

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΚΟΝΙΑΡΗ ΣΩΤΗΡΙΑ μαρμ12022

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΤΡΙΠΟΛΗ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2013

Στον Παναγιώτη και την Ευγενία μου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1:Εννοιολογική οριοθέτηση της έννοιας του κράτους πρόνοιας	
1.1. Ορισμός	3
1.2. Μοντέλα κρατών πρόνοιας.....	5
1.3 Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο.....	9
Κεφάλαιο 2:Θεωρητικές προσεγγίσεις απέναντι στο κράτος πρόνοιας	
2.1. Κευνσιανές και νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος πρόνοιας.....	11
2.2. Η μαρξιστική αντίληψη για το κράτος πρόνοιας.....	14
Κεφάλαιο 3:Κοινωνική λειτουργία και εξέλιξη του κράτους πρόνοιας	
3.1 Οι περίοδοι ανάπτυξης και εξέλιξης του κράτους πρόνοιας.....	16
3.2 Η κοινωνική πρόνοια από την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους έως τις μέρες μας	20
Κεφάλαιο 4:Οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας	
4.1 Οικονομική κρίση του 2009 στην Ελλάδα και το κράτος πρόνοιας.....	26
Κεφάλαιο 5:Το κοινωνικό κράτος ως αντικείμενο και υποκείμενο της κρίσης	
5.1 Οικονομική κρίση και κοινωνική ασφάλιση-Συντάξεις.....	29
5.1.1 Πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος της κοινωνικής ασφάλισης-Προτάσεις.....	37
5.2 Οικονομική κρίση και ανεργία	44
5.2.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας-Προτάσεις.....	51
5.3 Οικονομική κρίση και υγεία.....	58
5.3.1 Πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων στην υγεία-Προτάσεις..	60
5.4 Οικονομική κρίση φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	80
5.4.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.....	90
5.5 Οικονομική κρίση και επιδοματική πολιτική.....	98

5.5.1 Πολιτικές –Προτάσεις.....	106
5.6 Οικονομική κρίση απασχόληση και μισθοί.....	110
5.6.1 Οι εργασιακές και μισθολογικές αλλαγές στο δημόσιο τομέα.....	111
5.6.2 Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά εργασίας στον ιδιωτικό τομέα.....	113
Επίλογος.....	121
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	123
Ξενόγλωσσα Βιβλιογραφία.....	126
Πηγές.....	127

Περίληψη

Στόχος της παρούσας εργασίας αποτελεί η περιγραφή της σχέσης αιτίας και αιτιατού μεταξύ της οικονομικής κρίσης του 2009 και της λειτουργίας του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Αφού οριστεί εννοιολογικά το κράτος πρόνοιας αναλύεται ως υποκείμενο και αντικείμενο της κρίσης παρουσιάζοντας χαρακτηριστικές πτυχές αυτού, όπως η κοινωνική ασφάλιση, η υγεία και η επιδοματική πολιτική και δεδομένα που δείχνουν πώς η οικονομική κρίση κάνει την ανεργία τη φτώχεια τον κοινωνικό αποκλεισμό, τους μισθούς και την απασχόληση να αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνική προστασία.

Αποδεικνύεται ότι η σχέση μεταξύ οικονομικής κρίσης και κοινωνικού κράτους στις συγκεκριμένες συνθήκες της Ελλάδας στη δεύτερη δεκαετία του 21ου αιώνα δεν είναι μονοσήμαντη. Η επικρατούσα αντίληψη ότι το σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι ένα «θύμα» της κρίσης είναι η μισή αλήθεια και η άλλη μισή είναι ότι ευθύνεται σε κάποιο βαθμό για τον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας σε συνδυασμό με τη συνολική λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και της παραβατικής και ωφελμιστική συμπεριφοράς των Ελλήνων πολιτών.

Από τη μία πλευρά η οικονομική κρίση στέρησε από το κράτος πρόνοιας τους απαραίτητους πόρους για τη άσκηση κοινωνικής πολιτικής από την άλλη ο στρεβλός τρόπος λειτουργίας του για δεκαετίες, λόγω της εφαρμογής λάθος πολιτικών από πλευράς των κυβερνήσεων αλλά και της ατομικής ευθύνης του καθενός που εκμεταλλεύονταν τα κενά του συστήματος, και τους ανύπαρκτος ελεγκτικούς μηχανισμούς, συνέβαλαν στον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας μας και στην ανυπαρξία του λεγόμενου δικτύου ασφαλείας για την προστασία των οικονομικά ασθενέστερων..

Εισαγωγή

Η ύπαρξη του κράτους πρόνοιας κρίνεται απαραίτητη σε μια κοινωνία καθώς διασφαλίζει την κοινωνική δικαιοσύνη, τη μείωση ή την εξάλειψη της κοινωνικής ανισότητας, την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και τελικά την κοινωνική συνοχή και ευημερία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της κατοχύρωσης και διασφάλισης ουσιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων όπως η υγεία, η απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση κ.α.

Στις μέρες οικονομικής κρίσης και λιτότητας που διανύουμε, αποτελεί επιτακτική ανάγκη η ύπαρξη ενός ισχυρού κράτους πρόνοιας, το οποίο θα εξασφαλίζει και θα εγγυάται τα κοινωνικά δικαιώματα όλων των πολιτών και ειδικότερα των ασθενέστερων. Ο αριθμός των συνανθρώπων μας που βιώνουν την ανεργία, την αρρώστια, την ανασφάλεια, τη φτώχεια και τελικά την οικονομική εξαθλίωση αυξάνεται μέρα με τη μέρα, με οδυνηρές συνέπειες σε κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό επίπεδο.

Πολλοί είναι αυτοί που αναρωτιούνται ποιος ο ρόλος του κράτους πρόνοιας σε τέτοιες δυσβάσταχτες συνθήκες. Ποιά η κρατική μέριμνα και με ποιό τρόπο πρέπει να παρέμβει το κράτος, έτσι ώστε να μην καταπατούνται καίρια κοινωνικά δικαιώματα. Από την άλλη οι παρούσα οικονομική συγκυρία είναι μια ευκαιρία να δούμε τα λάθη και τις στρεβλώσεις στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής τα τελευταία χρόνια που σε συνδυασμό και με λανθασμένες ατομικές συμπεριφορές συνέβαλαν στο να οδηγηθούμε στην κρίση που βιώνουμε και στην αδυναμία του κράτους πρόνοιας να αποτελέσει αυτό το λεγόμενο δίκτυ ασφαλείας για όλους και ιδιαίτερα για τους ασθενέστερους.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω:

Στο πρώτο κεφάλαιο οριοθετείται ο όρος κράτος πρόνοιας και γίνεται περιγραφή των μοντέλων κρατών πρόνοιας σύμφωνα με τους μελετητές

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται οι θεωρητικές προσεγγίσεις απέναντι στο κράτος πρόνοιας κενσιανών νεοφιλελεύθερων και μαρξιστών.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κοινωνική λειτουργία και εξέλιξη του κράτους πρόνοιας από το 18ο αιώνα έως το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και από το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο μέχρι σήμερα και περιγράφεται η κοινωνική πρόνοια από την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους έως τις μέρες μας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται εν συντομία τα γεγονότα που συνέβησαν στη Ελλάδα το 2009 και μας οδήγησαν στην υπογραφή των Μνημονίων και γίνεται μια πρώτη αποτίμηση της λειτουργίας του κράτους πρόνοιας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται το κράτος πρόνοιας ως υποκείμενο και αντικείμενο της κρίσης. Εξετάζονται αναλυτικά σημαντικές πτυχές του κράτους πρόνοιας. Πώς ο τρόπος λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης, της υγείας και της επιδοματικής πολιτικής οδήγησε στην αναποτελεσματικότητά τους στην περίοδο της κρίσης, οι μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει σε αυτούς τους τομείς και γίνονται προτάσεις. Επίσης παρουσιάζονται οι συνέπειες της κρίσης στην ανεργία, στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό στην απασχόληση και στους μισθούς και πώς αυτές οι συνέπειες αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνική προστασία. Παρουσιάζονται πολιτικές αντιμετώπισης και γίνονται προτάσεις.

Κεφάλαιο 1: Εννοιολογική οριοθέτηση της έννοιας του κράτους πρόνοιας

1.1. Ορισμός

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί την καθολική μορφή της κρατικής οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών κρατών. Ο όρος «κράτος πρόνοιας» (welfare state) έχει ευρύτερο περιεχόμενο και χαρακτηρίζει μια μορφή κρατικής δραστηριότητας στις χώρες που το κράτος συμμετέχει ενεργά στον τομέα της οικονομίας και αφιερώνει σημαντικό μέρος των κρατικών πόρων για κοινωνικοπολιτικούς σκοπούς όπως η μείωση των ανισοτήτων και η εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου βιοτικών συνθηκών.

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στη Γερμανία το 19^ο αιώνα -ως Wohlfahrtsaat και αναφερόταν σε μια παραλλαγή του αστυνομικού κράτους- χρησιμοποιήθηκε όμως μεταπολεμικά χάρη σε ένα Βρετανό κληρικό¹. Η επικράτηση του όρου διεθνώς στη μεταπολεμική περίοδο αντιστοιχούσε στη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους στις αναπτυγμένες και καπιταλιστικές κοινωνίες.

Η καθιέρωση του όρου, κράτος πρόνοιας, εκφράζει μία συγκεκριμένη αντίληψη για το κράτος. Το καθιστά υπεύθυνο για την κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Ο ρόλος του δεν είναι μόνο να διορθώνει τις ανισοροπίες και τις ανισότητες που προκαλεί η αγορά, αλλά διευρύνεται. Το κράτος προσανατολίζεται προς την ανάληψη βαρών, που σε προηγούμενες εποχές, είχε μόνο η οικογένεια σε συνδυασμό και με την τοπική κοινότητα². Το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμά του είναι η επέμβαση του στις οικονομικές και βιομηχανικές σχέσεις, προκειμένου να καθιερωθεί η ισότητα ευκαιριών μεταξύ ατόμων και

¹ Πρόκειται για τον Αρχιεπίσκοπο Temple, ο οποίος πρότεινε το 1941 τον όρο welfare state ως εναλλακτική πρόταση των συμμάχων στον πολεμικό ναζιστικό κράτος. Γιώργος Σ. Κατρούγκαλος, «Το Κοινωνικό Κράτος της Μεταβιομηχανικής Εποχής», Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1998

² Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» Μιχάλης Χλέτσος Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

κοινωνικών ομάδων, ώστε να τους εξασφαλισθούν τα μέσα μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Η διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, συνοδεύεται στις ευρωπαϊκές χώρες του ανεπτυγμένου καπιταλισμού και από την σημαντική διόγκωση του κρατικού μηχανισμού στους αντίστοιχους τομείς. Η περίοδος ιδιαίτερα μετά με τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από το υψηλό ποσοστό δημοσίων δαπανών και ιδιαίτερα των κοινωνικών δαπανών και από την ενεργό παρέμβαση του κράτους στην οικονομία και την κοινωνία γενικότερα. Για το λόγο αυτό ορισμένοι ερευνητές θεωρούν το κράτος πρόνοιας ως μία συγκεκριμένη μορφή επέμβασης του κράτους στην κοινωνία³.

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που αναλύουν το κράτος πρόνοιας και διάφορες θεωρητικές αντιλήψεις βάσει των οποίων η οικονομική θεωρία ορίζει το κράτος πρόνοιας. Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των θεωρητικών αντιλήψεων είναι ότι το κράτος πρόνοιας ταυτίζεται με ένα γενικευμένο σύστημα παροχών, το οποίο χρηματοδοτείται από τις δημόσιες δαπάνες. Παρατηρείται λοιπόν, ταύτιση της έννοιας του κράτους πρόνοιας, με την έννοια των δημοσίων δαπανών.

Οι περισσότερες θεωρίες αναλύουν το κράτος πρόνοιας, μόνο ως οικονομικό υποκείμενο. Θεωρούν ότι η οικονομική του φύση είναι αυτόνομη και κυρίαρχη, σε σχέση με την πολιτική ή την κοινωνική του φύση. Αυτό οφείλεται κυρίως στην συγκρότηση της οικονομικής επιστήμης, ως της μόνης ικανής να ερμηνεύσει και να αναλύσει την καπιταλιστική κοινωνία. Όμως, το κράτος πρόνοιας δεν αποτελεί μόνο οικονομικό, αλλά και κοινωνικό και πολιτικό υποκείμενο. Η ανάλυση του κράτους πρόνοιας καθιστά από μεθοδολογική άποψη, αδύνατο τον διαχωρισμό σε οικονομική, φιλοσοφική κοινωνική ή και πολιτική έννοια⁴.

3 Κύκλος διαλέξεων « Οικονομία και Κοινωνία » Μιχάλης Χλέτσος Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

4 Κύκλος διαλέξεων « Οικονομία και Κοινωνία » Μιχάλης Χλέτσος Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ο ορισμός του κράτους πρόνοιας δεν είναι συγκεκριμένος και διαφέρει όχι μόνο από ερευνητή σε ερευνητή αλλά και από χώρα σε χώρα (π.χ. κράτος ευημερίας στην Αγγλία, και Ισπανία, κράτος πρόνοιας στη Γαλλία, κοινωνικό κράτος στην Γερμανία κ.λπ). Το κράτος πρόνοιας είναι το γέννημα μίας συγκεκριμένης χρονικής συγκυρίας. Η διαφοροποίηση ως προς το τι είναι κράτος πρόνοιας οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε ερευνητής διερευνά τον τρόπο δημιουργίας του και τον ρόλο που διαδραματίζει στην οικονομία και στην κοινωνία γενικότερα⁵.

Υπάρχει διαφορά μεταξύ των εννοιών του «κράτους πρόνοιας» και του «κοινωνικού κράτους». Η διαφορά συνίσταται στο ότι η δεύτερη έννοια είναι νομική, θεσμική έννοια και αναφέρεται στη συνταγματική σύνταξη της πολιτείας. Αντίθετα, η πρώτη έννοια είναι περιγραφική και έχει ένα κοινωνικοπολιτικό περιεχόμενο⁶. Μπορεί να ειπωθεί ότι κοινωνικά κράτη είναι τα κράτη πρόνοιας στα οποία η κοινωνική πολιτική έχει συνταγματική κατοχύρωση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ΗΠΑ, η Ζηλανδία και η Αυστραλία που αποτελούν κράτη πρόνοιας, αλλά δεν είναι κοινωνικά κράτη. Επίσης, υπάρχουν και «κοινωνικά κράτη» που δεν είναι κράτη πρόνοιας, όπως οι χώρες του τρίτου κόσμου στα συντάγματα των οποίων κατοχυρώνονται κοινωνικά δικαιώματα χωρίς όμως να υπάρχουν οι οικονομικές προϋποθέσεις για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

1.2. Μοντέλα κρατών πρόνοιας

Σημαντική είναι η προσπάθεια κατηγοριοποίησης των κρατών πρόνοιας από τον Άγγλο θεωρητικό Titmuss με κριτήριο τη σχέση μεταξύ αγοράς, οικογένειας, και κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι ο Titmuss διακρίνει τριών ειδών τύπους: τον υπολειμματικό (residual),

⁵ Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» Μιχάλης Χλέτσος Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

⁶ Ξενοφών Κοντιάδης, «Οψεις αναδιάρθρωσης του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη», Σάκκουλα Αθήνα-Κομοτηνή 1997

το βιομηχανικό (industrial achievement-performance) και το θεσμικό-αναδιανεμητικό (institutional - redistributive)⁷.

Σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο, το κράτος παρεμβαίνει μόνο όταν η αγορά και η οικογένεια αποτυγχάνουν να καλύψουν τις ανάγκες του ατόμου. Το αντικείμενο του κοινωνικού κράτους είναι να διδάξει τους ανθρώπους πώς είναι να επιβιώνουν χωρίς τη βοήθειά του, συνεπώς η κρατική παρέμβαση είναι ελάχιστη. Η παροχή επιδομάτων πραγματοποιείται ύστερα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης που διαθέτει το άτομο και συνήθως τα βοηθήματα αυτά στιγματίζουν τα άτομα στα οποία παρέχονται, με απόρροια να λειτουργούν κατασταλτικά και όχι προληπτικά. Το πρότυπο αυτό συνδέεται με μια επιλεκτική μορφή κάλυψης των αναγκών και αφορά αυστηρά εκείνους που δεν μπορούν με τις δικές τους δυνάμεις να το επιτύχουν.

Το δεύτερο μοντέλο συνδέει την κοινωνική πολιτική με την οικονομία της αγοράς, τονίζοντας ότι οι κοινωνικές ανάγκες πρέπει να καλύπτονται αξιοκρατικά με βάση την εργασία, την επίδοση και την παραγωγικότητα. Από τις κοινωνικές πολιτικές αναγνωρίζονται η εκπαιδευτική πολιτική και η κοινωνική ασφάλιση.

Τέλος, το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο είναι το πιο σύγχρονο και ανθρωπιστικό πρότυπο με κύριο χαρακτηριστικό την παροχή καθολικών υπηρεσιών, εκτός της αγοράς, με θεμελιώδες κριτήριο την ύπαρξη ανάγκης.

Ωστόσο, η παραπάνω κατάταξη των κρατών πρόνοιας παραμένει θεωρητική και αφηρημένη μη λαμβάνοντας υπόψη τις μορφές και ιδιαιτερότητες των επιμέρους κρατών. Για το λόγο αυτό η τυπολογία του G. Esping-Andersen είναι πιο αποδεκτή και συνυπολογίζει όλα τα παραπάνω κριτήρια, αλλά και την ιστορική εξέλιξη των εθνικών κοινωνιών. Ο Esping-Andersen αναγνωρίζει τρία πρότυπα κρατών πρόνοιας: α) το φιλελεύθερο-

⁷Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, «Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους», Κριτική, Αθήνα 1999

αγγλοσαξονικό (liberal), β) το συντηρητικό κρατικο-συντεχνιακό (κρατικο-κορπορατιστικό) και γ) το σοσιαλδημοκρατικό-σκανδιναβικό⁸.

α) Το φιλελεύθερο πρότυπο -το οποίο αντιστοιχεί στο υπολειμματικό μοντέλο του Titmuss- χαρακτηρίζεται από επιλεκτική κοινωνική βοήθεια στα πιο αδύναμα μέλη της κοινωνίας μετά από έλεγχο των εισοδημάτων. Η κρατική μέριμνα περιορίζεται μόνο στους αναξιοπαθούντες και η κοινωνική πολιτική δρα αποκλειστικά ως «δίχτυ ασφαλείας» απέναντι στην απόλυτη φτώχεια. Η κρατική φροντίδα είναι ελάχιστη και η κρατική παρέμβαση βασίζεται κυρίως στην οργάνωση προνοιακών υπηρεσιών και όχι σε χρηματικές παροχές. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την ευχέρεια να επιλέγουν το είδος των υπηρεσιών που προσφέρονται με κύριο σκοπό την επανένταξη στην παραγωγική διαδικασία..

Η χρηματοδότηση της κοινωνικής πολιτικής πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας. Στο φιλελεύθερο μοντέλο κυρίαρχο δικαίωμα είναι εκείνο της ιδιοκτησίας, ενώ τα κοινωνικά δικαιώματα δεν κατοχυρώνονται συνταγματικά. Η κριτική που ασκείται στο συγκεκριμένο μοντέλο σχετίζεται με την εμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών, το στιγματισμό των ωφελουμένων και τον μη διανεμητικό χαρακτήρα που ενθαρρύνει τις ανισότητες. Το κράτος επιδοτεί τις παροχές μέσω της αγοράς, με απόρροια η κοινωνική παρέμβαση να συμβάλλει στην αναπαραγωγή της πώλωσης του πλούτου, αλλά και των κοινωνικών ανισοτήτων καθώς η ισότητα που εξασφαλίζει είναι η ισότητα προς τα κάτω, δηλαδή η φτώχεια. Βασικές χώρες του προτύπου είναι η Αμερική, ο Καναδάς, η Ν. Ζηλανδία, η Αυστραλία και από τον ευρωπαϊκό χώρο η Αγγλία και η Ιρλανδία.

β) Το συντηρητικό-κορπορατιστικό ή ηπειρωτικό πρότυπο στο οποίο ανήκουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όπως Γαλλία, Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία αντιστοιχεί στο βιομηχανικό μοντέλο του Titmuss. Οι κοινωνικές

⁸ Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, «Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους», Κριτική, Αθήνα 1999

παροχές πηγάζουν από τη δυνατότητα απασχόλησης του ατόμου και παρέχονται στη βάση της ανταποδοτικότητας. Η αναδιανομή των πόρων πραγματοποιείται μέσα στο στενό κύκλο των εργαζομένων και της οικογένειας. Το συγκεκριμένο μοντέλο λειτουργεί υπέρ των ατόμων που έχουν επαγγελματική-κοινωνική θέση, ενώ αποκλείει τους μη εργαζόμενους.

Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται κυρίως από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και σε μικρότερο βαθμό από τη φορολογία. Η αναδιανομή του εισοδήματος είναι περιορισμένη και διακρίνεται για τη στήριξη της οικογένειας, με τον άνδρα ως κύρια πηγή εισοδήματος, ενώ αποθαρρύνεται η γυναικεία συμμετοχή στην εργασία. Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται δεν είναι καθολικά, αλλά βασίζονται στον ασφαλιστικό δεσμό, με συνέπεια να θεωρούνται δικαιώματα των εργαζομένων και όχι των πολιτών⁹.

γ) Στο σοσιαλδημοκρατικό ή σκανδιναβικό μοντέλο επικρατεί η αρχή της πλήρους αποεμπορευματοποίησης των κοινωνικών παροχών. Η καθολική κάλυψη των αναγκών, η πλήρης απασχόληση και η ισότητα αποτελούν μόνιμους στόχους της κοινωνικής πολιτικής. Η αρχή της καθολικότητας συνδέεται με την έννοια του πολίτη και όχι με τη θέση της εργασίας ή την ανάγκη. Η κοινωνικοποίηση της κάλυψης βασικών βιοτικών αναγκών και η εγγύηση ενός επιπέδου συνθηκών διαβίωσης στο σύνολο του πληθυσμού ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την απασχόληση συνδυάζονται με την προληπτική στήριξη της οικογένειας.

Η χρηματοδότηση των παροχών πραγματοποιείται μέσω της γενικής φορολογίας από τον κρατικό προϋπολογισμό και η κοινωνική πολιτική αποτελεί ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης (με εξαίρεση την πολιτική απασχόλησης). Τα κοινωνικά δικαιώματα στο σκανδιναβικό μοντέλο δεν είναι συνταγματικά κατοχυρωμένα, εκτός από το δικαίωμα στην εργασία

⁹ Ξενοφών Κοντιάδης, Όψεις αναδιάρθρωσης του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη, Σάκκουλα Αθήνα-Κομοτηνή 1997

και τη διατήρηση ενός ορίου αξιοπρεπούς διαβίωσης. Η κριτική που ασκείται σχετίζεται με το κόστος των κοινωνικών παροχών και της δημιουργίας των θέσεων εργασίας, καθώς και τη δυσκολία υιοθέτησής του από άλλα κράτη. Ανήκει σε χώρες όπως η Σουηδία, η Νορβηγία, η Δανία και αντιστοιχεί στο θεσμικό αναδιανεμητικό πρότυπο του Titmuss. Αποκαλείται σοσιαλδημοκρατικό-σκανδιναβικό, γιατί εφαρμόστηκε από σοσιαλδημοκρατικά κόμματα κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες.

1.3 Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο

Ορισμένοι θεωρητικοί προτείνουν ένα τέταρτο περιφερειακό μοντέλο κράτους πρόνοιας, το οποίο αναφέρεται στις χώρες του μεσογειακού νότου, το λεγόμενο latin-rim model¹⁰. Στην Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ελλάδα και την Ιταλία το κοινωνικό κράτος αναπτύχθηκε με χρονική καθυστέρηση, ενώ σημαντικές δυσχέρειες προκάλεσαν η οικονομική υπανάπτυξη και οι συνθήκες λιτότητας.

Τα γνωρίσματα του νοτιοευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας είναι ότι υπάρχει ανισόρροπη κατανομή προστασίας σε όλο το φάσμα των λειτουργιών της κοινωνικής πολιτικής, η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης γίνεται σε καθολική βάση, οι κρατικοί θεσμοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ευνοιοκρατικές και κομματικές πιέσεις, υπάρχει χαμηλή αποδοτικότητα υπηρεσιών εκ μέρους του κράτους και επικρατεί ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις ποικίλες κοινωνικές ομάδες λόγω εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής.

Η ταχεία αύξηση της φορολογίας, η συγκέντρωσή της σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών, η ανομοιόμορφη κατανομή της φορολογικής επιβάρυνσης, οι σχέσεις πατρωνίας, τα φαινόμενα απάτης και η χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών αποτελούν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των

¹⁰ Γιώργος Κατρούγκαλος, «Το Κοινωνικό Κράτος της Μεταβιομηχανικής Εποχής», Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1998

χωρών της νότιας Ευρώπης και προσφέρουν ένα εξαιρετικά γόνιμο έδαφος στην έκρηξη αντίδρασης κατά του συστήματος.

Κεφάλαιο 2: Θεωρητικές προσεγγίσεις απέναντι στο κράτος πρόνοιας

2.1. Κευνσιανές και νεοφιλελεύθερες αντιλήψεις για το κράτος πρόνοιας

Η πίστη του σοσιαλιστικού ρεύματος στη σκέψη ότι ο καπιταλισμός είναι δυνατό να εξανθρωπιστεί μέσω της σοσιαλιστικής οικονομικής διαχείρισης αναπτύχθηκε πάνω στην εδραίωση του κράτους πρόνοιας. Για αρκετά χρόνια μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η σοσιαλδημοκρατία αποτελούσε κυρίαρχο καθεστώς στις περισσότερες χώρες στη Δύση. Κατά τη διάρκεια της χρυσής εποχής του κράτους πρόνοιας (1944-1969) προωθήθηκε το μοντέλο του θεσμικού-αναδιανεμητικού καθολικού συστήματος κάλυψης, το οποίο ήταν εμπνευσμένο από τις αρχές του κευνσιανισμού, την ανάγκη ύπαρξης κοινωνικής δικαιοσύνης, τη γενικότερη προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικών διαφορών και ανισοτήτων που επέφερε η λειτουργία της ελεύθερης αγοράς, καθώς και των αρχών του αγγλοσαξονικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας του Beveridge.

Ο John Maynard Keynes, οικονομικός εμπνευστής του μεταπολεμικού κράτους πρόνοιας, παρόλο που δεν ήταν σοσιαλιστής, συμμεριζόταν μερικές από τις θέσεις των σοσιαλιστών. Για το λόγο αυτό θεωρούσε πως κρίνεται απαραίτητο να παρέμβει το κράτος προκειμένου να επανέλθουν ισορροπίες και να αποκατασταθούν αδικίες που προκύπτουν από τη δράση της ελεύθερης αγοράς. Συνεπώς, το κράτος πρόνοιας έχει δύο στόχους, να δημιουργήσει μια εξισωτική κοινωνία, αλλά και να προστατεύσει τα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Ωστόσο, ήδη από τη δεκαετία του 1970 η σοσιαλδημοκρατία βρισκόταν όλο και πιο συχνά αναγκασμένη να αντιμετωπίσει την πρόκληση της ελεύθερης αγοράς, καθώς και την άνοδο του θατσερισμού και ρηγκανισμού. Σε αυτό συνέβαλαν ο υψηλός πληθωρισμός της δεκαετίας του '70, οι πετρελαϊκές κρίσεις του 1973 και 1979, η μεγάλη ανεργία της δεκαετίας του '80 καθώς και οι χρηματιστηριακές κρίσεις που οδήγησαν σε οδυνηρές κοινωνικές συνέπειες. Το στάδιο της αμφισβήτησης του κράτους

πρόνοιας από το τέλος της δεκαετίας του 60 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 80 γίνεται όλο και πιο έντονο με τη νεοφιλελεύθερη σκέψη να κυριαρχεί και να επιμένει στην ανάγκη κρατικής αναδίπλωσης, με παράλληλη ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο νεοφιλελευθερισμός ή η Νέα Δεξιά έχει το εξής βασικό ιδεολογικό υπόβαθρο: βασικός πυρήνας της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής οργάνωσης πρέπει να είναι η ατομική ελευθερία. Συνεπώς, βασικός στόχος είναι η αρχή του *laissez-faire*, η κοινωνία της ελεύθερης αγοράς σε όσο το δυνατόν περισσότερους τομείς, η ύπαρξη ενός ελάχιστα παρεμβατικού κράτους, ο περιορισμός των ομάδων πίεσης, δηλαδή των εργατικών σωματείων και των συλλογικά οργανωμένων εργαζομένων, καθώς και η ανάδειξη μιας ισχυρής κυβέρνησης για εγκαθίδρυση του νόμου και της τάξης. Η ύπαρξη «ισχυρού κράτους» συνδέεται με την οικονομία της αγοράς και κρίνεται απαραίτητη διότι εξασφαλίζει μια στερεή βάση για την άνθιση των επιχειρήσεων και του εμπορίου. Ο αντίκτυπος του νεοφιλελευθερισμού ήταν ιδιαίτερα αισθητός στη Μ. Βρετανία, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία παρά στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης.

Κύρια επιχειρήματα εναντίον του κράτους πρόνοιας¹¹ που διατυπώθηκαν εκ μέρους της νεοφιλελεύθερης σχολής είναι:

α) ο πατερναλιστικός χαρακτήρας του κράτους πρόνοιας μέσω της υπερβολικής και βλαβερής εξάπλωσής του περιορίζει την υπευθυνότητα του ατόμου και αυξάνει την εξάρτησή του, με αποτέλεσμα να περιορίζει με αυτόν τον τρόπο την ικανότητα των πολιτών να ρυθμίσουν την ίδια τους τη ζωή. Επιπλέον, πολιτικά κόμματα για ψηφοθηρικούς λόγους υπόσχονται και προωθούν μέτρα τα οποία οδηγούν στη γραφειοκρατική διόγκωση. Συνεπώς, αυξάνονται τα πελατειακά δίκτυα των κυβερνήσεων και οι ομάδες συμφερόντων γύρω από το κοινωνικό κράτος αντί να μειώνονται, ενώ παράλληλα ενισχύονται τα πατριαρχικά πρότυπα κοινωνικών σχέσεων, η

¹¹ Όλγα Στασινοπούλου, «Κράτος Πρόνοιας Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα, 2000

γραφειοκρατία, ο συγκεντρωτισμός και ο επαγγελματισμός της κοινωνικής διοίκησης.

β) Το κράτος αποδείχθηκε αναποτελεσματικό, καθότι δεν κατόρθωσε να προωθήσει την κοινωνική δικαιοσύνη, να εξαλείψει τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες. Αντίθετα, κατά την περίοδο της μεταπολεμικής κοινωνικής πολιτικής οι κοινωνικές ανισότητες έγιναν πιο έντονες, ενώ δεν επιλύθηκαν θεμελιώδη κοινωνικά προβλήματα. Επομένως, οι κύριοι στόχοι του κράτους πρόνοιας και η πολυπόθητη κοινωνική συνοχή που επιδιωκόταν εξ' αρχής δεν επιτεύχθηκαν. Οι κοινωνικές υπηρεσίες λειτουργούσαν τελικά υπέρ των μεσαίων τάξεων και όχι των κατώτερων που είχαν πραγματική ανάγκη.

Επιπλέον, ο υπερβολικά δαπανηρός χαρακτήρας του κράτους πρόνοιας δε δικαιολογείται σε σύγκριση με τα πενιχρά αποτελέσματα. Οι κοινωνικές δαπάνες διακρίνονται για την αντιπαραγωγικότητά τους, ενώ παράλληλα αφαιρείται σημαντικό μέρος από τον εθνικό πλούτο, που εάν αξιοποιηθεί από τον ιδιωτικό τομέα θα συμβάλλει στην άνοδο του βιοτικού επιπέδου και στην ευημερία των πολιτών πολύ περισσότερο. Η υψηλή φορολογία για τη χρηματοδότηση των παροχών άμβλυσε τα κίνητρα για επενδύσεις, εργασία και οικονομική ανάπτυξη. Η έλλειψη ανταγωνισμού και κινήτρων οδήγησε σε υψηλά κόστη των κοινωνικών υπηρεσιών και σε σπατάλη πόρων¹² δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο.

γ) Το κράτος πρόνοιας έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την ελευθερία του ατόμου, δεδομένου ότι περιορίζει τη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής και δημιουργεί άτομα παθητικά, εξαρτημένα που τελικά επιβαρύνουν το κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τη νεοφιλελεύθερη προσέγγιση οι αγορές ευδοκιμούν χάρη στην ατομική πρωτοβουλία, η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη χωρίς να έρχεται αντιμέτωπη με περιορισμούς και εμπόδια. Η ατομική πρωτοβουλία, η εθελοντική προσφορά και η οικογένεια

¹² Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, «Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους», Κριτική, Αθήνα 1999

απειλούνται από τις πολιτικές του κράτους πρόνοιας κατά τη νεοφιλελεύθερη σκέψη. Το κράτος οφείλει να παρεμβαίνει και να βοηθάει τα άτομα μόνο όταν η τοπική κοινότητα και η οικογένεια αδυνατούν να τα στηρίζουν. Είναι εμφανές ότι για τους νεοφιλελεύθερους το θεσμικό μοντέλο είναι αντιπαραγωγικό και σπάταλο, ενώ το υπολειμματικό πρότυπο θεωρείται ιδανικό.

Παρατηρούμε ότι η αντιπαράθεση με το κοινωνικό κράτος αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του νεοφιλελευθερισμού. Το κράτος πρόνοιας θεωρείται καταστροφικό και φέρει οδυνηρές συνέπειες σε αυτούς που υποτίθεται ότι ευνοεί, τους αναξιοπαθούντες και τους αδύναμους. Επομένως, την ευημερία μπορεί να παρέχει μόνο η οικονομική ανάπτυξη μέσα από τις αγορές. Όταν γίνεται λόγος όμως για ευημερία δε νοούνται τα κρατικά επιδόματα, αλλά η μεγιστοποίηση της οικονομικής προόδου και κατά συνέπεια του συνολικού πλούτου.

2.2. Η μαρξιστική αντίληψη για το κράτος πρόνοιας

Η μαρξιστική και γενικότερα η αριστερή προσέγγιση στην κοινωνική λειτουργία του κράτους αναπτύχθηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1960 με την άνθιση των τάσεων της μαρξιστικής θεωρίας του κράτους. Υπό το πρίσμα των μαρξιστών, ο κυριότερος στόχος του κράτους πρόνοιας είναι η διατήρηση του καπιταλιστικού συστήματος και η αναπαραγωγή των κυρίαρχων αστικών σχέσεων. Μέσα από την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης το κράτος πρόνοιας συμβάλλει στη μείωση των αντιθέσεων που προκαλεί η ταξική ανισότητα και παράλληλα επιδιώκει την αντιμετώπιση των οδυνηρών συνεπειών της ελεύθερης αγοράς και του κεφαλαίου, είτε αυτές αφορούν το περιβάλλον, είτε την υγεία των εργαζομένων είτε οτιδήποτε άλλο.

Ωστόσο, πρέπει να σημειώσουμε ότι η αριστερά και το εργατικό κίνημα είχαν υιοθετήσει μια αντιφατική στάση στην κοινωνική λειτουργία του κράτους πρόνοιας. Ενώ επιδίωκαν μέσα από τους αγώνες τους την

βελτίωση των συνθηκών ζωής και συνεπώς ζητούσαν από το κράτος την κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων, την ίδια στιγμή αντιμετώπιζαν την κρατική παρέμβαση με καχυποψία και δυσπιστία ως ένα τρόπο χειραγώγησης του εργατικού κινήματος.

Μερικά από τα κύρια σημεία της μαρξιστικής θεωρίας σχετικά με το κράτος πρόνοιας είναι:

- α) ο καπιταλισμός είναι ένα κοινωνικό σύστημα αντίθετο στην επίτευξη της ευημερίας, η οποία προϋποθέτει την οργάνωση της εργασίας και τη διανομή των κοινωνικών πόρων με κριτήριο τις ανθρώπινες ανάγκες,
- β) στην ταξική κοινωνία η κυβέρνηση εξυπηρετεί τα συμφέροντα της άρχουσας τάξης, αλλά ο χαρακτήρας του κράτους πρόνοιας στον καπιταλισμό απαιτεί τη σχετική αυτοτέλειά του προκειμένου να δρα ως εκφραστής των συμφερόντων του συνόλου και
- γ) η κοινωνική ευημερία που επιδιώκει το κράτος πρόνοιας θα επιτευχθεί μόνο όταν κοινωνικοποιηθούν τα μέσα παραγωγής και αποχωρήσει το σύστημα της αγοράς και της ατομικής ιδιοκτησίας.

Κεφάλαιο 3: Κοινωνική λειτουργία και εξέλιξη του κράτους πρόνοιας

3.1 Οι περίοδοι ανάπτυξης και εξέλιξης του κράτους πρόνοιας

Η εξέλιξη και η ανάπτυξη της οργανωμένης συλλογικής κρατικής παρέμβασης διακρίνεται σε δύο περιόδους: την Α' περίοδο (τέλος του 18^{ου} αιώνα μέχρι και το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο) που πρόκειται για μια αρχική διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας τους κράτους και της σταδιακής ανάπτυξης συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, υγείας, εκπαίδευσης και εργατικής κατοικίας και τη Β' περίοδο (από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έως σήμερα)¹³.

Αρχικά το κράτος πρόνοιας προβάλλεται ως μία δύναμη παρέμβασης προκειμένου να αντιμετωπιστούν η φτώχεια, η εξαθλίωση και οι επιπτώσεις από τη λειτουργία της αγοράς. Ειδικότερα, αναπτύσσονται αποσπασματικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και εκπαίδευσης κυρίως για τα εργατικά στρώματα, με στόχο την εξασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης. Μεταπολεμικά όμως και σε συνάρτηση με τον κεϋνσιανισμό η κοινωνική λειτουργία του κράτους όχι μόνο διευρύνεται, αλλά θεωρείται ουσιαστικός παράγοντας σοσιαλιστικού μετασχηματισμού της κοινωνίας με κύριο στόχο την ευημερία όλων των πολιτών και την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων μέσω της αναδιανεμητικής πολιτικής.

Στην πρώτη περίοδο είναι έντονη η διαμάχη για την έκταση και τη μορφή ευθύνης που πρέπει να αναλάβει το κράτος όσον αφορά την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης, τον κοινωνικό έλεγχο των φτωχών και την εξαθλίωση των μαζών. Κεντρικό ρόλο στη διαμάχη αυτή για την αντιμετώπιση της φτώχειας το 19^ο αιώνα έπαιξε ο φιλελευθερισμός που θεωρούσε επικίνδυνη την κρατική προστασία και κύριο παράγοντα στη δημιουργία απόρων. Παράλληλα, οι φιλελεύθεροι πίστευαν στην καλλιέργεια θετικών στάσεων στην εργασία και την ενθάρρυνση της ατομικής προσπάθειας.

13 Όλγα Στασινοπούλου, «Κράτος Πρόνοιας Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα, 2000

Η έννοια της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους πρόνοιας διευρύνεται στα μέσα του 19^{ου} αιώνα και συνδέεται με την ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος και την προοδευτική αλλαγή του ρόλου του αστικού κράτους σε σχέση με την κοινωνία των πολιτών. Με την εκβιομηχάνιση ο εργαζόμενος στερείται την ασφάλεια που του παρείχε η οικογένεια, η εκκλησία και η τοπική κοινότητα, με αποτέλεσμα την ανάγκη παρέμβαση του κράτος προκειμένου να προστατευθεί ο ίδιος και η οικογένειά του από νέες απειλές της αγοράς.

Οι πρώτοι κίνδυνοι από τους οποίους θέλησε να προστατευθεί ο εργαζόμενος στην οικονομία της αγοράς ήταν η αρρώστια, ο θάνατος, η αναπηρία, τα γηρατεία, και η ανεργία, ενώ η στέγαση, η τεκνοποίηση η εκπαίδευση, ο αποκλεισμός και η φτώχεια εξελίχθηκαν σε μεταγενέστερες απειλές. Η ανάπτυξη της καπιταλιστικής οικονομίας αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο διεύρυνσης και διαφοροποίησης των κοινωνικών κινδύνων, άρα και μεγαλύτερης παρέμβασης της κρατικής δραστηριότητας στο μέλλον.

Αναμφισβήτητα σημαντικό ρόλο όσον αφορά τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης έπαιξε η νομοθεσία που θέσπισε ο καγκελάριος της Πρωσίας Otto Von Bismarck, βασισμένη στην αρχή της κοινής ευθύνης εργατών και εργοδοτών¹⁴. Η συγκεκριμένη νομοθεσία περιελάμβανε ασφάλεια ασθενείας (1883), ασφάλεια ατυχημάτων στον τόπο εργασίας (1884) και ασφάλεια γήρατος και αναπηρίας (1889) και αποτέλεσε το πρότυπο που ακολούθησαν ποικίλες ευρωπαϊκές χώρες όπως και οι Σκανδιναβικές. Ειδικότερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της νομοθεσίας του Bismarck ήταν η διανομή άνισων παροχών βασισμένων σε διαφορετικές ασφαλιστικές εισφορές ανά επαγγελματική κατηγορία.

Συνεπώς οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην κοινωνική παρέμβαση του κράτους ήταν:

14 Όλγα Στασινοπούλου, «Κράτος Πρόνοιας Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα, 2000

α) η προστασία των μισθωτών από την εξαθλίωση και ταυτόχρονα η εξασφάλιση εργατικού δυναμικού με τις κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις προκειμένου να ενταχθεί στην παραγωγική διαδικασία μέσα στα πλαίσια της βιομηχανικής ανάπτυξης,

β) η ανάγκη επίτευξης κοινωνικής συναίνεσης και ειρήνης με στόχο την άμβλυνση των κοινωνικών προβλημάτων και

γ) η άσκηση πίεσης από το οργανωμένο εργατικό κίνημα σε συνδυασμό με το αίτημα για κοινωνική δικαιοσύνη και εξανθρωπισμό του καπιταλιστικού συστήματος, υπό την απειλή των βίαιων εκρήξεων και το φόβου της επανάστασης.

Η Β' περίοδος και συγκεκριμένα από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο έως το τέλος της δεκαετίας του 1960 χαρακτηρίζεται ως χρυσή εποχή του κράτους πρόνοιας. Η καταστροφή σε υλική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και οι εμπειρίες του ολοκαυτώματος από τη δράση του φασισμού ενίσχυσαν την εξέλιξη της κοινωνικής πολιτικής. Η συγκεκριμένη περίοδος αφορούσε κυρίως στην άμεση αντιμετώπιση αναγκών περίθαλψης και προστασίας των θυμάτων του πολέμου και στην καλλιέργεια κλίματος κοινωνικής συνεργασίας. Το κράτος αποτελεί το μοναδικό εκφραστή του γενικού συμφέροντος ικανό να οργανώσει μια καλύτερη κοινωνία, μέσω ενός συνδυασμού χριστιανικής ηθικής και σοσιαλιστικών ιδεών για κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα.

Το κράτος πρόνοιας ως μοντέλο παρέμβασης και σχέσης κράτους-κοινωνίας επικράτησε κυρίως τις δεκαετίες του '50 και του '60 στη Δυτική Ευρώπη. Στη Γερμανία και την Αγγλία ο όρος συνδέθηκε με την άσκηση κοινωνικού ελέγχου, την εξασφάλιση της κοινωνικής ειρήνης και τις ανάγκες αναπαραγωγής της εργατικής τάξης. Ωστόσο, στην Αγγλία σε θεσμικό επίπεδο, η κοινωνικοοικονομική κρατική παρέμβαση συνδέθηκε με την τάση της αλλαγής του φιλελεύθερου κράτους και την επικράτηση του κεϋνσιανισμού. Ο Keynes, υπέρμαχος της κρατικής παρέμβασης σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, πρότεινε την αύξηση των δημόσιων

δαπανών ειδικά σε περιόδους κρίσης προκειμένου να καλυφθεί μέρος του ελλείμματος της ζήτησης, ώστε η οικονομία να οδηγηθεί σε ισορροπία και να υπάρξει πλήρη απασχόληση.

Το 1942 ο λόρδος W. Beveridge αν και προερχόταν από τον κύκλο των φιλελευθέρων πίστευε στην αναγκαιότητα της κρατικής παρέμβασης, τη σημασία του κεϋνσιανικού μοντέλου και στη δυνατότητα επίτευξης της κοινωνικής ευημερίας μέσω του κοινωνικού κράτους. Στο κεφάλαιο της έκθεσής του όσον αφορά την ανεργία παρουσιάζει το καθεστώς της κοινωνικής ασφάλειας ως σύστημα απελευθέρωσης του ανθρώπου από τις ανάγκες με παράλληλη διασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος. Το συγκεκριμένο σύστημα χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα και την ομοιομορφία, ενώ την ίδια στιγμή συνοδεύεται από κρατική κοινωνική πολιτική με στόχους όπως η βοήθεια στην οικογένεια, η βελτίωση της δημόσιας υγείας και η οργάνωση της απασχόλησης.

Στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Ιταλία και ακόμη περισσότερο η Σουηδία, που έχουν ιδιαίτερα αναπτυγμένο το σύστημα κοινωνικής πολιτικής, η οργανωμένη ρύθμιση εμφανίζεται στην περίοδο του μεσοπολέμου, ενώ κορυφώνεται μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την εδραίωση της αντίληψης του κοινωνικού χαρακτήρα του αστικού κράτους, τον εξανθρωπισμό του καπιταλιστικού συστήματος και το σταδιακό σοσιαλιστικό μετασχηματισμό της κοινωνίας.

Μεταπολεμικά η εξέλιξη του κράτους πρόνοιας χαρακτηρίζεται από την επιτάχυνση του ρυθμού αύξησης των δαπανών και την διεύρυνση των ασφαλιστικών δικαιωμάτων σε ομάδες με σχετικά υψηλό εισόδημα ώστε κι εκείνες να απολαμβάνουν παροχές του κράτους πρόνοιας. Μέχρι τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο ο κύριος αποδέκτης επιδομάτων και παροχών του κράτους πρόνοιας ήταν η εργατική τάξη, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οι παροχές επεκτείνονται και στα μεσαία στρώματα. Επίσης, χαρακτηριστική είναι η παρεμβατική κρατική πολιτική που πέρα από τον τομέα της

κοινωνικής ασφάλισης επεκτείνεται σε νέους τομείς όπως η εκπαίδευση, η κατοικία και οι κοινωνικές υπηρεσίες.

3.2 Η κοινωνική πρόνοια από την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους έως τις μέρες μας

Το ελληνικό κράτος κατά την ίδρυσή του (1830) δημιουργεί το νομικό και θεσμικό πλαίσιο για τη λειτουργία των σχολείων, νοσοκομείων, φυλακών, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων κ.λ.π. Από το 1836 αρχίζει η οργανωμένη προσπάθεια για τη συνταξιοδότηση και την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων γενικότερα. Ιδρύονται διάφορα ταμεία κατά κλάδους εργαζομένων όπως ναυτικών, δημοσίων υπαλλήλων, στρατιωτικών, σιδηροδρομικών, τραπεζικών, με σκοπό την προστασία των μελών και των οικογενειών τους από τους κινδύνους αναπηρίας, γήρατος και θανάτου.

Ωστόσο το κύριο βάρος για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού επωμίσθηκε η εκκλησία. Η εκκλησιαστική δραστηριότητα στον τομέα της πρόνοιας ήταν πολύπλευρη. Τα περισσότερα νοσοκομεία και άλλα ευαγή ιδρύματα χτίζονται σε οικόπεδα, τα οποία παραχωρούν κυρίως τα μοναστήρια. Αλλά και η ιδιωτική πρωτοβουλία αναλαμβάνει δράση στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Δημιουργήθηκαν πολλές οργανώσεις όπως το Π.Ι.Κ.Π.Α το οποίο ιδρύθηκε για να ανταποκριθεί στις ανάγκες των τραυματιών των βαλκανικών πολέμων και να περιθάλπει τις οικογένειες των απόρων στρατευμένων. Με την μικρασιατική καταστροφή, το Π.Ι.Κ.Π.Α ασχολήθηκε με την αποκατάσταση των προσφύγων, την παροχή υλικής βοήθειας και ιατρικής περίθαλψης.

Το κράτος συνεπώς έπρεπε να φροντίσει για όλους αυτούς. Το πρόβλημα ήταν τόσο μεγάλο, που η κυβέρνηση συνέστησε Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, το οποίο είχε ευρύτερες αρμοδιότητες από το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο είχε αρχικά δημιουργηθεί το 1918. Μετά την παροχή των πρώτων κοινωνικών βοηθειών και την

αντιμετώπιση των βασικών αναγκών για ένδυση, διατροφή και πρόχειρη στέγαση, άρχισε με τη βοήθεια διεθνών κρατικών αλλά και κοινωφελών οργανισμών όπως ο Ερυθρός Σταυρός, η προσπάθεια προγραμματισμού για τη συστηματική αντιμετώπιση των πολύπλευρων κοινωνικών προβλημάτων.

Στον τομέα της δημόσιας υγείας, δημιουργούνται υγειονομικά κέντρα σε περιφερειακό επίπεδο, Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Σημαντικές δράσεις παίρνονται στον τομέα της παιδικής προστασίας, της παιδικής εργασίας και της κοινωνικής ασφάλισης

Πριν συνέλθει η χώρα από τη μικρασιατική καταστροφή ξεσπά ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος που οδηγεί για μια ακόμη φορά τη χώρα στην εξαθλίωση. Και στην περίπτωση αυτή η βοήθεια των διεθνών οργανισμών, (Ερυθρός Σταυρός), σε φάρμακα και τρόφιμα, είναι πολύτιμη. Η εκκλησία της Ελλάδος αναλαμβάνει επίσης φιλανθρωπική δράση για την ανακούφιση των πασχόντων. Με τη λήξη του πολέμου και πριν την έναρξη του εμφυλίου πολέμου, αρχίζει η ανασυγκρότηση της χώρας, σύμφωνα με το σχέδιο Marshal, που αφορά την στέγαση του πληθυσμού και την ανοικοδόμησή της χώρας γενικότερα.

Ιδιαίτερα στην κοινωνική πρόνοια, έγινε αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε έδρα των νομών συστήνονται Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας ως Ν.Π.Δ.Δ. και από το 1948 ως υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. Τα κέντρα αυτά αναλαμβάνουν να καταγράφουν τους απόρους και να παρέχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες. Δημιουργούνται κοινωνικά προγράμματα που αποσκοπούν στην παραγωγική απασχόληση όλων όσων κρίνονταν ικανοί για εργασία.

Το 1945 ιδρύεται η Σχολή Κοινωνικής Πρόνοιας από το Αμερικάνικο Κολέγιο, η οποία λειτούργησε έως το 1975 και έδωσε αξιόλογα στελέχη. Εκτός όμως από τα προγράμματα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τη λήξη του πολέμου ιδρύονται πολλά ιδρύματα ανοικτής και κλειστής

περίθαλψης και άλλες προνοιακές υπηρεσίες, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, ο οποίος ιδρύθηκε σαν ερανική επιτροπή το 1947 με το όνομα «Έρανος Βορείων Επαρχιών Ελλάδος» για την ανοικοδόμηση και την ανασυγκρότηση των περιοχών της Βορείου Ελλάδος.

Ιδρύθηκαν επίσης παιδοπόλεις, κοινοτικά σπίτια παιδιού, προγράμματα οικοτεχνίας κ.λ.π. Ιδρύθηκαν νοσοκομεία για την προστασία και ενίσχυση απόρων κορασίδων, πρότυπες κοινωνικές υπηρεσίες όπως το κέντρο βρεφών «ΜΗΤΕΡΑ». Με την αντιμετώπιση των επειγουσών αναγκών άρχισε ο σχεδιασμός για τη συστηματική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, με ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνική ασφάλιση των αγροτών.

Με την κατάλυση της δημοκρατίας κατά την περίοδο της επτάχρονης δικτατορίας δεν ελήφθησαν νέα προνοιακά μέτρα ούτε έγινε μεταρρύθμιση του χαώδους ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν ελήφθησαν κάποια μέτρα κοινωνικής προστασίας. Με το Ν.Δ.162/73 τίθεται το πλαίσιο των αρχών για την προστασία των υπερηλίκων τόσο της ιδρυματικής όσο και της εξωιδρυματικής προστασίας. Το νομοθετικό αυτό διάταγμα, όπως συμπληρώθηκε στη συνέχεια, αποτελεί ακόμη και σήμερα το πλαίσιο για τη λειτουργία των κέντρων Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), της κατ' οίκον νοσηλείας και άλλων προγραμμάτων προστασίας του γήρατος.

Από το 1980 έως σήμερα εκτός από μια μικρή περίοδο, την ευθύνη για τη διακυβέρνηση της χώρας είχε αναλάβει το ΠΑ.ΣΟ.Κ. Το 1981 εξήγγειλε μέτρα κοινωνικής πολιτικής και θεσμοθέτησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με στόχο την πλήρη υγειονομική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Το Ε.Σ.Υ. μπορεί να θεωρηθεί ως η κύρια και σημαντική προσπάθεια για τη διάρθρωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Από το 1980 έως το 1988, παρατηρούμε μια σημαντική αναβάθμιση και βελτίωση των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου τομέα υγείας. Η τάση αυτή ανατράπηκε από την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, η οποία από το

1990 ακολούθησε μια γενικότερη πολιτική αποκρατικοποίησης και στον τομέα της πρόνοιας. Προέβη σε αλλαγές στο Ε.Σ.Υ. προσανατολισμένες προς την κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης και στο χώρο της υγείας. Η ανάγκη ανασυγκρότησης του ασφαλιστικού συστήματος το οποίο βρισκόταν υπό κατάρρευση, οδήγησε την κυβέρνηση στην εφαρμογή κάποιων μεταρρυθμίσεων.

Η κοινωνική ασφάλιση, οργανώθηκε από τις επαγγελματικές ομάδες και τα ασφαλιστικά κεφάλαια των εμπορικών ενώσεων. Μερικές ομάδες πληθυσμών εντούτοις, δεν ήταν καλυμμένες, ενώ άλλες ομάδες που καλύπτονταν είχαν πρόσβαση σε χαμηλού επιπέδου συντάξεις και μερικές φορές ανεπαρκή ιατρική κάλυψη. Άλλες ομάδες αντίθετα καλύπτονταν με περισσότερα από ένα κεφάλαια και κατά συνέπεια ελάμβαναν υψηλότερα οφέλη. Το κυρίως πρόβλημα με την κοινωνική ασφάλιση, ήταν η ελλιπής χρηματοδότηση συγκρινόμενη με ποσά του ΑΕΠ που άλλες χώρες αφιερώνουν σε αυτό τον τομέα.

Η σοσιαλιστική κυβέρνηση ενήργησε για να αλλάξει την κοινωνική ασφάλιση στη δεκαετία του '80 με το να αυξήσει τις μηνιαίες συντάξεις για τις μεγάλες μερίδες του πληθυσμού. Επίσης εισήγαγε τις ελάχιστες συντάξεις και την ιατρική κάλυψη για τους αγρότες οι οποίοι δεν είχαν προηγουμένως πληρώσει σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Το σύστημα χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το κράτος χρειάζεται να χορηγεί στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης κάποια κεφάλαια έτσι ώστε να μπορεί να λειτουργήσει.

Η στεγαστική πολιτική κατά τις δεκαετίες του '60 και '70 δεν ήταν σε καλή κατάσταση. Στη συνέχεια το κράτος δημιούργησε επιχειρήσεις κατασκευής σπιτιών τα οποία δίνονταν μέσω λαχειοφόρων αγορών. Υπήρξε σύστημα ελέγχου μισθώματος στα διαμερίσματα προκειμένου να αποφεύγονται οι ξαφνικές αυξήσεις μισθωμάτων. Βέβαια οι μηχανισμοί αυτοί χαλάρωσαν στην προσπάθεια να υποκινηθούν οι πολίτες στην αγορά κατοικίας.

Οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες ως επί το πλείστον παραμελήθηκαν μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70. Οι υπηρεσίες αυτές βασίστηκαν στα ιδρύματα για τα ορφανά, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τους ηλικιωμένους. Ένας σημαντικό μέρος των υπηρεσιών προήλθε από τις ιδιωτικές οργανώσεις (υπήρχαν 1053 μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '70). Γενικά αυτές οι κοινωνικές υπηρεσίες στόχευαν σε συγκεκριμένες κατηγορίες ανθρώπων, αλλά δεν εργάστηκαν ιδιαίτερα καλά λόγω της χρόνιας υποχρηματοδότησης. Δεδομένου ότι ο ελληνικός πληθυσμός έχει κινηθεί στις αστικές περιοχές, οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους άλλαξαν. Νέοι άνθρωποι άφησαν τις μικρές πόλεις και κατά συνέπεια οι ηλικιωμένοι που τους φρόντιζαν προηγουμένως οι οικογένειές τους, έχρηζαν δημόσιας βοήθειας.

Με την ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική ένωση, τέθηκαν πολιτικές προτεραιότητες που εστιάζονταν στην επίτευξη οικονομικών δεικτών σύγκλισης ενώ ταυτόχρονα δημιουργήθηκαν και νέες προκλήσεις για το κράτος πρόνοιας, με σκοπό τη δημιουργία δυναμικών πολιτικών, που να αποσκοπούν αφενός στην δικαιότερη κατανομή των πόρων και αφετέρου στη βελτίωση της ισότητας των ευκαιριών ανάμεσα στους πολίτες. Με τη μετάβαση από την ενιαία ευρωπαϊκή αγορά, σε ένα νέο πρότυπο ενιαίου ευρωπαϊκού χώρου, με τη συνύπαρξη της οικονομικής και κοινωνικής διάστασης και της διατύπωσης της τελευταίας στο θεσμικό πλαίσιο του Μάαστριχτ (Κοινωνικό Πρωτόκολλο) και της συνθήκης του Άμστερνταμ, φάνηκε ότι οι εξελίξεις στη χώρα μας δεν ήταν αντίστοιχες με αυτές των δυτικοευρωπαϊκών χωρών.

Είναι γεγονός ότι η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα δεν οδήγησε σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, γιατί ασκήθηκε αποσπασματικά και κυρίως με επιδοματικό χαρακτήρα. Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της Ελλάδας καθυστέρησε μια δεκαετία σε σχέση με τα αντίστοιχα συστήματα των άλλων χωρών και συνεπώς, όταν τέθηκε θέμα αναθεώρησης της κοινωνικής πολιτικής, η χώρα μας για λόγους

δημογραφικούς και δημοσιονομικούς, αδυνατούσε να ανταποκριθεί στα καθήκοντά της, αφού το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας δεν ήταν ολοκληρωμένο.

Τα έντονα κοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής τα οποία βιώνει σε μεγάλο βαθμό η χώρα μας, αφορούν κυρίως:

- στην αυξανόμενη ανεργία, ιδιαίτερα στα νεαρά άτομα
- στη χρόνια φτώχεια, όπου συγκεκριμένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της Ελλάδας, ζει «στα όρια ή κάτω από τα όρια της φτώχειας»
- στην παροχή των υπηρεσιών υγείας
- στη δραματική μείωση των εισοδημάτων όλων (μισθών-συντάξεων)
- στον κοινωνικό αποκλεισμό
- στην υπογεννητικότητα και τη γήρανση του πληθυσμού

είναι βέβαιο ότι οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση των κοινωνικών υπηρεσιών, με οικονομικές συνέπειες στο σύστημα της υγείας και πρόνοιας αλλά και της κοινωνικής ασφάλισης

Το ερώτημα που γεννάται είναι, πώς θα μπορέσει η Ελλάδα αλλά και οι άλλες χώρες, να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις τους, τη στιγμή που η ζήτηση για τις κοινωνικές υπηρεσίες ολοένα αυξάνεται, ενώ η διεθνής τάση, είναι να μειωθούν οι κοινωνικές δαπάνες. Μιλάμε ουσιαστικά για συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, που θα οδηγήσει σε κοινωνική πόλωση, ή μιλάμε για μια πολιτική ορθής διανομής των πόρων, που τελικά θα έχει θετικό αποτέλεσμα στην ευημερία των πολιτών με το σωστό σχεδιασμό;

Κεφάλαιο 4: Οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας

4.1 Οικονομική κρίση του 2009 στην Ελλάδα και το κράτος πρόνοιας

Με την είσοδό της στην ευρωζώνη η Ελλάδα έζησε μια περίοδο ταχείας ανάπτυξης με υψηλούς ρυθμούς κατά μέσο όρο 4% από το 2000-2008. Ωστόσο πίσω από την πρόσοψη της ευημερίας η οικονομία της χώρας ήταν μη ανταγωνιστική. Οι αδυναμίες της οικονομίας που οφείλονταν στα χρόνια δημοσιονομικά ελλείμματα και στο μεγάλο δημόσιο χρέος αποκαλύφθηκαν με την ανάληψη της κυβέρνησης από το ΠΑΣΟΚ τον Οκτώβριο του 2009 όταν ανακοινώθηκε ότι τα δημοσιονομικά στοιχεία που είχαν δοθεί από την προηγούμενη κυβέρνηση ήταν εσφαλμένα. Το μέγεθος της διόρθωσης ήταν τεράστιο. Το έλλειμμα του προϋπολογισμού για το 2009 αναθεωρήθηκε από 3.7% στο 12.5% και αργότερα στο 15.8% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Το αντίστοιχο δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 99.6% στο 115.1% και τελικά στο 126.8% του ΑΕΠ.

Τα αναθεωρημένα στοιχεία σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η Ευρώπη δεν είχε συνέλθει από τη διεθνή χρηματοοικονομική κρίση του 2007-2009 έκαναν την περίπτωση της Ελλάδας απρόβλεπτη ως προς τις διαστάσεις που θα μπορούσε να λάβει σε σχέση με το μέλλον της ευρωζώνης και του ευρώ. Εξαιτίας της αδυναμίας της χώρας να προβεί σε εξωτερικό δανεισμό από τις αγορές λόγω του απαγορευτικά υψηλού επιτοκίου, η χώρα αναγκάζεται το Μάιο του 2010 να υπογράψει τριετές Μνημόνιο με το Δ.Ν.Τ, την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Κεντρική Ευρωπαϊκή Τράπεζα, ώστε να της δοθεί ένα δάνειο 110 δισεκατομμυρίων ευρώ και με αυτό τον τρόπο να καλύψει τις δανειακές ανάγκες της για τα επόμενα τρία χρόνια. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δεσμευτεί η χώρα και να νομοθετήσει σαρωτικές περικοπές δαπανών, αυξήσεις φόρων και ένα φιλόδοξο πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων.

Αυτό το «πρώτο» μνημόνιο, όπως λέγεται, δεν ήταν αρκετό για να οδηγήσει τη χώρα στις αγορές, όπως αρχικά είχε προβλεφθεί, μετά την περίοδο των τριών ετών. Έτσι το Ελληνικό Κοινοβούλιο, με οριακή

πλειοψηφία, ενέκρινε το μεσοπρόθεσμο πρόγραμμα (2012-2015) τον Ιούνιο του 2011 το οποίο παρείχε στην Ελλάδα χαμηλότερα επιτόκια και μεγαλύτερη περίοδο αποπληρωμής.

Οι αγορές παρόλα αυτά δεν πείθονταν ότι η Ελλάδα θα μπορούσε να τα καταφέρει να εξυπηρετήσει το τεράστιο δημόσιο χρέος της και θα αναγκάζονταν να δηλώσει «πτώχευση». Οι Ευρωπαίοι ηγέτες φοβούμενοι ότι κάτι τέτοιο θα είχε ως αποτέλεσμα τη διάχυση της κρίσης πέρα από την Πορτογαλία, Ισπανία, Ιρλανδία και Ελλάδα σε ολόκληρη την Ευρωζώνη αποφάσισαν στη σύνοδο της 26ης Οκτωβρίου του 2011 να δοθεί ένα νέο δάνειο στην Ελλάδα ύψους 100 δισεκατομμυρίων ευρώ μέχρι το 2014 και να γίνει διαγραφή του χρέους που παρακρατούσαν οι εμπορικές τράπεζες και οι ιδιώτες πιστωτές κατά 50%. Το «κούρεμα» του χρέους και το νέο δάνειο συνοδεύτηκαν από αυστηρούς μηχανισμούς ελέγχου και τήρησης χρονοδιαγραμμάτων, ώστε να γίνει εφικτό η χώρα να μειώσει το χρέος της στο 120% του ΑΕΠ το 2020.

Η εγκαθίδρυση και η παράταση των συνθηκών της ύφεσης στην Ελλάδα (2008-2015), ως αποτέλεσμα ενός αντιφατικού, εσφαλμένου, αποσπασματικού και μονομερούς «προγράμματος διάσωσης» της ελληνικής οικονομίας σηματοδοτεί την προοπτική χρονικής υπέρβασης ακόμη και της Μεγάλης Ύφεσης του 1929, δεδομένου ότι με τις πιο αισιόδοξες παραδοχές η ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας εμφανίζεται αναιμική από το 2015.

Η οικονομική κρίση που βιώνει η χώρα βρήκε το κράτος πρόνοιας απροετοίμαστο να ανταπεξέλθει στις κοινωνικές συνέπειες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι και πριν την κρίση αυτό που ονομάζουμε κράτος πρόνοιας είχε χάσει τον έλεγχο των κοινωνικών δαπανών χωρίς αυτές οι δαπάνες να έχουν μειώσει τη φτώχεια και την ανισότητα, άρα λοιπόν είχε μερίδιο στην κρίση, και αντίστροφα η δημοσιονομική κρίση στέρησε από το κράτος πρόνοιας χρήματα απαραίτητα για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Η αναποτελεσματικότητα του κράτους πρόνοιας οφείλεται και στις στρεβλώσεις που το ίδιο είχε δημιουργήσει λόγω της μεροληψίας του τα

προηγούμενα χρόνια. Η έλλειψη κοινωνικών παροχών άφησε πολλά θύματα της κρίσης χωρίς δίχτυ προστασίας τη στιγμή που το είχαν περισσότερο ανάγκη. Η αποτυχία να προστατευθούν τα χαμηλότερα εισοδήματα σε συνδυασμό με άλλες αδικίες, όπως η αδυναμία πάταξης της φοροδιαφυγής έκαναν ακόμα δυσκολότερη την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας¹⁵.

Οι επιπτώσεις στο κοινωνικό κράτος λόγω της κρίσης δεν ήταν αναπόφευκτες. Η κρίση δεν μεταφράστηκε αναγκαστικά σε χαμηλότερα εισοδήματα ή σε μεγαλύτερη φτώχεια και ανισότητα. Παρότι το ΑΕΠ έπεσε κατά τη διάρκεια της μεγάλης ύφεσης του 2007-2009 το ακαθάριστο εισόδημα των νοικοκυριών αυξήθηκε σε 12 από τις 16 χώρες της ευρωζώνης συμπεριλαμβανομένης και της Ιρλανδίας. Τα νοικοκυριά προστατεύθηκαν με πρόσθετα μέτρα από τις κυβερνήσεις, μέσω της φορολογίας και των παροχών. Αξίζει να σημειωθεί ότι όπου το μακροοικονομικό σοκ ήταν μεγαλύτερο, όπως στην Ιρλανδία, τα στοιχεία δείχνουν ότι η ανισότητα μειώθηκε και τα ποσοστά της φτώχειας παρέμειναν σταθερά¹⁶.

Θα αναλυθούν παρακάτω σημαντικές πτυχές του κράτους πρόνοιας. Πώς ο τρόπος λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης, της υγείας και της επιδοματικής πολιτικής οδήγησε στην αναποτελεσματικότητά τους στην περίοδο της κρίσης, οι μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει σε αυτούς τους τομείς και θα γίνουν προτάσεις. Επίσης θα παρουσιαστούν οι συνέπειες της κρίσης στην ανεργία, στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό στην απασχόληση και στους μισθούς και πώς αυτές οι συνέπειες αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνική προστασία. Θα παρουσιαστούν πολιτικές αντιμετώπισης και θα γίνουν προτάσεις.

15 The welfare state and the crisis: the case of Greece Manos Matsaganis 2011 -Social Policy in hard times: The case of Greece Manos Matsaganis 2012

16The welfare state and the crisis: the case of Greece Manos Matsaganis 2011 -Social Policy in hard times: The case of Greece Manos Matsaganis 2012

Κεφάλαιο 5: Το κράτος πρόνοιας ως αντικείμενο και υποκείμενο της κρίσης

5.1 Οικονομική κρίση και κοινωνική ασφάλιση-Συντάξεις

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, το οποίο εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα Υγείας και Πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Η εισαγωγή ενός σύγχρονου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης καθυστέρησε στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες κυρίως εξαιτίας της καθυστέρησης της βιομηχανικής ανάπτυξης. Ως θεσμός όμως ήταν ήδη γνωστός πολλά χρόνια πριν. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα ξεκίνησε από τη ναυτιλία που ήταν ο μοναδικός ισχυρός κλάδος της ελληνικής οικονομίας, ο οποίος απασχολούσε δεκάδες χιλιάδες εργαζόμενους. Το 1836 ιδρύεται το Ν.Α.Τ. που αποτελεί τον πρώτο οργανισμό κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Το 1852 καθιερώνεται η συνταξιοδότηση των στρατιωτικών και το 1861 των υπαλλήλων του δημοσίου. Σημαντικούς επίσης οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν το Ι.Κ.Α. ως γενικός φορέας ασφάλισης μισθωτών με το Ν. 6296/34, το ΤΕΒΕ με το Ν. 6234/34 (σήμερα ΟΑΕΕ) και τελικά ο ΟΓΑ με το Ν. 4169/61.

Οι πηγές χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης είναι δύο: α) οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και β) οι κρατικοί ή κοινωνικοί πόροι. Τα συστήματα χρηματοδότησης είναι επίσης δύο το κεφαλαιοποιητικό και το αναδιανεμητικό.

Στο κεφαλαιοποιητικό σύστημα οι ασφαλιστικές εισφορές συγκεντρώνονται με ανατοκισμό σε μεγάλα αποθεματικά έχοντας τη δυνατότητα να καλύψουν τους ασφαλιστικούς κινδύνους ορισμένου ατόμου ή κοινωνικής ομάδας, ενώ στο αναδιανεμητικό σύστημα το άθροισμα των ασφαλιστικών εισφορών μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου διαμορφώνεται ανάλογα με τις πιθανές δαπάνες για να καλυφθούν οι κίνδυνοι της ίδιας περιόδου¹⁷.

Στο αναδιανεμητικό σύστημα, που είναι και αυτό της Ελλάδας, οι εισφορές που προέρχονται από την παρούσα γενιά των εργαζομένων είναι αναγκαίες προκειμένου να καλυφθούν οι ασφαλιστικές παροχές της προηγούμενης γενιάς εργαζομένων. Συνεπώς πρόκειται για ένα σύστημα αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, δεδομένου ότι ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός της χώρας καταβάλλει εισφορές με τις οποίες πληρώνονται οι συντάξεις και άλλες παροχές. Για να είναι βιώσιμο ένα τέτοιο σύστημα πρέπει να υπάρχει στενή συνάρτηση ανάμεσα στους εργαζομένους και τους συνταξιούχους¹⁸. Όταν αυξάνεται ο αριθμός των εργαζομένων είναι δυνατόν να μειωθεί το ύψος των εισφορών ή να αυξηθούν οι παροχές. Αντίθετα, στην περίπτωση που μειώνεται ο αριθμός των απασχολούμενων γίνεται πιο δύσκολη η ανεύρεση πόρων για την οικονομική υποστήριξη του συστήματος.

Η δημογραφική γήρανση και οι οικονομικές εξελίξεις επηρεάζουν τη σχέση εργαζομένων-συνταξιούχων. Ειδικότερα, η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού προκαλεί έκρηξη των δαπανών κοινωνικής προστασίας χωρίς να αυξάνει παράλληλα και ο όγκος των εισφορών. Επιπλέον, η αλλαγή στη δομή της οικογένειας, η αύξηση των διαζυγίων, οι γεννήσεις εκτός γάμου, η υπογεννητικότητα, ο περιορισμός της θνησιμότητας και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν το είδος

17Κωνσταντίνος Κρεμαλής, «Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων», Σάκκουλα Αθήνα - Κομοτηνή, 1985

18 Προκειμένου ένας ασφαλιστικός οργανισμός να είναι οικονομικά υγιής, δεν πρέπει η αναλογιστική του βάση, η σχέση δηλαδή του αριθμού συνταξιούχων προς τον αριθμό ασφαλισμένων να είναι 1:4 έτσι, ώστε να αναλογεί ένας συνταξιούχος σε τουλάχιστον 4 εργαζόμενους.

και την έκταση των ασφαλιστικών παροχών. Επομένως, η κοινωνική ασφάλιση ως μοχλός της κοινωνικής εξέλιξης δεν μπορεί να αποκτήσει ένα σταθερό και συγκεκριμένο περιεχόμενο.

Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ασφάλιση. Η κοινωνική ασφάλιση προϋποθέτει ότι το κράτος διαθέτει τα απαραίτητα αγαθά. Όταν οι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης είναι υψηλοί τότε είναι ευρύτερη η ικανοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Αντίθετα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως συμβαίνει χαρακτηριστικά στις μέρες μας, συρρικνώνεται η έκταση εφαρμογής των κοινωνικών δικαιωμάτων.

Ειδικότερα, η οικονομική κρίση δημιουργεί ελλείμματα στους ασφαλιστικούς φορείς λόγω μείωσης των εσόδων και αύξησης των εξόδων τους. Οποιαδήποτε αλλαγή στην απασχόληση φέρει άμεσες συνέπειες στην οικονομία των ασφαλιστικών οργανισμών, καθότι τα έσοδα του θεσμού προέρχονται από εισφορές που καθορίζονται σύμφωνα με τους μισθούς. Γίνεται κατανοητό ότι η αύξηση της ανεργίας οδηγεί σε συρρίκνωση του όγκου των εισφορών και την ίδια στιγμή σε μια διόγκωση των δαπανών λόγω των αυξημένων αναγκών για επιδότηση της ανεργίας.

Σήμερα στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα αυξημένη η ανεργία δεδομένου ότι έχει φτάσει στο τρίτο τρίμηνο του 2013 στο 27 %, αποκτώντας το υψηλότερο ποσοστό σε όλη την Ευρωζώνη ξεπερνώντας ακόμα και την Ισπανία (26,1%)¹⁹. Συνεπώς, αυξάνονται οι ανάγκες για τα επιδόματα ανεργίας δυσχεραίνοντας ακόμα περισσότερο την οικονομική κατάσταση της χώρας, με σοβαρές συνέπειες και αρνητικές επιπτώσεις στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και της κοινωνικής ευημερίας. Με άλλα λόγια δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι η επιβίωση των συστημάτων της κοινωνικής ασφάλισης διέρχεται από μια διαρκή αναπροσαρμογή στα εκάστοτε κοινωνικοοικονομικά δεδομένα της κάθε χώρας.

¹⁹ <http://www.capital.gr/NewsTheme.asp?id=1933827>

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται στη χειρότερη οικονομική κατάσταση από ποτέ. Οι αιτίες που οδήγησαν σε κατάσταση χρεοκοπίας τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι:

Η πολιτική της λιτότητας συνέβαλλε σημαντικά στην επιδείνωση της κατάστασης των ασφαλιστικών ταμείων. Η στασιμότητα στην απασχόληση και η αύξηση της ανεργίας, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης, η ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων, η μείωση του εισοδήματος των εργαζομένων, οι χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης συνεπάγονται δυσμενείς επιπτώσεις στα έσοδα και τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης. Ο λόγος είναι ότι περιορίζοντας τον αριθμό των ασφαλισμένων μειώνονται οι εισφορές-συνεπώς τα έσοδα- ενώ παράλληλα αυξάνονται τα έξοδα, καθότι όλο και περισσότεροι προσφεύγουν στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης.

Η καταλήστευση των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν άλλο παράγοντα της κρίσης των ταμείων. Η τεράστια εισφοροδιαφυγή²⁰ και οι καθυστερήσεις οφειλών της εργοδοσίας επιτρέπονται για χάρη της ανταγωνιστικότητας και της οικονομίας. Εκτιμάται ότι μια στις δύο επιχειρήσεις δεν πληρώνει εισφορές στο ΙΚΑ, με απόρροια μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων να δουλεύει ανασφάλιστο ή να ασφαρίζεται λιγότερες μέρες από τις πραγματικές. Το μέγεθος της εισφοροδιαφυγής εκ μέρους των επιχειρήσεων ανέρχεται σε δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ δεν πρέπει να παραβλέψουμε το ποσό που χρωστάει το κράτος στο σύνολο των ταμείων και το οποίο υπολογίζεται γύρω στα 12 δισεκατομμύρια ευρώ²¹.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, εισέρχεται στη χώρα μας ένας μεγάλος αριθμός παράνομων μεταναστών, φαινόμενο που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Ο αριθμός των ανεπίσημων μεταναστών παραμένει απροσδιόριστος, αλλά εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 2 εκατομμύρια. Από αυτόν τον αριθμό ένα μικρό μέρος εργάζεται νόμιμα και ασφαρίζεται, με

²⁰<http://www.newsbomb.gr/chrhma/story/236360/terastio-kykloma-eisforodiatygis-ehei-entopisei-to-yпойrgeio-ergasias>

²¹ Από τα 12 δισεκατομμύρια ευρώ τα 10 είναι χρέη προς το ΙΚΑ http://www.iskra.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1478:-12-&catid=43:koinoniki-asfalisi&Itemid=169

απόρροια τα ταμεία να χάνουν σημαντικό μέρος των εσόδων από την εισφοροδιαφυγή. Η «μαύρη εργασία» ευνοεί κυρίως τους επιχειρηματίες που στοχεύουν διαρκώς στην αύξηση των κερδών.

Τα αποθεματικά υπήρξαν ανέκαθεν εύκολη λεία για τις εκάστοτε κυβερνήσεις που αντλούσαν από τα ασφαλιστικά ταμεία χρήματα με το πρόσχημα της οικονομικής ανάπτυξης. Με το νόμο 1611/1950 τα ταμεία έχασαν το δικαίωμα να καταθέτουν τα αποθεματικά τους στις εμπορικές τράπεζες και να κερδίζουν τόκους. Ειδικότερα, τα αποθεματικά των ασφαλιστικών οργανισμών δεσμεύονταν σε άτοκους λογαριασμούς στην Τράπεζα της Ελλάδος²² και με τα κεφάλαια αυτά χρηματοδοτούνταν οι επιχειρήσεις με πολύ χαμηλά επιτόκια. Αντίθετα, τα ασφαλιστικά ταμεία σε περίπτωση δανεισμού δανείζονταν με πολύ υψηλό επιτόκιο. Το χρονικό διάστημα 1975-1982 τα αποθεματικά αρχίζουν να τοκίζονται στην Τράπεζα της Ελλάδος, αλλά με πολύ χαμηλό επιτόκιο με εύλογο επακόλουθο την απώλεια εσόδων. Οι απώλειες εσόδων των ταμείων από τα αποθεματικά υπολογίζεται για τη συγκεκριμένη περίοδο γύρω στα 25 δισεκατομμύρια δραχμές²³.

Το κούρεμα των ελληνικών ομολόγων στα πλαίσια της γενικότερης οικονομικής κρίσης που διανύει τα τελευταία χρόνια η χώρα μας, οδήγησε στην άθλια οικονομική κατάσταση του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος το κούρεμα του ελληνικού χρέους προκάλεσε στα ασφαλιστικά ταμεία σημαντικές απώλειες δισεκατομμυρίων ευρώ, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο την δεινή οικονομική θέση των ασφαλιστικών οργανισμών.

Επιπλέον, αιτίες για την κακή οικονομική κατάσταση της ασφάλισης είναι η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα και η παράταση του ορίου ζωής. Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τη σχέση εργαζομένων-συνταξιούχων, καθότι η καταβολή των συντάξεων αφορά

22 http://www.ggka.gr/gr_dief16_tm2.htm

23 Χρήστος Ρουπακιώτης, «Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης», Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 1990

μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι δαπάνες υγείας. Αρνητικό ρόλο έπαιξαν επίσης, τα ευνοϊκά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης και ιδιαίτερα των γυναικών και των σωμάτων ασφαλείας, οι πολισυνταξιούχοι στους οποίους χορηγούνταν πάνω από μία σύνταξη, οι άγαμες θυγατέρες των δημοσίων υπαλλήλων και των στρατιωτικών και τέλος η ελαστικότητα όσον αφορά την απονομή των συντάξεων αναπηρίας.

Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων και κλάδων αποτέλεσε μια από τις αδυναμίες του ελληνικού συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης. Στο μεταπολεμικό ελληνικό κράτος, η κρατική κοινωνική πολιτική διακρίνεται για τον πολυκερατισμό της κοινωνικής ασφάλισης και τις συντεχνιακές ρυθμίσεις μέσω των πελατειακών δικτύων, ενώ στο οικονομικό επίπεδο παρατηρείται ο εξουσιαστικός έλεγχος των ασφαλιστικών οργανισμών και τη διάθεσης των πόρων τους.

Επιπλέον έντονες ήταν και οι διακρίσεις στην παροχή των συντάξεων. Τα δεκάδες ταμεία δεν συνιστούσαν ένα ενιαίο σύστημα συντάξεων, αλλά πολλά με διαφορετικούς ετερόκλητους κανόνες. Υπήρχαν έντονες ανισότητες μεταξύ ταμείων και κατηγοριών με αποτέλεσμα άτομα με παρόμοια χαρακτηριστικά να έχουν εντελώς διαφορετικά συνταξιοδοτικά δικαιώματα. Οι διαφορές ανάμεσα στο καθεστώς της μεγάλης πλειοψηφίας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΝΑΤ) και το καθεστώς των «ευγενών» ταμείων είτε αυτά ασφάλιζαν τμήματα μισθωτής εργασίας (Δημόσιο, ΔΕΚΟ ΤΡΑΠΕΖΕΣ) είτε ισχυρές κοινωνικές ομάδες (στρατιωτικοί, νομικοί, μηχανικοί, ιατροί) ήταν τεράστιες. Επρόκειτο για ένα σύστημα που ευνοούσε τους πλουσίους σε βάρος των φτωχών, τους εργαζόμενους του δημόσιου σε βάρος εκείνων του ιδιωτικού τομέα τους ελευθέρους επαγγελματίες σε βάρος των μισθωτών, όσους πλησίαζαν σε συνταξιοδότηση σε βάρος των νέων ασφαλισμένων και ευνοούσε τη σημερινή γενεά φορτώνοντας τα βάρη στις επόμενες.²⁴

24 «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς» Ματσαγγάνης Μάνος ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΡΙΤΙΚΗ 2011

Στα πλαίσια των υποχρεώσεων της χώρας, που απορρέουν από την υπογραφή των δανειακών συμβάσεων, κατά την περίοδο από το Μάιο του 2010 μέχρι τον Ιούνιο 2012 οι περικοπές των κύριων και επικουρικών συντάξεων ανήλθαν συνολικά στο επίπεδο των 4,2 δις ευρώ, ενώ στο πρόγραμμα περικοπών και λιτότητας των 11,6 δις ευρώ για την περίοδο 2013-2014, οι περικοπές κύριων, επικουρικών συντάξεων, εφάπαξ και κοινωνικών επιδομάτων αντιστοιχούν στο 43% του συνολικού ποσού, δηλ. 5,5 δις ευρώ. Επιπλέον, κατά την περίοδο 2010-2011, οι μειώσεις μισθών του δημοσίου ανήλθαν στα 3,5 δις ευρώ και του ιδιωτικού τομέα ανήλθαν στα 3 δις ευρώ. Με άλλα λόγια, την περίοδο 2010-2011 οι περικοπές των συντάξεων και οι μειώσεις των μισθών ανήλθαν αθροιστικά σε 16,2 δις ευρώ δηλ. 8% του ΑΕΠ χωρίς να έχει μειωθεί η ανεργία, το δημόσιο χρέος και η ύφεση.

Παρά την μείωση του επιπέδου των συντάξεων από 7%-20%, δεν κατορθώθηκε να υποστηριχτεί η οικονομική κατάσταση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος, ιδιαίτερα, ενόψει των νέων δεδομένων και των συνεπειών της ύφεσης. Έτσι, η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των μισθών στερεί την κοινωνική ασφάλιση από πόρους της τάξης των 10,5 δις ευρώ, η εισφοροδιαφυγή από την αδήλωτη και ανασφάλιστη εργασία καθώς και από τις ευέλικτες μορφές απασχόλησης με 8,5 δις ευρώ και η μη καταβολή των οφειλών του κράτους από το 1993 στα ασφαλιστικά Ταμεία (12 δις ευρώ) συρρικνώνουν σοβαρά την οικονομική κατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης.²⁵

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς των διεθνών οργανισμών (Ε.Ε, ΕΚΤ, ΔΝΤ), το επίπεδο των συνταξιοδοτικών δαπανών στην Ελλάδα από 14,8% του ΑΕΠ το 2010 θα φθάσει στο 17,4% του ΑΕΠ το 2060. Με άλλα λόγια, οι συνταξιοδοτικές δαπάνες κατά την περίοδο 2010-2060 προβλέπεται (Μνημόνιο 1 και 2) από τους δανειστές μας να αυξηθούν κατά 2,6% του

²⁵<http://www.megabox.gr/> «Η μείωση των δαπανών για συντάξεις και η αύξηση του αριθμού των δικαιούχων σηματοδοτούν την κατάρρευση του Ασφαλιστικού»- Σάββας Ρομπόλης είναι Καθηγητής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, Επιστ. Δ/ντή ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 26-05-2013

ΑΕΠ (Ν.3863/10), ως αποτέλεσμα της μείωσης των συντάξεων (κύριων, επικουρικών, εφάπαξ), της αύξησης των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, του σημαντικού περιορισμού των ασφαλιστικών δικαιωμάτων και των κοινωνικών επιδομάτων και τέλος της χρηματοδοτικής απόσυρσης του κράτους κατά την περίοδο 2009-2014 και ιδιαίτερα μετά την 1/1/2015 από το δημόσιο συνταξιοδοτικό σύστημα.²⁶

Οι εξελίξεις αυτές σηματοδοτούν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα δύο μορφές αλλαγών:²⁷

α) παραμετρικές αλλαγές (μείωση συντάξεων, αύξηση ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης, αλλαγή τρόπου υπολογισμού των συντάξεων και

β) ανατροπή και αλλαγή του μοντέλου του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, με αυτό των τριών πυλώνων

- κύρια σύνταξη υποβαθμισμένη με σταδιακή απόσυρση της χρηματοδότησης του κράτους,
- ατομικοί υποχρεωτικοί λογαριασμοί, (ιδιωτική υποχρεωτική ασφάλιση) και
- επαγγελματικά ταμεία (προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση).

Τις αλλαγές αυτές έχουν προτείνει με έκθεσή τους για την Ελλάδα (23/11/2005) το ΔΝΤ και η Παγκόσμια Τράπεζα.

Η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος θα έπρεπε εδώ και δεκαετίες να εκλαμβάνεται από τις πολιτικές δυνάμεις και τους κοινωνικούς εταίρους ως εσωτερική αναγκαιότητα και όχι ως εξωτερικός εξαναγκασμός. Παρόλα αυτά η ψήφιση του νόμου 2084/1992 από την κυβέρνηση Μητσοτάκη υπήρξε η τελευταία σοβαρή και ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα. Οι προτάσεις Γιαννίτση (2001) είχαν τη συνήθη υποδοχή από το πολιτικό σύστημα και τα ΜΜΕ. Η

26 <http://www.megabox.gr/> «Η μείωση των δαπανών για συντάξεις και η αύξηση του αριθμού των δικαιούχων σηματοδοτούν την κατάρρευση του Ασφαλιστικού»- Σάββας Ρομπόλης είναι Καθηγητής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο,Επιστ. Δ/ντή ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 26-05-2013

27 <http://www.megabox.gr/> «Η μείωση των δαπανών για συντάξεις και η αύξηση του αριθμού των δικαιούχων σηματοδοτούν την κατάρρευση του Ασφαλιστικού»- Σάββας Ρομπόλης είναι Καθηγητής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο,Επιστ. Δ/ντή ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 26-05-2013

μόνη αξιολογη εξέλιξη της προηγούμενης περιόδου ήταν η ψήφιση του Ν 3655/2008 ο οποίος προέβλεπε τη θεαματική μείωση του αριθμού των ταμείων ασφάλισης από 155 σε 13 προστατεύοντας όμως τα προνόμια των ευνοημένων κατηγοριών.

5.1.1 Πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος της κοινωνικής ασφάλισης

Ενόψει των δανειακών υποχρεώσεων που έχει αναλάβει η χώρα με την υπογραφή των δυο Μνημονίων ψηφίστηκαν δύο νέοι ασφαλιστικοί νόμοι με στόχο τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος: ο νόμος 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» και ο νόμος 3865/2010 «Μεταρρύθμιση Συνταξιοδοτικού Συστήματος του Δημοσίου και συναφείς διατάξεις». Η μεταρρύθμιση αυτή του ασφαλιστικού συστήματος προσεγγίζει ένα σύστημα πολλών επιπέδων που διαχωρίζει τις ανταποδοτικές από τις μη ανταποδοτικές παροχές με την καταβολή από το 2015 βασικής αναλογικής σύνταξης.

Οι δύο νόμοι καθιστούν αυστηρότερες τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης για όσους πρόκειται να συνταξιοδοτηθούν τα επόμενα χρόνια, αυξάνουν το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης και περιγράφουν την αρχιτεκτονική του ασφαλιστικού συστήματος που θα ισχύσει από το 2015. Επίσης ο χάρτης της κοινωνικής ασφάλισης έχει αλλάξει . Υπάρχουν 6 ταμεία κύριας ασφάλισης, 2 ταμεία προνοίας ιδιωτικού και δημοσίου τομέα (για τα εφάπαξ) κι ένα ενιαίο επικουρικό ταμείο για όλους.

Δεν μπορεί κανείς να παραγνωρίσει το γεγονός ότι οι νόμοι 3863/2010 και 3865/2010 ήταν η ριζικότερη ασφαλιστική μεταρρύθμιση μετά από δυο δεκαετίες, βάσει της οποίας αποκαταστάθηκαν αδικίες που αφορούσαν σε στρεβλώσεις όπως πρόωρες συνταξιοδοτήσεις ή στον τρόπο υπολογισμού συντάξιμων αποδοχών. Παράλληλα προωθήθηκε και ένα σύνολο διαρθρωτικών μέτρων, καθώς και ένα πακέτο πληροφοριακών υποδομών που λειτουργούν σε πολλά επίπεδα. Θωρακίζουν το σύστημα κοινωνικής

ασφάλισης, βελτιώνοντας και δυναμώνοντας τη βιωσιμότητα των παροχών κλείνοντας διαρροές και «τρύπες» του συστήματος, λόγω εισφοροδιαφυγής, εισφοροαποφυγής, μαϊμού συντάξεων κ.λπ.

Στην κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού του συνταξιοδοτικού συστήματος η Ελλάδα πλέον διαθέτει το ηλεκτρονικό σύστημα «Ήλιος», ένα από τα πιο σύγχρονα και εξελιγμένα συστήματα ελέγχου και ενημέρωσης συντάξεων ισότιμο με αυτό των πιο προηγμένων ευρωπαϊκών χωρών. Αφετηρία αποτέλεσε η δημιουργία του εθνικού μητρώου συντάξεων και συνταξιούχων στις 21-12-2012, το οποίο συγκέντρωσε για πρώτη φορά σε μία ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα όλες τις συντάξεις και τους συνταξιούχους της χώρας. Απώτερος στόχος του ηλεκτρονικού συστήματος «Ήλιος» είναι, εκτός από την καταγραφή των συντάξεων από 93 διαφορετικούς τομείς σε μία ενιαία βάση παρακολούθησης, να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός διαφάνειας στο ασφαλιστικό σύστημα, «φωτίζοντας» σκοτεινές και γκρίζες περιοχές του, κάτι που μέχρι πρότινος φάνταζε εξαιρετικά δύσκολο. Κεντρικός βραχίονας του συνολικού εγχειρήματος υπήρξε η ΗΔΙΚΑ, η οποία σε συνεργασία με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, ανέλαβε το χρονοβόρο και διαδικαστικά δυσχερές έργο της συμπλήρωσης και ενημέρωσης των αριθμών ΑΜΚΑ και ΑΦΜ στις χορηγούμενες συντάξεις²⁸.

Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα και με στόχο να προληφθεί η παραβατικότητα στη γέννηση της, δημιουργήθηκε το δίκτυο «Αριάδνη», ένα δομημένο σύστημα έγκαιρης αποτύπωσης των δημογραφικών και οικογενειακών αλλαγών των δικαιούχων ασφαλιστικών παροχών (π.χ. γέννηση, γάμος, διαζύγιο, θάνατος), καθώς και άμεσης ενημέρωσης των αντίστοιχων ασφαλιστικών ταμείων.²⁹ Με αυτό τον τρόπο, εξαλείφθηκε

28 Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2013 «Ομιλία υπουργού Εργασίας κ. Γιάννη Βρούτση στο 3ο ετήσιο Συνέδριο «Labor & Insurance» του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου»

29 Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2013 «Ομιλία υπουργού Εργασίας κ. Γιάννη Βρούτση στο 3ο ετήσιο Συνέδριο «Labor & Insurance» του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου»

οριστικά το φαινόμενο της καταχρηστικής λήψης συντάξεων και επιδομάτων.

Μεγάλη αλλαγή στην οργάνωση του ασφαλιστικού συστήματος έρχεται με το νέο σύστημα «Άτλας», δηλαδή την πλήρη καταγραφή του ασφαλιστικού ιστορικού όλων των Ελλήνων κατά τη διάρκεια του εργασιμου βίου τους με τη μορφή ασφαλιστικού βιογραφικού. Πρόκειται για μία ακόμη διαρθρωτική αλλαγή που έχει ήδη ξεκινήσει και θα ολοκληρωθεί εντός του 2014 με τη ψηφιοποίηση των ασφαλιστικών δεδομένων του συνόλου των εργαζομένων της χώρας, περίπου 144 δισεκατομμυρίων ασφαλιστικών ωρών. Η βεβαίωση της ασφαλιστικής ικανότητας των δικαιούχων θα γίνεται με ηλεκτρονικό τρόπο, καταργώντας έτσι τα βιβλιάρια ασθένειας³⁰.

Ένα μεγάλης χρησιμότητας πληροφοριακό εργαλείο που καταγράφει σε ζωντανό χρόνο τις ροές της μισθωτής απασχόλησης σε κάθε γωνιά της Ελλάδας είναι το σύστημα «Εργάνη». Είναι ένα σύστημα που λειτουργεί ως στρατηγικό εργαλείο για την παρακολούθηση των πολιτικών απασχόλησης και τη στοχευμένη αντιμετώπιση της αδήλωτης και ανασφάλιστης εργασίας. Αποτελεί, παράλληλα, μια αξιόπιστη πηγή άμεσης και αντικειμενικής πληροφόρησης που εκπέμπει πρόδρομα σήματα για την εξέλιξη της αγοράς εργασίας. Άμεσα θα ολοκληρωθεί η καταγραφή του συνολικού προσωπικού των επιχειρήσεων, θα έχουμε για πρώτη φορά στη χώρα μας μια ακριβή και λεπτομερειακή εικόνα της συνολικής μισθωτής απασχόλησης στην Ελλάδα³¹.

Τομή στην ασφαλιστική μεταρρύθμιση αποτελεί η αλλαγή του τρόπου απονομής των αναπηρικών συντάξεων. Στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων συστήθηκε ειδική επιστημονική επιτροπή με σκοπό την δημιουργία ενιαίου πίνακα προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας

30 Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2013 «Ομιλία υπουργού Εργασίας κ. Γιάννη Βρούτση στο 3ο ετήσιο Συνέδριο «Labor & Insurance» του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου»

31 Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2013 «Ομιλία υπουργού Εργασίας κ. Γιάννη Βρούτση στο 3ο ετήσιο Συνέδριο «Labor & Insurance» του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου»

για όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το Δημόσιο , καθώς και τον καθορισμό των παθήσεων για τις οποίες η διάρκεια της αναπηρίας καθορίζεται επ' αόριστον. Η απόφαση αυτή είναι ένα πάγιο αίτημα των ατόμων με αναπηρίες, ώστε οι δικαιούχοι να μην ταλαιπωρούνται με συνεχείς διαδικασίες επανελέγχου και θα αποσυμφορήσει σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργία των ΚΕΠΑ .³²

Παρόλα όσα έχουν γίνει το πρόβλημα των ασφαλιστικών ταμείων παραμένει για αυτό πρέπει να ληφθούν επιπλέον μέτρα. Η ασκούμενη οικονομική πολιτική στην Ελλάδα πρέπει άμεσα και αποτελεσματικά να πατάξει την φοροδιαφυγή καθώς έχει υπολογιστεί ότι η απώλεια εσόδων για το κράτος κυμαίνεται μεταξύ 12 με 15 δις ευρώ τον χρόνο. Αυξάνοντας τα έσοδα του κράτους τουλάχιστον κατά 25%, θα μειώνονταν το δημοσιονομικό έλλειμμα τουλάχιστον κατά 30% το έτος και δεν θα απαιτούνταν οι περικοπές μισθών και συντάξεων την περίοδο 2010-2011 κατά 16,2 δις ευρώ συνολικά³³.

Προς την κατεύθυνση περιορισμού της φοροδιαφυγής λαμβάνονται μέτρα³⁴ τα οποία είναι:

- α) Το ποσό της σύνταξης θα καταγράφεται απευθείας στη φορολογική δήλωση από τα ταμεία. Από την αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής των συνταξιούχων εκτιμάται ότι θα εξοικονομηθούν 80 εκατ. ευρώ.
- β) Θα γίνεται ενιαία καταγραφή εισφορών για κύρια σύνταξη, επικουρική και εφάπαξ. Το οικονομικό όφελος θα είναι 100 εκατ. ευρώ.
- γ) Θα γίνεται συμψηφισμός των κοινοτικών επιδοτήσεων με τις εισφορές που δεν καταβάλλονται στον ΟΓΑ. Θα παγώνουν οι επιδοτήσεις για όσους αγρότες έχουν χρέη από μη καταβολή ασφαλιστικών εισφορών προς τον ΟΓΑ. Στην πράξη, θα ζητείται από όσους είναι αγρότες και έχουν τη δυνατότητα να λάβουν επιδότηση να καταθέτουν ασφαλιστική

32 www.to.vima.gr Κοκώρης Παναγιώτης-Γ.Γ Κοινωνικών Ασφαλίσεων

33 Σάββας Ρομπόλης Καθηγητής στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, Επιστ. Δ/ντή ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ συνέντευξη στο megabox.gr 26-05-2013

34 <http://www.tanea.gr/news/economy/article/5051963/ta-7-metra-sto-asfalistikko-gia-na-mhn-kopoyn-oi-syntakseis/> 6-11-2013

ενημερότητα. Άρα, εάν υπάρχουν ληξιπρόθεσμες ασφαλιστικές οφειλές ή θα πρέπει να εξοφληθούν στο σύνολό τους ή να υπαχθούν σε καθεστώς ρύθμισης.

δ) Θα γίνεται διασταύρωση των στοιχείων για να μπει τέλος στην αδήλωτη εργασία. Συγκεκριμένα, θα επιβάλλεται πρόστιμο 10.550 ευρώ για κάθε εργαζόμενο που δεν δηλώνεται στις Αναλυτικές Περιοδικές Δηλώσεις παρά το ότι καταγράφεται στο σύστημα Εργάνη. Το όφελος υπολογίζεται περίπου 100 εκατ. ευρώ.

ε) Θα γίνεται διασταύρωση των ηλεκτρονικών δηλώσεων. Θα ενεργοποιηθούν μηνιαίες διασταυρώσεις των Αναλυτικών Περιοδικών Δηλώσεων (ΑΠΔ) με τα ποσά που καταβάλλονται για την ασφάλιση των εργαζομένων Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ηλεκτρονικών διασταυρώσεων, από την 1η Μαρτίου 2013 που καθιερώθηκε η υποβολή ΑΠΔ σε μηνιαία βάση έως σήμερα 200.000 επιχειρήσεις εμφανίζουν αποκλίσεις μεταξύ δηλωθέντων και καταβληθέντων ποσών που φθάνουν τα 700 εκατ. ευρώ. Με αυτό τον τρόπο οι επιχειρήσεις κατοχυρώνουν τα ασφαλιστικά δικαιώματά τους, δηλώνοντας αλλά όχι αποδίδοντας τις εισφορές Σε πρώτη φάση το όφελος από τη ρύθμιση θα ξεπεράσει τα 150 εκατ. ευρώ.

στ) Θα παγώσουν, κάθε είδους ενισχύσεις, επιδοτήσεις και επιστροφές ΦΠΑ, για τους οφειλέτες όλων των ασφαλιστικών ταμείων, στο πλαίσιο των μέτρων για την αντιμετώπιση της εισφοροδιαφυγής. Εκτιμάται ότι με τον τρόπο αυτό θα εξοικονομηθούν περί τα 500 εκατομμύρια ευρώ, καθώς μόνο στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) οι οφειλέτες υπερβαίνουν τις 200.000 και οι οφειλές τα 500 εκατομμύρια ευρώ.

ζ) Θα ενεργοποιηθεί το μέτρο των κατασχέσεων σε όσους χρωστούν στα Ταμεία πάνω από 5.000 ευρώ, δηλαδή περίπου 600.000 οφειλέτες μόνο σε ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ. Εντός του Νοεμβρίου του 2013 θα σταλούν από τα ασφαλιστικά ταμεία σημειώματα σε όλους τους οφειλέτες, όπως έχει γίνει ήδη στον ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών), και

θα τεθεί σε εφαρμογή ο κώδικας είσπραξης δημοσίων εσόδων που προβλέπει την αναγκαστική είσπραξη οφειλών προς το Δημόσιο. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του υπουργείου Εργασίας, στο ΙΚΑ και στον ΟΑΕΕ οι ανεξόφλητες ασφαλιστικές εισφορές ανέρχονται σε 13,8 δισ. ευρώ.

Είναι απαραίτητο να διαμορφωθεί μίας δυναμικής μακράς πνοής δημογραφική πολιτική και να χρηματοδοτηθεί και να θωρακισθεί το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με νέους πόρους από την αναπτυξιακή λειτουργία της οικονομίας. Η στρατηγική προοπτική του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι δυνατόν να αφορά μόνο στη μονομερή προσέγγιση της γήρανσης του πληθυσμού ως θεμελιώδους αιτίας των ελλειμμάτων των συνταξιοδοτικών ταμείων, γιατί με αυτό τον τρόπο μετατοπίζεται το κέντρο βάρους του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος από το διανεμητικό (κοινωνική αλληλεγγύη) στο κεφαλαιοποιητικό (εξατομικευμένο) σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (ιδιωτικά συνταξιοδοτικά σχήματα, βασική σύνταξη).

Η ενίσχυση του ασφαλιστικού συστήματος είναι πολύ δύσκολη σε συνθήκες παρατεταμένης ύφεσης και συνεχιζόμενης αύξησης της ανεργίας. Δεν υπάρχει ελπίδα να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης αν προηγουμένως δεν αναπτυχθούν ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης. Η αποτελεσματική και γρήγορη αντιμετώπιση της ανεργίας, άρα και ενίσχυσης του ασφαλιστικού συστήματος θα επιτευχθεί μόνο όταν υπάρξει έκρηξη των επενδύσεων και της επιχειρηματικότητας, οικονομικό και πολιτικό κλίμα σταθερότητας, εμπιστοσύνης και θετικών προσδοκιών, θεσμικό και κοινωνικό περιβάλλον φιλικό στην επιχειρηματικότητα και την εργασία, απλοί και σταθεροί κανόνες και απομάκρυνση όλων των γραφειοκρατικών εμποδίων.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι πολιτικές απασχόλησης και μείωσης της ανεργίας οφείλουν να συνδυαστούν με την πολιτική απόφαση καταπολέμησης της εισφοροαπαλλαγής, της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας προκειμένου να διασφαλιστεί η νομιμότητα της

εργασίας και η αποκατάσταση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων και ήδη λαμβάνονται μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση, όπως αναφέρθηκε, ανακούφιση και έσοδα στα ταμεία επιφέρουν και οι αλλαγές που σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται στον τομέα της υγείας, όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Σε επίπεδο χρηματοδότησης η κοινωνική ασφάλιση πρέπει να διαθέτει επαρκείς πόρους, οι οποίοι να εξασφαλίζουν την χορήγηση των αναγκαίων παροχών προς τους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους. Πρέπει άμεσα να αποκατασταθεί το αποθεματικό κεφάλαιο των ασφαλιστικών ταμείων, να ρυθμιστούν τα χρέη προς αυτά και να αξιοποιηθεί η περιουσία τους. Επίσης, χρειάζεται να ανατραπεί το καθεστώς λεηλασίας των πόρων των ταμείων και να αξιοποιηθούν με τον αποτελεσματικότερο δυνατό τρόπο τα αποθεματικά προς όφελος των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων. Δεν πρέπει να αγνοηθεί η ευθύνη του κράτους, το οποίο οφείλει να αναπληρώσει τα χρήματα τα οποία χρωστάει στα ασφαλιστικά ταμεία και ανέρχονται σε αρκετά δισεκατομμύρια ευρώ.

Τέλος το ζήτημα των συνταξιοδοτικών συστημάτων και των συνταξιοδοτικών επιλογών στην Ευρωπαϊκή Ένωση πρέπει να επανεξετασθεί στις νέες συνθήκες της κρίσης και μετά την κρίση συνθετικά και ολιστικά, ώστε να αποφευχθεί η κοινωνικο-ασφαλιστική πολιτική διεύρυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων και του κοινωνικού ελλείμματος. Σε μία τέτοια προοπτική θα είμαστε μάρτυρες αποδόμησης του «κοινωνικού» και του «συλλογικού» σε όφελος του «ατομικού», υπονόμησης της βιωσιμότητας, συρρίκνωσης της κοινωνικής αποτελεσματικότητας και έλλειψης της φερεγγυότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

5.2 Οικονομική κρίση και ανεργία

Μιλώντας για ανεργία, αναφερόμαστε στο εργατικό δυναμικό, (οικονομικά ενεργοί), ηλικίας 15 ετών και άνω οι οποίοι θέλουν και μπορούν να εργαστούν. Το εργατικό δυναμικό αποτελείται από τους απασχολούμενους, δηλαδή όσους όντως εργάζονται, αλλά και από τους ανέργους δηλαδή όσους θέλουν να εργαστούν αλλά δεν μπορούν να βρουν εργασία. Κατά συνέπεια ως ποσοστό ανεργίας ορίζεται ο αριθμός των ανέργων προς το εργατικό δυναμικό. Στον αντίποδα ορίζεται ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός, δηλαδή όσοι δεν μπορούν ή δεν θέλουν να εργαστούν.

Επίσης, η ανεργία διακρίνεται σε είδη όπως η διαρθρωτική ανεργία, όπου υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ των ειδικοτήτων που ζητούνται με αυτές που προσφέρονται, η τεχνολογική ανεργία η οποία προκαλείται από αυτοματοποίηση της παραγωγής, η εποχική ανεργία η οποία προκαλείται από την ανάγκη κάλυψης θέσεων εργασίας μόνο για ορισμένο χρονικό διάστημα, η ανεργία τριβής. όπου άτομα αναζητούν καλύτερη εργασία ή βρίσκονται στην διαδικασία να την βρουν και η κυκλική ανεργία η οποία έχει κυκλικό χαρακτήρα, δηλαδή επαναλαμβάνεται και η διάρκεια της εξαρτάται από τη διάρκεια του οικονομικού κύκλου και οφείλεται στη μειωμένη ζήτηση προϊόντων και υπηρεσιών λόγω πτώσης της οικονομικής δραστηριότητας.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 όταν σε μακροοικονομικό επίπεδο ακολουθήθηκαν περιοριστικές πολιτικές που έθεταν ως κύριο στόχο την αντιμετώπιση του πληθωρισμού και των ελλειμμάτων, το ζήτημα της αντιμετώπισης της ανεργίας, η οποία έκτοτε αυξήθηκε σημαντικά, μετατέθηκε στο μικροοικονομικό επίπεδο, με την έννοια των παρεμβάσεων στην αγορά εργασίας που στόχευαν, κατά κύριο λόγο, στην προώθηση της

απασχόλησης με την στρατηγική της ευελιξίας, και γενικότερα των ευέλικτων μορφών απασχόλησης.³⁵

Η εναπόθεση του ζητήματος της αντιμετώπισης της ανεργίας στις πολιτικές αυτές απασχόλησης και η μετάθεση του κέντρου βάρους από τις λεγόμενες «παθητικές» παρεμβάσεις-προστασία και στήριξη των ανέργων-στις λεγόμενες «ενεργητικές» επιδότηση νέων θέσεων εργασίας, προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, τοπικές πρωτοβουλίες απασχόλησης κλπ, που συμφύονται και με πολιτικές ευελιξίας της αγοράς εργασίας και μείωσης του εργατικού κόστους, συνδέεται με μια ορισμένη ερμηνεία των αιτιών της ανεργίας, που τα αποδίδει σχεδόν αποκλειστικά στην πλευρά της προσφοράς εργασίας (προβλήματα του εργατικού δυναμικού, «δυσκαμψίες» της αγοράς εργασίας, κλπ).³⁶

Το Μάιο του 2008 τα στοιχεία για την ανεργία ήταν ενθαρρυντικά. Μόνο το 6.6% του ενεργού ελληνικού πληθυσμού ήταν άνεργοι. Λόγω της οικονομικής κρίσης τα ποσοστά ανεργίας εκτινάχθηκαν και διαμορφώθηκαν στο 27 % που μεταφράζονται σε 1.345.387 άτομα, το γ' τρίμηνο του 2013, (ΕΛΣΤΑΤ, 07/01/14). Το αντίστοιχο τρίμηνο του 2012 η ανεργία ήταν 24,8% του εργατικού δυναμικού. Η απασχόληση το γ' τρίμηνο του 2013 ήταν 3.635.905 άτομα από 3.739.018 άτομα το γ' τρίμηνο του 2012. Η πρόβλεψη του ΙΝΕ/ ΓΣΕΕ είναι ότι η ανεργία κατά μέσο όρο το 2013 θα διαμορφωθεί στο επίπεδο του 29% από 24,4% που ήταν το 2012, 17,7% το 2011 και 12,5% το 2010.

Από τα στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι η ανεργία είναι γένους θηλυκού αφού το 31,1% των ανέργων είναι γυναίκες, ενώ το ποσοστό των ανδρών κυμαίνεται στο 23,8%.³⁷

Από την κατά ομάδες ηλικιών διάρθρωση της ανεργίας, προκύπτει ότι τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους νέους 15-24 ετών με ποσοστό

35 «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» Μηνιαία έκδοση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Οκτώβριος 2013

36 «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» Μηνιαία έκδοση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Οκτώβριος 2013

37 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

ανεργίας 57,2% (σ' αυτή την ομάδα ηλικιών το ποσοστό ανεργίας των νέων γυναικών είναι 62,8% και των ανδρών 52,8% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού τους). Η ομάδα ηλικιών 25-29 ετών ακολουθεί δεύτερη με ποσοστό ανεργίας 43,8% και η ομάδα ηλικιών 30-44 ετών ακολουθεί τρίτη με ποσοστό ανεργίας 25,8%.³⁸ Οι μακροχρόνια άνεργοι, που αναζητούν εργασία για περισσότερο από 12 μήνες ανέρχονται στο ποσοστό του 71% δηλαδή σε 955.224 άτομα.

Κατά το γ τρίμηνο του 2013 βρήκαν απασχόληση 135.822 άτομα, τα οποία ήταν ανενεργά πριν ένα χρόνο. Παράλληλα, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, 36.361 άτομα μετακινήθηκαν από τον οικονομικά μη ενεργό πληθυσμό σε θέσεις απασχόλησης. Αντίθετα, 170.584 άτομα, τα οποία ένα χρόνο πριν ήταν απασχολούμενα, σήμερα είναι άνεργα και 87.692 άτομα που ήταν απασχολούμενα είναι πλέον οικονομικά μη ενεργά. Επιπλέον, 126.724 άτομα που πριν ένα χρόνο άνηκαν στον οικονομικά μη ενεργό πληθυσμό, εισήλθαν στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση, αλλά είναι άνεργα.³⁹

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το γ τρίμηνο του 2013 τα ποσοστά ανεργίας διαμορφώνονται στο 39,6% για όσους έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του Δημοτικού και ακολουθούν όσοι δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο 38,3%, και όσοι έχουν τελειώσει το τριτάξιο Γυμνάσιο 31,9%. Τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται για όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό 15,7% και για τους πτυχιούχους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης 18,8%.⁴⁰

38http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

39http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

40http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα είναι 36,6% έναντι των Ελλήνων (26,1%). Το 73,7% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ελλήνων είναι 51,7%.⁴¹

Σε περιφερειακό επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στην Δυτική Μακεδονία (32,3%) και ακολουθούν η Κεντρική Μακεδονία (30%), η Δυτική Ελλάδα (28,8%), η Στερεά Ελλάδα (28,2%) και η Αττική (28,2%), η Ήπειρος (27,9%), η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη (26,8%), η Θεσσαλία (25,1%), η Πελοπόννησος (22,9%), η Κρήτη (22,6%), το Β. Αιγαίο (20%), και το Ν. Αιγαίο (17,0%) και οι Ιόνιοι Νήσοι (12,9%).⁴²

Από το σύνολο των ανέργων που αναζητούν μισθωτή απασχόληση το 34.1% αναζητά αποκλειστικά πλήρη απασχόληση, ενώ το 61.9% αναζητά πλήρη, αλλά στην ανάγκη είναι διατεθειμένο να εργαστεί και με μερική απασχόληση. Ποσοστό 4.5% των ανέργων απέρριψε κατά τη διάρκεια του γ τριμήνου του 2013 κάποια πρόταση εργασίας για διάφορους λόγους, όπως δεν τους εξυπηρετούσε το ωράριο (28%), δεν τους εξυπηρετούσε ο τόπος εργασίας (27.3%) και δεν ήταν ικανοποιητικές οι αποδοχές (21.9%).⁴³

Εξαιρετικά σημαντική είναι η αναφορά στους επαγγελματικούς κλάδους από τους οποίους προέρχονται οι άνεργοι δεδομένου ότι μέσω των στοιχείων αυτών εξάγονται συμπεράσματα για την οικονομική επίπτωση της κρίσης στους συγκεκριμένους κλάδους και κατά πόσο είναι κορεσμένοι με αποτέλεσμα να αποτελούν επαγγελματικές επιλογές προς αποφυγή. Με αριθμητικά δεδομένα, 189.000 άνεργοι προέρχονται από χονδρικό και λιανικό εμπόριο-επισκευή μηχανοκίνητων οχημάτων και μοτοσυκλετών, 147.300 από κατασκευές, 142.200 από δραστηριότητες υπηρεσιών παροχής καταλύματος και υπηρεσιών εστίασης και 121.800 από τον κλάδο της

41 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

42 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

43 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

μεταποίησης. Ειδικότερα, στις ομάδες 20-24 και 25-29 ετών οι περισσότεροι άνεργοι προέρχονται από δραστηριότητες υπηρεσιών παροχής καταλύματος και υπηρεσιών εστίασης, στην ομάδα 30-44 από χονδρικό και λιανικό εμπόριο-επισκευή μηχανοκίνητων οχημάτων και μοτοσικλετών, στην ομάδα 45-64 ετών από κατασκευές, όπως και στην ομάδα 65 και άνω.

Ακόμα, χρήσιμες πληροφορίες αποτελούν τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν το είδος των ενεργειών προς ανεύρεση εργασίας συνολικά και ανά ηλικιακή ομάδα, καθώς ο σωστός τρόπος αναζήτησης εργασίας αποτελεί το ήμισυ της προσπάθειας. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι άνεργοι 15-19 ετών είτε απευθύνθηκαν σε συγγενείς-φίλους-εργατικά σωματεία είτε απευθύνθηκαν σε εργοδότες. Ομοίως έπραξαν και οι λοιπές ηλικιακές ομάδες, αναφέροντας ότι στις ομάδες 30-44 και 45-64 ετών παρατηρούνται και υψηλά ποσοστά αναζήτησης εργασίας σε αγγελίες περιοδικών και εφημερίδων.⁴⁴

Μία πολύ ενδιαφέρουσα κατηγορία είναι και αυτή των «εν δυνάμει» ανέργων δηλαδή των απασχολούμενων που αναζητούν εργασία. Η εξέταση αυτής της επιμέρους κατηγορίας είναι βοηθητική διότι λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ ατόμων εντός και εκτός αγοράς εργασίας ώστε να υλοποιείται έγκυρη ανταλλαγή πληροφοριών και πρόληψη όπως π.χ. ο προσανατολισμός ανέργων σε μη κορεσμένους ή παθογόνους κλάδους εργασίας. Συγκεκριμένα, 152.600 απασχολούμενοι συνολικά αναζητούν εργασία κυρίως είτε γιατί υπάρχει κίνδυνος να χάσουν την δουλειά που έχουν, είτε γιατί θέλουν μια εργασία με περισσότερες ώρες από την τωρινή, είτε γιατί θέλουν να εργαστούν περισσότερες ώρες και ζητούν μια επιπρόσθετη εργασία, είτε γιατί επιθυμούν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Ακόμα, οι περισσότεροι απασχολούμενοι που αναζητούν εργασία προέρχονται κυρίως από τον κλάδο των κατασκευών, τον κλάδο γεωργίας-

44 <http://reboundersatworklife.wordpress.com/2013/10/01> «Τα νούμερα για την ανεργία στην Ελλάδα» Αγγελική Οικονομού Πολιτική Επιστήμων

αλιείας-δασσοκομίας και τον κλάδο χονδρικού-λιανικού εμπορίου, επισκευή μηχανοκίνητων οχημάτων και μοτοσικλετών.⁴⁵

Εξετάζοντας τη εξέλιξη του αριθμού των απασχολούμενων ανά τομέα οικονομίας παρατηρούμε ότι σε όλους τους τομείς εκτός του πρωτογενούς παρατηρείται μείωση στον αριθμό των απασχολούμενων σε σχέση με το αντίστοιχο περσινό τρίμηνο. Στον πρωτογενή τομέα εμφανίζεται αύξηση 2.4% στο επίπεδο της απασχόλησης στο δευτερογενή τομέα μείωση 9.9% και στον τριτογενή τομέα μείωση 2.0%.⁴⁶

Σήμερα ο αριθμός των απασχολούμενων στην Ελλάδα είναι 3.635.905 άτομα. Από αυτούς το 13,8% εργάζεται στον πρωτογενή τομέα, το 15,5% εργάζεται στον δευτερογενή τομέα και το 70,7% εργάζεται στον τριτογενή τομέα. Το ποσοστό της μερικής απασχόλησης ανέρχεται στο 8,2% των απασχολούμενων. Από αυτούς το 63,4% οδηγήθηκε σε αυτήν την επιλογή επειδή δεν μπόρεσε να βρει πλήρη απασχόληση⁴⁷.

Η κατανομή της απασχόλησης κατά θέση στο επάγγελμα έχει ως εξής:

- Μισθωτοί (62,8%), όταν το αντίστοιχο ποσοστό στην Ε.Ε. είναι 83,4%,
- Αυτοαπασχολούμενοι με προσωπικό (6,8%),
- Αυτοαπασχολούμενοι χωρίς προσωπικό(25,5%),
- Βοηθοί στην οικογενειακή επιχείρηση (4,9%).

Την περίοδο 2010-2013 χάθηκαν από την ελληνική οικονομία 1.000.000 περίπου θέσεις εργασίας τις οποίες για να ανακτήσει η ελληνική οικονομία θα χρειασθεί τουλάχιστον 20 χρόνια δεδομένου ότι με ετήσια αύξηση του ΑΕΠ 3,5% δημιουργούνται 50.000 θέσεις εργασίας.

Οι συνέπειες της ανεργίας θα μπορούσαν να εντοπιστούν στα εξής:

45 <http://reboundersatworklife.wordpress.com/2013/10/01-Αγγελική-Οικονομικού-Πολιτική-Επιστήμων>
46 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf
47 http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

- Χάνονται στο εξωτερικό παραγωγικές δυνάμεις, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην παραγωγική διαδικασία (Brain Drain).
- Επιβαρύνεται ο κρατικός προϋπολογισμός, λόγω της παροχής των επιδομάτων ανεργίας προς τους ανέργους.
- Προκαλείται απώλεια εισοδήματος για τον άνεργο και την οικογένειά του.
- Οι άνεργοι αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις βασικές ανάγκες τους, όχι μόνο τις υλικές, αλλά και τις πνευματικές.
- Οι δημιουργικές τους ικανότητες μένουν αναξιοποίητες, με αποτέλεσμα να αισθάνονται μειονεκτικά απέναντι σ' αυτούς που παράγουν έργο.
- Το άγχος και η ανασφάλεια για το μέλλον αναγκάζουν το άτομο να συμβιβαστεί με εργασίες άσχετες προς τις γνώσεις και τα ενδιαφέροντα του και κατώτερες των δυνατοτήτων του.
- Η στέρηση του δικαιώματος της εργασίας κλονίζει την εμπιστοσύνη του ατόμου προς την πολιτεία και ενισχύει την αδιαφορία για τα κοινωνικά και πολιτικά τεκταινόμενα, οδηγώντας τους κάποιες φορές και σε ακραίες «πολιτικές επιλογές», όπως η Χρυσή Αυγή.
- Εξαιτίας της ανεργίας διαιωνίζονται οι ανισότητες, καλλιεργείται ο φθόνος και το μίσος στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα, τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Power 1994, Wilkinson 1996, van Doorslaer 1997).
- Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ευρήματα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η ανεργία συνδέεται

με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Bethune 1997).

- Πρόσφατη έρευνα (Stuckler 2009) σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πλέον του 3% για μακρά περίοδο η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 4,5%.

- Η περιθωριοποίηση των ανέργων αναπτύσσει αισθήματα αποκλεισμού, που με τη σειρά τους δημιουργούν αντικοινωνικές εκδηλώσεις: βία, εγκληματικότητα κ.α

5.2.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της ανεργίας-Προτάσεις

Δίνεται έμφαση στην αναπτυξιακή λειτουργία της ελληνικής οικονομίας στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας μέσω αύξησης των επενδύσεων δημοσίων και ιδιωτικών. Ο πυρήνας της οικονομικής πολιτικής επικεντρώνεται στην αύξηση της παραγωγής και της παραγωγικότητας. Προς την κατεύθυνση αυτή λαμβάνονται μέτρα για μείωση της γραφειοκρατίας και βελτίωση του θεσμικού πλαισίου για δημιουργία νέων επιχειρήσεων μέσω και της ψήφισης επενδυτικών νόμων όπως ο 4141/2013.

Στην Ελλάδα ακολουθώντας ένα εκτεταμένο επανασχεδιασμό στο τέλος του 2012 αναπτύχθηκε ένα εθνικό σχέδιο νέων, τον Ιανουάριο του 2013, με κοινοτική χρηματοδότηση, ύψους 517εκ. ευρώ. Το σχέδιο προτίθεται να προωθήσει την απασχόληση των νέων, την εκπαίδευση και την επιχειρηματικότητα και στοχεύει σε 350.000 νέους ανθρώπους.

Έγινε επίσης επεξεργασία ενός διετούς σχεδίου για την απασχόληση με πρώτη δράση την απασχόληση 50.000 ανέργων στη «Κοινωνική Εργασία» ενώ θα ακολουθήσουν νέα τοπικά προγράμματα απασχόλησης και το πρόγραμμα «Εγγύηση για την Νεολαία».

Προβλέπεται τέλος πεντάμηνη εργασιακή εμπειρία 45.000 άνεργων μέχρι 29 χρονών σε επιχειρήσεις με στόχο τόσο την θεωρητική τους κατάρτιση όσο και την επαγγελματική μέσα στους χώρους εργασίας. Η εφαρμογή της δράσης ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2013.

Πρόσφατα εξαγγέλθηκαν τρεις πυλώνες μεσοπρόθεσμης στρατηγικής για την ανεργία, δηλαδή υποστηρικτικά μέτρα άμεσης εφαρμογής για την διετία 2014-2015, με προγράμματα που θα χρηματοδοτηθούν από το ΕΣΠΑ. Πάνω από 440.000 άνεργοι θα βρουν δουλειά, με την συμμετοχή τους στα προγράμματα αυτά, και η επιλογή των συμμετεχόντων θα γίνεται με αξιοκρατικά κριτήρια.

Τα προγράμματα του πρώτου πυλώνα αφορούν 114.000 ανέργους όλων των κατηγοριών και είναι έτοιμα άμεσα να υλοποιηθούν. Περιλαμβάνουν επιταγή εισόδου για νέους έως 29 ετών σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, επιδότηση της καινοτόμου επιχειρηματικότητας των νέων, επιχορήγηση των επιχειρήσεων για προσλήψεις ανέργων 33-66 ετών, τοποθέτηση ανέργων από ευπαθείς ομάδες, επιχορήγηση επιχειρήσεων για προσλήψεις ανέργων ειδικών κατηγοριών, προγράμματα κλάδων αιχμής κ.α).

Ο δεύτερος πυλώνας αφορά το πρόγραμμα εγγύηση για την νεολαία, ο πυλώνας αυτός θα χορηγεί εργασιακή εμπειρία μαζί με κατάρτιση και μαθητεία όπου χρειάζεται σε όλους τους νέους μέχρι 24 ετών που δεν εργάζονται πουθενά και που δεν φοιτούν σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα. Το πρόγραμμα αυτό θα αφορά 240.000 νέους που θα έχουν την δυνατότητα είτε να απασχοληθούν σε κάποια ιδιωτική επιχείρηση για κάποιο διάστημα με επιδότηση μεγάλου μέρους του μισθού και των εισφορών είτε να βελτιώσουν τις δεξιότητες τους προκειμένου να βρουν την πρώτη τους δουλειά, είτε να συνδυάζουν την προσωρινή απασχόληση και κατάρτιση στον χώρο εργασίας με δυνατότητα πρόσληψης στην συνέχεια, ενώ θα υπάρχει και η δυνατότητα πιστοποίησης.

Ο τρίτος πυλώνας αφορά 90.000 δικαιούχους, κυρίως ανέργους από νοικοκυριά που δεν έχουν κανένα εργαζόμενο μέλος μέσα στην οικογένεια τους. Οι μισοί από αυτούς θα απορροφηθούν με κονδύλια του προηγούμενου ΕΣΠΑ, ενώ οι επόμενοι θα απορροφηθούν με τα νέα κονδύλια. Αυτές οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως κοινωφελή εργασία στο Δημόσιο Τομέα και πρωτίστως στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, προκειμένου να καταπολεμήσει την ανεργία στους νέους πρότεινε δύο βασικά προγράμματα που λέγονται «Πρωτοβουλία για τους Νέους» και «Εγγυήσεις για τη Νεολαία» και προβλέπουν ένα πρώτο πακέτο 6 δισ. ετησίως για τη διετία 2014 -2015. Το πρόγραμμα «Πρωτοβουλία για τη νεότητα» αφορά τις περιοχές που υποφέρουν ιδιαίτερα σε 13 χώρες. Τα κράτη-μέλη έχουν κληθεί να υποβάλουν στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή τα εθνικά σχέδια απασχόλησης πριν από το τέλος Δεκεμβρίου 2013, έτσι ώστε να μπορέσουν να επωφεληθούν από το 2014.

Η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων προβλέπεται να προσθέσει από μέρους της, μέσω ειδικού προγράμματος για την ευρωπαϊκή νεολαία, 6 δισ. ετησίως έως και το 2015, ενώ παρόμοια δέσμευση με 6 έως 7 δισ. ετησίως για την τριετία, έχει και το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό ταμείο. Συνολικά επομένως γύρω στα 40 δισ. προβλέπεται να δοθούν για την απασχόληση της ευρωπαϊκής νεολαίας. Στο επίκεντρο όλης αυτής της δραστηριοποίησης είναι η αρχή της «Εγγύησης για τη νεότητα» που υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι αποφάσεις για τα προγράμματα ελήφθησαν στην πρώτη συνάντηση κορυφής στις 3 Ιουλίου 2013 στο Βερολίνο.

Εκτός, όμως, από την βοηθητική παρουσία του κράτους θα πρέπει ο κάθε άνεργος ή απασχολούμενος που αναζητά επαγγελματική πορεία να δρα ξεχωριστά για την επίλυση του προβλήματος. Τέτοιες δράσεις μπορεί να αφορούν:

1. πολύπλευρη ενημέρωση για ευκαιρίες απασχόλησης από άτομα και πηγές εντός ή εκτός αγοράς εργασίας,

2. κατασκευή βιογραφικού σημειώματος προβάλλοντας το συγκριτικό πλεονέκτημα για το οποίο τελικά θα κληθεί σε συνέντευξη και

3. συνεχή προσωπική καθώς και επαγγελματική ανάπτυξη ώστε η ανεργία να αποτελεί, όχι τέλμα, αλλά μια ξεχωριστή ιδιότητα με τις δικές της χρήσιμες εμπειρίες για όσο χρονικό διάστημα αυτή διαρκέσει.

Σε συνθήκες παρατεταμένης ύφεσης όπως αυτή που διανύουμε τα μέτρα που έχουν εξαγγελθεί κατά της ανεργίας από την πολιτεία φαίνεται να μην επαρκούν, δεδομένου ότι καθημερινά χάνονται επιπλέον χιλιάδες θέσεις εργασίας. Θα πρέπει επομένως να ενταθούν οι προσπάθειες για ανάκαμψη και ανασυγκρότηση της ελληνικής οικονομίας.

Στην κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαίο και δυνατό να στηριχθούν κλάδοι παραγωγικής δραστηριότητας που θα μπορούσαν να είχαν επιτύχει πολύ καλύτερες επιδόσεις σε ότι αφορά την ποιότητα, την ανταγωνιστικότητα και την απασχόληση. Για παράδειγμα η αγροτική παραγωγή ή οι μεταποιητικοί κλάδοι όπως το ένδυμα, η υφαντουργία, τα ναυπηγεία, πολλά υλικά κατασκευών, και φυσικά ο τουρισμός και οι βιομηχανίες που τροφοδοτούν τις τουριστικές επιχειρήσεις, θα μπορούσαν να είχαν ακολουθήσει μια περισσότερο δυναμική πορεία κατά τις τελευταίες δεκαετίες.⁴⁸

Απαιτούνται ειδικά μέτρα ανάπτυξης της επιχειρηματικότητας και αύξησης των επενδύσεων στον αγροτικό και αστικό τομέα, προκειμένου, εκτός των άλλων, να παραμείνει, ιδιαίτερα ο νέος σε ηλικία αγροτικός και αστικός πληθυσμός στον πρωτογενή και δευτερογενή τομέα της ελληνικής οικονομίας, ο οποίος με την νέα γνώση, την χρήση της τεχνολογίας και την εξειδίκευση, να ενισχύσει τα ανταγωνιστικά στοιχεία των ελληνικών αγροτικών, κτηνοτροφικών, θαλάσσιων, μεταποιητικών προϊόντων και τουριστικών υπηρεσιών.

48 «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» Μηνιαία έκδοση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Οκτώβριος 2013

Απαιτείται συστηματική παρακολούθηση των ακολουθούμενων πολιτικών απασχόλησης, (παθητικών και ενεργητικών), από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς με ετήσια αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, με την αναβαθμισμένη και ενεργό συμμετοχή των κοινωνικών συνομιλητών και υλοποίηση συμπληρωματικών μέτρων διευθέτησης των ανισοροπιών και των ανισοτήτων πρόσβασης στην αγορά εργασίας.

Απαραίτητη είναι η διασύνδεση των πολιτικών απασχόλησης και καταπολέμησης της ανεργίας με την οικονομική, αναπτυξιακή, επενδυτική και βιομηχανική πολιτική σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο καθώς και με τις πολιτικές για τα προγράμματα απασχόλησης. Ο στρατηγικός προσανατολισμός της οικονομικής και αναπτυξιακής πολιτικής, καθώς και των πολιτικών απασχόλησης πρέπει να αναφέρεται όχι μόνο σε πτυχές της προσφοράς, (γνώση, ικανότητες, εξειδίκευση του εργατικού δυναμικού), αλλά και της ζήτησης εργασίας (βιομηχανική κλαδική πολιτική, επενδύσεις, ολοκληρωμένα συμπλέγματα δραστηριοτήτων, δίκτυα σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, νέες θέσεις εργασίας, ποιότητα εργασιακών σχέσεων, χρόνος εργασίας, κλπ).⁴⁹

Η προσήλωση στην αναγκαιότητα αύξησης της απασχόλησης και καταπολέμησης της ανεργίας, δεν θα πρέπει να εξαντλείται σε μία έκθεση πεπραγμένων ή στην διαμόρφωση ενός γενικού πλαισίου πολιτικής αλλά, κατά κύριο λόγο, θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες προτάσεις προώθησης της απασχόλησης και μείωσης της ανεργίας, στο πλαίσιο μιας δυναμικής μακροοικονομικής πολιτικής και μιας πολιτικής ουσιαστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων με βάση τα νέα δεδομένα, τις νέες εξελίξεις και τις νέες ανάγκες της αγοράς εργασίας.⁵⁰

Επιπλέον πρέπει να διεκδικήσουμε περισσότερα σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την αντιμετώπιση της ανεργίας. Η Στρατηγική της Λισαβόνας το 2000 για «καλύτερες και περισσότερες θέσεις εργασίας» έως το 2010 πέτυχε

49 «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» Μηνιαία έκδοση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Οκτώβριος 2013

50 «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» Μηνιαία έκδοση ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Οκτώβριος 2013

πολύ λίγα. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ανταποκρίνεται εμπράκτως στην κατάσταση αυτή. Ήδη από τον Ιούνιο 2012 υιοθετήθηκε το «Σύμφωνο για την Ανάπτυξη και τις Θέσεις Εργασίας», το οποίο λειτουργεί συμπληρωματικά προς τη «Στρατηγική Ευρώπη 2020» για έξυπνη και βιώσιμη ανάπτυξη. Το Σύμφωνο περιλαμβάνει σημαντικούς στόχους και χρηματοδοτικά εργαλεία για ζητήματα, όπως η ρευστότητα στην αγορά, η ανταγωνιστικότητα, η εμπάθυνση της ενιαίας αγοράς, η ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς ενέργειας, η προώθηση του ενιαίου ευρωπαϊκού χώρου έρευνας, η κινητικότητα των εργαζομένων, αλλά και πάνω από 120 δισ. ευρώ για άμεσες ενέργειες.⁵¹

Επιπλέον, άλλα μέσα όπως το Ταμείο για την Παγκοσμιοποίηση δεν έχουν χρησιμοποιηθεί από ελληνικές επιχειρήσεις που βρίσκονται σε παρακμή. Συγκεκριμένα, από την Ελλάδα το ταμείο αυτό του οποίου τη χρησιμοποίηση εγκρίνει η Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου έχει χρησιμοποιηθεί μόνο από μία επιχείρηση στη χώρα μας και αυτή είναι γερμανική.⁵²

Είναι βέβαιο ότι χρειάζεται στενή παρακολούθηση της πορείας επίτευξης των στόχων. Αλλά οι ευθύνες της επιτυχίας μοιράζονται μεταξύ των οργάνων της ΕΕ και των εθνικών κυβερνήσεων σύμφωνα και με τον καταμερισμό των αρμοδιοτήτων. Για παράδειγμα, πολλά θα εξαρτηθούν από τους τρόπους αξιοποίησης του νέου Πολυετούς Χρηματοδοτικού Πλαισίου (του «νέου ΕΣΠΑ») για την περίοδο 2014-2020.⁵³

Συμπερασματικά, οι παθογένειες της ελληνικής οικονομίας όπως η ελλιπής λειτουργία του ανταγωνισμού, ο μεγάλος δημόσιος τομέας, ο ρόλος των συνδικάτων, η παραοικονομία, το υψηλό δημόσιο χρέος, οι ανελαστικές καταναλωτικές δαπάνες του δημοσίου, το δημογραφικό-ασφαλιστικό πρόβλημα, οι ανελαστικότητες της αγοράς εργασίας εξειδικεύουν τις επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης καθώς και

51 <http://www.protagon.gr> Μαριέττα Γιαννάκου επικεφαλής της ΚΟ της Ν.Δ. στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

52 <http://www.protagon.gr> Μαριέττα Γιαννάκου επικεφαλής της ΚΟ της Ν.Δ. στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

53 <http://www.protagon.gr> Μαριέττα Γιαννάκου επικεφαλής της ΚΟ της Ν.Δ. στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

την ένταση και έκταση αυτών. Ως αποτέλεσμα, οι προσπάθειες πάταξης της ανεργίας σε εθνικό επίπεδο όπως η δημιουργία άμεσων επενδύσεων για νέες θέσεις εργασίας, η μείωση της γραφειοκρατίας για την ενίσχυση της επιχειρηματικότητας, τα προγράμματα κατάρτισης μέσω ΟΑΕΔ, η καλύτερη ενημέρωση για ανέργους που αναζητούν εργασία, οι προσπάθειες περιορισμού της αδήλωτης εργασίας, η ενίσχυση της ευέλικτης απασχόλησης δεν έχουν πάντοτε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η μείωση του ΑΕΠ και η ύφεση στην ελληνική οικονομία επιβάλλει την άμεση δημιουργία συνθηκών ανάκαμψης τόσο σε ότι αφορά το βάθος όσο και την διάρκειά της γιατί σε διαφορετική περίπτωση, οι πιθανότητες επιδείνωσης της πραγματικής οικονομίας και της αγοράς εργασίας, κατά τα επόμενα χρόνια, θα είναι πολύ αυξημένες.

5.3 Οικονομική κρίση και υγεία

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας⁵⁴. Το σύστημα υγείας, ως υποσύστημα του συστήματος κοινωνικής προστασίας, πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, δηλαδή να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ήταν ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.⁵⁵

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και

54 Λιαρόπουλος 2007

55 Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές. Χλέτσος Μιχάλης.

από τη νοοτροπία που επικρατούσε σε όλη τη δημόσια διοίκηση. Ο πελατειακός χαρακτήρας του ελληνικού κράτους αφορούσε και το σύστημα υγείας, ενώ η ασφυκτική του εξάρτηση από την εκάστοτε πολιτική εξουσία του στέρησε τη διοικητική και οργανωτική του αυτοδυναμία.

Συνολικά, η χώρα -προ κρίσης- χαρακτηριζόταν από υψηλή, για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα, συνολική εθνική δαπάνη υγείας, που όμως αναλυόταν σε χαμηλή δημόσια και υψηλή κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη, με αποτέλεσμα την άνιση επιβάρυνση των φτωχών και ηλικιωμένων. Η περίοδος αυτή κληροδότησε τα πολύ γνωστά σοβαρά διαρθρωτικά και χρονίζοντα προβλήματα του τομέα, όπως υπερπροσφορά γιατρών, υπερπροσφορά νοσοκομειακών κλινών, πολλές περιπτώσεις προκλητής ζήτησης ακριβών ιατρικών υπηρεσιών, υπερκατανάλωση ακριβών φαρμάκων, κλπ.

Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η ταχύτερη του Ευρωπαϊκού μέσου όρου γήρανση του πληθυσμού (από 17,5% το 2009 σε άνω του 22% το 2020 και 35% το 2050) που οδηγεί σε προοπτική ραγδαίας και επικίνδυνης αύξησης της ζήτησης. Επιπλέον, ως απότοκο της σημερινής κρίσης έχουμε την σοβαρή επιδείνωση μιας σειράς κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που διεθνώς θεωρούνται ως προσδιοριστικοί της κατάστασης της υγείας στον πληθυσμό, όπως είναι το εισόδημα και η πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση οι οποίοι αναμένεται να επιβαρύνουν σημαντικά το σύστημα υγείας.

Ο μέσος Έλληνας πολίτης δεν ήταν ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Υπήρχε ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανισότητα στις παροχές. Πολίτες ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία είχαν διαφορετικές ασφαλιστικές παροχές. Η διαφορετικότητα στις παροχές δεν οφειλόταν τόσο στο ύψος των καταβαλλόμενων ασφαλιστικών εισφορών, αλλά κυρίως στη διαφορετικότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Αυτό είχε ως συνέπεια τη

διόγκωση των ανισοτήτων και το διαχωρισμό των Ελλήνων πολιτών σε ασφαλισμένους πολλών και διαφορετικών ταχυτήτων.

Ταυτόχρονα το σύστημα υγείας εμφάνιζε και εμφανίζει τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό επηρέαζαν και επηρεάζουν σημαντικά και τη συνολική δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Το υφιστάμενο δημοσιονομικό πλαίσιο, παρά τις ανάγκες, θα συνεχίζει να εφαρμόζει αυστηρούς περιορισμούς στη διαθέσιμη χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Παράλληλα, λόγω της κρίσης η ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας φαίνεται να συμπιέζεται σημαντικά.

Λαμβάνοντας και αυτά τα δεδομένα υπόψη, είναι εμφανές ότι απαιτούνταν σημαντικές διαρθρωτικές μεταβολές στο συνολικό σύστημα υγείας προκειμένου αυτό, αυξάνοντας την (οικονομική) αποδοτικότητα και (ιατρική) αποτελεσματικότητά του, να μετριάσει ή και να ισοφαρίσει τις απώλειες πόρων οδηγούμενο σταδιακά σε μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δικαιότερη πρόσβαση σε ποιοτικότερες υπηρεσίες με χαμηλότερη δαπάνη. Η επένδυση στην υγεία, εκτός της ευρύτερης ηθικής και κοινωνικής της διάστασης, έχει σοβαρές θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας.

5.3.1 Πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων στην υγεία-Προτάσεις

Στην κατεύθυνση αυτή έχει υπάρξει η πολιτική βούληση για εφαρμογή στρατηγικών, ριζοσπαστικών και διαρθρωτικών αλλαγών και ρήξη με τα στενά συμφέροντα επαγγελματικών συντεχνιών και κοινωνικών ομάδων. Η ριζικότερη μεταρρύθμιση που έχει συντελεστεί είναι η ψήφιση του νόμου 3918/2011 με τον οποίο ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ που είναι ένα ενιαίο ταμείο υγείας με ομογενοποιημένες παροχές υπηρεσιών προς όλους τους ασφαλισμένους, που επίσης αποτελεί το μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών

υγείας με αυξημένη διαπραγματευτική ισχύ στην αγορά για τα φάρμακα και τις υπηρεσίες.⁵⁶

Στον ίδιο νόμο προβλέπεται και η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας που μέχρι σήμερα υπαγόταν στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, με το ΕΣΥ, και επιτυγχάνονται τόσο η εξοικονόμηση πόρων όσο και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Με το Ν. 3918/2011 οι προμήθειες υγείας πραγματοποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο μέσα από περιφερειακά προγράμματα προμηθειών και υπηρεσιών (ΠΠΠΥ). Τα ΠΠΠΥ υποβάλλονται στη συντονιστική επιτροπή προμηθειών (ΣΕΠ) που σκοπός της είναι η ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών προκειμένου να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη οικονομία κλίμακας.⁵⁷

Αναφορικά με τα φάρμακα, με στόχο την συμπίεση της αλόγιστα αυξημένης φαρμακευτικής δαπάνης (πρώτοι στην ΕΕ στην κατά κεφαλή δαπάνη για φάρμακα με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη χώρα), και προκειμένου να επιτευχθεί ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης, κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, ο Ν.3918/2011 προβλέπει μια σειρά παρεμβάσεων προς τη σωστή κατεύθυνση όπως : η καθιέρωση ποσού επιστροφής από τα φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού, η αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, η μείωση του μικτού ποσοστού κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης κατά το 1/3 του ισχύοντος ποσοστού κ.α. Στα θετικά καταγράφονται η αγορά των γενοσήμων φαρμάκων και η προώθηση της συνταγογράφησης με βάση τη δραστική

56 Επιστημονική Έκθεση Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»- Οικονόμου Χαράλαμπος-Μάρτιος 2012.

57 Επιστημονική Έκθεση Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»- Οικονόμου Χαράλαμπος-Μάρτιος 2012.

ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου, η αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ των φαρμάκων με βάση την τιμή αναφοράς, η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη, η αρνητική λίστα φαρμάκων κ.α.⁵⁸

Το αμέσως σημαντικότερο μέτρο αποτέλεσε η εφαρμογή της ηλεκτρονικής καταχώρησης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων (Ν.3892/2010). Σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, όλοι οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή ή είναι συμβεβλημένοι με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι ιατροί των δημόσιων δομών υγείας και όλοι οι φαρμακοποιοί είναι υποχρεωμένοι να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος.

Ο χάρτης των νοσοκομείων επανασχεδιάζεται με την συγχώνευση κάποιων νοσοκομείων (από 137 σε 83) με αποτέλεσμα μεγάλο δημοσιονομικό όφελος λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτά τα νοσοκομεία υπολειπούν λόγω της υποστελέχωσης και της ελλιπούς υποδομής.⁵⁹

Κρίσιμες περιοχές όπου σήμερα εμφανίζονται στο ελληνικό περιβάλλον οξυμένα προβλήματα τα οποία είναι αντιμετωπίσιμα μόνο με διαρθρωτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις οι οποίες πρέπει να γίνουν θεωρούνται τα εξής⁶⁰:

α) Παροχή προς τους πολίτες ποιοτικών και επαρκών ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τα Νοσοκομεία

Η συνεχιζόμενη καθυστέρηση της εφαρμογής μιας σειράς κρίσιμων διαρθρωτικού χαρακτήρα παρεμβάσεων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ όπως:

- προσανατολισμός του κόστους προς τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια,

58 Επιστημονική Έκθεση Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοειας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»- Οικονόμου Χαράλαμπος-Μάρτιος 2012.

59 Maria Petmesidou «The crisis, the middle classes and social welfare in Greece»

60 Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»-ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

- λειτουργία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων,
- κεντροποίηση και έλεγχος προμηθειών,
- εξορθολογισμός στελέχωσης, και εκσυγχρονισμός του οργανωτικού και λειτουργικού μοντέλου,

διατηρεί σε πολύ υψηλά επίπεδα το κόστος λειτουργίας τους, παρά τις σοβαρές μειώσεις στους προϋπολογισμούς τους, και ενώ η ζήτηση υπηρεσιών εμφανίζει αύξηση. Συνεπώς, τίθεται επιτακτικά η ανάγκη εφαρμογής σοβαρών διαρθρωτικών παρεμβάσεων για την αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς των δημόσιων μονάδων υγείας, προκειμένου να διασφαλισθεί τόσο η δικαιότερη πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα όσο και η παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

β) Λειτουργία του ΕΟΠΠΥ & Σύσταση δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η ίδρυση του ΕΟΠΠΥ αποτέλεσε, αδιαμφισβήτητα, όπως ήδη αναφέρθηκε, θετικό βήμα, όμως ο ίδιος ο οργανισμός δεν ενδυναμώθηκε επαρκώς, προκειμένου να λειτουργεί αποτελεσματικά και αποδοτικά διασφαλίζοντας την ομαλή χρηματοδότηση του συστήματος. Προς αυτή την κατεύθυνση σαρωτικές αλλαγές στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προβλέπει το νομοσχέδιο του υπουργείου Υγείας που δόθηκε στη δημοσιότητα την Παρασκευή 10-01-2014 και αναμένεται να σταλεί τη Δευτέρα 13-01-2014 στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους και εν συνεχεία στη Βουλή προς ψήφιση.

Στο νομοσχέδιο, μεταξύ άλλων προβλέπεται η δημιουργία νέου φορέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με τον ΕΟΠΠΥ να παραμένει ως αγοραστής υπηρεσιών τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ο νέος φορέας θα ονομάζεται ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), στις αρμοδιότητες το οποίου αναμένεται να τεθούν τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΠΥ. Στον φορέα αυτό θα έχουν πρόσβαση όλοι οι Έλληνες πολίτες και θα παρέχονται υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής

(πρωτοβάθμιας) φροντίδας. Τα Κέντρα Υγείας, μαζί με τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ θα υπάγονται πλέον στις Διοικήσεις Υγειονομικών Υπηρεσιών (ΔΥΠΕ). Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, τα Κέντρα Υγείας θα μπορούν λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο, με την απόφαση ωστόσο να τίθεται στη διακριτική ευχέρεια του διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας.

Επίσης, θεσπίζεται ο θεσμός του «οικογενειακού γιατρού». Ο συγκεκριμένος θεσμός θα έχει σημαντικό ρόλο στο νέο σύστημα, αφού μαζί με τους γιατρούς των Κέντρων Υγείας και των πολυϊατρείων θα λειτουργούν σαν φίλτρο των προσερχόμενων περιστατικών ώστε να μη συνωστίζονται άπαντες στα νοσοκομεία. Στα τρία αυτά σημεία θα αξιολογούνται τα περιστατικά που χρήζουν ανάγκη περίθαλψης σε νοσοκομείο. Ως οικογενειακοί γιατροί μπορούν να εργαστούν όσοι έχουν είναι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι.

γ) Αύξηση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία

Η αύξηση της ανεργίας συσχετίζεται διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα, μεταξύ άλλων, με προβλήματα εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, καθώς και ευρύτερα με την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και συνηθειών διατροφής κλπ. Άτομα και οικογένειες που απειλούνται με φτώχεια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας, στοιχείο που εμποδίζει την κοινωνικο-οικονομική τους ένταξη.

Επιδημιολογικές μεταβολές, αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα και εγκατάλειψη του υγιεινού τρόπων ζωής, σε συνδυασμό με την κλιματική αλλαγή και την υποβάθμιση της ποιότητας του περιβάλλοντος αποτελούν τις νέες κρίσιμες περιοχές στον τομέα της δημόσιας υγείας στις οποίες το σύστημα θα πρέπει να προσαρμοστεί. για να βελτιώσει την άμυνα των πολιτών έναντι των κινδύνων.

δ) Αύξηση ζήτησης υγειονομικής κάλυψης

Απαιτείται να υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από οικονομικά ασθενείς πολίτες, από πολίτες απομακρυσμένων περιοχών,

πολίτες που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες και σε πολίτες με γλωσσικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Η απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης για μεγάλο μερίδιο του πληθυσμού, η συρρίκνωση των υπηρεσιών και η αυξανόμενη γεωγραφική απομόνωση των κατοίκων δυσπρόσιτων και νησιωτικών περιοχών λόγω μείωσης της τακτικότητας των δρομολογίων επιδείνωσε την ήδη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, όπως ρομά, εκδιδόμενες γυναίκες και άνδρες, χρήστες ναρκωτικών, μετανάστες και άτομα με πολιτισμικές ή και γλωσσικές ιδιαιτερότητες εξακολουθούν να βιώνουν δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

ε) Συνεργασία Ιδιωτών Ιατρών με το Δημόσιο

Η αποζημίωση των ιατρών από το δημόσιο τομέα πρέπει να είναι δίκαιη και σε συνάρτηση με το έργο που παράγουν, διαφορετικά δεν θα εγκαταλειφτούν οι ευκαιριακές συμπεριφορές και η διαφθορά. Η αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των ιατρών προσφέρει την ευκαιρία να δοθούν κίνητρα παραγωγικότητας και αποδοτικότητας. Οι οικογενειακοί ιατροί πρέπει να αποζημιώνονται με ένα υβριδικό σύστημα «κατά κεφαλή» (capitation) και «αποζημίωσης σύμφωνα με την απόδοση» (pay for performance), που συνδέει την αμοιβή με τα αποτελέσματα. Αυτό είναι δυνατόν να καλλιεργήσει τον ευγενή ανταγωνισμό μεταξύ των ιατρών για ποιοτικότερες υπηρεσίες, θα τους αποθαρρύνει από την πρόκληση ζήτησης απρόσφορων υπηρεσιών, καθώς και θα συμβάλλει στην καλύτερη γεωγραφική κατανομή του ιατρικού δυναμικού.

στ) Εισαγωγή ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς

Η εισαγωγή ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς είναι κριτικής σημασίας για την ενίσχυση της αποδοτικότητας και της ασφάλειας του συστήματος, καθώς και για την παρακολούθηση της πρακτικής των ιατρών και της

συμμόρφωσης τους με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Μηχανισμοί εξωτερικού ελέγχου είναι απαραίτητοι.⁶¹

ζ) Έμφαση στην πρόληψη

Τέλος περισσότεροι πόροι πρέπει να κατανεμηθούν σε πολιτικές πρόληψης και προαγωγής υγείας, η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την ενίσχυση των δομών και μηχανισμών Πρωτοβάθμιας Δημόσιας Υγείας. Αυτό αποκτά βαρύνουσα σημασία, αν αναλογιστούμε τον υψηλό επιπολασμό ανθυγιεινών συμπεριφορών και στάσεων ζωής στον ελληνικό πληθυσμό (πχ κάπνισμα, παχυσαρκία, ανεύθυνα οδήγηση κλπ), που αντιστρατεύονται την αποδοτικότητα του συστήματος.

Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής πολιτικής «Αναπτυξιακή Στρατηγική και Στόχοι του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020» η επιτροπή «Επενδύοντας στην Υγεία» αποφάσισε μια δέσμη μέτρων για τις Κοινωνικές Επενδύσεις, η οποία εγκρίθηκε στις 20 Φεβρουαρίου 2013 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Commission Staff Working Document «Investing in Health», Brussels, 20.2.2013. Το Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναδεικνύει τον ρόλο της υγείας ως αναπόσπαστου μέρους της στρατηγικής «Ευρώπη 2020», ορίζοντας στρατηγικές προτεραιότητες και αντίστοιχες επενδυτικές κατευθύνσεις σε τρεις διακριτούς άξονες⁶²:

Άξονας I: «Εξυπνες Επενδύσεις για Βιώσιμα Συστήματα Υγείας»

Άξονας II: «Επενδύοντας στην Υγεία των Πολιτών»

Άξονας III: «Επενδύοντας στην Αμβλυνση των Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας».

Παράλληλα, στην Ελλάδα το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με άλλα υπουργεία και υπό το συνολικό συντονισμό του γραφείου του Πρωθυπουργού, που είναι αρμόδιο για την τεχνική βοήθεια που λαμβάνει η χώρα, υλοποιεί από το Σεπτέμβριο του 2012 την Πρωτοβουλία «Health in Action» η οποία αποσκοπεί στην ανάπτυξη συγκεκριμένης δομής,

61 Fragkoulis E. Economic crisis and primary healthcare in Greece: 'disaster' or 'blessing'? Clin Med. 2012 Dec

62 Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»-ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

διαδικασιών και εργαλείων που απαιτούνται για την αποτελεσματική διαχείριση των μεταρρυθμίσεων του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο του «Health in Action» αναπτύσσονται οδικοί χάρτες και αναλυτικά σχέδια δράσης για τις επιμέρους διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που θα εφαρμοσθούν στον τομέα υγείας και παρέχονται συστάσεις για τη συνολική διαδικασία μεταρρύθμισης, προκειμένου αυτή να διευκολύνει την επίτευξη των στόχων του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα και των Μνημονίων Συνεργασίας που έχει συνάψει η χώρα, να βελτιώσει τον υφιστάμενο στρατηγικό-αναπτυξιακό προγραμματισμό και να βελτιστοποιήσει τη χρήση αρχικά των πόρων του ΕΣΠΑ και στη συνέχεια του Συμφώνου Εταιρικής Σχέσης για την περίοδο 2014-2020. Οι σημαντικότερες κατευθύνσεις και μέτρα που προτείνονται από το «Health in Action» έχουν ενσωματωθεί στις στρατηγικές προτεραιότητες ανάπτυξης που παρουσιάζονται παρακάτω.

Εκτός των κατευθύνσεων που εκπορεύονται από την προωθούμενη Ευρωπαϊκή Στρατηγική και των μεταρρυθμίσεων που σχεδιάζονται στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας Health in Action, το υπουργείο Υγείας λαμβάνει υπόψη του για τον αναπτυξιακό προγραμματισμό της επόμενης περιόδου, την υφιστάμενη κατάσταση του τομέα υγείας όπως αυτή αποτυπώνεται με βάση τους European Common Health Indicators (ECHI) και τις συγκριτικές τιμές των δεικτών έναντι των αντίστοιχων τιμών για άλλες χώρες της Ε.Ε, τις επενδύσεις που έχουν γίνει στον τομέα της υγείας με χρηματοδότηση από εθνικούς ή και κοινοτικούς πόρους, το στάδιο που βρίσκονται οι εν λόγω επενδύσεις και τα τυχόν κενά ή αδυναμίες που έχουν αναδειχθεί καθώς και τις ευκαιρίες και τις απειλές που παρουσιάζονται στον εθνικό τομέα υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω το όραμα του τομέα υγείας για την περίοδο 2014-2020 διατυπώνεται ως ακολούθως:

«Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βιωσιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας για τις επόμενες γενεές».

Με βάση το όραμα του τομέα υγείας τίθενται οι ακόλουθοι πυλώνες και στρατηγικοί στόχοι:

Πυλώνας 1: Βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας⁶³

Η μεταρρύθμιση του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα προϋποθέτει τη ριζική αναδιάταξη του υφιστάμενου εθνικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί ριζικά η σχέση κόστους-αποτελέσματος που χαρακτηρίζει το σημερινό σύστημα. Οι επενδύσεις που θα πραγματοποιηθούν στον τομέα με τη μορφή συγχρηματοδοτούμενων έργων, ή με άλλες μορφές, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από καινοτομία και έξυπνη εξειδίκευση, να διασφαλίζουν την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, την ορθολογική λειτουργία και διαχείριση των υπηρεσιών του υπουργείου και των εποπτευόμενων φορέων, την ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πολίτη και τη συνεχή μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (κόστος σε σχέση με τα αποτελέσματα). Επίσης θα πρέπει να εξισορροπούν τις περιφερειακές ανισότητες λαμβάνοντας υπ όψη τις απομακρυσμένες περιοχές και την ιδιαίτερη νησιωτική κατανομή της χώρας.

Οι στρατηγικοί στόχοι στο πλαίσιο του συγκεκριμένου πυλώνα αφορούν στη διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας, στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον ψηφιακό εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας, στην προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας, στην αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του τομέα υγείας, στη βελτίωση

63 Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»-ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα υγείας και στη βελτίωση της εξωστρέφειας του συστήματος υγείας.

Η διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Ενίσχυση συστημάτων προγραμματισμού, κατάρτισης προϋπολογισμών και παρακολούθησης της εκτέλεσής τους στην βάση του μοντέλου των κλειστών νοσηλίων (DRGs) από όλες τις μονάδες υγείας, περιφερειακά και κεντρικά: Πλήρης εφαρμογή διπλογραφικού συστήματος, ηλεκτρονική κεντρική παρακολούθηση της εκτέλεσης των προϋπολογισμών.

- Ενίσχυση συστημάτων και διαδικασιών εσωτερικού ελέγχου: Ενίσχυση υφιστάμενων διαδικασιών, σοβαρή ισχυροποίηση της λειτουργίας εσωτερικού ελέγχου σε όλα τα διοικητικά επίπεδα.

- Εισαγωγή σύγχρονων διαδικασιών προμηθειών-κεντροποίηση προμηθειών: Ενδυνάμωση και τυποποίηση των διαδικασιών προμηθειών σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, περιφερειακή κεντροποίηση προμηθειών των νοσοκομείων, έλεγχος συμβατότητας προμηθειών με εγκεκριμένους προϋπολογισμούς, εισαγωγή συστημάτων ηλεκτρονικών προμηθειών και παρακολούθησης των τιμών, διαχείρισης αποθηκών (WMS) και εκσυγχρονισμός της εφοδιαστικής αλυσίδας (Logistics), ελέγχου αναλώσεων και αποθεμάτων.

- Εισαγωγή νέων βιώσιμων μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων: Θεσμοθέτηση που θα οδηγεί στην πλήρη ενσωμάτωση σχετικών ευρωπαϊκών οδηγιών, αξιοποίηση κατευθύνσεων και συμπερασμάτων από ευρωπαϊκές αξιολογήσεις τεχνολογιών υγείας (Health Technology Assessments). Προσδιορισμός σχετικών ευθυνών και αρμοδιοτήτων τιμολόγησης. Ενίσχυση του ανταγωνισμού κατά την προμήθεια φαρμάκων, επ' ωφελεία του συστήματος. Εκσυγχρονισμός του τρόπου συγκρότησης και εφαρμογής της λίστας φαρμάκων (positive list),

αναθεώρηση των επιπέδων συμμετοχής και του τρόπου εφαρμογής για εξειδικευμένα ακριβά φάρμακα. Εξορθολογισμός των περιθωρίων κέρδους των συμμετεχόντων στην αλυσίδα διανομής των φαρμάκων και επανεξέταση των πρακτικών συνεργασίας φαρμακευτικής βιομηχανίας και επαγγελματιών υγείας.

- Μέτρα ελέγχου και περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης: Εισαγωγή μέτρων περιορισμού της πολυφαρμακίας και ειδικότερα της αλόγιστης χρήσης αντιβιοτικών, εισαγωγή μηχανισμών τιμολόγησης που ευνοούν τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων, διασφάλιση ορθής συνταγογράφησης, ενημέρωση των ασθενών, του προσωπικού και των φορέων ασφάλισης για την ορθολογική χρήση φαρμάκων κλπ.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και η αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών επιτυγχάνεται μέσω των:

- Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας με στόχο τον περιορισμό της προσφυγής σε εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες: Βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια υγεία μέσω της αναδιάταξης των παρεχόμενων υπηρεσιών (τύποι υπηρεσιών και γεωγραφικά σημεία παροχής τους) σε αντιστοιχία με τη ζήτηση και με στόχο τη διασφάλιση καθολικής και δίκαιης πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και την παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας. Παροχή ολοκληρωμένων, αποτελεσματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Εισαγωγή του θεσμού των ιατρών Γενικής Ιατρικής (GPs) και συστήματος παραπομπών, προκειμένου να επιβαρύνονται λιγότερο τα τμήματα επειγόντων και οι κλινικές των νοσοκομείων. Βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιων μονάδων, μονάδων φροντίδας στο σπίτι και δευτεροβάθμιων μονάδων.

- Βελτίωση της νοσοκομειακής περίθαλψης: Εισαγωγή σύγχρονων λειτουργικών μοντέλων (business models) στα νοσοκομεία, αξιολόγηση

εφαρμοζόμενων διαδικασιών. Πιλοτικές συγχωνεύσεις εργαστηριακών και διοικητικών μονάδων γειτονικών νοσοκομείων. Αξιολόγηση της απόδοσης των μονάδων του ΕΣΥ βάσει στόχων.

- Εισαγωγή μεθόδων αποζημίωσης μονάδων υγείας βάσει κόστους ή παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών: Εισαγωγή κοστολόγησης βάσει δραστηριοτήτων (Activity Based Costing) στις μονάδες υγείας. Παράλληλα, επιλογή ενός σύγχρονου δυναμικού συστήματος DRGs με στόχο την αναμόρφωση των ΚΕΝ, πλήρης θεσμική κατοχύρωσή του συστήματος σε νομοθετικό επίπεδο και σε επίπεδο κανονισμών, αναλυτικός προσδιορισμός του τρόπου και των ρόλων ευθύνης εφαρμογής του. Κοστολόγηση του νέου συστήματος με ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλης μεθοδολογίας. Υποστήριξη της εφαρμογής του από πληροφοριακά συστήματα και εφαρμογές. Εφαρμογή αποζημιώσεων με τρόπο που επιβραβεύει την εξοικονόμηση σπάνιων πόρων (π.χ. που ενθαρρύνει τη χρήση χειρουργείων ημέρας αντί της εισαγωγής ασθενών).

- Ανάπτυξη και εισαγωγή συστημάτων ποιότητας στα νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

- Σχεδιασμός και εφαρμογή συστήματος μέτρησης και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας του τομέα υγείας.

- Ανάπτυξη συστημάτων λογοδοσίας (συστημικής και ατομικής) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη

Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, προώθηση της πληροφορικής τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Εισαγωγή συστημάτων και διαδικασιών «Ηλεκτρονικής Υγείας»(e-health): Αφορά στην εισαγωγή συστημάτων που υποστηρίζουν τον πλήρη κύκλο πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και διαχείρισης σε ότι αφορά θέματα υγείας και ευρύτερα θέματα τρόπου ζωής. Περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων: α) Πληροφοριακά συστήματα

νοσοκομείων με διασφάλιση της απαιτούμενης διαλειτουργικότητας μεταξύ τους καθώς και με τα Π.Σ του υπόλοιπου Τομέα Υγείας. β) Βελτιωμένο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με διασφάλιση της χρηματοδότησής του, της αποτελεσματικής διοίκησής του, της ασφάλειάς του της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτό, καθώς και με ενίσχυση των διαδικασιών και ρόλων ελέγχου της λειτουργίας του και θεσμική κατοχύρωση των παραπάνω. γ) Συστήματα υποστήριξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δ) Συστήματα τηλεϊατρικής, ε) δημιουργία ατομικού ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στ) σύστημα πληροφόρησης χρηστών υπηρεσιών υγείας ζ) ατομικά ενδύτα και φορητά επικοινωνούντα συστήματα για την παρακολούθηση και τη στήριξη των ασθενών και η) Συστήματα τηλεφροντίδας (εισαγωγή καινοτόμων πληροφοριακών συστημάτων για την συνεχή μετανοσοκομειακή τηλεφροντίδα αλλά και αποκατάσταση), θ) Εκσυγχρονισμός και δημιουργία μητρώων (ασθενών, ασφαλισμένων, ανασφάλιστων, διαγνωστικών εξετάσεων, πράξεων, ιατροτεχνολογικών προϊόντων κλπ.)

- Ανάπτυξη ηλεκτρονικών δημοπρασιών προϊόντων υγείας.

Η Αναβάθμιση των ανθρώπινων πόρων του Τομέα Υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Βελτίωση της ισόρροπης κατανομής του προσωπικού μεταξύ βασικών επαγγελματικών κλάδων και ειδικοτήτων καθώς και της περιφερειακής κατανομής. Ενθάρρυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού, εισαγωγή μη οικονομικού χαρακτήρα κινήτρων (συνθήκες εργασίας, σχεδιασμός καριέρας). Αναλυτική αποτύπωση και παρακολούθηση όλων των κατηγοριών ανθρώπινων πόρων του τομέα με αξιοποίηση βάσης δεδομένων, προκειμένου να υποστηριχθεί ο ετήσιος και μακροπρόθεσμος προγραμματισμός της απασχόλησής του, σε αντιστοιχία προς τις ανάγκες. Δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου προσωπικού ΕΣΥ με ψηφιοποίηση υφιστάμενου αρχείου. Συγκέντρωση των απαιτούμενων

πληθυσμιακών, επιδημιολογικών και άλλων δεδομένων που θα υποστηρίζουν τον προγραμματισμό από την πλευρά της ζήτησης.

- Ανάπτυξη πολιτικών αξιολόγησης του Ιατρικού προσωπικού καθώς και μεθοδολογιών αξιολόγησης για όλο το προσωπικό του τομέα.

- Σχεδιασμός και υλοποίηση στοχευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού σε επιστημονικά αντικείμενα, στις νέες διαδικασίες και συστήματα λειτουργίας, στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις κλπ καθώς και εξειδικευμένων προγραμμάτων εξατομικευμένης θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης..

Η βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του τομέα υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Στήριξη της ενεργειακής απόδοσης και της χρήσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας στις μονάδες υγείας.

- Προώθηση της συμπαραγωγής ηλεκτρισμού και θερμότητας υψηλής απόδοσης στα νοσοκομεία.

- Αποτελεσματική διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων.

- Αποτελεσματική διαχείριση ραδιενεργών ρύπων νοσοκομείων

Η Βελτίωση της εξωστρέφειας του Συστήματος Υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Διασυνοριακή συνεργασία

- Επιδημιολογική επιτήρηση

- Ανάπτυξη και εδραίωση του τουρισμού υγείας.

Πυλώνας 2: Η Υγεία ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο⁶⁴

Η επένδυση στην υγεία θεωρείται, ακόμα και με στενά οικονομικούς όρους, ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, κυρίως μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής. Η βελτίωση του περιβάλλοντος και της υγιεινής της εργασίας και η έγκαιρη επένδυση στην πρόληψη βοηθάει τον πληθυσμό

64 Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»-ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

να παραμείνει υγιής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, περιορίζει μελλοντικές δαπάνες θεραπείας από ασθένειες και συμβάλλει τόσο στον περιορισμό του κόστους συντήρησης του συστήματος όσο και στην ανάπτυξη. Χαρακτηριστικά, μετρήσεις του ΟΟΣΑ αναφέρουν ότι η αύξηση κατά ένα έτος του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του ΑΕΠ κατά περίπου 4%.⁶⁵.

Το Υπουργείο Υγείας θα προωθήσει την ανάπτυξη και παρακολούθηση του Δείκτη Προστασίας Υγείας του Πληθυσμού (Health Safety Net). Με σειρά δεικτών που θα αναδεικνύουν τους αναδυόμενους ή και επικρατέστερους κινδύνους υγείας για το σύνολο του πληθυσμού ή συγκεκριμένες ομάδες, το Υπουργείο θα είναι σε θέση να αναπτύξει πολιτικές αντιμετώπισης των κινδύνων, πρόληψης καθώς και σχεδιασμού και εφαρμογής θεραπευτικών μεθόδων ανάλογα με την περίπτωση. Στόχος είναι η διατήρηση της υγείας των πολιτών σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο που θα επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή του στον παραγωγικό και κοινωνικό ιστό της χώρας.

Με δεδομένα τις παραπάνω αναντίρρητα θετικές αναμενόμενες επιπτώσεις της επένδυσης στην υγεία, είναι δυνατό να προσδιορισθούν οι στρατηγικοί στόχοι περιλαμβάνουν την ενίσχυση της απασχολησιμότητας και αύξηση του ενεργού πληθυσμού, την βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία, την προώθηση της ψυχικής υγείας, την αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία νοσημάτων.

Η ενίσχυση της απασχολησιμότητας και αύξηση του ενεργού πληθυσμού επιτυγχάνεται μέσω των:

- Εισαγωγή μέτρων βελτίωσης του περιβάλλοντος εργασίας και περιορισμού των εργατικών ατυχημάτων

65 Investing in Health σελ 12

- Ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης χρονίων νοσημάτων και πολυνοσηρότητας (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια).

Η Βελτίωση της άμυνας των πολιτών έναντι παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία επιτυγχάνεται μέσω των:

- Διεξαγωγή εκστρατειών ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού για σημαντικούς κινδύνους για τη υγεία. Σχεδιασμός και εφαρμογή μέτρων αποτροπής βλαβερών συνηθειών Υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων αναγνώρισης των κινδύνων και προώθησης των πολιτικών προστασίας της υγείας στους τομείς παιδείας, εργασίας κλπ. καθώς και μέσω του συντονισμού της δράσης φορέων κοινωνικής πολιτικής που δραστηριοποιούνται στους παραπάνω τομείς.

- Έγκαιρη πρόγνωση κινδύνων υγείας

- Ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για μείζονα νοσήματα.

- Ανάπτυξη προγραμμάτων διαχείρισης επιπτώσεων από περιβαλλοντικούς κινδύνους στην ποιότητα των πόσιμων υδάτων, στο υπέδαφος και στον ατμοσφαιρικό αέρα

Η προώθηση της Ψυχικής Υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Οργάνωση, υποστήριξη και εφαρμογή της τομεοποίησης.

- Αναδιαμόρφωση και εκσυγχρονισμός της οργάνωσης, της διοίκησης, του συντονισμού, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

- Διαμόρφωση ενιαίου οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου για τα κέντρα ψυχικής υγείας και τις λοιπές κοινοτικές δομές – Σύνδεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα.

- Ανάπτυξη ψυχιατρικών τμημάτων σε γενικά νοσοκομεία και δημιουργία μετανοσοκομειακών ξενώνων σε επιλεγμένες περιοχές

- Ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους

- Ανάπτυξη κέντρων ψυχικής υγείας σε τομείς ψυχικής υγείας που υστερούν ή είναι ανεπαρκείς σε σχέση με τους πιο ανεπτυγμένους ΤοΨΥ.
- Ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενσωματωμένων σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΚΥ, Πολυιατρεία, ΕΟΠΥΥ), εναλλακτικά στην ανάπτυξη κέντρων ψυχικής υγείας.
- Ανάπτυξη του θεσμού των «Φιλοξενουσών Οικογενειών».
- Ανάπτυξη και εφαρμογή κριτηρίων αξιολόγησης του αποκαταστασιακού έργου που παρέχουν οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.
- Διασφάλιση της βιωσιμότητας για τις νέες δομές ψυχικής υγείας και αποκατάστασης, με αναδιάρθρωση και εκσυγχρονισμό του χάρτη των υπηρεσιών.
- Θέσπιση και καθιέρωση θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών.
- Προώθηση της κοινωνικής οικονομίας και των κοινωνικών επιχειρήσεων, με ανάπτυξη νέων και ενίσχυση υφιστάμενων σε συνδυασμό με την ανάπτυξη εναλλακτικών τρόπων απασχόλησης και επαγγελματικής αποκατάστασης των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Προώθηση της κοινωνικής οικονομίας και των κοινωνικών επιχειρήσεων.
- Ανάπτυξη υποστηρικτικών παρεμβάσεων για τις οικογένειες των ψυχικά πασχόντων.
- Ανάπτυξη και παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξαιτίας νέων αναδυόμενων αναγκών καθώς και δημιουργία εξειδικευμένων δομών (Alzheimer, αυτισμός κλπ).
- Συνεργασία με το Υπουργείο, διαφάνειας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την αναδιαμόρφωση των ζητημάτων δικαστικής ψυχιατρικής και δικαστικής προστασίας των ψυχικά πασχόντων και ανάπτυξη σχετικών μονάδων ψυχικής υγείας.

Η αξιοποίηση προϊόντων έρευνας του συστήματος υγείας για την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου και τη θεραπεία νοσημάτων. επιτυγχάνεται μέσω των:

- Προτυποποίηση και εφαρμογή (spin off) των αποτελεσμάτων της έρευνας που υλοποιείται εντός του συστήματος υγείας και αφορά σε προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και ιατροτεχνολογικά προϊόντα, με στόχο την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου, τη σταθεροποίηση της εξέλιξης ή τη θεραπεία ασθενειών και επομένως την πρόαψη και τη βελτίωση της υγείας των πολιτών.

Πυλώνας 3: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα υγείας⁶⁶

Σήμερα, οι πληθυσμιακές ομάδες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και πολλές από όσες χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες ομάδες», έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας κυρίως των δυσχερέστερων συνθηκών ζωής τους και των σοβαρών εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που συναντούν. Οι μεγάλες ανισότητες στην υγεία, εκτός του προφανούς ηθικού προβλήματος που θέτουν αποτελούν και μια πολύ μεγάλη αιτία μείωσης του ΑΕΠ που συντηρητικά κυμαίνεται μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης⁶⁷. Για όλους αυτούς τους λόγους η επένδυση για την άμβλυνση των ανισοτήτων απαιτείται να υποστηριχθεί με ειδικές παρεμβάσεις.

Οι γενικοί στρατηγικοί στόχοι περιλαμβάνουν επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας, αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model), αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην υγεία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

66 Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»-ΜΑΡΤΙΟΣ 2013

67 Investing in Health, σελ. 17

Οι επενδύσεις σε υποδομές υγείας και άλλες κοινωνικές υποδομές που συμβάλλουν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων στον τομέα υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Ανάπτυξη εξειδικευμένων δομών για τη διαχείριση του πόνου, μονάδων τεχνητού νεφρού, κέντρων αποκατάστασης και αποθεραπείας, μονάδων ημερήσιας νοσηλείας καθώς και λοιπών εξειδικευμένων δομών στις περιοχές που δεν υπάρχουν.

- Επέκταση και αναβάθμιση υφιστάμενων δομών και υποδομών

Η αξιοποίηση καινοτόμων τεχνολογιών για την διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται μέσω των:

- Ανάπτυξη της τηλεϊατρικής

- Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων τηλεφροντίδας (εισαγωγή καινοτόμων πληροφοριακών συστημάτων για την συνεχή μετανοσοκομειακή τηλεφροντίδα αλλά και αποκατάσταση.)

Η ανάπτυξη νέων τρόπων παροχής υπηρεσιών (service delivery model) επιτυγχάνεται μέσω των:

- Ανάπτυξη νέων μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας (π.χ. φροντίδα κατ' οίκον, κλπ) για την διευκόλυνση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων αλλά και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων καθώς και για την αντιμετώπιση γλωσσικών και πολιτισμικών ανισοτήτων, τα οποία μπορούν να στηρίζονται στο εθελοντικό κίνημα ή να αξιοποιούν και εναλλακτικούς τρόπους χρηματοδότησης

- Διαμόρφωση πακέτου κάλυψης ευπαθών κοινωνικών ομάδων από τον ΕΟΠΠΥ.

- Ενίσχυση του ρόλου του ασθενούς στη διαχείριση της υγείας του και υιοθέτηση ασθενοκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας

Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων επιτυγχάνεται μέσω των:

- Διαμόρφωση παρεμβάσεων προληπτικής ιατρικής στην παιδική υγεία με ιδιαίτερη στόχευση τα παιδιά ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων.

- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμών, προγεννητικού ελέγχου κλπ σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού-οικονομικού αποκλεισμού.

- Ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής ευαισθητοποίησης του προσωπικού του τομέα υγείας (ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού) με στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων κατά την παροχή υπηρεσιών σε ΕΚΟ.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε φαίνεται ότι ο τομέας της υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο των παρεμβάσεων για τον εξορθολογισμό και την καλύτερη διαχείριση των δημόσιων πόρων. Είναι βέβαιο ότι οι περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία, αν δεν συνοδευτούν από ριζικές μεταρρυθμίσεις, θα οδηγήσουν σε μια σύγχρονη τραγωδία στην υγεία. Από την άλλη, η κρίση δημιουργεί την χρυσή ευκαιρία να επανασχεδιαστεί και να αναδιαρθρωθεί το σύστημα υγείας, εξαλείφοντας τις ανεπάρκειες και τις ανακολουθίες του παρελθόντος, ώστε να προσφέρει ποιοτική φροντίδα υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, κρατώντας παράλληλα το κόστος υπό έλεγχο.

5.4 Οικονομική κρίση φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Η φτώχεια δεν είναι εύκολο να οριστεί, λόγω του δυναμικού και πολυδιάστατου χαρακτήρα της. Οι υφιστάμενες εννοιολογικές και μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις μπορεί να οδηγήσουν στον προσδιορισμό διαφορετικών ατόμων ή ομάδων υψηλού κινδύνου και κατά συνέπεια σε διαφορετικές πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος.

Ο προβληματισμός σχετικά με τον εννοιολογικό και ποσοτικό προσδιορισμό της φτώχειας έχει αποτελέσει και εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένων ερευνητικών αναζητήσεων και προβληματισμών. Η καταγραφή του επιπέδου, της δομής και της διαχρονικής εξέλιξης της συνιστά κεντρικό σημείο αναφοράς για το σχεδιασμό κατάλληλης κοινωνικής πολιτικής και ταυτόχρονα αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς της.

Εξαιρετικά επιγραμματικά, θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως φτωχό ένα άτομο με βιοτικό επίπεδο κάτω από το ελάχιστο όριο διαβίωσης ή κάτω από το μέσο βιοτικό επίπεδο. Από τον ορισμό αυτό εξάγεται ότι η φτώχεια μπορεί να είναι φυσική ή κοινωνική, απόλυτη⁶⁸ ή σχετική ή συνδυασμός και των δύο.

Η φτώχεια έχει δύο βασικά στοιχεία: τη φτώχεια που οφείλεται σε ανεπαρκείς πόρους και την αδυναμία πρόσβασης και συμμετοχής σε αγαθά, υπηρεσίες και δραστηριότητες. Στις περισσότερες εμπειρικές έρευνες έμφαση δίνεται στην ανεπάρκεια πόρων η οποία αποτιμάται με

68 Για φυσική ή απόλυτη φτώχεια (absolute poverty), μιλάμε όταν ο βαθμός ικανοποίησης σε είδη βασικών αναγκών διατροφής, καθαρού πόσιμου νερού, ενδυμασίας, κατοικίας, φαρμάκων, παιδείας, πολιτισμού κ.λπ. είναι κάτω από το βιολογικά αναγκαίο όριο διαβίωσης. Η εστίαση στην ΕΕ είναι στο σχετικό και όχι στον απόλυτο κίνδυνο φτώχειας: μια έννοια απόλυτη έχει μικρότερη σημασία για την ΕΕ για δύο βασικούς λόγους. Πρώτον, η βασική πρόκληση για την Ευρώπη είναι να μοιράζονται τα οφέλη της υψηλής ευημερίας σε ολόκληρο τον πληθυσμό και όχι να εξασφαλίσει ο πληθυσμός ένα βασικό βιοτικό επίπεδο, όπως στις οικονομικά λιγότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Δεύτερον, τι θεωρείται ως το ελάχιστο αποδεκτό βιοτικό επίπεδο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το γενικό επίπεδο της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, το οποίο τείνει να ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα.

εισοδηματικούς πόρους⁶⁹ και τον καθορισμό ενός ορίου για τη διάκριση των φτωχών από τους μη φτωχούς (relative income method).

Σύμφωνα με τη Eurostat, το όριο αυτό τίθεται στο 60% του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού.⁷⁰ Αυτή η έννοια του κινδύνου σχετικής φτώχειας (φτωχός σε σχέση με τους άλλους)⁷¹ διαφοροποιείται από την έννοια του κινδύνου απόλυτης ή ακραίας φτώχειας (στερούμενος βασικών μέσων επιβίωσης), η οποία εκτιμάται και αναφέρεται σε σχέση με άλλες λιγότερο οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2003).⁷²

Η αδυναμία πρόσβασης και συμμετοχής σε αγαθά, υπηρεσίες και δραστηριότητες προσεγγίζεται με την ανάπτυξη δεικτών στέρησης. Πρόκειται για μία μεθοδολογία η οποία βασίζεται στον κλασικό ορισμό και στην προσέγγιση του Townsend (1979), με βάση την οποία προσδιορίζεται ένας κατάλογος στοιχείων⁷³ με σκοπό να δημιουργηθεί μία κλίμακα ή ένας δείκτης στέρησης και ένα όριο φτώχειας.

Οι Mack και Lansley (1985), στα πλαίσια του κλασικού ορισμού του Townsend (1979), όρισαν τη στέρηση ως την επιβεβλημένη έλλειψη κοινωνικά καθορισμένων αναγκών, δηλαδή, αγαθών που η πλειοψηφία του

69 Κυρίως του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού (έμμεση προσέγγιση) που επαρκεί ή δεν επαρκεί για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (Alcock, 1997).

70 Ως εισοδήματα θεωρούνται τα εισοδήματα από εργασία, επενδύσεις και περιουσία, κοινωνικές παροχές και συντάξεις.

Στο πλαίσιο αυτό, ο κίνδυνος φτώχειας μπορεί να υπολογιστεί πριν τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (στις οποίες περιλαμβάνονται οι συντάξεις γήρατος και χηρείας), κατά φύλο, ηλικία, μέγεθος και σύνθεση νοικοκυριού κ.λπ. Η στάθμιση γίνεται ανάλογα με τη σύνθεση που έχει κάθε νοικοκυριό, χρησιμοποιώντας την τροποποιημένη κλίμακα ισοδυναμίας του ΟΟΣΑ: Συντελεστής στάθμισης 1 για τον πρώτο ενήλικα, 0,5 για άτομα άνω των 13 και 0,3 για παιδιά 13 ετών και κάτω.

71 Παραδείγματος χάριν, ένα άτομο που είναι σχετικά φτωχό σε μια σκανδιναβική χώρα, υφίσταται συνήθως λιγότερη στέρηση από κάποιο άτομο που ζει σε μια χώρα με πολύ πιο χαμηλό γενικό βιοτικό επίπεδο, όπου η φτώχεια εκεί μπορεί να είναι πιο υψηλή και ακραία. Η φτώχεια σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (PPS), δείχνει τις διαφορές στο επίπεδο διαβίωσης στα κράτη μέλη της Ε.Ε-27

72 Αν και η απόλυτη ή ακραία φτώχεια, είναι πιο συχνή στις αναπτυσσόμενες χώρες, υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων στην Ευρωπαϊκή Ένωση(ΕΕ), όπως για παράδειγμα οι άστεγοι ή οι Ρομά σε μερικές περιπτώσεις, που δοκιμάζουν ακόμα αυτόν τον τύπο ακραίας φτώχειας.

73 Ο Townsend (1979) για παράδειγμα, ξεχώρισε έναν κατάλογο με εξήντα δείκτες τους οποίους κατηγοριοποίησε σε δώδεκα διαστάσεις στέρησης / φτώχειας: διατροφή, ένδυση, καύσιμα και φως, ανέσεις νοικοκυριού, συνθήκες κατοικίας, συνθήκες και ασφάλεια εργασίας, υγεία, εκπαίδευση, περιβάλλον στον τόπο διαμονής, οικογενειακές δραστηριότητες, ψυχαγωγία, κοινωνικές σχέσεις.

πληθυσμού θεωρεί ως αναγκαία ή απαραίτητα να έχει και δεν μπορούν να αποκτηθούν από ένα μέρος του πληθυσμού (φτωχοί-στερημένοι). Ουσιαστικά, η επιβεβλημένη απουσία αγαθών εκλαμβάνεται ως απεικόνιση της υλικής στέρησης: όσο μεγαλύτερος ο αριθμός ελλειπόντων αγαθών, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός υλικής στέρησης. Τα μέτρα στέρησης βασισμένα σε αυτό το είδος πληροφόρησης είναι γνωστά και ως συναινετικά μέτρα στέρησης.⁷⁴

Η προσέγγιση αυτή, αναπτύχθηκε περαιτέρω από τους Hallerod (1994) και τους Nolan και Whelan (1996), με αποτέλεσμα να υπάρχουν και να αποτυπώνονται αντίστοιχα ερωτήματα σε μεγάλες Ευρωπαϊκές Έρευνες όπως η έρευνα EU-SILC. Οι ερωτώμενοι καλούνται να διευκρινίσουν εάν δεν έχουν ή δεν καταναλώνουν ένα στοιχείο ή αγαθό επειδή: α) «δεν το έχουν ανάγκη» ή β) «δεν μπορούν να το αντέξουν οικονομικά». Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ «μη-επιβεβλημένης» και «επιβεβλημένης δυσκολίας - στέρησης».⁷⁵

Πάνω στους προβληματισμούς αυτούς, η Eurostat έχει αναπτύξει το δείκτη ή το ποσοστό υλικής στέρησης, ο οποίος αναφέρεται στον πληθυσμό που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες σε, τουλάχιστον, τέσσερις από τις κάτωθι εννέα (9), διαστάσεις στέρησης:

- 1) δυσκολίες ανταπόκρισης στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών, όπως ενοίκιο ή δόση δανείου, πάγιοι λογαριασμοί (ηλεκτρικού ρεύματος, νερού, αερίου, κ.λπ.), δόσεις πιστωτικών καρτών ή δόσεις δανείου για οικοσκευή, διακοπές κ.ά., ή αγορές με δόσεις κύριας κατοικίας,
- 2) οικονομική αδυναμία για ικανοποιητική θέρμανση,
- 3) οικονομική αδυναμία για αντιμετώπιση έκτακτων, αλλά αναγκαίων δαπανών αξίας περίπου 500 ευρώ,

74 Mack και Lansley, 1985. Nolan και Whelan, 1996. Goodman και Myck, 2005.

75 Η διάκριση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς με την επιβεβλημένη έλλειψη / στέρηση μπορεί κανείς να ξεχωρίσει τα άτομα που δεν επέλεγον την απόκτηση αγαθών από τα άτομα που αναγκαστικά τα στερούνται λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων (Hallerod, 1995).

- 4) οικονομική αδυναμία να τρώνε κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή ισοδύναμο πρωτεΐνης κάθε δεύτερη μέρα,
- 5) οικονομική αδυναμία να απολαύσουν μία εβδομάδα διακοπών μακριά από το σπίτι, μία φορά το χρόνο,
- 6) οικονομική αδυναμία να έχουν ΙΧ επιβατηγό αυτοκίνητο,
- 7) οικονομική αδυναμία να έχουν πλυντήριο ρούχων,
- 8) οικονομική αδυναμία να έχουν έγχρωμη τηλεόραση,
- 9) οικονομική αδυναμία να έχουν τηλέφωνο.

Οι πρώτες πέντε χαρακτηρίζουν τη διάσταση της οικονομικής πίεσης, ενώ οι υπόλοιπες χαρακτηρίζουν τη στέρηση στην ιδιοκτησία διαρκών καταναλωτικών αγαθών. Πρόκειται για ένα ημιαπόλυτο δείκτη φτώχειας, διότι μετρά την πρόσβαση σε εννέα βασικά είδη με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα κράτη μέλη, ενώ είναι στενά συνδεδεμένος με το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας.

Με βάση τα παραπάνω διεξάγονται πανευρωπαϊκά μετρήσεις εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης (EU-SILC) σχεδόν κάθε χρόνο, όμως οι πληροφορίες που παρέχουν δεν είναι έγκαιρες καθώς η περίοδος αναφοράς για τα εισοδήματα των νοικοκυριών είναι το δωδεκάμηνο πριν την έρευνα, ενώ τα αποτελέσματα δεν είναι διαθέσιμα πριν περάσουν δυο ή και τρία έτη. Για παράδειγμα τα δεδομένα της έρευνας (EU-SILC) που είναι διαθέσιμα την στιγμή που εκπονείται η εργασία αφορούν το έτος 2012 (εισοδήματα του 2011) και αυτά αναρτήθηκαν στην ιστοσελίδα της ΕΛΣΤΑΤ στο τέλος Δεκεμβρίου. Η χρονική αυτή υστέρηση δημιουργεί σοβαρά προβλήματα καθώς έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται δημόσια συζήτηση σχετικά με το πρόβλημα της φτώχειας και να λαμβάνονται μέτρα πολιτικής χωρίς να υπάρχει ακριβής γνώση του μεγέθους του προβλήματος και των διανεμητικών επιδράσεων του.

Ως κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις ορίζεται το ποσοστό των ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά, των οποίων το συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα είναι χαμηλότερο του 60% του εθνικού

διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος. Σημειώνεται ότι οι πληθυσμιακές ομάδες που κατά τεκμήριο είναι φτωχές, όπως άστεγοι, άτομα σε ιδρύματα, παράνομοι οικονομικοί μετανάστες, Ρομά, κλπ., δεν περιλαμβάνονται στην έρευνα.

Ο κίνδυνος φτώχειας στην Ελλάδα: τάσεις και ομάδες που πλήττονται⁷⁶

Είναι βέβαιο ότι στη χώρα μας τα μέτρα λιτότητας και οι αλλαγές που προέρχονται από τη γενικότερη οικονομική ύφεση, όπως οι αλλαγές στην άμεση φορολογία και στις κοινωνικές εισφορές, η μείωση στους μισθούς, η αύξηση της ανεργίας, οι επιβολή έκτακτων φόρων, η εκτίναξη του πληθωρισμού, έχουν επηρεάσει σημαντικά τη διανομή του εισοδήματος, τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Τα φτωχά νοικοκυριά, τα οποία διαθέτουν λιγότερα περιουσιακά στοιχεία, περιορισμένες δυνατότητες αντίδρασης, και λιγότερη πρόσβαση σε τραπεζικές υπηρεσίες και προϊόντα ενδεχομένως να βιώσουν βαθύτερη, πιο ακραία ίσως και απόλυτη φτώχεια.

Βραχυχρόνια, ωστόσο, πλήττονται και όσοι βρίσκονται «κοντά στη φτώχεια», ενώ επηρεάζονται και νέες ομάδες που διαφορετικά δεν θα είχαν επηρεαστεί. Τα σκληρά μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και η αναδιάρθρωση της αγοράς εργασίας επηρεάζουν πολλά άτομα της «μεσαίας τάξης», τα οποία θα οδηγηθούν σε έναν φαύλο κύκλο φτώχειας ή σε μία νέα τάξη εργαζόμενων φτωχών ή ανέργων.

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 κρατών-μελών, όπου ο κίνδυνος φτώχειας καταγράφεται ιδιαίτερα υψηλός. Αν και όπως αναφέρθηκε ο δείκτης φτώχειας υπολογίζεται με τα εισοδήματα του προηγούμενου έτους, και δεν έχουμε στοιχεία σε πραγματικό χρόνο, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα έχουμε ραγδαία επιδείνωση στα στατιστικά στοιχεία το 2013. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση στον κατάλογο των

⁷⁶ Τα στατιστικά στοιχεία βρίσκονται στην ιστοσελίδα της ΕΛΣΑΤ http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2011_01_F_GR.pdf

χωρών της Ε.Ε στον κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις⁷⁷ σε χώρες της Ευρώπης τα έτη 2011 και 2012.

Από στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής προκύπτει ότι το 2012 (με περίοδο αναφοράς τα εισοδήματα του 2011), ο κίνδυνος φτώχειας ανέρχεται σε 23,1% που αντιστοιχεί σε 914.873 νοικοκυριά με συνολικό αριθμό μελών 2.535.700 άτομα (έναντι του 21,4% το 2011 που αντιστοιχεί σε 901.194 νοικοκυριά με συνολικό αριθμό μελών 2.341.400 άτομα). Ο παραπάνω δείκτης υπολογιζόμενος με την ίδια μεθοδολογία παρουσιάζει σχετική σταθερότητα τα τελευταία 17 έτη (1994-2012) για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία κυμαινόμενος μεταξύ 19.5% και 23%.

Πέραν της αύξησης του κινδύνου φτώχειας, εμφανές είναι ότι η κρίση τονίζει έντονα τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του φαινομένου. Τα άτομα με εισοδήματα κάτω από το συμβατικό όριο φτώχειας, βιώνουν ταυτόχρονα σημαντικές στερήσεις, όπως στην εκπαίδευση, την απασχόληση κ.ο.κ. Ο ορισμός του Townsend (1979), ότι η φτώχεια καθορίζεται από έλλειψη πόρων, αγαθών, δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που εμποδίζουν τη συμμετοχή σε συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες ή στο σύνηθες βιοτικό επίπεδο της κοινότητας, είναι περισσότερο επίκαιρος από ποτέ. Ταυτόχρονα, οι εν λόγω πολλαπλές στερήσεις έχουν ως αποτέλεσμα ο φαύλος κύκλος της σωρευτικής αιτιότητας της φτώχειας να παρασύρει σε ακραίες καταστάσεις ανέχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Αντίστοιχα ανοδική ήταν η τάση του δείκτη φτώχειας με το όριο του έτους 2005. Το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας για το 2012 υπολογιζόμενο με το κατώφλι φτώχειας του 2005 (60% του διάμεσου εισοδήματος του 2005 εκφρασμένο σε τιμές του 2012 με βάση τον εναρμονισμένο δείκτη τιμών καταναλωτή) ανέρχεται στο 32.3 %. Ο σκοπός αυτής της σύγκρισης είναι να καταγράψει πως μεταβάλλεται ο κίνδυνος φτώχειας σε απόλυτους όρους, δηλαδή όταν το κατώφλι της φτώχειας

⁷⁷ Κοινωνικές μεταβιβάσεις είναι τα κοινωνικά επιδόματα και οι συντάξεις

παραμένει διαχρονικά σταθερό σε όρους πραγματικής αγοραστικής δύναμης. Με άλλα λόγια 32.3% του πληθυσμού το 2012 θα κατατασσόταν ως εκτεθειμένοι στο κίνδυνο φτώχειας με βάση τις συνθήκες του 2005 όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2011 ήταν 22.9% και το 2010 ήταν 16%.

Είναι πλέον ολοφάνερο ότι για τον προσδιορισμό της φτώχειας δεν είναι επαρκής η εξέταση του ύψους του εισοδήματος ενός ατόμου (ή ενός νοικοκυριού), αλλά είναι αναγκαίο να εξεταστεί συγχρόνως το κατά πόσο το συγκεκριμένο άτομο (ή νοικοκυριό) στερείται μία σειρά από αγαθά ή υπηρεσίες. Σύμφωνα με στοιχεία από την ΕΛ.ΣΤΑΤ το 2012:

- Το ποσοστό του φτωχού πληθυσμού που διαβιεί σε κατοικία με στενότητα χώρου ανέρχεται σε 39,4% (έναντι 22,7% για το μη φτωχό πληθυσμό).

- Τα φτωχά νοικοκυριά που επιβαρύνονται από το κόστος στέγασης ανέρχονται σε 90,5% (έναντι 15,8% για το μη φτωχό πληθυσμό).

- Ποσοστό 50,3% του φτωχού πληθυσμού δηλώνει ότι στερείται διατροφής που περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας (έναντι 2,9% του μη φτωχού πληθυσμού).

- Ποσοστό 76,3% του φτωχού πληθυσμού και 30,8% του μη φτωχού πληθυσμού έχει οικονομική δυσκολία να αντιμετωπίσει έκτακτες, αλλά αναγκαίες δαπάνες αξίας, περίπου, 540 €.

- Το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που δηλώνει οικονομική αδυναμία να έχει ικανοποιητική θέρμανση ανέρχεται σε 26,7% το 2012 από 16,4% το 2008, ενώ αντίστοιχα για το φτωχό πληθυσμό είναι 47,6% το 2012 από 33% το 2008 και για το μη φτωχό πληθυσμό 20,8% το 2012, από 12,1% το 2008

- Φαίνεται να επηρεάζεται καταλυτικά ο σύνθετος δείκτης φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (δηλαδή φτωχοί που επιπρόσθετα διαβιούν σε νοικοκυριά με υλικές στερήσεις και έχουν χαμηλή ένταση εργασίας. Από 27,7% το 2010 ανέρχεται σε 31% το 2011 και σε 34.6% το 2012).

- Περαιτέρω, πιθανά λόγω της εφαρμογής των μέτρων των μνημονίων, ο πληθυσμός που διαβιεί σε νοικοκυριά που δεν εργάζεται κανένα μέλος ή εργάζεται κάποιο μέλος λιγότερο από τρεις μήνες συνολικά μέσα στο έτος ανέρχεται το 2012 σε 1.010.900 άτομα, το 2011 σε 837.300 άτομα, ενώ το έτος 2010 ανερχόταν σε 544.800 άτομα, δηλαδή ο αριθμός διπλασιάστηκε μέσα σε δυο χρόνια.

- Με βάση το δείκτη φτώχειας και το όριο φτώχειας στο 40% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος, φαίνεται ότι το 2012 περισσότερα άτομα πέρασαν το κατώφλι της ακραίας φτώχειας (10.6%) σε σύγκριση με το 2011, (8,2%) με το 2010 (7,3%) ή το 2009 (6,6%).

- Επίσης διαπιστώνεται ότι οι παραδοσιακές ομάδες διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας που είναι ιδιαίτερα υψηλός. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, ομάδες υψηλού κινδύνου φτώχειας στην Ελλάδα το 2010 ήταν κυρίως οι άνεργες γυναίκες, οι μονογονεϊκές οικογένειες και οι οικογένειες με πολλά παιδιά, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τα νοικοκυριά σε αραιοκατοικημένες περιοχές και τα νοικοκυριά με παιδιά χωρίς κανέναν εργαζόμενο. Το 2011, οι φτωχοί ήταν κυρίως οι αλλοδαποί ⁷⁸ (ποσοστό φτώχειας 46,3%), οι άνεργοι (ποσοστό φτώχειας 44,0% στο σύνολο και κυρίως οι άνδρες με ποσοστό φτώχειας 48,4%) και τα μονογονεϊκά νοικοκυριά (43,2%). Το 2012 ο κίνδυνος φτώχειας για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά με ένα τουλάχιστον εξαρτώμενο παιδί εκτοξεύεται στο 66% .

- Το 2010 η φτώχεια των «εργαζόμενων φτωχών» ανέρχεται σε 13,8% ενώ το 2011 σε 11,9% και το 2012 σε 15.1% με τους άνδρες να πλήττονται περισσότερο και να καταγράφουν κίνδυνο φτώχειας 13,2% το 2011 και 16.5% το 2012. Πρόκειται για άτομα που απασχολούνται σε αβέβαιες και κακής ποιότητας θέσεις της δευτερεύουσας αγοράς εργασίας. Η ένταξή τους στην αγορά εργασίας είναι συμβιβαστική και υποβαθμισμένη σε θέσεις που

78 Με υπηκοότητα από χώρα που δεν είναι μέλος της ΕΕ 27. Κυρίως πρόκειται για «Υπηκόους Τρίτων Χωρών».

πληρώνονται τόσο άσχημα ώστε να μην έχουν ποτέ τη δυνατότητα να ξεφύγουν από το φαύλο κύκλο της φτώχειας.

- Ο σχετικός κίνδυνος φτώχειας για τους εργαζόμενους με πλήρη απασχόληση ανέρχεται το 2012 σε 13.4% από 10.4% το 2011 και από 11.7% το 2010 ενώ για αυτούς με μερική απασχόληση σε 27.3% το 2012 από 24.4% το 2011 και από 29.4% το 2010.

- Ο κίνδυνος φτώχειας δύο ενηλίκων με τρία ή περισσότερα παιδιά από 26,7% το 2010 μειώνεται σε 20,8% το 2011 και αυξάνεται σε 36.8% το 2012.

- Ο κίνδυνος φτώχειας των γυναικών από 20,9% το 2010 ανέρχεται σε 21,9% το 2011 και 23.6% το 2012.

- Το ποσοστό του κινδύνου φτώχειας είναι υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες το 2012 σε ποσοστά 23.6% και 22.5% αντίστοιχα, το 2011 σε ποσοστά 21,9% και 20,9% αντίστοιχα και 20,9% και 19,3% το 2010.

- Ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών υπολογίζεται σε 17.2% το 2012 σε 23.6% το 2011 και σε 21.3% το 2010. Η μείωση του δείκτη κατά έξι ποσοστιαίες μονάδες από το 2012 στο 2011 οφείλεται στη μείωση κατά 13.4% του κατωφλιού του κινδύνου φτώχειας από 6.591 ευρώ το 2011 σε 5.708 ευρώ το 2012 χωρίς αντίστοιχη μείωση των συντάξεων κάτω των 1000 ευρώ κατά το έτος αναφοράς του εισοδήματος 2011, με αποτέλεσμα μέρος αυτής της πληθυσμιακής ομάδας να βρίσκεται πάνω από το νέο κατώφλι του κινδύνου φτώχειας.

- Ο κίνδυνος φτώχειας για άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών ανέρχεται σε 26.9% το 2012 σε 23.7% το 2011 και σε 23% το 2010.

- Το 2012 υπάρχει αύξηση του κινδύνου φτώχειας σε όλα τα νοικοκυριά με εξαρτώμενα παιδιά με μεγαλύτερη αυτή του μονογονεϊκού νοικοκυριού με ένα τουλάχιστον εξαρτώμενο παιδί από 43.2% το 2011 σε

66% το 2012 και το νοικοκυριό με δυο ενήλικες και τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά από 20.8% το 2011 σε 36.8 το 2012.

Σε γενικές γραμμές, πολλά παιδιά ηλικίας μέχρι 17 ετών μεγαλώνουν στην ανέχεια με δυσμενέστερη την κατάσταση των παιδιών με έναν γονέα ή με κανέναν εργαζόμενο στο σπίτι. Τα παιδιά πλήττονται από την εισοδηματική φτώχεια σε υψηλότερο βαθμό από τους ενήλικες και η στέρηση υλικών αγαθών στα πρώτα χρόνια της ζωής τους είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξή τους και τις μελλοντικές τους ευκαιρίες. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν οι περιπτώσεις παιδιών που ζουν με γονείς που είναι μακροχρόνια άνεργοι ή μακροχρόνια φτωχοί χωρίς καμία επαφή με τον κόσμο της εργασίας, ή με γονείς που έχουν ασταθή απασχόληση και χαμηλές αμοιβές. Η απουσία εργαζόμενου ενήλικα, ο οποίος θα αποτελούσε πρότυπο ενδέχεται να επηρεάσει τις επιδόσεις των παιδιών στην εκπαίδευση και στη μελλοντική αγορά εργασίας. Παράλληλα, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι παιδιά που μεγαλώνουν μέσα στη φτώχεια κινδυνεύουν να αποτελέσουν την επόμενη γενιά φτωχών και ανέργων.

Μια ομάδα που πλήττεται ιδιαίτερα από την κρίση είναι οι νέοι, καθώς φαίνεται ότι ένας στους δύο νέους είναι άνεργος ή και φτωχός, ενώ σε μεγαλύτερη συχνότητα εγκαταλείπουν τη γονική στέγη πολύ αργά, δηλαδή οι άνδρες στην ηλικία των 30 και οι γυναίκες στην ηλικία των 28 ετών. Η ανεργία ασκεί αναμφίβολα σημαντική επίδραση σε αυτήν την πρακτική, σε συνδυασμό όμως με άλλους παράγοντες, όπως είναι οι ισχυροί δεσμοί με την οικογένεια και η τακτική υλική και συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται από τους γονείς, καθώς και η παράταση της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Στο πλαίσιο αυτό, της χαμηλής χειραφέτησης και ενηλικίωσης, φαίνεται φυσιολογικό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων Ελλήνων δεν διαθέτει ένα σημαντικό κοινωνικό και πολιτισμικό κεφάλαιο, ενώ η συμμετοχή της «φωνής» τους στη δημόσια και την πολιτική ζωή είναι περιορισμένη.

Η άνοδος της ανεργίας και της χαμηλόμισθης εργασίας αφήνει ολοένα και περισσότερες οικογένειες χωρίς το μισθό του άνδρα-συζύγου ο οποίος βασικά συντηρούσε και κάλυπτε τις ανάγκες της οικογένειας. Έτσι, με ένα ελάχιστα αποτελεσματικό κοινωνικό κράτος, με κρίση και κατάρρευση των άτυπων δικτύων στήριξης, δηλαδή του μοντέλου πρόνοιας του ευρωπαϊκού νότου, ο κίνδυνος φτώχειας για τα ζευγάρια «με έναν εργαζόμενο» μεγαλώνει και μόνο τα ζευγάρια «διπλής σταδιοδρομίας», δηλαδή με δύο εργαζόμενους (two-breadwinner model) φαίνονται ικανά να προστατεύουν καλύτερα τα παιδιά από τη φτώχεια, αν και αυτό μπορεί να αμφισβητηθεί σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

5.4.1 Πολιτικές αντιμετώπισης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού-Προτάσεις

Καθώς κάθε νοικοκυριό έχει πλέον έναν ή και δυο ανέργους, η διευρυμένη οικογένεια και τα κυκλώματα αυτοβοήθειας, που λειτουργούσαν πριν την κρίση ως ισχυρό υποκατάστατο των ελλειμματικών κρατικών κοινωνικών παροχών, χάνουν τη δυναμική τους. Όταν όλες οι εναλλακτικές λύσεις για απασχόληση έχουν εξαντληθεί, οι συντάξεις και τα επιδόματα περικόπτονται, το δίκτυο αυτοβοήθειας είναι διάτρητο. Το κράτος αφενός επικρίνεται για την αποτυχία του να αντιμετωπίσει τον αυξανόμενο κίνδυνο εισοδηματικής φτώχειας, αφετέρου, οι κοινωνικές δαπάνες στα πλαίσια της φιλελεύθερης πολιτικής ενοχοποιούνται για την πίεση της οικονομικής ανάπτυξης. Τα ανεπαρκή επιδόματα ανεργίας βυθίζουν τους μακροχρόνια ανέργους στη φτώχεια, ενώ τα επιδόματα κοινωνικής βοήθειας εμφανίζονται ανέκιστα να μειώσουν τη φτώχεια.

Από την πλευρά της πολιτείας λίγα έχουν γίνει προς την κατεύθυνση να αξιολογηθούν σε βάθος οι επιπτώσεις των μέτρων του προγράμματος της τρόικας στη φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό. Για την αντιμετώπιση της φτώχειας οι δράσεις που έχουν πραγματοποιηθεί είναι:

- Έχει διευρυνθεί η βάση παροχής οικογενειακών επιδομάτων από το πρώτο παιδί και έχουν επαναχορηγηθεί τα επιδοματα τριτέκνων και

πολυτέκνων με βάσει εισοδηματικά κριτήρια. Ο συνολικός προϋπολογισμός είναι 765 εκατομμύρια ευρώ και έχουν ήδη καταβληθεί σε πάνω από 500.000 οικογένειες.

- Εντάχθηκαν στους παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς παιδιά από αδύναμες οικονομικά οικογένειες. Το 2011 επιδοτήθηκε η ένταξη 48.360 παιδιών και το 2012 η ένταξη 57.500. Το 2013 με τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν σε συνεργασία με συναρμόδια Υπουργεία εντάχθηκαν πάνω από 71.000 παιδιά.

- Δημιουργήθηκαν τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων γνωστά ως ΚΗΦΗ και τα Κέντρα Δημέρευσης Παιδιών ΑμεΑ. Η χρηματοδότησή τους διασφαλίστηκε από το ΕΣΠΑ.

- Ολοκληρώθηκε η μελέτη για την πιλοτική εφαρμογή του θεσμού του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος με στόχο την αντιμετώπιση της ακραίας φτώχειας. Με τον νόμο 4093 του 2012 θεσμοθετήθηκε η έννοια του «ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος» και προβλέπεται η πιλοτική εφαρμογή του το 2014 σε δύο περιοχές της χώρας με προϋπολογισμό 20 εκατομμύρια ευρώ, ενώ η καθολική εφαρμογή του προβλέπεται από 01/01/2015. Το πρόγραμμα θα απευθύνεται σε άτομα και οικογένειες που διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, παρέχοντας στους δικαιούχους ενίσχυση εισοδήματος συνδυαζόμενη με δράσεις κοινωνικής επανένταξης. Το πρόγραμμα θα λειτουργεί συμπληρωματικά με εφαρμοζόμενες πολιτικές για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι δικαιούχοι του «Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος» εκτός από την οικονομική παροχή, θα μπορούν να είναι δικαιούχοι ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης με βιβλιάριο ανασφάλιστου, ενώ οι ηλικιωμένοι και ΑμεΑ θα μπορούν να εντάσσονται στους ωφελούμενους προγραμμάτων όπως π.χ. του «Βοήθεια στο Σπίτι».

- Πρόκειται να τροποποιηθεί η διάταξη που έκοψε την προνοιακή σύνταξη των 360 ευρώ στους ανασφάλιστους υπερήλικους του ΟΓΑ,

πολίτες τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στη χώρα μας. Καθώς πολλοί, δεν κατάφεραν να αποδείξουν ότι μένουν νόμιμα στην Ελλάδα 20 χρόνια, η διοίκηση του ΟΓΑ, σε συνεργασία με το υπουργείο Εργασίας εξετάζουν τη σταδιακή αποκατάσταση των συγκεκριμένων ατόμων, μειώνοντας τον απαιτούμενο χρόνο παραμονής στην Ελλάδα σε 15ετία. Ένα από τα εξεταζόμενα σενάρια προβλέπει για το 2014 την καταβολή της μισής σύνταξης, ήτοι 180 ευρώ το μήνα, με διατήρηση των εισοδηματικών κριτηρίων και πλήρη αποκατάσταση το 2015.

- Με τροπολογία στη Βουλή, αποκαθίσταται η δυνατότητα καταβολής επιδόματος ανεργίας στους εποχικά εργαζόμενους και κυρίως στους οικοδόμους και τους εργαζόμενους στον τουρισμό–επισιτισμό.

- Το πρόγραμμα του Βοήθεια στο σπίτι συνεχίζεται και μάλιστα αναβαθμίζεται με την κατ' οίκον κοινωνική φροντίδα ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες για στήριξη 80.000 περίπου αδύναμων, ανασφάλιστων, ΑμΕΑ και ηλικιωμένων.

- Αλλάζει ο τρόπος έκδοσης βιβλιαρίων ανασφάλιστων, οικονομικά αδύνατων πολιτών για να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης και απλοποιούνται οι διαδικασίες με διαφάνεια και κανόνες.

- Δημιουργούνται Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας σε κάθε Περιφέρεια προκειμένου να αποτελέσουν τους δημόσιους πυλώνες της κοινωνικής φροντίδας.

- Το Υπουργείο Εργασίας σε συνεργασία με το Υπουργείο Ανάπτυξης προέβη σε ρύθμιση των στεγαστικών δανείων με επιδοτούμενο επιτόκιο που είχαν χορηγηθεί σε 100.000 δικαιούχους του τ. Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας. Με βάση την ρύθμιση αυτή οι Τράπεζες θα δέχονται επιμήκυνση των δανείων κατά μέγιστο 10 έτη, χωρίς να χάνεται η επιδότηση επιτοκίου. Έτσι θα επιτευχθεί μια σημαντική μείωση στη μηνιαία καταβαλλόμενη δόση

- Το Υπουργείο Οικονομικών χορηγεί ετήσια εισοδηματική ενίσχυση, ύψους 600 ευρώ για ετήσιο εισόδημα μέχρι 3.000 ευρώ και 300 ευρώ για ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 3.000 και 4.700 ευρώ σε οικογένειες που κατοικούν σε ορεινές ή μειονεκτικές περιοχές, συμπεριλαμβανομένων και των μονογονεϊκών.

- Επίσης, η παροχή του επιδόματος θέρμανσης προσαυξάνεται λόγω τέκνων και μειώνεται ο φόρος εισοδήματος για οικογένειες με χαμηλό εισόδημα.

- Στο πλαίσιο της φορολογικής πολιτικής για τη μικρότερη επιβάρυνση των οικογενειών με παιδιά εφαρμόζονται ευνοϊκές ρυθμίσεις στην καταβολή του Έκτακτου Ειδικού Τέλους Ακινήτων (μείωση συντελεστή ή απαλλαγή) για ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, στις οποίες περιλαμβάνονται τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται με φτώχεια και οι πολύτεκνοι, πέραν της γενικής μείωσης του τέλους κατά 15% για το σύνολο του πληθυσμού, σε σχέση με το προϊσχύον ΕΕΤΗΔΕ.

- Το Υπουργείο Εργασίας ενισχύει, με την ένταξη σε προγράμματα και δράσεις για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την κοινωνική φροντίδα, τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που είναι πιστοποιημένες και ενταγμένες στο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας.

Προκειμένου να υπάρξει ενιαίος σχεδιασμός και συντονισμένη δράση του Δημοσίου, των ΟΤΑ και της Κοινωνίας των Πολιτών στον ίδιο κοινωνικό χώρο θα θεσμοθετηθεί η Κοινωνική Σύμπραξη που θα δημιουργηθεί σε κάθε Δήμο ή σε συστάδα όμορων Δήμων όταν αυτοί είναι μικροί και θα κάνει πράξη την οριζόντια συνεργασία του Δημοσίου, των ΟΤΑ και της Κοινωνίας των Πολιτών που θα προωθήσει την Κοινωνική Ένταξη και το πρόγραμμα αντιμετώπισης της φτώχειας. Η Κοινωνική Σύμπραξη θα λειτουργεί βάσει πρωτοκόλλου που θα υπογράψουν όλοι οι φορείς Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, θα υποστηρίζεται διοικητικά και

επιστημονικά από το Δήμο αλλά και εθελοντές, προκειμένου να υλοποιήσει τον ενιαίο σχεδιασμό για την Κοινωνική Φροντίδα και Αλληλεγγύη».

Σημαντικές δράσεις κατά της φτώχειας πραγματοποιούνται στους δήμους της χώρας με προεξέχοντα το Δήμο Αθηναίων όπου το υποστηρικτικό δίκτυο του Κέντρου Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ) αποτελούν ο Κόμβος Αλληλοβοήθειας των Πολιτών, το Κέντρο Σίτισης, το Κοινωνικό Παντοπωλείο, το πρόγραμμα «Αλληλεγγύη στην Οικογένεια», το Υπνωτήριο Αστέγων στον Ξενώνα Φιλοξενίας στην Ομόνοια και οι δύο Ξενώνες Φιλοξενίας Αστέγων. Στις δομές παρέχεται υλική, κοινωνική και ψυχολογική στήριξη.

Επιπλέον, στη χώρα μας φαίνεται να υπάρχουν ισχυρά δίκτυα αλληλεγγύης, τα οποία όμως δεν είναι καταγεγραμμένα, αλλά έχουν λειτουργήσει αποτελεσματικά πριν και κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, στο πλαίσιο της συνεργασίας με Δήμους, και την Εκκλησία της Ελλάδος παρέχουν στα πολυιατρεία υπηρεσίες σε ανθρώπους που χρήζουν ιατρικής αντιμετώπισης και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες.

- Ο Φιλανθρωπικός Οργανισμός «Αποστολή» της Εκκλησίας της Ελλάδος παρέχει καθημερινά βοήθεια και υλική στήριξη για τη σίτιση των απόρων στο κέντρο σίτισης του Δήμου Αθηναίων και αναλαμβάνει δράσεις σε συνεργασία με άλλους φορείς και οργανώσεις για τη συγκέντρωση τροφίμων ειδών ρουχισμού και ειδών πρώτης ανάγκης σε όλες τις ελληνικές πόλεις. Μερίδες φαγητού δίνονται καθημερινά σε όλες τις μεγάλες πόλεις ανάλογα με τις δυνατότητες και τις ανάγκες κάθε ενορίας.

Στο πλαίσιο της διμερούς συνεργασίας υπουργείου Παιδείας και Αρχιεπισκοπής, ο Φιλανθρωπικός Οργανισμός «Αποστολή» θα αναλάβει τη χορήγηση 2.000 πακέτων με τρόφιμα για οικογένειες μαθητών στις κατά τόπους διευθύνσεις εκπαίδευσης του υπουργείου Παιδείας, οι οποίες με τη

σειρά τους θα τις διανείμουν στις δικαιούχες οικογένειες μέσω των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Με την κρίση, οι διαθέσιμοι πόροι για κοινωνική πολιτική περιορίζονται, όταν από την άλλη οι απαιτήσεις για κοινωνικό κράτος αυξάνονται, και η αποτελεσματικότητα του κοινωνικού κράτους αμφισβητείται ριζικά. Προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης του κοινωνικού δικτύου ασφαλείας θα μπορούσαν να υιοθετηθούν οι εξής πολιτικές:

- Η επέκταση του προνοιακού επιδόματος ανεργίας στους μακροχρόνια ανέργους καθώς και στους νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας αρκεί να έχουν χαμηλό εισόδημα. Σε αντάλλαγμα της επέκτασης αυτής πρέπει να τονωθεί ο ανταποδοτικός χαρακτήρας του τακτικού επιδόματος ανεργίας.

- η σύζευξη της επιδοματικής ενίσχυσης των ανέργων με ενεργητικές πολιτικές προώθησης της απασχόλησης.⁷⁹

- η ενοποίηση των επιδομάτων ΑΜΕΑ σε ένα ενιαίο επίδομα αναπηρίας το ύψος του οποίου θα είναι συνάρτηση των αναγκών κάθε μορφής αναπηρίας.⁸⁰

- η εξασφάλιση εγγυημένης πρόσβασης του κάθε πολίτη σε ένα σύνολο κοινωνικών δικαιωμάτων όπως η υγεία και η εκπαίδευση με επέκταση του δικαιώματος αυτού και σε μετανάστες που πληρούν ορισμένες βασικές προϋποθέσεις όπως η μακροχρόνια διαμονή στη χώρα.

- η θεσμοθέτηση ενός ενιαίου στεγαστικού επιδόματος για νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος που διαμένουν σε ενοικιαζόμενες κατοικίες, καθώς και η χορήγησή τους σε μη ανταποδοτική βάση ώστε να ωφελούνται και οι φτωχές οικογένειες. Το «ενιαίο στεγαστικό επίδομα» θα πρέπει να σχεδιαστεί ώστε το ύψος του να βασίζεται σε ένα «ενοίκιο αναφοράς», ανάλογα με την περιοχή, ώστε να αντιμετωπίζονται τα στρεβλά κίνητρα από ενοικιαστές και ιδιοκτήτες. Η χρηματοδότησή του θα διευκολυνόταν από τη

79 «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς»- Μάνος Ματσαγγάνης-Εκδόσεις Κριτική 2011

80 «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς»- Μάνος Ματσαγγάνης-Εκδόσεις Κριτική 2011

σταδιακή κατάργηση της φορολογικής ελάφρυνσης για τόκους στεγαστικού δανείου ενός μέτρου που ευνοεί τους πλουσίους πολύ περισσότερο από τους φτωχούς.⁸¹

- η εφαρμογή ενός εθνικού προγράμματος σχολικών γευμάτων το οποίο θα απευθύνεται σε όλα τα παιδιά σε όλα τα σχολεία θα είχε πολλαπλά οφέλη στην υγεία των μαθητών στην κοινωνική τους ένταξη και στη σχολική τους επίδοση. Εξαιτίας των περιορισμών της χρηματοδότησης και των αδυναμιών της δημόσιας διοίκησης το πρόγραμμα αναγκαστικά πρέπει να ξεκινήσει πιλοτικά από τις περιοχές και τα σχολεία που υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη και να επεκταθεί σταδιακά. Η χρηματοδότηση θα μπορούσε να προέλθει από δημόσιους πόρους εθνικούς και κοινοτικούς, από τα τροφεία των χρηστών υψηλότερου εισοδήματος (σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία οι μαθητές των οποίων οι γονείς είναι άνεργοι καθώς και οι οικογένειες που πληρούν τις προϋποθέσεις χορήγησης του νέου ενιαίου επιδόματος στήριξης τέκνων είναι λογικό να δικαιούνται δωρεάν σχολικά γεύματα), καθώς και από χορηγίες ιδιωτών. Είναι προφανές ότι θα πρέπει να αξιοποιηθεί κάθε δυνατότητα κοινοτικής συνδρομής, είτε στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ), είτε στο πλαίσιο ειδικών δράσεων για την κοινωνική συνοχή, είτε στο πλαίσιο της τεχνικής βοήθειας από την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα (Task Force). Παρόλα αυτά πρέπει να λυθούν θέματα που αφορούν στην κατανομή των αρμοδιοτήτων για την υλοποίηση ενός πιλοτικού προγράμματος σχολικών γευμάτων, το ρόλο που θα παίξουν άλλοι φορείς, όπως η Εκκλησία, τα κοινωφελή ιδρύματα, ο επιχειρηματικός τομέας οι εθελοντικές ομάδες κ.α. και το σημαντικότερο να εξευρεθούν οι αναγκαίοι πόροι.⁸²

- Απαιτούνται πολιτικές άμβλυνσης των εκπαιδευτικών ανισοτήτων, που μακροχρόνια οδηγούν στον περιορισμό των οικονομικών ανισοτήτων

81 «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς»- Μάνος Ματσαγγάνης-Εκδόσεις Κριτική 2011

82 Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής-Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ενημερωτικό Δελτίο 4/2013 «Σχολικά γεύματα στην Ελλάδα της Κρίσης»- Μάνος Ματσαγγάνης

και της φτώχειας. Η εκπαίδευση παραμένει διαχρονικά ως ο ισχυρότερος παράγοντας άμβλυνσης της οικονομικής ανισότητας και αποτροπής από καταστάσεις φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς οι εκπαιδευτικές ανισότητες είναι πολύ πιο στενά συνδεδεμένες με τις οικονομικές ανισότητες σε σχέση με άλλους παράγοντες. Η εκπαίδευση μπορεί από μόνη της να ερμηνεύσει σχεδόν το 1/4 της συνολικής ανισότητας και η πιθανότητα φτώχειας μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης.

- η διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης για κατηγορίες του πληθυσμού, όπως είναι παιδιά, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία.
- πολιτικές στήριξης της οικογένειας.
- η ενίσχυση του εθελοντισμού, και της συνεργασίας της πολιτείας με την κοινωνία των πολιτών και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Υπό το πρίσμα της τρέχουσας κοινωνικοοικονομικής συγκυρίας, είναι προφανής η σκοπιμότητα αναμόρφωσης του υφιστάμενου υπολειμματικού προνοιακού μοντέλου για την αντιμετώπιση δύο βασικών προκλήσεων: τη στόχευση των (περιορισμένων πλέον) δημόσιων πόρων σε ομάδες του πληθυσμού με αντικειμενικά προβλήματα συμμετοχής στον οικονομικό ιστό και την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης στα φτωχά άτομα και νοικοκυριά.

5.5 Οικονομική κρίση και επιδοματική πολιτική

Οι επιδοματικές πολιτικές στην Ελλάδα σχεδιάζονται και προωθούνται από δημόσιους φορείς, οι οποίοι υλοποιούν «κατηγοριακά προγράμματα» κάλυψης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στο πλαίσιο της προστασίας δικαιωμάτων που προβλέπονται στο Σύνταγμα και εξειδικεύονται από τη νομοθεσία. Οι φορείς του δημόσιου τομέα που παρεμβαίνουν οργανώνονται και λειτουργούν από διοικητική άποψη σε τρία επίπεδα: κεντρική διοίκηση, περιφερειακή αυτοδιοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση.⁸³

Στη χώρα μας φαίνεται ότι οι παροχές κοινωνικής πρόνοιας καταβάλλονταν και σε ανθρώπους που δεν είχαν ανάγκη, επειδή δεν υπήρχε σωστή στοχοθέτηση. Η απάτη και η κατάχρηση προκάλεσαν πρόσθετες σοβαρές ανησυχίες και δικαιολόγησαν την απόδοση μεγαλύτερης προσοχής στους μηχανισμούς πρόληψης, επαλήθευσης, ανίχνευσης, παρακολούθησης και ελέγχου.

Τα υφιστάμενα προγράμματα απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες στόχου (άτομα με αναπηρία, απροστάτευτα παιδιά, ανασφάλιστες μητέρες, ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι, παλιννοστούντες ομογενείς, άτομα σε κρίση, άνεργοι), και διαφοροποιούνται τόσο ως προς την ένταση όσο και την έκταση της προστασίας ανάλογα με τις ομάδες στις οποίες απευθύνονται. Τα επιδόματα χορηγούνται κυρίως από τον ΟΑΕΔ, από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας των Δήμων, από τον ΟΓΑ και από το Υπουργείο Οικονομικών και τα βασικότερα είναι:

Τακτική επιδότηση άνεργων: Για τον άνεργο που επιδοτείται για πρώτη φορά, ο ελάχιστος αριθμός ημερομισθίων που πρέπει να έχει συμπληρώσει για να δικαιούται να λάβει επίδομα είναι 80 κατ' έτος την τελευταία διετία πριν την υποβολή της αίτησης για την επιδότησή του, εκ των οποίων τα 125 ημερομίσθια πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί το τελευταίο 14μηνο χωρίς να υπολογίζονται οι δύο τελευταίοι πριν την απόλυση μήνες. Επίσης,

83 Δρ. Γαβριήλ Αμίτσης Δικηγόρος Αθηνών – Επίκουρος Καθηγητής Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλειας Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας ΑΤΕΙ Αθήνας-Ειδική συνεδρία διαρκούς επιτροπής κοινωνικών υποθέσεων -Βουλή των Ελλήνων-15/02/2012

επίδομα ανεργίας λαμβάνει και ο εργαζόμενος που κατά τα δύο έτη πριν την καταγγελία ή τη λήξη της σύμβασής του έχει πραγματοποιήσει 200 ημέρες εργασίας (χωρίς να υπολογίζονται οι δύο τελευταίοι μήνες) και όχι λιγότερες από 80 ημέρες εργασίας κάθε έτος. Κριτήρια εισοδήματος δεν εφαρμόζονται. Η μέγιστη διάρκεια επιδότησης είναι από πέντε έως δώδεκα μήνες ανάλογα με το ιστορικό ασφάλισης. Από 12.03.2012 το μηνιαίο επίδομα ανεργίας ανέρχεται στα 360,00 Ευρώ. Αν ο δικαιούχος άνεργος έχει προστατευόμενα μέλη οικογένειας το επίδομα προσ αυξάνεται για καθένα από αυτά κατά 10%.⁸⁴

Ειδικό βοήθημα μετά τη λήξη της επιδότησης λόγω ανεργίας:

Καταβάλλεται στους ανέργους, που δεν υπάγονται στις κατηγορίες του άρθρου 22 του Ν. 1836/89 (οικοδόμοι, λατόμοι, ασβεστοποιοί κ.λ.π), μετά τη λήξη της επιδότησης, λόγω ανεργίας εφ' όσον παραμείνουν για ένα μήνα ακόμη άνεργοι και εφόσον το εισόδημά τους δεν υπερβαίνει ένα καθορισμένο ποσό. Για το έτος 2013, το ποσό ανέρχεται στα 9.977,99 €. Το ποσό αυτό προσ αυξάνεται κατά 293,47 € κάθε ημερολογιακό έτος.⁸⁵

Βοήθημα ανεργίας ελευθέρων επαγγελματιών και αυτοτελώς απασχολούμενων: Προκειμένου να καταστεί κάποιος δικαιούχος του παρόντος βοηθήματος θα πρέπει να ήταν ελεύθερος επαγγελματίας ή αυτοτελώς απασχολούμενος και να ήταν ασφαλισμένος αποκλειστικά στους φορείς Ο.Α.Ε.Ε. ή Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε., και να διέκοψε αποδεδειγμένα το επάγγελμά του από την 1.1.2012 και έπειτα. Να έχει καταβάλει την από 1.1.2011 ειδική εισφορά υπέρ του Ειδικού Λογαριασμού Ανεργίας υπέρ των Αυτοτελώς και Ανεξαρτήτως Απασχολουμένων που έχει συσταθεί στον ΟΑΕΔ, να έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον 3έτη συνεχή ή διακεκομμένη ασφάλιση στον ασφαλιστικό φορέα που υπάγονταν (αποκλειστικά ΟΑΕΕ ή ΕΤΑΠ-ΜΜΕ) κατά τη διακοπή του επαγγέλματος, να μην αυτοαπασχολείται, να μην έχει αναλάβει μισθωτή εργασία, να μην λαμβάνει

84 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

85 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

σύνταξη για οποιαδήποτε αιτία από φορέα κύριας ασφάλισης, τον Ο.Γ.Α., το Ν.Α.Τ., ή του Δημόσιου, ή φορέα κύριας ασφάλισης της αλλοδαπής και να μην έχει υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση για οποιαδήποτε αιτία, σε οποιοδήποτε φορέα εντός ή εκτός Ελλάδος.⁸⁶

Ειδικό βοήθημα μετά από τρίμηνη παραμονή στα μητρώα ανεργίας του ΟΑΕΔ: Δικαιούχοι είναι οι άνεργοι που δεν έχουν προϋποθέσεις τακτικής επιδότησης, δεν υπάγονται στις κατηγορίες του άρθρου 22 του Ν. 1836/89 (οικοδόμοι, λατόμοι, ασβεστοποιοί κ.λ.π) και παραμένουν γραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ για τρεις μήνες. Προϋπόθεση για να λάβουν το βοήθημα είναι να έχουν πραγματοποιήσει 60 τουλάχιστον ημερομίσθια κατά τη διάρκεια του έτους που προηγείται της εγγραφής τους στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ και το εισόδημά τους να μην υπερβαίνει ένα καθορισμένο ποσό. Για το έτος 2013 το ποσό αυτό ανέρχεται στα 9.977,99 €. Το ποσό αυτό προσαυξάνεται κατά 293,47 € κάθε ημερολογιακό έτος. Το επίδομα είναι ίσο προς 15 βασικά ημερήσια επιδόματα ανεργίας και καταβάλλεται ανά τρίμηνο σε τρεις συνολικά δόσεις μέσα στο ίδιο έτος.⁸⁷

Επίδομα μακροχρόνια ανέργων: Ο ΟΑΕΔ χορηγεί σε μακροχρόνια ανέργους, ηλικίας 45-65 ετών, με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (πραγματικό ή τεκμαρτό) μικρότερο των 12.000 ευρώ που παραμένουν επί 12 μήνες (χωρίς διακοπή) εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ και παράλληλα έχουν εξαντλήσει στο παρελθόν τη 12μηνη επιδότηση ανεργίας, επίδομα μακροχρόνια ανέργων. Το μηνιαίο επίδομα ανέρχεται στα 200 ευρώ και καταβάλλεται για διάστημα όχι μεγαλύτερο των 12 μηνών. Εάν ο μακροχρόνια άνεργος έχει προστατευόμενο ανήλικο παιδί, το ανώτατο όριο ετήσιου εισοδήματός του, που απαιτείται προκειμένου να λάβει το επίδομα προσαυξάνεται κατά 587 ευρώ (για κάθε ανήλικο τέκνο). Το επίδομα αυτό δεν επιδέχεται προσαυξήσεις, είναι προσωποπαγές και δεν μεταβιβάζεται. Για να εισπράξει ο άνεργος το επίδομα πρέπει να έχει

86 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

87 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

εξαντλήσει κατά το παρελθόν την 12μηνη τακτική επιδότηση ανεργίας ακόμη και αν την έχει λάβει τμηματικά (δηλ. με αναστολές και συνεχίσεις). Όταν υποβάλουν την αίτηση για το επίδομα μακροχρόνια ανέργου πρέπει επίσης να έχουν παραμείνει κατά τους 12 τελευταίους μήνες αδιαλείπτως εγγεγραμμένοι στα μητρώα ανέργων του ΟΑΕΔ.⁸⁸

Εποχικό Επίδομα: Ορισμένες επαγγελματικές δραστηριότητες δεν μπορούν να ασκηθούν όλη τη διάρκεια του έτους. Για τους εργαζόμενους στις επαγγελματικές αυτές κατηγορίες που χαρακτηρίζονται από «εποχικότητα» της απασχόλησης έχει καθιερωθεί το ειδικό εποχικό βοήθημα που καταβάλλεται από τον ΟΑΕΔ ως βοήθημα για το διάστημα που δεν μπορούν να ασκούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Η καταβολή του βοηθήματος γίνεται σε ετήσια βάση και το ύψος του εξαρτάται από τον επαγγελματικό κλάδο στον οποίο ανήκει ο δικαιούχος. Τα εποχικά επαγγέλματα είναι αυτά που προσδιορίζονται αναλυτικά στο άρθρο 22 του Ν. 1836/89 (οικοδόμοι, καπνεργάτες, ηθοποιοί, κεραμοποιοί, δασεργάτες, μουσικοί, κ.τ.λ.). Οι εποχικά εργαζόμενοι πρέπει να είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, και να παρέχουν την εργασία τους στην Ελλάδα.⁸⁹

Ειδικό Επίδομα σε Αποφυλακισμένους: Το βοήθημα μπορούν να λάβουν από τον ΟΑΕΔ αποφυλακισμένοι, εφ' όσον δεν είναι υπότροποι, μέσα σε τρεις μήνες από την αποφυλάκισή τους και εφόσον διαθέτουν ευνοϊκή έκθεση της Κοινωνικής Υπηρεσίας της φυλακής. Το ύψος του βοηθήματος ανέρχεται σε 15 βασικά ημερήσια επιδόματα ανεργίας.⁹⁰

Επίδομα Στράτευσης: Από τον ΟΑΕΔ καταβάλλεται επίδομα σε όσους υπηρέτησαν παρατεταμένη θητεία, ή κλήθηκαν για μετεκπαίδευση στις ένοπλες δυνάμεις. Η είσπραξη του επιδόματος γίνεται μέχρι τρεις μήνες από την απόλυση των δικαιούχων από το στρατό. Οι δικαιούχοι πρέπει κατά το έτος πριν την κατάταξή τους ή κατά το τελευταίο 15μηνο πριν τη χορήγηση

88 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

89 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

90 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

του επιδόματος να είχαν πραγματοποιήσει 150 ημερομίσθια, χωρίς σε αυτά να υπολογίζονται τα ημερομίσθια των 3 τελευταίων μηνών.⁹¹

Ειδικό βοήθημα σε Παλινοστούντες: Οι Έλληνες (πολιτικοί πρόσφυγες), που επαναπατρίζονται για μόνιμη εγκατάσταση στην Ελλάδα, εφόσον είναι άνεργοι, γραμμένοι στα μητρώα του Ο.Α.Ε.Δ. του τόπου κατοικίας τους δικαιούνται να λάβουν το ειδικό βοήθημα για παλινοστούντες. Το βοήθημα σε παλινοστούντες είναι ίσο προς 25 ημερήσια επιδόματα ανεργίας. Καταβάλλεται σε τρεις δόσεις. Το βοήθημα καταβάλλεται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία 30 μηνών από τον επαναπατρισμό των δικαιούχων.⁹²

Οικογενειακό Επίδομα: Το οικογενειακό επίδομα χορηγείται μέσω του ΟΑΕΔ στους ημερομίσθιους που παρέχουν εξαρτημένη εργασία με σχέση ιδιωτικού δικαίου σε οποιονδήποτε εργοδότη της χώρας, στους αμειβόμενους με μηναίο μισθό που είτε δεν δικαιούνται οικογενειακό επίδομα από τον εργοδότη τους βάσει Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας, Νόμου Κανονισμού Επιχείρησης ή άλλων διατάξεων, είτε δικαιούνται από τον εργοδότη τους ποσό επιδόματος ίσο ή μικρότερο από εκείνο που χορηγεί ο ΔΛΟΕΜ για τον ίδιο αριθμό παιδιών. Το οικογενειακό επίδομα καταβάλλεται όταν ο εργαζόμενος έχει: ανήλικα παιδιά ή παιδιά ηλικίας μέχρι 22 ετών που σπουδάζουν ή παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας αν είναι ανίκανα για εργασία, εφόσον είναι άγαμα και διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα ή σε χώρα μέλος της ΕΕ. Το οικογενειακό επίδομα εισπράττει μόνον ο ένας εκ των δύο γονέων εφόσον τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις.⁹³

Ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων: Το ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων θεσπίστηκε για πρώτη φορά με το Ν. 4093/2012 και αφορά στην επιδότηση οικογενειών από το πρώτο παιδί. Το ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων καταβάλλεται από τον ΟΓΑ λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των

91 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

92 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

93 http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

εξαρτώμενων τέκνων, την κλίμακα ισοδυναμίας, το ισοδύναμο εισόδημα και την εισοδηματική κατηγορία. Ως κλίμακα ισοδυναμίας ορίζεται το σταθμισμένο άθροισμα των μελών της οικογένειας. Ως ισοδύναμο εισόδημα ορίζεται το καθαρό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (φορολογητέο εισόδημα) διαιρεμένο με την κλίμακα ισοδυναμίας. Το ενιαίο επίδομα στήριξης τέκνων καθορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των εξαρτώμενων τέκνων σε 40 ευρώ ανά μήνα για κάθε εξαρτώμενο τέκνο. Για την καταβολή του επιδόματος, προβλέπονται εισοδηματικά κριτήρια.⁹⁴

Από 1/11/2012 καταργήθηκαν α) το επίδομα τρίτου παιδιού (177 ευρώ/μήνα), το οποίο καταβαλλόταν για το τρίτο παιδί μέχρι τη συμπλήρωση του 6ου έτους της ηλικίας του. β) Η ισόβια σύνταξη πολύτεκνης μητέρας (102 ευρώ/μήνα) και γ) η εφάπαξ παροχή των 2.000 , η οποία καταβαλλόταν για τη γέννηση κάθε παιδιού από το τρίτο παιδί και μετά.

Ειδικό Επίδομα σε Τρίτεκνες και Πολύτεκνες Οικογένειες: Με το νόμο 4141/2013 θεσπίστηκε ειδικό επίδομα σε τρίτεκνες και πολύτεκνες οικογένειες. Καταβάλλεται από τον ΟΓΑ ειδικά στις οικογένειες με τρία και άνω εξαρτώμενα τέκνα ειδικό επίδομα τριτέκνων και πολυτέκνων, το οποίο ορίζεται σε πεντακόσια (500) ευρώ κατ' έτος για κάθε τέκνο, εφόσον «το συνολικό οικογενειακό εισόδημα» είναι μέχρι σαράντα πέντε χιλιάδες (45.000) ευρώ για τις τρίτεκνες οικογένειες. Το ως άνω όριο οικογενειακού εισοδήματος προσαυξάνεται κατά τρεις χιλιάδες (3.000) ευρώ για τις τετράτεκνες οικογένειες και κατά τέσσερις χιλιάδες (4.000) ευρώ για κάθε επιπλέον τέκνο για τις οικογένειες με περισσότερα των τεσσάρων τέκνα.⁹⁵

Επίδομα απροστάτευτου παιδιού: Το επίδομα απροστάτευτου παιδιού χορηγείται μηνιαίως από τις υπηρεσίες πρόνοιας των Δήμων σε παιδιά μέχρι 16 ετών που ζουν με την οικογένειά τους και στερούνται πατρικής προστασίας λόγω: θανάτου, αναπηρίας (67% και άνω), εισαγωγή του

94 http://www.oga.gr/attach/N_4093-2012-1A2.pdf

95 http://www.oga.gr/attach/N_4093-2012-1A2.pdf

πατέρα σε ειδικό ίδρυμα ψυχικών και διανοητικά πασχόντων ατόμων ή σε θεραπευτήρια, εγκατάλειψης, φυλάκισης πέραν των τριών μηνών, στράτευσης ή παιδιά εκτός γάμου. Το οικογενειακό εισόδημα δεν θα πρέπει να υπερβαίνει για οικογένεια μέχρι τριών μελών το ποσό των 234,78€ το μήνα που αυξάνεται για κάθε επιπλέον μέλος κατά 20,54€ και γενικώς να μην υπερβαίνει το όριο που καθορίζεται κάθε φορά με προεδρικό διάταγμα.

Επίδομα στεγαστικής συνδρομής: Η στεγαστική συνδρομή χορηγείται από τις υπηρεσίες πρόνοιας των δήμων σε ανασφάλιστα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα 65 χρονών και πάνω και σε ανασφάλιστα ζεύγη, εφόσον α) στερούνται ιδιόκτητης στέγης και διαμένουν σε μισθωμένο οίκημα β) συντρέχει περίπτωση οικονομικής αδυναμίας κατά την έννοια των διατάξεων του Ν.Δ. 57/73 και δεν διαθέτουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή προερχόμενο της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή ακίνητα περιουσιακά στοιχεία ικανά να του παρέχουν την δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών δαπανών γ) για τα ανασφάλιστα ζεύγη θα πρέπει οι δυο σύζυγοι να είναι ανασφάλιστοι, και ο ένας τουλάχιστον να έχει συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας του δ) η στεγαστική συνδρομή καταβάλλεται απευθείας στον ιδιοκτήτη του ακινήτου και όχι στον άστεγο ηλικιωμένο.

Επίδομα καυσίμων: Το επίδομα καυσίμων χορηγείται από τις υπηρεσίες πρόνοιας των δήμων σε πάσχοντες από πλήρη παράλυση των κάτω άκρων ή ακρωτηριασμό και των δύο κάτω άκρων ή παράλυση των κάτω άκρων με ποσοστό αναπηρίας άνω του 80% και οι οποίοι κατέχουν αναπηρικό αυτοκίνητο (Κ.Υ.Α 849/15-3-48 Ν 2345/95 άρθρο 4 παρ. 5)

Επιδόματα ΑΜΕΑ: Τα επιδόματα ΑΜΕΑ χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και καταβάλλονται από τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων. Στο παρελθόν η χορήγηση πολλών από αυτά τα επιδόματα υπόκειτο σε εισοδηματικές προϋποθέσεις, όμως η υπουργική απόφαση που εκδόθηκε στις αρχές του 1989 κατάργησε όλους τους εισοδηματικούς ελέγχους για τη χορήγηση των επιδομάτων ΑΜΕΑ. Παρότι η χορήγηση των

επιδομάτων δεν υπόκειται σε εισοδηματική κριτήρια πολλά από αυτά υπακούουν σε μια λογική επικουρικότητας αφού μειώνονται ή παύουν να χορηγούνται σε περίπτωση που ο αποδέκτης, εργάζεται είναι συνταξιούχος κύριας ασφάλισης ή λαμβάνει αναπηρική σύνταξη. Τα επιδόματα αναπηρίας είναι εξαιρετικά ετερογενή. Προβλέπονται δέκα κατηγορίες επιδομάτων με είκοσι δύο διαφορετικές υποκατηγορίες. Οι δικαιούχοι με την πρόσφατη καταγραφή έφτασαν τα 204.000 άτομα.

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης αφορά σε 2,55 εκατομμύρια Έλληνες και κυμαίνεται από 300 έως 1.300 ευρώ. Αφορά α) σε οικογένειες με εισοδήματα τα οποία προέρχονται από μισθούς και αγροτικά επαγγέλματα β) Συνταξιούχους που λαμβάνουν σύνταξη από τον ΟΓΑ γ) Συνταξιούχους δικαιούχοι του ΕΚΑΣ δ) Χαμηλοσυνταξιούχους που λαμβάνουν σύνταξη χηρείας, γήρατος, αναπηρίας κλπ και δεν λαμβάνουν ΕΚΑΣ ε) Άτομα με ειδικές ανάγκες που λαμβάνουν προνοιακά επιδόματα στ) Νεφροπαθείς που λαμβάνουν διατροφικό επίδομα ζ) Απροστάτευτα παιδιά του νόμου 4051/1960 και του ΠΔ 108/83 η) Οικονομικά αδύνατοι (άποροι) δικαιούχοι βιβλιαρίου ανασφάλιστου του ν.δ 57/1973 θ) Άνεργοι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ. Για να λάβουν το επίδομα οι δικαιούχοι πρέπει να πληρούν εισοδηματικά κριτήρια.

Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων: Το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης συνταξιούχων (ΕΚΑΣ) καταβάλλεται από 1.1.2011 στους δικαιούχους σύνταξης γήρατος, αναπηρίας και θανάτου, των οργανισμών κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, πλην ΟΓΑ, καθώς και του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ), από τους φορείς από τους οποίους συνταξιοδοτούνται, εφόσον πληρούν αθροιστικά εισοδηματικές προϋποθέσεις που αφορούν τον έλεγχο τριών μεγεθών του ατομικού εισοδήματος από συντάξεις και εργασία του συνολικού ατομικού εισοδήματος και του συνολικού

οικογενειακού εισοδήματος. Το πλήρες ποσό ΕΚΑΣ χορηγείται σε όσους πληρούν και τα τρία κριτήρια μετά τα 65 έτη .

Φοιτητικό στεγαστικό επίδομα: Το φοιτητικό στεγαστικό επίδομα χορηγείται από τις εφορίες σε οικογένειες με παιδιά σπουδαστές σε άλλη πόλη από αυτή που κατοικούν οι γονείς τους. Για τη χορήγηση του εν λόγω επιδόματος θα πρέπει το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα του προηγούμενου οικονομικού έτους να μην υπερβαίνει το ποσό των τριάντα χιλιάδων (30.000) ευρώ προσαυξανόμενο κατά τρεις χιλιάδες (3.000) ευρώ για κάθε προστατευόμενο παιδί πέραν του ενός.

Επίδομα πετρελαίου θέρμανσης: Για κάθε κατοικία χορηγείται επίδομα για τα πρώτα 120 τετραγωνικά, ενώ για κάθε λίτρο κατανάλωσης πετρελαίου εσωτερικής καύσης θέρμανσης, χορηγείται ποσό επιδόματος 0,35 ευρώ. Η Ελληνική Επικράτεια κατανέμεται σε τέσσερις κλιματικές ζώνες. Το επίδομα θα χορηγείται σε φυσικά πρόσωπα άγαμα ή έγγαμα ή εν διαστάσει για τα ακίνητα που χρησιμοποιούν ως κύρια κατοικία κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, είτε αυτά μισθώνονται είτε είναι δωρεάν παραχωρούμενα ή ιδιοκατοικούνται, εφόσον πληρούν εισοδηματικά κριτήρια.

Από επιχειρησιακή άποψη, το κυριότερο «εσωτερικό μειονέκτημα» της επιλογής των κατηγοριακών προγραμμάτων εντοπίζεται στη διαιώνιση των ανισοτήτων μεταξύ των ομάδων στόχου, αφού κάθε πρόγραμμα προβλέπει:

- διαφορετικές προϋποθέσεις για τη θεμελίωση δικαιώματος σε παροχές,
- διαφορετικές προϋποθέσεις για τη χορήγηση των παροχών,
- διαφορετικές τεχνικές υπολογισμού του ύψους των παροχών,
- διαφορετικούς μηχανισμούς αναπροσαρμογής του ύψους των παροχών.

5.5.1 Πολιτικές-Προτάσεις:

Στην Ελλάδα είχε στηθεί εδώ και δεκαετίες μια ανθηρή «βιομηχανία» χορήγησης πιστοποιητικών αναπηρίας και προνοιακών επιδομάτων από δημόσιους λειτουργούς είτε για λόγους κερδοσκοπικούς είτε στο πλαίσιο του «πελατειακού κράτους» σε απόλυτα υγιείς «δικαιούχους». Την ίδια στιγμή, με πολύ αργούς ρυθμούς γίνεται η επαναξιολόγηση από τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας, των δικαιούχων αναπηρικής σύνταξης, ως αποτέλεσμα της υποστελέχωσης των Κέντρων.

Αποκαλυπτικά ήταν τα αποτελέσματα της απογραφής των δικαιούχων προνοιακών επιδομάτων που διενήργησε το υπουργείο Υγείας στις αρχές του 2012, κατά τη διάρκεια της οποίας ένας στους έξι δικαιούχους ούτε καν εμφανίστηκε, καθώς επρόκειτο είτε για «διπλοεγγραφές», είτε για άτομα που καταφανώς δεν έπρεπε να λαμβάνουν επίδομα. Ειδικότερα, από τους 240.292 δικαιούχους-εγγεγραμμένους το 2011 στις νομαρχίες απεγράφησαν 203.998, δηλαδή 36.294 λιγότεροι. Η εξαίρεση όσων δεν εμφανίστηκαν στην απογραφή από τη χορήγηση επιδόματος σήμαινε για το ελληνικό Δημόσιο εξοικονόμηση περίπου 110 εκατ. ευρώ ετησίως. Η απογραφή προέβλεπε και δεύτερο σκέλος με στοχευμένους ελέγχους σε περιοχές όπου τα ποσοστά όσων λαμβάνουν επιδόματα για συγκεκριμένες κατηγορίες εμφανίζονταν αδικαιολόγητα υψηλά. Μάλιστα, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του πρώην υφυπουργού Υγείας Μάρκου Μπόλαρη που υλοποίησε το σχέδιο, με τη δεύτερη φάση της απογραφής θα προέκυπτε ότι ο αριθμός των ατόμων που ελάμβαναν επίδομα χωρίς να το δικαιούνται δεν είναι ένας στους έξι, αλλά ένας στους τρεις.

Προς τη σωστή κατεύθυνση είναι το γεγονός ότι από την 1-1-2015 θα ξεκινήσει η εφαρμογή του προγράμματος ενοποίησης των κοινωνικών επιδομάτων με φορέα υλοποίησης τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), ενώ θα τηρηθεί ενιαίο Εθνικό Μητρώο δικαιούχων κοινωνικών και προνοιακών επιδομάτων. Στο μητρώο αυτό θα καταχωρούνται οι δικαιούχοι του επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης, του επιδόματος απόλυτης αναπηρίας, της σύνταξης

ανασφαλιστών υπερηλίκων, της προνοιακής σύνταξης, του επιδόματος ανεργίας, του επιδόματος στήριξης ειδικών κατηγοριών ανέργων, των οικογενειακών επιδομάτων του ΟΑΕΔ και των επιδομάτων μητρότητας, των οικογενειακών επιδομάτων σε πολύτεκνες και τρίτεκνες οικογένειες και της εφάπαξ παροχής, των επιδομάτων ασθενείας, των επιδομάτων ατόμων με αναπηρίες, του επιδόματος ενοικίου, των οικογενειακών επιδομάτων από το δημόσιο και των οικογενειακών επιδομάτων συνταξιούχων από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Οι έλεγχοι πιστοποίησης των προϋποθέσεων όσων λαμβάνουν επιδόματα θα πρέπει να είναι εντατικοί και συνεχείς, ώστε να εξοικονομηθούν πόροι οι οποίοι θα διοχετευτούν στους πραγματικούς δικαιούχους. Ιδιαίτερα στα επιδόματα ΑΜΕΑ πρέπει να επιταχυνθούν οι διαδικασίες επανελέγχου από τα ΚΕΠΑ όλων όσων λαμβάνουν προνοιακά επιδόματα καθώς όσοι έχουν πραγματικά ειδικές ανάγκες να μπορούν να τις υποστηρίξουν οικονομικά με την βοήθεια των επιδομάτων.

Επίσης πρέπει όλα τα επιδόματα προνοιακά ή κοινωνικά να δίνονται με εισοδηματικά κριτήρια, καθώς το σύστημα κοινωνικής προστασίας αδυνατεί να στηρίζει αποτελεσματικά τις διευρυνόμενες, λόγω και της παρατεταμένης ύφεσης, ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και με δεδομένα αφενός την πρόβλεψη ότι «η ανάπτυξη δεν αναμένεται να ξεκινήσει παρά μόνο στα τέλη του 2014» και «τις δημοσιονομικές απαιτήσεις για περιορισμό στο 1,5% του ΑΕΠ, από το 5,6%».

Για τα επιδόματα αναπηρίας εκτός από τα εισοδηματικά κριτήρια θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ικανότητα προς εργασία (η αδυναμία προς εργασία να πιστοποιείται από επαρκείς εξετάσεις υγείας). Τα επιδόματα αναπηρίας καλύπτουν 500.000 δικαιούχους (μόνο ως αναπλήρωση κύριου εισοδήματος) και μόνο οι μισοί δικαιούχοι έχουν δηλώσει ότι έχουν μειωμένη ικανότητα να εκτελούν δραστηριότητες, ενώ το μέσο εισόδημά σε επίπεδο νοικοκυριού ανερχόταν σε 7.300 ευρώ το 2009. Επιπλέον, τα επιδόματα αναπηρίας είναι περίπλοκα και

αναποτελεσματικά, έχουν σχετικά ευρεία κάλυψη αρκετές κατηγορίες αναπήρων, διαφορετικά προγράμματα βοήθειας και δαπάνη που αυξάνεται σταθερά. Η έκθεση του ΟΟΣΑ διαπιστώνει, ότι, «περίπου οι μισοί από αυτούς που δηλώνουν ανάπηροι λαμβάνουν επίδομα στην Ελλάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 35% στη Γαλλία, και σε 26% στην Πορτογαλία».

5.6 Οικονομική κρίση απασχόληση και μισθοί

Η αγορά εργασίας είναι άμεσα εξαρτώμενη με το οικονομικό περιβάλλον. Η ελληνική οικονομία διέρχεται το πέμπτο συνεχές έτος ύφεσης, αντιμετωπίζοντας προβλήματα χρέους και ελλειμμάτων αλλά και σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα. Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης αλλά και των υφιστάμενων πολιτικών για την αναχαίτισή της αποτυπώνονται σε πολλούς τομείς της κοινωνικής ζωής. Ο τομέας της αγοράς εργασίας είναι ίσως από τους πρώτους τομείς στους οποίους φαίνονται εντονότατα οι επιπτώσεις αυτές, καθότι η οικονομία και η αγορά εργασίας αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος σε μια κοινωνία.

Η ανεργία είναι η πιο δραματική εκδήλωση της οικονομικής ύφεσης και η πιο άμεση αιτία μείωσης των οικογενειακών εισοδημάτων. Η μείωση ζήτησης για εργασία εκ μέρους των επιχειρήσεων λόγω της ύφεσης ασκεί μια «επίδραση ποσότητας», μείωση των ωρών εργασίας ή και του αριθμού των απασχολούμενων, μια «επίδραση τιμής», μείωση της αμοιβής εργασίας ή κάποιο συνδυασμό και των δυο. Μεταξύ των επιδράσεων «τιμής» και «ποσότητας» παρατηρείται μια σχέση αντίστροφης αναλογίας. Στην Ελλάδα η «επίδραση ποσότητας» πήρε τη μορφή της απώλειας θέσεων εργασίας ενώ η «επίδραση τιμής» τη μείωση των πραγματικών μισθών.⁹⁶

Πριν την υπογραφή του πρώτου Μνημονίου τον Μάιο του 2010, οπότε και ξεκίνησε η αναδιάρθρωση της αγοράς εργασίας, η ελληνική αγορά εργασίας χαρακτηρίζονταν από ακαμψία και υψηλό κόστος εργασίας σε σχέση με την παραγωγικότητα. Ο βαθμός ακαμψίας της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα αποτυπώνονταν στους αντίστοιχους δείκτες που καταρτίζει ο ΟΟΣΑ. Οι δείκτες αυτοί ποσοτικοποιούν και καθιστούν συγκρίσιμες ανά χώρα τις επιπτώσεις της νομοθεσίας για τις μαζικές απολύσεις, την μερική απασχόληση και την προστασία από απόλυση. Στο τέλος, διαμορφώνεται ένας σταθμικός μέσος, ο συνολικός δείκτης προστασίας της εργασίας σε

⁹⁶ «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς»- Μάνος Ματσαγγάνης-Εκδόσεις Κριτική 2011

κάθε χώρα. Η Ελλάδα είχε μία από τις πιο άκαμπτες αγορές εργασίες ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Οι αλλαγές που επήλθαν στο δημόσιο τομέα ήταν ο προπομπός αυτών που θα ακολουθούσαν στον ιδιωτικό τομέα και οι οποίες ήταν σαρωτικές. Οι αλλαγές αυτές, ως προς το περιεχόμενό τους, δεν συνιστούν καινοτομία στον ευρωπαϊκό χώρο αφού συναντώνται διάσπαρτες σε μεγάλο αριθμό επιμέρους χωρών (Esping-Andersen G. 2000, Γ. Κουζής 2001, Α. Μοσχονάς, Σ. Κονιόρδος 2004, European Commission 2012, INE/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 2011). Ωστόσο, καινοτομία αποτελεί το γεγονός ότι τέτοιας ποσότητας και περιεχομένου μέτρα λαμβάνονται σε ένα τόσο σύντομο χρονικό διάστημα.⁹⁷

5.6.1 Οι εργασιακές και μισθολογικές αλλαγές στο δημόσιο τομέα:

Ο δημόσιος τομέας, εκτός από την κακόβουλη απαξίωση που δέχεται, παράλληλα με την εύλογη αποσιώπηση των αιτιών των παθογενειών του, έχει υποστεί σοβαρές απώλειες στο επίπεδο της απασχόλησης, των αμοιβών και των ευρύτερων εργασιακών δικαιωμάτων υπό την επίκληση της μείωσης των δημοσίων ελλειμμάτων.

Στο δημόσιο τομέα οι απώλειες θέσεων εργασίας αφορούσαν μέχρι τώρα συμβάσεις ορισμένου χρόνου, ενώ έχει ληφθεί απόφαση για απόλυση 4.000 δημοσίων υπαλλήλων μέχρι το τέλος του 2013 και άλλων 15.000 δημοσίων υπαλλήλων έως το τέλος του 2014. Οι απολύσεις αυτές δεν θα αφορούν μόνο τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, αλλά και το στενό δημόσιο τομέα μέσω προγραμμάτων διαθεσιμότητας και κινητικότητας και μέσω καταργήσεων και συγχωνεύσεων οργανισμό και φορέων. Οι καταργήσεις-συγχωνεύσεις των φορέων και οργανισμών εντάσσονται στα μεταρρυθμιστικά μέτρα που προωθούνται στον δημόσιο τομέα, με κεντρικό στόχο αφενός την ορθολογική αναδιάρθρωσή του και αφετέρου τη μη επιβάρυνση του προϋπολογισμού με τα έξοδα λειτουργίας υπηρεσιών και

⁹⁷ «Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση». Ετήσια Έκθεση 2013. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ 8/2013

φορέων που δεν εξυπηρετούν πλέον το δημόσιο συμφέρον. Θα πραγματοποιηθούν με βάση τους νόμους 3895/2010, 4002/2011 και 4109/2013.

Μετά από πέντε χρόνια μείωσης του προσωπικού του δημοσίου, μέσω του κανόνα πρόσληψης «1 προς 10» για το μόνιμο προσωπικό και μέσω της μη ανανέωσης πολλών συμβάσεων για το προσωπικό ορισμένου χρόνου ο δημόσιος τομέας έχει συρρικνωθεί σήμερα σημαντικά σε σχέση με το τέλος του 2009. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της απογραφής της 30ης Νοεμβρίου 2013, ο συνολικός αριθμός των δημοσίων υπαλλήλων ήταν 681.392, από τους οποίους τακτικό προσωπικό ήταν 603.355. Ο αντίστοιχος συνολικός αριθμός απασχολούμενων στο δημόσιο, στο τέλος του 2009, ήταν περίπου 913.000 υπάλληλοι. Με άλλα λόγια, ο μνημονιακός στόχος της μείωσης του τακτικού προσωπικού κατά 150.000 μέσα σε πέντε χρόνια ως το τέλος του 2015 θα έχει επιτευχθεί όπως φαίνεται και πριν από την καταληκτική ημερομηνία της 31ης Δεκεμβρίου 2015.

Η επίδραση της κρίσης στην αγορά εργασίας πήρε και τη μορφή της μείωσης των μισθών και στο δημόσιο τομέα. Η δαπάνη μισθοδοσίας για το Δημόσιο έχει μειωθεί, από τα 24 δισεκατομμύρια ευρώ στα 15,9 στο τέλος του 2013. Οι δημόσιοι υπάλληλοι τη διετία 2009-2011 έχασαν από τους μισθούς τους ό,τι είχαν κερδίσει από το 1990 και μετά. Καταργήθηκαν σταδιακά τα δώρα Χριστουγέννων και Πάσχα και το επίδομα αδειάς, ενώ με το ενιαίο μισθολόγιο (Ν.4024/2011) κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το επίπεδο σπουδών τους και τα χρόνια προϋπηρεσίας και έτσι όπου και αν υπηρετούν λαμβάνουν τον ίδιο μισθό που στη συντριπτική πλειοψηφία είναι λιγότερος από αυτόν που λάμβαναν και φθάνει έως και το 50% αυτού.

Για το 2014 ο υπουργός Διοικητικής Μεταρρύθμισης κ. Κυριάκος Μητσοτάκης προανήγγειλε δράσεις πάνω σε τρεις πυλώνες: α) Ολοκλήρωση αξιολόγησης δομών όλου του δημοσίου, με έμφαση στα υπουργεία, β) Επαναξιολόγηση του προϊόντος που παράγει κάθε δημόσια

διαδικασία και γ) Εφαρμογή σύγχρονης στρατηγικής διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων.

Με την δημιουργία όρων κοινωνικού αυτοματισμού ανάμεσα στους εργαζόμενους μεθοδεύτηκε, διαμέσου των παρεμβάσεων στο εργασιακό καθεστώς του δημόσιου τομέα, η γενικότερη υποβάθμιση των όρων εργασίας. Έτσι, λοιπόν, οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα όχι μόνο στερούνται των όποιων συγκριτικών αναφορών για τη διεκδίκηση της βελτίωσης της θέσης τους και της σύγκλισης με τους συναδέλφους τους στο Δημόσιο με όρους γενικής αναβάθμισης, αλλά αντίθετα, κλήθηκαν να αποδεχθούν και περαιτέρω υποβαθμίσεις, όταν το θεσμικά περισσότερο προστατευμένο εργασιακό καθεστώς, με τα υψηλά ποσοστά συνδικαλισμού του δημόσιου τομέα έχει υποστεί πρωτοφανή και ραγδαία υποχώρηση.⁹⁸

5.6.2 Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά εργασίας στον ιδιωτικό τομέα⁹⁹

Οι βασικές διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά εργασίας προωθήθηκαν με τον ν. 3845/2010, στο πλαίσιο του πρώτου «Μνημονίου» (Μάιος 2010) και στη συνέχεια με τους νόμους 3863/2010, 3899/2010, 4046/2012 και 4093/2012. Οι αλλαγές αυτές αποσκοπούν στη μείωση του εργασιακού κόστους και την ευελιξία των συνθηκών απασχόλησεως, τόσο στο επίπεδο της οικονομίας όσο και σε επιχειρησιακό επίπεδο και αφορούν:

Συλλογικές συμβάσεις: Με τον ν. 3899/2010, η επιχειρησιακή Συλλογική Σύμβαση Εργασίας (ΣΣΕ), δύναται να υπερισχύει της αντίστοιχης κλαδικής συλλογικής συμβάσεως εργασίας οπότε οι αποδοχές και οι συνθήκες εργασίας μπορούν να αποκλίνουν από τα προβλεπόμενα στην κλαδική σύμβαση αλλά δεν μπορούν να είναι κατώτερες αυτών που προβλέπει η Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας (ΕΓΣΣΕ). Η ΕΓΣΣΕ έληξε στις 31.3.2013 και πλέον προβλέπεται ότι πολλές επιχειρήσεις θα προχωρήσουν στη σύναψη ατομικών συμβάσεων με τους εργαζομένους,

98 «Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση». Ετήσια Έκθεση 2013. Αύγουστος 2013
99 Οικονομικό Δελτίο ALPHA BANK-Τριμηνιαία Έκδοση-Απρίλιος 2013

εκμεταλλευόμενες το νέο θεσμικό πλαίσιο που τους δίδει το περιθώριο να προσαρμόσουν άμεσα και αποτελεσματικά την απασχόληση και το κόστος εργασίας. Πλέον οι Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας κάθε είδους που θα συναφθούν μετά τις 14.02.2012 θα έχουν ορισμένο χρόνο ισχύος και η διάρκειά τους δεν μπορεί να είναι μικρότερη του έτους ούτε να υπερβαίνει τα τρία έτη. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι καταργούνται οι ΣΣΕ αορίστου χρόνου.

Με τον ν.4024/2011, καταργείται το κατώτατο όριο των 50 εργαζομένων (ν.1876/1990) που θα έπρεπε να απασχολείται σε μία επιχείρηση προκειμένου να είναι δυνατή η σύναψη επιχειρησιακής ΣΣΕ. Ο εργοδότης πλέον, όσο διαρκεί η εφαρμογή του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου δημοσιονομικής Στρατηγικής, μπορεί να συνάψει μία ειδική επιχειρησιακή συλλογική σύμβαση με το αντίστοιχο επιχειρησιακό Σωματείο και εάν δεν υπάρχει κάτι τέτοιο, με τα 3/5 των εργαζομένων της επιχειρήσεως, παρακάμπτοντας την κλαδική ΣΣΕ. Οι παραπάνω αλλαγές ενισχύουν τις επιχειρησιακές συμβάσεις που πλέον υπερισχύουν των άλλων συμβάσεων και οδηγούν σε ένα πιο ξεκάθαρο και ευέλικτο πλαίσιο λειτουργίας των επιχειρήσεων.

Σχετικά με την μετενέργεια, δηλαδή το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ισχύουν οι κανονιστικοί όροι (σχετικά με τον βασικό μισθό και τα επιδόματα) συλλογικής συμβάσεως που έληξε ή καταγγέλθηκε και που εφαρμόζονται στους ήδη απασχολούμενους ή τους νέο-προσληφθέντες, ο χρόνος μειώθηκε από 6 σε 3 μήνες. Τέλος, ο ν. 4046/2012 προβλέπει αλλαγή στη διάρκεια ισχύος των Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας.

Κατώτατος μισθός: Με τον ν. 3899/2010, από τις 15.2.2012 και μέχρι τη λήξη της περιόδου οικονομικής προσαρμογής, ο κατώτατος μισθός στον ιδιωτικό τομέα μειώνεται κατά 22%, από €751 σε €586 (μεικτές αποδοχές), ενώ για νέους κάτω των 25 ετών μειώνεται από €751 σε €510 (μείωση 32%). Σημειώνεται ότι, οι ρυθμίσεις για μείωση των κατώτατων μισθών και ημερομισθίων αφορούν τους μισθωτούς που αμείβονται με βάση την από

15.7.2010 ΕΓΣΣΕ για το 2010-2012, και όχι σε όσους εργαζομένους αμείβονταν με ανώτερες αποδοχές, μολονότι θα μπορούσαν να υπαχθούν στους όρους της ΕΓΣΣΕ. Στη συνέχεια, με τον ν.4093/2012, καταργήθηκε η ΕΓΣΣΕ ως τρόπος διαμορφώσεως των κατώτατων μισθών. Η ΕΓΣΣΕ θα διατηρήσει την δεσμευτικότητά της για τους εργαζομένους και εργοδότες μόνο ως προς τους μη μισθολογικούς όρους, ενώ το επίδομα γάμου (ίσο με 10%) που προβλέπει η ΕΓΣΣΕ καταργείται ως παράγοντας διαμορφώσεως του κατώτατου μισθού.

Περαιτέρω, από την 1.4.2013 εφαρμόζεται το νέο σύστημα διαμορφώσεως καθορισμού του κατώτατου νομοθετημένου μισθού με ισχύ από 1.7.2013 που θα λαμβάνει «υπόψη την κατάσταση και τις προοπτικές της ελληνικής οικονομίας, της αγοράς εργασίας (ιδίως ως προς τα ποσοστά ανεργίας και απασχολήσεως) και τη διαβούλευση της κυβερνήσεως με εκπροσώπους κοινωνικών εταίρων, εξειδικευμένους επιστημονικούς ερευνητικούς και λοιπούς φορείς». Ο νομοθετημένος κατώτατος μισθός θα προσδιορίζεται βάσει του ν. 4046/2012 και της Πράξεως Υπουργικού Συμβουλίου 6/28.2.2012. Σε αυτόν, εξαιτίας του υψηλού ποσοστού ανεργίας, έως το 2016 περιλαμβάνεται μόνο το επίδομα προϋπηρεσίας και μόνο για την προϋπηρεσία που αποκτήθηκε έως τις 14.2.2012. Κατά το 1ο 3μηνο του 2014 το ανωτέρω σύστημα διαμορφώσεως του κατώτατου μισθού θα αξιολογηθεί, και ίσως αναθεωρηθεί, ως προς την αποτελεσματικότητά του για την μείωση της ανεργίας, την αύξηση της απασχολήσεως, καθώς και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας.

Πάγωμα των αυξήσεων, συμπεριλαμβανομένων των «ωριμάνσεων»: Προκειμένου να μειωθεί περαιτέρω το κόστος εργασίας, με τον ν. 4046/2012 ορίστηκε ότι από 14.02.2012 και μέχρι το ποσοστό της ανεργίας να διαμορφωθεί σε ποσοστό κάτω του 10%, αναστέλλεται η ισχύς κάθε διατάξεως που προβλέπει αυξήσεις μισθών ή ημερομισθίων, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων περί υπηρεσιακών «ωριμάνσεων», δηλαδή των αυτόματων μισθολογικών αυξήσεων με βάση τον χρόνο

προϋπηρεσίας, όπως είναι το επίδομα πολυετίας, το επίδομα τριετίας και το επίδομα πενταετίας.

Απολύσεις: Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην αγορά εργασίας σχετικά με τις απολύσεις εστιάσθηκαν αφενός στην μείωση του κόστους των απολύσεων ώστε αυτό να συγκλίνει με τον μέσο ευρωπαϊκό μέσο όρο και αφετέρου στην αύξηση της ευελιξίας για τις επιχειρήσεις ώστε αυτές να προσαρμόζονται ευκολότερα και γρηγορότερα στις νέες οικονομικές συνθήκες. Για τις απολύσεις χωρίς προειδοποίηση, μειώθηκε η μέγιστη αποζημίωση από 24 σε 12 μηνιαίους μισθούς για άτομα με προϋπηρεσία 16 ετών και άνω. Εκτός από τη μείωση του κόστους των απολύσεων, μειώθηκε ο χρόνος προειδοποίησης και οι περιορισμοί για ομαδικές απολύσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο ν. 3863/2010 μείωσε τον μέγιστο χρόνο προειδοποίησης από 24 σε 6 μήνες γεγονός που μειώνει το κόστος των απολύσεων κατά 18 μισθούς. Ο μέγιστος χρόνος προειδοποίησης μειώθηκε περαιτέρω από 6 σε 4 μήνες (ν. 4093/2012). Επιπλέον, επεκτάθηκε ο ελάχιστος χρόνος για την στοιχειοθέτηση δικαιώματος στην αποζημίωση από 2 σε 12 μήνες (εκτός εάν συμφωνηθεί άλλο από τα μέρη).

Περαιτέρω, διευκολύνθηκε η καταβολή αποζημίωσης από τον εργοδότη με την καθιέρωση μικρότερης προκαταβολής (από 6 μισθούς σε 2), περισσότερων δόσεων (από 3 και χωρίς ανώτατο όριο δόσεων) και μικρότερων ποσών ανά δόση (από 3 μισθούς σε 2). Ως προς τις ομαδικές απολύσεις, ο ν. 3863/2010 επιτρέπει 6 απολύσεις ανά μήνα για επιχειρήσεις που απασχολούν 20-150 άτομα ενώ πριν, για επιχειρήσεις από 20-199 εργαζόμενους οι ελεύθερες ανά μήνα απολύσεις ήταν 4. Για τις επιχειρήσεις που απασχολούν άνω των 150 εργαζομένων, επιτρέπεται να απολύσουν έως και το 5% του προσωπικού (και μέχρι 30 εργαζομένους), ενώ πριν το επιτρεπόμενο όριο ανέρχονταν σε 2%.

Ωράριο: Οι νέες διαρθρωτικές αλλαγές, αύξησαν τον βαθμό ευελιξίας που έχουν οι επιχειρήσεις για τον αριθμό των ωρών που απασχολούν τους εργαζομένους ανά εβδομάδα, ώρα ή ετησίως, ενθαρρύνοντας ελαστικές

μορφές απασχολήσεως. Αυτό δίδει την δυνατότητα στις επιχειρήσεις να αποφύγουν τις απολύσεις και ενθαρρύνει την απασχόληση νέων και γυναικών, που είναι και τμήματα του εργατικού δυναμικού που πλήττονται βαρύτερα από την ανεργία.

Επιπλέον, μειώθηκε ο ελάχιστος χρόνος αναπαύσεως από 12 σε 11 ώρες και καταργήθηκε η προϋπόθεση προεγκρίσεως από την Επιθεώρηση Εργασίας των υπερωριών. Έτσι, μία επιχείρηση που χρειάζεται να μεταβάλλει το ωράριο εργασίας καθώς και την υπερωριακή απασχόληση, δεν χρειάζεται να ειδοποιήσει εκ των προτέρων την Επιθεώρηση Εργασίας αλλά αρκεί να την ενημερώσει έως και δύο ημέρες εκ των υστέρων. Επίσης, ενώ στο παρελθόν η άδεια αναπαύσεως των μισθωτών χορηγείτο κατά κανόνα ολόκληρη, με τον ν. 3846/2010, επιτράπη η κατάτμηση άδειας εντός ημερολογιακού έτους λόγω αναγκών της επιχειρήσεως, σε δύο ή περισσότερα τμήματα, χωρίς προηγούμενη έγκριση από την Επιθεώρηση Εργασίας και μετά από συνεννόηση των δύο μερών. Με τον ν. 4093/2012, επιτράπη η κατάτμηση του χρόνου αδειάς και σε περισσότερες των δύο περιόδων.

Διαμεσολάβηση: Με την ΠΥΣ (άρθρο 3) επανακαθορίστηκε ο ρόλος του Οργανισμού Μεσολάβησης και Διαιτησίας προκειμένου να αποφεύγονται παρεμβάσεις από το κράτος. Πλέον η προσφυγή στη διαιτησία περιορίζεται στον καθορισμό αποκλειστικά του βασικού ημερομισθίου και του βασικού μισθού, αφαιρούνται δηλαδή από την αρμοδιότητα του Οργανισμού Μεσολάβησης και Διαιτησίας ζητήματα που άπτονται άλλων όρων εργασίας, πέραν των μισθολογικών, αλλά και ζητήματα που αφορούν τα πάσης φύσεως επιδόματα. Επίσης, με την ίδια ΠΥΣ 6/28.2.2012 καταργήθηκε το δικαίωμα μονομερούς προσφυγής στη διαιτησία αν και αναμένεται να κριθεί αντισυνταγματική από το Συμβούλιο της Επικρατείας αυτή η διάταξη.

Εισφορές: Από την 1.11.2012 καταργήθηκαν οι εργοδοτικές εισφορές υπέρ του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας και Εργατικής Εστίας που

ανέρχονταν στο 1,1%, μειώνοντας έτσι το μη μισθολογικό κόστος εργασίας για τον εργοδότη.

Συνοπτικά, οι κυριότερες αλλαγές στην αγορά εργασίας από τις νομοθετικές ρυθμίσεις των τελευταίων δύο ετών οδήγησαν σε: α) αυξημένη ευελιξία στην απασχόληση, όπως είναι τα ελαστικά ωράρια εργασίας με λιγότερες ώρες ή ημέρες απασχόλησεως αναλόγως των αναγκών της επιχειρήσεως και η υπογραφή ατομικών συμβάσεων για παροχή εκ περιτροπής εργασίας. β) αύξηση του επιτρεπόμενου ποσοστού απολύσεων και χαμηλότερο κόστος για απολύσεις (έως και 50% για εργαζομένους με περισσότερα από 28 έτη προϋπηρεσίας). γ) σημαντικά μειωμένο κατώτατο μισθό κατά 32% για νέους κάτω των 25 ετών και κατά 22% για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Σε σχέση με τις άλλες χώρες-μέλη της ΕΕ-27, τα νέα δεδομένα για τον κατώτατο μισθό και τις αποδοχές έχουν οδηγήσει στη μεγαλύτερη ετήσια μείωση του μισθολογικού κόστους εργασίας ανάμεσα στις χώρες-μέλη της ΕΕ-27 από το 2^ο 6μηνο του 2011 και μετά. Ακόμη μεγαλύτερη υπήρξε η μείωση του μη μισθολογικού κόστους κατά το τελευταίο έτος. Αποτέλεσμα και των δύο ήταν η μείωση στο συνολικό ονομαστικό κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος στην Ελλάδα να είναι η μεγαλύτερη στην ΕΕ-27.

Επισημαίνεται, ότι με τις πολιτικές απορύθμισης των συλλογικών συμβάσεων και των όρων διαμόρφωσης των μισθών έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό η συρρίκνωση των αμοιβών που απορρέουν από την πλήρη απασχόληση. Παρεπόμενο αυτής της εξέλιξης αποτελεί το γεγονός ότι κατά το τελευταίο τρίμηνο του 2013 καταγράφεται μείωση της παρουσίας των ευέλικτων μορφών απασχόλησης στην ελληνική αγορά εργασίας. Και τούτο δικαιολογείται από την εξέλιξη των μισθών πλήρους απασχόλησης που υποκαθιστούν σε μεγάλο βαθμό πλέον τους πρότερους μισθούς της μερικής απασχόλησης και της εκ περιτροπής εργασίας.¹⁰⁰ Παρόλα αυτά, τόσο η

100 «Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση». Ετήσια Έκθεση 2013. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ 8/2013

μερική όσο και η εκ περιτροπής απασχόληση στην Ελλάδα εξακολουθούν να διαμορφώνονται σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ-27.

Είναι γεγονός ότι η αυξημένη ευελιξία στην αγορά εργασίας δεν έχει ακόμη συμβάλλει στη συγκράτηση της αυξητικής πορείας της ανεργίας η οποία ανήλθε στο 24,1% του εργατικού δυναμικού το 2012 και στο 27 % το γ' τρίμηνο του 2013. Ωστόσο, η ταχέως αυξητική πορεία της ανεργίας προσδιορίζεται ακόμη και από τη συνεχιζόμενη βαθειά ύφεση στην ελληνική οικονομία, όπου σε σχέση με το προ κρίση επίπεδο φαίνεται να έχει χάσει 23% του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές αγοράς 2005) που ισοδυναμεί με μείωση του εθνικού πλούτου κατά 49,1 δις ευρώ την τελευταία εξαετία. και έχει οδηγήσει σε κατάρρευση αρκετούς παραγωγικούς τομείς της χώρας.

Παράλληλα δεν είναι ορατή η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας των επιχειρήσεων μόνο μέσα από τις πολιτικές συμπίεσης του εργατικού κόστους καθώς κατά την τελευταία πενταετία παρά τη δραματική μείωση των μισθών η Ελλάδα υποχώρησε από την 67η στην 96η θέση στο πεδίο της ανταγωνιστικότητας ανάμεσα σε 140 χώρες σύμφωνα με σχετική έκθεση του Παγκόσμιου Οικονομικού Φόρουμ κατά το 2012¹⁰¹, ενώ ανέβηκε μόλις πέντε θέσεις το 2013 και βρίσκεται στην 91^η θέση μεταξύ 148 χωρών αφήνοντας πίσω στην Ε.Ε χώρες όπως η Βουλγαρία και η Ρουμανία.

Ο επιδιωκόμενος στόχος της ανάκτησης της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας είχε σχεδιαστεί στο ελληνικό μνημόνιο με βάση την ταυτόχρονη αλληλοεπίδραση των μεταρρυθμίσεων τόσο στην αγορά εργασίας όσο και στην αγορά αγαθών. Όμως αυτό που έγινε ήταν η σχεδόν μονομερής εφαρμογή της πρώτης και η ισχνή ή ελλιπή εφαρμογή της δεύτερης. Το αποτέλεσμα ήταν η βίαιη πτώση των μισθών και των

101 «Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση». Ετήσια Έκθεση 2013. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ 8/2013

εισοδημάτων που συνοδεύτηκε από αντίστοιχη πτώση της κατανάλωσης και στη συνέχεια της παραγωγής.¹⁰²

Η απουσία ουσιαστικής προόδου στον τομέα των αγαθών και υπηρεσιών παρεμπόδισε τον ανταγωνισμό και απέτρεψε την προσαρμογή των τιμών που απαιτείται για να υποστηριχθεί η ανάπτυξη. Έτσι οι τιμές δεν έπεσαν επαρκώς, ένα μικρό μέρος από τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας διαβρώθηκε από την ανατίμηση του ευρώ και το βιοτικό επίπεδο των καταναλωτών μειώθηκε δραματικά. Η έκθεση του ΟΟΣΑ το Νοέμβριο του 2013 επιβεβαιώνει τον ελλιπή και αποσπασματικό χαρακτήρα των μεταρρυθμίσεων στην αγορά αγαθών.¹⁰³

Είναι προφανές ότι η ελληνική αγορά εργασίας χρειάζονταν μεταρρυθμίσεις και διορθωτικές παρεμβάσεις ώστε να οδηγηθεί σε ένα λιγότερο γραφειοκρατικό και δύσκαμπτο σχήμα ώστε απελευθερωμένη από αρτηριοσκληρωτικές πρακτικές και σε συνδυασμό με την βελτίωση της διεθνούς ανταγωνιστικότητας της χώρας να αποτελέσει εχέγγυο για την αποτελεσματική προσέλκυση επενδύσεων (εγχώριων και ξένων) σε όλους τους κλάδους της οικονομίας, με στόχο την ανάκαμψή της και την μείωση της ανεργίας. Όμως είναι επίσης προφανές ότι οι αλλαγές αυτές δεν μπορεί να είναι μονομερείς και να αφορούν μόνο στην αγορά εργασίας αγνοώντας κρίσιμους παράγοντες της ελληνικής οικονομίας όπως η αγορά αγαθών κι υπηρεσιών σκοντάφτοντας πάντα στα συνήθη οργανωμένα συμφέροντα.

102 Βουλή των Ελλήνων-Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους- Τριμηνιαία έκθεση Οκτώβριος έως Δεκέμβριος 2013

103 Βουλή των Ελλήνων-Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους- Τριμηνιαία έκθεση Οκτώβριος έως Δεκέμβριος 2013

Επίλογος

Ο περιορισμός των ελλειμμάτων, προσπαθώντας παράλληλα να προστατευθούν οι πιο αδύναμοι κατά την περίοδο της κρίσης, είναι εξαιρετικά δύσκολος. Το σίγουρο είναι ότι το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα δεν μπόρεσε να ανταπεξέλθει στις πολλές ανάγκες που δημιούργησε η κρίση λόγω και των προηγούμενων παθογενειών του, όπως έγινε αντιληπτό από την ανάλυση που προηγήθηκε. Παράλληλα οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ανεργία, στην απασχόληση στους μισθούς και στη φτώχεια αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνική προστασία.

Η ευθύνη για την κατάσταση του κράτος πρόνοιας είναι συλλογική και επιμερίζεται ανάλογα. Το μεγαλύτερο μερίδιο ανήκει στις ελληνικές κυβερνήσεις και στην απροθυμία και ανικανότητα που έδειξαν τα προηγούμενα χρόνια να εφαρμόσουν μεταρρυθμίσεις σε τομείς όπως η κοινωνική ασφάλιση, η υγεία, η επιδοματική πολιτική, η εργασία και η αγορά αγαθών και υπηρεσιών υπό το φόβο του πολιτικού κόστους και της ύπαρξης οργανωμένων συμφερόντων. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την διαφθορά της δημόσιας διοίκησης και όσων συνεργάζονταν με οποιοδήποτε τρόπο με αυτή στους αντίστοιχους τομείς και με επιστέγασμα την παραβατική συμπεριφορά των κάθε φορά ωφελούμενων οδήγησαν σε εκφυλισμό το κράτος πρόνοιας και σε εκτροχιασμό τις δημόσιες δαπάνες.

Η ευθύνη όλων μας ως πολίτες αυτού του κράτους είναι επίσης μεγάλη. Κανείς από εμάς «τα χρόνια της ευημερίας» δεν ήταν διατεθειμένος να ακούσει για αναγκαίες αλλαγές στην κοινωνική ασφάλιση, στην υγεία στην εργασία ή στην επιδοματική πολιτική αν αυτό συνοδεύονταν από μείωση προνομίων ή απώλεια εισοδημάτων. Επιπλέον κάποιοι από εμάς επωφελούνταν από τη γραφειοκρατία, του ελληνικού δημοσίου, από τους επίορκους δημόσιους λειτουργούς και τους ανύπαρκτους ελεγκτικούς μηχανισμούς εκδηλώνοντας ποινικά κολάσιμες συμπεριφορές.

Οπωσδήποτε όμως η οικονομική κρίση στέρησε από την πολιτεία τα απαραίτητα χρήματα για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Έχει ήδη

τονιστεί ότι οι κοινωνικές δαπάνες βρίσκονται σε στενή συνάρτηση με το οικονομικό επίπεδο του κάθε κράτους. Αν η πολιτική μας ηγεσία εστιάσει την προσοχή της στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου, την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική αλληλεγγύη, λαμβάνοντας τα κατάλληλα δημοσιονομικά και φορολογικά μέτρα κάνοντας τομές στην λειτουργία της δημόσια διοίκησης και προστατεύοντας τις οικονομικά ασθενείς κοινωνικές ομάδες, τότε μπορούμε να αισιοδοξούμε για ένα καλύτερο μέλλον.

Είναι γεγονός πως έχουν ληφθεί κάποια μέτρα για μείωση των ανισοτήτων και διόρθωση των στρεβλώσεων στη λειτουργία του κράτους πρόνοιας, όμως πολλά πρέπει να γίνουν ακόμα καθώς η κρίση συνεχίζεται και οι ανάγκες για προστασία των Ελλήνων πολιτών αυξάνεται όσο δεν επέρχεται η πολυπόθητη ανάπτυξη. Σε συνδυασμό και με τους τρόπους αντιμετώπισης που προτάθηκαν στις αντίστοιχες ενότητες δύναται να επιτευχθεί η οικονομική εξυγίανση, η ορθολογική λειτουργία και ο εκσυγχρονισμός του κράτους πρόνοιας, ώστε να προστατευθούν οι αδύναμοι και να επέλθει η κοινωνική ευημερία. για να μπορούμε έτσι να μιλάμε για ένα κοινωνικά δίκαιο και αποτελεσματικό κράτος.

Η ελληνική κοινωνία, πέρα από τις όποιες πολιτικές αντιπαραθέσεις, απαιτεί από την πολιτεία, να υπερβεί τις αδυναμίες και ανεπάρκειες του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας που διαθέτει, έτσι ώστε να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες για όλους τους πολίτες στην κοινωνική αλληλεγγύη, να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός, να προστατευθεί το σύνολο του πληθυσμού με την εξασφάλιση για κάθε κάτοικο της χώρας ενός ελάχιστου ορίου κοινωνικής προστασίας, να χορηγηθούν συμπληρωματικές παροχές με βάση το εισόδημα, να εξασφαλιστεί ισότιμη ασφαλιστική κάλυψη για όλους και να καταργηθεί η άνιση κατανομή των παροχών και των εισφορών.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αμίτσης Γαβριήλ «Επιδοματική πολιτική στην Ελλάδα» Ειδική συνεδρία διαρκούς επιτροπής κοινωνικών υποθέσεων -Βουλή των Ελλήνων «Νέα Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός» «Πολιτικές καταπολέμησης και καθιέρωση ενός ελάχιστα εγγυημένου εισοδήματος»15/02/2012

ALPHA BANK- Οικονομικό Δελτίο Τριμηνιαία Έκδοση-Απρίλιος 2013

Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού Μελέτη 1/2012 «Το κόστος Εργασίας στην Ελλάδα πριν και μετά το μνημόνιο» Σταύρος Γαβρόγλου Διευθυντής ΕΙΕΑΔ, PhD Ιανουάριος 2012

Βρούτσης Ιωάννης «Ομιλία υπουργού Εργασίας στο 3ο ετήσιο Συνέδριο «Labor & Insurance» του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου»Αθήνα, 14 Νοεμβρίου 2013

Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτος- Βουλή των Ελλήνων-Τριμηνιαία έκθεση Οκτώβριος έως Δεκέμβριος 2013

Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού «Οι εργασιακές σχέσεις μετά το μνημόνιο-Πανόραμα της μεταρρύθμισης της εργατικής νομοθεσίας 2010-2012» ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Κυριακούλιας Παναγιώτης Στέλεχος ΕΙΕΑΔ

Ευρωπαϊκή επιτροπή Όγδοη έκθεση προόδου για την οικονομική κοινωνική και εδαφική συνοχή «Η περιφερειακή και αστική διάσταση της κρίσης» Βρυξέλες 26-06-2013

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο Επιτροπή Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων «Έκθεση σχετικά με την καταπολέμηση της ανεργίας των νέων: πιθανές λύσεις» 22.7.2013 Joanna Katarzyna Skrzydlewska

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Μηνιαία έκδοση «ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ» «Απασχόληση στην Ελλάδα και την ευρωπαϊκή ένωση» Οκτώβριος 2013

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ«Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση». Ετήσια Έκθεση 2013. 8/2013

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ Επιστημονική Έκθεση «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα-Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»-Οικονόμου Χαράλαμπος-Μάρτιος 2012.

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Επιστημονική έκθεση «Οικονομική Ανισότητα και Φτώχεια στην Ελλάδα. Συγκριτική Ανάλυση και Διαχρονικές Τάσεις» Χρίστος

Παπαθεοδώρου, Γιάννης Δαφέρμος, Svet Danchev και Αιμιλία Μαρσελλου
Δεκέμβριος 2008

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Επιστημονική έκθεση «Μακροοικονομικό Περιβάλλον
Ανισότητες και Φτώχεια Μια εμπειρική διερεύνηση για την επίδραση της
οικονομικής μεγέθυνσης και της κοινωνικής προστασίας σε Ελλάδα και
ΕΕ» Χρίστος Παπαθεοδώρου, Γιάννης Δαφέρμος, Δεκέμβριος 2010

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Επιστημονική έκθεση «Εργαζόμενοι και όμως φτωχοί.
Διαστάσεις της φτώχειας των εργαζομένων στην Ελλάδα» Αλέξης
Ιωαννίδης, Χρίστος Παπαθεοδώρου και Δημήτρης Σούφτας Ιανουάριος
2012

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ Επιστημονική έκθεση «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοίας
στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού συστήματος υγείας»
Οικονόμου Χαράλαμπος. Μάρτιος 2012

ΙΟΒΕ & Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Μελέτη «Δαπάνες και Πολιτικές
Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου»

Πρακτικά ειδικής συνεδρίας της διαρκούς επιτροπής κοινωνικών
υποθέσεων της Βουλής των Ελλήνων «Νέα Φτώχεια και κοινωνικός
αποκλεισμός» Πολιτικές καταπολέμησης και καθιέρωση ενός ελάχιστα
εγγυημένου εισοδήματος» 15-02-2012

Κατρούγκαλος Γιώργος, «Το Κοινωνικό Κράτος της Μεταβιομηχανικής
Εποχής», Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1998

Κοντιάδης Ξενοφών «Κράτος Πρόνοιας και Κοινωνικά δικαιώματα»,
Αθήνα-Κομοτηνή 1997

Κρεμαλής Κωνσταντίνος «Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων», Σάκκουλα
Αθήνα - Κομοτηνή, 1985

Ματσαγγάνης Μάνος, «Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη νότια
Ευρώπη», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999

Ματσαγγάνης Μάνος «Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς»
Εκδόσεις Κριτική 2011

Ματσαγγάνης Μάνος Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής-Οικονομικό
Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ενημερωτικό Δελτίο 4/2013 «Σχολικά γεύματα
στην Ελλάδα της Κρίσης»

Ματσαγγάνης Μάνος & Χρύσα Λεβέντη Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής-Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ενημερωτικό Δελτίο 3/2012 «Το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα: δημοσιονομικές και διανεμητικές επιδράσεις»

Ματσαγγάνης Μάνος-Χρύσα Λεβέντη- Ελένη Καναβιτσα Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής-Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ενημερωτικό Δελτίο 1/2012 «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα της κρίσης»

Ματσαγγάνης Μάνος-Χρύσα Λεβέντη Ομάδα Ανάλυσης Δημόσιας Πολιτικής Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ενημερωτικό Δελτίο 2/2012 «Διανεμητικές επιδράσεις της φοροδιαφυγής στην Ελλάδα»

Μητράκος Θεόδωρος Τράπεζα της Ελλάδος Ημερίδα «Αγορά Εργασίας σε κρίση» Οι επιπτώσεις της τρέχουσας κρίσης στους κοινωνικούς δείκτες»

Πετμετζίδου Μαρία, «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνική Πολιτική», Εξάντας, Αθήνα 1992

Πετμετζίδου Μαρία, «Annual national report 2012-Pensions, HealthCare and long-term care» Μάρτιος 2012

Ρομπόλης Σάββας «Κρατική εξουσία και κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα», στα πρακτικά συνεδρίου «Δομές και σχέσεις εξουσίας στη σημερινή Ελλάδα», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα 2000

Ρομπόλης Σάββας, Ρωμανιάς Γιώργος «Κρατικές πολιτικές στην κοινωνική ασφάλιση», στα πρακτικά συνεδρίου «Κοινωνική αλλαγή στη σύγχρονη Ελλάδα (1980-2001)», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα 2004

Ρουπακιώτης Χρήστος «Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης», Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 1990

Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος, «Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού» Κριτική, Αθήνα 1999

Στασινοπούλου Όλγα «Κράτος Πρόνοιας Ιστορική εξέλιξη - Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα, 2000

Στασινοπούλου Όλγα «Κοινωνικό Κράτος και Κρίση», στα πρακτικά συνεδρίου «Οι λειτουργίες του κράτους σε περίοδο κρίσης», Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1990

Υπουργείο Υγείας-Πρόταση Υπουργείου Υγείας- «ΥΓΕΙΑ 2014-2020»
Μάρτιος 2013

Χλέτσος Μιχάλης Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές».

Χλέτσος Μιχάλης Εισήγηση στα πλαίσια του Workshop «Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα : προσεγγίσεις και προτάσεις ενόψει της πιλοτικής εφαρμογής του μέτρου» Αθήνα, Απρίλιος 2013

Χλέτσος Μιχάλης Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία» «Το κράτος πρόνοιας ως νέος τρόπος οργάνωσης του κοινωνικού».

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Atkinson «Stress-testing the welfare state» 2009

Castles Francis Journal of European Social Policy «Black swans and elephants on the move: the impact of emergencies on the welfare state»
2010

Christodoulakis N «From Indecision to Fast-track Privatisations: Can Greece still do it? 2011

Christodoulakis N «Crisis, Threats, and Ways Out for the Greek Economy»
2010

Fragkoulis E. Economic crisis and primary healthcare in Greece: «disaster or blessing» Clin Med. 2012 Dec

Hatzis «Moral Hazard in Greece» The New York Times, 20-06-2011

Investing in Health

Matsaganis Manos «The welfare state and the crisis: the case of Greece»
2011

Matsaganis Manos «Social Policy in hard times: The case of Greece» 2012

Monastiriotis V London School of Economics «The Greek crisis in focus: austerity, recession and paths to recovery» January 2011

Nolan Brian Organisation For Oiconomic Cooperation and Development
Background note for roundtable discussion on monitoring the effects of the
financial crisis on vulnerable groups» March 2009

Periklis Polyzoidis Journal of European Social Policy«Social Marketing in
Greece:Time to Wake Up»27 December 2012

Petmesidou Maria «The crisis, the middle classes and social welfare in
Greece»

Vayanos Dimitri- Meghir Costas- Vettas Nikos «The economic crisis in
Greece: A time of reform and opportunity»August 2010

Varoufakis BBC News Viewpoint: «Greece’s Austerity Measures Doomed
to fail» 23-11-2010

Πηγές

<http://www.cato.org.gr>

<http://www.capital.gr/NewsTheme.asp?id=1933827>

[http://www.newsbomb.gr/chrhma/story/236360/terastio -kykloma-
eisforodiatygis-ehei-entopisei-to-ypoyrgeio-ergasias](http://www.newsbomb.gr/chrhma/story/236360/terastio-kykloma-eisforodiatygis-ehei-entopisei-to-ypoyrgeio-ergasias)

[http://www.iskra.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=147
8:-12-&catid=43:koinoniki-asfalisi&Itemid=169](http://www.iskra.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1478:-12-&catid=43:koinoniki-asfalisi&Itemid=169)

http://www.ggka.gr/gr_dief16_tm2.htm

<http://www.megabox.gr/> «Η μείωση των δαπανών για συντάξεις και η
αύξηση του αριθμού των δικαιούχων σηματοδοτούν την κατάρρευση του
Ασφαλιστικού»- Σάββας Ρομπόλης,Επιστ. Δ/ντή ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ 26-
05-2013

www.to.vima.gr Κοκόρης Παναγιώτης-Γ.Γ Κοινωνικών Ασφαλίσεων
[http://www.tanea.gr/news/economy/article/5051963/ta-7-metra-sto-
asfalistiko-gia-na-mhn-kopoyn-oi-syntakseis/](http://www.tanea.gr/news/economy/article/5051963/ta-7-metra-sto-asfalistiko-gia-na-mhn-kopoyn-oi-syntakseis/) 6-11-2013

[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressRel
eases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf)

<http://reboundersatworklife.wordpress.com/2013/10/01> «Τα νούμερα για την ανεργία στην Ελλάδα» Αγγελική Οικονόμου Πολιτική Επιστήμων

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO01_DT_QQ_03_2013_01_F_GR.pdf

<http://www.protagon.gr> Μαριέττα Γιαννάκου επικεφαλής της ΚΟ της Ν.Δ. στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2011_01_F_GR.pdf

http://www.oaed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=216&Itemid=360&lang=el

http://www.oga.gr/attach/N_4093-2012-IA2.pdf