

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

**Βιωσιμότητα Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην
Ελλάδα**

Η εισήγηση αυτή παρουσιάστηκε στο 5ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ, 22-25 Φεβρουαρίου 2007, Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη στην ενότητα με θέμα: *Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*

Θεσσαλονίκη, 23 Φεβρουαρίου 2007

Η επιμήκυνση του προσδόκιμου της ηλικίας, η υπογεννητικότητα, ο διακριτός τρόπος διαβίωσης των σημερινών ηλικιωμένων, τα υψηλά εισοδήματα που προέρχονται από τον πλούτο που έχει συσσωρευτεί στα χέρια των ατόμων της τρίτης ηλικίας και το σχετικό υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν δημιουργήσει μία νέα αγορά προϊόντων και υπηρεσιών που απευθύνεται στα ηλικιωμένα άτομα. Οι παράγοντες αυτοί διαμορφώνουν το θεσμικό και οικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν ή θα πρέπει να λειτουργούν οι σύγχρονες Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ).

Ηλικιωμένα άτομα με μεγάλο ατομικό εισόδημα εξαρτώνται λιγότερο από τις κρατικές επιδοτήσεις και έχουν λιγότερη ανάγκη φροντίδας από τους συγγενείς τους. Αυτά τα άτομα απαιτούν μία άλλη ποιότητα ζωής. Από την άλλη μεριά το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων δεν έχει τα οικονομικά μέσα για ανεξάρτητη διαβίωση και χρειάζεται την αρωγή του κράτους και των μελών της οικογένειάς τους. Αυτή η απλή ανάλυση της τμηματοποίησης της αγοράς των ηλικιωμένων εξηγεί την πανσπερμία των ιδρυμάτων που προσφέρουν υπηρεσίες στα ηλικιωμένα άτομα.

Η θεσμική οργάνωση των γηροκομείων είναι πολυποίκιλη και ανταποκρίνεται στις διάφορες ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Οι ΜΦΗ μπορεί να είναι ιδιωτικοί ή δημόσιοι (κρατικοί) οργανισμοί. Οι ιδιωτικές ΜΦΗ μπορεί να είναι επιχειρηματικές μονάδες ή οργανισμοί μη κερδοσκοπικοί που σκοπό έχουν να

προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Οι επιχειρηματικές μονάδες που σκοπό έχουν τη μεγιστοποίηση του κέρδους τους προσφέρουν υπηρεσίες ποιότητας ανάλογα με την τιμή που χρεώνουν.

Τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία είναι μία μεγάλη κατηγορία και περιλαμβάνουν φιλανθρωπικά ιδρύματα, εκκλησιαστικά ιδρύματα, ιδρύματα που εξυπηρετούν μία συγκεκριμένη κατηγορία ηλικιωμένων που μπορεί να προσδιορίζεται από την καταγωγή, το επάγγελμα, το είδος των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη οι ηλικιωμένοι κ.α. Τέλος, τα δημόσια – κρατικά γηροκομεία μπορεί να είναι διαφόρων μορφών ανάλογα με το επίπεδο της εξουσίας. Συνήθως, όμως, οργανώνονται σε επίπεδο δήμου ή νομαρχίας.

Η ύπαρξη πολλών μορφών θεσμικής-νομικής οργάνωσης των ΜΦΗ είναι μία ένδειξη για τις λύσεις που θα πρέπει να δίνει μία σύγχρονη κοινωνία στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι κάθε οικονομικής και κοινωνικής υπόστασης. Ο υγιής ανταγωνισμός μεταξύ αυτών των φορέων παροχής υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους δε μπορεί παρά να αποβεί προς όφελος των ατόμων της τρίτης ηλικίας και γενικότερα να συμβάλλει στη δημιουργία ενός αποδοτικού και αποτελεσματικού κράτους πρόνοιας. Ο υγιής ανταγωνισμός διασφαλίζεται από την ύπαρξη ενός θεσμικού πλαισίου που είναι εφαρμόσιμο και επιτρέπει την ανάπτυξη όλων των κατηγοριών παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα ή καλύτερα στους «πελάτες» τους. Ρυθμίσεις που ανεβάζουν

δραματικά το κόστος λειτουργίας αυτών των μονάδων, χωρίς να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα, είναι σε βάρος του υγιούς ανταγωνισμού, διότι δημιουργεί συνθήκες ανάπτυξης ανεπίσημων μορφών γηροκομείων.

Πρέπει να γίνει σαφές στην κοινωνία και το κράτος ότι η νοσηλεία στα γηροκομεία είναι ακριβή και ανεπιθύμητη, τόσο από τον ίδιο τον ηλικιωμένο όσο και από την οικογένειά του. Θεωρείται ότι είναι η τελευταία λύση για τις οικογένειες των ηλικιωμένων, αλλά και για το κράτος, ιδίως σε περιπτώσεις που ο τρόφιμος χρειάζεται 24ωρη παρακολούθηση. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα 6855 τροφοίμων γηροκομείων στις ΗΠΑ¹, η δυνατότητα που έχουν οι ηλικιωμένοι να τους φροντίζει κάποιος στο σπίτι μειώνει την πιθανότητα εισαγωγής τους σε γηροκομείο. Πρακτικά αυτό σημαίνει την ύπαρξη πολλών παιδιών που μπορούν να αναλάβουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους. Τα γηροκομεία τα αποφεύγουν, διότι δεν παρέχουν τις υπηρεσίες που μπορεί να απολαμβάνει κανείς στη θαλπωρή του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος και αποτελούν μία ακριβή λύση.

Το Είδος και το Κόστος των Υπηρεσιών που Παρέχει μία Σύγχρονη ΜΦΗ

Τα γηροκομεία, όπως και τα νοσοκομεία, προσφέρουν μία σύνθετη υπηρεσία που περιλαμβάνει την ξενοδοχειακή υποδομή, τη διατροφή, την ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, την αναψυχή, την ψυχολογική υποστήριξη και

άλλες υπηρεσίες. Αναφέρθηκε ότι οι πελάτες των ΜΦΗ είναι ηλικιωμένοι που έχουν εξαντλήσει όλα τα άλλα περιθώρια διαβίωσης στο πλαίσιο της οικογένειας, της παροχής βοήθειας στο σπίτι, της ανεξάρτητης διαβίωσης σε σπίτια ηλικιωμένων κ.λπ. Οι ΜΦΗ είναι το τελευταίο καταφύγιο γεγονός που διαμορφώνει και τις ανάγκες σε υπηρεσίες που θα πρέπει να προσφέρουν τα σύγχρονα γηροκομεία.

Στη Γαλλία² οι τρόφιμοι των ΜΦΗ ταξινομούνται σε έξι κατηγορίες (σε παρένθεση το ειδικό βάρος της κάθε περίπτωσης, όπως έχει προσδιοριστεί από το Υπουργείο Υγείας της Γαλλίας για χρηματοδοτικούς λόγους):

1. Άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές που χρειάζονται 24ωρη παρακολούθηση (1000).
2. Άτομα με κινητικές δυσκολίες με διανοητική διαύγεια (840).
3. Άτομα με κάποιες κινητικές δυσκολίες με διανοητική διαύγεια (660).
4. Άτομα που χρειάζονται βοήθεια για τη σωστή τους διατροφή και για τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες (420).
5. Άτομα που χρειάζονται βοήθεια για την τουαλέτα, την προετοιμασία του φαγητού τους και την προσωπική τους καθαριότητα (250).
6. Ανεξάρτητα άτομα (70).

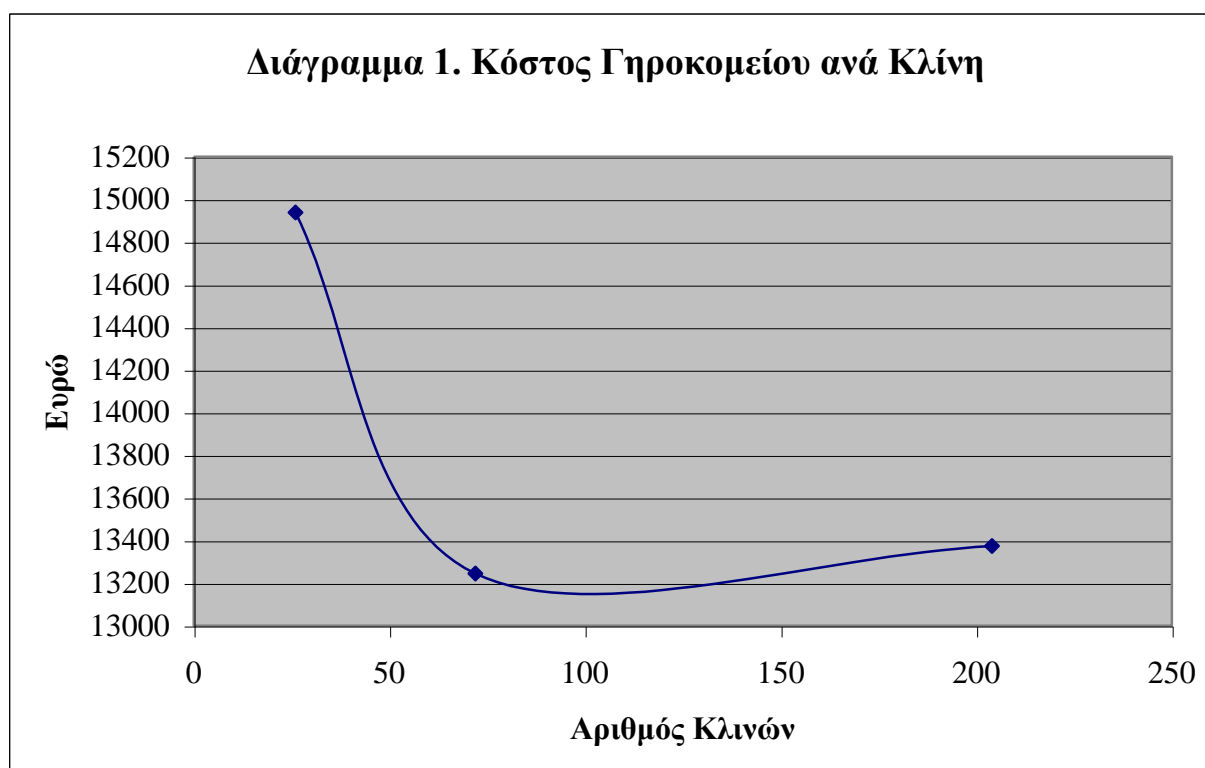
Γίνεται σαφές ότι το κόστος παροχής υπηρεσιών σε μία σύγχρονη ΜΦΗ δεν μπορεί να είναι ανεξάρτητο από τις ανάγκες των «πελατών», όπως προσδιορίζονται από την παραπάνω ταξινόμηση. Ο δείκτης βαρύτητας είναι και ένας δείκτης του κόστους που αντιμετωπίζουν οι ΜΦΗ για κάθε κατηγορία ηλικιωμένου. Το μέσο κόστος ίδρυσης και λειτουργίας ενός γηροκομείου εξαρτάται από τρεις

παράγοντες: (α) τις κατηγορίες των τροφίμων που εξυπηρετούν (β) το επίπεδο ποιότητας αυτών των υπηρεσιών και (γ) το συνολικό αριθμό των τροφίμων που μπορούν να εξυπηρετήσουν. Σε έρευνα που έγινε σε δείγμα 100 γηροκομείων της Δυτικής Γαλλίας³ προσδιορίστηκαν τα βασικά στοιχεία κόστους ενός γηροκομείου, τα οποία απεικονίζονται στον Πίνακα 1. Σε ό,τι αφορά τις κλίνες, το άριστο μέσο μέγεθος ενός γηροκομείου είναι 72 με μία διασπορά από 26 έως 204 κλίνες. Η έννοια του άριστου εδώ ταυτίζεται με το μέγεθος που ελαχιστοποιεί το κόστος λειτουργίας μιας ΜΦΗ. Κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 4,1 κλίνες ανά ένα άτομο προσωπικού.

Πίνακας 1. Οικονομικά Στοιχεία Γηροκομείων της Γαλλίας

Μεταβλητή	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Αριθμός Κλινών	72	24	26	204
Αριθμός Προσωπικού (Αναγωγή σε Πλήρη Απασχόληση)	17,6	5,6	7,0	40,6
Κλίνες ανά προσωπικό	4,1	4,3	3,7	5,0
Αποσβέσεις - επενδυτικές δαπάνες σε € (% επί του συνολικού κόστους)	160.493 (17%)	76.394	16.921	439.039
Κόστος Προσωπικού σε €	587.226 (62%)	197.350	238.108	1.404.172
Ξενοδοχειακές Δαπάνες σε €	205.923 (21%)	108.659	26.144	901.325
Συνολικό Κόστος σε €	953.642 (100%)	321.539	388.408	2.728.342
Μέσο λειτουργικό κόστος ανά κλίνη σε €	13.245	13.397	14.939	13.374

Το συνολικό κόστος λειτουργίας ενός γηροκομείου ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 954 χιλιάδες ευρώ εκ των οποίων το 17% αντιστοιχεί σε κόστος συντήρησης και βελτίωσης των εγκαταστάσεων, το 62% σε κόστος προσωπικού και το 21% σε κόστος ξενοδοχειακών υπηρεσιών (φαγητό και ύπνος). Εκείνο που έχει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον είναι ότι το μέσο κόστος ανέρχεται στα 14,9 χιλιάδες ευρώ περίπου για τα γηροκομεία 26 κλινών, πέφτει στις 13,2 χιλιάδες για τις 72 κλίνες και ανεβαίνει στις 13,4 χιλιάδες ευρώ για τις 204 κλίνες.



Το Διάγραμμα 1 δίνει το μέσο κόστος λειτουργίας ανά κλίνη. Οι οικονομίες κλίμακας φαίνεται ότι επιτυγχάνονται μεταξύ 75 και 125 κλινών. Αντίστοιχη μελέτη θα πρέπει να γίνει και για την Ελλάδα, διότι η ανάλυση του κόστους αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των ιθυνόντων της διαμόρφωσης του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των γηροκομείων. Αποτελεί, όμως, και χρήσιμο εργαλείο στα χέρια όλων εκείνων που ασχολούνται με τη διοίκηση των κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών γηροκομείων.

Η Διοίκηση των Κερδοσκοπικών και Μη Κερδοσκοπικών ΜΦΗ

Η άποψη ότι τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία προσφέρουν καλύτερη φροντίδα στους ηλικιωμένους δεν επιβεβαιώνεται από τις σχετικές έρευνες. Πρόσφατη μελέτη για τα γηροκομεία των ΗΠΑ⁴ έδειξε ότι ενώ τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία έχουν όλα τα εχέγγυα να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, αδυνατούν να το πράξουν, λόγω διοικητικών αδυναμιών και γενικότερης ανεπάρκειας των ανθρώπων που τα διοικούν.

Με άλλα λόγια, τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία «νοσούν» στη διοίκηση, η οποία γίνεται συνήθως από ηθικούς-φιλόανθρωπους ανθρώπους, αλλά δυστυχώς άσχετους με τη διοίκηση τέτοιων οργανισμών. Η ανάγκη σε τέτοια στελέχη είναι τόσο μεγάλη, που το φημισμένο London School of Economics έχει καθιερώσει μεταπτυχιακό πρόγραμμα διοίκησης μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Στην

Ελλάδα, εκτός από τα μη κερδοσκοπικά, είναι πολύ πιθανόν και τα κερδοσκοπικά γηροκομεία να πάσχουν περισσότερο στη διοίκηση και λιγότερο στην ηθική των ανθρώπων που τα διοικούν.

Το πρόβλημα της ανεπάρκειας αυτών που διοικούν τα γηροκομεία επιδεινώνεται και από άλλα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του γηροκομείου που αφορούν τη στελέχωσή του. Δυστυχώς, ο οργανισμός γηροκομείο δεν ελκύει τους καλύτερους εκ των εργαζομένων, όπως νοσοκόμους, ιατρούς και διοικητικούς υπαλλήλους. Οι χαμηλοί μισθοί σε σχέση με το γενικότερο περιβάλλον εργασίας αποθαρρύνουν πολλούς νέους να εργαστούν σε γηροκομεία. Η ποιότητα του προσωπικού είναι ο πιο βασικός παράγοντας που προσδιορίζει και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει το γηροκομείο.

Η σωστή διοίκηση του γηροκομείου, εκτός από ηγεσία και στελέχωση, απαιτεί και τη συμμετοχή των «πελατών» στη στρατηγική λήψη αποφάσεων. Ο τελικός στόχος κάθε επιχείρησης και οργανισμού παροχής υπηρεσιών είναι η βελτίωση της ποιότητας που απολαμβάνουν οι καταναλωτές. Το γηροκομείο παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους και αυτοί ή τα μέλη των οικογενειών τους θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που τους προσφέρονται.

Η πολιτεία οφείλει να θεσμοθετήσει τη συμμετοχή των συγγενών των τροφίμων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Για παράδειγμα, το 50% των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου θα μπορούσε να εκλέγεται από τους συγγενείς των

τροφίμων, αν πρόκειται για μη κερδοσκοπικά γηροκομεία. Εναλλακτικά, θα μπορούσε να δημιουργηθεί ένα συμβούλιο συγγενών, το οποίο θα είχε ως καθοριστική αρμοδιότητα τον έλεγχο των υπηρεσιών που προσφέρονται. Έρευνα 65 γηροκομείων και 12.377 τροφίμων στην Ολλανδία⁵ έδειξε ότι η εφαρμογή ενός συστήματος διοίκησης ολικής ποιότητας και η συμμετοχή του συμβουλίου των πελατών του ιδρύματος (client councils) είχε σημαντική επίδραση στη μείωση των ανεπιθύμητων καταστάσεων.

Η μέτρηση, η ανάλυση και η διοίκηση διαδικασιών παροχής ποιοτικών υπηρεσιών έχουν λυθεί εδώ και χρόνια από την επιστήμη του μάνατζμεντ. Εκείνο που απαιτείται είναι ηγεσία ικανή να εφαρμόσει αυτές τις διαδικασίες στα γηροκομεία. Το κράτος οφείλει να διαμορφώσει το θεσμικό πλαίσιο που θα ξεκαθαρίσει το ποιος ασκεί διοίκηση στα κερδοσκοπικά και κατά κύριο λόγο στα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία. Εκτός από τους απάνθρωπους και άθλιους, θα πρέπει να αποκλείονται από τη διοίκηση των γηροκομείων και οι αδαείς. Οι τελευταίοι, ίσως, να είναι και οι πιο επικίνδυνοι.

¹ Βλέπε Kerwin Kofi Charles & Purvi Sevak (2005). “Can family caregiving substitute for nursing home care?”, *Journal of Health Economics*, (υπό δημοσίευση).

² Τα στοιχεία για τη Γαλλία προέρχονται από τη μελέτη των B. Dervaux, H. Leleu, H. Nogues & V. Valdamis (2005). “Assessing French nursing home efficiency: An indirect approach via budget-constrained DEA models”. *Socio-Economic Planning Sciences*, (υπό δημοσίευση).

³ Βλέπε Dervaux, Leleu, Nogues & Valdamis (2005).

⁴ Βλέπε Susan Chesteen, Berit Helgheim, Taylor Randall & Don Wardell (2005). “Comparing quality of care in non-profit and for-profit nursing homes: a process perspective”, *Journal of Operation Management*, Volume 23, No 2, February, pp. 229-242.

⁵ Βλέπε Cordula Wagner et al. (2005). “Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes”, *Health Policy*, (υπό δημοσίευση).