



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

**ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΩΝ  
ΟΤΑ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: Η  
ΑΣΚΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΟ  
ΔΗΜΟ ΑΡΓΟΥΣ-ΜΥΚΗΝΩΝ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΑΤΣΟΥΔΑ ΠΕΤΡΟΥΛΑ

ΑΜ: 404220160214

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ  
ΕΙΡΗΝΗ

Τρίπολη, Φεβρουάριος 2018

### *Ευχαριστίες*

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα.Δασκαλοπούλου Ειρήνη και την οικογένειά μου για την αμέριστη υποστήριξή τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου και την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν η διερεύνηση της άποψης των δημοτών για την κοινωνική πολιτική του Δήμου Άργους – Μυκηνών. Σε προηγούμενες μελέτες για την κοινωνική πολιτική σε επίπεδο αυτοδιοίκησης, έχει φανεί πως ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας, παρουσιάζει προβλήματα που αφορούν την έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών, στην κακή ποιότητα των υπηρεσιών και στην αναποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, υψηλής ποιότητας, που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία και το σύνολο του δείγματος ήταν 100 άτομα (N=100), δημότες του Δήμου Άργους-Μυκηνών. Ανάμεσα στα βασικά συμπεράσματα της παρούσας έρευνας είναι πως η ποιότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου Άργους – Μυκηνών θεωρείται καλή και οι δημότες γνωρίζουν τις περισσότερες κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα. Υπάρχει ωστόσο ανεπαρκής πληροφόρηση γι'αυτά και οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν καλύπτουν όλες τις κοινωνικές ομάδες. Κρίνεται επίσης απαραίτητη και η επέκταση των προγραμμάτων για τις κοινωνικά ευπαθείς ή στα όρια του κοινωνικού αποκλεισμού ομάδες. Γίνονται επίσης και συγκεκριμένες προτάσεις για τη βελτίωση των υφιστάμενων κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου Άργους – Μυκηνών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κοινωνική Πολιτική, Κοινωνική Προστασία, Δήμος Άργους – Μυκηνών, Τοπική Αυτοδιοίκηση.

### **Abstract**

The aim of the present study was to investigate the public opinion about the social policy of the Municipality of Argos - Mycenae. In earlier studies on social policy at the level of local government, it has appeared that the design, implementation and co-ordinated implementation of social protection policies has problems, related to lack of targeted strategies, poor quality of services and inadequate coverage of demand for social care services of high quality, meeting the needs of the population. In the present study, simple random sampling was used and the total sample was 100 individuals (N = 100), inhabitants of the Municipality of Argo-Mycenae. Among the main conclusions of this research is that the quality of the services provided by the Municipality of Argos - Mycenae is considered good and the citizens know most of the social services and programs. However, there is insufficient information about them and social services do not cover all social groups. It is also necessary to extend the programs to socially vulnerable or to the limits of social exclusion groups. Specific proposals are also being made to improve the existing social services of the Municipality of Argos - Mycenae.

**KEY WORDS:** Social Policy, Social Protection, Municipality of Argos - Mycenae, Local Government.

## Περιεχόμενα

|  |    |
|--|----|
| Εισαγωγή.....  | 8  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ.....  | 10 |
| 1.1. Η έννοια του κοινωνικού κράτους.....  | 10 |
| 1.2. Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής.....  | 11 |
| 1.3. Η έννοια της κοινωνικής προστασίας.....   | 17 |
| 1.4. Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας.....   | 18 |
| 1.5. Βασικές αρχές του κράτους πρόνοιας.....   | 18 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....  | 20 |
| 2.1. Τα μοντέλα προνοιακών συστημάτων στην Ευρώπη.....   | 20 |
| 2.1.1. Το Σκανδιναβικό Μοντέλο.....  | 21 |
| 2.1.2. Το Κεντροευρωπαϊκό Μοντέλο.....   | 23 |
| 2.1.3. Το Αγγλοσαξωνικό Μοντέλο.....   | 24 |
| 2.1.4. Το Μεσογειακό Μοντέλο.....  | 26 |
| 2.1.5. Το Μοντέλο της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης.....  | 27 |
| 2.2. Πολιτικές καταπολέμησης φτώχειας στην Ε.Ε.....  | 29 |
| 2.2.1. Ανοικτή μέθοδος συντονισμού.....  | 29 |
| 2.2.2. Κριτική στην ανοικτή μέθοδο συντονισμού.....  | 32 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ<br>ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....   | 34 |
| 3.1. Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση.....   | 34 |
| 3.1.1. Η οικονομική κρίση και η επίδραση τον τομέα της υγείας.....   | 35 |
| 3.1.2. Η οικονομική κρίση και η επίδραση τον τομέα των υπηρεσιών πρόνοιας για<br>τις οικογένειες, τα παιδιά και τις ευπαθείς ομάδες..... | 37 |
| 3.1.3. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στο συνταξιοδοτικό.....   | 39 |
| 3.1.4. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στις παροχές ανεργίας και την εργασία<br>.....  | 40 |
| 3.1.5. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στην προστασία από τον κοινωνικό<br>αποκλεισμό και τη φτώχεια.....                              | 42 |

|   |    |
|---|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ .....   | 44 |
| 4.1. Αρμοδιότητες Κοινωνικής προστασίας από τους Δήμους .....   | 44 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Ο ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΟΥΣ-ΜΥΚΗΝΩΝ .....   | 48 |
| 5.1. Ο Δήμος Άργους Μυκηνών.....  | 48 |
| 5.2. Σύνθεση Οικονομίας .....   | 49 |
| 5.3. Κοινωνικές Δομές Δήμου Άργους – Μυκηνών.....   | 50 |
| 5.3.1. Παιδικοί σταθμοί .....   | 50 |
| 5.3.2 Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης (Κ.Δ.Α.Π).....  | 52 |
| 5.3.3. Κοινωνικό φροντιστήριο .....   | 53 |
| 5.3.4. Δωρεάν ασφάλιση όλων των μαθητών του Δήμου.....  | 53 |
| 5.3.5. Κοινωνικό Παντοπωλείο .....  | 54 |
| 5.3.6 Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο.....  | 54 |
| 5.3.7. Πρόγραμμα Επισιτιστικής και βασικής υλικής συνδρομής από το ΤΕΒΑ...                                      | 55 |
| 5.3.8 Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ».....  | 57 |
| 5.3.9. Πρόγραμμα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων.....   | 59 |
| 5.3.10 Πρόγραμμα Σίτισης.....   | 60 |
| 5.3.11. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Π.Ε. Αργολίδας «Ελπίδα Ζωής» ..... | 61 |
| 5.3.12. Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης .....   | 62 |
| 5.3.13. Χορήγηση Προνοιακών Επιδομάτων .....  | 62 |
| 5.3.14. Γηροκομείο .....  | 63 |
| 5.3.15. Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.).....  | 64 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....   | 66 |
| 6.1. Περιορισμοί της Έρευνας.....   | 66 |
| 6.2. Διαδικασία δειγματοληψίας .....  | 66 |
| 6.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....   | 66 |
| 6.4. Ανάλυση δεδομένων.....   | 67 |
| 6.5. Χαρακτηριστικά του δείγματος.....  | 67 |

|  |    |
|--|----|
| 6.6. Αποτελέσματα έρευνας .....          | 70 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ..... | 85 |
| Βιβλιογραφία.....                        | 88 |

## Εισαγωγή

Η ύπαρξη και η έκταση του ισχυρού κοινωνικού κράτους διαδραματίζει πρωταγωνιστικό ρόλο, στην ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών, στην αντιμετώπιση των συνεπειών οδυνηρών φαινομένων, όπως η φτώχεια, οι ανισότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός, αλλά και στο καθορισμό του επιπέδου ευημερίας μιας κοινωνίας.

Τόσο η κοινωνική πρόνοια όσο και η υιοθέτηση και εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που απορρέουν από την κοινωνική πρόνοια, αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την ικανοποίηση από το Κράτος των κοινωνικών αναγκών των πολιτών.

Στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, όπου κατά το χρονικό διάστημα 1995-2008, οι δαπάνες για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν σημαντικά, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση αυτή δεν συνέβαλε στην μείωση της φτώχειας, καθώς το ποσοστό φτώχειας παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητο. Το γεγονός αυτό οδήγησε στο σημείο να αναπτυχθεί ένας μεγάλος προβληματισμός, για την αναγκαιότητα ύπαρξης του κοινωνικού κράτους (υπάρχουν δυνάμεις που το αμφισβητούν) αλλά και για την αποτελεσματικότητα των πόρων που δαπανούνται (Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, 2011: 2).

Επιπλέον, αντικείμενο συζήτησης στο δημόσιο διάλογο αποτελούν τόσο το εύρος και η έκταση των δημόσιων πολιτικών όσο και η αναγκαιότητα για την επανεξέταση και τον ανασχεδιασμό των κοινωνικών πολιτικών και προτεραιοτήτων, καθώς αυτό αποτελεί συνθήκη «sine qua non» για την αντιμετώπιση της φτώχειας και την ανάσχεση της τάσης από τη σχετική ασφάλεια της κοινωνικής προστασίας στην ανασφάλεια, και τη μετάλλαξη του κράτους πρόνοιας σε κράτος φιλανθρωπίας. Ο Σάββας Ρομπόλης για παράδειγμα, θεωρεί πως η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης καθώς και του αυξανόμενου φαινομένου της φτώχειας, οφείλει να περιλαμβάνει το κράτος πρόνοιας ως μια κυρίαρχη δύναμη εγκαθίδρυσης νέων όρων αναβάθμισης και αναπροσανατολισμού της ελληνικής και ευρωπαϊκής οικονομίας. Μια τέτοια επιλογή κατά τον συγγραφέα εξυπηρετεί την στρατηγική επιδίωξη της ύπαρξης κράτους πρόνοιας, σε διαφορετική περίπτωση θα επικρατήσει το κράτος φιλανθρωπίας, ένα κράτος δηλαδή που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή και επιλεκτική κάλυψη κοινωνικών αναγκών και το περιορισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων (Ρομπόλης, 2013).

Ενώ ο Μάνος Ματσαγγάνης αποδίδει φαινόμενα, όπως η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός όχι μόνο στην αναποτελεσματικότητα των δημοσίων πολιτικών αλλά και στην επικράτηση της πίεσης που ασκούν ισχυρές ομάδες συμφερόντων. Αναφέρει ακόμη πως η



κατανομή των πόρων γίνεται «σύμφωνα με την πολιτική ισχύ της κάθε κοινωνικής ομάδας και όχι σύμφωνα με την ανάγκη της για κοινωνική προστασία». Αυτό σημαίνει, στον ίδιο άξονα της αναθεώρησης του προσανατολισμού της κοινωνικής πολιτικής πως κρίνεται αναγκαίο να παύσει η ισχύς αποφάσεων εφαρμογής μέτρων και πολιτικών που ωφελούν λίγους και να θεσπιστούν άλλα που ωφελούν όλους εξίσου και θα έχουν μεγαλύτερη αποδοτικότητα. (Ματσαγγάνης, 2013).

Τέλος ο συγγραφέας Γιώργος Αργεΐτης, στο πλαίσιο ανάλυσης των βασικών χαρακτηριστικών του διαλόγου περί των νέων κοινωνικών απειλών που αναδύονται, αναλύοντας επιλογές πολιτικής που καθορίζουν και κατευθύνουν τις μεταρρυθμίσεις, αλλά και τις αρχές και τις αξίες που διέπουν αυτές, αναφέρει πως τα μέτρα που εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, έχουν οδηγήσει στην υποβάθμιση της κοινωνικής πολιτικής και στην εμφάνιση επίπονων κοινωνικών επιπτώσεων. Το γεγονός αυτό έχει συμβάλει στην αύξηση, τόσο του αριθμού των νοικοκυριών που διαβιούν κάτω από τα όρια της φτώχειας όσο και του αριθμού των πολιτών που βρίσκονται αντιμέτωποι με το φάσμα του κοινωνικού αποκλεισμού. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δυσμενείς κοινωνικές επιπτώσεις, να αναπτυχθεί ένα αποτελεσματικό δίκτυο κοινωνικής προστασίας (Αργεΐτης, 2012:189).

Με το Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α' /2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης» δημιουργήθηκε ένα νέο πλαίσιο ανάπτυξης της Τοπικής Διακυβέρνησης μέσω των αιρετών Περιφερειών και των νέων, ισχυροποιημένων Ο.Τ.Α. Α' βαθμού. Σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 75 περ. ε', ν. 3463/2006, Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων), έχουν καθοριστεί σαφώς οι αρμοδιότητες των Α' Βαθμίων ΟΤΑ, στο σχεδιασμό και υλοποίηση των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο αυτοδιοίκησης. Σ' αυτό, έχουν προστεθεί οι αρμοδιότητες από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις που μεταφέρθηκαν με το ν. 3852/2010.

Ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Χώρα μας, στα πλαίσια ενός ελλειμματικού δημόσιου μοντέλου παρέμβασης κοινωνικής προστασίας, παρουσιάζει σοβαρά ελλείμματα, τα οποία έχουν επιδεινωθεί με την οικονομική κρίση. Πολλές ευπαθείς ομάδες δε λαμβάνουν την απαραίτητη βοήθεια, υπάρχει μια σωρεία διοικητικών και οργανωτικών προβλημάτων και οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι αποσπασματικές και πολλές φορές χαμηλής ποιότητας. Στην παρούσα εργασία, θα διερευνηθεί η άποψη των δημοτών του Δήμου Άργους-Μυκηνών για τις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

### 1.1. Η έννοια του κοινωνικού κράτους

Σύμφωνα με το ελληνικό Σύνταγμα (Άρθρο 25) «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους». Παρόμοιες αναφορές απαντώνται στο Σύνταγμα, το θεμελιώδη Νόμο της Πολιτείας δηλαδή, όλων των Κρατών και αυτό αποτελεί μια πρώτη απόπειρα για την προσέγγιση της έννοιας του κοινωνικού κράτους.

Το κοινωνικό κράτος προστατεύει και εγγυάται την λειτουργία της ατομικής ιδιοκτησίας καθώς και άλλων δικαιωμάτων στο πεδίο της κοινωνίας. Το περιεχόμενο του, λαμβάνοντας υπόψη τα μεταβαλλόμενα κοινωνικά δεδομένα, λαμβάνει και διαφορετικά χαρακτηριστικά, έτσι ώστε να επιτυγχάνει την κοινωνική δικαιοσύνη, μέσω των παρεμβάσεων του την ευημερία των πολιτών. Ακόμη το Κράτος, μέσω της αναδιανομής εισοδήματος, παρεμβαίνει προκειμένου να εγγυηθεί στους πολίτες του ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Οι όροι κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος χρησιμοποιούνται συχνά ως ταυτόσημοι, ωστόσο το περιεχόμενο τους διαφέρει. Η έννοια του κράτους πρόνοιας έχει κοινωνικοπολιτικό περιεχόμενο και αναφέρεται στη σύγχρονη μορφή κράτους, το οποίο δρα μέσω της παροχικής διοίκησης, προκειμένου να καλύψει τους κοινωνικούς κινδύνους και ανάγκες. Οι δύο αυτοί όροι δεν μπορούν να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, γιατί αφενός διαφέρουν στο περιεχόμενο και αφετέρου η χρήση στο Σύνταγμα του όρου κοινωνικό κράτος, καθιστά αδόκιμη την ορολογική εναλλαγή. Το κράτος πρόνοιας δεν πρέπει να συγχέεται με το κοινωνικό κράτος, το οποίο είναι ένα τμήμα αυτού. Ο όρος κράτος πρόνοιας εκφράζει τη διεύρυνση της παρεμβατικής, ρυθμιστικής και παροχικής λειτουργίας του κράτους στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες. Χαρακτηριστικά σημειώνεται ότι υπάρχουν κράτη πρόνοιας, όπως οι Η.Π.Α., η Αυστραλία και η Ζηλανδία, τα οποία όμως δεν είναι κοινωνικά κράτη. Υπάρχουν όμως και κοινωνικά κράτη που δεν είναι κράτη πρόνοιας, γεγονός που αφορά τις χώρες του «τρίτου κόσμου», στα συντάγματα των οποίων θεσπίζονται κοινωνικά δικαιώματα, δίχως όμως να υπάρχουν οι οικονομικές προϋποθέσεις και τα οποία είναι συνεπώς μη – πραγματικά συντάγματα.

Επομένως γίνεται σαφές ότι το κοινωνικό κράτος, αποτυπώνει μια συγκεκριμένη θεσμική μορφή κράτους πρόνοιας, όπως αυτή διαμορφώθηκε σε χώρες της ηπειρωτικής

Ευρώπης, στις οποίες κατοχυρώνεται θεσμικά η παρεμβατική λειτουργία του κράτους, που αποσκοπεί στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής.

Η συζήτηση που αναπτύσσεται στο δημόσιο διάλογο τα τελευταία χρόνια για το κράτος πρόνοιας, συγκλίνει σε μια κοινή διαπίστωση, πως διανύει μια όλο και αυξανόμενη κρίση. Η νεοφιλελεύθερη θεώρηση το αποδίδει στον αναγκαίο περιορισμό εν γένει του Κράτους και στη μεταφορά κυριαρχίας στην αγορά. Στην απέναντι όχθη, οι παραδοσιακοί σοσιαλιστές, αποδίδουν την τάση μείωσης στις επικρατούσες κυρίαρχες πολιτικές αντιλήψεις στο λεγόμενο δυτικό κόσμο, από τη δεκαετία του 80 και έπειτα. Ενώ οι λεγόμενοι θεωρητικοί της διοικητικής επιστήμης (τεχνοκράτες) υπογραμμίζουν τη στενότητα των πόρων στην επιδιωκόμενη ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών. Τέλος υπάρχει και η άποψη πως το κοινωνικό κράτος κρίσης δεν τελεί υπό κρίση αλλά βρίσκεται σε μια πορεία αλλαγής και μετεξέλιξης, εκπορευόμενη από τα νέα δεδομένα και τις οικονομικές, κοινωνικές και δημογραφικές μεταβολές που επέρχονται στη σημερινή συγκυρία.

## **1.2. Η έννοια της κοινωνικής πολιτικής**

Όλα τα είδη πολιτικής σημαίνουν επιλογές που συνεπάγονται με αλλαγές. Η πολιτική από την ίδια της τη φύση συνεπάγεται με το εάν πιστεύουμε ότι μπορούμε να δημιουργήσουμε την αλλαγή με κάποιον τρόπο. Δεν διαθέτουμε πολιτικές για τον καιρό για παράδειγμα, γιατί μέχρι στιγμής δεν είμαστε σε θέση να κάνουμε τίποτα για τον καιρό. Ωστόσο, ακριβώς επειδή η πολιτική συνδέεται με την επιλογή, που συνεπάγεται με την αλλαγή, είναι προσανατολισμένη στη δράση και στο πρόβλημα και καμία πολιτική δεν μπορεί να ξεφύγει από τις αξίες, την ιδεολογία και την αναπαράσταση της «καλής» κοινωνίας. Ο Titmuss τόνισε ότι οι ανθρώπινες αξίες δεν μπορούν να αγνοηθούν σε οποιαδήποτε ουσιαστική συζήτηση για την κοινωνική πολιτική, δεδομένου ότι, σε τελευταία ανάλυση, η κοινωνική πολιτική αφορά τους κοινωνικούς σκοπούς και τις επιλογές μεταξύ τους. Η κοινωνική πολιτική έχει τις ρίζες της στις αξίες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας. Η κοινωνική πολιτική, δεν μπορεί να συζητηθεί ούτε να γίνει αντιληπτή στα πλαίσια ενός κοινωνικού «κενού». Τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως θα δούμε και σε επόμενο κεφάλαιο, τείνουν να αντικατοπτρίζουν τα κυρίαρχα πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κοινωνιών τους. Η κοινωνική πολιτική, εν συντομία, είναι κοινωνική γιατί οι ανάγκες ορίζονται ως κοινωνικές.

Η ιδεολογία για το ρόλο και τη λειτουργία του κράτους στην κοινωνική πολιτική και ιδίως η φύση του ίδιου του κράτους πρόνοιας, εξαρτώνται και αντανακλούν συγκεκριμένες

ηθικές, πολιτικές και ιδεολογικές θέσεις σχετικά με τις αιτίες των κοινωνικών προβλημάτων και την κατανομή των ευθυνών για τα κοινωνικά προβλήματα. Όταν υπάρχουν κοινωνικά προβλήματα, όπως η ανεργία, η κακή υγεία ή η ελλιπής στέγαση και αυτά ερμηνεύονται ως ατομικά σφάλματα, μπορεί να δημιουργηθούν αμφιβολίες σχετικά με την ευθύνη του κράτους να παρέμβει και να διορθώσει το πρόβλημα. Πολλοί έχουν υποστηρίξει ότι η παρέμβαση σε τέτοιες περιστάσεις μπορεί να είναι αντιπαραγωγική, καθώς δημιουργούνται κίνητρα για τους ανθρώπους να μην εργάζονται ή να μην προσπαθούν επαρκώς για να λύσουν τα προβλήματά τους. Από την άλλη πλευρά, εάν τα κοινωνικά προβλήματα ερμηνεύονται ως μια αντανάκλαση της αποτυχίας του κράτους, όπως για παράδειγμα της οικονομικής του πολιτικής που μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκείς μισθούς και έλλειψη προοπτικών απασχόλησης, τότε θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το κράτος έχει την ευθύνη απέναντι σε όσους έχουν ανάγκη. Ένα μεγάλο μέρος της συζήτησης για την κοινωνική πολιτική αφορά την ηθική, την ευθύνη και την έννοια της ιθαγένειας, για το πότε και πώς το κράτος πρέπει να αναλάβει την ευθύνη και πότε θα πρέπει να μην παρεμβαίνει. Ο μεταβαλλόμενος χαρακτήρας αυτής της συζήτησης και η κυριαρχία συγκεκριμένων ιδεολογιών με την πάροδο του χρόνου, έχει οδηγήσει σε αναδιάταξη της ισορροπίας των αρμοδιοτήτων μεταξύ των τομέων που εμπλέκονται στην υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής.

Η κοινωνική πολιτική, παρόλο που είναι μία έννοια με ευρύ πεδίο χρήσης, δεν έχει μέχρι τώρα ένα σαφώς και οριοθετημένο κοινά αποδεκτό περιεχόμενο. Ο Κώστας Δημουλάς υποστηρίζει πως αυτό οφείλεται στο γεγονός πως πρόκειται για μια διεπιστημονική έννοια και δεν είναι δυνατόν να περιοριστεί σε μια συγκεκριμένη επιστήμη.

Για αυτό το λόγο η μελέτη και το πεδίο της έννοιας της κοινωνικής πολιτικής άπτεται των επιστημών της κοινωνιολογίας, της πολιτικής οικονομίας, της κοινωνικής ανθρωπολογίας, της νομικής και της διοικητικής επιστήμης. Ωστόσο υπάρχουν προσεγγίσεις και μελετητές που αντιμετωπίζουν την κοινωνική πολιτική ως μια διάσταση της οικονομικής πολιτικής, ενώ άλλοι τη συνδέουν με την ηθική και τη φιλανθρωπία και άλλοι με το δίκαιο και τα θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα του ανθρώπου (Δημουλάς και Οικονόμου, 2012: 24-25).

Ενώ και ο Δημήτρης Βενιέρης σε αρμονία με την κυρίαρχη άποψη, υποστηρίζει και αυτός πως η κοινωνική πολιτική έχει διεπιστημονικό χαρακτήρα. Επικεντρώνεται μάλιστα στη σημασία που έχουν οι αξίες αναφορικά με τον προσδιορισμό των στόχων της κοινωνικής πολιτικής, εστιάζοντας στη σχέση μεταξύ αξιών, αρχών και σκοπών της κοινωνικής πολιτικής, λέγοντας ότι οι αξίες είναι αυτές που έχουν τον πρωταρχικό ρόλο στον καθορισμό

του σκοπού και των χαρακτηριστικών της κοινωνικής πολιτικής, συνδέοντας άμεσα τις αρχές με το ρόλο του μεσολαβητή μεταξύ αξιών και έμπρακτης άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Με αυτή τη προσέγγιση, τα κοινωνικά συμφέροντα και οι κοινωνικές τάξεις, αν και λαμβάνονται υπόψη στην ανάλυση της κοινωνικής πολιτικής, δεν διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στη διαμόρφωση του περιεχομένου και των στόχων της (Βενιέρης, 2015).

Καθοριστικό ρόλο στην προσέγγιση της έννοιας της κοινωνικής πολιτικής και στις σχετικές εκδοχές που έχουν αναπτυχθεί, διαδραματίζουν αυτό που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε ως «αριστερή» και «δεξιά» ιδεολογία σε συνδυασμό, με τις αντιλήψεις της κοινωνίας των πολιτών και των κοινωνικών κινημάτων για την κοινωνική πολιτική, καθώς το καθένα από τα ανωτέρω ιδεολογικά ρεύματα συνδέονται με συγκεκριμένες αντιλήψεις που εμπεριέχουν θεμελιώδεις κοινωνικές αξίες του περιεχομένου της κοινωνικής πολιτικής.

Οι περισσότεροι θεωρητικοί συμφωνούν και δεν μπορούν να παραγνωρίσουν τη σπουδαιότητα του πρακτικού χαρακτήρα και της επίδρασης που έχει η κοινωνική πολιτική. Η κοινωνική πολιτική, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επικεντρώνεται στα μέτρα και τις δράσεις που στόχο έχουν την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων. Οι διαφορές της με τους άλλους κλάδους των κοινωνικών επιστημών συνδέονται κυρίως με τη μέθοδο, το θεωρητικό προβληματισμό και τη σκοπιά, από την οποία αντιμετωπίζονται οι διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.

Στη συνέχεια από το πλήθος των προσεγγίσεων και των ερμηνειών, θα σταθούμε στο έργο του R. Titmuss, σύμφωνα με τον οποίο η κοινωνική πολιτική αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας, με εξέλιξη μάλιστα στενά συνδεδεμένη με τα άλλα κοινωνικά πεδία. Ενώ θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθούμε και σε άλλους ορισμούς πιο περιγραφικούς. Η παραδοσιακή προσέγγιση, λόγω χάρη καταγράφει μια σειρά υπηρεσιών και πολιτικών όπως η υγεία, η ασφάλιση, η πρόνοια, η λαϊκή στεγαστική, η εκπαιδευτική πολιτική, και οι εργασιακές σχέσεις, προκειμένου να περιγράψει το αντικείμενο και το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής.

Η θεωρητική αλλά και πολιτική σχολή της Κοινωνικής Διοίκησης, η οποία εδράζεται στην αγγλοσαξονική παράδοση, τονίζει το ρόλο των θεσμών καθώς και των οργανισμών που σκοπό έχουν τη παροχή κοινωνική υπηρεσιών. Οπότε σύμφωνα με τη σχολή αυτή ως κοινωνική πολιτική ορίζεται η διοίκηση υπηρεσιών πρόνοιας και κρατικών υπηρεσιών που θεραπεύουν σαφώς ορισμένα κοινωνικά προβλήματα.

Άλλοι συγγραφείς ερμηνεύουν και ορίζουν τη κοινωνική πολιτική ως τον σχεδιασμό για την διαχείριση και την επίτευξη αλλαγών στη κοινωνία, με απώτερο σκοπό την ισότητα την ευημερία και την ασφάλεια. Τέλος ο Midgley παραθέτει έναν συνθετικό, σύμφωνα με

τον οποίο η κοινωνική πολιτική έχει τις εξής κατευθύνσεις: α) την περιγραφή κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων, β) την ανάλυση και επεξήγηση αιτιακών παραγόντων με επιρροή στις κοινωνικές συνθήκες και παροχές, γ) τη θεωρητικοποίηση για παρέμβαση και έλεγχο της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων και δ) την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας μέσω των εφαρμοζόμενων πολιτικών (Σακελλαρόπουλος, 1999: 23-27).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε πως τα στοιχεία που περιγράφουν επαρκώς την έννοια και το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής στην εποχή μας είναι: οι κοινωνικοί κίνδυνοι, το περιβάλλον της οικονομίας, δηλαδή οι αγορές, η συλλογική αλληλεγγύη (με άμεση σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο και τις σύγχρονες θεωρίες κοινωνικής δικτύωσης) και τέλος η εισοδηματική αναδιανομή.

Υπάρχουν δύο βασικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, τα οποία αντικατοπτρίζουν πολύ διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τα αίτια της κοινωνικής ανισότητας και της κατάλληλης αντίδρασης του κράτους (Αλεξίου, 1999:78):

Το **υπολειμματικό** μοντέλο της κοινωνικής πρόνοιας, βασίζεται στις εξατομικευμένες προσεγγίσεις των κοινωνικών προβλημάτων, όπου η ευθύνη βρίσκεται στα χέρια των ανθρώπων και των οικογενειών τους. Το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη, μόνο όταν το άτομο ή η αγορά αποτύχει. Περιορίζει έτσι την έκταση της δέσμευσης του κράτους στις «περιθωριακές» ή τις ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα και είτε στερούνται επαρκών πόρων να «αγοράσουν» πρόνοια από την ελεύθερη αγορά είτε δεν έχουν οικογενειακή υποστήριξη. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτού του μοντέλου, η συλλογική πρόνοια καταπνίγει την ατομική πρωτοβουλία, επειδή απαιτεί υψηλά επίπεδα φορολογίας και ενθαρρύνει την εξάρτηση από τα κοινωνικά οφέλη και τις παροχές, καθώς οι υπηρεσίες που παρέχει το κράτος σε αυτά τα άτομα ή αυτές τις ομάδες υπονομεύουν την ατομική ευθύνη, την πρωτοβουλία και την αυτοβοήθεια. Το κράτος πρόνοιας υπάρχει ουσιαστικά για να παράσχει ένα δίκτυο ασφαλείας, για την αποφυγή της κοινωνικής εξαθλίωσης ορισμένων ειδικών κατηγοριών του πληθυσμού. Οι κρατικές παροχές, στο πλαίσιο ενός τέτοιου συστήματος, είναι «στοχοθετημένες» στα φτωχότερα τμήματα της κοινωνίας, παρέχοντας ένα χαμηλό επίπεδο παροχών. Επειδή οι υπηρεσίες παρέχονται σε μια επιλεκτική βάση, σε αντίθεση με την καθολική βάση, απαιτείται ένα πολύπλοκο σύστημα κριτηρίων και ελέγχων που συμβάλλει στον στιγματισμό των αποδεκτών της αρωγής και λειτουργεί κυρίως κατασταλτικά και όχι προληπτικά (Titmuss, 1963).

Το **θεσμικό / αναδιανεμητικό μοντέλο**, από την άλλη πλευρά, ήταν αυτό που προτάθηκε από τους Titmuss και Marshall. Παρείχε μια καθολική μορφή κάλυψης, με

υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού, αντανακλώντας μια θεσμοθετημένη δέσμευση για τη συλλογική βοήθεια σε όλο τον πληθυσμό, ώστε να υπάρχει ευημερία. Οι στόχοι αυτού του μοντέλου δεν περιοριζόνταν στην αποφυγή της κοινωνικής εξαθλίωσης ορισμένων ειδικών κατηγοριών του πληθυσμού, αλλά προσπάθησε αντ' αυτού να προωθήσει την κοινωνική δικαιοσύνη, να τροποποιήσει τις κοινωνικές ανισότητες και να δημιουργήσει την αίσθηση αλληλεγγύης. Μέσω της καθολικής κάλυψης, αποφεύγεται ο στιγματισμός των ατόμων ή κάποιων ομάδων, ενώ αποκαλείται θεσμικό, γιατί έχει ως στόχο την εδραίωση θεσμών για την κάλυψη των αναγκών και όχι την αποσπασματική ή των εκ των υστέρων αντιμετώπιση προβλημάτων. Το θεσμικό/αναδιανεμητικό πρότυπο κατακρίθηκε ως εξαιρετικά γραφειοκρατικό και σπάταλο, καθώς μετά από μια περίοδο συναίνεσης που αναδύθηκε μετά τον 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο, αμφισβητήθηκε η αύξηση των κοινωνικών δαπανών και η διεύρυνση του οικουμενισμού. Υπήρχαν πολλοί παράγοντες που υπονόμισαν το θεσμικό μοντέλο στη δεκαετία του 1970-90. Το μοντέλο δεν ανταποκρίθηκε στις υποσχέσεις του, υπήρξε μειωμένη συναίνεση για την επιτυχία του και φάνηκε πως δεν επίλυε τις ανισότητες. Οι νεοφιλελεύθεροι για παράδειγμα υποστήριζαν πως δεν υπήρχαν κίνητρα, με αποτέλεσμα οι πολίτες να γίνονται παθητικοί, δεν υπήρχαν αντικίνητρα και οι δημόσιες δαπάνες εκτοξεύτηκαν, γεγονός το οποίο ήταν ενάντια στα συμφέροντα των ιδιωτών και των επιχειρήσεων. Οι μεταμοντερνιστές το αμφισβήτησαν επίσης, καθώς στο όνομα της διαφορετικότητας και της διαφοράς, απέρριπταν τις προσπάθειες να βρεθούν οικουμενικές λύσεις σε παγκοσμίως γνωστά προβλήματα (Thompson & Hoggett 1996). Οι ιδέες της οικουμενικότητας, της ισότητας και της αμεροληψίας αποτέλεσαν αντικείμενο διαπραγμάτευσης και αντικαταστάθηκαν από τις έννοιες της ποικιλομορφίας και της επιλογής.

### **1.2.1 Ιστορική εξέλιξη και αιτίες ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής**

Τα κύρια ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής συνδέθηκαν στενά με τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις αρχές της Γαλλικής επανάστασης για την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Στη συνέχεια μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1880 οι κρατικές παρεμβάσεις χαρακτηρίζονταν από την ελάχιστη δυνατή παρέμβαση, ενώ από τότε και έπειτα και κυρίως στις αρχές του 20ού αιώνα θεσπίστηκαν οι πρώτοι οργανισμοί κοινωνικής αλληλεγγύης και ασφάλισης κατά των κινδύνων της γήρανσης, της ανεργίας και των ατυχημάτων, μέχρι το σημείο καμψής που ήταν το οικονομικό κραχ του 1929 και κυρίως ο

Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος, ο οποίος και συνδέθηκε στενά με την ανάπτυξη του Κράτους πρόνοιας.

Στη σημερινή της μορφή η κοινωνική πολιτική μπορούμε να πούμε πως είναι αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων και διεργασιών όπως, οι φυσικές καταστροφές, οι πόλεμοι που προκαλούν μεγάλες καταστροφές στις κοινωνικές δομές και στις υποδομές σε βαθμό τέτοιο όπου μόνο η συνολική κρατική παρέμβαση μπορεί να τις επαναφέρει σε φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας (μπορούμε εδώ να υποθέσουμε τις δυνάμεις που θα απαιτηθούν για παράδειγμα για την ανοικοδόμηση των κατεστραμμένων πόλεων της Συρίας στο μέλλον), οι ανάγκες που γεννά ο σύγχρονος αστικός τρόπος ζωής και η ανάπτυξη του καπιταλισμού με την επικράτηση της μισθωτής εργασίας και κατ' επέκταση οι ανάγκες του κόσμου που απαρτίζουν τη μισθωτή εργασία.

Οι φυσικές καταστροφές επίσης, (με πρόσφατα τα παραδείγματα του τυφώνα Κατρίνα και του τσουνάμι στη Πολυνησία) οδηγούν στην ανάγκη για κρατικές παρεμβάσεις με κοινωνικό περιεχόμενο, αφού καταστρέφουν ολικά τα μέσα επιβίωσης του πληθυσμού και απαιτούν άμεσες πρωτοβουλίες επανόρθωσης και ανακούφισης, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγιεινής, σίτισης, διαμονής, εκπαίδευσης και απασχόλησης των πληγέντων.

Ωστόσο, σύμφωνα με τον Κώστα Δημουλά, ο σημαντικότερος παράγοντας ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής, είναι η βιομηχανική ανάπτυξη και η επέκταση της μισθωτής απασχόλησης. Η ανάπτυξη και η επικράτηση της μισθωτής εργασίας, επέφερε ως αποτέλεσμα μια μεγάλη μάζα ανθρώπων στις σύγχρονες κοινωνίες να αντιμετωπίζει αυξανόμενα προβλήματα επιβίωσης όταν δεν εργάζεται, όπως είναι η ανατροφή παιδιών, οι αρρώστιες, το απειλητικό φάσμα της ανεργίας και η ανημποριά των γηρατειών. Ο μισθωτός εργαζόμενος, σε αντίθεση με τον εργοδότη ή έναν έμπορο, αφού αυτοί διαθέτουν περιουσιακά στοιχεία τα οποία τους αποφέρουν εισόδημα, δεν μπορεί να επιβιώσει εάν δεν εργάζεται. Επειδή ο καπιταλισμός, ο οποίος εμπεριέχει οικονομικές διακυμάνσεις και κρίσεις απασχόλησης, προκαλεί ανεργία και ωθεί εργαζόμενους στο οικονομικό και κοινωνικό περιθώριο, γεννήθηκε η ανάγκη για την αντιμετώπιση των προαναφερόμενων αρνητικών συνεπειών. Αναπτύχθηκαν με αυτό τον τρόπο τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής πολιτικής, τα οποία και επιδιώκουν τη διασφάλιση των συνθηκών διαβίωσης των ανέργων και γενικότερα την αντιμετώπιση της αδυναμίας απασχόλησης καθώς και των αναγκών που επιφέρουν τα ατυχήματα και το γήρας (Δημουλάς και Οικονόμου, 2012: 26-30).



### 1.3. Η έννοια της κοινωνικής προστασίας

Σε συνέχεια των κινδύνων που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα και κυρίως των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες και οι εργαζόμενοι, οι οποίοι ανατρέπουν ουσιαστικά τους όρους και τις συνθήκες διαβίωσης και απασχόλησης τους, το Κράτος αναπτύσσει πολιτικές και δράσεις προστασίας των πολιτών από τα φαινόμενα αυτά με στόχο τη προστασία τους. Αξίζει εδώ να αναφερθεί, πως παρόλο που η ασφάλεια των πολιτών, είναι μια αρμοδιότητα η οποία βρίσκεται στο σκληρό πυρήνα της κρατικής κυριαρχίας, πρωτοβουλίες προς αυτή την κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια, επικουρικά ή και σε βαθμό υποκατάστασης του κράτους όταν αυτό είναι ανίκανο, έχει αναλάβει και ο ιδιωτικός τομέας καθώς και ο τρίτος πόλος, δηλαδή η κοινωνία των πολιτών.

Η σπουδαιότητα της κοινωνικής προστασίας έγκειται στο γεγονός πως επιτρέπει στο άτομο, εφόσον βιώσει αρνητικές συνέπειες από ένα έκτακτο ή και απρόβλεπτο γεγονός, να συνεχίσει τη πορεία του απρόσκοπτα στο στίβο της ζωής, καθώς αν αποκλειστεί από πόρους και διαδικασίες με ζωτικό ρόλο για την ικανοποίηση των αναγκών του, τότε σύμφωνα με τον νομπελίστα συγγραφέα Αμάρθια Σεν, παύει να είναι ελεύθερος.

Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση η έμφαση δεν αποδίδεται στην ισότητα ή την ανισότητα των ευκαιριών πρόσβασης στους πόρους και τα αποτελέσματά τους, αλλά στην ανάπτυξη της ικανότητας των ανθρώπων να επιλέγουν, να ζουν και να δρουν το είδος της ζωής που οι ίδιοι εκτιμούν και επιθυμούν (Sen, 1979:198).

Στη συνέχεια για την επίτευξη των παραπάνω θα εστιάσουμε στις δαπάνες που απαιτούνται και στην επίδραση που αυτές φέρουν στην οικονομική μεγέθυνση. Σύμφωνα με τους Δαφέρμο και Παπαθεοδώρου, οι δαπάνες του συστήματος κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα αυτές που εμπíπτουν στο πεδίο της επιδοματικής πολιτικής σχετίζονται άμεσα με την οικονομική μεγέθυνση, καθώς αυξάνουν τόσο τη δημόσια όσο και την ιδιωτική κατανάλωση, οι οποίες, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, αποτελούν βασικές συνιστώσες του ΑΕΠ. Η επίδραση στη δημόσια κατανάλωση αφορά την παροχή κοινωνικών μεταβιβάσεων σε είδος, ήτοι αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται ή και προσφέρονται από τον δημόσιο τομέα στον ιδιωτικό, ενώ οι επιδράσεις στην ιδιωτική κατανάλωση σχετίζονται με τις κοινωνικές παροχές σε χρήμα, οι οποίες και αυξάνουν το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών, το οποίο με τη σειρά του αυξάνει την ιδιωτική κατανάλωση και άρα φέρνει μεγέθυνση του ΑΕΠ.

Το γεγονός αυτό μας απασχολεί ιδιαίτερα στο πλαίσιο της χάραξης και εφαρμογής πολιτικών ευημερίας των πολιτών αλλά και μεγέθυνσης του ΑΕΠ καθώς οι δαπάνες για κοινωνική προστασία που συμμετέχουν με άμεσο τρόπο στη διαμόρφωση του ΑΕΠ, καλύπτουν βασικές ανάγκες των νοικοκυριών, με αποτέλεσμα να απελευθερώνονται έτσι

πόροι και εισόδημα το οποίο απομένει για άλλες χρήσεις και επενδύσεις (Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, 2013: 8-10).

#### **1.4. Η έννοια της κοινωνικής πρόνοιας**

Η έννοια καθεστώτος κράτους πρόνοιας, διατυπώθηκε από τον Γκόστα Έσπιν-Άντερσεν, ενώ είχε προηγηθεί η έννοια του μοντέλου ευημερίας, η οποία διατυπώθηκε από τον Ρίτσαρντ Τίτμους, προκειμένου να περιγράψει τις λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής σε διαφορετικές χώρες.

Ο Γκόστα Έσπιν-Άντερσεν ανέδειξε την έννοια του καθεστώτος κράτους πρόνοιας διατυπώνοντας τη θεωρία των διαφορετικών καθεστώτων κράτους πρόνοιας στις χώρες της Ευρώπης τα οποία ταξινόμησε σε τρεις κατηγορίες: το συντηρητικό, το φιλελεύθερο και το σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους ευημερίας.

Βασικό χαρακτηριστικό του συντηρητικού καθεστώτος κράτους πρόνοιας αποτελεί η υποχρεωτική ασφάλιση της εργασίας με την καταβολή εισφορών. Σε αυτό το καθεστώς οι κοινωνικές παροχές συνδέονται με την εργασία και διαφοροποιούνται κατά επαγγελματικές κατηγορίες. Στο φιλελεύθερο καθεστώς επικρατούν οι αρχές του Μπέβεριτζ και το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης για όλους, λειτουργώντας στη βάση της αρχής της κοινωνικής βοήθειας μέσω της φορολογίας. Τέλος στο σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους πρόνοιας επικρατούν οι αρχές της ισότητας και της καθολικής παροχής κοινωνικών αγαθών και θα λέγαμε πως είναι απο-εμπορευματοποιημένο από όλα τα καθεστώτα κράτους ευημερίας, επειδή στηρίζεται στην εγγύηση υπηρεσιών πρόνοιας υψηλών προδιαγραφών μέσω της γενικευμένης φορολογίας, χωρίς να συνδέονται οι κοινωνικές αυτές παροχές με την εργασία ή τις εισφορές που έχει καταβάλει το άτομο, σε αντίθεση με τα συντηρητικά καθεστώτα (Δημουλάς και Οικονόμου, 2012: 60-64).

#### **1.5. Βασικές αρχές του κράτους πρόνοιας**

Ως βασική αρχή του κράτους πρόνοιας, σύμφωνα με τον Μάνο Ματσαγγάνη αποτελεί η προτεραιότητα στην αξιολόγηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος που μπορεί να επιφέρει η όποια μεταφορά πόρων για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Επιπρόσθετα στρατηγικός στόχος του διαχειριστή του συστήματος πρόνοιας, οφείλει να είναι η παρακολούθηση των διαφοροποιήσεων και των αλλαγών που συντελούνται στην οικονομική και στην κοινωνική πραγματικότητα και η προληπτική αντιμετώπιση τους.

Με την μέθοδο αυτή είναι δυνατό να περιοριστεί έτσι η ανικανότητα ενός, και στη προκειμένη, του ελληνικού συστήματος πρόνοιας, στο να αντιμετωπίσει τις πραγματικές

ανάγκες, σε αντίθεση με τη παρούσα λειτουργία του, την οποία χαρακτηρίζει η μεταφορά πόρων από τους αδύναμους προς τους ευνοημένους του συστήματος, με αποτέλεσμα την όξυνση της φτώχειας αλλά και τη συμβολή του στην εμφάνιση της κρίσης.

Η προσπάθεια για τη δόμηση ενός αποτελεσματικού κοινωνικού κράτος και του κοινωνικού ιστού ασφάλειας, θεωρείται ως μια επένδυση που οφείλουν να κάνουν οι κυβερνήσεις σε περιόδους ανάπτυξης του ΑΕΠ, προκειμένου να καταστούν έτσι ικανές να αντιμετωπίσουν και την περίοδο ύφεσης της οικονομίας.

Ο συγγραφέας καταλήγει λοιπόν στο κεντρικό του επιχείρημα που είναι μια εξισωτική και γενναία μεταρρύθμιση της κοινωνικής προστασίας χωρίς αύξηση της συνολικής δαπάνης, αλλά με εξάλειψη των προνομίων και των ευνοημένων κοινωνικών ομάδων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν με αυτό τον τρόπο τα φαινόμενα του οικονομικού αλλά και του κοινωνικού αποκλεισμού (Ματσαγγάνης, 2013: 231).

Στην ίδια κατεύθυνση μια ακόμη βασική αρχή που πρέπει να διέπει το κράτος πρόνοιας αποτελεί η έννοια του κοινωνικού σχεδιασμού. Ως κοινωνικός σχεδιασμός νοείται εκείνος που αναφέρεται στην κοινωνική πραγματικότητα, σε θέματα δηλαδή, ανάγκες και κοινωνικά προβλήματα. Στα πεδία εφαρμογής του κοινωνικού σχεδιασμού, εμπίπτουν τομείς όπως η κοινωνική μεταβολή, η κοινωνική ανοδικότητα, η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και η οργάνωση των κοινωνιών. Κυρίαρχη θέση στον κοινωνικό σχεδιασμό κατέχει η σύνδεσή του και η εφαρμογή του στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής (Κασιμάτη 2002:37).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

### 2.1. Τα μοντέλα προνοιακών συστημάτων στην Ευρώπη

Σύμφωνα με τον Titmuss (1974: 30-31), διακρίνουμε τρία μοντέλα κρατικής πρόνοιας. Τα συγκεκριμένα μοντέλα αφορούν όλες τις επιλογές της οικονομικής και κοινωνικής ζωής των πολιτών μιας χώρας. Τα τρία μοντέλα μπορούν να περιγραφούν ως εξής:

A) *Το Μοντέλο Υπολειμματικής Πρόνοιας της Κοινωνικής Πολιτικής*: Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην προϋπόθεση ότι υπάρχουν δύο «φυσικά» ή κοινωνικά κανάλια μέσω των οποίων ικανοποιούνται οι ανάγκες ενός ατόμου, η ιδιωτική αγορά και η οικογένεια. Μόνο όταν αυτές καταρρεύσουν, θα πρέπει να επεμβαίνουν τα θεσμικά όργανα της κοινωνικής πρόνοιας και μόνο προσωρινά. Η θεωρητική βάση αυτού του μοντέλου μπορεί να ανιχνευθεί στις πρώτες ημέρες του Βρετανικού κράτους και βρίσκει στήριξη στα οργανικά-μηχανιστικά κατασκευάσματα της κοινωνίας που υποστηρίζονται από κοινωνιολόγους όπως ο Spencer και ο Radcliffe-Brown και οικονομολόγους όπως ο Friedman, ο Hayek και οι ιδρυτές και οπαδοί του Ινστιτούτου Οικονομικών Υποθέσεων στο Λονδίνο.

B) *Το Μοντέλο Βιομηχανικής Επίδοσης της Κοινωνικής Πολιτικής*: Αυτό το μοντέλο, τονίζει το σημαντικό ρόλο των ιδρυμάτων κοινωνικής πρόνοιας ως πρόσθετα της οικονομίας. Θεωρεί ότι οι κοινωνικές ανάγκες θα πρέπει να ικανοποιούνται με βάση την αξία, την απόδοση της εργασίας και την παραγωγικότητα. Προέρχεται από διάφορες οικονομικές και ψυχολογικές θεωρίες που αφορούν τα κίνητρα, την προσπάθεια και την ανταμοιβή, καθώς και τη διαμόρφωση των τάξεων.

Γ) *Το Θεσμικό Αναδιανεμητικό Μοντέλο Κοινωνικής Πολιτικής*: Το μοντέλο αυτό θεωρεί την κοινωνική ευημερία ως ένα σημαντικό ολοκληρωμένο θεσμικό όργανο στην κοινωνία, παρέχοντας καθολικές υπηρεσίες εκτός της αγοράς με βάση την αρχή της ανάγκης. Εν μέρει βασίζεται σε θεωρίες σχετικά με τις πολλαπλές επιδράσεις της κοινωνικής αλλαγής και του οικονομικού συστήματος και εν μέρει στην αρχή της κοινωνικής ισότητας. Είναι βασικά ένα μοντέλο που ενσωματώνει συστήματα ανακατανομής του πλούτου. Αυτά τα τρία μοντέλα είναι, φυσικά, μόνο πολύ ευρείες προσεγγίσεις στις θεωρίες και τις ιδέες των οικονομολόγων, των φιλοσόφων, των πολιτικών επιστημόνων και των κοινωνιολόγων.

Οι Schubert και Martens (2005), υποστηρίζουν ότι τα μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας που εφαρμόζονται στις ευρωπαϊκές χώρες έχουν κοινά χαρακτηριστικά αλλά, όπως υποστηρίζει και ο Sapir (2006), η έννοια του «ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου» είναι

παραπλανητική και δεν ισχύει παντού στην Ευρώπη . Ωστόσο, τα κοινωνικά συστήματα στην ΕΕ είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα και θεωρούνται ότι έχουν τις ακόλουθες ομοιότητες:

- Έμφαση στην κοινωνική προστασία
- Εκ των υστέρων παροχές για την αντιμετώπιση κινδύνων/αναγκών
- Σημαντικές «παθητικές» οικονομικές ενισχύσεις κατά τη διάρκεια της μη απασχόλησης (συντάξεις, επιδόματα ανεργίας, επιδόματα αναπηρίας, επιδόματα ασθένειας, επιδόματα μητρότητας, επιδόματα για οικογενειακά εξαρτώμενα άτομα κ.λπ.)
- Δίκτυ ασφαλείας κατά την φτώχειας
- Ενίσχυση των οικογενειών, οι οποίες διαφέρουν από τον παραδοσιακό τύπο οικογένειας (μονογονεϊκές οικογένειες, κ.ά)
- Εκπαίδευση και κατάρτιση των τόμων για την ένταξή τους στην εργασία και άλλες μορφές εξωτερικής κοινωνικής προστασίας

Αυτές οι πτυχές της κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας, υλοποιούνται σε κάθε χώρα με διαφορετικό τρόπο. Ωστόσο, μπορούν να περιγραφούν στα πλαίσια πέντε διαφορετικών κοινωνικών μοντέλων. Τα μοντέλα αυτά, αποκλίνουν από την άποψη των χαρακτηριστικών, των επιδόσεων και από την άποψη της αποδοτικότητας και της ισότητας (Ferrera, 2013). Οι περισσότεροι ακαδημαϊκοί συμφωνούν ότι αντί για ένα ενιαίο ευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής, υπάρχουν τέσσερα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής στην Ευρώπη, τα οποία ορίζονται ως: α) το Κεντροευρωπαϊκό β) το Αγγλοσαξονικό, γ) το Σκανδιναβικό, δ) το Νότιοευρωπαϊκό (Μεσογειακό) (Casalegno, 2006; Sapir, 2006: 375, Ferrera, 2013). Μέχρι την αρχή της νέας χιλιετίας, με βάση την έλλειψη εμπειρικών δεδομένων (Sengoku, *Emerging Eastern European Welfare States: A Variant of the “European” Welfare Model?*, 2003, 231; Casalegno, 2006), υπήρχε η άποψη ότι οι μετακομμουνιστικές χώρες θα υιοθετούσαν ένα από τα υπάρχοντα μοντέλα. Σήμερα αναγνωρίζεται η ύπαρξη ενός νέου, πέμπτου μοντέλου, το μοντέλο της Κεντρικής/Ανατολικής Ευρώπης, (Sengoku 2003; Ferrera, 2013).

### *2.1.1. Το Σκανδιναβικό Μοντέλο*

Το σκανδιναβικό μοντέλο περιλαμβάνει τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης: τη Νορβηγία, τη Σουηδία, τη Φινλανδία, τη Δανία και τις Κάτω Χώρες . Αυτές οι χώρες δεν παρέχουν τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και προστασίας με πανομοιότυπο τρόπο, αλλά μοιάζουν αρκετά ώστε να περιγράφονται ως «Σκανδιναβικό Μοντέλο Πρόνοιας». Η ισότητα, είναι η θεμελιώδης αρχή του σκανδιναβικού μοντέλου, όπου σύμφωνα με αυτή, τα κοινωνικά οφέλη κατανέμονται μεταξύ όλων των μελών της κοινωνίας με βάση την ισότητα (Porona &

Kozhevnikova, 2013). Ο Ferrera (2013), ορίζει τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου:

- Ισχυρή οικουμενικότητα
- Μεγάλο εύρος παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των ενεργών πολιτικών για την εργασία, ως στοιχείο κοινωνικής επένδυσης
- Μοντέλο διπλού εισοδήματος (Dual earner model-DEM): απασχόληση των γυναικών και ισότητα των φύλων
- Ισχυρά αλλά περιορισμένα δίκτυα ασφαλείας, χαμηλά επίπεδα φτώχειας, αποτελεσματικές πολιτικές ένταξης

Το μοντέλο αυτό είναι ένας συνδυασμός της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς - όπου οι δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης είναι απαλλαγμένες από την παρέμβαση του κράτους, των μονοπωλίων καθορισμού των τιμών ή άλλων αρχών - με ένα κράτος πρόνοιας. Το κράτος είναι ο βασικός θεσμός για την προστασία και την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας των πολιτών του (Sanandaji, 2012).

Τα σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας έχουν τον ίδιο πολιτικό στόχο, που είναι η προώθηση της κοινωνικής συνοχής. Το κοινωνικό τους πρότυπο είναι γνωστό για την καθολική προσφορά υπηρεσιών, η οποία βασίζεται στις αρχές της ισότητας, όπως είναι η ισότιμη πρόσβαση στις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες, στην εκπαίδευση και στον πολιτισμό, στην αλληλεγγύη, με έμφαση στις ιδιαίτερες ανάγκες κάποιων ατόμων ή ομάδων και στην ασφάλεια για όλους, συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων (Norden, 2013; Ferrera, 2013). Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις σκανδιναβικές χώρες είναι επίσης πολύ παρόμοια. Η υγειονομική περίθαλψη είναι σχεδόν εντελώς δημόσια, και χρηματοδοτείται από τη φορολογία, η οποία είναι αρκετά υψηλή και σχεδόν όλα τα νοσοκομεία ανήκουν στο δημόσιο και διαχειρίζονται από αυτό. Ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αρκετά σημαντικός και οι άνθρωποι πρέπει να δουν έναν γενικό ιατρό πριν να μπορέσουν να δουν έναν ειδικό. Στη Δανία, σχεδόν όλες οι επισκέψεις στον γενικό ιατρό και όλες οι επισκέψεις στα νοσοκομεία είναι δωρεάν. Στη Νορβηγία και τη Σουηδία, έχει καθοριστεί ανώτατη τιμή για τις επισκέψεις και δεν υπάρχει χρέωση για την επίσκεψη των παιδιών στους γενικούς ιατρούς. Οι πολίτες των σκανδιναβικών χωρών, προσδοκούν εξαιρετικές υπηρεσίες υγείας για όλους, με βασικό γνώμονα την ισότητα και την αλληλεγγύη. Οι χώρες που ανήκουν στο πρότυπο της σκανδιναβικής πρόνοιας υποστηρίζουν το ελεύθερο εμπόριο, μια σταθεροποιημένη οικονομία και μια γενικευμένη ευημερία, η οποία προωθεί την ατομική αυτονομία, την κοινωνική κινητικότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα (Ferrera, 2013).

Οι σκανδιναβικές χώρες έχουν τον υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής, ευημερίας και ισότητας. Σε γενικές γραμμές, αυτές οι χώρες καταφέρνουν να έχουν δικαιοσύνη και ισότητα μαζί με μια καλή οικονομία, αποδεικνύοντας ότι η ελεύθερη οικονομία και η δικαιοσύνη μπορούν να συνυπάρχουν. Το μοντέλο της κοινωνικής πρόνοιας των Σκανδιναβικών χωρών εμφανίζει επίσης κάποια από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά

- Θεωρείται από πολλούς ως το καλύτερο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής
  - Έχει τον υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής, ευημερίας και ισότητας
  - Βασικός στόχος του μοντέλου είναι η προώθηση της κοινωνικής συνοχής
  - Προσφέρονται άριστες υπηρεσίες υγείας για όλους, με βάση την ισότητα και την αλληλεγγύη που ανήκουν στην ιδεολογική προσέγγιση του μοντέλου
  - Προσφέρει ασφάλεια για όλους, συμπεριλαμβανομένων των ευάλωτων ομάδων
- Παρά ταύτα υπάρχουν δύο αδυναμίες:
- Έλλειψη στοιχείων σχετικά με την έκβαση των παρεχόμενων υπηρεσιών και υποστήριξης
  - Το μοντέλο μπορεί να αποδειχθεί δύσκολο να εφαρμοστεί σε λιγότερο εύπορες χώρες

### *2.1.2. Το Κεντροευρωπαϊκό Μοντέλο*

Το Κεντροευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο πρόνοιας, περιλαμβάνει τις εξής χώρες: την Αυστρία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο. Το Κεντροευρωπαϊκό Μοντέλο, υποθέτει ότι η κοινωνική υποστήριξη παρέχεται σε όσους είναι ή έχουν υπάρξει ενεργά μέλη της αγοράς εργασίας (Porona & Kozhevnikova, 2013). Σύμφωνα με τον Ferrera (2013), αυτό το σύστημα έχει χαρακτηριστικά τόσο από το Σκανδιναβικό όσο και το Αγγλοσαξωνικό μοντέλο. Βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αρχή της ασφάλειας, η οποία αναγνωρίζεται από πολυάριθμους νόμους για την προστασία της απασχόλησης και από έναν σημαντικό αριθμό κανονισμών στη βιομηχανία. Η αγορά εργασίας τείνει να είναι άκαμπτη και αργή στις αντιδράσεις της απέναντι στην παγκοσμιοποίηση. Σε αυτό το μοντέλο οι κυβερνήσεις παρέχουν γενναιόδωρες παροχές ανεργίας, ενώ ένα καλά χρηματοδοτούμενο κράτος πρόνοιας επιτρέπει τη μείωση της φτώχειας και παρέχει υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και συντάξεις αναπηρίας. Ωστόσο, τα επιδόματα αυτά συχνά συνδέονται με προϋποθέσεις που θέτουν εμπόδια στην πρόθεση των ατόμων με αναπηρία να απασχοληθούν στην αγορά εργασίας, καθώς μπορεί να μειωθούν εάν το άτομο εργάζεται. Σε

περίπτωση που τα εισοδήματα είναι χαμηλά, τα συνδικάτα έχουν την εξουσία λήψης αποφάσεων στα πλαίσια των συλλογικών συμβάσεων.

Η υγειονομική περίθαλψη στις χώρες αυτές χρηματοδοτείται από δημόσια ή ιδιωτικά ταμεία υποχρεωτικής ασφάλισης (ΟΟΣΑ, 2013). Μερικές φορές, η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται εν μέρει από τη γενική φορολογία. Στο Βέλγιο, για παράδειγμα, η κρατική επιδότηση είναι σημαντική, ενώ στη Γερμανία μόνο το 21% του κεφαλαίου προέρχεται από τη γενική φορολογία (ΟΟΣΑ, 2013). Τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου είναι:

- Ένα καλώς χρηματοδοτούμενο κράτος πρόνοιας επιτρέπει τη μείωση της φτώχειας, την υψηλή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και τις συντάξεις αναπηρίας

- Υψηλό επίπεδο δημόσιας στήριξης

- Επιτρέπει στους δικαιούχους επιδομάτων να διατηρούν ένα αξιοπρεπές επίπεδο εισοδήματος

- Επιτρέπει το ιδιωτικό σύστημα υπηρεσιών, όπως είναι για παράδειγμα η υγειονομική περίθαλψη

- Τα οφέλη αυξάνονται αντίστοιχα με την αύξηση των εισφορών

- Δεν υπάρχει πολύ υψηλή φορολογική επιβάρυνση

Οι αδυναμίες του συγκεκριμένου μοντέλου είναι:

- Διατηρεί και ενισχύει τις κοινωνικές αποκλίσεις

- Υπάρχουν κάποιοι ιδιαίτεροι περιορισμοί σε ό,τι αφορά τις συνθήκες απασχόλησης και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, που μπορεί να έχουν ιδιαίτερο αντίκτυπο σε κάποια άτομα με αναπηρίες, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην επιθυμία του να εργαστούν

- Υπάρχει αυξημένο εργατικό κόστος (μέσω των ασφαλιστικών εισφορών)

- Τείνει να επιβάλει κυρώσεις σε όσους βρίσκονται σε μια κατάσταση ασταθούς, μη παραδοσιακής ή μερικής απασχόλησης

- Συχνά παρέχει λίγα οφέλη σε όσους δεν είναι ασφαλισμένοι

### *2.1.3. Το Αγγλοσαξωνικό Μοντέλο*

Το Αγγλοσαξωνικό μοντέλο, εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία. Βασικό χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι η παροχή κοινωνικών παροχών σε όσους έχουν ανάγκη από το κρατικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, ενώ τα κρατικά κεφάλαια συγκεντρώνονται κυρίως από τις εισφορές των ίδιων των πολιτών (Ρορονα & Κοζhevnikova, 2013). Σύμφωνα με τον Ferrera (2013), τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου είναι:

- Δεν υπάρχει οικουμενικότητα των παροχών



- Η επαγγελματική / φορολογική ευημερία για τις μεσαίες τάξεις και
- Τα υψηλά επίπεδα αποκλεισμού και οι χαμηλές παροχές για τους φτωχούς, συμπεριλαμβανομένων των φτωχών εργαζομένων

Το μοντέλο είναι επίσης γνωστό ως «φιλελεύθερο» για τη στάση του απέναντι στις αγορές. Η στάση απέναντι στις αγορές είναι αρκετά φιλελεύθερη. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι η παροχή κοινωνικής βοήθειας ως έσχατη λύση. Μεγαλύτερο μέρος των κονδυλίων χρησιμοποιείται για τον πληθυσμό που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας και λιγότερο προς τους συνταξιούχους. Η προηγούμενη απασχόληση ορίζει την πρόσβαση στις παροχές, πράγμα που σημαίνει ότι αυτοί που δεν έχουν εργαστεί, δεν είναι δικαιούχοι αυτών των παροχών. Στις χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου, το ποσοστό απασχόλησης είναι υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας φαίνεται να είναι βιώσιμο από οικονομική άποψη. Από την άλλη, τα συνδικάτα δεν είναι πολύ ισχυρά. Υπάρχει μεγαλύτερη διασπορά του εισοδήματος και περισσότεροι χαμηλοί μισθοί, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες να κινδυνεύει κάποιος από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια (Casalegno, 2006).

Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία είναι εθνικό και χρηματοδοτείται κυρίως από τη γενική φορολογία. Οι Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας (NHS) στο Ηνωμένο είναι οι μεγαλύτερες στον κόσμο δημόσιες χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας και θεωρούνται ότι είναι από τις πλέον αποτελεσματικές, ισότιμες και ολοκληρωμένες. Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ιρλανδία (HSE) παρέχουν όλες τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ιρλανδίας στα νοσοκομεία ολόκληρης της χώρας. Σύμφωνα με την Fife Society for the Blind (UK) οι βασικές δυνάμεις και αδυναμίες των αγγλοσαξονικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας είναι:

- Έχουν οριστεί τα γενικά πρότυπα παροχής φροντίδας
- Το σύστημα υγείας και πρόνοιας είναι καθολικό
- Περιορισμένα επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού
- Σχετικά οικονομικά αποδοτικό σύστημα
- Θετική επίδραση στην απασχόληση
- Χαμηλοί ενδιάμεσοι φόροι
- Το σύστημα είναι λιγότερο ευαίσθητο στις πιέσεις της αγοράς εργασίας
- Υπάρχουν δωρεάν εθνικές υπηρεσίες υγείας
- Ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής μέριμνας και υγειονομικής περίθαλψης
- Υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές της κεντρικής κυβέρνησης για την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας

- Οι υπηρεσίες νομοθετούνται ώστε να παρέχονται σε συντονισμένη βάση
- Κυβερνητική στρατηγική για την από κοινού παροχή υπηρεσιών σε κωφούς και τυφλούς
- Πληθώρα οργανισμών, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας

Οι αδυναμίες του συστήματος αυτού είναι:

- Οι δαπάνες αφορούν κατά κύριο λόγο τον πληθυσμό που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας και πολύ λιγότερο τον ηλικιωμένο πληθυσμό, θέτοντας σε μειονεκτική θέση τους ηλικιωμένους ή τα άτομα με αναπηρίες
- Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής μέριμνας πάσχουν από έλλειψη χρηματοδότησης, μεγάλους χρόνους αναμονής και απειλούνται από περαιτέρω περικοπές χρηματοδότησης
- Υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με τις παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους

#### *2.1.4. Το Μεσογειακό Μοντέλο*

Το Μεσογειακό Μοντέλο, υπάρχει στην Ιταλία, στην Ισπανία, στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία και στην Τουρκία. Το μοντέλο βασίζεται στην αρχή ότι η οικογένεια έχει τον κύριο ρόλο στην υποστήριξη των κοινωνικά μη προστατευμένων μελών της (Porrova & Kozhevnikova, 2013). Είναι παρόμοιο με το Κεντροευρωπαϊκό Μοντέλο, χωρίς ωστόσο να είναι ευέλικτη η αγορά εργασίας, εξαιτίας του προστατευτισμού της απασχόλησης. Παρά ταύτα, το μοντέλο αυτό δεν είναι πολύ αποτελεσματικό στη μείωση της φτώχειας. Η πρόνοια αφορά κυρίως κάποιες γενναιόδωρες κρατικές παροχές και τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις ως μέσο για καλύτερες συνθήκες εργασίας. Κατά συνέπεια, το επίπεδο της κοινωνικής βοήθειας είναι πολύ χαμηλότερο από ό, τι στις άλλες χώρες. Οι χώρες των οποίων το σύστημα κοινωνικής πολιτικής υπάγεται στο μεσογειακό μοντέλο εμφανίζουν μεγαλύτερο κατακερματισμό των δικαιωμάτων με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε κάποιες κοινωνικές παροχές να γίνεται υπό συγκεκριμένους περιορισμούς, οι οποίοι συχνά αποκλείουν μεγάλες ομάδες πολιτών. Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις στις χώρες αυτές έχουν γενικά μεγάλη συμμετοχή, πράγμα που θα μπορούσε να εξηγήσει τη διασπορά των χαμηλότερων εισοδημάτων (Kluzer, Redecker, & Centeno, 2010). Σε ό,τι αφορά τη φροντίδα στο σπίτι, οι μεσογειακές χώρες προσφέρουν λιγότερες παροχές και κατά συνέπεια, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που χρειάζονται βοήθεια, φροντίζονται από άτυπους φροντιστές όπως τα μέλη της οικογένειάς τους, φίλους, ή άλλα άτομα επ'αμοιβή. Η κατάσταση αυτή οφείλεται περισσότερο στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των χωρών αυτών. Παραδοσιακά, τα νοικοκυριά είναι

πολυπαραγωγικά όπου οι ηλικιωμένοι υποστηρίζονται από τα παιδιά τους. Σε γενικές γραμμές, ένα μεγάλο μέρος της προστασίας παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους.

Τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου είναι:

- Γενναιόδωρες κρατικές συντάξεις και επιλογές για πρόωρη συνταξιοδότηση, εξασφαλίζοντας την ασφάλεια των ηλικιωμένων

- Ενεργές διαπροσωπικές σχέσεις και υποστήριξη από την οικογένεια
- Οφέλη για τους ηλικιωμένους όταν χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες
- Δωρεάν δημόσια υγεία

Οι αδυναμίες αυτού του Μοντέλου είναι:

- Υψηλή εξάρτηση από την υποστήριξη της οικογένειας
- Ανεπαρκής κάλυψη και παροχή υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές και στις μικρότερες πόλεις

- Ανεπαρκείς υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας
- Υψηλή εξάρτηση από τις πολιτικές προτεραιότητες και δράσεις σε κυβερνητικό επίπεδο

#### *2.1.5. Το Μοντέλο της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης*

Η υπόθεση ότι οι χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης θα υιοθετούσαν κάποιο από τα υφιστάμενα μοντέλα μετά τις πολιτικές αλλαγές της δεκαετίας του '90, αποδείχτηκε λανθασμένη. Οι χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης, έχουν υιοθετήσει ένα πρότυπο πρόνοιας που στηρίζεται στην κοινή τους ιστορία και πολιτική διακυβέρνηση πριν από το 1990. Τα μετα-σοσιαλιστικά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας των παλαιών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν μοιάζουν με κανένα από τα τέσσερα υπάρχοντα μοντέλα που εφαρμόζονται στην Ευρώπη. Στα μέσα της δεκαετίας του '90, πολλές χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης έκαναν μεταρρυθμίσεις κοινωνικής πολιτικής. Τα κύρια κοινά χαρακτηριστικά αυτών των μεταρρυθμίσεων συνοψίζονται από τον Sengoku (2002, σ. 232 στ) ως εξής:

- Το κράτος αποσύρθηκε από τον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, με αποτέλεσμα διάφορα είδη παροχών να καταργηθούν ή να ανασταλούν
- Έγινε περιορισμένη ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- Ενθαρρύνθηκαν οι δραστηριότητες του «τρίτου τομέα», όπως ο εθελοντικός τομέας και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις

- Στα πλαίσια της δημιουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, διαχωρίστηκαν τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό
- Τα συνταξιοδοτικά ταμεία διαχωρίζονται από την ασφάλιση υγείας
- Η κοινωνική ασφάλιση γίνεται από έναν αριθμό ανεξάρτητων θεσμών
- Η ισχύς και οι ευθύνες των περιφερειακών και τοπικών θεσμών διευρύνθηκαν.

Οι προσεγγίσεις της μεταρρύθμισης των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας διαφέρουν από χώρα σε χώρα στις χώρες της Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Η Πολωνία για παράδειγμα, αύξησε τις δαπάνες και το εύρος των κοινωνικών δαπανών, η Βουλγαρία επέλεξε να μειώσει τις δαπάνες, ενώ η Ουκρανία διατήρησε τις δαπάνες κοινωνικής πρόνοιας στα ίδια επίπεδα (Cook, 2007b). Επίσης, οι πολιτικές που χρησιμοποιήθηκαν για να ανταποκριθούν στις οικονομικές πιέσεις ποικίλουν. Η Πολωνία και η Ουγγαρία αύξησαν τις παροχές για την πρόωρη συνταξιοδότηση, η Βουλγαρία και η Ρουμανία μείωσαν τα επιδόματα ανεργίας και επέκτειναν την κάλυψη των παροχών αναπηρίας, ενώ οι χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης έχουν αποφύγει τη μαζική ανεργία μέσω της εξάρτησης από τις καθυστερούμενες αποδοχές. Τα συστήματα υγείας των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης είναι συστήματα κοινωνικής ασφάλισης που βασίζονται στις εισφορές από την εργασία. Οι παροχές υγείας καλύπτουν τόσο τους εργαζόμενους όσο και τα μέλη της οικογένειας των ασφαλισμένων (Sengoku, 2003:235). Υπάρχει έντονη αντίθεση σε ό,τι αφορά τα συνταξιοδοτικά συστήματα μεταξύ της Ουγγαρίας και της Πολωνίας, αφενός, και της Τσεχικής Δημοκρατίας και της Σλοβενίας, αφετέρου (Sengoku, 2003: 235). Τα κράτη της Βαλτικής θεωρούνται ότι ανήκουν στην ομάδα της κρατών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας σε αυτές τις χώρες, χαρακτηρίζονται από υψηλές ανισότητες, χαμηλές κοινωνικές δαπάνες και χαμηλή κοινωνική συνοχή. Στηρίζονται σε παραδοσιακούς κλάδους ανειδίκευτου εργατικού δυναμικού. Αντίθετα, τα κράτη του Visegrad (Τσεχική Δημοκρατία, Πολωνία, Σλοβακία και Ουγγαρία) αποδίδουν αρκετά καλά όσον αφορά την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και την προώθηση της κοινωνικής συμμετοχής, στηριζόμενα σε βιομηχανίες υψηλής έντασης (Bohle & Greskovits, 2007).

Η Ουγγαρία και η Πολωνία θέσπισαν ένα σύστημα πολλαπλών πυλώνων με υποχρεωτική συνταξιοδοτική συνεισφορά στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τη σύσταση της Παγκόσμιας Τράπεζας. Η Βουλγαρία έχει υιοθετήσει το ίδιο καθεστώς, αλλά με έναν

εθελοντικό ιδιωτικό χρηματοδοτούμενο δεύτερο πυλώνα. Αντίθετα, η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβενία απέρριψαν ουσιαστικά κάθε είδους ριζοσπαστικές μεταρρυθμίσεις και διατηρούν το παραδοσιακό σύστημα πληρωμών για συντάξεις γήρατος. Τα πλεονεκτήματα αυτού του μοντέλου είναι:

- Περισσότερη έμφαση στην ανακατανομή για την πρόληψη της φτώχειας
- Παραδοσιακή ισχυρή συμμετοχή και στήριξη από την οικογένεια
- Συνεχιζόμενη διαδικασία μετάβασης από την κρατική φροντίδα στην κοινοτική φροντίδα
- Ανάπτυξη νομοθεσίας χωρίς διακρίσεις και υλοποίηση στρατηγικών και σχεδίων υποστήριξης των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες

Οι αδυναμίες αυτού του μοντέλου είναι:

- Χαμηλοί κρατικοί προϋπολογισμοί εξαιτίας της χαμηλής εισπραξιμότητας φόρων που επιδρά αρνητικά στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας
- Χαμηλές συντάξεις
- Υψηλός κίνδυνος φτώχειας για τους ηλικιωμένους
- Έλλειψη εξυπηρέτησης βασικών αναγκών
- Χαμηλό επίπεδο διαβίωσης, ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους
- Ανεπαρκής εφαρμογή και παρακολούθηση της νομοθεσίας, των σχεδίων και των στρατηγικών σχετικά με την προστασία των ατόμων με αναπηρίες
- Πολύ υψηλό ποσοστό ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες

## **2.2. Πολιτικές καταπολέμησης φτώχειας στην Ε.Ε**

### *2.2.1. Ανοικτή μέθοδος συντονισμού*

Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού (Open Method of Coordination- OMC) είναι μια διαδικασία χάραξης πολιτικής της ΕΕ ή ένα κανονιστικό μέσο, που εγκαινιάστηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας το 2000<sup>1</sup>. Η ανοικτή μέθοδος συντονισμού (ΑΜΣ), δεν αποτελεί κάποια νομοθεσία της Ε.Ε, αλλά είναι μια μέθοδος «μαλακής» διακυβέρνησης, η οποία στοχεύει στη διάδοση βέλτιστων πρακτικών και στην επίτευξη σύγκλισης προς τους στόχους της Ε.Ε, στους τομείς πολιτικής που εμπίπτουν στην μερική ή πλήρη αρμοδιότητα των κρατών μελών. Δεδομένου ότι οι κανόνες της Ε.Ε δεν είναι δεσμευτικοί σε τέτοιες περιπτώσεις, η ΑΜΣ βασίζεται σε άλλες μηχανισμούς. Αυτοί οι μηχανισμοί περιλαμβάνουν τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών, ποσοτικών και

<sup>1</sup> Ανακτήθηκε από: [http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/open\\_method\\_coordination.html?locale=en](http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/open_method_coordination.html?locale=en)

ποιοτικών δεικτών και στόχων αναφοράς καθώς και εθνικούς και περιφερειακούς στόχους, υποστηριζόμενους από περιοδικές αξιολογήσεις και αξιολογήσεις από τα άλλα κράτη μέλη. Οι αξιολογήσεις αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τα κράτη μέλη να μάθουν το ένα από το άλλο και, κατά συνέπεια, να βελτιώσουν τις εσωτερικές τους πολιτικές.

Το κύριο πλαίσιο πολιτικής σε ό,τι αφορά στον τομέα της κοινωνικής προστασίας της Ε.Ε, είναι η στρατηγική «*Ευρώπη 2020*» και η ανοικτή μέθοδος συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη, η οποία στοχεύει στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής και της ισότητας μέσω κατάλληλης, προσιτής και οικονομικά βιώσιμων συστημάτων κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ένταξης. Επιτρέπει τον καθορισμό κοινών στόχων και τη σύγκριση ορθών πρακτικών μεταξύ των κρατών μελών σε τρεις τομείς: την κοινωνική ένταξη (από το 2000), τα συστήματα συνταξιοδότησης και τις συντάξεις (από το 2001) και το μέλλον του τομέα της υγείας και της μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης (από το 2004)<sup>2</sup>.

Οι κύριοι στόχοι της ΑΜΣ<sup>3</sup> για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη είναι να προαχθεί:

α) Η κοινωνική συνοχή, η ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών και η ισότητα των ευκαιριών για όλους μέσω κατάλληλων, προσιτών, οικονομικά βιώσιμων, ευέλικτων και αποτελεσματικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας και πολιτικών κοινωνικής ένταξης

β) η αποτελεσματική και αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ των στόχων της Λισαβόνας που έχουν ως στόχο τη βελτίωση της οικονομικής ανάπτυξης, τη δημιουργία περισσότερων και καλύτερων θέσεων εργασίας και μεγαλύτερης κοινωνικής συνοχής, μαζί με τη στρατηγική της Ε.Ε για την αειφόρο ανάπτυξη

γ) η χρηστή διακυβέρνηση, διαφάνεια και συμμετοχή των ενδιαφερόμενων φορέων στον σχεδιασμό, στην εφαρμογή και στην παρακολούθηση της πολιτικής.

Ειδικότερα για κάθε τομέα, έχουν τεθεί οι παρακάτω στόχοι:

---

<sup>2</sup> βλ. **Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Working together, working better - A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union.** Ανακτήθηκε από: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52005DC0706>

<sup>3</sup> Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Working together, working better - A new framework for the open coordination of social protection and inclusion policies in the European Union/\* COM/2005/0706 final \*/. Διαθέσιμο στο: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:52005DC0706>

1) Μια αποφασιστική επίδραση στην εξάλειψη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, εξασφαλίζοντας:

δ) πρόσβαση για όλους στους πόρους, στα δικαιώματα και στις υπηρεσίες που απαιτούνται για τη συμμετοχή τους, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του αποκλεισμού και την καταπολέμηση όλων των μορφών διακρίσεων που οδηγούν σε αποκλεισμό

ε) την ενεργή κοινωνική ένταξη όλων, τόσο με την προώθηση της συμμετοχής στην αγορά εργασίας όσο και με την καταπολέμηση της φτώχειας και του αποκλεισμού

στ) ότι οι πολιτικές κοινωνικής ένταξης είναι καλά συντονισμένες και περιλαμβάνουν σε όλα τα επίπεδα την κυβέρνηση και τους εμπλεκόμενους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων που βιώνουν τη φτώχεια και ότι είναι αποτελεσματικές και ενσωματώνονται σε όλες τις πολιτικές που αφορούν τους ενδιαφερόμενους, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών για την οικονομία, για τον προϋπολογισμό, για την εκπαίδευση και για την κατάρτιση και για τα διαρθρωτικά ταμεία (κυρίως την ΕΚΤ).

2)Επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις εξασφαλίζοντας:

(ζ) επαρκή συνταξιοδοτικά εισοδήματα για όλους και πρόσβαση στις συντάξεις που επιτρέπουν στους ανθρώπους να διατηρήσουν, σε έναν εύλογο βαθμό, το βιοτικό τους επίπεδο μετά τη συνταξιοδότηση, με πνεύμα αλληλεγγύης και δικαιοσύνης μεταξύ των γενεών

η) τη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα των δημόσιων και ιδιωτικών συνταξιοδοτικών συστημάτων, έχοντας κατά νου τις πιέσεις σχετικά με τα δημόσια οικονομικά και τη γήρανση του πληθυσμού, στο πλαίσιο της τριπλής στρατηγικής για την αντιμετώπιση των δημοσιονομικών επιπτώσεων της γήρανσης, ιδίως με την υποστήριξη της μακροβιότερης επαγγελματικής ζωής και της ενεργού γήρανσης, με εξισορρόπηση των εισφορών και των παροχών με έναν κατάλληλο και κοινωνικά δίκαιο τρόπο και προωθώντας την οικονομική προσιτότητα και την ασφάλεια των χρηματοδοτούμενων και ιδιωτικών συστημάτων

(θ) ότι τα συνταξιοδοτικά συστήματα είναι διαφανή, καλά προσαρμοσμένα στις ανάγκες και τις προσδοκίες των γυναικών και των ανδρών και τις απαιτήσεις των σύγχρονων κοινωνιών, τη δημογραφική γήρανση και τη διαρθρωτική αλλαγή · ότι οι άνθρωποι λαμβάνουν επίσης τις πληροφορίες που χρειάζονται για να προγραμματίσουν τη συνταξιοδότησή τους και την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων με βάση την ευρύτερη δυνατή συναίνεση.

3) Προσβάσιμη, υψηλής ποιότητας και βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα εξασφαλίζοντας:

(ι) πρόσβαση όλων σε κατάλληλη υγειονομική και μακροχρόνια περίθαλψη

ια) την ποιότητα στην υγεία και τη μακροχρόνια περίθαλψη και την προσαρμογή της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης της προληπτικής φροντίδας, τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προτιμήσεις της κοινωνίας και των ατόμων, ιδίως με την ανάπτυξη καλύτερων προτύπων ποιότητας σύμφωνα με τη διεθνή πρακτική και με την ενίσχυση της ευθύνης των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς και γενικότερα τους δικαιούχους ιατρικής περίθαλψης ·

ιβ) ότι η επαρκής και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και η μακροχρόνια φροντίδα παραμένουν προσιτές και οικονομικά βιώσιμες με την προώθηση της ορθολογικής χρήσης των πόρων, ιδίως μέσω κατάλληλων κινήτρων για τους χρήστες και τους παρόχους υπηρεσιών, της χρηστής διακυβέρνησης και τον συντονισμό μεταξύ των συστημάτων περίθαλψης και των δημόσιων και ιδιωτικών ιδρυμάτων. Μακροπρόθεσμα, η βιωσιμότητα και η ποιότητα απαιτούν την προώθηση ενός υγιούς και δραστήριου τρόπου ζωής και καλό ανθρώπινο δυναμικό για τον κλάδο της περίθαλψης.

#### *2.2.2. Κριτική στην ανοικτή μέθοδο συντονισμού*

Ορισμένοι ακαδημαϊκοί και πολιτικοί σχολιαστές, τόνισαν πως η ΑΜΣ, ως ένας νέος τρόπος διακυβέρνησης της Ε.Ε, είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση κοινών ευρωπαϊκών ανησυχιών, καθότι παρότι σέβεται τη νόμιμη εθνική ποικιλομορφία, δεσμεύει τα μέλη-κράτη να συνεργαστούν για την επίτευξη κοινών στόχων, χωρίς να επιδιώκει να ομογενοποιήσει τα υπάρχοντα πολιτικά καθεστώτα και τις θεσμικές τους ρυθμίσεις (Rodrigues, 2001). Άλλοι επεσήμαναν τη δυναμική της ΑΜΣ ως κανονιστικό εργαλείο για τον προσδιορισμό και την οικοδόμηση της συναίνεσης γύρω από ένα ξεχωριστό ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο και ένα παράδειγμα πολιτικής που βασίζεται σε κοινούς στόχους και αξίες (Ferrera, 2001). Ακόμη άλλοι έχουν επισημάνει το δυναμικό της ΑΜΣ, ως ένα μηχανισμό για την προώθηση της πειραματικής μάθησης και της συνειδητής επίλυσης προβλημάτων στο βαθμό που ωθεί τα μέλη-κράτη να ανταλλάσσουν πληροφορίες, να συγκρίνονται μεταξύ τους και να επανεξετάζουν τις τρέχουσες πρακτικές υπό το πρίσμα των σχετικών επιδόσεών τους.

Οι επικριτές της ΑΜΣ, την έχουν χαρακτηρίσει ως έναν «δούρειο ίππο» που επιτρέπει στην Ε.Ε να παραβιάζει παράνομα τους τομείς πολιτικής που προστατεύονται από τις Ευρωπαϊκές Συνθήκες εξ ολοκλήρου ή κατά κύριο λόγο στα κράτη μέλη, μέσω της υιοθέτησης κοινών ευρωπαϊκών στόχων και επιτευγμάτων, (Syrpis, 2002). Η ΑΜΣ παρουσιάστηκε ως δυνητική απειλή για την «κοινοτική μέθοδο» της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης μέσω της δεσμευτικής νομοθεσίας και μιας επιλογής «soft law», η οποία δίνει τη δυνατότητα στην Ε.Ε να αποκτά ακόμα περισσότερη επιρροή, ακόμη και σε τομείς στους



οποίους η Ε.Ε διαθέτει ήδη νομοθετικές αρμοδιότητες (ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ, 2001α) . Εναντία σε εκείνους που έχουν επισημάνει το δυναμικό της ΑΜΣ, κάποιοι άλλοι χαρακτηρίζουν τις υπάρχουσες διαδικασίες της ΑΜΣ ως κλειστές, αδιαφανείς και ανυπόληπτες διαδικασίες που κυριαρχούνται από τις διακρατικές ανταλλαγές εθνικών δημοσίων υπαλλήλων και υπαλλήλων της Ε.Ε (Okma & Berghman, 2003). Εκεί όπου οι υπέρμαχοι της ΑΜΣ, τονίζουν τη συμβολή της στην επανεξισορρόπηση των κοινωνικών και οικονομικών στόχων της Ε.Ε, οι επικριτές της την αντιλαμβάνονται ως μια αμυντική προσαρμογή των περιορισμών που επιβάλλει η παγκόσμια αγορά, η ΟΝΕ και η παγκοσμιοποίηση στην ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική, ή ακόμα χειρότερα ως ένα μηχανισμό που απομακρύνει την Ευρώπη από τα διδάγματα του μεταπολεμικού ευρωπαϊκού μοντέλου, που προέτασε τον «κοινωνικά ενσωματωμένο» καπιταλισμό(Offe, 2003). Όμως, η πλέον διαδεδομένη κριτική της ΑΜΣ δεν αφορά τα υποτιθέμενα επιβλαβή αποτελέσματά της, αλλά τις επιπτώσεις της στα κράτη μέλη. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ΑΜΣ στην παρούσα της μορφή, αναγκάζει τις εθνικές κυβερνήσεις να «επανασυσκευάσουν» τις υφιστάμενες πολιτικές, για να καταδείξουν την προφανή συμμόρφωσή τους με τους στόχους της Ε. Ε (Chalmers & Lodge, 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 3.1. Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα μετά την οικονομική κρίση

Το ελληνικό κράτος πρόνοιας έχει υποφέρει ιστορικά από μια σειρά ελλείψεων, όπως είναι ο κατακερματισμός, η πόλωση και ο συγκεντρωτισμός (Petmesidou, 1996). Οι ελλείψεις αυτές, συμβαίνουν παράλληλα με τις εξελίξεις στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, οδηγώντας τους ερευνητές να μιλήσουν για την ύπαρξη ενός μοντέλου πρόνοιας της Νότιας Ευρώπης (Leibfried 1992, Ferrera 1996, Gough, 1996, Katrougalos 1996). Οι βασικές δομικές πτυχές της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα είναι: α) ο οικογενειακός κρατισμός, β) η υπεροχή των συντάξεων, γ) η οιοική κρατική νοσοκομειακή περίθαλψη, δ) η ανεπαρκής κοινωνική βοήθεια, ε) η αναποτελεσματικότητα στη μείωση της ανισότητας και της φτώχειας, στ) η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας από τον ιδιωτικό τομέα και ζ) η έλλειψη νομιμότητας (Paratheodorou, 2009). Η πορεία ανάπτυξης στην Ελλάδα, μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά με τις άλλες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, στον τρόπο που τα πολιτικά μέσα χρησιμοποιούνται για τη διανομή των πόρων από το κράτος (Petmesidou 1996). Αυτές οι κοινωνικές αποκλίσεις οδηγούν σε κάθετες σχέσεις κράτους-κοινωνίας, που βασίζονται στις προσωπικές σχέσεις. Με τη σειρά τους, αυτές οι αποκλίσεις επηρεάζουν την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας, καθώς παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις όσον αφορά την κοινωνική μέριμνα ακόμη και εντός των ίδιων κοινωνικοεπαγγελματικών ομάδων. Αυτές οι σχέσεις κράτους-κοινωνίας διαμορφώνονται από και ταυτόχρονα διαμορφώνουν μια ισχυρή εξάρτηση από τους οικογενειακούς δεσμούς, ως στρατηγική μονάδα παροχής κοινωνικής πρόνοιας μέσω της από κοινού παραγωγής και διανομής πόρων.

Οι δαπάνες για συντάξεις στην Ελλάδα, ανέρχονταν κατά μέσο όρο στο 50% των δαπανών κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1995-2008. Το ποσοστό αυτό δεν είναι πολύ πάνω από τον κοινοτικό μέσο όρο (Ε.Ε 15) για την ίδια περίοδο, δεδομένου ότι οι συντάξεις αντιπροσώπευαν το 44% περίπου των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι μέχρι τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις υπήρχαν περίπου 130 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μπορούμε να εκτιμήσουμε τα κατακερματισμένα και διαφοροποιημένα επίπεδα κάλυψης (Petmesidou 2013a). Σε ό,τι αφορά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δε δημιουργήθηκε ένα δημόσιο καθολικό σύστημα υγείας εξαιτίας της έλλειψης παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, του μεγάλου μεριδίου των ιδιωτικών δαπανών, της υψηλής συμμετοχής των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και του υψηλού ποσοστού ίδιας συμμετοχής για τους ελεύθερους επαγγελματίες

(WHO, 2013). Είναι χαρακτηριστικό πως η Ελλάδα, προσέφερε τις πιο στοιχειώδεις παροχές κοινωνικής αρωγής στη Νότια Ευρώπη (Gough et al., 1997). Αυτός ο στοιχειώδης χαρακτήρας εκφράζεται στον περιθωριακό ρόλο των παροχών κοινωνικής πρόνοιας, στις συνολικές δαπάνες κοινωνικής προστασίας, στα κατώτατα όρια εισοδήματος που επιβάλλονταν για να είναι κάποιος δικαιούχος επιδομάτων και στην έλλειψη προσαρμογής στους ρυθμούς πληθωρισμού.

Παρά τη σημαντική αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας κατά την περίοδο 1995-2008 - από 22,3 σε 26,2% του ΑΕΠ - το μέσο ποσοστό φτώχειας ήταν το υψηλότερο στην Ε.Ε των 15 (Dafermos & Papatheodorou 2011). Αυτή η διαρθρωτική αναποτελεσματικότητα μπορεί να αποδοθεί στα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά που συνδέονται με το πρότυπο πρόνοιας της Νότιας Ευρώπης σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα φοροδιαφυγής και το υψηλό μερίδιο των διαφοροποιημένων συντάξεων στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας (Papatheodorou & Dafermos, 2010). Μέχρι πρόσφατα, η αναποτελεσματικότητα των δημόσιων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της φτώχειας και της ανισότητας δεν αντισταθμίστηκε από την ισχυρή παρουσία οργανισμών του τρίτου τομέα (Petmesidou, 2013a). Ο χαρακτήρας της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, ο οποίος συμπίπτει με μια περίοδο περιορισμού των προνοιακών συστημάτων σε άλλες χώρες της Βορειοδυτικής Ευρώπης (Petmesidou 2006), δεν επέτρεψε την εδραίωση της νομιμότητάς του με βάση τα κοινωνικά δικαιώματα. Αυτό δημιούργησε έναν φαύλο κύκλο διαίονισης διαρθρωτικών ανεπαρειών και ανισοτήτων.

### *3.1.1. Η οικονομική κρίση και η επίδραση τον τομέα της υγείας*

Το ελληνικό σύστημα υγείας, εμφάνιζε ανέκαθεν αρκετές ελλείψεις, τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και της ζήτησης. Από την πλευρά της προσφοράς παρατηρούμε ότι υπήρχε υποεπένδυση στις δημόσιες υποδομές (Siskou et al., 2008), μια λανθασμένη κατανομή του προσωπικού και υποστελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων, συγκεντρωτισμό των νοσοκομείων σε βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σημαντικές περιφερειακές ανισότητες. Επιπλέον, οι προσπάθειες για τη συγκράτηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, δε σχεδιάστηκαν προσεκτικά, ούτε και επιδιώχθηκαν με συνέπεια. Για παράδειγμα, όταν τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν χαμηλά προκειμένου να αποτραπεί η εισβολή του ιδιωτικού τομέα, ο ιδιωτικός τομέας στράφηκε σε άλλες κερδοφόρες περιοχές που δεν είχαν ρυθμιστεί, όπως ήταν τα διαγνωστικά κέντρα, (Mossialos et al., 2005). Από πλευράς ζήτησης, τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης δημιούργησαν σοβαρές ανισορροπίες στην πρόσβαση στην υγεία (Mossialos et al., 2005). Τα συμφέροντα

μεμονωμένων επαγγελματικών ομάδων και των ταμείων τους, δεν επέτρεψαν την ενοποίηση των ταμείων ασφάλισης υγείας σε έναν οργανισμό με σημαντική αγοραστική δύναμη με αποτέλεσμα να υπάρξει έντονος κατακερματισμός, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την ασυντόνιστη συμμετοχή ιδιωτικών και δημόσιων φορέων και την έλλειψη ολοκληρωμένων συστημάτων παραπομπής (Economidou, 2010). Η Ελλάδα υποφέρει επίσης χρόνια, από τις αυξημένες φαρμακευτικές δαπάνες σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ (Mossialos et al., 2005). Ανάμεσα στους βασικούς λόγους είναι η ασυντόνιστη συμμετοχή διαφόρων υπουργείων στη φαρμακευτική πολιτική και το περιορισμένο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που περιορίζεται κυρίως στη συνταγογράφηση φαρμάκων και στις παραπομπές (Dimoulas, 2011), η διακριτική ευχέρεια του γιατρού για τη συνταγογράφηση ακριβότερων φαρμάκων, η υψηλότερη κατά κεφαλήν ζήτηση φαρμάκων στις χώρες του ΟΟΣΑ και το μεγάλο μερίδιο των εισαγωγών σε σχέση με την εγχώρια παραγωγή (Economidou, 2010). Ως εκ τούτου, η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες για την υγεία παρέμεινε υψηλή. Οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν κυρίως τις εξωνοσοκομειακές παροχές, καθώς η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ανερχόταν σε λιγότερο από 3% την περίοδο 2008-2011.

Μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, παρατηρείται μια επιδείνωση της συνολικής υγείας του πληθυσμού της χώρας. Συγκεκριμένα, οι έρευνες δείχνουν μια αναμενόμενη μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 3 χρόνια για όσους γεννηθούν αυτή τη δεκαετία, έναν αυξανόμενο αριθμό μη εμβολιασμένων παιδιών (Petmesidou et al., 2014), σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων που αναφέρουν έλλειψη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ έχουν ανάγκη και αυξημένο αριθμό μολύνσεων από τον ιό HIV στους χρήστες ναρκωτικών, που ενδεχομένως οφείλονται σε μειωμένα προγράμματα θεραπείας (Kentikelenis et al., 2011; Ifanti et al., 2013)

Η κατάρρευση του συστήματος υγείας, ήταν αποτέλεσμα της μείωσης κατά 40% του προϋπολογισμού των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν κατά 30% οι νοσοκομειακές εισαγωγές καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι στρέφονται στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη όταν τα εισοδήματά τους συρρικνώνονται (Ifanti et al., 2013). Η μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, δεν αντισταθμίστηκε από την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών. Το δημόσιο σύστημα υγείας, λειτουργεί με λιγότερο προσωπικό, οι οποίοι έχουν δει επίσης μια πτώση της τάξης του 40% στο μισθό τους (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Πολλές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης έχουν κλείσει, ενώ οι χειρουργοί εκφράζουν ανησυχίες για την έλλειψη χειρουργικού εξοπλισμού καθώς και την έλλειψη χειρουργικής πρακτικής λόγω των περικοπών στους προϋπολογισμούς (Karidis et

al., 2011). Τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας κατά των ναρκωτικών μειώθηκαν επίσης, ενώ σταμάτησε περίπου το 1/3 των προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών στους δρόμους (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Παρατηρήθηκαν επίσης περικοπές στις παροχές υγείας και αναπηρίας παράλληλα με την εφαρμογή αυστηρότερων κανόνων επιλεξιμότητας και μακρόχρονης αναμονής για την έγκρισή τους. Οι εξελίξεις αυτές, μαζί με τα κλιμακούμενα ποσοστά ανεργίας, είχαν αφήσει περίπου 2,5 εκατομμύρια Έλληνες χωρίς ασφάλιση υγείας σύμφωνα με τον ΕΟΠΠΥ το 2014 (Petmesidou et al., 2014). Με το Ν.4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)ΓΠ/ΟΙΚ.25132/04-04-2016, θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας, για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους πολίτες και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως η δημόσια υγειονομική περίθαλψη, αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα, δεδομένου ότι υπάρχουν περικοπές στους προϋπολογισμούς και αύξηση της ζήτησης για υγειονομικές υπηρεσίες.

### *3.1.2. Η οικονομική κρίση και η επίδραση τον τομέα των υπηρεσιών πρόνοιας για τις οικογένειες, τα παιδιά και τις ευπαθείς ομάδες*

Παρά το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι έντονα οικογενειακό, δεν χαρακτηρίζεται από συνεπείς πολιτικές για την οικογένεια και τα παιδιά. Το κράτος διαδραματίζει επικουρικό ρόλο, καθώς δεν υποστηρίζει τις οικογένειες στη φροντίδα τους προς τα παιδιά. Συγκεκριμένα, τα επιδόματα κοινωνικής προστασίας, τόσο σε χρήμα όσο και σε είδος, είναι χαμηλότερα από το μέσο όρο της Ε.Ε-15 ως ποσοστό του ΑΕΠ. Γενικά, οι χρηματικές παροχές είναι πιο συνηθισμένες, από τις παροχές σε είδος ή τις φορολογικές ελαφρύνσεις. Οι παροχές για τα παιδιά προορίζονται κυρίως για τη διευκόλυνση των πολυμελών νοικοκυριών, καθώς η πλειοψηφία των οικογενειών με παιδιά δεν λαμβάνουν δημόσια βοήθεια, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται κάτω από τα όρια της φτώχειας (Matsaganis, 2012). Υπάρχουν επίσης οικογενειακά επιδόματα, ανάλογα με το επάγγελμα των γονέων, που ενισχύουν περαιτέρω τη διαφοροποίηση μεταξύ των εργαζομένων του δημόσιου τομέα και των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα, με τους τελευταίους να επωφελούνται λιγότερο. Έτσι, οι οικογενειακές παροχές στην Ελλάδα είναι εντυπωσιακές ακόμη και σε σύγκριση με άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης. Όσον αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας για τη νηπιακή ηλικία, από το 1996 η ευθύνη μεταφέρθηκε από το κράτος στους ΟΤΑ. Η φροντίδα στην πρώιμη παιδική ηλικία περιλαμβάνει μόνο τους παιδικούς σταθμούς, αποκλείοντας άλλες παροχές που υπάρχουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, η ζήτηση για αυτές τις υπηρεσίες υπερβαίνει κατά πολύ την προσφορά,

δεδομένου ότι το 2006 τα παιδιά ηλικίας 0-3 ετών που λάμβαναν υπηρεσίες φροντίδας αντιπροσώπευαν το 10% έναντι 26% για την ΕΕ (Peristera, 2010). Επιπλέον, οι λίγες υπάρχουσες μελέτες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, δείχνουν πως υπάρχει χαμηλότερη αναλογία καθηγητών-παιδιών και ελάχιστη εστίαση στο εκπαιδευτικό στοιχείο των παιδικών δραστηριοτήτων. Ο συνδυασμός της εργασίας και της οικογένειας περιορίζεται κυρίως στον δημόσιο τομέα, όπου η μητρότητα και η πρόωρη συνταξιοδότηση για μητέρες με ανήλικα τέκνα επιβάλλονται, σε αντίθεση με τις μικρές επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα .

Η στήριξη των οικογενειών και των παιδιών υπονομεύεται από τη μείωση των προϋπολογισμών των ΟΤΑ, που είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών. Η απάντηση στην έλλειψη χρηματοδότησης, συνεπάγεται μεγαλύτερη εξάρτηση από ασυνεχείς κοινοτικούς πόρους. Οι τελευταίες εξελίξεις αφορούν την ανάθεση υπηρεσιών φροντίδας πρώτων βοηθειών σε νεοσυσταθείσες κοινωνικές συνεταιριστικές επιχειρήσεις, με αντιρρήσεις σχετικά με τη νομιμότητα αυτής της ανάθεσης και την ικανότητά τους να σέβονται τις αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας. Όσον αφορά την άδεια μητρότητας, οι νέες θετικές αλλαγές περιλαμβάνουν πρόσθετη περίοδο αδείας μετ' αποδοχών έξι μηνών στο δημόσιο τομέα σε περίπτωση που κάποια μητέρα αποκτήσει δίδυμα ή περισσότερες μέρες αδείας για κάθε επιπλέον παιδί, ενώ το δικαίωμα γονικής άδειας ισχύει πλέον και για τους πατέρες για την υπόλοιπη περίοδο που δε λαμβάνουν οι σύζυγοί τους. Η μη αμειβόμενη γονική άδεια επεκτάθηκε και στους πατέρες στον ιδιωτικό τομέα. Όσον αφορά τα επιδόματα τέκνων, σημειώθηκαν ορισμένες αλλαγές, όπως η εικονική κατάργηση των επιδομάτων που χορηγούνται για την οικογενειακή κατάσταση και τα παιδιά στον ιδιωτικό τομέα, η εισαγωγή ενός μηνιαίου επιδόματος τέκνων ύψους 40 € για όλες τις οικογένειες με παιδιά και ένα ειδικό επίδομα 500 € εφάπαξ για οικογένειες με περισσότερα από τρία παιδιά, που αντικαθιστούν προηγούμενες παροχές και τις μητρικές συντάξεις για οικογένειες με περισσότερα από τρία παιδιά. Παρόλο που οι αλλαγές αυτές επεκτείνουν τα επιδόματα σε όλες τις οικογένειες με παιδιά, το επίπεδο των παροχών είναι αρκετά χαμηλό για να επιφέρει σημαντικά οφέλη.

Σε ό, τι αφορά τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, είναι περιορισμένες και ανεπαρκείς στην Ελλάδα, χωρίς ολοκληρωμένες υπηρεσίες και καθολική κάλυψη. Η έλλειψη κατάλληλων δεδομένων σχετικά με τις ανάγκες του πληθυσμού για μακροχρόνια φροντίδα εμποδίζει τον εντοπισμό των αναγκών της χώρας και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που έχουν ανάγκη λόγω ηλικίας, χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας δέχονται φροντίδα είτε ανεπίσημα εντός της οικογένειας, είτε από

ιδιωτικά ιδρύματα (Petmesidou, 2013a). Οι συντάξεις αναπηρίας και τα επιδόματα παρέχονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, υπάρχουν παροχές μη ανταποδοτικού χαρακτήρα για τα άτομα με αναπηρία ή για χρόνιες ασθένειες από τα ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας. Οι διατάξεις διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της αναπηρίας ή της χρόνιας ασθένειας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια ελλειπή ασφάλιση έχουν μακροχρόνια περίθαλψη από δημόσιους νοσηλευτές που χρηματοδοτούνται από το κράτος και από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Οι υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται επίσης από το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" και από τα Κέντρα Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΕΦΗ) που λειτουργούν κυρίως από τους ΟΤΑ. Και οι δύο εξελίχθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1990 λόγω της διαθεσιμότητας κοινοτικών κονδυλίων. Οι υπηρεσίες αυτές αποσκοπούν στην προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη. Η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας αποδυνάμωσαν περαιτέρω τις ήδη αδύναμες παροχές για τη μακροχρόνια περίθαλψη. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη κατάλληλων δημόσιων φορέων και τις περικοπές των συντάξεων και των παροχών, μεγάλο μέρος του πληθυσμού που έχει χαμηλό εισόδημα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα. Επίσης, από το 2010 οι ευθύνες για την κοινωνική φροντίδα μετατοπίστηκαν στις τοπικές αρχές οι οποίες αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα λόγω έλλειψης πόρων.

### *3.1.3. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στο συνταξιοδοτικό*

Τα μέτρα λιτότητας που επέβαλε το πρώτο Μνημόνιο το 2010, δημιούργησαν μεγάλες πιέσεις για τη μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος. Οι συντάξεις διαδραμάτισαν ιστορικά βασικό ρόλο στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 οι αποδοχές γήρατος αντιπροσώπευαν περισσότερο από το ήμισυ όλων των κοινωνικών παροχών στη χώρα. Αυτές οι παροχές ήταν υψηλότερες από τα αντίστοιχα μεγέθη για την ΕΕ-15 και την ΕΕ-28, αν και κατά την ίδια περίοδο τα οφέλη γήρατος και επιζώντων ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα δεν διαφοροποιούνταν από τα σχετικά συγκεντρωτικά στοιχεία για το σύνολο της ΕΕ. Αυτό εξηγείται εν μέρει από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού από ό, τι στην Ε.Ε (Eurostat). Οι συντάξεις στην Ελλάδα παρέχονται κυρίως μέσω ενός δημόσιου (πρώτου πυλώνα) συστήματος καταβολής εισφορών που χορηγεί πρωτογενείς και επικουρικές συντάξεις. Μέχρι στιγμής, τα εθελοντικά επαγγελματικά και ιδιωτικά συνταξιοδοτικά συστήματα είναι πολύ περιορισμένα παρά το γεγονός ότι το 2002 εισήχθη ένας δεύτερος πυλώνας που αφορά τις επαγγελματικές συντάξεις (Petmesidou, 2013a).

Η νέα νομοθεσία έχει αλλάξει σημαντικά τη δομή ολόκληρου του συστήματος, καθώς έχει προκαλέσει τη μετάβαση από έναν κυρίως πυλώνα σε ένα πολυεπίπεδο συνταξιοδοτικό σύστημα (Petmesidou, 2013a). Αποτελείται από μια μη συνταξιοδοτική βασική σύνταξη και συνταξιοδοτική εισφορά που μπορεί να συνοδεύεται από άλλα επαγγελματικά και ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης. Η βασική σύνταξη ορίζεται στα 360 ευρώ. Πληρώντας ορισμένα κριτήρια, σε αυτή την κατηγορία ανήκουν και ανασφάλιστα ηλικιωμένα άτομα ή εκείνα που έχουν αρχεία ασφαλιστικών εισφορών λιγότερο από 15 χρόνια. Μέχρι το 2015, οριζόταν πως τα δημόσια οικονομικά θα καλύπτουν μόνο τη βασική σύνταξη και δεν θα επιτρέπεται η δημόσια στήριξη στα συνταξιοδοτικά προγράμματα. Η ηλικία συνταξιοδότησης έχει αυξηθεί στα 67 έτη από τα 65 και στα 62 από τα 60 για όσους έχουν 40 χρόνια εργασίας ή περισσότερο. Επίσης, από το 2011 το ποσό της σύνταξης υπολογίζεται λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό εισόδημα που λαμβάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής αντί των τελευταίων 5 ετών.

Από το 2010, σημειώθηκαν σημαντικές περικοπές στο συνταξιοδοτικό εισόδημα, επηρεάζοντας το βιοτικό επίπεδο των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα, οι βασικές συντάξεις αρχικά μειώθηκαν κατά 20% για μηνιαία ποσά άνω των 1200 ευρώ, ακολουθούμενα από περαιτέρω δραστικές μειώσεις το 2012 για εισοδήματα άνω των 1000 ευρώ. Έχει ξεκινήσει ειδική εισφορά αλληλεγγύης, μέχρι 14% της βασικής σύνταξης, μεταξύ των γενεών που μείωσε περαιτέρω το συνταξιοδοτικό εισόδημα. Τα επιδόματα των Χριστουγέννων, του Πάσχα και του καλοκαιριού για τους συνταξιούχους μειώθηκαν για πρώτη φορά και στη συνέχεια καταργήθηκαν το 2012. Τα επικουρικά κεφάλαια αντιμετώπισαν επίσης σημαντικές περικοπές.

### *3.1.4. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στις παροχές ανεργίας και την εργασία*

Σε ό,τι αφορά τη γενναιοδωρία του συστήματος κοινωνικής προστασίας έναντι του κινδύνου ανεργίας, τα επιδόματα ανεργίας ήταν σε μέτρια επίπεδα καθ' όλη τη δεκαετία 2000-2010, με την Ελλάδα να προσφέρει το δεύτερο χαμηλότερο επίδομα ανεργίας μετά την Ιταλία από όλες τις χώρες της ΕΕ-15. Δεδομένου ότι το επίδομα ανεργίας υπολογίζεται βάσει του κατώτατου μισθού, οι μειώσεις του κατώτατου μισθού μείωσαν το επίπεδο του επιδόματος. Εκτός από το χαμηλό επίπεδο του επιδόματος ανεργίας, το σύστημα παροχών ανεργίας στην Ελλάδα είναι κατακερματισμένο, αφήνοντας πολλές υποομάδες εντελώς παραμελημένες ή μερικώς καλυμμένες. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των επιδοτούμενων ανέργων στον ΟΑΕΔ τον Οκτώβριο του 2013, ήταν 12,3%. Τα κενά στο σύστημα



κοινωνικής προστασίας κατά της ανεργίας επηρεάζουν κυρίως τις ακόλουθες υποομάδες ανέργων (Matsagannis & Levendi, 2011 ):

- Νέους και νεοεισερχόμενους στην αγορά εργασίας.
- Μακροχρόνια ανέργους μετά τη λήξη της περιόδου επιλεξιμότητας των παροχών.
- Αυτοαπασχολούμενους που τερμάτισαν την επαγγελματική τους δραστηριότητα,

συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που καλύπτονται από συμβάσεις εξαρτημένης εργασίας. Η κυριότερη καινοτομία κατά την περίοδο της κρίσης ήταν τα προγράμματα άμεσης δημιουργίας θέσεων εργασίας τα οποία ωστόσο δεν μπόρεσαν να αντιστρέψουν την τεράστια αύξηση των επιπέδων ανεργίας, όπως υποδεικνύεται από το αυξημένο ενδιαφέρον για συμμετοχή που δεν ικανοποιήθηκε στο πλαίσιο αυτών των προγραμμάτων (Antonopoulos et al., 2015).

Ορισμένες δραστικές μεταρρυθμίσεις στόχευσαν στην προστασία της απασχόλησης στην Ελλάδα σε πέντε αντίστοιχες φάσεις (Dedoussopoulos et al., 2013): α) Στη φάση προ του μνημονίου με αλλαγές που αφορούσαν την απασχόληση στο δημόσιο τομέα με τη μορφή μειωμένων αποδοχών και επιδομάτων, την απαγόρευση των μισθολογικών αυξήσεων, τη μείωση των υπερωριών και το πάγωμα νέων προσλήψεων, β) Μετά την εφαρμογή του πρώτου Μνημονίου, με περαιτέρω μείωση των αποδοχών και των επιδομάτων του δημόσιου τομέα, τη δημιουργία προγραμμάτων εργασίας για τους νέους ανέργους με χαμηλότερο εισόδημα από τον ελάχιστο μισθό του ανειδίκευτου εργαζόμενου, τη χαλάρωση της νομικής προστασίας κατά των ομαδικών απολύσεων και την εισαγωγή εταιρικών συμβάσεων που επιτρέπουν χαμηλότερες αμοιβές και λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες εργασίας από εκείνες που προβλέπονται από τις αντίστοιχες συλλογικές συμφωνίες. (γ) Τη φάση του Μεσοπρόθεσμου, με αλλαγές στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως την περαιτέρω αναστολή της δημιουργίας νέων θέσεων απασχόλησης, την παράταση του δικαιώματος χρήσης συμβάσεων ορισμένου χρόνου, τη μείωση της αρχαιότητας και των συστημάτων αμοιβών και την περαιτέρω ελαστικοποίηση στον ιδιωτικό τομέα, όπως η αναγνώριση των ενώσεων εργαζομένων σε επίπεδο εταιρείας ως διαπραγματευτικών εταίρων δ) Μειώνεται ακόμα περισσότερο η προστασία της απασχόλησης με μείωση κατά 22% του κατώτατου μισθού για όλους τους εργαζομένους και μείωση κατά 32% του κατώτατου μισθού των εργαζομένων ηλικίας κάτω των 25 ετών, χωρίς προηγούμενη συγκατάθεση των εκπροσώπων των εργαζομένων. Γίνονται επίσης δραστικές αλλαγές στις συλλογικές συμβάσεις και περιορίζεται η διαιτησία σε θέματα που σχετίζονται μόνο με τα επίπεδα των μισθών και μετατρέπονται οι συμβάσεις στο δημόσιο τομέα σε συμβάσεις με λιγότερη προστασία έναντι απόλυσης. (ε) Στην τελευταία φάση καταργούνται τα επιδόματα των Χριστουγέννων, του Πάσχα και της αποζημίωσης στο

δημόσιο τομέα, μειώνονται περαιτέρω οι αμοιβές αρχαιότητας στον ιδιωτικό τομέα, τερματίζονται οι συλλογικές διαπραγματεύσεις για τον καθορισμό του κατώτατου μισθού, μειώνεται η περίοδος κοινοποίησης για απόλυση στις συμβάσεις αορίστου χρόνου και επεκτείνονται τα ευέλικτα ωράρια εργασίας στον ιδιωτικό τομέα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κατάργηση της προστασίας της απασχόλησης με τη δραστική μείωση του ελάχιστου μισθού και την ευελιξία της αγοράς εργασίας επιδείνωσε τα επίπεδα ανεργίας, αφαιρώντας πολύτιμους πόρους από τα ήδη επιβαρυνμένα με το χρέος ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

### *3.1.5. Η οικονομική κρίση και η επίδραση στην προστασία από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια*

Η οικονομική κρίση, είχε επίσης σημαντική επίδραση στην προστασία από τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια. Επηρέασε ουσιαστικά ακόμη περισσότερο τις ευάλωτα κοινωνικές ομάδες που αντιμετώπιζαν ήδη σημαντικές δυσκολίες. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2016 και τα αποτελέσματα της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)<sup>4</sup> με περίοδο αναφοράς το έτος 2015, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ανέρχεται στο 35,6% (3.789.300 άτομα) του πληθυσμού της Χώρας, παρουσιάζοντας μικρή μείωση σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά (3.828.500 άτομα που αντιστοιχούσαν στο 35,7% του πληθυσμού) Τα νοικοκυριά που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας εκτιμώνται σε 832.065 σε σύνολο 4.168.784 νοικοκυριών και τα μέλη τους σε 2.262.808 στο σύνολο των 10.651.929 ατόμων του πληθυσμού της Χώρας. Αύξηση σε σχέση με το 2015, σημείωσε το ποσοστό του πληθυσμού που απειλείται από τη φτώχεια, ως προς το σύνολο του πληθυσμού, στη περίπτωση των: 1) Εργαζομένων γυναικών κατά 1,3 ποσοστιαίες μονάδες (12,3%) και 2) Ανέργων κατά 2,3 ποσοστιαίες μονάδες (47,1%). Η αύξηση αφορά και τα δύο φύλα με μεγαλύτερη αυτή των γυναικών, των νοικοκυριών με δύο ενήλικες και τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά κατά 2,4 ποσοστιαίες μονάδες (32,0%) και των νοικοκυριών με δύο ενήλικες κάτω των 65 ετών κατά 2,3 ποσοστιαίες μονάδες (20,1%).

---

<sup>4</sup> ΕΛΣΤΑΤ (2016). Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC). Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_java.faces.resource=document&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_in=downloadResources&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=286058&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_java.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=286058&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el)

Σε ό,τι αφορά την υλική υστέρηση και τις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού, σύμφωνα με την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC) της ΕΛΣΤΑΤ<sup>5</sup>, για το έτος 2016, με περίοδο αναφοράς το έτος 2015 προκύπτει πως η στέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών (δυσκολία ικανοποίησης έκτακτων οικονομικών αναγκών, αδυναμία κάλυψης εξόδων για διακοπές μίας εβδομάδας το χρόνο, αδυναμία διατροφής που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας ή ψάρι, αδυναμία πληρωμής για ικανοποιητική θέρμανση της κατοικίας, έλλειψη βασικών αγαθών όπως πλυντήριο ρούχων, έγχρωμη τηλεόραση, τηλέφωνο, αυτοκίνητο, αδυναμία αποπληρωμής δανείων ή αγορών με δόσεις, δυσκολίες στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών), δεν αφορά μόνο το φτωχό πληθυσμό αλλά και μέρος του μη φτωχού πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, και κυρίως από το 2009 και μετά, παρατηρείται αύξηση της υλικής στέρησης, δηλαδή αύξηση του πληθυσμού που λόγω οικονομικών δυσκολιών, στερείται τεσσάρων τουλάχιστον βασικών αγαθών και υπηρεσιών από αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες με αποτέλεσμα να στερείται, τουλάχιστον, τέσσερις (4) από τις εννέα (9), συνολικά, διαστάσεις της υλικής στέρησης ανέρχεται σε 22,4% το 2016, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 22,2% το 2015, 21,5% το 2014, 20,3% το 2013, 19,5% το 2012 και 11,0% το 2009.

Τα υψηλά ποσοστά φτώχειας στην Ελλάδα οφείλονται κυρίως στην περιορισμένη κατανομή των πόρων του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Όπως έδειξαν εμπειρικές μελέτες, ακόμη και πριν από το 2010, όταν η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας δεν είχαν επηρεάσει σημαντικά το εισόδημα των ανθρώπων, οι διαφορές στα σχετικά ποσοστά φτώχειας μεταξύ των χωρών της ΕΕ οφείλονταν σε μεγάλο βαθμό στον αντίκτυπο των κοινωνικών μεταβιβάσεων σε μετρητά (Dafermos & Papatheodorou, 2012; Papatheodorou, 2014). Αυτός ο ασθενής διανεμητικός αντίκτυπος των κοινωνικών μεταβιβάσεων χρησιμεύει και ως εξήγηση για αυτό που οι Dafermos και Papatheodorou (2011) αποκαλούν «*το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα*». Η αύξηση των δαπανών κοινωνικής

---

<sup>5</sup> ΕΛΣΤΑΤ (2016). Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC). Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_in=downloadResources&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=286060&documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=286060&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el)

προστασίας από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 δεν μείωσε τον κίνδυνο φτώχειας. Η αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας οφειλόταν κατά κύριο λόγο στις συντάξεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΥΣ

### 4.1. Αρμοδιότητες Κοινωνικής προστασίας από τους Δήμους

Σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο (άρθρο 75 περ. ε', ν. 3463/2006, Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων) έχει καθορισθεί με σαφήνεια η αρμοδιότητα των Α' Βαθμίων ΟΤΑ στο σχεδιασμό και υλοποίηση των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό (δημοτικό) επίπεδο. Ο Νέος Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΔΚ)<sup>6</sup>, ενώ στο άρθρο 75, προβλέπονται οι αρμοδιότητες των Δήμων τις οποίες κατηγοριοποιεί σε επτά κατηγορίες, μια εκ των οποίων είναι η Κοινωνική προστασία και αλληλεγγύη. Ιδιαίτερα ως προς τον τομέα της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης (ΚΔΚ-άρθρο 75), προβλέπονται για τους Δήμους οι παρακάτω αρμοδιότητες:

1. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ. και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

2. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.

3. Η μέριμνα για τη στήριξη άστεγων και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα διαβίωσης

<sup>6</sup> Ν.3463/2006 «Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων» (ΦΕΚ 114/Α/2006).

4. Η σχεδίαση, η οργάνωση, ο συντονισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρειά τους, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας.

5. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.

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

|   |
|---|
| Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.  |
| Η τήρηση κανόνων υγιεινής των δημόσιων και ιδιωτικών σχολείων.  |
| Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας σε ιδιώτες, καθώς και σε συλλόγους ή σωματεία, που επιδιώκουν φιλανθρωπικούς σκοπούς.   |
| Η άσκηση ελέγχου και εποπτείας στα ιδρύματα παιδικής προστασίας ιδιωτικού δικαίου (ιδιωτικοί παιδικοί σταθμοί) και η ευθύνη λειτουργίας των παιδικών εξοχών.  |
| Η εποπτεία επί των φιλανθρωπικών σωματείων και ιδρυμάτων, καθώς και η έγκριση του προϋπολογισμού τους, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των επιχορηγήσεων, που δίδονται σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με κοινωφελείς σκοπούς.                  |
| Η οικονομική ενίσχυση αυτοστεγαζόμενων, η μίσθωση ακινήτων, η ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και η επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.   |
| Ο διορισμός μελών διοικητικών συμβουλίων, η εποπτεία και η ρύθμιση θεμάτων λειτουργίας ιδρυμάτων προστασίας και αγωγής οικογένειας του παιδιού (όπως Κέντρων Παιδικής Μέριμνας, Παιδικών Σταθμών, Παιδικών Εξοχών, παραρτημάτων ΠΙΚΠΑ και ΚΕΠΕΠ). |
| Ο ορισμός ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.  |
| Η χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας, μετά από σχετική γνωμοδότηση της   |

|  |
|--|
| αρμόδιας Επιτροπής Πιστοποίησης Αναπηρίας.   |
| Η έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας.   |
| Η καταβολή επιδομάτων σε τυφλούς, κωφάλαλους, ανασφάλιστους παραπληγικούς, τετραπληγικούς και ακρωτηριασμένους, διανοητικά καθυστερημένους, ανίκανους προς εργασία, υποφέροντες από εγκεφαλική παράλυση (σπαστικούς), απροστάτευτους ανήλικους, υποφέροντες από αιμολυτική αναιμία και βαριά ανάπηρους, καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.δ. 57/1973 (ΦΕΚ 149 Α'), της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων. |
| Η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.  |
| Η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.   |
| Η υλοποίηση:<br>α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου,<br>β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση,<br>γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.   |
| Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.  |
| Η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας δημοτικών και ιδιωτικών παιδικών ή βρεφονηπιακών σταθμών.  |
| Η χορήγηση αδειών διενέργειας λαχειοφόρων αγορών, εράνων και φιλανθρωπικών αγορών.   |
| Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.   |
| Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.  |
| Η χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων, που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.  |
| Η επιβολή κυρώσεων σε ιατρούς, οι οποίοι πωλούν φάρμακα χωρίς άδεια, καθώς και σε βάρος ιατρών και φαρμακοποιών για κατοχή ή πώληση δειγμάτων φαρμάκων.  |

|   |
|---|
| <p>Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, κατά τις ρυθμίσεις της παρ. 7 του άρθρου 14 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α').</p> |
| <p>Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.</p>  |
| <p>Η επιβολή ή άρση υγειονομικών μέτρων, λόγω εμφάνισης βαριάς επιζωοτίας για την έκδοση πιστοποιητικών προς μεταφορά ζώων.</p>   |
| <p>Ο ορισμός ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. για τα Ν.Π.Δ.Δ. του νομού.</p>  |
| <p>Ο ορισμός μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των Ταμείων Πρόνοιας και Προστασίας Πολυτέκνων, από το δήμο όπου εδρεύουν τα ταμεία.</p>  |
| <p>Η εφαρμογή, οργάνωση και εποπτεία της τεχνητής σπερματέγχυσης και του συγχρονισμού του οίστρου των ζώων.</p>   |
| <p>Η παροχή γνωμάτευσης από τον αρμόδιο κτηνίατρο για υγειονομική καταλληλότητα των ζώων όταν πρόκειται για πλανόδια έκθεση ζώων.</p>   |

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – Ο ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΟΥΣ-ΜΥΚΗΝΩΝ

### 5.1. Ο Δήμος Άργους Μυκηνών

Πρόκειται για έναν από τους μεγαλύτερους σε έκταση Δήμους της Πελοποννήσου και είναι ο μεγαλύτερος πληθυσμιακά Ο.Τ.Α. του νομού Αργολίδας. Έχει έκταση 138.000 στρέμματα., μέσο υψόμετρο 44μ και ο συνολικός πληθυσμός ανέρχεται σε 42.022 μόνιμους κατοίκους. Προήλθε από την συνένωση των Δήμων Άργους, Λέρνας, Κουτσοποδίου, Μυκηνών, Λυρκείας, Νέας Κίου καθώς και των κοινοτήτων Αχλαδοκάμπου και Αλέας κατά την υλοποίηση του προγράμματος Καλλικράτης που προέβλεπε συνενώσεις γειτονικών Δήμων σε μεγαλύτερους οργανισμούς. Έδρα του Δήμου έχει οριστεί η πόλη του Άργους ενώ για ιστορικούς λόγους έχουν οριστεί οι Μυκήνες σαν ιστορική έδρα του Δήμου . Επιπλέον ο Δήμος έχει διααιρεθεί σε οχτώ δημοτικές ενότητες που ουσιαστικά είναι οι προηγούμενοι Δήμοι και κοινότητες.

Η μεγαλύτερη σε πληθυσμό πόλη του Δήμου είναι το Άργος, που θεωρείται η αρχαιότερη πόλη της Ευρώπης και έχουν βρεθεί σπουδαία αρχαιολογικά ευρήματα ακόμα και από την εποχή του χαλκού. Σήμερα συγκεντρώνει πολλές από τις υπηρεσίες του Νομού Αργολίδας. Το Άργος απέχει οδικώς από την Αθήνα 140 χλμ. , 7 από την γειτονική πόλη του Ναυπλίου και περίπου 40 χλμ από τον προαστιακό σιδηρόδρομο της Κορίνθου με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε αυτόν να είναι ιδιαίτερα εύκολη για όποιον θελήσει να την επισκεφτεί. Πρωταρχική οικονομική δραστηριότητα αποτελεί η γεωργία και το εμπόριο ενώ κατά περιόδους υπάρχει έντονη βιοτεχνική δραστηριότητα και παρατηρείται μια σταθερή άφιξη τουριστών με ενδιαφέρον για την ιστορία και τα αρχαιολογικά ευρήματά της περιοχής τα οποία πραγματικά είναι πάρα πολλά.

Στον πίνακα 1, παρουσιάζεται ο πληθυσμός κάθε δημοτικής ενότητας του Δήμου Άργους-Μυκηνών σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2011).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1: Πληθυσμός ανά δημοτική ενότητα του Δήμου Άργους- Μυκηνών

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΛΕΑΣ           | 660    |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΡΓΟΥΣ          | 27.050 |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ<br>ΑΧΛΑΔΟΚΑΜΠΟΥ | 497    |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ<br>ΚΟΥΤΣΟΠΟΔΙΟΥ | 3.272  |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΕΡΝΑΣ          | 2.319  |



|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ<br>ΛΥΡΚΕΙΑΣ  | 2.058  |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ<br>ΜΥΚΗΝΑΙΩΝ | 3.388  |
| ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΝΕΑΣ<br>ΚΙΟΥ | 2.778  |
| Σύνολο                        | 42.022 |

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

## 5.2. Σύνθεση Οικονομίας

### 1) Πρωτογενής τομέας

Ολόκληρος ο Νομός Αργολίδας αλλά και ειδικότερα ο Δήμος Άργους - Μυκηνών στήριξε την οικονομική του ανάπτυξη στον πρωτογενή τομέα. Άλλωστε οι πεδινές εκτάσεις καταλαμβάνουν το 54% της συνολικής έκτασης του Δήμου. Βασικό εισόδημα των κατοίκων προέρχεται από την παραγωγή εσπεριδοειδών και κηπευτικών καθώς και από την συγκομιδή και παραγωγή ελαιολάδου. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, με την οικονομική κρίση που έχει επηρεάσει όλη τη χώρα παρατηρείται έντονα μια επιστροφή των νέων στην καλλιέργεια τέτοιων ειδών, καθώς και αναζήτηση νέων πιο προσοδοφόρων καλλιεργειών, πράγμα πολύ ενθαρρυντικό. Η κτηνοτροφική παραγωγή παραμένει υποτονική, ενώ παρατηρείται μια αξιόλογη ενασχόληση μερίδας νέων με την μελισσοκομία.

### 2) Δευτερογενής τομέας

Ο τομέας αυτός δεν παρουσιάζει αξιόλογη εικόνα στο Δήμο Άργους-Μυκηνών. Η πόλη που άλλοτε άκμαζε με τις μεταποιητικές βιομηχανίες αποτελεί παρελθόν. Οι μοναδικές επιχειρήσεις στον τομέα αυτό είναι τα συσκευαστήρια εσπεριδοειδών, κάποιες ελαιουργικές μονάδες με έντονη εξαγωγική δραστηριότητα καθώς και λίγες βιοτεχνίες κατασκευής σωλήνων.

### 3) Τριτογενής τομέας

Πρόκειται για έναν τομέα με έντονη δραστηριότητα. Άλλωστε η έδρα του Δήμου το Άργος θεωρείται το μεγαλύτερο εμπορικό κέντρο του Νομού Αργολίδας. Υπάρχουν αρκετές εμπορικές επιχειρήσεις που απασχολούν προσωπικό και κάποιες αυτοαπασχολούμενων. Βέβαια και ο τομέας αυτός έχει υποστεί ζημιές από την οικονομική κρίση. Επιπλέον τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια προσπάθεια να αξιοποιηθεί τουριστικά ο Δήμος. Άλλωστε το Άργος είναι από τις αρχαιότερες πόλεις του κόσμου, πλούσιο σε αρχαιολογικούς χώρους.

Στον πίνακα 2, βλέπουμε τους κλάδους που δραστηριοποιείται η οικονομία στο Δήμο Άργους-Μυκηνών καθώς και τους αντίστοιχα απασχολούμενους

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2: Απασχολούμενοι ανά κλάδο οικονομικής Δραστηριότητας

| <b>ΚΛΑΔΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ</b> | <b>ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ</b> |
|---------------------------|-----------------------|
| ΓΕΩΡΓΙΑ – ΑΛΙΕΙΑ          | 3.917                 |
| ΕΜΠΟΡΙΟ                   | 2.572                 |
| ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ                | 1.085                 |
| ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ                 | 506                   |
| ΕΣΤΙΑΣΗ – ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ       | 839                   |
| ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ     | 324                   |
| ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ          | 936                   |
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ                | 955                   |
| ΥΓΕΙΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ | 547                   |
| ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ             | 2.825                 |
| ΣΥΝΟΛΟ                    | 14.506                |

Πηγή:Ιδία Επεξεργασία

### **5.3. Κοινωνικές Δομές Δήμου Άργους – Μυκηνών**

#### *5.3.1. Παιδικοί σταθμοί*

Η οργανωτική δομή της Δ/νσης Παιδικών σταθμών, σύμφωνα με τον ισχύοντα Ο.Ε.Υ του Δήμου Άργους – Μυκηνών, συγκροτείται από πέντε (5) τμήματα προσχολικής που λειτουργούν μέσα στα όρια του Δήμου μας, όπου φιλοξενούνται παιδιά προσχολικής ηλικίας από 2,5 ετών μέχρι την εγγραφή τους στο Νηπιαγωγείο:

#### **1<sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Λαμπρινίδου 27 Άργος

#### **2<sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Ιακώβου Μάνου 23 Άργος

#### **3<sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Λίμνες Άργους Αργολίδας

#### **4<sup>ο</sup> ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Περούκα 40 Άργος

#### **5<sup>ο</sup> ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

ΝΕΟΣ ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΝΕΑΣ ΚΙΟΥ – πάρκο Ιωάννου Παπαϊωάννου

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3: Φιλοξενούμενα νήπια στο Δήμο

| ΠΑΙΔΙΚΟΙ  | ΕΣΠΑ |     |     |     |     | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΥ |     |     |     |     | ΣΥΝΟΛΑ (ΑΝΑ ΠΑΙΔΙΚΟ) |     |     |     |     | ΣΥΝΟΛΟ<br>ΑΝΑ<br>ΕΤΟΣ |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----------------|-----|-----|-----|-----|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----------------------|
|           | 1ος  | 2ος | 3ος | 4ος | 5ος | 1ος             | 2ος | 3ος | 4ος | 5ος | 1ος                  | 2ος | 3ος | 4ος | 5ος |                       |
| 2013-2014 | 0    | 0   | 0   | 0   | 37  | 51              | 79  | 10  | 79  | 10  | 51                   | 79  | 10  | 79  | 47  | 266                   |
| 2014-2015 | 31   | 42  | 5   | 30  | 38  | 39              | 43  | 4   | 45  | 5   | 70                   | 85  | 9   | 75  | 43  | 282                   |
| 2015-2016 | 33   | 53  | 4   | 31  | 34  | 43              | 25  | 6   | 46  | 19  | 76                   | 75  | 10  | 77  | 53  | 291                   |
| 2016-2017 | 41   | 43  | 5   | 20  | 44  | 23              | 28  | 2   | 36  | 6   | 64                   | 71  | 7   | 56  | 50  | 248                   |
| 2017-2018 | 40   | 30  | 3   | 25  | 41  | 20              | 29  | 5   | 18  | 4   | 60                   | 59  | 8   | 43  | 45  | 215                   |

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Εξυπηρετούνται περίπου 260 μικροί δημότες (μ.ο. τελευταίας 5ετίας) και η προσχολική τους περίοδος είναι μια μοναδική εμπειρία περνώντας δημιουργικά σε μια φιλόξενη ατμόσφαιρα.

Με πολύ ενδιαφέρον και μεθοδευμένη συστηματική δουλειά, κάθε παιδί απολαμβάνει όλη τη φροντίδα που απαιτεί η ηλικία και παράλληλα προετοιμάζεται για το επόμενο στάδιο, αυτό της μαθητικής ζωής. Σκοπός της Δ/σης είναι η προσφορά στο παιδί και την οικογένειά του.

Στόχος της, η αρμονική ψυχοκινητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού αλλά και η ομαλή ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Το σύνολο των υπηρεσιών της, βασίζεται στην ειλικρίνεια, στη σοβαρότητα και στην αγάπη.

Το αντικείμενο των τμημάτων πραγματοποιείται από τις βασικές ειδικότητες του Βρεφονηπιοκόμου, του Βοηθού – Βρεφονηπιοκόμου, του Μαγείρου και του Προσωπικού Καθαριότητας- Βοηθητικών Εργασιών, ειδικότητες που λειτουργούν στο πλαίσιο του Τμήματος και συνεργάζονται με το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς και των ειδικοτήτων των άλλων Τμημάτων, με στόχο την καλύτερη αγωγή και εξυπηρέτηση των παιδιών.

- Αποτελούν χώρο αγωγής, φροντίδας και ασφαλούς διαμονής για τα νήπια.
- Παρέχουν καθημερινή φροντίδα και διατροφή με σωστή ποιοτική σύνθεση, τηρώντας τους κανόνες υγιεινής.
- Εφαρμόζουν αναπτυξιακά κατάλληλα προγράμματα, που προσφέρουν ευκαιρίες και απόκτηση γνώσεων στα νήπια.
- Ευαισθητοποιούν τους γονείς σε θέματα αγωγής και σχέσεων με τα παιδιά.
- Παρέχουν υγιεινή και ασφαλή παραμονή στα νήπια.
- Προσφέρουν δημιουργική απασχόληση, διαπαιδαγώγηση, παιχνίδι, ψυχαγωγία και ανάπαυση.

### 5.3.2 Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης (Κ.Δ.Α.Π)

Είναι γνωστό το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες σε σχέση με τη φροντίδα των παιδιών όταν και οι δύο γονείς εργάζονται και η ανάγκη λειτουργίας δομών με ωράριο προσαρμοσμένο στις ανάγκες των γονιών της κάθε περιοχής. Η εξωσχολική απασχόληση των παιδιών κατά τις ώρες που το σχολείο είναι κλειστό, προσφέρει πλούσια πολιτιστικά ερεθίσματα που διευρύνουν τους ορίζοντες των παιδιών αλλά συμβάλλουν και στην διατήρηση της αυθεντικότητας της αισθητικής τους. Εξαιτίας των συνεχών αυξανόμενων απαιτήσεων της κοινωνίας σε πολλές περιοχές λειτουργούν περισσότερα από ένα Κ.Δ.Α.Π.

-1<sup>ο</sup> Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών «Παιδική Πολιτεία» του Δήμου Άργους ξεκίνησε τη λειτουργία του το έτος 2000, στα πλαίσια της Δημοτικής Επιχείρησης Πολιτισμού Άργους.

Λειτουργεί από Δευτέρα έως Σάββατο από τις 14:00 έως τις 20:30 σε δύο βάρδιες και φιλοξενεί 60 παιδιά. Απασχολούνται τρία (3) άτομα: (ένα (1) ΤΕ λογιστικής – Η/Υ και ένα (1) ΤΕΦΑΑ-Παραδοσιακοί Χοροί (Ορισμένου χρόνου), καθώς και ένα (1) άτομο Βοηθητικών Καθηκόντων (Αορίστου χρόνου)

-2<sup>ο</sup> Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών Νοτίου Άργους, λειτουργεί από το έτος 2007

Λειτουργεί από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 13:30 έως τις 21:30 σε δύο βάρδιες και φιλοξενεί 30 παιδιά. Απασχολούνται τρία (3) άτομα: μια (1) Νηπιαγωγός – Δ/ντρια μια (1) Θεατρικών Σπουδών και μια (1) Βιβλιοθηκονόμος. Το προσωπικό έχει σύμβαση Ορισμένου χρόνου.

Με το νέο καλλικρατικό Δήμο Άργους – Μυκηνών προστέθηκε και άλλη μια δομή:

-3<sup>ο</sup> Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών Νέας Κίου.

Λειτουργεί από Δευτέρα έως Σάββατο από τις 14:00 έως τις 20:30 σε δύο βάρδιες και φιλοξενεί 45 παιδιά. Απασχολούνται τρία (3) άτομα: ένας (1) Ψυχολόγος ένα (1) ΤΕΦΑΑ-Παραδοσιακοί Χοροί , καθώς και ένα (1) άτομο Βοηθητικών Καθηκόντων.

Το προσωπικό έχει σύμβαση Ορισμένου χρόνου.

Όλα τα παραπάνω Κ.Δ.Α.Π. του Δήμου Άργους – Μυκηνών εντάσσονται στο ΕΣΠΑ.

Το πρόγραμμα απασχόλησης των παιδιών περιλαμβάνει, μουσικοκινητική αγωγή, χορό, κουκλοθέατρο, περιβαλλοντική αγωγή - προβολή ντοκιμαντέρ, παιδική λογοτεχνία, θεατρική αγωγή - θεατρικό παιχνίδι, κατασκευές, ζωγραφική και σχέδιο.

### *5.3.3. Κοινωνικό φροντιστήριο*

Ο Ιερός Ναός Αγίου Πέτρου Άργους και οι κοινωνικές δομές του Δήμου Άργους Μυκηνών, σε μια προσπάθεια οικονομικής ανακούφισης των δημοτών, προσφέρουν δωρεάν μαθήματα φυσικής, χιμείας, μαθηματικών, σε μαθητές Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου. Μέσω της λειτουργίας του «κοινωνικού φροντιστηρίου», μαθητές όλων των δυνατοτήτων μπορούν να βοηθηθούν από εθελοντές καθηγητές στα μαθήματα τους καθώς και σε γνώση ξένων γλωσσών.

Η δράση αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική γιατί έχει παρατηρηθεί λόγω της οικονομικής κρίσης μαθητές με μεγάλες δυνατότητες να σταματούν την μάθηση ξένων γλωσσών για οικονομικούς λόγους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες μεταξύ των μαθητών, να μην εφοδιάζονται όλοι με τις ίδιες γνώσεις και αργότερα να δυσκολεύονται να διεκδικήσουν μια καλύτερη θέση στην αγορά εργασίας.

### *5.3.4. Δωρεάν ασφάλιση όλων των μαθητών του Δήμου*

Λόγω της οικονομικής κρίσης, ο Δήμος θεωρεί υποχρέωση του την ασφάλιση των μαθητών. Πολλοί γονείς δεν μπορούν να πληρώσουν την ασφαλιστικές εισφορές των ταμείων τους , με αποτέλεσμα τα παιδιά να μένουν ανασφάλιστα και μη εμβολιασμένα. Έτσι η Δημοτική αρχή προχωρά στην ασφάλιση των μαθητών από ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία για τις ώρες που τα παιδιά βρίσκονται στο σχολείο ή ακόμα και σε εκδρομή καθώς και την εξασφάλιση νοσοκομειακής περίθαλψης εφόσον χρειαστεί. Με την δράση αυτή ο Δήμος προσπαθεί να προλάβει θέματα που μπορούν να προκύψουν και να επιφέρουν οδυνηρές επιπτώσεις και να στοιχήσουν ακόμα και την ζωή μικρών παιδιών. Με το δεδομένο

ότι η υγεία και η ζωή ενός παιδιού είναι ότι πιο σημαντικό μπορούμε να έχουμε, η δράση αυτή κρίνεται αναγκαία και εξασφαλίζει ως ένα σημείο την υγεία των παιδιών.

#### 5.3.5. Κοινωνικό Παντοπωλείο

Ο Δήμος Άργους – Μυκηνών, ξεκίνησε τη λειτουργία του Κοινωνικού Παντοπωλείου, προκειμένου να καλύψει την ανάγκη των δημοτών για πρόσβαση σε βασικά αγαθά πρώτης ανάγκης, αρχικά μέσω της ΚΕΔΑΜ (Κοινοφελούς Επιχείρησης Δήμου Άργους – Μυκηνών) και στη συνέχεια ανέλαβε η Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού και Τουρισμού, την διαχείριση των απαραίτητων διοικητικών και γραμματειακών εργασιών.

Κύριο κριτήριο ένταξης των ενδιαφερομένων στο πρόγραμμα είναι το εισόδημα, αλλά παράλληλα λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, η ανεργία, προβλήματα υγείας, αναπηρίες κ.λ.π., που διαπιστώνονται με την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών, αλλά και με την διενέργεια Κοινωνικής Έρευνας, όπου αυτό απαιτείται.

Από το 2014 που άρχισε να λειτουργεί από το Δήμο έχει τους παρακάτω δικαιούχους ανά έτος αντίστοιχα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3.5: Ωφελούμενοι Κοινωνικού Παντοπωλείου ανά έτος λειτουργίας

| ΕΤΗ                         | 2014  | 2015   | 2016   | 2017   |
|-----------------------------|-------|--------|--------|--------|
| ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ<br>(ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ) | 160   | 220    | 230    | 250    |
| ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΗΜΟΥ           | 7.000 | 14.000 | 11.000 | 14.700 |

Πηγή: Ιδία Επεξεργασία

Οι δωρεές των πολιτών περιλαμβάνουν εκτός από τρόφιμα μακράς διάρκειας, περιλαμβάνουν και μεταχειρισμένα ρούχα, κλινοσκεπάσματα, μικροσυσκευές και παιχνίδια.

#### 5.3.6 Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο

Εγκαίνια έγιναν στο κτίριο που στεγάζεται το Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο του δήμου Άργους Μυκηνών την Τετάρτη 19 Μαρτίου 2014.

Η Ίδρυση του Κοινωνικού Ιατρείου- Φαρμακείου έχει στόχο την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης στους ανασφάλιστους, με την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών Πρόνοιας και την εθελοντική προσφορά των Ιατρών και των Φαρμακοποιών και των λοιπών φορέων της πόλης.

Αποστολή του κοινωνικού ιατρείου, είναι να συνδράμει τους δημότες που αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε φάρμακα, με την δωρεάν παροχή, κυρίως των ευρέως διαδεδομένων- καταναλισκόμενων φαρμάκων «οικιακής χρήσης» καθώς και υγειονομικού υλικού και παραφαρμακευτικών προϊόντων, σε άτομα που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας και είναι ανασφάλιστα, εξαιρουμένων των φαρμάκων που υπάγονται στις ειδικές περί ναρκωτικών διατάξεις (ψυχοφάρμακα, κλπ.), των εχόντων ανάγκη ειδικής συντήρησης πχ. εμφύλια ψυγείων, καθώς και των λεγόμενων «νοσοκομειακών φαρμάκων».

Το Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο, τροφοδοτείται συνήθως από τους ευαισθητοποιημένους πολίτες, που προσφέρουν μη ληγμένα φάρμακα οικιακής χρήσης που δεν χρειάζονται, από χορηγίες φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακοβιομηχανιών καθώς και από Φαρμακοποιούς. Η λειτουργία αυτού επιτυγχάνεται καλύτερα, όταν υπάρχει κοινή συνεργασία φορέων, με ιδιαίτερα βαρύνουσα τη συνδρομή και συμβολή των Ιατρικών και Φαρμακευτικών Συλλόγων και των Ιατρών-Φαρμακοποιών μελών τους.

Το Κοινωνικό Φαρμακείο λειτουργεί μια (1) φορά την εβδομάδα και το Κοινωνικό Ιατρείο κάθε Τετάρτη 17:00 έως 20:30.

### *5.3.7. Πρόγραμμα Επισιτιστικής και βασικής υλικής συνδρομής από το TEBA*

Το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους (TEBA) υποστηρίζει τη διανομή τροφίμων και βασικών υλικών αγαθών, συνδυάζεται με συνοδευτικά μέτρα τα οποία συμβάλλουν στην κοινωνική ενσωμάτωση των ωφελουμένων και υλοποιείται στο σύνολο της χώρας.

Το πεδίο εφαρμογής του TEBA εξειδικεύεται στην Ελλάδα μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής (ΕΠ Ι). Η εφαρμογή του Προγράμματος ολοκληρώνεται την 31η Δεκεμβρίου 2020.

Το Πρόγραμμα υλοποιείται μέσω Κοινωνικών Συμπράξεων και οι ωφελούμενοι επιλέγονται σύμφωνα με εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια.

Με την παρ. 3 του άρθρου 45 του Ν.4314/2014 (ΦΕΚ 265 Α'), τα καθήκοντα της Διαχειριστικής Αρχής του Επιχειρησιακού Προγράμματος Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής (ΕΠ ΕΒΥΣ), βάσει του άρθρου 32 του Κανονισμού ΕΕ 223/2014 για το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους, ανατέθηκαν στο Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ), το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στο Εταιρικό Σχήμα, που έχει ως σκοπό την ορθή υλοποίηση του προγράμματος «Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής», συμμετέχουν οι παρακάτω φορείς :

- Περιφερειακή Ενότητα Αργολίδας
  - Ι.Μ. Αργολίδας
  - Σύλλογος ΑΜΕΑ
  - Σύλλογος Αλληλεγγύη
  - Σύλλογος Νεφροπαθών
  - Διάσταση Κοινωνική Επιχείρηση (ΜΚΟ) (προσχώρηση στη ΚΣ Απρίλιο/Μάιο 2016)
- Ωφελούμενοι του προγράμματος, το οποίο στοχεύει στην αντιμετώπιση του χάσματος

της φτώχειας είναι:

- φτωχά νοικοκυριά που διαβιούν σε καθεστώς φτώχειας ή ακραίας φτώχειας ή κινδύνου φτώχειας
- νοικοκυριά με παιδιά και ιδιαιτέρως τα μονογονεϊκά και τρίτεκνα/ πολύτεκνα νοικοκυριά, τα οποία πλήττονται περισσότερο από συνθήκες αποστέρησης
- πολυμελείς οικογένειες
- άστεγοι

Αντικείμενα του προγράμματος αποτελούν:

1. Η διανομή τροφίμων (μακράς διάρκειας και φρέσκα καθώς και τρόφιμα για βρέφη)
2. Η αναπλήρωση βασικών υλικών στερήσεων (ρουχισμός για παιδιά και ενήλικες/κυρίως αστέγους, είδη καθαρισμού και προσωπικής υγιεινής, παιδικά είδη/ βιβλία, παιχνίδια, βρεφικός εξοπλισμός κλπ)
3. Η παροχή συνοδευτικών υποστηρικτικών μέτρων όπως:

-Υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, ενδυνάμωσης και κοινωνικής ένταξης παιδιών σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο οικογένειας (ή και σε μονήρη άτομα).

-Διατροφικές συμβουλές (συμβουλές υγιεινής διατροφής).

-Συμβουλές υγιεινής διαβίωσης.



- Συμβουλές διαχείρισης οικογενειακού προϋπολογισμού.
- Νομική συνδρομή.
- Υπηρεσίες κοινωνικοποίησης παιδιών (πχ πρόσβαση σε αθλητικές δραστηριότητες κλπ).
- Κοινωνικά φροντιστήρια, που θα παρέχουν τόσο διδακτική υποστήριξη, όσο και επαρκείς και κατάλληλους χώρους για μελέτη για τα παιδιά / ωφελούμενους.
- Υλοποίηση πολιτιστικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων απασχόλησης για παιδιά ωφελούμενους (π.χ. θεατρικές παραστάσεις αλλά και θεατρικά εργαστήρια για παιδιά)
- Εκδρομές (εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές).
- Παροχή χώρων για παιχνίδι, συναντήσεις και εκδηλώσεις για παιδιά που δεν έχουν σχετική πρόσβαση.

Από την 1η Ιουνίου 2017 οι δικαιούχοι του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) καθίστανται αυτοδίκαια και ωφελούμενοι του Επιχειρησιακού Προγράμματος ΤΕΒΑ (Ταμείο Επισιτιστικής Βοήθειας προς τους Απόρους). Τα επωφελούμενα άτομα (δικαιούχοι του ΚΕΑ ) για το Δήμο Άργους – Μυκηνών, ήταν 738 για το 2016 και 493 για το 2017 (στοιχεία από το β' εξάμηνο και μετά).

### *5.3.8 Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»*

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», υλοποιείται στο Δήμο Άργους – Μυκηνών από το 1999. Σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή του ωφελούμενου στο φυσικό του περιβάλλον.

Το πρόγραμμα προσφέρει πραγματική βοήθεια σε ανήμπορους πολίτες, παρέχοντας τους φαγητό, νοσηλεία και ιατρική φροντίδα. Οι ωφελούμενοι του συγκεκριμένου προγράμματος, είναι κυρίως ηλικιωμένοι και άτομα με ειδικές ανάγκες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν αποδεδειγμένη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και ο αριθμός τους στα όρια του Δήμου, αγγίζει περίπου τα 400 άτομα .

Για την καλύτερη και λειτουργικότερη εξυπηρέτηση των πολιτών λειτουργούν πέντε δομές:

Στο Άργος, στη Νέα Κίο, στη Λυρκεία, στις Μυκίνες και στο Κουτσοπόδι

Το πρόγραμμα παρέχει υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργών, Ψυχολόγων, Νοσηλευτών και Οικογενειακών Βοηθών, τα αντικείμενα των οποίων αναφέρονται εν συντομία παρακάτω:

## **A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

Ο/η Κοινωνικός/η Λειτουργός, με τη χρησιμοποίηση μεθόδων κοινωνικής εργασίας και σε συνεργασία με τα υπόλοιπα στελέχη του προγράμματος << Βοήθεια στο Σπίτι>>, συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση πολυάριθμων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι επωφελούμενοι/ες του προγράμματος, στη διατήρηση ή αποκατάσταση της ισορροπίας μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος καθώς και στην ανάπτυξη και ευημερία γενικότερα.

## **B. ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

Ο/η ψυχολόγος αναλαμβάνει αποκλειστικά την ψυχολογική στήριξη των επωφελούμενων. Με τις συμβουλές και τις προτάσεις του/της, βοηθά τα άτομα να αναγνωρίσουν τις κρυμμένες εφεδρείες τους και τα εσωτερικά κίνητρα της δράσης τους, προσπαθώντας να οδηγήσει τα άτομα, να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και θάρρος για να προχωρήσουν στην επίτευξη των στόχων τους. Με τον τρόπο αυτό, ο/η κάθε ωφελούμενος/η, μέσα σε ένα φιλικό και άνετο περιβάλλον, μπορεί να μιλήσει ελεύθερα, να μειώσει το άγχος του και να καλλιεργήσει την ελεύθερη και δημιουργική σκέψη του. Στόχος της δουλειάς του/της ψυχολόγου δεν είναι να παρεμβαίνει στο περιεχόμενο της σκέψης του ατόμου, αλλά στον τρόπο που δομεί και αναλύει την σκέψη του.

## **Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ**

Ο/η νοσηλεύτης/ρια κάνει επισκέψεις στα σπίτια των επωφελούμενων για τους οποίους είναι υπεύθυνος/η και παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες, ενώ πολύ συχνά δίνει συμβουλές για την υγιεινή διαβίωση και τη φροντίδα όλων όσων την έχουν ανάγκη.

## **Δ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ**

Η οικογενειακή βοηθός της ομάδας συμμετέχει σε όλες της εκδηλώσεις του προγράμματος σε συνεργασία με τον Κοινωνικό Λειτουργό και τις Νοσηλεύτριες και η προσφορά της ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες των περιπτώσεων, όπως αυτές καθορίζονται από τον υπεύθυνο του προγράμματος.

Ανά ειδικότητα, την τελευταία πενταετία, στο Δήμο Άργους – Μυκηνών, απασχολούνται τα παρακάτω άτομα:

Τ.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ: 3(γυναίκες) Π.Ε. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΙ: 2 (γυναίκες)

Π.Ε. ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ: 1 (γυναίκα) Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ: 2 (γυναίκες)

Δ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ: 3 (γυναίκες) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΒΟΗΘΟΙ: 7 (γυναίκες)

Π.Ε. ΙΑΤΡΟΣ: 1 (άνδρας) με σύμβαση έργου

Όλο το Προσωπικό – εκτός της ειδικότητας του Ιατρού –απασχολείται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4: Αριθμός ωφελούμενων στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι»

| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| ΑΡΓΟΥΣ       | 131  | 127  | 121  | 121  | 127  |
| ΜΥΚΗΝΩΝ      | 45   | 61   | 75   | 100  | 101  |
| ΝΕΑΣ ΚΙΟΥ    | 56   | 51   | 52   | 55   | 54   |
| ΚΟΥΤΣΟΠΟΔΙΟΥ | 62   | 63   | 62   | 70   | 66   |
| ΛΥΡΚΕΙΑΣ     | 71   | 71   | 70   | 77   | 76   |
| ΣΥΝΟΛΟ       | 365  | 373  | 380  | 423  | 424  |

Πηγή:Ιδία Επεξεργασία

Το πρόγραμμα αυτό, αποτελεί δράση της ΚΕΔΑΜ, χρηματοδοτείται από πόρους ΕΣΠΑ και εθνικούς πόρους και περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό της ΚΕΔΑΜ, με το ποσό των 280.000 ευρώ, κατά μέσο όρο την τελευταία πενταετία. Από τον Ιανουάριο του 2012 το πρόγραμμα χρηματοδοτείται αποκλειστικά από Εθνικούς Πόρους.

#### 5.3.9. Πρόγραμμα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Ο Δήμος Άργους – Μυκηνών και το Ν.Π.Δ.Δ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ», λειτουργούν τρία παραρτήματα Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των εγγεγραμμένων μελών της τελευταίας πενταετίας (2013-2017) ανά παράρτημα Κ.Α.Π.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5: Εγγεγραμμένα μέλη στα Κ.Α.Π.Η

| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------|------|------|------|------|------|
| ΑΡΓΟΣ       | 400  | 430  | 400  | 350  | 320  |
| ΝΕΑ ΚΙΟΣ    | 120  | 120  | 120  | 120  | 120  |
| ΚΟΥΤΣΟΠΟΔΙ  | -    | 35   | 32   | 30   | 30   |
| ΣΥΝΟΛΟ      | 520  | 585  | 552  | 500  | 470  |

Πηγή:Ιδία Επεξεργασία

Η Κοινωνική υπηρεσία υποδέχεται, ενημερώνει, συμβουλεύει και παρέχει κοινωνική υποστήριξη στα μέλη. Σκοπός είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, η πρόληψη και αντιμετώπιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων στο πλαίσιο της εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την υλοποίηση προγραμμάτων δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας (πχ. χορωδία, ομάδες γυμναστικής ). Παράλληλα διοργανώνονται ομιλίες , εκδρομές και μουσικοχορευτικές εκδηλώσεις για τα μέλη, ώστε η συμμετοχή τους στα ΚΑΠΗ να είναι ακόμη πιο ευχάριστη. Η υγειονομική υπηρεσία παρέχει συνεδρίες φυσικοθεραπείας καθώς και ήπιας αθλητικής άσκησης στα εγγεγραμμένα μέλη. Στο ΚΑΠΗ Άργους απασχολούνται μια (1) Κοινωνική Λειτουργός και μια (1) Φυσικοθεραπεύτρια με σχέση εργασίας αορίστου χρόνου, καθώς και ειδικότητες Οικογενειακών Βοηθών -Γενικών Καθηκόντων, που προσλαμβάνονται μέσω προγραμμάτων του ΟΑΕΔ ( 5/μηνο ή 8/μηνο) και εργάζονται σε όλα τα ΚΑΠΗ του Δήμου.

### 5.3.10 Πρόγραμμα Σίτισης

#### -ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΔΗΜΟΤΩΝ

Λειτουργεί μέσω του Ν.Π.Δ.Δ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ»

Από το 2011 που άρχισε να λειτουργεί το πρόγραμμα έχουν διανεμηθεί ανά έτος αντίστοιχα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6: Δικαιούχοι προγράμματος σίτισης

| ΕΤΗ               | 2011 | 2012 | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |
|-------------------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ΜΕΡΙΔΕΣ           | 120  | 150  | 146    | 180    | 280    | 170    | 190    |
| ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΗΜΟΥ |      |      | 59.000 | 51.000 | 46.000 | 43.000 | 39.000 |

Πηγή:Ιδία Επεξεργασία

#### -ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ – ΣΧΟΛΕΙΩΝ

Λειτουργεί μέσω επιχορήγησης του Δήμου Άργους – Μυκηνών.Οι επιχορηγήσεις του Δήμου ανά έτος κατά την τελευταία πενταετία είναι:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7: Επιχορηγήσεις Δήμου

|                  | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ΔΟΜΕΣ            |        |        |        |        |        |
| ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ | 66.600 | 61.000 | 65.000 | 66.300 | 63.000 |
| ΜΟΥΣΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ  | 44.100 | 20.000 | 56.600 | 46.500 | 40.800 |

Πηγή:Ιδία Επεξεργασία

*5.3.11. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας  
Π.Ε. Αργολίδας «Ελπίδα Ζωής»*

Στόχος του Κέντρου, είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ανθρώπων και η πρόληψη της εμφάνισης εξαρτητικών καθώς και επιζήμιων για τον εαυτό συμπεριφορών, καθώς και η πρόληψη της χρήσης ουσιών. Το Κέντρο «Ελπίδα Ζωής», συνεργάζεται με τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.Κ.Α.Ν.Α). Μπορούν να επισκεφτούν το Κέντρο:

- άνθρωποι που νοιώθουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον ειδικό
- άτομα που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
- οικογένειες ατόμων που έχουν εμπλοκή με εξαρτησιογόνες ουσίες
- γονείς που ανησυχούν για την επικοινωνία με τα παιδιά τους
- γονείς που προβληματίζονται για συμπεριφορές που εμφανίζουν τα έφηβα παιδιά τους
- άτομα που θέλουν να βελτιώσουν την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια τους
- άτομα που θέλουν να λύσουν συγκεκριμένες απορίες γύρω από το όλο ζήτημα

Ο στόχος είναι να λυθούν οι όποιες απορίες, να νιώσει ανακούφιση το άτομο που επισκέπτεται το Κέντρο, να λάβει στήριξη για τις όποιες αποφάσεις πάρει και η παραπομπή του σε καταλληλότερη δομή αν το αίτημα του δεν μπορεί να καλυφθεί από τις υπηρεσίες που παρέχει το Κέντρο. Τα ατομικά ραντεβού, πραγματοποιούνται σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο, για αυτό και τηρούνται όλοι οι κανόνες εχεμύθειας που διέπουν την δεοντολογία των κοινωνικών επιστημόνων.

Η ευρεία κοινότητα, μπορεί με την αλλαγή στάσης της απέναντι σε θέματα πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και προαγωγής της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων να παίξει σημαντικό ρόλο ως ενήλικας υποστηρικτής. Επίσης, μπορεί να αλλάξει ή να διαμορφωθεί η στάση της απέναντι σε θέματα εξαρτήσεων. Το Κέντρο πρόληψης παρεμβαίνει στην κοινότητα με στόχο:

- την προσέγγιση των κατοίκων
- την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση σε θέματα εξαρτήσεων
- την ανάδειξη του ρόλου του ενήλικα υποστηρικτή
- την ανάδειξη εναλλακτικών τρόπων ψυχαγωγίας και έκφρασης μέσα από τις δημιουργικές δραστηριότητες
- τη δημιουργία ενός δικτύου φορέων που λειτουργούν προληπτικά

Το Κέντρο Πρόληψης, ανάμεσα στις άλλες του δραστηριότητες παρεμβαίνει στην κοινότητα οργανώνοντας:

-Ημερίδες

- Εκδηλώσεις Αθλητικές και Πολιτιστικές (Αγώνες Ποδοσφαίρου, Αγώνες βόλεϊ, Αγώνες Κολύμβησης, Θεατρικές Παραστάσεις, Προβολή Κινηματογραφικών ταινιών)

- Ομάδες εθελοντών, για την ενίσχυση του έργου του Κέντρου

- Ομάδες Επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με χρήστες, τις οικογένειες τους ή νέους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο

- Παρεμβάσεις σε στρατευμένους και το προσωπικό στρατιωτικών μονάδων στα πλαίσια συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.

Το Κέντρο Ενημέρωσης Ευαισθητοποίησης Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αργολίδας «Ελπίδα Ζωής», προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, πραγματοποιεί ατομικές συναντήσεις, κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας και ορισμού συγκεκριμένου ραντεβού. Η Επιστημονική Ομάδα του Κέντρου αποτελείται από μια (1) Ψυχολόγο – Επιστημονικά Υπεύθυνη, τρεις (3) Κοινωνικούς Λειτουργούς και μια (1) Οικονομολόγο - Διοικητική Υποστήριξη

#### *5.3.12. Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης*

Στο Δήμο Άργους - Μυκηνών λειτουργεί Κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης, το οποίο στελεχώνεται από τρεις (3) ψυχολόγους και οι υπηρεσίες του προσφέρονται δωρεάν. Επίσης πραγματοποιούνται ατομικές και ομαδικές συνεδρίες στην αίθουσα του Παλαιού Δημαρχείου (Δαναού 3, 1<sup>ος</sup> όροφος) κατόπιν προγραμματισμού. Το κέντρο Συμβουλευτικής και Ψυχολογικής Υποστήριξης του Δήμου Άργους Μυκηνών παραμένει ανοικτό καθημερινά Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 9:00πμ έως και τις 15:00μμ.

#### *5.3.13. Χορήγηση Προνοιακών Επιδομάτων*

Σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, οι ΟΤΑ είναι υπεύθυνοι για την οικονομική διαχείριση των από την Κεντρική Διοίκηση διατιθεμένων πόρων, καθώς και την ένταξη στα προγράμματα προνοιακής επιδότησης των δικαιούχων επιδόματος αναπηρίας. Ο Δήμος Ναυπλιαίων έχει αναλάβει, ως μητροπολιτικός δήμος της Περιφερειακής Ενότητας Αργολίδας, τη χορήγηση προνοιακού επιδόματος που προβλέπεται, ανά κατηγορία αναπηρίας. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο μέσος όρος των δικαιούχων προνοιακών επιδομάτων της τελευταίας πενταετίας (2013-2017) ανά κατηγορία, καθώς και η ετήσια δαπάνη από την καταβολή αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3: Δικαιούχοι Προνοιακών Επιδομάτων

| ΚΩΔ. | ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ                       | 2013       |            | 2014       |            | 2015       |            |
|------|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|      |                                 | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ | ΠΛΗΡΩΜΕΣ   | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ | ΠΛΗΡΩΜΕΣ   | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ | ΠΛΗΡΩΜΕΣ   |
| 101  | ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ                      | 96         | 72.247,71  | 90         | 67.431,28  | 85         | 65.587     |
| 102  | ΚΩΦΑΛΛΑΛΩΝ                      | 11         | 7.964      | 11         | 7.964      | 10         | 7.240      |
| 103  | ΟΜΟΓΕΝΩΝ                        | 2          | 140,88     | 2          | 140,88     | 2          | 140,88     |
| 104  | ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ.-<br>ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ   | 1          | 1.542      | 2          | 2.621,40   | 3          | 4.626      |
| 105  | ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ.-<br>ΤΕΤΡΑΠΛ. ΔΗΜΟΣ | 9          | 12.336     | 8          | 11.565     | 9          | 12.336     |
| 106  | ΚΙΝΗΣΗΣ<br>ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ         | 74         | 24.420     | 65         | 21.010     | 67         | 24.141,84  |
| 107  | ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΒΑΡΙΑΣ<br>ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ    | 226        | 151.617,20 | 180        | 115.830,88 | 209        | 145.545    |
| 108  | ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΗΣΗΣ               | 51         | 58.514,57  | 48         | 53.641,04  | 49         | 51.698,70  |
| 109  | ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ<br>ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ        | 1          | 514        | 1          | 520,00     | 1          | 520        |
| 110  | ΑΙΜΑΤΟΛ.ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ               | 13         | 15.496     | 13         | 14.102     | 15         | 16.063,13  |
| 112  | ΑΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΩΝ<br>ΠΑΙΔΙΩΝ        | 106        | 9.751,90   | 19         | 1.672,76   | 1          | 88         |
|      | ΣΥΝΟΛΟ                          | 590        | 354.544,36 | 439        | 296.499,24 | 451        | 327.986,59 |

| ΚΩΔ. | ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ                      | 2016       |            | 2017       |            |
|------|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|
|      |                                | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ | ΠΛΗΡΩΜΕΣ   | ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ | ΠΛΗΡΩΜΕΣ   |
| 101  | ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ                     | 86         | 64.108,71  | 77         | 59.110,38  |
| 102  | ΚΩΦΑΛΛΑΛΩΝ                     | 10         | 7.240      | 12         | 8.808,67   |
| 103  | ΟΜΟΓΕΝΩΝ                       | 2          | 140,88     | 2          | 140,88     |
| 104  | ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ.-<br>ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ. | 3          | 4.626      | 4          | 5.286,8    |
| 105  | ΠΑΡΑΠΛ.-ΤΕΤΡΑΠΛ. ΔΗΜΟΣ         | 6          | 7.710      | 6          | 7.710      |
| 106  | ΚΙΝΗΣΗΣ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ           | 64         | 21.120     | 60         | 19.598     |
| 107  | ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΒΑΡΙΑΣ<br>ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ   | 232        | 145.431,23 | 227        | 143.135,28 |
| 108  | ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΣΤΕΡΗΣΗΣ              | 50         | 55.668,77  | 41         | 42.687     |
| 109  | ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ          | 1          | 520        | 1          | 520        |
| 110  | ΑΙΜΑΤΟΛ.ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ              | 14         | 15.496     | 15         | 16.890     |
| 112  | ΑΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ          |            |            |            |            |
|      | ΣΥΝΟΛΟ                         | 468        | 322.061,59 | 445        | 303.887,01 |

Πηγή :Ιδία επεξεργασία

#### 5.3.14. Γηροκομείο

Το Γηροκομείο Άργους λειτουργεί από το 1980 και ανήκει στο Χριστιανικό Φιλανθρωπικό Όμιλο «Η ΑΓΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ», ο οποίος ιδρύθηκε το 1963. Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και διοικείται από 9μελές Συμβούλιο, το οποίο εκλέγεται από τη Γενική Συνέλευση, με διετή θητεία. Εξυπηρετεί περίπου 60 ηλικιωμένους- πάσχοντες σε ετήσια βάση, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

### 5.3.15. Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.)

Το Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.) είναι ένα νέο προνοιακό πρόγραμμα (Φεβρουάριος 2017) που συνδυάζει:

1. Εισοδηματική ενίσχυση: το χρηματικό ποσό ενίσχυσης της ωφελούμενης μονάδας, όπως ορίζεται στο άρθρο 2 της παρούσης.

2. Συμπληρωματικές κοινωνικές υπηρεσίες, παροχές και αγαθά: διασύνδεση των μελών της ωφελούμενης μονάδας, εφόσον πληρούν τα κριτήρια ένταξης έκαστου προγράμματος, με:

- Δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφαλιστών.

- Παραπομπή και ένταξη σε δομές και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης.

- Ένταξη σε προγράμματα και κοινωνικές δομές για την αντιμετώπιση της φτώχειας.

- Ένταξη σε προγράμματα που υλοποιούνται στο πλαίσιο του Ταμείου Ευρωπαϊκής

Βοήθειας προς τους Απορους.

- Κοινωνικό τιμολόγιο παρόχων ηλεκτρικής ενέργειας.

- Κοινωνικό τιμολόγιο παρόχων ύδρευσης.

- Κοινωνικό τιμολόγιο Δήμων και Δημοτικών Επιχειρήσεων.

3. Υπηρεσίες ενεργοποίησης: προώθηση των δικαιούχων, εφόσον δύνανται να εργαστούν, σε δράσεις που στοχεύουν στην ένταξη ή επανένταξη τους στην αγορά εργασίας και μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων:

- Την κάλυψη προτεινόμενης θέσης εργασίας.

- Τη συμμετοχή σε προγράμματα κοινωφελούς εργασίας.

- Τη συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.

- Τη συμμετοχή σε προγράμματα απόκτησης επαγγελματικής εμπειρίας.

- Την ένταξη ή την επιστροφή στο εκπαιδευτικό σύστημα και στα σχολεία δεύτερης ευκαιρίας.

Κριτήρια ένταξης στο πρόγραμμα

Τα νοικοκυριά εντάσσονται στο πρόγραμμα, εφόσον πληρούν αθροιστικά τα ακόλουθα εισοδηματικά, περιουσιακά και κριτήρια διαμονής:

#### 1. Εισοδηματικά κριτήρια

Το δηλούμενο εισόδημα του νοικοκυριού, όπως υπολογίζεται για τους σκοπούς της ένταξης στο πρόγραμμα, τους έξι (6) τελευταίους μήνες πριν την υποβολή της αίτησης, δεν



μπορεί να υπερβαίνει το εξαπλάσιο του εγγυημένου ποσού για κάθε τύπο νοικοκυριού.

Παρατίθενται, ενδεικτικά, οι ακόλουθες περιπτώσεις:

| <b>Σύνθεση νοικοκυριού</b>   | <b>Εξαμηνιαίο εισόδημα</b> |
|--|----------------------------|
| Μονοπρόσωπο νοικοκυριό   | 1.200 ευρώ                 |
| Νοικοκυριό αποτελούμενο από δύο<br>ενήλικα μέλη ή μονογονεϊκή οικογένεια<br>με ένα ανήλικο μέλος | 1.800 ευρώ                 |

Για κάθε επιπλέον μέλος προστίθεται το εξαπλάσιο του αντίστοιχου εγγυημένου ποσού (100 ευρώ για κάθε ενήλικο και 50 ευρώ για κάθε ανήλικο μέλος). Το δηλούμενο εισόδημα δεν μπορεί να υπερβαίνει το ποσό των 5.400 ευρώ, ανεξαρτήτως του αριθμού των μελών του νοικοκυριού.

## 2. Περιουσιακά κριτήρια

α. Ακίνητη περιουσία: Η συνολική φορολογητέα αξία της ακίνητης περιουσίας του νοικοκυριού, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, δεν μπορεί να υπερβαίνει στο σύνολο της το ποσό των 90.000 ευρώ για το μονοπρόσωπο νοικοκυριό, προσαυξανόμενη κατά 15.000 ευρώ για κάθε πρόσθετο μέλος και έως 150.000 ευρώ.

### β. Κινητή περιουσία:

1. Η αντικειμενική δαπάνη των επιβατικών αυτοκινήτων Ιδιωτικής Χρήσης (Ι.Χ.), Μικτής Χρήσης (Μ.Χ.) ή και των δικύκλων του νοικοκυριού, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, δεν μπορεί να υπερβαίνει στο σύνολό της, το ποσό των 6.000 ευρώ.

2. Το συνολικό ύψος των καταθέσεων του νοικοκυριού σε όλα τα πιστωτικά ιδρύματα της χώρας ή του εξωτερικού, ή/και η τρέχουσα αξία μετοχών, ομολόγων κτλ, όπως προκύπτουν από τις ηλεκτρονικές διασταυρώσεις, δεν μπορεί να υπερβαίνει τα όρια του κατωτέρω πίνακα για κάθε τύπο νοικοκυριού, μέχρι και το ποσό των 14.400 ευρώ. Συγκεκριμένα:

| <b>Σύνθεση νοικοκυριού</b>  | <b>Όρια καταθέσεων/μετοχών, ομολόγων, κτλ</b> |
|---|---|
| 1) Μονοπρόσωπο νοικοκυριό   | 4800 ευρώ                                     |
| 2) Νοικοκυριό που αποτελείται<br>από δύο ενήλικες<br>ή μονογονεϊκό νοικοκυριό<br>με ένα ανήλικο μέλος | 7200 ευρώ                                     |
| 3) Νοικοκυριό που αποτελείται<br>από πέντε ενήλικες ή δύο ενήλικες                                    |   |

και έξι ανήλικα μέλη  
ή μονογονεϊκό νοικοκυριό  
με επτά ανήλικα μέλη

14400 ευρώ

Οι αιτήσεις επωφελούμενων ΚΕΑ ΔΗΜΟΥ ΑΡΓΟΥΣ - ΜΥΚΗΝΩΝ για το 2017 είναι πεντακόσιες (500) και αφορούν τόσο οικογένειες όσο και μονοπρόσωπα νοικοκυριά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

### 6.1 Περιορισμοί της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει τους ακόλουθους περιορισμούς:

1. Ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς: Οι συμμετέχοντες μερικές φορές μπορεί να παρερμηνεύσουν, ή να μην απαντήσουν με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην προσπάθεια προστασίας της ιδιωτικότητάς τους ή τις προσπάθειάς τους να δώσουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Η χρήση της κλίμακας Likert, μπορεί επίσης να δυσκόλεψε κάποιους συμμετέχοντες που απαντούσαν για πρώτη φορά σε ερωτηματολόγιο.

2. Έγινε προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, παρά ταύτα το μέγεθος του ερωτηματολογίου είναι πιθανό να δημιούργησε κόπωση σε κάποιους συμμετέχοντες.

### 6.2 Διαδικασία δειγματοληψίας

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling). Είναι η απλούστερη όλων των μεθόδων και κάθε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί ως μέρος του δείγματος. Το σύνολο του δείγματος ήταν 100 άτομα (N=100), δημότες του Δήμου Άργους-Μυκηνών.

### 6.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν αυτοπροσώπως από την ερευνήτρια, σε διάφορους δημότες του Δήμου Άργους Μυκηνών.

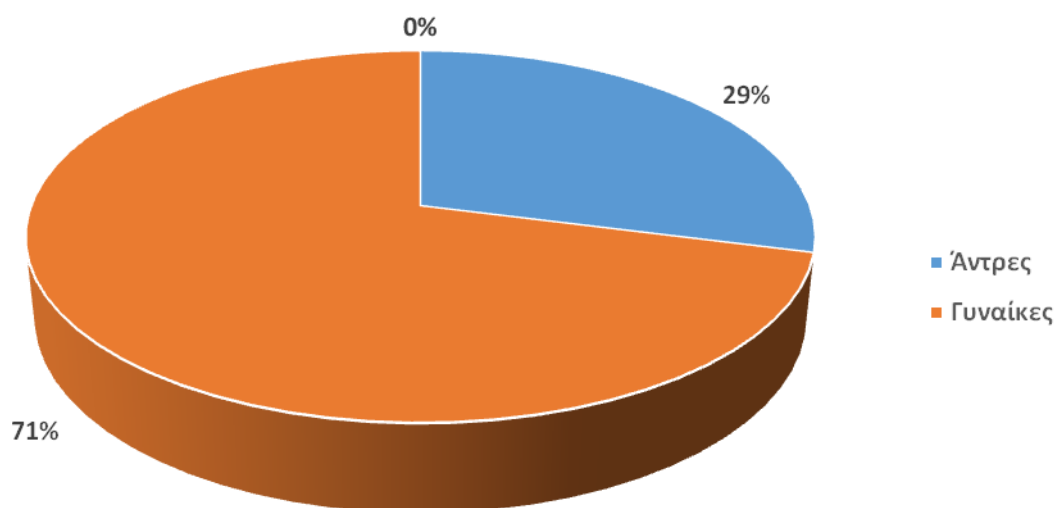
#### 6.4. Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Τα δημογραφικά στοιχεία αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και οι μέσες τιμές χρησιμοποιήθηκαν για να περιγράψουν ποσοτικές μεταβλητές. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό λογισμικό SPSS 22.

#### 6.5 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία του δείγματος, παρουσιάζονται στα κυκλικά διαγράμματα που ακολουθούν.

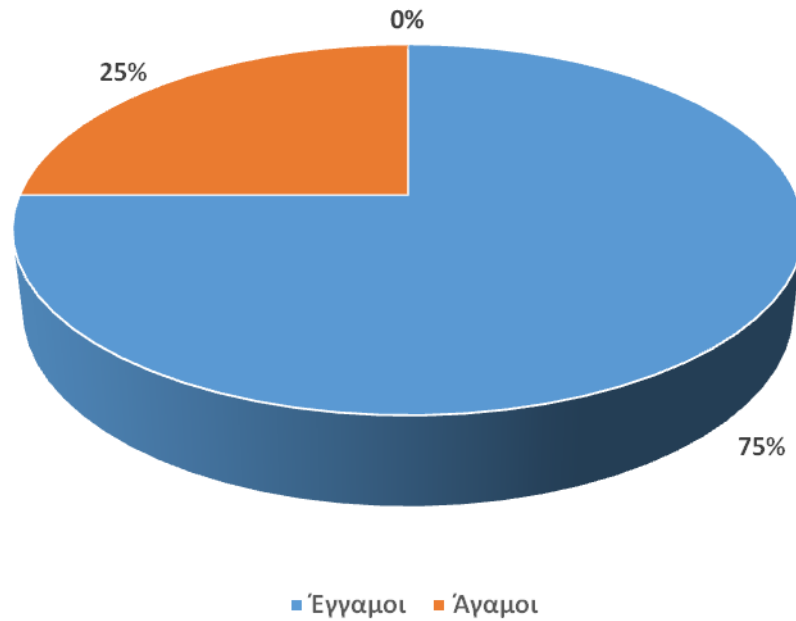
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.1: Φύλο του δείγματος



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Το συνολικό μέγεθος του δείγματος ήταν 100 άτομα. Από αυτά τα 29 ήταν άντρες και τα 71 άτομα ήταν γυναίκες.

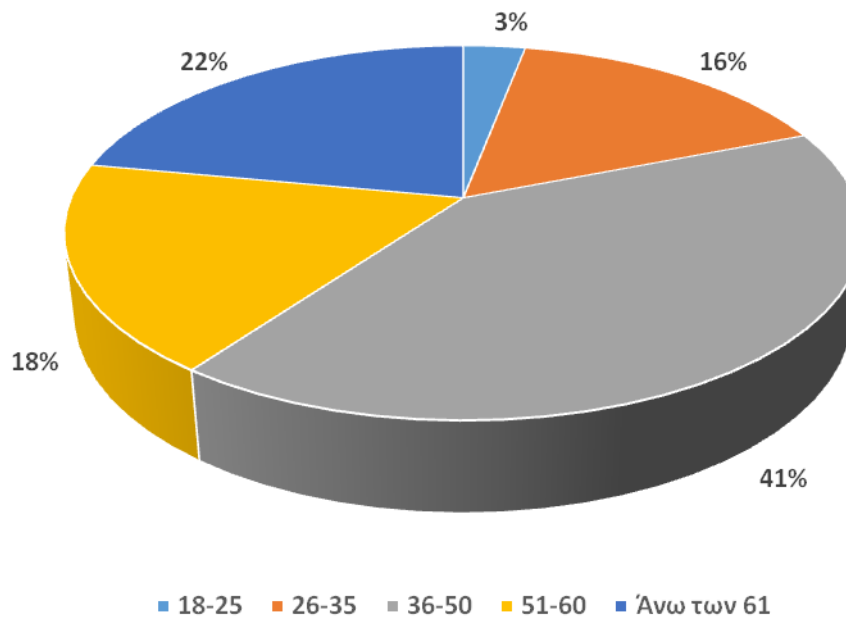
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.2: Οικογενειακή κατάσταση



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

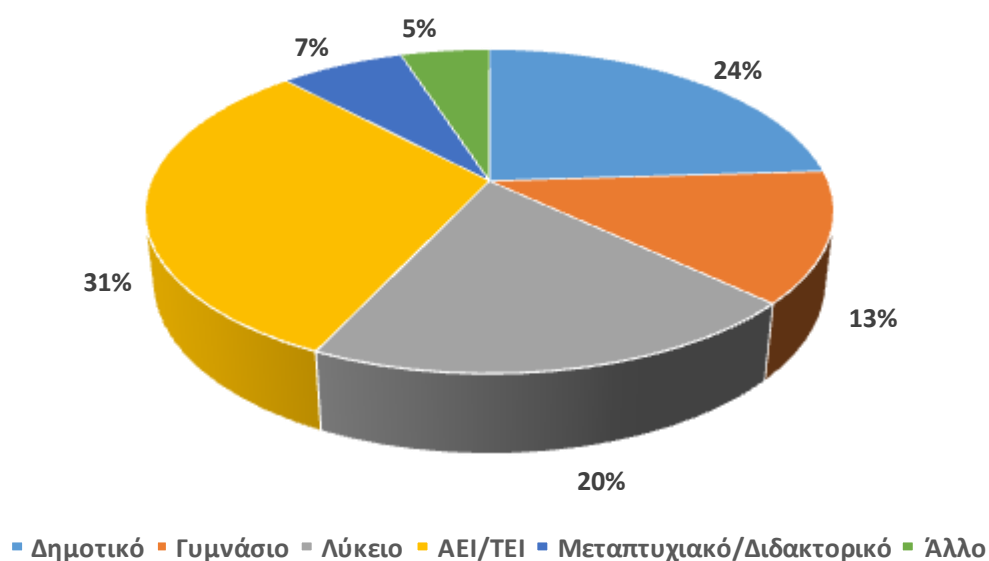
Στο κυκλικό διάγραμμα 6.5.2, βλέπουμε πως το 75% του δείγματος ήταν έγγαμοι και το 25% ήταν άγαμοι.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.3: Ηλικία



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

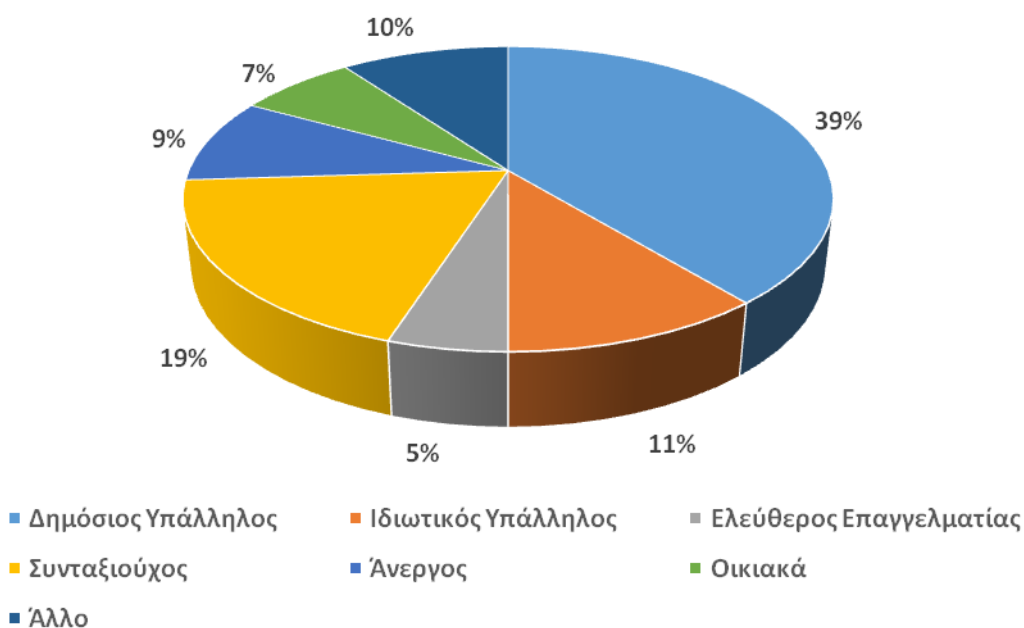
Το 41% του δείγματος είναι ηλικίας 36-50 ετών, περίπου το 40% είναι άνω των 51 ετών και το υπόλοιπο 20% είναι κάτω των 35 ετών. ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.4: *Μορφωτικό επίπεδο*



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Το ¼ του δείγματος είναι απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ περίπου το 60% από το σύνολο του δείγματος, έχει φοιτήσει μέχρι τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το 31% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και το 7% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος.

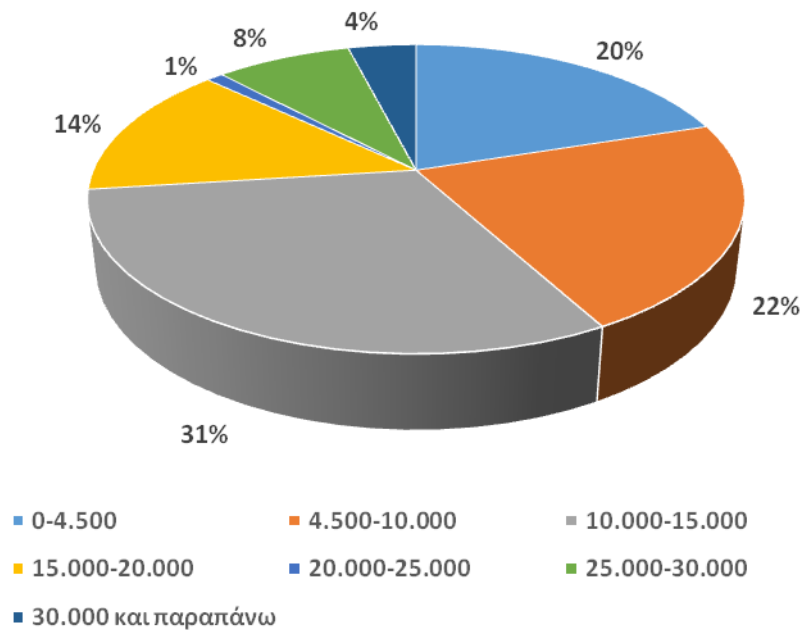
ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.5: *Επάγγελμα*



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 40% του δείγματος είναι δημόσιοι υπάλληλοι και το 19% είναι συνταξιούχοι. Το 9% του δείγματος είναι άνεργοι, το 7% ασχολείται με τα οικιακά και μόλις το 5% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5.6: Εισόδημα



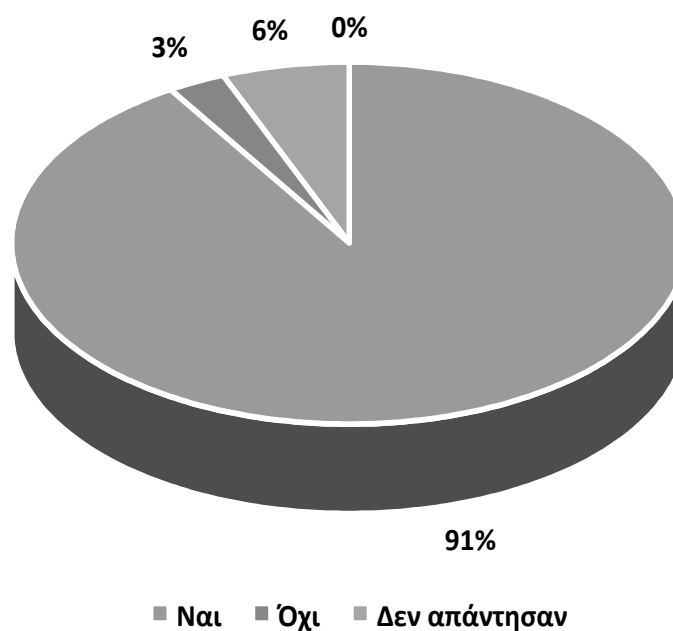
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Ένα σημαντικό ποσοστό, το οποίο αποτελεί το 1/5 του δείγματος έχει πολύ χαμηλό εισόδημα, που αντιστοιχεί στα όρια της φτώχειας (0-4.500 ευρώ). Περίπου το 1/4 του δείγματος έχει εισόδημα από 4.500-10.000 ευρώ και το 31% έχει εισόδημα από 10-15.000 ευρώ. Περίπου το 15% έχει εισόδημα από 15.000-20.000 ευρώ, ενώ μόλις το 1% έχει εισόδημα από 30.000 ευρώ και πάνω.

## 6.6. Αποτελέσματα έρευνας

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας για την κοινωνική πολιτική του Δήμου Άργους Μυκηνών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.6.1: Γνώση για τις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Στην ερώτηση για το εάν γνωρίζουν ποιές είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου Αργους-Μυκηνών, σχεδόν το σύνολο του δείγματος (91%) απάντησε ότι τις γνωρίζει, ενώ μόλις το 3% απάντησε πως δεν τις γνωρίζει.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν επίσης εάν γνωρίζουν ποιές κοινωνικές υπηρεσίες και παροχές παρέχονται από το Δήμο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.6.2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6.2: Γνώση για τις κοινωνικές υπηρεσίες και παροχές του Δήμου

| Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμου Αργους-Μυκηνών         | Γνωρίζω | Δε γνωρίζω | Δεν απάντησε |
|---|---------|------------|--------------|
| Κ.Α.Π.Η Αργους Μυκηνών                            | 95      | 5          | -            |
| Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»                     | 95      | 5          | -            |
| Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α)            | 73      | 27         | -            |
| Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π) | 84      | 16         | -            |
| Παιδικοί Σταθμοί                                  | 94      | 6          | -            |
| Κοινωνικό Φροντιστήριο                            | 51      | 48         | 1            |
| Κοινωνικό Παντοπωλείο                             | 95      | 5          | -            |
| Κοινωνικό Ιατρείο                                 | 62      | 38         | -            |
| Κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής      | 28      | 72         | -            |

|  |    |    |   |
|--|----|----|---|
| ψυχοκοινωνικής υγείας Π.Ε.Αργολίδας «Ελπίδα ζωής»  |    |    |   |
| Κέντρο Συμβουλευτικής & Ψυχολογικής Υποστήριξης  | 53 | 47 | - |
| Γηροκομείο   | 82 | 18 | - |
| Δωρεάν Ασφάλιση όλων των μαθητών των σχολείων του Δήμου  | 63 | 37 | - |
| Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής υλικής συνδρομής από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους άπορους(ΤΕΒΑ) | 29 | 71 | - |
| Πρόγραμμα Σίτισης  | 81 | 19 | - |
| Χορήγηση Προνοιακών Επιδομάτων   | 63 | 36 | 1 |

Πηγή:Ιδία επεξεργασία

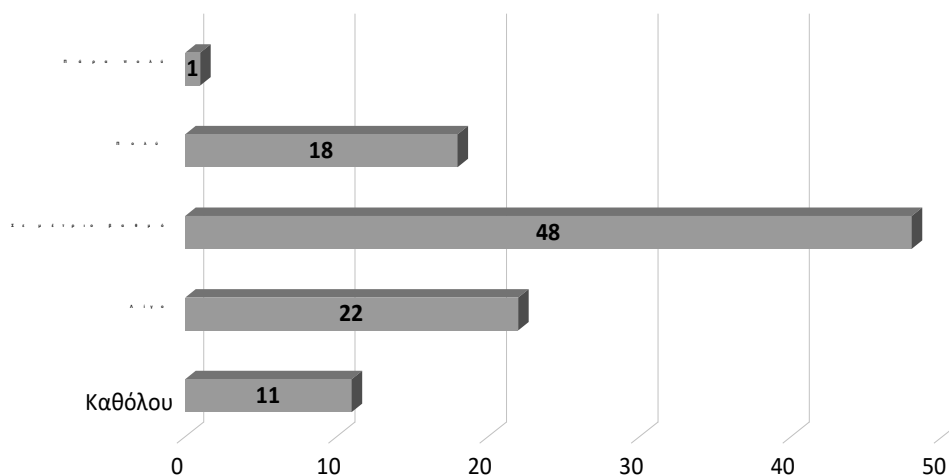
Σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων, γνωρίζει για το Κ.Α.Π.Η Άργους Μυκηνών, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τους Παιδικούς Σταθμούς, το Κοινωνικό Παντοπωλείο και το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π). Περίπου οκτώ στους δέκα ερωτώμενους γνώριζαν για το Γηροκομείο και το Πρόγραμμα Σίτισης. Οι έξι στους δέκα γνώριζαν για την χορήγηση προνοιακών επιδομάτων, για τη δωρεάν ασφάλιση όλων των μαθητών των σχολείων του Δήμου και το Κοινωνικό Ιατρείο. Μόνο ένας στους δύο γνώριζε για το Κοινωνικό Φροντιστήριο και το Κέντρο Συμβουλευτικής & Ψυχολογικής Υποστήριξης. Τέλος, περίπου μόνο οι τρεις στους δέκα ερωτώμενους γνώριζαν για το Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής υλικής συνδρομής από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους άπορους(ΤΕΒΑ) καθώς και για το Κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας Π.Ε.Αργολίδας «Ελπίδα ζωής».

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-1-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν θεωρούν επαρκές το ύψος των δαπανών για την κοινωνική πολιτική στο Δήμο.



### ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-1-: Επάρκεια δαπανών κοινωνικής πολιτικής

**Ερώτηση** Θεωρείτε επαρκές το ύψος των δαπανών για την



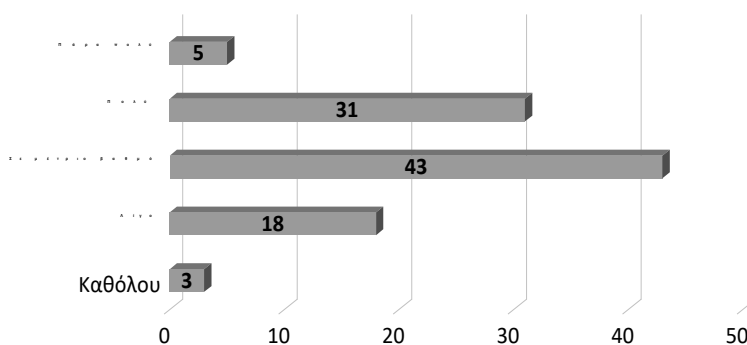
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων θεωρεί λίγο ή ανεπαρκές το ύψος των δαπανών για την κοινωνική πολιτική. Το 50% περίπου θεωρεί πως είναι επαρκές, ενώ περίπου το 20% το θεωρεί πολύ επαρκές.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-2-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν θεωρούν επαρκή την ποιότητα των παρεχομένων από το Δήμο υπηρεσιών και το βαθμό ανταπόκρισής τους στις ανάγκες των πολιτών.

### ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-2-: Ποιότητα κοινωνικών υπηρεσιών

**Ερώτηση** Θεωρείτε επαρκή την ποιότητα των παρεχόμενων από το Δήμο



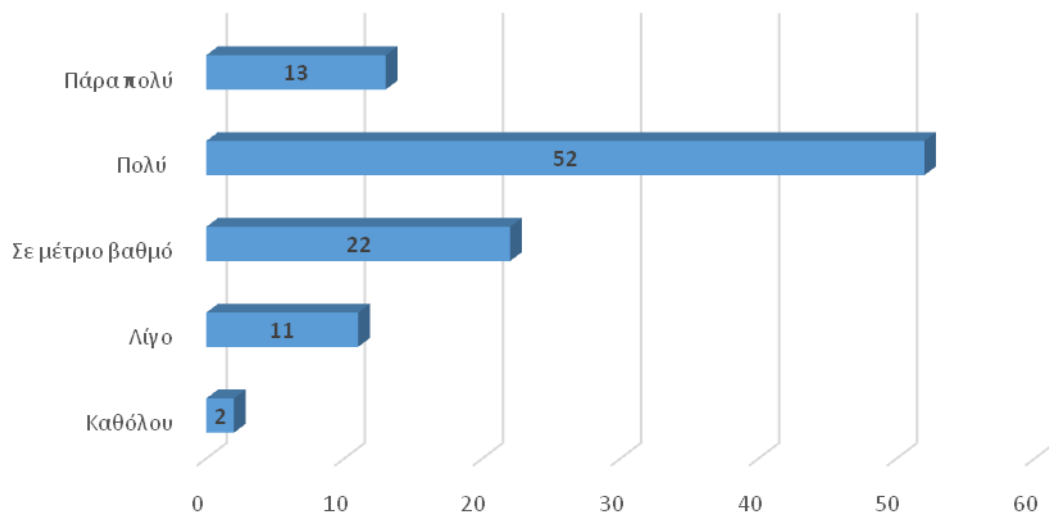
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων θεωρεί πολύ έως πολύ καλή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το βαθμό ανταπόκρισής τους στις ανάγκες των πολιτών και περίπου το 40% θεωρεί πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μέτρια.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-3-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν οι κοινωνικές υπηρεσίες βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των δημοτών της πόλης.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-3-: Κάλυψη κοινωνικών ομάδων

**Ερώτηση 3:** Θεωρείτε πως μέσω αυτών των κοινωνικών υπηρεσιών βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των δημοτών της πόλης;



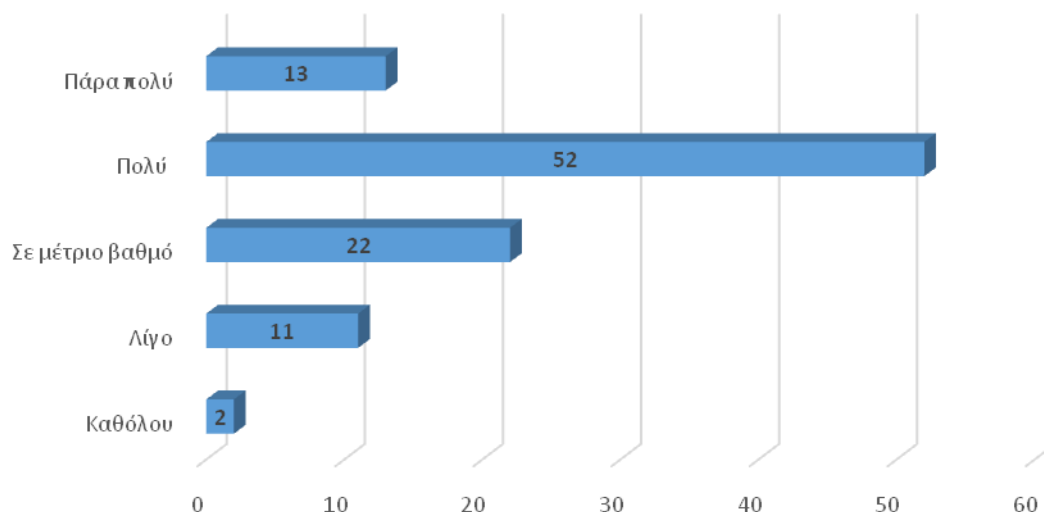
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 50% των ερωτηθέντων θεωρεί πως οι κοινωνικές υπηρεσίες βελτιώνουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των δημοτών της πόλης, το 13% σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ περίπου το 15% θεωρεί πως τη βελτιώνει σε μικρό βαθμό ή καθόλου.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-4-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση για το εάν ο δήμος εγγυάται ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης για όλους τους δημότες.

#### ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-4-: Ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης

**Ερώτηση 4:** Θεωρείτε πως ο Δήμος εγγυάται ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης για όλους τους δημότες;



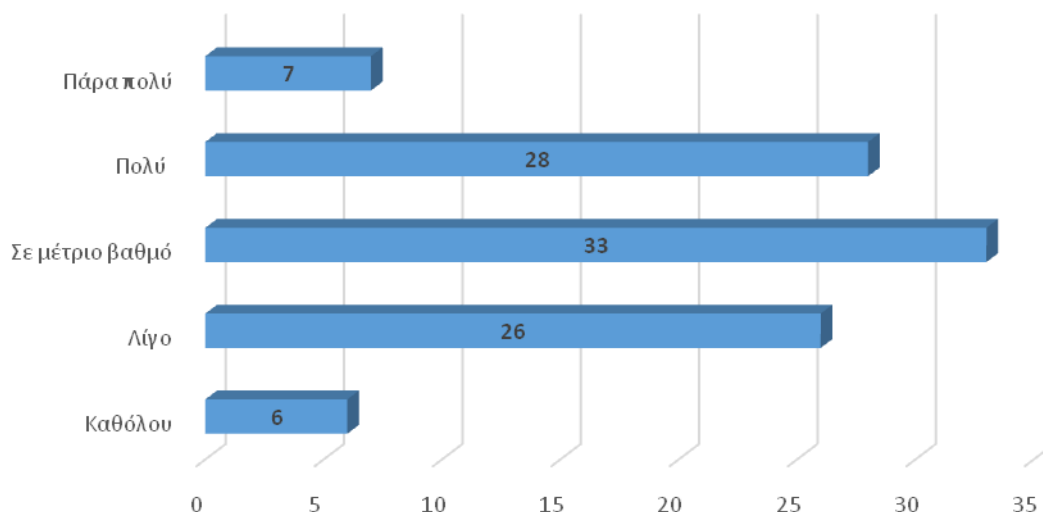
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 65% των ερωτηθέντων θεωρεί πως ο Δήμος εγγυάται σε μεγάλο βαθμό ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης για όλους τους δημότες. Το 22% θεωρεί πως ο Δήμος το κάνει σε μέτριο βαθμό, ενώ μόλις το 2% θεωρεί πως ο Δήμος δεν εγγυάται ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-5-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση για το εάν οι παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες του Δήμου με το ίδιο ενδιαφέρον.

### ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-5-: Κάλυψη όλων των κοινωνικών ομάδων

**Ερώτηση 5:** Θεωρείτε πως οι παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες του Δήμου με το ίδιο ενδιαφέρον;



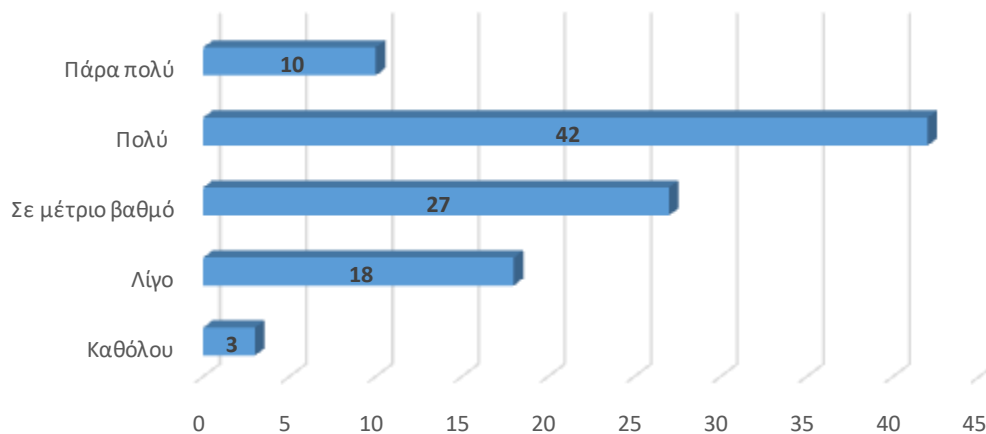
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Οι απόψεις των ερωτηθέντων για την ισότιμη κάλυψη των κοινωνικών ομάδων από τις κοινωνικές υπηρεσίες είναι μοιρασμένες. Το 35% των ερωτηθέντων θεωρεί πως οι παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες με το ίδιο ενδιαφέρον σε μεγάλο βαθμό, το 33% σε μέτριο βαθμό, ενώ το 32% θεωρεί πως δεν υπάρχει ισότιμη κάλυψη όλων των κοινωνικών ομάδων.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-6-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν είναι εύκολη η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-6: Προσβασιμότητα στις κοινωνικές υπηρεσίες

**Ερώτηση 6:** Θεωρείτε πως είναι εύκολη η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες;



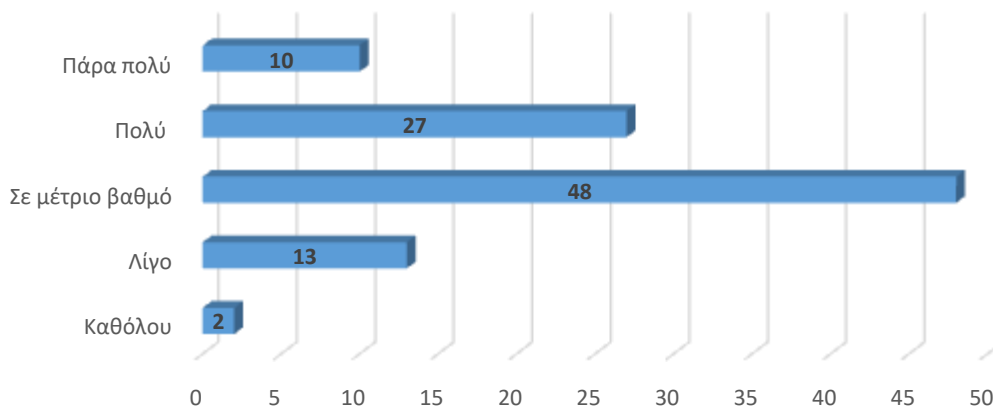
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Λίγο περισσότερο από το 50% των ερωτηθέντων θεωρεί πως είναι πολύ έως πάρα πολύ εύκολη η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, ενώ μόλις το 20% περίπου θεωρεί πως είναι είναι λίγο έως καθόλου εύκολη.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-7-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν οι δημότες μπορούν να κάνουν με ευκολία χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-7-: Ευκολία χρήσης κοινωνικών υπηρεσιών

**Ερώτηση 7:** Θεωρείτε πως οι δημότες μπορούν να κάνουν με ευκολία χρήση των υπηρεσιών;



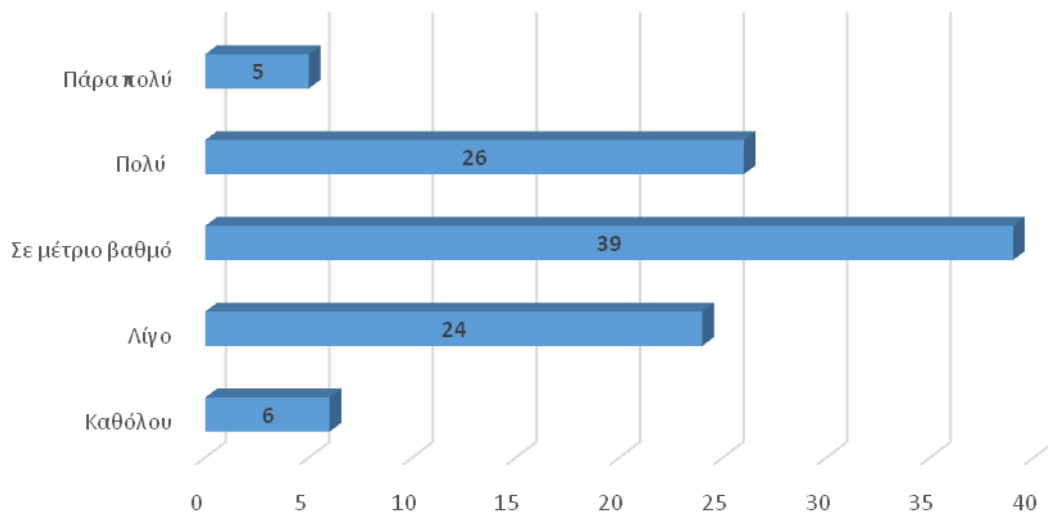
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 50% των ερωτηθέντων θεωρεί πως οι δημότες μπορούν σε μέτριο βαθμό να κάνουν χρήση των υπηρεσιών, ενώ περίπου το 40% θεωρεί πως μπορεί πολύ έως πάρα πολύ εύκολα να κάνει χρήση των υπηρεσιών.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-8-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν οι δημότες έχουν πληροφόρηση για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες του Δήμου.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-8-: Πληροφόρηση για τις κοινωνικές υπηρεσίες

**Ερώτηση 8:** Έχουν πληροφόρηση οι δημότες για τα προγράμματα και τις υπηρεσίες του Δήμου;



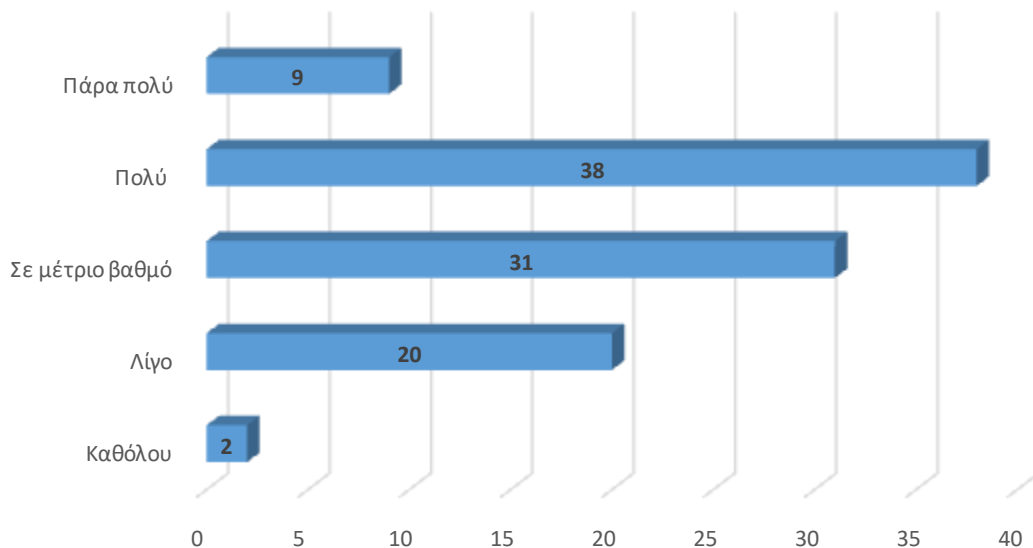
Πηγή:Ιδία επεξεργασία

Το 39% των ερωτηθέντων θεωρεί πως οι δημότες έχουν σε μέτριο βαθμό πληροφόρηση για τα προγράμματα και τις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, ενώ περίπου το 30% θεωρεί πως έχει λίγη ή καθόλου πληροφόρηση. Το υπόλοιπο 30% των ερωτηθέντων, θεωρεί πως υπάρχει πολύ ή πάρα πολύ καλή πληροφόρηση για τα προγράμματα και τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-9-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν ο Δήμος προβάλλει τις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες του.

### ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-9-: Προβολή κοινωνικών υπηρεσιών

**Ερώτηση 9:** Προβάλλει ο Δήμος τις υπάρχουσες κοινωνικές του υπηρεσίες;



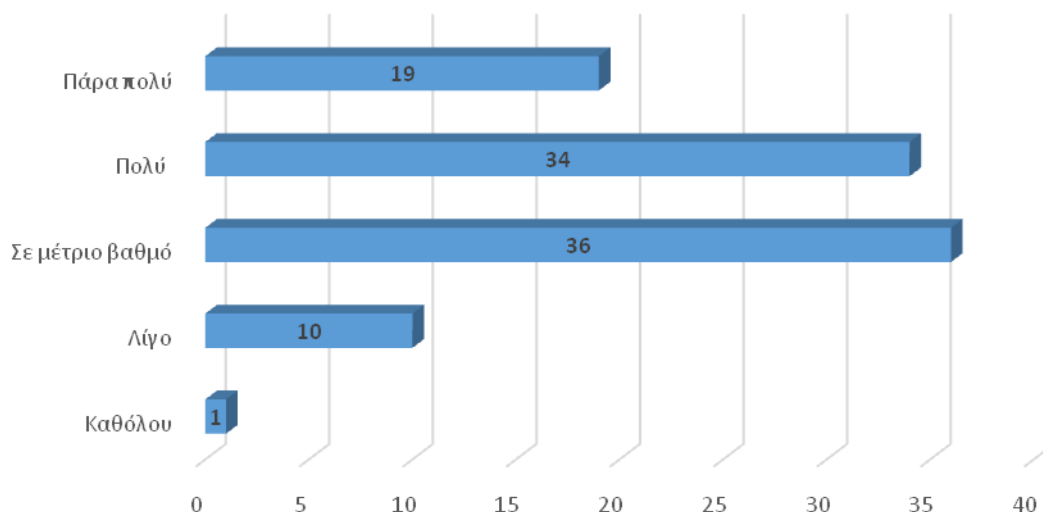
Πηγή:Ιδία επεξεργασία

Περίπου το 50% των ερωτηθέντων θεωρεί πως ο Δήμος προβάλλει πολύ έως πάρα πολύ τις κοινωνικές του υπηρεσίες. Το 31% θεωρεί πως το κάνει σε μέτριο βαθμό, το 20% λίγο και μόλις το 2% καθόλου.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-10-, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν ο Δήμος αντιμετωπίζει σοβαρά τα κοινωνικά προβλήματα για την περιοχή του.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-10-: Αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων

**Ερώτηση 10:** Θεωρείτε πως ο Δήμος αντιμετωπίζει σοβαρά τα κοινωνικά προβλήματα για την περιοχή του;



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

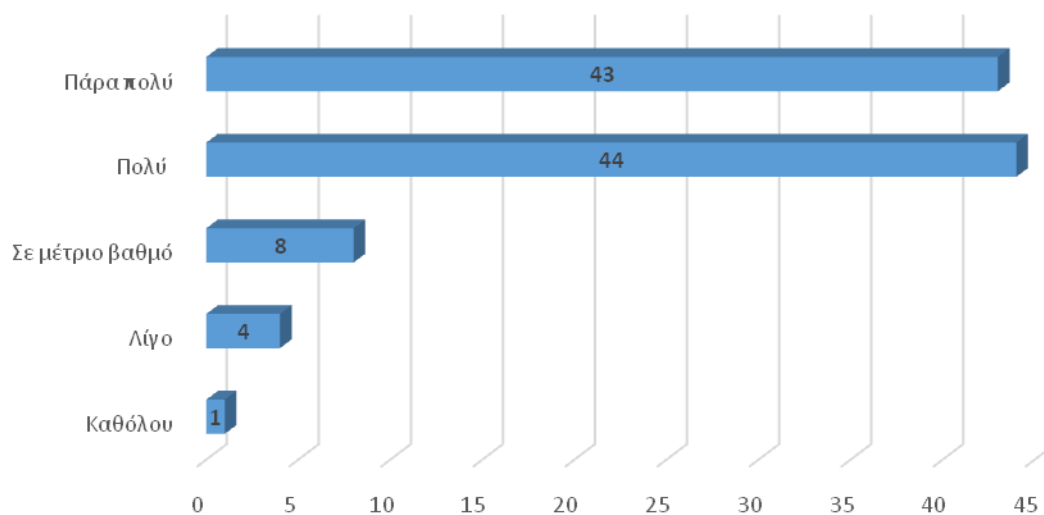
Περίπου το 20% των ερωτηθέντων θεωρεί πως ο Δήμος αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά τα κοινωνικά προβλήματα στην περιοχή του και το 34% πολύ σοβαρά. Το 36%, θεωρεί πως το κάνει σε μέτριο βαθμό, ενώ μόλις το 11% θεωρεί πως τα αντιμετωπίζει λίγο έως καθόλου σοβαρά.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-11, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν πρέπει να ενισχυθούν οι κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου.



ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-11: Ενίσχυση κοινωνικών και προνοιακών υπηρεσιών

**Ερώτηση 11:** Θεωρείτε πως πρέπει να ενισχυθούν οι κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου;



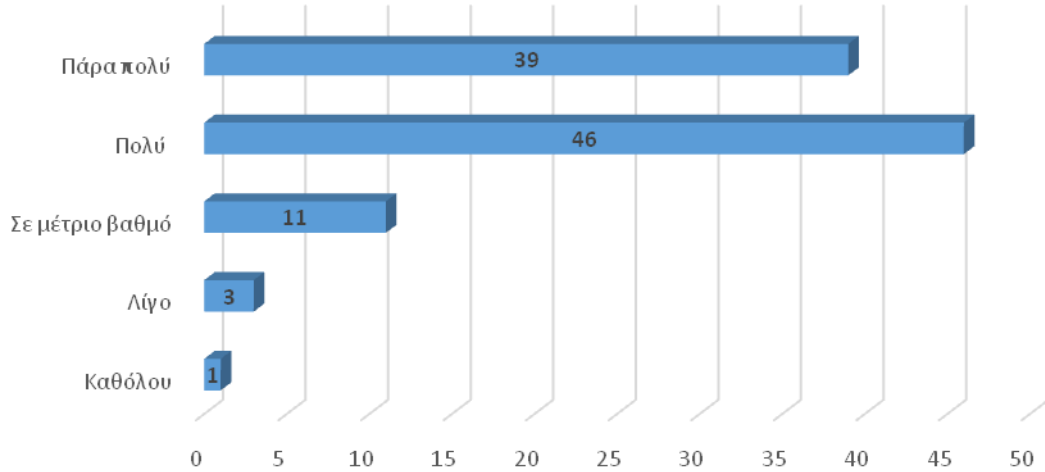
Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87%) θεωρεί πως πρέπει να ενισχυθούν οι κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου ενώ μόλις το 1% θεωρεί πως δεν πρέπει να ενισχυθούν.

Στο ραβδόγραμμα 6.6.3-12, παρουσιάζονται οι απαντήσεις στην ερώτηση εάν πρέπει να σχεδιαστούν και να τεθούν και σε εφαρμογή κι άλλα προγράμματα κοινωνικής και εργασιακής ενσωμάτωσης ευάλωτων ομάδων.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.3-12: Σχεδιασμός προγραμμάτων για ευάλωτες ομάδες

**Ερώτηση 12:** Θεωρείτε πως πρέπει να σχεδιαστούν και να τεθούν σε εφαρμογή και άλλα προγράμματα κοινωνικής και εργασιακής ενσωμάτωσης ευάλωτων ομάδων;



Πηγή: Ιδία επεξεργασία

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (85%), θεωρεί πολύ έως πάρα πολύ σημαντική τη δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων και προγραμμάτων εργασιακής ενσωμάτωσης για τις ευάλωτες ομάδες.

Στον πίνακα 6.6.4, παρουσιάζεται η άποψη των δημοτών για την ποιότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών και παροχών του Δήμου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6.4: Ποιότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών και παροχών

| Παροχές και υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας       | Πολύ κακή | Κακή | Μέτρια | Καλή | Πολύ καλή |
|---|-----------|------|--------|------|-----------|
| Κ.Α.Π.Η Άργους Μυκηνών                            | -         | -    | 17     | 52   | 31        |
| Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»                     | 3         | 3    | 18     | 45   | 31        |
| Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α)            | 1         | 9    | 37     | 29   | 24        |
| Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π) | 1         | 3    | 26     | 40   | 30        |
| Παιδικό Σταθμοί                                   | 1         | 3    | 15     | 40   | 40        |
| Κοινωνικό Φροντιστήριο                            | 1         | 4    | 31     | 46   | 18        |
| Κοινωνικό Παντοπωλείο                             | -         | 3    | 36     | 43   | 18        |
| Κοινωνικό Ιατρείο                                 | 3         | 8    | 35     | 33   | 21        |
| Κέντρο Πρόληψης των                               | 2         | 5    | 36     | 39   | 18        |

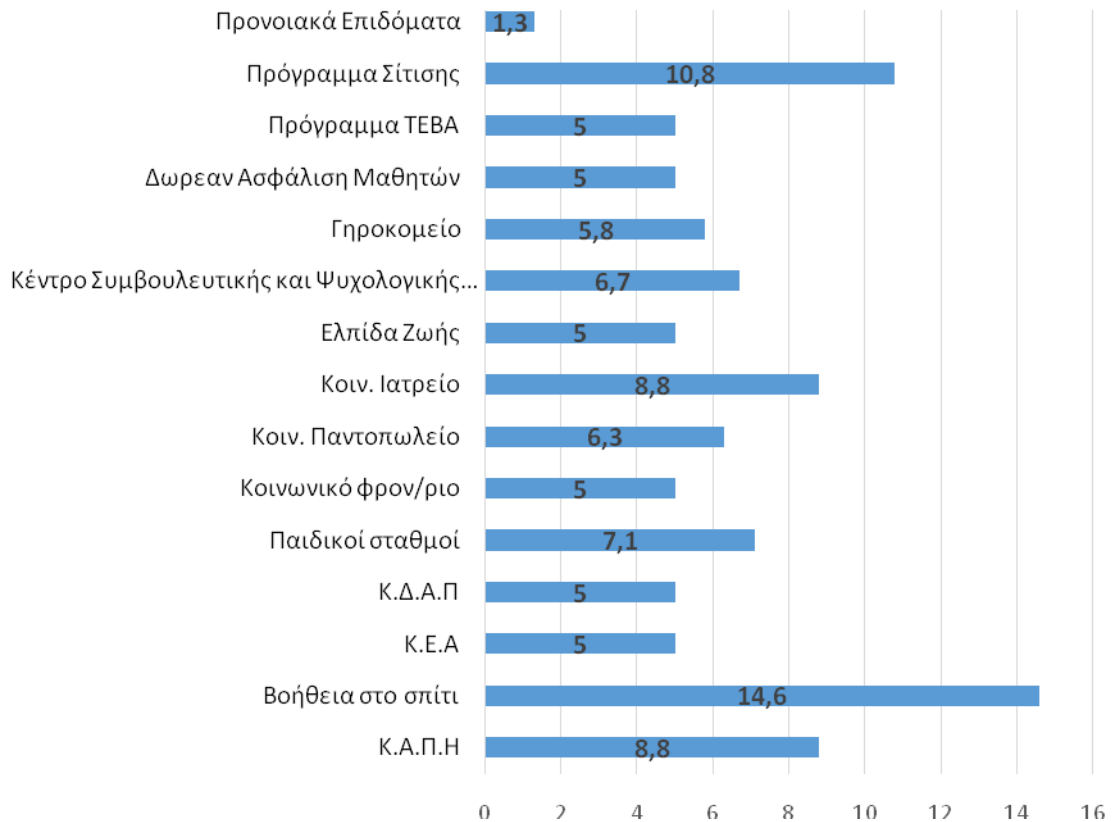
|  |   |    |    |    |    |
|--|---|----|----|----|----|
| εξαρτήσεων και προαγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας Π.Ε.Αργολίδας «Ελπίδα ζωής»                                     |   |    |    |    |    |
| Κέντρο Συμβουλευτικής & Ψυχολογικής Υποστήριξης  | 2 | 10 | 34 | 37 | 17 |
| Γηροκομείο   | 1 | 6  | 35 | 42 | 16 |
| Δωρεάν Ασφάλιση όλων των μαθητών των σχολείων του Δήμου  | 2 | 4  | 23 | 31 | 40 |
| Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής υλικής συνδρομής από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους άπορους(ΤΕΒΑ) | 6 | 8  | 38 | 36 | 12 |
| Πρόγραμμα Σίτισης  | - | 1  | 36 | 44 | 19 |
| Χορήγηση Προνοιακών Επιδομάτων   | 1 | 4  | 32 | 46 | 17 |

Πηγή:Ιδία επεξεργασία

Από τον πίνακα 6.6.4, βλέπουμε πως η ποιότητα υπηρεσιών για το σύνολο των προγραμμάτων και των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου, βαθμολογούνται ως καλή έως πολύ καλή , με καλύτερο το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων, θεωρούν ως μέτρια την ποιότητα των υπηρεσιών για το Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α), το Κοινωνικό Ιατρείο, το Κοινωνικό Παντοπωλείο, το Κοινωνικό Φροντιστήριο, το Κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας Π.Ε.Αργολίδας «Ελπίδα ζωής», το Κέντρο Συμβουλευτικής & Ψυχολογικής Υποστήριξης, το Γηροκομείο, Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής υλικής συνδρομής από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους άπορους(ΤΕΒΑ), το Πρόγραμμα Σίτισης και το πρόγραμμα χορήγησης προνοιακών επιδομάτων

Στο ραβδόγραμμα 6.6.5, παρουσιάζονται οι απαντήσεις για το ποιό πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας θεωρούν πιο σημαντικό και για ποιό λόγο.

ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑ 6.6.5: Σημαντικότητα κοινωνικών υπηρεσιών



Πηγή:Ιδία επεξεργασία

Η σημαντικότερη κοινωνική υπηρεσία του Δήμου θεωρείται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» με ποσοστό 14,6%. Ακολουθεί το πρόγραμμα σίτισης, το Κοινωνικό Ιατρείο, τα Κ.Α.Π.Η και οι παιδικοί σταθμοί. Τα προνοιακά επιδόματα, από όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες, δε θεωρούνται αρκετά σημαντικά. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», θεωρείται σημαντικό επειδή καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων, τους παρέχει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους.

Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν επίσης για το τι θα ήθελαν να βελτιωθεί ή να αναπτυχθεί στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου. Τα πιο συχνά θέματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ήταν η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αύξηση της χρηματοδότησης, η βελτίωση του ωραρίου, η ίδρυση βρεφονηπιακών σταθμών, η διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες, η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού και η κατάρτισή του και τέλος η διαφήμιση των κοινωνικών υπηρεσιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα, διερευνήθηκε η άποψη των δημοτών του Δήμου Άργους-Μυκηνών, για τις κοινωνικές υπηρεσίες και τα προγράμματα κοινωνικών παροχών του Δήμου. Οι δημότες φαίνεται να γνωρίζουν όλες τις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες, με εξαίρεση το Κοινωνικό Φροντιστήριο, το Κέντρο Συμβουλευτικής & Ψυχολογικής Υποστήριξης, το Πρόγραμμα Επισιτιστικής και Βασικής υλικής συνδρομής από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους άπορους (ΤΕΒΑ), καθώς και το Κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας Π.Ε.Αργολίδας «Ελπίδα ζωής». Τα προγράμματα αυτά, απευθύνονται κατά κύριο λόγο σε ομάδες, οι οποίες είναι στα όρια του κοινωνικού αποκλεισμού, δηλαδή είτε σε άπορους, είτε σε άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες.

Το ύψος των δαπανών για τις κοινωνικές υπηρεσίες θεωρείται αρκετά επαρκές, ενώ και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο βαθμός ανταπόκρισής τους στις ανάγκες των πολιτών, θεωρείται ικανοποιητικός. Η πλειοψηφία των δημοτών, θεωρεί πως οι κοινωνικές υπηρεσίες βελτιώνουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των δημοτών της πόλης, ενώ πιστεύουν πως ο Δήμος εγγυάται σε μεγάλο βαθμό, ένα ελάχιστο αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης για όλους τους δημότες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, θεωρούνται εύκολα προσβάσιμες, ενώ και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θεωρείται από τους Δημότες αρκετά καλή για το σύνολο των κοινωνικών υπηρεσιών και των προγραμμάτων. Η σημαντικότερη κοινωνική υπηρεσία του Δήμου, θεωρείται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο είναι από τις πρώτα προγράμματα κοινωνικών υπηρεσιών που δημιουργήθηκαν πανελλαδικά και είναι πιθανότερο οι δημότες να έχουν μεγαλύτερη πληροφόρηση γι' αυτό.

Η πλειοψηφία των δημοτών, θεωρεί πως δεν υπάρχει ισότιμη κάλυψη όλων των κοινωνικών ομάδων και δεν μπορούν να κάνουν όλοι χρήση των υπηρεσιών αυτών. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που αναδείχτηκε, είναι πως δεν υπάρχει πληροφόρηση για τα προγράμματα και τις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των δημοτών, θεωρεί πως πρέπει να ενισχυθούν οι κοινωνικές και προνοιακές υπηρεσίες του Δήμου, με την ταυτόχρονη δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων και προγραμμάτων εργασιακής ενσωμάτωσης για τις ευάλωτες ομάδες. Ανάμεσα στις προτάσεις των δημοτών για τη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και γενικότερα των κοινωνικών υπηρεσιών του δήμου, ήταν η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αύξηση της χρηματοδότησης, η βελτίωση του ωραρίου, η ίδρυση βρεφονηπιακών σταθμών, η διευκόλυνση της πρόσβασης

στις υπηρεσίες, η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού και η κατάρτισή του και τέλος η προβολή των κοινωνικών υπηρεσιών.

Σε προηγούμενες μελέτες<sup>7</sup>, έχει φανεί πως ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο συντονισμός των πολιτικών κοινωνικής προστασίας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, παρουσιάζει προβλήματα που αφορούν την έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ομάδων που βρίσκονται στον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και στην απουσία ολοκληρωμένων δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, γεγονός που φάνηκε και στην παρούσα έρευνα. Οι ομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται στον κίνδυνο του αποκλεισμού, περιορίζονται είτε στην περιστασιακή λήψη επιδομάτων, είτε λαμβάνουν υπηρεσίες σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο να στιγματιστούν. Υπάρχουν επίσης οργανωτικά προβλήματα και προβλήματα χρηματοδότησης σε τοπικό επίπεδο, καθώς και ελλείψεις στην αποτελεσματική κάλυψη της ζήτησης για υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, υψηλής ποιότητας, που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Πέρα από τα προβλήματα που υπάρχουν στο σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των κοινωνικών υπηρεσιών, υπάρχει ένα έλλειμμα διακυβέρνησης και δικτύωσης<sup>8</sup>. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει ανομοιογένεια στην άσκηση των κοινωνικών πολιτικών, χωρίς να καλύπτονται όλες οι κοινωνικές ομάδες, να υπάρχουν κενά στην παροχή των υπηρεσιών και να μην υπάρχει στρατηγικός σχεδιασμός που θα βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Η αποσπασματική χρηματοδότηση, δημιουργεί επίσης προβλήματα στη λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ δεν υπάρχει και κανένα σύστημα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο θα μπορούσε να βελτιώσει τόσο την ποιότητα των παροχών, όσο και το σχεδιασμό τους.

Θα πρέπει αρχικά να εφαρμοστούν περισσότερα ενεργητικά προγράμματα προστασίας των κοινωνικά αδύνατων ομάδων και να παρέχεται άμεση περίθαλψη ή οικονομική ενίσχυση σε άτομα που έχουν άμεση ανάγκη. Είναι επιτακτική και η ανάγκη δημιουργίας ενός μηχανισμού ελέγχου και εποπτείας, που θα αξιολογεί τις υφιστάμενες υπηρεσίες και θα καθοδηγεί το σχεδιασμό των κοινωνικών πολιτικών σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Η εξασφάλιση εναλλακτικών μορφών χρηματοδότησης, είναι απαραίτητη

<sup>7</sup> Κοντιάδης, Ξ., & Απίστουλας, Δ. (2006). Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση, εκδ. Παπαζήση.

<sup>8</sup> Κοντιάδης Ξ., & Τσέκος, Θ. (2008). Οι νέες λειτουργίες των ΟΤΑ στον Σχεδιασμό και την εφαρμογή δράσεων κοινωνικής πολιτικής, σε Κοντιάδης, Ξενοφών Τσέκος. Θεόδωρος Η αναδιάρθρωση της κοινωνικής διοίκησης σε τοπικό επίπεδο. Παπαζήσης, σ.σ. 15-34 & Κοντιάδης Ξ., & Τσέκος, Θ. (2008 β), Προτάσεις πολιτικής: Ζητήματα σχεδιασμού και οργάνωσης των κοινωνικών δράσεων της αυτοδιοίκησης, σε Κοντιάδης, Ξενοφών Τσέκος. Θεόδωρος Η αναδιάρθρωση της κοινωνικής διοίκησης σε τοπικό επίπεδο, Παπαζήσης, σ.σ. 199-250

για την απρόσκοπτη παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών, ενώ κρίνεται απαραίτητη και η συνεργασία ανάμεσα στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου, τους τοπικούς φορείς, τις κρατικές υπηρεσίες και τους αποδέκτες των κοινωνικών υπηρεσιών.

Συνοπτικά, τα σημεία κλειδιά της παρούσας έρευνας για το Δήμο Άργους-Μυκηνών είναι:

- Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θεωρείται καλή και οι δημότες γνωρίζουν τις περισσότερες κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα, χωρίς ωστόσο να έχουν επαρκή πληροφόρηση γι' αυτά.
- Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν καλύπτουν όλες τις κοινωνικές ομάδες και πρέπει να επεκταθούν, ενώ κρίνεται απαραίτητη και η επέκταση των προγραμμάτων για τις κοινωνικά ευπαθείς ή στα όρια του κοινωνικού αποκλεισμού ομάδες.
- Η πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να βελτιωθεί, ενώ θα πρέπει να υπάρξει και οργανωσιακός εκσυγχρονισμός.

Στα πλαίσια αυτά, ο Δήμος Άργους-Μυκηνών θα πρέπει να προχωρήσει στον κατάλληλο στρατηγικό σχεδιασμό, μέσω της αξιολόγησης και της παρακολούθησης των υφιστάμενων προγραμμάτων, ώστε να παρέχονται υπηρεσίες υψηλής ποιότητας που θα καλύπτουν το σύνολο του πληθυσμού.

## Βιβλιογραφία

- Abrahamson, P. (2002). *The Scandinavian Model of Welfare Comparing social welfare systems in Nordic Europe and France* . Διαθέσιμο στο: [file:///C:/Users/AGO/Downloads/60b7d51516c0093cc6%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AGO/Downloads/60b7d51516c0093cc6%20(1).pdf)
- Adascalitei, D. (2012). Welfare State Development in Central and Eastern Europe: A State of the Art Literature Review . *Studies of Transition States and Societies*, 4(2).
- Aiginger, K., & Leoni , T. (2009). *Typologies of Social Models in Europe* . Διαθέσιμο στο: [http://www.socialpolitik.ovgu.de/sozialpolitik\\_media/papers/Aiginger\\_Karl\\_uid563\\_p id502.pdf](http://www.socialpolitik.ovgu.de/sozialpolitik_media/papers/Aiginger_Karl_uid563_p id502.pdf)
- Bohle, D., & Greskovits, B. (2007). Neoliberalism, embedded neoliberalism and neocorporatism: Towards transnational capitalism in Central-Eastern Europe. *West European Politics* , 30(3), 443-466.
- Buhigas Schubert, C., & Martens, H. (2005). The Nordic Model : A Recipe for European Success? *EPC Working Paper No.20*. Διαθέσιμο στο: [http://www.epc.eu/pub\\_details.php?pub\\_id=56&cat\\_id=1](http://www.epc.eu/pub_details.php?pub_id=56&cat_id=1)
- Casalegno, L. (2006, February). *On Some Aspects of the European Social Model(s)*. Διαθέσιμο στο: <http://www.federalistdebate.org/index.php/component/k2/item/385-on-some-aspects-of-the-europeansocial-models> Committee on the rights of person with disabilitie. (n.d.).
- CHALMERS, D. and LODGE, M. (2003), *The Open Method of Co-ordination and the European Welfare State*, ESRC Centre for Analysis of Risk and Regulation Discussion Papers 11, London School of Economics, London, June.
- EUROPEAN COMMISSION (2001a), *European Governance: A White Paper*, COM (2001) 428, 25 July.
- Ferrera, M. (2001), "*The European Social Model between 'Hard' Constraints and 'Soft' Co-ordination*", unpublished paper presented to the "Social Models and EMU: Convergence? Co-existence? The Role of Economic and Social Actors" Economic and Social Committee, Brussels
- Holm, S., Liss, P.-E., & Norheim, O. F. (1999). Access to health care in the Scandinavian countries: ethical aspects. *Health Care Analysis*, 321-330.



- Jakubowski, E. (1998). *Health Care Systems in the EU: A Comparative Study*. Διαθέσιμο στο: [http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)
- Kluzer, S., Redecker, C., & Centeno, C. (2010). *Long-term Care Challenges in an Ageing Society: The Role of ICT and Migrants: Results from a study in England, Germany, Italy, and Spain*. Luxembourg: Publications of the Office of the European..
- Norden. (2013). *Focus on the Nordic Welfare Model*. Διαθέσιμο στο: <http://www.norden.org/en/about-nordic-co-operation/areas-of-co-operation/the-nordicwelfare-model/about-the-nordic-welfare-model>
- OFFE, C. (2003), "The European Model of 'Social' Capitalism: Can It Survive European Integration?" *Journal of Political Philosophy*, Vol.11, No.4.
- OKMA, K. and BERGHMAN, J. (2003), "The Method of Open Co-ordination: Open Procedures or Closed Circuit? Social Policy Making between Science and Politics", *European Journal*.
- Popova , Y., & Kozhevnikova, M. (2013). Interdependence of HDI and budget redistribution within the Scandinavian and Continental Social Models. 18(3), 562-575.
- Ramaker, J. (2007, December 20). Dutch pension provisions highest in Europe. Διαθέσιμο στο: <http://www.cbs.nl/enGB/menu/themas/arbeid-social-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2348-wm.htm>
- RODRIGUES, M. J. (2001), "The Open Method of Coordination as a New Governance Tool", *Journal Europa Europe (Fondazione Istituto Gramsci, Rome)*, No.2-3.
- Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Rotaru, M.-P. (2009, May 30). Central and eastern european social model. Διαθέσιμο στο: <http://mpira.ub.unimuenchen.de/17930/>
- Sanandaji, N. (2012). The surprising ingredients of Swedish success – free markets and social cohesion - *IEA Discussion Paper No. 41* . Διαθέσιμο στο: <http://www.iea.org.uk/sites/default/files/publications/files/Sweden%20Paper.pdf>
- Sapir, A. (2006). Globalization and the Reform of European Social Models. *Journal of Common Market Studies*, 44(2), 369-390.

- Sen Am. (1979), *Collective choice and social welfare*, Amsterdam: Elsevier.
- Sengoku, M. (2003). *Emerging Eastern European Welfare States: A Variant of the “European” Welfare Model?* Διαθέσιμο στο: [http://srch.slav.hokudai.ac.jp/coe21/publish/no2\\_ses/3-2\\_Sengoku.pdf](http://srch.slav.hokudai.ac.jp/coe21/publish/no2_ses/3-2_Sengoku.pdf)
- SYRPIS, P. (2002), *Legitimising European Governance: Taking Subsidiarity Seriously within the Open Method of Coordination*, Department of Law Working Papers 2002/10, European University Institute, Florence.
- Thompson, Simon & Paul Hoggett (1996). Universalism, selectivism and particularism. Towards a postmodern social policy. *Critical Social Policy* 46(16), 21-43
- Titmuss R., (1974), *Social Policy, an introduction*, Pantheon Books.
- Αργεΐτης, Γ. (2012). *Χρεοκοπία και οικονομική κρίση, αποτυχία και κατάρρευση του ελληνικού μοντέλου καπιταλισμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Βενιέρης, Δ. (2015). *Κοινωνική πολιτική έννοιες και σχέσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Δαφέρμος Γ. και Παπαθεοδώρου Χ. (2013). *Η συμβολή του συστήματος κοινωνικής προστασίας στην οικονομική μεγέθυνση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες / 26.
- Δαφέρμος, Γ. και Παπαθεοδώρου Χ. (2011). *Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια*. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ, Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs) / 1 (<http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/policy-brief1.pdf>).
- Δημουλάς, Κ. και Οικονόμου Χ. (2012). *Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους Πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ
- Αλεξίου, Θ.(1999). *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*. Εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 1999, σ. 78
- Καρβούνης, Α. (2004). *Εισαγωγή στην οργάνωση και λειτουργία του κράτους*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκης
- Κοντιάδης, Ξ., & Απίστουλας, Δ.(2006). *Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση*, εκδ. Παπαζήση.

Ματσαγγάνης, Μ. (2013). *Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς. Οικονομική κρίση, δημοσιονομική λιτότητα και κοινωνική προστασία*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Ν.3463/2006 «Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων» (ΦΕΚ 114/Α/2006).

Ρομπόλης Σ. και Χλέτσος Μ. (1995). *Η κοινωνική πολιτική μετά το κράτος πρόνοιας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρατηρητής.

Ρομπόλης, Σ. (2013). *Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επίκεντρο.

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999). *Η Μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους, τόμος Α*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.