μπαίνουν σε κοινή αντιμετώπιση. Μας προκαλεί έκπληξη. Αυτό σημαίνει ότι σε περίπτωση κοινής αίτησης στο Δήμο μας, δικής μας συμμετοχής και ενός ή περισσότερων Ιδιωτών, θα υπάρξει επιλογή του ενός ή άλλου. Με βάση τι; Ποια κριτήρια; Αν δεν υπάρξει επιλογή, αλλά μπορούν να συμμετάσχουν όλοι, πως θα εξασφαλιστεί πάλι η βιωσιμότητα των Δημοτικών δομών; Θεωρούμε ότι είναι λάθος να μπαίνουν Δημοτικές δομές σε ίδια πρόσκληση με τους Ιδιώτες. Αυτό δε γίνεται πουθενά. Είναι παράτυπο.

Το άνοιγμα των ίσων ευκαιριών, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να συνδυάζεται με Δημοτικές δομές που λειτουργούν εδώ και πολλά χρόνια. Τη στιγμή μάλιστα που ως χώρα και ως τοπική αυτοδιοίκηση δεν έχουμε σταθερές δομές πρόνοιας ακόμα.

Την ίδια στιγμή, δεν προβλέπετε τίποτα για την κατοχύρωση των εργαζομένων που έχουν δώσει τα μέγιστα τόσα χρόνια, κάνοντας ότι είναι δυνατό για την φροντίδα των συμπολιτών μας. Κάτω από αντίξοες συνθήκες, απλήρωτοι πολλές φορές για μεγάλα διαστήματα, βάζοντας 'πλάτη' για την ύπαρξη στοιχειωδώς, ενός προβληματικού έως τώρα μοντέλου υλοποίησης, προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Η σύμβασή τους λήγει 31.03.2013 και από 01.04.2013 αν δεν υπάρξει πρόβλεψη, θα μείνουν στο δρόμο.

Άρα, συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι το 'κατ οίκον φροντίδα', δεν εκπληρώνει το σκοπό του που υποτίθεται ότι είναι, να παγιώσει την βοήθεια και την φροντίδα προς τους ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α. στη χώρα μας. Γιατί απλά, δεν τους καλύπτει. Και για αυτό, πρέπει να το απορρίψουμε ως έχει.

Με βάση τα παραπάνω, θεωρούμε ότι:

1. Ως χώρα πρέπει να κάνουμε 'υπηρεσία' τη φροντίδα ηλικιωμένων και Α.Μ.Ε.Α., ώστε να την εξασφαλίσουμε σταθερά για τους Δήμους μας και για τη χώρα.
2. Πρέπει να έχουμε ένα δίκτυο προστασίας για τους ανήμπορους και φτωχούς που συνεχώς αυξάνονται λόγω δημοσιονομικής πολιτικής.
3. Πρέπει να εξασφαλίσουμε το υπάρχον προσωπικό, το οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες τους τόσα χρόνια και έχουν 'δεθεί' με τον κόσμο, ενώ έχουν προσληφθεί μέσω Α.Σ.Ε.Π. και καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες.
4. Οι Δημοτικές δομές οι οποίες λειτουργούν σήμερα σε όλη τη χώρα φροντίζουν ομοιοτρόπως χωρίς να καταστρατηγείτε η αρχή της ίσης μεταχείρισης, 13.0000 ηλικιωμένων και Α.Μ.Ε.Α. καθώς τα κριτήρια είναι πρωτίστως προνοιακά (οικονομικά, κοινωνικά, υγείας) και επιλέγονται κλιμακωτά χωρίς αποκλεισμούς.
5. Πρέπει οι Δημοτικές δομές να μπαίνουν σε κοινή αντιμετώπιση με ιδιωτικές επιχειρήσεις και πρόσωπα.

Εφ'όσον έχουμε εξασφαλίσει με νόμο (ΑΚΑΓΕ και ασφαλιστικές εισφορές 0,2% αλλά και τη συμβατική υποχρέωση του Υπουργείου Εσωτερικών για τους δικούς του δικαιούχους), χρήματα που εξασφαλίζουν την βιωσιμότητα όλων των Δημοτικών δομών.

Θα πρέπει:

1. Να εξασφαλιστεί με ένα συνολικό πλαίσιο-νόμο η σταθερή χρηματοδότηση του υπάρχοντος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των Δημοτικών δομών ως έχει, (πηγές

χρηματοδότησης Εσωτερικών-Εργασίας το αναγκαίο ποσό χρηματοδότησης του «Βοήθεια στο Σπίτι» περίπου 55.000.000).

2. Να διασφαλιστεί η σταθερή εργασία των ήδη εργαζομένων στις Δημοτικές δομές που έχουν προσληφθεί μέσω Α.Σ.Ε.Π. και καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες. Υπόψιν, ότι η συγχρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή επιτροπή σε όποιο πλαίσιο, ως μέσο εξασφάλισης της συνέχισης εργασίας των εργαζομένων, έχει αποκλειστεί από το Υπ. Εργασίας, καθώς από επαφές τους έχουν πάρει αρνητική απάντηση προς ώρας, ενώ και ο πρώην Υπουργός Εργασίας κος Κουτρουμάνης που προσπάθησε μέχρι τελευταίας, δεν μπόρεσε τελικά να την εξασφαλίσει.
3. Να δημιουργηθούν Κοινωνικές Υπηρεσίες στους Δήμους και να ενταχθούν εκεί όλοι οι εργαζόμενοι.

Όπως και να έχει, το 'κατ οίκον φροντίδα', αν δεν αλλάξουν αυτά που θίζαμε και δεν εξασφαλιστούν τα όσα προείπαμε, θα καταστεί ανεφάρμοστο και θα δημιουργήσει περισσότερα προβλήματα από αυτά που θέλει να λύσει.

Προνοιακά κριτήρια όπως αυτά, εφαρμόζονται χρόνια τώρα από το «Βοήθεια στο Σπίτι», συμπεριλαμβάνονται όλοι οι συνταξιούχοι από 65 ετών και άνω, με δυνατότητα επιλογής από την κατά τόπους δομή ωφελουμένων, από κάτω προς τα πάνω, καθώς και όλα τα Α.Μ.Ε.Α. αλλά και η εξασφάλιση των εργαζομένων που ήδη υπηρετούν, είναι προϋπόθεση για μια σωστή, ίση και σταθερή παροχή φροντίδας και βοήθειας από τον Δήμο μας και την πολιτεία.

Ζητάμε νομοθετική ρύθμιση, αναγνώριση των συμβάσεων ως αορίστου χρόνου και σταδιακή ένταξη των εργαζομένων.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» έχει περάσει από πολλά κύματα και παρ' όλες τις δυσκολίες, συνεχίζει να υφίσταται. Έχει αλλάξει ομάδα στόχου, ονομασία, κριτήρια ένταξης κ.λπ. Κατα κύριο λόγο πάροχος του, ήταν οι Δήμοι της χώρας, όμως τέλη του 2012 αρχίζει και ακούγεται έντονα, ότι το Κράτος επιθυμεί τη δημιουργία 'Κοινωνικών Συνεταιριστικών Επιχειρήσεων', οι οποίες θα λειτουργούν από τους υπάρχοντες εργαζόμενους, εφ' όσον φυσικά το επιθυμούν και θα αμείβονται, ανάλογα με τον αριθμό των ενταγμένων εξυπηρετούμενων. Η συγκεκριμένη πρόταση τους βρήκε όλους αντίθετους, διότι το κόστος για την σύσταση μιας 'επιχείρησης', βάση του ποσού που θα έδιναν τα ασφαλιστικά ταμεία (θα πλήρωναν για όσους ασφαλισμένους, επιθυμούσαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα), ήταν οικονομικά ασύμφωρο.

Παρατίθεται η ανακοίνωση του πανελλήνιου συντονιστικού σωματείου, λίγο πριν τη λήξη του προγράμματος, τον Μάρτιο του 2013 :

*«Η πολιτεία αποφάσισε την διάλυση του «Βοήθεια στο Σπίτι» και από 01.04.2013 εκβιαστικά μας αναγκάζει να κάνουμε κοινωνικούς συνεταιρισμούς ή αλλιώς απολύμαστε. Στέλνοντας τον σύμβουλο του Υπ. Εργασίας κο Ρέμμο σε διάφορους Δήμους ανά την Ελλάδα, διοργάνωσε ημερίδες, με σκοπό των αποπροσανατολισμό των εργαζομένων και της κοινωνίας, με ένα ωραίο και «πιασάρικο» περιτύλιγμα, ονομασίας «Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις», προσπαθεί να αποτινάξει από πάνω της κάθε ευθύνη για την κοινωνική μέριμνα και φροντίδα των ανήμπορων ομάδων της κοινωνίας και να την παραδώσει στα χέρια ιδιωτικών ουσιαστικά εταιρειών. Επενδύοντας στην ανάγκη των εργαζόμενων για εργασία που τους αποφέρει ένα εισόδημα στους ίδιους και στις οικογένειές τους, εκβιαστικά η πολιτεία επιχειρεί να μετατρέψει τους εργαζόμενους, σε συνεταιριστές μετόχους, χάνοντας τα εργασιακά τους δικαιώματα και μετατρέποντας το μισθό τους σε «μέρισμα» αμφιβόλου μεγέθους. Μέσα σε όλη αυτή την τραγική κατάσταση για τους εργαζόμενους και τους εκατοντάδες χιλιάδες μοναχικούς, ανήμπορους, ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α., οι οποίοι εξυπηρετούνταν μέχρι τώρα από το πρόγραμμα και τους πετάει κυριολεκτικά στο δρόμο, ο σύμβουλος των Υπουργείων κ. Ρέμμος περιπαίζει τους εργαζόμενους και τους ωφελομένους, λέγοντας ότι "τα κριτήρια που θέσαμε για το νέο πρόγραμμα, γνωρίζουμε οτι είναι πολύ αυστηρά, είναι σαν να ζητάμε έναν Πακιστανό ψηλό με γαλανά μάτια και ζανθά μαλλιά".*

*Η απάντηση του σωματείου, ως προς την δημιουργία των «Κοινωνικών Συνεταιριστικών Επιχειρήσεων» είναι αρνητική».*

Ένα ακόμα σοβαρό θέμα, για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αποτελεί η μη πληρωμή αρκετών εργαζομένων, σε πλήθος Δήμων της χώρας. Οι οποίοι καλούνται να ανταπεξέλθουν στην δύσκολη ψυχολογικά εργασία τους, χωρίς αμοιβή.

Ενδεικτικά, παρατίθεται ερώτημα του ΚΚΕ στη Βουλή, προς τους υπουργούς Εσωτερικών και Οικονομικών, από τους Βουλευτές του ΚΚΕ κα Διαμάντω Μανωλάκου, κα Ελένη Γερασιμίδου και κο Χρήστο Κατσώτη, για το θέμα των απλήρωτων εργαζομένων του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Λήμνου, στις 21.11.2012<sup>5</sup>.

Τίθεται ερώτημα προς τους υπουργούς, τι μέτρα θα ληφθούν, ώστε να μονιμοποιηθούν όλοι οι εργαζόμενοι και η συγκεκριμένη υπηρεσία να αναπτυχθεί

---

<sup>5</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_7111.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_7111.html)

πλήρως από το κράτος, χρηματοδοτούμενη 100% από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ολόκληρο το κείμενο της ερώτησης έχει ως εξής:

*«Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" εντάχθηκε στους Δήμους χωρίς την απαραίτητη εξασφάλιση πόρων, με αποτέλεσμα οι Δήμοι σε συνθήκες υπο-χρηματοδότησης να μην μπορούν να το θέσουν σε λειτουργία.*

*Σήμερα σε συνθήκες καπιταλιστικής κρίσης η κατάσταση επιδεινώνεται, πλήττονται πρωτίστως τα φτωχότερα λαϊκά στρώματα. Είναι επιτακτική ανάγκη η ανάπτυξη δημόσιων και δωρεάν προνοιακών υπηρεσιών, που να καλύπτουν πλήρως όλες τις ανάγκες σε όλους, χωρίς αποκλεισμούς.*

*Σε αυτές τις συνθήκες οι εργαζόμενοι του προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι" παραμένουν στον αέρα και απλήρωτοι. Οι 11 εργαζόμενοι του συγκεκριμένου προγράμματος στο Δήμο Λήμνου, δεν έχουν πληρωθεί ακόμα τα δεδουλευμένα τους.*

*Ερωτώνται οι κ. Υπουργοί, τι μέτρα προτίθεται να πάρει η κυβέρνηση: Ώστε η υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι", χρηματοδοτούμενη κατά 100% από τον κρατικό προϋπολογισμό να αναπτυχθεί πλήρως από το κράτος και να καλύπτει όλους δωρεάν, χωρίς όρους και προϋποθέσεις;*

*Για να μονιμοποιηθούν όλοι οι εργαζόμενοι που εργάζονται σ' αυτό, να τους καταβληθούν τα μέχρι στιγμής δεδουλευμένα, καθώς επίσης να προσληφθεί το απαραίτητο προσωπικό για την πανελλαδική ανάπτυξη των υπηρεσιών αυτών.»*

Για το ίδιο θέμα, παρατίθεται ενημέρωση στις 28.12.2012. Εστάλει ενημέρωση, από το γρ.Τύπου του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, για την αποδέσμευση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, πόρων ύψους 60 εκατ. ευρώ για την κάλυψη του κόστους λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»<sup>6</sup>.

Σκοπός του προγράμματος, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας με συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά.

Όπως δήλωσε ο υπουργός Εργασίας κ. Γιάννης Βρούτσης:

*«Αφήνουμε το 2012 με την επιτυχή έκβαση της αποδέσμευσης κοινοτικών πόρων ύψους 60 εκατ. ευρώ υπέρ της χώρας.*

*Η έγκριση πληρωμής επιβεβαιώνει την τήρηση των δεσμεύσεων που είχε αναλάβει το υπουργείο, για τη μετάβαση σε ένα βιώσιμο σύστημα «Κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων», το οποίο βρίσκεται ήδη σε λειτουργία, συμβάλλοντας στη βελτίωση της*

---

<sup>6</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/12/blog-post\\_28.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/12/blog-post_28.html)

ποιότητας ζωής και στην άμβλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στις πλέον ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Το Υπουργείο Εργασίας, μέσα από τη Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών Πόρων, επικεντρώνει τις προσπάθειές του προς την κατεύθυνση της βέλτιστης αξιοποίησης των προγραμμάτων του Ε.Σ.Π.Α., με στόχο την καταπολέμηση της ανεργίας, τη στήριξη της απασχόλησης και την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.

Η μεθοδικότητα και η συνέπεια των ενεργειών του υπουργείου μας αλλά και η πλήρης ανταπόκριση στα αυστηρά χρονοδιαγράμματα θέσπισης θεσμικού και κανονιστικού πλαισίου, έκδοσης υπουργικών αποφάσεων καθώς και στις απαιτήσεις του σχετικού ελέγχου, που διενεργήθηκε από ανεξάρτητο φορέα αξιολόγησης διεθνούς κύρους, οδήγησε στην άρση των εμποδίων συγχρηματοδότησης και στην αποδέσμευση των παραπάνω πόρων.

Με άλλα λόγια, κέρδισε η χώρα μας σημαντικούς πόρους που για κάποιους ήταν προεξοφλημένο, ότι θα τους χάσουμε. Αξίζουν συγχαρητήρια σε όλους όσους συνέβαλαν στην επίτευξη αυτής της προσπάθειας».

Παρατίθεται ακόμα ερώτημα, από έξι βουλευτές της ΔΗΜΑΡ, τον κο Βασίλη Οικονόμου, τον κο Δημήτρη Αναγνωστάκη, τον κο Γιώργο Κυρίτση, τον κο Γιάννη Πανούση, την κα Νίκη Φούντα και τον κο Γρηγόρη Ψαριανό, προς τους υπουργούς Εργασίας, Εσωτερικών και Υγείας, σχετικά με το ζήτημα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», στις 12.03.2013<sup>7</sup>.

«Παρά τις ρητές διαβεβαιώσεις της Κυβέρνησης, ότι κανείς ωφελούμενος δεν θα στερηθεί την βοήθεια και ότι κανείς εργαζόμενος στο πρόγραμμα δεν θα χάσει την δουλειά του, δυστυχώς η πραγματικότητα επιβεβαιώνει τις επιφυλάξεις και τις ανησυχίες μας. Όπως μαθαίνουμε οι αιτήσεις που έχουν εγκριθεί είναι ελάχιστες σε σχέση με τους συμπολίτες μας που εξυπηρετούνται από την αναγκαία αυτή δομή. Κατά τη γνώμη μας τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία κάποιος θα δικαιούται την «Κατ' οίκον Φροντίδα» πρέπει να διευρυνθούν προκειμένου να καλύψουν το μέγιστο δυνατό αριθμό των συμπολιτών μας που το έχουν ανάγκη». Επισημαίνουν, επίσης, ότι «αντικειμενικό πρόβλημα στην λειτουργία του νέου προγράμματος αποτελεί το γεγονός, ότι οι Δήμοι δεν έχουν φροντίσει ως όφειλαν να μεριμνήσουν, ώστε να συσταθούν οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις που θα απορροφούσαν και τους εργαζόμενους στο «Βοήθεια στο Σπίτι» εντός του 2012 και κατά συνέπεια δεν επαρκούν οι υφιστάμενοι πάροχοι των

---

<sup>7</sup> <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/6.html>



συγκεκριμένων υπηρεσιών προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του Προγράμματος, ιδίως εάν αποδεχτείτε την πρότασή μας για διεύρυνση των κριτηρίων. Εκ των πραγμάτων λοιπόν και λόγω κυρίως της αμέλειας της πλειοψηφίας των Δήμων, πιστεύουμε ότι η λειτουργία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» πρέπει στην παρούσα φάση να παραταθεί για το σύνολο των δικαιούχων με ρητή όμως δέσμευση και της Κ.Ε.Δ.Ε., ότι δεν θα αιτηθεί εκ νέου παράταση, εάν δεν μεριμνήσουν οι Δήμοι ώστε να συσταθούν οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Εταιρίες .

Τέλος πιστεύουμε, ότι τα εμπλεκόμενα Υπουργεία σε συνδυασμό με τους Δήμους πρέπει από κοινού να αναζητήσουν επιπρόσθετους πόρους από την Ευρωπαϊκή Ένωση προκειμένου να αναπτυχθούν περαιτέρω οι δράσεις που προβλέπονται στο «Πρόγραμμα Κατ' Οίκον Φροντίδας», να καλυφθεί η χρηματοδότηση για όλους όσους το χρειάζονται.» Επίσης, ο Βουλευτής, Βασίλης Κεγκέρογλου, που μίλησε εκ μέρους του ΠΑΣΟΚ, στην επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, αναφέρθηκε: στη σημασία του προγράμματος αλλά και στην ανάγκη διεύρυνσης του προκειμένου να καλύψει τις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες, ιδιαίτερα των ασθενέστερων που βιώνουν πολύ δυσκολότερα την οικονομική κρίση που περνά η χώρα. Πρότεινε:

- 1)Τη παράταση του προγράμματος με τη σημερινή του μορφή μέχρι τέλους του 2013.
- 2)Την ανακατανομή των πόρων του ΕΣΠΑ στην κατεύθυνση που ήδη έχει εκφράσει τη βούληση της η Κυβέρνηση, για να συγχρηματοδοτηθεί το πρόγραμμα από πόρους του ΕΚΤ τα επόμενα χρόνια.
- 3)Ως συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ΕΚΤ-ΑΚΑΓΕ-Υπουργείο Εσωτερικών θα έχει τη δυνατότητα ανανέωσης των συμβάσεων.

Δεσμεύτηκε για παράταση του προγράμματος τουλάχιστον 6 μηνών, προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες που προτάθηκαν για συνέχιση του προγράμματος τα επόμενα χρόνια και σε περίπτωση που δεν επιτευχθούν να συζητηθεί το θεσμικό πλαίσιο μέσω της κοινωνικής και αλληλέγγυας οικονομίας.

Εν συνεχεία, σύμφωνα με το ΦΕΚ Α', φύλ.98, 26.04.2013, άρθρο 20, νόμος υπ.αριθ.4147, παρατάθηκε η διάρκεια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» έως τις 30.09.2013. Οι συμβάσεις εργασίας των απασχολούμενων ορισμένου χρόνου για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών ανανεώθηκαν, όπως οριζόταν στις περιπτώσεις α' και β' της (παραγράφου 6 του άρθρου 2 της 31.12.2011) Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α 268), η οποία κυρώθηκε με το άρθρο 2 του Ν.4047/2012 (Α 31) και είχε παραταθεί μέχρι 30.09.2012, με την πράξη νομοθετικού περιεχομένου που κυρώθηκε με το Ν.4087/2012 (Α 196). Οι συμβάσεις των απασχολούμενων στο

πρόγραμμα, σε καμιά περίπτωση δεν μετατρέπονται σε αορίστου χρόνου κατά την έννοια της διάταξης της παραγράφου 3, άρθρο 21. Ν.2190/94.

Για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση της υλοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων, για το χρονικό διάστημα από 01.04.2013 έως 30.09.2013, μεταφέρθηκαν πόροι από το λογαριασμό της εισφοράς αλληλεγγύης συνταξιούχων που τηρείτο στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.) και εφ' όσον υπήρχε διαθέσιμο υπόλοιπο από τη μηνιαία εξόφληση των δομών του ν.4019/11, όπως αυτός ίσχυε σε εφαρμογή του προγράμματος «Κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων», (ν.4059/12 όπως αυτός ίσχυε). Οι πόροι χρησιμοποιήθηκαν υπέρ των συνταξιούχων όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και των συνταξιούχων του Δημοσίου που ωφελούνταν από το ανωτέρω πρόγραμμα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και Εσωτερικών, προσδιορίστηκε το ύψος των μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Η διαχείριση των πόρων αυτών καθώς και οι υποχρεώσεις υλοποίησης του προγράμματος καθορίζονταν σε προγραμματική σύμβαση που υπογράφηκε μεταξύ των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας, Εσωτερικών και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. περιλαμβάνοντας εκ των άλλων ρήτρες αξιολόγησης της εφαρμογής.

Εν συνεχεία, εφ' όσον πραγματοποιείται ο έλεγχος πληρότητας των απαιτούμενων δικαιολογητικών και των προϋποθέσεων υπαγωγής στο πρόγραμμα, τα αρμόδια όργανα των υποκαταστημάτων και παραρτημάτων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, εκδίδουν την απόφαση ένταξης στο πρόγραμμα. Πιο συγκεκριμένα, η απόφαση γνωστοποιείται στον ωφελούμενο, ο οποίος ενημερώνεται για τους πάροχους που δραστηριοποιούνται στην περιοχή του. Ουσιαστικά η αξιολόγηση της αίτησης ολοκληρώνεται, εφόσον υπάρχει πάροχος που δραστηριοποιείται στην περιοχή του συνταξιούχου, με τον οποίο το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ έχει συνάψει σύμβαση.

Να σημειωθεί, ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν εφαρμόστηκε. Στο ΙΚΑ δεν κατατέθηκαν αιτήσεις, για εγγραφή στο πρόγραμμα, οπότε δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, έλεγχος των απαιτούμενων κριτηρίων, για την ένταξη των ωφελούμενων στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», του Δήμου κατοικίας τους.

Οι ενδιαφερόμενοι εξακολουθούν να απευθύνονται στο Δήμο τους και την τελική απόφαση για την ένταξη των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα, λαμβάνει ο

Κοινωνικός Λειτουργός. Να αναφερθεί, ότι στους περισσότερους Δήμους δεν ήταν, ούτε είναι υποχρεωτική η κατάθεση αίτησης. Η συνήθης διαδικασία που ακολουθείται, για ένταξη κάποιου στο πρόγραμμα, είναι η επίσκεψη από Κοινωνικό Λειτουργό και η λήψη κοινωνικού ιστορικού. Εν συνεχεία, αποφασίζεται ποιές ειδικότητες είναι απαραίτητες για τον εκάστοτε εξυπηρετούμενο, για παράδειγμα, Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, Οικογενειακός Βοηθός ή ακόμα και όλες οι ειδικότητες μαζί. Παρατίθεται ενδεικτικά, το Δελτίο Τύπου που στάλθηκε στις 29.03.2013, από το γραφείο τύπου του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, με θέμα: Παράταση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»<sup>8</sup>.

Μετά από συνάντηση του Υπουργού Εσωτερικών κο Ευριπίδη Στυλιανίδη, του Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών κο Χρήστο Σταϊκούρα και του Υφυπουργού Εργασίας κο Νίκο Παναγιωτόπουλο, αποφασίστηκε η παράταση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για έξι μήνες, ως τις 30.09.2013. Η παράταση του προγράμματος, θα γίνει με τροπολογία που θα κατατεθεί στη Βουλή τη Δευτέρα και θα χρηματοδοτηθεί από το ΑΚΑΓΕ. Η παράταση κρίνεται σκόπιμη, προκειμένου να προετοιμαστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το διάδοχο πρόγραμμα «Κατ' οίκον φροντίδα», που έχει ετοιμάσει το Υπουργείο Εργασίας, χωρίς οι 80.000 ωφελούμενοι του προγράμματος να στερηθούν ούτε μια μέρα τις πολύτιμες υπηρεσίες που τους παρέχονται από τους 3.500 και πλέον εργαζομένους.

Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Εργασίας και του Υπουργείου Εσωτερικών, ευχαριστεί ιδιαίτερα την Κ.Ε.Δ.Ε. και τους εργαζόμενους του «Βοήθεια στο Σπίτι» για την έως τώρα συνεργασία και δεσμεύεται, ότι αυτή η συνεργασία θα συνεχιστεί ώστε το διάδοχο σχήμα να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες των ωφελουμένων.

Ανακοινώθηκε η απόφαση του Πανελληνίου Συντονιστικού Σωματείου, σχετικά με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου που ζητείται, με προσωπικά δεδομένα των ωφελουμένων του «Βοήθεια στο Σπίτι», στις 24 Απριλίου του 2013<sup>9</sup>. Διαπιστώνεται ότι ελλοχεύει κίνδυνος, για την ανάληψη του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», από ιδιωτικούς πάροχους.

*Το υπουργείο Εργασίας δια της Ε.Ε.Τ.Α.Α., ζήτησε από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του προγράμματος να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο με ερωτήματα, τύπου ποιο είναι το εισόδημα του ωφελούμενου ή ποια είναι η περιουσιακή του κατάσταση, για π.χ. έχει ιδιόκτητο ή όχι σπίτι και άλλα αξιοπερίεργα που παραπέμπουν σε υπαλλήλους ελεγκτικών*

<sup>8</sup> <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/e.html>

<sup>9</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/04/blog-post\\_24.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/04/blog-post_24.html)

δομών εφοριών αλλά σίγουρα όχι σε εργαζόμενους κοινωνικής δομής. Επιπλέον τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν εκτός από το διανθισμένο με κοινωνική ευαισθησία ερωτηματολόγιο και υπεύθυνη δήλωση, όπου τους υποχρεώνει να βεβαιώσουν, ότι τα οικονομικά στοιχεία που αναφέρουν είναι αληθή. Η απόφαση του σωματείου, είναι να μην προσκομίσουν αλλά ούτε και να βεβαιώσουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των ηλικιωμένων ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος 'Βοήθεια στο Σπίτι'.

Απώτερος σκοπός της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αποτελεί, να καταβληθούν δεδουλευμένα από το 2012, που οφείλονται σε ένα μεγάλο μέρος των εργαζομένων. Η πρόεδρος του σωματείου εργαζομένων 'Βοήθεια στο Σπίτι' Α.Μ-Θ., κα Κική Αλατζιά επεσήμανε, ότι η παραπάνω διαδικασία δεν συνοδεύεται από ένα πλαίσιο προστασίας από πλευρά πολιτείας, κείμενης νομοθεσίας ή αρμόδιων ανεξάρτητων αρχών, ούτε για τους εργαζόμενους αλλά ούτε και για τους ηλικιωμένους ωφελούμενους. Υποψιάζονται δε οι εργαζόμενοι, ότι η μετεξέλιξη σε συνεταιριστικού τύπου δομή με εμπλοκή ιδιωτών του προγράμματος, σχετίζεται με την όλη υπόθεση αφού επί της ουσίας ζητείται με τη συνδρομή εργαζομένων να στηθεί μια βάση δεδομένων που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί αύριο ο ενδιαφερόμενος ιδιώτης.

Η εκτίμηση είναι, ότι όλη αυτή η διαδικασία λειτουργεί εκβιαστικά εφόσον συνδέεται με την καταβολή μισθών για τους οποίους έχουν ήδη εργαστεί. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι εργαζόμενοι έθεσαν υπόψη του Υπουργείου Εργασίας και της Ε.Ε.Τ.Α.Α. τον προβληματισμό τους ζητώντας προστασία μέσω της Αρχής Προσωπικών Δεδομένων, ως προς τη χρήση των στοιχείων που τους ζητούνται αλλά και αποσύνδεση της παραπάνω διαδικασίας από την καταβολή των μισθών τους.

Όσον αφορά, τη συνέχιση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» από τον Οκτώβριο του 2013 και έπειτα, παρατάθηκε για ένα έτος, έως τις 30.09.2014. Κατατέθηκαν στο υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, οι νομοθετικές ρυθμίσεις για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην τροπολογία 828/6, με την οποία το πρόγραμμα συνεχίζεται, μετεξελίσσεται και διευρύνεται.

Το υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας αξιολογώντας τις αυξημένες ανάγκες, για κατ' οίκον φροντίδα σε κατηγορίες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα και χρήζουν στήριξης, προώθησε όχι μόνο τη συνέχιση του προγράμματος, αλλά και τη μετεξέλιξη και διεύρυνσή του, ώστε να καταστεί περισσότερο αποτελεσματικό για τους αδύναμους που έχουν ανάγκη τη στήριξη στο σπίτι, σε κάθε χωριό και σε κάθε γειτονιά, με καλύτερη αξιοποίηση των

διατιθέμενων πόρων. Για το σκοπό αυτό, τόσο ο υπουργός Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας, κος Γιάννης Βρούτσης, όσο και ο υφυπουργός, κος Βασίλης Κεγκέρογλου συνεργάστηκαν με τα υπουργεία Εσωτερικών, Υγείας και Οικονομικών.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», σύμφωνα με την προτεινόμενη ρύθμιση προσφέρει υπηρεσίες στους δικαιούχους τριών επιμέρους προγραμμάτων:

1. Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων.
2. Κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα.
3. Κατ' οίκον νοσηλεία.

Οι υπηρεσίες αφορούν, συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη, ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική μέριμνα, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, οικιακή βοήθεια. Ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και για τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες, όπου θα μπορούν να απευθυνθούν. Ακόμα θα αναλαμβάνονται, διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών και επίλυση γραφειοκρατικών υποθέσεων. Πιο αναλυτικά:

1. Το πρόγραμμα «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων», θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του ν.4052/12. Αφορά την παροχή υπηρεσιών στους συνταξιούχους όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και του δημοσίου που πληρούν τις προϋποθέσεις, οι οποίες έχουν καθοριστεί.
2. Το πρόγραμμα «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα», θεσμοθετείται για πρώτη φορά, με σκοπό την κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των αναπήρων στην κατοικία τους, ώστε να εξασφαλισθεί η παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, να αποφευχθεί η παραμονή σε δομές κλειστής φροντίδας και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού.
3. Το πρόγραμμα «Κατ' οίκον Νοσηλεία», θεσμοθετείται σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, με σκοπό την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την μετανοσοκομειακή νοσηλεία και ανάρρωση του ασθενούς στο δικό του χώρο, συμβάλλοντας ταυτόχρονα στην απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών για να χρησιμοποιηθούν από εκείνους που τις έχουν περισσότερο ανάγκη. Το πρόγραμμα «κατ' οίκον Νοσηλεία» θα εφαρμοστεί κατ' αρχήν πιλοτικά.

Το πρόγραμμα θα υλοποιείτο μέχρι τις 30.09.2014, με προγραμματική σύμβαση μεταξύ των υπουργείων Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Εσωτερικών, του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε.

Στη διάρκεια του χρονικού διαστήματος από την 01.10.2013 έως τις 31.03.2014, θα πραγματοποιείται πλήρης καταγραφή των ωφελούμενων ανά κατηγορία που εξυπηρετούνται σε κάθε Δήμο, σε ενιαίο ηλεκτρονικό μητρώο στο οποίο εκτός των άλλων, όπου θα εμφανίζεται η ιδιότητα με την οποία μετέχει στο πρόγραμμα ο ωφελούμενος. Για π.χ. ωφελούμενος του «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» ή του «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα» ή του «Κατ' οίκον Νοσηλεία» κ.λπ. Η διαδικασία καταγραφής, η τήρηση και η επικαιροποίηση του μητρώου, θα περιγράφονται στην προγραμματική σύμβαση.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το ΦΕΚ Α', φυλ.216, 11.10.2013, άρθρο 127 Ν.4199, η διάρκεια του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων, για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών, όπως ορίζεται στις περιπτώσεις α' και β' της παραγράφου 6, του άρθρου 2 της από 31 Δεκεμβρίου 2011 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 268), η οποία κυρώθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν. 4047/2012 (Α' 31) και είχε παραταθεί μέχρι τις 30.09.2012, με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου που κυρώθηκε με το ν. 4087/2012 (Α' 196) και στη συνέχεια παρατάθηκε μέχρι τις 30.09.2013, με την από 31.12.2012 Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου ΦΕΚ Α', φυλ.3725, που κυρώθηκε με την παρ.2 του άρθρου 20 του ν.4147/2013 (Α'98), παρατείνεται από τη λήξη της μέχρι τις 30.09.2014. Οι συμβάσεις των απασχολούμενων στο Πρόγραμμα, σε καμία περίπτωση δεν μετατρέπονται σε αορίστου χρόνου κατά την έννοια της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 21 του ν. 2190/1994.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει υπηρεσίες:

1. Σε δικαιούχους του «Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων», συνταξιούχους όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και των συνταξιούχων του Δημοσίου (ν.4052/2012 όπως αυτό ισχύει), οι οποίοι δεν εξυπηρετούνται από άλλους παρόχους.
2. Σε άλλες κατηγορίες του πληθυσμού, που αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα, όπως οι ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι και τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.), οι οικονομικά αδύνατοι πολίτες που εντάσσονται στο πρόγραμμα «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα».
3. Θεσμοθετείται ολοκληρωμένο πρόγραμμα με τίτλο «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα» που εποπτεύεται από τα Υπουργεία Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Εσωτερικών και συντονίζεται από τις υπηρεσίες της Γενικής

Γραμματείας Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Σκοπός του προγράμματος, είναι η κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των αναπήρων στην κατοικία τους, ώστε να εξασφαλισθεί η παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, να αποφευχθεί η παραπομπή σε δομές κλειστής φροντίδας και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και η στήριξη των ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών που το έχουν ανάγκη και πληρούν τα κριτήρια.

Το περιεχόμενο του προγράμματος αφορά:

- Την καταπολέμηση της εξάρτησης ηλικιωμένων και αναπήρων με την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικιακής βοήθειας.
- Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων, για τα δικαιώματά τους, την υποστήριξη κατά τις επαφές τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- Τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους σε πολιτιστικές, ψυχαγωγικές, κοινωνικές και θρησκευτικές δραστηριότητες.

Ωφελούμενοι του προγράμματος, είναι συγκεκριμένες κατηγορίες ανασφάλιστων ηλικιωμένων και αναπήρων που χρήζουν υπηρεσίες κατ' οίκον βοήθειας, ήτοι υποστηρικτικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Κριτήρια επιλογής των ωφελούμενων αποτελούν:

- Η ηλικία.
- Το εισόδημα.
- Η οικογενειακή κατάσταση.
- Η κατάσταση της υγείας τους.
- Η πρόσκαιρη ή μόνιμη εξάρτηση.

Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας εξειδικεύονται τα προαναφερθέντα κριτήρια, το περιεχόμενο υλοποίησης του Προγράμματος, η διαδικασία επιλογής των ωφελούμενων και κάθε άλλο αναγκαίο σχετικό θέμα.

Δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του Προγράμματος, πρόσωπα που διαβιούν σε μονάδες κλειστής φροντίδας κάθε νομικής μορφής ή σε νοσηλευτικές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, για όσο χρονικό διάστημα παραμένουν στις παραπάνω μονάδες.

Στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας συνίσταται Εθνική Επιτροπή Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας. Η επιτροπή συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και αποτελείται από:

- Τον Γενικό Γραμματέα Πρόνοιας ως Πρόεδρο.
  - Τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας.
  - Τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Εσωτερικών.
  - Έναν εκπρόσωπο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας με τον αναπληρωτή του που υποδεικνύονται από το Διοικητικό της Συμβούλιο:
1. Έναν εκπρόσωπο του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας με τον αναπληρωτή του, που υποδεικνύονται από το Διοικητικό του Συμβούλιο.
  2. Έναν εκπρόσωπο της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.Μ.Ε.Α.) με τον αναπληρωτή του, που υποδεικνύονται από το Διοικητικό της Συμβούλιο.
  3. Ένα μέλος ΔΕΠ Πανεπιστημίου ή ΕΠ. ΤΕΙ με εξειδίκευση στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από τον Υπουργό Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.

Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, ρυθμίζεται κάθε ζήτημα οργάνωσης και λειτουργίας της Επιτροπής.

Η λειτουργία του Προγράμματος «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα», δύναται να καλυφθεί από τις ακόλουθες πηγές:

1. Πόροι του Τακτικού Προϋπολογισμού.
2. Πόροι του Κρατικού Λαχείου Κοινωνικής Αντίληψης.
3. Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' Βαθμού.
4. Πόροι του Εθνικού Στρατηγικού Πλαίσιου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) 2007-2013 και του Σύμφωνου Εταιρικής Σχέσης (Σ.Ε.Σ.) 2014-2020.
5. Πόροι από Προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
6. Ιδιωτικοί πόροι, στο πλαίσιο ανάπτυξης δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης προνοιακού χαρακτήρα.
7. Ιδιωτικοί πόροι, στο πλαίσιο ανάπτυξης δράσεων οργανωμένης κοινωνικής προσφοράς από Ιδρύματα και Σωματεία.



Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Εσωτερικών, προσδιορίζονται το ύψος των μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Η διαχείριση των πόρων αυτών, η δημιουργία ενιαίου ηλεκτρονικού μητρώου ωφελουμένων και οι διαδικασίες αποτελεσματικής υλοποίησης του Προγράμματος, καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Εσωτερικών, του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και της Ελληνικής Εταιρίας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε., περιλαμβάνοντας ρήτρες αξιολόγησης της εφαρμογής του Προγράμματος.

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», δύναται να παρέχει υπηρεσίες «Κατ' οίκον Νοσηλείας», με σκοπό τη νοσηλεία και ανάρρωση του ασθενούς στο δικό του χώρο, εφ' όσον πληροί τις προϋποθέσεις (για π.χ. διαθέτει το κατάλληλο προσωπικό, τον εξοπλισμό κ.λπ.) που καθορίζονται, με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Με όμοιες αποφάσεις καθορίζονται όλα τα θέματα που αφορούν, τις διαδικασίες υλοποίησης της «Κατ' οίκον Νοσηλείας» καθώς και τις περιοχές πιλοτικής εφαρμογής της.

Οι Δήμοι ή τα νομικά τους πρόσωπα, που θα αποφασίσουν να συνεχίσουν να προσφέρουν υπηρεσίες και πέραν από την 30<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2014 με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 2014 θα συνάψουν προγραμματική σύμβαση με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Υγείας, το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε για την εξυπηρέτηση:

- Ωφελουμένων του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδας Συνταξιούχων».
- Δικαιούχων του προγράμματος «Κατ' οίκον Κοινωνικής Φροντίδας» ηλικιωμένων, ανασφάλιστων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.).
- Δικαιούχων του προγράμματος «Κατ' οίκον Νοσηλείας».

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Υγείας και Εσωτερικών που εκδίδεται μέχρι τις 30.04.2014, προσδιορίζονται οι διαδικασίες συντονισμού, οι πιστοποιήσεις των φορέων παροχής υπηρεσιών, ο έλεγχος τους, οι διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης, οι πόροι χρηματοδότησης, το ύψος, τα κριτήρια και η διαδικασία καταβολής της αποζημίωσης των Δήμων, ανάλογα με τον αριθμό των ωφελουμένων και τον απαιτούμενο αριθμό εργαζομένων, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία διαδικασία και λεπτομέρεια για την

απρόσκοπτη υλοποίηση του προγράμματος. Μετά την 30<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 2014, το πρόγραμμα περνάει στους Δήμους της χώρας.

Στο πλαίσιο του προγράμματος θα λειτουργήσει ολοκληρωμένο σύστημα για:

- Την παρακολούθηση και διοίκηση του.
- Την υποστήριξη των διαδικασιών.
- Την παρακολούθηση της υλοποίησης του προγράμματος ανά Δήμο και δομή.
- Αποτύπωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανά επιμέρους πρόγραμμα και ωφελούμενο.
- Στατιστικά στοιχεία και δείκτες απόδοσης του προγράμματος κ.λπ.

Να αναφερθεί, ότι τα τρία προγράμματα κατ' οίκον βοήθειας δεν εφαρμόστηκαν, αλλά εξακολουθεί να ισχύει το πρόγραμμα με την αρχική του μορφή. Έως τέλη του 2014, δεν πραγματοποιήθηκε πλήρης καταγραφή των ωφελούμενων. Επίσης, δεν πραγματοποιήθηκε η μεταφορά του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», από τα Ν.Π.Ι.Δ. στους Δήμους. Οι εργαζόμενοι, συνεχίζουν να εξαρτώνται μέχρι το Α' εξάμηνο του 2015, από συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου και σε αρκετούς Δήμους της χώρας, παραμένει άλυτο το θέμα της πληρωμής τους.

Για το συγκεκριμένο θέμα παρατίθεται ανακοίνωση<sup>10</sup>: Όσον αφορά το θέμα της χρηματοδότησης των Ν.Π.Ι.Δ., που ανήκουν οι κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας και αφήνουν απλήρωτους τους εργαζόμενους, τέθηκε σχετικό ερώτημα στη Βούλη. Πιο συγκεκριμένα, ο αναπληρωτής Υπουργός Οικονομικών κος Χρήστος Σταϊκούρας, απαντά σε ερώτηση σχετικά με τα προβλήματα που έχουν ανακύψει στην καταβολή μισθών και πληρωμών μέσω της Ε.Α.Π., καθώς πολλά Ν.Π.Ι.Δ. Δήμων δεν έχουν τα κεφάλαια, ώστε να μπορούν να καταβάλουν μηνιαίως μισθούς και πληρωμές ΙΚΑ για το προσωπικό που απασχολούν σε διάφορα προγράμματα. Στην έγγραφη απάντησή του, αναφέρεται σε έγγραφο της Ενιαίας Αρχής Πληρωμών με το οποίο ενημερώθηκαν τα Ν.Π.Ι.Δ. για την υποχρέωσή τους να ενταχθούν μετά την 01.01.2014 στο σύστημα πληρωμών της Ε.Α.Π. για την καταβολή των πάσης φύσεως αποδοχών και πρόσθετων αμοιβών του προσωπικού τους.

*«Αναφορικά με τα προβλήματα που ανακύπτουν από τις καθυστερήσεις χρηματοδότησης των Ν.Π.Ι.Δ. τόσο για την καταβολή αποδοχών όσο και για την πληρωμή του ΙΚΑ, σας γνωρίζουμε ότι η τακτοποίησή τους θα ακολουθεί τη ροή των χρηματοδοτήσεων του φορέα», αναφέρει ο κ. Σταϊκούρας, υπογραμμίζει ωστόσο, ότι*

---

<sup>10</sup>[http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/03/blog-post\\_3863.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/03/blog-post_3863.html)

*«επιδίωξη όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών είναι η ορθή και άμεση καταβολή των πάσης φύσεως αποδοχών στους εργαζόμενους καθώς και η απόδοση των κρατήσεων».*

Το θέμα τέθηκε από τον Βουλευτή του ΣΥΡΙΖΑ κο Νίκο Συρμαλένιο, με ερώτηση που είχε καταθέσει για το υπουργείο Οικονομικών και με θέμα, την ένταξη των Ν.Π.Ι.Δ. στο σύστημα της Ενιαίας Αρχής Πληρωμής (Ε.Α.Π.). Ο Βουλευτής του ΣΥΡΙΖΑ έθεσε υπόψη του υπουργείου Οικονομικών αναφορά του δήμου Άνδρου σύμφωνα με την οποία, η ένταξη των Ν.Π.Ι.Δ. όλων των δήμων της Ελλάδος στο Ενιαίο Σύστημα Πληρωμής (Ε.Α.Π.) δημιουργεί προβλήματα σε εκείνα τα Ν.Π.Ι.Δ. που υλοποιούν χρηματοδοτούμενα προγράμματα, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και αυτό των παιδικών σταθμών.

Η επισκόπηση των βασικών χαρακτηριστικών του νέου μοντέλου κατ' οίκον φροντίδας, οδηγεί στην ανάδειξη ενός πλέγματος προκλήσεων για την αποτελεσματική εφαρμογή της Στρατηγικής την περίοδο 2013-2014<sup>11</sup>, που εντοπίζονται στα ακόλουθα επίπεδα:

- ❖ Θεμελίωση και προστασία δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και των αναπήρων.
- ❖ Κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των εξυπηρετούμενων.
- ❖ Κατοχύρωση της ποιότητας των παρεμβάσεων.
- ❖ Κατοχύρωση της βιωσιμότητας των παρεμβάσεων, μετά τη διακοπή της συγχρηματοδότησης των υπηρεσιών από κοινοτικούς πόρους.

Η κύρια θεσμική πρόκληση της Στρατηγικής, αντιστοιχεί στην κατοχύρωση αγωγίων δικαιωμάτων συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού σε στοχευμένες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Με βάση την υφιστάμενη συγκυρία, οι επωφελούμενοι της νέας Στρατηγικής, πρέπει να οριοθετηθούν μέσω της χρήσης κριτηρίων επιλεξιμότητας, τα οποία θα «αμφιταλαντευθούν» αρχικά μεταξύ της δημοσιονομικής στενότητας (για την κατηγορία των ανασφαλιστών) και της ωρίμανσης του ασφαλιστικού κινδύνου της εξάρτησης (για την κατηγορία των ασφαλισμένων).

Σε κάθε περίπτωση, οι ομάδες στόχου εντοπίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- ❖ Συνταξιούχοι όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.
- ❖ Συνταξιούχοι ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων.
- ❖ Ανασφαλιστοι άποροι ηλικιωμένοι και ανάπηροι που καλύπτονται από προγράμματα εισοδηματικής ενίσχυσης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.

---

<sup>11</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 272-274

- ❖ Ανασφάλιστοι άποροι ηλικιωμένοι και ανάπηροι (ανεξαρτήτου ηλικίας) που δεν δικαιούνται τις επιδοματικές παροχές αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας.

Η βασική κοινωνικοπολιτική πρόκληση της Στρατηγικής, αντιστοιχεί στην κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των αναπήρων (ανεξαρτήτου ηλικίας) στην κατοικία τους, ώστε να εξασφαλισθεί η παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, να αποφευχθεί η παραπομπή σε δομές κλειστής φροντίδας και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού. Το κρίσιμο διακύβευμα στο επίπεδο αυτό εντοπίζεται στις τεχνικές προώθησης του στόχου: δημιουργία μίας «ανοιχτής αγοράς» παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, χορήγηση χρηματικών επιδομάτων στους δικαιούχους ή συνδυαστική εφαρμογή τους.

Η βασική επιχειρησιακή πρόκληση της Στρατηγικής αντιστοιχεί στην κατοχύρωση της ποιότητας των παρεμβάσεων μέσω:

- ❖ Προσδιορισμού του περιεχομένου και της έκτασης των υπηρεσιών.
- ❖ Εξειδίκευση του οργανωτικού πλαισίου χορήγησης των παροχών/υπηρεσιών.
- ❖ Επιλογή των παροχών.
- ❖ Αναβάθμιση των προσόντων/δεξιοτήτων των ανθρώπινων πόρων του συστήματος.
- ❖ Χρήση τεχνικών αξιοποίησης των παροχών/υπηρεσιών (επικοινωνία και διάχυση).
- ❖ Ανάπτυξη μηχανισμών παρακολούθησης και αξιολόγησης των παροχών/υπηρεσιών (μητρώα παροχών, πρωτόκολλα ποιότητας, άνθρωποι πόροι, μεθοδολογίες και εργαλεία).
- ❖ Καταπολέμηση της παραοικονομίας στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Η βασική χρηματοδοτική πρόκληση της Στρατηγικής, αντιστοιχεί στην κατοχύρωση της βιωσιμότητας των παρεμβάσεων μετά τη διακοπή της συγχρηματοδότησης των υπηρεσιών από κοινοτικούς πόρους μέσω:

- ❖ Δέσμευσης πόρων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την κάλυψη των συνταξιούχων λόγω γήρατος ή αναπηρίας.
- ❖ Δέσμευσης πόρων του κρατικού προϋπολογισμού για την κάλυψη των ανασφάλιστων ηλικιωμένων και αναπήρων.
- ❖ Δημιουργία μηχανισμών και εργαλείων για την αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης/κρατικού προϋπολογισμού.

Παράλληλα, πρέπει να προωθηθούν τεχνικές χρήσης εξωτερικών πηγών χρηματοδότησης, ιδίως στο πλαίσιο:

- ❖ Αξιοποίησης πόρων υποστήριξης των πολιτικών Κοινωνικής Οικονομίας και Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας.
- ❖ Αξιοποίηση δράσεων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης από ελληνικές και πολυεθνικές επιχειρήσεις.
- ❖ Αξιοποίησης πόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών τουλάχιστον προς ανασφάλιστους φτωχούς).

Σχετικά με τους πάροχους των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας<sup>12</sup>, ο γενικότερος προβληματισμός για την εξέλιξη των συστημάτων φροντίδας έχει οδηγήσει στην ενεργοποίηση και συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς στις περισσότερες, τουλάχιστον, ευρωπαϊκές χώρες η λειτουργία του δημόσιου τομέα δεν συνεπάγεται απαραίτητα και κρατικό μονοπώλιο στις προνοιακές υπηρεσίες. Συνήθως παρατηρείται η ανάπτυξη ενός 'μεικτού προνοιακού καθεστώτος', στο πλαίσιο του οποίου ο δημόσιος τομέας λειτουργεί ως κύριος φορέας ρύθμισης των υπηρεσιών, ενώ παράλληλα δραστηριοποιούνται σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με το εθνικό μοντέλο και μη δημόσιοι φορείς από τους χώρους της ιδιωτικής αγοράς, της κοινωνικής οικονομίας/επιχειρηματικότητας, του εθελοντισμού και της Εκκλησίας.

Την τελευταία, όμως, εικοσαετία η δραματική μεταβολή των κοινωνικό-οικονομικών δεδομένων σε διεθνές επίπεδο δημιουργεί νέες προκλήσεις για τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα. Από τη μία πλευρά, δημιουργούνται εξωτερικές εστίες πίεσης (οι δημογραφικές αλλαγές, τα υψηλά επίπεδα ανεργίας, η οικονομική ύφεση κ.α.) που απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, εκσυγχρονισμό δομών, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και δημοσιονομική εξυγίανση. Από την άλλη πλευρά, τα παραδοσιακά προνοιακά μοντέλα που στηρίζονται κυρίως στην παροχή δωρεάν υπηρεσιών δέχονται έντονες επικρίσεις σχετικά με τις μεγάλες δυσκολίες προσαρμογής τους σε νέα δεδομένα: οι περισσότερες αιτιάσεις επικεντώνονται στην αναποτελεσματικότητα των δημοσίων υπηρεσιών, στη μη ορθολογική οικονομική διαχείριση και στην αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας.

---

<sup>12</sup> Αμίτσης Γαβριήλ: Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ.268-270

Υπό το πρίσμα αυτό, είναι προφανές ότι η συζήτηση σχετικά με την διεύρυνση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στον χώρο των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας επηρεάζεται από τις εθνικές παραδόσεις και τις πολιτικές προτεραιότητες της κάθε χώρας. Εντούτοις, όλες οι διαφορετικές προσεγγίσεις πολιτικής δείχνουν να έχουν ένα κοινό προσανατολισμό: εκλογίκευση της κρατικής συμμετοχής στην παραγωγή των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και μεγαλύτερη ενεργοποίηση των μη δημόσιων φορέων. Η παρέμβαση της διοίκησης αντανακλά τότε το νέο μοντέλο του «προνοιακού πλουραλισμού», που οδηγεί στην ανάπτυξη μιας «ανοικτής αγοράς» υπηρεσιών φροντίδας με την εφαρμογή των ακόλουθων τεχνικών:

1. Το σύστημα των κουπονιών (voucher system), όπου οι χρήστες των υπηρεσιών επιλέγουν ελεύθερα τον φορέα από τον οποίο θα λάβουν τις υπηρεσίες που τους εξυπηρετούν καλύτερα, ενώ το σύνολο ή τμήμα του κόστους των υπηρεσιών καταβάλλεται από την κεντρική διοίκηση, τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης ή τους Ο.Τ.Α. με τη μορφή κουπονιού.
2. Το σύστημα της ανάθεσης έργου από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα (contracting out system), όπου οι κρατικοί φορείς (οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, προνοιακοί φορείς της κεντρικής διοίκησης, Ο.Τ.Α.) προκηρύσσουν διαγωνισμούς για την ανάθεση του έργου της παροχής φροντίδας και συνάπτουν σχετικές συμβάσεις με τους ιδιωτικούς φορείς που θα υποβάλουν την καλύτερη οικονομικά και ποιοτικά προσφορά.

Όσον αφορά για το 2015, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρατείνεται έως τις 31.12.2015 και από το 2016 καθιερώνεται ο νέος τρόπος εφαρμογής του, ο οποίος ψηφίστηκε στην Βουλή<sup>13</sup>.

Τις νέες διατάξεις για το πρόγραμμα, επεξεργάστηκε ο Υφυπουργός Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, κος Βασίλης Κεγκέρογλου και εισηγήθηκε στη Βουλή, ο κος Μάξιμος Σενετάκης από τη Ν.Δ και ο κος Χρήστος Γκόκας από το ΠΑΣΟΚ. Βάσει αυτών, συνεχίζεται το πρόγραμμα μέχρι τις 31.12.2015 και θεσμοθετείται ο νέος τρόπος υλοποίησης του από την 01.01.2016 με δύο επιμέρους προγράμματα:

- 1) «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (για τους συνταξιούχους).
- 2) «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα» (για τους οικονομικά αδύναμους, τους ηλικιωμένους, τους ανασφάλιστους, τα Α.Μ.Ε.Α. κ.λπ.).

<sup>13</sup> <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/27715/paratasi-toy-voitheia-sto-spiti-gia-to-2015-epektasi-apo-to-2016.html>

Στην εισηγητική έκθεση της τροπολογίας, αναφέρεται ότι η αντιμετώπιση των αυξημένων αναγκών για φροντίδα των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία κ.λπ., που προκλήθηκαν τα τελευταία χρόνια, ως συνέπεια της οικονομικής συγκυρίας, επιβάλλει την απρόσκοπτη συνέχιση των αντίστοιχων δράσεων και ιδιαίτερα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», πέραν της 30<sup>ης</sup> Σεπτεμβρίου του 2014.

Επιπλέον, η εκλογή νέων δημοτικών αρχών, η ανάληψη καθηκόντων από τον Σεπτέμβριο του 2014 καθώς και η καθυστέρηση της συγκρότησης των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (Π.Ε.Π.) 2014-2020 που είναι απαραίτητη, προκειμένου να υλοποιηθεί η πρόβλεψη για συγχρηματοδότηση του προγράμματος «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα» που αποτελεί πλέον βασικό πυλώνα του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», αφού εξυπηρετεί ανασφάλιστους ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρία καθώς και οικονομικά αδύναμους πολίτες, καθιστούν αναγκαία τη συνέχιση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» με τον τρόπο που υλοποιείται από την 01.10.2013 έως τις 30.09.2014 και για το διάστημα από την 01.10.2014 έως τις 31.12.2015 και από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2016 και έπειτα, όπως διαμορφώνεται παρακάτω.

Υπάρχει επίσης πρόβλεψη για συνέχιση του προγράμματος χωρίς προβλήματα, με διασφάλιση της παροχής των απαραίτητων υπηρεσιών στους δικαιούχους.

Οι Δήμοι, τα νομικά τους πρόσωπα ή άλλοι φορείς της αυτοδιοίκησης που παρέχουν υπηρεσίες με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και θα αποφασίσουν να συνεχίσουν να τις παρέχουν, από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2016 και έπειτα καθώς και οι Δήμοι, τα νομικά πρόσωπα ή άλλοι φορείς της αυτοδιοίκησης που θα αποφασίσουν ότι επιθυμούν να ξεκινήσουν να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες, θα μπορούν να συνάπτουν συμβάσεις από την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου 2015 με την Ε.Ε.Τ.Α.Α. που θα είναι ο διαχειριστής του προγράμματος και ειδικότερα των δυο επιμέρους προγραμμάτων «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (για τους συνταξιούχους) και «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα» (για τους οικονομικά αδύναμους, τους ηλικιωμένους, τους ανασφάλιστους, τα Α.Μ.Ε.Α., κ.λπ.), βάσει του οδηγού εφαρμογής και των διαδικασιών που καθορίζονται με Κ.Υ.Α των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών.

Η Τροπολογία κατατέθηκε στο νομοσχέδιο: «Νέο Ρυθμιστικό Σχέδιο Αθήνας-Αττικής, Νέο Ρυθμιστικό Σχέδιο Θεσσαλονίκης και άλλες διατάξεις» και έχει ως εξής :

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες για κοινωνική φροντίδα κατ' οίκον, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία, των οικονομικά αδύναμων

πολιτών κ.λπ., ανανεώνεται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που παρατάθηκε με το άρθρο 127 του ν. 4199/13 μέχρι τις 30.09.2014 καθώς και οι συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων, για την παροχή των σχετικών υπηρεσιών που παρατάθηκαν για το ίδιο διάστημα, μέχρι τις 31.12.2015. Οι συμβάσεις των απασχολούμενων στο Πρόγραμμα σε καμιά περίπτωση δεν μετατρέπονται σε αορίστου χρόνου, κατά την έννοια της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 21 του ν. 2190/1994.

Για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση της υλοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», για το χρονικό διάστημα από την 01.10.2014 έως τις 31.12.2015 μεταφέρονται πόροι από:

- α) Το λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), μέχρι του ύψους των τριάντα πέντε (35.000.000) εκατομμυρίων ευρώ ετησίως και εφόσον υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο από τη μηνιαία εξόφληση των δομών του ν. 4019/2011, όπως αυτός ισχύει, σε εφαρμογή του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (ν. 4052/2012 όπως αυτός ισχύει).
- β) Πόρους του τακτικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και ειδικότερα του Ειδικού Φορέα 33-220.
- γ) Πόρους του άρθρου 259 του ν. 3852/2010 του Υπουργείου Εσωτερικών.
- δ) Πόρους της ειδικής εισφοράς ασφαλισμένων που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του ν. 4052/2012 για τη χρηματοδότηση του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων», ύψους έως δέκα (10.000.000) εκατομμυρίων ευρώ, εφόσον υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο από τη χρηματοδότηση των δικαιούχων του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» που εξυπηρετούνται από άλλους παρόχους.
- ε) Τυχόν αδιάθετους πόρους του προγράμματος, της περιόδου από 01.10.2013 έως 30.09.2014.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Εσωτερικών, προσδιορίζεται το ύψος των μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Η διαχείριση των πόρων αυτών, η επικαιροποίηση του ηλεκτρονικού μητρώου ωφελουμένων με δήλωση όλων των απαιτούμενων στοιχείων από τους ωφελούμενους και οι διαδικασίες υλοποίησης του Προγράμματος, καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Εσωτερικών, του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και της Ελληνικής Εταιρίας Τοπικής Ανάπτυξης και



Αυτοδιοίκησης Α.Ε. (Ε.Ε.Τ.Α.Α.), περιλαμβάνοντας ρήτρες αξιολόγησης της εφαρμογής του Προγράμματος.

Πιο συγκεκριμένα το ΦΕΚ προγραμματικής από 01.10.2014 έως 31.12.2015(ΦΕΚ Β', φυλ. 2945/03.10.2015), ΚΥΑ οικ. 32592/2328/24.10.2014, αναφέρει τις ακόλουθες διατάξεις<sup>14</sup>:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 64 του Ν. 4277/2011 (ΦΕΚ 156/τ. Α'/2014).
2. Τις διατάξεις του άρθρου 127 του Ν. 4199/2013 (ΦΕΚ 216/τ. Α'/2013).
3. Τις διατάξεις του άρθρου δεύτερου του Ν. 4047/2012 (ΦΕΚ 31/τ. Α'/2012) με τις οποίες κυρώθηκε η από 31.12.2011 (Α'268) πράξη νομοθετικού περιεχομένου.
4. Τις διατάξεις του Ν. 4087/2012 (ΦΕΚ 196/τ. Α'/2012) με τις οποίες κυρώθηκε η από 14.06.2012 πράξη νομοθετικού περιεχομένου.
5. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 20 του Ν. 4147/2013 (ΦΕΚ 98/τ. Α'/2013) με τις οποίες κυρώθηκε η από 31.12.2012 πράξη νομοθετικού περιεχομένου.
6. Τις διατάξεις του άρθρου 149 του Ν. 3655/2008 (Α' 58) «Σύσταση του ΑΚΑΓΕ», όπως ισχύει.
7. Τις διατάξεις του άρθρου 38 του Ν. 3863/2010 (Α' 115) «Εισφορά Αλληλεγγύης Συνταξιούχων», όπως ισχύει.
8. Τις διατάξεις του Π.Δ. 85/2012 (Α' 141) «Ίδρυση και μετονομασία Υπουργείων, μεταφορά και κατάργηση υπηρεσιών» και 86/2012 (Α' 141) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».
9. Τις διατάξεις του Π.Δ. 89/2014 (ΦΕΚ 134/Α') περί «Διορισμού Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών ».
10. Την αριθμ. Υ48/9.7.2012 (ΦΕΚ 2105Β') Απόφαση του Πρωθυπουργού «Καθορισμός αρμοδιοτήτων του Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών Χρήστου Σταϊκούρα».
11. Τις διατάξεις της κοινής υπουργικής απόφασης Φ.80000/οικ. 12445/2646/10.08.2012 (ΦΕΚ 2371/τ. Β'/2012) «Κανονισμός Οικονομικής Οργάνωσης και Λογιστικής Λειτουργίας του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ)».
12. Την ανάγκη συνέχισης των υπηρεσιών που παρέχονται σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι εξαρτώμενοι ηλικιωμένοι πολίτες και Α.Μ.Ε.Α. που

---

<sup>14</sup> <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/11/11014-311215-294503102015-kya.html>

αντιμετωπίζουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας ειδικά κατά τη σημερινή περίοδο οξείας κρίσης που διανύει η χώρα.

13. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη εις βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού ύψους 20 (είκοσι) εκατομμυρίων ευρώ ενώ η δαπάνη ύψους 35 (τριάντα πέντε) εκατομμυρίων ευρώ θα καλυφθεί από τις πιστώσεις του Προϋπολογισμού του ΑΚΑΓΕ/ Εισφορά Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΑΣ) οικονομικού έτους 2015.

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο που αφορά το θεσμικό πλαίσιο, μπορούν να αναφερθούν ως κύρια σημεία παρατήρησης:

- Το καθεστώς εργασίας των εργαζομένων.
- Τα κριτήρια ένταξης των εξυπηρετούμενων και οι παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Η χρηματοδότηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Οι εργαζόμενοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ανά την Ελλάδα, υπόκεινται σε συνεχές άγχος και αβεβαιότητα, όσον αφορά την ανανέωση των συμβάσεων εργασίας τους. Διότι το πρόγραμμα δεν έχει κατοχυρωθεί νομικά και οι συμβάσεις εργασίας, δεν έχουν μετατραπεί σε αορίστου χρόνου, παρά το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες των Δήμου και κατά επέκταση των δημοτών.

Έως σήμερα, οι συμβάσεις εργασίας ανανεώνονται κατά κύριο λόγο την τελευταία στιγμή. Από το 1996 που εφαρμόστηκε πιλοτικά στο Δήμο Περιστερίου, μέχρι σήμερα, θεωρείται ακόμα πρόγραμμα και όχι υπηρεσία.

Η συνεχής αβεβαιότητα των εργαζομένων, έχει ως επακόλουθο, την ανασφάλεια των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», οι οποίοι είναι ηλικιωμένα άτομα καθώς και Α.Μ.Ε.Α.. Στην πλειοψηφία τους δεν έχουν οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, για να τους φροντίσει. Το ρόλο του φροντιστή, έχουν αναλάβει οι εργαζόμενοι του «Βοήθεια στο Σπίτι» και ως επακόλουθο οι ηλικιωμένοι έχουν αφεθεί στην φροντίδα τους. Οι εξυπηρετούμενοι, αισθάνονται φόβο καθώς και ανασφάλεια για την απώλεια των κοντινών τους προσώπων. Γεγονός απόλυτα φυσιολογικό, διότι έχει αναπτυχθεί μεταξύ εργαζομένων και εξυπηρετούμενων, σχέση στοργής και αγάπης, έπειτα από την μακροχρόνια συνεργασία τους.

Όσον αφορά, τα κριτήρια ένταξης των εξυπηρετούμενων, έχουν υποστεί αρκετές τροποποιήσεις τα τελευταία 20 περίπου έτη. Οι αλλαγές που προκύπτουν, έχουν ως αποτέλεσμα, να αποκλείονται οι παλαιότεροι εξυπηρετούμενοι και να προστίθενται νέοι, χωρίς να υπάρχει πρόβλεψη για όσους διαγράφονται.

Ακόμα, με την πάροδο των ετών, το πρόγραμμα εξελίχθηκε και πλέον εξυπηρετούνται εκτός από τους ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α, χωρίς όμως να έχουν ενισχυθεί οι παρεχόμενες υπηρεσίες ή να έχει αυξηθεί το υπάρχον προσωπικό. Με αποτέλεσμα, την ελλιπή κάλυψη των αναγκών τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αποτέλεσε τομή στον ελλαδικό χώρο, παρ' όλες τις ελλείψεις που παρουσιάζει, διότι κάλυψε ανάγκες ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, δεν είχε υπηρεσίες που μπορούσε να απευθυνθεί, κυρίως όσοι δεν είχαν τη δυνατότητα να μετακινηθούν εκτός της οικίας τους.

Παρ' όλα αυτά, το κράτος διαφαίνεται για ακόμα μια φορά αδύναμο να χρηματοδοτήσει εξ' ολοκλήρου υπηρεσίες, όπως αποτελεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Με σκοπό, να ενισχύσει ουσιαστικά μια ευαίσθητη ομάδα ατόμων, όπως αποτελούν στην προκειμένη περίπτωση, οι ηλικιωμένοι και τα Α.Μ.Ε.Α.. Αντιθέτως, προτιμά να καλυφθεί πρόσκαιρα το κενό που υπάρχει για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, με επιδοτούμενα προγράμματα από την ευρωπαϊκή ένωση, χωρίς να υπάρχει πρόνοια για το μέλλον. Ως αποτέλεσμα, να εξαρτάται η συνέχιση του προγράμματος έπειτα από 20 έτη, από την χρηματοδότηση των ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

Η Ελλάδα θεωρείται κράτος γηραιών, καθιστώντας απαραίτητη την ύπαρξη προγραμμάτων κατ' οίκον ενίσχυσης, όπως αποτελεί το «Βοήθεια στο Σπίτι». Πιο συγκεκριμένα, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί στα 80 περίπου έτη<sup>15</sup>, με ταυτόχρονη μείωση της γεννητικότητας στην χώρα μας. Το 2013, ο πληθυσμός της Ελλάδας<sup>16</sup> ανερχόταν σε 10.992.589, το προσδόκιμο ζωής<sup>17</sup> για τις γυναίκες ήταν τα 83.40 έτη και για τους άντρες τα 78.00. Η θέση της Ελλάδας χειροτέρευσε σε σχέση με 182 χώρες, έπεσε από την 24<sup>η</sup> θέση το 2011 στην 25<sup>η</sup> το 2012. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής, είναι χαμηλότερο απ' ότι ήταν το 2011, στα 80.80 έτη. Για το έτος 2013 είναι καταγεγραμμένες 94.134 γεννήσεις<sup>18</sup>, για το 2012 100.371, για το 2011 106.428 και τέλος για το 2010 114.766. Όπως παρουσιάζεται, είναι εμφανής η μείωση των γεννήσεων, ενώ αυξάνονται οι θάνατοι<sup>19</sup>. Το 2013, είχαμε 111.794 το 2012 116.668, το 2011 111.099 και τέλος το 2010 109.084.

<sup>15</sup> <http://www.el.m.wikipedia.org>

<sup>16</sup> <http://countryeconomy.com/demography/population/greece>

<sup>17</sup> <http://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/greece>

<sup>18</sup> <http://countryeconomy.com/demography/fertility/greece>

<sup>19</sup> <http://countryeconomy.com/demography/mortality/greece>

Λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, υπάρχει μειωμένη υπογεννητικότητα που σε συνδυασμό με το υψηλό προσδόκιμο ζωής, θεωρούμαστε κράτος ηλικιωμένων, που έχουμε κριθεί ως ανήμποροι να φροντίσουμε τους πολίτες μας.

Βάση των προαναφερθέντων, τίθενται προκλήσεις αναθεώρησης του Ελληνικού συστήματος κατ' οίκον φροντίδας<sup>20</sup>. Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα παρουσιάζει ιστορικά, σοβαρά κενά και αδυναμίες, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, που είτε εγκλωβίζονται στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών χωρίς προοπτικές απεξάρτησης από την δημόσια συνδρομή, είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «υψηλού στιγματισμού». Παράλληλα, διαπιστώνονται οργανωτικά, διοικητικά και χρηματοδοτικά προβλήματα στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος, καθώς και καθυστερήσεις/κενά στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας των παιδιών, των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες, που αναμένεται να αυξηθεί εξαιτίας δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Η περιορισμένη ενεργοποίηση των φορέων της δημόσιας διοίκησης για την προστασία των δικαιωμάτων των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και οι αδυναμίες σε επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης των κοινωνικών υπηρεσιών, έχουν παγιώσει την αναπαραγωγή ενός υπολειμματικού μοντέλου παρέμβασης του δημόσιου τομέα σε σχέση με τον κυριαρχικό ρόλο της οικογένειας και των άτυπων δικτύων σε επίπεδο κοινότητας. Παρά τις αξιόλογες νομοθετικές παρεμβάσεις της δεκαετίας του 1990 και τις τεχνικές αναδιοργάνωσης που προωθήθηκαν σταδιακά, για τον επιχειρησιακό εκσυγχρονισμό των φορέων του δημοσίου προνοιακού τομέα (νέος Οργανισμός Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποκεντρωμένη λειτουργία των ΔΥΠΕ, Οργανισμοί των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, υιοθέτηση του Ν.3230/2004 για την καθιέρωση Συστήματος Διοίκησης με στόχους και μέτρηση της αποδοτικότητας), η ανάπτυξη των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας χαρακτηρίζεται την περίοδο 2000-2012 από σοβαρές στρεβλώσεις, αδυναμίες και δυσλειτουργίες, που εντοπίζονται σε τρία επίπεδα.

---

<sup>20</sup> Αμίτσης Γαβριήλ: Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ.183-191

α) **Επίπεδο επιτελικού σχεδιασμού και οργάνωσης πολιτικών**, που εμφανίζει συμπτώματα:

- αδυναμίας συντονισμού μεταξύ των φορέων της κεντρικής διοίκησης που ασκούν αρμοδιότητες στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας (Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Δημόσιας Διοίκησης) ή χρηματοδοτούν δράσεις προνοιακών πολιτικών (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας)
- αδυναμίας προώθησης των διαδικασιών αποκέντρωσης και μεταβίβασης «βιώσιμων» αρμοδιοτήτων στους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

β) **Επίπεδο διαχείρισης και άσκησης πολιτικών**, που εμφανίζει συμπτώματα:

- προσήλωσης στο παραδοσιακό μοντέλο οριζόντιας ανάπτυξης της ιεραρχικής πυραμίδας της διοίκησης, με αποτέλεσμα την πολυδιάσπαση αρμοδιοτήτων και καθηκόντων, τον πολλαπλασιασμό των θέσεων ευθύνης και τον κατακερματισμό της οργάνωσης των υπηρεσιών σε οργανικές μονάδες βάσης πολύ μικρού μεγέθους και αριθμού προσωπικού
- απουσίας μηχανισμών οργάνωσης σε θέσεις εργασίας, καθηκοντολογίου και περιγραφών εργασίας των στελεχών της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης
- έλλειψης εφαρμογής τεχνικών στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων και αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- αδυναμίας προσαρμογής των δομών και της οργάνωσης της εργασίας των υπηρεσιών στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και αρμοδιότητες των δημόσιων οργανισμών
- σχετικά περιορισμένης αξιοποίησης των ΤΠΕ σε σχέση με την εσωτερική λειτουργία των υπηρεσιών και τις συναλλαγές τους με τους πολίτες και τους ιδιωτικούς/εθελοντικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

γ) **Επίπεδο χρηματοδότης πολιτικών**, που εμφανίζει συμπτώματα:

- έλλειψης εφαρμογής σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης και κοστολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας
- απουσίας διαδικασιών αξιολόγησης της οικονομικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών
- στόχευσης των παρεμβάσεων σε παραδοσιακές μορφές επιδοματικής ενίσχυσης ομάδων του πληθυσμού

- άνιση κατανομή των πόρων μεταξύ των ομάδων στόχου
- περιορισμένης κάλυψης των αναγκών ανάπτυξης νέων υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας από τους ΟΤΑ
- αδυναμία βιώσιμης αξιοποίησης πόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Υπό το περιοριστικό αυτό πλαίσιο, οι πολιτικές κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα προωθούνται αποσπασματικά από φορείς του δημοσίου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα. Οι φορείς του δημοσίου τομέα σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα κοινωνικής φροντίδας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, στο πλαίσιο της προστασίας δικαιωμάτων που προβλέπονται στο Σύνταγμα και εξειδικεύονται από τη νομοθεσία. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις λειτουργούν με αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών φροντίδας προς άτομα που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της αγοράς (καταβολή ανταλλάγματος για τη λήψη των υπηρεσιών) και δεν επιθυμούν (ή αδυνατούν) για διάφορους λόγους να ενταχθούν στο δημόσιο σύστημα, ενώ οι εθελοντικοί φορείς δραστηριοποιούνται για την προώθηση συλλογικών αιτημάτων των μελών τους ή για την κάλυψη των κενών προστασίας που συνεπάγεται συχνά, είτε η επιλεκτική στόχευση των δημόσιων πολιτικών, είτε η απουσία εξειδικευμένων προγραμμάτων.

Ολοκληρώνοντας, παρατίθενται ερωτήματα καθώς και συζητήσεις που τέθηκαν στη Βουλή, για την πορεία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Η κοινωνικοπολιτική συζήτηση για την αναθεώρηση του συστήματος κατ' οίκον φροντίδας, εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο ενός αποσπασματικού διαλόγου, ως προς τους βασικούς άξονες εκσυγχρονισμού του Ελληνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Εντοπίζονται, βέβαια, αναφορές της επιστημονικής κοινότητας στην αναγκαιότητα ουσιαστικών παρεμβάσεων, οι οποίες δεν καλύπτουν ένα συνολικό πλάνο μεταρρύθμισης αλλά επικεντρώνονται σε επιμέρους άξονες:

- ❖ θεσμική κατοχύρωση και συνδρομή των ενδιαφερομένων να χρησιμοποιήσουν το πλέγμα των πολιτικών φροντίδας
- ❖ σύνδεση των κοινωνικών υπηρεσιών με τις παροχές εισοδηματικής ενίσχυσης που χορηγούνται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής προστασίας
- ❖ αποκέντρωση των πολιτικών φροντίδας
- ❖ προώθηση της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου τομέα, των εθελοντικών φορέων και των ιδιωτικών επιχειρήσεων
- ❖ ενίσχυση του ρόλου των άτυπων δικτύων φροντίδας.

Οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις, συγκροτούν ένα αξιολογικό θεωρητικό πλαίσιο για την περαιτέρω διερεύνηση των κύριων διαστάσεων της διαδικασίας εκσυγχρονισμού του συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Και τούτο, γιατί όχι μόνο επισημαίνουν βασικά θεσμικά κενά ή διοικητικές στρεβλώσεις στη λειτουργία του συστήματος, αλλά αξιοποιούν καλές πρακτικές και θετικές εμπειρίες από τη διεθνή ακαδημαϊκή συζήτηση, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στην περίπτωση της Ελλάδας.

Παρά την αναμφισβήτητη σημασία του επιστημονικού διαλόγου για την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του συστήματος, δεν είχε υιοθετηθεί μέχρι τα τέλη του 2011 μία μακροπρόθεσμη στρατηγική της δημόσιας διοίκησης για τις αρχές και τους μηχανισμούς της μεταρρύθμισης. Από την άλλη πλευρά, δεν έχει αναπτυχθεί μια ουσιαστική συζήτηση μεταξύ των κοινωνικών εταίρων σε σχέση με τις κατευθύνσεις της αναθεώρησης, ενώ ούτε η κοινωνία των πολιτικών προβάλλει οργανωμένες πρωτοβουλίες μεταρρύθμισης, παρά το γεγονός ότι τα πολιτικά κόμματα φαίνεται να αποδέχονται από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 την ανάγκη εκσυγχρονισμού του συστήματος.

Το κύριο πρόβλημα τυποποίησης ενός γνήσιου κοινωνικοπολιτικού διαλόγου στο πεδίο αυτό, εντοπίζεται στην αδυναμία της κεντρικής διοίκησης να συγκροτήσει ένα πλαίσιο κοινών αξόνων συζήτησης για τις στρατηγικές προτεραιότητες και τις τεχνικές μεταρρύθμισης των πολιτικών φροντίδας. Πράγματι, σε αντίθεση με άλλες παρεμβάσεις του τομέα της κοινωνικής ασφάλειας (μεταρρύθμιση του δημοσίου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας), οι φορείς της κεντρικής διοίκησης που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας επικεντρώνουν τις παρεμβάσεις τους σε επιμέρους, συχνά συγκυριακούς, άξονες (π.χ. αποϊδρυματοποίηση ατόμων με αναπηρία, ενίσχυση απροστάτευτων τέκνων), χωρίς να εξασφαλίζουν ένα μακροπρόθεσμο πλάνο προγραμματισμού για μια τουλάχιστον δεκαετία, που θα έθετε τις βάσεις ενός ευρύτερου θεσμικού και οργανωτικού εκσυγχρονισμού του συστήματος. Δεν προχωρούν επομένως στην κατασκευή «επιπέδων παρέμβασης» που κρίνονται αναγκαία, για την προώθηση σύνθετων ενεργειών, οι οποίες αναμένεται ότι θα εξασφαλίσουν:

- την κάλυψη άμεσων αναγκών του πληθυσμού με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας και ένταξης σε επίπεδο κοινότητας
- την επίλυση των διαρθρωτικών, οργανωτικών και χρηματοδοτικών προβλημάτων του συστήματος φροντίδας

- την εξειδίκευση των σχέσεων συνεργασίας και δικτύωσης μεταξύ δημοσίου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα
- την υποστήριξη του ρόλου των άτυπων δικτύων φροντίδας.

Η κοινωνικοπολιτική συζήτηση για την αναθεώρηση του συστήματος κατ' οίκον φροντίδας, επικεντρώθηκε από τα τέλη της δεκαετίας του 2000 στη διατήρηση της βιωσιμότητας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», με αφορμή τον κίνδυνο διακοπής της χρηματοδότησης των σχετικών υπηρεσιών από πόρους των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων. Η σχετική συζήτηση εντάχθηκε σύντομα στο γενικότερο πλαίσιο των δημοσιονομικών περιορισμών και της ανάγκης εξορθολογισμού των κοινωνικών δαπανών υπό το πρίσμα των προκλήσεων που δημιούργησε η ένταξη της χώρας στον Μηχανισμό Δημοσιονομικής Σταθερότητας (προωθήθηκε με τη «Δήλωση για τη Στήριξη της Ελλάδας από τα Κράτη Μέλη της Ευρωζώνης» της 11 Απριλίου του 2010).

Μετά τις εκλογές τον Οκτώβριο του 2009, η χρηματοδότηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» από πόρους των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων συνεχίστηκε στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ 2007-2013, μέχρι την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου του 2010. Μετά από διαβούλευση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities), εγκρίθηκε η χρηματοδότηση της δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι» το Δεκέμβριο του 2010 για την περίοδο μέχρι το τέλος του 2011.

Ωστόσο, η χρηματοδότηση αυτή ήταν χρονικά βραχυπρόθεσμη, καθώς συμφωνήθηκε ρητώς, ότι από το 2012 το σύστημα πρέπει να μεταβεί σε αυτόνομη βιώσιμη κατάσταση χωρίς τη χρήση πόρων των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων. Επομένως, «αμβλύνονταν» οι δυνατότητες εξεύρεσης εξωτερικών πηγών και η χρηματοδότηση περιοριζόταν 'de facto' σε διμερές επίπεδο, μεταξύ της Κεντρικής Διοίκησης και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Σε σχέση με την κανονιστική αναθεώρηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», η πρώτη ουσιαστική κυβερνητική πρόθεση εκδηλώθηκε τον Δεκέμβρη του 2010 από την τότε Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης κα Α.Κατσέλη στο πλαίσιο της συζήτησης του Προϋπολογισμού του 2011. Η Υπουργός επικεντρώθηκε στο πεδίο παροχής των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας και επιχειρηματολόγησε υπέρ της σύνδεσης τους με τις νέες πολιτικές κοινωνικής οικονομίας, προαναγγέλοντας «τη μετεξέλιξη των δομών του Προγράμματος σε Κοινωνικές Επιχειρήσεις Κοινωνικής



*Ωφέλειας, ώστε να καταστούν βιώσιμες, παράλληλα με διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και όσων εξυπηρετούνται».*

Παράλληλα, από το Νοέμβριο του 2010 τα κόμματα της αντιπολίτευσης αρχίζουν να παρεμβαίνουν έντονα στο διάλογο για την εξέλιξη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», επισημαίνοντας τους κινδύνους διατήρησης της βιωσιμότητας του. Η πρώτη ουσιαστική συζήτηση έγινε με αφορμή ερώτηση του ΚΚΕ και την παρέμβαση του εκπροσώπου του κ. Σ.Χαλβατζή, στην οποία απάντησε ο τότε Αναπληρωτής Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης κ. Γ.Κουτρουμάνης, τονίζοντας ότι:

*«Η θέση μας είναι σαφής. Εκφράστηκε και πριν από δέκα ημέρες, όταν υπήρξε απάντηση του αρμόδιου Υπουργείου δια του Υφυπουργού κ. Ντόλιου σε ερώτηση που έγινε, ότι θα συνεχιστούν αυτά τα προγράμματα και μάλιστα έχουμε αναλάβει πρωτοβουλία και ως Υπουργείο, και η κα. Κατσέλη και εγώ, έτσι ώστε αυτά τα προγράμματα να χρηματοδοτηθούν από το ΕΣΠΑ, να χρηματοδοτηθούν από κοινοτικούς πόρους. Σε κάθε περίπτωση, ακόμα και αν δεν γίνει αυτό θα συνεχιστούν με τους εθνικούς πόρους, γιατί, όπως είπα, είναι αναγκαίο τέτοιους θεσμούς να τους στηρίζουμε. Κάτω από άλλες συνθήκες θα μπορούσαμε να αναπτύξουμε περισσότερες δομές που είναι πολύ χρήσιμες και προσφέρουν σημαντικό κοινωνικό έργο και βελτιώνουν σημαντικά το βιοτικό επίπεδο. Θα στηρίζουμε και άλλες δομές που την προηγούμενη περίοδο αφέθηκαν ουσιαστικά να καταρεύσουν».*

Τον Φεβρουάριο του 2011, κατατέθηκε ερώτηση από οκτώ βουλευτές της Ν.Δ. προς τον Υπουργό Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, τον Υπουργό Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ανταγωνιστικότητας και την Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για την φιλοσοφία και το περιεχόμενο του Προγράμματος. Το ζήτημα ανακινήθηκε εκ νέου στις 10.03.2011 από 21 βουλευτές του ΠΑΣΟΚ, οι οποίοι με σχετικό τους ερώτημα προς τους Υπουργούς Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης ζήτησαν να ενημερωθούν μεταξύ άλλων για τα μέτρα που προτίθεται να λάβει η κυβέρνηση ως προς τη χρηματοδότηση του Προγράμματος από το ΕΣΠΑ 2007-2013 και εθνικούς πόρους.

Στο ίδιο μήκος κύματος δύο βουλευτές του ΣΥΡΙΖΑ κατέθεσαν στις 16.03.2011 ερώτηση προς τους Υπουργούς Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης σχετικά με τη συνέχιση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και την επίδραση της μεταρρύθμισης που προωθείται σε τοπικό επίπεδο μέσω του Προγράμματος «Καλλικράτης». Επίσης, ο

βουλευτής της Ν.Δ. κος Μιχάλης Γιαννάκης κατέθεσε στις 16.03.2011 ερώτηση προς τους αρμόδιους Υπουργούς για το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τη χρηματοδότηση του από το ΕΣΠΑ 2007-2013.

Ο Πρόεδρος της Κ.Ο. του ΣΥΡΙΖΑ κος Αλέξης Τσίπρας κατέθεσε τον Απρίλιο του 2011, ερώτηση προς τους αρμόδιους Υπουργούς για την εξέλιξη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», επισημαίνοντας τους κινδύνους σε περίπτωση περιορισμού των χρηματοδοτικών του πόρων.

Από άποψη περιεχομένου οι παρεμβάσεις όλων των κομμάτων εντάσσονται σε τρεις θεματικές κατηγορίες:

**Α) Βιωσιμότητα του Προγράμματος**, που περιλαμβάνει:

- Κατοχύρωση της βιωσιμότητας των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι», δεδομένου ότι μετά την 31.12.2011 δεν θα χρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ
- Εξασφάλιση εθνικών ή άλλων πόρων προκειμένου να διασφαλισθεί η απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών χωρίς συρρίκνωση των δικαιούχων
- Επιλογή άλλων πηγών χρηματοδότησης του Προγράμματος (π.χ. πρόταση ΚΕΔΚΕ περί τριμερούς χρηματοδότησης των δράσεων φροντίδας με τη συμμετοχή της Κεντρικής Διοίκησης, των Ασφαλιστικών Οργανισμών και των πόρων της αυτοδιοίκησης)

**Β) Παροχή υπηρεσιών και επωφελούμενοι:**

- Διασφάλιση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, δεδομένου ότι με βάση τον εξατομικευμένο χαρακτήρα της σχετικής πράξης του ΕΣΠΑ, πρέπει να «αντιστοιχηθούν» οι εξυπηρετούμενοι με ανέργους-συγγενικά τους πρόσωπα
- Διασφάλιση της συνέχισης προσφοράς των υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους (ηλικιωμένους, ΑΜΕΑ κ.λπ.) στην περίπτωση που ο άνεργος συγγενής τους παύει να είναι άνεργος εντός του έτους 2011
- Διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών στους επωφελούμενους του Προγράμματος δίχως τον περιορισμό του αριθμού των χρηστών στα μέλη της ομάδας που ορίζεται από τους όρους της κοινοτικής χρηματοδότησης

**Γ) Δομές και Προσωπικό του Προγράμματος:**

- Διασφάλιση των θέσεων εργασίας των απασχολούμενων στο Πρόγραμμα ενόψει της διαδικασίας των συγχωνεύσεων Ν.Π.Δ.Δ. και Κοινοφελών Επιχειρήσεων σε επίπεδο Δήμων

- Διασφάλιση των δεδουλευμένων των εργαζομένων στο Πρόγραμμα, ενόψει του κινδύνου να χαθούν εξαιτίας της καθυστέρησης της υπογραφής των νέων συμβάσεων.

Συμπερασματικά η συζήτηση στο Ελληνικό Κοινοβούλιο αναφορικά με το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ανέδειξε την ανάγκη εξεύρεσης πρόσθετων και επαρκών πόρων προκειμένου να διασφαλισθεί η απρόσκοπτη λειτουργία του, καθώς η χρηματοδότηση του από πόρους του ΕΣΠΑ 2007-2013, θα έληγε στις 31.12.2011. Δεν κατατέθηκαν, βέβαια, προτάσεις για τις νέες πηγές χρηματοδότησης, εάν και επισημάνθηκαν οι δυσχέρειες μετατόπισης του βάρους των δαπανών στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης εξαιτίας τόσο των προβλημάτων προσαρμογής τους στο νέο πλαίσιο του Προγράμματος «Καλλικράτης» (Ν.3852/2010), όσο και των διαρθρωτικών κενών διατήρησης των θέσεων εργασίας στις δράσεις κατ' οίκον φροντίδας.

Η θετική στάση της Κυβέρνησης, για την παράταση καθώς και για την εξέλιξη του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», διαφαίνεται από τις θέσεις των στελεχών της. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται δηλώσεις του Υφυπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας κ. Κεγκέρογλου Βασίλη.

Στις 15.12.2014 στο 2<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο του «Βοήθεια στο Σπίτι», ο Υφυπουργός Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας, κ. Κεγκέρογλου Βασίλης, αναφέρθηκε στην Εθνική Στρατηγική για τη δημόσια φτώχεια και τους τρεις πυλώνες διαβουλεύσεώς της<sup>21</sup>.

### **1. Αντιμετώπιση ακραίας φτώχειας.**

*Βάσει της εξασφάλισης του εγγυημένου εισοδήματος, από το ταμείο 'Ευρωπαϊκής βοήθειας', δόθηκαν 310.000.000 euro.*

### **2. Διασφάλιση της πρόσβασης, στις κοινωνικές υπηρεσίες.**

*Συνδέεται με το σχεδιασμό αυτόνομης διαβίωσης, που θα επιτευχθεί με την εκπαίδευση, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τις στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης.*

*Διότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αποτελεί βασικό μοχλό της πρόληψης, της αποφυγής παραμονής σε κλειστό ίδρυμα περίθαλψης καθώς και της από-ιδρυματοποίησης.*

### **3. Ειδικές πολιτικές.**

---

<sup>21</sup><http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/2.html>

Ανέφερε επίσης, ότι την άνοιξη του 2013, στην 'Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων', ο τότε Υπουργός κος Στυλιανίδης μίλησε για τον δημόσιο χαρακτήρα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Οι παρεμβάσεις που έχουν τεθεί σήμερα, αφορούν σύγχρονα κριτήρια ένταξης ωφελουμένων, απρόσκοπτη χρηματοδότηση του προγράμματος και εξασφάλιση της αμοιβής των εργαζομένων (διότι σε αρκετές περιοχές δεν πληρώνονται κάθε μήνα).

Για το 2015, θα ισχύσουν 3 (τρία) θεσμικά πλαίσια για την κατ' οίκον βοήθεια, αλλά 1 (ένα) στην ουσία του. Η μόνη διαφορά, θα αφορά ως προς την πηγή χρηματοδότησης, που θα υλοποιεί 2 (δύο) επιμέρους προγράμματα. Για π.χ. ο συνταξιούχος εξυπηρετούμενος του προγράμματος, θα καλύπτεται από τον ασφαλιστικό του φορέα, ενώ ο ανασφάλιστος από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα κριτήρια ένταξης, θα αφορούν τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων και η χρηματοδότηση, θα προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και από τον κρατικό προϋπολογισμό, ώστε να αναβαθμιστεί.

Ολοκληρώνοντας, έως τον Φεβρουάριο του 15' θα εκδωθεί κοινή υπουργική απόφαση, με τα κριτήρια ένταξης μόνο βάση των αναγκών των ατόμων, της ηλικίας και των εξατομικευμένων αναγκών τους.

Θα ληφθούν υπόψιν η γνώμη της Ε.Ε.Τ.Α.Α, του ΙΚΑ, της Κ.Ε.Δ.Ε. και των εργαζομένων. Τέλος, αναφέρθηκε ότι οι ΚΟΙΝΣΕΠ, δεν έχουν θέση στη καρδιά του προγράμματος.

Στις 13.01.2015, σε τηλεοπτική εκπομπή, μέλος του πανελλήνιου συντονιστικού οργάνου εργαζομένων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ο κος Αθανασίου Γιάννης ανέφερε<sup>22</sup>,

Αρχικά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξυπηρετούσε πάνω από 100.000 ηλικιωμένους, ενώ σήμερα έχουμε ξεπεράσει τους 80.000 ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α., σε όλη την Ελλάδα. Εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα, οι συνεχείς παρατάσεις που δίνονται για την συνέχιση του προγράμματος και όχι μια νομοθετική ρύθμιση, για την εξασφάλιση του. Κάτι που οδηγεί στην ανασφάλεια των εξυπηρετούμενων, οι οποίοι αποζητούν μόνιμη επαφή με τους εργαζόμενους, τους όποιους θεωρούν πλέον μέλη της οικογενειάς τους. Για παράδειγμα, υπάρχουν περιπτώσεις που οι εξυπηρετούμενοι έχουν δώσει κλειδιά της οικίας τους, για να μπαίνουν οι εργαζόμενοι του προγράμματος, διότι δεν μπορούν να σηκωθούν και να τους ανοίξουν οι ίδιοι.

---

<sup>22</sup> <http://webtv.nerit.gr/katigories/enimerosi/13ian2015-exi-deka/>

*Εν συνεχεία, ανέφερε, ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και οι υπηρεσίες του, έχουν καθολικά γίνουν αποδεκτά από φορείς, όπως η Κ.Ε.Δ.Ε., η κοινωνία στο σύνολο της, το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου κ.λπ.*

*Σήμερα, βάσει νομοθετικών παρεμβάσεων που έχουν γίνει από τον Υφυπουργό Υγείας τον κο Κεγκέρογλου Βασίλη, ευελπιστούμε σε μια μόνιμη λύση, παρά το γεγονός ότι έχουμε μακρύ δρόμο μπροστά μας.*

Ο Υφυπουργός Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Πρόνοιας, κος Κεγκέρογλου Βασίλης, σε επίσκεψη του στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», στο Δήμο Χερσονήσου και Μινώα Πεδιάδος στις 15.01.2015 ανέφερε, ότι<sup>23</sup>:

*Κατοχυρώνεται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ενεργός συμμετοχος είναι το ταμείο 'Ευρωπαϊκής βοήθειας' για τους οικονομικά αδύναμους, εώς ότου λειτουργήσει το ταμείο 'Ευρωπαϊκής βοήθειας' για τους άπορους. Με την θεσμική δημιουργία κοινωνικής σύμπραξης σε κάθε περιοχή, οι υπηρεσίες του Δήμου που έχουν συναφή αρμοδιότητα, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» συνδράμουν στην συνεκτικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών.*

*Υπάρχει πρόβλεψη στον προϋπολογισμό του 2015, για αναβάθμιση του εξοπλισμού του προγράμματος, αντικατάσταση όσων εξυπηρετούμενων έχουν φύγει καθώς και κάλυψη αυξημένων αναγκών, δηλαδή πρόσληψη νέων εργαζομένων.*

*Θα δημιουργηθεί μια νέα μονάδα διοίκησης, διότι μέχρι σήμερα ήταν μόνο η Ε.Ε.Τ.Α.Α., στο διαχειριστικό κομμάτι. Με σκοπό, να εξασφαλιστεί η πληρωμή όλων των εργαζομένων, σε όλους τους Δήμους της χώρας. Θα δίνεται στους Δήμους μεγάλη προκαταβολή, ώστε να υποχρεούνται να πληρώνουν τους εργαζομένους τους και εν συνεχεία να λαμβάνουν τα χρήματα απολογιστικά.*

Στις 05.02.2015, η Επιτροπή Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας οριοθετεί τις προτεραιότητες ενόψει των προσυνεδρίων και του ετήσιου συνεδρίου της Κ.Ε.Δ.Ε.<sup>24</sup>.

Η ουσιαστική συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της χώρας τόσο για την επίτευξη του εθνικού στόχου για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, όσο και στη διαμόρφωση των τοπικών Κοινωνικών Πολιτικών, στο πλαίσιο της νέας προγραμματικής περιόδου 2014-2010, είναι ένα από τα κύρια θέματα που θα αποτελέσουν αντικείμενο συζήτησης κατά τη διάρκεια των επτά περιφερειακών προσυνεδρίων αλλά και του ετήσιου τακτικού συνεδρίου της Κ.Ε.Δ.Ε. που θα πραγματοποιηθεί στις αρχές Μαΐου 2015.

<sup>23</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/blog-post\\_34.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/blog-post_34.html)

<sup>24</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post\\_5.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post_5.html)

Οι βασικές θέσεις της Αυτοδιοίκησης, υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων των επιπτώσεων, δηλαδή της οικονομικής κρίσης, που έχουν αποκτήσει ένταση και κοινωνικό βάθος, συζητήθηκαν κατά τη συνεδρίαση της Επιτροπής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Κ.Ε.Δ.Ε..

Ως πρώτη προτεραιότητα η Κ.Ε.Δ.Ε. οριοθετεί την ενίσχυση των υφιστάμενων δομών και προγραμμάτων των Δήμων, όπως τα κοινωνικά παντοπωλεία, τα δημοτικά-κοινωνικά ιατρεία, τα κοινωνικά φαρμακεία, τα κοινωνικά συσσίτια, τα Κ.Δ.ΑΠ., τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα», το πρόγραμμα «Τράπεζα Χρόνου», των προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής, την Τράπεζα Τροφίμων, τους Συμβουλευτικούς Σταθμούς για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τα Κ.Ε.Π. υγείας κ.α.

Δεύτερον, η Κ.Ε.Δ.Ε. υπογραμμίζει ότι η υλοποίηση δράσεων, όπως οι παραπάνω, προϋποθέτει την ύπαρξη οργανωμένων Κοινωνικών Δομών, ικανοποιητική στελέχωση με έμπειρο και εξειδικευμένο δυναμικό και ύπαρξη και χρησιμοποίηση σχετικών συστημάτων και εργαλείων.

Τρίτον, προκειμένου οι Δήμοι να μπορέσουν να εφαρμόσουν τα ανωτέρω προγράμματα η Κ.Ε.Δ.Ε., προτείνει τη θεσμοθέτηση συγκεκριμένων δομών μέσα στους Οργανισμούς τους, όπως:

Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας και Αλληλεγγύης, Τμήμα Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής με ενδεικτικά γραφεία, Ισότητας των Δύο Φύλων, Υποστήριξης Α.Μ.Ε.Α., Εποπτείας και Ελέγχου Κοινωνικο-Προνοιακών Δομών, Πρόληψης και Κοινωνικής Φροντίδας, Πρόληψης και Αγωγής Υγείας κ.λπ.

Η Κ.Ε.Δ.Ε. προτείνει:

- Την ολοκληρωμένη αξιοποίηση των δράσεων των Ευρωπαϊκών Επενδυτικών και Διαρθρωτικών Ταμείων από τους Δήμους.
- Την προετοιμασία, οργάνωση και θέσπιση Ολοκληρωμένων Τοπικών Κοινωνικών Πολιτικών για την αντιμετώπιση της Φτώχειας και του Κοινωνικού Αποκλεισμού και την προώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης στο πλαίσιο της Προγραμματικής Περιόδου 2014-2020.
- Την θέσπιση κοινωνικών συμμαχιών με εγνωσμένου κύρους εταίρους, οι οποίοι διαθέτουν εμπειρία και επάρκεια στην υλοποίηση ανάλογων προγραμμάτων.

Τέλος η Επιτροπή Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, επεσήμανε ότι για το Ε.Π. «Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής συνδρομής για τους Απόρους» 2014-2020 οι Δήμοι πρέπει να έχουν το πρώτο ρόλο ως «ΕΠΙΚΕΦΑΛΗΣ ΕΤΑΙΡΟΙ» στο σχεδιασμό και τη

διαχείριση των ευρωπαϊκών προγραμμάτων καταπολέμησης της φτώχειας, διότι πληρούν το κριτήριο της εγγύτητας, της συμπληρωματικότητας, της ιδιαιτερότητας και της αποκέντρωσης των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών καλύπτοντας με το Δίκτυο των Κοινωνικών δομών που διαθέτουν, το σύνολο του πληθυσμού της χώρας.

Στις 16.02.2015, πραγματοποιήθηκε συνάντηση της Κ.Ε.Δ.Ε., του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τη διαμόρφωση νέων κοινωνικών προγραμμάτων<sup>25</sup>

Ο πρόεδρος της Κ.Ε.Δ.Ε. κος Πατούλης, κατέθεσε στον υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κο Σκουρλέτη και την αναπληρωτή υπουργό κα Αντωνοπούλου, την στρατηγική πρόταση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για τη μετατροπή της σε γνήσιο θεσμικό εκφραστή ενός νέου κράτους κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής, αλλά και ως βασικού πυλώνα της νέας παραγωγικής και αναπτυξιακής πορείας της χώρας,

Από την Κ.Ε.Δ.Ε. παρέστησαν στη συνάντηση, τα μέλη του Δ.Σ.Ν. κος Χιωτάκης, κος Ιωακειμίδης, κος Μπίρμπας, κος Αποστολόπουλος και ο Γενικός Διευθυντής κος Βασιλείου.

Ειδικότερα σε ότι αφορά στη συμβολή της Αυτοδιοίκησης στην αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης και την προώθηση της ανάπτυξης, ο πρόεδρος της Κ.Ε.Δ.Ε. τόνισε, ότι *«αποτελεί μονόδρομος η ενίσχυση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και η διεύρυνση της αποκέντρωσης, έτσι ώστε οι Δήμοι να καταστούν φορείς ενός νέου πολεοδομικού και αναπτυξιακού προγραμματισμού, καθώς και φορείς παροχής υπηρεσιών στους πολίτες, ιδιαίτερα των κοινωνικών υπηρεσιών»*. *«Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ενισχυθούν τα οικονομικά των Δήμων και να αυξηθεί η συμμετοχή τους στα αναπτυξιακά προγράμματα. Να εκσυγχρονιστεί το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Δήμων, να δοθούν ουσιαστικές αρμοδιότητες για ζητήματα χωροταξίας, πολεοδομίας και περιβάλλοντος»*.

Σε ότι αφορά την κοινωνική αλληλεγγύη και συνοχή, ο πρόεδρος της Κ.Ε.Δ.Ε. υπογράμμισε, *«πως παρά τα προβλήματα έλλειψης προσωπικού και αναγκαίων πόρων, ο ρόλος των Δήμων έχει διευρυνθεί σημαντικά καθώς σήμερα λειτουργούν 4.449 δημοτικές δομές που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, καλύπτοντας άμεσα 171.390 ωφελούμενους, προσφέροντας εργασία σε 19.297 εργαζόμενους»*.

---

<sup>25</sup>[http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post\\_16.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post_16.html)

Τόνισε ο κος Πατούλης, «Στην ουσία οι δομές και υπηρεσίες των Δήμων ορίζουν ένα εθνικό πλαίσιο λειτουργίας αποκεντρωμένων υπηρεσιών. Ως εκ τούτου θα πρέπει, πρώτον, να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά τους, δεύτερον, να ενισχυθεί ο αποκεντρωμένος ρόλος τους, τρίτον να συμμετέχει η Αυτοδιοίκηση με εκπρόσωπό της στο Δ.Σ. του Ο.Α.Ε.Δ., λειτουργώντας παράλληλα σε κάθε Δήμο αποκεντρωμένες υπηρεσίες του».

Ειδική αναφορά έκανε ο πρόεδρος της Κ.Ε.Δ.Ε. στο νέο ΕΣΠΑ και τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τονίζοντας ότι «η Αυτοδιοίκηση διεκδικεί πόρους και πρωταγωνιστικό ρόλο σε συγκεκριμένα προγράμματα και δράσεις».

Στο πλαίσιο αυτό ζήτησε: Για το πρόγραμμα που χρηματοδοτεί το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο «Επισιτιστική και Βασική Υλική Συνδρομή για το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας για τους Άπορους» 2014-2020, καταρχήν οι Δήμοι να έχουν το πρώτο ρόλο ως «επικεφαλής εταίροι» και η κατανομή του προϋπολογισμού τους να είναι οριζόντια, βάσει των επίσημων δεικτών ανεργίας, του ποσοστού φτώχειας, αλλά και των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων των Ο.Τ.Α.. Τη συνέχιση του υφιστάμενου προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και την επέκτασή του, ως προς την παροχή υπηρεσιών και στα Α.Μ.Ε.Α.. Επίσης, ζητά να αποσαφηνιστεί άμεσα το θεσμικό πλαίσιο της διάδοχης μορφής του, δηλαδή των προγραμμάτων «Κατ' οίκον φροντίδα Συνταξιούχων» και «Κατ' οίκον Κοινωνική Φροντίδα».



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Οι μοναδικές καταγεγραμμένες πληροφορίες, που υφίστανται όσον αφορά μια γενική εικόνα σχετικά με τον αριθμό των ενταγμένων εξυπηρετούμενων, τις ειδικότητες των εργαζομένων που απασχολούνταν, τις γεωγραφικές περιοχές κάλυψης του προγράμματος καθώς και την νομική μορφή των παρόχων του προγράμματος (είτε είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) είτε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)), υπάρχουν μόνο για τα έτη 1996 έως 1997 (από την πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος) και για το έτος 2011 (όταν ανέλαβε τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη του προγράμματος η Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.)).

Παρά το γεγονός, ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στην Ελλάδα από το 1996 έως και σήμερα, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία. Με αποτέλεσμα, να μην είναι ακριβής ο αριθμός των ηλικιωμένων που έχουν εξυπηρετηθεί από την υπηρεσία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» τα τελευταία 19 έτη, εκτός των ετών που αναφέρθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, το πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ξεκίνησε στις 15.11.1996 από το Δήμο Περιστερίου. Αρχικά σχηματίστηκαν πέντε ομάδες, που κάλυπταν τα πέντε γεωγραφικά τμήματα του Δήμου. Η κάθε ομάδα αποτελείτο από ένα Κοινωνικό Λειτουργό, ένα Νοσηλευτή και έναν Οικογενειακό Βοηθό. Το σύνολο των εργαζομένων για τις πέντε ομάδες ήταν δεκαπέντε άτομα.

Σύμφωνα με τα συλλεχθέντα στοιχεία, από 15.11.1996 έως 15.08.1997, πραγματοποιήθηκαν μέσω κοινωνικής έρευνας διακόσες είκοσι οχτώ (228) λήψεις κοινωνικών ιστορικών, που αφορούσαν υπερήλικα άτομα, μοναχικά και μη αυτοεξυπηρετούμενα. Έπειτα από αξιολόγηση των κοινωνικών ερευνών και την δυνατότητα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος, εγγράφηκαν εκατόν οχτώ άτομα (108). Πιο συγκεκριμένα, ο Κοινωνικός Λειτουργός εξυπηρετούσε και τους εκατόν οχτώ (108) εξυπηρετούμενους του προγράμματος, Νοσηλευτική φροντίδα απαιτείτο σε ογδόντα μια (81) περιπτώσεις και Οικογενειακή βοήθεια παρασχέθηκε σε εξήντα οχτώ (68) περιπτώσεις

Πίνακας 2.1  
Είδος παρεχόμενης υπηρεσίας  
&  
Αριθμός εξυπηρετούμενων

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ-ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ	228
ΔΙΑΚΟΠΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	2
ΝΕΕΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΣ	40
ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	108
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	108
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	81
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	68

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Όταν αναφερόμαστε στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού, εννοούμε την καταγραφή των αναγκών και των αιτημάτων των εξυπηρετούμενων μέσω της κοινωνικής έρευνας. Επίσης, παρέχονταν ψυχοσυναισθηματική στήριξη του ατόμου, συμβουλευτική και κοινωνική στήριξη της οικογένειας του, ώστε να ανακουφιστεί από το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου, καθώς και να ενισχυθεί η παραμονή του ηλικιωμένου στο φυσικό χώρο διαβίωσης του. Ακόμα, ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ήταν, ο συντονισμός της ομάδας καθώς και ο προγραμματισμός των επισκέψεων στην οικία των εξυπηρετούμενων, όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται στο πρόγραμμα, όπως είναι Οικογενειακός Βοηθός και Νοσηλεύτης. Η συχνότητα των επισκέψεων ποικίλλει, έπειτα από αξιολόγηση διαφόρων παραγόντων όπως, οικογενειακών, οικονομικών συνθηκών και προβλημάτων υγείας του εκάστοτε εξυπηρετούμενου. Πιο αναλυτικά:

- Σε τριάντα πέντε περιπτώσεις, η ενασχόληση του Κοινωνικού Λειτουργού αφορούσε κοινωνικό-προνοιακά θέματα (για π.χ. συντάξεις, αναπηρικά επιδόματα, επιδόματα στέγασης, έκτακτα επιδόματα από την Πρόνοια κ.λπ.).
- Σε πενήντα τέσσερις περιπτώσεις, πραγματοποιήθηκε συμβουλευτική οικογένειας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός επιδίωκε τη συνεργασία με την οικογένεια του ηλικιωμένου, είτε εκείνη φρόντιζε τον ηλικιωμένο, είτε είχε αποστασιοποιηθεί από τα προβλήματα του. Προσέφερε τις αναγκαίες πληροφορίες, διευκρινήσεις για την αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων και παράλληλα σχηματίζοντας άποψη για τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, επιδίωκε την ουσιαστική συνεργασία ή παρέμβαση στις σχέσεις του ηλικιωμένου

με το οικογενειακό του περιβάλλον, στην επίλυση των συγκρούσεων τους, καθώς και στην αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων τους για την φροντίδα του ηλικιωμένου. Παρενέβαινε συμβουλευτικά σε προβλήματα των μελών της οικογένειας αξιοποιώντας τους κοινωνικούς φορείς της κοινότητας και κάνοντας τις κατάλληλες παραπομπές, ώστε να εξασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας προς όφελος του ηλικιωμένου.

- Σε τριάντα επτά περιπτώσεις, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνεργάστηκαν με κοινωνικές υπηρεσίες νοσοκομείων, με ασφαλιστικά ταμεία (για π.χ. ΙΚΑ, ΟΓΑ), την ΠΡΟΝΟΙΑ, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ιδρύματα χρόνιων παθήσεων, άσυλα ανιάτων, κοινωνικούς ξενώνες, εκκλησίες, εθελοντικές οργανώσεις, ελληνικό συμβούλιο προσφύγων, την αστυνομία κ.λπ.
- Σε τέσσερις περιπτώσεις από τις εκατόν οχτώ που εξυπηρετήθηκαν, έγιναν παραπομπές των ηλικιωμένων ατόμων, σε κλειστά ιδρύματα περίθαλψης.
- Έγινε εκπαίδευση είκοσι επτά εθελοντών και αξιοποίηση τους, για την εξυπηρέτηση των εγγεγραμμένων του προγράμματος. Συγκεκριμένα παρείχαν συντροφιά, διευθέτηση σε εξωτερικές εργασίες, μαγείρεμα, ελαφρύ καθάρισμα, συνοδεία σε ιατρούς.

## Πίνακας 2.2

Είδος υπηρεσιών

&

Αριθμός εξυπηρετούμενων

ΕΙΔΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	109
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΡΟΝΟΙΑΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	35
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	54
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ	37
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	4
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ	27

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Όσον αφορά τους Νοσηλευτές, σε ογδόντα μια περιπτώσεις που απαιτείτο νοσηλευτική φροντίδα, προσφέρθηκαν οι παρακάτω υπηρεσίες:

- Σε δέκα περιπτώσεις απαιτείτο συνοδεία (σε ιατρούς του ασφαλιστικού τους ταμείου, για π.χ. στο ΙΚΑ ή σε νοσοκομείο για προγραμματισμένο ραντεβού).

- Σε είκοσι εννιά περιπτώσεις, απαιτείτο περιποίηση ατομικής υγιεινής (για π.χ. περιποίηση σώματος, τριχωτού κεφαλής, άνω και κάτω άκρων και τοπική καθαριότητα).
- Σε σαράντα περιπτώσεις, υπήρξε συνεργασία με άλλους φορείς (για π.χ. συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς, νοσοκομεία).
- Σε εξήντα οχτώ περιπτώσεις, προέβησαν σε θεραπευτικές παρεμβάσεις (για π.χ. μέτρηση αρτηριακής πίεσεως και σακχάρου, περιποίηση εγκαυμάτων και κατακλίσεων, ενεσοθεραπεία, παρακολούθηση για σωστή λήψη των φαρμάκων και εντοπισμό τυχόν παρενεργειών από την χρόνια λήψη τους, καθώς και περιποίηση τραύματος).
- Σε εξήντα εννέα περιπτώσεις, πραγματοποιήθηκε προαγωγή υγείας (για π.χ. ατομική συμβουλευτική για την απόκτηση υγιεινών συνηθειών).
- Σε τριάντα έξι περιπτώσεις, πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση οικογένειας (για π.χ. επίδειξη στα μέλη της οικογένειας, του τρόπου φροντίδας του ασθενή).

Η συχνότητα επισκέψεων του νοσηλευτή, σε ειδικές περιπτώσεις ήταν καθημερινή, για π.χ. όταν επρόκειτο για περιστατικά που είχαν ανάγκη ενεσοθεραπείας ή ινσουλινοθεραπείας. Συνήθως, εξυπηρετούνταν τρεις φορές την εβδομάδα, περιστατικά που είχαν κατάκλιση, δύο φορές την εβδομάδα περιστατικά που αφορούσαν θεραπευτικές παρεμβάσεις και περιποίηση ατομικής υγιεινής και τέλος, μια φορά την εβδομάδα, όταν επρόκειτο για συνοδεία σε ασφαλιστικούς φορείς, νοσοκομεία είτε για μέτρηση αρτηριακής πίεσεως-σακχάρου.

Πίνακας 2.3  
Είδος νοσηλευτικής φροντίδας  
&  
Αριθμός εξυπηρετούμενων

<i>ΕΙΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ</i>
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	81
<b>ΣΥΝΟΔΕΙΑ</b>	10
<b>ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ</b>	29
<b>ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ</b>	40
<b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</b>	68
<b>ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ</b>	69
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ</b>	36

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Πίνακας 2.4  
Συχνότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας  
&  
Αριθμός εξυπηρετούμενων

<i>ΣΥΧΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΑΡΙΘΜΟΣ</i>
<b>ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ</b>	4
<b>3 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	2
<b>2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	3
<b>1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	36
<b>1 ΦΟΡΑ ΑΝΑ 15/ΝΘΗΜΕΡΟ</b>	36
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	81

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Ο Οικογενειακός Βοηθός, αναλάμβανε την τέλεση καθηκόντων σχετικά με την συντήρηση της καθαριότητας της οικίας του ηλικιωμένου. Το σύνολο των ατόμων οι οποίοι δέχτηκαν την οικογενειακή φροντίδα ήταν εξήντα οχτώ άτομα. Πιο αναλυτικά:

- Σε πενήντα τέσσερις περιπτώσεις, ο Οικογενειακός Βοηθός ασχολήθηκε με την καθαριότητα της οικίας τους (για π.χ. σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα, πλύσιμο ενδυμάτων).
- Σε τριάντα πέντε περιπτώσεις, έγιναν εξωτερικές εργασίες (για π.χ. αγορά τροφίμων από λαϊκή αγορά ή από super market, πληρωμή λογαριασμών).
- Σε είκοσι έξι περιπτώσεις, υπήρξε ενίσχυση όσον αφορά την σίτιση (για π.χ. μαγείρεμα, πλύσιμο πιάτων, παράθεση γεύματος, τάισμα).
- Σε σαράντα επτά περιπτώσεις, παρείχετο συντροφιά (για π.χ. ανάγνωση βιβλίων, συζήτηση).
- Βοήθεια στην περιποίηση ατομικής υγιεινής, σε είκοσι δύο περιπτώσεις (για ενίσχυση της νοσηλεύτριας του προγράμματος).

Η συχνότητα επισκέψεων των Οικογενειακών Βοηθών ποικίλλει. Συνήθως ήταν μια φορά την εβδομάδα. Όταν επρόκειτο για περιστατικά που η υγεία τους ήταν επιβαρυνμένη οι εβδομαδιαίες επισκέψεις ήταν δύο και τέλος μια φορά το δεκαπενθήμερο για όσους ήταν σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν.

Πίνακας 2.5  
Είδος παρεχόμενης οικογενειακής βοήθειας  
&  
Αριθμός εξυπηρετούμενων

<b>ΕΙΔΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>
ΠΑΡΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	68
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΟΙΚΙΑΣ	54
ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	35
ΣΙΤΙΣΗ	26
ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ	47
ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	22

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Πίνακας 2.6  
Συχνότητα οικογενειακής βοήθειας  
&  
Αριθμός εξυπηρετούμενων

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
<b>ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ</b>	3
<b>3 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	2
<b>2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	9
<b>1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ</b>	37
<b>1 ΦΟΡΑ ΑΝΑ 15/ΝΘΗΜΕΡΟ</b>	17
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>68</b>

Πηγή: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

Το 2011 το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», μετονομάστηκε σε «Εναρμόνιση Οικογενειακής και Επαγγελματικής Ζωής». Σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.). Το πρόγραμμα ανατέθηκε στην Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.), από τη Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων Πόρων και αφορούσε, την παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων, που ωφελούνταν από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης.

Για το έτος 2011<sup>26</sup> εντάχθηκαν 638 φορείς σε όλη την επικράτεια. Συστάθηκαν 1026 μονάδες, απ' αυτές οι 765 από φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης (είτε από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), είτε από Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)) και οι 135, από επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα.

Ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ανέρχεται σε 82.310 άτομα, εκ των οποίων οι 67.676 εξυπηρετούνταν από δημοτικές μονάδες. Συνολικά απασχολήθηκαν 4611 εργαζόμενοι. Ο αριθμός των κοινωνικών επιστημόνων ανέρχεται σε 1233, των νοσηλευτών σε 1318, των οικογενειακών βοηθών σε 1665, των οικογενειακών ιατρών σε 111, των φυσικοθεραπευτών-εργοθεραπευτών σε 58 και του βοηθητικού προσωπικού σε 226 άτομα.

Η κατανομή του προσωπικού σε ποσοστά, ήταν 83,1% στο σύνολο των δημοτικών μονάδων και 16,9% στις επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα.

<sup>26</sup> Ζαγορίτου Φρόσω, Μαρής Δημήτρης, Μπενέκος Ηλίας, «Μνημόνιο και Τοπική Αυτοδιοίκηση: Ένας χρόνος μετά. Καλλικράτης: Θετικό το πρώτο τεστ αλλά πολλές οι αρρυθμίες. Οι ευρωπαϊκές πόλεις στο στόχαστρο της κρίσης», Επιθεώρηση, τοπική αυτοδιοίκηση, τεύχος 130, Μάρτιος-Μάιος 2011, σελ.6-7.



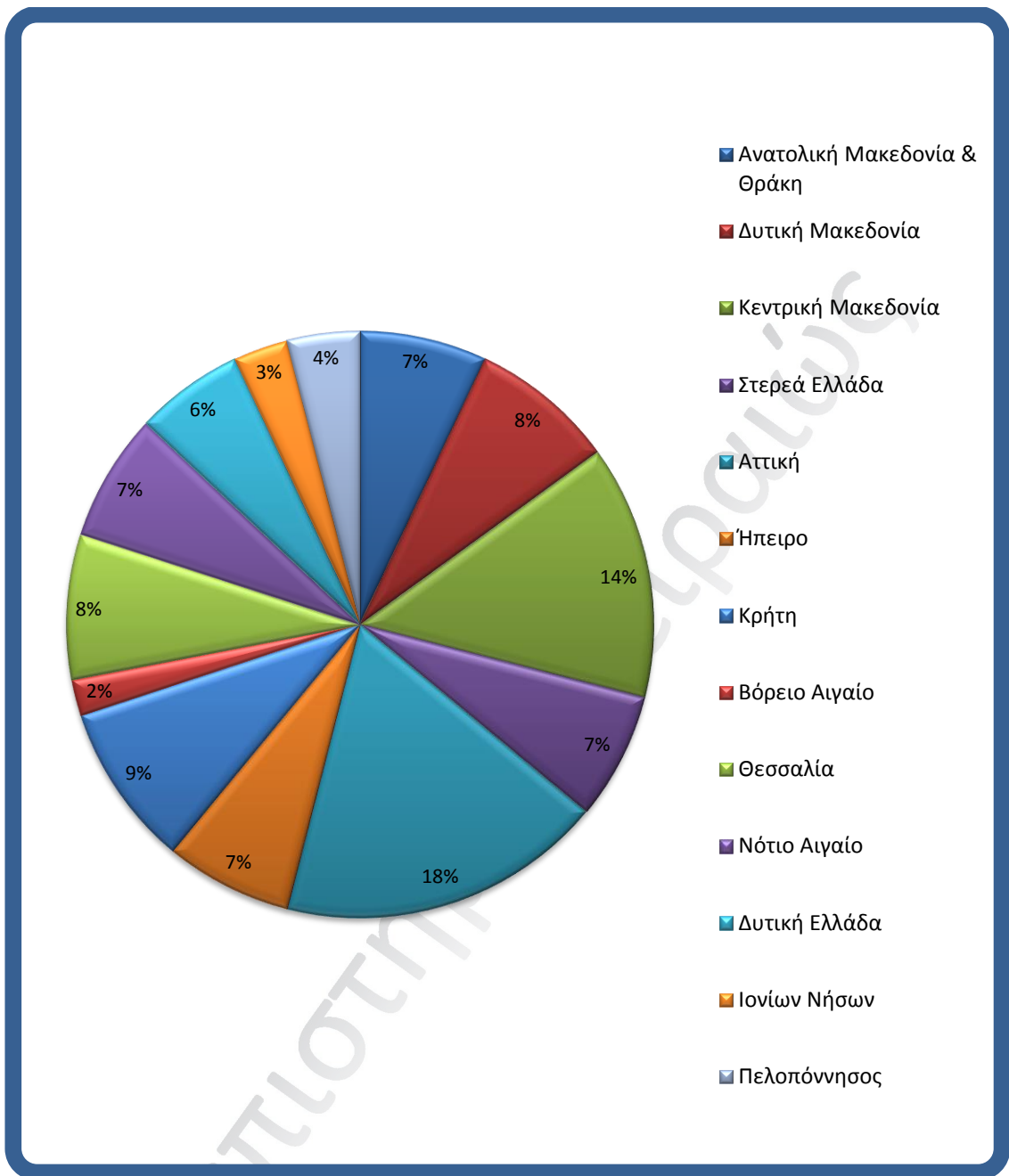
Βάσει στοιχείων της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), ως το 2010 υπήρχαν 1200 δομές και 4600 εργαζόμενοι. Σε σύνολο 217 δομών στις οποίες εργάζονταν 1136 άτομα, οι ειδικότητες οι οποίες απασχολούνταν στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» ήταν σε ποσοστά, Οικογενειακός Βοηθός 34,9%, Νοσηλευτές 27,1%, Κοινωνικοί Επιστήμονες 22,3%.

Σε μικρότερο ποσοστό η ειδικότητα των Ιατρών 7,7%, των Φυσικοθεραπευτών 4,8% και των Οδηγών 2,2%.

Οι υπηρεσίες με τα μεγαλύτερα ποσοστά ωφελουμένων είχαν ως εξής:

- Νοσηλευτικές πράξεις, με αποδέκτες το 76,5% των ωφελουμένων.
- Ατομική ψυχοκοινωνική στήριξη, με αποδέκτες το 47,5% των ωφελουμένων.
- Ενημέρωση-πληροφόρηση, με αποδέκτες το 46,7% των ωφελουμένων.
- Συνταγογράφηση, αγορά φαρμάκων, με αποδέκτες το 43,7% των ωφελουμένων.
- Κοινωνική συναναστροφή, με αποδέκτες το 41,5% των ωφελουμένων.
- Ψυχοκοινωνική στήριξη οικογένειας, με αποδέκτες το 38,2% των ωφελουμένων.
- Επίβλεψη τήρησης φαρμακευτικής αγωγής, με αποδέκτες το 36,6% των ωφελουμένων.

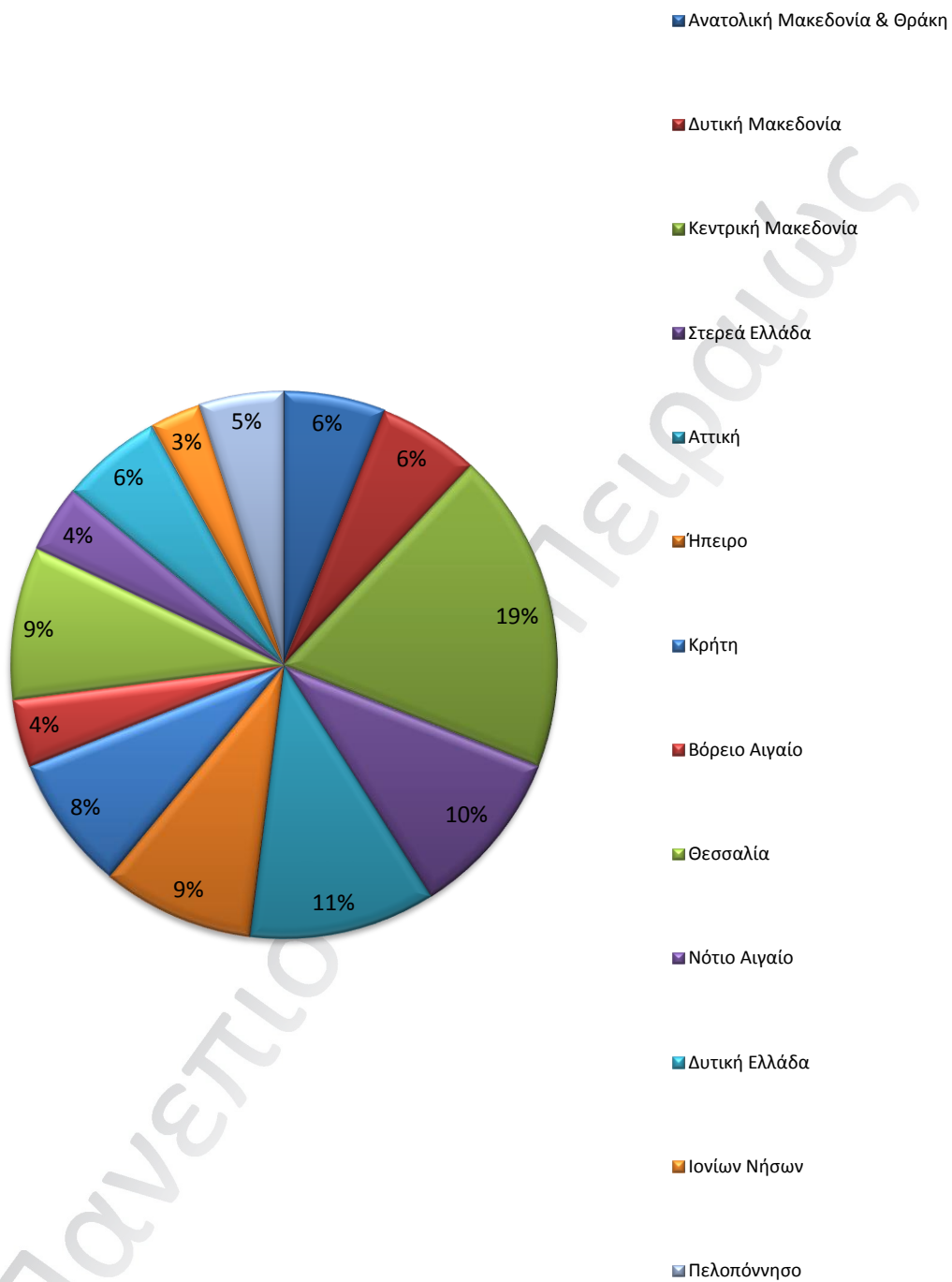
Παρατίθενται ενδεικτικά γραφήματα:



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.1

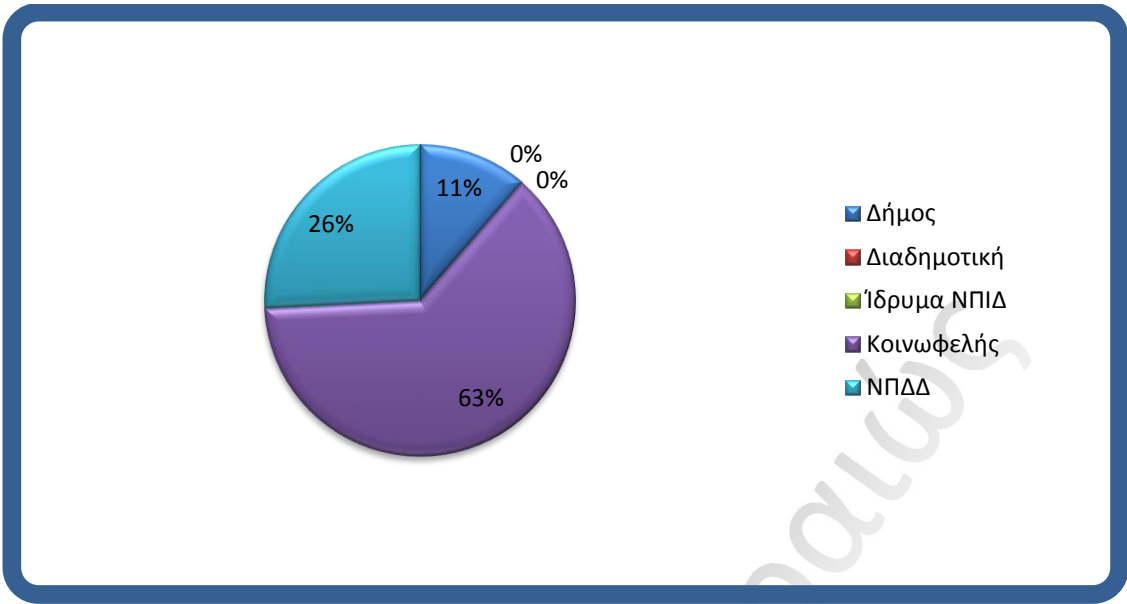
Επιλέξιμοι φορείς ανά περιφέρεια



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.2

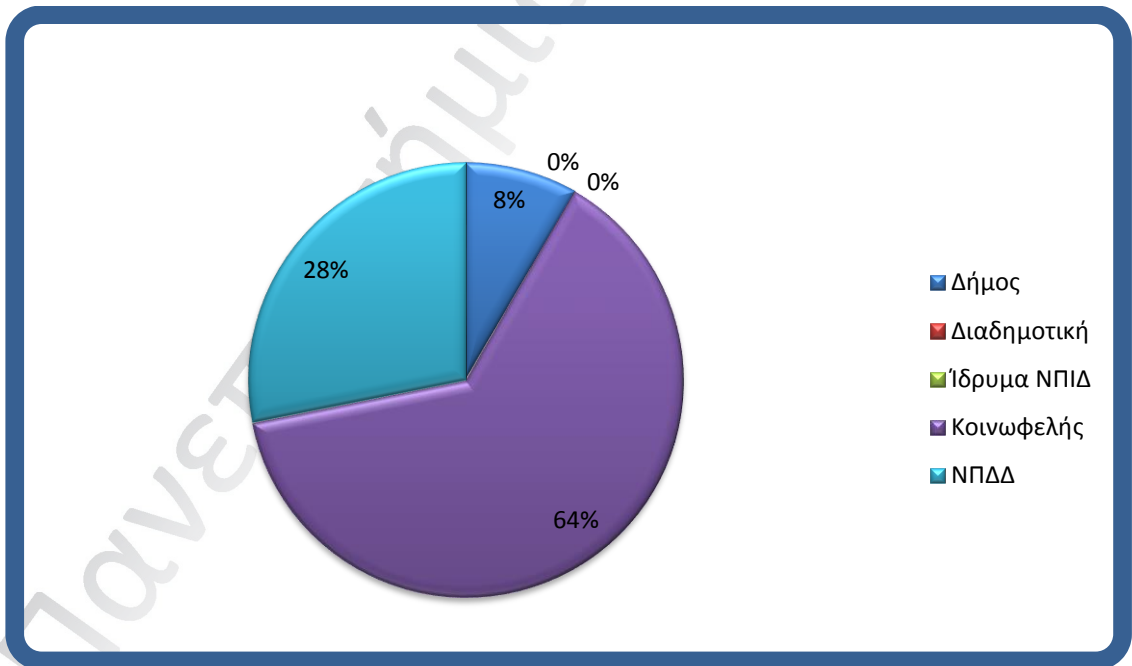
Επιλέξιμες μονάδες ανά περιφέρεια



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.3

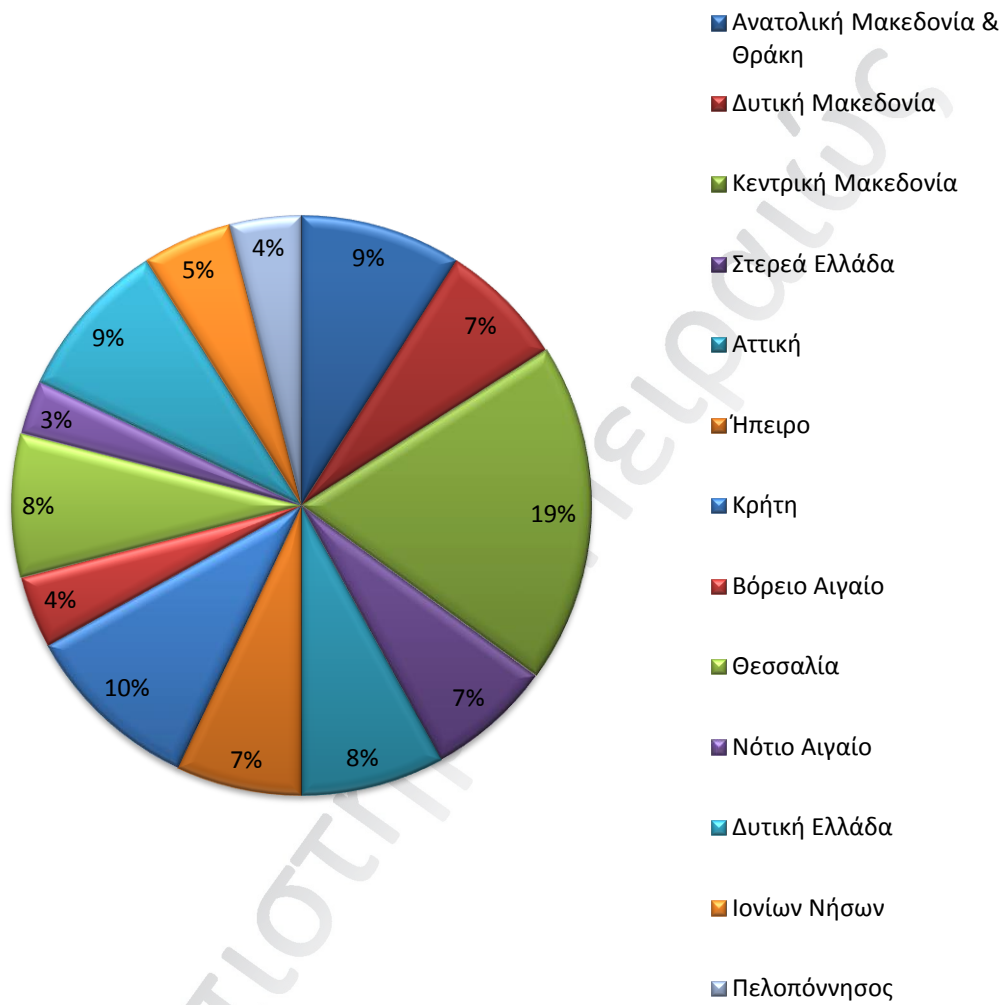
Επιλέξιμοι φορείς ανά νομική μορφή



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.4

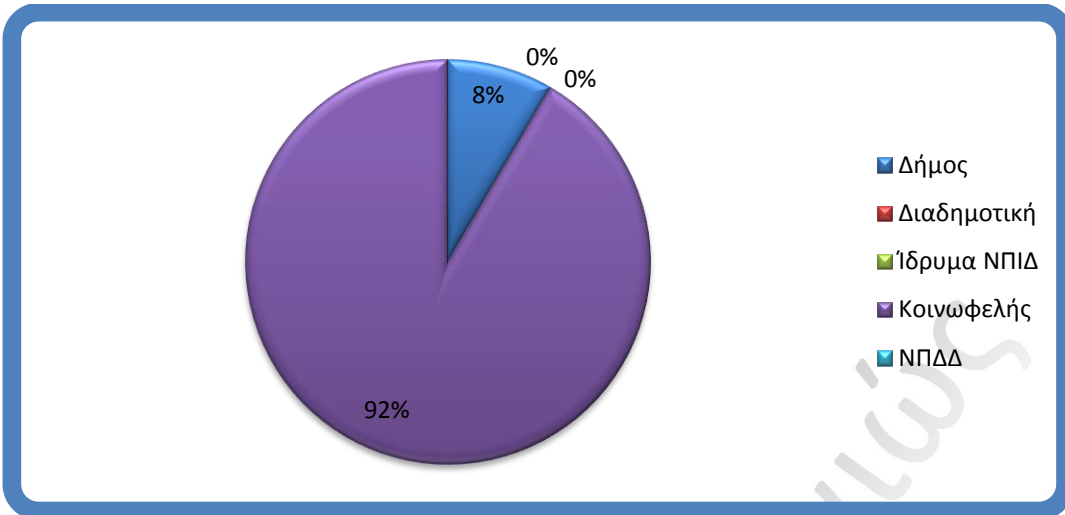
Επιλέξιμες μονάδες ανά νομική μορφή φορέα



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.5

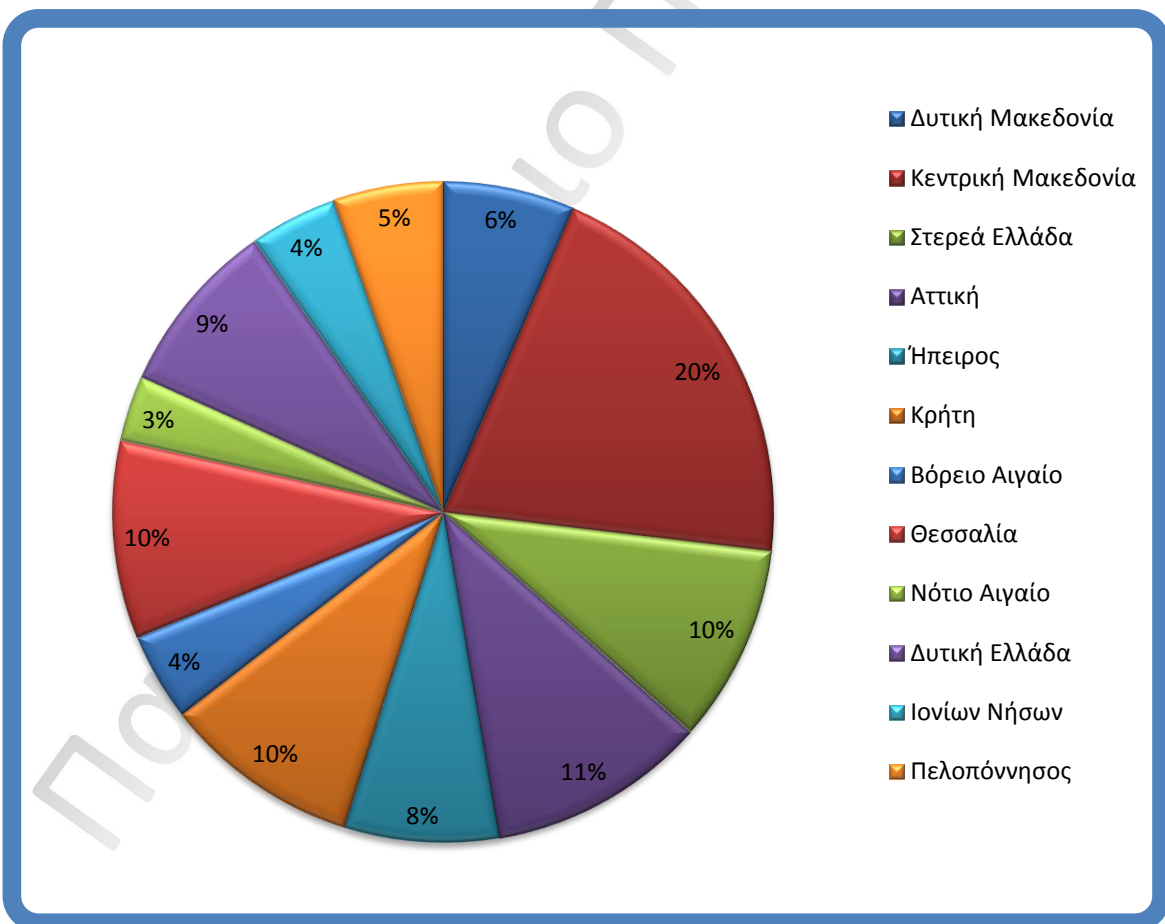
Αριθμός εξυπηρετούμενων ανά περιφέρεια



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.6

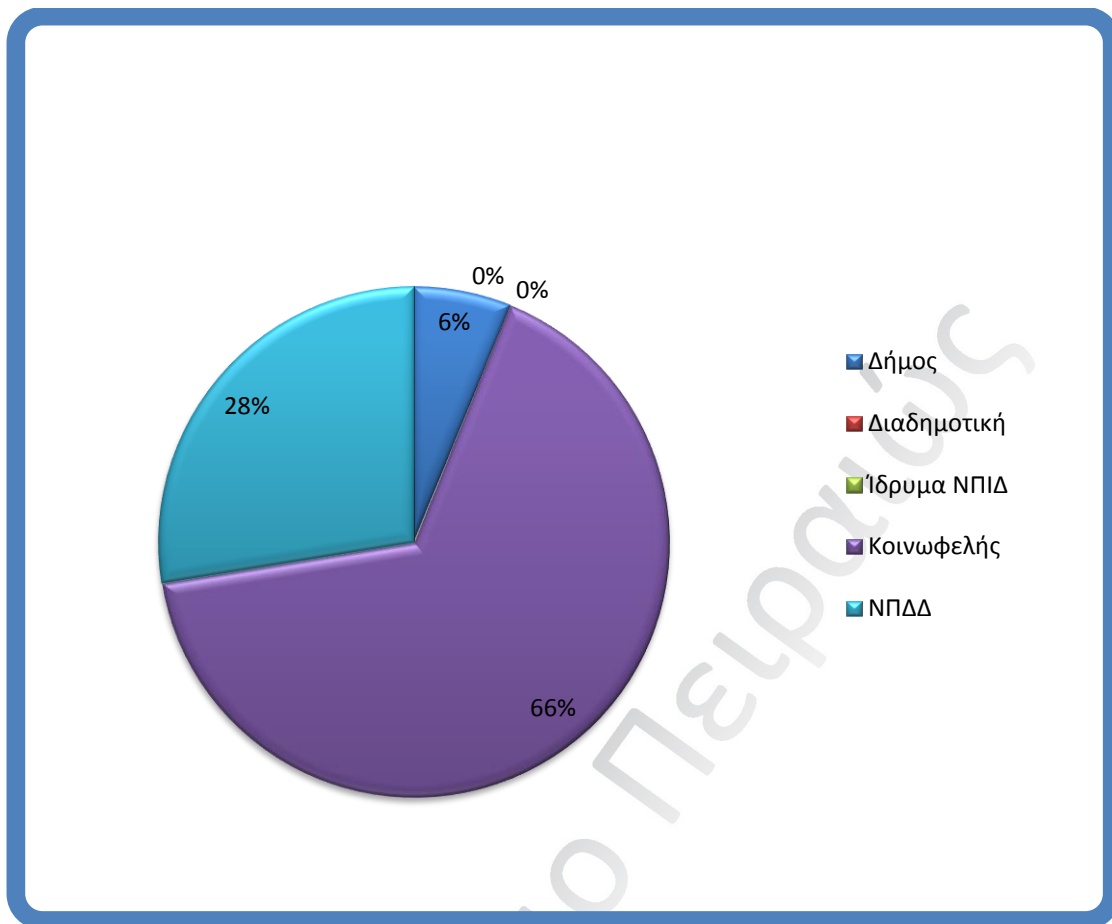
Αριθμός εξυπηρετούμενων ανά νομική μορφή φορέα



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

Γράφημα 2.7

Αριθμός εργαζομένων ανά περιφέρεια



Πηγή: Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα

#### Γράφημα 2.8

#### Αριθμός εργαζομένων ανά νομική μορφή

Τα τελευταία στοιχεία, βάση του 2<sup>ου</sup> πανελληνίου συνεδρίου του «Βοήθεια στο Σπίτι», που πραγματοποιήθηκε στις 15.12.2014, αναφέρουν ότι υφίστανται 3.500 εργαζόμενοι, σε 385 Δήμους σε όλη την ελληνική επικράτεια που εξυπηρετούν 80.000 άτομα, εκ των οποίων ηλικιωμένα και Α.Μ.Ε.Α.<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/2.html>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, είναι σε ισχύ προγράμματα κατ' οίκον παροχής υπηρεσιών για ηλικιωμένους καθώς και για άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Με επιτυχία λειτουργούν σχεδόν για είκοσι έτη, καλύπτοντας όσους χρήζουν βοήθειας. Τα τελευταία χρόνια η ύπαρξη τους είναι μείζονος σημασίας, λόγω σημαντικών κοινωνικό-οικονομικών αλλαγών που έχουν προκύψει στον ευρωπαϊκό χώρο.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί κατακόρυφα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, το προσδόκιμο ζωής καθώς και το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο του γενικού πληθυσμού. Αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω κατά τις επόμενες δεκαετίες, με αποτέλεσμα την αύξηση των 'εξαρτημένων ηλικιωμένων'. Μελλοντικά βασικότερη αιτία αναπηρίας και θανάτου, θα αποτελούν οι μη μεταδοτικές ασθένειες. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με χρόνιες παθήσεις, θα επιθυμεί να παραμένει στην οικία του καθώς και τα παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, θα χρειάζονται κατ' οίκον παροχή φροντίδας.

Οι κοινωνικό δημογραφικές αλλαγές και οι τάσεις κινητικότητας επηρεάζουν τις κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας. Για παράδειγμα, η διάσπαση της παραδοσιακής μεγάλης οικογένειας και η αστικοποίηση, περιπλέκουν την κατάσταση. Έχουν παραμείνει παρ' όλα αυτά ανέπαφες, οι οικογένειες των αγροτικών περιοχών, όπου πολλές γενεές κατοικούν σε ένα νοικοκυριό και τα μέλη της οικογένειας φροντίζουν τους ηλικιωμένους ή τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι αστικές κοινότητες διαφέρουν, πρόκειται για μικρές οικογενειακές μονάδες, με περιορισμένο χώρο διαβίωσης, όπου οι νεότερες γενεές συχνά μετακινούνται μακριά από τις οικογένειές τους λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων. Εξαιτίας των προαναφερθέντων καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι οι μελλοντικές γενεές χρειάζονται την ενίσχυση της κυβέρνησης σε όλα τα επίπεδα εθνικό, περιφερειακό, και τοπικά από τους Δήμους τους, για την εφαρμογή των κατ' οίκον υπηρεσιών. Τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών, απευθύνονται σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και των οποίων οι συγγενείς, δεν μπορούν να συνεισφέρουν στην φροντίδα τους.

Μέσω των εκάστοτε προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», ενισχύεται εκτός από τον εξυπηρετούμενο και η συνοχή της οικογένειας του. Με την παροχή των κατ' οίκον υπηρεσιών, αποτρέπεται ή καθυστερείται η ιδρυματοποίηση του ατόμου. Ο χρήστης



των υπηρεσιών αισθάνεται, ότι έχει ελευθερία κινήσεων στην οικία του, σε αντίθεση με τους οίκους ευγηρίας όπου το περιβάλλον είναι ελεγχόμενο. Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Απαιτείται όμως αλλαγή στη νοοτροπία, στις συμπεριφορές και στην ευρεία εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών που εργάζονται στα συγκεκριμένα προγράμματα, καθώς και η συνεχόμενη εκπαίδευση των ανεπίσημων φροντιστών, τόσο στα πλαίσια της κοινότητας, όσο και στα θεσμικά όργανα της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών τομέων. Απαιτείται να υπάρχει ανθρώπινη δέσμευση και ευέλικτες οργανώσεις περισσότερο από, την ύπαρξη ακριβών φαρμάκων.

Οι υπηρεσίες των προγραμμάτων, που απευθύνονται στις ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού προσφέρονται κατ' οίκον, ώστε να διευκολύνεται ο εξυπηρετούμενος στις καθημερινές του δραστηριότητες. Η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών, στοχεύει στην βελτίωση ή στην στασιμότητα της υγείας των εξυπηρετούμενων και στην ικανοποίηση των κοινωνικών τους αναγκών. Τους παρέχεται υγειονομική περίθαλψη και κοινωνικές υπηρεσίες από επίσημους ή και ανεπίσημους φροντιστές.

Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες, πρέπει να θεωρούνται από τους υπεύθυνους των εκάστοτε κυβερνήσεων ανά τον κόσμο όπου εφαρμόζονται, ως μια βιώσιμη προσέγγιση, για την αποφυγή οξέων και μακροπρόθεσμων ιδρυματοποιήσεων. Διότι, μέλημα τους αποτελεί, η παραμονή των ατόμων στην οικία τους και στην κοινότητα για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και εφ' όσον οι ίδιοι το επιθυμούν<sup>28</sup>.

Οι αρχές που διέπουν τις πολιτικές κοινωνικής φροντίδας στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας<sup>29</sup>, αντανακλούν την σταδιακή μεταστροφή των παραδοσιακών συστημάτων «πατερναλιστικής» προστασίας (που αντιμετωπίζουν τα ευάλωτα άτομα ως παθητικούς δέκτες αρωγής), σε συστήματα προαγωγής των θεμελιωδών δικαιωμάτων των πολιτών σε κατάσταση κοινωνικού κινδύνου ή ανάγκης. Βασική προτεραιότητα των σύγχρονων υπηρεσιών φροντίδας, είναι η πολύπλευρη στήριξη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, ώστε να μην ακυρώνεται η άσκηση των δικαιωμάτων τους, για ενεργητική συμμετοχή στην οικονομική και κοινωνική ζωή και για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Προκειμένου να ανταποκριθούν στη νέα τους λειτουργία και ενόψει των αυξανόμενων αναγκών των εξυπηρετούμενων, οι

---

<sup>28</sup> Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, «Home care in Europe, the solid facts», World Health Organization 2008, σελ.1-2.

<sup>29</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ.26-29

υπηρεσίες φροντίδας σχεδιάζονται για να παρέχονται ισότιμα σε όσους τις χρειάζονται, αλλά και για να προσαρμόζονται άμεσα στις συνθήκες του χρήστη.

Ανεξάρτητα από το ιδεολογικό υπόβαθρο των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, ο θεσμικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας αντιστοιχεί σε δύο βασικές νομικές αρχές, την αρχή της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης (equity and social justice) και την αρχή του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (respect of human dignity). Οι αρχές αυτές αντιστοιχούν σε βασικά ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα που κατοχυρώνονται θεσμικά στο πλαίσιο των εθνικών Συνταγμάτων, καθώς και στις διατάξεις της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Συμβούλιο της Ευρώπης) και του χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ένωσης.

- Η αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης, επιβάλλει την ισότιμη μεταχείριση όλων των ατόμων και την παροχή ίσων ευκαιριών, για την οικονομική και κοινωνική τους ανέλιξη, μέσω μηχανισμών κάθετης και οριζόντιας αναδιανομής εισοδήματος. Στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας, η αρχή της ισότητας, εξειδικεύεται στην αρχή της προσβασιμότητας των υπηρεσιών (accessibility of services), στην αρχή της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών (availability of services), στην αρχή της κοινωνικής ένταξης (social inclusion), στην αρχή της πρόληψης των κοινωνικών αναγκών και του αποκλεισμού (prevention) και στην αρχή της στόχευσης των διαθέσιμων πόρων (resource targeting).

*Η αρχή της προσβασιμότητας*, αφορά στην χωρική κατανομή των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες πρέπει να αναπτύσσονται ισόρροπα σε όλες τις περιοχές μίας χώρας, ακόμη και τις πιο απομακρυσμένες ή υποβαθμισμένες και ιδίως σε αυτές. Στόχος αποτελεί, η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στην κοινωνική φροντίδα, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας τους ή τις ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης τους. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε μικρή απόσταση από την κατοικία του πολίτη ή ακόμα και στο ίδιο του το σπίτι (κατ' οίκον φροντίδα), είναι εξαιρετικά σημαντική για την αποτελεσματική εξυπηρέτηση των ευάλωτων ατόμων που συνήθως αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα μετακίνησης και επικοινωνίας.

*Η αρχή της διαθεσιμότητας*, αφορά στην επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε σχέση με τις υφιστάμενες ανάγκες. Οι υπηρεσίες σχεδιάζονται και οργανώνονται, με στόχο την πλήρη ισοσκέλιση προσφοράς και ζήτησης. Βασική

προτεραιότητα των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας, αποτελεί η εξάλειψη των παραγόντων που εμποδίζουν την παροχή υπηρεσιών σε όσους τις χρειάζονται.

*Η αρχή της κοινωνικής ένταξης*, αντιστακτά το δικαίωμα όλων των ανθρώπων σε ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή μιας χώρας. Τα ευάλωτα άτομα έχουν δικαίωμα σε εξειδικευμένες υπηρεσίες στήριξης που θα προσφέρουν ίσες ευκαιρίες για την επανένταξη τους στον κοινωνικό ιστό. Η αρχή της κοινωνικής ένταξης, επιβάλλει τον σχεδιασμό υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που ενθαρρύνουν και προάγουν την κοινωνικοποίηση των ευάλωτων ατόμων. Στόχος των υπηρεσιών αυτών, είναι η άρση των εμποδίων για τη συμμετοχή των χρηστών στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή και η ενίσχυση των ευκαιριών για ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, καλλιέργεια κοινωνικών επαφών και διαπροσωπικών σχέσεων.

Εξάλλου, σε επίπεδο στόχευσης των υπηρεσιών, η σύγχρονη κοινωνική φροντίδα δεν περιορίζεται πλέον στην αντιμετώπιση κοινωνικών αναγκών χαμηλής έντασης (ανοικτή φροντίδα), αλλά συνιστά την βασικότερη μορφή προληπτικής κοινωνικής αρωγής. Σύμφωνα με την αρχή της πρόληψης των κοινωνικών κινδύνων, τα συστήματα φροντίδας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση των αναγκών και στην πρόληψη των κοινωνικών κρίσεων, μέσω παρεμβάσεων για την αποφυγή βίαιων ανατροπών στις συνθήκες διαβίωσης του ευάλωτου ατόμου.

Τέλος, σε επίπεδο διαχείρισης οικονομικών και ανθρώπινων πόρων, η αρχή της στόχευσης των διαθέσιμων πόρων επιβάλλει την ακριβή διάγνωση και ιεράρχηση των υφιστάμενων αναγκών και την διοχέτευση των πόρων στην στήριξη αυτών που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, στοχεύοντας στην ορθότερη αναδιανομή εισοδήματος και την διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης.

- Η αρχή του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, επιβάλλει την αντιμετώπιση του χρήστη κοινωνικών υπηρεσιών, όχι ως επιχειρησιακό αντικείμενο φροντίδας (που επιβαρύνει το κράτος καθώς απορροφά κρίσιμους δημόσιους πόρους από φορολογικά έσοδα), αλλά ως υπεύθυνο πολίτη που δικαιούται να επιλέγει και να διεκδικεί την μορφή φροντίδας που χρειάζεται. Ο σεβασμός του εξυπηρετούμενου παρουσιάζει, μάλιστα, αυξημένο ενδιαφέρον στο πεδίο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, καθώς οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνουν σε μεγάλο ποσοστό υπηρεσίες προσωπικής εξυπηρέτησης (πληροφόρηση, συμβουλευτική κ.λπ.) και προϋποθέτουν την άμεση επαφή της αρμόδιας υπηρεσίας με τον ενδιαφερόμενο χρήστη,

αποτελώντας ουσιαστικά το πρώτο «σημείο επαφής» του πολίτη, με το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας.

Από την ορθή ή λανθασμένη αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα εξαρτηθεί ο βαθμός γενικής εμπιστοσύνης του πολίτη στο σύστημα, επηρεάζοντας έτσι την έκταση αξιοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και μακροπρόθεσμα την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Τα σύγχρονα συστήματα φροντίδας επικεντρώνονται με έμφαση στον σεβασμό της αξιοπρέπειας του εξυπηρετούμενου, επιβάλλοντας ένα πλέγμα αυστηρών προδιαγραφών ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι σχετικές προδιαγραφές περιλαμβάνουν εκτός των άλλων την μεταχείριση του ευάλωτου ατόμου με ευγένεια και ευαισθησία, την ολοκληρωμένη και αποτελεσματική του εξυπηρέτηση, την τήρηση του προσωπικού του απορρήτου, την επίδειξη ενεργού ενδιαφέροντος για τις προσωπικές του επιδιώξεις και επιθυμίες και την ενθάρρυνση της συμμετοχής του στον σχεδιασμό του πακέτου υπηρεσιών φροντίδας που θα του παρασχεθεί.

Παρατίθενται ενδεικτικά παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών, όπου εφαρμόζονται προγράμματα κατ' οίκον παροχής υπηρεσιών για ηλικιωμένους και για άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.1

### ΕΛΒΕΤΙΑ

Στην Ελβετία<sup>30</sup>, περισσότερα από 700 μέλη των εγκεκριμένων τοπικών προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι», είναι προσαρτημένα σε μια από τις 26 ενώσεις των καντονίων των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι», που με τη σειρά τους είναι μέλη της Ελβετικής Ένωσης των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι». Η νομοθεσία τους έγκειται σε ομοσπονδιακό επίπεδο, σε κοινοτικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο καντονίων.

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας προσφέρονται ανεξαιρέτως σε όλους και χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Οδηγίες και συμβουλές.
- Εξετάσεις και περίθαλψη.
- Βασική περίθαλψη.

Προϋποθέσεις ένταξης των εξυπηρετούμενων αποτελούν: οι ανάγκες των ηλικιωμένων για περίθαλψη, έπειτα από εκτίμηση των αναγκών τους από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Οι υπηρεσίες είναι οργανωμένες σε μια ειδική βάση στα καντόνια. Δεν υπάρχει καμία υποχρέωση σε ομοσπονδιακό επίπεδο για την παροχή υπηρεσιών, μολονότι μπορεί να υπάρχει εντός του καντονίου. Οι εξυπηρετούμενοι αποφασίζουν, εάν επιθυμούν να περιθάλπονται στην οικία τους ή σε κάποιο ίδρυμα περίθαλψης, όπως οι οίκοι ευγηρίας. Το κόστος για τις υπηρεσίες περίθαλψης καθορίζεται βάσει του ομοσπονδιακού νόμου. Οι κατ' οίκον υπηρεσίες, χρηματοδοτούνται μέσω μιας υποχρεωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τους όρους που καθορίζονται από τον ομοσπονδιακό νόμο. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας, καθορίζεται επίσης από την καντονιακή νομοθεσία. Οι εξυπηρετούμενοι καλούνται να πληρώσουν μια συμμετοχή για τις κατ' οίκον υπηρεσίες. Το ποσόν που τους ζητείται, είναι δυνατόν να καλυφθεί από ομοσπονδιακές, καντονιακές ή δημοτικές επιχορηγήσεις. Ορισμένοι εξυπηρετούμενοι οι οποίοι είναι οικονομικά αδύναμοι, λαμβάνουν συμπληρωματικές ασφάλειες για να καλύψουν την συμμετοχή τους.

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- Πληρωτέες.

---

<sup>30</sup><http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Switzerland>

- Μη πληρωτέες.

Όσες είναι πληρωτέες, καλύπτουν την περίθαλψη αφού έχει προηγηθεί η αξιολόγηση. Οι υπηρεσίες αυτές, βάσει νόμου "ordonnance sur les luxembourg de l'assurance des soins" (OPAS) έχουν τις ακόλουθες τιμές ανά ώρα:

- Βασική μέριμνα για απλές και σταθερές συνθήκες (από FR 30 έως Fr 47).
- Βασική μέριμνα για ασταθείς και περίπλοκες καταστάσεις, καθώς και για εξέταση και περίθαλψη (από Fr 45 έως Fr 68).
- Αξιολόγηση των αναγκών, κατεύθυνση, ιατρική παρακολούθηση (από Fr 50 έως Fr 73).

Το χρηματικό ποσό που επιστρέφεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες καθορίζεται από μια τιμή σύμβασης, η οποία αποτελεί ετησίως αντικείμενο διαπραγμάτευσης από τις ασφαλιστικές εταιρείες και την καντονιακή ένωση των προγραμμάτων κατ' οίκον παροχής υπηρεσιών.

Όσον αφορά τους φροντιστές και τα τέκνα των εξυπηρετούμενων, δεν είναι νομικά υπεύθυνοι για την περίθαλψη των γονιών τους.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων, υπάρχουν εξαιρέσεις σε ορισμένα καντόνια ή σε κοινότητες. Για παράδειγμα, είναι πιθανόν να ζητηθεί από τους συγγενείς των ηλικιωμένων να συμβάλλουν οικονομικά στο κόστος περίθαλψής τους.

Προσφερόμενες βασικές υπηρεσίες αποτελούν, η εκτίμηση και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η οικογενειακή στήριξη, η οικιακή βοήθεια και η συνοδεία. Οι υπόλοιπες υπηρεσίες ποικίλλουν, ανάλογα με το εκάστοτε τοπικό πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών, που χρηματοδοτείται από τις ασφάλειες υγείας σύμφωνα με την ομοσπονδιακή νομοθεσία (LAMal). Για παράδειγμα, γίνεται αξιολόγηση, προσφέρονται συμβουλές, παρέχονται υπηρεσίες.

#### Επιπρόσθετες υπηρεσίες:

- Μαγείρεμα.
- Παρατίθενται καθημερινά γεύματα σε κέντρο ημερήσιας φροντίδας.
- Υπηρεσία μεταφοράς.
- Κατασκήνωση ηλικιωμένων.
- Ιατρικές συμβουλές (για π.χ. σε περιπτώσεις ηλικιωμένων, με αναπνευστικά προβλήματα).
- Συμβουλές σχετικά με τη διατροφή και τον σακχαρώδη διαβήτη.
- Περιποίηση ατομικής υγιεινής.

- Εργοθεραπεία.
- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη.
- Συντροφιά σε ασθενείς τελικού σταδίου.
- Καθαριότητα οικίας.
- Κηπουρική.

Απο τα προαναφερθέντα, παρουσιάζονται ομοιότητες καθώς και διαφορές, μεταξύ των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» Ελλάδας και Ελβετίας.

Όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δύο χωρών, είναι χωρισμένες σε τρεις κατηγορίες. Ο κάθε εξυπηρετούμενος μπορεί να επωφεληθεί όλων των υπηρεσιών του προγράμματος, για π.χ. οικογενειακή βοήθεια για καθαριότητα της οικίας του, νοσηλευτική φροντίδα για περιποίηση της ατομικής του υγιεινής, τις υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού για διευθέτηση γραφειοκρατικών του εκκρεμοτήτων καθώς και να του παρασχεθεί συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη.

Η χρηματοδότηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελβετία, προέρχεται από οικονομικούς πόρους των ασφαλισμένων. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία και στις δύο χώρες, με ελάχιστες μόνο αποκλίσεις. Αποσκοπούν στην ενίσχυση της αυτονομίας των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ώστε να διαβιούν ανεξάρτητοι στην οικία τους, με απώτερο σκοπό την αποσυμφόρηση των φροντιστών τους.

Οι διαφορές έγκεινται, ότι στην Ελβετία οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται επί πληρωμή, αντιθέτως με την Ελλάδα όπου τα προγράμματα κατ' οίκον ενίσχυσης ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία, είναι δωρεάν, τουλάχιστον μέχρι το 2014.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Ελβετίας.



<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Η απόφαση ένταξης δίνεται από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Με αποτέλεσμα, να προσμετρώνται και υποκειμενικοί παράγοντες, εκτός των αντικειμενικών.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι επί πληρωμή.
Υπάρχει η δυνατότητα επιλογής από τον εξυπηρετούμενο, σε ποιά χώρα θα δέχεται τις κατ' οίκον υπηρεσίες: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Στην οικία του.</li> <li>• Σε οίκο ευγηρίας.</li> </ul>	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, διαφέρουν ανα περιοχή διαμονής.
Οι οικονομικά ασθενέστεροι λαμβάνουν χρηματικό επίδομα, για την πληρωμή των κατ' οίκον υπηρεσιών τους.	
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρονται, καλύπτουν βασικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων.	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.2

### ΓΑΛΛΙΑ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» της Γαλλίας<sup>31</sup>, σχεδιάστηκε για την παροχή κατ' οίκον υποστήριξης, σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, ώστε να διαβιούν στην οικία τους και να ανταπεξέρχονται στην καθημερινότητά τους. Με απώτερο σκοπό να αποτραπεί, να αναβληθεί ή να περιοριστεί η παραμονή τους στο νοσοκομείο ή σε κάποιον οίκο ευγηρίας.

Το νομοσχέδιο για τους εξαρτώμενους ηλικιωμένους της 20<sup>ης</sup> Ιουλίου του 2001, εισήγαγε το επίδομα "allocation personnalisée d'autonomie" (επιμέρους επίδομα βοήθειας), γνωστό ως APA. Το επίδομα καταβάλλεται σε εξαρτώμενα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, για την κάλυψη των εξόδων τους. Προϋπόθεση αποτελεί, η κύρια κατοικία τους να είναι η Γαλλία και να θεωρούνται 'εξαρτώμενοι' σύμφωνα με την AGGIR κλίμακα (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources).

Σύμφωνα με το άρθρο L113-1 του "Code de l'action Sociale et des Familles", κάθε άτομο άνω των 65 ετών χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους, δικαιούται είτε να ενταχθεί στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είτε να διαμείνει σε μια ιδιωτική κατοικία ή ίδρυμα. Αναφέρεται στο άρθρο 205 του Γαλλικού Αστικού Κώδικα, ότι τα ενήλικα τέκνα έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν περίθαλψη στους γονείς τους και γενικότερα στους συγγενείς τους, εάν χρειαστεί.

Το APA μπορεί να λάβει τη μορφή υπηρεσιών ή μετρητών και καταβάλλεται ανεξάρτητα από το εάν το άτομο διαβιεί στην οικία του ή σε κάποιο ίδρυμα. Το επίδομα, αφορά παροχή υπηρεσιών (π.χ. από νοσηλεύτη ή οικογενειακό βοηθό) και τεχνική βοήθεια. Δεν προσφέρει υγειονομική περίθαλψη διότι ιατρικά, μπορεί να καλυφθεί ο εξυπηρετούμενος από την ασφάλεια υγείας του. Όσοι παραλάβουν το APA, μπορούν να επιλέξουν ως πάροχο υπηρεσιών, μεταξύ ενός προγράμματος του Δήμου ή ενός ιδιωτικού προσώπου (εξαιρούνται οι σύζυγοι). Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2006, υποχρεούται όποιος έχει μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των €658,4, να συνεισφέρει για την κάλυψη του κόστους του APA. Αντιθέτως, όποιος έχει εισόδημα περισσότερο από €2.622,34, πρέπει να συνεισφέρει στο 90% του κόστους.

<sup>31</sup><http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/France>

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», χρηματοδοτείται<sup>32</sup> από ιδιωτικές και δημόσιες πηγές (κυρίως το Εθνικό Ταμείο Συνταξιοδότησης, την κοινωνική πρόνοια και τα επικουρικά ταμεία συνταξιοδότησης). Ειδικότερα, στην περίπτωση που οι εξυπηρετούμενοι δεν διαθέτουν τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους, οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τα νομαρχιακά συμβούλια, ενώ για τους ασφαλισμένους και συνταξιούχους με επαρκείς οικονομικούς πόρους χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Ειδικότερα, το άρθρο L 129-5 του Γαλλικού Εργατικού Κώδικα, προβλέπει την Ενιαία Επιταγή Απασχόλησης-Υπηρεσίας (CESU-Cheque d' Emploi-Service Universel), έναν ειδικό ονομαστικό τίτλο πληρωμής που αντιστοιχεί σε ένα προκαθορισμένο ποσό, για την αγορά προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η λήψη της CESU επιτρέπει σε έναν ιδιώτη, είτε να προσλαμβάνει ο ίδιος και να αμείβει έναν εργαζόμενο, για να του παρέχει προσωπικές υπηρεσίες φροντίδας, είτε να αγοράζει τις υπηρεσίες αυτές από φορείς που είναι πιστοποιημένοι πάροχοι υπηρεσιών, απαλλασσόμενος συνολικά ή εν μέρει από το κόστος των υπηρεσιών.

Η ίδια διάταξη προβλέπει, ότι οι φορείς του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα που είναι αρμόδιοι για την οργάνωση και την παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, αντί να οργανώνουν και να παρέχουν οι ίδιοι τις υπηρεσίες, μπορούν εναλλακτικά να χορηγούν στους δικαιούχους τις αντίστοιχες CESUs, που καλύπτουν συνολικά ή εν μέρει το κόστος αγοράς των υπηρεσιών, από εξωτερικούς παρόχους υπηρεσιών.

Ορισμένες υπηρεσίες, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία και άλλες παραϊατρικές κατ' οίκον υπηρεσίες, χρηματοδοτούνται από την εθνική υγειονομική ασφάλιση. Σε περιπτώσεις ατόμων με υψηλό εισόδημα, προβλέπεται συγχρηματοδότηση με την καταβολή εισφοράς. Άλλες υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα «συναγερμού» εκτάκτου ανάγκης για ηλικιωμένους που πάσχουν από γεροντική άνοια ή η παράδοση γευμάτων στο σπίτι, συνήθως χρηματοδοτούνται από την περιφερειακή κυβέρνηση, με το κόστος συμμετοχής του αποδέκτη να ποικίλει. Πολλές υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν από εθελοντές αλλά υπάρχουν και αρκετές που παρέχονται υπ' αμοιβή (για π.χ. κατ' οίκον βοηθός). Η κοστολόγηση των υπηρεσιών είναι ανάλογη με το εισόδημα του εξυπηρετούμενου, ευνοώντας όσους έχουν χαμηλό εισόδημα. Οι δικαιούχοι είναι πιθανόν να χρειαστεί να συμβάλλουν ως προς το κόστος τους. Αντιθέτως, οι κατ' οίκον υπηρεσίες νοσηλείας και άλλες παραϊατρικές υπηρεσίες, χρηματοδοτούνται πλήρως από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες

---

<sup>32</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.148-149

οικιακής μέριμνας παρέχονται από ιδιωτικές, από μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και από τους Δήμους. Αρκετές υπηρεσίες προσφέρονται από εθελοντές και συνεπώς δεν υπάρχει κόστος συμμετοχής.

Όσοι χρήζουν βοήθειας (αλλά σε μικρότερο βαθμό από αυτόν που απαιτείται έχουν δικαίωμα για επιμέρους επίδομα βοήθειας), λαμβάνουν ειδικά επιδόματα ή αυξημένες παροχές, για να πληρώσουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2002).

Ο νόμος 2005-841 της 26<sup>ης</sup> Ιουλίου του 2005 περί προσωπικών υπηρεσιών και κοινωνικής συνοχής, εισήγαγε τις επιταγές "cheque emploi service universel" (CESU), που τέθηκαν σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2006. Αντικαθιστά το "cheque emploi service" και το "titre emploi service". Οι CESUs μπορούν να αγοραστούν από ιδιώτες, για την πληρωμή υπηρεσιών του «Βοήθεια στο Σπίτι» (για π.χ. σιδέρωμα, κηπουρική, οικιακές εργασίες κ.λπ.), που απαιτούνται από τους υπερήλικες και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης, μπορούν να χρηματοδοτηθούν από κοινού από εργοδότες κατά τον ίδιο τρόπο, για την αγορά κουπονιών φαγητού ή δελτίων διακοπών. Οι εργοδότες δικαιούνται έκπτωση φόρου 25%, από την αγορά τους. Η αγορά των CESUs, μπορεί να χρηματοδοτηθεί από τα συνταξιοδοτικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρείες (webpublic.ac-dijon, 2005). Οι επιταγές μπορούν να αγοραστούν από οποιαδήποτε τράπεζα, σε συνεργασία με την εθνική υπηρεσία για την είσπραξη εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Τα άτομα ή οι οργανισμοί που παρέχουν τις υπηρεσίες, καταθέτουν τις επιταγές σε ένα τραπεζικό λογαριασμό.

Οι κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες, προσφέρουν ενίσχυση για την πραγματοποίηση των βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.

Ενδεικτικά, παρατίθεται λίστα των υπηρεσιών οικιακής μέριμνας που προσφέρονται στα ηλικιωμένα άτομα (Jani-Le-Bris 2004):

- Συνοδεία (για π.χ. σε περίπατο, σε ραντεβού με ιατρό).
- Διαρρύθμιση του χώρου (για π.χ. ο ανάπηρος με αναπηρικό αμαξίδιο να μπορεί να κινείται στην οικία του, να χαμηλώσει ο νεροχύτης, να αντικατασταθεί η μπανιέρα από ντουζιέρα κ.λπ.).
- Διευθέτηση γραφειοκρατικών θεμάτων.
- Φροντίδα στο σπίτι κατά την διάρκεια της μέρας ή της νύχτας.
- Παράδοση φαρμάκων (ειδικά στις αγροτικές περιοχές).
- Συντροφιά.

- Κατ' οίκον νοσηλεία.
- Τοποθέτηση ειδικού συναγερμού, για ηλικιωμένα και ανάπηρα άτομα που διαβιούν μόνα.
- Οικιακή βοήθεια (καθάρισμα, μαγείρεμα, αγορές, πλύσιμο, σιδέρωμα, καθαρισμός παραθύρων κ.λπ.).
- Παράδοση μερίδας φαγητού.
- Κινητή βιβλιοθήκη.
- Παραϊατρικές υπηρεσίες (νοσηλευτική, περιποίηση προσωπικής υγιεινής, φυσιοθεραπεία κ.λπ.).
- Ανακουφιστική περίθαλψη.
- Νυχτερινές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (π.χ. αγορά φαρμάκων ή τροφίμων).
- Εφοδιασμός του εξυπηρετούμενου με ειδικό εξοπλισμό (νοσοκομειακά κρεβάτια, αναπηρικά αμαξίδια κ.λπ.).
- Μεταφορά (με ειδικά μίνι λεωφορεία από την τοπική αρχή).

Το πρόγραμμα κατ' οίκον φαγητού, δεν είναι τόσο δημοφιλές στη Γαλλία όπως σε άλλες χώρες. Κατά τον Jani-Le-Bris (2004), οδηγεί ή ενισχύει στην κοινωνική απομόνωση του ατόμου. Είναι προτιμότερο ο εξυπηρετούμενος μαζί με τον οικογενειακό βοηθό, να ετοιμάζουν μαζί το γεύμα ή εναλλακτικά ο εξυπηρετούμενος, να γευματίζει στους ειδικά διαμορφωμένους χώρους, με απώτερο σκοπό την κοινωνικοποίηση του.

Βάση όσων αναφέρθηκαν, ο σκοπός δημιουργίας των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών της Γαλλίας, παρουσιάζεται κοινός με της Ελλάδας. Στόχος των δύο χωρών, αποτέλεσε η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην οικία τους, για όσο το δυνατόν περισσότερο, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της παραμονής τους στο νοσοκομείο ή σε οίκους ευγηρίας.

Όσον αφορά τις διαφορές τους, στην Γαλλία καταβάλλεται στους εξυπηρετούμενους των κατ' οίκον υπηρεσιών, το επίδομα APA (ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης τους). Έχουν την δυνατότητα να το χρησιμοποιήσουν, για την αγορά υπηρεσιών από επαγγελματίες, όπως για π.χ. από νοσηλευτή ή οικογενειακό βοηθό, για την παροχή τεχνικής βοήθειας, είτε απλά ως καταβολή χρηματικού ποσού, για την οικονομική ενίσχυση των εξυπηρετούμενων, λόγω των αυξημένων αναγκών τους. Ακόμα, υπάρχει η δυνατότητα αγοράς 'κουπονιών', γνωστά ως CESUs, που μπορούν να αγοραστούν

από ιδιώτες. Χρησιμοποιούνται για την πληρωμή υπηρεσιών του «Βοήθεια στο Σπίτι» (για π.χ. σιδέρωμα, κηπουρική, οικιακές εργασίες).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και οι ειδικότητες των επαγγελματιών και στις δύο χώρες παρουσιάζουν κοινά, με ελάχιστες αποκλίσεις. Οι υπηρεσίες προσφέρονται από τους Δήμους υπ' αμοιβή (ανάλογα με το εισόδημα του εξυπηρετούμενου), από ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις καθώς και από εθελοντές (δωρεάν).

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Γαλλίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Καταβάλλεται επίδομα (ΑΡΑ), για την αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών από τον Δήμο ή από ιδιωτικό πρόσωπο.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, δεν είναι ανεξαιρέτως για όλους δωρεάν. Η χρέωση τους προκύπτει, ανάλογα με το εισόδημα του εξυπηρετούμενου.
Από το 2006 υπάρχουν επιταγές (CESUs), για την αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών.	
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν βασικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων.	
Όλοι οι Γάλλοι πολίτες άνω των 65 ετών, καλύπτονται από το Κράτος. Διότι, είτε εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είτε φιλοξενούνται σε προστατευμένο χώρο του Κράτους.	
Υφίστανται αρκετοί πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ιδιώτες</li> <li>• Μ.Κ.Ο.</li> <li>• Δήμος</li> <li>• Εθελοντές</li> </ul>	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.3

### ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το Γερμανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας<sup>33</sup> επηρεάζεται από τη διοικητική οργάνωση της χώρας, που στηρίζεται στην απονομή διακριτών λειτουργιών και αρμοδιοτήτων, μεταξύ του Ομοσπονδιακού Κράτους (Bund) και των Ομόσπονδων Κρατιδίων (Länder). Το Γερμανικό Σύνταγμα, εγγυάται την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και την αρχή του κράτους πρόνοιας, επιβάλλοντας στο Κράτος την υποχρέωση κατάλληλης βοήθειας, στα άτομα που δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους για λόγους ανεξάρτητους της βούλησης τους.

Στο πεδίο των υπηρεσιών κοινωνικής φρονίδας, η ιδιαιτερότητα του Γερμανικού μοντέλου εντοπίζεται στον θεμελιώδη ρόλο του εθελοντικού τομέα. Ένα μικρό μόνο μέρος των υπηρεσιών φιλοξενίας και συμβουλευτικής, παρέχεται απευθείας από δημόσιες δομές, ενώ το μεγαλύτερο φάσμα της φροντίδας έχει αναληφθεί από τις 95.000 περίπου δομές που ανήκουν σε Μ.Κ.Ο. και εθελοντικές οργανώσεις.

Η εξω-νοσοκομειακή κοινωνική και νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από κερδοσκοπικούς και μη οργανισμούς. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (έξι εθνικοί οργανισμοί) ανήκουν στην εκκλησία, σε τοπικές κοινότητες και σε ομάδες εργαζομένων, ενώ οι βασικοί φορείς παροχής φροντίδας διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν (π.χ σε νοσηλευτική, προσωπική, οικιακή φροντίδα ή συνδυασμό όλων). Οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί έχουν δημιουργήσει από τα μέσα της δεκαετίας του 2000 ένα καλό οργανωμένο δίκτυο, το οποίο παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι και βοηθητικές υπηρεσίες.

Η φροντίδα στο σπίτι, διακρίνεται στην 'ειδική νοσηλευτική' που χρηματοδοτείται από την ασφάλεια υγείας, την 'προσωπική' (personal) και την 'οικιακή' (domiciliary), οι οποίες καλύπτονται από την ασφάλεια φροντίδας. Η Νοσηλεία στο σπίτι (home nursing) παρέχεται από νοσηλευτές που διαφοροποιούνται, ανάλογα με την εκπαίδευση και την ειδικότητά τους (σε γενικούς νοσηλευτές, νοσηλευτές με παιδιατρική ή με γηριατρική ειδικότητα).

---

<sup>33</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.111-112



Σύμφωνα με το Νόμο του 1995<sup>34</sup>, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, στηρίζεται σε δύο βασικές αρχές. Καταρχάς η «πρόληψη παρέχεται πριν τη νοσηλεία» και δεύτερον «η κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται πριν από την νοσηλευτική φροντίδα στο ίδρυμα ή κατ' οίκον». Επιπλέον, οι παροχές σε χρήμα της μακροχρόνιας φροντίδας δεν στοχεύουν στην κάλυψη του συνολικού κόστους της παροχής κατ' οίκον φροντίδας, αλλά προορίζονται να εξασφαλίσουν ένα συμπληρωματικό ποσό.

Η κατ' οίκον φροντίδα καλύπτει παροχές σε είδος και σε χρήμα. Εάν η φροντίδα παρέχεται από νοσηλεύτη, οι παροχές φθάνουν κατ' ανώτατο όριο τα 384 euro μηνιαίως για όσους χρειάζονται τακτική φροντίδα και τα 921 euro για όσους χρειάζονται μόνιμη φροντίδα. Όταν η φροντίδα παρέχεται από πρόσωπο της επιλογής του ενδιαφερόμενου, οι παροχές ανέρχονται στο ήμισυ περίπου των ανωτέρω ποσών. Οι μηνιαίες παροχές σε είδος, περιλαμβάνουν κατ' οίκον ιατρική παρακολούθηση και συνδρομή στις οικιακές εργασίες (παρέχονται από οικογενειακούς φροντιστές), ενώ το μηνιαίο κόστος που καλύπτεται κυμαίνεται από 384euro έως 1.918euro και εξαρτάται από την κατηγορία φροντίδας.

Πίνακας 3.1

Παροχές σε είδος για τον κίνδυνο της εξάρτησης

<b>Κατηγορία</b>	<b>Ανώτατο καλυπτόμενο ποσό</b>
<b>Κατηγορία I</b>	384 euro
<b>Κατηγορία II</b>	921 euro
<b>Κατηγορία III</b>	1.432 euro
<b>Ειδικές περιπτώσεις</b>	1.918 euro

Πηγή: Αμίτσης Γαβριήλ, 2013

Οι μηνιαίες χρηματικές παροχές, παρέχονται σε ασφαλισμένους που δεν επιθυμούν να λάβουν παροχή σε είδος και είναι αδύναμοι οικονομικά. Το μηνιαίο ποσόν της παροχής, κυμαίνεται από 205 euro έως 665 euro, ενώ οι χρηματικές παροχές και οι παροχές σε είδος μπορούν να συνδυασθούν.

<sup>34</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.125

### Πίνακας 3.2

Κατηγορία εξάρτησης & το χρηματικό ποσό που καλύπτεται

Κατηγορία	Ανώτατο καλυπτόμενο ποσό
Κατηγορία I	205 euro
Κατηγορία II	410 euro
Κατηγορία III	665 euro

Πηγή:<http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>

Συνεπώς, οι παροχές για την κατ' οίκον φροντίδα χορηγούνται ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης του ενδιαφερομένου, ενώ το ύψος τους εξαρτάται, από το εάν η φροντίδα παρέχεται από επαγγελματία νοσηλεύτη ή από άτομο που έχει επιλέξει ο ενδιαφερόμενος.

Όταν το άτομο που παρέχει νοσηλευτική φροντίδα απουσιάζει, το αρμόδιο ασφαλιστικό ταμείο (Pflegekasse), πληρώνει αντικαταστάτη μία φορά το χρόνο, με ανώτατη διάρκεια για 1 μήνα. Τα άτομα που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα, καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης για συγκεκριμένους κινδύνους (ασθένεια, εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες, γήρας), ενώ οι εισφορές τους καταβάλλονται από το ταμείο που είναι αρμόδιο, για την ασφάλιση μακροχρόνια φροντίδας.

Πριν το 1994<sup>35</sup>, το σύστημα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, δεν κάλυπτε την παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών σε ηλικιωμένους και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Μολονότι ήταν η υπεύθυνη υπηρεσία για κρατική βοήθεια, δεν υπήρχε νομική υποχρέωση για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε εξαρτώμενα άτομα (Ylief, 2005). Με την εισαγωγή της μακροπρόθεσμης ασφάλεια υγείας (LTCI), ο αριθμός των παρόχων του «Βοήθεια στο Σπίτι» αυξήθηκε από 6.000 σε 12.500, το 2003 (Theobald, 2004).

Σύμφωνα με τον Theobald (2004), η μακροπρόθεσμη ασφάλεια υγείας, είναι προσανατολισμένη προς την εκπλήρωση των βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων και για αυτό το λόγο παραμελούνται άλλες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό προϋποθέτει, ότι πρέπει να υπάρχει στήριξη από την οικογένεια ή από ένα σταθερό κοινωνικό δίκτυο. Ο νόμος περί κοινωνικής ασφάλισης της 26<sup>ης</sup> Μαΐου του 1994, σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη άλλαξε ριζικά την κατάσταση. Κατέστη

<sup>35</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>

υποχρεωτικό για όλους, να εγγραφούν σε μια μακροπρόθεσμη ασφάλεια περίθαλψης (LTCI). Άτομα με υψηλό εισόδημα, τα οποία δεν υπόκεινται εκ του νόμου σε ασφάλεια υγείας, δεν είναι υποχρεωμένα να γίνουν συνδρομητές σε μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, πρέπει να αποδείξουν ότι διαθέτουν ένα ιδιωτικό συμβόλαιο μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης. Παρατίθενται στην νομοθεσία περίθαλψης διάφορες ασθένειες ή αναπηρίες, όπως ψυχιατρικές ασθένειες, ψυχολογικές, σωματικές και ψυχικές αναπηρίες (για π.χ. γεροντική άνοια, alzheimer ή άλλες μορφές που συνδέονται με την ηλικία). Προκειμένου να επιλεγθεί κάποιος για στήριξη ή φροντίδα από την LTCI, πρέπει να έχει πιστοποιημένη ασθένεια ή ποσοστό αναπηρίας (εγκεκριμένο από την αρμόδια επιτροπή του κράτους) καθώς και αναγνωρισμένη ανάγκη για φροντίδα (Meyer, 2004).

Ο νόμος εφαρμόστηκε σε δύο φάσεις:

1. Κατ' οίκον παροχή φροντίδας, τον Απρίλιο του 1995.
2. Θεσμική μέριμνα, τον Ιούλιο του 1996 (Brodsky et al., 2000).

Όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης, στο Γερμανικό μοντέλο κοινωνικής προστασίας, η κατ' οίκον φροντίδα αποτέλεσε βασικό άξονα του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, που χρηματοδοτείται τόσο από τον προϋπολογισμό της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και τους προϋπολογισμούς των Κρατιδίων (επισημαίνεται ότι το μεγαλύτερο τμήμα του κόστους των κοινωνικών υπηρεσιών, βαρύνει τον προϋπολογισμό των τοπικών αρχών), όσο και από εισφορές των επωφελούμενων, αφού προηγουμένως αξιολογηθεί το ύψος των εισοδημάτων τους (means test). Όμως, με την έναρξη ισχύος του Νόμου περί Ασφάλισης για Μακροχρόνια Φροντίδα, οι μακροπρόθεσμες δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας μετατοπίστηκαν από τις τοπικές αρχές, στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, με αποτέλεσμα, η μακροχρόνια εξωνοσοκομειακή φροντίδα να χρηματοδοτείται από την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας. Η LTCI χρηματοδοτείται μέσω ενός φόρου, ύψους 1,7% των ακαθάριστων αποδοχών, που μοιράζεται εξίσου μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου. Είναι υποχρεωτική, για όποιον έχει ασφάλεια περίθαλψης και για όσους είναι ασφαλισμένοι ιδιωτικά. Κατά την διαδικασία της αξιολόγησης, δεν υπολογίζεται ούτε η οικονομική κατάσταση του ατόμου, ούτε και η ενίσχυση από τους οικείους του.

Από την 1<sup>η</sup> Απριλίου του 2004, οι συνταξιούχοι υποχρεούνται να καταβάλουν εισφορά για την LTCI. Πριν από το 2004, τα συνταξιοδοτικά ασφαλιστικά ταμεία κατέβαλλαν το ήμισυ του κόστους της. Καλυπτόταν η περιποίηση ατομικής υγιεινής, η διατροφή, η μεταφορά και η οικιακή καθαριότητα.

Υφίστανται τέσσερα επίπεδα (I, II, III και ειδικής δυσκολίας) ουσιαστικής βοήθειας, τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα 6 μηνών, ώστε να επωφεληθεί ο εξυπηρετούμενος. Σε κάθε κατηγορία, ένα συγκεκριμένο ποσό καταβάλλεται για κάθε είδους βοήθεια και αυτό διαφέρει ανάλογα με το πρόσωπο που παρέχει την ενίσχυση.

Πίνακας 3.3

Επισκόπηση των πληρωμών σε ευρώ για τις υπηρεσίες, ανάλογα με την κατηγορία όπου ανήκει ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος

	Μηνιαία πληρωμή για οικιακή φροντίδα (Πληρωμή τοις μετρητοίς)	Μηνιαία πληρωμή για οικιακή φροντίδα (Επαγγελματικές υπηρεσίες)	Μηνιαία πληρωμή των νοσοκόμων (Φροντίδα στο σπίτι)
<b>Κατηγορία I</b>	205	384	1.023
<b>Κατηγορία II</b>	410	921	1.279
<b>Κατηγορία III</b>	665	1.432	1.432
<b>Ιδιαίτερες εργασίες</b>		1.918	1.688

Πηγή: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>

Το ύψος του επιδόματος, ανέρχεται σε 460 euro το μέγιστο ανά έτος και απευθύνεται σε όσους έχουν ανάγκη φροντίδας και επίβλεψης, πέρα από αυτά που καλύπτει η ασφάλεια τους, στο πλαίσιο του συμπληρωματικού νοσηλευτικού νόμου του 2002. Το επίδομα ειδικής φροντίδας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή ημερήσιας ή νυχτερινής νοσηλεύτριας, για βραχυπρόθεσμη φροντίδα, για ειδικές υπηρεσίες γενικής εποπτείας και φροντίδας από αναγνωρισμένους φορείς καθώς και για υπηρεσίες από χαμηλού επιπέδου παρόχους (Bundesministerium für Gesundheit, 2006).

Οι οικογενειακοί βοηθοί, προσφέρουν ενίσχυση στις οικιακές εργασίες. Ορισμένες υπηρεσίες όμως, όπως είναι για π.χ. τα ψώνια καθώς και οι οικιακές εργασίες, μπορούν να παρέχονται από νεαρούς άνδρες, οι οποίοι αποφασίζουν να κάνουν κοινοτική εργασία, αντί της στρατιωτικής τους θητείας (Payne et al. 1999).

#### Είδη υπηρεσιών που καλύπτονται από την LTCI:

- *Προσωπική υγιεινή:* ενίσχυση στην περιποίηση ατομικής υγιεινής του εξυπηρετούμενου, οδοντική υγιεινή, χτένισμα, ξύρισμα κ.λπ.
- *Τάισμα.*

- *Ενίσχυση στην κίνηση* (για π.χ. βοήθεια να σηκωθεί από το κρεβάτι, να κατέβει και να ανέβει τις σκάλες, συνοδεία εκτός της οικίας του για να πάει βόλτα).
- *Οικιακή καθαριότητα*: αγορά τροφίμων από super market ή από την λαϊκή αγορά μαγείρεμα, πλύσιμο ενδυμάτων, σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα.
- *Νοσηλευτική φροντίδα*: φροντίδα ανακούφισης, ημερήσια και νυχτερινή περίθαλψη.

Σύμφωνα με τον Brodsky et al. (2000), ο νόμος περί κοινωνικής ασφάλισης της 26<sup>ης</sup> Μαΐου του 1994, περιλαμβάνει διατάξεις για ποιοτική αξιολόγηση. Οι πάροχοι των υπηρεσιών, πρέπει να υποβάλλονται σε εξωτερική αξιολόγηση για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Όσοι επιλέγουν να τους χορηγείται το επίδομα, αντί των παρεχόμενων υπηρεσιών, δέχονται τρεις ετήσιες επισκέψεις επιθεώρησης από τους παρόχους, οι οποίοι διασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες καθώς και συμβουλές στους άτυπους φροντιστές (Brodsky et al., 2000).

Εν περιλήψει όσων αναφέρθηκαν, παρουσιάζεται ότι οι ομοιότητες των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών και στις δύο χώρες, αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και τις ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται.

Όσον αφορά τις διαφορές, στην Γερμανία μέχρι το 2003 και την εισαγωγή της μακροπρόθεσμης ασφάλεια υγείας (LTCI), δεν καλυπτόταν η παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών σε ηλικιωμένους και σε άτομα με ειδικές ανάγκες. Αντιθέτως στην Ελλάδα από το 1996 (έτος που εφαρμόστηκε πιλοτικά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»), οποιοσδήποτε ηλικιωμένος επιθυμούσε να ενταχθεί στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είχε την δυνατότητα να εγγραφεί και να είναι αποδέκτης των κατ' οίκον υπηρεσιών, δωρεάν.

Με την εφαρμογή της LTCI, υπήρξε αύξηση του αριθμού των παρόχων του «Βοήθεια στο Σπίτι». Κατέσται υποχρεωτικό για όλους, να εγγραφούν σε μια μακροπρόθεσμη ασφάλεια περίθαλψης (LTCI). Προκειμένου να επιλεγεί κάποιος, έπρεπε να έχει πιστοποιημένη ασθένεια ή ποσοστό αναπηρίας (εγκεκριμένο από την αρμόδια επιτροπή του κράτους). Στη συνέχεια, δόθηκε ένα επίδομα που απευθυνόταν σε όσους είχαν ανάγκη φροντίδας και επίβλεψης, πέρα από αυτά που κάλυπτε η ασφάλεια τους. Το επίδομα, ήταν δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για την αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Γερμανίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Αποτελεί υποχρέωση του Κράτους, η φροντίδα των χρόνιων πασχόντων.	Αυξημένος ο αριθμός των ιδιωτικών παρόχων και του εθελοντισμού (λόγω της απουσίας του δημόσιου τομέα, στην παροχή των κατ' οίκον υπηρεσιών).
Είναι αυξημένη η παρουσία των εθελοντικών οργανώσεων και των Μ.Κ.Ο. Με αποτέλεσμα, να καλύπτεται το κενό του δημόσιου τομέα, στην φροντίδα των αναξιοπαθούντων.	Οι υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι», καθυστέρησαν να καλυφθούν οικονομικά από το Κράτος (από το 2003 και έπειτα).
Το ποσόν που δίνεται από το Κράτος, για τις κατ' οίκον υπηρεσίες ποικίλλει, αναλόγως: <ul style="list-style-type: none"> <li>• την εξάρτηση του ηλικιώμενου</li> <li>• εάν οι υπηρεσίες προσφέρονται από νοσηλευτική υπηρεσία ή από άτομο επιλογής του εξυπηρετούμενου</li> </ul>	Το επίδομα που λαμβάνει ο εξυπηρετούμενος, δεν είναι ίδιο για όλους (εξαρτάται από το είδος φροντίδας που επιλέγει ο καθένας ξεχωριστά).
Διεξάγεται έλεγχος για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, απο ειδική επιτροπή.	
Δίνεται στον εξυπηρετούμενο η επιλογή, να διαλέξει ανάμεσα: <ul style="list-style-type: none"> <li>• σε χρηματική ενίσχυση</li> <li>• σε υπηρεσίες σε είδος ή και τα δύο.</li> </ul>	
Μετά το έτος 2003, υπήρξε αύξηση των παρόχων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.4

### ΣΟΥΗΔΙΑ

Στην Σουηδία<sup>36</sup> το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων είναι υπεύθυνο για τον γενικό προγραμματισμό, την καθοδήγηση και τέλος την εποπτεία των προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους. Αποσκοπεί, να δίνεται ανεξαιρέτως σε όλους η δυνατότητα, να διαβιούν ανεξάρτητοι και με ασφάλεια στην οικία τους, έχοντας την υποστήριξη των κατάλληλων προγραμμάτων εφ' όσον το επιθυμούν. Οι στόχοι των προγραμμάτων, καθορίζονται από τη Σουηδική Κυβέρνηση και το Κοινοβούλιο. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, έχει την υποχρέωση να παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες, εφ' όσον οι ανάγκες των πολιτών το απαιτούν.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, είναι αρμόδιο για το σχεδιασμό, την εποπτεία και την παρακολούθηση των υπηρεσιών σε ηλικιωμένους. Η φροντίδα των ηλικιωμένων (περιλαμβάνει και την φροντίδα των ατόμων με άνοια), διέπεται από ένα σύνθετο θεσμικό πλαίσιο που εξειδικεύεται σε τρία βασικά νομοθετήματα. Κάθε νόμος, ρυθμίζει με διαφορετικό τρόπο το ρόλο του δημόσιου τομέα και το περιεχόμενο των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

1. **Ο Νόμος περί Υγείας και Ιατρικών Υπηρεσιών του 1982** (The Health and Medical Services Act-HSL), προβλέπει ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε όλα τα μέλη της κοινότητας, ενώ ρυθμίζει την υποχρέωση των οργανισμών υγείας να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, σε περίπτωση που οι ανάγκες του ενδιαφερόμενου δεν μπορούν να επιτευχθούν με οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Σύμφωνα με το νόμο, η κατ' οίκον φροντίδα περιλαμβάνει και την ιατρική παρακολούθηση.
2. **Ο Νόμος για τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του 2002** (Social Service Law) προβλέπει, ότι οι Δήμοι έχουν αρμοδιότητες υποστήριξης των οικογενειών που παρέχουν υπηρεσίες, σε εξαρτώμενα ηλικιωμένα μέλη τους.
3. **Ο Νόμος περί υποστήριξης και παροχής υπηρεσιών σε άτομα με αναπηρίες του 1994** (Law of Support and Service to Certain Persons with Handicap),

---

<sup>36</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Sweden>



προβλέπει τις υποχρεώσεις των Δήμων και των Νομαρχιακών Συμβουλίων έναντι των ατόμων με αναπηρίες<sup>37</sup>.

Οι οικογένειες των ηλικιωμένων αναλαμβάνουν να περίθαλψουν τους οικείους τους. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία νομική υποχρέωση εκ μέρους των τέκνων, να περιθάλψουν τους γονείς τους ή να τους στηρίξουν οικονομικά. Η νομοθεσία περί κοινωνικών υποθέσεων, ορίζει ότι οι Δήμοι της χώρας θα προσφέρουν ότι απαιτείται, όπως ψυχολογική υποστήριξη, υπηρεσίες οικιακής μέριμνας, ώστε οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες να καλύπτουν τις ανάγκες τους.

Οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, περιλαμβάνουν ιατρική παρακολούθηση, αποκατάσταση και κοινωνική εργασία. Η κοινωνική νομοθεσία, παρέχει ένα νομικό πλαίσιο, το οποίο δίνει την ελευθερία να διαμορφώσουν τον νόμο για την ανάπτυξη του δικαίου, σύμφωνα με τις τοπικές συνθήκες και τις πολιτικές αποφάσεις. Αρκετοί Δήμοι έχουν αναπτύξει τις δικές τους ανεπίσημες κατευθυντήριες γραμμές, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών, με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιοχές οι ηλικιωμένοι οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια μόνο με την καθαριότητα της οικίας τους, να μην εντάσσονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». (Thorslund et. Al., 2001).

Στη Σουηδία, η πρόνοια για τους ηλικιωμένους είναι διαιρεμένη μεταξύ των τριών επιπέδων της κυβέρνησης:

- A) Σε εθνικό επίπεδο: Κοινοβούλιο/Κυβέρνηση (είναι υπεύθυνο/η για την θέσπιση στόχων και οδηγιών, μέσω της νομοθεσίας και των μέτρων της οικονομικής διεύθυνσης).
- B) Σε περιφερειακό επίπεδο: Νομαρχιακά Συμβούλια (υπεύθυνα για την παροχή ιατρικής και υγειονομικής περίθαλψης).
- Γ) Σε τοπικό επίπεδο: Δήμοι (υπεύθυνοι για την ικανοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών και των αναγκών στέγασης των ηλικιωμένων) (Regeringskansliet, 2002).

Το 1992 η Σουηδική κυβέρνηση, εφάρμοσε την μεταρρύθμιση της κοινοτικής φροντίδας (γνωστή ως Ädelreform), που αφορά την αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων και πόρων για την φροντίδα των ηλικιωμένων, από τις περιφερειακές, στις τοπικές κυβερνήσεις. (Regeringskansliet, 2002). Το ήμισυ των Δήμων (οι 144 από τους 290)

---

<sup>37</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 107-108

ανέλαβαν την ευθύνη για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη σε συνήθεις συνθήκες διαβίωσης. Στους υπόλοιπους Δήμους, υπεύθυνα είναι τα συμβούλια της χώρας.

Οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για:

- Την οργάνωση των κοινωνικών και κατ' οίκον υπηρεσιών για τους κατοίκους τους.
- Την παροχή υπηρεσιών. Οι Δήμοι μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες ή να τις αγοράζουν από ιδιωτικούς φορείς. Έχουν όμως την υποχρέωση να διατηρούν τον έλεγχο των δικών τους, καθώς και των ιδιωτικών προγραμμάτων περίθαλψης. Η υποστήριξη από εθελοντικές οργανώσεις είναι περιορισμένη.
- Την παροχή βοηθητικών συσκευών στους ηλικιωμένους (για π.χ. αναπηρικά κρεβάτια, αναπηρικά αμαξίδια, κ.λπ.).
- Την κοστολόγηση των κατ' οίκον υπηρεσιών. Καθορίζεται από την βοήθεια που απαιτείται και το εισόδημα του εξυπηρετούμενου. Ωστόσο, όσοι είναι ενταγμένοι στο πρόγραμμα, πληρώνουν μόνο ένα μικρό ποσοστό του πραγματικού κόστους που αναλογεί στις υπηρεσίες. Από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2002, ορίστηκε ένα ανώτατο τέλος για τους ηλικιωμένους οι οποίοι εξυπηρετούνται από τους Δήμους τους (Regeringskansliet, 2002).
- Την εκτίμηση της οικίας του αιτούντα και της ανάγκης του για φροντίδα. Η έρευνα διεξάγεται από διεπιστημονική ομάδα σχεδιασμού (Johansson, 2004).

Όσον αφορά, τις υπηρεσίες που αφορούν την οικιακή καθαριότητα, περιλαμβάνουν πρακτική βοήθεια για τη λειτουργία της οικίας. Πιο συγκεκριμένα, σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα, πλύσιμο ρούχων, βοήθεια στις αγορές (κρεοπωλείο, supermarket κ.λπ.), μαγείρεμα και βοήθεια στο τάισμα. Όσες δηλαδή εργασίες είναι απαραίτητες, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι σωματικές, οι ψυχικές καθώς και οι κοινωνικές ανάγκες του ατόμου. Είναι πιθανόν να αφορούν, βοήθεια στο περπάτημα, περιποίηση ατομικής υγιεινής, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, ώστε το άτομο να αισθανθεί ασφαλής στην οικία του. Η συχνότητα των υπηρεσιών ποικίλλει, είναι δυνατόν να παρέχονται καθημερινά, το απόγευμα ή κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Επιπρόσθετα με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», υπάρχουν και άλλες δημοτικές υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα:

- Υπηρεσία μεταφοράς, με όχημα του Δήμου: Ειδικό για την μεταφορά ατόμων με αναπηρικό αμαξίδιο. Μεταφέρονται οι εξυπηρετούμενοι στον ιατρό τους, σε

υπηρεσίες για διευθέτηση γραφειοκρατικών υποχρεώσεων, σε κοινωνικές εκδηλώσεις, στην Εκκλησία.

- Περιποίηση ποδιών: Κόψιμο νυχιών, διότι δεν μπορούν να σκύψουν ή έχουν διαβητικό πόδι που χρειάζεται ειδική περιποίηση.
- Ημερήσια παράδοση μερίδας φαγητού κατ' οίκον.
- Συναγερμός: Τοποθέτηση ειδικής συσκευής, όπου την ενεργοποιεί ο ηλικιωμένος, όταν βρίσκεται σε ανάγκη (για π.χ. όταν δεν αισθάνεται καλά).
- Προσαρμογή κατοικιών: Οι ηλικιωμένοι ή τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν ανάγκη να διαβιούν σε ένα χώρο που τους διευκολύνει στην κίνηση, ώστε να αυτοεξυπηρετούνται. Υπάρχει υπηρεσία, όπου εργαζόμενοι αναλαμβάνουν να επιδιορθώσουν για π.χ. το μπάνιο. Τοποθετούν ντουζιέρα που θα μπορεί ο εξυπηρετούμενος να κάνει μπάνιο, αντί μπανιέρα. Διότι είναι δύσκολο για τον ηλικιωμένο, να σηκώσει το πόδι του και να μπει στην μπανιέρα. Ακόμα, τοποθετούν στηρίγματα στους τοίχους, για να κινείται το άτομο χωρίς το φόβο να πέσει κ.λπ.
- Υποστήριξη ατόμων με ειδικές ανάγκες: Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, παρέχουν ψυχοσυναισθηματική στήριξη στους εξυπηρετούμενους (Regeringskansliet, 2002).

Βάσει του νόμου που αφορά την υγεία και τις ιατρικές υπηρεσίες §29 και το κεφάλαιο 3, §5 της νέας κοινωνικής νομοθεσίας SoL, οι κατ' οίκον υπηρεσίες βοήθειας, θα πρέπει να οργανώνονται σε συνεννόηση με τους εξυπηρετούμενους και τους συγγενείς τους.

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας της Σουηδίας, χρηματοδοτούνται από την τοπική αυτοδιοίκηση μέσω της φορολογίας που κάθε Δήμος επιβάλλει για τον σκοπό αυτό στην γεωγραφική περιοχή αρμοδιοτητάς του<sup>38</sup>. Για το 2011, περίπου το 70% των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες που παρέχονται κατ' οίκον αφορούσαν δαπάνες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», οι δαπάνες για παροχή βραχυπρόθεσμης κατ' οίκον φροντίδας ανέρχονταν σε περίπου 17%, ενώ το υπόλοιπο 13%, κάλυπτε δαπάνες για τη φύλαξη ενήλικων και την παροχή κατ' οίκον βοηθητικών υπηρεσιών (προετοιμασία γεύματος, αγορές ειδών πρώτης ανάγκης κ.λπ.).

Συγκεντρωτικά μπορούμε να αναφέρουμε, ότι ως κοινά σημεία των κατ' οίκον παρεχόμενων υπηρεσιών μεταξύ Ελλάδας και Σουηδίας παρουσιάζονται, τα ακόλουθα.

<sup>38</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 111

Κάθε Δήμος έχει τις δικές του ανεπίσημες κατευθυντήριες γραμμές, για την εισαγωγή των εξυπηρετούμενων στα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών. Ως αποτέλεσμα, να μην ισχύουν οι ίδιες προϋποθέσεις ένταξης μεταξύ των Δήμων της χώρας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι όμοιες και αποσκοπούν στην ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ώστε να είναι σε θέση να διαβιούν μόνοι.

Οι διαφορές έγκεινται, ότι στην Σουηδία οι κατ' οίκον υπηρεσίες είναι είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου δικαίου. Παρ' όλα αυτά, οι Δήμοι υποχρεούνται να διατηρούν τον έλεγχο των δημοτικών, καθώς και των ιδιωτικών προγραμμάτων περίθαλψης. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κατ' οίκον βοήθειας, προέρχεται από τους δημότες κάθε περιοχής, οι οποίοι φορολογούνται, ώστε να μπορούν να επωφεληθούν των κατ' οίκον υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών, είναι προς το παρόν δημοσίου δικαίου και όπως είναι σαφές, παρέχονται μόνο από τους Δήμους της χώρας.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι στην Σουηδία οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι υπ' αμοιβή και προσφέρονται καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας καθώς και της νύχτας. Αντιθέτως με την Ελλάδα, όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται να μεν δωρεάν, αλλά το ωράριο λειτουργίας του προγράμματος είναι από τις 07:00π.μ. έως τις 15:00μ.μ.. Με αποτέλεσμα, να υπάρχει αδυναμία κάλυψης των αναγκών των μοναχικών ατόμων, κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Σουηδίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
24 ωρη παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών, ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων.	Η πρόνοια για τους ηλικιωμένους είναι διαιρεμένη σε 3 επίπεδα της Κυβέρνησης. Με αποτέλεσμα, να εμπλέκονται αρκετοί στην λήψη αποφάσεων, για ευαίσθητα θέματα.
Δωρεάν παροχή βοηθητικών συσκευών.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι επί πληρωμή.
Καθολική κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων Π.χ υπηρεσία μεταφοράς με όχημα του Δήμου.	
Οι Δήμοι της χώρας είναι υποχρεωμένοι να φροντίσουν τους δημότες τους.	
Οι δημότες έχουν το δικαίωμα παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών, αφού φορολογούνται για αυτές.	
Λαμβάνεται υπόψη το εισόδημα του εξυπηρετούμενου, για την πληρωμή των υπηρεσιών.	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.5

### ΔΑΝΙΑ

Στην Δανία<sup>39</sup>, οι χρήστες των κατ' οίκον υπηρεσιών, ταξινομούνται βάσει ηλικίας. Υπάρχουν περίπου 700.000 άτομα ηλικίας άνω των 67 ετών (η επίσημη ηλικία συνταξιοδότησης), από αυτά οι 172.000 λαμβάνουν μακροπρόθεσμη οικιακή βοήθεια και οι 7.000 έως 8.000 λαμβάνουν προσωρινή οικιακή βοήθεια. Η συντριπτική πλειοψηφία όσων λαμβάνουν μακροπρόθεσμη οικιακή βοήθεια, διαβιών στην οικία τους (Leeson, 2004). Οι Jarden και Jarden (2002) υπολογίζουν, ότι υπάρχουν περίπου 189.000 άτομα άνω των 80ετών, οι οποίοι λαμβάνουν υπηρεσίες οικιακής μέριμνας.

Η νομοθεσία έθεσε τέλος στην κατασκευή συμβατικών οίκων ευγηρίας και ενθάρρυνε την ανάπτυξη ανεξάρτητων εξειδικευμένων χώρων στέγασης καθώς και κατ' οίκον υπηρεσιών μέριμνας για τους ηλικιωμένους, το 1987 (Leeson, 2004).

Ο νόμος περί κοινωνικής πρόνοιας (1976) αναφέρει, ότι όλες οι κοινότητες πρέπει να παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Η νομοθεσία περί κοινωνικών υπηρεσιών αναφέρει (taken from Leeson, 2004):

- Σύμφωνα με την παράγραφο 67a της νομοθεσίας περί κοινωνικών υπηρεσιών, οι τοπικές ή οι περιφερειακές αρχές, πρέπει να καθορίζουν κατά πόσον υπάρχουν συγγενείς ή άλλα άτομα που θα μπορούσαν να εκπροσωπούν τους εξυπηρετούμενους.
- Η παράγραφος 71 μέρος 60 αναφέρει, ότι οι τοπικές αρχές θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους την συνολική κατάσταση των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένου και του γενικού δικτύου, κατά την εκτίμηση της ανάγκης για βοήθεια.
- Οι συγγενείς οφείλουν να συμμετάσχουν στην υποστήριξη των ηλικιωμένων.
- Η παράγραφος 72, ασχολείται με την ανακουφιστική φροντίδα. Αναφέρει, ότι οι τοπικές αρχές είναι υποχρεωμένες να παρέχουν στον/στην σύζυγο, σε γονείς ή σε άλλους στενούς συγγενείς που φροντίζουν το άτομο με ειδικές ανάγκες, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, για να αντέξει το ψυχολογικό βάρος της φροντίδας του ασθενούς.

Το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της Δανίας, παρέχει σε όλους ελεύθερη και ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η χρηματοδότηση του

---

<sup>39</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Denmark>

προκύπτει, μέσω της γενικής φορολογίας. Η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δεν εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου.

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Μακροπρόθεσμη.
2. Προσωρινή.

Η μακροπρόθεσμη φροντίδα προσφέρεται δωρεάν, αλλά για την προσωρινή είναι πιθανόν οι εξυπηρετούμενοι να κληθούν να συνεισφέρουν, ως προς το κόστος της, ανάλογα με το εισόδημα τους (Jarden και Jarden, 2002).

Επιπλέον, η ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων μεταξύ δημόσιων και εθελοντικών οργανώσεων έγκειται σε τομείς όπως η 'ανακουφιστική φροντίδα'. Για παράδειγμα, από το 1989, η 'ανακουφιστική φροντίδα' (Intergrated Home Service), έχει ενθαρρύνει το ιατρικό προσωπικό να εργαστεί στον τομέα της κατ' οίκον περίθαλψης και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, να εργαστούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα που επιτρέπουν πιο ευέλικτη προσέγγιση στις κατ' οίκον υπηρεσίες. Από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 1989, τα εξαρτώμενα ηλικιωμένα άτομα έχουν δικαίωμα μόνιμης και δωρεάν παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών. Αρχικά, γίνεται μια αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου, των αναγκών του καθώς και των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως προσδιορίζονται από την τοπική αρχή (Υπουργείο Εσωτερικών και Υγείας, Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισότητας των φύλων, 2002).

Σύμφωνα με τον νόμο 'Preventive Home Visits to the Ageing Law of July 1996', οι τοπικές αρχές είναι υποχρεωμένες να πραγματοποιούν τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο προληπτικά κατ' οίκον επισκέψεις, σε όλους τους πολίτες άνω των 75 ετών. Σκοπός των επισκέψεων, αποτελεί η ενθάρυνση των ηλικιωμένων να διατηρήσουν τις λειτουργικές τους ικανότητες για όσο το δυνατόν περισσότερο, καθώς και να ενημερώνονται για τις διαθέσιμες υπηρεσίες.

Από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 2002, τα άτομα που λαμβάνουν προσωπικές ή πρακτικές υπηρεσίες έχουν το δικαίωμα να τις ανταλλάσσουν με άλλες υπηρεσίες που επιθυμούν (Υπουργείο Εσωτερικών και Υγείας, Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισότητας των φύλων, 2002).

Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2003, οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τους παρόχους των υπηρεσιών που δικαιούνται, εάν δηλαδή οι υπηρεσίες που θα δεχτούν θα παρέχονται από ιδιώτη, από τον Δήμο ή από εξουσιοδοτημένο πάροχο υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, μέλος της οικογένειας του μπορεί να επιλεγεί για την παροχή των υπηρεσιών του και η πληρωμή του θα πραγματοποιείται από την τοπική αρχή. Οι

τοπικές αρχές πρέπει να εξασφαλίσουν, ότι υπάρχουν αρκετοί πάροχοι από τους οποίους μπορούν να επιλέξουν οι εξυπηρετούμενοι. Ακόμα, οφείλουν να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα, βοήθεια και υποστήριξη για την διατήρηση της σωματικής και διανοητικής ικανότητας των ηλικιωμένων, με σκοπό της ενθάρρυνσης της συμμετοχής τους καθώς και την διατήρηση της αυτονομίας τους.

Η παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών προσφέρεται σε 24 ωρη βάση. Ενδεικτικά κάποιες από τις προσφερόμενες υπηρεσίες αποτελούν:

- Νοσηλευτικές πράξεις.
- Προετοιμασία γευμάτων.
- Προσαρμογή της οικίας (αναφέρεται σε άτομα με ειδικές ανάγκες).
- Κέντρα ημέρας.
- Οικονομική ενίσχυση.
- Μέσα μεταφοράς.
- Τοποθέτηση συστήματος συναγερμού.
- Συντήρηση του κήπου.

Ορισμένες υπηρεσίες, όπως για π.χ. οι εργασίες επισκευής της οικίας, δεν παρέχονται από τις τοπικές αρχές. Κάποιες εθελοντικές οργανώσεις προσφέρουν βοήθεια με τέτοιες τύπου εργασίες, διαφορετικά το άτομο μπορεί να τις αγοράσει από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι τοπικές αρχές μπορούν να παρέχουν ή να χρηματοδοτήσουν υπηρεσίες, με σκοπό να διατηρήσουν ενεργούς τους εξυπηρετούμενους και να προάγουν την υγεία τους. Μερικές φορές οι υπηρεσίες αυτές, οργανώνονται από εθελοντικές ενώσεις, αλλά χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές. Περιλαμβάνουν αθλητικές δραστηριότητες, διδασκαλία/διαλέξεις και συντροφιά στους ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι.

Βάσει όσων αναφέρθηκαν, για τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών της Δανίας, γίνεται σαφές ότι παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες καθώς και διαφορές με της Ελλάδας.

Πιο συγκεκριμένα, οι κατ' οίκον υπηρεσίες της για τους ηλικιωμένους εφαρμόστηκαν το 1987, περίπου μια δεκαετία νωρίτερα απ' ότι στην Ελλάδα. Οι υπηρεσίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, μακροπρόθεσμη (προσφέρεται δωρεάν) και προσωρινή (υπάρχει συμμετοχή ως προς το κόστος της). Αντιθέτως στην Ελλάδα, η παροχή των υπηρεσιών δεν έχει χρονικό περιορισμό. Διαγράφονται από από το πρόγραμμα, μόνο όσοι εξυπηρετούμενοι το επιλέξουν οι ίδιοι ή αποβιώσουν.



Στην Δανία, από το 2002 δίνεται το δικαίωμα ανταλλαγής υπηρεσιών και από το 2003, οι ηλικιωμένοι επιλέγουν τους παρόχους των υπηρεσιών τους (για π.χ. ιδιώτης, Δήμος ή εξουσιοδοτημένος πάροχος υπηρεσιών). Είναι δυνατόν να επιλέξουν ένα μέλος της οικογένειας τους, ως φροντιστή τους. Όσες υπηρεσίες δεν παρέχονται από τις τοπικές αρχές (για π.χ. εργασίες επισκευής της οικίας), είναι δυνατόν να προσφερθούν από εθελοντικές οργανώσεις ή από τον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά την Ελλάδα, ο μοναδικός πάροχος των κατ' οίκον υπηρεσιών, είναι ο εκάστοτε Δήμος της χώρας.

Τέλος, οι παρεχόμενες υπηρεσίες όπως και οι ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται, παρουσιάζουν αρκετά κοινά με τα προγράμματα της Ελλάδας. Με κύρια διαφορά, ότι στην Ελλάδα οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται μόνο από το πρωί έως το μεσημέρι, ενώ στην Δανία καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Δανίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Υφίστανται εξειδικευμένοι χώροι στέγασης ηλικιωμένων.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι επί πληρωμή. Η χρέωση εξαρτάται, από το είδος της υπηρεσίας, εάν είναι μακροπρόθεσμη ή προσωρινή.
Αναπτυγμένος ο εθελοντισμός στον τομέα, της 'ανακουφιστικής φροντίδας'.	Ορισμένες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από τον δημόσιο τομέα. Υπάρχει η δυνατότητα αγοράς τους από τον ιδιωτικό τομέα ή από εθελοντικές οργανώσεις.
Οι εξυπηρετούμενοι έχουν το δικαίωμα επιλογής του παρόχου των κατ' οίκον υπηρεσιών τους.	
24 ωρη παροχή φροντιστή.	
Το κενό του δημόσιου τομέα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, καλύπτεται από τον ιδιωτικό.	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.6

### ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Στην Νορβηγία<sup>40</sup> βάσει της Εθνικής Νομοθεσίας, δεν υποχρεούνται οι συγγενείς να παρέχουν περίθαλψη στους οικείους τους. Αντιθέτως οι κοινωνικές υπηρεσίες, υποχρεούνται να παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες σε όσους χρήζουν βοήθειας.

Οι Δήμοι της χώρας, παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες:

1. Γενική ιατρική.
2. Φυσιοθεραπεία.
3. Νοσηλευτική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων και των κατ' οίκον υπηρεσιών.

Βάσει της παραγράφου §1-3α, ο Δήμος οργανώνει και παρέχει κοινωνικές υπηρεσίες. Σκοπός των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί οι εξυπηρετούμενοι να:

- Αισθάνονται ασφαλείς στην οικία τους και αποδεκτοί από το κοινωνικό σύνολο.
- Είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται.
- Καλύπτουν τις βασικές, φυσικές τους ανάγκες.
- Λαμβάνουν επαρκή βοήθεια με την προετοιμασία του γεύματος τους.
- Λαμβάνουν βοήθεια για την περιποίηση της ατομικής τους υγιεινής.
- Λαμβάνουν βοήθεια για να ντυθούν.
- Είναι σε θέση να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.
- Να αποφεύγεται η παραμονή τους στο κρεβάτι (διότι αποκτούν κατακλίσεις) και να έχουν βοήθεια στο περπάτημα.
- Αποκτούν κοινωνικές συναναστροφές, μέσω δραστηριοτήτων που οργανώνονται.
- Κάνουν τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και να ακολουθούν την κατάλληλη ιατρική θεραπεία για εκείνους.
- Κάνουν τον απαραίτητο οδοντιατρικό τους έλεγχο (Axel Wannag, 2000).

Ο νόμος της 13<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1991, Άρθρο 81, κεφάλαιο 1, τμήμα 1-1, για τις κοινωνικές υπηρεσίες αναφέρει:

- Την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ασφάλειας, για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των μειονεκτούντων ατόμων, με σκοπό την μείωση της κοινωνικής ανισότητας.

---

<sup>40</sup><http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Norway>

- Ότι πρέπει να εξασφαλιστεί κάθε άνθρωπος, ώστε να έχει τη δυνατότητα ανεξάρτητης, ενεργής και ουσιαστικής ζωής μέσα στην κοινότητα.

Στο κεφάλαιο 4, ενότητα 4-1, περιγράφονται οι στόχοι των κοινωνικών υπηρεσιών, όπως είναι η παροχή πληροφοριών, συμβουλών και κατευθύνσεων προκειμένου να επιλυθούν ή να προληφθούν κοινωνικά προβλήματα. Όταν οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν είναι σε θέση να παρέχουν τέτοια βοήθεια, πρέπει να παρασχεθεί από κάποιον άλλο.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες προσφέρουν (section 4-2 in the act):

- Πρακτική βοήθεια και εκπαίδευση, σε εξυπηρετούμενους που το έχουν ανάγκη (για π.χ λόγω ασθένειας, αναπηρίας, ηλικίας ή για διάφορους άλλους λόγους).
- Βραχυπρόθεσμη φροντίδα, προκειμένου να ανακουφιστούν οι φροντιστές των εξυπηρετούμενων.
- Υποστήριξη στα άτομα και στις οικογένειες τους, που χρήζουν βοήθειας (για π.χ. λόγω αναπηρίας, ηλικίας ή κοινωνικών προβλημάτων).
- Ίδρυματική φροντίδα σε όσους τη χρειάζονται, διότι δεν μπορούν να διαβιούν μόνοι στην οικεία τους (για π.χ. λόγω αναπηρίας, γήρατος ή για διάφορους άλλους λόγους).
- Οικονομική ενίσχυση, προς τους φροντιστές των εξυπηρετούμενων.

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, είναι οργανωμένες, διοικούμενες και χρηματοδοτούμενες από τους Δήμους. Είναι πιθανόν οι χρήστες, να χρειαστεί να καταβάλλουν ένα ποσόν συμμετοχής για κάποιες από τις υπηρεσίες (το ποσόν διαφέρει ανά Δήμο). Οι περισσότεροι από τους Δήμους (σε ποσοστό 80%) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε 24ώρη βάση.

Περίπου 155.000 άτομα έλαβαν κατ' οίκον υπηρεσίες για το έτος 1999 (European Observatory on Health Care Systems, 2002). Η έκθεση "Report No. 20 to the Parliament (1996/97), Plan of Action for Care of the Elderly-Security-Respect-Quality", είναι ένα τετραετές σχέδιο δράσης, για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και κοινωνικών υπηρεσιών το οποίο λειτουργεί από τις τοπικές αρχές.

Κύριος στόχος του προγράμματος, είναι η ανάπτυξη τοπικών υπηρεσιών για νοσηλεία και φροντίδα:

- Παρέχοντας υπηρεσίες που εξασφαλίζουν στους ηλικιωμένους μια ασφαλή και στο μέτρο του δυνατού, ανεξάρτητη ζωή.
- Δραστηριοποιώντας τους ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι.

Τα παραπάνω επιτεύχθηκαν μέσω γενικών κατευθυντήριων γραμμών συμπεριλαμβανομένων:

- Την διασφάλιση υψηλής ποιότητας νοσηλείας και κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας.
- Την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου, ευέλικτου φάσματος υπηρεσιών.
- Την παροχή ίσων δυνατοτήτων σε εθνικό επίπεδο, ανεξάρτητα από το τόπο διαμονής και το εισόδημα του εξυπηρετούμενου.
- Εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη συμμετοχή και ελευθερία επιλογής για τους χρήστες των υπηρεσιών.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η Νορβηγία είναι μια αραιοκατοικημένη χώρα με μεγάλη διακύμανση μεταξύ των Δήμων από άποψη κοινωνικό-οικονομικής δομής του πληθυσμού της. Η παροχή υπηρεσιών βασίζεται, στις ανάγκες του ατόμου ανεξάρτητα από το εάν διαβιεί μόνος ή μαζί με τον/την σύζυγο και την οικογένεια τους. Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες του ατόμου που χρειάζεται βοήθεια και όχι στην ικανότητα ή στην επιθυμία των συγγενών τους να παρέχουν υπηρεσίες ή να ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Έχουν προτεραιότητα τα ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν μόνα (Ingebretsen και Eriksen, 2004).

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Δραστηριότητες αναψυχής.
- Βοήθεια στην διαχείριση των οικονομικών.
- Έλεγχο στην λήψη φαρμάκων.
- Οικιακές εργασίες.
- Μαγείρεμα.
- Ψώνια.
- Περιποίηση ατομικής υγιεινής.
- Τεχνικά βοηθήματα (για π.χ. αναπηρικά αμαξίδια).

Οι χρήστες και οι στενοί συγγενείς των εξυπηρετούμενων, πρέπει να συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων. Αυτό συνεπάγεται οργανωμένη συμμετοχή των χρηστών και των συγγενών τους στις διαδικασίες σχεδιασμού, νομοθεσίας και υλοποίησης των προγραμμάτων θεραπείας κ.λπ.. Είναι μείζονος σημασίας, να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των χρηστών κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σε όλες τις υπηρεσίες και σε όλα τα επίπεδα (Υπουργείο, Δήμοι, νοσοκομεία κ.λπ.). Κατά συνέπεια, οι εθνικές όσο και οι τοπικές αρχές θα πρέπει να συνεργάζονται με τους

χρήστες των οργανώσεων και των συνδικάτων σε αυτά τα θέματα. Σε ατομικό επίπεδο, η πολιτική προϋποθέτει ένα νομικό δικαίωμα για την συμμετοχή στη διαχείριση των αναγκαίων υπηρεσιών. (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2005, p.6). Επιπλέον, αναφέρεται ότι τα εκάστοτε προγράμματα πρέπει να καθοδηγούνται από τις ανάγκες των ασθενών και ότι η συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους είναι απαραίτητη σε όλα τα επίπεδα.

Συγκεντρωτικά των προαναφερθέντων, είναι δυνατόν να αναφερθούν ως ομοιότητες των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών των δύο χωρών, ο έλεγχος που δέχονται, η διοίκηση και η χρηματοδότηση τους, από τους Δήμους.

Παρομοίως με την Ελλάδα, στην Νορβηγία η πλειοψηφία των ηλικιωμένων κατοίκων της είναι εξυπηρετούμενοι των κοινωνικών υπηρεσιών. Δεν παίζει ρόλο εάν ο εξυπηρετούμενος έχει ή όχι συγγενικό περιβάλλον, διότι οι συγγενείς δεν υποχρεούνται βάσει της Εθνικής Νομοθεσίας, να παρέχουν περίθαλψη στους οικείους τους αλλά, οι κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι διαφορές είναι λιγότερες σε σχέση με τις ομοιότητες που παρουσιάζουν η Νορβηγία και η Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, οι κατ' οίκον υπηρεσίες της Νορβηγίας παρέχονται επί πληρωμή. Οι χρήστες καταβάλλουν ένα ποσόν συμμετοχής, το οποίο διαφέρει ανά Δήμο. Στην πλειοψηφία τους οι Δήμοι (σε ποσοστό 80%), προσφέρουν κατ' οίκον υπηρεσίες σε 24ώρη βάση, αντιθέτως με την Ελλάδα που το ωράριο λειτουργίας αντίστοιχων προγραμμάτων, είναι συνήθως από τις 07:00π.μ. έως τις 15:00μ.μ.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Νορβηγίας.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
Το κράτος είναι υπεύθυνο για την φροντίδα των πολιτών του.	Οι κατ' οίκον υπηρεσίες προσφέρονται επί πληρωμή, αναλόγως την περιοχή κατοικίας .
Οι προσφερόμενες υπηρεσίες καλύπτουν τις βασικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων.	
24 ωροι φροντιστές.	
Απαραίτητη η επικοινωνία με τον εξυπηρετούμενο και την οικογενειά του, για τον σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών.	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.7

### ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

Στην Φινλανδία<sup>41</sup> το νομοσχέδιο για την κοινωνική πρόνοια (710/1982) αναφέρει, τις κοινωνικές υπηρεσίες, την κοινωνική πρόνοια, τα κοινωνικά επιδόματα και τα σχετικά μέτρα που προορίζονται, για την προώθηση και τη διατήρηση της κοινωνικής ασφάλειας και της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.

Στο διάταγμα για την κοινωνική πρόνοια (607/1983)§9, αναφέρεται ο τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών οικιακής βοήθειας:

- Παρέχεται ενίσχυση, προσωπική φροντίδα και κατ' οίκον υποστήριξη από έναν εκπαιδευμένο βοηθό.
- Παρέχονται βοηθητικές υπηρεσίες (κατ' οίκον παράδοση γευμάτων, πλύσιμο ενδυμάτων, περιποίηση ατομικής υγιεινής, καθαριότητα οικίας, συνοδεία και υπηρεσίες ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεπίδρασης).

Στο νομοσχέδιο σχετικά με το καθεστώς και τα δικαιώματα της κοινωνικής πρόνοιας (812/2000), αναφέρεται ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες και οι απόψεις των εξυπηρετούμενων, κατά το σχεδιασμό και την παροχή κοινωνικής πρόνοιας. Εάν ένα άτομο δεν μπορεί να συμμετάσχει στο σχεδιασμό λόγω της κατάστασης της υγείας του, οι φροντιστές του θα ερωτηθούν, σχετικά με τις επιθυμίες του.

Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας, είναι υπεύθυνο για τον γενικό προγραμματισμό, την καθοδήγηση και την εποπτεία των υπηρεσιών που απευθύνονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Για την παροχή κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, είναι υπεύθυνοι οι 444 Δήμοι της χώρας.

Οι Δήμοι βάσει νόμου, χρηματοδοτούνται από την Κυβέρνηση για τον προγραμματισμό, διαχειρίζονται τις κυβερνητικές επιδοτήσεις σχετικά με την κοινωνική πρόνοια και την περίθαλψη (733/1992), προκειμένου να οργανώσουν τις υπηρεσίες τους. Κάθε Δήμος οργανώνει τις υπηρεσίες του ανεξάρτητα και είναι υπεύθυνος, για την οργάνωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», των κατ' οίκον υπηρεσιών, της ιδρυματικής περίθαλψης και της υποστήριξης των 'άτυπων φροντιστών'. Υφίσταται ξεχωριστή νομοθεσία, όσον αφορά την 'άτυπη περίθαλψη' (συμφωνία άτυπης περίθαλψης, χρηματική αποζημίωση και περίοδος ανακούφισης για

<sup>41</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Finland>



τον οικογενειακό φροντιστή). Προκειμένου να παρέχεται 'άτυπη φροντίδα', ο φροντιστής και ο Δήμος κάνουν συμφωνία σχετικά με την παροχή της ανεπίσημης φροντίδας. Όλοι οι Δήμοι της χώρας, δεν διαθέτουν επαρκείς οικονομικούς πόρους για την υποστήριξη της ανεπίσημης φροντίδας. Με αποτέλεσμα, κάτοικοι διαφορετικών Δήμων, να μην λαμβάνουν τις ίδιες παροχές καθώς και όλο το ποσόν του επιδόματος που δικαιούνται. Υφίστανται περίπου 300.000 'άτυποι φροντιστές', από τους οποίους μόνο οι 20.000 είναι επίσημοι (ο αριθμός αυτός αναφέρεται στην ανεπίσημη φροντίδα που παρέχεται σε γενικές γραμμές).

Ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες οργανώνονται, μπορεί να διαφέρει (για π.χ. κάποιος Δήμος μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του ανεξάρτητα, είτε να παρέχει υπηρεσίες μαζί με κάποιο άλλο Δήμο, είτε να προσφέρει κουπόνια για τους χρήστες των υπηρεσιών, με σκοπό να αγοράσουν υπηρεσίες από έναν ιδιωτικό πάροχο). Εν κατακλείδι, ο εκάστοτε Δήμος είναι υπεύθυνος για την οργάνωση των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών.

Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών έχει αυξηθεί (συμπεριλαμβανομένων των μη κυβερνητικών οργανώσεων, στις οποίες οι Δήμοι έχουν συχνά εκπροσώπους τους), ακολούθως ο ρόλος των μη κυβερνητικών οργανώσεων είναι σημαντικός στις υπηρεσίες στέγασης (προστατευόμενα σπίτια).

Στη Φινλανδία οι κάτοικοι υποχρεούνται από το νόμο, να έχουν κοινωνική ασφάλιση, με σκοπό να αποζημιώνονται από τις δημοσιονομικές επιπτώσεις που προκύπτουν λόγω γήρανσης, αναπηρίας (που μπορεί να προκληθεί λόγω εργατικού ατυχήματος), ασθένειας, ανεργίας ακόμα και το θάνατο.

Τα κουπόνια παροχής υπηρεσιών, αποτελούν μια επιλογή για όσους χρήζουν ενίσχυσης απο κατ' οίκον υπηρεσίες. Οι Δήμοι προσφέρουν τα κουπόνια στους κατοίκους τους, προκειμένου να αγοράσουν υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα.

Τα έξι μέλη του περιφερειακού γραφείου του κράτους, δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την υλοποίηση των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών στην περιοχή τους, διότι διευθύνουν και παρακολουθούν την παροχή των υπηρεσιών. Σε συνεργασία με τους Δήμους, υποστηρίζουν την ανάπτυξη των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, σύμφωνα με τους εθνικούς στόχους, την εφαρμογή προληπτικής κοινωνικής και πολιτικής για την υγεία. Διευκολύνουν στο να εξασφαλιστεί ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του

Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Σύστημα διεύθυνσης και εποπτείας των δημοτικών κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας.
- Επαγγελματική άδεια για τους ιδιωτικούς πάροχους των κοινωνικών υπηρεσιών και παρακολούθηση των εργαζομένων.

Παρόλο που υπάρχουν συστάσεις προς τους Δήμους για την παροχή υπηρεσιών, η πραγματική πρακτική όσον αφορά τις δοκιμές και την αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας καθώς και την αξιολόγηση της ανάγκης για παροχή υπηρεσιών και ούτω καθεξής ποικίλλει. Οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών είναι οι Δήμοι (444), υπάρχουν όμως και μη κυβερνητικοί οργανισμοί (για π.χ. η κεντρική ένωση για την ευημερία των ηλικιωμένων, ο Ερυθρός Σταυρός κ.λπ.). Επιπρόσθετα υπάρχουν δεκάδες ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών, οι οποίοι παρέχουν κατ' οίκον υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Οι υπηρεσίες οικιακής μέριμνας που προβλέπονται για τους ηλικιωμένους από τους τοπικούς Δήμους, έχουν περιοριστεί στο ένα τρίτο κατά την τελευταία δεκαετία. Εκτιμάται, ότι οι κατ' οίκον υπηρεσίες απευθύνονται σε όσους διαβιούν σε 'προστατευμένα σπίτια'. Οι ηλικιωμένοι που διαβιούν στην οικία τους, στερούνται των πολύ αναγκαίων υπηρεσιών.

Οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για την οργάνωση παροχής υπηρεσιών για τους κατοίκους τους. Το κόστος των υπηρεσιών που πρέπει να πληρώσει ο εξυπηρετούμενος, προσδιορίζεται από το ετήσιο εισόδημα του, την ηλικία των δημοτών και τον πληθυσμό του Δήμου. Ωστόσο, οικονομικοί περιορισμοί υπαγορεύουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν περιοχές ιδιαίτερα στην ανατολική και βόρεια Φινλανδία, όπου οι τοπικές αρχές αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (λόγω μετανάστευσης, ηλικιακής διάρθρωσης των δημοτών και φορολογικών εσόδων). Οι Δήμοι μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες ή να αγοράσουν υπηρεσίες από ιδιωτικούς πάροχους υπηρεσιών (από ιδιωτικές επιχειρήσεις ή μη κυβερνητικές οργανώσεις). Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις παρέχουν υπηρεσίες, όπως 'προστατευόμενα σπίτια' και κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας.

Όσον αφορά την παροχή κατ' οίκον φροντίδας, συντάσσεται για κάθε εξυπηρετούμενο ένα σχέδιο, βάσει του οποίου ορίζονται οι στόχοι, οι μέθοδοι και όλες οι υπηρεσίες που θα του παρασχεθούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, περιλαμβάνεται ένα σχέδιο αποκατάστασης. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προσφέρει τις υπηρεσίες του, όταν ένα πρόσωπο λόγω ασθένειας ή μειωμένης ικανότητας χρειάζεται βοήθεια, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις συνήθεις καθημερινές του δραστηριότητες. Η

ενίσχυση παρέχεται από οικογενειακούς βοηθούς και πρακτικούς νοσοκόμους, οι οποίοι παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας των εξυπηρετούμενων και παρέχουν καθοδήγηση και συμβουλές. Οι υπηρεσίες παρέχονται κατά τη διάρκεια της νύχτας καθώς και τα σαββατοκύριακα. Τα δημοτικά κέντρα υγείας χρησιμοποιούν ξεχωριστό προσωπικό, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί ως ειδικευμένοι νοσηλευτές, εγγεγραμμένοι και πρακτικοί.

Εν συνεχεία, οι κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν υποστήριξη των μελών της οικογένειας, φροντίδα ασθενούς, διεξαγωγή εξετάσεων, μέτρηση αρτηριακής πίεσης-σακχάρου κ.λπ.. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι απαιτητικές για τον εργαζόμενο, διότι πολλοί άνθρωποι θέλουν να διαβιούν στην οικία τους, μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, καλύπτουν τις εργασίες και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τη στέγαση, την προσωπική φροντίδα και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αποτελούν υπηρεσίες υποστήριξης που προορίζονται, για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να διαχειρίζονται την κοινωνική τους ζωή. Περιλαμβάνουν προετοιμασία γεύματος, καθημερινές δραστηριότητες, συνοδεία, περιποίηση ατομικής υγιεινής, πλύσιμο ενδυμάτων, καθαριότητα οικίας κ.λπ.. Οι Δήμοι καθορίζουν το εύρος και το κόστος της κάθε υπηρεσίας.

Περιληπτικά όσων αναφέρθηκαν για την Φινλανδία, οι παρεχόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών και οι ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται, είναι παρόμοιες με της Ελλάδος,

Στην Φινλανδία, παρατηρείται αυξημένη συμμετοχή από μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.). Πιο συγκεκριμένα, οι Δήμοι προσφέρουν υπηρεσίες ή αγοράζουν υπηρεσίες από ιδιωτικούς πάροχους υπηρεσιών (από ιδιωτικές επιχειρήσεις ή μη κυβερνητικές οργανώσεις). Δίνεται δηλαδή η δυνατότητα αγοράς κουπονιών παροχής υπηρεσιών και από τον ιδιωτικό τομέα. Το κόστος των υπηρεσιών που πρέπει να πληρώσει ο εξυπηρετούμενος, προσδιορίζεται από το ετήσιο εισόδημα του, την ηλικία των δημοτών και τον πληθυσμό του Δήμου.

Ειδοποιός διαφορά αποτελεί, ότι οι υπηρεσίες του προγράμματος παρέχονται κατά τη διάρκεια της νύχτας και τα σαββατοκύριακα. Στην Ελλάδα όπως έχει αναφερθεί, το ωράριο λειτουργίας είναι παρόμοιο με εκείνου γραφείου από 07:00π.μ. έως 15:00μ.μ., καθιστώντας αδύνατη την κάλυψη αναγκών των εξυπηρετούμενων, καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, ιδίως των ατόμων που διαβιούν μόνοι. Τέλος επικρατεί ο θεσμός

του ‘άτυπου φροντιστή’ (για π.χ τον ρόλο του φροντιστή αναλαμβάνει κάποιο συγγενικό πρόσωπο, φίλος κ.λπ.), κάτι ακόμα άγνωστο για τα ελληνικά δεδομένα.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ’ οίκον υπηρεσιών της Φινλανδίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Απαιτείται η άποψη του εξυπηρετούμενου, για τον σχεδιασμό του πλάνου που θα ακολουθηθεί.	Απουσία δημόσιου τομέα, στην παροχή κατ’ οίκον υπηρεσιών.
Υφίστανται ‘άτυποι φροντιστές’, με τους οποίους καλύπτεται το κενό, της έλλειψης του δημόσιου τομέα.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες διαφέρουν ανα Δήμο της χώρας.
Υπάρχουν αρκετοί πάροχοι, κατ’ οίκον υπηρεσιών: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δήμοι</li> <li>• Μ.Κ.Ο</li> <li>• Ιδιωτικός τομέας</li> <li>• Άτυποι φροντιστές</li> </ul>	Υπάρχει μεγάλος αριθμός ανεπίσημων ‘άτυπων φροντιστών’ (από τους 300.000, οι 20.000 είναι επίσημοι).
Είναι υποχρεωτική η κοινωνική ασφάλιση των κατοίκων.	Οι κατ’ οίκον υπηρεσίες απευθύνονται σε όσους διαβιούν σε ‘προστατευμένα σπίτια’. Οι ηλικιωμένοι που διαβιούν στην οικία τους, στερούνται αναγκαίων υπηρεσιών.
Το κράτος προσφέρει στους πολίτες του ‘κουπόνια’, για αγορά κατ’ οίκον υπηρεσιών.	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι επί πληρωμή. Το ποσόν καθορίζεται βάση κριτηρίων.
24 ωροι φροντιστές, καθ’ όλη τη διάρκεια του έτους.	Υπάρχουν προστατευόμενα σπίτια, για όσους δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον να τους στηρίξει.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.8

### ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ ΑΓΓΛΙΑΣ

Για το Ηνωμένο Βασίλειο της Αγγλίας, θα αναφερθούν παραδείγματα από την Μ. Βρετανία<sup>42 43 44</sup>, την Σκωτία<sup>45</sup> και την Ιρλανδία<sup>46</sup>.

Η Μ. Βρετανία έχει πληθυσμό περίπου εξήντα (60.000.000) εκατομμυρίων και το προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού της, είναι τα 77,4 έτη. Η χρηματοδότηση και η φροντίδα υγείας, παρέχονται από το εθνικό σύστημα υγείας, δηλαδή η χώρα ανήκει στο μοντέλο Beveridge.

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας, παρέχεται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, τους εθελοντές και την οικογένεια, προς τους ηλικιωμένους, τα άτομα με χρόνια νοσήματα (για π.χ. με ψυχική νόσο), τους ανάπηρους, σε όσους χρήζουν μετανοσοκομειακής φροντίδας καθώς και στα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες.

Το Βρετανικό μοντέλο<sup>47</sup> κοινωνικής πρόνοιας, αποτελεί χαρακτηριστικό υπόδειγμα επικουρικών παρεμβάσεων υπολειμματικού τύπου για την καταπολέμηση της εισοδηματικής στέρησης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, που περιλαμβάνουν όχι μόνο άτομα εκτός αγοράς εργασίας αλλά και εργαζομένους. Σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης, το Υπουργείο Υγείας (Department of Health) είναι αρμόδιο για τον σχεδιασμό, την χρηματοδότηση και την παρακολούθηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος των εξουσιών της κεντρικής κυβέρνησης εκχωρήθηκε στις τοπικές αρχές της Ουαλίας, της Σκωτίας και της Β. Ιρλανδίας, οι οποίες απέκτησαν ενισχυμένη αυτονομία. Ειδικότερα στο πεδίο των προνοιακών πολιτικών, οι Αυτόνομες Τοπικές Διοικήσεις (devolved administrations) εκπονούν και υλοποιούν τοπικά σχέδια δράσης, ενώ η κυβέρνηση θέτει τους γενικούς προσανατολισμούς και συμπληρώνει την δράση των αυτόνομων διοικήσεων. Η

---

<sup>42</sup><http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/United-Kingdom#fragment-1>

<sup>43</sup> [www.parliament.uk](http://www.parliament.uk)

<sup>44</sup> Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, «Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας», Τμήμα νοσηλευτικής, εργαστήριο κοινοτικής νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, έτος έκδοσης 2007, σελ.502-503.

<sup>45</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/United-Kingdom#fragment-2>

<sup>46</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Ireland>

<sup>47</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 99-100

οργάνωση του συστήματος κοινωνικής φροντίδας, υπάγεται στις αρμοδιότητες των 150 τοπικών Συμβουλίων (Local Councils) που αξιολογούν τις σχετικές αιτήσεις των ενδιαφερομένων και αποφασίζουν για την διαχείριση των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Η ποιότητα των υπηρεσιών, ελέγχεται από την Επιτροπή για την Επιθεώρηση της Κοινωνικής Φροντίδας (Commission for Social Care Inspection). Ειδικά στο πεδίο των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας για άτομα με αναπηρία, ενεργοποιείται η Επιτροπή για τα Δικαιώματα των Α.Μ.Ε.Α. (Disability Rights Commission), ανεξάρτητη υπηρεσία που θεσμοθετήθηκε με το Νόμο Disability Rights Commission Act του 1999, με στόχο την προστασία των δικαιωμάτων των Α.Μ.Ε.Α. και την ορθή εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας (Disability Discrimination Act, 1995). Οι αρμοδιότητες της περιλαμβάνουν, την καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος των Α.Μ.Ε.Α., την προώθηση ίσων ευκαιριών, την ενθάρρυνση καλών πρακτικών στην φροντίδα των Α.Μ.Ε.Α. και την παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής και στήριξης σε Α.Μ.Ε.Α.

Το 2005 εκπονήθηκε για πρώτη φορά από το Υπουργείο Υγείας το Εθνικό Πλαίσιο Υπηρεσιών για τους Ηλικιωμένους (National Service Framework for Older People), με στόχο τον καθορισμό εθνικών προδιαγραφών για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Τρίτη ηλικία, θεσπίζοντας μια νέα κατηγορία δράσεων «ενδιάμεσης φροντίδας» που εξασφαλίζουν συντονισμένες κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες κατ' οίκον.

Είδη κατ' οίκον υπηρεσιών:

- ❖ Κατ' οίκον νοσηλεία (Home nursing): Παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Services-NHS). Οργανώνεται από την κοινοτική νοσηλεύτρια (district nurse) και περιλαμβάνει σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που σχετίζονται με την ασθένεια και τα προβλήματα υγείας του εκάστοτε εξυπηρετούμενου. Η κοινοτική νοσηλεύτρια (district nurse), είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη θεωρητικά και πρακτικά, ώστε να παρέχει φροντίδα σε κάθε άτομο που διαβιεί στην κοινότητα καθώς και είναι υπεύθυνη για την εκτίμηση των αναγκών των χρηστών και των οικογενειών τους και την εξασφάλιση ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- ❖ Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Home Help): Παρέχεται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, Μ.Κ.Ο. και οικογενειακούς φροντιστές σε ηλικιωμένους, άτομα με ψυχική νόσο, άτομα με αναπηρίες, άτομα που χρειάζονται μετανοσοκομειακή φροντίδα και άτομα με μαθησιακές δυσκολίες. Προσφέρει υπηρεσίες στον εξυπηρετούμενο, όπως ψυχοσυναισθηματική στήριξη,

νοσηλευτική φροντίδα (για π.χ. περιποίηση της ατομικής του υγιεινής), οικογενειακή βοήθεια (για π.χ. βοήθεια στο τάισμα, καθαριότητα οικίας, ψώνια κ.λπ.). Οι δύο τελευταίες υπηρεσίες, παρέχονται από βοηθούς νοσηλευτών (auxiliary nurses) και βοηθούς για την φροντίδα υγείας (health care assistants).

Η νοσηλεία στο σπίτι και η κοινοτική νοσηλευτική, οργανώνονται σε διαφορετικό πλαίσιο, από την προσωπική και οικιακή φροντίδα. Στην περίπτωση που οι ανάγκες του ατόμου είναι πολύπλευρες, η κοινοτική νοσηλεύτρια ή ο Κοινωνικός Λειτουργός, αναλαμβάνουν το ρόλο του διαχειριστή (care manager), για το συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας. Η αξιολόγηση των αναγκών γίνεται βάσει φυσικής ασφάλειας, ανικανότητας, ψυχικής υγείας, απώλεια ανεξαρτησίας και κοινωνικών αναγκών. Επίσης, γίνεται εκτίμηση και της οικονομικής κατάστασης του ατόμου. Μόνο οι οικονομικά ασθενέστεροι και τα άτομα με απειλητικές ασθένειες, είναι δυνατόν να λάβουν δωρεάν κοινωνικές υπηρεσίες. Δικαίωμα κοινωνικών υπηρεσιών έχουν όλοι, με ποσοστό συνασφάλισης, το οποίο εξαρτάται από τους πόρους και το εισόδημα τους. Οι κρατικές επιχορηγήσεις, έχουν σκοπό τη δυνατότητα κάλυψης των πρόσθετων εξόδων ασθενείας.

Πιο συγκεκριμένα, πάροχοι των υπηρεσιών είναι<sup>48</sup>:

- ❖ Τα Συμβούλια Κοινωνικών Υπηρεσιών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- ❖ Ιδιωτικοί οργανισμοί κατ' οίκον φροντίδας.
- ❖ Ιδιωτικά νοσηλευτικά γραφεία, που παρέχουν νοσηλευτές στα άτομα που χρηματοδοτούν με ίδιους πόρους, την αγορά υπηρεσιών φροντίδας.

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας είναι δυνατόν να αγοραστούν, είτε από το χρήστη των υπηρεσιών, είτε από ανεξάρτητες εταιρίες όπου εκτελούν τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», είτε από τον εκάστοτε Δήμο όπου κατοικούν. Όσον αφορά τους Δήμους, παρέχουν υπηρεσίες είτε μέσω δημοτικών υπαλλήλων, είτε μέσω ιδιωτικών εταιρειών.

Η συχνότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μια ή δύο φορές την ημέρα με στόχο, την στήριξη των ασθενών ή των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Υπάρχει η δυνατότητα ενός 24 ωρου νοσηλευτή ή φροντιστή. Η ένωση των προγραμμάτων του «Βοήθεια στο Σπίτι» του Ηνωμένου Βασιλείου (Homecare Association UKHCA), είναι

---

<sup>48</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 102



μια επαγγελματική ένωση που απαρτίζεται από 1.600 προγράμματα κατ' οίκον παροχής φροντίδας.

Η διαδικασία ένταξης στο Πρόγραμμα<sup>49</sup>, προωθείται με βάση τον Οδηγό Ατομικής Διαδικασίας Αξιολόγησης (Guidance on Single Assessment Process-SAP), ο οποίος έχει σχεδιασθεί με σκοπό να εντάξει την προσωπική και εξατομικευμένη φροντίδα, υπό ένα ενιαίο πλαίσιο αξιολόγησης, επιτρέποντας μια ολιστική διερεύνηση που ξεκινά αρχικά με την αναγνώριση των αναγκών κάθε ατόμου και εμβαθύνει στη συνέχεια σε πιο περίπλοκα ζητήματα (εξατομίκευση). Με αυτό τον τρόπο, όλοι οι χρήστες συμμετέχουν σε μια «προσωπική αξιολόγηση», κατά την οποία συλλέγονται οι βασικές πληροφορίες και καταγράφεται η φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζουν, ώστε στη συνέχεια γίνεται αντικειμενική αξιολόγηση του προβλήματος και εκτίμηση της ανάγκης για βοήθεια και στήριξη μέσω του προγράμματος. Η εκτενής αξιολόγηση καλύπτει όλους ή τουλάχιστον τους περισσότερους τομείς στους οποίους προκύπτει ανάγκη των επωφελούμενων και συντονίζεται από μια ομάδα ειδικά καταρτισμένων επαγγελματιών. Τέτοιου είδους αξιολογήσεις πραγματοποιούνται εκεί όπου υπάρχει πραγματικά ανάγκη του επωφελούμενου, όπως για παράδειγμα ανάγκη για εντατική κατ' οίκον φροντίδα ή παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, μετά από νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Η δομή της Ατομικής Διαδικασίας Αξιολόγησης στηρίζεται στα ακόλουθα πεδία αναγκών που συνδέονται με την ανεξαρτησία, την υγεία και ανάρρωση καθώς και την αποκατάσταση των ηλικιωμένων:

- Οι προσδοκίες του χρήστη.
- Το κλινικό υπόβαθρο του χρήστη.
- Η πρόληψη των ασθενειών.
- Η προσωπική φροντίδα και σωματική ευεξία.
- Η ψυχική υγεία.
- Οι κοινωνικές σχέσεις.
- Η ασφάλεια.
- Το άμεσο περιβάλλον και οι διαθέσιμοι πόροι.

Πρωταρχικός σκοπός της Ατομικής Διαδικασίας Αξιολόγησης, αποτελεί η κατοχύρωση ενός ενιαίου πλαισίου αξιολόγησης, ώστε να αποφεύγονται άσκοπες

---

<sup>49</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.103-104

διαδικασίες αξιολόγησης από διαφορετικές τοπικές αρχές. Τα δεδομένα και οι πληροφορίες κάθε ηλικιωμένου συλλέγονται και αποθηκεύονται από την ομάδα των ειδικών υγείας και φροντίδας ηλικιωμένων, με βάση τις αρχές της συναίνεσης και της πλήρους εμπιστευτικότητας, ενώ αποτυπώνονται σε μία συνοπτική έκθεση που εκπονείται για κάθε χρήστη (το αποκαλούμενο ατομικό προφίλ).

Παρά το γεγονός, ότι η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν, οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας χρηματοδοτούνται από διάφορες πηγές<sup>50</sup>:

- ❖ Οι τοπικές αρχές λαμβάνουν επιχορηγήσεις, που προέρχονται από τη γενική φορολογία.
- ❖ Οι τοπικές αρχές, δεσμεύουν ίδιους πόρους (το ποσοστό του συνόλου των τοπικών πόρων που διατίθενται για την κοινωνική φροντίδα ενηλίκων-μέρος του οποίου καλύπτει τις υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, εξαρτάται από τις τοπικές προτεραιότητες).
- ❖ Οι ιδιώτες-χρήστες των υπηρεσιών και οι οικογενειές τους, συνεισφέρουν ανάλογα με την εισοδηματική τους κατάσταση (εκτιμάται ότι το 20% της συνολικής αγοράς υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, καλύπτεται από εισφορές χρηστών σε επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα).

Με βάση τις διατάξεις του Νόμου περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Φροντίδας στην Κοινότητα του 1990, οι τοπικές αρχές επικέντρωσαν τις παρεμβάσεις τους στην χορήγηση υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας. Για το λόγο αυτό, η αρμοδιότητα επιβολής εισφορών μεταφέρθηκε από τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις στις τοπικές αρχές, οι οποίες θα αποφάσιζαν ποιο μέρος του προϋπολογισμού τους θα διατίθεται κάθε χρόνο για την κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων. Στόχος του Νόμου, ήταν να μπορέσουν οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν στα σπίτια τους, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ παρείχε στις τοπικές αρχές την ευθύνη να αξιολογούν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Όμως, η παροχή υπηρεσιών (περιεχόμενο) και το κόστος τους, ρυθμιζόνταν αυτόνομα από τις τοπικές αρχές και επομένως δεν ήταν κοινές για το σύνολο της χώρας.

Παρά το γεγονός, ότι το κόστος των παρεχόμενων κατ' οίκον υπηρεσιών καλύπτεται από τις τοπικές αρχές (με βάση απόλυτη ουσιαστικά διακριτική ευχέρεια που ασκείται από τα Συμβούλια Κοινωνικών Υπηρεσιών), το Υπουργείο Υγείας αναγνωρίζει σταδιακά τα έντονα προβλήματα γεωγραφικών διαφοροποιήσεων και προωθεί

---

<sup>50</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.106

διαδικασίες ενιαίας κάλυψης. Η πλέον χαρακτηριστική παρέμβαση εντοπίζεται το 2003 στην έκδοση του Οδηγού με τίτλο «Δικαιότερες πολιτικές χρέωσης τελών για τη φροντίδα στο σπίτι και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες-Καθοδήγηση για τα Συμβούλια Κοινωνικών Υπηρεσιών», δυνάμει του άρθρου 7 του περί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Κοινωνικών Υπηρεσιών Νόμου του 1970.

Όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο της Σκωτίας, η παροχή των κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, είναι δωρεάν για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

Όπως προβλέπεται από το νομοσχέδιο "The Community Care and Health (Scotland) 2002" πρέπει:

- ❖ Να υπάρχει περισσότερη συνεργασία, μεταξύ τοπικών αρχών και του εθνικού συστήματος υγείας (NHS) της Σκωτίας.
- ❖ Να υπάρχει άμεση πρόσβαση στις πληρωμές των κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας.
- ❖ Το δικαίωμα της αξιολόγησης να επεκταθεί στους ανεπίσημους φροντιστές, συμπεριλαμβανομένων και των τέκνων των εξυπηρετούμενων.
- ❖ Να λαμβάνεται υπόψη, η γνώμη των φροντιστών και των εξυπηρετούμενων για την χάραξη πολιτικής, σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Περιποίηση ατομικής υγιεινής.
- Συντροφιά.
- Προσαρμογή κατοικιών και υποστήριξης ατόμων με ειδικές ανάγκες.
- Ετοιμασία φαγητού, αγορά τροφίμων.
- Καθοδήγηση, πληροφορίες για τοπικές υπηρεσίες.
- Καθημερινή φροντίδα.
- Συνοδείες (για π.χ. σε ιατρούς).
- Νομικές συμβουλές.
- Κατασκήνωση για τους εξυπηρετούμενους.

Ακολουθώντας στην Ιρλανδία, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θεωρείται, ως μια βασική υπηρεσία, για την πρωτοβάθμια φροντίδα ηλικιωμένων.

Το Ιρλανδικό μοντέλο κοινωνικής προστασίας<sup>51</sup> έχει αναπτυχθεί με βάση τις πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης (χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και από το Κράτος), τις οικογενειακές πολιτικές (καθολικές οικογενειακές

---

<sup>51</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.92

παροχές που χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία) και το σύστημα προνοιακών επιδομάτων και υπηρεσιών (χρηματοδοτείται από τη γενική και την ειδική φορολογία, ενώ χορηγείται ύστερα από έλεγχο εισοδηματικών πηγών). Οι προνοιακές πολιτικές σχεδιάζονται και παρακολουθούνται από το Υπουργείο Κοινωνικών, Κοινοτικών και Οικογενειακών Υποθέσεων (Department of Social, Community and Family Affairs) και από το Υπουργείο Υγείας και Παιδιών (Department of Health and Children).

Ωστόσο, τα συναρμόδια Υπουργεία έχουν τη δυνατότητα να εκχωρούν μέρος των αρμοδιοτήτων της τοπικής διαχείρισης πόρων και εφαρμογής μέτρων στα Περιφεριακά Συμβούλια Υγείας και στους Δήμους. Η δράση των τοπικών αρχών στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας, εποπτεύεται από την Επιθεώρηση Κοινωνικών Υπηρεσιών (Social Services Inspectorate).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θεσμοθετήθηκε το 1972 και λειτουργεί έκτοτε από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Health Services Executive), που ασκεί την αποκλειστική αρμοδιότητα παροχής υπηρεσιών, μέσω ενός ολοκληρωμένου πακέτου κατ' οίκον φροντίδας (Home Care Support Package).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν<sup>52</sup>:

- Ατομική καθαριότητα.
- Προετοιμασία γεύματος.
- Λήψη τροφής.
- Στοματική υγιεινή.
- Λήψη φαρμάκων.
- Συγύρισμα σπιτιού, ξεσκόνισμα, σκούπισμα και σφουγγάρισμα, καθαρισμός λουτρού (μπανιέρα, τουαλέτα), καθαρισμός κουζίνας (νεροχύτης, συσκευές) κ.λπ.
- Λήψη αλληλογραφίας.
- Βοήθεια στα οικιακά ψώνια .
- Πλύσιμο και σιδέρωμα ρούχων.
- Δραστηριότητες και άσκηση.

Το ωράριο λειτουργίας της υπηρεσίας είναι συγκεκριμένο και το προσωπικό δεν είναι διαθέσιμο εκτός των ωρών εργασίας ή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παρόχων, συμπεριλαμβανομένων και των μη

---

<sup>52</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.95-96

κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.). Με αποτέλεσμα, την δημιουργία ανισοτήτων και διαφοροποιήσεων, ως προς την παροχή υπηρεσιών.

Εξαιτίας της έλλειψης εθνικής νομοθεσίας για τα Προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας, σε κάποιες περιοχές της Ιρλανδίας προϋπόθεση συμμετοχής στο Πρόγραμμα αποτελεί η κατοχή της Ιατρικής Κάρτας (Medical Card). Η συγκεκριμένη κάρτα, εκδίδεται από τις Υπηρεσίες Υγείας και επιτρέπει στον κάτοχο της, να λαμβάνει δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ χορηγείται ύστερα από έλεγχο των εισοδηματικών πόρων του ενδιαφερόμενου (το εισόδημα του ενδιαφερόμενου πρέπει να κυμαίνεται κάτω από συγκεκριμένα όρια):

**Πίνακας 3.4**  
**Εβδομαδιαίο εισοδηματικό όριο απόκτησης Κάρτας Υγείας**

Κατηγορία	Ηλικία έως 66 ετών	Ηλικία από 66 έως 69 ετών
<b>Πρόσωπο που ζεί μόνο</b>	184euro	201,50euro
<b>Πρόσωπο που ζεί μόνο αλλά σε οικογενειακό περιβάλλον</b>	164euro	173,50 euro
<b>Παντρεμένα ζευγάρια ή ζευγάρια που συγκατοικούν ή πρόσωπο που ζεί μόνο με ανεξάρτητα παιδιά</b>	266,50euro	298euro

Πηγή: Αμίτσης Γαβριήλ, 2013

Μεταξύ 2001 και 2008, τα άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, είχαν το δικαίωμα απόκτησης της Ιατρικής Κάρτας, χωρίς να απαιτείται έλεγχος του εισοδήματος τους. Όμως από τον Ιανουάριο του 2009, επιβλήθηκαν εισοδηματικά όρια, που ανέρχονται σε 700 euro (καθαρό εισόδημα) την εβδομάδα, για ένα πρόσωπο που διαβιεί μόνο και σε 1,400 euro (καθαρό εισόδημα) την εβδομάδα, για ένα έγγαμο ζευγάρι ή ένα ζευγάρι που συγκατοικεί.

Οι κάτοχοι των καρτών, πληρώνουν φόρο επί του εισοδήματος τους με ανώτερο συντελεστή 4%. Η μόνη απαλλαγή αφορά, πρόσωπα με ετήσιο εισόδημα κάτω από 4,004 euro.

Από διαδικαστική άποψη, κάθε αίτηση για ένταξη στο Πρόγραμμα εξετάζεται αυτοτελώς και με δεδομένο το γεγονός, ότι η ζήτηση είναι μεγαλύτερη από την προσφορά, το αρμόδιο Τοπικό Γραφείο Υγείας, αποφασίζει κάθε φορά ποιοί θα ενταχθούν στο Πρόγραμμα. Εάν και δεν προβλέπεται ενιαία διαδικασία αξιολόγησης των αιτήσεων των ενδιαφερομένων, καθώς απουσιάζουν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές για την εκτίμηση των αναγκών, οι κύριοι παράγοντες που λαμβάνει υπόψη της η Επιτροπή, εξειδικεύονται σε εσωτερική εγκύκλιο και περιλαμβάνουν:

- ❖ Το εισόδημα του ενδιαφερόμενου.
- ❖ Τη διαθεσιμότητα συγγενικών προσώπων για παροχή οικογενειακής υποστήριξης.
- ❖ Την προσβασιμότητα σε αντίστοιχες υπηρεσίες.
- ❖ Τη διαθεσιμότητα επαγγελματιών για την παροχή της υπηρεσίας.

Όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες<sup>53</sup>, δεδομένου ότι η κεντρική διοίκηση δεν είναι νομικά δεσμευμένη για την ανάπτυξη προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας, τα κριτήρια επιλεξιμότητας, το περιεχόμενο των υπηρεσιών και τα πρότυπα εφαρμογής διαφοροποιούνται ανάλογα με την περιφέρεια των Τοπικών Γραφείων Υγείας. Από την άποψη της πρόσβασης, επομένως, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι διαθέσιμο στο κοινό κατά τρόπο 'άδικο', δεδομένου ότι η χορήγηση των υπηρεσιών δεν εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες και συνθήκες του ατόμου, αλλά από την περιοχή που διαμένει (ουσιαστικά από τις επιλογές της αρμόδιας περιφερειακής διοίκησης).

Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο Υγείας και Παιδιού επεξεργάστηκε και πρότεινε τέσσερις βασικές αρχές στην Έκθεση του 2001 «Ποιότητα και Δικαιοσύνη: Ένα Σύστημα Υγείας για εσένα», σε σχέση με την παροχή των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας: ισότητα και δικαιοσύνη, εξατομικευμένη προσέγγιση, ποιότητα, υπευθυνότητα των παρόχων. Ως προς το ζήτημα της ποιότητας, επισημάνθηκε ότι η πολυμορφία των παρόχων (Τοπικά Γραφεία Υγείας, εθελοντικές οργανώσεις και Μ.Κ.Ο.) δημιουργεί σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το περιεχόμενο και συνεπώς και την ποιότητα των υπηρεσιών, δυσχεραίνοντας την ανάπτυξη ενός ενιαίου προτύπου. Όμως, η οικονομική ύφεση που πλήττει την Ιρλανδία από τα μέσα της δεκαετίας του 2000 δεν επέτρεψε την οριζόντια εφαρμογή κριτηρίων ποιότητας στην παροχή των

<sup>53</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.97

υπηρεσιών, προκαλώντας την παρέμβαση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας που προχώρησε στην εκπόνηση ενός δεσμευτικού πλέον πλαισίου από το 2010.

Από το 1972 μέχρι σήμερα, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας<sup>54</sup> αποτελούν πεδίο συστηματικής παρακολούθησης και αξιολόγησης, που προωθείται ιδίως με την δημοσίευση εσωτερικών Εκθέσεων. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η πρώτη σχετική Έκθεση «Διαμορφώνοντας ένα Υγιές Μέλλον: Η Στρατηγική για ένα αποτελεσματικό σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης», δημοσιεύθηκε μόλις το 1994 από το Υπουργείο Υγείας, αναδεικνύοντας ως βασικές προκλήσεις για την εξέλιξη του συστήματος φροντίδας, την νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ενδιαφερομένων, την αναθεώρηση του πλαισίου οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών, την ενίσχυση των πηγών χρηματοδότησης και την αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων.

Η μακροχρόνια φροντίδα που παρέχεται στην κοινότητα, είναι η ανεπίσημη φροντίδα που προσφέρεται από μέλη της οικογένειας και φίλους, προς τους ανήμπορους συγγενείς τους. Όσον αφορά τις νομικές υποχρεώσεις, η εκτελεστική υπηρεσία της υγείας εξουσιοδοτείται (under the 1970 Health Act), αλλά δεν υποχρεούται από το νόμο, να παρέχει κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας. Η πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες, είναι περιορισμένη και μεταβαλλόμενη εντός και μεταξύ των περιφερειών. Οι οικογένειες δεν έχουν οποιαδήποτε νομική υποχρέωση, για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους. Ως εκ τούτου, ο βαθμός 'εξάρτησης' εκτιμάται διαφορετικά, ανάλογα με την ομάδα φροντίδας και την περιοχή χρησιμοποιώντας μια ποικιλία από διαφορετικές κλίμακες (McMahon και Barron, 2004).

Το κράτος παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας, από ειδικότητες εργαζομένων όπως, νοσηλευτές, κατ' οίκον φροντιστές και οικογενειακούς βοηθούς. Η κατ' οίκον βοήθεια, παρέχεται βάσει της εκτίμησης των αναγκών και λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική και οικογενειακή κατάσταση του αιτούντα. Όσοι διαβιώνουν μόνοι, είναι πιθανότερο να ενταχθούν στο πρόγραμμα. Οι δικαιούχοι είναι πιθανόν να κληθούν να συνεισφέρουν, ως προς το κόστος των υπηρεσιών εάν θεωρείται, ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.

---

<sup>54</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', σελ.93-94

Όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο<sup>55</sup>, δεδομένης της έλλειψης νομικής υποχρέωσης των Υπηρεσιών Υγείας να εφαρμόζουν Προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας, τα κριτήρια επιλεξιμότητας, το είδος και το περιεχόμενο των υπηρεσιών δεν είναι ενιαία για το σύνολο της χώρας. Παρά το γεγονός, ότι οι υπηρεσίες φροντίδας απευθύνονται κυρίως σε μοναχικούς ηλικιωμένους, χορηγούνται δωρεάν μόνο σε όσους διαθέτουν την 'κάρτα υγείας'. Οι υπόλοιποι ενδιαφερόμενοι υπόκεινται σε σύστημα χρεώσεων, που ποικίλουν από περιοχή σε περιοχή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις (αυξημένη φροντίδα) προβλέπεται η υποχρέωση εισφοράς ακόμα και για κατόχους της 'κάρτας υγείας'.

Σε γενικές γραμμές, οι υπηρεσίες διαχειρίζονται από τα θεσμοθετημένα όργανα και οργανώνονται από τις τέσσερις τοπικές περιοχές, όπως ορίζεται από την εκτελεστική υγειονομική υπηρεσία. Ο διευθυντής, διαχειρίζεται τις υπηρεσίες της περιφέρειάς του. Σε κάθε περιοχή, υπάρχει ένας διευθυντής της κοινοτικής φροντίδας, η κάθε περιοχή αναλύεται σε περαιτέρω περιοχές, που έχουν ως τοπικό διαχειριστή, νοσηλευτή δημόσιας υγείας. Ο διαχειριστής της περιοχής, διαχειρίζεται άμεσα το δημόσιο νοσηλευτικό προσωπικό της υγείας, μέσω του επόπτη. Ο νοσηλευτής της δημόσιας υγείας, είτε διαχειρίζεται και αναθέτει σε οικιακούς βοηθούς, είτε έρχεται σε επαφή με τον διοργανωτή του προγράμματος (επίσης εργαζόμενο στην κοινοτική υπηρεσία), ο οποίος στέλνει βοήθεια κατ' οίκον σε όποιον τη χρειάζεται. Στην περίπτωση των μη κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.), οι εξυπηρετούμενοι, είτε αναφέρονται στον διοργανωτή του «Βοήθεια στο Σπίτι» εντός της εθελοντικής οργάνωσης, είτε η παραπομπή θα έρθει στην οργάνωση, στη συνέχεια αναδιανέμεται σε ένα νόμιμο διοργανωτή του προγράμματος. Επιπρόσθετα προσφέρονται σε όσους το έχουν ανάγκη, ειδικά βοηθήματα για ανάπηρους (για π.χ. ανυψωτικά, ειδικές τουαλέτες, αναπηρικά κρεβάτια και συμβουλές).

Πηγές χρηματοδότησης των κατ' οίκον προγραμμάτων αποτελούν<sup>56</sup> :

❖ Υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας: η χρηματοδότηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μόνο για την επέκταση του Προγράμματος δαπανήθηκαν το 2010, περισσότερα από 10.000.000 euro) και την ίδια την συμμετοχή των επωφελουμένων. Από την υποχρέωση συμμετοχής εξαιρούνται κατ' αρχήν, όσοι δηλώνουν ετήσιο εισόδημα κάτω των 4.004 euro.

<sup>55</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.94

<sup>56</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.98



❖ Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας (Nursing Homes Support Scheme): η χρηματοδότηση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την ίδια την συμμετοχή των επωφελουμένων, ανάλογα με το εισόδημα και τα περιουσιακά τους στοιχεία. Για παράδειγμα, εάν το κόστος της φροντίδας ενός επωφελούμενου, ανέρχεται σε 1.000 euro την εβδομάδα και η συμμετοχή του επωφελούμενου, ανέρχεται σε 300 euro, οι υπηρεσίες υγείας καλύπτουν την διαφορά των 700 euro.

Ο έλεγχος πόρων, αφορά το σύνολο των εισοδημάτων και των περιουσιακών στοιχείων των ενδιαφερόμενων, ενώ στην περίπτωση που φιλοξενούνται ή συγκατοικούν, επεκτείνεται και στα εισοδήματα των προσώπων που τους φιλοξενούν. Επισημαίνεται, ότι η συνεισφορά του ενδιαφερόμενου υπολογίζεται στο μισό (50%) του εβδομαδιαίου εισοδηματός του. Εάν, επομένως, το εισόδημα ενός ζευγαριού ανέρχεται σε 600 euro την εβδομάδα, η αξιολόγηση του προσώπου που χρειάζεται κατ' οίκον φροντίδα θα υπολογισθεί σύμφωνα με το μισό των 600 euro, δηλαδή τα 300 euro. Τα πρόσωπα με ετήσιο εισόδημα κάτω από 36.000 euro (για ζευγάρι κάτω από 72.000 euro) συμμετέχουν δωρεάν στο σχέδιο. Από το όριο αυτό και πάνω, η συμβολή ορίζεται στο 80% του εισοδήματος και στο 5% της αξίας της ακίνητης περιουσίας. Επίσης, για τα πρώτα τρία χρόνια συμμετοχής στο σχέδιο, ο επωφελούμενος καταβάλλει σε ετήσια βάση, ένα ποσό που αντιστοιχεί στο 5% της αντικειμενικής αξίας της κατοικίας του, ενώ μετά το πέρας των τριών ετών και ανεξάρτητα από το χρονικό διάστημα που θα επωφελείται από τις υπηρεσίες του σχεδίου, δεν πληρώνει την εισφορά του 5%. Το ποσόν που αντιστοιχεί στο 5% της αντικειμενικής αξίας της κατοικίας του επωφελούμενου, μπορεί να καταβληθεί έπειτα από τον θάνατο του από τους επιζώντες συγγενείς του, βάση ειδικής συμφωνίας που θα έχει προηγουμένως υπογράψει με τις Υπηρεσίες Υγείας.

Από τα προαναφερθέντα, μπορούν να αναφερθούν ομοιότητες καθώς και διαφορές των κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας, μεταξύ Ελλάδας και Ηνωμένου Βασιλείου.

Στην Μ.Βρετανία και στην Ιρλανδία, υφίστανται αρκετοί πάροχοι για τις κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας, όπως για παράδειγμα αποτελεί ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας, οι εθελοντές καθώς και η οικογένεια των ηλικιωμένων. Ο εξυπηρετούμενος μπορεί να αγοράσει 'υπηρεσίες', από όποιον πάροχο επιθυμεί. Δωρεάν είναι μόνο προς τους οικονομικά ασθενέστερους πολίτες που χρήζουν βοήθειας.

Στην Σκωτία, ομοίως με την Ελλάδα, οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν και ανεξαιρέτως σε όλους, ασχέτως εισοδηματικών κριτηρίων και

οικογενειακής κατάστασης. Επίσης, κοινά σημεία εμφανίζουν οι δύο χώρες και στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Πιο συγκεκριμένα, παρέχεται καθαριότητα οικίας, νοσηλευτική φροντίδα (για π.χ συνταγογράφηση φαρμάκων, περιποίηση ατομικής υγιεινής) και τέλος, τακτοποίηση γραφειοκρατικών υποθέσεων καθώς και ψυχοσυναισθηματική στήριξη από Κοινωνικό Λειτουργό.

Στην περίπτωση της Ιρλανδίας, ο κάτοχος της 'Ιατρικής Κάρτας' (Medical Card), λαμβάνει δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες. Χορηγείται, ύστερα από έλεγχο των εισοδηματικών πόρων του εκάστοτε ενδιαφερόμενου. Όσον αφορά τους υπόλοιπους ενδιαφερόμενους, υπόκεινται σε σύστημα χρεώσεων, που ποικίλει από περιοχή σε περιοχή, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις (αυξημένη φροντίδα) προβλέπεται η υποχρέωση εισφοράς ακόμα και για τους κατόχους της 'Ιατρικής Κάρτας'.

Στην Ελλάδα δεν είναι αναπτυγμένος ο εθελοντισμός, τουλάχιστον όσον αφορά τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι κατ' οίκον υπηρεσίες, προσφέρονται μόνο από το δημόσιο τομέα, δηλαδή τους Δήμους της χώρας. Οι υπηρεσίες είναι δωρεάν προς όλους, αλλά υπάρχει συγκεκριμένο ωράριο λειτουργίας ομοίως με την Ιρλανδία, από τις 07:00π.μ έως τις 15:00μ.μ.. Καθιστώντας αδύνατη την ενίσχυση του εξυπηρετούμενου, για π.χ κατά τη διάρκεια της νύχτας που θα χρειαστεί κάποιον για να τον ταΐσει. Αντιθέτως, στην Μ.Βρετανία οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται σε 24 ωρη βάση, προσφέροντας ουσιαστική κάλυψη των χρόνιων πασχόντων.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών του Ηνωμένου Βασιλείου.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
<p>Ο εξυπηρετούμενος μπορεί να διαλέξει τον πάροχο, από τον οποίο θα αγοράσει υπηρεσίες.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημόσιο τομέα</li> <li>• Ιδιωτικό τομέα</li> <li>• Εθελοντές</li> <li>• Μ.Κ.Ο.</li> <li>• Οικογένεια</li> </ul>	<p>Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται επί πληρωμή, αναλόγως βέβαια το εισόδημα του εξυπηρετούμενου και τα οικονομικά κριτήρια που έχουν τεθεί από κάθε υπηρεσία.</p>
<p>Πραγματοποιείται συνεχής έλεγχος:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ στις παρεχόμενες υπηρεσίες (για π.χ. εάν καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων).</li> <li>➤ στους εργαζόμενους κ.λπ.</li> </ul> <p>(από Commission for social care Inspection, Disability Rights Commission).</p>	<p>Οι αιτήσεις εγγραφής στο πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών ελέγχονται και εγκρίνονται, από ειδική επιτροπή.</p> <p>Όμως, σε κοινωνικά προγράμματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και υποκειμενικά-ανθρωπιστικά κριτήρια για την ένταξη κάποιου.</p>
<p>Υφίσταται ποικιλία κατ' οίκον υπηρεσιών, για άτομα της τρίτης ηλικίας.</p>	<p>Έλλειψη εθνικής νομοθεσίας, για προγράμματα κατ' οίκον παροχής υπηρεσιών.</p>
<p>Οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται δωρεάν, στους οικονομικά ασθενέστερους.</p>	<p>Προϋπόθεση συμμετοχής στο πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών, αποτελεί η κατοχή Ιατρικής κάρτας (Medical card)</p>
<p>Συνεχής κάλυψη από φροντιστή:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 φορές ημερησίως (για π.χ το πρωί και το βράδυ) ή</li> <li>➤ 24 ωρη παρουσία</li> </ul>	<p>Λόγω του γεγονότος, ότι υπάρχουν αρκετοί πάροχοι (Μ.Κ.Ο., ιδιωτικός τομέας, εθελοντές κ.λπ.) κατ' οίκον υπηρεσιών, υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς το είδος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.</p>
<p>Συμπλήρωση οδηγού ατομικής αξιολόγησης (SAP), από νέους εξυπηρετούμενους, με σκοπό την καταγραφή των αναγκών τους και την ουσιαστική τους κάλυψη, από το</p>	<p>Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι επί πληρωμή αναλόγως:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ τον τόπο κατοικίας και</li> <li>❖ εάν κάποιος, είναι κάτοχος της Ιατρικής κάρτας (Medical card)</li> </ul>

εξειδικευμένο προσωπικό.	
--------------------------	--

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», θεωρείται ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί το λόγο έχει δωθεί βαρύτητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες που οδηγούν στην πρόληψη.	
Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, προς τους κατόχους της Ιατρικής κάρτας (Medical card).	

Παρατίθεται απόσπασμα από έκθεση της οργάνωσης Which, που αναφέρεται ως ‘απαράδεκτο το επίπεδο της κατ’οίκον φροντίδας’, που παρέχεται σε ηλικιωμένους στην Μεγάλη Βρετανία<sup>57</sup>.

Οι ηλικιωμένοι βιώνουν απαράδεκτες συνθήκες κατ’οίκον φροντίδας, οι οποίες περιλαμβάνουν την μη-φαρμακευτική αγωγή σε ημερήσια βάση και την κράτηση σε ‘υγρά’ κρεβάτια, σύμφωνα με τις αποκαλύψεις μυστικής έρευνας.

Οι ερευνητές της οργάνωσης, ανέφεραν παραδείγματα από επισκέψεις που δεν πραγματοποιήθηκαν και από αδιάφορους φροντιστές (για π.χ. άφηναν το γεύμα μακριά από ηλικιωμένους με προβλήματα κινητικότητας ακόμα ευάλωτα άτομα μένουν αβοήθητα στην προσπάθεια τους να πάνε ως την τουαλέτα).

Η οργάνωση, ρώτησε 30 ηλικιωμένους ή τους φροντιστές τους να κρατούν ημερολόγιο κατά την διάρκεια μίας εβδομάδας, που να περιέχει αναλυτικά τις εμπειρίες της κατ’οίκον φροντίδας από τους υπ’αμοιβήν επαγγελματίες φροντιστές.

Ένα ακόμα παράδειγμα αποτελεί, όταν μία ηλικιωμένη γυναίκα αφέθηκε μόνη της στο σκοτάδι για ώρες, μη μπορώντας να βρεί φαγητό ή νερό. Μία άλλη αφέθηκε χωρίς μπαστούνι και έτσι δεν μπορούσε να πάει ούτε στην τουαλέτα, ενώ ένας ηλικιωμένος άντρας, δεν έλαβε την φαρμακευτική του αγωγή για διαβήτη.

Η οργάνωση Which, αρνήθηκε να ονοματίσει τους εμπλεκόμενους φορείς, λέγοντας, ότι ήθελε να προστατεύσει τα άτομα που έδωσαν τις πληροφορίες.

<sup>57</sup> [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_26.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_26.html)

Μία ανώνυμη κόρη ανέφερε: «Δεν επισκέφθηκαν την μητέρα μου την επόμενη ημέρα των Χριστουγέννων. Εισήγαγαν λανθασμένα στην βάση δεδομένων τους, τις ημέρες στις οποίες χρειαζόμασταν φροντίδα. Τελικώς, κατάφερα να την φροντίσω εγώ εκείνη την ημέρα, αλλά φανταστείτε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν έχουν συγγενείς».

Ένας γιός είπε: «Υπάρχουν φορές που ο πατέρας μου, ο οποίος είναι διαβητικός δεν έλαβε εγκαίρως την ένεση ινσουλίνης του και καταλαβαίνετε πόσο ζωτικής σημασίας είναι αυτή η αγωγή. Όταν διαμαρτυρήθηκα στον φορέα κοινωνικής φροντίδας μου είπαν απλώς, να βρώ άλλο φορέα για να εξυπηρετηθώ».

Μία ξεχωριστή έρευνα της οργάνωσης, έδειξε ότι ένα από τα πιο κοινά παράπονα, ήταν οι χαμένες και οι βιαστικές επισκέψεις από τους επαγγελματίες φροντιστές, με τους συγγενείς να αναλαμβάνουν να αντικαταστήσουν τον φροντιστή.

Περίπου οι μισοί από τους απαντώντες (47%) ανέφεραν, ότι έχει παραλειφθεί τουλάχιστον μία επίσκεψη τους τελευταίους έξι μήνες, ενώ το 62% σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν είχαν λάβει εκ των προτέρων ειδοποίηση.

Η οργάνωση, δήλωσε ότι σε πολλές περιπτώσεις το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών φροντίδας, ήταν το αποτέλεσμα των συνεχών καταγγελιών και πιέσεων από τα παιδιά και τους συγγενείς των ηλικιωμένων.

Όλα αυτά τα στοιχεία αποδεικνύουν, ότι η ανευθυνότητα και η αδιαφορία των επίσημων φορέων φροντίδας καθώς και οι ιδιωτικοποιήσεις των παρόχων φροντίδας, δημιουργούν συνθήκες απάνθρωπης μεταχείρισης στους ευάλωτους ηλικιωμένους οι οποίες θα πρέπει να σταματήσουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.9

### ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

Στην Πορτογαλία<sup>58</sup> μέχρι πριν από λίγα χρόνια, η οικογένεια έπαιζε σημαντικό ρόλο στην περίθαλψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Σήμερα, όπως και σε άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, αυτή η κατάσταση έχει αλλάξει. Οι δημογραφικές καθώς και οι οικονομικές αλλαγές, έχουν οδηγήσει στην αυξανόμενη απομόνωση των ηλικιωμένων (ιδίως στις μεγάλες πόλεις) και στην μείωση του αριθμού των μεγάλων οικογενειών. Παρατηρείται υψηλό ποσοστό γυναικών με αμειβόμενη απασχόληση, εν αντιθέσει με το παρελθόν, όπου οι γυναίκες ασχολούνταν με την φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Όσον αφορά την φροντίδα των ηλικιωμένων και άλλων εξαρτώμενων ατόμων, θεωρείται ακόμα οικογενειακή υποχρέωση, καθώς δεν υπάρχει πίεση από τις οικογένειες, για να λάβουν υπηρεσίες υποστήριξης από το κράτος. Η πλειοψηφία των υπηρεσιών στήριξης των ηλικιωμένων και άλλων εξαρτώμενων ατόμων, υπάρχουν εντός του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που παρέχει υποστήριξη, με τη μορφή επιδομάτων και κατ' οίκον υπηρεσιών.

Η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών, είναι η διαδικασία της διεύρυνσης λόγω του ολοκληρωμένου σχεδίου στήριξης των ηλικιωμένων, κοινή επιχείρηση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Το άρθρο 64 του πορτογαλικού Συντάγματος αναφέρει: "το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, είναι εγγυημένο μέσω μιας εθνικής υπηρεσίας υγείας (NHS) που είναι καθολική, γενική και αναλόγως με την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των πολιτών, παρέχεται δωρεάν". Σύμφωνα με το άρθρο του 2003, του Αστικού Κώδικα, οι απόγονοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή κάθε απαραίτητης φροντίδας, όσον αφορά τη σίτιση, τη στέγαση και την ένδυση των γονέων τους. Εφόσον η οικογένεια δεν είναι σε θέση να παράσχει αυτή τη φροντίδα, η κοινωνική ασφάλιση αναλαμβάνει την ευθύνη.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αποτελεί μια κοινωνική λύση εξατομικευμένης φροντίδας, για τα άτομα και τις οικογένειές τους, οι οποίοι δεν μπορούν να διασφαλίσουν τις βασικές τους ανάγκες ή και τις καθημερινές τους δραστηριότητες, με ένα μόνιμο ή προσωρινό τρόπο, είτε λόγω ασθένειας, αναπηρίας, προχωρημένης ηλικίας, είτε για άλλους λόγους (Despacho Normativo n. 2/99 de 12 de November). Οι

<sup>58</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Portugal>

υπηρεσίες προσαρμόζονται σε διαφορετικές ομάδες ανάλογα με τους ανθρώπους και τα διάφορα στάδια της ασθένειας τους. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να διευκολύνεται η αυτονομία και η συμμετοχή των ασθενών. Να ενισχύεται η συμμετοχή των οικογενειών τους, καθώς και η υποστήριξη τους.

Η Πορτογαλία χωρίζεται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες, η καθεμία από τις οποίες διοικείται και διαχειρίζεται από μια αυτόνομη Περιφερειακή Διοίκηση Υγείας. Κάθε περιοχή παρέχει κοινωνικές υπηρεσίες, μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Οι Δήμοι οργανώνουν τις κατ' οίκον υπηρεσίες. Ωστόσο, ο κύριος φορέας της παροχής υπηρεσιών είναι η Misericórdias (ανεξάρτητη φιλανθρωπική οργάνωση) καθώς και ιδιωτικά ιδρύματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από το κράτος.

Όσον αφορά την ανεπίσημη κατ' οίκον φροντίδα, οι φροντιστές είναι γυναίκες σε ποσοστό 75%. Οι άνδρες, οι οποίοι παρέχουν ανεπίσημη κατ' οίκον φροντίδα, είναι συνήθως οι σύζυγοι που φροντίζουν την σύζυγο τους.

Υπάρχουν δίκτυα φροντίδας, τα οποία παρέχουν συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχοσυναισθηματική στήριξη και παρηγορητική περίθαλψη. Πρόκειται για μονάδες, οι οποίες ανήκουν σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας, στην Πρόνοια και σε τοπικές υπηρεσίες.

#### Προσφέρουν:

- *Επίδομα εξάρτησης:* χορηγείται από την Πρόνοια, στους συνταξιούχους που έχουν οικονομική ανάγκη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή υπηρεσιών ή για την εξαγορά υπηρεσιών.
- *Σύνταξη αναπηρίας:* χορηγείται από την Πρόνοια σε ανθρώπους οι οποίοι δεν είναι σε θέση να εργαστούν, λόγω αναπηρίας (που έχει επίσημα αναγνωριστεί από επιτροπή αναπηρίας).
- *Επίδομα τεχνικής βοήθειας:* Ο θεράπων ιατρός πιστοποιεί την αναγκαιότητα ύπαρξης κάποιων βοηθημάτων, για την εξυπηρέτηση του εξυπηρετούμενου (για π.χ. αναπηρικό αμαξίδιο), και εν συνέχεια το συγκεκριμένο επίδομα χορηγείται από την κοινωνική υπηρεσία, την οργάνωση Misericordias (ανεξάρτητη φιλανθρωπική οργάνωση) ή άλλα ιδρύματα.
- *Ανάλογα με τις ανάγκες, υφίστανται υπηρεσίες που περιλαμβάνουν:* γεύματα, καθαριότητα οικίας, περιποίηση ατομικής υγιεινής, συντροφιά, μικρές επισκευές στο σπίτι, ψώνια, πλύσιμο ρούχων κ.λπ.

Ενδεικτικά παρατίθεται πίνακας:

Πίνακας 3.5

Κατ' οίκον υπηρεσίες & ποσοστό εξυπηρετούμενων που επωφελούνται

<b>ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>	<b>%</b>
<b>Παράδοση κατ' οίκον γευμάτων</b>	98
<b>Περιποίηση ατομικής υγιεινής</b>	97
<b>Πλύσιμο ενδυμάτων</b>	95
<b>Καθαριότητα οικίας</b>	93
<b>Υγειονομική περίθαλψη</b>	78
<b>Συνοδεία</b>	72
<b>Ψυχοσυναισθηματική στήριξη</b>	62
<b>Αγορές</b>	60

Πηγή: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Portugal>

- *Παροχή στέγης:* αποτελεί μια ακόμη υπηρεσία για ηλικιωμένους. Προσφέρεται προσωρινή ή μόνιμη κατοικία σε ηλικιωμένα εξαρτώμενα άτομα εντός οικογενειών. Η συγκεκριμένη υπηρεσία, προορίζεται για ηλικιωμένους ανθρώπους που δεν έχουν οικογένεια ή για τους οποίους η ανεπαρκής ύπαρξη κοινωνικών υπηρεσιών, τους αποτρέπει από τη ένταξη σε προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας. Υπάρχουν επίσης, ορισμένα προσωρινά κέντρα επείγουσας στέγασης και κέντρα για ηλικιωμένους, όπου μπορούν να παραμείνουν κατά τη διάρκεια της νύχτας. Απευθύνεται σε όσους μπορούν να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, αλλά χρειάζονται βοήθεια κατά τις νυχτερινές ώρες.

Όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης του πορτογαλικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης<sup>59</sup>, είναι μίγμα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει καθολική κάλυψη και χρηματοδοτείται μέσω της γενικής φορολογίας. Οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, που καλύπτουν περίπου ένα τέταρτο του πληθυσμού, χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των εισφορών εργαζομένων/εργοδοτών (συμπεριλαμβανομένης της κρατικής συμμετοχής).

<sup>59</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.162-163



Η πλειοψηφία των υπηρεσιών υποστήριξης για ηλικιωμένους και εξαρτώμενους, χρηματοδοτείται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι πάροχοι είναι συνήθως ιδιωτικοί οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας. Ο συντονισμός μεταξύ των παρόχων φροντίδας και του κράτους, εξασφαλίζεται μέσω συμφωνιών που υπογράφονται από τα περιφερειακά γραφεία κοινωνικής ασφάλισης και τους παρόχους.

Εν περιλήψει όσων αναφέρθηκαν, για τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών της Πορτογαλίας, υπεύθυνοι για την οργάνωση τους, είναι οι Δήμοι της χώρας. Ωστόσο, ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών είναι η Misericórdias (ανεξάρτητη φιλανθρωπική οργάνωση) καθώς και ιδιωτικά ιδρύματα, τα οποία χρηματοδοτούνται από το κράτος. Αντιθέτως με την Ελλάδα, όπου μοναδικοί πάροχοι των κατ' οίκον υπηρεσιών αποτελούν οι Δήμοι της χώρας.

Σκοπός των προγραμμάτων και στις δύο χώρες, αποτελεί η ενίσχυση των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ώστε να διαβιούν στην οικία τους, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η υποστήριξη των οικογενειών τους ψυχολογικά και πρακτικά από τα αντίστοιχα προγράμματα. Παρουσιάζονται επίσης ομοιότητες, όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες (για π.χ. συμβουλευτική-ψυχοσυναισθηματική στήριξη, διεκπαιρέωση γραφειοκρατικών υποθέσεων, καθαριότητα οικίας, περιποίηση ατομικής υγιεινής κ.λπ.) καθώς και στις ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται (για π.χ κοινωνικός λειτουργός, οικογενειακός βοηθός, νοσηλεύτης).

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Πορτογαλίας.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
Το κράτος αναλαμβάνει την φροντίδα των ηλικιωμένων (με την παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών), όταν η οικογένεια τους αδυνατεί να τους φροντίσει.	Κύριος φορέας των κατ' οίκον υπηρεσιών δεν είναι το Κράτος αλλά, η Misericordias (ανεξάρτητη φιλανθρωπική οργάνωση).
Υφίσταται οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που προσφέρει επιδόματα και κατ' οίκον υπηρεσίες, προς τους πολίτες.	
Υπάρχουν ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, για να καλύψουν το κενό του δημόσιου τομέα.	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.10

### ΙΣΠΑΝΙΑ

Η Ισπανία<sup>60</sup> χωρίζεται γεωγραφικά και διοικητικά, σε Αυτόνομες Κοινότητες-Περιφέρειες (Comunidad Autonoma), στις οποίες το Σύνταγμα του 1978 απονέμει σημαντικές πολιτικές εξουσίες, δημιουργώντας ένα ιδιόμορφο μοντέλο ομοσπονδιακής οργάνωσης. Κατά συνέπεια, η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ κεντρικής διοίκησης και Αυτόνομων Κοινοτήτων παρουσιάζει έντονη πολυπλοκότητα στα περισσότερα πεδία. Ειδικότερα, στο πεδίο των προνοιακών πολιτικών, εάν και η κεντρική διοίκηση διατηρεί τη νομοθετική εξουσία και την αρμοδιότητα καθορισμού γενικών αρχών, η εξειδίκευση του περιεχομένου της προστασίας καθώς και η οργάνωση των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, συνιστούν αρμοδιότητες των Αυτόνομων Κοινοτήτων.

Στο πεδίο σχεδιασμού των προνοιακών πολιτικών, η κεντρική διοίκηση είναι αρμόδια για τον καθορισμό των βασικών αρχών, των προσανατολισμών και των στόχων των δράσεων. Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-MTAS) εκπονεί Εθνικά Σχέδια για την ανάπτυξη των προνοιακών υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός είναι οριζόντιος για τον συντονισμό των προνοιακών φορέων (δημόσιος, εθελοντικός, ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας), αλλά και κάθετος σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, Α.Μ.Ε.Α., οικογένειες κ.ο.κ.). Με βάση τα Εθνικά Σχέδια του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, οι αρμόδιες αρχές των Αυτόνομων Κοινοτήτων καταρτίζουν Τοπικά Σχέδια, εξειδικεύοντας τα μέτρα που θα ληφθούν και τον διαθέσιμο προϋπολογισμό. Επιπλέον, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων σχεδιάζει και χρηματοδοτεί εξειδικευμένα Προγράμματα εθνικής εμβέλειας με στόχο συγκεκριμένες κατηγορίες του πληθυσμού που προωθούνται από επιλεγμένους δημόσιους ή εθελοντικούς φορείς.

Στο πεδίο υλοποίησης των προνοιακών πολιτικών, οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων περιλαμβάνουν τον συντονισμό και την παρακολούθηση τόσο της εφαρμογής των μέτρων στις αυτόνομες περιφέρειες, όσο και της υλοποίησης των επιδοτούμενων προγραμμάτων εθνικής εμβέλειας. Οι αυτόνομες περιφέρειες, αντίστοιχα, είναι αρμόδιες για την κατανομή των πόρων και τον

---

<sup>60</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.154-155

συντονισμό και παρακολούθηση της εφαρμογής των τοπικών πολιτικών από τους δήμους που ανήκουν στην περιοχή τους.

Στην Ισπανία<sup>61</sup>, η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών φροντίδας, παρέχεται σε ποσοστό 20% από τους Δήμους της χώρας. Ωστόσο, δεν καλύπτεται η ζήτηση που υπάρχει για τις προσφερόμενες υπηρεσίες και υπολογίζεται, ότι μόνο το 1% των ηλικιωμένων είναι αποδέκτες των υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται από την κυβέρνηση. Με αποτέλεσμα, η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων, να πρέπει να βασιστεί στις υπηρεσίες που παρέχονται από τους 'άτυπους φροντιστές'.

Κύριος στόχος των κοινωνικών υπηρεσιών του δικτύου, αποτελεί η παραμονή των ηλικιωμένων στην οικία τους, για όσο το δυνατόν περισσότερο. Τα δικαιώματα πρόσβασης στα προγράμματα, διέπονται από την νομοθεσία στο επίπεδο των αυτόνομων κοινοτήτων. Εστιάζουν στην παροχή συντροφιάς στους εξαρτημένους ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι και σε εκείνους που έχουν χαμηλό εισόδημα, διότι η φροντίδα των ηλικιωμένων και των εξαρτώμενων ατόμων, θεωρείται οικογενειακή υποχρέωση.

Το Ισπανικό Σύνταγμα ορίζει, ότι όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα για "προστασία της υγείας" τους. Στον Ισπανικό Αστικό Κώδικα (Βιβλίο 1), αναφέρεται ότι ο/η σύζυγος και τα τέκνα των ηλικιωμένων εξαρτώμενων ατόμων, είναι υπεύθυνα για τη συντήρηση και τη φροντίδα που καλύπτει τα πάντα και αφορά την σίτιση, την στέγαση, την ένδυση καθώς και την παροχή ιατρικής βοήθειας.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι οργανωμένες από τις αυτόνομες κοινότητες. Κάθε κοινότητα έχει μια Υπηρεσία Υγείας που καταρτίζει ένα σχέδιο Υγείας, που σκιαγραφεί απαραίτητες δραστηριότητες, προκειμένου να εκπληρώσει τους στόχους της υπηρεσίας. Μεταξύ των λοιπών υπηρεσιών που παρέχονται από τις υπηρεσίες υγείας των αυτόνομων κοινοτήτων, υπάρχει η πρωτοβάθμια περίθαλψη που περιλαμβάνει την φροντίδα υγείας στο σπίτι και την φροντίδα ειδικά για τους ηλικιωμένους πολίτες.

Οι υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» προσφέρονται δωρεάν σε άτομα με χαμηλό εισόδημα. Όσοι έχουν εισόδημα διπλάσιο, σε σχέση με την ελάχιστη σύνταξη, πρέπει να πληρώνουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ όσοι είναι στο ενδιαμέσο του εισοδήματος πρέπει να καταβάλουν ένα ποσό, το οποίο υπολογίζεται βάσει των εισοδημάτων τους.

---

<sup>61</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Spain>

Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται αποκλειστικά μέσω της γενικής φορολογίας και όχι μέσω εισφορών από την κοινωνική ασφάλιση. Τα προγράμματα χρηματοδοτούνται από κοινού από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, τα περιφερειακά υπουργεία κοινωνικής πρόνοιας και τους Δήμους. Πραγματοποιούνται επισκέψεις από γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές, που χρηματοδοτούνται μέσω των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Εκτός από την Κυβέρνηση, κατ' οίκον υπηρεσίες παρέχουν εθελοντικές οργανώσεις και μη κερδοσκοπικές ενώσεις, όπως ο Ερυθρός Σταυρός (Carrillo, 2005).

Οι υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι» περιλαμβάνουν:

- ❖ Πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- ❖ Κοινωνική εργασία.
- ❖ Βοήθεια με τα οικιακά καθήκοντα.
- ❖ Κατ' οίκον παράδοση μερίδας φαγητού.
- ❖ Τηλε-υπηρεσίες συναγεμμού.

Το πρόγραμμα κατ' οίκον παράδοσης μερίδας φαγητού, είναι διαθέσιμο σε ορισμένες πόλεις (όπως στην Μάλαγα, Cordoba Ανδαλουσία και στην πόλη της Lirida, στην Καταλονία), οι υπηρεσίες τηλε-βοήθειας και τηλε-συναγεμμού παρέχονται σε 10 τουλάχιστον, από τις αυτόνομες κοινότητες. Τέλος, υπάρχει υπηρεσία που προσαρμόζει την οικία του εξυπηρετούμενου, για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων με αναπηρίες (για π.χ. στις πόλεις της Ανδαλουσίας, της Castilla-Leon, στην Βαλένθια). Εργάτες αναλαμβάνουν να επιδιορθώσουν την οικία του ηλικιωμένου, για να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται. (Imsero 2004 Larizgoitia Jauregi, 2004).

Παρ' όλα αυτά, οι εν λόγω υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες σε όλες τις κοινότητες. Όσον αφορά τις αρμοδιότητες του οικογενειακού βοηθού, είναι η καθαριότητα της οικίας (για π.χ. σκούπισμα, σφουγγάρισμα, πλύσιμο πιάτων, μαγείρεμα κ.λπ.) και οι εξωτερικές εργασίες (για π.χ. πληρωμή λογαριασμών, αγορά τροφίμων).

Το Ισπανικό μοντέλο<sup>62</sup> χαρακτηρίζεται από την έλλειψη γενικών προτύπων για την ποιότητα και την αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών τόσο στο σπίτι, όσο και σε ιδρύματα. Σύμφωνα με το Σύνταγμα του 1978, η κεντρική κυβέρνηση είναι αρμόδια για τον καθορισμό και την εγγύηση των βασικών προτύπων κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών σε ολόκληρη τη χώρα. Όμως, η απουσία εθνικών προτύπων δυσχεραίνει τον αποτελεσματικό έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται σε περιφερειακό επίπεδο.

---

<sup>62</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', σελ.157

Συγκεντρωτικά όσων αναφέρθηκαν, είναι χρήσιμο να αναφερθούν οι ομοιότητες καθώς και οι διαφορές των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών, μεταξύ Ελλάδος και Ισπανίας.

Ο στόχος δημιουργίας των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι κοινός και στις δύο χώρες. Αποσκοπούν στην παραμονή των ηλικιωμένων στην οικία τους για όσο το δυνατόν περισσότερο. Επίσης, παρόμοιες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες (για π.χ. περιλαμβάνουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, κοινωνικές υπηρεσίες, κοινωνική εργασία, βοήθεια με τα οικιακά καθήκοντα) καθώς και οι ειδικότητες των εργαζομένων (για π.χ. Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλευτής, Οικογενειακός Βοηθός).

Όσον αφορά την χρέωση των κατ' οίκον υπηρεσιών, ο εξυπηρετούμενος πληρώνει βάσει του εισοδηματός του. Αντιθέτως στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες είναι ανεξαιρέτως για όλους δωρεάν, ενώ στην Ισπανία μόνο για τους οικονομικά ασθενέστερους. Τέλος, κύρια διαφορά αποτελεί, ότι πάροχος των κατ' οίκον υπηρεσιών δεν είναι μόνο το κράτος, αλλά εθελοντικές οργανώσεις και μη κερδοσκοπικές ενώσεις. Αντιθέτως, στον ελλαδικό χώρο κύριος πάροχος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι μόνο το κράτος.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Ισπανίας.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
Δωρεάν παροχή υπηρεσιών στους οικονομικά ασθενέστερους.	Οι υπηρεσίες είναι επί πληρωμή, αναλόγως με το εισόδημα του εκάστοτε εξυπηρετούμενου.
Υφίστανται αρκετοί πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το Κράτος</li> <li>• Ο Ερυθρός Σταυρός</li> <li>• Μ.Κ.Ο</li> </ul>	Οι παρεχόμενες υπηρεσίες των κατ' οίκον υπηρεσιών, διαφέρουν ανα περιοχή.
	Μόνο το 20%, από τις κατ' οίκον παρεχόμενες υπηρεσίες παρέχεται από τους Δήμους.
	Από τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών, καλύπτεται μόνο το 1% των ηλικιωμένων.
	Εξυπηρετούνται μόνο όσοι, διαβιούν μόνοι ή έχουν χαμηλό εισόδημα.
	Υπάρχει απουσία εθνικών προτύπων, για τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.11

### ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Το Ολλανδικό<sup>63</sup> σύστημα κοινωνικής προστασίας, περιλαμβάνει τις πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης και τις προνοιακές πολιτικές, που χρηματοδοτούνται από τις ασφαλιστικές εισφορές και τη γενική φορολογία αντίστοιχα. Ο σχεδιασμός και η παρακολούθηση της εφαρμογής των προνοιακών πολιτικών, εντάσσεται στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και Απασχόλησης και του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού. Οι επαρχίες και οι Δήμοι είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των προνοιακών πολιτικών σε τοπικό επίπεδο, επιχορηγώντας ιδίως στο πεδίο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, εξειδικευμένες Μ.Κ.Ο για την παροχή αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η λειτουργία του Ολλανδικού προνοιακού συστήματος, ρυθμίζεται κατά κύριο λόγο, από το Νόμο του Κοινοβουλίου για την Πρόνοια (Welzijnswet). Ωστόσο, το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πρόνοιας, περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό κανονιστικών πράξεων που εκδίδει το Στέμμα, οι Υπουργοί, οι διοικητικές αρχές και οι δημοτικές αρχές. Οι πράξεις αυτές δεν περιορίζονται στην ρύθμιση ζητημάτων τεχνικής φύσης αλλά καθορίζουν και ζητήματα ουσίας.

Στην Ολλανδία<sup>64</sup> ο νέος νόμος για την Ασφάλεια Υγείας, τέθηκε σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2006, καταργώντας την προηγούμενη διάκριση μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας Ασφάλειας Υγείας. Βάσει νόμου, είναι υποχρεωτικό για κάθε άτομο που κατοικεί ή καταβάλει φόρους στην Ολλανδία, να είναι ασφαλισμένος. Κάθε ασφαλιστική εταιρεία, έχοντας συμφωνήσει να προσφέρει υπηρεσίες βάσει του νέου νόμου, είναι υποχρεωμένη να δεχτεί κάθε άτομο που κάνει αίτηση για να ασφαλιστεί.

Οι ασφαλισμένοι, καταβάλουν ένα ονομαστικό ασφαλιστρο απευθείας στον ασφαλιστή τους καθώς και μια εισφορά βάσει του εισοδήματός τους. Σύμφωνα με τον νόμο περί Ασφάλεια της Υγείας, οι ασφαλισμένοι μπορούν να λάβουν ένα επίδομα, εάν το ονομαστικό ασφαλιστρο είναι υψηλότερο από το εισόδημα τους. Ο νόμος για τα έκτακτα ιατρικά έξοδα της 14<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1967 (τέθηκε σε εφαρμογή από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1968, Ασφάλιση για Εξαιρετικές Ιατρικές Δαπάνες, AWBZ), καλύπτει δαπάνες για την περίθαλψη των μακροπρόθεσμων χρόνιων παθήσεων, που δεν

<sup>63</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.129

<sup>64</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Netherlands>

καλύπτονται από την ασφάλεια ζωής. Βασική του αρχή αποτελεί, ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να υποστηριχθούν, ώστε να παραμείνουν στην οικία τους για όσο το δυνατόν περισσότερο.

Αρχικά, η Ασφάλιση για Εξαιρετικές Ιατρικές Δαπάνες (AWBZ), κάλυπτε την μακροπρόθεσμη νοσοκομειακή περίθαλψη, στην συνέχεια κάλυψε και άλλες υπηρεσίες, όπως την κατ' οίκον νοσηλεία το 1980 και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» το 1989.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες, ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού, για να εφαρμόσουν την Ασφάλιση για Εξαιρετικές Ιατρικές Δαπάνες (AWBZ). Οι κατ' οίκον υπηρεσίες οικιακής και νοσηλευτικής φροντίδας για άτομα με σωματικές ή διανοητικές αναπηρίες θεωρούνται ιατρικές δαπάνες.

Υπάρχουν επτά κατηγορίες φροντίδας:

- Οικιακή βοήθεια.
- Περιποίηση ατομικής υγιεινής.
- Νοσηλευτική βοήθεια.
- Συμβουλευτική (για π.χ. οργάνωση των καθημερινών δραστηριοτήτων).
- Ενεργοποίηση του εξυπηρετούμενου (για π.χ. υποβοήθηση του ατόμου να προσαρμόσει την συμπεριφορά του ή η εκμάθηση νέων δεξιοτήτων).
- Θεραπεία (φροντίδα που σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας, για π.χ. αποκατάσταση μετά από εγκεφαλικό).
- Στέγη (για π.χ. ο ηλικιωμένος να ενταχθεί σε οίκο ευγηρίας).

Η Ασφάλιση για Εξαιρετικές Ιατρικές Δαπάνες (AWBZ), χρηματοδοτείται από τα υποχρεωτικά ασφάλιστρα, από κοινού πληρωμή και από την γενική φορολογία. Το υποχρεωτικό ασφάλιστρο, είναι ενσωματωμένο στο φόρο εισοδήματος, ο εργοδότης καταβάλλει το μεγαλύτερο μερίδιο. Το ποσόν της πληρωμής εξαρτάται, από το είδος της υπηρεσίας, το εισόδημα του εξυπηρετούμενου, την ηλικία του (εάν είναι άνω των 65 ετών), εάν διαβεί στην οικία του ή σε κάποιο κλειστό ίδρυμα περίθαλψης. Υπάρχει ωστόσο, ένα ανώτατο εβδομαδιαίο ποσό πληρωμής, για όλα τα είδη κατ' οίκον υπηρεσιών.

Για να ενταχθεί κάποιος στο πρόγραμμα, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί από μια οργάνωση που ονομάζεται CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Καθορίζει την ποσότητα και το είδος της φροντίδας που δικαιούται να λάβει κάποιος. Όταν το δικαίωμα του ατόμου έχει καθιερωθεί, ο εξυπηρετούμενος είναι ελεύθερος να επιλέξει μεταξύ περίθαλψης σε είδος, ένα προσωπικό προϋπολογισμό υγειονομικής περίθαλψης

ή συνδυασμό και των δύο. Η φροντίδα σε είδος σημαίνει, ότι οι υπηρεσίες φροντίδας παρέχονται απευθείας από τον φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, σε συνεννόηση με τον εξυπηρετούμενο, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιήσει έναν ή περισσότερους πάροχους φροντίδας. Για την προσωπική υγειονομική περίθαλψη, υπάρχει προϋπολογισμός από το κράτος. Χορηγείται στον εξυπηρετούμενο ένα χρηματικό ποσό, για την αγορά περίθαλψης. Ο εξυπηρετούμενος, μπορεί να αγοράσει υπηρεσίες υγείας από κάποιον πάροχο αλλά και από οποιοδήποτε πρόσωπο το οποίο είναι πρόθυμο να του προσφέρει τις υπηρεσίες του (για π.χ. ένας φίλος, συγγενής ή γείτονας κ.λπ.). Οι πελάτες που λαμβάνουν το επίδομα προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης, υποχρεούνται να παρέχουν τακτική αιτιολόγηση των δαπανών τους. Ο αριθμός των δικαιούχων του συγκεκριμένου επιδόματος, αυξήθηκε από 5.400 το 1996 σε 65.000 το 2003 (Beukeman quoted in van Vliet and Oudenampsen, 2004). Όσον αφορά τη φροντίδα σε είδος, οι εξυπηρετούμενοι ενδέχεται να λάβουν ένα λογαριασμό ή η πληρωμή να αφαιρείται από τα λοιπά επιδόματα του κράτους. Οι πληρωμές για τα άτομα που λαμβάνουν το επίδομα για τις υπηρεσίες, αφαιρείται από το συνολικό ποσό που το άτομο θα λάβει.

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες, είναι οργανωμένες γύρω από τις προαναφερόμενες κατηγορίες υπηρεσιών. Για παράδειγμα περιλαμβάνουν: κατ' οίκον νοσηλεία (για π.χ. συμβουλές σχετικά με το πώς να αντιμετωπίσουν μια ασθένεια, περιποίηση κατάκλισης, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής), περιποίηση ατομικής υγιεινής (για π.χ. βοήθεια στο ντύσιμο, τάισμα), καθαριότητα οικίας (για π.χ. ξεσκόνισμα, σκούπισμα, σφουγγάρισμα, μαγείρεμα). Προσφέρονται καθημερινά καθώς και κατά την διάρκεια της νύχτας.

Πιο συγκεκριμένα, οι δράσεις πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που υλοποιούν τα Τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών περιλαμβάνουν<sup>65</sup>:

- Υπηρεσίες υποστήριξης και συμβουλευτικής σε άτομα και οικογένειες που βιώνουν καταστάσεις κρίσης.
- Υπηρεσίες ενημέρωσης και πληροφόρησης για ευάλωτες ομάδες πληθυσμού.
- Τηλεφωνική γραμμή άμεσης κοινωνικής βοήθειας.
- Υπηρεσίες προσωρινής φιλοξενίας, στήριξης αστέγων και θυμάτων οικογενειακής βίας.
- Υπηρεσίες προληπτικής συμβουλευτικής γονέων.

<sup>65</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.129-130

- Κέντρα ενημέρωσης, συμβουλευτικής και δημιουργικής απασχόλησης νέων.
- Υπηρεσίες φύλαξης παιδιών προσχολικής ηλικίας (παιδικοί σταθμοί και παιδότοποι).
- Υπηρεσίες φύλαξης και εξωσχολικής δημιουργικής απασχόλησης παιδιών 6-12ετών.
- Υπηρεσίες έγκαιρης διάγνωσης αναπτυξιακών ανωμαλιών ή ειδικών αναγκών.
- Υπηρεσίες προαγωγής του μαθησιακού ενδιαφέροντος των πολύ μικρών παιδιών, με έμφαση στα παιδιά μεταναστών.
- Υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης για Α.Μ.Ε.Α. που αδυνατούν να εργαστούν (δράσεις προσωπικής ανάπτυξης, απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, χειραφέτηση και ενδυνάμωση).
- Υπηρεσίες συμβουλευτικής και στήριξης για Α.Μ.Ε.Α. και ηλικιωμένους.
- Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», για ηλικιωμένους και Α.Μ.Ε.Α.

Όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης<sup>66</sup>, όλοι οι εργαζόμενοι στην Ολλανδία είναι ασφαλισμένοι για τον κίνδυνο της κατ' οίκον φροντίδας (σε περίπτωση ασθένειας ή αναπηρίας). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών καλύπτεται από ένα μεικτό σύστημα, που περιλαμβάνει τρεις σχετικά διακριτές πηγές:

1. Προβλέπεται στο Νόμο περί έκτακτων ιατρικών δαπανών (AWBZ), που θεσπίζει την υποχρεωτική ασφάλιση για τους αποκαλούμενους «σοβαρούς ιατρικούς κινδύνους», καλύπτοντας τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρίες.
2. Προβλέπεται στο Νόμο περί ασφάλειας υγείας (ZFW) και καλύπτει το ιατροφαρμακευτικό κόστος της κατ' οίκον φροντίδας.
3. Αφορά τη συμπληρωματική (ιδιωτική) ασφάλιση.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το Νόμο περί έκτακτων ιατρικών δαπανών οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, χρηματοδοτούνται μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης, της συμμετοχής του επωφελούμενου και της γενικής φορολογίας. Η υποχρεωτική ασφάλιση είναι ενσωματωμένη στο φόρο εισοδήματος, αλλά ο εργοδότης καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό της. Το ποσόν της συμμετοχής του επωφελούμενου, εξαρτάται από το είδος της υπηρεσίας, το εισόδημα, την ηλικία, εάν διαβιεί σε σπίτι ή σε ίδρυμα, ζεί μόνος κ.λπ. Προβλέπεται, ωστόσο, ένα μέγιστο ποσό εβδομαδιαίας συμμετοχής για όλες τις μορφές της κατ' οίκον φροντίδας.

<sup>66</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.134

Αναφορικά με τη συμμετοχή των επωφελούμενων υπάρχουν τρεις κατηγορίες συμμετοχής, οι οποίες εξαρτώνται από το εισόδημα του δικαιούχου. Στην πρώτη κατηγορία (αποκαλούμενη υψηλή συμμετοχή) η μέγιστη συμμετοχή του επωφελούμενου ανέρχεται σε 1.776 euro, μηνιαίως. Στη δεύτερη κατηγορία (αποκαλούμενη χαμηλή συμμετοχή), η μέγιστη συμμετοχή του επωφελούμενου ανέρχεται σε 556 euro μηνιαίως. Τέλος, η τρίτη κατηγορία αφορά στη σταθερή συμμετοχή, που εφαρμόζεται στην περίπτωση της σύντομης παραμονής σε ένα ίδυμα ή στο σπίτι. Το ποσό ανέρχεται σε 4.60 euro ανά ώρα και δεν μπορεί να ξεπεράσει τα 129.80 euro την εβδομάδα.

Πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών είναι<sup>67</sup>:

- Ανεξάρτητοι αναγνωρισμένοι πάροχοι, που εποπτεύονται από την Επιθεώρηση Υγειονομικής Περίθαλψης (Inspectie voor de Gezondheidszorg).
- Μικρότεροι και πιο «οικονομικοί» πάροχοι. Δεν υπόκεινται σε κανένα είδος εποπτείας και ελέγχου από την κεντρική διοίκηση, με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζεται κάποιο σύστημα διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών ή αξιολογήσής τους.

Εν περιλήψει όσων αναφέρθηκαν, είναι υποχρεωτικό για κάθε άτομο που κατοικεί ή καταβάλει φόρους στην Ολλανδία να ασφαρίζεται, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο τρόπος ένταξης των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών, είναι παρόμοιος με της Ελλάδας.

Οι διαφορές των προγραμμάτων, έγκεινται στο είδος και στους παρόχους των κατ' οίκον υπηρεσιών. Ο εξυπηρετούμενος στην Ολλανδία, είναι ελεύθερος να επιλέξει ανάμεσα σε περίθαλψη σε είδος ή ενός χρηματικού ποσού για την κάλυψη της υγειονομικής του περίθαλψης ή ακόμα και συνδυασμό των δύο. Όσον αφορά τους παρόχους, ποικίλλουν, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες φροντίδας να παρέχονται απευθείας από τον φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, σε συνεννόηση με τον εξυπηρετούμενο, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιήσει έναν ή περισσότερους πάροχους φροντίδας.

Τέλος, προσφέρεται χρηματικό ποσόν για την αγορά προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης. Ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος μπορεί να αγοράσει με το χρηματικό ποσόν που του αναλογεί, περίθαλψη από όποιον πάροχο επιθυμεί αλλά και από οποιοδήποτε

---

<sup>67</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.133

πρόσωπο, το οποίο είναι πρόθυμο να του προσφέρει τις υπηρεσίες του (για π.χ. ένας φίλος, συγγενής ή γείτονας κ.λπ.).

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Ολλανδίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους κατοίκους.	Οι πάροχοι είναι αρκετοί, αλλά δεν υπόκεινται όλοι, σε έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.
Δίνεται χρηματικό επίδομα στους οικονομικά ασθενέστερους.	Η ειδική επιτροπή ελέγχου των αιτήσεων (CIZ), αποκλείει από το πρόγραμμα άτομα που ναι μεν χρειάζονται τις κατ' οίκον υπηρεσίες, αλλά δεν έχουν τα απαιτούμενα κριτήρια ένταξης.
Οι αιτήσεις εγγραφής αξιολογούνται, από την οργάνωση CIZ.	
Ο εξυπηρετούμενος επιλέγει, τις υπηρεσίες που χρειάζεται.	
Φροντιστής είναι δυνατό να γίνει, ακόμα και συγγενής του εξυπηρετούμενου. Εφ' θα πληρώνεται για τις υπηρεσίες του.	
Δίνεται από το κράτος ένα χρηματικό επίδομα, για υγειονομική περίθαλψη και ο εξυπηρετούμενος αποφασίζει από ποιον πάροχο επιθυμεί να τις αγοράσει.	
24 ωρη φροντίδα.	
Υφίστανται αρκετοί πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών.	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.12

### ΙΤΑΛΙΑ

Στην Ιταλία<sup>68</sup> το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκε το 1978. Το ίδιο έτος, δημιουργήθηκαν οι τοπικές υγειονομικές αρχές (USL), που ελέγχονταν από τους Δήμους. Ωστόσο, δεν ήταν μέχρι το 2000 όπου τέθηκε νομικά και οικονομικά η βάση, για την εθνική ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών. Εν τω μεταξύ, η μέριμνα για τους ηλικιωμένους, είχε ανατεθεί στους γενικούς ιατρούς. Τα κοινοτικά κέντρα περίθαλψης οργανώνονταν από τους Δήμους και τους συνεταιρισμούς.

Παραδοσιακά θεωρείτο ως "κοινωνικό καθήκον", η οικογένεια να ασχολείται με την περίθαλψη των ανήμπορων μελών της. Ιδιαίτερα οι γυναίκες επωμίζονταν την μεγαλύτερη ευθύνη. Το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών, οι οποίοι είναι χρήστες των κατ' οίκον υπηρεσιών υγείας είναι πολύ χαμηλό (1% του πληθυσμού), σε σύγκριση με άλλες χώρες (για π.χ. 5,5% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 6,5% στη Γερμανία και περίπου 10% στη Σκανδιναβία) (Minguzzi in Polverini et al. 2004). Επιπλέον, υπήρξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ανάπτυξη και τη διανομή των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μεταξύ του βόρειου και νότιου τμήματος της χώρας. Για παράδειγμα, στο βορρά τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να διαβιούν σε καλύτερες συνθήκες, ενώ σε νησιά όπως η Σικελία και η Σαρδηνία, υπάρχει ένα υψηλότερο ποσοστό από χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες (Nesti et al. 2003).

Οι υπηρεσίες τείνουν να είναι κατακερματισμένες και οι δημόσιες δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας αρκετά χαμηλές. Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας ξεκίνησε το 1992, με το διάταγμα για την υγειονομική περίθαλψη no.502/1992, ακολουθούμενο από το "Στόχος: άτομα σε γήρανση" (το Εθνικό Σχέδιο για την Κοινωνική Πρόνοια), νόμος αρ.328/2000, σχετικά με τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης φροντίδας κοινωνικών υπηρεσιών και τέλος την καθοδήγηση και το συντονισμό που συνδέεται με την υγεία και την κοινωνική ένταξη, νόμος του 2001. Στόχος του Εθνικού Προγράμματος για τους ηλικιωμένους, ήταν να συντονίσει καλύτερα τις ιατρικές και τις κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να διασφαλιστεί η ενσωμάτωσή τους στο εσωτερικό των κατ' οίκον υπηρεσιών υγείας.

Κάθε άτομο στην Ιταλία ανεξαρτήτου ηλικίας, με ανεπαρκείς οικονομικούς πόρους, μπορεί να ζητήσει "διατροφή" από την οικογένειά του/της. Σύμφωνα με τα άρθρα 433,

<sup>68</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Italy>



438 και 443 του αστικού κώδικα, οι συγγενείς μπορούν να εκπληρώσουν αυτήν την υποχρέωση, είτε με μηνιαία καταβολή χρημάτων ή με την αποδοχή και την υποστήριξη του ατόμου στην οικία τους (Polverini et al., 2004). Οι πολίτες προκειμένου να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, πρέπει να αγοράσουν ένα εισιτήριο (εξαιρούνται άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, όσοι υποφέρουν από χρόνιες νόσους και όσοι δεν έχουν να πληρώσουν).

Το σύνολο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης<sup>69</sup> του Εθνικού Συστήματος Υγείας, παρέχεται δωρεάν για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Σύμφωνα όμως, με το Διάταγμα υπ' αριθμ. 502 του 1992, η υγειονομική περίθαλψη και η χορήγηση κοινωνικών υπηρεσιών χρηματοδοτούνται και από τις Περιφέρειες, οι οποίες με τη σειρά τους τροφοδοτούν τον προϋπολογισμό των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Local Health Units), βάσει μιας ποσόστωσης σχετικής με τον αριθμό των δημοτών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, καλύπτεται από τις Περιφέρειες, μέσω των εσόδων από την φορολογία και τις κρατικές επιχορηγήσεις (το αποκαλούμενο «Εθνικό Ταμείο Υγείας»).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας χρηματοδοτούνται από τους Δήμους, μέσω των κονδυλίων που λαμβάνουν από το κράτος και τους τοπικούς φόρους, ενώ τα επιδόματα, χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία.

Σύμφωνα με τον Dogliotti et al. (1999), υπάρχει η εσφαλμένη αντίληψη, ότι η φροντίδα δεν θεωρείται ως δικαίωμα του κάθε πολίτη, αλλά μάλλον ως παραχώρηση, παρόμοια με κάποιο είδος "φιλανθρωπίας" (in Polverini et al., 2004, p.57).

Το σύστημα φροντίδας, θεσπίστηκε στο πλαίσιο του εθνικού σχεδίου για τους ηλικιωμένους και περιλαμβάνει:

- Φροντίδα στο σπίτι (κοινωνική φροντίδα): με κοινωνική σημασία (κατ' οίκον βοήθεια, κατ' οίκον παράδοση μερίδας φαγητού και περιποίηση ατομικής υγιεινής), με προτεραιότητα στην υγεία (ιατρική παρακολούθηση, αποκατάσταση και νοσηλευτική φροντίδα).
- Ολοκληρωμένες κατ' οίκον υπηρεσίες: είναι ένας συνδυασμός υγειονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι οποίες προσπαθούν να κρατήσουν ένα ηλικιωμένο άτομο στην οικία του, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι υπηρεσίες υγείας αφορούν την ιατρική περίθαλψη (γηριατρική,

---

<sup>69</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.153-154

ψυχιατρική), νοσηλευτική, αποκατάσταση, συνταγογράφηση φαρμάκων και τοποθέτηση πρόσθετων μελών.

- Κέντρα ημέρας: φιλοξενούν ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες για μια βραχυπρόθεσμη περίοδο (είναι ανοιχτά κατά τη διάρκεια της ημέρας, 5 μέρες την εβδομάδα, 7 ώρες την ημέρα, χωρητικότητας 20 ατόμων). Προάγουν την υγεία (μέσω πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης), προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (προσωπική φροντίδα και προώθηση της προσωπικής αυτονομίας, διασκέδαση και κοινωνικές δραστηριότητες).
- Οίκοι ευγηρίας: έχουν οικιστική διάρθρωση, είναι οργανωμένα σε μικρές ομάδες, όπου παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κοινωνική φροντίδα, και λειτουργική αποκατάσταση για άτομα με ειδικές ανάγκες. Η φροντίδα του ασθενούς μπορεί να είναι εκτεταμένη ή εντατική. Ο πρώτος τομέας, περιλαμβάνει προσωρινή στέγαση για μακροχρόνια περίθαλψη και αποκατάσταση (ενώ η νοσηλεία είναι περιορισμένη μόνο στην οξεία φάση). Ο δεύτερος τομέας, περιλαμβάνει εντατική αποκατάσταση, με ιατρική παρακολούθηση, συν ένα ειδικό θεραπευτήριο για ασθενείς τελευταίου σταδίου που τους παρέχεται παρηγορητική φροντίδα (μείωση του πόνου, κοινωνική προστασία για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, οικογενειακή υποστήριξη). Διαθέσιμες ειδικότητες είναι Γιατροί, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί και Ψυχολόγοι.

Συγκεντρωτικά όσων αναφέρθηκαν για την Ιταλία, η εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε το 2000, θέτοντας νομικά και οικονομικά, την βάση για την εθνική ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών της χώρας.

Στην Ιταλία παρομοίως με την Ελλάδα, παρέχονται δωρεάν οι υπηρεσίες, σε όσους έχουν χαμηλό εισόδημα και οι υπόλοιποι συμβάλουν στην κάλυψη μέρους των δαπανών των παρεχόμενων υπηρεσιών (από τις συντάξεις τους, από την αγορά κουπόνιων παροχής υπηρεσιών και μέσω των πληρωμών περίθαλψης, κατά τον ίδιο τρόπο που συμβαίνει και στις περισσότερες χώρες). Παρά το γεγονός ότι είναι δωρεάν, το ποσοστό των ατόμων που απευθύνεται σε αυτές, είναι μικρό.

Ακόμα, διαφαίνεται κοινός, ο σκοπός δημιουργίας των κατ' οίκον υπηρεσιών, που είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στην οικία του, για όσο δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα καθώς και οι παρεχόμενες κατ' οίκον υπηρεσίες.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Ιταλίας.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να διεκδικήσουν απο τους συγγενείς τους 'διατροφή', για ενίσχυση του εισοδηματός τους.	Παρουσιάζεται μικρό, το ποσοστό των χρηστών των υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».
Είναι δωρεάν το σύνολο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, για άτομα 65 ετών και άνω.	
Υφίστανται αρκετά προγράμματα για ηλικιωμένους: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα στο σπίτι</li> <li>• Ολοκληρωμένες κατ' οίκον υπηρεσίες</li> <li>• Κέντρα ημέρα</li> <li>• Οίκοι ευγηρίας</li> </ul>	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.13

### ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

Στο Λουξεμβούργο<sup>70</sup> μεταξύ του 1998 και του 2003, καταγράφηκαν 17.933 αιτήσεις εξυπηρετούμενων, για την ένταξη τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», από το Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε ποσοστό 83,2%, οι αιτήσεις ήταν από άτομα άνω των 70 ετών και σε ποσοστό 62,6%, από άτομα που είχαν ανάγκη κατ' οίκον υπηρεσιών (Ferring and Weber, 2005).

Ο νόμος της 19<sup>ης</sup> Ιουνίου 1998 (Assurance Dependance), οδήγησε στην καθιέρωση μιας υποχρεωτικής 'ασφάλεια εξάρτησης' (μερικές φορές αναφέρεται ως μακροχρόνια ασφάλιση περίθαλψης ή "LTCI"). Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1999 η LTCI καλύπτει τις δαπάνες που συνδέονται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας ή σε υπηρεσίες κατ' οίκον βοήθειας. Η 'ασφάλεια εξάρτησης' χρηματοδοτείται, είτε από όσους κατοικούν στο Λουξεμβούργο, είτε είναι μετακινούμενοι από τις γύρω χώρες και συνεισφέρουν στην ασφάλεια υγείας του Λουξεμβούργου. Για τη μηνιαία συνδρομή, κάθε άτομο πληρώνει το 1% από το συνολικό ακαθάριστο εισόδημα του (μείον ένα τέταρτο του ελάχιστου κοινωνικού μισθού). Για τους κατοίκους του Λουξεμβούργου, οι επενδύσεις, η μίσθωση και άλλες πηγές εισοδήματος, συμπεριλαμβάνονται στον υπολογισμό των ετήσιων εισφορών τους.

Για την ένταξη του εξυπηρετούμενου στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», διεξάγεται αρχικά έρευνα από το "Cellule d'Evaluation et d'Orientation" (CEO). Αποτελείται από μια διεπιστημονική ομάδα, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Ασφάλισης. Στους εξυπηρετούμενους διεξάγονται ιατρικές εξετάσεις και πραγματοποιείται αξιολόγηση του επιπέδου εξάρτησης τους.

Το ασφαλιστικό δίκαιο αναφέρει, ότι ένα άτομο θεωρείται 'εξαρτημένο' όταν λόγω ασθένειας, σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας χρήζει βοήθειας από τρίτους προκειμένου να πραγματοποιήσει τις βασικές καθημερινές του ανάγκες (η ενίσχυση προσφέρεται για τουλάχιστον 3,5 ώρες εβδομαδιαίως).

Η τελική απόφαση ένταξης στο πρόγραμμα, δίνεται από την Ένωση των Ταμείων Ασθένειας ("*Union des caisses de maladie*"), βάσει των πληροφοριών που συλλέχθηκαν, έπειτα από την αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε από το C.E.O..

Η Ένωση των Ταμείων Ασθενείας είναι υπεύθυνη για:

---

<sup>70</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Luxembourg>

1. Την ατομική κατάταξη της εξάρτησης, την μείωση της απόδοσης και την καταστολή των διαφορών προνομιών και υπηρεσιών.
2. Την πληρωμή των νοσηλευτικών υπηρεσιών, την εκπόνηση νοσηλευτικών συμβάσεων και τις διαπραγματεύσεις, για τη νομισματική αξία των νοσηλευτικών υπηρεσιών.
3. Την διαπραγμάτευση με τους παρόχους των υπηρεσιών, για την παροχή νοσηλευτικών βοηθημάτων (Ferring και Weber, 2005).

Τα εξαρτώμενα άτομα, λαμβάνουν ένα επίδομα νοσηλείας ύψους €23,85 ανά ώρα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή των 'άτυπων φροντιστών' τους (για π.χ. συγγενών, φίλων κ.λπ.). Ωστόσο, εάν η προβλεπόμενη περίθαλψη είναι μεταξύ 7 και 14 ωρών εβδομαδιαίως, τουλάχιστον το ήμισυ των υπηρεσιών πρέπει να παρέχεται από άλλα δίκτυα (για π.χ. "Hëllef Doheem"). Εάν κάποιος, έχει ανάγκη περισσότερο από 14 ώρες εβδομαδιαίως, οι επιπρόσθετες υπηρεσίες, πρέπει να παρέχονται από τη βοήθεια άλλων δικτύων (Ferring και Weber, 2005).

Επιπρόσθετα από τις υπηρεσίες που παρέχονται από 'άτυπους φροντιστές' και από τα καθιερωμένα δίκτυα βοήθειας, υπάρχουν περίπου 23 ενώσεις, με έδρα το Υπουργείο Οικογενειακών Θεμάτων, οι οποίες λειτουργούν σε εθελοντική βάση. Το πρόσωπο που έχει διοριστεί για να παρέχει φροντίδα, είναι υπεύθυνο για τη συνδρομή και τη στήριξη του εξαρτημένου προσώπου κατά την εκτέλεση βασικών αναγκών του διαβίωσης.

#### Παρεχόμενες υπηρεσίες:

- Περιποίηση προσωπικής υγιεινής (για π.χ μάνιο, βούρτσισμα δοντιών, περιποίηση προσώπου).
- Διατροφή (για π.χ προετοιμασία γεύματος, βοήθεια στο τάισμα).
- Κινητικότητα (για π.χ βοήθεια στο να σηκωθεί από το κρεβάτι, να αλλάζει θέση για αποφυγή κατακλίσεων, ενίσχυση στο να βάλει και να βγάλει τα ρούχα του, να μπορεί να σταθεί όρθιος, να ανεβοκατέβει τις σκάλες, να βγει από την οικία του).
- Ενίσχυση στην οικιακή καθαριότητα: 2,5 ώρες εβδομαδιαίως (παρατείνεται έως 4 ώρες σε ειδικές ανάγκες, για π.χ. πλύσιμο ρούχων σε περίπτωση ακράτειας).
- Ψυχοσυναισθηματική στήριξη του ατόμου:
  - A) Ατομική υποστήριξη (για π.χ. κινητοποίηση του ατόμου να κάνει δραστηριότητες).
  - B) Ομάδα υποστήριξης (για π.χ. να εγγραφεί σε γυμναστήριο, σε ομάδα χειρωνακτικής εργασίας).

- Η ‘ασφάλεια εξάρτησης’, καλύπτει ειδικό εξοπλισμό (για π.χ. αναπηρικά κρεβάτια, αναπηρικά αμαξίδια κλπ.) και την προσαρμογή τους, στην οικία του ατόμου (για π.χ. ειδικές πόρτες, καρέκλα ανύψωσης, τοποθέτηση μπαρών για στήριξη στους τοίχους κ.λπ.).
- Ανακουφιστική μέριμνα: Σε ετήσια βάση, το πρόσωπο που έχει ανάγκη από φροντίδα, δέχεται ένα ποσόν νοσηλευτικής αποζημίωσης, όπου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή προσωπικού βοηθού.

Βάσει όσων αναφέρθηκαν, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Λουξεμβούργου, χρηματοδοτείται από μια υποχρεωτική ‘ασφάλεια εξάρτησης’, που καλύπτει τις δαπάνες που συνδέονται, με τη φροντίδα των ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας ή σε υπηρεσίες κατ’ οίκον βοήθειας. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους φορολογούμενους πολίτες.

Ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στις δυο χώρες, αποτελεί οι ισχύουσες προϋποθέσεις ένταξης των εξυπηρετούμενων στις κατ’ οίκον υπηρεσίες. Στο Λουξεμβούργο, διεξάγεται έρευνα από μια διεπιστημονική ομάδα υπό την αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Ασφάλισης, το "Cellule d'Evaluation et d'Orientation" (C.E.O.). Η τελική απόφαση, δίνεται από την Ένωση των Ταμείων Ασθένειας ("Union des caisses de maladie"), βάσει των πληροφοριών που συλλέχθηκαν, έπειτα από την αξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε από το C.E.O..

Όσον αφορά την Ελλάδα, πραγματοποιείται η πρώτη επίσκεψη από Κοινωνικό Λειτουργό όπου αποφασίζει, εάν μπορεί να ενταχθεί ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος στο πρόγραμμα, βάσει των αναγκών του και σε σχέση με τις προσφερόμενες υπηρεσίες, ώστε να μπορέσει να επωφεληθεί. Γίνεται σαφές, πως η απόφαση ένταξης στηρίζεται στα υποκειμενικά κριτήρια του εκάστοτε Κοινωνικού Λειτουργού. Δεν υπάρχει περιορισμός για τον αριθμό των εξυπηρετούμενων που μπορεί να εξυπηρετεί ο κάθε Δήμος καθώς και ποια είναι ακριβώς τα κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (με εξαίρεση το έτος 2011, όπου το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ελέγχεται από την Ε.Ε.Τ.Τ.Α.Α. και ίσχυαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις ένταξης).

Στο Λουξεμβούργο, παρομοίως με άλλες χώρες, τα εξαρτώμενα άτομα λαμβάνουν ένα επίδομα νοσηλείας ύψους €23,85 ανά ώρα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή των ‘άτυπων φροντιστών’ τους (για π.χ. όπως είναι οι συγγενείς ή οι φίλοι).

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών του Λουξεμβούργου.

<b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b>
Διεξάγεται έρευνα από το 'Cellule d'Evaluation et d'Orientation' (C.E.O.), για την ένταξη του εξυπηρετούμενου, στα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών.	Την απόφαση για την ένταξη στο πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών, παίρνει το 'Cellule d'Evaluation et d'Orientation' (C.E.O.), βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων που πρέπει να πληρούν οι εξυπηρετούμενοι. Όμως σε κοινωνικά πρόγραμμα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και ανθρώπινοι παράγοντες για την τελική απόφαση ένταξης ή μη κάποιου.
Η έγκριση των αιτήσεων, πραγματοποιείται από την 'Ένωση Ταμείων Ασθενείας'. Ισχύουν αντικειμενικά κριτήρια ένταξης και εγκρίνονται μόνο, όσοι χρήζουν βοήθειας.	Προσφέρονται από το Δημόσιο συγκεκριμένες ώρες, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εάν απαιτούνται περισσότερες, καλύπτονται από τον ιδιωτικό τομέα.
Υπάρχουν αρκετές εθελοντικές οργανώσεις, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους πάσχοντες	
Οι κατ' οίκον υπηρεσίες χρηματοδοτούνται, από ειδική φορολογία του κράτους στους κατοίκους του Λουξεμβούργου.	
Είναι αυξημένος ο θεσμός του 'άτυπου φροντιστή'.	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.14

### ΒΕΛΓΙΟ

Το Βελγικό σύστημα κοινωνικής προστασίας<sup>71</sup>, αποτελεί ένα επικουρικό δίκτυο προστασίας που χαρακτηρίζεται από έντονο συγκεντρωτισμό, ως προς τον σχεδιασμό των πολιτικών και ενισχυμένη αποκέντρωση, ως προς την υλοποίηση τους. Η λειτουργία του συστήματος, επηρεάζεται σε σημαντική έκταση από την ιδιαίτερα σύνθετη μορφή ομοσπονδιακής οργάνωσης του Βελγικού κράτους, που περιλαμβάνει τρεις Περιφέρειες και δύο Κοινότητες. Οι τρεις Περιφέρειες (Regions), δηλαδή η Φλάνδρα (Flandre), η Βαλονία (Wallonie) και η Περιοχή Πρωτεύουσας-Βρυξελλών (Bruxelles-Capital), ασκούν ενισχυμένες νομοθετικές και εκτελεστικές εξουσίες σε σχέση με την ομοσπονδιακή Βουλή και την ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, διαθέτοντας αυτόνομα νομοθετικά και εκτελεστικά όργανα, τα Περιφερειακά Συμβούλια (Conseil Regional) και τις Περιφερειακές Κυβερνήσεις (gouvernement Regional) αντίστοιχα. Μεγάλος βαθμός αυτονομίας σε συγκεκριμένα πεδία απονέμεται και στις Κοινότητες (Communités), την γαλλική (Communaute française) και την γερμανόφωνη (Communaute germanophone), οι οποίες διαθέτουν δικό τους κοινοβούλιο και δική τους κυβέρνηση.

Σύμφωνα με το υφιστάμενο σύστημα κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ των διαφορετικών διοικητικών επιπέδων, οι Περιφέρειες έχουν εκτεταμένες νομοθετικές και εκτελεστικές αρμοδιότητες στα πεδία της οικονομίας, της απασχόλησης, της γεωργίας, της αξιοποίησης υδάτινων πόρων και της ενέργειας, της στέγασης, των δημοσίων έργων, των μαζικών μεταφορών, του περιβάλλοντος, της αστικής και περιφερειακής ανάπτυξης, του εξωτερικού εμπορίου, της έρευνας και των διεθνών σχέσεων. Επιπλέον, οι Περιφέρειες έχουν την εποπτεία των επαρχιών και των δήμων που βρίσκονται εντός των εδαφικών τους ορίων.

Οι Κοινότητες έχουν αυξημένες αρμοδιότητες σχεδιασμού και εποπτείας στα πεδία της εκπαίδευσης, του πολιτισμού, της προληπτικής υγιεινής, της προστασίας της νεότητας και της οικογένειας και της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Οι Κοινότητες ασκούν τις αρμοδιότητές τους στους Δήμους, με γαλλόφωνο ή γερμανόφωνο πληθυσμό αντίστοιχα, ανεξαρτήτως Περιφέρειας.

---

<sup>71</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', σελ.134-135



Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, αρμόδιος για τον σχεδιασμό των προνοιακών πολιτικών και την παρακολούθηση της εφαρμογής τους, είναι ο Υπουργός Κοινωνικής Ενσωμάτωσης, Υγείας και Περιβάλλοντος. Ιδιαίτερα στο πεδίο της καταπολέμησης της φτώχειας και του αποκλεισμού, ο Υπουργός συνεπικουρείται από την Υπηρεσία Καταπολέμησης της Φτώχειας, της Αστάθειας και του Κοινωνικού Αποκλεισμού. Πρόκειται για μια ομοσπονδιακή υπηρεσία με ενισχυμένη αυτονομία και κύρια αποστολή, τον συντονισμό των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων που δραστηριοποιούνται στο πεδίο αρμοδιότητας της.

Οι νομοθετικές και εκτελεστικές αρμοδιότητες των Περιφερειών και των Κοινοτήτων στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας, είναι ιδιαίτερα εκτεταμένες. Η υλοποίηση, όμως, των προνοιακών πολιτικών και ιδιαίτερα η παροχή πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, εντάσσεται στις αρμοδιότητες των δήμων (communes).

Στο Βέλγιο<sup>72</sup>, η νομοθεσία που διέπει την παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών και ιδρυμάτων ('zorgverzekering'), τέθηκε σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου του 2001.

Ο εξυπηρετούμενος αναλόγως το βαθμό εξάρτησης του, λαμβάνει ένα χρηματικό ποσό, για την πληρωμή των κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας (ομοσπονδιακή νομοθεσία). Τα κριτήρια για τον καθορισμό του χρηματικού ποσού καθορίζονται βάσει των ικανοτήτων του ατόμου (για π.χ. η ικανότητα του ατόμου να ντύνεται μόνος του, να μετακινείται, εάν έχει ακράτεια ούρων κ.λπ.) και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Στην "Α".
2. Στην "Β".
3. Στην "Γ".

Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, υφίσταται η ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης καθώς και το επίδομα πρόνοιας για τους ηλικιωμένους.

Τα ενήλικα τέκνα, δεν υποχρεούνται από το νόμο να φροντίζουν τους γονείς τους. Παρ' όλα αυτά, εάν ο γονέας ή σε ορισμένες περιπτώσεις οι απόγονοι, έχουν ανάγκη ιδρυματικής φροντίδας, το τοπικό Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας μπορεί να διεκδικήσει μέρος για το κόστος φροντίδας τους, από τους προγόνους και κατ' εξαίρεση από τους απογόνους, εφόσον έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους (Declercq και Van Audenhove, 2004).

---

<sup>72</sup> <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Belgium>

Λαμβάνονται μέτρα και δίνονται επιδόματα στα άτομα με ειδικές ανάγκες στο πλαίσιο της χρηματοδότησης της μακροχρόνιας περίθαλψης των εξαρτώμενων ατόμων, για παράδειγμα:

- Το επίδομα εισοδηματικής αποκατάστασης (για άτομα ηλικίας μεταξύ 21 και 65 ετών), χορηγείται εάν μειωθεί η ικανότητα βιοπορισμού του ατόμου στα 2/3.
- Το επίδομα ένταξης (για άτομα μεταξύ 21 και 65 ετών) χορηγείται, εάν λόγω μειωμένης αυτονομίας, το άτομο έχει αυξημένα έξοδα στην καθημερινότητα του.

Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, χρηματοδοτείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, όμως οι εξυπηρετούμενοι είναι πιθανόν να πληρώνουν κάποιο ποσό συμμετοχής, για ορισμένες υπηρεσίες που προσφέρονται από αυτοαπασχολούμενες νοσηλεύτριες. Υπηρεσίες όπως, η ανακουφιστική φροντίδα και η στήριξη σε ασθενείς τελικού σταδίου, παρέχονται δωρεάν κατ' οίκον, έπειτα από ιατρική γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού. Υπάρχουν διευκολύνσεις πληρωμής, για παράδειγμα σε δύο δόσεις, για την ενοικίαση ειδικού εξοπλισμού, ή την αγορά φαρμάκων.

Όσον αφορά τις προσφερόμενες κατ' οίκον υπηρεσίες (για π.χ. ενίσχυση στην εκτέλεση καθηκόντων που συνδέονται με την καθημερινή ζωή, όπως ψώνια, προετοιμασία γεύματος, οικιακές εργασίες και περιποίηση προσωπικής υγιεινής), ποικίλλουν βάση του τόπου διαμονής του εκάστοτε εξυπηρετούμενου. Πιο συγκεκριμένα, στο γερμανόφωνο και γαλλόφωνο μέρος του Βελγίου, οι κατ' οίκον υπηρεσίες είναι συντονισμένες και καταγράφονται:

- Στο γαλλόφωνο τμήμα της χώρας, οι κατ' οίκον υπηρεσίες ρυθμίζονται από το διάταγμα "Picque", Ιούνιος του 1989. Ελέγχεται η εγκατάσταση και η λειτουργία των "κέντρων συντονισμού για περίθαλψη και υπηρεσίες οικιακής μέριμνας" (Declercq και Van Audenhove, 2004).
- Στο φλαμανδικό μέρος του Βελγίου (στις Βρυξέλλες και στη Φλάνδρα) υπάρχει το "zorgverzekering". Καλύπτει κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας και παρέχει υπηρεσίες, όταν κάποιος διαμένει σε κλειστό χώρο περίθαλψης. Είναι υποχρεωτικό στη Φλάνδρα και προαιρετικό στις Βρυξέλλες.
- Επίσης, στο φλαμανδικό τμήμα του Βελγίου υπάρχουν τα "Κοινοτικά κέντρα περίθαλψης", που αποτελούν ένα σημείο συνάντησης για άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών και για όσους χρήζουν κατ' οίκον φροντίδας. Σκοπός τους αποτελεί, η παροχή πληροφοριών, η αποφυγή της απομόνωσης καθώς και να καταστεί η επαγγελματική φροντίδα πιο προσιτή (Declercq και Van Audenhove, 2004).

Το 2004, η κυβέρνηση εισήγαγε τα "κουπόνια παροχής υπηρεσιών". Το κόστος τους ανέρχεται σε 6,20 euro, έχουν διάρκεια περίπου μια ώρα και ο αγοραστής τους εκπίπτει της φορολογίας. Καλύπτουν υπηρεσίες οικιακής μέριμνας (όπως για π.χ. σιδέρωμα, μαγείρεμα, καθαριότητα οικίας) ή υπαίθριες δραστηριότητες (όπως για π.χ. ψώνια και συνοδεία) (Declercq και Van Audenhove, 2004).

Το 2001, καθιερώθηκε το "κατ' ανώτατο όριο στο τιμολόγιο". Βάσει του οποίου, σταθεροποιείται το όριο που οι οικογένειες πρέπει ετησίως να πληρώνουν για το περιοριστικό εισιτήριο και για τις βασικές επιστρεπτές υπηρεσίες περίθαλψης. Το όριο αυτό καθορίζεται, ανάλογα με το εισόδημα της οικογένειας. Τα είδη των υπηρεσιών που διατίθενται, περιλαμβάνουν κατ' οίκον υπηρεσίες, ανακουφιστική φροντίδα, κέντρα ημέρας, νυχτερινά κέντρα περίθαλψης κ.λπ.

Όσον αφορά τις πηγές χρηματοδότησης<sup>73</sup>, η παροχή υπηρεσιών μακροπρόθεσμης φροντίδας, καλύπτεται από το καθολικό ασφαλιστικό σύστημα (συμπεριλαμβανομένων και των κατ' οίκον υπηρεσιών) και χρηματοδοτείται, από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης που καταβάλλονται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Όμως, άλλες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και τα προνοιακά επιδόματα χρηματοδοτούνται από τους γενικούς φόρους, που συλλέγονται κυρίως σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Ένα μέρος αυτών των φόρων, χρησιμοποιείται για να συμβάλει στον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό κοινωνικής ασφάλισης (συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης), ένα άλλο μέρος χρησιμοποιείται για τις επιχορηγήσεις υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και τις δαπάνες των επιδομάτων σε ομοσπονδιακό και περιφερειακό επίπεδο. Οι συνολικές δαπάνες για παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας το 2011 ανήλθαν σε περίπου 5,7 δισεκατομμύρια ευρώ, εκ των οποίων σχεδόν το 98% χρηματοδοτήθηκε από έναν συνδυασμό εισφορών κοινωνικής ασφάλισης (59%) και φόρων (39%). Γενικά, οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται μέσω του ομοσπονδιακού ασφαλιστικού συστήματος χρηματοδοτούνται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τους φόρους, ενώ η κατ' οίκον φροντίδα χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τη γενική φορολογία (728 εκατομμύρια το 2010). Συγκεντρωτικά όσων αναφέρθηκαν, παρομοίως με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, παρουσιάζεται κοινός ο σκοπός δημιουργίας του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών του Βελγίου. Αποσκοπεί στην παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στην οικία του, για

---

<sup>73</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', σελ.139-140

όσο το δυνατόν περισσότερο και επιδιώκει την ενίσχυση των ικανοτήτων του, ώστε να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Τα προγράμματα κατ' οίκον υπηρεσιών στο Βέλγιο, εφαρμόστηκαν το 2001 με διαφορά πέντε περίπου χρόνια αργότερα, από την εφαρμογή τους στην Ελλάδα. Παρουσιάζοντας κοινά, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και με τις ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται.

Η διαφορά έγκειται, ότι στην Ελλάδα οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν, ενώ στο Βέλγιο ο εξυπηρετούμενος ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης του, πληρώνει ένα ποσό. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, υπάρχει η ασφάλεια υγειονομικής περίθαλψης και το επίδομα πρόνοιας για τους ηλικιωμένους. Ακόμα, η κυβέρνηση έχει εισηγάγει "κουπόνια υπηρεσιών", όπου ο εξυπηρετούμενος μπορεί να αγοράσει υπηρεσίες οικιακής μέριμνας ή υπαίθριες δραστηριότητες, από όποιον πάροχο επιθυμεί.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών στο Βέλγιο.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
Ο εξυπηρετούμενος λαμβάνει επίδομα, για την αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών (ανάλογο, με την κατάσταση της υγείας του).	Αναλόγως την παρεχόμενη υπηρεσία, ο ενδιαφερόμενος καλείται να πληρώσει ένα χρηματικό ποσό.
Τα 'κουπόνια' αγοράζονται από τους ενδιαφερόμενους, για την αγορά κατ' οίκον υπηρεσιών.	Διαφέρουν οι κατ' οίκον υπηρεσίες, ανά περιοχή κατοικίας.
Οι παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασθενείς τελικού σταδίου, προσφέρονται δωρεάν.	

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.15

### ΑΥΣΤΡΙΑ

Το ομοσπονδιακό κράτος της Αυστρίας<sup>74</sup> και οι επιμέρους επαρχίες της, προέβησαν σε συμφωνία, για την περαιτέρω ανάπτυξη μέτρων που αφορούσαν την παροχή υπηρεσιών σε άτομα που χρήζουν βοήθειας, από το 1993 έως το 2010. Τα μέτρα περιελάμβαναν, κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον φροντίδα για τους ηλικιωμένους.

Οι πάροχοι των κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας ήταν, ο Ερυθρός Σταυρός, η μη κυβερνητική οργάνωση Caritas, οι οργανισμοί κοινωνικής πρόνοιας, οι οργανώσεις ανακουφιστικής θεραπείας και τέλος η μη κυβερνητική οργάνωση "Volkshilfe".

#### Βάσει νομοθεσίας, ο εξυπηρετούμενος που χρήζει βοήθειας δικαιούται:

- Το ομοσπονδιακό επίδομα μακροπρόθεσμης φροντίδας.
- Το επαρχιακό επίδομα μακροπρόθεσμης φροντίδας.

Τα επιδόματα μακροχρόνιας περίθαλψης ήταν ενιαία σε όλη την Αυστρία, οι συμφωνίες υπογράφηκαν μεταξύ ομοσπονδιακών και επαρχιακών αρχών, το Μάιο του 1993 και τέθηκαν σε ισχύ τον Ιανουάριο του 1994.

Οι εξυπηρετούμενοι, είχαν το δικαίωμα να αιτηθούν για κρατικό βοήθημα, με σκοπό να κάνουν προσαρμογές στην οικία τους, που θα διευκόλυναν την παροχή της κατ' οίκον φροντίδας. Επίσης, μπορούσαν να ζητήσουν αντικατάσταση του φροντιστή τους, εφ' όσον για κάποιο χρονικό διάστημα δεν μπορούσε να τους εξυπηρετήσει, για διάφορους λόγους, όπως για παράδειγμα λόγω ασθένειας (αυτό ήταν εφικτό, μόνο από όσους έχουν χαρακτηριστεί ως άτομα με ειδικές ανάγκες, στο επίπεδο 4 ή παραπάνω στην κλίμακα για τη λήψη του επιδόματος μακροπρόθεσμης περίθαλψης).

Ο ομοσπονδιακός νόμος κάλυπτε άτομα που δικαιούνταν σύνταξη κοινωνικής ασφάλισης (για π.χ. το 90% του πληθυσμού), ενώ ο επαρχιακός νόμος κάλυπτε όσους δεν ήταν δικαιούχοι, δηλαδή το υπόλοιπο 10% του πληθυσμού (Brodsky et al. 2000).

Ο νόμος που αναφέρει την αναγκαιότητα για αξιολόγηση της περίθαλψης είναι το διάταγμα σχετικά με τα επίπεδα του επιδόματος περίθαλψης (Einstufungsverordnung zum BPGG). Η χρηματοδότηση της περίθαλψης, αποτελεί ευθύνη των 9 επαρχιών, όπου η καθεμία έχει τη δική της νομοθεσία. Σύμφωνα με το αυστριακό αστικό δίκαιο, οι έγγαμοι είναι νομικά υπεύθυνοι για την φροντίδα του/της συζύγου τους, με αντίτιμο την πληρωμή ή την παροχή υπηρεσιών. Υπό ορισμένες συνθήκες, τα παιδιά μπορεί να

<sup>74</sup><http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Austria>

είναι νομικά υπεύθυνα για τη συντήρηση των γονιών τους. Για παράδειγμα, στην πόλη Vorarlberg ακόμα και οι απόγονοι μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνοι για την συντήρηση των προγόνων τους. Σε αρκετές περιοχές, βάσει του νόμου περί κοινωνικής βοήθειας, τα τέκνα υπό ορισμένες περιστάσεις, υποχρεούνται να συνεισφέρουν στην κάλυψη του κόστους περίθαλψης και φροντίδας των γονέων τους. Έχουν ληφθεί πολυάριθμες αποφάσεις από το Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, αναφορικά με τις προϋποθέσεις, υπό τις οποίες οι προσωρινές αρχές, μπορούν να απαιτούν από τους συγγενείς να συνεισφέρουν στο κόστος περίθαλψης των ανήμπορων συγγενών τους, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες.

Υπάρχουν κέντρα συντονισμού, αλλά διαφέρουν από τη μια επαρχία στην άλλη. Έχουν να κάνουν με ιατρική και μη κατ' οίκον νοσηλεία καθώς και με υπηρεσίες φροντίδας που συνδέονται με την κοινωνική ασφάλιση. Όσον αφορά το επίδομα μακροπρόθεσμης περίθαλψης, δίνεται βάσει του επιπέδου αναπηρίας και του χρηματικού ποσού που απαιτείται ως βοήθεια.

#### Υπάρχουν επτά επίπεδα αναπηρίας:

- το επίπεδο 1, είναι το χαμηλότερο και αναφέρεται σε όσους η αναπηρία τους απαιτεί 50 με 74 ώρες μηνιαίως για την περίθαλψη τους.
- Τα επίπεδα 4 και 7, είναι για όσους απαιτούν 180 ώρες για την περίθαλψη τους ή περισσότερο.

Ένα ακόμα κριτήριο επιλεξιμότητας, αποτελεί η ανάγκη του ατόμου για προσωπική φροντίδα, τουλάχιστον για το χρονικό διάστημα 6 μηνών. Οι ιδιώτες ιατροί είναι υπεύθυνοι, για την επιλεξιμότητα των ατόμων και για την έκδοση του πιστοποιητικού αναπηρίας τους. Όσοι έχουν επιλεγεί για την λήψη επιδόματος, τους καταβάλλεται σε μηνιαία βάση, έχουν απαλλαγή από τους φόρους και μπορούν να το διαθέσουν με όποιον τρόπο επιθυμούν (για π.χ. πληρωμή των παρεχόμενων υπηρεσιών ή των 'άτυπων φροντιστών' τους). Οι δικαιούχοι οι οποίοι είναι διανοητικά ανάπηροι, μπορεί να έχουν νομικό εκπρόσωπο για να διαχειρίζεται το επίδομα τους (Brodsky et al., 2000).

Κύριος στόχος των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών, αποτελεί η παραμονή των ατόμων στην οικία τους για όσο το δυνατόν περισσότερο, με σκοπό να προωθηθεί η αυτοδιάθεση και η στήριξη της οικογένειας.

Με εξαίρεση το επίδομα μακροχρόνιας περίθαλψης, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας καθορίζεται από το εισόδημα, την ακίνητη περιουσία του δικαιούχου καθώς και το εισόδημα των τέκνων του. Παρά τις προσπάθειες των

τελευταίων δέκα ετών για εναρμόνιση της νομοθεσίας, διέπεται ακόμη από την επαρχιακή νομοθεσία (Blaha, 2006).

Παρά το γεγονός, ότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, εκτιμάται πως η παράνομη αγορά εργασίας αυξάνεται συνεχώς για τους επί-πληρωμή φροντιστές από την Τσεχική Δημοκρατία, τη Σλοβακία, την Ουγγαρία και την Πολωνία. Ο μισθός τους ανέρχεται μεταξύ 1.200 και 1.800 ευρώ για 24ώρη κατ' οίκον φροντίδα (Hörl, 2005).

Οι κατ' οίκον υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- Παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.
- Οικογενειακή βοήθεια.
- Νοσηλευτική Βοήθεια.

Οι ειδικότητες που απασχολούνται είναι οι αντίστοιχες:

- Κοινωνικός Λειτουργός.
- Οικογενειακή Βοηθός.
- Νοσηλεύτης.

Τέλος, υπάρχουν κέντρα ημέρας και κοινοτικά κέντρα περίθαλψης, γνωστά ως 'λέσχες συνταξιούχων', όπου διεξάγονται πολιτιστικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και προσφέρεται ελαφρύ γεύμα.

Όσον αφορά τις διαφορές των κατ' οίκον υπηρεσιών μεταξύ Αυστρίας και Ελλάδας, αφορούν τους παρόχους, τις ειδικότητες των επαγγελματιών και μή που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών καθώς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, στην Αυστρία όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, πάροχοι των υπηρεσιών εκτός από τον δημόσιο τομέα είναι και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.). Ακόμα, υπάρχει ο θεσμός του 'άτυπου φροντιστή', που μπορεί να είναι συγγενής, φίλος ή κάποιος επαγγελματίας νοσηλευτής, ο οποίος πληρώνεται και έχει επιλεγεί από τον ίδιο τον εξυπηρετούμενο.

Σημαντική υπηρεσία, αποτελεί η επισκευή της οικίας του εξυπηρετούμενου, που αποσκοπεί στην προσαρμογή του χώρου, βάσει των αναγκών του ατόμου, με απώτερο σκοπό να αυτοεξυπηρετείται και να διαβιεί μόνος.

Τέλος, παρουσιάζεται κοινός σε όλες τις προαναφερόμενες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, ο αρχικός σκοπός δημιουργίας των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών, οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και οι ειδικότητες των επαγγελματιών.



Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Αυστρίας.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
<p>Υφίστανται αρκετοί πάροχοι κατ' οίκον υπηρεσιών:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημόσιος τομέας</li> <li>• Ιδιωτικός τομέας</li> <li>• Εθελοντικές οργανώσεις</li> <li>• Μ.Κ.Ο.</li> <li>• Ερυθρός Σταυρός</li> <li>• Άτυποι φροντιστές</li> </ul>	<p>Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι επί πληρωμή.</p>
<p>Δίνονται επιδόματα, με βάση την κατάσταση υγείας του εξυπηρετούμενου.</p>	<p>Υπάρχει παράνομη αγορά εργασίας από τους επί-πληρωμή φροντιστές.</p>
<p>Δίνεται επίδομα για ανακατασκευή οικίας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στην οικία του, για όσο το δυνατόν περισσότερο.</p>	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.16

### ΚΥΠΡΟΣ

Το Κυπριακό σύστημα<sup>75</sup> κοινωνικής πρόνοιας, έχει αναπτυχθεί στο πλαίσιο εξέλιξης ενός ιδιότυπου κορπορατιστικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας (χαρακτηρίζεται από την επικέντρωση των δημόσιων πολιτικών στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και την ισχυρή εμπλοκή των κοινωνικών εταίρων στη διαμόρφωση του συστήματος ρύθμισης των εργασιακών σχέσεων), που επηρεάζεται σε σημαντική έκταση από την πολιτιστική ανάπτυξη της Κυπριακής κοινωνίας και τον ισχυρό ρόλο της οικογένειας και των άτυπων δικτύων στην κάλυψη των μελών τους.

Από κοινωνικοπολιτική άποψη, το υφιστάμενο σύστημα αντιστοιχεί σε ένα σύνθετο μηχανισμό παροχών και υπηρεσιών, που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα μετά την τουρκική εισβολή του 1974 ενόψει της άμεσης ανάγκης για την υποστήριξη των εκτοπισθέντων. Σε επίπεδο γενικής προστασίας, το σύστημα περιλαμβάνει ένα καθολικό πρόγραμμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος και υπηρεσιών (Σχέδιο Δημόσιων Βοηθημάτων και Υπηρεσιών), το οποίο καλύπτει κάθε άτομο που διαμένει νόμιμα στην Κύπρο και στερείται επαρκών πόρων για την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης. Το πρόγραμμα Δημοσίων Βοηθημάτων και Υπηρεσιών, προβλέπει τη χορήγηση επιδοματικών παροχών και κοινωνικών υπηρεσιών ανοικτής και κλειστής φροντίδας (κατ' οίκον φροντίδα, οικογενειακή καθοδήγηση, φιλοξενία σε ιδρύματα κ.α.), επιδιώκοντας την ενδυνάμωση και την κοινωνικοοικονομική επανένταξη των ευπαθών ομάδων και των μελών της οικογενειάς τους. Σε επίπεδο ειδικής προστασίας, το σύστημα περιλαμβάνει ένα πλέγμα κατηγοριακών υπό-προγραμμάτων, για την κάλυψη συγκεκριμένων ευάλωτων ομάδων, όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι ηλικιωμένοι, οι πρόσφυγες, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα παιδιά κ.α.

Τα κατηγοριακά υπό-προγράμματα διακρίνονται ανάλογα με την ομάδα-στόχο και περιλαμβάνουν τις ακόλουθες μορφές προστασίας:

- ❖ Στοχευμένες συμπληρωματικές οικονομικές επιχορηγήσεις προς φτωχά άτομα και νοικοκυριά.
- ❖ Υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας (προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας και κέντρα διημέρευσης) και κλειστής φροντίδας (ιδρυματική περίθαλψη).
- ❖ Παροχές σε είδος (π.χ. χορήγηση τεχνητών μελών σε άτομα με ειδικές ανάγκες).

<sup>75</sup> Αμίτσης Γαβριήλ, 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας', εκδόσεις Παπαζήση, σελ.163-168

- ❖ Κοινωνικά και οικονομικά πλεονεκτήματα (π.χ. κάρτα ελεύθερης διακίνησης στα μέσα μεταφοράς, δασμολογικές απαλλαγές κ.α.).
- ❖ Χρηματικές παροχές για την κάλυψη βασικών και ειδικών αναγκών των ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες (π.χ. επιδότηση για την αγορά αναπηρικού αμαξιδίου), αλλά και για την οικονομική και κοινωνική τους επανένταξη (π.χ. επιδότηση διδάκτρων επαγγελματικής κατάρτισης).

Οι πολιτικές σχεδιάζονται και χρηματοδοτούνται σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης, ως απόρροια του δημόσιου και συγκεντρωτικού χαρακτήρα του προνοιακού συστήματος, το οποίο αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση σε μηχανισμούς επιδοματικής ενίσχυσης και κάθετης αναδιανομής εισοδήματος. Ο συγκεκριμένος προσανατολισμός 'νομιμοποιείται' με αναφορά στους πρωτογενείς στόχους του συστήματος (κύρια προτεραιότητα του αποτέλεσε η προστασία και αποκατάσταση των εκτοπισθέντων από την τουρκική εισβολή του 1974). Ωστόσο, στο πλαίσιο της εκπλήρωσης της συνταγματικής ρήτρας για εγγυήση του κοινωνικού δικαιώματος στην 'αξιοπρεπή διαβίωση', το υφιστάμενο σύστημα περιλαμβάνει και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, με στόχο την πλήρη συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνική και οικονομική ζωή της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Υπό το πρίσμα αυτό, η νομοθεσία περί επιδοματικών παροχών συμπληρώθηκε με την έκδοση μίας σειράς Νόμων και Κανονισμών στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας, που προβλέπουν την οργάνωση υπηρεσιών ανοικτής (ημερήσια φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, συμβουλευτική και στήριξη, έγκαιρη παρέμβαση για πρόληψη αποκλεισμού κ.α.) και κλειστής περίθαλψης (ιδρυματική φροντίδα), αξιοποιώντας ένα δίκτυο δημόσιων και εθελοντικών φορέων. Το δημόσιο σύστημα προβλέπει, μάλιστα, ειδικά επιδόματα για τα άτομα εκείνα, τα οποία, εάν και έχουν άμεση ανάγκη υπηρεσιών, δεν μπορούν να καλυφθούν από τις διαθέσιμες δημόσιες και ιδιωτικές δομές και τα εισοδηματά τους, δεν τους επιτρέπουν να ανταποκριθούν στην δαπάνη αγοράς των υπηρεσιών αυτών από κάποιο ιδιωτικό κερδοσκοπικό φορέα.

Όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας καλύπτονται από τον περί Δημοσίων Βοηθημάτων και Υπηρεσιών Νόμο 95 (I) του 2006, που προβλέπει την διακριτική ευχέρεια της κεντρικής διοίκησης για την χορήγηση σχετικών παροχών. Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας προσλαμβάνουν φροντιστές/στρίες που καταρτίζονται ειδικά και τοποθετούνται στα Επαρχιακά Γραφεία Ευημερίας. Οι φροντίστριες επισκέπτονται κατ' οίκον τα άτομα που δικαιούνται φροντίδα και προσφέρουν υπηρεσίες, ανάλογα με τις ανάγκες τους. Οι ανάγκες μπορούν επίσης να

καλυφθούν, από ιδιωτικές φροντίστριες με κάλυψη της δαπάνης από το δημόσιο βοήθημα.

Σε κεντρικό επίπεδο, η οργάνωση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε τοπικό επίπεδο, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας παρακολουθούνται από τα έξι επαρχιακά Γραφεία Ευημερίας, οι δραστηριότητες των οποίων συντονίζονται από τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η κατ' οίκον φροντίδα καλύπτει κυρίως άτομα που δικαιούνται δημόσιο βοήθημα ή άτομα που δεν μπορούν να καλύψουν τις ειδικές ανάγκες τους με ίδιους πόρους.

Στόχοι της υπηρεσίας κατ' οίκον φροντίδας είναι:

- ❖ Η στήριξη των ατόμων που επιθυμούν να μείνουν όσο το δυνατό πιο πολύ χρόνο στο δικό τους περιβάλλον.
- ❖ Η δημιουργία προϋποθέσεων για αξιοπρεπή διαβίωση και ανάπτυξη των δυνατοτήτων των ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία.
- ❖ Η υποστήριξη της οικογένειας, ώστε να κρατήσει κοντά της τα ηλικιωμένα/ ανάπηρα μέλη της.
- ❖ Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται σε βασικές οικιακές και οικογενειακές ευθύνες.

Η υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας προσφέρει:

- ❖ Ατομική καθαριότητα.
- ❖ Καθαριότητα οικίας.
- ❖ Πλύσιμο ενδυμάτων.
- ❖ Συνοδεία στο νοσοκομείο.
- ❖ Διάβασμα.
- ❖ Εξωτερικές εργασίες, π.χ. πληρωμή λογαριασμών, ψώνια κλπ.
- ❖ Υποστήριξη των μελών της οικογένειας σε βασικές οικιακές και οικογενειακές δραστηριότητες.

Μέχρι σήμερα, η Υπηρεσία καλύπτει κυρίως άτομα που δικαιούνται 'Δημόσιο Βοήθημα' και άτομα, που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους από τα εισοδηματά τους. Προκειμένου οι ενδιαφερόμενοι να ενταχθούν στο Πρόγραμμα, συμπληρώνουν ειδικό έντυπο αίτησης που προμηθεύονται στα Επαρχιακά Γραφεία Ευημερίας της Επαρχίας κατοικίας τους. Αφού αξιολογηθεί η αίτηση τους από Λειτουργό του Επαρχιακού Γραφείου Ευμερίας, αποφασίζεται εάν δικαιούνται να τους παρασχεθεί φροντίδα και πόσο συχνά.

Επιπλέον, το Σχέδιο Ενίσχυσης Οικογενειών για τη Φροντίδα Ηλικιωμένων ή/και Ανάπηρων Μελών, παρέχει σε οικογένειες εφ' άπαξ επιχορήγηση μέχρι 12.000 euro για κτιριακές μετατροπές, προσθήκες και αγορά εξοπλισμού, ώστε να μπορούν να κρατήσουν κοντά τους τα ηλικιωμένα και ανάπηρα μέλη τους και να προσφέρουν την αναγκαία φροντίδα, αποτρέποντας την εισαγωγή τους σε ίδρυμα. Οι αιτήσεις υποβάλλονται στις Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας από ηλικιωμένα ή ανάπηρα άτομα ή από το άτομο που έχει την ευθύνη της φροντίδας και της φιλοξενίας τους.

Δικαιούχοι είναι άτομα ηλικίας 63 ετών και άνω ή ανάπηροι που είναι λήπτες 'Δημόσιου Βοηθήματος', καθώς και άτομα ηλικίας 63 ετών και άνω ή ανάπηροι που λόγω εισοδημάτων κρίνονται ως οριακές περιπτώσεις και που θα καθίσταντο λήπτες δημόσιου βοηθήματος εάν στις ανάγκες τους, όπως αυτές καθορίζονται από τους περί Δημοσίων Βοηθημάτων και Υπηρεσιών Νόμους του 1991 μέχρι το 2003, προστεθεί ενοίκιο κατοικίας ή επίδομα φροντίδας.

Το ποσό επιχορήγησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους σκοπούς:

- ❖ Επέκταση ή προσθήκη δωματίου με τις ανάλογες διευκολύνσεις, π.χ. μπάνιο, νιπτήρα κ.λπ.
- ❖ Τροποποιήσεις που πρέπει να γίνουν στο σπίτι για διευκόλυνση του φροντιζόμενου ή και του φροντιστή, π.χ. ράμπα, μεγάλωμα πόρτας για διακίνηση τροχοκαθίσματος, αλλαγή μπάνιου με ντουζιέρα.
- ❖ Αγορά εξοπλισμού απαραίτητου για τη φροντίδα του ηλικιωμένου, όπως π.χ. ανακλινόμενο κρεβάτι, στρώμα νερού ή αέρα.
- ❖ Κάλυψη χρέους που έγινε τον τελευταίο χρόνο για ένα ή περισσότερους από τους άνω σκοπούς, έναντι αποδείξεων και μετά από προσωπική διαπίστωση Λειτουργού Ευημερίας.

Η ένταξη ενός ενδιαφερόμενου στο ίδιο Σχέδιο μπορεί να επαναληφθεί μέχρι να καλυφθεί το ανώτατο ποσό των 12.000 euro. Ωστόσο, προτεραιότητα δίνεται σε περιπτώσεις που δεν έχουν ενισχυθεί στο παρελθόν.

Το Κυπριακό μοντέλο χαρακτηρίζεται από την έλλειψη γενικών προτύπων για την ποιότητα και την αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

Το υφιστάμενο πλαίσιο προβλέπει καθεστώς επιδοτήσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία) για τους εξυπηρετούμενους κατ' οίκον φροντίδας που εξαρτώνται από δημόσια βοηθήματα. Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας χρηματοδοτούνται επίσης, από τον κρατικό προϋπολογισμό ένα Σχέδιο Κρατικών

Χορηγιών μέσω του οποίου υποστηρίζονται εθελοντικές οργανώσεις και τοπικές αρχές που εμπλέκονται στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας.

Παραλληρίζοντας, τις ομοιότητες και τις διαφορές των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών των δύο χωρών, κατ' αρχάς μπορούν να αναφερθούν ως ομοιότητες, ο σκοπός δημιουργίας, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, οι ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται καθώς και οι ομάδες των εξυπηρετούμενων οι οποίοι εγγράφονται στο πρόγραμμα.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός δημιουργίας των αντίστοιχων προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» της Κύπρου, είναι η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων ή των Α.Μ.Ε.Α. στην οικία τους και η υποστήριξη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, από την ομάδα των καταρτισμένων επαγγελματιών.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών, παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία. Επικεντρώνονται στην υποστήριξη του εξυπηρετούμενου, όσον αφορά την καθαριότητα της οικίας του, την ψυχολογική του υποστήριξη καθώς και την διευθέτηση των γραφειοκρατικών του υποθέσεων.

Ως διαφορά, θεωρείται το χρηματικό ποσόν που δίνουν στην Κύπρο, για την ενίσχυση της οικογένειας του ηλικιωμένου ή και των ανάπηρων μελών. Παρέχετε επιχορήγηση μέχρι 12.000 ευρώ για κτιριακές μετατροπές, προσθήκες και αγορά εξοπλισμού, ώστε να μπορούν να κρατήσουν κοντά τους τα ηλικιωμένα και ανάπηρα μέλη τους και να προσφέρουν την αναγκαία φροντίδα, αποτρέποντας την εισαγωγή τους σε κάποιο κλειστό ίδρυμα περίθαλψης.

Συγκεντρωτικά παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Κύπρου.

<i><b>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ</b></i>
Παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών για όλους τους πάσχοντες.	Έλλειψη προτύπων για την ποιότητα και αξιολόγηση των κοινωνικών υπηρεσιών.
Δίνονται επιδόματα, ανάλογα με την κατάσταση υγείας του εξυπηρετούμενου.	Πραγματοποιείται έλεγχος των αιτήσεων, από ειδική επιτροπή, βάση κριτηρίων και απουσιάζουν τα ανθρώπινα κριτήρια, απαραίτητα, σε τέτοιου τύπου προγράμματα.
Δίνεται επίδομα, για ανακατασκευή της οικίας. Ωστε ο εξυπηρετούμενος να παραμείνει στην οικία του, για όσο το δυνατόν περισσότερο.	
Συμπληρώνεται αίτηση για ένταξη στο πρόγραμμα και ελέγχεται από ειδική επιτροπή (βάση κριτηρίων, που έχουν τεθεί).	

Πίνακας 3.6

Η ρύθμιση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας σε επιλεγμένες Ευρωπαϊκές χώρες

<b>ΧΩΡΑ</b>	<b>ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ</b>	<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ</b>
<b>Βέλγιο</b>	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Δανία</b>	Τοπική Αυτοδιοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Φινλανδία</b>	Τοπική Αυτοδιοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Γαλλία</b>	Κοινωνική Ασφάλιση και Τοπική Αυτοδιοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Γερμανία</b>	Κοινωνική Ασφάλιση	Κοινωνική Ασφάλιση
<b>Ιρλανδία</b>	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση
<b>Ιταλία</b>	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Ολλανδία</b>	Κοινωνική Ασφάλιση	Κοινωνική Ασφάλιση
<b>Πορτογαλία</b>	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Ισπανία</b>	Κοινωνική Ασφάλιση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Σουηδία</b>	Τοπική Αυτοδιοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση
<b>Ηνωμένο Βασίλειο</b>	Κεντρική/Περιφερειακή Διοίκηση	Τοπική Αυτοδιοίκηση

Πηγή: Αμίτσης Γαβριήλ, 2013



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εφαρμόζεται στην Ελλάδα από το 1996 έως και σήμερα. Εξελίσσεται κατά τη διάρκεια των ετών, προσαρμόζεται ανάλογα με τις κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες που επικρατούν στον ελλαδικό χώρο και ταλανίζουν τους πολίτες, δημιουργώντας δυσμενείς συνθήκες κοινωνικό-πολιτικής αστάθειας και οικονομικής αβεβαιότητας.

Αρχικός στόχος εφαρμογής του, αποτέλεσε η παραμονή των πασχόντων στην οικία τους, για όσο το δυνατόν περισσότερο, με σκοπό την απομάκρυνση τους από τα κλειστά ιδρύματα περίθαλψης (για π.χ. οίκο ευγηρίας). Απέβλεπε, στην ενίσχυση του συγγενικού περιβάλλοντος του εξυπηρετούμενου, ώστε να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες, που σχετίζονται με την φροντίδα του καθώς και στην ανεξαρτητοποίηση του ίδιου του πάσχοντος.

Κατά την διάρκεια λειτουργίας του τα τελευταία 19 (δεκαεννιά) έτη, έχει τροποποιηθεί, σύμφωνα πάντα με τις ισχύουσες κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες. Για παράδειγμα, έχει διαφοροποιηθεί η ομάδα στόχου, τα κριτήρια ένταξης, οι ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, οι περιοχές εφαρμογής, η χρηματοδότηση, οι πάροχοι κ.λπ..

Πιο συγκεκριμένα, αρχικά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξυπηρετούσε μόνο ηλικιωμένα άτομα, από το 2005 όμως, σύμφωνα με το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Γ' Κ.Π.Σ.), οι μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» ανέλαβαν εκτός από την περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας και την φροντίδα ατόμων με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Το πρόγραμμα μετονομάστηκε, σε «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» και «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας».

Τα κριτήρια ένταξης έχουν τροποποιηθεί αρκετά κατά τη διάρκεια των ετών. Για παράδειγμα, κατά την εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος στο Δήμο Περιστερίου το 1996, εγγράφονταν αρχικά μόνο ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν αυτοεξυπηρετούνταν πλήρως, χρειάζονταν ιδιαίτερη φροντίδα, διαβιούσαν μόνα, και δεν είχαν επαρκείς οικονομικούς πόρους. Εν συνεχεία, από το 2005 έως και σήμερα

εξυπηρετούνται εκτός από ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Πιο συγκεκριμένα, το 2011 βάσει της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.), τροποποιήθηκαν τα κριτήρια ένταξης για την εγγραφή κάποιου εξυπηρετούμενου στο πρόγραμμα. Θα έπρεπε οι ωφελούμενοι (ονομάζονται οι συγγενείς του εξυπηρετούμενου, οι οποίοι ωφελούνται απο τις υπηρεσίες), να ήταν άνεργοι ή εργαζόμενοι επαπειλούμενοι με ανεργία, οι οποίοι γίνονταν δεκτοί βάσει του εισοδηματός τους, της οικογενειακής τους και εργασιακής τους κατάστασης. Ταυτόχρονα, οι εξυπηρετούμενοι (ονομάζονται οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι οποίοι είναι οι άμεσοι αποδέκτες των υπηρεσιών) γίνονταν δεκτοί, βάσει της κατάστασης της υγείας τους, το εισοδημά τους, την οικογενειακή τους κατάσταση. Εν συνεχεία, το 2013 όπου δόθηκε παράταση για το πρόγραμμα έως τον Σεπτέμβρη του 2014, ως εξυπηρετούμενοι, εγγράφονταν όσοι ήταν συνταξιούχοι (όλων των ασφαλιστικών ταμείων), είχαν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, διαβιούσαν μόνοι, διέθεταν χαμηλό εισόδημα και δεν λάμβαναν άλλο επίδομα.

Όσον αφορά τις ειδικότητες των επαγγελματιών, που απασχολούνται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», καθ' όλη τη διάρκεια των ετών, κυρίως είναι Κοινωνικός Λειτουργός, Οικογενειακός Βοηθός και Νοσηλεύτης. Σε κάποιες περιοχές της Ελλάδας, έχουν απασχοληθεί με συμβάσεις ορισμένου χρόνου (από πέντε μήνες, έως ένα χρόνο το περισσότερο), ειδικότητες επαγγελματιών όπως, Ψυχολόγος, Φυσικοθεραπευτής, Ιατρός και Νοσηλεύτης.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες, αφορούν κυρίως ψυχοσυναισθηματική στήριξη, διευθέτηση γραφειοκρατικών θεμάτων, νοσηλευτικές πράξεις και εργασίες καθαριότητας στην οικία του εκάστοτε εξυπηρετούμενου. Ανά γεωγραφική περιοχή όμως, είναι πιθανόν να παρέχονται επιπλέον υπηρεσίες, ανάλογα με τους οικονομικούς πόρους του εκάστοτε Δήμου καθώς και την προσωπική διάθεση των επαγγελματιών, ώστε να ενισχύσουν τους εξυπηρετούμενους με οποιοδήποτε τρόπο.

Το πρόγραμμα κατά την διάρκεια των ετών, διευρύνθηκε σε πλήθος Δήμων της χώρας. Τον Σεπτέμβριο του 1996, εφαρμόστηκε πιλοτικά στα 5 (πέντε) Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Περιστερίου, εν συνεχεία από την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου του 1997 έως και σήμερα, εφαρμόζεται σχεδόν σε όλους τους Δήμους της Ελλάδος.

Η χρηματοδότηση του προγράμματος ποικίλλει, γιατί το λόγο είναι χρήσιμο να αναφερθεί η χρηματοδότηση του ανά δεκαετία. Για παράδειγμα, το 1996 επιχορηγείτο το πρόγραμμα, από σχετικό κονδύλι προϋπολογισμού του Υπουργείου. Τα Κέντρα

Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Περιστερίου, επιχορηγήθηκαν με το ποσόν των πενήντα εκατομμυρίων (50.000.000) δρχ., από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Φ220 ΚΑΕ 5184 «Δαπάνες αντιμετώπισης αναγκών νέων προγραμμάτων δραστηριοτήτων».

Έπειτα από 10 (δέκα) περίπου έτη, το 2006 σύμφωνα με την υπ.αριθ.οικ.110941 (ΦΕΚ Β', φυλ.518, 26.04.2006, άρθρο 1.) κοινή Υπουργική απόφαση, 'Τροποποίηση Κωδικοποίησης Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων για το Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου-Διαδικασία Εφαρμογής των ενεργειών «Βοήθεια στο Σπίτι», «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), επιχορηγήθηκαν τα προγράμματα, από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Γ' Κ.Π.Σ.).

Το 2013, για την απρόσκοπτη χρηματοδότηση της υλοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου των απασχολούμενων, για το χρονικό διάστημα από 01.04.2013 έως 30.09.2013, μεταφέρθηκαν πόροι από το λογαριασμό της εισφοράς αλληλεγγύης συνταξιούχων που τηρείτο στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (Α.Κ.Α.ΓΕ.) και εφ' όσον υπήρχε διαθέσιμο υπόλοιπο από τη μηνιαία εξόφληση των δομών του ν.4019/11, όπως αυτός ίσχυε σε εφαρμογή του προγράμματος «Κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων», (ν.4059/12 όπως αυτός ίσχυε). Οι πόροι χρησιμοποιήθηκαν υπέρ των συνταξιούχων όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας, Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και των συνταξιούχων του Δημοσίου που ωφελούνταν από το ανωτέρω πρόγραμμα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και Εσωτερικών, προσδιορίστηκε το ύψος των μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Τέλος για το 2015, θα μεταφερθούν πόροι από: α) Το λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), μέχρι του ύψους των τριάντα πέντε (35.000.000) εκατομμυρίων ευρώ ετησίως και εφόσον υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο από τη μηνιαία εξόφληση των δομών του ν. 4019/2011, όπως αυτός ισχύει, σε εφαρμογή του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» (ν. 4052/2012 όπως αυτός ισχύει). β) Πόρους του τακτικού προϋπολογισμού του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και ειδικότερα του Ειδικού Φορέα 33-220 . γ) Πόρους του άρθρου 259 του ν.

3852/2010 του Υπουργείου Εσωτερικών. δ) Πόρους της ειδικής εισφοράς ασφαλισμένων που θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 138 του ν. 4052/2012 για τη χρηματοδότηση του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων», ύψους έως δέκα (10.000.000) εκατομμυρίων ευρώ, εφόσον υπάρχει διαθέσιμο υπόλοιπο από τη χρηματοδότηση των δικαιούχων του προγράμματος «Κατ' οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» που εξυπηρετούνται από άλλους παρόχους. ε) Τυχόν αδιάθετους πόρους του προγράμματος, της περιόδου από 01.10.2013 έως 30.09.2014.

Πάροχοι του προγράμματος έχουν αποτελέσει κατά κύριο λόγο, οι Δήμοι της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, το 1996 το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εφαρμόστηκε πιλοτικά σε 5 (πέντε) Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Περιστερίου. Εν συνεχεία, το 1997 λόγω της επιτυχής εφαρμογής του, επεκτάθηκε σε 102 (εκατόν δύο) Δήμους της χώρας και ακολούθως σε όλη την Ελλάδα. Το 2003, δίνεται η δυνατότητα εφαρμογής των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι», εκτός από τους Δήμους της χώρας, στις υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών, σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) καθώς και στην Εκκλησία, βάσει του νόμου περί «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις». Να αναφερθεί, ότι ως κύριοι πάροχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», παραμένουν οι Δήμοι της χώρας, έπειτα από 20 περίπου έτη εφαρμογής του.

Εν συγκρίση με την Ευρώπη, το αντίστοιχο πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) εφαρμόζεται, τα τελευταία 20 (είκοσι) έτη περίπου, παρουσιάζοντας αρκετές ομοιότητες καθώς και διαφορές με της Ελλάδας.

Όσον αφορά τις ομοιότητες, παρουσιάζεται κοινός, ο στόχος δημιουργίας των κατ' οίκον υπηρεσιών και οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται η δυνατότητα στους εξυπηρετούμενους, να διαβιούν ανεξάρτητοι και με ασφάλεια στην οικία τους, έχοντας την υποστήριξη των κατάλληλων προγραμμάτων εφ' όσον φυσικά το επιθυμούν. Αρκετά κοινά σημεία παρουσιάζουν και οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Για παράδειγμα, αποσκοπούν στην κάλυψη αναγκών των εξυπηρετούμενων, όπως αποτελεί η διευθέτηση γραφειοκρατικών τους υποθέσεων, η ψυχοσυναισθηματική τους στήριξη, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος η οικογενειακή βοήθεια. Οι ειδικότητες των επαγγελματιών που απασχολούνται ανεξαιρέτως σε όλες τις χώρες, είναι Κοινωνικός Λειτουργός/Ψυχολόγος/Κοινωνιολόγος, Νοσηλευτής και Οικογενειακός Βοηθός.

Όσον αφορά τις διαφορές του προγράμματος κατ' οίκον υπηρεσιών της Ελλάδας και των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, έχουν να κάνουν με το νομοθετικό πλαίσιο, τους οικονομικούς πόρους που διατίθενται για το πρόγραμμα, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις ειδικότητες των εργαζομένων που απασχολούνται.

Σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, οι εξυπηρετούμενοι πληρώνουν ένα ποσόν συμμετοχής για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αναλόγως με το εισόδημά τους και την κατάσταση της υγείας τους (για π.χ. εάν έχουν ποσοστό αναπηρίας, το ποσόν συμμετοχής που τους αναλογεί είναι μικρότερο, σε σχέση με τους υπόλοιπους εξυπηρετούμενους). Για παράδειγμα, στην Ελβετία, η βασική μέριμνα για απλές και σταθερές συνθήκες, χρεώνεται από από FR 30 έως Fr 47. Η βασική μέριμνα για ασταθείς και περίπλοκες καταστάσεις, καθώς και για εξέταση και περίθαλψη από Fr 45 έως Fr 68. Ενώ, η αξιολόγηση των αναγκών, κατεύθυνση, ιατρική παρακολούθηση από Fr 50 έως Fr 73. Στην Σουηδία, όσοι είναι ενταγμένοι στο πρόγραμμα, πληρώνουν μόνο ένα μικρό ποσοστό του πραγματικού κόστους που αναλογεί στις υπηρεσίες, παρομοίως και στο Ηνωμένο Βασίλειο της Αγγλίας (Μ.Βρετανία, Ιρλανδία).

Ακόμα, παρουσιάζονται διαφορές σε σχέση με τα κριτήρια εισαγωγής των εξυπηρετούμενων. Στην Ελλάδα, εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.), οι οποίοι δεν έχουν συγγενικό ή φιλικό υποστηρικτικό περιβάλλον και διαβιών μόνι. Στο εξωτερικό, δεν δίνεται βαρύτητα στην ύπαρξη ή μη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ανεξαιρέτως όλοι οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα κατ' οίκον υπηρεσιών. Βάσει νομοθεσίας, δεν επιβαρύνεται με την φροντίδα των πασχόντων το οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά το Κράτος. Για παράδειγμα, στην Σουηδία, αρκετοί Δήμοι έχουν αναπτύξει τις δικές τους ανεπίσημες κατευθυντήριες γραμμές, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών. Με αποτέλεσμα, σε ορισμένες περιοχές οι ηλικιωμένοι οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια, για π.χ μόνο με την καθαριότητα της οικίας τους, να μην εντάσσονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Στο Λουξεμβούργο, διεξάγεται αρχικά έρευνα από το "Cellule d'Evaluation et d'Orientation" (CEO), για την ένταξη του εξυπηρετούμενου στο πρόγραμμα. Πρόκειται για μια διεπιστημονική ομάδα, που διεξάγει ιατρικές εξετάσεις και αξιολογεί το επίπεδο εξάρτησης του ατόμου, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Ασφάλισης. Ακόμα στη Γερμανία, λόγω έλλειψης του δημόσιου τομέα στην παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών, έχει αναπτυχθεί ο ιδιωτικός τομέας και ο εθελοντισμός.

Στις ευρωπαϊκές χώρες, παρομοίως με την Ελλάδα, εργάζονται ειδικότητες επαγγελματιών, όπως Κοινωνικός Λειτουργός/Ψυχολόγος/Κοινωνιολόγος, Οικογενειακός Βοηθός και Νοσηλεύτης, σε αρκετές περιπτώσεις υφίσταται Ιατρός, Ψυχολόγος, Φυσικοθεραπευτής καθώς και Εργοθεραπευτής.

Σε αρκετές χώρες, ισχύει ο θεσμός του 'άτυπου φροντιστή'. Αφορά την φροντίδα του εξυπηρετούμενου, από ένα άτομο που είτε είναι συγγενής, είτε φίλος, είτε ακόμα και Νοσηλεύτης που προσφέρει τις υπηρεσίες του επί πληρωμή. Ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος, έχει επιλέξει προσωπικά τον 'φροντιστή' του. Για παράδειγμα, στην Ισπανία η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων βασίζεται στις υπηρεσίες των 'άτυπων φροντιστών'. Στο Λουξεμβούργο δίνεται από το Κράτος, επίδομα νοσηλείας ύψους €23,85 ανά ώρα, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πληρωμή των 'άτυπων φροντιστών' (για π.χ. των συγγενών ή φίλων του). Αντιστοίχως στην Φινλανδία, παρουσιάζεται σε μεγάλο βαθμό, ο θεσμός του 'άτυπου φροντιστή'. Αναφέρεται ότι υπάρχουν περίπου 300.000, εκ των οποίων μόνο οι 20.000 είναι επίσημοι.

Το αντίστοιχο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των ευρωπαϊκών χωρών, λειτουργεί εκτός από τον δημόσιο τομέα και ιδιωτικά, μέσω μη κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.), εθελοντικών οργανισμών κ.λπ.. Για παράδειγμα, οι Δήμοι της Σουηδίας παρέχουν υπηρεσίες ή τις αγοράζουν από ιδιωτικούς φορείς. Έχουν όμως την υποχρέωση να διατηρούν τον έλεγχο των δικών τους, καθώς και των ιδιωτικών προγραμμάτων περίθαλψης. Η υποστήριξη από εθελοντικές οργανώσεις είναι περιορισμένη. Ακολούθως, στην Βρετανία, η κατ' οίκον φροντίδα υγείας παρέχεται από το δημόσιο τομέα, τις ιδιωτικές υπηρεσίες, τους εθελοντές και την οικογένεια. Παρομοίως στην Ιρλανδία, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παρόχων, συμπεριλαμβανομένων και των μη κυβερνητικών οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.). Με αποτέλεσμα, την δημιουργία ανισοτήτων και διαφοροποιήσεων ως προς την παροχή υπηρεσιών.

Στις περισσότερες χώρες, υφίσταται η αγορά υπηρεσιών μέσω 'κουπονιών' (voucher). Όστε ο εξυπηρετούμενος, να λειτουργεί ανεξάρτητα και να αγοράζει υπηρεσίες, από όποιον πάροχο επιθυμεί. Στην Ελλάδα δεν έχει ισχύει ακόμα, παρά το γεγονός, ότι κατά καιρούς αναφέρεται. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι εξυπηρετούμενοι αγοράζουν υπηρεσίες από τους παρόχους των προγραμμάτων κατ' οίκον υπηρεσιών, που είναι είτε οι Δήμοι, είτε οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.), είτε η Εκκλησία κ.λπ.. Το κόστος αγοράς των 'κουπονιών', ποικίλλει ανά χώρα και εξαρτάται από το

εισόδημα του εξυπηρετούμενου και την κατάσταση της υγείας του (για π.χ εάν έχει ποσοστό αναπηρίας κ.λπ.). Για παράδειγμα, στην Ολλανδία, ο εκάστοτε εξυπηρετούμενος μπορεί να αγοράσει περίθαλψη από κάποιον πάροχο, αλλά και από οποιοδήποτε πρόσωπο, το οποίο είναι πρόθυμο να του προσφέρει τις υπηρεσίες του (για π.χ. ένας φίλος, συγγενής ή γείτονας κ.λπ.). Στην Βρετανία, οι χρήστες των κατ' οίκον υπηρεσιών, αγοράζουν υπηρεσίες από το Δήμο ή από ιδιωτικές εταιρείες. Παρομοίως το ίδιο ισχύει στην Φινλανδία, στο Βέλγιο και στην Γαλλία. Οι Δήμοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους, είτε μέσω των δημοτικών υπαλλήλων, είτε μέσω ιδιωτικών εταιρειών.

Σε κάποιες χώρες, όπως στην Φινλανδία και στην Δανία, έχουν δημιουργηθεί από Μ.Κ.Ο. 'προστατευμένα σπίτια', για την παραμονή των ηλικιωμένων, που δεν έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, με σκοπό να είναι ασφαλείς. Σε αυτούς τους χώρους, είναι δυνατόν να δεχτούν τις κατ' οίκον υπηρεσίες.

Εν κατακλείδι, από την παρούσα εργασία διαφαίνεται η σημασία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», για τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.). Προσφέρεται πολύτιμη υποστήριξη στους ίδιους καθώς και στους φροντιστές τους, ώστε να ανταπεξέλθουν με το 'βάρος' της φροντίδας τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχει μια μακρόχρονη πορεία, από το 1996 που εφαρμόστηκε πιλοτικά, έως και σήμερα. Διαφαίνονται από την παρούσα εργασία, οι ελλείψεις του για όσους χρήζουν βοήθειας, είτε οικονομικής, είτε ιατρικής, είτε ψυχολογικής φύσεως κ.λπ.

Παρα το γεγονός, ότι κατά καιρούς έχουν εφαρμοστεί πιλοτικά αρκετά προγράμματα, έχουν καταργηθεί, διότι διεκώπει η χρηματοδοτήσή τους, που προερχόταν στο μεγαλύτερο ποσοστό, από ευρωπαϊκούς πόρους. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι το μόνο που έχει επιβιώσει, παρ' όλο που δεν έχει νομοθετικά κατοχυρωθεί και κινδυνεύει να καταργηθεί. Λόγω της αδυναμίας του κρατικού φορέα, να εξασφαλίσει τους οικονομικούς πόρους για τη διασφάλιση του προγράμματος, ώστε να μην εξαρτάται από την ευρωπαϊκή ένωση σχεδόν σε ετήσια βάση, για τη χρηματοδότησή του. Είναι σαφής η αδυναμία των Δήμων όλης της χώρας, στους οποίους εφαρμόζεται το πρόγραμμα, να εξασφαλίσουν τη συνέχισή του, με δικούς τους πόρους. Το Κράτος εδώ και χρόνια, από το 2004, έχει επισημάνει, ότι θα πρέπει να μεριμνήσουν οι Δήμοι, ώστε να εντάξουν τους εργαζόμενους στον προϋπολογισμό τους. Όστε να αποτραπεί η αβεβαιότητα των εξυπηρετούμενων, οι οποίοι δεν έχουν άλλο φορέα να απευθυνθούν, για την κάλυψη των αναγκών τους



καθώς και η επαπειλούμενη ανεργία των εργαζομένων, λόγω του γεγονότος, ότι οι συμβάσεις εργασίας τους, είναι μικρής διάρκειας.

Βάσει των προαναφερθέντων, δεν θεωρούμαστε Κράτος Πρόνοιας, όπως χώρες της Ευρώπης που αναφέρθηκαν, για π.χ η Σουηδία, η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και πολλές άλλες. Θα έπρεπε να δημιουργηθούν υπηρεσίες που θα προσφέρουν αποτελεσματική και ουσιαστική κάλυψη των αναγκών των πασχόντων. Διότι, δεν αποτελεί λύση η παροδική κάλυψη των αναγκών τους, παρά η δημιουργία ξεχωριστών υπηρεσιών, για κάθε μια ομάδα ατόμων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

1. Αδαμακίδου Θεοδούλα, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνά, (2007), 'Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας', Τμήμα νοσηλευτικής, εργαστήριο κοινοτικής νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 502-503
2. Αμίτσης Γαβριήλ, (2013), 'Τα μοντέλα κατ' οίκον φροντίδας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας', εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
3. Ε.Ε.Τ.Α.Α, (2013), 'Οι Δήμοι σε αριθμούς', Αθήνα
4. Ζαγορίτου Φρόσω, Μαρής Δημήτρης, Μπενέκος Ηλίας, (2011), 'Μνημόνιο και Τοπική Αυτοδιοίκηση: Ένας χρόνος μετά. Καλλικράτης: Θετικό το πρώτο τεστ αλλά πολλές οι αρρυθμίες. Οι ευρωπαϊκές πόλεις στο στόχαστρο της κρίσης', Επιθεώρηση, τοπική αυτοδιοίκηση, τεύχος 130, 6-7
5. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», 1996

### Ξένη

1. Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, (2008), 'Home care in Europe, the solid facts', World Health Organization
2. Marcu Monica, (2011), Population and social conditions, statistics in focus, product code: KS-SF-11-038, issue number 38/2011, Table: 1 demographic balance in 2010 (thousand), page 2

### Διαδικτυακές πηγές

1. [http://www.eetaa.gr/enarmonisi/voithia\\_sto\\_spiti\\_2011](http://www.eetaa.gr/enarmonisi/voithia_sto_spiti_2011)
2. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_8.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_8.html)
3. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/blog-post\\_3757.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/blog-post_3757.html)
4. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_7111.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_7111.html)
5. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/12/blog-post\\_28.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/12/blog-post_28.html)
6. <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/6.html>
7. <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/03/e.html>
8. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/04/blog-post\\_24.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2013/04/blog-post_24.html)

9. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/03/blog-post\\_3863.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/03/blog-post_3863.html)
10. <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/27715/paratasi-toy-voitheia-sto-spiti-gia-to-2015-epektasi-apo-to-2016.html>
11. <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2014/11/11014-311215-294503102015-kya.html>
12. <http://www.el.m.wikipedia.org>
13. <http://countryeconomy.com/demography/population/greece>
14. <http://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/greece>
15. <http://countryeconomy.com/demography/fertility/greece>
16. <http://countryeconomy.com/demography/mortality/greece>
17. <http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/2.html>
18. <http://webtv.nerit.gr/katigories/enimerosi/13ian2015-exi-deka/>
19. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/blog-post\\_34.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/01/blog-post_34.html)
20. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post\\_5.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post_5.html)
21. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post\\_16.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2015/02/blog-post_16.html)
22. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Switzerland>
23. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/France>
24. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Germany>
25. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Sweden>
26. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Denmark>
27. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Norway>
28. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Finland>
29. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/United-Kingdom#fragment-1>
30. [www.parliament.ukhttp://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/United-Kingdom#fragment-2](http://www.parliament.ukhttp://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/United-Kingdom#fragment-2)

31. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Ireland>
32. [http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post\\_26.html](http://voithiastospiti.blogspot.gr/2012/11/blog-post_26.html)
33. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Portugal>
34. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Spain>
35. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Netherlands>
36. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Italy>
37. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Luxembourg>
38. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Belgium>
39. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Austria>