



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»**

**“Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ  
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΑΤΥΠΟ ΦΟΡΕΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ”**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΚΟΖΩΡΗ**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Πετρόπουλος Σωτήρης**

**Αθήνα, Νοέμβριος 2022**

## Περίληψη

Βασικό αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της κρίσης της προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα και η ιδιαίτερη σχέση που παρουσιάζει η πολιτική αυτή με την οικογένεια, η οποία λειτουργεί σαν ένας άτυπος φορέας φροντίδας. Για την κάλυψη του θέματος, πραγματοποιείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση με συγκέντρωση των σημαντικότερων στοιχείων για τα μοντέλα και τις πολιτικές που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΕ. Στο πλαίσιο αυτό, εισαγωγικά ορίζεται η έννοια του κράτους πρόνοιας και οι προνοιακές πολιτικές που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Γίνεται μια συγκριτική αξιολόγηση ανάμεσα στα εφαρμοζόμενα μοντέλα και παρουσιάζονται οι κοινωνικές πολιτικές και οι δαπάνες στον τομέα της υγείας και πρόνοιας. Ακολούθως, στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται μια παρουσίαση των άτυπων φορέων κοινωνικής φροντίδας ενώ στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο σκιαγραφείται το πως η κρίση του κράτους πρόνοιας έχει επηρεάσει το θεσμό της οικογένειας και την προνοιακή πολιτική στην Ελλάδα.

Συμπερασματικά, προκύπτει ότι κατά διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, οι πολιτικές για το κράτος πρόνοιας αντιμετώπισαν τις δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας σαν ένα δημοσιονομικό φορτίο. Η έννοια του κοινωνικού κράτους Ελλάδα κατά τη διάρκεια του διαστήματος 2009 έως 2017 συρρικνώθηκε. Σε σύγκριση με δεδομένα των χωρών της Ε.Ε., η Ελλάδα υπολείπεται σε μεγάλο βαθμό σε δαπάνες για την κοινωνική προστασία.

**Λέξεις-κλειδιά: Ελλάδα, Ανάγκες Φροντίδας, Οικονομική Κρίση, Πρόνοια**

## **Abstract**

The main object of investigation of this work is the study of the crisis of the welfare policy in Greece and the special relationship that this policy presents with the family, which functions as an informal care provider. To cover the topic, a bibliographic review is carried out gathering the most important data on the models and policies applied in Greece and in the EU countries.

In this context, the concept of the welfare state and the welfare policies applied in Greece and in the rest of the EU countries are introduced. A comparative evaluation is made between the applied models and the social policies and expenditures in the health and welfare sector are presented. Subsequently, in the second chapter of the paper there is a presentation of informal social care agencies, while in the third and last chapter it is outlined how the crisis of the welfare state has affected the institution of the family and the welfare policy in Greece.

In conclusion, it appears that over the last decade, welfare state policies have treated social protection spending as a fiscal burden. The concept of the welfare state Greece during the period 2009 to 2017 shrank. Compared to data from the EU countries, Greece falls far behind in spending on social protection.

**Keywords: Greece, Care Needs, Economic Crisis, Welfare**

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	2
Abstract .....	3
Περιεχόμενα Πινάκων.....	6
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων .....	6
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1ο: Κράτος πρόνοιας και προνοιακές πολιτικές της Ελλάδας και των χωρών της Ε.Ε. ....	9
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση του θεσμού του κράτους πρόνοιας .....	9
1.2. Κοινωνικό κράτος και κράτος πρόνοιας .....	10
1.3. Τυπολογίες και μοντέλα του κράτους πρόνοιας.....	12
1.4. Εφαρμοζόμενο μοντέλο κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.....	14
1.5. Κοινωνικές πολιτικές και δαπάνες στην Ελλάδα και στις χώρες της Ε.Ε. ....	16
1.5.1. Δαπάνες κοινωνικής προστασίας .....	17
1.5.2. Κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας ανά λειτουργία .....	19
1.5.3. Κατανομή των δαπανών υγείας.....	20
1.6. Ανακεφαλαίωση .....	23
Κεφάλαιο 2ο: Άτυποι φορείς κοινωνικής φροντίδας.....	25
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση .....	25
2.2. Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό κράτος, την αγορά και την οικογένεια ως άτυπο φορέα κοινωνικής προστασίας.....	26
2.3. Η οικογένεια ως θεσμός παροχής άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα.....	26
2.4. Η παραγωγή κοινωνικής ευημερίας μέσα από τον θεσμό της οικογένειας.....	29
2.5. Ανακεφαλαίωση .....	30
Κεφάλαιο 3ο: Η κρίση του κράτους πρόνοιας και ο θεσμός της οικογένειας.....	31
3.1. Η κρίση της προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα .....	31
3.2. Η φροντίδα που παρέχει η οικογένεια σαν άτυπος φορέας φροντίδας .....	33

3.3. Η κρίση του κράτους πρόνοιας και πως επηρέασε την παροχή φροντίδα από την οικογένεια.....	34
3.4. Ανακεφαλαίωση .....	37
Συμπεράσματα.....	38
Βιβλιογραφία.....	41

## **Περιεχόμενα Πινάκων**

Πίνακας 1: Τυπολογίες κοινωνικών κρατών.....	12
Πίνακας 2: Κοινωνικές δαπάνες ανά λειτουργία .....	20
Πίνακας 3: Δαπάνες υγείας ανά χώρα Ε.Ε (2012-2017).....	22
Πίνακας 4: Κατανομή κονδυλίων κυβέρνησης κρατών της Ε.Ε. (2018).....	23

## **Περιεχόμενα Διαγραμμάτων**

Διάγραμμα 1: Δαπάνες κοινωνικής προστασίας.....	18
Διάγραμμα 2: Κατά κεφαλήν δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας σε χώρες της Ε.Ε. ....	19

## Εισαγωγή

Η κοινωνική πολιτική και η πολιτική του κράτους πρόνοιας είναι μια βασική λειτουργία του κράτους. Η κοινωνική προστασία το 19ο αιώνα και ύστερα σημείωσε μια πολύ μεγάλη ανάπτυξη και κατάφερε να επικρατήσει στις περισσότερες χώρες στον αναπτυγμένο κόσμο. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα, τα οποία παρουσιάζουν πολλές διαφορές αλλά και κάποιες ομοιότητες. Κοινό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών, είναι η δόμηση ενός συνολικού δίκτυο προστασίας για την κοινωνία.

Η οικογένεια είναι ένα κοινωνικά αποδεκτά μόρφωμα σχέσεων μεταξύ ατόμων που συνδέονται μέσω συγγενικών δεσμών. Ο θεσμός αυτός, διαχρονικά εξυπηρετεί την κοινωνία με πολλούς τρόπους. Ο θεσμός της οικογένειας, μέσα στα έτη μεταβλήθηκε ως προς τις αξίες και τις σταθερές. Τα πρότυπα συμπεριφοράς και τα ιδεώδη του, αναδιαμορφώθηκαν έχοντας σαν τελικό στόχο να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες της κάθε εποχής.

Για συνολικά πάνω από 100 έτη, αφότου συστάθηκε το ελληνικό κράτος η οικονομία της οικογένειας ήταν αγροτική. Από τη δεκαετία του '60 και ύστερα, παρατηρείται μια μεγάλη μεταβολή της οικονομίας και μια τάση ανάπτυξης της βιομηχανικής οικονομίας. Η Ελλάδα, δεν στάθηκε παρόλα αυτά στη βιομηχανική ελληνική οικονομία για πολύ καιρό, ενώ ως επί το πλείστον χαρακτηρίστηκε σαν οικονομία υπηρεσιών. Το επίπεδο της εκβιομηχάνισης στην Ελλάδα, ήταν χαμηλό έχοντας αυτό σαν συνέπεια η μετάβαση από το αγροτικό πρότυπο, στο μετά – νεωτερικό μοντέλο, να προκαλεί προβλήματα διαμορφώνοντας με αυτό τον τρόπο την ανάγκη για ένα προ επαναπροσδιορισμό των αξιών του θεσμού της οικογένειας.

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής αποδίδεται κι ένας ορισμός της κρίσης, η οποία συνοδεύει το θεσμό της οικογένειας. Η κρίση ήταν στοιχείο εκσυγχρονισμού, και αντίστοιχα η οικογένεια αποτελεί ένα κοινωνικό σύστημα το οποίο εξελίσσεται συνεχώς. Ωστόσο χαρακτηριστικό της κρίσης είναι ότι αποτελεί κάτι που δε λειτουργεί πια και δεν έχει αντικατασταθεί μέχρι σήμερα. Οπότε το κενό αυτό μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ασαφειών και ερωτηματικών.

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την πανδημία του Covid - 19 και την ύφεση της οικονομίας, η χώρα αντιμετωπίζει τις πιέσεις αυτές παράλληλα με τη δημογραφική γήρανση που οδηγεί σε αύξηση των χρόνιων παθήσεων και άλλων σημαντικών

περιορισμών. Η κρίση του κράτους πρόνοιας επιβάρυνε σε μεγάλο βαθμό το θεσμό της οικογένειας, ο οποίος διαχρονικά λειτουργούσε σαν ένας άτυπος θεσμός κοινωνικής φροντίδας. Οι προκλήσεις που δημιουργούνται από τα προηγούμενα, αυξάνουν τις ανάγκες για κοινωνική προστασία και έτσι η χρηματοδότηση που απαιτείται για την ανάκαμψη της κοινωνίας, θα πρέπει να είναι υψηλή. Στο πλαίσιο αυτό, η αναγκαιότητα του σχεδιασμού και εφαρμογής μιας ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής είναι επιτακτική. Η πολιτική αυτή θα πρέπει να διευρύνει τις υφιστάμενες παροχές και να βελτιώσει την ποιότητα τους, αναπτύσσοντας μέτρα για τη διασφάλιση ενός επαρκούς βιοτικού επιπέδου για τις ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας. Στα πλαίσια αυτά, για την παρούσα εργασία θα πρέπει να απαντηθεί το ακόλουθο ερευνητικό ερώτημα:

«Κατά πόσο μία κρίση μπορεί να επιδράσει στο μοντέλο κοινωνικής συμπεριφοράς και στην εφαρμογή των πολιτικών του κράτους πρόνοιας και κατά πόσο η οικογένεια εξακολουθεί μέχρι σήμερα να υφίσταται σαν ένας άτυπος μηχανισμός κοινωνικής πολιτικής»;



## **Κεφάλαιο 1ο: Κράτος πρόνοιας και προνοιακές πολιτικές της Ελλάδας και των χωρών της Ε.Ε.**

### **1.1. Εννοιολογική προσέγγιση του θεσμού του κράτους πρόνοιας**

Σαν μια έννοια, η έννοια του κράτους πρόνοιας εξαπλώθηκε στην Ευρώπη ιδίως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Παρατηρήθηκε, ότι η άνθηση του κράτους πρόνοιας, έγινε παράλληλα με την μεγάλη οικονομική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Κοντιάδη, (2008) το κράτος πρόνοιας καταδεικνύει την επέκταση της λειτουργίας του κράτους στις καπιταλιστικές κοινωνίες έχοντας σαν στόχο την κάλυψη των αναγκών των πολιτών τους αλλά και την μείωση του φαινομένου της κοινωνικής ανισότητας.

Όπως αναφέρουν σχετικά οι Δίκαιος και Χλέτσος, (1999) η έννοια του κράτους πρόνοιας, αφορά στο εθνικό, αστικό κράτος το οποίο έχει σαν βασικό χαρακτηριστικό του τη διευρυμένη κοινωνική πολιτική, την προστασία της κοινωνίας αλλά και την ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Το κράτος πρόνοιας στην ουσία αποτελεί ένα ορισμένο τρόπο βάσει του οποίου οργανώνεται το κοινωνικό κράτος κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου.

Το κράτος πρόνοιας όπως αναφέρει ο Staeheli, (2001), είναι υπεύθυνο για να καλύπτει τις ανάγκες της κοινωνίας στους τομείς της υγείας, της απασχόλησης, της παιδείας, της παροχής κατοικίας αλλά και γενικότερα αναλαμβάνει την κοινωνική φροντίδα των ενεργών και μη ενεργών πολιτών. Η δημιουργία του κράτους πρόνοιας ήταν μια συνέπεια συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν. Στο πλαίσιο αυτό, το κράτος πρόνοιας θα πρέπει να παρέχει την κοινωνική επένδυση, την αναδιανεμητική λειτουργία και τέλος την αποταμιευτική λειτουργία. Όσον αφορά στην αποταμιευτική λειτουργία, αυτή αφορά στην ασφάλιση των μελών της κοινωνίας, προστατεύοντας τα από τις αντιξοότητες του περιβάλλοντος (Μιχαήλου, 2014). Για τη διανεμητική λειτουργία, αυτή αφορά την παροχή ενός τμήματος του εισοδήματος των εύπορων ομάδων της κοινωνίας, σε άλλους πολίτες οι οποίοι έχουν μειωμένα εισοδήματα. Τέλος, όπως αναφέρεται από τους Niblett et.al, (2015) η κοινωνική επένδυση συνιστά την επένδυση στις υπηρεσίες φροντίδας για το πεδίο της κρατικής εκπαίδευσης, τη δια βίου μάθηση κ.ά.

Το κράτος πρόνοιας ουσιαστικά αφορά το τύπο του κράτους το οποίο έχει βασικό σκοπό να τηρεί την κοινωνική δικαιοσύνη. Γι' αυτό έχει την δυνατότητα να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν την οικονομία με σκοπό να προχωρήσει στην αναδιανομή των

πόρων μεταξύ των πολιτών μέσω μιας μερίδας του εθνικού εισοδήματος και παράλληλα να δράσει ως ένας εγγυητής στο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών που αφορούν την διαβίωση όταν διαπιστώνεται ότι παραβιάζονται οι αρχές μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης. Το κοινωνικό κράτος, παρότι φαίνεται να αποτελεί έναν ταυτόσημο όρο, αποτελεί ταυτόχρονα μια υποκατηγορία του κράτους πρόνοιας καθώς επίσης αφορά και όλα τα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορεί να ένα κράτος πρόνοιας (Βενιέρης, 2015).

## **1.2. Κοινωνικό κράτος και κράτος πρόνοιας**

Το κοινωνικό κράτος αποτελεί μια ιδιαίτερη και ξεχωριστή πολιτειολογική μορφή, που μπορεί να προσδιορίσει ένα πολίτευμα σε μια χώρα καθώς θεωρείται ότι αποτελεί μια θεμελιώδη οργανωτική αρχή. Οι σχέσεις τις οποίες ορίζει είναι αυτές του πολίτη στο κράτος εντός του οποίου ζει, όπως επίσης και το σύνολο των διαφόρων αρμοδιοτήτων, καθώς και των διαφόρων υποχρεώσεων που έχει η πολιτική εξουσία προς τους πολίτες της. Οι λειτουργίες που αφορούν την πολιτική εξουσία σχετικά με επιμέρους θέματα αφορούν στην ουσία διάφορες εκφάνσεις της κοινωνικής πρόνοιας. Γενικά, όσον αφορά το σύνταγμα, οι πιο πολλές από τις διάφορες θεμελιώδεις αρχές οι οποίες το ορίζουν, χαρακτηρίζονται από τη σχέση, που ξεκινά από το γενικό καταλήγοντας στο ειδικό σχετικά με τον τομέα που αφορά το κοινωνικό κράτος. Σε αντίθεση, οι άλλες συνταγματικές διατάξεις θεωρείται ότι είναι αυτές οι οποίες εξειδικεύουν τις διάφορες καταστάσεις. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, η έννοια του κράτους της κοινωνικής πρόνοιας δε μπορεί να χαρακτηριστεί από τα κοινωνικά δικαιώματα των διαφόρων πολιτών (Κασιμάτη κ.α. 2006).

Πρόκειται για δίκαιο το οποίο έχει άμεση ισχύ και δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην ερμηνεία των γεγονότων. Αντιθέτως, πράττει με δεσμευτικό τρόπο προς κάθε μορφής εξουσίας, δεν ορίζει μόνο τις δεσμεύσεις της δικαστικής εξουσίας αλλά και σε κάθε τύπο της συνταγματικής εξουσίας. Γι' αυτό θεωρείται ένας παράγοντας προσδιορισμού των αρχών νομιμότητας της διοίκησης, ενώ παράλληλα πράττει με δεσμευτικό τρόπο προς τον νομοθέτη και τις διατάξεις, τις οποίες ο ίδιος θεσπίζει (Κασιμάτη κ.α. 2006).

Παράλληλα, από το τύπο του κοινωνικού κράτους προκύπτει και η κοινωνική πολιτική. Η κοινωνική πολιτική ορίζεται ως το σύνολο των διαφόρων μορφών αλλά και των μεθόδων της κοινωνικής δράσης, καθώς επίσης και παρέμβασης οι οποίες συνθέτουν τον τύπο που αφορά την πολιτική που έχει ως στόχο, κατά κύριο λόγο την ίδια την κοινωνία,

όπως επίσης και τις ανάγκες της. Για να θεωρηθεί επιτυχής μια κοινωνική πολιτική απαιτείται να υπάρχει μια υγιής και σαφής συνεργασία μεταξύ αφενός των πολιτών αφετέρου του κράτους ως ενός μηχανισμού που αφορά την ρύθμιση της ανθρώπινης ζωής. Ωστόσο, η κοινωνική πολιτική που σχεδιάζεται και εφαρμόζεται κάτω από μια συγκεκριμένη δεοντολογία και κανονισμούς και που συμπεριλαμβάνει όρια και πλαίσια, καταλήγει ανώφελα να ευνοεί συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, αποκλείοντας άλλες από το δικαίωμα ένταξης σε αυτή. Γι' αυτούς τους λόγους είναι δύσκολο να εφαρμοστεί πρακτικά από τις πιο πολλές κοινωνίες, καθώς περιέχει συνεχείς διαδικασίες σύνεσης και σύγκρουσης. Πλέον σήμερα επιστημονικοί κλάδοι πραγματοποιούν προσπάθεια να αντιληφθούν μέσω των διαφόρων κριτηρίων το νόημα της άσκησης κοινωνικής πολιτικής, αλλά και τον ορισμό της κοινωνικής πολιτικής (Ferrera, 1996).

Το κράτος πρόνοιας παρουσιάζει πολλές και διάφορες μορφές ανάλογα με τις διάφορες ιδιαιτερότητες και ανάγκες της κάθε κοινωνίας. Όταν παρεμβαίνει στην οικονομία ως βασικό σκοπό έχει την ενίσχυση του αριθμού απασχόλησης και την μείωση της ανεργίας. Ταυτόχρονα, αποτελεί κινητήριο δύναμη που θα υποστηρίξει την εκπαίδευση, την επιμόρφωση αλλά και την υγεία, έτσι ώστε να μειώσει τις διάφορες υγειονομικές ανισότητες, οι οποίες προκαλούνται στην κοινωνία από τη στιγμή που τα μέλη της δεν έχουν ίσες και ίδιες δυνατότητες πρόσβασης στην υγεία. Με το σκεπτικό αυτό μπορεί να υπάρξει ο ισχυρισμός ότι το κοινωνικό κράτος αποτελεί ουσιαστικά μια άλλη μορφή του κράτους της κοινωνικής πρόνοιας με ρίζες στη Δυτική Ευρώπη, ενώ έχει χαρακτηριστικά κανονιστικά και οργανωτικά (Ferrera, 1996).

Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται η άποψη ότι το κράτος πρόνοιας παίρνει ισχύ από το κοινωνικό κράτος. Αυτό συμβαίνει, διότι το κράτος πρόνοιας διαφοροποιείται από τις αρχικές μορφές των διαφόρων καπιταλιστικών κρατών στο πλαίσιο της πολιτικής ιδεολογίας. Αυτό το οποίο επιφέρει ο καπιταλισμός είναι ουσιαστικά η αντικατάσταση των παραδοσιακών απόψεων όσον αφορά θέματα τα οποία σχετίζονται με αλληλεγγύη, φιλανθρωπία και συνύπαρξη των ανθρώπων εντός μιας κοινωνίας, από ελεύθερες επιλογές και αλληλοϋποστήριξη. Αντίθετα, το κοινωνικό κράτος είναι ουσιαστικά ένα πρότυπο θεσμικής οργάνωσης ενός κράτους από κοινωνική οπτική. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού είναι ότι κατοχυρώνει συνταγματικά και μέσα από μια σειρά διατάξεων διάφορες ρυθμίσεις, οι οποίες αφορούν την κοινωνική αλλά και πολιτική ζωή με κύριο στόχο την βελτίωση, που αφορά το επίπεδο ζωής των πολιτών σε μια χώρα (Zarit and Edwards, 2008).

### 1.3. Τυπολογίες και μοντέλα του κράτους πρόνοιας

Στο πεδίο της μελέτης της έννοιας του κράτους πρόνοιας, έχουν αναπτυχθεί διάφορες τυπολογίες όπως αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

	ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	ΧΩΡΕΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ
<b>TITMUS (1974)</b>	<b>ΥΠΟΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟ</b> (Residual)	Η.Π.Α	Κυρίως από οικογένεια και την αγορά.	Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης δρα σε περίπτωση αδυναμίας της οικογένειας ή της αγοράς.
	<b>ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟ</b> (Industrial)	Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ	Γίνεται στη βάση της ατομικής εργασίας. Σημαντικός ο ρόλος της οικονομίας.	Συμπληρωματικός μέσω κοινωνικής ασφάλισης.
	<b>ΘΕΣΜΙΚΟ-ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΟ</b>	Σκανδιναβικές χώρες	Καθολική κάλυψη έξω από τους μηχανισμούς της αγοράς.	Σημαντικός και πρωτεύων ρόλος στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών
<b>ESPRING-ANDERSENN (1990)</b>	<b>ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ</b> (Liberal Welfare state)	Η.Π.Α Καναδάς Αυστραλία	Παροχή κοινωνικής βοήθειας συγκεκριμένου ύψους, περιορισμένες μεταβαστικές πληρωμές προς όλους.	Ενθάρυνση της αγοράς για ανάληψη πρωτοβουλιών για κάλυψη κοινωνικών αναγκών. Κοινωνική ασφάλιση περιορισμένης κλίμακας.
	<b>ΚΟΡΠΟΡΑΤΙΣΤΙΚΟ</b> (Corporalist welfare state)	Αυστρία Γαλλία Γερμανία Ιταλία (εν μέρει)	Με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση.	Σημαντικότερος ο ρόλος του κράτους σε σχέση με την αγορά.
	<b>ΣΟΣΙΑΛΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΟ</b> (Socialdemocrtratic welfare state)	Σκανδιναβικές χώρες	Καθολική κάλυψη, πλήρης απο-εμπορευματοποίηση της εργασίας και των αναγκών με στόχο την πλήρη απασχόληση και ισότητα.	Εκτεταμένος αναδιανεμικός ρόλος. Λειτουργία στη βάση της Αρχής της Αποκέντρωσης με χρηματοδότηση από Κεντρική Διοίκηση ή ΟΤΑ
<b>FERRERA (1996)</b>	<b>ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΙΚΟ</b>	Ισπανία Πορτογαλία Ελλάδα Ιταλία	Εισοδηματικές μεταβιβάσεις βαρύνουσας σημασίας, ανομοιογένεια προστασίας τυπικών κινδύνων, καθολική υγειονομική περίθαλψη, ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διαφορές επαγγελματικές ομάδες.	Χαμηλός βαθμός διεύθυνσης στην προνοιακή σφαίρα, έντονη διαπλοκή δημόσιου ιδιωτικού, θεσμική ευνοιοκρατία με μηχανισμούς πατρωνίας στη διαχείριση πόρων

Πίνακας 1: Τυπολογίες κοινωνικών κρατών

Πηγή: Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης, (2020)

Μια βασική προσέγγιση σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι αυτή του Titmuss. Ο ίδιος, βασίζεται στο γεγονός ότι το κράτος πρόνοιας είναι υπεύθυνο για την παροχή πρόνοιας στους πολίτες του και έχει αναφερθεί σε τρία διαφορετικά μοντέλα συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Αρχικά, το υπολειμματικό μοντέλο, ορίζει ότι το κράτος πρόνοιας και είναι υπεύθυνο για την παροχή ενός δικτύου ασφαλείας, σε περίπτωση που οι ανάγκες των ατόμων της κοινωνίας δεν ικανοποιούνται. Στη συνέχεια, στα πλαίσια του βιομηχανικού μοντέλου, εξυπηρετούνται οι ενεργοί στην αγορά εργασίας πολίτες, αλλά και τα προστατευόμενα μέλη

από την κοινωνική ασφάλιση, ωστόσο οι υπόλοιποι πολίτες που δεν εντάσσονται στις κατηγορίες αυτές, λαμβάνουν δευτερεύων ρόλο. Τέλος, στο μοντέλο που ορίσε ο ίδιος, ως θεσμικό – αναδιανεμητικό, το κράτος πρόνοιας είναι υπεύθυνο για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, με τη συνδρομή της φορολογίας (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020: 212-220).

Συνεχίζοντας με τις προσεγγίσεις σε σχέση με την τυπολογία του κράτους πρόνοιας, μία προσέγγιση η οποία σήμερα είναι αρκετά διαδεδομένη είναι αυτή του Esping-Andersen. Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, το βασικό σημείο αναφοράς είναι η έννοια του βαθμού της από – εμπορευματοποίησης της δύναμης του εργατικού δυναμικού της κοινωνίας. Αναλυτικότερα, στην ελεύθερη αγορά, η εργασία θεωρείται σαν ένα εμπόρευμα το οποίο αποτελεί αντικείμενο ανταλλαγής, όπως και οποιοδήποτε άλλο εμπόρευμα. Ο κάθε εργαζόμενος, για να μπορέσει να επιβιώσει προχωρά στην πώληση του εμπορεύματος αυτού. Όπως αναφέρεται από Κούλλιας και συν., (2020) οι διαφορετικές εκδηλώσεις του κράτους πρόνοιας οδηγούν στη συρρίκνωση του φαινομένου της εμπορευματοποίησης της εργασίας, εφόσον η υλική επιβίωση των εργαζομένων δεν εξαρτάται από την πώλη της εργασίας τους.

Βάσει της έννοιας αυτής, ο Esping-Andersen διαμορφώνει τρία διαφορετικά μοντέλα του κράτους πρόνοιας. Αρχικά υπάρχει το φιλελεύθερο μοντέλο. Το μοντέλο αυτό, εφαρμόζεται κυρίως σε αγγλοσαξονικές χώρες όπως είναι για παράδειγμα η Ιρλανδία, η Μεγάλη Βρετανία, ο Καναδάς κι άλλες. Το καθεστώς που ακολουθείται στο κράτος πρόνοιας στην περίπτωση αυτή είναι φιλικό προς την αγορά ωστόσο, είναι εχθρικό ως προς τις κεντρικές κυβερνητικές ρυθμίσεις. Στα πλαίσια του προτύπου αυτό, το κράτος χρησιμοποιεί σαν κοινωνική πολιτική την επιδότηση μέσω διαφόρων παροχών, ανάλογα με το ύψος των εισοδημάτων ενώ η από – εμπορευματοποίηση φαίνεται να έχει λιγότερη άνθιση. Οι μεταβιβαστικές πληρωμές αλλά και τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης περιορίζονται ενώ εξακολουθούν να ισχύουν οι κοινωνικές και εισοδηματικές ανισότητες (Κούλλιας και συν., 2020).

Στη συνέχεια, σε άλλες χώρες, όπως η Γερμανία εφαρμόζεται το συντηρητικό ή αντίστοιχα το κορπορατιστικό μοντέλο. Στα πλαίσια του μοντέλου αυτού, η ικανότητα του πολίτη να εργαστεί αποτελεί μια βασική προϋπόθεση συμμετοχής στις κοινωνικές παροχές, ενώ παράλληλα λαμβάνεται υπόψη η έννοια της ανταποδοτικότητας. Στην περίπτωση αυτή, το κράτος πρόνοιας αντικαθιστά την αγορά στην κοινωνική προσφορά. Οι εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης, στην περίπτωση αυτή δεν πρωτοστατούν στην παροχή κοινωνικής πρόνοιας,

εφόσον είναι περιορισμένες. Στο μοντέλο που περιγράφεται, η αναδιανομή των πόρων γίνεται εντός των πλαισίων της οικογένειας αλλά και των ατόμων που απασχολούνται στην αγορά εργασίας. Συνεπώς, ο αναδιανεμητικός ρόλος που διαδραματίζει το κράτος πρόνοιας θεωρείται περιορισμένος και συνδέεται κυρίως με εκείνους τους πολίτες, που έχουν κατοχυρώσει την επαγγελματική ή την κοινωνική τους θέση (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020).

Ολοκληρώνοντας όπως αναφέρουν οι Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, (2011) το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο, εφαρμόζεται κυρίως σε χώρες όπως είναι η Σουηδία, η Δανία και η Νορβηγία. Στα πλαίσια της εφαρμογής του μοντέλου αυτού λαμβάνεται υπ' όψιν η αρχή της από - εμπορευματοποίησης του συνόλου των κοινωνικών παροχών. Το κράτος στην περίπτωση αυτή, είναι παρεμβατικό και καλύπτει καθολικά τις ανάγκες της κοινωνίας μέσα από ένα κεντρικό αναδιανεμητικό μηχανισμό πόρων. Η ισότητα και η πλήρης απασχόληση είναι δυο παράγοντες που λαμβάνουν προτεραιότητα στην εφαρμογή της συγκεκριμένης πολιτικής. Οι παροχές δίνονται έχοντας ως σημείο αναφοράς την ιδιότητα του κάθε πολίτη να συμμετέχει στην αγορά εργασίας.

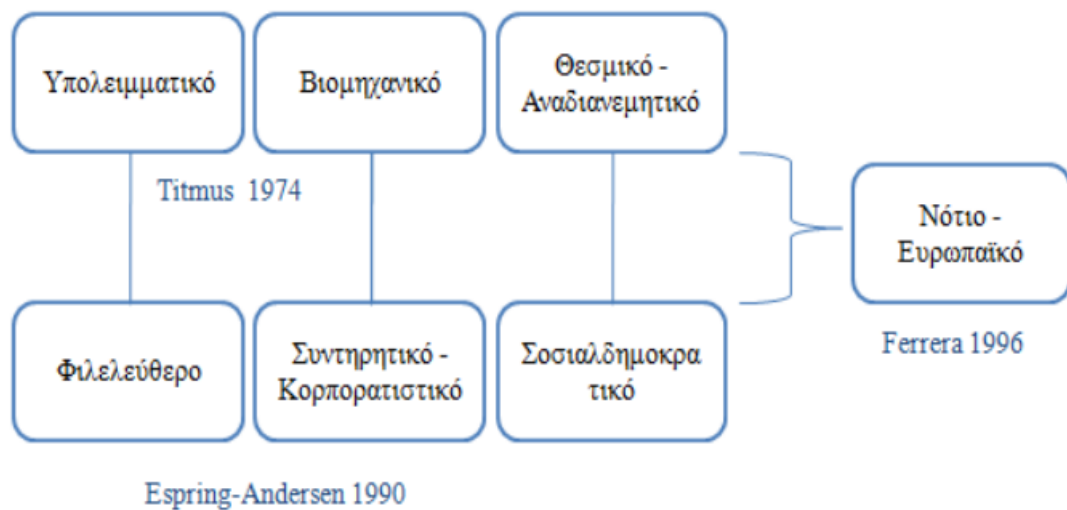
#### **1.4. Εφαρμοζόμενο μοντέλο κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα**

Οι προηγούμενες τυπολογίες, δεν εξετάζουν το σύνολο των περιπτώσεων του κράτους πρόνοιας. Οι τυπολογίες αποτελούν στην ουσία μια βάση σύγκρισης ανάμεσα στις διαφορετικές χώρες και παρέχουν βοήθεια όσον αφορά στη βελτίωση της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής. Κάποιες από τις τυπολογίες, ωστόσο θεωρούνται ξεπερασμένες εφόσον επικεντρώνονται περισσότερο στα ποσοτικά παρά στα ποιοτικά χαρακτηριστικά.

Όσον αφορά την Ελλάδα, η χώρα δεν ακολουθεί κανένα από τα προηγούμενα μοντέλα. Εντούτοις, σήμερα έχουν αναπτυχθεί εναλλακτικά μοντέλα και ειδικότερα το νότιο – ευρωπαϊκό μοντέλο του κράτους πρόνοιας, το οποίο εφαρμόζεται και στην Ελλάδα. Στο μοντέλο αυτό, το οποίο εφαρμόζεται και από άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία- το κράτος πρόνοιας, δεν είναι ανεπτυγμένο στον ίδιο βαθμό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης. Η κάθε μία χώρα ξεχωριστά αναπτύσσει διαφορετικούς μηχανισμούς σύνδεσης με το κράτος, την αγορά και το θεσμό της οικογένειας (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999).

Όσον αφορά στο συγκεκριμένο πρότυπο που εφαρμόστηκε από την Ελλάδα, η κοινωνική προστασία θεωρείται άνιση σε σχέση με τις παροχές ωστόσο, θεωρείται ως

αποτελεσματική ως προς την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Όπως έχει αναφερθεί από το Ferrera (1999), το μοντέλο αυτό παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Αρχικά, λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο καλύπτει καθολικά τα μέλη της κοινωνίας ενώ παράλληλα, σε επίπεδο πρόνοιας συνυπάρχουν οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς υγείας. Το κοινωνικό κράτος δε χρηματοδοτείται ανομοιόμορφα και η αποδοτικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών, σύμφωνα με το Ferrera (1999) είναι μειωμένη. Στην εικόνα που ακολουθεί απεικονίζεται η τυπολογία των συστημάτων πρόνοιας στα διάφορα ευρωπαϊκά κράτη.



**Εικόνα 1: Τυπολογία των συστημάτων πρόνοιας**

**Πηγή: Υφαντόπουλος και συν., 2009**

Το μοντέλο του κράτους πρόνοιας που εφαρμόστηκε από την Ελλάδα, εμφανίζει στοιχεία από το μοντέλο του Bismark. Κάποια χαρακτηριστικά στοιχεία του μοντέλου αυτού, είναι ο μεγάλος αριθμός των φορέων ασφάλισης υγείας, οι νοσοκομειακές μονάδες οι οποίες ταξινομούνται σε ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές, η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία γίνεται από συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς. Επιπροσθέτως, το μοντέλο αυτό που αναφέρεται εμφανίζει στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge. Κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στοιχεία του μοντέλου του Beveridge είναι ότι η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας του κάθε κράτους, προέρχεται από τον κρατικό που προϋπολογισμό (Υφαντόπουλος και συν., 2009). Επίσης, στα πλαίσια του μοντέλου αυτού,

το ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως προσωπικό του δημόσιου τομέα.

## **1.5. Κοινωνικές πολιτικές και δαπάνες στην Ελλάδα και στις χώρες της Ε.Ε.**

Διαχρονικά, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η Ελλάδα εφαρμόζει το νότιο-ευρωπαϊκό μοντέλο όσον αφορά στην πολιτική του κράτους πρόνοιας που υιοθετεί. Το μοντέλο αυτό παράλληλα συναντάται σε άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης όπως είναι η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία. Σημαντικά γνωρίσματα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι η έμφαση που δίνει στις παθητικές πολιτικές, η γραφειοκρατία αλλά και η άνιση αντιμετώπιση των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Στο μοντέλο αυτό, ο ρόλος της οικογένειας είναι αυξημένος ενώ παράλληλα, τα κοινωνικά δίκτυα συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στην προστασία των ομάδων που θεωρούνται ευάλωτες στην κοινωνία (Ιωάννου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2020).

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί στα συστήματα κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ε.Ε., έχουν καταδείξει την χαμηλή αποτελεσματικότητα των χωρών των μοντέλων που εφαρμόζουν οι χώρες της νότιας Ευρώπης, σε σύγκριση με τις σκανδιναβικές χώρες που εφαρμόζουν το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο και την ηπειρωτική Ευρώπη, που εφαρμόζει το συντηρητικό κατά βάση μοντέλο (Ferrera, 1999). Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ότι το νέο φιλελεύθερο μοντέλο, το οποίο εφαρμόστηκε στη Βρετανία, απέτυχε (Aled, Jackson and Sutcliffe-Braithwaite, 2021). Κατά συνέπεια, προτού εκδηλωθεί οικονομική κρίση στην Ελλάδα, είχε διαπιστωθεί το παράδοξο ότι ενώ το σύνολο των δαπανών που λάμβαναν χώρα στον τομέα της κοινωνικής προστασίας σημείωνε μια αύξηση κατά τη διάρκεια του διαστήματος 1998 έως 2008, το ποσοστό της φτώχειας εξακολουθούσε να κινείται σε παρόμοιο επίπεδο. Η μειωμένη απόδοση των δαπανών κοινωνικής προστασίας που παρατηρήθηκε, προκύπτει και από τις κοινωνικές μεταβιβάσεις που στην πλειονότητά τους είχαν να κάνουν με τις συντάξεις γήρατος. Παράλληλα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η αναδιάρθρωση των εργασιακών σχέσεων στα πλαίσια της εντατικοποίησης της εργασίας (Noikokyraakis και Sarafis, 2018).

Στα πλαίσια αυτά που μελετώνται, η κοινωνική προστασία ιδιαίτερα των ατόμων με αναπηρία η οποία δομήθηκε έχοντας σαν βάση το ιατρικό μοντέλο, διαχρονικά περιορίστηκε σε μία μονοδιάστατη προνοιακή αντίληψη. Σαν συνέπεια της έλλειψης αυτής προέκυψε η



έλλειψη σε δομές και υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία, και να υποστηρίξουν παράλληλα την ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα (Ζαχαρόπουλος, 2014).

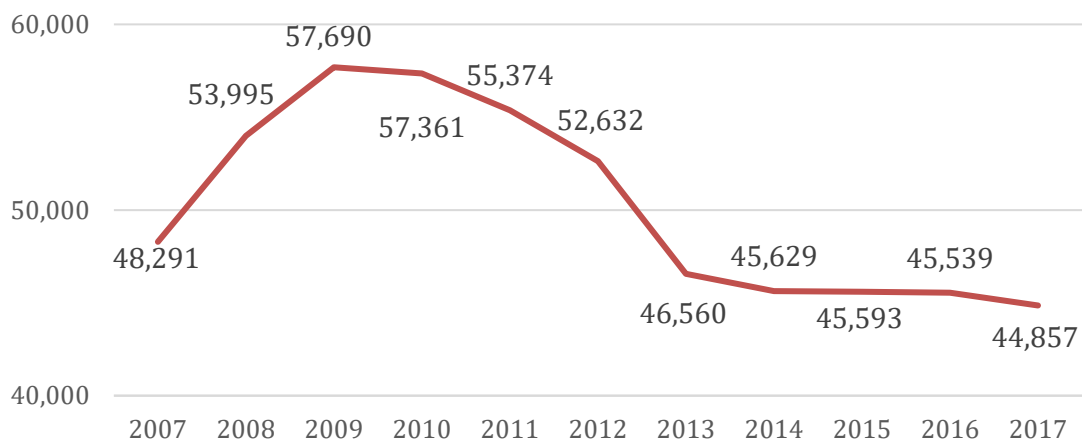
Μέσα από έρευνες επίσης παρατηρήθηκε ότι οι παροχές σε είδος όλο και συρρικνώνονταν, και το γεγονός αυτό συνδυάστηκε με μια στρεβλή πολιτική στον τομέα των επιδομάτων που δε στόχευε στην κοινωνική ένταξη, εφόσον ουσιαστικά τα άτομα με αναπηρία λαμβάναν επιδόματα για να παραμένουν στο περιθώριο. Απόδειξη της προηγούμενης δήλωσης είναι η ενσωμάτωση της πολιτικής της διακοπή του επιδόματος αναπηρίας, σε περίπτωση που τα άτομα εν τέλει εργάζονταν (Ζαχαρόπουλος, 2014).

Κατά τα έτη μετά την κρίση, η εφαρμογή μνημονιακών πολιτικών οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερη αναδιάρθρωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας μέσω της επιβολής διαφόρων αλλαγών στις κοινωνικές παροχές αλλά και στις παροχές για την αναπηρία. Η μείωση των δαπανών στον τομέα των επιδομάτων συνδυαστικά με την αύξηση της ανεργίας οδήγησαν στην φτωχοποίηση μιας μεγάλης ομάδας του πληθυσμού και ιδίως, των ευάλωτων ατόμων.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., ενώ παράλληλα παρουσιάζεται η κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας.

### **1.5.1. Δαπάνες κοινωνικής προστασίας**

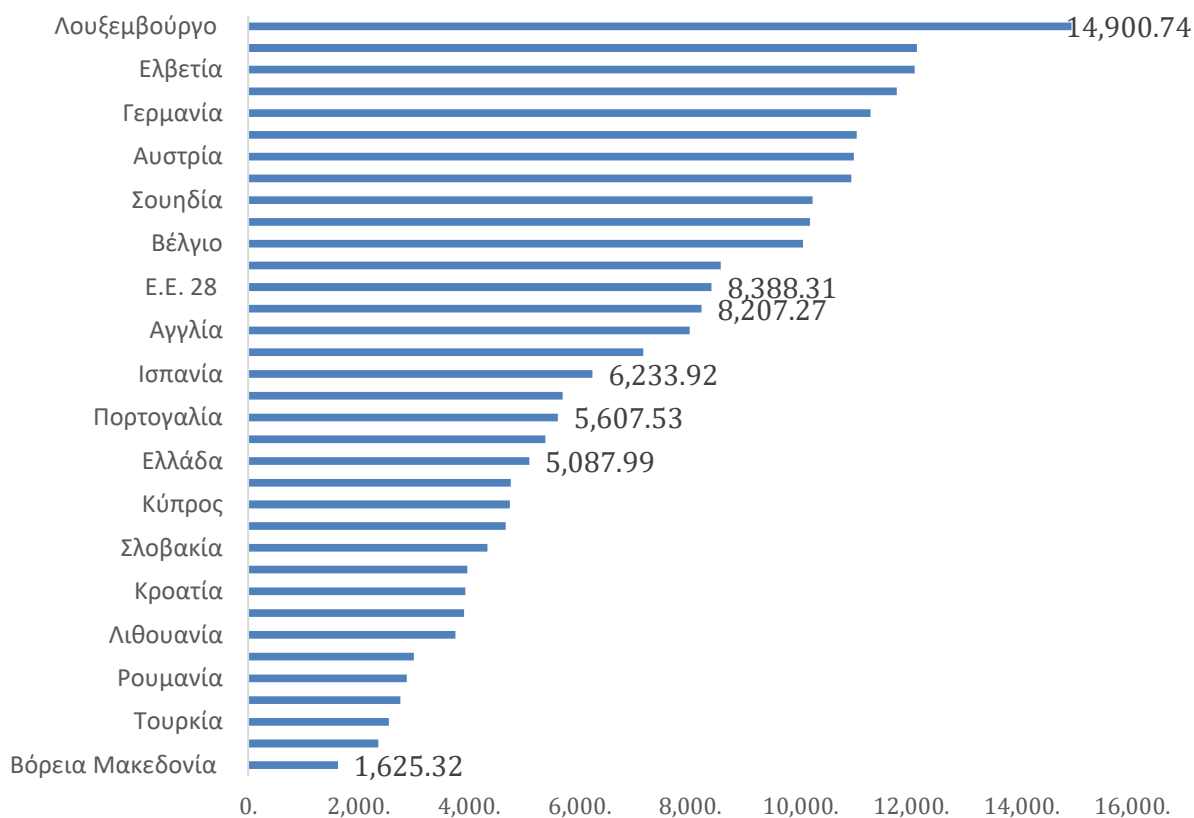
Αρχικά, όσον αφορά στις δαπάνες για τις παροχές κοινωνικής προστασίας, στο σύνολο τους κατά το έτος 2017, που υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, οι δαπάνες αυτές έφτασαν τα 44,85 εκατ. ευρώ. Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η εξέλιξη των δαπανών, ανάμεσα στα έτη 2007 – 2017. Στον τομέα της κοινωνικής προστασίας οι δαπάνες που έγιναν, έχουν καταγραφεί στην μέγιστη τιμή του 2019, ενώ στη συνέχεια ακολουθούν μία πτωτική πορεία.



**Διάγραμμα 1: Δαπάνες κοινωνικής προστασίας**

**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2020**

Συγκρίνοντας τις δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., υπολογίζεται ότι κατά κεφαλήν δαπάνη στον τομέα της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα 5.088 ένα ποσό το οποίο είναι 40% χαμηλότερο σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε. Όπως μπορεί να προκύψει από το ακόλουθο διάγραμμα, οι συνολικές δαπάνες τον τομέα της κοινωνικής προστασίας κυμαίνονται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και ιδιαίτερα, της νότιας Ευρώπης.



**Διάγραμμα 2: Κατά κεφαλήν δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας σε χώρες της Ε.Ε.**

Πηγή: : ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2020

Υπολογίζοντας τις κοινωνικές δαπάνες παρατηρείται ότι κατά το 2017 οι δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας στο σύνολό τους αντιπροσώπευαν στην Ελλάδα 24,9%, ένα ποσοστό το οποίο είναι δύο μονάδες μικρότερο σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε.

### 1.5.2. Κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας ανά λειτουργία

Οι συνολικές δαπάνες που καταβλήθηκαν για την κοινωνική προστασία το έτος 2017 ανήλθαν, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως 44,85 εκατ.. ευρώ. Το ποσοστό του 53% του συνόλου της δαπάνης, έχει να κάνει με την προστασία του γήρατος δηλαδή δαπανάται στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Το ποσοστό αυτό, ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης είναι το υψηλότερο, δηλαδή 13 μονάδες πάνω από το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε.

Το ποσοστό του 22,4% του συνόλου των δαπανών στον τομέα κοινωνικής προστασίας, πραγματοποιήθηκε για την προστασία της ασθένειας ενώ αντίστοιχα το 9,6% για την

προστασία της χηρείας. Στον τομέα αυτό, δαπανήθηκε το 5,7% σε κοινωνικές παροχές για την οικογένεια. Στον πίνακα που ακολουθεί, απεικονίζονται οι δαπάνες που έγιναν για τις παροχές κοινωνικής προστασίας κατά το έτος του 2017. Συνολικά, οι δαπάνες που είναι στον τομέα της κοινωνικής προστασίας για την αναπηρία ανήλθαν σε 2,65 εκατομμύρια ευρώ.

	ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΝΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	% ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
<b>Ασθένεια</b>	<b>9.133</b>	<b>20,4%</b>
<b>Αναπηρία</b>	<b>2.658</b>	<b>5,9%</b>
<b>Γήρας</b>	<b>23.881</b>	<b>53,2%</b>
<b>Χηρεία</b>	<b>4.321</b>	<b>9,6%</b>
<b>Οικογένεια</b>	<b>2.539</b>	<b>5,7%</b>
<b>Ανεργία</b>	<b>1.662</b>	<b>3,7%</b>
<b>Κοινωνικός αποκλεισμός</b>	<b>663</b>	<b>1,5%</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>44.857</b>	<b>100,0%</b>

Πίνακας 2: Κοινωνικές δαπάνες ανά λειτουργία

Πηγή: : ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2020

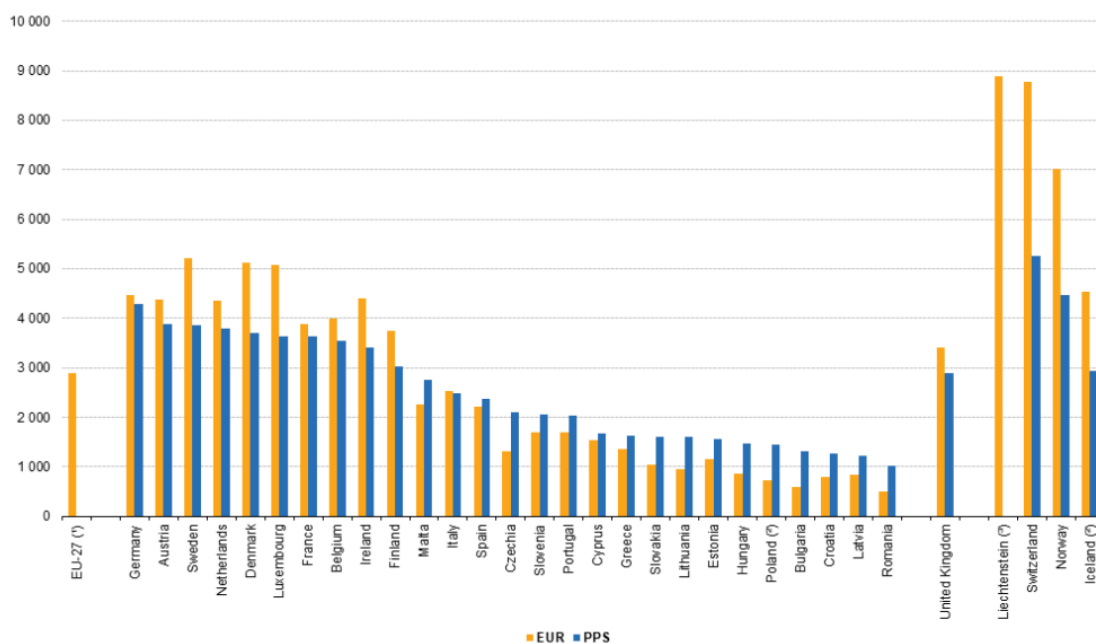
### 1.5.3. Κατανομή των δαπανών υγείας

Σε σχέση με το μέγεθος του πληθυσμού και σε όρους ευρώ, οι δαπάνες υγείας στις χώρες της Ε.Ε. ήταν υψηλότερες στη Σουηδία (5200 ευρώ ανά κάτοικο), στη Δανία καθώς και στο Λουξεμβούργο (5100 ευρώ ανά κάτοικο) το 2017. Μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε., είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το Λουξεμβούργο είχε τη δεύτερη υψηλότερη αναλογία ανά κάτοικο, δεδομένου ότι είχε τη δεύτερη χαμηλότερη αναλογία δαπανών υγειονομικής περίθαλψης προς το ΑΕΠ της χώρας (Euroρα, 2020a).

Ένα σημαντικό ποσοστό εργαζομένων στο Λουξεμβούργο ζουν εκτός της χώρας. Στους κατοίκους αυτούς, οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψή τους δεν περιλαμβάνονται στους λογαριασμούς υγείας του Λουξεμβούργου, ενώ η οικονομική τους δραστηριότητα συμβάλλει στο ΑΕΠ του Λουξεμβούργου. Τρεις από τις χώρες της ΕΖΕΣ (Ευρωπαϊκή Ζώνη Ελευθέρων Συναλλαγών) που περιλαμβάνονται στον Πίνακα 2 - Λιχτενστάιν, Ελβετία και

Νορβηγία - ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ανά κάτοικο σε σχέση με οποιοδήποτε από τα κράτη μέλη (Eurostat, 2020a).

Οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για την Γερμανία, την Ιρλανδία, την Αυστρία και τις Κάτω Χώρες κινήθηκαν μεταξύ 4300 και 4500 ευρώ ανά κάτοικο. Με τη σειρά τους, ακολούθησαν το Βέλγιο, η Γαλλία και η Φινλανδία - με αναλογίες που κυμαίνονται από 3700 έως 4000 ευρώ ανά κάτοικο. Με σχετικά μεγάλο χάσμα ακολούθησε η Ιταλία (2500 ευρώ ανά κάτοικο), η Μάλτα και η Ισπανία (2200 ευρώ ανά κάτοικο). Τα υπόλοιπα 14 κράτη μέλη κατέγραψαν μέση δαπάνη 1700 ευρώ ανά κάτοικο, με τα μισά από αυτά να καταγράφουν μια μέση δαπάνη για υγειονομική περίθαλψη, κάτω από 1000 ευρώ ανά κάτοικο. Τα χαμηλότερα επίπεδα μέσων δαπανών ανά κάτοικο ήταν στη Βουλγαρία (600 ευρώ) και στη Ρουμανία (500 ευρώ) (Eurostat, 2020).



Σχήμα 1: Δαπάνες κατοίκων στην Ε.Ε. (2017)

Πηγή: Eurostat, 2020

Μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. (για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από το 2012 έως το 2017), όλα εκτός από την Ελλάδα κατέγραψαν υψηλότερες δαπάνες υγείας, το 2017 σε σχέση με το 2012. Η μεγαλύτερη συνολική αύξηση παρατηρήθηκε στη Ρουμανία, όπου οι δαπάνες το 2017 ήταν 54,0% υψηλότερες από το 2012, (αύξηση ισοδύναμη με μέσο όρο 9,0% ετησίως). Όπως και η Ρουμανία, τέσσερα άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε.- Εσθονία, Βουλγαρία, Λιθουανία και Γερμανία - σημείωσαν συνολικές αυξήσεις άνω του 20% (Eurostat, 2020).

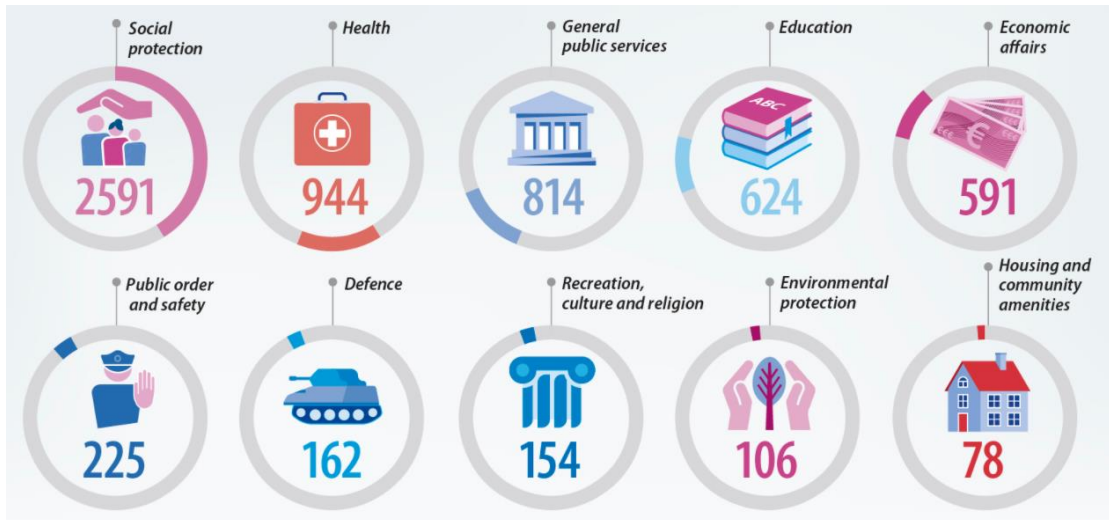
Πίνακας 3: Δαπάνες υγείας ανά χώρα Ε.Ε (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Overall change 2012-2017 (%)
	(EUR million)						
EU-27 (*)	:	:	1 178 491	1 214 255	1 247 897	1 286 220	:
Belgium	39 780	40 684	41 667	42 262	43 753	45 405	14.1
Bulgaria	3 186	3 293	3 640	3 715	3 961	4 183	31.3
Czechia	:	12 314	11 989	12 202	12 610	13 864	:
Denmark	26 072	26 313	27 033	27 922	28 720	29 598	13.5
Germany	297 255	308 962	322 083	338 058	351 701	368 597	24.0
Estonia	1 045	1 138	1 227	1 319	1 410	1 518	45.3
Ireland	18 715	18 506	18 850	19 254	20 172	21 130	12.9
Greece	16 985	15 201	14 203	14 340	14 616	14 492	-14.7
Spain	94 327	92 519	93 649	98 486	100 367	103 489	9.7
France	236 358	242 116	248 752	251 920	256 455	259 638	9.8
Croatia	:	2 855	2 908	3 028	3 184	3 326	:
Italy	144 485	143 648	146 150	148 490	150 067	152 705	5.7
Cyprus	1 303	1 252	1 193	1 208	1 255	1 313	0.8
Latvia	:	1 233	1 291	1 389	1 556	1 610	:
Lithuania	2 097	2 147	2 266	2 424	2 581	2 724	29.9
Luxembourg	2 899	2 638	2 768	2 826	2 915	3 031	4.6
Hungary	7 429	7 396	7 488	7 731	8 127	8 535	14.9
Malta	:	:	795	889	945	1 053	:
Netherlands	68 816	69 901	70 964	71 236	72 963	74 448	8.2
Austria	32 500	33 317	34 541	35 692	37 117	38 457	18.3
Poland	:	25 166	25 681	27 280	27 756	:	:
Portugal	15 742	15 477	15 616	16 132	16 854	17 456	10.9
Romania	6 282	7 467	7 568	7 923	8 509	9 672	54.0
Slovenia	:	:	3 200	3 309	3 429	3 520	:
Slovakia (*)	5 550	5 583	5 256	5 418	5 666	5 721	3.1
Finland (*)	18 584	19 328	19 506	20 374	20 372	20 614	10.9
Sweden	46 306	48 372	48 207	49 428	50 836	52 364	13.1
United Kingdom	:	202 540	223 220	253 013	233 105	225 187	:
Iceland	939	992	1 109	1 275	1 522	:	:
Liechtenstein	:	289	296	339	343	337	:
Norway	34 806	35 130	35 132	35 220	35 319	37 010	6.3
Switzerland	57 469	58 648	61 486	72 810	74 031	74 250	29.2

Πηγή: Eurostat, 2020

Το 2018 σε επίπεδο Ε.Ε., οι δαπάνες για την υγεία παρέμειναν το δεύτερο μεγαλύτερο κονδύλιο των δαπανών της γενικής κυβέρνησης μετά τις δαπάνες για την «κοινωνική προστασία» (Σχήμα 3). Το 2018 στην Ε.Ε., οι συνολικές δαπάνες των γενικών κυβερνήσεων για την «υγεία» ανήλθαν σε 944 δισεκατομμύρια ευρώ ή 7,0% του ΑΕΠ. Το 2018, οι «νοσοκομειακές υπηρεσίες» αντιπροσώπευαν το 2,8% του ΑΕΠ, οι «έξω νοσοκομειακές» το 2,5% του ΑΕΠ και «τα ιατρικά προϊόντα, συσκευές και εξοπλισμός» το 1,1% του ΑΕΠ (Europa, 2020b).

**Πίνακας 4: Κατανομή κονδυλίων κυβέρνησης κρατών της Ε.Ε. (2018)**



Πηγή: Europa, 2020b

Κατά το 2018, το μεγαλύτερο ποσό των δημόσιων δαπανών για την υγεία σημειώθηκε στη Δανία (8,3% του ΑΕΠ), στην Αυστρία (8,2% του ΑΕΠ), στη Γαλλία (8,1% του ΑΕΠ), καθώς και στη Νορβηγία (8,2% του ΑΕΠ), ενώ το μικρότερο στην Λετονία (4,0% του ΑΕΠ), στην Κύπρο (2,7% του ΑΕΠ) και στην Ελβετία (2,2% του ΑΕΠ). Η υγειονομική περίθαλψη στις χώρες της Ε.Ε. χρηματοδοτείται με διαφορετικούς τρόπους γεγονός που εξηγεί τον διαφορετικό τρόπο διακυβέρνησης. Σε ορισμένες χώρες η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ σε άλλες από τις κυβερνητικές δαπάνες (Europa, 2020b).

## 1.6. Ανακεφαλαίωση

Στην παρούσα ενότητα έγινε μια προσέγγιση του θεσμού του κράτους πρόνοιας και μια ανάλυση των προνοιακών πολιτικών που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Παράλληλα, έγινε αναφορά και στις τυπολογίες και τα μοντέλα του κράτους πρόνοιας ενώ παρουσιάστηκε το μοντέλο του κράτους πρόνοιας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα. Αναλύθηκαν οι κοινωνικές πολιτικές και οι δαπάνες στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα και στις χώρες της Ε.Ε. και παρατηρήθηκε ότι διαχρονικά, υπάρχει μια διαφορά ανάμεσα στις δαπάνες αυτές μεταξύ των χωρών, με την Ελλάδα να κατέχει χαμηλές

θέσεις στην κατάταξη. Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ε.Ε., παρουσιάζεται αποδυναμωμένος.



## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Άτυποι φορείς κοινωνικής φροντίδας

### 2.1. Εννοιολογική προσέγγιση

Όπως και σε πολλές άλλες χώρες, η ελληνική υγειονομική νομοθεσία επιτρέπει, εκτός από τα ιδιωτικά, κερδοσκοπικά και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας, τη λειτουργία άτυπων οργανώσεων, οι οποίες μπορούν να συσταθούν από ιδιώτες ή εθελοντές χωρίς να έχουν συγκεκριμένη έδρα ή επωνυμία. Γίνονται, βέβαια, δεκτές εφόσον τηρούν και αυτές το νομικό πλαίσιο που ακολουθούν οι υπόλοιποι φορείς κοινωνικής πρόνοιας. Τα άτυπα δίκτυα της κοινωνίας συμπληρώνουν το έργο του κράτους, μεταξύ άλλων και στον τομέα της υγείας. Ουσιαστικά, λειτουργούν ως ένα είδος παράλληλης πηγής κοινωνικής φροντίδας, με τα ανεπίσημα δίκτυα να θεωρούνται ως σημαντικοί συντελεστές της επιτυχίας των επίσημων υπηρεσιών (υποστήριξη, συνεργασία) και ως αποδέκτες της επίσημης υποστήριξης από τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους θεσμούς κοινωνικής αλληλεγγύης (π.χ. υποστήριξη των φροντιστών της οικογένειας, εθελοντές σε περιόδους καταστροφών κ.λπ.) (Munck, 1996).

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρουν οι Λυμπεράκη και Προντζάς, (2015) ο ρόλος του άτυπου κοινωνικού κράτους θεωρείται αυξημένος και προκύπτει κυρίως από τους φορείς αυτό - βοήθειας αλλά και τα δίκτυα της φροντίδας. Ως επί το πλείστον, τα δίκτυα άτυπης φροντίδας δεν έχουν νομική υπόσταση. Σε σχέση με τους φορείς αυτοβοήθειας, αυτοί οργανώνονται κατά βάση σε φορείς που έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνεται η ανεπίσημη φροντίδα, η οποία παρέχεται με αμοιβή σε νοσοκόμες, βοηθούς, φροντιστές αλλά κι άλλους μη επαγγελματίες φροντιστές. Στην ουσία, η εργασία είναι αδήλωτη ένα γεγονός που αναντίρρητα οδηγεί στην μεγέθυνση της μαύρης εργασίας στην Ελλάδα (Broderick and Faccio, 2019).

Στις άτυπες μορφές εργασίας συμπεριλαμβάνεται η οικιακή βοήθεια, η φροντίδα των ευάλωτων μελών της οικογένειας, η καθαριότητα, η απασχόληση, τα ιδιαίτερα μαθήματα και άλλες υπηρεσίες, ενώ σε όλους τους τομείς, παρατηρείται ότι συμμετέχουν κατά κύριο λόγο γυναίκες εργαζόμενες. Στους άτυπους φορείς παροχής κοινωνικής φροντίδας συμπεριλαμβάνονται και τα κοινωνικά ιατρεία, τα παντοπωλεία, τα φαρμακεία και άλλα από τα οποία επωφελούνται άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και χρήζουν βοήθειας (Broderick and Faccio, 2019).

Η αυτό - βοήθεια είναι στην ουσία το βασικότερο κίνητρο όσον αφορά την λειτουργία των άτυπων δικτύων παροχής φροντίδας. Στην Ελλάδα είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι επικρατεί η αντίληψη βάσει της οποίας οι πολίτες θα πρέπει να αυτενεργούν και να βασίζονται στις δικές τους δυνάμεις, επιδιώκοντας μια ανεξαρτητοποίηση από την κρατική αρωγή. Επιπροσθέτως, όπως αναφέρει ο Σταθόπουλος, (2005) οι πολίτες της χώρας θεωρούν ότι η συλλογική τους οργάνωση αποφέρει μεγαλύτερο όφελος σε σχέση με την ατομική δράση, λειτουργώντας ως ένα δίκτυ ασφαλείας σε περιόδους κρίσεων. Εντούτοις, βασικότερος φορέας παροχής άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια, στην πυρηνική μορφή της ενώ στη συνέχεια ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι και οι γείτονες, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες που έχουν διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας.

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα, επικρατεί κατά βάση η αντίληψη ότι οικογένεια, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον γενικότερα, έχει την υποχρέωση να παρέχει άτυπα ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας. Συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν οι Λυμπεράκη και Προντζάς, (2015) σχεδόν το 25% των ατόμων που βρίσκονται σε ηλικιακό γκρουπ άνω των 65 ετών, λαμβάνει άτυπη φροντίδα από μέλη της οικογένειας του. Έτσι, το κοινωνικό κράτος καθίσταται συμπληρωματικό και σε πολλές περιπτώσεις κρίνεται ως ανεπαρκές.

## **2.2. Η οικογένεια ως θεσμός παροχής άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα**

Μετά την οικονομική κρίση του '75, που παρουσιάστηκε στην Ελλάδα παρατηρείται μια σημαντική αλλαγή στις πολιτικές του κράτους πρόνοιας που εφαρμόζονται έως τότε. Ως επί το πλείστον, οι κοινωνικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονταν, από τον κρατικό μηχανισμό μετατέθηκαν στον τριτογενή τομέα της οικονομίας. Αυτό το νέο μοντέλο, έλαβε πια την ονομασία «κράτος ευημερίας» και στα πλαίσια αυτού αναδιαμορφώθηκαν οι σχέσεις που επικρατούσαν ανάμεσα στην αγορά, την οικογένεια και το κράτος. Η τυπολογία του Esping-Andersen αναφορικά με το φιλελεύθερο και συντηρητικό καθεστώς ευημερίας, αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα.

Στα πλαίσια αυτά, ένα βασικό κριτήριο κατηγοριοποίησης είναι ο βαθμός που τα αγαθά τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για την κάλυψη ορισμένων βασικών αναγκών, συνιστούν κοινωνικό δικαίωμα. Ακολούθως, ο βαθμός που τα κοινωνικά αγαθά θεωρούνται καθολικά και κατά πόσο μέσω αυτών στοχεύεται η άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Τέλος, ένα βασικό κριτήριο είναι το είδος της σχέσης που διαμορφώνεται μεταξύ του θεσμού της οικογένειας, της αγοράς και του κράτους, εφόσον μέσα από τη σχέση αυτή διαμορφώνεται το

πλαίσιο της κοινωνικής προστασίας. Αναφορικά με το φορέα της οικογένειας, μπορεί να παρέχεται επικουρική βοήθεια κάτι που εφαρμόζεται κυρίως στα συντηρητικά και φιλελεύθερα καθεστώτα. Αντίστοιχα, μπορεί να παρέχεται προληπτική στήριξη στοχεύοντας στον περιορισμό της εξάρτησης των μελών της οικογένειας από την ίδια, μια κατάσταση που ως επί το πλείστον παρατηρείται στα σοσιαλδημοκρατικά καθεστώτα (Στρατηγάκη, 2007).

Η Ελλάδα, όπως κι άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης δεν συγκαταλέγεται σε κάποιο από τα προηγούμενα καθεστώτα κράτους ευημερίας. Αντίθετα, οι χώρες αυτές εφαρμόζουν ένα ξεχωριστό εναλλακτικό μοντέλο, το μεσογειακό καθεστώς ευημερίας. Ένα βασικό χαρακτηριστικό του μοντέλου αυτού, είναι ότι ο θεσμός της οικογένειας προστατεύει, είτε επικουρικά είτε προληπτικά τα μέλη της από τους κινδύνους της κοινωνίας που βρίσκονται αντιμέτωποι ως πολίτες και ως άτομα. Την ίδια στιγμή, το κράτος δεν είναι υπεύθυνο για την προστασία από τις ανεξέλεγκτες επιρροές της αγοράς στη διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Εξαιτίας του συγκεκριμένου μοντέλου από τη σκοπιά της διάκρισης φύλου, οι γυναίκες αντιμετωπίζονται ως σύζυγοι και μητέρες ενώ προωθούνται στην αγορά εργασίας σε περίπτωση που υπάρχει κάποια οικονομική ανάγκη, χωρίς ωστόσο να απολαμβάνουν της αντίστοιχης προστασίας.

Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διαφορετικές προσεγγίσεις οι οποίες υποδηλώνουν ότι ο βαθμός προώθησης της οικογένειας, αναφορικά με το πεδίο της απασχόλησης των γυναικών και τις αντιλήψεις της ισότητας του φύλου, είναι μια σημαντική διάσταση βάση της οποίας γίνεται ο καθορισμός ενός καθεστώτος ευημερίας. Στα πλαίσια αυτά, σημαντικό ρόλο έχει και ο πολιτικός λόγος, ο οποίος επηρεάζει και διαμορφώνει την πραγματικότητα. Παραδείγματος χάριν, το πρόβλημα της φροντίδας των ευάλωτων μελών μιας οικογένειας, σε πολλές περιπτώσεις έχει παρουσιαστεί ως ένα πρόβλημα της ισότητας των φύλων, στην πραγματικότητα όμως συμβάλει στην υποτίμηση της οικιακής εργασίας των γυναικών και κυρίως εκείνων που ανήκουν σε κατώτερες εισοδηματικές τάξεις (Στρατηγάκη, 2007).

Αντιθέτως, οι γυναίκες – μητέρες που ανήκουν σε υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις και σε πολλές περιπτώσεις είναι ενεργά μέλη της αγοράς εργασίας, στα πλαίσια του προτύπου της καλής μητέρας, προσλαμβάνουν κάποιες άλλες γυναίκες, ώστε να αναλάβουν εκείνες την φροντίδα των παιδιών τους. Καταλήγοντας, λοιπόν τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζονται στην Ελλάδα δε μπορούν ανταποκριθούν στο μεγάλο εύρος που επηρεάζουν οι διάφορες μορφές της οικογένειας έχοντας αυτό σαν συνέπεια, οι οικογένειες αυτές να απειλούνται σε πολλές περιπτώσεις, με κοινωνικό αποκλεισμό, δεδομένου του ότι

δεν συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις εκείνες που είναι αναγκαίες ώστε να επωφεληθούν από τα προγράμματα οικογενειακής πολιτικής (Στρατηγάκη, 2007).

### **2.3. Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό κράτος, την αγορά και την οικογένεια ως άτυπο φορέα κοινωνικής προστασίας**

Μέσα από τη βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί ότι η οικογένεια, από μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης έχει μετουσιωθεί σήμερα σε μια αποκλειστική μονάδα κατανάλωσης. Μέσα από το πρότυπο Esping-Andersen, εισάγεται μια διαφοροποίηση στη θέση αυτή, όπου και υποστηρίζεται ότι ο θεσμός της οικογένειας δε σταμάτησε ποτέ να είναι ένας παραγωγικός θεσμός. Στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας, κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου, οι άνδρες εργαζόμενοι βασίζονταν ακριβώς στο γεγονός ότι το νοικοκυριό στο οποίο άνηκαν, μπορούσε να τους υποστηρίξει και να τους περιθάλψει με κοινωνικές υπηρεσίες. Κατά συνέπεια, αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο οικογενειακός θεσμός όχι μόνο επηρεάζεται, αλλά και επηρεάζει την αγορά εργασίας, όπως και το κράτος. Το κράτος πρόνοιας, θα πρέπει συστημικά να προσδιορίζεται βάσει του τριγώνου κράτος – αγορά – οικογένεια (Bilecen and Sienkiewicz, 2014).

Εντός του θεσμού της οικογένειας, η βασικότερη μέθοδος βάσει της οποίας κατανέμεται η ευημερία, είναι αυτή της αμοιβαιότητας. Αυτό δεν επιφέρει απαραίτητα την ισότητα των μελών. Από την άλλη πλευρά, η αγορά κυριαρχείται από τη διανομή μέσα από ένα πλέγμα οικονομικών συναλλαγών και τέλος, το κράτος βασίζεται στη θεμελιώδη αρχή της έγκυρης αναδιανομής, μέσα από την οποία και πάλι δε συνεπάγεται κάποια ισότητα. Στο πλαίσιο αυτό, είναι εύκολο να τεθεί η υπόθεση ότι οι τρεις πυλώνες της ευημερίας, λειτουργικά είναι ισοδύναμοι και έτσι, αλληλοσυμπληρώνονται από κοινού. Αυτό σημαίνει ότι η αγορά έχει τη δυνατότητα να καλύψει τα ελλείμματα που εμφανίζονται από το θεσμό της οικογένειας και του κράτους και αντίστροφα. Ωστόσο, η υπόθεση αυτή δεν μπορεί να ισχύει πάντα (Informal social protection, 2014). Υπάρχει το ενδεχόμενο αποτυχίας της λειτουργίας της αγοράς και έτσι, θεωρητικά το ιστορικό μονοπώλιο της οικογένειας ως προς τον τομέα της παροχής φροντίδας και βοήθειας, δε θα μπορούσε να «αναστηθεί» με κάποιον τρόπο. Αναμφίβολα, οι σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στους τρεις προηγούμενους πυλώνες, σχετίζονται άμεσα με τη δυνατότητα των πυλώνων να διαχειριστούν αλλά και να αμβλύνουν τους κινδύνους που εμφανίζονται στο κοινωνικό πλαίσιο.

Σε ένα μάκρο- επίπεδο, η εξασφάλιση της ευημερίας που προέρχεται από τη λειτουργία των τριών προηγούμενων πυλώνων συνδέεται με τους άλλους δύο, ενώ σε μικρο - επίπεδο, η ευημερία του κάθε ατόμου ξεχωριστά εξαρτάται από τον τρόπο που το κάθε άτομο καταφέρνει να εξασφαλίσει τη θέση του και στους τρεις πυλώνες. Έτσι, στα πλαίσια της λειτουργίας μιας παραδοσιακής οικογένειας, που λαμβάνει το μόνο της εισόδημα από τον άντρα – σύζυγο, η ζήτηση για ιδιωτικές ή δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες είναι λιγότερη συγκριτικά με το αντίστοιχο που συμβαίνει σε μία οικογένεια στην οποία και τα δύο μέλη της εργάζονται. Παρ' όλα αυτά, στην περίπτωση που η οικογένεια εξυπηρετεί τα μέλη της, η αγορά είναι εκείνη που επηρεάζεται άμεσα, από τη στιγμή που η προσφορά εργασίας μειώνεται και τα σημεία κοινωνικής εξυπηρέτησης συρρικνώνονται (Informal social protection, 2014). Αντίστοιχα, σε περίπτωση που το κράτος φροντίζει να παρέχει την κοινωνική φροντίδα, τότε, όχι μόνο η αγορά, αλλά και οικογένειά επηρεάζονται ανάλογα. Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή του πληθυσμού στην αγορά εργασίας. Κατά συνέπεια, όπως γίνεται αντιληπτό, το νοικοκυριό αποτελεί τον καταναλωτή της κοινωνικής ευημερίας.

#### **2.4. Η παραγωγή κοινωνικής ευημερίας μέσα από τον θεσμό της οικογένειας**

Ένα βασικό ερώτημα που τίθεται στο πλαίσιο αυτό είναι κατά πόσο, η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει συνδετικό κρίκο από τη στιγμή που η ευημερία αφορά ένα μεμονωμένο άτομο. Για να δοθεί απάντηση στο ερώτημα αυτό, εξετάζεται το σύγχρονο νοικοκυριό και πως μέσα από τη λειτουργία του μπορεί να επιτευχθεί η κοινωνική ευημερία για τα μέλη της οικογένειας.

Βάση του προτύπου Esping-Andersen, η υπόθεση ότι οι ευθύνες των μελών της οικογένειας μεταπορίζονται σε όλους τους θεσμούς μέσω της εμφάνισης του κράτους πρόνοιας, είναι εσφαλμένη. Αυτό ισχύει για όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως της ανάπτυξης του κοινωνικού του κράτους, δεδομένου ότι το Εθνικό Σύστημα υγείας τους είναι σε θέση να συμβάλλει στον περιορισμό της επιβάρυνσης των οικογενειών. Ωστόσο, αυτό ήταν κάτι που ίσχυε κατά βάση μεταπολεμικά και σε ένα ευρύτερο σύστημα εισοδήματος, που οριακά αφορούσε ορισμένες οικογενειακές υπηρεσίες.

Μεταπολεμικά, το κοινωνικό κράτος άσκησε τέτοιες πολιτικές που συνδέθηκαν σε μεγάλο βαθμό με την υγεία. Μέσα από τη μεταβίβαση χρημάτων, η κοινωνική πολιτική ήταν

ένα εργαλείο που βοήθησε στην ελάφρυνση της οικογένειας από επιπρόσθετα κόστη. Επιπροσθέτως, όλα τα προηγούμενα συνδέονταν κυρίως με τον άνδρα – σύζυγό του νοικοκυριού και όχι με τη γυναίκα. Μια διαφορετική μέθοδος για την παροχή κοινωνικής φροντίδας ήταν τα εισοδηματικά συμπληρώματα. Ωστόσο, όσο επικρατεί η αρχή της επικουρικότητας στα πλαίσια μιας κοινωνίας, τόσο λιγότερες πιθανότητες υπάρχουν να επιτευχθεί η από – οικογενειοποίηση μέσω υποκαταστάσεων. Αυτός είναι και ένας βασικός λόγος, που τα επιδόματα για την ενίσχυση της οικογένειας, είναι τόσο χαμηλά ιδίως στις χώρες της νότιας Ευρώπης όπως είναι και η Ελλάδα (Στρατηγάκη, 2007).

## **2.5. Ανακεφαλαίωση**

Στην ενότητα αυτή, έγινε μια περιγραφή των άτυπων φορέων κοινωνικής φροντίδας, με την ανάλυση να επικεντρώνεται στο θεσμό της οικογένειας. Παρατηρείται ότι στην Ελλάδα διαχρονικά, ο θεσμός της οικογένειας στα πλαίσια της αμοιβαιότητας, λαμβάνει το ρόλο του φορέα παροχής άτυπης φροντίδας. Το μοντέλο αυτό, μέσα στα έτη επικράτησε, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε ότι το γυναικείο φύλο είναι αυτό που επιβαρύνεται περισσότερο από αυτό το θεσμό.

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Η κρίση του κράτους πρόνοιας και ο θεσμός της οικογένειας**

### **3.1. Η κρίση της προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα**

Η εξέταση της κρίσης της προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα είναι ευρύτερης σημασίας. Η οικονομική κρίση με συνακόλουθη την κρίση της προνοιακής πολιτικής στην Ελλάδα ήταν εξαιρετικά μακρά και βαθιά και άλλαξε πολλές παγιωμένες σχέσεις στη δημοσιονομική και κοινωνική πολιτική. Η μακροχρόνια φροντίδα των ευάλωτων ατόμων ήταν ένας από τους συγκεκριμένους τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο· βρίσκεται στο όριο μεταξύ επίσημης και ανεπίσημης φροντίδας, μεταξύ κρατικής και ιδιωτικής, μεταξύ κοινωνικών υπηρεσιών και παροχής της αγοράς. Τα όσα συνέβησαν κατά τη διάρκεια της κρίσης στη μακροχρόνια φροντίδα μπορούν να φωτίσουν τέσσερις τομείς: τους μηχανισμούς της κρίσης, τη γήρανση, τη μακροχρόνια φροντίδα και το φύλο.

Πιο συγκεκριμένα, σημαντική ήταν η δημοσιονομική εξισορρόπηση και το αντίκτυπο της στα άτομα. Στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων, πριν από την κρίση, το κράτος είχε κατορθώσει να διευρύνει τον δικό του ρόλο, μια διαδικασία που όμως διακόπηκε από τη λιτότητα. Από την άλλη πλευρά, οι ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα δεν επηρεάστηκαν. Οι οικογένειες έπρεπε να αναλάβουν μεγαλύτερες ευθύνες, καθώς τα δικά τους μέσα είχαν μειωθεί. Το δεύτερο, είναι ο τρόπος με τον οποίο η γήρανση συνδέεται με την μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων. Η Ελλάδα είναι η δεύτερη ταχύτερα γηράσκουσα χώρα στην Ευρώπη, γεγονός που συνεπάγεται αυξανόμενη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων, η οποία πιθανόν να επιδεινώνεται από την επιδείνωση της υγείας λόγω της κρίσης (Παπακωνσταντίνου κ.α., 2017).

Δεδομένης της σημασίας της άτυπης φροντίδας, το ερώτημα αφορά την προθυμία των νέων γυναικών, που έχουν συνηθίσει στην οικονομική ανεξαρτησία, να παρέχουν περισσότερη φροντίδα. Το τρίτο πεδίο σχετίζεται με την πολιτική για την μακροχρόνια φροντίδα των ευάλωτων ατόμων. Η μακροχρόνια φροντίδα σε όλη την Ευρώπη παρέχεται από ένα συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής, επαγγελματικής και άτυπης παροχής. Ο πολιτικός πειραματισμός περιστρέφεται γύρω από αυτά τα όρια, αλλάζοντας τις δημοσιονομικές δεσμεύσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να διατηρήσει την ποιότητα της περίθαλψης. Στην Ελλάδα ο συνδυασμός δημόσιου/ιδιωτικού τομέα μεταβλήθηκε με μονόπλευρο τρόπο. Το τέταρτο θέμα αφορά το φύλο. Η κρίση δεν ήταν ουδέτερη ως προς το

φύλο: Οι γυναίκες ήταν οι κύριοι αποδέκτες της λίστας εργασιών της κρίσης- οι ανάγκες των ηλικιωμένων συγγενών προστέθηκαν στις πιέσεις για το εισόδημα και την απασχόληση. Ήταν στο χέρι των οικογενειών να δώσουν μια απάντηση- ήταν στο χέρι των θηλυκών μελών τους να την εφαρμόσουν στην πράξη (Παπακωνσταντίνου κ.α., 2017).

Η άρση των διάφορων υγειονομικών ανισοτήτων αποτελεί μια πρόκληση για την Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης πρόνοιας. Η μέτρηση των μη ικανοποιημένων υγειονομικών αναγκών του κράτους και η αποτύπωση των ανικανοποίητων αναγκών βάσει των τυπολογιών του κράτους πρόνοιας της χώρας, προβάλλει τις διάφορες μεταρρυθμίσεις οι οποίες απαιτείται να πραγματοποιηθούν. Σημειώνεται, ότι παράλληλα απαιτείται να αξιολογούνται και διάφορες άλλες πτυχές που αφορούν το υγειονομικό σύστημα, όπως είναι η έκταση της κάλυψης της υγειονομικής περίθαλψης (Gaugler and Kane, 2015).

Η Ελλάδα αποτελεί ένα κράτος πρόνοιας, το οποίο εμφανίζει υπερδιπλάσιες ακάλυπτες ανάγκες στο υγειονομικό της σύστημα. Το βασικότερο ζήτημα εντοπίζεται στον εκτεταμένο χρόνο αναμονής, αλλά και στη μειωμένη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, γεγονός που επιφέρει σημαντικό κενό στην κάλυψη βασικών υγειονομικών αναγκών. Παρόλα αυτά, ανήκει στο θεσμικό μοντέλο της τυπολογίας καθώς επίσης και στο σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο τυπολογίας του Espring-Andersen. Το γεγονός αυτό παρατηρείται και σε άλλες χώρες της Ευρώπης όπως είναι η Γαλλία, η Γερμανία και η Αυστρία, χώρες του κορπορατιστικού μοντέλου σύμφωνα με το μοντέλο των Espring-Andersen. Το υπερβολικό κόστος αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες ανικανοποίητων αναγκών στην Ιταλία, η οποία ανήκει στο κορπορατιστικό μοντέλο.

Οι αδυναμίες, οι οποίες αφορούν το κράτος πρόνοιας φανερώνουν την ανάγκη που υπάρχει για βελτίωσή του, καθώς επίσης και για την ανοικοδόμηση ενός πιο αποδοτικού συστήματος. Η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να στοχεύει σε μια καλύτερη υγειονομική περίθαλψη που απευθύνεται στο γενικό σύνολο του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, αν δεν δοθεί η απαιτούμενη βαρύτητα στην κατηγορία των λιγότερο ευνοημένων ατόμων, τότε θα είναι δύσκολο να επιτευχθούν οι βασικοί εθνικοί στόχοι που αφορούν την υγεία του γενικού πληθυσμού ως συνόλου. Σημαντικό είναι εξίσου το γεγονός της ύπαρξης μεγάλων ανισοτήτων ανάμεσα στις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι εθνικές μειονότητες, οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι χαμηλοεισοδηματίες, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και όσοι ζουν σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές ή και με ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης. Ο εξορθολογισμός της συνολικής οικονομικής



λειτουργίας αφορά ουσιαστικά τη μείωση των σπαταλών και την χρηματοδότηση των διαφόρων υπηρεσιών της φροντίδας υγείας (Gaugler and Kane, 2015).

Οι πολιτικές που αφορούν τις δημόσιες δαπάνες συμπεριλαμβάνουν την πραγματική κοστολόγηση των διάφορων υπηρεσιών υγείας και την αποφυγή της υπερ-διάγνωσης και υπερ-θεραπείας μέσω του περιορισμού του αριθμού των διαφόρων χρηματοδοτούμενων επισκέψεων σε γιατρό. Περιορισμός στα φαρμακευτικά έξοδα μπορεί να επιτευχθεί μέσω της θέσπισης κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν την αγορά, την τιμολόγηση, την αποζημίωση και την συνταγογράφηση, και μέσω της αντικατάστασης με διάφορα γενόσημα από τους φαρμακοποιούς. Η ύπαρξη ενιαίου φορέα ασφαλίσεων, φορέα για παροχή υπηρεσιών που αφορούν την υγεία προάγει ουσιαστικά την καθολική κάλυψη του γενικού πληθυσμού.

Παρόλα αυτά απαιτούνται νομοθετικές ρυθμίσεις, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχή όλων των ασθενών στο κόστος των ποικίλων υπηρεσιών τις οποίες λαμβάνουν πρέπει να είναι ανάλογη με το εισόδημα και τις οικονομικές δυνατότητες τους ώστε να μην στερούνται φροντίδας, διαφορετικά θα πρέπει να απαλλάσσονται από την συμμετοχή στο κόστος. Ταυτόχρονα, το κράτος πρόνοιας θα πρέπει να προστατεύει τους πολίτες του από τις διάφορες δαπάνες που αφορούν την υγεία, μέσω της μείωσης των άμεσων, ιδιωτικών πληρωμών (Montgomery et al., 2007).

### **3.2. Η φροντίδα που παρέχει η οικογένεια σαν άτυπος φορέας φροντίδας**

Η φροντίδα των ευάλωτων ατόμων αναγνωρίζεται πλέον ευρέως ως κοινός ρόλος στη μετέπειτα ζωή των περισσότερων γυναικών και πολλών ανδρών. Πράγματι, τα μέλη της οικογένειας παρέχουν το 80% της μακροχρόνιας φροντίδας σε αυτή τη χώρα και έχει υπολογιστεί ότι αν αποζημιώνονταν οι υπηρεσίες αυτές, θα κόστιζαν 302 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Αυτό ισοδυναμεί με το 6% του εθνικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι σαφές ότι οι οικογενειακοί φροντιστές αποτελούν τον πυρήνα του εργατικού δυναμικού της μακροχρόνιας φροντίδας και η ευημερία τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ευημερία των εύθραυστων ηλικιωμένων (Schulz and Martire, 2004).

Τις δυο τελευταίες δεκαετίες, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στις αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας τόσο από τους επαγγελματίες του κοινωνικού τομέα όσο και από τους

επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Αυτή η ανησυχία για τους οικογενειακούς φροντιστές, ώθησε το Εθνικό Ινστιτούτο Γήρανσης να ορίσει τη φροντίδα ως μία από τις κορυφαίες προτεραιότητες για την κοινωνική και συμπεριφορική έρευνα ενώ παράλληλα, οδήγησε στη δημιουργία πολυάριθμων προγραμμάτων για τους οικογενειακούς φροντιστές. Ενώ στο παρελθόν, οι ανάγκες των οικογενειακών φροντιστών αγνοούνταν και συχνά αντιμετωπιζόταν ως αθέμιτη βάση για κρατική βοήθεια κάθε είδους, τώρα η Διοίκηση για τη Γήρανση, μέσω του Εθνικού Προγράμματος Υποστήριξης Οικογενειακών Φροντιστών, έχει νομιμοποιήσει τους οικογενειακούς φροντιστές ως ομάδα που χρήζει βοήθειας (Schulz and Martire, 2004).

Από την αρχική εφαρμογή του Εθνικού Ινστιτούτου Γήρανσης το 2001, υπήρξε μια έκρηξη των νεοαναπτυχθέντων προγραμμάτων οικογενειακής υποστήριξης τόσο σε κρατικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Αυτός ο πολλαπλασιασμός των υπηρεσιών οικογενειακής υποστήριξης καθιστά την προσεκτική εξέταση των σημερινών μας γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων ενηλίκων μια καθοριστικής σημασίας προσπάθεια. Ειδικότερα, είναι χρήσιμο να διερευνηθούν οι τρόποι με τους οποίους οι πληροφορίες που αποκτώνται από την έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση της πρακτικής και της πολιτικής. Εάν οι κοινωνικοί λειτουργοί πρόκειται να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τους ηλικιωμένους ενήλικες, είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοήσουν τη συμβολή και τις ανάγκες των οικογενειακών φροντιστών (Schulz and Martire, 2004).

### **3.3. Η κρίση του κράτους πρόνοιας και πως επηρέασε την παροχή φροντίδα από την οικογένεια**

Αυτό που συνέβη στη μακροχρόνια φροντίδα κατά τη διάρκεια της κρίσης μπορεί να συνοψιστεί ως ένα κουβάρι πέντε παραδόξων: Οι ανάγκες φροντίδας παρέμειναν σταθερές ή και μειώθηκαν, παρά τη γήρανση και την επιδείνωση της υγείας, ιδίως μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών. Τα κενά φροντίδας συρρικνώθηκαν, παρά την περιορισμένη δημόσια παροχή. Τα κενά καλύφθηκαν από την αύξηση της επαγγελματικής και όχι της άτυπης οικογενειακής μη αμειβόμενης φροντίδας. Αυτό συνέβη παρά την παρατηρούμενη οικογενειακή ενοποίηση - που συμπαρασύρει τα εισοδήματα και τους πόρους φροντίδας. Έτσι, οι οικογένειες χρησιμοποίησαν τους καταπονημένους οικονομικούς τους πόρους για να αγοράσουν και να πληρώσουν περισσότερη φροντίδα. Η συχνότητα των «πληρωμών από την τσέπη» για τη φροντίδα αυξήθηκε σε όλο το φάσμα του εισοδήματος, παρά τη μείωση των εισοδημάτων (Schumacher et. al., 2000).

Λαμβάνοντας υπόψη όσα γνωρίζουμε για το άτυπο κράτος πρόνοιας, καθώς και τα προ κρίσης χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, η "φυσιολογική" αντίδραση που θα περίμενε κανείς είναι η οικογένεια να αναλάβει να καλύψει τη ζήτηση. Αυτή η διαδικασία θα ήταν σε μεγάλο βαθμό έμφυλη. Οι γυναίκες θα έπρεπε να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο, πόρους και να αφιερωθούν στη φροντίδα των συγγενών και των φίλων τους. Τουναντίον, αυτό που βλέπουμε είναι ότι τα κενά καλύπτονται με μεγαλύτερη εξάρτηση από την αγορά. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες, δεν μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν τους συγγενείς, αλλά κάνουν το αντίθετο: Ακόμη και γυναίκες που ήταν νοικοκυρές πριν από την κρίση, εισέρχονται στην αγορά εργασίας, με σκοπό να καλύψουν τις ελλείψεις εισοδήματος που επηρεάζουν το νοικοκυριό τους - το "φαινόμενο του πρόσθετου εργαζόμενου". Πράγματι, θα περίμενε κανείς ότι τουλάχιστον ένα μέρος της αυξημένης προσφοράς "επαγγελματικών" υπηρεσιών που αγοράζονται σε υπηρεσίες, παρέχεται από ορισμένες γυναίκες, που προηγουμένως παρείχαν μη αμειβόμενη εργασία εντός της οικογένειας. Αντί οι γυναίκες να μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν ηλικιωμένους συγγενείς, προτιμούν να προσπαθούν να βρουν οι ίδιες εργασία και να προσλαμβάνουν άλλες γυναίκες για την επιπλέον εργασία φροντίδας που δημιουργείται (Schumacher et. al., 2000).

Οι οικονομικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια της κρίσης ενίσχυσαν αυτή τη διαδικασία. Προκάλεσε μια σημαντική ανακατανομή του εισοδήματος. Πρώτον, οι μεσαίες και χαμηλές συντάξεις μειώθηκαν λιγότερο από τις αποδοχές από την εργασία (κατά 14% περίπου). Δεύτερον, μεγαλύτερο μέρος της προσαρμογής μεταφέρθηκε στους μισθούς του ιδιωτικού τομέα, που επηρεάστηκαν περαιτέρω από τη μεγαλύτερη ευελιξία. Έτσι, ενώ οι μέσες αποδοχές μειώθηκαν κατά 30% περίπου, οι αμοιβές για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης, θα μειώνονταν περισσότερο από το επίπεδο των τιμών. Έτσι, η σχετική εισοδηματική θέση των συνταξιούχων βελτιώθηκε, καθώς οι σχετικές τιμές των υπηρεσιών φροντίδας μειώθηκαν, γεγονός που επέτρεψε η ευελιξία της εργασίας. Αν συνυπολογιστεί η ευκολία φοροδιαφυγής, η προσδοκία πτώσης των τιμών περίθαλψης ενισχύεται.

Ωστόσο, οι σχετικές τιμές λένε μόνο τη μισή ιστορία. Θα μπορούσαν να λειτουργήσουν μόνο λόγω του ριζικού μετασχηματισμού της στάσης των γυναικών απέναντι στην εργασία. Σε αυτό συνέβαλε η άφιξη μεταναστριών τη δεκαετία του 1990, οι οποίες επέτρεψαν τη λειτουργία μιας προσιτής αγοράς προσωπικών υπηρεσιών. Αυτό είχε επιτρέψει την επέκταση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό κατά την περίοδο έως το 2007. Παρά την εξάντληση της προσφοράς μεταναστών φροντιστών λόγω της μετανάστευσης, οι γυναίκες απέρριψαν την επιστροφή στους παραδοσιακούς ρόλους.

Δεδομένης της ανεπάρκειας (και του περιορισμού) της δημόσιας παροχής, οι οικογένειες αναζήτησαν λύσεις της αγοράς για τα προβλήματα φροντίδας τους.

Ένα σημαντικό γεγονός που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι παρά τις δυσκολίες, οι οικογένειες τα καταφέρνουν - με κοινωνικούς δείκτες όπως το χάσμα φροντίδας να βελτιώνονται (ή τουλάχιστον να επιδεινώνονται λιγότερο από τους οικονομικούς δείκτες). Θα πρέπει να τονιστεί ότι αυτό είναι απίθανο να μην έχει κόστος- υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η εξισορρόπηση των αντικρουόμενων αναγκών και καθηκόντων επιβαρύνει την ψυχολογία των ανθρώπων και άλλες διαστάσεις (Schumacher et. al., 2000).

Σε σχέση με τη δημόσια πολιτική, είναι σαφές ότι η προσοχή του κοινού απορροφάται από το τι συμβαίνει με τις συντάξεις. Οι διακυμάνσεις στην κάλυψη των δαπανών για μακροχρόνια νοσηλεία στις εκθέσεις της AWG μπορούν να ερμηνευθούν ως αποτέλεσμα του εφησυχασμού ότι οι οικογένειες τα καταφέρνουν. Θα συνεχίσουν να ανταπεξέρχονται, μέχρι το 2070, χωρίς καμία βοήθεια από το κράτος; Ωστόσο, αυτό είναι που έχει αποδεχθεί για την Ελλάδα, προβλέποντας ότι η δημογραφική επιδείνωση θα εκτοξεύσει τις εκτιμώμενες δημόσιες δαπάνες της, που ανέρχονται σε 0,01% του ΑΕΠ, στο 0,02% του ΑΕΠ. Η ανάλυσή μας έδειξε ότι ο ιδιωτικός τομέας περίθαλψης, δηλαδή οι ελληνικές οικογένειες, κάλυψαν τις άμεσες ανάγκες από το 2007. Ωστόσο, χρειάζεται ένα άλμα πίστης για να πούμε ότι αυτό μπορεί να παραμείνει μια βιώσιμη επιλογή μακροπρόθεσμα. Αυτό σημαίνει ότι η συζήτηση για το κατά πόσο το κράτος πρόνοιας είναι έτοιμο για την πρόκληση της γήρανσης έχει καθυστερήσει πολύ. Ακόμα και μεσοπρόθεσμα, τα έξοδα από την τσέπη αποτελούν επιβάρυνση των πόρων, οι οποίοι απειλούνται από πολλές κατευθύνσεις. Οι συντάξεις μειώθηκαν και πάλι από το 2019. Ένα άλλο ζητούμενο είναι η προσφορά φροντιστών- οι αλλοδαποί μετανάστες φροντιστές μειώνονται αριθμητικά. Το κενό θα μπορούσε να καλυφθεί με την αξιοποίηση της προσφοράς εργασίας των συνταξιούχων που συνταξιοδοτούνται πρόωρα (Schumacher et. al., 2000).

Ωστόσο, υπάρχουν εμπόδια: ο συνταξιοδοτικός νόμος του 2016 έως και σήμερα περιορίζει πολλές τέτοιες πηγές (περιορισμοί στη μερική απασχόληση των συνταξιούχων- αντικίνητρα για τους αυτοαπασχολούμενους ή για τη φροντίδα ως δεύτερη εργασία). Η προσφυγική κρίση θα μπορούσε να αποτελέσει ευκαιρία για την κάλυψη του κενού της προσφοράς, ιδίως καθώς αναχωρούν τα προηγούμενα κύματα των ίδιων των μεταναστών της δεκαετίας του 1990. Ωστόσο, για να αξιοποιηθεί αυτή η δυνατότητα, πρέπει να υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στις πολιτικές και τις συμπεριφορές. Αυτές αφορούν τόσο την πολιτική

απέναντι στην ένταξή τους, αλλά και τους ίδιους τους πρόσφυγες όσον αφορά τους προσωπικούς τους στόχους. Τα διλήμματα αυτά μπορεί επίσης να έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης. Η τελευταία, σε μια ανεξέλεγκτη αγορά με ελάχιστο ή καθόλου ποιοτικό έλεγχο είναι πιθανό να ποικίλλει και να υπόκειται σε πιέσεις προς τα κάτω, καθώς τα εισοδήματα μειώνονται περαιτέρω. Σε μια τέτοια κατάσταση, η παρουσία ενός ισχυρού δημόσιου τομέα υψηλής ποιότητας, θα λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς ποιότητας για τον ιδιωτικό τομέα (Schumacher et. al., 2000).

### **3.4. Ανακεφαλαίωση**

Στην ενότητα αυτή παρουσιάστηκε το πως η κρίση του κράτους πρόνοιας, επέδρασε στο ρόλο της οικογένειας σαν έναν άτυπο φορέα φροντίδας. Η οικονομική κρίση η οποία είχε σημαντικές επιρροές στην οικονομία και στην κοινωνία της Ελλάδας, παράλληλα με την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας που επιβλήθηκαν, οδήγησαν το κοινωνικό κράτος πρόνοιας να συρρικνώσει τις πολιτικές του για την προστασία και την υγεία των πολιτών. Το γεγονός αυτό έθεσε το θεσμό της οικογένειας αντιμέτωπο με αυτή την πρόκληση. Η κρίση της οικονομίας που πέρασε και στις πολιτικές του κράτους πρόνοιας, επηρέασε εις βάθος το θεσμό της οικογένειας, ο οποίος λειτούργησε σε μεγάλο βαθμό σαν ένας άτυπος φορέας φροντίδας, φτάνοντας στα όρια του αυτονόητου.

## Συμπεράσματα

Βασικό αντικείμενο της παρούσας μελέτη ήταν να διερευνήσει και να εξετάσει την εφαρμοζόμενη προνοιακή πολιτική στην Ελλάδα, να εκτιμήσει τις επιπτώσεις της κρίσης στην ασκούμενη πολιτική αλλά και να αξιολογήσει το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια, σαν ένας άτυπος φορέας φροντίδας.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν για την εξυπηρέτηση του βασικού ερευνητικού ερωτήματος της παρούσας μελέτης, οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, έχουν σαν βασικό τους χαρακτηριστικό την ισχυρή παρουσία του θεσμού της οικογένειας, σαν έναν κεντρικό φορέα όχι μόνο ανεπίσημης αλλά επίσημης, σε πολλές περιπτώσεις φροντίδας. Η κοινωνική πολιτική, έχει συνδεθεί με την οικογένεια με δύο διαφορετικούς τρόπους. Στην Ελλάδα, οι πολιτικές και οι πρακτικές μακροχρόνιας φροντίδας έχουν οικοδομηθεί με βάση την παραδοχή ότι η οικογένεια είναι και θα πρέπει να είναι ο κύριος υπεύθυνος για τη φροντίδα.

Μέσα από τα στοιχεία που εξετάστηκαν διαχρονικά, πριν και μετά την εκδήλωση της κρίσης στην Ελλάδα, η πολιτική που βασίζεται στην προηγούμενη παραδοχή επιμένει παρά τις μεταβαλλόμενες δημογραφικές (μονογονεϊκή και πολύτεκνη οικογένεια) και κοινωνικές (ανεργία, γήρανση του πληθυσμού) τάσεις που έχουν περιορίσει τον αριθμό των διαθέσιμων μελών της οικογένειας για την παροχή φροντίδας. Συγκεκριμένα, το μέγεθος της οικογένειας έχει μειωθεί και οι γυναίκες έχουν εισέλθει σε μεγαλύτερο αριθμό στο εργατικό δυναμικό. Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, παρατηρείται πως στην Ελλάδα υπάρχει μια γενική τάση προς την αυξημένη χρήση ενός ευρύτερου ορισμού της οικογένειας. Αυτός ο ευρύτερος ορισμός υπονοεί ότι οι σύζυγοι, η πυρηνική οικογένεια, οι εκτεταμένοι συγγενείς, οι θετοί συγγενείς και μερικές φορές τα πεθερικά αποτελούν μια συνεχή συλλογικότητα, τα μέλη της οποίας μοιράζονται οικονομικούς πόρους και κινδύνους κατά τη διάρκεια της ζωής τους και πέραν αυτής.

Ωστόσο, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των κρατών όσον αφορά τους νόμους που δημιουργούνται και τους κανόνες που εφαρμόζονται σε σχέση με τις οικονομικές υποχρεώσεις και τη λογοδοσία της οικογένειας. Ορισμένα κράτη διευκολύνουν τη διατήρηση των οικογενειακών πόρων- άλλα ενδιαφέρονται πολύ περισσότερο για την ελαχιστοποίηση της δημόσιας βοήθειας και των δημόσιων δαπανών. Πιο προβληματική από τη διαφοροποίηση των νόμων που αφορούν τις οικονομικές υποχρεώσεις είναι η αμφιθυμία που

παρουσιάζεται στη δημόσια πολιτική όσον αφορά τις υποχρεώσεις των μελών της οικογένειας για την άμεση φροντίδα των εξαρτώμενων ηλικιωμένων. Αν και δεν υπάρχουν νόμοι που να υποχρεώνουν τα μέλη της οικογένειας να παρέχουν φροντίδα, η απουσία εφικτών εναλλακτικών λύσεων με τη μορφή δημόσιων υπηρεσιών ή οικονομικών πόρων συχνά αναγκάζει τα μέλη της οικογένειας να αναλαμβάνουν καθήκοντα φροντίδας που επιβαρύνουν τις ικανότητές τους και εξαντλούν τους προσωπικούς τους πόρους.

Επιπλέον, το κόστος αυτής της φροντίδας δεν κατανέμεται ισότιμα στην κοινωνία, αλλά βαρύνει περισσότερο τις γυναίκες και τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος και μειονοτήτων. Σε μεγάλο βαθμό, λοιπόν, η αποτυχία των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής να δημιουργήσουν προγράμματα για τη στήριξη των οικογενειακών φροντιστών αντανακλά την υποβόσκουσα πεποίθηση ότι τα μέλη της οικογένειας πρέπει να είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και την πεποίθηση ότι η εισαγωγή δημόσιων υπηρεσιών υποστήριξης, θα αναγκάσει τις οικογένειες να παραιτηθούν από αυτή την υποχρέωση. Τα περισσότερα προγράμματα παρέκκλισης αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας ως διαθέσιμους πόρους για την παροχή βοήθειας σε εξαρτώμενους ηλικιωμένους. Οι υπηρεσίες δεν προσφέρονται προς όφελος των οικογενειακών φροντιστών, ούτε αξιολογούνται οι δυνάμεις και οι ανάγκες των μελών της οικογένειας.

Η κρίση ήρθε να ενισχύσει τον αποδυναμωμένο θεσμό του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, επιβαρύνοντας επιπλέον άλλους άτυπους φορείς κοινωνικής φροντίδας, όπως η οικογένεια. Η Ελλάδα ανέπτυξε πελατειακό, υβριδικό μεσογειακό κράτος πρόνοιας με πολλά κενά στην κάλυψη. Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 πυροδότησε μια σοβαρή κρίση δημόσιου χρέους, αναγκάζοντας τη χώρα να αποδεχθεί τρία πακέτα διάσωσης με αυστηρούς όρους ως προς τις περικοπές δαπανών και τις ιδιωτικοποιήσεις. Η αυστηρή λιτότητα έχει προκαλέσει παρατεταμένη ύφεση, με την οικονομία να χάνει περισσότερο από το ένα τέταρτο του ΑΕΠ της μεταξύ 2008 και 2015.

Τα γεγονότα αυτά αποδυνάμωσαν περαιτέρω το θεσμό του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα. Σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ε.Ε., στην Ελλάδα έγινε αρκετά σύνηθες τα μέλη της οικογένειας να παρέχουν άτυπη άμισθη φροντίδα σε άλλα μέλη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, παράλληλα με τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα, η υποστελέχωση και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, αναγκάσαν τις οικογένειες να παρέχουν άτυπη φροντίδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Για να ξεπεραστεί η κρίση αυτή και να αποκατασταθεί ο ρόλος της οικογένειας, θα πρέπει να εφαρμοστούν ορισμένα μέτρα υπό την «ομπρέλα» του κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Αρχικά, κρίνεται αναγκαία η μεταρρύθμιση της μακροχρόνιας φροντίδας. Μια τέτοια μεταρρύθμιση θα αναγνωρίζει την οικογένεια ως την πρωταρχική πηγή φροντίδας και θα περιλαμβάνει νόμιμες υπηρεσίες υποστήριξης. Μια τέτοια αναγνώριση από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής θα απαιτήσει ισχυρές προσπάθειες συνηγορίας από τις οικογένειες, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τις οργανώσεις παροχής υπηρεσιών. Μέχρι τότε, οι οικογενειακοί φροντιστές θα συνεχίσουν να είναι οι αφανείς ήρωες της φροντίδας των ευάλωτων ομάδων. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι τα τελευταία χρόνια η σημασία μιας συστηματικής αξιολόγησης των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών έχει κερδίσει την προσοχή και έχει περάσει στην ατζέντα της δημόσιας πολιτικής.



## Βιβλιογραφία

- Bilecen, B. and Sienkiewicz, J.J. (2014). Informal Social Protection Networks of Migrants: Typical Patterns in Different Transnational Social Spaces. *Population, Space and Place*, 21(3), pp.227–243. doi:10.1002/psp.1906.
- Broderick, E. & Faccio, A. (2019). *Ομάδα Εργασίας των ΗΕ για τις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών στη νομοθεσία και την πράξη*, Έκθεση που υποβλήθηκε στο Συμβούλιο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων τον Ιούνιο του 2020
- Europa. (2020a). *File:GeneralGovernmentExpenditure 2018 EN.jpg - Statistics Explained*. από [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:GeneralGovernmentExpenditure\\_2018\\_EN.jpg](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:GeneralGovernmentExpenditure_2018_EN.jpg)
- Europa. (2020b). *Healthcare expenditure statistics - Statistics Explained*. από [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics#Healthcare\\_expenditure](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure)
- Eurostat newsrelease. (2019). *Quality of life in 2018. How satisfied are people with their lives?* Positive trend in subjective well-being.
- Eurostat. (2020c). *Government expenditure on health - Statistics Explained*. Από [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government\\_expenditure\\_on\\_health#Expenditure\\_on\\_.27health.27](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Government_expenditure_on_health#Expenditure_on_.27health.27)
- Feinberg, L., Reinhard, S. C., Houser, A., and Choula, R. (2011). *Valuing the invaluable: 2011 update, the growing contributions and costs of family caregiving*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 32, 2011.
- Ferrera M. (1999). *Η Ανασυγκρότηση του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη στο Προοπτικές του Κοινωνικού Κράτους στη Νότια Ευρώπη*. (Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ.). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 33-65.
- Ferrera M. The “Southern Model” of Welfare in Social Europe, *J. Eur. soc. Policy*, 1996,6:17-37.

- Ferrera, M. (1996). The Southern model of welfare in social Europe. *Journal of European social policy*, 6(1), 17-37.
- Gaugler, J., and Kane, R. L. (Eds.). (2015). *Family caregiving in the new normal*. Academic Press.
- Informal social protection: Social relations and cash transfers. (2014). [online] Available at: <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/informal-social-protection.pdf> [Accessed 9 Nov. 2022].
- Montgomery, R. J., Rowe, J. M., and Kosloski, K. (2007). Family caregiving. *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*, 426-454.
- Munck, R. (1996). Midgley, James," Social Development: The Developmental Perspective in Social Welfare"(Book Review). *Third World Planning Review*, 18(2), 257.
- Niblett R., Begg I., Mushovel F. (2015). *The Welfare State in Europe: Visions for reform*. London, The Royal Institute of International Affairs.
- Noikokyrakis G. & Sarafis, P. (2018). Social protection and the challenges of the European Welfare State. *Archives of Hellenic Medicine*. 35. 464-471.,
- Rempel, G. R., Neufeld, A., and Kushner, K. E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of family nursing*, 13(4), 403-419.
- Schulz, R., and Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(3), 240-249.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., and Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in nursing and health*, 23(3), 191-203.
- Staeheli L. (2001). *Welfare state, Geography of*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.
- Zarit, S. H., and Edwards, A. B. (2008). *Family caregiving: Research and clinical intervention*.
- Βενιέρης, Δ. (2015). *Κοινωνική Πολιτική. Έννοιες και Σχέσεις*. Τόπος, Αθήνα.

- Δαφέρμος, Γ. & Παπαθεοδώρου, Χ. “Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια;” *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων*. Ιούλιος 2011.
- Δίκαιος Κ., Χλέτσος Μ. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Β, Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική. Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή, *Δελτίο τύπου, Στατιστικές συστήματος κοινωνικής προστασίας: Έτος 2017*, διαθέσιμο στη διεύθυνση: [www.shorturl.at/kyILU](http://www.shorturl.at/kyILU).
- Ζαχαρόπουλος, Γ. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας και στην φαρμακευτική πολιτική της Ελλάδας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2014;19(3): 272-286
- Ιωάννου Α., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π. (2020). «Κοινωνική πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη. Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020». *Νοσηλευτική*, 59(3), 212-220.
- Ιωάννου, Α., Αποστολάκης, Ι. and Σαράφης, Π. (2020). Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2020, 59(3): 212–220.
- Κασιμάτη, Κ., Λουκία Μ. Μουσούρου, (2006). Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2005, σελ. 286. *Social Cohesion and Development*, 1(1), 87-89.
- Κοντιάδης Ξ. (2008). Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας. Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Μιχαήλου, Χ. Π. (2014). *Τα αίτια και η δημιουργία του κράτους πρόνοιας*.
- Παπακωνσταντίνου, Δ., Κουρέας, Γ., and Σοφοκλέους, Α. (2017). *Η φροντίδα σε κρίση: οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό*. Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Στρατηγάκη Μ., (2007). *Το φύλο της κοινωνικής πολιτικής*, Μεταίχμιο

Υφαντόπουλος Γ, Μπαλούρδος Δ., Νικολόπουλος Κ. (2009). *Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας*. Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg.