

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
Ι Δ Ρ Υ Μ Α



ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Διπλωματική Εργασία

**"Κοινωνικές μεταρρυθμίσεις για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες
στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.**

Επιδοματική πολιτική και σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά δεδομένα."

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Περίληψη

Στην εργασία θα πραγματευτούμε με το κράτος-πρόνοιας, την κοινωνική υπόστασή του και κατά πόσο υποστηρίζει τους πολίτες του. Όπως θα δούμε παρακάτω, τα μοντέλα κρατών πρόνοιας πανευρωπαϊκά είναι στα ίδια μήκη κύματος, εκτός από λίγες διαφορές που οφείλονται στην εκάστοτε οικονομική κατάσταση της χώρας και κατά πόσο αυτή επενδύει στο κράτος πρόνοιας. Το σκανδιναβικό μοντέλο είναι το καλύτερο, διότι δίνει έμφαση στην οικογένεια, χωρίς να την επιβαρύνει οικονομικά και επίσης δίνει παροχές περίθαλψης και όχι μόνο, που άλλες χώρες δεν διατίθενται να δώσουν. Η Ελλάδα πλησιάζει κατά πολύ τα κοινά ευρωπαϊκά πρότυπα, μέσα από τις δυσκολίες ανά τα έτη που έχει περάσει οικονομικά αλλά και κοινωνικά, έχοντας τη πρωτιά στην επιδοματική πολιτική, η οποία δεν υπάρχει σε τέτοιο εύρος σε άλλη, ευρωπαϊκή τουλάχιστον, χώρα. Τέλος θα αναφερθούμε στην φτώχεια, την σχετική και την απόλυτη, όπου αναλύοντας δεδομένα του 2011-2015, θα φανεί ότι υφίσταται περισσότερο στους ανέργους και τις οικογένειες χωρίς παιδιά ή με ένα παιδί και εμφανίζεται εντονότερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπως η Αθήνα και επίσης σε άτομα που μένουν σε ενοίκιο και όχι σε ιδιόκτητα οικήματα.

Λέξεις-Κλειδιά

Κράτος πρόνοιας, κοινωνική πολιτική, κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, φτώχεια.

Πίνακας Περιεχομένων

A. Εισαγωγή.....	6
B. Κύριο Μέρος.....	9
1. <u>Εννοιολογικό πλαίσιο της κοινωνικής μεταρρύθμισης, της κοινωνικής πρόνοιας και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....</u>	<u>10</u>
1. 1 Ορισμοί.....	10
2. <u>Κοινωνικές μεταρρυθμίσεις και κοινωνική προστασία στην Ελλάδα για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.....</u>	<u>14</u>
2. 1 Μοντέλο προστασίας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.....	14
2. 2 Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία.....	15
3. Μοντέλα κράτους πρόνοιας.....	18
1. <u>Το «θετικό κράτος», στο οποίο η κρατική παρέμβαση στον τομέα της πρόνοιας περιορίζεται σε δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και την προστασία των κατόχων ιδιοκτησίας από τις δυσλειτουργίες της αγοράς.....</u>	<u>19</u>
2. <u>Το κράτος «κοινωνικής ασφάλειας», το οποίο διαφέρει από το «θετικό κράτος» στη σαφήνεια του διαχωρισμού μεταξύ των οικονομικών και κοινωνικών λειτουργιών του.....</u>	<u>19</u>
3. <u>Το «κοινωνικό κράτος πρόνοιας», το οποίο στοχεύει στην επίτευξη κοινωνικής ισότητας μέσω κοινωνικών πολιτικών, που επικεντρώνονται περισσότερο σε κοινωνικούς, παρά οικονομικούς στόχους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι μηχανισμοί της αγοράς δε καλύπτουν τους στόχους αυτούς, αλλά εντείνουν την κοινωνική ανισότητα.....</u>	<u>19</u>
1. <u>Το «υπολειμματικό» μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ελάχιστη σύνταξη είναι ανεπαρκής, βρίσκεται σε συνάρτηση με τις προηγούμενες εισφορές του εργαζομένου, ενώ ενθαρρύνεται η κάλυψη των αναγκών μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς (ιδιωτικές συντάξεις).....</u>	<u>20</u>
4. <u>Το μοντέλο της «διασφάλισης του εισοδήματος», το οποίο συναντάμε στις παραδοσιακές κοινωνίες με πρωταρχικό ρόλο το θεσμό της οικογένειας, στο οποίο οι παροχές συνδέονται με την απασχόληση και είναι ανάλογες των προηγούμενων αποδοχών, δίνονται κυρίως από το κράτος με περιορισμένη την ιδιωτική ασφάλιση, ευνοούν και διασφαλίζουν το εισόδημα, κυρίως της μεσαίας τάξης, ενώ λειτουργούν ως εργαλείο κατευνασμού των αντιδράσεων της εργατικής τάξης.....</u>	<u>20</u>
5. <u>Το μοντέλο «βασικής ασφάλειας», στο οποίο η καταβολή σύνταξης είναι καθολική, χωρίς ιδιαίτερους δεσμούς με την απασχόληση ή το πρότερο εισόδημα, ενώ η χρηματοδότηση τους γίνεται από γενική φορολογία.....</u>	<u>20</u>
6. <u>Το «θεσμικό» μοντέλο ορίζεται ως ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης, που βασίζεται στις προηγούμενες αποδοχές του δικαιούχου με υψηλά ποσοστά ανταποδοτικότητας.....</u>	<u>20</u>

1. Το «φιλελεύθερο» μοντέλο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, μεταβιβάσεις και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας.....	21
2. Το «συντηρητικό» μοντέλο, το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο μέλημα αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων και η απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση.....	21
3. Το «κοινωνικο-δημοκρατικό» μοντέλο, στο οποίο η καθολική κάλυψη και η απο-εμπορευματοποίηση επεκτείνεται και στα μεσαία στρώματα. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται διευρυμένη απο-εμπορευματοποίηση, μαζί με τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα.....	21
4. Κράτη πρόνοιας - σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά δεδομένα.....	22
5. Χαρακτηριστικά κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη.....	23
5. 1 Νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας.....	25
5. 2 Η κοινωνική ασφάλιση στα Νότια Μεσογειακά κράτη.....	27
5. 3 Οι σκανδιναβικές χώρες.....	28
5. 4 Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Ελβετία.....	29
5. 5 Ηπειρωτική Ευρώπη.....	31
5. 6 Μεσογειακές χώρες.....	32
6. Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα.....	34
Γ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην κοινωνική πολιτική στην Ευρώπη.....	37
1. Τι είναι φτώχεια.....	38
1.1 Η σχετική φτώχεια.....	39
2. Η φτώχεια στην Ελλάδα σήμερα.....	40
Δ. Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη.....	48
1. Η κρίση και οι γενικότερες κοινωνικές της επιπτώσεις.....	48
1. 1 Επιπτώσεις στην οικονομική και κοινωνική ζωή.....	49
1. 2 Επιπτώσεις στο επίπεδο της υγείας.....	50
1. 3 Η Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα.....	52
2. Βελτιωτικά μέτρα κοινωνικών κρατών τη περίοδο της κρίσης.....	56
3. Η άσκηση των πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας στην Ελλάδα.....	57
4. Φορείς δημοσίου τομέα.....	58
Α. Οι φορείς της κεντρικής διοίκησης.....	58
Β. Η περιφερειακή διοίκηση-ΟΤΑ.....	63

<u>5. Οι αρμοδιότητες του τομέα Κοινωνικής Προστασίας σε Περιφερειακό επίπεδο.....</u>	<u>70</u>
<u>1. Η άσκηση αρμοδιοτήτων που αφορούν θέματα διακρατικών υιοθεσιών.....</u>	<u>71</u>
<u>Συμπεράσματα.....</u>	<u>76</u>
<u>Βιβλιογραφία.....</u>	<u>78</u>

A. Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία θα πραγματευτούμε με τις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις του κράτους πρόνοιας την περίοδο μετά την κρίση (2010) και την τελευταία δεκαετία, δηλαδή μέχρι και σήμερα. Αναφερόμενοι στις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις, εννοούμε τα νομοθετικά πλαίσια που έχει θεσπίσει το κράτος για να προασπίσει το κράτος πρόνοιας και εάν αυτά έχουν αποδώσει μέσα σε αυτά τα χρόνια στην κοινωνία και στους πολίτες της. Θα γίνει σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά μοντέλα κράτους πρόνοιας, προκειμένου να διαφανεί σε ποιο κοινωνικό επίπεδο βρισκόμαστε και αν οι πολίτες της Ελλάδας είναι ή όχι σε πλεονεκτική θέση σχετικά με τα υπόλοιπα Ευρωπαϊκά κράτη.

Αρχικά θα αναφερθούμε στους ορισμούς περί κράτους-πρόνοιας, κοινωνικής μεταρρύθμισης και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Έπειτα θα αναφερθούμε στις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις και την κοινωνική προστασία στην Ελλάδα για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Έπειτα θα γίνει αναφορά στα μοντέλα κρατών πρόνοιας και σύγκριση της Ελλάδας με τα Ευρωπαϊκά δεδομένα. Θα γίνει αναφορά στα χαρακτηριστικά κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη και στην κοινωνική ασφάλιση στα Νότια Μεσογειακά κράτη. Θα δούμε το Σκανδιναβικό μοντέλο και τα μοντέλα του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ελβετίας, της Ιρλανδίας, της Ηπειρωτικής Ευρώπης, των Μεσογειακών χωρών και της Ελλάδας.

Εν συνεχεία θα αναφερθούμε στην κρίση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική πολιτική, στην υγεία και την κοινωνική ζωή στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Θα πραγματευτούμε με βελτιωτικά μέτρα σχετικά με την κρίση που πήραν τα κοινωνικά κράτη και τις πολιτικές υγείας στην Ελλάδα.

Θα αναλύσουμε τους φορείς του δημοσίου τομέα και τις αρμοδιότητές τους, πιο συγκεκριμένα:

- την κεντρική διοίκηση
- την περιφερειακή διοίκηση
- αρμοδιότητες τομέα κοινωνικής προστασίας σε περιφερειακό επίπεδο

Τέλος, θα αναφερθούμε στην έννοια της φτώχειας, την σχετική φτώχεια, την φτώχεια στην Ελλάδα και θα παραθέσουμε δεδομένα από το 2011-2015.

Σημαντικά είναι τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, αφού η σύγκριση των κοινωνικών κρατών και των κοινωνικών μεταρρυθμίσεων σε αυτά προσφέρει μια ευρεία σκοπιά των κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, παροχών αλλά και μη παροχών, της διαχείρισης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, αλλά και την πιθανή αδυναμία σωστής διαχείρισής τους.

Πιο συγκεκριμένα, θα δούμε πως η Ελλάδα παραδοσιακά είχε καθυστέρηση στη θέσπιση κράτους πρόνοιας, λόγω δικτατορικών καθεστώτων, λόγω των λίγων μισθωτών υπαλλήλων και επίσης υπήρχε αρκετός αποκλεισμένος πληθυσμός λόγω πολιτικών φρονημάτων.

Σε γενικές γραμμές παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά ενός κράτους πρόνοιας Νότιας χώρας της Ε. Ε:

αποσπασματικός χαρακτήρας

σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών

ανισοκατανομή στις κοινωνικές παροχές και τις φορολογικές υποχρεώσεις

αποτελεσματική κοινωνική πολιτική και τέλος

παρουσιάζει αδυναμίες στο μοντέλο παρέμβασης λόγω έλλειψης στοχευμένων στρατηγικών προστασίας ατόμων σε έκτακτη ανάγκη, καθώς και απουσία ολοκληρωμένων δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Το κοινωνικό κράτος στην κρίση αδυνατεί να καλύψει ανάγκες των πολιτών του όπως περίθαλψη, εκπαίδευση, αναπηρικά επιδόματα και κοινωνική ασφάλιση. Όλα τα Ευρωπαϊκά κράτη αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους. Παντού υπάρχει ανισότητα, υπάρχει ίδια εξέλιξη δημογραφικών αλλαγών, η ικανότητα των συστημάτων πρόνοιας να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τους νέους κινδύνους είναι αυτό που διαφέρει και οφείλεται στα εσωτερικά πλεονεκτήματα αλλά και τις

αδυναμίες ενός κράτους. Υπάρχουν ομοιότητες στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας αλλά και διαφορές στην οργάνωση, τις μεθόδους χρηματοδότησης, την παρεχόμενη κάλυψη και πρόσβαση στις παροχές η οποία εξαρτάται από τις αποδοχές ή τις εισφορές. Υπάρχουν ρήξεις μεταξύ κράτους και κοινωνίας αφού το κράτος αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών.

Τα μεγαλύτερα κενά στην κάλυψη παρουσιάζονται στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όπου τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν χαρακτήρα αποσπασματικό και κλαδικό.

Συμπερασματικά, επίσης να αναφέρουμε ότι, το σκανδιναβικό μοντέλο πρόνοιας θεωρείται διεθνώς μοναδικό, για την έμφαση που δίνει στον πυλώνα του κράτους αποσκοπώντας στην ενδυνάμωση της οικογένειας, ελαφρύνοντάς την από τις υποχρεώσεις και μεγαλώνοντας την ατομική ανεξαρτησία. Διακρίνεται για την τριπλή έμφαση που δίνεται: στην καθολική εγγύηση του εισοδήματος και στις εξαιρετικά αναπτυγμένες υπηρεσίες για τα παιδιά, τους αναπήρους και τους αδύναμους ηλικιωμένους. Η πλήρης απασχόληση είναι στο επίκεντρο των πολιτικών προτεραιοτήτων, καθώς είναι από τα μοναδικά συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα.

Αντιθέτως στην Ελλάδα το κράτος-πρόνοιας αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, όπως:

η χρηματοδότηση των δαπανών του, ως εκ τούτου η ανεύρεση πόρων σε περιόδους όπου οι ρυθμοί οικονομικής μεγέθυνσης δεν είναι ιδιαίτερα υψηλοί, αν συγκρίνουμε με το παρελθόν

η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του (πόσο πέτυχε το στόχο του σε σχέση με το πόσα δαπάνησε)

η μείωση της εξάρτησης σημαντικών πληθυσμιακών ομάδων από την πρόνοια του κράτους και η ένταξή τους στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία.

Αναλυτικά θα παρατεθούν και θα συγκριθούν παρακάτω.

Γιαννοπούλου Δήμητρα

Διπλωματική Εργασία

Καλαμάτα, 2020-2021

B. Κύριο Μέρος

1. Εννοιολογικό πλαίσιο της κοινωνικής μεταρρύθμισης, της κοινωνικής πρόνοιας και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

1.1 Ορισμοί

Κοινωνική μεταρρύθμιση

Κοινωνική μεταρρύθμιση είναι η ανατροπή στην ισορροπία της σχέσης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των μελών μιας κοινωνίας, καθώς και η αλλαγή στα μέσα με τα οποία θα εκπληρωθεί η νέα αυτή ισορροπία, που αποστολή έχει την κοινωνική αλλαγή προς το καλύτερο (Βενιέρης Δ., 2010).

Κοινωνική μεταρρύθμιση μέσω κοινωνικής πολιτικής αναμένει κανείς να είναι μια προς το ευμενέστερο αλλαγή στη σχέση των δικαιωμάτων έναντι των υποχρεώσεων και μια βελτίωση στα μέσα που η σχέση αυτή θα εκπληρωθεί (Βενιέρης Δ., 2010).

Κοινωνική πρόνοια – κράτος πρόνοιας

Το κράτος πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. (Κατρούγκαλος, 2004) Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται στην περίοδο εξέλιξης του αστικού κράτους, που χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας και την έντονη αναπαραγωγική δράση στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής. (Στασινοπούλου, 1997) Μία άλλη θεώρηση του κράτους πρόνοιας, προκύπτει από το διπολικό σχήμα, ανθρωπιστικές αξίες και οικονομική αποτελεσματικότητα, πρεσβεύοντας ως 150 απαραίτητη την προώθηση των πρώτων για την επίτευξη της δεύτερης. (Μαλούτας & Οικονόμου, 1988)

Ο Δ. Τσάτσος προβάλλει την άποψη ότι το κοινωνικό κράτος συνιστά την ιστορική απάντηση στο κράτος δικαίου, λειτουργώντας παρεμβατικά στις υφιστάμενες σχέσεις ιδιοκτησίας μεταξύ ιδιωτών, με σκοπό την ανακατανομή των αγαθών και συνακόλουθα, την απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης.

Ο Γ. Κατρούγκαλος ορίζει το κοινωνικό κράτος ως εκείνο που αναλαμβάνει θεσμικά υποχρεώσεις, σχετικά με την εξασφάλιση βασικών αναγκών των πολιτών του και ο Α. Δημητρόπουλος αναφέρει ότι κοινωνικό-ανθρωπιστικό κράτος είναι το

κράτος εκείνο που συνταγματικά υποχρεούται (όχι μόνο να σέβεται, αλλά) να προστατεύει και να εξασφαλίζει την ανθρώπινη αξία.

Επίσης ορισμένοι συγγραφείς (βλ. Γ. Κασιμάτη / Κ. Μαυριά Ερμηνεία του Συντάγματος) με βάση τη συνταγματική κατοχύρωση της αρχής του κοινωνικού κράτους στο άρθρο 25§1 του Συντάγματος, επισημαίνουν ότι η συγκεκριμένη αρχή δε σημαίνει μόνο ένα κράτος που επιδιώκει τη σύνδεση με την κοινωνία, αλλά αποκτά ευρύτερη σημασία και σημαίνει την αρχή της συνολικής ρυθμιστικής παρέμβασης του κράτους στις κοινωνικές σχέσεις για την εξυπηρέτηση, τη διασφάλιση και την προαγωγή του κοινωνικού συμφέροντος.

Το βέβαιο είναι ότι δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός, καθώς οι προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί εστιάζονται είτε στην περιγραφή των λειτουργικών του ρόλων, είτε στην περιγραφή των στόχων του, είτε στην αναφορά των επιδράσεων έτερων παραγόντων, όπως οι ιδεολογίες. Ως εκ τούτου, αρκετοί μελετητές (CollierandMarhon, 1993; Sartori, 1984; Ursanovetal.2015) αναφέρουν ότι η έννοια του κράτους πρόνοιας πάσχει από εννοιολογική ελαστικοποίηση, είναι δύσκολη στην οριοθέτηση και ενίοτε οδηγεί αρκετούς να μιλήσουν για πολλά και διαφορετικά κράτη πρόνοιας και όχι για «το κράτος πρόνοιας». Αυτή η διαπίστωση έγκειται στο γεγονός ότι η εν λόγω έννοια εμπεριέχει τόσες πολλές δράσεις, τομείς εφαρμογής και επιμέρους διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα που καθιστούν πολύ πιο δύσκολη μια απλουστευτική ή γενική οριοθέτηση. Είναι γεγονός ότι το κράτος πρόνοιας είναι συνδεδεμένο με βασικές έννοιες που αναπτύχθηκαν και προωθήθηκαν κατά την περίοδο της νεωτερικότητας σε σημείο που να μας επιτρέπει να θεωρήσουμε ότι είναι άρρηκτα συνυφασμένο με την ίδια την φύση και την ουσία του νεώτερου κράτους. Μια από αυτές τις έννοιες είναι η ισότητα που αποτελεί ίδιον χαρακτηριστικό του κράτους πρόνοιας, καθώς όπως αναφέρει ο Esping-Andersen (1994; 1996; 1999), το κράτος πρόνοιας συνιστά την ίδια την ισότητα αφού προσφέρει την δυνατότητα στους πολίτες να απολαμβάνουν ίσα δικαιώματα που συγκροτούν ένα δίκτυο ασφαλείας για την διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας .

Στην ουσία, κοινωνική πρόνοια είναι τα μέτρα προστασίας συγκεκριμένων ‘ευπαθών’ κοινωνικών ομάδων με παροχές, που δεν φορολογούνται, είναι δηλαδή “μη ανταποδοτικού χαρακτήρα”.

Η κύρια διαφορά κοινωνικού κράτους και κοινωνικής πρόνοιας συνίσταται στο ότι η έννοια του κοινωνικού κράτους είναι περισσότερο θεσμική, νομική έννοια, ενώ η έννοια του κράτους πρόνοιας έχει κοινωνικό-πολιτικό περιεχόμενο και αναφέρεται στη σύγχρονη μορφή κράτους το οποίο δρα μέσω της παροχικής διοίκησης, προκειμένου να καλύψει τους κοινωνικούς κινδύνους και ανάγκες. Σύμφωνα με το γερμανικό Ομοσπονδιακό Συνταγματικό Δικαστήριο, η αρχή (ρήτρα) του κοινωνικού κράτους στο Θεμελιώδη Νόμο δεν σημαίνει την επιδίωξη ενός ολοκληρωτικού κράτους πρόνοιας, ούτε και την επιδίωξη μιας οικονομίας οργανωμένης και κατευθυνόμενης από το κράτος

Κράτος πρόνοιας στη σύγχρονη εποχή, είναι μια προσπάθεια η οποία είναι οργανωμένη και λειτουργεί με βάση τους θεσμούς και τη λειτουργία του κράτους. Σκοπός είναι η κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων που διαβιούν μέσα στη κοινωνία. Ένας άλλος σκοπός του κράτους πρόνοιας είναι να ληφθούν μέτρα προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες σε τομείς όπως η υγεία, η παιδεία, η εργασία, η κοινωνική φροντίδα, το περιβάλλον κ. α. Η κοινωνία χρησιμοποιώντας μηχανισμούς δημοσίου δικαίου, είτε ιδιωτικού δικαίου, είτε συνδυασμό των ανωτέρω, παρέχει υπηρεσίες που ωφελούν τα μέλη της. Μέσα στους στόχους της είναι και η εξάλειψη της κοινωνικής ανισότητας, αμβλύνοντάς την με μεθοδικές ενέργειες.

Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ευπαθείς ή ομάδες υψηλού κινδύνου ονομάζονται εκείνες οι ομάδες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά και δυσκολεύονται ή αδυνατούν σε πολλά επίπεδα και σε διάφορους τομείς να έχουν ποιότητα ζωής (π. χ. στέγη, εργασία, ικανοποιητικό εισόδημα, εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική ασφάλιση κ. ά.). Πρόκειται κυρίως για αστέγους, ανέργους/μακροχρόνια ανέργους, άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ), πάσχοντες (σοβαρά παθολογικά προβλήματα, ψυχικές

ασθένειες), αποφυλακισμένους, χρήστες και πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οροθετικούς, άτομα από θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες, ρομά / τσιγγάνους, μονογονεϊκές οικογένειες, ανήλικους παραβάτες, κακοποιημένες γυναίκες, θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, μετανάστες, παλιννοστούντες, πληγέντες από θεομηνίες και φυσικές καταστροφές (πυρόπληκτοι, σεισμοπαθείς, πλημμυροπαθείς) (Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σαρρής, Α. Τραμουντάνης, Μ. Χρυσάκης «Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας», 2014.)

Ο Νόμος 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α΄) για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα ορίζει στο άρθρο 1 παρ. 4 τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού:

α) «Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού», γενικά, νοούνται οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, των οποίων η συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας.

β) Οι Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

i) Στις Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού και ii) Στις Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού

γ) «Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια,. Σε αυτές ανήκουν άτομα ιδίως με αναπηρίες, με προβλήματα ψυχικής υγείας ή νοητικής υστέρησης και άτομα εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες,

δ) «Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού» νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας από οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν ιδίως οι άνεργοι νέοι, οι άνεργοι άνω των 50 ετών, οι γυναίκες άνεργες, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, οι αναλφάβητοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, οι πρώην ή οι νυν τρόφιμοι

φυλακών, οι ανήλικοι παραβάτες, τα άτομα με γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι μετανάστες.

Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ευπαθείς ή ομάδες υψηλού κινδύνου ονομάζονται εκείνες οι ομάδες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά και δυσκολεύονται ή αδυνατούν σε πολλά επίπεδα και σε διάφορους τομείς να έχουν ποιότητα ζωής (π. χ. στέγη, εργασία, ικανοποιητικό εισόδημα, εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική ασφάλιση κ. ά.).

Πιο συγκεκριμένα είναι άστεγοι, άνεργοι/μακροχρόνια άνεργοι, άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) ψυχική ή σωματική, αποφυλακισμένοι, χρήστες και πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οροθετικοί, άτομα από θρησκευτικές ή πολιτισμικές μειονότητες, ρομά / τσιγγάνοι, μονογονεϊκές οικογένειες, ανήλικοι παραβάτες, κακοποιημένες γυναίκες, θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, μετανάστες, παλιννοστούντες, πληγέντες από θεομηνίες και φυσικές καταστροφές (πυρόπληκτοι, σεισμοπαθείς, πλημμυροπαθείς).

2. Κοινωνικές μεταρρυθμίσεις και κοινωνική προστασία στην Ελλάδα για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

2.1 Μοντέλο προστασίας ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Η Ελλάδα αν και γνώριζε από παλιά συγκεκριμένες μορφές κοινωνικής προστασίας, οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας εννοώντας το συγκεκριμένο τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς κινδύνους, εμφανίζονται αρκετά, μετά το 1974. Οι λόγοι της καθυστερημένης εμφάνισης του κράτους-πρόνοιας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε. Ε. οφείλονται κυρίως:

στην ύπαρξη δικτατορικών πολιτικών καθεστώτων στη χώρα μας συγκεκριμένες χρονικές περιόδους

στο χαμηλό ποσοστό μισθωτών στο σύνολο του πληθυσμού

στην ύπαρξη σημαντικών ποσοστών αποκλεισμένου πληθυσμού εξαιτίας πολιτικών φρονημάτων κλπ.

Όπως ήδη αναφέραμε προηγουμένως το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά του κράτους-πρόνοιας στις νότιες χώρες της Ε. Ε. Δηλαδή:

αποσπασματικός χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής

σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών

ανισότητα στην πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές και άδικη-άνιση κατανομή των φορολογικών υποχρεώσεων

μεγάλος βαθμός αναποτελεσματικότητας της κοινωνικής πολιτικής

Ειδικά στη χώρα μας, η ανάπτυξη των πολιτικών κοινωνικής προστασίας, στο πλαίσιο ενός ελλειμματικού δημόσιου μοντέλου παρέμβασης, παρουσιάζει ιστορικά σοβαρές αδυναμίες και στρεβλώσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης

και κοινωνικού αποκλεισμού στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού (Φωκιανού Μ., 2013, σελ. 40-42).

2. 2 Το δικαίωμα στην κοινωνική προστασία

Στα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνεται και το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση και την πρόνοια. Η συνταγματική θεμελίωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση προβλέπεται στο άρθρο 22 § 5 Σ., που ορίζει ότι: «Το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει». Η διάταξη αυτή, όπως έχει ερμηνευθεί από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων, συνθέτει τη βάση για την ασφαλιστική κάλυψη όλων των εργαζομένων, ανεξάρτητα από το είδος απασχόλησής τους. Οι κύριοι νομοθετικοί κανόνες που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιέχονται στη νομοθεσία των φορέων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης καθώς και στις νομοθετικές παρεμβάσεις για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Οι νομοθετικοί κανόνες εξειδικεύονται από τα όργανα της διοίκησης μέσω της έκδοσης Προεδρικών Διαταγμάτων (πρόκειται για πράξεις της διοίκησης που επεξεργάζονται τα αρμόδια υπουργεία και υπογράφονται από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Δημοκρατίας) και κανονιστικών διοικητικών πράξεων. Το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να διέπεται από τις ακόλουθες αρχές: αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης (επιβάλλει τη διασταλτική ερμηνεία των τεχνικών υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών με στόχο την ενίσχυση των χρηματοδοτικών πόρων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης), αρχή της εύνοιας των ασφαλισμένων (επιβάλλει την επίλυση διαφορών για ασφαλιστικές παροχές με πνεύμα προστασίας του αδύνατου μέρους), αρχή της καλής πίστης, αρχή της χρηστής διοίκησης. Η Ελλάδα έχει επικυρώσει τις πλέον αντιπροσωπευτικές πολυμερείς συμβάσεις σε επίπεδο Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, Συμβουλίου της Ευρώπης και Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Το περιεχόμενο των συμβάσεων αυτών προωθεί ουσιαστικά το συντονισμό των εθνικών συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης σε σχέση με την κάλυψη τυποποιημένων ασφαλιστικών κινδύνων. Επίσης, έχει συνάψει διμερείς συμβάσεις κλασικού τύπου στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης με αρκετές χώρες, επιδιώκοντας την πλήρη διασφάλιση των κοινωνικοασφαλιστικών

δικαιωμάτων των Ελλήνων μεταναστών που εργάζονται στις χώρες αυτές ή επαναπατρίζονται από αυτές. Η συνταγματική θεμελίωση του κράτους πρόνοιας δηλαδή του κράτους που διαθέτει θεσμούς για την κοινωνική μέριμνα υπέρ των ασθενέστερων, προβλέπεται στο άρθρο 21 . Κύριο και καίριο αντικείμενο αυτών των δικαιωμάτων είναι η παροχή βιοτικών, οικονομικών, κοινωνικών, κ. α. αγαθών ή υπηρεσιών από την κρατική εξουσία στου εξουσιαζόμενους. Υποκείμενα - φορείς - κοινωνικών δικαιωμάτων είναι, κατά κανόνα, όλοι οι άνθρωποι οι διαβιούντες σε ορισμένη χώρα ή πάντως όλα τα πρόσωπα, αδιακρίτως, τα οποία ανήκουν σε κάποια ειδικά προστατευόμενη κατηγορία (π. χ. εργαζόμενοι, πολύτεκνοι, νέοι, ηλικιωμένοι, ανάπηροι κ. λπ.) και όχι μόνον οι πολίτες της. Υπάρχουν όμως ενίοτε και εξαιρέσεις: όπως, π. χ., κατοχυρώνεται μόνο για τους πολίτες, σε επίπεδο Συντάγματος, το δικαίωμα για δωρεάν εκπαίδευση ή η μέριμνα για προστασία της υγείας, της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας, των απόρων (αντίστοιχα άρθρα 16 παρ. 4 και 20 παρ. 3 του ελληνικού Συντάγματος). Κοινό τόπο αποτελεί μία βασική "ιδιορρυθμία" των κοινωνικών δικαιωμάτων: η καθιέρωση τους στο Σύνταγμα δεν θεμελιώνει, κατά κανόνα, επιδιώξιμη δικαστικός αξίωση: συνήθως χρειάζεται η μεσολάβηση του κοινού νομοθέτη για να ενεργοποιηθεί, συγκεκριμενοποιηθεί και εξειδικευθεί το κανονιστικό περιεχόμενο των συνταγματικών διατάξεων που θεσπίζουν κοινωνικά δικαιώματα. Τούτο συμβαίνει λόγω ακριβώς του αντικειμένου των κοινωνικών δικαιωμάτων που έγκειται σε παροχές βιοτικών αγαθών ή υπηρεσιών (με ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία κατάλληλων θεσμών, διαδικασιών, υλικοτεχνικής υποδομής, θέσεων κ. ο. κ.) εκ μέρους του κράτους, οι οποίες προϋποθέτουν αναδιανομή πόρων και εισοδημάτων, αλλά και την ύπαρξη αντικειμενικής δυνατότητας για διάθεση αντίστοιχων χρηματικών ή άλλων μέσων. Υπάρχει όμως και μία άλλη πλευρά του θέματος, η οποία συνήθως παραβλέπεται: για την επίτευξη του εφικτού, δηλαδή για την ικανοποίηση του κοινωνικού δικαιώματος, οι ασκούντες την κρατική εξουσία οφείλουν, εν όψει των συναφών συνταγματικών διατάξεων, να μεριμνούν ώστε να υπάρχουν διαθέσιμοι προς τούτο πόροι. Πάντως η αξιολόγηση των δυνατοτήτων, των προτεραιοτήτων, του είδους και της έκτασης των παροχών, καθώς και η πρακτική ιεράρχησή τους, εναπόκειται στον νομοθέτη, ουσιαστικά δε και κατά πρώτο λόγο στην Κυβέρνηση, η οποία, απολαύουσα της εμπιστοσύνης της Βουλής, είναι αρμόδια να καθορίζει την εν γένει πολιτική του

κράτους (βλ. άρθρο 82 παρ. 1 του ελληνικού Συντάγματος), αυτή δε κυρίως ασκεί τη νομοθετική πρωτοβουλία, και μάλιστα, σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις που συνεπάγονται δαπάνες (Φωκιανού Μ, σελ: 22-24).

3. Μοντέλα κράτους πρόνοιας

Η έννοια του κράτους πρόνοιας υφίσταται πολλά χρόνια πριν τις σύγχρονες κοινωνίες. Αυτό που άλλαζε ανά τα έτη, ήταν η ονομασία αλλά και οι παροχές που δίνονταν, ανάλογα με τις ανάγκες των ανθρώπων, αλλά και ανάλογα τις κοινωνικές οικονομικές συνθήκες.

Ο σκοπός του κράτους πρόνοιας και οι στόχοι του έχουν ακόμα και σήμερα την παροχή συλλογικής κοινωνικής φροντίδας. Σύμφωνα με τη Στασινοπούλου, ο κύριος μοχλός ανάπτυξης και ανέλιξης αποτέλεσε η μετατροπή των αγροτικών σε αστικών κοινωνιών σε συνδυασμό με την επικράτηση του καπιταλιστικού συστήματος. Σημαντικό ρόλο παίζει η αλληλεπίδραση κράτους, οικογένειας, τοπικής κοινότητας.

α) Το υπολειμματικό μοντέλο (Στασινοπούλου, 1990, σελ. 24) και (Titmuss, 1994), (Richard. M. What is policy?, 1994), βασίζεται στη θεωρία του laissez-faire. Σύμφωνα με αυτή, ο θεσμός της οικογένειας και το σύστημα της ελεύθερης αγοράς θεωρούνται υπεύθυνοι και αναγκαίοι για την εκπλήρωση των ανθρώπινων αναγκών. Έχει δηλαδή ως πυρήνα την προσωπική ευθύνη για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Ο ρόλος του κράτους χρησιμεύει για την διασφάλιση της κατάστασης. Αυτό το μοντέλο έχει ως στόχο την εξάλειψη των άσχημων καταστάσεων διαβίωσης και βοηθά στη βοήθεια αυτών που έχουν ανάγκη. Επίσης ενθαρρύνει την προσωπική ανέλιξη. Με τη χρήση και τη σύγκριση συγκεκριμένων εργαλείων, συλλέγει συγκεκριμένα στοιχεία, ούτως ώστε να παράξει την ανάλογη παροχή βοήθειας. Επικεντρώνεται κυρίως στα οικονομικά κριτήρια, είτε ατομικά, είτε οικογενειακά. Με τα μέσα που χρησιμοποιούνται, προκαλείται εξοικονόμηση πόρων, πράγμα πολύ σημαντικό για την οικονομία της κοινωνίας. Οι κοινωνικές παροχές αφορούν αποκλειστικά και μόνο τα ευπαθή μέλη της κοινωνίας, ενώ ενισχύεται συχνά ο κοινωνικός στιγματισμός αυτών των ανθρώπων και ομάδων. Αυτό το πρότυπο έχει ταυτιστεί με την επιλεκτική μορφή κάλυψης αναγκών και ιδεολογικά εκφράζει τις νεοφιλελεύθερες απόψεις για την κοινωνική οργάνωση και τον ρόλο του κράτους. Παράδειγμα εφαρμογής αυτού του μοντέλου αποτέλεσαν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

β) Το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο (Στασινοπούλου 1990, σελ. 24). Το μοντέλο αυτό είναι αντίθετο από το υπολειμματικό. Εστιάζει στην εκπλήρωση αναγκών στο όλον. Για το λόγο αυτό προλαμβάνει τα κοινωνικά προβλήματα, καταπολεμώντας τα. Επίσης, δίνει βάση στη κοινωνική συνοχή και την κοινωνική ευθύνη. Το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο αναπτύχθηκε την μεταπολεμική περίοδο, περισσότερο στις καπιταλιστικές κοινωνίες. Η διαφοροποίησή του σε σχέση με το υπολειμματικό έγκειται σε ηθικούς και ιδεολογικούς παράγοντες, χωρίς να αποδίδεται η δέουσα σημασία στις μεθόδους εκπλήρωσης των αναγκών.

γ) Το βιομηχανικό μοντέλο, στο οποίο η κοινωνική πολιτική συνδέεται με την οικονομία της αγοράς τονίζοντας τον λειτουργικό και επιβοηθητικό της χαρακτήρα, έτσι ώστε οι ανάγκες να καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα, τα προσόντα και την επίδοση στην εργασία. Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός με το ρόλο της οικονομίας. Το πρότυπο αυτό εφαρμόστηκε με κάποιες παραλλαγές στην Μ. Βρετανία (Titmuss, 1994).

Στην συνέχεια, οι Fumiss και Tilton (1977), με κριτήριο το διαφορετικό βαθμό παρεμβατικότητας του μηχανισμού της αγοράς στα σύγχρονα δημοκρατικά κράτη, διακρίνουν τρία μοντέλα συστημάτων πρόνοιας.

1. Το «θετικό κράτος», στο οποίο η κρατική παρέμβαση στον τομέα της πρόνοιας περιορίζεται σε δραστηριότητες που έχουν ως στόχο την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας, καθώς επίσης και την προστασία των κατόχων ιδιοκτησίας από τις δυσλειτουργίες της αγοράς.
2. Το κράτος «κοινωνικής ασφάλειας», το οποίο διαφέρει από το «θετικό κράτος» στη σαφήνεια του διαχωρισμού μεταξύ των οικονομικών και κοινωνικών λειτουργιών του.
3. Το «κοινωνικό κράτος πρόνοιας», το οποίο στοχεύει στην επίτευξη κοινωνικής ισότητας μέσω κοινωνικών πολιτικών, που επικεντρώνονται περισσότερο σε κοινωνικούς, παρά οικονομικούς στόχους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι μηχανισμοί της αγοράς δε καλύπτουν τους στόχους αυτούς, αλλά εντείνουν την κοινωνική ανισότητα.

Στη συνέχεια, ο Palme (1990), έχοντας ως κριτήριο την παροχή ενός καθολικού και επαρκούς ελάχιστου εισοδήματος σε αυτούς που βρίσκονται πάνω από την ηλικία συνταξιοδότησης, διέκρινε τέσσερα μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης.

1. Το «υπολειμματικό» μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ελάχιστη σύνταξη είναι ανεπαρκής, βρίσκεται σε συνάρτηση με τις προηγούμενες εισφορές του εργαζομένου, ενώ ενθαρρύνεται η κάλυψη των αναγκών μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς (ιδιωτικές συντάξεις).
4. Το μοντέλο της «διασφάλισης του εισοδήματος», το οποίο συναντάμε στις παραδοσιακές κοινωνίες με πρωταρχικό ρόλο το θεσμό της οικογένειας, στο οποίο οι παροχές συνδέονται με την απασχόληση και είναι ανάλογες των προηγούμενων αποδοχών, δίνονται κυρίως από το κράτος με περιορισμένη την ιδιωτική ασφάλιση, ευνοούν και διασφαλίζουν το εισόδημα, κυρίως της μεσαίας τάξης, ενώ λειτουργούν ως εργαλείο κατευνασμού των αντιδράσεων της εργατικής τάξης.
5. Το μοντέλο «βασικής ασφάλειας», στο οποίο η καταβολή σύνταξης είναι καθολική, χωρίς ιδιαίτερους δεσμούς με την απασχόληση ή το πρότερο εισόδημα, ενώ η χρηματοδότηση τους γίνεται από γενική φορολογία.
6. Το «θεσμικό» μοντέλο ορίζεται ως ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης, που βασίζεται στις προηγούμενες αποδοχές του δικαιούχου με υψηλά ποσοστά ανταποδοτικότητας.

Η αρχική προσέγγιση του Titmuss (1974) έδωσε αφορμή για νέες αναλύσεις για την ανάπτυξη του κράτους-πρόνοιας και τις διαφοροποιήσεις που παρουσίαζε από χώρα σε χώρα, από τις οποίες η κυριότερη είναι αυτή του Espring-Andersen (1985β, 1987β, 1990), σύμφωνα με τον οποίο τα κριτήρια για το χαρακτηρισμό ενός κράτους, ως «κράτους-πρόνοιας», θα πρέπει να αναζητηθούν όχι μόνο στα δικαιώματα που αναγνωρίζει, αλλά και στους τρόπους με τους οποίους η κρατική δραστηριότητα διαπλέκεται με το ρόλο της αγοράς και της οικογένειας στην κάλυψη των αναγκών (Στασινοπούλου 1996).

Η κλασική ταξινόμηση του Esping- Andersen (1989,1990) κατατάσσει τις ευρωπαϊκές χώρες σε τρεις ζώνες, με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας και με βάση ενός δείκτη από-εμπορευματοποίησης.

1. Το «φιλελεύθερο» μοντέλο, το οποίο χαρακτηρίζεται από την κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, μεταβιβάσεις και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας.
2. Το «συντηρητικό» μοντέλο, το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο μέλημα αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων και η απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση.
3. Το «κοινωνικο-δημοκρατικό» μοντέλο, στο οποίο η καθολική κάλυψη και η απο-εμπορευματοποίηση επεκτείνεται και στα μεσαία στρώματα. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται διευρυμένη απο-εμπορευματοποίηση, μαζί με τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα.

4. Κράτη πρόνοιας - σύγκριση με τα Ευρωπαϊκά δεδομένα

Τα κράτη του Ευρωπαϊκού Νότου τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν κάνει κάποιες ανακατάξεις οι οποίες έχουν επηρεάσει αρνητικά τη σχέση κράτους και κοινωνίας. Το κοινωνικό κράτος στην οικονομική κρίση αδυνατεί να καλύψει ανάγκες των πολιτών του, όπως η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση, τα αναπηρικά επιδόματα και η κοινωνική ασφάλιση (Μπαμπανάσης, 2012)

Η κάθε κοινωνία ακριβώς επειδή οφείλει να προστατεύει και να μεριμνά για τους πολίτες της, ορίζει πρόσωπα και υπηρεσίες, προκειμένου να είναι υπεύθυνοι για το κομμάτι αυτό. Αυτές οι υπηρεσίες είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες του κάθε κράτους. Αυτά για τα οποία η κάθε κοινωνία μεριμνά έχουν να κάνουν με θέματα υγείας, παιδείας, ασφάλισης, στέγασης. Πράγματα βασικά, δεδομένα για τον καθένα από εμάς, αλλά που δεν απολαμβάνουν όλοι. Σύμφωνα με την κλασική θεωρία του κράτους στόχος του κοινωνικού κράτους είναι η ευημερία των πολιτών του και η εγκαθίδρυση ισότιμων συνθηκών ανταγωνισμού στις αγορές.

5. Χαρακτηριστικά κρατών πρόνοιας στην Ευρώπη

Όλα τα ευρωπαϊκά κράτη σε γενικές γραμμές, αντιμετωπίζουν τους ίδιους κινδύνους, τις ίδιες ανάγκες και επιλογές. Παντού διαπιστώνεται αύξηση των ανισοτήτων που προέρχεται από την αγορά, ενώ η εξέλιξη των δημογραφικών αλλαγών είναι παρόμοια σε όλες τις χώρες. Επιπλέον, ότι η σύγκλιση των μεταβιομηχανικών προκλήσεων εμποδίζεται από τα πολύ διαφορετικά εθνικά συστήματα κοινωνικής προστασίας. Η ικανότητα των συστημάτων πρόνοιας να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους νέους κινδύνους διαφέρει, εξαιτίας και των εσωτερικών πλεονεκτημάτων και αδυναμιών τους. Τα τελευταία, με τη σειρά τους, εξαρτώνται από τον τρόπο διάταξης των τριών πυλώνων, αλλά επίσης και από τη θεσμική κατοχύρωση των κρατικών κοινωνικών προγραμμάτων. Παρά τις ομοιότητες που παρουσιάζουν τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των κρατών μελών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στην οργάνωση, τις μεθόδους χρηματοδότησης, αλλά και την παρεχόμενη κάλυψη και την πρόσβαση στις παροχές, η οποία εξαρτάται από τις αποδοχές ή τις εισφορές. Τα μεγαλύτερα κενά στην κάλυψη παρουσιάζονται στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όπου τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν χαρακτήρα αποσπασματικό και κλαδικό (www.ekdd.gr)

Τα Ευρωπαϊκά κράτη, όπου τα τελευταία χρόνια βιώνουν ανακατατάξεις που οφείλονται και στην κρίση της οικονομίας τους, έχουν καταλήξει να έχουν κοινωνικές ρήξεις. Οι προβληματικές αυτές καταστάσεις είναι μεταξύ κρατους και κοινωνίας, αφού το κράτος δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών του. Η παγκοσμιοποίηση έχει παίξει σημαντικό ρόλο σε αυτό, η οποία με την ελεύθερη αγορά και την επιβολή των πολυεθνικών εταιριών έχει καθιερώσει ισότιμους όρους ανταγωνισμού παγκοσμίως.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι νομοθεσίες αποτελούν σημαντικό κομμάτι στην καθημερινότητα των πολιτών σε μια σύγχρονη κοινωνία. Κάθε κοινωνία οφείλει να μεριμνά για τους πολίτες της σε θέματα υγείας, παιδείας, ασφάλισης και κατοικίας. Στην πραγματικότητα, κράτος πρόνοιας ονομάζεται το πολιτικό αποτέλεσμα του συμβιβασμού μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας σε χώρες της Ευρώπης. Ο συμβιβασμός αποτελείται από δύο μέρη: το πρώτο περιλαμβάνει την παραδοχή της

εργασίας, της ελεύθερης αγοράς και του οικονομικού ανταγωνισμού και το δεύτερο περιλαμβάνει την παραδοχή του κεφαλαίου στις επικρατέστερες τάξεις των κοινωνικών και οικονομικών τους δικαιωμάτων. Σύμφωνα με την κλασική θεωρία του κράτους στόχος του κοινωνικού κράτους αποτελεί η ευημερία των πολιτών του και η εγκαθίδρυση ισότιμων συνθηκών ανταγωνισμού στις αγορές.

Το κράτος πρόνοιας κατηγοριοποιείται με βάση τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας σε τρία βασικά μοντέλα (Espring - Andersen, 1990).

Τα μοντέλα είναι τα ακόλουθα:

το *φιλελεύθερο μοντέλο*, χαρακτηριστικά του οποίου είναι η κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, οι μεταβιβάσεις και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία ακολουθούν το συγκεκριμένο μοντέλο. Τα μειονεκτήματα του μοντέλου είναι η αύξηση θέσεων χαμηλής ειδίκευσης και αμοιβής, η εμπορευματοποίηση της αγοράς και η ιδιωτικοποίηση κάποιου μέρους του κράτους πρόνοιας.

το *συντηρητικό μοντέλο*, το οποίο χαρακτηρίζεται από την διαφοροποίηση των κοινωνικών ομάδων καθώς και την παροχή προνομίων με βάση την κοινωνική τάξη και κοινωνική θέση του καθενός. Χώρες που ακολουθούν αυτό το μοντέλο είναι η Αυστρία, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ιταλία. Αποτελείται από αυξημένη γραφειοκρατία και μειωμένες μεταρρυθμίσεις στην αγορά.

το *κοινωνικό - δημοκρατικό μοντέλο*, το οποίο χαρακτηρίζεται από την καθολική κάλυψη αναγκών και την απο-εμπορευματοποίηση που κυριαρχεί στα μεσαία στρώματα. Οι πολίτες επιδιώκουν την απο-εμπορευματοποίηση μαζί με την εξατομίκευση των παροχών. Το μοντέλο αυτό παρατηρείται στις Σκανδιναβικές χώρες. Τα μειονεκτήματα του είναι το μεγάλο κόστος παροχών, η δυσκολία στην δημιουργία θέσεων εργασίας, η έλλειψη ομοιομορφίας των παροχών ανάμεσα στις πλούσιες και φτωχές κοινωνίες καθώς και η δυσκολία υιοθέτησης του από άλλα κρατίδια.

Εφόσον τα συγκεκριμένα μοντέλα αναφέρονται μόνο σε κράτη της Βόρειας Ευρώπης προστίθεται και ένα τέταρτο μοντέλο, το νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας το οποίο θα αναλύσουμε στην συνέχεια.

5.1 Νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας

Το νότιο μοντέλο κράτους πρόνοιας αφορά τις χώρες του ευρωπαϊκού νότου δηλαδή την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία. Αποτελείται από στοιχεία του μοντέλου του Bismark με ιδιαίτερη έμφαση στους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας καθώς και το μοντέλο του Beveridge το οποίο δίνει έμφαση στον τομέα της υγείας (Ferrera, 1996).

Σύμφωνα με τους Μακαρόνη και Παλουκτσή (2009) οι συγκεκριμένες χώρες εμφανίζουν τα εξής κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά:

Περιβάλλον

Οι χώρες αυτές αποτελούνται από εθνική πολιτισμική ομοιογένεια, εκτός από την Ισπανία στην οποία κατοικούν και οι Βάσκοι και από θρησκευτική ομοιογένεια, εφόσον το μεγαλύτερος μέρος του πληθυσμού αποτελείται από χριστιανούς. Επίσης, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των χωρών αυτών επηρεάζουν άμεσα τα διάφορα πολιτικά γεγονότα και την εξέλιξη των κοινωνικών δομών στις κοινωνίες τους.

Στα κράτη του Ευρωπαϊκού νότου εμφανίζεται έντονα η καθυστέρηση στην ανάπτυξη της βιομηχανίας τους, η ύπαρξη δύο αντίθετων θέσεων (αυτή του πλούσιου Βορρά και του φτωχού Νότου), η ένταση που δημιουργείται από την ένταξη των πολιτών στην αστική τάξη και τέλος η αντικατάσταση των αγροτικών δομών από τις βιομηχανικές. Σύμφωνα με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν η Ελλάδα και η Πορτογαλία εμφανίζονται ως φτωχά κράτη και η Ισπανία με την Ιταλία πιο πλούσια όσον αφορά την οικονομία τους. Στόχος των κρατών αυτών είναι η συμμετοχή τους σε οργανισμούς όπως το NATO και η ΕΟΚ. Η πολιτική τους πορεία χαρακτηρίζεται από την επικράτηση απολυταρχικών καθεστώτων, από συνδικάτα, σκάνδαλα και εμφυλίους πολέμους. Τέλος, ένα ακόμη κοινό χαρακτηριστικό τους αποτελεί το φαινόμενο της μετανάστευσης. Μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο οι χώρες αυτές εξήγαγαν μετανάστες ενώ σήμερα δέχονται μετανάστες από φτωχότερα κράτη

Εισοδηματικές μεταβιβάσεις

Τα κράτη του νότιου ευρωπαϊκού μοντέλου αποτελούν εκδοχή του "επιδοματοκεντρικού μοντέλου" με μια προνοιακή πολιτική που βασίζεται στις χρηματικές παροχές και αποτελείται από ένα κατακερματισμένο προνοιακό σύστημα. Δηλαδή παρέχεται μεν βοήθεια στους εργάτες αλλά παρέχεται μηδαμινή βοήθεια σε όσους βρίσκονται σε κάποια μη αποδεκτή εργασία. Επίσης, δεν υπάρχει κάποιο επίδομα για άτομα και οικογένειες που δυσκολεύονται οικονομικά, αν και τελευταία εμφανίζεται μια αλλαγή προς αυτή την κατεύθυνση.

προστασία από κινδύνους

Στις χώρες του νότιου ευρωπαϊκού μοντέλου δεν υπάρχει μια ισότιμη προστασία στις λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής. Οι συντάξεις καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος των δαπανών, ενώ οι παροχές σε οικογένειες είναι ελάχιστες καθώς και τα ποσοστά ιδιοκατοίκησης είναι χαμηλά. Η ανεπάρκεια κοινωνικής πολιτικής αντικαθίσταται από οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς που λειτουργούν ως "πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας".

Υγειονομική περίθαλψη

Οι παροχές στην υγεία γίνονται με βάση το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), επηρεασμένο από το βρετανικό μοντέλο, το οποίο εκτός από την Ιταλία παρουσιάζει προβλήματα στην διεκπεραίωση των λειτουργιών του.

Διείσδυση κράτους

Παρά την ύπαρξη του ΕΣΥ στις χώρες του νότιου ευρωπαϊκού μοντέλου αναπτύχθηκε ο ιδιωτικός τομέας στις παροχές υγείας, ο οποίος συναγωνίζεται με τον δημόσιο και έχει εμφανίσει μεγάλο όφελος.

Θεσμική ευνοιοκρατία

Στις χώρες της νότιας Ευρώπης έχει αναπτυχθεί το φαινόμενο της "θεσμικής ευνοιοκρατίας". Το κράτος επηρεάζεται από τις κομματικές παρατάξεις και δεν συμμετέχει ενεργά στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας.

Αποδοτικότητα του δημόσιου τομέα

Στον δημόσιο τομέα παρουσιάζονται προβλήματα αποδοτικότητας και συνεργασίας των υπαλλήλων, κάτι το οποίο προκύπτει από τις μη επαγγελματικές τους ικανότητες και από τις λανθασμένες μεθόδους προσλήψεων και οργάνωσης της εργασίας από τον κρατικό μηχανισμό.

Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση στα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής δεν μοιράζεται ομοιόμορφα σε όλες τις επαγγελματικές ομάδες, εξαιτίας της φοροδιαφυγής, της παραοικονομίας του κράτους με αρνητικές επιπτώσεις σε αυτό και στην χρηματοδότηση του.

Πρόσθετα κοινωνικά στοιχεία

Επίσης, ορισμένα κοινά κοινωνικά στοιχεία του νότου αποτελούν η απαξίωση των κοινωνικών αξιών και θεσμών και η φυγή των πολιτών στις πόλεις με αποτέλεσμα την ερήμωση της υπαίθρου. Η εθελοντική εργασία είναι ελάχιστη ωστόσο αναπτύσσονται Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Μακαρώνης και Παλουκτσή, 2009).

5. 2 Η κοινωνική ασφάλιση στα Νότια Μεσογειακά κράτη

Η λειτουργία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα κράτη της Νότιας Ευρώπης παρουσιάζει έναν κατακερματισμό στα επαγγέλματα, για παράδειγμα στην Ελλάδα ορισμένα επαγγέλματα διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής προστασίας από άλλα. Τα συγκεκριμένα κράτη (Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία) δεν έχουν κάποιο αξιόλογο δίκτυο κοινωνικής προστασίας, μόλις την δεκαετία του 1990 η Πορτογαλία νομιμοποίησε ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, ενώ στην Ιταλία και στην Ισπανία παρουσιάζεται μια μορφή κοινωνικής προστασίας στις περιφέρειες, η οποία αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα. Οι μεσογειακές χώρες διαθέτουν ένα καθολικό εθνικό σύστημα υπηρεσιών υγείας, επηρεασμένο από το πρότυπο του Beveridge, στο οποίο έχουν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ως νόμιμο δικαίωμα τους και ένα σημαντικό μέρος των δαπανών του αφορά την πληρωμή των

συντάξεων. Επιπλέον, οι μισθοί καθορίζονται με βάση κάποιες συλλογικές διαπραγματεύσεις και προωθούνται οι πρόωρες συντάξεις με αποτέλεσμα σημαντικό μέρος του ενεργού πληθυσμού να μην προσφέρει στην κοινωνία. Τέλος, το κράτος αδυνατεί να διαχειριστεί τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, κάτι το οποίο επιτρέπει την εισχώρηση των συμφερόντων των πολιτικών κομμάτων, έτσι ώστε να δημιουργείται μια άνιση κατανομή πόρων και παροχών (Μπούτσιου, Στ. και Σαράφης, Π., 2013).

5.3 Οι σκανδιναβικές χώρες

Το σκανδιναβικό μοντέλο πρόνοιας θεωρείται διεθνώς μοναδικό, για την έμφαση που δίνει στον πυλώνα του κράτους. Πρώτα απ' όλα, αποσκοπεί στην ενδυνάμωση της οικογένειας, ελαφρύνοντάς την από τις υποχρεώσεις και δεύτερον, στη μεγαλύτερη ατομική ανεξαρτησία. Επίσης, «από-εμπορευματοποίησε» τις ανάγκες των πολιτών για κοινωνική προστασία, ελαχιστοποιώντας το βαθμό εξάρτησής τους από άλλους παράγοντες. Είναι ένα θεσμικό αναδιανεμητικό μοντέλο, που συνδυάζει τις αρχές της περιεκτικής κοινωνικής παροχής, με την ισότητα και την αλληλεγγύη, υπό τη μορφή της οργανωμένης συνεργασίας. Τα σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας διακρίνονται για την τριπλή έμφαση που δίνουν: στην καθολική εγγύηση του εισοδήματος, και στις εξαιρετικά αναπτυγμένες υπηρεσίες για τα παιδιά, τους αναπήρους και τους αδύναμους ηλικιωμένους. Το δίκτυο εισοδηματικής ασφάλειας είναι ευρύ και αρκετά «γενναιόδωρο» και λειτουργεί ως αποτελεσματικό μέσο άμυνας ενάντια στη φτώχεια. Η πλήρης απασχόληση είναι στο επίκεντρο των πολιτικών προτεραιοτήτων, καθώς είναι από τα μοναδικά συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα. Στο πνεύμα αυτό, το κράτος αποτελεί τον βασικό εργοδότη, λόγω του εκτεταμένου δικτύου προνοιακών υπηρεσιών, ενώ παράλληλα παρατηρείται αυξημένη απασχόληση γυναικών, κυρίως στο Δημόσιο τομέα, που φτάνει το 80%. Χωρίς αμφιβολία, το σκανδιναβικό μοντέλο βρίσκεται σε σχετικά καλή κατάσταση για να αντιμετωπίσει τις κρίσιμες προκλήσεις της μεταβιομηχανικής αλλαγής. Μέσω της «αποοικογενειοποίησης» των ευθυνών πρόνοιας, είναι αναμφισβήτητο σε θέση να ενεργοποιήσει τις πλήρεις δυνατότητες του νέου ρόλου της γυναίκας. Από τη στιγμή που είναι επίσης αποτελεσματικό στην κινητοποίηση των πλέον ευπαθών ομάδων, όπως οι άγαμοι γονείς με μικρά παιδιά, οι ηλικιωμένοι

εργάτες ή οι άνθρωποι με αναπηρίες, καταφέρνει να μεγιστοποιήσει τη συμμετοχή και να ελαχιστοποιήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Μαζί με το Βέλγιο, τα σκανδιναβικά κράτη κατατάσσονται στις ελάχιστες χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, που μπόρεσαν να ελαχιστοποιήσουν τη φτώχεια των παιδιών και των ηλικιωμένων, αποδεικνύοντας ότι μια γενναιόδωρη ασφάλεια κατά του γήρατος δεν είναι ασυμβίβαστη με μια ενεργητική υπέρ της οικογένειας πολιτική. Το ποσό που δαπανάται για την κοινωνική ασφάλεια στις χώρες αυτές είναι πολύ μεγάλο (ενδεικτικά, το 1995 στη Φινλανδία ήταν 325 του ΑΕΠ) (Espring-Andersen, 2006).

Επειδή το σκανδιναβικό προνοιακό καθεστώς είναι αρκετά δαπανηρό για τον κρατικό προϋπολογισμό, οι Σκανδιναβοί υποχρεώνονται να πληρώνουν υψηλούς φόρους. Μέχρι στιγμής έχει αποδειχθεί ικανό να αντεπεξέλθει στο βάρος των φορολογικών του αναγκών, χάρη στην ευρεία στήριξη από τη μεσαία τάξη. Παρ' όλα αυτά, η επιδείνωση της κατάστασης του συστήματος υγείας της Δανίας κατά την τελευταία δεκαετία, υπογραμμίζει τους σοβαρούς οικονομικούς κινδύνους που παραμονεύουν όσον αφορά τη βιωσιμότητά του. Όπως αποδεικνύει η εμπειρία της Σουηδίας, κατά τη διάρκεια της μεγάλης οικονομικής κρίσης της δεκαετίας του 1990, το μοντέλο αυτό στηρίζεται στη διατήρηση της πλήρους απασχόλησης και της ανάπτυξης. Εάν η ανάπτυξη συνεχίσει να είναι μικρή και οι ανισότητες που δημιουργεί η αγορά εξακολουθήσουν να ενισχύονται, τότε το σκανδιναβικό μοντέλο θα υποστεί σοβαρή δοκιμασία (Espring-Andersen, 2006).

5. 4 Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία και Ελβετία

Το προνοιακό μοντέλο της Ιρλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ελβετίας, επιχειρεί να εισαγάγει λύσεις μέσω της αγοράς. Αυτό επιδιώκεται διαμέσου μιας διπλής στρατηγικής, αφενός της ενθάρρυνσης της ιδιωτικής προσφοράς πρόνοιας, ως γενικού κανόνα και αφετέρου του περιορισμού της δημόσιας ευθύνης-πολιτικής που οξύνει τις αποτυχίες της αγοράς. Με σημαντική εξαίρεση το εθνικό σύστημα υγείας, η κυρίαρχη τάση είναι προς την κατεύθυνση ενός υπολειμματικού ρόλου του Δημοσίου μέσω επιδομάτων, που στοχεύουν στην ενίσχυση των αποδεδειγμένα απόρων. Κάτω από αυτό το πρίσμα, οι έχοντες ανάγκη την κρατική φροντίδα είναι μόνο οι αναξιοπαθούντες. Για αυτό το λόγο, η μεσαία τάξη

ενθαρρύνεται να αγοράζει υπηρεσίες πρόνοιας από την ιδιωτική αγορά, ενώ η κυβέρνηση επιχειρεί να ενδυναμώσει τα μέτρα ελέγχου του εισοδήματος. Παράλληλα, η έμφαση μετατίθεται από τις συμβατικές παροχές, που χορηγούνται ύστερα από έλεγχο αναγκών, προς παροχές εξαρτώμενες από την εργασία. Έτσι πιστεύεται ότι δίδεται αποτελεσματική απάντηση σε δύο προβλήματα: Πρώτον, στην έλλειψη κατάλληλων κινήτρων για εργασία και δεύτερον, στην αύξηση της χαμηλόμισθης απασχόλησης. Η έμφαση σε επικεντρωμένες στη βάση της εργασίας παροχές, μπορεί να θεωρηθεί ως πιο αποτελεσματική επιλογή αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού από ό,τι π. χ. η συμβατική κοινωνική προστασία. Αυτό όμως δεν είναι πάντα βέβαιο, διότι εάν οι παροχές εξαρτώνται από την εργασία, τότε οι πολίτες που δεν έχουν εργασία δεν λαμβάνουν κάποια βοήθεια. Ειδικότερα, οι μητέρες με μικρά παιδιά χρειάζονται, φθηνούς παιδικούς σταθμούς. Εάν η απόκτηση αυτού του δικαιώματος υπόκειται σε έλεγχο αναγκών, τότε οι παροχές είναι πιθανόν να διαμορφωθούν σε χαμηλά επίπεδα. Έτσι, τα κενά στην κάλυψη και η εξάρτηση από την πρόνοια είναι πιθανό να μεγαλώσουν. Επίσης, οι εξαρτώμενες από την εργασία παροχές είναι πιθανό να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αρνητικές εξωτερικότερες, όπως η άσκηση πιέσεων για μείωση των μισθών (Espring-Andersen, 2006).

Η προώθηση της ιδιωτικής πρόνοιας συμβάλλει αναμφισβήτητα στην ισορροπία του κρατικού προϋπολογισμού, αλλά προκαλεί επίσης πολύ εύκολα κοινωνικές διαιρέσεις, ενώ συνεπάγεται και δευτερογενείς συνέπειες. Ο υποβιβασμός των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα σε κατάσταση δεύτερης κατηγορίας πολιτών, που ζουν από την πρόνοια, είναι ίσως το σημαντικότερο αποτέλεσμα. Εάν η ισότητα παραμένει προτεραιότητα, τότε η επικεντρωμένη πρόνοια επιφέρει περιορισμένα αποτελέσματα, όπως υπογραμμίζεται από τους πολύ υψηλούς διεθνείς δείκτες φτώχειας. Επιπλέον, η φτώχεια είναι ιδιαίτερα εμφανής ανάμεσα στις κατηγορίες των ταχέως αυξανόμενων ευπαθών νοικοκυριών (όπως οι άγαμες μητέρες και οι οικογένειες νεαρής ηλικίας με παιδιά) και ίσως είναι εξωπραγματικό να υποθέσουμε ότι οι αγορές, όσο «ζωηρές» και αν είναι, θα μειώσουν αποτελεσματικά την εξάρτηση από την Πρόνοια. Η αχίλλειος πτέρνα αυτού του μοντέλου συνίσταται στο γεγονός ότι η ικανότητα της κυβέρνησης να συλλέγει περισσότερα έσοδα, καθώς επίσης και

να διαχειρίζεται μια αποτελεσματική κοινωνική πολιτική, θα αποδυναμώνεται προοδευτικά, όσο περισσότερο οι πολίτες θα αποβάλλονται από την αγορά εργασίας. Εάν το κράτος πρόνοιας προσφέρει όλο και λιγότερα οφέλη στη μεσαία τάξη, τότε η συναίνεσή της στην υψηλή φορολογία σταδιακά θα μειώνεται, κυρίως γιατί θα είναι υποχρεωμένη να πληρώνει για ιδιωτική ασφάλιση. Το μοντέλο αυτό επομένως δεν διαθέτει ευρύτατες επιλογές, για να αντιμετωπίσει τα πιεστικά κοινωνικά προβλήματα του μέλλοντος.

5. 5 Ηπειρωτική Ευρώπη

Κοινό χαρακτηριστικό στις περισσότερες, αλλά όχι όλες, τις ηπειρωτικές ευρωπαϊκές χώρες είναι η συνεχής προσκόλληση στις παραδοσιακές ευθύνες πρόνοιας της οικογένειας, η οποία παρουσιάζεται περισσότερο ισχυρή στη Νότια Ευρώπη και πολύ λιγότερο στο Βέλγιο και τη Γαλλία. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινωνική προστασία που απολαμβάνει ο άνδρας, ως ο κύριος υπεύθυνος για τη συντήρηση της οικογένειας, κατέχει θεμελιώδη σημασία. Η προτεραιότητα που δίδεται στην οικογένεια ενισχύεται επιπροσθέτως από την κυριαρχία της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση είναι συνδεδεμένη με την εργασία και προστατεύει επαρκώς όσους έχουν σταθερή και ισόβια απασχόληση. Για αυτό το λόγο, οι χώρες που ακολουθούν την παράδοση της δημόσιας ασφάλισης συνήθως διαθέτουν και ισχυρές εγγυήσεις και ρυθμίσεις απασχόλησης. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων που κυριαρχούνται από τη δημόσια κοινωνική ασφάλιση τίθεται όλο και περισσότερο σε αμφισβήτηση, διότι αυτά προσφέρουν ισχυρή προστασία σε αυτούς που έχουν μειωμένη πρόσβαση στην αγορά εργασίας, όπως οι εργάτες με ασταθή εργασιακή πορεία. Επιπλέον, η κοινωνική ασφάλιση δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στις νεοεμφανιζόμενες δημογραφικές και εργασιακές δομές. Όταν η εισοδος στη σταθερή απασχόληση καθυστερεί όλο και περισσότερο και η επαγγελματική σταδιοδρομία γίνεται πιο ασταθής, οι πολίτες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συσσώρευση επαρκών συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων. Η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και της αντίστοιχης φορολογίας για την κάλυψη των χρηματοδοτικών ελλειμμάτων της κοινωνικής ασφάλισης, έχει σαν αποτέλεσμα οι νέοι και τα λιγότερο παραγωγικά άτομα που αναζητούν εργασία να τίθενται εκτός αγοράς. Η ισχυρή προστασία των σταθερά απασχολούμενων,

συνδυαζόμενη με τα τεράστια εμπόδια εισόδου στην αγορά εργασίας, έχει σε πολλές χώρες διευρύνει το χάσμα μεταξύ προνομιούχων, που βρίσκονται «εντός των τειχών» και των μη προνομιούχων, που βρίσκονται «εκτός». Για την αντιμετώπιση αυτών των κινδύνων, τα ηπειρωτικά ευρωπαϊκά κράτη πρόνοιας είτε έχουν βασιστεί στη διαρκή οικογενειακή υποστήριξη, είτε έχουν υιοθετήσει ad hoc προγράμματα, χωρίς την καταβολή εισφορών, όπως οι κοινωνικές συντάξεις και διάφορα μέτρα εξασφάλισης ενός κοινωνικά ελάχιστου. Σήμερα αναγνωρίζεται πλέον σαφώς σε όλη την Ευρώπη ότι οι υπηρεσίες, ιδιαίτερα για μικρά παιδιά και αδύναμους ηλικιωμένους, συνιστούν άμεση προτεραιότητα. Όμως, η οικονομική δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές τις ανάγκες είναι περιορισμένη, εξαιτίας της επίσης περιορισμένης φορολογικής βάσης, σε συνδυασμό με τις δαπανηρές συνταξιοδοτικές υποχρεώσεις. Το μοντέλο αυτό είναι ευάλωτο στη στασιμότητα της απασχόλησης και στους χαμηλούς δείκτες οικονομικής δραστηριότητας. Για αυτό τον λόγο, η επέκταση της απασχόλησης των γυναικών και των ηλικιωμένων εργαζομένων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη μακροχρόνια βιωσιμότητά του. Η επέκταση της απασχόλησης όμως στην οικονομία της αγοράς γίνεται δύσκολη εξαιτίας των υψηλών μισθών, των μη μισθολογικών επιβαρύνσεων και των υποχρεωτικών εισφορών, ενώ η αύξηση της απασχόλησης στις δημοσιές υπηρεσίες δυσχεραίνεται, εξαιτίας των σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών. Η απάντηση στην έλλειψη απασχόλησης είναι η επιδότηση της πρόωρης συνταξιοδότησης, η οποία όμως απαιτεί πρόσθετες αυξήσεις στις κοινωνικές εισφορές. Κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των κρατών είναι το περιορισμένο ή ακόμα και ανύπαρκτο εύρος επενδύσεων σε μέτρα που πιθανόν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να βγουν από τη δύσκολη θέση της παγίδας της πρόνοιας χωρίς εργασία (όπως π. χ. υπηρεσίες και επιδόματα για γυναίκες) (Espring - Andersen, 2006).

5. 6 Μεσογειακές χώρες

Στις χώρες αυτές, στις οποίες συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά από πολιτιστική, οικονομική και κοινωνική άποψη. Η έμφαση δίνεται στην κάλυψη των αναγκών μέσω της οικογένειας, της φιλανθρωπίας και της κοινότητας. Οι γυναίκες παρέχουν υπηρεσίες, οι οποίες σε άλλες χώρες παρέχονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Ειδικότερα, για το νότιο μοντέλο που εντοπίζεται στις

μεσογειακές χώρες και κατά συνέπεια αφορά άμεσα τη χώρα μας, παρατηρείται μια ανισόρροπη κατανομή της κοινωνικής προστασίας, καθώς και η εμφάνιση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στο πατερναλιστικό μοντέλο που χαρακτηρίζει τις νότιες χώρες, λόγω της έμφασης που δόθηκε στην πατριαρχική δομή της οικογένειας και τη θέση της γυναίκας μέσα στο σπίτι και όχι στην αγορά εργασίας (Νίκου, 2000). Οι συντάξεις γήρατος απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών. Σύμφωνα με στοιχεία του 1996, η Ελλάδα απορροφά ποσοστά της τάξης του 41,2%, η Ισπανία 41% και η Ιταλία 54%. Το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την κοινωνική προστασία είναι συγκριτικά χαμηλότερο από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πολύ χαμηλότερο από τα αντίστοιχα των βόρειων χωρών (Eurostat-ESSPROS Social protection in the European Union, Iceland and Norway, 1999).

Δεν υπάρχει ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, παρά μόνο για ορισμένες κατηγορίες πληθυσμού όπως π. χ. άτομα με αναπηρίες, το οποίο είναι πολύ χαμηλό και δεν φτάνει να καλύψει τις ανάγκες των δικαιούχων.

6. Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα από παλιά παρείχε συγκεκριμένες μορφές κοινωνικής προστασίας, όπως εξάλλου και όλες οι άλλες χώρες. Τα θεμέλια του σημερινού συστήματος κοινωνικής φροντίδας της Ελλάδας είναι μια πρόσφατη δημιουργία που συνεχώς αναπτύσσεται, κυρίως λόγω των ιστορικών συγκυριών, οι οποίες καθυστέρησαν την εξέλιξή του. Από το 1974 και μετά, υπάρχει το κράτος πρόνοιας με την έννοια του τρόπου με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς κινδύνους. Οι λόγοι της καθυστερημένης εμφάνισης του κράτους-πρόνοιας στην Ελλάδα, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε. Ε., οφείλονται κυρίως:

στην ύπαρξη δικτατορικών πολιτικών καθεστώτων στη χώρα μας σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους

στο χαμηλό ποσοστό μισθωτών στο σύνολο του πληθυσμού

στην ύπαρξη σημαντικών ποσοστών αποκλεισμένου πληθυσμού εξαιτίας πολιτικών φρονημάτων κλπ. (Χλέτσος, 2012)

Τα χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Το κράτος-πρόνοιας συνάδει με τον εκδημοκρατισμό και την ύπαρξη ομοιογενούς κοινωνίας. Το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά του κράτους-πρόνοιας στις Νότιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Δηλαδή:

ο χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής είναι αποσπασματικός

ο ρόλος της οικογένειας στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών είναι σημαντικός

υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις κοινωνικές παροχές και άνιση κατανομή των φορολογικών υποχρεώσεων

υπάρχει μεγάλος βαθμός αναποτελεσματικότητας της κοινωνικής πολιτικής

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, που αφορούν τον τρόπο οργάνωσής του, το εύρος της κάλυψης που προσφέρει, τη χρηματοδότηση των δαπανών του και την αποτελεσματικότητά του. Οι περιορισμοί που σήμερα έχει να αντιμετωπίσει το κράτος-πρόνοιας είναι:

η δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις στο σύστημα κοινωνικής προστασίας (απασχόληση, υγεία, σύνταξη)

οι αλλαγές στην αγορά εργασίας

το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης - το περιβάλλον της Ευρωζώνης.

οι σημαντικές πληθυσμιακές μετακινήσεις (μετανάστευση), λόγω των ευρύτερων οικονομικών και πολιτικών ανακατατάξεων, δυναμικού από χώρες κυρίως της Αφρικής και της Ασίας, χωρίς όμως να αυξάνονται οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση, αφού τα άτομα αυτά προσέρχονται λαθραία. Τα ποσοστά ένδειας είναι αρκετά υψηλά και συγκρινόμενα με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούμε ότι στη Σουηδία το ποσοστό είναι 12%, ενώ στη χώρα μας το ποσοστό είναι 23%. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001, στην Ευρώπη των «15» η φτώχεια αγγίζει το 18% του πληθυσμού. Όπως επισημαίνει και η Ε. Ε., πάνω από 60 εκατ. Ευρωπαίων πολιτών ζουν στα όρια της φτώχειας, εκ των οποίων 30 εκατ. ζουν «σε καθεστώς μακροχρόνιας φτώχειας» (Τσιάκαλος, 2000).

Το κράτος-πρόνοιας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, όπως:

η χρηματοδότηση των δαπανών του, ως εκ τούτου η ανεύρεση πόρων σε περιόδους όπου οι ρυθμοί οικονομικής μεγέθυνσης δεν είναι ιδιαίτερα υψηλοί, αν συγκρίνουμε με το παρελθόν η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του (πόσο πέτυχε το στόχο του σε σχέση με το πόσα δαπάνησε)

η μείωση της εξάρτησης σημαντικών πληθυσμιακών ομάδων από την πρόνοια του κράτους και η ένταξή τους στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία

Παροχές κοινωνικής προστασίας

Η κοινωνική πολιτική ως κοινωνική δράση, λαμβάνει στην πράξη τρεις κυρίως μορφές προστασίας και αναδιανομής:

α) τη ρύθμιση και βελτίωση της κοινωνικής συνοχής, μέσω κοινωνικών δικαιωμάτων.

β) τη φορολόγηση για την προστασία των φτωχότερων, μέσω φορολογικών εξαιρέσεων και ελαφρύνσεων

γ) την παροχή σε είδος και σε χρήμα, για την επίτευξη στόχων κοινωνικής ευημερίας π. χ. υγειονομική περίθαλψη, συντάξεις (Βενιέρης κ. α., 2003).

Πιο συγκεκριμένα, οι παροχές που αποδίδονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες την τελευταία, κυρίως, δεκαετία είναι:

Προνοιακές παροχές επιδοματικού χαρακτήρα (αναπηρικά επίδομα, επίδομα ανασφάλιστων υπερηλίκων, επίδομα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, επίδομα ανεργίας κ. α.)

Αναπηρικές συντάξεις

Παροχές σε είδος ή υπηρεσίες που αφορούν ευάλωτες ομάδες με προβλήματα υγείας

Φοροελαφρύνσεις ή απόλυτες φορολογικές εξαιρέσεις

Προτεραιότητα σε διαγωνισμούς του ΑΣΕΠ (με προϋποθέσεις)

Άλλες ελαφρύνσεις ή διευκολύνσεις που αφορούν την εργασία

Γ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην κοινωνική πολιτική στην Ευρώπη

Η αρχή της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα συνέπεσε με την πρωτοφανή οικονομική κρίση στην Ευρώπη. Η κρίση αυτή είχε εκτός από τον οικονομικό αρνητικό αντίκτυπο και τον κοινωνικό. Τα αποτελέσματα αυτά έχουν οδηγήσει σε εντονότερες αναταράξεις στην οικονομική δραστηριότητα, με ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στα εισοδήματα, τις συνθήκες διαβίωσης και την κοινωνική πολιτική για το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών σε πολλές χώρες. Η οικονομική κρίση 2008 βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Είναι προφανές ότι η τεράστια πολιτική δημοσιονομικής επέκτασης που εφαρμόστηκε κατά τα αρχικά στάδια της κρίσης και ειδικότερα το σημαντικό μέγεθος των δημόσιων δαπανών για τη διάσωση των τραπεζών επιδείνωσαν τα δημόσια οικονομικά πολλών κρατών.

1. Τι είναι φτώχεια

Κατ' αρχάς, δεν σημαίνει οικονομική δυσπραγία γενικώς και αορίστως. Για παράδειγμα, το 95% του πληθυσμού δήλωνε το 2014 ότι «τα βγάζει πέρα (οικονομικά) με δυσκολία». Για την ακρίβεια το ποσοστό που αναφέρεται στο κείμενο είναι το άθροισμα όσων δήλωσαν ότι τα βγάζουν πέρα με «μεγάλη δυσκολία» (39,5%), με «δυσκολία» (38,6%) και με «κάποια δυσκολία» (16,9%). Βλ. Eurostat (2015), «Inability to make ends meet». Το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ όσων βρίσκονταν πάνω από το στατιστικό όριο της φτώχειας ήταν ελάχιστα χαμηλότερο (94%). Είναι προφανές ότι μια τέτοια πληροφορία δεν είναι πολύ χρήσιμη. Ένα νοικοκυριό που πιέζεται οικονομικά, επειδή για παράδειγμα είναι υπερχρεωμένο, μπορεί να είναι «φτωχό», αλλά μπορεί και όχι. Το μόνο που είναι βέβαιο είναι ότι οι δαπάνες του είναι μεγαλύτερες από τα εισοδήματά του.

Ούτε είναι ακριβές ότι το στατιστικό όριο της φτώχειας (κάτω από το οποίο κάποιος θεωρείται φτωχός) ορίζεται σε συνάρτηση με τις ελάχιστες ανάγκες διαβίωσης, όπως για παράδειγμα με το κόστος απόκτησης ενός βασικού καλαθιού αγαθών και υπηρεσιών που αντιστοιχεί σε αυτές. Αντίθετα με τη διαδεδομένη αντίληψη, η προσέγγιση που έχει επικρατήσει στην Ευρώπη και στην Ελλάδα έχει πάψει προ πολλού να ορίζει τη φτώχεια με τέτοιο τρόπο.

Βέβαια, η φτώχεια κάποτε όχι μόνο γινόταν ευρέως αντιληπτή ως οικονομική αδυναμία απόκτησης των «αναγκαίων προς το ζην», αλλά και οριζόταν με αυτό τον τρόπο. Για παράδειγμα, μια τέτοια προσέγγιση ακολούθησε η πρώτη ιστορικά απόπειρα μέτρησης της φτώχειας στη σύγχρονη εποχή (ΕΛΣΤΑΤ 2015), «Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (περίοδος αναφοράς εισοδήματος 2013): Κίνδυνος φτώχειας». Δελτίο τύπου (8 Ιουλίου 2015) (Ελληνική Στατιστική Αρχή).

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, λόγω της ταχείας μεγέθυνσης της ευρωπαϊκής οικονομίας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της «Χρυσής Τριακονταετίας» (1945-1975), καθώς και λόγω της οικοδόμησης στιβαρών θεσμών κοινωνικής προστασίας, που συνδυαστικά οδήγησαν στην (κατά Krugman) «Μεγάλη Συμπίεση»

των εισοδηματικών ανισοτήτων, η έννοια της απόλυτης φτώχειας περιέπεσε σε σχεδόν πλήρη αχρηστία.

Βέβαια, η φτώχεια εξακολουθεί να ορίζεται ως η απόλυτη ένδεια στις υπό ανάπτυξη χώρες (Η Παγκόσμια Τράπεζα υπολόγισε πρόσφατα ότι 12,7% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή 897 εκατομμύρια άτομα, ζούσαν το 2012 σε συνθήκες ακραίας φτώχειας. Το όριο ακραίας φτώχειας ορίζεται συμβατικά ως \$1,90 την ημέρα (σε Μονάδες Ίσης Αγοραστικής Αξίας). Βλ. Ferreira F. H. G., Chen S., Dabalen A. L., Dikhanov Y. M., Hamadeh N., Jolliffe D. M., Narayan A., Prydz E. B., Revenga A. L., Sangraula P., Serajuddin U. & Yoshida N. (2015), «A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results». World Bank Policy Working Paper 7432), ενώ, υπό την επίδραση της διεθνούς οικονομικής κρίσης του 2007-2009 και της κρίσης της ευρωζώνης (2010-2014), το ενδιαφέρον για την ακραία φτώχεια αναζωπυρώθηκε πρόσφατα και στις χώρες της Ευρώπης (Βλ. Bradshaw J. & Mayhew E. (2010), «Understanding extreme poverty in the European Union». European Journal of Homelessness (4) 171-186. Οι συγγραφείς εξηγούν ότι «απόλυτη» φτώχεια δεν υφίσταται (αφού η φτώχεια ορίζεται πάντοτε σε σχέση με τις συνθήκες που επικρατούν σε ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και προτείνουν τον όρο «ακραία» φτώχεια).

1.1 Η σχετική φτώχεια

Επειδή οι επίσημες στατιστικές (π. χ. τα μεγέθη που αναφέρθηκαν στην αρχή αυτής της ενότητας) δεν αναφέρονται στην απόλυτη φτώχεια, το εύρημα ότι 22% του πληθυσμού στην Ελλάδα (και 17% στην Ευρωπαϊκή Ένωση) ήταν «φτωχοί» δεν συνεπάγεται αναγκαστικά ότι στερούνταν την οικονομική δυνατότητα να αποκτήσουν το καλάθι αγαθών που εξασφαλίζει την αξιοπρεπή διαβίωση. Συνεπώς, δεν ήταν φτωχοί με αυτή την έννοια. Ο δείκτης που χρησιμοποιούν οι επίσημες στατιστικές είναι το ποσοστό σχετικής φτώχειας, δηλαδή η αναλογία του πληθυσμού με εισόδημα κάτω από ένα κυμαινόμενο όριο, το οποίο ορίζεται εντελώς συμβατικά σε σχέση με το μέσο εισόδημα για την ακρίβεια: το διάμεσο εισόδημα.

Σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές, το 2013 το όριο σχετικής φτώχειας στη χώρα μας αντιστοιχούσε σε €384 το μήνα για ένα άτομο που ζει μόνο του (€806 το

μήνα για ένα ζευγάρι με δύο παιδιά). Με βάση αυτό το όριο, η φτώχεια στην Ελλάδα εκτιμάται ότι πλήττει 2. 384. 000 άτομα (22% του πληθυσμού). Όχι επειδή €384 το μήνα είναι το ελάχιστο κόστος διαβίωσης ενός ατόμου που ζει μόνο του, αλλά επειδή αυτό είναι το 60% του διαμέσου εισοδήματος.

Όπως γίνεται αμέσως κατανοητό, το όριο σχετικής φτώχειας εξ ορισμού μεταβάλλεται μαζί με το μέσο (διάμεσο) διαθέσιμο εισόδημα: ανεβαίνει σε εποχές οικονομικής μεγέθυνσης (αύξησης των διαθέσιμων εισοδημάτων) και αντιστοίχως κατεβαίνει σε εποχές οικονομικής ύφεσης (υποχώρησης των διαθέσιμων εισοδημάτων), με αποτέλεσμα ο δείκτης σχετικής φτώχειας να μη μεταβάλλεται πολύ ή να παραμένει στάσιμος ή να μεταβάλλεται αντίθετα με την κυρίαρχη αντίληψη.

Για παράδειγμα, ενώ η ελληνική οικονομία αναπτυσσόταν με ραγδαίους ρυθμούς την περίοδο 1995-2008, το ποσοστό σχετικής φτώχειας στην Ελλάδα μειώθηκε ελάχιστα (από 21% το 1995 σε 20% το 2008). Στη συνέχεια, ενώ η οικονομία βρέθηκε σε βαθιά ύφεση, το ποσοστό σχετικής φτώχειας αυξήθηκε επίσης ελάχιστα (σε 22% το 2013).

Αυτό μπορεί να φαίνεται κάπως παράδοξο, αλλά είναι απολύτως συμβατό με την έννοια της σχετικής φτώχειας, η οποία ερμηνεύει τη φτώχεια ως κοινωνική μειονεξία. Με βάση αυτή την ερμηνεία, τα άτομα συγκρίνουν το βιοτικό τους επίπεδο με αυτό της «μέσης οικογένειας» στη χώρα στην οποία κατοικούν: μια οικογένεια είναι φτωχή όταν αδυνατεί να παρακολουθήσει τον τρόπο ζωής της μέσης οικογένειας (π. χ. να στείλει τα παιδιά της σε μια σχολική εκδρομή), ακόμη και εάν μπορεί να εξασφαλίσει τα ελάχιστα απαραίτητα για τη διαβίωσή της.

2. Η φτώχεια στην Ελλάδα σήμερα

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η φτώχεια είναι σχετική και σε πολύ λίγες περιπτώσεις είναι απόλυτη. Επίσης υπάρχει δυσκολία στο να αποδοθεί στο πόση είναι σήμερα και επίσης με τα χρονικά όρια, αφού οι στατιστικές μετρώνται αρκετά χρόνια μετά το αναφερθέν έτος.

2. 1 Δεδομένα της ακραίας φτώχειας στην Ελλάδα από το 2011-2015

Ως όριο ακραίας φτώχειας θεωρούμε το κόστος απόκτησης ενός καλάθιού αγαθών και υπηρεσιών που αντιστοιχεί στις ελάχιστες ανάγκες διαβίωσης (στα «αναγκαία προς το ζην»). Φυσικά, το τι ακριβώς πρέπει να περιέχει ένα τέτοιο καλάθι αγαθών είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικό θέμα.

Η μέθοδος του καλάθιού αγαθών και υπηρεσιών εφαρμόστηκε πρόσφατα, σε μια φιλόδοξη απόπειρα υπολογισμού του κόστους «συμμετοχής στην κοινωνία» σε όλα τα κράτη-μέλη της Ε. Ε. από ένα δίκτυο πανεπιστημίων και ερευνητικών κέντρων, το οποίο συντόνιζε το Πανεπιστήμιο της Αμβέρσας και στο οποίο συμμετείχε η Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών. Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της έρευνας αυτής (τα οποία δόθηκαν στη δημοσιότητα το Νοέμβριο 2015), το κόστος του προϋπολογισμού υγιεινής διατροφής ενός ζευγαριού με δύο παιδιά στην Ελλάδα υπολογίστηκε σε €791 το μήνα (το 2014). Εάν προστεθούν οι δαπάνες των κοινωνικών δραστηριοτήτων που συνδέονται με τη διατροφή (π. χ. μερικές φορές να τρως έξω ή να κάνεις το τραπέζι σε φίλους και συγγενείς), το σχετικό κόστος ανεβαίνει σε €941 το μήνα. Διευκρινίζεται ωστόσο ότι το κόστος «συμμετοχής στην κοινωνία» αναφέρεται στη μέση οικογένεια και όχι στη φτώχη.

Μερικές φορές, η προσέγγιση που ακολουθεί μια μελέτη, ακόμη και όταν δίνει ρητή έμφαση στη φτώχεια, μπορεί να είναι «μαξιμαλιστική». Για παράδειγμα, στην Ελλάδα το 2010 το Ινστιτούτο Εργασίας ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, μετά από εξαντλητική μελέτη του θέματος, πρότεινε ως όριο απόλυτης φτώχειας για ένα ζευγάρι με δύο παιδιά το ποσό των €1. 724 το μήνα.

Αντίθετα, μια παρόμοια προσέγγιση από την Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, το 2012 (μεσούσης πλέον της κρίσης), εφάρμοσε μια πιο λιτή ερμηνεία του περιεχομένου των «αναγκαίων προς το ζην». Συνεπώς, το αντίστοιχο ελάχιστο κόστος αξιοπρεπούς διαβίωσης διαμορφώθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα. Συγκεκριμένα, το μηνιαίο όριο ακραίας φτώχειας αντιστοιχούσε σε €434 για ένα άτομο που ζει μόνο και σε €983 για ένα

ζευγάρι με δύο παιδιά (οικογένειες που διαμένουν στην Αθήνα και βαρύνονται με έξοδα ενοικίου ή στεγαστικού δανείου).

Τα αναθεωρημένα αποτελέσματα που παρουσιάζουμε εδώ βασίζονται στην παραπάνω μελέτη, του 2012. Συγκεκριμένα, προκειμένου να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη της ακραίας φτώχειας κατά τη διάρκεια ολόκληρης της τελευταίας πενταετίας (2011-2015), ορίσαμε το κόστος του ίδιου βασικού καλαθιού αγαθών για τα επόμενα έτη σύμφωνα με την εξέλιξη του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή ανά είδος αγαθού. Όπως πάντοτε, υπολογίσαμε το ελάχιστο κόστος διαβίωσης χωριστά για κάθε τύπο οικογένειας και για διαφορετικές τοποθεσίες. Για παράδειγμα, εκτιμήσαμε σε €640 το μήνα το όριο ακραίας φτώχειας μιας τετραμελούς οικογένειας με δύο ανήλικα παιδιά που διέμενε στην Αθήνα και δεν βαρυνόταν με έξοδα ενοικίου ή στεγαστικού δανείου το 2015. Τα αντίστοιχα ποσά για τους άλλους τύπους νοικοκυριών στις υπόλοιπες τοποθεσίες παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1: Όριο Ακραίας Φτώχειας (2015)

Χωρίς ενοίκιο ή στεγαστικό δάνειο			
Μονομελές νοικοκυριό	222	216	182
Μονογονεϊκή οικογένεια (μητέρα + 1 παιδί 8 ετών)	358	350	303
Ζευγάρι χωρίς παιδιά	382	371	312
Ζευγάρι + 1 παιδί (8 ετών)	517	496	424
Ζευγάρι + 2 παιδιά (8 και 14 ετών)	640	614	524
Κάθε επιπλέον ενήλικας	160	151	125
Κάθε επιπλέον παιδί (κάτω των 16 ετών)	132	126	111
Με ενοίκιο ή στεγαστικό δάνειο			
Μονομελές νοικοκυριό	395	381	249
Μονογονεϊκή οικογένεια (μητέρα + 1 παιδί 8 ετών)	564	573	402
Ζευγάρι χωρίς παιδιά	588	594	411
Ζευγάρι + 1 παιδί (8 ετών)	749	740	572
Ζευγάρι + 2 παιδιά (8 και 14 ετών)	905	883	731
Κάθε επιπλέον ενήλικας	189	190	167
Κάθε επιπλέον παιδί (κάτω των 16 ετών)	162	160	158

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων.

Σημείωση: Τα ποσά είναι σε ευρώ το μήνα.

Το ποσοστό ακραίας φτώχειας είναι το ποσοστό του πληθυσμού με εισόδημα κάτω από το αντίστοιχο ποσό του Πίνακα 1. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς μας, το 2015 το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 15%. Η εξέλιξη του σχετικού δείκτη κατά την πενταετία 2011-2015 παρουσιάζεται παρακάτω (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας (2011-2015)

2011	2012	2013	
Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD.

Σημείωση: Οι αριθμοί είναι ποσοστά του πληθυσμού.

Όπως δείχνει ο Πίνακας 2, το ποσοστό ακραίας φτώχειας σχεδόν διπλασιάστηκε τα πρώτα δύο χρόνια της πενταετίας που εξετάζουμε (από 8,9% το 2011 σε 17,1% το 2013), ενώ έκτοτε υποχώρησε, παραμένοντας όμως σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι (σύμφωνα με προ- ηγούμενες εκτιμήσεις μας) το ποσοστό ακραίας φτώχειας το 2009 δεν ξεπερνούσε το 2,2%.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέλιξη της ακραίας φτώχειας για διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού, π. χ. ανά δημογραφική κατηγορία (βλ. Πίνακα 3). Πράγματι, ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το πολύ υψηλό ποσοστό ακραίας φτώχειας των παιδιών και ιδίως, των νέων ηλικίας 18-29 ετών (17,6% και 24,4% αντιστοίχως το 2015), καθώς και το πολύ χαμηλό ποσοστό των ηλικιωμένων (2,7%). Επίσης, ενώ από το 2012 και μετά οι άνδρες σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά ακραίας φτώχειας από τις γυναίκες (το 2015: 15,7% έναντι 14,4%), το 2011 ίσχυε το αντίθετο (8,7% έναντι 9,2%) (Ματσαγγάνης Μ. & Λεβέντη Χ. (2013)).

Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών, παρά την κοινή αντίληψη ότι τα ποσοστά φτώχειας είναι υψηλότερα σε πολυπληθέστερες οικογένειες, τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η πραγματικότητα είναι πιο σύνθετη, τουλάχιστον όσον αφορά την ακραία φτώχεια (βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 4: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας Ανάλογα με τον Αριθμό των Παιδιών (2011-2015)

Σύνολο οικογενειών με παιδιά	12,5	19,0	21,8	19,4	18,5
Σύνολο οικογενειών χωρίς παιδιά	6,3	10,8	13,7	13,0	12,4
Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1	15,7	15,0

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD.

Σημείωση: Οι αριθμοί είναι ποσοστά της αντίστοιχης πληθυσμιακής ομάδας.

Συγκεκριμένα, τα νοικοκυριά χωρίς παιδιά πράγματι αντιμετωπίζουν χαμηλότερα ποσοστά ακραίας φτώχειας από ό,τι οι οικογένειες με παιδιά (12,4% έναντι 18,5% το 2015). Όμως, οι οικογένειες με τρία παιδιά φαίνεται να βρίσκονται σε καλύτερη θέση (13,8%) από ό,τι εκείνες με ένα (21,0%) ή δύο (17,0%) παιδιά, ενώ οι οικογένειες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά καταγράφουν τα υψηλότερα ποσοστά ακραίας φτώχειας (32,3%). Βέβαια, τα πολύτεκνα νοικοκυριά (με 4+ παιδιά) είναι λιγοστά: αντιστοιχούν μόλις στο 0,35% του συνολικού πληθυσμού.

Είναι αξιοσημείωτο ότι, σύμφωνα με τους υπολογισμούς μας, το ποσοστό ακραίας φτώχειας σε οικογένειες με παιδιά αυξήθηκε δραματικά από 12,5% το 2011 σε 21,8% το 2013, ενώ στη συνέχεια σημείωσε κάποια μείωση (σε 18,5% το 2015). Η υποχώρηση του ποσοστού ακραίας φτώχειας ήταν μεγαλύτερη το 2014, ιδίως για τις πολύτεκνες οικογένειες.

Όσον αφορά τη γεωγραφική περιοχή και το ιδιοκτησιακό καθεστώς κατοικίας, τα αποτελέσματα είναι μάλλον αναμενόμενα (βλ. Πίνακα 5). Η ακραία φτώχεια είναι εκτενέστερη στην Αθήνα και στις άλλες πόλεις παρά στις ημιαστικές και στις αγροτικές περιοχές. Από την άλλη, οι οικογένειες που διαμένουν σε ενοικιαζόμενη κατοικία αντιμετωπίζουν πολύ υψηλότερα ποσοστά ακραίας φτώχειας από ό,τι εκείνες που μένουν σε δικό τους σπίτι (ιδίως εάν δεν πληρώνουν στεγαστικό δάνειο).

Πίνακας 5: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας ανά Περιοχή και Ιδιοκτησιακό Καθεστώς Κατοικίας (2011-2015)

Ανά περιοχή	2013					
	Αθήνα	Υπόλοιπες πόλεις	Ημιαστικές περιοχές	Αγροτικές περιοχές	Σύνολο	
Αθήνα	8,5	15,6	18,8			
Υπόλοιπες πόλεις	12,4	19,1	21,3			
Ημιαστικές περιοχές	7,6	13,3	15,7			
Αγροτικές περιοχές	7,9	11,3	14,3			
Ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς	Πληρώνει ενοίκιο	21,1	29,5	34,5	32,1	30,5
	Πληρώνει στεγαστικό δάνειο	8,5	14,3	15,6	14,7	14,2
	Δεν πληρώνει ενοίκιο ή στεγαστικό δάνειο	5,5	9,9	12,5	11,2	10,8
Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1	15,7	15,0	

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD.

Σημείωση: Ημιαστικές είναι οι περιοχές με πληθυσμό 2.000-10.000 κατοίκους. Αγροτικές είναι οι περιοχές με λιγότερους από 2.000 κατοίκους. Η κατηγορία «Δεν πληρώνει ενοίκιο ή στεγαστικό δάνειο» περιλαμβάνει νοικοκυριά που μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία (ή που τους έχει παραχωρηθεί δωρεάν). Οι αριθμοί είναι ποσοστά της αντίστοιχης πληθυσμιακής ομάδας.

Μία άλλη ενδιαφέρουσα διάσταση είναι η επαγγελματική κατηγορία του επικεφαλής του νοικοκυριού. Εδώ οι αντιθέσεις είναι πράγματι εντυπωσιακές (βλ. Πίνακα 6). Στο ένα άκρο, το ποσοστό ακραίας φτώχειας σε οικογένειες ανέργων κυμαίνεται τα τελευταία χρόνια σε επίπεδα της τάξης του 70%-75%. Στο άλλο άκρο, το αντίστοιχο ποσοστό σε οικογένειες δημοσίων υπαλλήλων (καθώς και εργαζομένων στις ΔΕΚΟ και στις τράπεζες) παραμένει χαμηλότερο από 1%.

Πίνακας 6: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας ανά Επαγγελματική Κατηγορία (2011-2015)

Νοικοκυριά με αρχηγό:	Άνεργο	49,8	72,0	75,2
	Υπάλληλο Δημοσίου-ΔΕΚΟ-Τραπεζών	0,6	0,6	0,7
	Μισθωτό ιδιωτικού τομέα	8,5	13,5	14,5
	Ελεύθερο επαγγελματία	0,9	5,2	5,2
	Αυτοαπασχολούμενο	14,0	20,3	25,1
	Αγρότη	14,1	18,1	22,1
	Συνταξιούχο	2,3	3,3	4,5
	Εκτός εργατικού δυναμικού	30,7	38,8	48,1
	Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD.

Σημείωση: Η κατηγορία «Ελεύθερος επαγγελματίας» περιλαμβάνει τους ασφαλισμένους στο ΕΤΑΑ (ιατροί, νομικοί και μηχανικοί) και στο ΤΑΙΣΥΤ (εργαζόμενοι στα ΜΜΕ). Η κατηγορία «Εκτός εργατικού δυναμικού» περιλαμβάνει νοικοκυριά φοιτητών ή σπουδαστών. Οι αριθμοί αντιστοιχούν στο ποσοστό ατόμων κάθε πληθυσμιακής ομάδας με εισόδημα κάτω από το όριο της ακραίας φτώχειας.

Πράγματι, διαπιστώνουμε ότι τα ποσοστά ακραίας φτώχειας μειώνονται σημαντικά καθώς αυξάνεται ο αριθμός των εργαζομένων (βλ. Πίνακα 7). Εστιάζοντας στις οικογένειες με ανήλικα παιδιά, η ακραία φτώχεια το 2015 έπληττε το 68,3% των οικογενειών με κανέναν εργαζόμενο, με το αντίστοιχο ποσοστό να πέφτει στο 21,1% για οικογένειες με έναν εργαζόμενο, ενώ μειωνόταν δραματικά σε μόλις 3,5% για οικογένειες με δύο ή περισσότερους εργαζόμενους.

Πίνακας 7: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας σε Οικογένειες με Παιδιά ανά Αριθμό Εργαζομένων (2011-2015)

Οικογένειες με παιδιά και:	Κανέναν εργαζόμενο	55,7	69,2	71,2
	1 εργαζόμενο	16,7	22,7	26,3
	2+ εργαζόμενους	3,2	4,0	4,2

Σύνολο οικογενειών με παιδιά	12,5	19,0	21,8	19,4	18,5
Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1	15,7	15,0

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD

Σημείωση: Ως παιδιά θεωρούνται τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών. Οι αριθμοί αντιστοιχούν στο ποσοστό ατόμων κάθε πληθυσμιακής ομάδας με εισόδημα κάτω από το όριο της ακραίας φτώχειας.

Φυσικά, οι περισσότερες οικογένειες με ανήλικα παιδιά εξακολουθούν να έχουν κάποιο εργαζόμενο μέλος. Όμως, έχει αυξηθεί πολύ ο αριθμός οικογενειών στις οποίες δεν εργάζεται κανείς. Αυτό γίνεται φανερό με ακόμη εντονότερο τρόπο εάν περιοριστούμε στα νοικοκυριά με αρχηγό ηλικίας 25-59 ετών, αποκλείοντας όσα από αυτά έχουν αρχηγό συνταξιούχο. Πράγματι, κατά την τελευταία πενταετία έχει σχεδόν διπλασιαστεί το ποσοστό των οικογενειών με παιδιά και γονείς σε παραγωγική ηλικία στις οποίες όμως δεν εργάζεται κανείς (3,4% το 2015 έναντι 1,8% το 2011). Υπολογίζεται ότι συνολικά περίπου 371. 000 άτομα είναι μέλη οικογενειών με αρχηγό ηλικίας 25-59 ετών (μη συνταξιούχο), οι οποίες έχουν ανήλικα παιδιά και κανέναν εργαζόμενο. Όπως θα δούμε αμέσως παρακάτω, η συντριπτική πλειονότητα όσων ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (περίπου 334. 000 άτομα) ζουν με εισόδημα χαμηλότερο από το όριο της ακραίας φτώχειας.

Η διαπίστωση ότι τα ποσοστά ακραίας φτώχειας συσχετίζονται έντονα (και αρνητικά) με την ένταση εργασίας επιβεβαιώνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια, εάν κάνουμε διάκριση ανάλογα με το είδος της θέσης εργασίας (πλήρους ή μερικής απασχόλησης). Εστιάζοντας πάντοτε στις οικογένειες με ανήλικα παιδιά, αφού προηγουμένως αφαιρέσουμε από το δείγμα τα νοικοκυριά με αρχηγό κάτω των 24 και άνω των 60 ετών (και, στη συνέχεια, όσα από αυτά έχουν αρχηγό συνταξιούχο), η εικόνα που προβάλλει είναι εντυπωσιακή.

Πράγματι, τεράστια απόσταση χωρίζει την πιθανότητα ακραίας φτώχειας σε οικογένειες στις οποίες δεν εργάζεται κανείς (σχεδόν 90% το 2015) από εκείνες στις οποίες απασχολούνται πλήρως και οι δύο γονείς (2%). Γενικά, η πιθανότητα αυτή πέφτει κατακόρυφα καθώς αυξάνεται η ένταση εργασίας. Αυτό ισχύει ακόμη και για νοικοκυριά με έναν μόνο εργαζόμενο μερικής απασχόλησης (ποσοστό ακραίας

φτώχειας: 60,3% το 2015). Από εκεί και πέρα, το ποσοστό ακραίας φτώχειας το 2015 ήταν κοντά στον εθνικό μέσο όρο (15,1%) σε οικογένειες με έναν εργαζόμενο πλήρους απασχόλησης, δηλαδή στην πολυπληθέστερη πλέον ομάδα της κατηγορίας αυτής, ενώ έπεφτε στο μισό σε οικογένειες στις οποίες εργάζονταν και οι δύο γονείς, αν και ο ένας ήταν μερικής απασχόλησης (8,4%).

Πίνακας 8: Ποσοστό Ακραίας Φτώχειας σε Οικογένειες με Παιδιά Ανάλογα με την Ένταση Εργασίας (2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Οικογένειες με παιδιά και:					
Κανέναν εργαζόμενο		83,6	90,3	91,8	
1 εργαζόμενο μερικής απασχόλησης		44,6	59,7	64,5	
1 εργαζόμενο πλήρους απασχόλησης		12,2	16,9	20,1	
1 εργαζόμενο πλήρους & 1 εργαζόμενο μερικής απασχόλησης		3,3	8,6	9,5	
2 εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης		1,6	2,2	2,4	
Σύνολο νοικοκυριών της κατηγορίας	12,3	18,8	21,7	19,2	18,4
Σύνολο πληθυσμού	8,9	14,3	17,1	15,7	15,0

Πηγή: Εκτιμήσεις των συγγραφέων, με βάση το υπόδειγμα φορολογίας και κοινωνικών παροχών EUROMOD.

Σημείωση: Ως παιδιά θεωρούνται τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών. Το δείγμα περιλαμβάνει μόνο νοικοκυριά με αρχηγό ηλικίας 25-59 ετών (που δεν είναι συνταξιούχος). Οι αριθμοί αντιστοιχούν στο ποσοστό ατόμων κάθε πληθυσμιακής ομάδας με εισόδημα κάτω από το όριο της ακραίας φτώχειας.

Όπως δείχνουν τα παραπάνω ευρήματα, για μερικές ομάδες του πληθυσμού η πιθανότητα ακραίας φτώχειας είναι δραματικά υψηλή. Οι ομάδες που πλήττονται μακράν περισσότερο είναι οι οικογένειες με άνεργο αρχηγό, καθώς και τα νοικοκυριά χαμηλής έντασης εργασίας (ιδίως εκείνα στα οποία δεν εργάζεται κανένας γονέας). Επιπλέον, σε αυτές τις οικογένειες το μέσο εισόδημα όσων διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας πέφτει κατακόρυφα, και οπωσδήποτε πολύ κάτω από το αντίστοιχο όριο ακραίας φτώχειας (Μια Αποδοτικότερη Πολιτική για την Καταπολέμηση της Ακραίας Φτώχειας, Μάνος Ματσαγγάνης, Χρύσα Λεβέντη & Ελένη Καναβιτσά & Μαρία Φλεβοτόμου Ιούνιος 2016)

Δ. Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη

Η τωρινή οικονομική κρίση και ύφεση με την συνεχόμενη αύξηση της ανεργίας, την μείωση των θέσεων εργασίας, την μη παροχή υπηρεσιών και χρημάτων ώστε να ωφεληθούν περισσότερο τα δημόσια αγαθά όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η κοινωνική προστασία από τον ιδιωτικό τομέα, δεν επιτρέπουν στο κοινωνικό κράτος να αναπτυχθεί και να προσφέρει στην κοινωνία. Οι νομοθεσίες που έχουν υιοθετηθεί από τα ευρωπαϊκά κράτη τα τελευταία είκοσι χρόνια (1998- 2008) δεν κατάφεραν να βελτιώσουν τις επιδόσεις των ασφαλιστικών συστημάτων, παρά το γεγονός πως μειώθηκαν οι συντάξεις στο 7% με 20% (Ρομπόλης, Σ., 2013).

Προβλήματα όπως η οικονομική κρίση, η ανεργία, η γήρανση του πληθυσμού, το δημόσιο χρέος καθώς και το δημόσιο έλλειμα, η μείωση των θέσεων εργασίας και η συνεχόμενη μείωση των ομολόγων του ελληνικού δημοσίου κατά 50%, δυσκολεύουν σε σημαντικό βαθμό την λειτουργία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Οι καταστάσεις αυτές που έχει δημιουργήσει η οικονομική κρίση διαχειρίζονται από τα ευρωπαϊκά κράτη με νομοθεσίες οι οποίες προσπαθούν να διαβιβάσουν διάφορες ευθύνες στις νέες γενεές, να αλλάξουν τα διανεμητικά συστήματα συνταξιοδότησης σε κεφαλαιοποιητικά, να εμπορευματοποιήσουν τα δημόσια προϊόντα και να λάβουν χρήματα από τους πολίτες με την αύξηση των δαπανών των νοικοκυριών (Ρομπόλης, 2013).

Συμπερασματικά, τα ευρωπαϊκά κράτη καταλήγουν στην επιλογή της εισπρακτικής μεθόδου προκειμένου να χρηματοδοτηθεί το δημόσιο έλλειμα και να εξασφαλιστεί η ανάπτυξη με τρόπους όπως την μείωση των παροχών και την μείωση ικανοποίησης των κοινωνικών αναγκών, τα οποία δυσχεραίνουν τις προσπάθειες κοινωνικής αλληλεγγύης. Με αυτόν τον τρόπο το ευρωπαϊκό πρότυπο του κράτους πρόνοιας θα μετατραπεί σε πρότυπο φιλανθρωπικού κράτους (Ρομπόλης, Σ., 2013).

1. Η κρίση και οι γενικότερες κοινωνικές της επιπτώσεις

Σύμφωνα με τον Φωτόπουλο οι αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης είναι διάφορες και αφορούν το "άτομο" και την "κοινωνία" καθώς βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, δηλαδή όλες οι κοινωνικές αλλαγές έχουν

σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα των ανθρώπων, ενώ στην συνέχεια η καθημερινή ζωή των ανθρώπων διαμορφώνει και επηρεάζει τις διάφορες κοινωνικές αλλαγές.

Παραδείγματα των συνεπειών και των προβλημάτων που έχει επιφέρει η κοινωνικοοικονομική κρίση είναι τα ακόλουθα: τα φαινόμενα της φτώχειας, της ανεργίας, της μετανάστευσης, του κοινωνικού αποκλεισμού, του αλκοολισμού, της χρήσης ουσιών τα οποία στην συνέχεια οδηγούν στην βία, στον ρατσισμό και στην ξενοφοβία. Το φαινόμενο αυτό των επιπτώσεων της κρίσης στις κοινωνικές επιστήμες ονομάζεται "κοινωνική αλλοτρίωση". Επιπλέον, τα συγκεκριμένα φαινόμενα επηρεάζουν τον πληθυσμό ο οποίος μπορεί να αναπτύξει ακραίες πολιτικές και ρατσιστικές ιδεολογίες, οι οποίες με την σειρά τους οδηγούν στην εχθρότητα και στην επιθετική συμπεριφορά έναντι των μειονοτήτων, των κοινωνικά αποκλεισμένων και των κοινωνικά ανήμπορων ομάδων (Φωτόπουλος, Ν).

1. 1 Επιπτώσεις στην οικονομική και κοινωνική ζωή

Η οικονομική κρίση δημιουργεί συνέπειες στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων, καθώς η μείωση ή ακόμη και η απώλεια του εισοδήματος απωθεί την ανάπτυξη και οδηγεί στην φτώχεια. Τα επίπεδα της οικονομικής ανάπτυξης, το παγκόσμιο εμπόριο και η επαγγελματική αποκατάσταση αντικατοπτρίζουν την κατάσταση της παγκόσμιας οικονομίας.

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης διαφέρουν από χώρα σε χώρα εφόσον οι χώρες με χαμηλή και μέτρια ανάπτυξη αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα από τις αναπτυγμένες χώρες. Επιπλέον, στις χώρες αυτές οι εργαζόμενοι και τα άτομα τα οποία δεν έχουν κάποια εκπαίδευση δέχονται σε μεγαλύτερο βαθμό τις σκληρές επιπτώσεις της κρίσης από ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση των μεσαίων και ανώτερων τάξεων (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2009).

Η τωρινή οικονομική κρίση έχει μειώσει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη της παγκόσμιας οικονομίας, εκτός από την Κίνα, την Ινδία και άλλες βιομηχανικές χώρες. Επιπροσθέτως, στις περισσότερες χώρες τα μισά μόνο άτομα έχουν αποκατασταθεί επαγγελματικά και τα οποία ενδέχεται να χάσουν την εργασία τους με αποτέλεσμα να

αντιμετωπίζουν μια κατάσταση εργατικής ανασφάλειας. Η ανεργία ξεκίνησε να αυξάνεται στα τέλη του 2008. Σε παγκόσμια επίπεδα η ανεργία το 2007 ήταν 5,7% ενώ το 2009 κυμαινόταν στο 6,1% - 7,1%, με αποτέλεσμα οι άνεργοι να φτάνουν στα 18 - 51 εκατομμύρια. Με βάση τα στοιχεία του ΟΟΣΑ η ανεργία στις χώρες του ΟΟΣΑ έφτασε τον Αύγουστο του 2009 στο 8,6%, ήταν δηλαδή 2,3% υψηλότερη σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο. Παράλληλα, στην Ευρώπη η ανεργία ανήλθε στο 9,6% τον Αύγουστο του 2009, ήταν δηλαδή 2% υψηλότερη από τον προηγούμενο χρόνο. Την συγκεκριμένη κατάσταση αντιμετωπίζουν κυρίως οι χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη καθώς και με χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Επομένως, φέρνει στην επιφάνεια τρία κυρίαρχα προβλήματα:

Την συνεχόμενη αύξηση των ανισοτήτων.

Τις περιορισμένες παροχές κοινωνικής προστασίας και υγείας.

Τα προβλήματα της κλιματικής αλλαγής και καταστροφής του περιβάλλοντος (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2009).

1. 2 Επιπτώσεις στο επίπεδο της υγείας

Υποστηρίζεται (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2009) ότι την περίοδο της οικονομικής κρίσης ένας σημαντικός τομέας της κοινωνίας που διαταράσσεται είναι ο τομέας της εργασίας. Επομένως, ο αριθμός των ανέργων αντικατοπτρίζει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η οικονομία. Η ανεργία που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι σε μια κοινωνία, η ανασφάλεια για το πως θα συντηρήσουν τις οικογένειες τους καθώς και η απουσία του εισοδήματος δημιουργούν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Η ανεργία προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην υγεία των ανθρώπων όπως ψυχικές διαταραχές, άγχος, καταθλιπτική διαταραχή, προβλήματα εθισμού, εξαρτησιογόνων ουσιών, κατανάλωση μη υγιεινής διατροφής, ποτού και καπνού.

Μία έρευνα (Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M, 2009) που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέδειξε πως με την αύξηση της ανεργίας στο 1% αυξήθηκαν παράλληλα και οι αυτοκτονίες στο 0,79%.

Επίσης, η έρευνα έδειξε πως μειώθηκαν οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στο 1,39% και ένας ελάχιστος αριθμός θανάτων προκλήθηκε από καρδιαγγειακές και άλλες ασθένειες. Σε περιπτώσεις όπου η ανεργία αυξάνεται στο 3% ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνεται στο 4 με 4,5%. Επιπλέον, πολλοί θάνατοι προέρχονται από την κατάχρηση αλκοολούχων ποτών, συμπεράσμα το οποίο δείχνει πως το φαινόμενο της ανεργίας συσχετίζεται με τις ψυχολογικές διαταραχές. Μια περαιτέρω ανάλυση της έρευνας σχετικά με το φύλο και την ηλικία έδειξε πως η ανεργία δημιουργεί αύξηση των αυτοκτονιών και των καρδιακών ανακοπών στους άντρες νέας ηλικίας, ενώ στους άντρες μικρότερης ηλικίας των 60 δεν παρατηρείται κάποια σημαντική αύξηση (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2009).

Επιπροσθέτως, μια έρευνα των Economou et al σε 13 ευρωπαϊκές χώρες ανέδειξε πως η ανεργία και η θνησιμότητα (ανά 100. 000 κατοίκους) βρίσκονται σε άμεση σύνδεση μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, η αύξηση της ανεργίας στο 1% δείχνει και αύξηση του αριθμού της θνησιμότητας κατά 2,18% δηλαδή 2,18 θανάτους ανά 100. 000 κατοίκους. Τέλος, η έρευνα έδειξε πως η ανεργία και οι καρδιακές παθήσεις σχετίζονται άμεσα.

Η οικονομική κρίση και η μεγάλης διάρκειας ανεργία οδηγούν τα άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στην φτώχεια, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η θνησιμότητα και η ανθυγιεινότητα στις μειονότητες, στους μετανάστες και στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ή σωματικές παθήσεις (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., 2009).

Παρόλα αυτά, κάποια στοιχεία δείχνουν πως η οικονομική κρίση μικρού χρονικού διαστήματος στις βιομηχανικές χώρες φέρνει αλλαγές στα πρότυπα κατανάλωσης και οι άνθρωποι υιοθετούν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο αριθμός των θανάτων. Αντιθέτως, όταν υπάρχει οικονομική ανάπτυξη σε μια κοινωνία αυξάνονται οι βλαβερές συνήθειες όπως είναι το τσιγάρο και τα αλκοολούχα ποτά, και παρατηρείται μείωση του υγιεινού τρόπου ζωής και της φυσικής άσκησης, κάτι το οποίο οδηγεί στην παχυσαρκία. Επίσης, εν καιρώ οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται εκτός από τις αυτοκτονίες οι οποίες εμφανίζουν μια αύξηση. Οι συνέπειες αυτές της οικονομικής κρίσης διαφέρουν

σε κάθε άνθρωπο ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την αιτία. (Ruhm Cj, 2000., Gerdtham Ug, Ruhm Cj., 2006).

Οι σοβαρές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία χωρίζονται με διαφορετικό τρόπο στην κοινωνική κλίμακα. Τα άτομα και οι οικογένειες των χαμηλών ή μεσαίων στρωμάτων βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και ανθυγιεινού τρόπου ζωής διότι αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, προβλήματα στην εκπαίδευση, στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στην στέγη και στο φαγητό (Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β.).

1. 3 Η Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση έφτασε στην Ελλάδα το 2008 μέσω της Ευρώπης, δύο χρόνια μετά την πρώτη της εμφάνιση στις ΗΠΑ και την Μεγάλη Βρετανία το 2006. Η επικρατούσα κατάσταση στην Ελλάδα κατά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης χαρακτηριζόταν από τα μεγάλα οικονομικά ελλείμματα και τα δημόσια χρέη (Πίνακες 1 και 2), την αναποτελεσματική και πολλές φορές διεφθαρμένη αξιοποίηση των δημόσιων πόρων και από την ανοργάνωτη και αποσπασματική άσκηση της κοινωνικής πολιτικής (Μαλούτας, 2011). Σύμφωνα με τον Ματσαγγάνη ο δημοσιονομικός εκτροχιασμός της Ελλάδας ως συνέπεια του ανορθολογικού κοινωνικού κράτους και οι υπερβολικά αυξημένες κοινωνικές δαπάνες χαρακτηρισμένες από τις “πελατειακές σχέσεις” μέχρι το 2009, οδήγησαν στην παρακμή του κοινωνικού κράτους και στην οικονομική κρίση να πλήττει την χώρα. Αναλυτικότερα, σημαντικό ρόλο στην οικονομική κατάρρευση της χώρας είχε το κοινωνικό κράτος μέσω της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζε, καθώς η διόγκωση του εθνικού εισοδήματος και των δαπανών για κοινωνική προστασία οδήγησαν την κοινωνική δαπάνη στο 22,0% του ΑΕΠ το 2004, σε 26,4% το 2008 και σε 29,0% το 2009 (Ματσαγγάνης, 2011)

Το συνταξιοδοτικό σύστημα στην Ελλάδα αποτελούσε για πολλά χρόνια ένα φλέγον θέμα, το οποίο έχρηζε μεταρρυθμίσεων και μάλιστα ριζικών, οι όποιες όμως δεν αντιμετωπιζόνταν από τις κυβερνήσεις της χώρας. Οι τελευταίες είτε καταπιάνονταν επιφανειακά με το θέμα, είτε καθόλου. Οι συντάξεις, όσον αφορά τον ασφαλιστικό τομέα, απορροφούσαν σχεδόν το μισό ποσοστό της κοινωνικής δαπάνης

ίσο με 6,34% του ΑΕΠ το 2008, αφήνοντας στην "αδράνεια" πολιτικές που αφορούσαν την ανεργία, τη φτώχεια, την οικογένεια, τους ηλικιωμένους, την αυτονομία των νέων κτλ. (Ματσαγγάνης, 2011).

Αναλυτικότερα, οι μόνες σοβαρές μεταρρυθμίσεις που ανανέωσαν το συνταξιοδοτικό σύστημα της χώρας, επήλθαν με τον Ν2084/1992, ο οποίος απέβλεπε σε ένα πιο περιοριστικό όσον αφορά τις δαπάνες συνταξιοδοτικό σύστημα. Ωστόσο, ο νόμος αυτός προκάλεσε έντονες αντιδράσεις, γεγονός που η κυβέρνηση Μητσοτάκη αντιμετώπισε μονομερώς, αφού απάλλαξε τους ήδη ασφαλισμένους και επιβάρυνε τους νεοεισερχόμενους στην εργασία. Έπειτα, κατά την περίοδο 1993-1996 η κυβέρνηση Παπανδρέου δεν προέβη σε καμιά μεταρρύθμιση μέχρι το τέλος της θητείας της, έως ότου η κυβέρνηση Σημίτη την περίοδο 1996-2004 προσπαθήσει χωρίς αποτέλεσμα τη λύση του προβλήματος. Το μόνο που κατάφερε ήταν η ικανοποίηση μερίδας συνδικαλιστών. Η επόμενη κυβέρνηση (2004-2009) του Καραμανλή συνέχισε την τακτική των δυο προηγούμενων κυβερνήσεων και παρότι η ανάγκη μεταρρυθμίσεων ήταν επιτακτική, η κυβέρνηση θέσπισε μόνο τον Ν3655/2008, ο οποίος μείωσε τα ασφαλιστικά ταμεία σε 13 από τα 155 που υπήρχαν. Ωστόσο και σε αυτή τη μεταρρύθμιση προστατεύτηκαν τα συμφέροντα συγκεκριμένων κατηγοριών. (Ματσαγγάνης, 2011). Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ελλάδας χαρακτηριζόταν από την ανισότητα των ασφαλισμένων, αφού ισχυρές κοινωνικές ομάδες και τα ασφαλιστικά ταμεία αυτών τύγγαναν ευνοϊκότερων παροχών απ' το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού των ασφαλισμένων. Αποτελούσε ξεκάθαρα ένα σύστημα άδικο, ανορθολογικό και εγκλωβισμένο στην εξυπηρέτηση των πελατειακών σχέσεων, σε βάρος πάντα των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων και τις νέας γενιάς. (Ματσαγγάνης, 2011)

Εξαιρετικά δαπανηρός εμφανίζεται και ο τομέας της υγείας, αφού σύμφωνα με τους Μπούτσιου και Σαράφη ήδη το 2007 το 9,6% του ΑΕΠ κάλυψε δαπάνες για την υγεία. Είναι χαρακτηριστικό ότι για το ίδιο έτος το 62%-63% αυτών των δαπανών χρηματοδοτήθηκε από το δημόσιο. Όπως ο ασφαλιστικός τομέας έτσι και ο τομέας της υγείας δεν ξέφυγε από το γενικό κλίμα της διαφθοράς. Ο χρηματισμός γιατρών, ο μη φανερός και ανεξέλεγκτος τρόπος διαχείρισης των προμηθειών στα νοσοκομεία, η

συνταγογράφηση περιττών και εξαιρετικά δαπανηρών εξετάσεων επιβάρυναν ακόμη περισσότερο τα ασφαλιστικά ταμεία (Μπούτσιου, Σαράφης 2013).

Γενικότερα, το κοινωνικό κράτος της χώρας μας έχρηζε κρίσιμων μεταρρυθμίσεων, γεγονός που οι κυβερνήσεις απέφευγαν, μέχρι το 2001, όπου η κυβέρνηση Σημίτη προσπάθησε να μεταρρυθμίσει το ασφαλιστικό που λειτουργούσε σαν ωρολογιακή βόμβα για την Ελληνική οικονομία (Σωτηρόπουλος 2019, σελ, 149). , χωρίς επιτυχία και με μεγάλες αντιδράσεις. Ή θα έπρεπε να λυθεί δραστικά ή να ακολουθηθεί ο τρόπος διαχείρισης που χρόνια προυπήρχε. Σύμφωνα με τον Γιαννίτση ο οποίος είχε εκφράσει την αποστροφή του στην τότε κυβέρνηση, ή έπρεπε να αγνοήσει και να υποβαθμίσει το πρόβλημα, παρουσιάζοντας προτάσεις που αποτελούσαν απάντηση με περιορισμένη επίδραση στις εξελίξεις και προκαλώντας αντιδράσεις χωρίς λύση στο πρόβλημα, ή θα έπρεπε να αποδεχθεί η σοβαρότητα του προβλήματος με μια κίνηση πραγματικής σημασίας για την επίλυσή του (Σωτηρόπουλος 2019, σελ 149). Όλο αυτό το πρόβλημα, φάνηκε μια δεκαετία αργότερα, όπου το ασφαλιστικό σύστημα και όχι μόνο, βρέθηκε σε παρακμή.

Το 2010 σε μια προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών του κράτους και μείωσης των ελλειμμάτων, πραγματοποιούνται μέτρα που κατακεραματίζουν την παράγωγη κοινωνικών αγαθών και υπηρεσιών, μειώνοντας κατακόρυφα το δείκτη κοινωνικής προστασίας. Με οδηγό ένα κοινωνικό σύστημα υπερασπιστή των συμφερόντων της ομάδας και όχι της κοινωνίας οδηγούμαστε σε μειώσεις μισθών και συντάξεων, σε κλείσιμο των επιχειρήσεων, σε άνοδο της ανεργίας και τελικά στην φτώχεια εκατοντάδων χιλιάδων νοικοκυριών, γεγονός που συνειδητοποιείται μονό απ' αυτούς που το υφίστανται και όχι απ' τους πολιτικούς της χώρας, τα συνδικάτα, τον τύπο και γενικά την κοινή γνώμη (Ματσαγγάνης, 2011).

Μέσα σε ένα σύστημα όπου κυριαρχούσαν οι πελατειακές σχέσεις, ο ασυνάρτητος πλουραλισμός και με κοινωνία και κράτος όπου μετά τη χρυσή δεκαετία του 1980 δεν ήθελαν να αλλάξουν, κυριαρχούσε η ανισότητα και μεγάλο μέρος του πληθυσμού να ζει στη φτώχεια.

Ο Γιαννίτσης αυτό που θέλησε στη μεταρρυθμίσή του για το ασφαλιστικό το 2001, ήταν να αποκαταστήσει τις αδικίες του συστήματος (συνταξιοδότηση σε μητέρες ανηλίκων 45-50 ετών, καταχρηστικές υπαγωγές βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτωνκ.α) (Σωτηρόπουλος 2019, σελ. 152).

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (2012) η υπάρχουσα κρίση στην Ελλάδα έχει οικονομικό και κοινωνικό χαρακτήρα με αποτέλεσμα όχι μόνο την οικονομική ύφεση και δυσχέρεια των πολιτών, αλλά και την βαθιά κρίση στο επίπεδο της κοινωνικής πρόνοιας. Μέσα στα πλαίσια μείωσης των κρατικών δαπανών πραγματοποιήθηκαν ενέργειες που συρρίκνωσαν ακόμη περισσότερο την έννοια του κοινωνικού κράτους. Οι ήδη αποδυναμωμένοι τομείς της κοινωνικής πρόνοιας και της υγείας συνθλίφθηκαν εξαιτίας της ραγδαίας μείωσης των οικονομικών πόρων αφήνοντας ακόμη περισσότερο απροστάτευτους αυτούς που τους είχαν περισσότερο ανάγκη: τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Η φτώχεια κέρδισε εκ νέου έδαφος αφού εξαπλώθηκε σε νέες κατηγορίες ανθρώπων όπως οι απολυμένοι ή αυτοί που επλήγησαν από τις περικοπές στους μισθούς και στις συντάξεις τους. Ακόμη περισσότερο πληττόμενοι από τη φτώχεια είναι οι άνεργοι, τα παιδιά ηλικίας μέχρι 17 ετών με της συνέπειές της σε επίπεδο οικογενειακό, διαπροσωπικό και σχολικό και οι ηλικιωμένοι λόγω των οξέων περικοπών στους μισθούς τους και στην υγεία.

Επιπλέον, παρατηρείται αύξηση της παραβατικότητας, της χρήσης παράνομων και επικίνδυνων φθηνών ουσιών, της εγκληματικότητας, αλλά και των ανθρώπων που βρίσκονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι Ρομά, τα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ), οι μετανάστες, οι άστεγοι και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Επιβαρυνμένος παρουσιάζεται και ο τομέας της ψυχικής υγείας λόγω της αλματώδους ετήσιας αύξησης των αυτοκτονιών κατά 40% όπως επισημαίνει έρευνα του Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Έρευνας Ψυχικής Υγείας που δημοσιεύτηκε το 2011. Ο αριθμός των αυτοκτονικών περιστατικών που καταγράφηκε σε ημερήσια βάση έφτασε τα δύο περιστατικά. Τέλος, ο τομέας της εκπαίδευσης και της έρευνας δεν έμεινε ανεπηρέαστος, αφού εμφανίζεται μη αποδοτικός όσον αφορά τις μελέτες και την μετάδοση γνώσεων σχετικών με τη σημερινή κοινωνική πραγματικότητα. (Καλλινικάκη, 2012)

2. Βελτιωτικά μέτρα κοινωνικών κρατών τη περίοδο της κρίσης

Οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης στα κράτη, έχουν επηρεάσει την διαχείριση του οικονομικού τομέα στο κοινωνικό σύστημα. Αυτό έχει επιφέρει αλλαγή της οικονομίας σε οικονομία αλληλεγγύης, εμπιστοσύνης και έχουν προκαλώντας πολιτικές ανάπτυξής της. Για να γίνει όλη αυτή η αλλαγή, χρειάζεται ο συνδυασμός οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού τομέα.

Ένας τρόπος είναι η πολιτική “Το σύμφωνο για το Ευρώ”, όπου περιλαμβάνει μια πολιτική “ορθολογικού φιλελευθερισμού” για την αντιμετώπιση της κρίσης. Η Γερμανία υιοθέτησε αυτή τη πολιτική αυτή στην οικονομική κρίση του 1929 και καθορίζοντας τα όρια του δημοσίου χρέους και του δημοσίου ελλείμματος. Το “Σύμφωνο για το Ευρώ” καθορίζει απαραίτητη την λήψη μέτρων όπως:

την επιμήκυνση του ηλικιακού ορίου συνταξιοδότησης στα 67 έτη

τις μειώσεις στις επικουρικές και στις κύριες συντάξεις

τις μειώσεις μισθοδοσιών

τις αυξήσεις στους φόρους και ειδικά στους έμμεσους

την ανάπτυξη της προσαρμοστικότητας στα επαγγέλματα, στις ομαδικές συμβάσεις και στις σχέσεις μεταξύ εργαζομένου και εργοδότη και τέλος

τις περικοπές ή μειώσεις στις κοινωνικές δαπάνες, ώστε να αντιμετωπιστεί το χρέος και τα δημόσια ελλείματα και να επικρατήσει μια υγιής ανταγωνιστική ευρωπαϊκή οικονομία.

Σύμφωνα με τον Ρόμπολη, αν πραγματοποιηθεί η παραπάνω πολιτική, τα ευρωπαϊκά κράτη θα αντιμετωπίσουν νέα οικονομική κρίση, αφού τώρα είναι αναγκαία η αντιμετώπιση της κρίσης και της ανεργίας.

3. Η άσκηση των πολιτικών Υγείας και Πρόνοιας στην Ελλάδα.

Οι δράσεις στην Ελλάδα στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, γίνονται από φορείς δημοσίου, ιδιωτικού αλλά και εθελοντικού τομέα. Οι φορείς του δημόσιου τομέα σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα εισοδηματικής ενίσχυσης και κοινωνικής φροντίδας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, στο πλαίσιο της προστασίας των 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 κάλυψης.

4. Φορείς δημοσίου τομέα

Οι φορείς κοινωνικής προστασίας του δημόσιου τομέα οργανώνονται και λειτουργούν σε τρία επίπεδα: κεντρική διοίκηση, περιφερειακή διοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση. Υπηρεσίες φροντίδας παρέχονται από νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που ιδρύονται και εποπτεύονται από φορείς της κεντρικής διοίκησης, της περιφερειακής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Πρέπει εδώ να τονιστεί η αναγκαιότητα επιεικούς ερμηνείας των διατάξεων για τις προνοιακές παροχές από τη Διοίκηση. Ο βιοποριστικός χαρακτήρας των προνοιακών παροχών δικαιολογεί την αυξημένη προστασία τους και την ερμηνεία των σχετικών κανόνων δικαίου με βάση τις αρχές της χρηστής διοίκησης, της προστατευόμενης εμπιστοσύνης και, ιδίως, της επιείκειας, τις οποίες συχνά η διοίκηση παραβλέπει, ακολουθώντας αυστηρά την κατά γράμμα ερμηνεία των κανόνων δικαίου. Με τον ν. 4109/2013 (ΦΕΚ 16, Τεύχος Α', Άρθρο 9) αποφασίστηκε η συγχώνευση 38 Ιδρυμάτων Πρόνοιας σε 12 Ιδρύματα Δημοσίου Δικαίου.

A. Οι φορείς της κεντρικής διοίκησης

Τα Υπουργεία Υγείας και Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (όπως πρόσφατα μετονομάστηκε) είναι οι κύριοι φορείς της κεντρικής διοίκησης για την οργάνωση και λειτουργία του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, Κοινωνικής Προστασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Αλληλεγγύης. Το Υπουργείο Υγείας επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας με τη προαγωγή της υγείας, τη πρόληψη της ασθένειας (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας) και τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες (7 Υ. ΠΕ, Νοσοκομεία του Ε. Σ. Υ. Κ. Α, Νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος, Κέντρα Θεραπείας, Συμβουλευτικοί Σταθμοί) με σεβασμό των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς (Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών). Οι επιδόσεις των υπηρεσιών του υπουργείου Υγείας, τουλάχιστον στον τομέα της απορροφητικότητας των κονδυλίων του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς 2007-2013 (ΕΣΠΑ), στον τομέα της Υγείας, είναι απογοητευτικές καθώς δεν κατάφεραν μέχρι το τέλος του 2011, οπότε και έληγε η προθεσμία για την υποβολή προτάσεων και σχεδίου διαχείρισης, να καταρτίσουν ένα ολοκληρωμένο πλάνο για την διοχέτευσή τους στο σύστημα της περίθαλψης. Σε μια εποχή βαθιάς οικονομικής

κρίσης όπου η Υγεία καταρρέει εξαιτίας της έλλειψης χρηματοδότησης, από τα 328. 148. 384 ευρώ που δίνει από το 2007 η Ευρωπαϊκή Ένωση στο Υπουργείο Υγείας, οι αρμόδιες υπηρεσίες του κατάφεραν να δαπανήσουν σε έργα μόνο το 6,8% μέχρι τα μέσα του 2013. Με άλλα λόγια, μέσα σε πέντε χρόνια απορρόφησαν 22. 314. 000 ευρώ. Τώρα η ηγεσία του Υπουργείου έχει θέσει ως στόχο στο τέλος του 2013 η απορροφητικότητα του ΕΣΠΑ να φτάσει το 48%. Το ΥΠΕΚΑΠ εκτός από τους φορείς κύριας ασφάλισης που εποπτεύει, στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης χαράσσει πολιτικές προώθησης της απασχόλησης, ασφάλισης της ανεργίας, κοινωνικής προστασίας της μητρότητας και της οικογένειας, επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (Ο. Α. Ε. Δ.), παρακολουθεί την εφαρμογή των διατάξεων της Εργατικής Νομοθεσίας (ΣΕΠΕ), προάγει την υγεία στο χώρο της εργασίας (ΕΛ. ΙΝ. Υ. Α. Ε.), διενεργεί συλλογικές διαπραγματεύσεις μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων (Ο. ΜΕ. Δ.). Στον τομέα της Πρόνοιας, εκτός από τους φορείς επικουρικής ασφάλισης και τα επαγγελματικά ταμεία, το ΥΠΕΚΑΠ παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας μέσω της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας και ειδικότερα μέσω τριών Διευθύνσεων:

α. Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας που μεταξύ άλλων έχει την αρμοδιότητα προστασίας παιδιών και εφήβων με το αντίστοιχο τμήμα,

β. Διεύθυνση Κοινωνικής Αντίληψης και Αλληλεγγύης που ασχολείται μεταξύ άλλων με τις ευπαθείς ομάδες καθώς και με τους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο.

γ. Διεύθυνση ΑΜΕΑ που ασχολείται, μεταξύ άλλων, με την οργάνωση και λειτουργία δομών και προγραμμάτων ανοιχτής φροντίδας και αποκατάστασης

Η Γενική Γραμματεία Πρόνοιας εποπτεύει επίσης Φορείς Πρόνοιας-ΝΠΔΔ (Κ. Ε. Α. Τ., Ε. Ι. Κ., Ε. Κ. Κ. Α κλπ), ΜΚΦ-ΝΠΔΔ και πιστοποιημένους φορείς Πρόνοιας-ΝΠΔΔ, Το Ε. Κ. Κ. Α. αποτελεί τον κύριο εθνικό συντονιστικό φορέα άσκησης κοινωνικής πολιτικής και παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Σκοπός του σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν. 3106/2003, είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης ή κοινωνικού

αποκλεισμού ή κοινωνικούς κινδύνους που προκύπτουν από φυσικά φαινόμενα ή από συνδυασμό ψυχοκοινωνικών, σωματικών ή οικονομικών παραγόντων και αδυνατούν να διαχειρισθούν από μόνα τους ή αδυνατούν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες διαβίωσής τους ή βρίσκονται σε αδυναμία να αξιοποιήσουν τις υφιστάμενες προνοιακές υπηρεσίες φορέων του δημόσιου τομέα. Παράλληλα, όμως, εντοπίζονται και σημαντικές παρεμβάσεις άλλων Υπουργείων στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας: το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα Άτομα με Αναπηρίες. Το Υπουργείο Εσωτερικών αποτελεί τον φορέα της κεντρικής διοίκησης που ασκεί παράλληλες αρμοδιότητες σε δύο βασικούς άξονες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της ρύθμισης του καθεστώτος ένταξης των μεταναστών και τον άξονα της ένταξης των προσφύγων. Το νομικό καθεστώς κοινωνικής ένταξης των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα ρυθμίζεται από ένα σύνθετο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνεται με βάση τις συνταγματικές εντολές για την προστασία των αλλοδαπών και τη νομοθετική τους εξειδίκευση. Παράλληλα, η εφαρμογή μηχανισμών των Διεθνών Οργανισμών συνθέτει ένα παράλληλο επίπεδο υπερνομοθετικής ισχύος που διέπει πλέον τις σχέσεις μεταξύ διοίκησης και αιτούντων άσυλο / προσφύγων σε διαφορετικά πεδία της οικονομικής και κοινωνικής ζωής. Οι διεθνείς ρυθμίσεις που αφορούν ζητήματα προσφύγων διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: ρυθμίσεις γενικής εφαρμογής και ρυθμίσεις αποκλειστικής ισχύος για πρόσφυγες.

α) Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει διατάξεις για τη μετανάστευση που περιέχονται σε διεθνείς μηχανισμούς προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πρόκειται για ρυθμίσεις που εντοπίζονται ενδεικτικά στο Διεθνές Σύμφωνο του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για το Νομικό Καθεστώς των Μεταναστών Εργαζομένων, στη Σύμβαση σχετικά με τη συμμετοχή των αλλοδαπών στη δημόσια ζωή σε τοπικό επίπεδο, στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη και στις Διεθνείς Συμβάσεις Εργασίας.

β) Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τη Σύμβαση του ΟΗΕ περί Νομικού Καθεστώτος των Προσφύγων (Γενεύη 1951) και το Συμπληρωματικό της Πρωτόκολλο (Νέα Υόρκη, 1967) και τις ρυθμίσεις του κοινοτικού δικαίου για τους εκτοπισθέντες και τους αιτούντες άσυλο. Το υφιστάμενο εθνικό θεσμικό πλαίσιο προσδιορίζει τις διαδικασίες ρύθμισης από τις αρμόδιες ελληνικές αρχές των ακόλουθων κατηγοριών: Άτομα που αναγνωρίζονται ως πρόσφυγες με απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και εφοδιάζονται με άδεια παραμονής που ανανεώνεται (πρόκειται για αναγνωρισμένους Πρόσφυγες με βάση τις διατάξεις των άρθρων 24 και 25 του Ν. 1975/1991 (όπως τροποποιήθηκε με τα άρθρα 1 και 2 του Ν. 2452/1996 «Ρύθμιση θεμάτων προσφύγων κατά τροποποίηση των διατάξεων του και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 236Α). Άτομα που υποβάλλουν αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας (αιτούντες άσυλο) σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στο άρθρο 1 του Π. Δ. 61/1999 (ΦΕΚ 63Α).

Άτομα που δεν έχουν λάβει άσυλο και δεν έχουν χαρακτηριστεί επίσημα “πρόσφυγες” αλλά οι ελληνικές αρχές τους χορηγούν προσωρινή άδεια παραμονής, διάρκειας ενός έτους, για ανθρωπιστικούς λόγους (προσωρινά διαμένοντες) σύμφωνα με το άρθρο 8 του Π. Δ. 61/1999.

Οι πρόσφυγες αντιστοιχούν σε μια ομάδα στόχου που ήδη έχει αναγνωριστεί νομοθετικά ως αντικείμενο ειδικών παρεμβάσεων στο πεδίο της κοινωνικής ένταξης. Οι πλέον αντιπροσωπευτικές παρεμβάσεις εντοπίζονται στο Ν. 2646/98 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» και στο Ν. 3386/2005 «Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια». Ν. 2646/98 ρυθμίζει ζητήματα κοινωνικής κάλυψης, προβλέποντας στο άρθρο 18 ότι:

«Στο πλαίσιο του Εθνικού Προγράμματος για τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και τις ομάδες που τελούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης καθορίζονται Ειδικά Προγράμματα με στόχο:

β. την κοινωνική ένταξη των αναγνωρισμένων Προσφύγων, τον καθορισμό των προϋποθέσεων και τη διαδικασία παροχής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης ή οποιασδήποτε άλλης οικονομικής και κοινωνικής συνδρομής σε άτομα

που έχουν αναγνωρισθεί από την αρμόδια Ελληνική Αρχή ως πρόσφυγες ή έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση ή τους έχει επιτραπεί η προσωρινή διαμονή προς αντιμετώπιση επειγουσών και σοβαρών καταστάσεων ανάγκης».

Ο Ν. 3386/2005 ρυθμίζει ευρύτερα ζητήματα κοινωνικής ένταξης των μεταναστών, εξαιρώντας ρητώς (άρθρο 2 παρ. 1 γ) τους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες από το προσωπικό πεδίο εφαρμογής του. Όμως, εντάσσει με ειδικότερη διάταξη (άρθρο 65 παρ. 2) τους πρόσφυγες και τα άτομα που τελούν υπό καθεστώς διεθνούς προστασίας στις κατηγορίες των επωφελουμένων από τις δράσεις κοινωνικής ένταξης που θα αναπτυχθούν στο πλαίσιο του Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης (άρθρο 66 παρ. 4). Η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς καλύπτει ορθολογικά το κενό που προκύπτει από την αδυναμία ουσιαστικής εφαρμογής του Ν. 2646/98 και την παρεπόμενη έλλειψη υιοθέτησης του Ειδικού Προγράμματος ένταξης των προσφύγων. Επιχειρείται, έτσι, να αναπτυχθεί μία θεματική στρατηγική καταπολέμησης του αποκλεισμού της συγκεκριμένης ομάδας στόχου, με βάση μία πολυδιάστατη σύλληψη της ένταξης που δεν περιορίζεται στο ειδικό πεδίο της προνοιακής κάλυψης.

Η Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (Γ. Γ. Ι. Φ.) είναι ο αρμόδιος κυβερνητικός φορέας για τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών για την ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών σε όλους τους τομείς.

Η Γ. Γ. Ι. Φ. λειτουργεί δύο Κέντρα Κακοποιημένων Γυναικών στην Αθήνα και στον Πειραιά και έναν ξενώνα-καταφύγιο κακοποιημένων γυναικών στην Αθήνα, σε συνεργασία με το Δήμο Αθηναίων. Το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ. Ε. Θ. Ι.) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που λειτουργεί υπό την εποπτεία και χρηματοδότηση της Γ. Γ. Ι. Φ. Κύριος σκοπός του Κ. Ε. Θ. Ι. είναι ο συντονισμός, η προαγωγή και η εκτέλεση της έρευνας σε θέματα ισότητας των δύο φύλων στο πλαίσιο της πολιτικής που χαράσσει η Γ. Γ. Ι. Φ. Τα παραρτήματα του Κ. Ε. Θ. Ι. σε πέντε μεγάλες πόλεις της χώρας είναι στελεχωμένα με ειδικό προσωπικό που ασχολείται με τη στήριξη και την προστασία γυναικών θυμάτων βίας.

Κέντρο υποστήριξης και φιλοξενίας για θύματα σωματεμπορίας λειτουργεί από το Υπουργείο Μακεδονίας-Θράκης στη Βόρεια Ελλάδα.

Ανάλογες δράσεις έχουν αναλάβει οι Γιατροί του Κόσμου και γυναικείες οργανώσεις σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας.

Το 2003 συστάθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο για τη βία κατά των γυναικών, με βασικούς φορείς το «Ευρωπαϊκό Λόμπυ Γυναικών» και το «Δίκτυο για την καταπολέμηση της ανδρικής βίας κατά των γυναικών» από την πλευρά των μη κυβερνητικών οργανώσεων και τη «Γενική Γραμματεία Ισότητας» από την πλευρά των κυβερνητικών οργανώσεων (Φωκιανού Μ, σελ: 53-55).

B. Η περιφερειακή διοίκηση-ΟΤΑ

Όπως έχει καταγραφεί σε πρόσφατες μελέτες, ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη χώρα μας, στο πλαίσιο ενός ελλειμματικού δημόσιου μοντέλου παρέμβασης κοινωνικής προστασίας, παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες και στρεβλώσεις, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται:

στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και κοινωνικού αποκλεισμού

στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού

Οι Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες (Ε. Κ. Ο.) περιορίζονται είτε στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών, χωρίς προοπτικές ανεξαρτητοποίησης από τη δημόσια συνδρομή είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «υψηλού στιγματισμού.

Παράλληλα, έχουν διαπιστωθεί προβλήματα οργανωτικά, διοικητικά και χρηματοδοτικά στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, καθώς και καθυστερήσεις / κενά στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για ποιοτικές, εξατομικευμένες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Βέβαια δεν πρέπει να παραγνωριστεί ότι η κατάσταση αυτή επιτείνεται από τα ενδογενή οργανωτικά-λειτουργικά προβλήματα των Τοπικών Αυτοδιοικήσεων, που ενισχύονται ακόμα περισσότερο από το χαμηλό βαθμό αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων και μεταφοράς επαρκών πόρων από την Κεντρική Διοίκηση.

Με το Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α' /2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης» διαμορφώνεται ένα νέο πλαίσιο ανάπτυξης της Τοπικής Διακυβέρνησης μέσω των αιρετών Περιφερειών και των νέων, ισχυροποιημένων Ο. Τ. Α. Α' βαθμού.

Οι ρυθμίσεις του νόμου 3852/2010 στοχεύουν να εξασφαλίσουν για τη σύγχρονη αυτοδιοίκηση το χαρακτήρα:

της εγγύτητας στη λήψη αποφάσεων

της χρηστής διακυβέρνησης

της εποπτείας και του ελέγχου

της κοινωνικής και οικονομικής συνοχής

της ενίσχυσης του ρόλου και των δικαιωμάτων του πολίτη

του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και

της πολυεπίπεδης διακυβέρνησης

Με τον τρόπο αυτό, οι δύο βαθμοί λειτουργούν μόνο εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων που τους απονέμονται και οι σχέσεις τους δεν είναι σχέσεις ιεραρχίας και ελέγχου αλλά σχέσεις συνεργασίας και συναλληλίας.

Ειδικά για τους πολίτες των τοπικών κοινωνιών και τις Ε. Κ. Ο., η δημιουργία και αποτελεσματική λειτουργία ισχυρών και αποκεντρωμένων αυτόδιοικητικών οντοτήτων, με σημαντικές αρμοδιότητες και αναπτυξιακές ευθύνες, φέρνει κοντά τους τη διοίκηση, με αποτέλεσμα να σταματά την υποχρέωσή τους να επισκέπτονται τις κεντρικές υπηρεσίες για διεκπεραίωση των υποθέσεών τους. Η αυτοδιοίκηση

(Περιφερειακή-ΟΤΑ), στα όρια των αρμοδιοτήτων της, καλείται να αναλάβει πρωτοβουλίες ενίσχυσης των πολιτών και των τοπικών κοινωνιών με το σχεδιασμό και υλοποίηση πολιτικών που θα στοχεύουν: στο συντονισμό των υφιστάμενων και στο σχεδιασμό και υλοποίηση νέων προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα που θα ανταποκρίνονται στα αιτήματα των Ε. Κ. Ο. και στη δυναμική τους ένταξη/επανένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ανάπτυξη και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής (Φωκιανού Μ., σελ 58-60).

Αρμοδιότητες που μεταφέρονται σε Δήμους, από τον Τομέα Κοινωνικής Προστασίας

Σύμφωνα με το άρθρο 94 του Νόμου 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α' /2010) «Πρόσθετες αρμοδιότητες Δήμων», στο άρθρο 75 παρ. Ι του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων υπό τον τομέα ε' (Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης) προστίθενται οι παρακάτω αρμοδιότητες:

Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.

Η τήρηση κανόνων υγιεινής των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.

Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία, που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.

Η άσκηση ελέγχου και εποπτείας στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και η ευθύνη λειτουργίας των παιδικών εξοχών.

Η εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, καθώς και η έγκριση του προϋπολογισμού τους, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των επιχορηγήσεων, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.

Ο διορισμός μελών διοικητικών συμβουλίων, η εποπτεία και η ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού

(όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ).

Ο ορισμός ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.

Η διαδικασία έκδοσης καρτών μετακίνησης σε ΜΜΜ, έπειτα από πιστοποίηση αναπηρίας μέσω των ΚΕΠΑ.

Μέχρι 31/12/2018 στους Δήμους ανήκαν και οι παρακάτω αρμοδιότητες:

Η χορήγηση επιδόματος ενοικίου

Η χορήγηση στεγαστικής συνδρομής σε άπορους και αστέγους

Η χορήγηση αναπηρικών επιδομάτων, καθώς και η διαδικασία παραπομπής των δικαιούχων στα ΚΕΠΑ.

Από 01/01/2019, με τον Ν. 4520/2018 περί μετεξέλιξης του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) και λοιπές διατάξεις, την υποχρέωση για έλεγχο και καταβολή των παραπάνω παροχών την έχει ο ΟΠΕΚΑ.

Ο ΟΠΕΚΑ είναι Οργανισμός Παροχών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

Επίσης, οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για την υλοποίηση:

α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,

β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση,

γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.

Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.

Η χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.

Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.

Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.

Η χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.

Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρος ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.

Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, κατά τις ρυθμίσεις της παρ. 7 του άρθρου 14 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α').

Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.

Η επιβολή ή άρση υγειονομικών μέτρων, λόγω εμφάνισης βαριάς επιζωοτίας για την έκδοση πιστοποιητικών προς μεταφορά ζώων.

Ο ορισμός ελεγκτή γιατρού Ο. Γ. Α. για τα Ν. Π. Δ. Δ. του νομού.

Ο ορισμός μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, από το δήμο όπου εδρεύουν τα ταμεία.

Η εφαρμογή, οργάνωση και εποπτεία της τεχνητής σπερματέγχυσης και του συγχρονισμού του οίστρου των ζώων.

Η παροχή γνωμάτευσης από τον αρμόδιο κτηνίατρο για υγειονομική καταλληλότητα των ζώων όταν πρόκειται για πλανόδια έκθεση ζώων.

Οι ανωτέρω αρμοδιότητες θα υλοποιούνται από τις υπό ίδρυση μονάδες «Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλων».

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΕΤΑΑ, για τις κοινωνικές δομές των δήμων που πραγματοποιήθηκε, με βάση ερωτηματολόγιο, τον Οκτώβριο - Δεκέμβριο του 2012 και στην οποία συμμετείχαν 250 δήμοι, οι κοινωνικές δημοτικές δομές πλησιάζουν τις 3. 400. Από αυτές οι περισσότερες είναι άτυπες. Κάποιες υλοποιούνται από τα Νομικά Πρόσωπα του Δήμου (κοινοφελείς επιχειρήσεις ή ΝΠΔΔ), κάποιες κατευθείαν από την κοινωνική υπηρεσία του. Κατά μέσο όρο κάθε δήμος παρεμβαίνει σε κοινωνικά θέματα, με 10 δομές. Από τις κοινωνικές αυτές δομές παρουσιάζεται να εξυπηρετούνται σε σταθερή βάση 556. 000 πολίτες. Η κοινωνική προσφορά των δήμων παρουσιάζει μεγάλη βιοποικιλότητα που επηρεάζεται από τις ιδιαίτερες κοινωνικές & οικονομικές συνθήκες κάθε τόπου. Είναι χαρακτηριστικό ότι έχουν καταγραφεί, παρά την κωδικοποίηση, 380 διαφορετικές κοινωνικές παρεμβάσεις μέσω δημοτικών δομών. Από τις βασικές δραστηριότητες των δομών αυτών είναι τα κοινωνικά φαρμακεία & η παροχή φαρμακευτικής υποστήριξης. Η δραστηριότητα συνδυάζεται με ιατρική περίθαλψη, νοσηλευτική φροντίδα, ψυχολογική υποστήριξη με αποτέλεσμα να παρέχεται μία ολοκληρωμένη βοήθεια. Οι προσπάθειες αυτές καλύπτουν το 38% περίπου του συνόλου των κοινωνικών παρεμβάσεων των δήμων. Ως σημαντική δραστηριότητα των δήμων καταγράφεται η διανομή τροφίμων & τα κοινωνικά παντοπωλεία. Η δραστηριότητα αυτή καλύπτει το 23% περίπου των συνολικών κοινωνικών δραστηριοτήτων των δήμων. Η υποστήριξη των αστέγων (παροχή στέγης, ένδυση υπόδηση, καθαριότητα) καλύπτει το 7% των συνολικών δημοτικών κοινωνικών δομών. Οι προσπάθειες που

καταβάλλονται είναι πολύ μεγάλες ιδιαίτερα εάν υπολογίσουμε ότι οι «νέες» & πολύ δημοφιλείς κοινωνικές παρεμβάσεις (κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία, υποστήριξη αστέγων) δεν έχουν κανενός είδους (κρατική ή κοινοτική) χρηματοδότηση παρ' όλα αυτά υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης & αποτελεσματικότερης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο (Φωκιανού Μ σελ: 60-64).

5. Οι αρμοδιότητες του τομέα Κοινωνικής Προστασίας σε Περιφερειακό επίπεδο

Σύμφωνα με το Άρθρο 186 «Αρμοδιότητες Περιφερειών» του Ν. 3852/2010 «Ι. α. Τα όργανα των Περιφερειών ασκούν τις αρμοδιότητές τους σύμφωνα με τις αρχές της διαφάνειας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας» και β. «κατά την άσκησή τους θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

II. Η ανάγκη συνεργασίας και συντονισμού με άλλες τοπικές ή δημόσιες αρχές και οργανισμούς.

III. Οι διαθέσιμοι πόροι για την κάλυψη των αρμοδιοτήτων και η ανάγκη να διασφαλισθεί η επωφελής και αποτελεσματική χρήση τους, καθώς και η ισόρροπη κατανομή τους.

IV. Η ανάγκη οργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητά τους, η διαφάνεια και η ισονομία, με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών».

Οι αρμοδιότητες των Περιφερειών αναφέρονται κυρίως στους παρακάτω τομείς: Δ. Απασχόλησης – Εμπορίου – Τουρισμού, στους οποίους περιλαμβάνεται:

1. Η συμμετοχή και η υλοποίηση σε προγράμματα δράσεων και πρωτοβουλιών προώθησης της απασχόλησης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης διαφόρων κατηγοριών ανέργων στο πλαίσιο των Εθνικών και Ευρωπαϊκών πολιτικών.

Z. Υγείας:

I. Οι περιφέρειες ασκούν τις αρμοδιότητες των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ. Υ. Π. Ε.) της χώρας, οι οποίες τους μεταβιβάζονται σύμφωνα με τα επόμενα εδάφια.

II. Στον ανωτέρω τομέα (ΥΓΕΙΑΣ) περιλαμβάνονται ιδίως:

Η χορήγηση και ανάκληση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας, καθώς και αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικών προνοιακών

επιχειρήσεων, ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων και πάσης φύσεως χώρων άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος υγείας και πρόνοιας.

1. Η άσκηση αρμοδιοτήτων που αφορούν θέματα διακρατικών υιοθεσιών.

Η έκδοση άδειας εισαγωγής εγκατάστασης και λειτουργίας μηχανημάτων παραγωγής ιοντιζουσών ακτινοβολιών για ιατρικούς σκοπούς, γενικά, όπως και εγκατάστασης και λειτουργίας εργαστηρίων ραδιοϊσοτόπων για ιατρικές εφαρμογές. Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντίατρους, κατά τις προβλέψεις της κείμενης νομοθεσίας.

Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς και οδοντίατρους, οι οποίοι αναγράφουν ναρκωτικά σε απλές συνταγές και όχι στις ειδικές για το σκοπό αυτόν, καθώς και στους φαρμακοποιούς, που πωλούν ναρκωτικά με απλές και όχι με ειδικές συνταγές.

Η υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας, κατά τις ρυθμίσεις του άρθρου 12 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α΄).

Ο καθορισμός των όρων και της διαδικασίας παραχώρησης ακινήτων σε δικαιούχους, η έκδοση και ανάκληση παραχωρητηρίων, η ρύθμιση των δόσεων και η βεβαίωση των χρεών παλαιών και νέων προσφύγων, η νομιμοποίηση ανωμάλων αγοραπωλησιών και τα σχετικά με την ανταλλαγή και μεταβίβαση παραχωρηθέντων ακινήτων.

Η επιχορήγηση αστικών εταιρειών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τις οποίες είχε ιδρύσει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση ή μετείχε σε αυτές, εφόσον ο σκοπός τους αναφέρεται στην αντιμετώπιση προβλημάτων, που απορρέουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και εφόσον η πραγματοποίηση του σκοπού τους ασκείται, κατά διαδοχή, από την περιφέρεια.

Η χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Η έκδοση αδειών εμπορίας κτηνιατρικών φαρμάκων.

Ο έλεγχος της τήρησης των διατάξεων για την ηλεκτρονική συμβατότητα σύμφωνα με την Κ. Υ. Α. 50268/5137/3. 9. 2007 (ΦΕΚ 1853 Β΄) και ο καθορισμός των οργάνων τήρησης αυτών.

Η εποπτεία Ιατρικών, Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών Συλλόγων των νομών της περιφέρειας.

Η ανάληψη χορηγούμενων οικονομικών ενισχύσεων σε φορείς κοινωνικής αντίληψης που εποπτεύονται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας που αποτελούν προϊόν των Ειδικών Κρατικών Λαχείων.

Η χορήγηση αδειών διενέργειας εράνων, λαχειοφόρων και φιλανθρωπικών αγορών σε υπερτοπικό επίπεδο.

Η διενέργεια κοινωνικών ερευνών για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόνοιας, καθώς και θέματα άσκησης κοινωνικής εργασίας. Ο καθορισμός των προϋποθέσεων και τρόπου άσκησης του αντικειμένου της κοινωνικής εργασίας σε όλους τους τομείς εφαρμογής, καθώς και η εκπαίδευση σπουδαστών κοινωνικής εργασίας κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης.

Η χορήγηση και η ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού και της άδειας άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και η τήρηση σχετικού μητρώου με διαρκή ενημέρωση.

Η άσκηση αρμοδιοτήτων σχετικών με τον Κοινωνικό Σύμβουλο, κατ' εφαρμογή της παρ. 4 του άρθρου 1 του ν. 2345/1995, καθώς και αρμοδιοτήτων ελέγχου του ιδρύματος ή της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ. Φ. Η.) και των Φορέων παιδικής προστασίας, περιλαμβανομένης της σύνταξης σχετικών εκθέσεων και διατύπωσης αντίστοιχων προτάσεων.

Η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας της μητέρας και των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Η χορήγηση άδειας λειτουργίας Μονάδων Αδυνατίσματος μετά από εισήγηση της αρμόδιας επιτροπής που συγκροτείται στην έδρα της οικείας περιφέρειας.

Ο υγειονομικός έλεγχος καταστημάτων, βιοτεχνιών και βιομηχανιών παρασκευής και επεξεργασίας τροφίμων ζωικής προέλευσης, καθώς και οι λοιποί υγειονομικοί έλεγχοι, που προβλέπονται από την κείμενη νομοθεσία σε περιφερειακό επίπεδο.

Η χορήγηση αδειών για την καταλληλότητα ζωικών τροφίμων.

Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των κάθε είδους δημόσιων και ιδιωτικών εργαστηρίων, τα οποία πραγματοποιούν μικροβιολογικές εξετάσεις ελέγχου νερού, τροφίμων ή ποτών, με εξαίρεση τα εργαστήρια του Γενικού Χημείου του Κράτους, το κλείσιμο όσων λειτουργούν χωρίς τη νόμιμη άδεια και η επιβολή προστίμου σε βάρος αυτών.

Από την παράθεση των ανωτέρω ρυθμίσεων προκύπτουν τα κάτωθι:

μεταφορά αρμοδιοτήτων κυρίως προνοιακού χαρακτήρα στους Δήμους, όπου από 01/01/2019, πολλές αρμοδιότητες ανατέθηκαν στον ΟΠΕΚΑ (κυρίως ότι αφορά τις οικονομικές παροχές)

ανάθεση αρμοδιοτήτων σε θέματα απασχόλησης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και Υγείας στις Περιφέρειες ανάθεση των αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών, που καταργούνται, στις Περιφέρειες.

Ειδικά για την πιστοποίηση αναπηρίας, από 1η Σεπτεμβρίου 2011 καταργήθηκαν όλες οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης αναπηρίας που λειτουργούσαν στους Φ. Κ. Α., στις Νομαρχίες και το Δημόσιο, με εξαίρεση τις Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές, Στρατού (Α. Σ. Υ. Ε.), Ναυτικού (Α. Ν. Υ. Ε.), Αεροπορίας (Α. Α. Υ. Ε.) και την Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή της Ελληνικής Αστυνομίας, οι οποίες εξακολουθούν να ασκούν τις αρμοδιότητές τους.

Σύμφωνα με τον Νόμο 3863/2010 δημιουργήθηκε το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ. Π. Α.), υπαγόμενο στη Διεύθυνση Αναπηρίας και Ιατρικής της

Εργασίας της Διοίκησης ΙΚΑ. ΕΤΑΜ, για την εξασφάλιση της ενιαίας υγειονομικής κρίσης όσον αφορά στον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών φορέων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου, καθώς και των ανασφάλιστων, για τους οποίους απαιτείται η πιστοποίηση της αναπηρίας.

Έργο των Υγειονομικών Επιτροπών (του ΚΕΠΑ) είναι:

α) Ο καθορισμός του ποσοστού αναπηρίας για σύνταξη αναπηρίας.

β) Ο χαρακτηρισμός ατόμων ως ΑμεΑ.

γ) Ο καθορισμός ποσοστού αναπηρίας για όλες τις κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις, για τις οποίες απαιτείται γνωμάτευση αναπηρίας και τις οποίες δικαιούνται από την πολιτεία τα άτομα με αναπηρία.

Στόχος του νομοθέτη ήταν να πιστοποιείται η αναπηρία με μεγαλύτερες εγγυήσεις αντικειμενικότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης, οι δε γνωματεύσεις που θα εκδίδουν οι υγειονομικές επιτροπές να καλύπτουν τους δικαιούχους για κάθε παροχή ώστε να μη χρειάζεται ξεχωριστή εξέταση. Ενώ δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η ορθότητα της προσέγγισης αυτής, στην πράξη παρουσιάζονται σοβαρές αδυναμίες στη λειτουργία του ΚΕΠΑ.

Ο χρόνος αναμονής για εξέταση από τις υγειονομικές επιτροπές ξεπερνούσε τους 6 μήνες, με ενδεχόμενο αποτέλεσμα τη στέρηση προνοιακού επιδόματος, αναπηρικής σύνταξης και βιβλιαρίου υγείας για αντίστοιχο διάστημα. Όμως πια η αναμονή είναι περίπου 3 μήνες και υπάρχει η δυνατότητα παράτασης προνοιακών επιδομάτων κατά 6 μήνες σε περίπτωση καθυστέρησης επιτροπής.

Η ετήσια έκθεση (2012) του Συνηγούρου του Πολίτη καταγράφει ως αδυναμίες του συστήματος: την υποχρέωση των πολιτών να υποβάλλονται σε νέες ιατρικές εξετάσεις, που συνεπάγονται πρόσθετο κόστος για τους ίδιους και τα ασφαλιστικά ταμεία, την έκδοση γνωματεύσεων με ελλιπή αιτιολογία και με περιορισμένο χρόνο ισχύος, τη μη συνεκτίμηση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη βιοποριστική ικανότητα, όπως η ηλικία και το σύννηθες επάγγελμα του ενδιαφερομένου, την

έλλειψη ενημέρωσης και συντονισμού των συναρμόδιων υπηρεσιών, την επιβάρυνση πολλών κατηγοριών πολιτών με το κόστος εξέτασης.

Ενώ για την εξυπηρέτηση των αλλοδαπών ιδρύθηκαν με τον Ν. 4018/2011 οι Υπηρεσίες Μιας Στάσης στις Υπηρεσίες Αλλοδαπών και Μετανάστευσης των αποκεντρωμένων διοικήσεων, στις οποίες μεταφέρθηκε η αρμοδιότητα των δήμων για την παραλαβή των αιτήσεων. Η συμβολή τους στην απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών κρίνεται από την ετήσια έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη (2012) ως ικανοποιητική, καθώς, «μετά την έναρξη της λειτουργίας τους, επήλθαν σημαντικές βελτιώσεις στη χρονική διάρκεια της διαδικασίας έκδοσης ή ανανέωσης των αδειών διαμονής σε πολλές περιοχές της χώρας».

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η κρίση ήταν το εφαλτήριο για την ύφεση των κοινωνικών παροχών στους πολίτες των κοινωνικών κρατών που έχουν ανάγκη. Η εκπαίδευση, η περίθαλψη και η εργασία επλήγησαν τόσο που, όσες νομοθεσίες και να θεσπίστηκαν, ακόμα και τώρα δεν έχουν καταστήσει βιώσιμη την κοινωνική πολιτική. Τα Ευρωπαϊκά κράτη, προσπαθώντας να χρηματοδοτήσουν το δημόσιο έλλειμμα και να εξασφαλίσουν κοινωνική ανάπτυξη μειώνουν τις παροχές με αποτέλεσμα έναν φαύλο κύκλο ανισοκατανομής παροχών και ελλείψεων.

Η φτώχεια, σχετική ή απόλυτη, υφίσταται ακόμα και σήμερα σε μεγάλο ποσοστό πολιτών. Οι παροχές στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες είναι περιορισμένες και τα κριτήρια που δίνονται οι παροχές αυτές (επιδόματα, φοροαπαλλαγές, φοροελαφρύνσεις), χρήζουν επαναδιαπραγμάτευσης, αφού δεν είναι απόλυτα δίκαια. Οι κοινωνικές υπηρεσίες μέσω της ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο (δήμων), έχουν εξελιχθεί αρκετά ώστε να διασφαλιστούν οι ομάδες που υστερούν σε διάφορους τομείς της κοινωνίας (παιδιά Ρομά και η κοινωνική τους ένταξη, αναπηρικές – προνοιακές παροχές, άτομα με αναπηρίες και η εργασιακή τους ένταξη, εξέλιξη στο πρόγραμμα “βοήθεια στο σπίτι” κ. α).

Μέσα από την σύγκριση των παροχών και της πολιτικής των κρατών απέναντι στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, αξίζει να αναφερθεί ότι, η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα στην Ευρώπη που έχει επενδύσει τόσο πολύ στην επιδοματική πολιτική. Τα προνοιακά επιδόματα που δίνονται είναι περισσότερα από κάθε άλλο κράτος. Αυτό όμως της δίνει την πρωτιά και στο ότι μέσα από τα επιδόματα, υστερεί σε άλλου είδους παροχές και υποστήριξη, όπως ανεργία, έλλειψη δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης και επαρκούς κοινωνικής ασφάλισης.

Βελτιωτικά μέτρα μπορούν να προβλεφθούν και να παρθούν, αλλά χρειάζεται η σύγκλιση πολλών παραγόντων, έτσι ώστε να επέλθει η ισορροπία στο κοινωνικό σύστημα. Αυτό σημαίνει κράτος πρόνοιας με ειδικές παροχές είτε σε είδος, είτε σε χρήμα, είτε σε φοροαπαλλαγές-φοροελαφρύνσεις, αλλά χωρίς αυτό να δίνει έλλειμμα σε άλλες παροχές και θεσμούς, όπως θέσεις εργασίας, υγειονομική δωρεάν περίθαλψη και υγειονομικές παροχές, κοινωνική ένταξη και υποστήριξη ατόμων που

το έχουν ανάγκη. Το κράτος πρέπει να είναι εκεί, παρών, προσφέροντας στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, χωρίς να προκαλεί κοινωνικά ελλείμματα σε άλλες ομάδες και πληθυσμούς, διότι αυτοί θα εκπέσουν στην ομάδα που πρόκειται το κράτος να υποστηρίξει, κάνοντας έτσι έναν φαύλο κοινωνικό κύκλο.

Βιβλιογραφία

Βενιέρης Δ. 2010, Κοινωνική μεταρρύθμιση, κοινωνική πολιτική και κοινωνικά δικαιώματα: «Η μέθοδος των τριών», στο Πετμεζίδου Μ. και Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.), Κοινωνική μεταρρύθμιση και αλλαγές στο μείγμα «δημόσιου– ιδιωτικού» στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα,

ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σαρρής, Α. Τραμουντάνης, Μ. Χρυσάκης «Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2014.

Κατρούγκαλος, Γ., 2004. Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο. Αθήνα-Κομοτηνή: Σακκούλας Αντώνης.

Λαμπρινίδης Γ., Μανιάτης Θ., Μπασιάκος Γ., Οικο- νόμου Α., Παπαδοπούλου Μ. & Πασσάς Κ. (2010), «Εμπειρική προσέγγιση της απόλυτης φτώχειας στην Ελλάδα: οι ανάγκες για κατοικία, διατροφή, ένδυση, υπόδηση, μεταφορά». Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.

Μαλούτας, Θ. & Οικονόμου, Δ., 1988. Προβλήματα ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Χωρικές και τομεακές προσεγγίσεις. Αθήνα: Εξάντας.

Ματσαγγάνης Μ. & Λεβέντη Χ. (2013). «Η ανατομία της φτώχειας στην Ελλάδα του 2013». Ενημερωτικό Δελτίο 5/2013. Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μπαμπανάσης Σ. Από την κρίση στη βιώσιμη ανάπτυξη, 2012

Νίκου, Δ. (2000). Μια πρώτη προσέγγιση της κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Στασινοπούλου, Ό., 1997. Κράτος πρόνοιας. Αθήνα: Gutenberg-Γιώργος και Κώστας Δαρδανός.

Σωτηρόπουλος Δ. ,2019. Φάσεις και αντιφάσεις του Ελληνικού κράτους τον 20ο αιώνα, 1910-2001

Φωκιανού Μ., (2013). Το νομικό πλαίσιο της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα, σελ. 40-42

Χλέτσος, Μ. (2012). Οικονομία και Κοινωνία: Το κράτος ως νέος τρόπος οργάνωσης του κοινωνικού. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής & Κοινωνικής Πολιτικής. Ιωάννινα: Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Espring-Andersen, G. (2006). Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας (4η εκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

European Reference Budgets Network (2015) «The Greek food basket». Brussels: European Commission.

Goedemé T., Storms B., Penne T. & Van den Bosch K. (eds) (2015), «The development of a methodology for comparable reference budgets in Europe». Final report of the pilot project for the development of a common methodology on reference budgets in Europe. Brussels: European Commission.

Tzagkarakis, Stylianos and Mavrozacharakis, Emmanouil, Το κράτος πρόνοιας ως προϋπόθεση ενός σύγχρονου κράτους (The Welfare State as a Precondition of the Modern State) (May 9, 2017).

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, (2003). Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνική Πολιτική από https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/3/712.pdf (Ανάκτηση 20 Δεκεμβρίου 2020)

ΚΕΚΠΑ-ΔΙΕΚ, Ευάλωτες/Ευπαθείς Ομάδες <https://kekpa.gr/el/ypiresies/56-efpatheis-omades> (Προσπέλαση 25/11/2020)

Κυριόπουλος, Γ. Τσιάντου, Β., (2009). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα. <https://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (Προσπέλαση στις 12 Νοεμβρίου 2020)

Ματσαγγάνης Μάνος, Λεβέντη Χρύσα, Καναβιτσά Ελένη & Φλεβοτόμου Μαρία, Μια Αποδοτικότερη Πολιτική για την Καταπολέμηση της Ακραίας Φτώχειας, Ιούνιος 2016, Διανέοσις https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/06/ftwxeia_version_070616_3.pdf

Φωτόπουλος, Ν. (2013) Αντιμετώπιση της κοινωνικής κρίσης στην καθημερινή ζωή. Εκπαιδευτικό υλικό για τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης. Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης. <https://kentradiaviou.gr/wp-content/uploads/2019/07/5.9.pdf> (Προσπέλαση στις 20 Νοεμβρίου 2020)

Ρομπόλης, Σ. Γ. (2013) «Οικονομική Κρίση και Κοινωνικό Κράτος», Κοινωνική Πολιτική, (1), σελ.: 1-14 στο http://eekp.gr/wp-content/uploads/2013/08/vol1_paper3.pdf (Προσπέλαση στις 27 Δεκεμβρίου 2020).