

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ

ΚΡΑΤΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ. ΕΜΠΟΔΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Άννα Μπούσμπου¹, Ιωάννης Αποστολάκης², Παύλος Σαράφης³

1. Κοινωνική Λειτουργός, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
2. Ιατρική Πληροφορική PhD, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
3. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΠΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα / Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

DOI: 10.5281/zenodo.12790680

Cite as: Bousmpou, A., Apostolakis, I., & Sarafis, P. (2023). WELFARE STATES AND DISABILITY IN GREECE IN COMPARISON TO EUROPE. BARRIERS OF ACCESS TO THE HEALTH SYSTEM. In *Perioperating Nursing (GORNA)* (Vol. 12, Number 3, pp. 266–276). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12790680>

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ανάλυση των κρατών πρόνοιας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την επίτευξη της ευημερίας του πληθυσμού. Ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες όπως τα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ), αποτελούν μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού, που λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους συναντούν σημαντικά εμπόδια στην καθημερινότητα τους σε ένα συχνότερο βαθμό από αυτό των υπολοίπων. Σκοπός του άρθρου ήταν η διερεύνηση των τυπολογιών των κρατών πρόνοιας, η παρουσίαση της επιδημιολογικής κατάστασης της αναπηρίας στην Ευρώπη και των εμποδίων που συναντούν τα ΑμεΑ. **Η μεθοδολογία** περιελάμβανε αναζήτηση πηγών και στατιστικών στοιχείων στην ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Αποτελέσματα: Ο αριθμός των ατόμων που είχαν κάποιο είδος αναπηρίας στην Ευρώπη το 2021 είναι 87 εκατομμύρια με τη Μάλτα να σημειώνει το μικρότερο ποσοστό (16.7%) και τη Λετονία το μεγαλύτερο ποσοστό (37.1%) αναπηρίας σε όλη την Ευρώπη. Στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία (2012-2021) το μικρότερο ποσοστό ΑμεΑ αναγράφεται το 2012 με (22.6%) και το μεγαλύτερο το 2015 με (24.8%). Τα ΑμεΑ στην Ελλάδα συναντούν πολυάριθμα εμπόδια, κάποια από αυτά είναι η ανισότητα, η διάκριση, η έλλειψη σεβασμού και ολοκληρωμένης ιατρικής παρέμβασης, η μειωμένη αυτονομία και η ελλιπής πληροφόρηση που δυσκολεύουν σημαντικά την πρόσβαση στο υγειονομικό σύστημα. **Συμπεράσματα:** Υπάρχει ανάγκη για άμεση παρέμβαση από το κράτος με τη δημιουργία δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για τους επαγγελματίες υγείας, την τήρηση της νομοθεσίας ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα αλλά και των προϋποθέσεων λειτουργίας των μονάδων υγείας(κτήρια και εγκαταστάσεις) και τέλος την εγκατάσταση τεχνολογιών που υποστηρίζουν την προσβασιμότητα των ΑμεΑ με σκοπό την εξάλειψη των εμποδίων και τη δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας που να παρέχει ισότιμη πρόσβαση και κοινωνική ευημερία σε όλους.

Λέξεις κλειδιά: Τυπολογίες Κρατών Πρόνοιας, Μοντέλα Αναπηρίας, Εμπόδια Πρόσβασης στο Σύστημα Υγείας και Στρατηγικές Επίλυσης.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Άννα Μπούσμπου, Άγιος Παύλος Χαλκιδικής. Τηλέφωνο: 6981659352 Email: annampousmpou@gmail.com

SPECIAL ARTICLE

WELFARE STATES AND DISABILITY IN GREECE IN COMPARISON TO EUROPE. BARRIERS OF ACCESS TO THE HEALTH SYSTEM

Anna Bousmpou¹, Ioannis Apostolakis², Pavlos Sarafis³

1. Social Worker, Postgraduate student at the MSc in Health Care Management, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patra / Social Service, Municipality of Nea Propontida, Halkidiki, Greece
2. Medical Informatics PhD, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras / Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens, Greece
3. Associate Professor, School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras/ General Department, University of Thessaly, Greece.

Abstract

Introduction: Welfare state analysis is an important tool for achieving population well-being. Specific population groups such as persons with disabilities (PwD) constitute a large proportion of the general population, who because of their particular characteristics encounter significant obstacles in their daily lives to a greater extent than others. **The purpose** of the article was the investigation of the typologies of the welfare states, the presentation of the epidemiological situation of disability in Europe and the obstacles encountered by the PwD. **The methodology** included research for information and statistics in Greek and foreign literature and sources. **Results:** The number of people who had some kind of disability in Europe in 2021 is 87 million with Malta having the lowest disability rates (16.7%) and Latvia the highest rates (37.1%) in Europe. In Greece over the last decade (2012-2021) the lowest disability rate was recorded in 2012 with (22.6%) and the highest in 2015 with (24.8%). People with disabilities in Greece face many barriers. Some of them are inequality, discrimination, lack of respect and integrated medical intervention, reduced autonomy and lack of information, which make the access to the health care system very difficult. **Conclusions:** There is a need for immediate intervention by the state through the creation of awareness and information actions for health professionals, compliance with legislation on human rights and the conditions for the operation of health units (buildings and facilities) and finally the installation of technologies that support the accessibility of people with disabilities, in order to eliminate barriers and create a welfare state that provides equal access and social well-being for all.

Keywords: Welfare States, Types and Models of Disability, Barriers to Health System Access and Strategies for Resolution

Corresponding author: Anna Bousbou, Agios Pavlos Halkidiki. Phone number: 6981659352 Email: annampousmpou@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χώρος της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί ένα πολυδιάστατο πεδίο άσκησης πολιτικών στρατηγικών που αφορούν τη διατήρηση και τη βελτίωση της ευημερίας όλων των πληθυσμιακών ομάδων, την προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την οργάνωση των κρατών πρόνοιας [1]. Μέσω της κοινωνικής πολιτικής υλοποιούνται προγράμματα που σχετίζονται με τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τα οποία οριοθετείται το πλαίσιο για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των πολιτών που οδηγούν στην καλύτερη πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες. Η παρέμβαση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας αφορά την κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική πρόνοια και την προστασία της υγείας [2].

Το Κράτος Πρόνοιας ή αλλιώς Κοινωνικό Κράτος είναι μια έννοια που στοχεύει στην ανάδειξη των κοινωνικών κινδύνων που απειλούν τους πολίτες μιας χώρας, με στόχο την αντιμετώπιση τους για την εξασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας του συνόλου. Σε σύγκριση με το θεσμικό χαρακτήρα της κοινωνικής προστασίας, το κράτος πρόνοιας χαρακτηρίζεται ως μια γενικευμένη έννοια που προσδιορίζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των χωρών, όπως είναι τα κοινωνικό-οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά [3].

Κάθε χώρα λοιπόν, μέσω των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και ευρύτερα της κοινωνικής πολιτικής, στοχεύει στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ιδιαίτερα των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων όπως είναι τα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ). Ως αναπηρία ορίζεται η κατάσταση όπου ένα άτομο εμφανίζει διαταραχές στην ψυχοσωματική λειτουργία, λόγω κοινωνικών, ψυχικών ή οργανικών αιτιών με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφορετικές ανάγκες από αυτές του κοινωνικού συνόλου [4].

Από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2021, στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής και του κράτους πρόνοιας, θεσπίστηκε η στρατηγική των δικαιωμάτων των ΑμεΑ έως το 2030 όπου όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής ένωσης καλούνται να υιοθετήσουν μέτρα για την

προάσπιση της κοινωνικής προστασίας των ατόμων με αναπηρία, της ισότητας, της μη διάκρισης και ιδιαίτερα της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας [5]. Το ελληνικό κράτος συμβάλει σε αυτή την προσπάθεια με δράσεις του Εθνικού σχεδίου δράσης στοχεύοντας στην παροχή ποιοτικής και ισότιμης δημόσιας υγείας σε όλους [6]. Παρά τις προσπάθειες των κρατών για την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτής της ιδιαίτερα ευάλωτης ομάδας ανθρώπων, υπάρχουν περιπτώσεις στιγματισμού και προκατάληψης και ιδιαίτερα στον κλάδο της υγείας που αποτελεί έναν τομέα ζωτικής σημασίας για τα ΑμεΑ [7].

Σκοπός του άρθρου ήταν η διερεύνηση των τυπολογιών και μοντέλων των κρατών πρόνοιας, και η παρουσίαση της επιδημιολογικής κατάστασης της αναπηρίας στην Ευρώπη. Επιπλέον, ήταν η διερεύνηση των καθημερινών εμποδίων που συναντούν τα ΑμεΑ στην κοινωνία ιδιαίτερα στο σύστημα υγείας και παράθεση λύσεων για την αντιμετώπιση των εμποδίων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, περιελάμβανε την αναζήτηση σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσα από άρθρα, ερευνητικές εργασίες και βιβλία σχετικά με το θέμα τα οποία συλλέχθηκαν από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Medline. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Welfare States, Types and Models of Disability, Barriers to Health System Access and Strategies for Resolution.

Οι τυπολογίες των κρατών πρόνοιας

Η κοινωνία είναι ένας οργανισμός που αλλάζει συνεχώς. Η ανάλυση των κρατών πρόνοιας αποτελεί μια απαραίτητη διαδικασία που ενισχύει τις χώρες να προσαρμοστούν στις αλλαγές που συμβαίνουν στην κοινωνία και στα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Αυτά τα δεδομένα αφορούν κυρίως τους παραδοσιακούς κοινωνικούς κινδύνους δηλαδή την ανεργία, το γήρας,

την ασθένεια και την αναπηρία, που συνεχίζουν να υπάρχουν και να αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών δαπανών, αλλά και τους εν δυνάμει κοινωνικούς κινδύνους. Δηλαδή, την αναδιοργάνωση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και την επένδυση σε κοινωνικές δράσεις και υπηρεσίες στοχεύοντας στην ανάδειξη κατάλληλων μελλοντικών μέτρων και στρατηγικών αντιμετώπισης [8]. Τα κράτη πρόνοιας διακρίνονται σε τρεις τυπολογίες, πιο συγκεκριμένα στην τυπολογία Titmuss, στην Esping-Andersen και στην Ferrera.

1. Στην τυπολογία **Titmuss** διακρίνονται τρία μοντέλα κρατών πρόνοιας. Το υπολειμματικό, που συναντάται κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), χαρακτηρίζεται από τη μειωμένη εμπλοκή του κράτους παρεμβαίνοντας μόνο σε περιπτώσεις απόλυτης φτώχειας και από απουσία πρόληψης για την επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας των πολιτών, για την οποία είναι υπεύθυνοι οι ίδιοι οι πολίτες με τη βοήθεια της οικογένειας και της αγοράς. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό που εφαρμόζεται στις Σκανδιναβικές χώρες και παρέχει καθολική κάλυψη και πρόληψη, βάσει θεσμών που παρεμβαίνουν ικανοποιητικά στις ανάγκες των πολιτών. Επίσης, το ίδιο παρεμβαίνει και στην αναδιανομή του πλούτου για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Και, ως τρίτο το βιομηχανικό ή αλλιώς επιχειρηματικό που εμφανίζεται σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και στοχεύει στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού μέσω της εργασίας των πολιτών και της συμβολής αυτών στην παραγωγική διαδικασία [3].

2. Στην τυπολογία του **Esping-Andersen**, όπου αναφέρονται επίσης τρία καθεστώτα (μοντέλα). Το φιλελεύθερο που αφορά χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Νέα Ζηλανδία, η Αυστραλία αλλά και χώρες όπως ο Καναδάς, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο σε μικρότερο όμως βαθμό. Χαρακτηρίζεται από αυστηρά οριοθετημένες ευθύνες του κράτους για την κοινωνική ευημερία και προστασία. Παρέχει μικρή κρατική βοήθεια σε λίγους με αποτέλεσμα τη δημιουργία στιγματισμού και υπάρχει

ατομική κοινωνική ασφάλιση των πολιτών με έντονη εμπλοκή της ιδιωτικής αγοράς στις κοινωνικές υπηρεσίες. Το συντηρητικό-κορπορατιστικό που εφαρμόζεται σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, όπως είναι η Γαλλία και η Γερμανία και αποτελεί ένα παράδειγμα όπου το κράτος επιτυγχάνει επαρκή παρέμβαση στην παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών με παράλληλη διατήρηση της κοινωνικής ιεραρχίας. Ακόμη, η οικογένεια και η εκκλησία κατέχουν ενεργό ρόλο στη κοινωνική προστασία. Τέλος, το σοσιαλδημοκρατικό χαρακτηρίζεται από καθολική παρέμβαση του κράτους στην παροχή κοινωνικής ευημερίας και προστασίας, με υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών και με ισχυρή αναδιανεμητική δράση, περιορίζοντας τις ανισότητες του εισοδήματος που επιφέρει η αγορά [9].

3. Στην τυπολογία **Ferrera** που περιγράφεται από προσθήκες που έγιναν στην τυπολογία του Esping-Andersen. Η πρώτη προσθήκη αφορά τις Νότιες χώρες της Ευρώπης δηλαδή την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για ένα μικτό σύστημα κοινωνικής προστασίας με στοιχεία από το Συντηρητικό- Κορπορατιστικό και το Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο. Επιπλέον, κυριαρχεί η πελατειακή σχέση κράτους-πολίτη και υπάρχουν ανισότητες και πίεση από τους κινδύνους, όπως η γήρανση και η εισροή μεταναστών. Η δεύτερη προσθήκη αφορά χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και εμφανίζεται το συντηρητικό μετά-κομμουνιστικό καθεστώς για την Κεντρική Ευρώπη με πολύ βοηθητικά συστήματα κοινωνικής προστασίας και το φιλελεύθερο μετά-κομμουνιστικό για χώρες της Βαλτικής με έλλειψη εργατικών νόμων και ύπαρξη νεοφιλελεύθερων θεσμών [3].

Τα χαρακτηριστικά των κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη

Αυτά παρουσιάζουν πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα λόγω των κοινωνικο-οικονομικών αλλαγών που συμβαίνουν σε παγκόσμιο επίπεδο. Όλα τα κράτη πρόνοιας συναντούν κινδύνους που

απορρέουν από τη γήρανση του πληθυσμού, την παγκοσμιοποίηση και τους πολέμους με αποτέλεσμα να αδυνατούν να χειριστούν τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες. Εξαιρέση αποτελεί το σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς που έχει καταφέρει τη μείωση της φτώχειας σε έναν ικανοποιητικό βαθμό με καθολική κάλυψη και αναδιανομή πλούτου με ταυτόχρονο έλεγχο της ιδιωτικής αγοράς. Στο ίδιο πλαίσιο καθολικής κάλυψης του πληθυσμού βρίσκεται και το συντηρητικό καθεστώς αλλά μειονεκτεί λόγω της μη κάλυψης των ανέργων και της προώθησης πατριαρχικών προτύπων [10].

Το μοντέλο των Νότιων χωρών της Ευρώπης στο οποίο εντάσσεται και η Ελλάδα παρουσιάζει χαρακτηριστικά που οδηγούν και σε μειονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το Ελληνικό κράτος πρόνοιας σε αυτό συναντάται ανισότητα στις εισοδηματικές μεταβιβάσεις μεταξύ των πληθυσμών αλλά και στην κατανομή των πόρων. Αποτέλεσμα αυτών είναι η υπολειτουργία των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Σημαντικές ανισότητες υπάρχουν και στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας που τυπικά θεωρείται καθολική, ισότιμη και δημόσια παρόλο που εμπλέκεται σημαντικά και ο ιδιωτικός τομέας. Επιπλέον, παρατηρείται πελατειακή σχέση μεταξύ κράτους και πολιτών, μειωμένη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας και ύπαρξη έντονης δυσαρέσκειας από τους πολίτες [3].

Τα διαφορετικά είδη της αναπηρίας

Βασικό περιεχόμενο της έννοιας αναπηρία είναι ότι μια ψυχοσωματική βλάβη επιφέρει ανικανότητα-αναπηρία στην καθημερινή ζωή και οδηγεί στην κοινωνική μειονεξία [11]. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της αναπηρίας κατηγοριοποιείται σε πέντε (5) γενικευμένες μορφές αναπηρίας που είναι η κινητική, η νευρολογική, η αισθητηριακή, η νοητική αναπηρία και η ψυχική ασθένεια. Ως κινητική αναπηρία ορίζεται η μόνιμη ή περιστασιακή σωματική βλάβη που προκαλεί δυσκολία ή απώλεια της κινητικότητας. Πιο συγκεκριμένα η κινητική αναπηρία μπορεί να είναι εκ γενετής ή επίκτητη μετά

από κάποιο σοβαρό ατύχημα, έχει τη μορφή της παραπληγίας, όπου η βλάβη βρίσκεται από τη μέση έως τα κάτω άκρα και της τετραπληγίας στην οποία προσβάλλονται και τα τέσσερα σωματικά άκρα. Στο ίδιο φάσμα βρίσκεται και η νευρολογική αναπηρία, καθώς έπειτα από κάποια βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή ύπαρξη προβλήματος εκ γενετής, προκαλείται κάποια από τις παραπάνω κινητικές αναπηρίες και σε πολλές περιπτώσεις προσβάλλονται και επιπλέον λειτουργίες του σώματος όπως είναι η ομιλία [12].

Η αισθητηριακή αναπηρία σχετίζεται με την απώλεια της ακοής, της όρασης, της αφής, της όσφρησης και της γεύσης [13]. Μια τέτοια βλάβη μπορεί να προκληθεί έπειτα από καταστάσεις ακραίας πίεσης του ανθρώπινου οργανισμού όπως είναι ο υψηλός πυρετός σε πολύ μικρή ηλικία, μετά από κάποιο σοβαρό ατύχημα που προκαλεί κακώσεις στην περιοχή του κεφαλιού και εκ γενετής έπειτα από επιπλοκές εγκυμοσύνης [14].

Επιπροσθέτως, νοητική αναπηρία ή αλλιώς νοητική υστέρηση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η νοητική λειτουργία του ανθρώπου δεν αναπτύσσεται με φυσιολογικούς ρυθμούς αλλά παρατηρείται επιβράδυνση ή δεν αναπτύσσεται ποτέ ολοκληρωτικά [11]. Πιο αναλυτικά, αυτή η ατελής ανάπτυξη αποτελείται από διαταραχές των αναπτυξιακών δεξιοτήτων που συμβάλουν στη γλωσσική, γνωστική, κινητική και κοινωνική σφαίρα της ανθρώπινης ανάπτυξης και εμφανίζεται έως την ενηλικίωση. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη υπό φυσιολογικούς ρυθμούς αφορά την εμφάνιση ορισμένων αναμενόμενων δεξιοτήτων σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα [15].

Τέλος, ως ψυχική ασθένεια ορίζεται μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από διαταραχή της νόησης, της ικανότητας ρύθμισης των συναισθημάτων και της αναμενόμενης ενδεδειγμένης συμπεριφοράς ενός ανθρώπου. Πιο αναλυτικά, αυτή η δυσμενής κατάσταση χαρακτηρίζεται από ύπαρξη αγωνίας, φόβου, επιθετικότητας και αυτοτραυματισμού που δημιουργούν

ψυχολογική δυσφορία σε σημείο να μειώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο. Τα είδη των ψυχολογικών και ψυχικών διαταραχών αποτελούν οι διαταραχές άγχους, η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η σχιζοφρένια, οι διατροφικές διαταραχές, η διαταρακτική συμπεριφορά και οι αντικοινωνικές διαταραχές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές που περιλαμβάνουν το φάσμα του αυτισμού και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας [16].

Κριτικός σχολιασμός του ιατρικού και κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας

Η μελέτη των μοντέλων της αναπηρίας στοχεύει στην κατανόηση της ιατρικής και κοινωνικής της διάστασης. Το ιατρικό μοντέλο βασίζεται στην αναγνώριση και την κατανόηση του προβλήματος υπό την ιατρική οπτική της διάγνωσης και της θεραπείας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως ιατρικά περιστατικά, καθώς δίνεται έμφαση στη λειτουργία του σώματος. Το εν λόγω μοντέλο δημιουργεί στιγματισμό και αποκλείει το άτομο από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που το αφορούν προσωπικά, καθώς ο ιατρός είναι ο μόνος που αποφασίζει [11]. Αντίθετα, το κοινωνικό μοντέλο επικεντρώνεται στο άτομο και στην κοινωνική διάσταση της αναπηρίας δίνοντας έμφαση στον αντίκτυπο που έχουν τα χαρακτηριστικά κάθε κοινωνίας στα ΑμεΑ. Επιπλέον, κυριαρχεί η άποψη ότι η κοινωνία δημιουργεί την αναπηρία και ενισχύει τα προβλήματα προσβασιμότητας [17].

Παρά τα διαφορετικά χαρακτηριστικά τους τα μοντέλα της αναπηρίας είναι και τα δύο εξίσου σημαντικά. Το ιατρικό μοντέλο είναι απαραίτητο για την ιατρική διάγνωση και την κατανόηση της κατάστασης του ατόμου με αναπηρία, έχοντας ως σκοπό τη διασφάλιση της ευημερίας του και τη συμβολή στην εξέλιξη της ιατρικής έρευνας για την αναπηρία. Από την άλλη, το κοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει το κοινωνικό περιβάλλον, το επίπεδο φροντίδας, τις κοινωνικές

ευκαιρίες και την αντιμετώπιση των στερεοτύπων και του στιγματισμού [18].

Η επιδημιολογική κατάσταση της αναπηρίας στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ευρώπη τα τελευταία 10 χρόνια

Σε παγκόσμιο επίπεδο το ποσοστό των ανθρώπων που έχουν κάποιο είδος ήπιας ή βαριάς μορφής αναπηρίας υπολογίζεται ότι είναι περίπου 16% δηλαδή 1,3 δισεκατομμύρια άτομα [19]. Στην Ευρώπη ο αριθμός των ΑμεΑ ανέρχεται σε 87 εκατομμύρια με μέσο επίπεδο στο 24% του συνολικού πληθυσμού [20]. Το έτος 2021 το μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας καταγράφεται στη Λετονία 37.1% και το μικρότερο ποσοστό στη Μάλτα 16.7%, η Ελλάδα βρίσκεται σε μέσο επίπεδο συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης με ποσοστό 23.3% του συνολικού πληθυσμού (Σχήμα 1).

Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω κάποιας μορφής αναπηρίας είναι η Λετονία, Δανία, Εσθονία, Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβακία και Φινλανδία με ποσοστά που κυμαίνονται στο 30% του συνολικού πληθυσμού, ενώ στα χαμηλότερα ποσοστά βρίσκονται χώρες όπως η Σερβία, Βόρεια Μακεδονία, Νορβηγία, Σουηδία, Βουλγαρία και Μάλτα με ποσοστά κάτω του 20% (Πίνακας 1).

Στην Ελλάδα το χαμηλότερο ποσοστό σημειώνεται το έτος 2012 με 22.6%, ενώ το υψηλότερο το 2017 με 24.8%, μετέπειτα παρατηρείται σταθερή μείωση των ποσοστών αναπηρίας σε επίπεδα της τάξεως του 23% του συνολικού πληθυσμού (Σχήμα 2) [21]. Εκτιμάται πως τα ποσοστά αναπηρίας θα σημειώσουν αύξηση κατά τα επόμενα χρόνια λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Εμπόδια προσβασιμότητας των ΑμεΑ στις υπηρεσίες υγείας και στρατηγικές επίλυσης αυτών

Τα ΑμεΑ έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με εμπόδια που περιορίζουν την πρόσβαση τους γενικά στους

δημόσιους χώρους λόγω αρχιτεκτονικής, συμπεριφοράς, πληροφόρησης, επικοινωνίας και τεχνολογίας, αλλά και στον τομέα της υγειονομικής περιθαλψης. Αυτά αφορούν την ανισότητα, τη διάκριση, την έλλειψη σεβασμού και ολοκληρωμένης ιατρικής παρέμβασης, τη μειωμένη αυτονομία και πληροφόρηση και χρήζουν άμεσης παρέμβασης και προτεραιότητας από τη μεριά του κράτους βάσει των ιδιαίτερων αναγκών των ΑμεΑ [22].

Κύριο εμπόδιο πρόσβασης αποτελεί η συμπεριφορά των υγειονομικών προς τα ΑμεΑ λόγω ανακριβειών, ημιμάθειας και στερεοτύπων που επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας και διάγνωσης, καθώς πολλοί ιατροί πιστεύουν πως δεν έχουν την ικανότητα και τις γνώσεις να περιθάλψουν άτομα με αναπηρίες. Επιπλέον, η αρχιτεκτονική και η διαρρύθμιση του χώρου δημιουργούν εμπόδια πρόσβασης που αφορούν το σχεδιασμό, τις διαστάσεις, την ποιότητα και την καταλληλότητα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για την πρόσβαση ατόμων με αναπηρικά αμαξίδια και βοηθήματα. Ακόμη, η ελλιπής πληροφόρηση δημιουργεί πολλά προβλήματα και εμπόδια για τη λήψη ζωτικής σημασίας πληροφοριών από άτομα με αναπηρίες ακοής, όρασης και νοημοσύνης [23].

Οι λύσεις που προτείνονται για τα εμπόδια της πρόσβασης στην υγεία, σχετίζονται κυρίως με θεσμικές παρεμβάσεις του κράτους αλλά και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων(ΜΚΟ) μέσω του σχεδιασμού δράσεων. Πιο αναλυτικά, για την επίλυση των εμποδίων που αφορούν τη συμπεριφορά προτείνονται συστηματικές δράσεις από ΜΚΟ που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και στην ενημέρωση για τις ιδιαιτερότητες των ΑμεΑ. Επιπλέον, κρατικά σεμινάρια γνώσεων και ενημέρωσης για τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το σωστό χειρισμό των ιδιαίτερων καταστάσεων και την εξάλειψη του φόβου προς τα ΑμεΑ. Τέλος, συνιστάται υλοποίηση και τήρηση των ήδη υπάρχοντων νόμων για τα ανθρώπινα δικαιώματα που κατοχυρώνονται οι αρχές της ισότητας και της μη διάκρισης [24].

Επιπροσθέτως, για την επίλυση του προβλήματος της προσβασιμότητας στις υγειονομικές εγκαταστάσεις θα πρέπει να τηρούνται η νομοθεσία και οι προϋποθέσεις λειτουργίας μιας δομής φροντίδας υγείας ως προς τον κτηριακό σχεδιασμό, τις διαστάσεις και την ύπαρξη ιατρικών μηχανημάτων ειδικά σχεδιασμένων για τη χρήση τους από ΑμεΑ. Επιπλέον, είναι αναγκαίο να υπάρχουν αυστηροί έλεγχοι κατά τη δημιουργία αλλά και τη λειτουργία των δομών [22].

Για την άρση της μειωμένης πληροφόρησης προτείνεται η εγκατάσταση τεχνολογιών που καλύπτουν ανάγκες όπως η επεξήγηση στη νοηματική γλώσσα και στο σύστημα γραφής και ανάγνωσης των τυφλών(Κώδικας Μπράιγ). Επιπλέον, προτείνεται η υιοθέτηση εστιασμένων ψηφιακών εφαρμογών και ιστοσελίδων που θα παρέχουν πρόσβαση στη διαχείριση των ιατρικών δεδομένων τους [25]. Τέλος, είναι απαραίτητη η παρέμβαση του κράτους με τη δωρεάν παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε ΑμεΑ, όπως είναι η κοινωνική υπηρεσία Βοήθεια στο Σπίτι και η διάθεση καταρτισμένων συνοδών που θα συνοδεύουν τους εξυπηρετούμενους στις υπηρεσίες υγείας [26].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

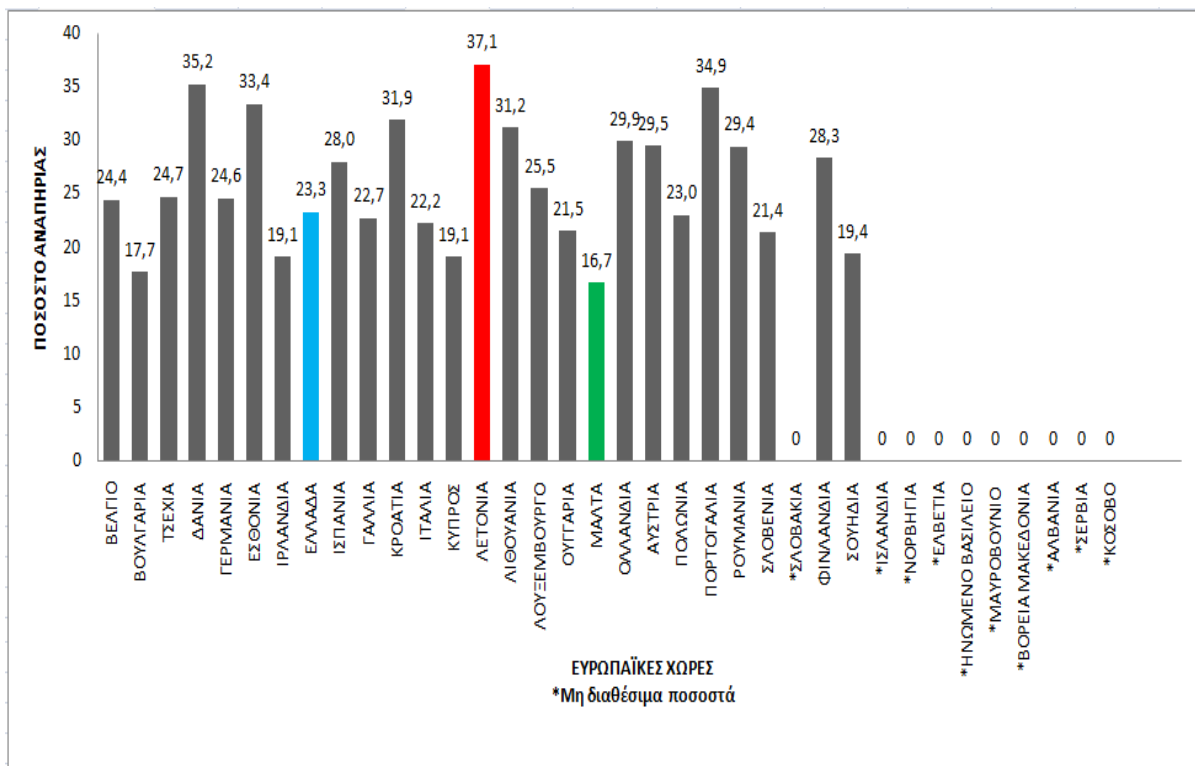
Τα κράτη πρόνοιας κατέχουν σημαντική θέση στην προσπάθεια των χωρών να ανταπεξέλθουν στις συνεχόμενες εξελίξεις της σύγχρονης κοινωνίας και την παγκοσμιοποίηση. Το Νότιο-Ευρωπαϊκό μοντέλο που εντάσσεται η Ελλάδα φέρει αρνητικά χαρακτηριστικά και χρήζει από ρυθμιστικές παρεμβάσεις. Στόχος είναι η επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας συνολικά στην κοινωνία και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ΑμεΑ που συναντούν πολυάριθμα προβλήματα και φραγμούς στην κοινωνική τους ένταξη αλλά και στο σύστημα υγείας. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν ήπια ή βαριά μορφή αναπηρίας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία βρίσκεται στο 22%-25% του γενικού πληθυσμού(στοιχείο που δείχνει ότι ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού έχει κάποιο είδος αναπηρίας). Το κράτος λοιπόν οφείλει να παρέμβει με δράσεις και

θεσμικές παρεμβάσεις που να έχουν σχεδιαστεί για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, με στόχο την εξάλειψη αυτών των εμποδίων. Σημαντικά εργαλεία στην επίτευξη της κοινωνικής ένταξης και ευημερίας των ΑμεΑ αποτελούν η δημιουργία δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης για τα δικαιώματα των ΑμεΑ με βάση το συνδυασμό των δύο μοντέλων αναπηρίας, η αυστηρή τήρηση της νομοθεσίας για τις

προϋποθέσεις λειτουργίας των μονάδων υγείας ως προς τα κτήρια και τις εγκαταστάσεις και τέλος η ενσωμάτωση τεχνολογιών που υποστηρίζουν την προσβασιμότητα των ΑμεΑ σχετικά με την πληροφόρηση και την επικοινωνία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Σχήμα 1. Ποσοστό ΑμεΑ από 16 ετών και άνω, στην Ευρώπη για το 2021. Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα από Eurostat 2022 [21].

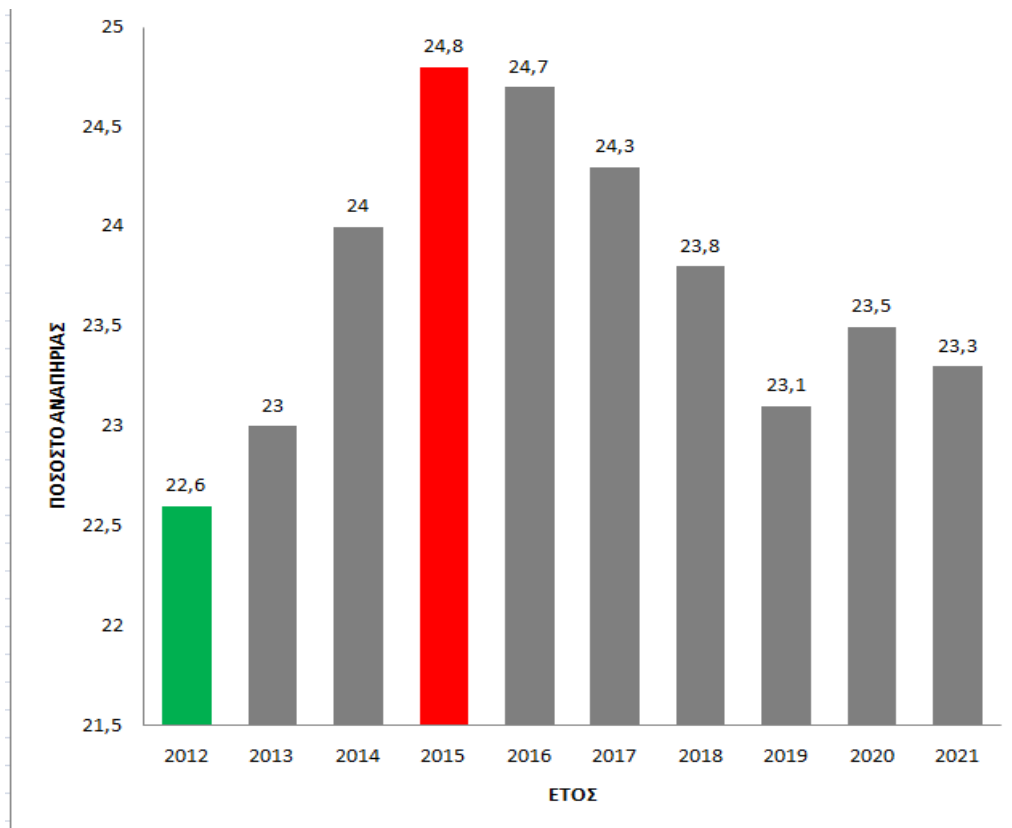


Πίνακας 1. Ποσοστό επί τοις εκατό % ΑμεΑ συνολικού πληθυσμού από 16 ετών και άνω, ανά χώρα Ε.Ε.(2012-2021). Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα από Eurostat 2022 [21].

ΕΤΟΣ	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ΧΩΡΑ										
ΒΕΛΓΙΟ	22,0	23,5	24,0	23,6	24,7	24,8	25,2	27,2	25,0	24,4
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	18,3	17,7	18,0	19,3	16,2	18,8	16,6	16,1	16,2	17,7
ΤΣΕΧΙΑ	23,7	24,3	23,6	24,9	25,2	28,1	28,0	28,6	29,4	24,7
ΔΑΝΙΑ	27,3	27,5	28,2	30,5	28,7	30,2	29,0	31,1	33,0	35,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	34,0	34,4	36,2	21,2	21,3	22,1	22,3	21,8	24,5	24,6
ΕΣΘΟΝΙΑ	32,5	32,8	34,1	35,0	32,3	34,4	39,5	35,0	32,6	33,4
ΙΡΑΝΔΙΑ	16,6	17,3	17,6	17,6	16,4	17,0	15,8	16,4	20,3	19,1
ΕΛΛΑΔΑ	22,6	23,0	24,0	24,8	24,7	24,3	23,8	23,1	23,5	23,3
ΙΣΠΑΝΙΑ	21,7	24,1	23,6	24,8	22,4	18,6	20,6	18,4	22,8	28,0
ΓΑΛΛΙΑ	24,9	24,9	24,8	25,2	25,7	25,4	25,2	25,0	25,1	22,7
ΚΡΟΑΤΙΑ	22,9	29,6	28,9	35,1	32,3	32,9	33,4	34,4	32,6	31,9
ΙΤΑΛΙΑ	29,5	29,9	29,0	29,0	22,3	23,9	23,7	22,1	22,4	22,2
ΚΥΠΡΟΣ	20,3	20,3	18,3	20,8	16,0	19,8	24,0	23,5	23,1	19,1
ΛΕΤΟΝΙΑ	29,3	37,2	37,4	38,4	37,4	41,3	40,0	39,5	39,7	37,1
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	25,7	25,7	25,8	30,7	29,3	30,1	30,6	31,7	32,6	31,2
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	19,4	23,6	23,8	25,7	27,0	28,3	27,2	25,5	24,7	25,5
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	25,7	26,9	26,4	27,7	26,9	26,1	25,4	24,8	22,8	21,5
ΜΑΛΤΑ	10,6	11,3	10,0	9,8	12,9	11,8	11,9	11,8	14,1	16,7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	28,1	31,3	28,4	30,7	29,5	30,4	31,2	29,3	28,6	29,9
ΑΥΣΤΡΙΑ	27,1	29,4	33,0	33,1	34,2	34,2	34,1	33,9	31,9	29,5
ΠΟΛΩΝΙΑ	23,4	24,1	24,2	24,4	22,8	24,0	24,0	24,4	24,4	23,0
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	24,8	25,7	35,2	36,1	33,0	33,3	33,5	33,0	32,1	34,9
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	27,7	27,0	26,4	26,1	26,1	27,6	26,5	25,4	25,9	29,4
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	33,4	29,4	29,8	31,5	31,2	36,3	35,4	28,5	22,1	21,4
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	33,1	31,8	32,0	31,5	29,4	31,9	31,2	31,4	32,1	*
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	34,2	*	32,6	33,1	32,6	33,5	34,2	35,7	35,2	28,3
ΣΟΥΗΔΙΑ	*	22,0	12,8	12,9	12,6	13,1	13,0	13,1	12,9	19,4
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	17,0	16,8	17,9	18,2	20,2	25,6	26,0	*	*	*
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	13,5	16,4	15,7	15,9	16,9	16,3	16,9	19,6	20,0	*
ΕΛΒΕΤΙΑ	18,9	29,3	31,6	29,9	31,3	29,8	30,4	30,2	28,7	*
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	21,7	21,5	23,0	23,4	24,2	25,2	27,3	*	*	*
ΜΑΥΡΟΒΟΥΝΙΟ	*	25,3	22,1	22,8	21,9	22,0	21,5	23,6	20,2	*
ΒΟΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	*	14,2	13,2	13,2	12,3	13,9	14,2	14,7	14,2	*
ΑΛΒΑΝΙΑ	*	*	*	*	*	36,2	39,5	38,5	37,3	*
ΣΕΡΒΙΑ	*	18,3	16,2	17,3	15,9	18,7	13,4	14,2	12,7	*
ΚΟΣΟΒΟ	*	*	*	*	*	*	12,8	*	*	*

* Μη διαθέσιμα ποσοστά

Σχήμα 2. Ποσοστό επί τοις εκατό % ΑμεΑ από 16 ετών και άνω στην Ελλάδα(2012-2021). Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί με βάση δεδομένα από Eurostat 2022 [21].



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kasimati K. *Social Planning and Evaluation: Methods and Practices*, 3rd Edition. GUTENBERG, Athens, 2002.
2. Nikokirakis G, Sarafis P. Social protection and challenges of the European welfare state. *Archives of Hellenic Medicine*. 2018; 35(4):464-471.
3. Nikolentzos A. Introduction to social protection and the welfare state. In: Sarafis P, Bamidis P. *Healthcare services: Systems and Policies*. Eds, Broken Hill, Cyprus, 2020:225-242.
4. Kontiadis X, Katrougalos G. Social Rights of Vulnerable Population Groups: The Regulatory Bindings of the Common Legislator. In Zaimakis G. and Kandylaki A. *Social Protection Networks: Forms of intervention in vulnerable groups and multicultural communities*. Kritiki Publications, Athens, 2005:373-390.
5. European Commission. Equality Union. A strategy on the rights of people with disabilities 2021-2030. 2021. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52021DC0101>. Accessed at: 17/12/2022.
6. Minister of State. National action plan for the rights of persons with disabilities. 2020. Available at: <http://www.opengov.gr/yypep/?p=699>. Accessed at: 17/12/2022.
7. World Health Organization. World Report on Disability 2011. Available at: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>. Accessed at: 17/12/2022.
8. Petmezidou M. Foreword by the editor for the 2nd Edition. From the "golden age" to the age of crisis. In: Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. 2nd Edition. Eds., Topos, Athens, 2014:9-53.
9. Petmezidou M. Foreword by the editor. In: Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. 2nd Edition. Topos Publication, Athens, 2014:55-70.
10. Koulias E, Apostolakis I, Sarafis P. Typology of Social Welfare Systems and Long-Term Health care. Greece's position in relation to Europe. *Scientific Chronicles*. 2020;25(2):304-319.

11. Thomas D, Woods H. What is mental retardation? In: Zoniou-Sideri A. and Nteropoulou-Ntero E. ed. *Mental Retardation. Theory and Practice*. Topos Publications, Athens, 2003:19-39.
12. Harisis A. *Motor disabilities and social policy in Greece: a first approach*. (E-book) Athens: National Institute of Labour & Human Resources. 2020. Available at: <https://www.eiead.gr/meletes-ereynes-kinitikes-anapiries-kai-koinoniki-politiki-stin-ellada-mia-proti-proseggisi-quot-dekemvrios-2020/> . Accessed at: 22/12/2022.
13. EnableMe. 4 Most Common Types of Sensory Disabilities. 2021. Available at: <https://www.enableme.ke/en/article/4-most-common-types-of-sensory-disabilities-1535>. Accessed at: 04/03/2023.
14. Edwards S D. *Disability: Definitions, value and identity*. Radcliffe Publishing, Oxford, 2005.
15. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2007;45(2):116-124.
16. World Health Organization. *Mental disorders*. 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Accessed at: 24/12/2022.
17. Thomas C. How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability & Society Journal*. 2004;19(6):569-583.
18. Barnes C, Mercer G. Disability, work, and welfare: challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment and Society*. British Sociological Association. 2005; 19(3):527-545.
19. World Health Organization. *Disability*. 2023. Available at: [who.int/health-topics/disability#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1). Accessed at: 07/01/2023.
20. European Council. *Information graph - Disability in the EU: facts and figures*. 2022 [Online]. Available at: <https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures/>. Accessed at: 07/01/2023.
21. Eurostat. *Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile*. 2022. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_12\\$DE-FAULTVIEW/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_12$DE-FAULTVIEW/default/table) . Accessed at: 07/01/2023.
22. Alexiadou E A. Disability and inequalities in health care in Greece from a human rights perspective. *Archives of Hellenic Medicine*. 2020;37(1): 98-105.
23. Christofi A. *Trade Union Education Executives of the Disability Movement 4. Accessibility and disability*. (E-book) Athens: National Confederation of People with Disabilities (N.C.P.D.). 2013. Available at: <https://www.esamea.gr/publications/books-studies/496-ekpaideytiko-egxeiridio-no-4-prosbasimotita-kai-anapiria-tis-marilys-xristofi>. Accessed at: 26/12/2022.
24. Corrigan P W. *Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000;7(1): 48-67.
25. Govgr. *My Health mobile application*. 2022. Available at: <https://www.gov.gr/en/ipiresies/ugeia-kai-pronoia/phakelos-ugeias/epharmoge-gia-kinetes-suskeues-myhealth>. Accessed at: 04/03/2023
26. Brenda G, Robolas P. Long-term health care: The Greek Reality. *Perioperative Nursing*. 2019;8(4):238-254