



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

*Διπλωματική Εργασία*

**ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

της

**ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΧΗΤΑ**

Επιβλέπων Καθηγητής

Ευγενία Μηνασίδου

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος  
ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2019



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψτε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

## Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 13-11-2019

Η Δηλούσα: Βασιλική Χήτα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος Κράτος Πρόνοιας εκφράζει εν μέρει την κοινωνική πολιτική της κάθε χώρας σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Οι παράμετροι που συμβάλλουν στη διαμόρφωσή του περιλαμβάνουν ιστορικές, οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιρροές. Σύμφωνα με τους μελετητές, τα μοντέλα Κρατών Πρόνοιας χαρακτηρίζονται ως «υπολειμματικά», «θεσμικά», ή «αξιοκρατικά» (κατά τον Titmus), «επαγγελματικά» ή «καθολικά» (κατά τον Ferrera) και «φιλελεύθερα», «συντηρητικά» ή «σοσιαλδημοκρατικά» (κατά τον Andersen). Στην τυπολογία του Andersen, έχει προστεθεί ακόμη ένα μοντέλο το λεγόμενο «Νοτιοευρωπαϊκό».

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η γενικότερη αναφορά στα μοντέλα Κρατών Πρόνοιας, με ειδικότερη ανάλυση του Νοτιοευρωπαϊκού με έμφαση στις πολιτικές υγείας.

Χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, κυρίως άρθρα από αναγνωρισμένα επιστημονικά περιοδικά, καθώς επίσης βιβλία, αλλά και διαδικτυακές βάσεις δεδομένων.

Συμπερασματικά, το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους Πρόνοιας, δεν υφίσταται ως ένα ανεξάρτητο θεωρητικό μοντέλο, αλλά πρόκειται για ένα μίγμα χαρακτηριστικών από όλα τα υπόλοιπα. Περιλαμβάνει την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ελλάδα. Πρόκειται για την προσπάθεια των χωρών του ευρωπαϊκού νότου, οι οποίες δε χαρακτηρίστηκαν ποτέ από οικονομική ανάπτυξη ανάλογη με αυτή των βόρειων περιοχών, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προστασία των πολιτών από τους λεγόμενους κοινωνικούς κινδύνους (ασθένεια, γήρας, φτώχεια, ανεργία κ.α.). Σαφώς η Ισπανία και η Ιταλία έχουν επιτύχει καλύτερα προγράμματα κοινωνικών παροχών και στήριξης των ασθενέστερων πολιτών. Η Πορτογαλία σημείωσε μεγάλη ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες όχι όμως ανάλογη με τις χώρες της δυτικής Ευρώπης, δεδομένου ότι μέχρι και τη δεκαετία του 1970, εμφάνιζε ποσοστά νοσηρότητας παρόμοια με αυτά του Τρίτου Κόσμου. Στην Ελλάδα την εποχή της μεταπολίτευσης επιχειρήθηκαν φιλότιμες προσπάθειες ανάπτυξης του Κράτους Πρόνοιας, οι οποίες όμως δε συνοδεύτηκαν από την ανάλογη μελέτη βιωσιμότητας.

Στη σημερινή εποχή μετά από μία 10ετή παγκόσμια οικονομική κατάρρευση και μετανάστευση θυμάτων πολέμου, ο θεσμός του Κράτους Πρόνοιας διέρχεται

κρίση που επιβάλλει την αναδιαμόρφωση του ρόλου του και τη λήψη μεταρρυθμιστικών μέτρων προκειμένου να εξακολουθήσει να υφίσταται ως θεσμός παροχής ασφάλειας και ευζωίας στο κοινωνικό σύνολο.

## ABSTRACT

The term 'welfare state' refers to the type of the social policy of each country. The parameters that contribute to its formation include historical, economic, social and political influences. According to scholars, the models of Welfare States are described as "residual", "industrial", "institutional" (according to Titmus), "occupational", "universal" (according to Ferrera) and "liberal", "conservative" or "social democratic" (according to Andersen). In the Andersen's typology, a model called "South European" has been added.

The purpose of this literature review is to analyze and present the models of welfare states, with a more focused analysis on the South European's models health policies.

Greek and English literature was used, mainly articles from scientific journals, as well as books, but some online databases as well.

In conclusion, the South European welfare state model does not exist in practice as an independent theoretical model, but it is a mixture of characteristics from all the others. It includes features from the Spanish, Portuguese, Italian and Greek. It is the product of the efforts of the southern Europe countries, which have never been characterized by economic development similar to that of the northern regions. Its aim is to protect citizens as much as possible against the social risks (sickness, old age, poverty, unemployment, etc.). Clearly Spain and Italy have achieved better social benefit and support programs for the weakest citizens. Portugal has seen great growth in recent decades, but not in line with the countries of western Europe, since it had had morbidity rates similar to those of the Third World up until the 1970s. In Greece starting from the 70's considerable efforts have been made to develop a solid welfare state, but these were not accompanied by a corresponding sustainability studies.

In today's era, after a 10-year global economic collapse and migration of war victims, the institution of the welfare state is in crisis, which requires a reshaping of its role and reform measures in order to continue to exist as an institution providing security and welfare to society.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ .....	6
1.1 Ορισμός Κράτους – Πρόνοιας.....	7
1.2 Ιστορική Αναδρομή .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ..	16
1.3 Κριτήρια ανάπτυξης μοντέλων Κρατών Πρόνοιας .....	16
1.4 Κατάταξη κατά Andersen .....	19
1.4.1 Φιλελεύθερο ή αγγλοσαξονικό .....	19
2.2.2 Συντηρητικό .....	21
2.2.3 Σοσιαλδημοκρατικό .....	22
2.2.4 Νοτιοευρωπαϊκό.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΟ ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ. .....	25
3.1 Τα μοντέλα Bismark και Beveridge .....	25
3.2 Τα βασικά χαρακτηριστικά του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους – Πρόνοιας.....	26
3.3 Ο ρόλος της οικογένειας.....	31
3.4 Συντάξεις, υγειονομική περίθαλψη και κοινωνική αρωγή .....	35
3.5 Ειδικά χαρακτηριστικά των χωρών του Νοτιοευρωπαϊκού Μοντέλου Κράτους Πρόνοιας.....	37
3.5.1 Ισπανία .....	37
3.5.2 Πορτογαλία .....	42
3.5.3 Ιταλία .....	49
3.5.4 Ελλάδα .....	54
3.6 Το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους – Πρόνοιας στην εποχή της οικονομικής κρίσης.....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής και η υποστήριξη των πολιτών από το Κράτος πρωτοεμφανίζεται στα αρχαία ακόμη χρόνια καθώς ο άνθρωπος ανέκαθεν επιζητούσε την ευζωία του και την βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι οικονομικά αδύναμοι, οι ασθενείς και οι ηλικιωμένοι συνιστούσαν πάντοτε έναν ευπαθή πληθυσμό για τον οποίο η εκάστοτε ηγεσία είχε την επιλογή να διαμορφώσει ένα πλαίσιο υποστήριξης. Με την πάροδο του χρόνου και τη διατύπωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η πρόληψη και η αντιμετώπιση των αναπόφευκτων ή απροσδόκητων δυσάρεστων καταστάσεων, θεωρήθηκε κρατική υποχρέωση και κατ' επέκταση κοινωνικό δικαίωμα το οποίο οι ηγεσίες καλούνταν να ικανοποιήσουν.

Και πάλι όμως η ικανοποίηση αυτή προσδιορίστηκε από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούσαν σε κάθε Κράτος, όπως η οικονομική του ανάπτυξη αλλά και η γενικότερη φιλοσοφία της πολιτικής που εξέφραζε η ηγεσία. Η έκφραση της κοινωνικής πολιτικής στο πλαίσιο της υποστήριξης των ευπαθών ομάδων σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο ονομάστηκε «Κράτος Πρόνοιας» και οι κύριοι στόχοι του αφορούσαν την εξασφάλιση εισοδήματος, την περίθαλψη των ασθενών, την υποστήριξη των ηλικιωμένων και των ανέργων καθώς την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και μόρφωσης σε όλους τους πολίτες. Ο όρος «πρόνοια» αναφέρεται στην εκ των προτέρων φροντίδα που αποσκοπεί στην κάλυψη αναγκών και στην αντιμετώπιση των κινδύνων.

Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά της μεταπολεμικής κοινωνίας των χωρών της Ευρώπης αντικατοπτρίζοντας την οικονομική και πολιτική οργάνωση και κυρίως την κοινωνική πολιτική η οποία μπορεί να εκτείνεται από την υποστήριξη των εξαιρετικά αδυνάτων (Κράτος Φύλακας), μέχρι την παροχή γενναιόδωρων υπηρεσιών και επιδομάτων προς όλο τον πληθυσμό (Κράτος Πρόνοιας).

Φαίνεται λοιπόν ότι το Κράτος Πρόνοιας αποτελεί μία δυναμική έκφραση των εκάστοτε οικονομικο-πολιτικών συνθηκών και υπόκειται σε μεταβολές, ακμή και παρακμή. Η σημερινή εποχή αποτελεί μία περίοδο μεγάλης δοκιμασίας των Κρατών Πρόνοιας, καθώς οι μάζες των ευπαθών ομάδων αυξάνονται ως απόρροια διαφόρων συνθηκών. Η ανάπτυξη της ιατρικής και της φαρμακοβιομηχανίας (που έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, την αύξηση του πληθυσμού



των ηλικιωμένων και των χρόνιων πασχόντων), η υπογεννητικότητα, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και οι μετακινήσεις θυμάτων πολέμου αλλά και άλλων οικονομικών και πολιτικών μεταναστών, εγκυμονούν κινδύνους κατάρρευσης των Κρατών Πρόνοιας.

Οι χώρες της νότιας Ευρώπης δεν κατάφεραν ποτέ να φτάσουν τα επίπεδα της οικονομικής ανάπτυξης των Βόρειων ευρωπαϊκών χωρών. Σε όλες τις χώρες της νότιας Ευρώπης, επικράτησαν για περισσότερο ή λιγότερο χρόνο δικτατορικά καθεστώτα, τα οποία διαδέχθηκε μία σοσιαλιστική πολιτική που σε ορισμένες περιπτώσεις, βιαστικά και χωρίς τον απαιτούμενο σχεδιασμό βιωσιμότητας προσπάθησε να παρέχει υποστήριξη στους πολίτες, με αποτέλεσμα μία πρόσκαιρη ευημερία, το οικοδόμημα της οποίας αποδείχθηκε αδύναμο να αντιμετωπίσει την παγκόσμια οικονομική κρίση που άρχισε να εκδηλώνεται στην πρώτη δεκαετία του 2000.

Σήμερα το Κράτος Πρόνοιας των χωρών της νότιας Ευρώπης καταβάλλει προσπάθειες να διατηρήσει την υπόστασή του, με την Ελλάδα να βρίσκεται στη χειρότερη θέση. Οι μεσογειακές χώρες λόγω της γεωγραφικής τους θέσης αποτελούσαν πάντοτε ένα κομβικό σημείο μετακίνησης και επικοινωνίας με τον υπόλοιπο κόσμο. Στη σημερινή εποχή και παρά την κρίση που υφίστανται οι Νοτιοευρωπαϊκές οικονομίες, το Κράτος Πρόνοιας καλείται να σταθεί τόσο στις ενδογενείς ανάγκες, αλλά και να αποτελέσει πυλώνα υποστήριξης νεοεισερχομένων πληθυσμών που επιθυμούν να μετακινηθούν βορειότερα, καθώς η διασφάλιση, ή μη, της υγείας τους (έγκαιρη διάγνωση μεταδιδόμενων νοσημάτων, πρόληψη ασθενειών), θα έχει τις ανάλογες επιπτώσεις σε όλη την Ευρώπη.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μία μελέτη βιβλιογραφίας των Κρατών Πρόνοιας και επικεντρώνεται στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, στα ειδικότερα χαρακτηριστικά του και στα προβλήματα που προέκυψαν σε μία εποχή οικονομικής κρίσης, πολέμων και μετανάστευσης. Η γεωγραφική θέση της νότιας Ευρώπης που αποτελεί το πέρασμα χιλιάδων θυμάτων πολέμου, η οικονομική κρίση αλλά και οι εσωτερικές απαιτήσεις των πολιτών για ποιότητα ζωής, αποτέλεσαν τους κύριους προβληματισμούς και δημιούργησαν το ενδιαφέρον ενασχόλησης με το συγκεκριμένο θέμα.

Στο πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίζεται ο όρος «Κράτος Πρόνοιας» και προσδιορίζεται σε σχέση με το κοινωνικό Κράτος και την κοινωνική πολιτική. Το κοινωνικό κράτος έχει έννοια περισσότερο θεσμική και νομική, ενώ το Κράτος

Πρόνοιας χαρακτηρίζεται από ένα κοινωνικό – πολιτικό περιεχόμενο που εκφράζει σε μία δεδομένη στιγμή την κοινωνική πολιτική μιας ηγεσίας. Στη συνέχεια γίνεται μία ιστορική αναδρομή του Κράτους Πρόνοιας από τη «Σεισάχθεια» του Σόλωνα και τη διάδοση των χριστιανικών ιδεών (αγάπη, αλληλοβοήθεια), μέχρι το Μεσαίωνα και τις νεοφιλελεύθερες και καπιταλιστικές αντιλήψεις της σημερινής εποχής.

Οι ιστορικές επιδράσεις της κάθε χώρας, η οικονομία και η πολιτική της φιλοσοφία, οδήγησαν στη διαμόρφωση διαφόρων μοντέλων Κρατών Πρόνοιας, τα οποία αναλύονται στο δεύτερο κεφάλαιο. Στην Ευρώπη τα Κράτη Πρόνοιας δίνουν γενικά έμφαση στην κοινωνική προστασία, στην εξασφάλιση εισοδήματος, στην προστασία από τους κοινωνικούς κινδύνους κ.α. Με βάση τα προαναφερόμενα και ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση του κάθε μελετητή, διατυπώθηκαν διάφορα μοντέλα Κρατών Πρόνοιας ως μία προσπάθεια ομαδοποίησής τους, ανάλογα με τους στόχους και την ιδεολογία τους. Οι κυριότεροι μελετητές που ασχολήθηκαν με τους ιδιοτύπους των Κρατών Πρόνοιας είναι ο Titmus, ο Ferrera και ο Andersen.

Ο Titmus κάνει λόγο για το «υπολειπόμενο μοντέλο» (που χαρακτηρίζεται από περιορισμένη κρατική παρέμβαση ενώ η αγορά και η οικογένεια παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών και στην στήριξη των αδυνάτων αντίστοιχα), για το «αξιοκρατικό» (απολαβές ανάλογα με την παραγωγική/εργασιακή ικανότητα και ιδιότητα) και για το «θεσμικό» (καθολική κρατική κάλυψη). Ο Ferrera ομαδοποιεί τα μοντέλα ως «επαγγελματικά» και «καθολικά» με τις εργασιακές απολαβές να καθορίζουν τις παροχές στα πρώτα και την καθολική κρατική μέριμνα στα δεύτερα. Ο Andersen κάνει λόγο για το «φιλελεύθερο» ή «αγγλοσαξονικό» όπου η αγορά έχει τον κύριο ρόλο, το «σοσιαλδημοκρατικό» όπου το Κράτος διακρίνεται από μεγάλη γενναιοδωρία προς όλους τους πολίτες και το «Συντηρητικό» το οποίο διατηρεί έναν περιορισμένο ρόλο της αγοράς, υποστηρίζει τους πολίτες με βάση κριτήρια και προωθεί αξίες όπως η οικογένεια, ο γάμος και το ρόλο της γυναίκας ως «φροντιστή». Η περιγραφή των ιδιοτύπων κατά Andersen είναι εκτενέστερη, καθώς το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους Πρόνοιας, έχει χαρακτηριστεί από τους μελετητές ως το τέταρτο στην κατάταξη του Andersen.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου. Διαφαίνεται ότι δεν πρόκειται για ένα ανεξάρτητο θεωρητικό ιδεότυπο αλλά για ένα μίγμα χαρακτηριστικών από όλα τα μοντέλα Κρατών Πρόνοιας. Κοινά χαρακτηριστικά των χωρών της νότιας Ευρώπης που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτού του ποικιλόμορφου μοντέλου είναι η καθυστερημένη οικονομική ανάπτυξη, η

διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής ανάλογα με τη θεώρηση της κάθε πολιτικής παράταξης, η δυσλειτουργία του δημόσιου τομέα και στοιχεία όπως διαφθορά, η παραοικονομία και η φοροδιαφυγή. Πιο συγκεκριμένα τα Κράτη Πρόνοιας της νότιας Ευρώπης χαρακτηρίζονται από κατακερματισμένο σύστημα κοινωνικών – προνοιακών επιδομάτων και υπηρεσιών, άνιση κατανομή παροχών και συντάξεων, έντονο πελατειακό χαρακτήρα και σημαντική συμβολή της οικογένειας στην υποστήριξη των αδύναμων μελών της. Δεδομένου ότι οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, εμφανίζουν συνάμα και έντονες διαφορές μεταξύ τους, κρίνεται απαραίτητη η παρουσίαση των χαρακτηριστικών του Κράτους Πρόνοιας της κάθε χώρας ξεχωριστά.

Στην Ισπανία μετά την πτώση της δικτατορίας του Φράνκο, το σοσιαλιστικό κόμμα οργάνωσε το Κράτος Πρόνοιας και προσδιόρισε τη χρηματοδότησή του. Σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στην περίθαλψη, στην ασφαλιστική κάλυψη και στις συντάξεις. Παρόλα αυτά το προνοιακό σύστημα ανέκαθεν αντιμετώπιζε προβλήματα τα οποία οξύνθηκαν με την οικονομική κρίση του 2007. Στην Πορτογαλία η ανάπτυξη ήταν αξιοσημείωτη, αν αναλογιστεί κανείς ότι μέχρι το 1970 οι δείκτες υγείας ήταν εξαιρετικά χαμηλοί. Η Πορτογαλία επίσης κατόρθωσε να εξασφαλίσει και να θεσμοθετήσει το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα στους πολίτες της. Η Ιταλία οργάνωσε ένα αρκετά γενναιόδωρο σύστημα υγείας με παροχές προς όλους τους πολίτες της. Στο θέμα όμως των παροχών και των συντάξεων παρουσίαζε άνιση κατανομή. Επίσης οργάνωσε την προστασία από την ανεργία. Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας της Ελλάδας ξεκίνησε ουσιαστικά μετά το 1974, χωρίς προγραμματισμό και μελλοντικό σχεδιασμό. Παρουσιάζει χαρακτηριστικά φιλελευθερισμού αλλά και σοσιαλδημοκρατίας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας που οργανώθηκε τη δεκαετία του 1980, δεν φάνηκε αντάξιο των προσδοκιών του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η μεγάλη υπανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε περίπου το 2007, δημιούργησε ακόμη μεγαλύτερα προβλήματα στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Οι μισθοί και οι συντάξεις μειώθηκαν, η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας περιορίστηκε σημαντικά, τα επιδόματα και το εγγυημένο εισόδημα ελαττώθηκαν. Οι μεσογειακές χώρες και κυρίως η Ελλάδα και η Ιταλία υποδέχονται χιλιάδες μετανάστες, θύματα πολέμου, οι οποίοι αποτελούν αστάθμητο παράγοντα που υπονομεύει την αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε προγραμματισμού. Ενδογενείς κοινωνικές

συνθήκες όπως η υπογεννητικότητα, η αύξηση των χρόνιων ασθενών και του ηλικιωμένου πληθυσμού, θέτουν διλήμματα και προκλήσεις στην μελλοντική κοινωνική πολιτική η οποία απαιτεί μεταρρυθμίσεις, ώστε το Κράτος Πρόνοιας να διατηρήσει κατά το δυνατό αναλλοίωτη την υπόστασή του και το χαρακτήρα του.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας (welfare state) αποτέλεσε ένα από τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά της μεταπολεμικής περιόδου των αναπτυγμένων καπιταλιστικών οικονομιών και ιδιαίτερα των χωρών της Ευρώπης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, η σημαντικότερη ίσως μεταβολή που συνέβη στη δομή και στη λειτουργία των αναπτυγμένων οικονομιών στις πρώτες δεκαετίες που ακολούθησαν το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου ήταν ο όλο και μεγαλύτερος βαθμός ανάπτυξης και ανάμειξης του Κράτους σε όλους τους τομείς της οικονομίας και της κοινωνικής οργάνωσης (Μανιάτης, 2014).

Στη σημερινή εποχή το Κράτος Πρόνοιας αποτελεί βασικό στοιχείο της κοινωνικής πολιτικής, σε όλα τα αναπτυγμένα κράτη. Παραδοσιακά με τον όρο αυτό ορίζεται «μία σειρά υπηρεσιών, παροχών και παρεμβάσεων που τροποποιούν τις δυνάμεις της αγοράς μέσω πολιτικών επιλογών και διοικητικών ρυθμίσεων». Η ετυμολογική προέλευση της λέξης πρόνοια, από την αρχαιοελληνική λέξη πρόνους (σύνθετη λέξη, από το πρό και το νοῦς), οδηγεί στην αδιαμφισβήτητη κατανόηση του όρου: «η εκ των προτέρων φροντίδα, που αποσκοπεί στην κάλυψη αναγκών ή/και στην αντιμετώπιση κινδύνων» (Παπαχριστόπουλος, 2013).

Οι κύριες συνιστώσες ενός κράτους πρόνοιας είναι τρεις και περιλαμβάνουν την εξασφάλιση σε άτομα και οικογένειες ενός ελάχιστου εισοδήματος, την υποστήριξη σε δυσμενή γεγονότα και δύσκολες περιόδους, όπως η ασθένεια, το γήρας και η ανεργία και τέλος την παροχή σε όλο το κοινωνικό σύνολο υψηλού επιπέδου κοινωνικές υπηρεσίες ανεξαρτήτως μορφωτικού ή κοινωνικού επιπέδου (Παπαχριστόπουλος, 2013).

Η νεοφιλελεύθερη οικονομική και πολιτική οργάνωση της σημερινής κοινωνίας αντικατοπτρίζεται στην οργάνωση του κοινωνικού κράτους με αποτέλεσμα τη μετάβαση από το Κράτος «Φύλακα» στο Κράτος «Πρόνοιας». Το κράτος «Φύλακας» ήταν η προγενέστερη μορφή της κοινωνικής πολιτικής η οποία προέβλεπε την παροχή βοήθειας και την υποστήριξη μόνο στους πραγματικά οικονομικά ασθενείς και αδύναμους, χαρακτηριζόμενο από περιορισμένη ευελιξία και συρρικνωμένο κρατικό μηχανισμό (Παπαχριστόπουλος, 2013).

## 1.5 Ορισμός Κράτους – Πρόνοιας

Ο ορισμός του Κράτους Πρόνοιας συνδέεται εν μέρει με την κοινωνική πολιτική, την οποία ο Titmus χαρακτηρίζει ως «αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας που εξελίσσεται σε στενότερη σχέση με τα άλλα κοινωνικά πεδία» (Andersen1999).

Κατά τον Ginsburg (1979), η κοινωνική πολιτική παραδοσιακά περιλαμβάνει διάφορες πολιτικές, στρατηγικές και υπηρεσίες. Ο Midgley (1997), προσδίδει στην κοινωνική πολιτική τέσσερις τομείς δράσης προκειμένου να αποδώσει τον ορισμό της και να προσδιορίσει τους στόχους της. Οι τομείς αυτοί είναι: η αναγνώριση του προβλήματος, η αναζήτηση των αιτιών, ο σχεδιασμός της παρέμβασης και η αξιολόγηση.

Φαίνεται λοιπόν, ότι η φύση της κοινωνικής πολιτικής είναι πολυδιάστατη και διά μέσου αυτής εγκαθιδρύεται το Κράτος Πρόνοιας προκειμένου να αντιμετωπίσει τους κινδύνους και να υποστηρίξει γενικότερα την κοινωνία σε όλο το φάσμα των αναγκών της. Δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός, αλλά πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις και απόψεις.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, η Στασινοπούλου (1997), ορίζει την κοινωνική πολιτική ως εξής: «Η οργανωμένη παρέμβαση του Κράτους ή του εκάστοτε φορέα άσκησης εξουσίας η οποία μέσα από την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών –σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο- στοχεύει στη ρύθμιση της κοινωνικής αναπαραγωγής και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης. Η επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας αποτελεί ένα σημαντικό, αλλά όχι αναγκαίο στόχο της, ενώ στις σύγχρονες κοινωνίες προσανατολίζεται προς την στήριξη της ατομικής διαχείρισης των κινδύνων. Συνδέεται άρρηκτα με την κοινωνική αλλαγή, την οποία μπορεί να προωθεί, να καθυστερεί ή να παρεμποδίζει και αποτελεί πολύτιμο εργαλείο επίτευξης των στόχων μιας ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής σε εποχές αναδιάρθρωσης των δομών και σχέσεων σε βάθος και έκταση. Την κοινωνική πολιτική μπορούμε να την κατανοήσουμε μέσα σε συγκεκριμένα ιστορικά και πολιτισμικά πλαίσια και μέσα από τον κυρίαρχο λόγο τον οποίο εκφέρουν οι κύριοι παράγοντες σχεδιασμού και εφαρμογής της και οι επιστημονικοί μελετητές».

Κατά μία άλλη άποψη η κοινωνική πολιτική σημασιοδοτείται μέσα από την προοπτική- του κινδύνου. Ο άνθρωπος από την εποχή της αρχαιότητας επιδιώκει να

βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού προσπαθεί να ελέγξει το περιβάλλον του και να μειώσει τους πιθανούς κινδύνους, δηλαδή τα ατυχήματα, τις ασθένειες, την ανεργία (για τις νεότερες εποχές), το γήρας και το θάνατο. Οι κίνδυνοι αυτοί δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ατομική βάση και για το λόγο αυτό απαιτείται συλλογική προσπάθεια και κοινωνική οργάνωση (Δημουλάς και συν, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κοινωνική πολιτική δεν αντιμετωπίζεται από όλους τους ανθρώπους κατά τον ίδιο τρόπο. Ανάλογα με την κοινωνική θέση, τις αξίες και τα πιστεύω, οι πολίτες ενδέχεται να ορίζουν και να οριοθετούν διαφορετικά την έννοια της κοινωνικής πολιτικής.

Η αλληλοβοήθεια, ο αλtruισμός, η υποστήριξη και η αγάπη προς τον συνάνθρωπο αποτελούσαν ανέκαθεν ύψιστες αξίες που όριζαν και έδιναν νόημα στην έννοια της κοινωνικής συμπεριφοράς του ανθρώπου. Η αλληλοβοήθεια αποτελεί μακρόχρονη παράδοση και μάλιστα μία από τις πρωταρχικές και θεμελιώδεις αρχές της Εκκλησίας. Η δράση της Εκκλησίας είναι στενά συνυφασμένη με τη λήψη πρωτοβουλιών για τον συνάνθρωπο, χωρίς αυτό να απαλλάσσει τον κρατικό μηχανισμό από την εν λόγω ευθύνη. Κράτος και Εκκλησία λειτουργούν ως μία μορφή κοινωνικής δικαιοσύνης και εξυπηρετούν «εκτονωτικά» σε δύσκολες καταστάσεις ή/και σε άτομα που έχουν ανάγκη άμεσης βοήθειας (Δημουλάς και συν, 2012).

Η προσμονή αυτού του είδους υποστήριξης των κοινωνικά ή /και οικονομικά αδυνάτων μέσω της ανθρωπιστικής, αλλά και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, ακόμη και της κρατικής παρέμβασης είναι δικαιολογημένη. Αυτό επιβεβαιώνεται εκτός των άλλων και ιστορικά, μέσω της χρήσης του αρχαίου ελληνικού όρου πρόνοια. Η λέξη πρόνοια σημαίνει σύμφωνα με την ελληνική της ρίζα «τις σκέψεις εκ των προτέρων για την φροντίδα και την πρόληψη, τον σχεδιασμό και την προετοιμασία για μέτρα προφύλαξης και διατήρησης της πρόληψης-προφύλαξης. Η ετυμολογική ανάλυση της λέξης περικλείει δύο κατευθύνσεις, της θεραπείας και αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων και της πρόληψης τέτοιων καταστάσεων με ταυτόχρονο σχεδιασμό για να μην ξανασυμβεί κάτι παρόμοιο» (Παπαχριστόπουλος, 2013).

Το «Κράτος – Πρόνοιας» αποτελεί ένα σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής πολιτικής και αντικατοπτρίζει μία συγκεκριμένη χρονική συγκυρία. Ο όρος «Κράτος – Πρόνοιας» αναφέρεται σε μία δεδομένη ιστορική στιγμή της

οργάνωσης του εθνικού Κράτους το οποίο είναι υπεύθυνο για την κοινωνική προστασία των πολιτών και την επίτευξη ευημερίας (Στασινοπούλου, 1997).

Σύμφωνα με τον Κατρούγκαλο (2012), το Κράτος Πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Δεν πρέπει να συγχέεται με το Κοινωνικό Κράτος, όρος που συμπυκνώνει θεσμικά την ανάληψη από το Κράτος συνταγματικών υποχρεώσεων για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών των μελών της κοινωνίας. Ο όρος Κοινωνικό Κράτος και Κράτος Πρόνοιας συχνά συγχέονται αν και υπάρχει ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους. Η κύρια διαφορά τους προκύπτει απότο γεγονός ότι η έννοια του Κοινωνικού Κράτους είναι περισσότερο θεσμική και νομική, ενώ η έννοια του Κράτους Πρόνοιας έχει κοινωνικοπολιτικό περιεχόμενο που αναδύεται μέσα από τη σύγχρονη μορφή του Κράτους προκειμένου να καλύψει τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής (Κατρούγκαλος, 2004).

Για την για την απόδοση του όρου *πρόνοια* χρησιμοποιούνται οι όροι *Wohlfstand* όσον αφορά τη γερμανική γλώσσα και ο αγγλικός *Welfare*. Αξίζει να σημειωθεί ότι στον ακαδημαϊκό χώρο χρησιμοποιείται ο δανειζόμενος από τα αρχαία ελληνικά όρος *Prophylaxe*, που σημαίνει την *προφύλαξη* και την ανάγκη ετοιμότητας για το μέλλον. Η χρήση του αγγλικού όρου *welfare state*, περιέχει τα στοιχεία του *κράτους ευημερίας* και περιγράφεται στην γερμανική ορολογία με την έμπρακτη εφαρμογή του συνόλου των υποσυστημάτων του *κοινωνικού κράτους*, δηλαδή αυτό της *ασφάλισης (Versicherung)*, της *φροντίδας (Versorgung)* και της *πρόληψης (Fürsorge)*. Η τελευταία, είναι αυτή η οποία βρίσκεται πιο κοντά σημασιολογικά στο νόημα της έννοιας *πρόνοια* στα ελληνικά ή του *welfare state* στα αγγλικά (Koffas, 2009).



## 1.6 Ιστορική Αναδρομή

Ανέκαθεν ο άνθρωπος προσπαθούσε να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσής του καθώς και την ποιότητα ζωής του, νιώθοντας το αίσθημα της αλληλεγγύης και της αλληλοϋποστήριξης, που οδήγησε στην ανάπτυξη κοινωνικής συλλογικής φροντίδας. Η συνθήκη αυτή παρατηρήθηκε πριν από τη σύσταση του σύγχρονου αστικού Κράτους.

Ο χαρακτήρας του δεν ήταν καθολικός ούτε ομοιογενής μέσα σε ένα Κράτος. Είχε οργάνωση τοπική, μέσα από διάφορες μορφές, όπως οι συντεχνίες. Σημαντικό ρόλο έπαιξε η Εκκλησία η οποία οργάνωσε ιδρύματα για την υποστήριξη των φτωχών με την εθελοντική προσφορά των πλουσίων. Επίσης, καθοριστικός ήταν ο ρόλος της οικογένειας που αναλάμβανε τα μέλη της από τη γέννηση μέχρι την ανεξαρτητοποίησή τους, ενώ παρείχε προστασία στα ανήμπορα και ηλικιωμένα μέλη της (Κολοβού, 2013).

Ο αρχαίος ελληνικός πολιτισμός στο πλαίσιο της κοινωνικής του οργάνωσης επέδειξε έντονο ενδιαφέρον στην φροντίδα και υποστήριξη των αδυνάτων και των ασθενών. Υπήρχαν νόμοι σχετικά με τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την προστασία των ανίκανων για εργασία, την οικονομική ενίσχυση των άπορων γεωργών, την παροχή συντάξεων στους γέροντες, τους ανάπηρους και τα ορφανά πολέμων. Τόσο ο Σόλων (630 π.Χ.) στην Αθήνα όσο και ο Περίανδρος (668 π.Χ.) στην Κόρινθο προώθησαν μέτρα προοδευτικής φορολογίας και κατάργηση χρεών (γνωστή ως σεισάχθεια). Κύριος φορέας άσκησης κοινωνικής πολιτικής ήταν η πολιτεία και τα απαιτούμενα έξοδα καλύπτονταν από τη φορολογία και τις δωρεές. Την περίοδο του χρυσού αιώνα της Αθηναϊκής Δημοκρατίας στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας θεσμοθετήθηκαν πολύ προοδευτικά μέτρα κοινωνικής προστασίας, όμως δεν υπήρχε ακόμα η έννοια των κοινωνικών δικαιωμάτων και του κοινωνικού χρέους της πολιτείας προς τον πολίτη (Ορφανού, 2013).

Κατά τη Ρωμαϊκή εποχή, δεν υπάρχει οργανωμένη κοινωνική προστασία, οι Ρωμαίοι όμως λάμβαναν μέριμνα για τους φτωχούς ώστε να έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη με επιδοτούμενο τέλος ή χωρίς κόστος. Σε αντίθεση με την ελληνική κοινωνία, όπου η υγεία θεωρούνταν προσωπικό ζήτημα, η ρωμαϊκή πολιτεία ενίσχυε την φροντίδα υγείας και λάμβανε μέτρα πρόληψης της δημόσιας υγείας. Αυτό μπορεί και να οφείλονταν στις γνώσεις των ιατρών ότι οι λοιμώξεις θα

μπορούσαν να εξαπλωθούν γρήγορα μέσω του πληθυσμού (από τους φτωχούς στους πλούσιους). Επιπλέον, η ρωμαϊκή οικονομία εξαρτιόταν σε ένα βαθμό, από την υγεία και την ευημερία των φτωχών, των σκλάβων και των πεζών στρατιωτών του στρατού. Οι Ρωμαίοι είχαν αντιληφθεί πως η ικανοποίηση των χαμηλότερων και φτωχότερων τάξεων δεν υπονόμει την πολιτική σταθερότητα. Οι δε στρατιώτες εφόσον ήταν δυνατοί και ρωμαλέοι αποτελούσαν ασφάλεια για το Κράτος. Το πρώτο δημόσιο νοσοκομείο στην Αρχαία Ρώμη κατασκευάστηκε στο νησί Τίμπερ το 293 π.Χ. μετά από μια πανούκλα που είχε προσβάλλει την πόλη. Για την κατασκευή του χρησιμοποιήθηκαν κονδύλια της Γερουσίας (Cornish, 2009).

Αργότερα, κατά μήκος της Αυτοκρατορίας, κατασκευάστηκαν και άλλα δημόσια νοσοκομεία που χρηματοδοτούνταν από τους άρχοντες της περιοχής. Η Γερουσία αναλάμβανε τα έξοδα της αρχικής κατασκευής της εγκατάστασης (με τα κεφάλαια να προέρχονται από το δημόσιο ταμείο ή από φόρους). Στη συνέχεια, η χρηματοδότηση των δαπανών συμπληρώνονταν σε μεγάλο βαθμό με δωρεές από πλούσιους. Οι ασθενείς σε κάποιες περιπτώσεις δεσμεύονταν ότι θα συνεισέφεραν κάποιο ποσό σε περίπτωση θεραπείας.

Για ασθενείς που δεν ήταν απαραίτητα απειλητικές για τη ζωή ή απαιτούσαν μακροπρόθεσμη νοσηλεία, οι ασθενείς εντός της Ρώμης μπορούσαν να εξασφαλίσουν τις υπηρεσίες ενός διαμεσολαβητή ιατρού. Κάθε ιατρός ασκούσε το επάγγελμά του στην πόλη του. Οι ιατροί χρέωναν τέλη σε κυλιόμενη κλίμακα ανάλογα με τα περιουσιακά στοιχεία του ασθενή. Επίσης, τα λουτρά θεωρούνταν αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας υγείας και ήταν διαθέσιμα σε σχεδόν όλους τους ρωμαϊκούς οικισμούς με επιδοτούμενο αντίτιμο. Η χαμηλή τιμή εξασφάλισε ότι όλοι μπορούσαν να επωφεληθούν από τις εγκαταστάσεις (Carcopino, 1943).

Η συμβολή της Εκκλησίας στην ανάπτυξη Κράτους – Πρόνοιας ήταν σημαντική και στο Βυζάντιο και αποτέλεσε σταθμό στην ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής γενικότερα. Η Εκκλησία συνεργάζονταν με το Κράτος για την παροχή βοήθειας σε χήρες, ορφανά και ασθενείς και προωθούσε τη δημιουργία ιδρυμάτων και νοσοκομείων με την υποστήριξη του Κράτους (Bruker, 1983).

Κατά το Μεσαίωνα δεν υπάρχει καμία κρατική παρέμβαση στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών σε αντίθεση με την Εκκλησία που είχε τον πλέον σημαντικό ρόλο. Όσον αφορά στη θεραπεία, αυτή ήταν γενικά περιορισμένη και επικρατούσε η αντίληψη πως η ασθένεια μπορεί να ήταν ένα είδος θεϊκής τιμωρίας. Η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου ήταν αποκλειστικό έργο της εκκλησίας.

Επικράτησε η άποψη ότι η θεραπεία μπορεί και να μην ήταν εφικτή σε αυτόν τον κόσμο. Έτσι πολλές από τις παρεμβάσεις της Εκκλησίας είχαν ως στόχο την ίαση στη μετά θάνατο ζωή (Furniss, 1968). Ο Χριστιανισμός και οι αξίες του όπως η αγάπη, η αλληλοβοήθεια κ.α., συνέβαλλε ουσιαστικά στην ανάπτυξη κοινωνικής πρόνοιας προς κάθε άνθρωπο ανεξαρτήτως φύλου, φυλής ή εθνότητας. Η φτωχοί όμως παρέμεναν φτωχοί με μοναδικό μέσω επιβίωσής τους την ελεημοσύνη (Tinder, 1987).

Η αντίληψη της κοινωνικής πολιτικής ως δικαίωμα άρχισε να αναπτύσσεται κατά τους Αναγεννησιακούς χρόνους μέσα στο γενικότερο ιδεολογικό πλαίσιο θεώρησης των πραγμάτων από τους διαφωτιστές. Επικράτησε η άποψη ότι η παροχή βοήθειας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Ο ρόλος της Εκκλησίας στα πρώτα χρόνια της Αναγέννησης εξακολουθούσε να είναι σημαντικός και κυριαρχούσε η φιλανθρωπία.. Με την πάροδο όμως του χρόνου, έγινε αντιληπτό πως η εργατική δύναμη θα έπρεπε να αυξηθεί και πως η παραγωγή ήταν δικαίωμα αλλά και υποχρέωση των πολιτών. Με τον τρόπο αυτό, δόθηκε έμφαση στην ανεύρεση εργασίας από τους ασθενέστερους, ώστε να περιοριστεί η ανάγκη δωρεών και γενικότερα της φιλανθρωπίας, αλλά και να εξαλειφθεί η επαιτεία (Brucker, 1983).

Η περίοδος της Τουρκοκρατίας έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανάπτυξη του κοινωνικού Κράτους στην Ελλάδα. Μετά την πτώση του Βυζαντίου η πολιτική εξουσία περιήλθε στο Σουλτάνο ο οποίος δε διέθετε πόρους για την περίθαλψη και την υποστήριξη των «ραγιάδων». Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ίδιοι να αναγκάζονται, εκτός από τους φόρους που κατέβαλλαν στον κατακτητή, να φροντίζουν για την υγεία τους, για τους φτωχούς, για τις χήρες και τα ορφανά. Παράλληλα συντηρούσαν τα σχολεία (όσα επέτρεπε η τουρκική κυριαρχία), φρόντιζαν για τη δημόσια υγεία, ενώ με την οργάνωση συντεχνιών προσπαθούσαν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη. Ναυτικοί συνεταιρισμοί στο Γαλαξίδι, την Ύδρα, τις Σπέτσες και τα Ψαρά εξασφάλιζαν υγειονομική περίθαλψη στις χήρες και τα ορφανά από εισφορές, ενώ παρείχαν εργασία σε ανέργους. Επιπλέον, οι ενώσεις διέθεταν κεφάλαια για τη λειτουργία ιδρυμάτων, νοσοκομείων, σχολείων, βιβλιοθηκών και ιατρείων (Ορφανού, 2013).

Η πορεία της εξέλιξης του Κράτους – Πρόνοιας στην καπιταλιστική Ευρώπη διακρίνεται σε τέσσερα χρονικά διαστήματα.

Η πρώτη χρονική περίοδος εκτείνεται από το 1870 έως το 1930 και χαρακτηρίζεται από πειραματισμό, καθώς για πρώτη φορά θεσπίζονται νομοθετικές

ρυθμίσεις για τη βελτίωση της υγείας, της εκπαίδευσης και της ποιότητας ζωής. Καθιερώθηκε η κοινωνική ασφάλιση και τα προγράμματα υποστήριξης των δικαιούχων.

Η δεύτερη περίοδος ορίζεται χρονικά μέχρι το 1950 και χαρακτηρίζεται ως στάδιο σταθεροποίησης καθώς εδραιώνονται οι αρχές και τα προγράμματα τα οποία παρουσίασαν επιτυχία κατά την προηγούμενη περίοδο. Οι ιδέες διαδίδονται από Κράτος σε Κράτος, αν και η κρίση του 1929-1932 δυσκόλεψε την περαιτέρω ανάπτυξη και προγραμματισμό (Κολοβού, 2013).

Η οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε έως το 1970 και η αύξηση των κοινωνικών δαπανών επέφερε την «χρυσή εποχή» του Κράτους Πρόνοιας (Σακελαρόπουλος, 2007).

Η τέταρτη χρονική περίοδος αφορά στην περίοδο μέχρι τις μέρες μας με κύριο χαρακτηριστικό την οικονομική κρίση. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, παρατηρήθηκε στην Ευρώπη δημοσιονομική κρίση με κύριο χαρακτηριστικό τη μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της οικονομίας. Το Κράτος Πρόνοιας θεωρήθηκε ότι απέτυχε στην επίτευξη των στόχων καθώς δεν βελτιώθηκαν οι επαρκώς οι παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αμφισβητηθεί έντονο ο ρόλος του κοινωνικού Κράτους. Οι συνεχώς αυξανόμενες παροχές και δαπάνες στα κοινωνικά προγράμματα θεωρήθηκαν αφενός εξαιρετικά επιβαρυντικές για την οικονομία των χωρών και αφετέρου δεν κατόρθωσαν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στον περιορισμό της φτώχειας και των κοινωνικών ανισοτήτων (Τσεκούρα, 2003).

Η δημιουργία του Κράτους Πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα μιας διαδικασίας μεταρρύθμισης και όχι προσπάθεια ματαίωσης της ελεύθερης οικονομίας, με σκοπό την αντιμετώπιση των αδυναμιών της. Η βιομηχανική αστική ανάπτυξη, η γέννηση της ιδέας της ύπαρξης κοινωνικής λειτουργίας του Κράτους, η ανάπτυξη του εργατικού κινήματος, καθώς και ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής και εξαρτημένης εργασίας, ήταν οι βασικοί παράγοντες που οδήγησαν στη δημιουργία του Κράτους Πρόνοιας (Νοικοκυράκης και συν., 2018).

Η Ευρώπη σήμερα χαρακτηρίζεται από σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και δημογραφικές αλλαγές και προκλήσεις όπως η παγκοσμιοποίηση, η φτώχεια, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η γήρανση του πληθυσμού και η μετανάστευση. Λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, όλα τα παραπάνω οδηγούν σε όξυνση και η αντιμετώπισή τους γίνεται από την κοινωνική πολιτική με τρεις θεσμούς οι οποίοι

αλληλεπιδρούν. Πρόκειται για το κράτος, την αγορά και την οικογένεια. Η κρίση οδηγεί σε συρρίκνωση του κοινωνικού Κράτους με τον περιορισμό των δαπανών. Η αδυναμία του Κράτους και της αγοράς να στηρίξει την προστασία των πολιτών, ενεργοποίησε την οικογένεια και τον λεγόμενο «τρίτο τομέα» της οικονομίας, δηλαδή την κοινωνική οικονομία μέσα από τις μη κερδοσκοπικές-μη κυβερνητικές οργανώσεις (Νοικοκυράκης και συν. 2018).

Κατά την πορεία της κοινωνικής πολιτικής και του Κράτους Πρόνοιας, οι κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές επιρροές διαμόρφωσαν διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της κοινωνικής πολιτικής και του σκοπού της, μέσα από μία προσπάθεια να αναζητηθεί και να υποστηριχτεί η βέλτιστη οργάνωση του Κράτους Πρόνοιας. Οι ανωτέρω ιστορικές συνθήκες, σε συνδυασμό με τις γενικότερες τάσεις των χωρών και των πολιτικών σκοπιμοτήτων είχαν σαν αποτέλεσμα, με την πάροδο του χρόνου να διαμορφωθεί η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής, η νεοφιλελεύθερη και η μαρξιστική, οι οποίες με τη σειρά τους συνέβαλλαν περισσότερο ή λιγότερο στη διαμόρφωση των μοντέλων Κράτους – Πρόνοιας που αναπτύχθηκαν στις διάφορες χώρες.

Η Σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής και του Κράτους Πρόνοιας εμφανίστηκε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα στη Μεγάλη Βρετανία, με κύριους εκπροσώπους τους φλαβιανούς σοσιαλιστές. Τα σοσιαλδημοκρατικά κόμματα τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξής τους αποδέχτηκαν τον καπιταλισμό και θεωρούσαν το Κράτος Πρόνοιας ως ένα εργαλείο για την έμμεση επίτευξη των στόχων της κοινωνικής δικαιοσύνης και συνοχής. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση, ο κρατικός μηχανισμός πρέπει να καταπολεμήσει τη φτώχεια με καθολική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων. Το πρώτο μισό του 20ού αιώνα, το Κράτος Πρόνοιας ήταν το βασικό εργαλείο για την εφαρμογή των σοσιαλδημοκρατικών ιδεών. Ταυτόχρονα, οι υποστηρικτές της σοσιαλδημοκρατικής προσέγγισης πρέσβευαν ότι το Κράτος Πρόνοιας θα πρέπει να μετασχηματιστεί για να αντιμετωπίσει τις τρέχουσες προκλήσεις όπως την παγκοσμιοποίηση, την τεχνολογική ανάπτυξη τη γήρανση του πληθυσμού κ.α. (Κοτρογιάννος, 2015).

Σύμφωνα με τη νεοφιλελεύθερη προσέγγιση, το κοινωνικό κράτος αποτελεί βάρος και εμπόδιο στην προσπάθεια ανάπτυξης μιας χώρας. Θεωρείται πολυδάπανο και σπάταλο. Για το λόγο αυτό προτείνει την ιδιωτικοποίηση τόσο των κοινωνικών υπηρεσιών όσο και ολόκληρου του κρατικού μηχανισμού. Το προστατευτικό

νομοθετικό πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων και οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες αμφισβητήθηκαν και τέθηκαν στο στόχαστρο της νεοφιλελεύθερης πολιτικής. Η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση βασιζόταν στη λογική της συνεχούς ανάπτυξης, του τέλειου ανταγωνισμού, της συνεχούς και απρόσκοπτης λειτουργίας των αγορών και των υψηλών αποδόσεων των επενδυτικών προϊόντων (Ορφανού, 2013).

Η σχέση μαρξισμού και κράτους πρόνοιας θεωρείται πολύπλοκη και αντιφατική. Καθώς δεν υπάρχει ένας «αληθινός» μαρξισμός,. Για μια μερίδα μαρξιστών το κράτος πρόνοιας αποτελεί εργαλείο ελέγχου της κυβερνητικής καπιταλιστικής τάξης. Για άλλους θεωρείται ως «Δούρειος Ίππος» για την προώθηση των σοσιαλιστικών αρχών στην καπιταλιστική κοινωνία . Υπάρχει δε μια μερίδα που θεωρεί ότι το κράτος πρόνοιας παρέχει την απαραίτητη βάση για μια κοινωνική και οικονομική τάξη που βασίζεται στην αγορά και τέλος ορισμένοι το θεωρούν ασυμβίβαστο με την μακροπρόθεσμη ακεραιότητα μιας καπιταλιστικής οικονομίας (Karl Marx, 1986).

Κατά τη Στασινοπούλου (1997), κεντρική θέση της μαρξιστικής προσέγγισης είναι ότι το καπιταλιστικό σύστημα δεν είναι σε θέση να καλύψει πλήρως όλες τις ανάγκες των πολιτών η δε διεύρυνση του κράτους πρόνοιας δεν οδηγεί σε καμιά περίπτωση σε σοσιαλιστικό μετασχηματισμό «δεν είναι δυνατόν μέσα από το καπιταλιστικό σύστημα να καλυφθούν πλήρως όλες οι ανάγκες και ότι η διεύρυνση της λειτουργίας του κράτους δεν οδηγεί στον σοσιαλιστικό μετασχηματισμό της κοινωνίας».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

#### 2.1 Κριτήρια ανάπτυξης μοντέλων Κρατών Πρόνοιας

Τα κοινωνικά πρότυπα και τα πρότυπα κοινωνικής πρόνοιας που εφαρμόζονται στις ευρωπαϊκές χώρες έχουν κοινά χαρακτηριστικά, αλλά, η έννοια του «ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου» δεν εφαρμόζεται παντού στην Ευρώπη. Ωστόσο, τα κοινωνικά συστήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα και θεωρούνται ότι έχουν τις ακόλουθες ομοιότητες:

- Έμφαση στην κοινωνική προστασία
- Εκ των υστέρων παροχές για παραδοσιακούς κινδύνους/ανάγκες. Με τον όρο κίνδυνοι εννοούνται όλες οι συνθήκες με αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν στη ζωή ενός ατόμου, απροσδόκητα (πχ ασθένεια, ανεργία κ.α.) ή αναπόφευκτα (πχ τα γηρατειά).
- «Παθητικές» μεταβιβάσεις κατά τη διάρκεια μη απασχόλησης (συντάξεις, ανεργία, αναπηρία, ασθένεια, μητρότητα, εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας κλπ.).
- Υπολειμματικά δίκτυα ασφάλειας (κατά της φτώχειας). Ένα κράτος που χαρακτηρίζεται από «υπολειμματική» κοινωνική πολιτική, παρέχει μικρή προστασία στους πολίτες του και εφαρμόζει προγράμματα μόνο για εξαιρετικές και επείγουσες περιπτώσεις, όπως είναι η φτώχεια, η αναπηρία και άλλα παρόμοια.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση: εκτός κοινωνικής προστασίας. Στα περισσότερα μοντέλα Κράτους Πρόνοιας η εκπαίδευση είναι δωρεάν μόνο στις χαμηλές βαθμίδες. Η δε πανεπιστημιακή εκπαίδευση απαιτεί χαμηλότερα ή υψηλότερα δίδακτρα.

Οι πτυχές αυτές αντιπροσωπεύονται στις διάφορες χώρες με συγκεκριμένους τρόπους. Ωστόσο, μπορούν να συγκεντρωθούν σε ορισμένα διαφορετικά κοινωνικά μοντέλα. Τα μοντέλα διαφέρουν από την άποψη των χαρακτηριστικών, της απόδοσης, από την άποψη της αποδοτικότητας και της ισότητας. Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι, αντί για ένα ενιαίο ευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής, υπάρχουν διάφορα πρότυπα κοινωνικής πολιτικής στην Ευρώπη.

Η ανάγκη της συστηματικής μελέτης της κοινωνικής πολιτικής είχε σαν αποτέλεσμα την επιλογή κριτηρίων για την κατάταξή τους σε ιδιοτύπους (μοντέλα). Τα κριτήρια αυτά αντανακλούν ταξικές και πολιτικές διαφορές, καθώς και συνθήκες

όπως η φτώχεια, η εισοδηματική πολιτική, το εργατικό δυναμικό, τις συντάξεις κ.α. (<https://www.easpd.eu>).

Με βάση τα παραπάνω και ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση του κάθε μελετητή διαμορφώθηκαν διάφορα μοντέλα Κρατών Πρόνοιας που ομαδοποιούν περιοχές ή ιδεολογίες, ανάλογα με τη μορφή της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζουν και τις επιρροές τις οποίες δέχτηκαν. Οι κυριότεροι εκπρόσωποι είναι ο Titmus, ο Ferrera και ο Andersen.

Ο Titmuss (1974), υποστήριζε την κοινωνική παρέμβαση του κράτους υπό το πρίσμα της ισότητας και αλληλεγγύης μεταξύ όλων των πολιτών. Αναφέρει ως παράδειγμα τα χρόνια του Β Παγκοσμίου πολέμου κατά τη διάρκεια του οποίου οι δεσμοί της οικογένειας και η τοπική κοινότητα βοήθησαν τη βρετανική κοινωνία να διατηρήσει τη συνοχή της και να αντισταθεί στην φτώχεια, στην τρομοκρατία και στην αποδιοργάνωση. Το γεγονός αυτό συνέβαλλε στη διαμόρφωση της άποψής του για την καθοριστική συμβολή της οικογένειας και της κοινότητας στη κοινωνική πολιτική και στην ευημερία του τόπου.

Η κατάταξη των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας από τον Titmuss επικεντρώνεται, σε δύο παράγοντες: τον ρόλο και το είδος της κρατικής παρέμβασης όσον αφορά στις ανάγκες κοινωνικής ασφάλισης και τους κύριους αποδέκτες αυτών των παρεμβάσεων. Η ταξινόμηση των μοντέλων Κράτους Πρόνοιας που υποστηρίζει, βασίζεται στις ακόλουθες μορφές κοινωνικής πολιτικής:

A) Το «υπολειπόμενο» μοντέλο. Σε αυτή τη μορφή κοινωνικής πολιτικής, κύριο ρόλο διαδραματίζει η αγορά και η οικογένεια, ενώ το κράτος λειτουργεί επικουρικά. Το συγκεκριμένο μοντέλο χαρακτηρίζεται από περιορισμένη κρατική παρέμβαση, υψηλό βαθμό προσωπικής ευθύνης, εκτεταμένη συμμετοχή μη κερδοσκοπικών οργανώσεων και την πλήρη αξιοποίηση της αγοράς. Ο κρατικός μηχανισμός περιλαμβάνει παρεμβάσεις κατά δεύτερο σκοπό, αποβλέποντας στην υποβοήθηση για την αντιμετώπιση μόνο των βασικών κινδύνων και κυρίως για τις φτωχότερες ομάδες πληθυσμού.

B) Το δεύτερο μοντέλο χαρακτηρίζεται ως «βιομηχανικό» ή «αξιοκρατικό-επαγγελματικό», στο οποίο οι παροχές είναι ανάλογες με την παραγωγικότητα και τις μισθολογικές απολαβές. Σε αυτό το μοντέλο η κοινωνική πρόνοια εξαρτάται από την οικονομία και τη δυνατότητα για χρηματοδότηση. Μάλιστα η κοινωνική δαπάνη θεωρείται ότι μειώνει την οικονομική ανάπτυξη και πως τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας έχουν επιβλαβείς επιπτώσεις σε αυτή. Η χρηματοδότηση βασίζεται στη



φορολογία. Ανάλογα με το ύψος των μισθών διαμορφώνονται οι φόροι και οι παροχές προς τους φορολογούμενους πολίτες. Το Κράτος θέτει σε άμεση εξάρτηση την οικονομική με την κοινωνική πολιτική.

Γ) Το τρίτο μοντέλο είναι το λεγόμενο «θεσμικό μοντέλο» όπου η κάλυψη γίνεται εκτός των μηχανισμών της αγοράς. Το θεσμικό μοντέλο ευνοεί την κρατική παρέμβαση σε μεγάλη κλίμακα, την καθολικότητα της κάλυψης και τη μακροπρόθεσμη παροχή. Ενώ στο αξιοκρατικό-επαγγελματικό Κράτος Πρόνοιας υπάρχει ισχυρή παρουσία της αγοράς και του επαγγελματικού συστήματος, στη θεσμική-αναδιανεμητική ευημερία, βάσει των αρχών της ισότητας και της εκπλήρωσης των κοινωνικών αναγκών, οι κρατικές υπηρεσίες είναι πολύπλευρες και γενναιόδωρες (Midgley, 1996).

Σύμφωνα με τον Ferrera (1993) «Οι πολιτικές κοινωνικής πρόνοιας έχουν στόχο να εγγυηθούν, ή τουλάχιστον να προωθήσουν, την κοινωνική ένταξη, δηλαδή την σταθεροποίηση ατόμων και οικογενειών στον κοινωνικό ιστό που τους περιβάλλει, εξασφαλίζοντας σε αυτούς πόρους και ευκαιρίες». Η διαφοροποίηση της γενικής από την κοινωνική αρωγή αφορά τη φύση των παρεμβάσεων που δεν χαρακτηρίζονται πλέον από μεμονωμένες δωρεές, βάσει προσωπικών και φιλανθρωπικών αισθημάτων. Οι παρεμβάσεις ρυθμίζονται από την κρατική κοινωνική πολιτική, γεγονός το οποίο σηματοδοτεί τη μετάβαση από τη φιλανθρωπία στα κοινωνικά δικαιώματα.

Η εξάλειψη καταστάσεων ανάγκης υλοποιείται μέσω κοινωνικών υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται συνήθως από τη γενική φορολογία. Ως εκ τούτου, η διαδικασία ταξινόμησης των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας κατά τον Ferrera βασίζεται σε δύο βασικές παραλλαγές.

A) το «επαγγελματικό» μοντέλο και

B) «καθολικό» μοντέλο.

Τα δύο μοντέλα που προσδιόρισε ο Ferrera διαφέρουν με τη σειρά τους ως μικτά και καθαρά, ανάλογα με το πόσο προσεγγίζουν τον αρχικό ορισμό και σκοπό τους. Στα επαγγελματικά μοντέλα, το δίκτυο ασφαλιστικής προστασίας προορίζεται για ορισμένες κατηγορίες εργαζομένων και η δημόσια αλληλεγγύη είναι κατακερματισμένη σύμφωνα με τα επαγγελματικά δεδομένα. Τα καθολικά μοντέλα χαρακτηρίζονται από εθνικά προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης με ομοιογενείς και σταθερές παροχές (Sorice et al, 2018).

Ο Andersen με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας διέκρινε τρία μοντέλα κοινωνικής/προνοιακής πολιτικής:

- Το φιλελεύθερο (liberal)
- Το συντηρητικό – κορπορατιστικό (conservative- corporatist) και
- Το σοσιαλδημοκρατικό (Sorice et al, 2018).

## 2.2 Κατάταξη κατά Andersen

### 2.2.1 Φιλελεύθερο ή αγγλοσαξονικό

Τα κράτη που εφαρμόζουν το πρότυπο αυτό, είναι οι αγγλοσαξονικές χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Μεγάλη Βρετανία, ο Καναδάς, η Αυστραλία και η Ελβετία. Στο φιλελεύθερο μοντέλο, το κυρίαρχο δικαίωμα είναι το δικαίωμα στην ιδιοκτησία και έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές της φιλανθρωπίας. Η κοινωνική πρόνοια είναι μια δωρεά που χορηγείται από το Κράτος και υπόκειται σε οποιουδήποτε όρους κρίνει σκόπιμους. Ο στόχος είναι η εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη φορολογία, ως εναλλακτική λύση στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, και επίσης προωθείται η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε παροχές. Αυτό το πρότυπο δεν είναι αναδιανεμητικό. Οι παροχές χορηγούνται με κριτήριο την ιδιότητα του πολίτη (Katrougalos, 2008).

Το φιλελεύθερο Κράτος Πρόνοιας διακρίνεται από τον ελάχιστο χαρακτήρα του όσον αφορά την παροχή δημόσιας υπηρεσίας και από το σχετικά μεγάλο εύρος που διαθέτει η αγορά για να καθορίσει την ευημερία των πολιτών. Κατά κάποιον τρόπο, το φιλελεύθερο Κράτος Πρόνοιας τείνει να είναι πολύ υπολειμματικό. Επίσης χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση επιλεκτικών ρυθμίσεων για τους φτωχούς, ενώ άλλες ομάδες υποστηρίζονται μέσω επαγγελματικών και εθελοντικών ρυθμίσεων που έχουν τις ρίζες τους στην αγορά και την ταξική κοινωνία. Η έννοια των ατομικών δικαιωμάτων είναι ουσιαστικά φιλελεύθερη. Στην καρδιά του φιλελευθερισμού βρίσκεται η άποψη ότι το άτομο είναι ο νόμιμος κάτοχος των σωματικών του ικανοτήτων. Η ανθρώπινη κοινωνία αποτελείται από μια σειρά σχέσεων με την αγορά (Shaver, 1992).

Ένα «φιλελεύθερο Κράτος Πρόνοιας» φαίνεται ότι είναι ένας «ευφημισμός» για τις υπηρεσίες οι οποίες παραμένουν στην αγορά και χαρακτηρίζονται όχι από τον φιλελευθερισμό τους, αλλά από τη σχετική αυστηρότητα της παροχής τους. Βασίζονται στην αντίληψη της ευημερίας ως δημόσιου βάρους και υποστηρίζουν την αποδέσμευσή της από το κράτος. Ωστόσο, τίποτα από αυτά δεν απορρέει απαραίτητα από τις αρχές των φιλελεύθερων Κρατών Πρόνοιας. Ένα Κράτος Πρόνοιας που σέβεται τα ατομικά δικαιώματα, υποστηρίζει την πολυμορφία και την αξία του ατόμου, και μπορεί κάλλιστα να προβαίνει σε πολιτικές που προάγουν την κοινωνική ευημερία. Όταν ο Andersen προσάρμοσε αυτή την ιδέα σε μια ομάδα "φιλελεύθερων καθεστώτων πρόνοιας", θεωρούσε ότι η κατάταξη θα αναφέρεται κυρίως σε κράτη με προσανατολισμό στην αγορά και περιορισμένη δέσμευση στην ευημερία. Η ταξινόμηση βασίζεται, συνεπώς, σε δύο βασικούς παράγοντες. Το πρώτο είναι η εμπορευματοποίηση ή ο βαθμός στον οποίο η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας εξαρτάται από την αγορά. Η στήριξη σε υγειονομική περίθαλψη ή εκπαίδευση, περιορίζεται. Ο δεύτερος παράγοντας είναι η έκταση των κρατικών παροχών. Τα φιλελεύθερα Κράτη Πρόνοιας χαρακτηρίζονται ως κράτη με περιορισμένες κρατικές παροχές, υπολειπόμενης ευημερίας, τιμωρίας των φτωχών και της αίσθησης ότι η ευημερία είναι δημόσιο βάρος (Voorhis, 2002).

Τα «δυνατά» σημεία του συγκεκριμένου μοντέλου συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Θέτει γενικά δεδομένα φροντίδας
- Είναι δημοφιλές και καθολικό
- Έχει επιπτώσεις στη δημόσια απασχόληση
- Έχει ενδιάμεσους φόρους
- Χαρακτηρίζεται από ελεύθερες εθνικές υπηρεσίες υγείας
- Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας είναι ενσωματωμένο στην υγειονομική περίθαλψη
- Υπάρχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές από τη κεντρική κυβέρνηση για την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης
- Οι υπηρεσίες νομοθετούνται σε συντονισμένη βάση
- Υπάρχει κυβερνητική παροχή υπηρεσιών σε κωφούς και τυφλούς

- Συνεργασία οργανισμών σχετικών με την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη

Ως αδυναμίες του μοντέλου θα μπορούσαν να θεωρηθούν τα ακόλουθα:

- Οι δαπάνες αφορούν άμεσα τον εργαζόμενο κυρίως πληθυσμό και πολύ λιγότερο τον ηλικιωμένο πληθυσμό, θέτοντας σε μειονεκτική θέση τα ηλικιωμένα άτομα με αναπηρίες
- Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας υποχρηματοδοτούνται, υπάρχουν μακροχρόνιες περιόδους αναμονής και υπάρχει η συνεχής απειλή περαιτέρω περικοπών χρηματοδότησης
- Ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη στην κοινότητα
- Έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων που βασίζονται σε έρευνες σχετικά με τις παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους

(<https://www.easped.eu>).

### 2.2.2 Συντηρητικό

Σε αυτό το μοντέλο ανήκουν αρκετές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο. Χαρακτηρίζεται ως Βισμαρκικό – καθώς έχει δεχθεί τις σχετικές επιρροές και έχει μεγάλη γραφειοκρατία.

Το συντηρητικό καθεστώς, προέκυψε από την ιστορική κληρονομιά των κορπορατιστών και διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της καθολικής Εκκλησίας. Οι πολίτες βρίσκονται κάτω από την «ομπρέλα» του κράτους. Η αγορά παίζει έναν οριακό ρόλο στην παροχή της ευημερίας (π.χ. ιδιωτική ασφάλιση). Το καθεστώς δεν προωθεί την αποδυνάμωση της εργασίας. Διατηρεί μάλλον τις κοινωνικές τάξεις προσφέροντας ξεχωριστές διατάξεις για διαφορετικά κοινωνικά στρώματα. Υποστηρίζει τις παραδοσιακές οικογενειακές σχέσεις με τον άνδρα ως οικογενειάρχη και αποθαρρύνει τις γυναίκες να εργαστούν (Tkocz, 2002).

Το ιδανικό μοντέλο είναι: «ο κινητός σύζυγος και η ακίνητη, φροντίδα γυναίκα». Το φορολογικό σύστημα ευνοεί τους γάμους, η κοινωνική ασφάλιση αποκλείει τις μη εργαζόμενες συζύγους και τα οικογενειακά οφέλη ενθαρρύνουν τη μητρότητα. Οι υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας (π.χ. νηπιαγωγεία) είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Η αρχή της επικουρικότητας ενισχύει τον ρόλο της οικογένειας καθώς καθιστά το κράτος υπεύθυνο για ένα άτομο μόνο όταν η οικογένεια και το

πλησιέστερο περιβάλλον (συμπεριλαμβανομένων των τοπικών εθελοντικών και θρησκευτικών οργανώσεων) αδυνατούν να βοηθήσουν. Η αρχή αλληλεγγύης, η οποία στηρίζεται στην ευρύτερη κοινότητα, δεν έχει επίσης ιδιαίτερο ρόλο (Tkocz, 2002).

### 2.2.3 Σοσιαλδημοκρατικό

Θεμελιώδη αρχή της σοσιαλδημοκρατικής θεώρησης αποτελεί η κοινωνική δικαιοσύνη που συνεπάγεται την ίση κατανομή του πλούτου και των ευκαιριών. Η κατανομή του πλούτου ωστόσο γίνεται μέσα από το κοινωνικό κράτος, που χρηματοδοτείται με μια προοδευτική φορολογία. Ως εκ τούτου απαιτείται να διανέμονται τα αναγκαία αγαθά στους πολίτες ανεξάρτητα από την αγοραστική δύναμη τους. Επομένως στόχος τους κράτους σύμφωνα με την σοσιαλδημοκρατία είναι η ελαχιστοποίηση εκείνων των κοινωνικών παραγόντων που υποσκάπτουν την κοινωνική ισότητα (Greve, 2007).

Βιβλιογραφικά στο σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο το Κράτος Πρόνοιας έχουν αποδοθεί διαφορετικές λέξεις-κλειδιά και ορισμοί κατά την ανάλυση των καθεστώτων πρόνοιας:

Κατά τον Andersen το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από, καθολικές παροχές και υψηλού βαθμού ισότητας και ποιότητας αυτών. Δίνεται έμφαση στο δικαίωμα για εργασία και οι γυναίκες δικαιούνται υψηλό επίπεδο παροχών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το σοσιαλδημοκρατικό πρότυπο έχει ονομαστεί και «σκανδιναβικό» ή «νορβηγικό» καθώς οι σκανδιναβικές χώρες είναι αυτές που το αντιπροσωπεύουν και το εκφράζουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Στη Σκανδιναβία η κοινωνική προστασία είναι δικαίωμα ιθαγένειας. Υπάρχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού με σχετικά γενναιόδωρες σταθερές παροχές για διάφορους κοινωνικούς κινδύνους. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω φορολογικών εσόδων. Υπάρχει χαμηλό ποσοστό κοινωνικών δαπανών που χρηματοδοτούνται μέσω συνεισφορών, ενώ οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες προέρχονται ως ποσοστό του ΑΕΠ και περιλαμβάνουν δικαιώματα που βασίζονται στην ιθαγένεια και τη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό. Με λίγες εξαιρέσεις, οι σκανδιναβικές χώρες κατατάσσονται στις ανωτέρω ομάδες. Η Φινλανδία αποτελεί εξαίρεση στην κατηγοριοποίηση του Andersen και όπου εντάσσεται στην ομάδα των Συντηρητικών (Greve, 2007).

Ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ο οικουμενισμός, δηλαδή η παροχή κοινωνικών δικαιωμάτων σε όλους. Οι διευκολύνσεις πρόνοιας όπως η υγεία, η εκπαίδευση, τα επιδόματα ανεργίας κλπ. παρέχονται σε όλους. Ενώ οι πολίτες μπορεί να ισχυρίζονται ότι τα καθολικά κοινωνικά δικαιώματα δεν είναι οικονομικά βιώσιμα, μελέτες υποστηρίζουν μια διαφορετική εικόνα. Όταν όλοι μέσα σε έναν πληθυσμό λαμβάνουν υπηρεσίες εκπαίδευσης και υγειονομικής περίθαλψης, καθίστανται πιο ικανοί να συμμετάσχουν στο εργατικό δυναμικό, λόγω του ότι είναι πιο υγιείς και έχουν καλύτερη επαγγελματική κατάρτιση. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε μεγαλύτερη παραγωγικότητα, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση του ΑΕΠ. Ένα άλλο επιχείρημα από οικονομικής πλευράς, υπέρ του καθολικού χαρακτήρα παροχής υπηρεσιών, είναι ότι συμβάλλει στη σταθεροποίηση μεταξύ μισθών και φορολογίας. Για παράδειγμα, τα νοικοκυριά έχουν χαμηλότερα έσοδα λόγω των εισφορών, αλλά η προοδευτική και αναλογική φορολογία διασφαλίζουν ότι τελικά πληρώνουν λιγότερα στο κράτος. Ταυτόχρονα, τα οφέλη που λαμβάνουν δεν παραποιούνται, αφήνοντας έτσι τους πολίτες και τις οικογένειες σε πολύ καλύτερη κατάσταση από ότι θα ήταν αν δεν υπήρχαν καθολικά κοινωνικά δικαιώματα (Razi, 2015).

η Ατομική αυτονομία, η κοινωνική εμπιστοσύνη και η συνοχή λόγω της ύπαρξης οικουμενικών κοινωνικών νόμων και η ατομική φορολογία των συζύγων, έχουν συμβάλει ώστε οι σκανδιναβικές χώρες να έχουν εξελιχθεί σε ιδιαίτερα «ατομικιστικές» κοινωνίες. Παρά το γεγονός ότι είναι ιδιαίτερα ατομικιστικές κοινωνίες, πρεσβεύουν επίσης την κοινωνική εμπιστοσύνη, όχι μόνο μεταξύ των μελών της οικογένειας αλλά και των μελών της κοινωνίας. Η έρευνα του ΟΟΣΑ του 2011 θεωρεί ότι οι σκανδιναβικές χώρες έχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής εμπιστοσύνης. Όταν οι άνθρωποι εμπιστεύονται ο ένας τον άλλο και το νόμο, οι συμφωνίες υλοποιούνται ταχύτερα, οι συγκρούσεις επιλύονται χωρίς σημαντικές δαπάνες για νομικές διαδικασίες (Razi, 2015).

Ένα επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου μοντέλου είναι η «καινοτομία». Όσον αφορά στην καινοτομία που οδηγεί σε αύξηση του βιοτικού επιπέδου, οι σκανδιναβικές χώρες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή. Η καινοτομία σε πραγματικούς όρους, προσδιορίζει μία συνθήκη όπου καινοτόμες ιδέες αφορούν όλες τις κοινωνικές τάξεις έχοντας σαν στόχο τη συνολική προαγωγή της ευημερίας. Σε διαφορετική περίπτωση ακόμη και αν μια χώρα καινοτομεί, αλλά η καινοτομία περιορίζεται στην ανώτερη κατηγορία της κοινωνίας, η χώρα ενδέχεται να μην είναι

σε θέση να υιοθετήσει την καινοτομία ως χαρακτηριστικό. π.χ. καινοτομία στις χρηματοπιστωτικές αγορές.

Στις σκανδιναβικές χώρες, δίνεται μεγάλη έμφαση στην έρευνα, και με επαρκή κρατική βοήθεια, ώστε η καινοτομία να λαμβάνει τη σημασία που της αξίζει. Η κυβέρνηση εξασφαλίζει, μέσω της προοδευτικής φορολογίας και των επενδύσεων στην εκπαίδευση, τις υποδομές και την τεχνολογία, με αποτέλεσμα περισσότεροι πολίτες να στρέφονται στην έρευνα, αυξάνοντας έτσι τον αριθμό των ανθρώπων που εργάζονται για την ανάπτυξη της χώρας (Razi, 2015).

#### 2.2.4 Νοτιοευρωπαϊκό

Χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία του Andersen όσον αφορά στο πεδίο εφαρμογής, στη χρηματοδότηση, στα βασικά οργανωτικά χαρακτηριστικά, στη διαστρωμάτωση και στο μείγμα δημόσιου-ιδιωτικού τομέα κλπ. είναι σαφές ότι δεν υπάρχει καμία θεμελιώδης, διαρθρωτική διαφορά των χωρών της Νότιας Ευρώπης, από τα πρότυπα του ηπειρωτικού μοντέλου. Ο Ferrera όμως εισήγαγε ένα νέο σύνολο πολιτικών και κοινωνιολογικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τις χώρες της Νότιας Ευρώπης εντός του κρατικού-συντεχνιακού μοντέλου. Συνεπώς, οι προτάσεις του δεν συνεπάγονται στην πραγματικότητα την ύπαρξη ενός νέου μοντέλου, αλλά απλώς προτείνουν την ύπαρξη μιας υπο-διαφοροποίησης των υπαρχόντων (Κατρούγκαλος, 2008).

Σχετικά με το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, γίνεται εκτενής αναφορά στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΤΟ ΝΟΤΙΟΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΡΑΤΟΥΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, έχει διατυπωθεί ο προβληματισμός για το κατά πόσο το καθεστώς πρόνοιας της Νότιας Ευρώπης έχει ή όχι ιδιαιτερότητες και για το αν αποτελεί ιδεολογικά ένα ανεξάρτητο πρότυπο κοινωνικής πολιτικής. Πιθανότατα η κατηγοριοποίηση των κρατών της νότιας Ευρώπης σε ένα τέταρτο μοντέλο Κράτους Πρόνοιας, να προήλθε από την πολιτική και κοινωνικοοικονομική στατιστική και την έρευνα με την οποία διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά στους μηχανισμούς κοινωνικής πολιτικής μεταξύ των χωρών Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα (Δημουλάς και συν., 2012).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, συζητήθηκε η ιδιαιτερότητα των χωρών της Νότιας Ευρώπης μεταξύ των μελετητών. Η ρίζα της διάκρισης του συγκεκριμένου μοντέλου προέρχεται από τον κεντρικό ρόλο της (Καθολικής) Εκκλησίας, της οικογένειας και των πελατειακών σχέσεων. Όλα αυτά έχουν προσθέσει στις τρεις κλασικές κατηγορίες ένα τέταρτο, νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο, στο οποίο το Κράτος Πρόνοιας αποτελεί «ημι-θεσμοθετημένη προϋπόθεση» (Kardelen, 2017).

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης διαμορφώνεται λοιπόν ένα διαφορετικό μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας που έχει στοιχεία και από το μοντέλο Bismarck και από το μοντέλο Beveridge.

### 3.1 Τα μοντέλα Bismarck και Beveridge

Το 1883 ο καγκελάριος Otto von Bismarck (1880-1914) σχεδίασε το κοινωνικό σύστημα υγείας της Γερμανίας, το οποίο με την πάροδο του χρόνου έλαβε την μορφή ενός πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης. Σκοπός του ήταν να αποτελέσει εξαίρεση στους κανόνες του συναγωνισμού της αγοράς και περιλάμβανε:

- Κάποιες ιδιομορφίες των ασφαλιστικών αγορών
- Κοινωνικά και πολιτικά κίνητρα. Το κράτος έχει την ευθύνη να προστατεύει τους πολίτες από τους κινδύνους της ασθένειας και της απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας.



Τα πρώτα χρόνια εφαρμογής του συστήματος η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας δεν ήταν καθολική αλλά εφαρμόζονταν στους εργάτες με χαμηλό εισόδημα και σε ορισμένους κυβερνητικούς υπαλλήλους. Σταδιακά όμως επεκτάθηκε και κάλυψε το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Τα ασφάλιστρα διαμορφώνονται ανάλογα με τον «κίνδυνο» του ασφαλισμένου, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, τη νοσηρότητα κ.τ.λ., καθώς επίσης και το εισόδημα. Η χρηματοδότηση χαρακτηρίζεται διμερής, καθώς οι μισές εισφορές πληρώνονται από τους εργοδότες και οι άλλες μισές από τους ασφαλισμένους (Κιουρτζόγλου, 2014).

Το 1884 ψηφίζεται για πρώτη φορά, στο πλαίσιο του μοντέλου Bismark, νόμος για την κάλυψη των εργατών, κυρίως για εργατικά ατυχήματα, αναπηρίες, ασθένειες, γήρας και ανεργία. Το 1885 περίπου το 11% του πληθυσμού είχε κάλυψη σε ένα από τα 18.000 ταμεία ασθενοείας, με μέσο όρο ασφαλισμένων ανά ταμείο 300 άτομα. Στην αρχή οι πληρωμές κάλυπταν κυρίως την απώλεια εισοδημάτων κατά τη διάρκεια της ασθενοείας. Επίσης, στο πλαίσιο του ιδρύθηκε το Ταμείο Ατυχημάτων, καθώς επίσης και το Ταμείο Συντάξεων. Η πρώτη συμφωνία μεταξύ των ταμείων ασθενοείας και της παροχής υπηρεσιών υγείας επετεύχθη το 1892. Έκτοτε, τα ταμεία ασθενοείας μπορούσαν να αποφασίσουν ποιοι θα είναι οι συμβεβλημένοι γιατροί του συστήματος υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (Κιουρτζόγλου, 2014).

Όλοι οι νόμοι που ψηφίστηκαν κατά την περίοδο της καγκελαρίας του Bismarck είχαν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Νομοθετημένη υποχρεωτική συμμετοχή στην ασφάλιση όλων των εργατών που έχουν εισόδημα κάτω από ένα ορισμένο ποσό
- ανάθεση της διοίκησης των ασφαλιστικών προγραμμάτων σε μη κρατικά όργανα που διοικούνται από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και των εργοδοτών
- Τα ευεργετήματα και η συμμετοχή σχετίζονται κυρίως με το μισθό ή το ημερομίσθιο.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος μέσω φόρων εισοδήματος, που κατανέμονται ισομερώς μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων. Ορισμένες φορές υπάρχει πρόσθετη χρηματοδότηση από το Κράτος.

Μέχρι το 1897 η επιστροφή του ποσού για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών δινόταν στον προμηθευτή και όχι στον καταναλωτή (Κιουρτζόγλου, 2014).

Το μοντέλο Beveridge προέρχεται από τη Μεγάλη Βρετανία και εφαρμόζει το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας. Η προσπάθεια του ήταν να συνδέσει την

οικογένεια με το εργατικό δυναμικό της χώρας και να εισάγει μια γενική προστασία για τους πολίτες. Ο Beveridge επηρεάστηκε από τις διαπιστώσεις των μελετών για τη φτώχεια και πίστευε ότι πρέπει να ληφθούν προληπτικά κοινωνικά μέτρα για την αντιμετώπιση της φτώχειας όποτε αυτή εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ατόμου. Φαντάστηκε ότι η κοινωνική βοήθεια θα έπαιζε το ρόλο προστασίας και το κράτος θα εξασφάλιζε παροχές ενάντια σε βασικούς κινδύνους (της ασθένειας, της άγνοιας, της έλλειψης στέγης και της έλλειψης θέλησης). Το θεσμικό πλαίσιο αυτού του μοντέλου είναι ο κρατικός παρεμβατισμός. Το νέο σύστημα που προτείνει ο Beveridge διαφέρει σημαντικά από τα προηγούμενα. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό κρατικό έλεγχο (Δημουλάς και συν., 2012).

Συγκρίνοντας τα δύο μοντέλα, από τα οποία το Νοτιοευρωπαϊκό έχει δανειστεί στοιχεία όπως προαναφέρθηκε, συμπεραίνει κανείς ότι στο μοντέλο Beveridge η βασική κατευθυντήρια γραμμή είναι η εξασφάλιση της εργασίας η οποία αντιμετωπίζεται ως «δικαίωμα». Η Πολιτεία εγγυάται ένα εθνικό ελάχιστο κοινωνικό επίπεδο διαβίωσης. Οι παροχές αφορούν όλους τους πολίτες και η χρηματοδότηση γίνεται μέσω φορολογίας και εισφορών. Στο μοντέλο Bismark η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί αυτόνομη αρχή και επιδιώκεται η διατήρηση της κοινωνικής θέσης και του επιπέδου εισοδήματος. Οι παροχές αφορούν μόνο τους εργαζομένους (υπάρχει δηλαδή επιλεξιμότητα στην προστασία από κινδύνους) και μάλιστα είναι ανάλογες με το ύψος του εισοδήματος. Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών.

### 3.2 Τα βασικά χαρακτηριστικά του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους – Πρόνοιας.

Οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου παρουσιάζουν ορισμένα κοινά κοινωνικο-πολιτισμικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους Πρόνοιας. Ορισμένα βέβαια από αυτά μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, η συνύπαρξή τους όμως στο παρελθόν δημιούργησε τις προϋποθέσεις για τις κατευθύνσεις της σημερινής κοινωνικής πολιτικής και του Κράτους Πρόνοιας.

Οι χώρες της νότιας Ευρώπης αποτελούνται πολιτισμικά από ομοιογενείς πληθυσμούς με εξαίρεση την Ισπανία στην οποία κατοικούν και οι Βάσκοι. Άλλο ένα κοινό χαρακτηριστικό αυτών των χωρών είναι η μετανάστευση. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο παρατηρήθηκαν κύματα μεταναστευτικά από τις χώρες αυτές προς τη βορειότερη και πλουσιότερη Ευρώπη, ενώ σήμερα δέχονται μετανάστες από φτωχότερα κράτη. Επίσης από θρησκευτικής άποψης επικρατεί ο χριστιανισμός, ο οποίος λόγω της οργάνωσής του αλλά και της ιδεολογίας του επηρεάζει τα πολιτικά δρώμενα και την εξέλιξη της κοινωνίας (Μήτρου και συν., 2015).

Η οικονομία ανάπτυξη των χωρών αυτών υπολείπεται των υπολοίπων Ευρωπαϊκών όπως και η ανάπτυξη της βιομηχανίας η οποία απορροφά μέρος του αγροτικού πληθυσμού. Η Ισπανία και η Ιταλία είναι οι πλουσιότερες χώρες του ευρωπαϊκού νότου, ενώ η Πορτογαλία και η Ελλάδα οικονομικά ασθενέστερες (Μήτρου και συν., 2015).

Στις χώρες της νότιας Ευρώπης η κοινωνική πολιτική επηρεάζεται από τις πολιτικές παρατάξεις. Στο δημόσιο τομέα η αποδοτικότητα είναι μειωμένη καθώς υπάρχει έλλειψη συνεργασίας, εφαρμόζονται λανθασμένοι μέθοδοι προσλήψεων ενώ η έλλειψη αξιολόγησης έχει ως αποτέλεσμα πολλοί εργαζόμενοι να μη διαθέτουν επαρκείς επαγγελματικές ικανότητες. Η οικονομία της νότιας Ευρώπης υφίσταται μεγάλο πλήγμα από την ύπαρξη φοροδιαφυγής και παραοικονομίας. Παρατηρείται απαξίωση των κοινωνικών θεσμών και αξιών, ερήμωση της υπαίθρου και μειωμένη εθελοντική εργασία η οποία όμως αναπτύσσεται στις ημέρες της κρίσης από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις (Μπούσιου και συν., 2013).

Οι παραπάνω συνθήκες επηρεάζουν, όπως θα ήταν αναμενόμενο την οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής. Τα βασικά χαρακτηριστικά του νότιο-ευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους Πρόνοιας, που το διαφοροποιούν από τα υπόλοιπα μοντέλα συνοψίζονται στα ακόλουθα:

A) Υψηλός βαθμός «μεταβιβαστικών πληρωμών και εισοδηματικών μεταβιβάσεων». Οι εισοδηματικές μεταβιβάσεις αναφέρονται στην παροχή επιδομάτων στους ασθενέστερους οικονομικά, σε τέτοιο βαθμό ώστε το συγκεκριμένο μοντέλο Κράτους Πρόνοιας να χαρακτηρίζεται ως «επιδοματοκεντρικό». Τα προνοιακά όμως αυτά επιδόματα επίσης δεν κατανέμονται ομοιόμορφα σε όλο τον πληθυσμό (Μήτρου και συν., 2015).

B) Δυαδικότητα, διπολικότητα του συστήματος με την «επίσημη» εργατική τάξη να απολαμβάνει τις κοινωνικές παροχές και μηδαμινή στήριξη των ασθενέστερων οικονομικά ατόμων και οικογενειών. Οι δε παροχές εξαρτώνται από την επαγγελματική θέση του ωφελούμενου. Το εργατικό δυναμικό αυτών των χωρών απολαμβάνει απεριόριστης προστασίας (τουλάχιστο μέχρι την πρόσφατη οικονομική κρίση) ενώ υπάρχει ελάχιστη υποστήριξη για όσους βρίσκονται στην ανεπίσημη, μη θεσμοθετημένη εργασία. Η Ισπανία, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα είναι οι μόνες εξαιρέσεις στην ευρωπαϊκή ένωση στις οποίες δεν έχει θεσμοθετηθεί ένα ελάχιστο εισόδημα για τους ασθενέστερους οικονομικά. (Ορφανού, 2013). Γενικά, δεν υπάρχει ένα ελάχιστο εισόδημα για άτομα ή οικογένειες χωρίς οικονομικούς πόρους, αν και τα τελευταία χρόνια γίνονται μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο συγκεκριμένο ζήτημα (Μήτρου και συν., 2015).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι συντάξεις στις εν λόγω χώρες καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος των δαπανών και δεν υπάρχει στεγαστική πολιτική. Η ανεπάρκεια στα σημεία αυτά της κοινωνικής πολιτικής αντικαθίσταται στο μέτρο του δυνατού από την υποστηρικτική οικογένεια και τους φιλικούς δεσμούς που αποτελούν ένα «πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφάλειας» (Μήτρου και συν., 2015).

Γ) Ανισομερής καταμερισμός της κοινωνικής προστασίας απέναντι σε συγκεκριμένους κινδύνους. Οι κοινωνικοί κίνδυνοι είναι ποικίλοι και διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου, γεγονός που απαιτεί την ευελιξία της κοινωνικής πολιτικής. Οι συνταξιοδοτικές δαπάνες έχουν θεωρηθεί αρκετά υψηλές από μελετητές κατά την προηγούμενη δεκαετία και αποτέλεσε χαρακτηριστικό στοιχείο του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους Πρόνοιας. Αποτελεί δε, τη θεσμοθέτηση μιας υπερπροστατευτικής για το γήρας κοινωνικής πολιτικής που έχει χαρακτηριστεί ως «μεροληπτική», σε σχέση με τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες. Επιπροσθέτως, δημιουργεί αντίφαση με την υπανάπτυξη των οικογενειακών παροχών και την έλλειψη στεγαστικής υποστήριξης.

Δ) Η ανάμειξη κρατικών και μη κρατικών θεσμών στην κοινωνική πολιτική. Τα μεσογειακά κοινωνικά κράτη χαρακτηρίζονται από διπλή δυσλειτουργία του κρατικού μηχανισμού. Από τη μια, παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό διεϊσδυσης του κράτους στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας ειδικά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών, όπως μόλις προαναφέρθηκε. Από την άλλη, τα διακρίνει χαμηλός βαθμός κρατικής εξουσίας: οι κρατικοί θεσμοί στις χώρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ευνοιοκρατικές και κομματικές πιέσεις.

Ε) Έντονος πελατειακός χαρακτήρας που διεϊσδύει στον κρατικό μηχανισμό.

ΣΤ) Η χαμηλή αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ([www.econ.uoi.gr](http://www.econ.uoi.gr))

Ζ) Άνισος και άδικος καταμερισμός του φορολογικού βάρους στις διάφορες επαγγελματικές και κοινωνικές ομάδες. Εδώ το πρόβλημα συνίσταται στην ύπαρξη ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου αλλά ιδίως λόγω εκτεταμένης παραοικονομίας και επομένως εκτεταμένης φοροδιαφυγής. Η παραοικονομία εκτιμάται ότι παράγει ανάμεσα στο 15% και το 30% του συνολικού ΑΕΠ των χωρών της περιοχής, ενώ η ύπαρξή της έχει σοβαρές συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότησή του. Σύμφωνα με ορισμένους πρόσφατους υπολογισμούς, χωρίς την ύπαρξη παραοικονομίας και φοροδιαφυγής η Ιταλία θα είχε τώρα ένα δημόσιο χρέος της τάξης του 60% αντί του πλέον του 120% (Ferrera, 1999).

### 3.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του μοντέλου της Νότιας Ευρώπης είναι ο οικογενειακός του χαρακτήρας. Μεγάλος αριθμός κοινωνικών κινδύνων (π.χ. η ασθένεια, η αναπηρία, η ανεργία κ.α.) θεωρείται ότι αποτελούν ευθύνη κυρίως των δικτύων οικογένειας και συγγένειας. Το κράτος παρεμβαίνει, αλλά με σχετικά χαμηλά οικονομικά οφέλη. Όπως και στην υπόλοιπη Ευρώπη, υπάρχει η αρχή της επικουρικότητας, αν και σε αυτές τις χώρες η επικουρικότητα είναι ουσιαστική, καθώς οι οικογένειες υποστηρίζονται και προστατεύονται από το κράτος μέσω γενναιόδωρων οικονομικών μεταβιβάσεων και σε είδος υπηρεσιών, ενώ στη νότια Ευρώπη αυτό δεν υφίσταται. Επιπλέον, στην πρώτη περίπτωση έχει αναπτυχθεί ένα δίκτυο ασφαλείας, ενώ στη δεύτερη μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί κάτι ανάλογο, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων ελάχιστου εισοδήματος. Το πρακτικό αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η υπανάπτυξη των υπηρεσιών περίθαλψης. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, οι υπηρεσίες φροντίδας παιδιών κάτω των τριών ετών καλύπτουν μόνο το 5% του συνόλου των βρεφών. Το ίδιο ισχύει για τις υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, παρά το γεγονός ότι στην νότια Ευρώπη η τρίτη ηλικία υπερπροστατεύεται οικονομικά (μέσω των συντάξεων).

Ωστόσο, τα εθνικά στοιχεία κρύβουν σημαντικές διαφορές σε τοπικό επίπεδο. Στην πραγματικότητα, αν πάρουμε ως παράδειγμα τη Βόρεια Ιταλία (το ίδιο θα μπορούσε να ειπωθεί για την Ισπανία όσον αφορά στην Καταλονία και στην περιοχή των Βάσκων) η κατάσταση είναι μάλλον διαφορετική. Οι βόρειες ιταλικές περιφέρειες διαθέτουν ένα αρκετά αναπτυγμένο δίκτυο υπηρεσιών: οι υπηρεσίες παιδικής μέριμνας για παιδιά κάτω των τριών ετών καλύπτουν σχεδόν το 30% των παιδιών και σε ορισμένες περιοχές ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό, ενώ στη νότια Ιταλία απουσιάζουν εντελώς, και το ίδιο ισχύει και για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Υπό την έννοια αυτή, οι περιφερειακές διαφορές υπογραμμίζουν τη σημασία της συνεκτίμησης του τοπικού πλαισίου στη διάρθρωση του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, δείχνοντας ότι εντός του ίδιου εθνικού πλαισίου μπορούν να συνυπάρξουν πολύ διαφορετικές καταστάσεις καθώς και διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης (Andreotti et al, 2001).

Σε γενικές γραμμές, το οικογενειακό σύστημα βασίζεται σε οικογένειες πυρήνες, υψηλή αλληλεγγύη από την διευρυμένη οικογένεια και την κοινότητα, και άκαμπτο καταμερισμό εργασίας εντός του νοικοκυριού όπου οι άνδρες εργάζονται εκτός της οικογένειας και οι γυναίκες εντός του νοικοκυριού, φροντίζουν τα άλλα μέλη ή βοηθούν στην οικογενειακή εταιρεία / εργασία. Οι ρόλοι είναι

συμπληρωματικοί και όχι εναλλάξιμοι. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι γυναίκες δεν απελευθερώνονται. Ενώ στη βόρεια Ευρώπη οι γυναίκες απελευθερώνονται από την οικογένεια, βρίσκοντας τη θέση τους κυρίως έξω, με αμειβόμενη -πολύ συχνά μερική απασχόληση, στη νότια Ευρώπη οι γυναίκες απελευθερώνονται εντός της οικογένειας, κάνοντας την ίδια εργασία φροντίδας, με τον ίδιο επαγγελματικό τρόπο, με τη μόνη διαφορά ότι το κάνουν για τις οικογένειές τους. Υπό αυτή την έννοια, οι γυναίκες στα νότια κράτη της ΕΕ αντιπροσωπεύουν τη σχέση μεταξύ της οικογένειας και του κράτους, καθώς ασχολούνται και με τη σύγχρονη δημόσια διοίκηση (δηλαδή, νοσοκομεία, σχολεία,) και οικογενειακές ανάγκες. Αυτό το σύστημα έχει σημαντικές συνέπειες τόσο για την αγορά εργασίας όσο και για τις δημογραφικές δομές της ίδιας της οικογένειας. Όσον αφορά στην αγορά εργασίας, το σύστημα έχει σαφώς αποθαρρύνει τις γυναίκες από το να εισέλθουν ή να παραμείνουν σε αυτό. Στην πραγματικότητα, εάν βρίσκονται στην αγορά εργασίας, συχνά είναι υποχρεωμένες να κάνουν «διπλές βάρδιες» υπό άγχος. Υπό την έννοια αυτή, η κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες της Νότιας Ευρώπης είναι λιγότερο ευνοϊκή σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους στις βόρειες χώρες (ή στο Ηνωμένο Βασίλειο), καθώς οι θέσεις μερικής απασχόλησης δεν είναι ακόμη πολύ διαδεδομένες στις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Andreotti et al, 2001).

Όσον αφορά στις δημογραφικές αλλαγές παρατηρούνται φαινόμενα όπως η μείωση των ποσοστών γεννήσεων, η εκτεταμένη συμβίωση νέων ενηλίκων με τους γονείς τους και η μικρότερη συχνότητα εμφάνισης οικογενειακής αστάθειας σε σύγκριση με τις βόρειες χώρες. Τα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, έχουν συμβάλει στη γήρανση του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό έχει κοινωνικές αλλά και οικονομικές συνέπειες. Για παράδειγμα υπάρχει δυσαναλογία μισθών και συντάξεων, αλλά και αυξημένες δαπάνες για τις υπηρεσίες περίθαλψης. Η εκτεταμένη συμβίωση των νεαρών ενηλίκων που ζουν με τους γονείς έχει σημαντικές συνέπειες για τις στρατηγικές εύρεσης εργασίας. Οι νέοι μπορούν να «αντέξουν» οικονομικά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα αναζήτησης εργασίας, επειδή ζουν με τους γονείς τους που υποτίθεται ότι τους συντηρούν. Στην περίπτωση αυτή, η οικογενειακή παράδοση μπορεί να χαρακτηριστεί από τη στάση της πλειονότητας των γονέων που δεν θέλουν τα παιδιά τους να εργάζονται σε «χαμηλές» θέσεις εργασίας ως «δεν είναι κοινωνικά και οικονομικά κατάλληλο κατάλληλο». Οι νέοι εξακολουθούν να εξαρτώνται από τους γονείς τους έως ότου

βρουν μια καλή (και σταθερή) θέση εργασίας και στη συνέχεια αποκτούν πρόσβαση σε δική τους στέγη.

Το φαινόμενο, ωστόσο, δεν περιορίζεται στους νέους ανέργους ή τους επισφαλείς εργαζόμενους, καθώς ακόμα και οι νέοι με σταθερή εργασία ζουν με τους γονείς τους. Εάν πάρουμε ως παράδειγμα έναν νεαρό ενήλικα 29 ετών που ζει σε μια αναπτυσσόμενη (και πλούσια) περιοχή, είναι πιθανό να ζει με τους γονείς, εργαζόμενος με πλήρη απασχόληση. Αυτός είναι ο ευκολότερος τρόπος εξοικονόμησης χρημάτων για μελλοντικές επενδύσεις και φαίνεται ότι είναι ένας από τους κύριους λόγους για μακροχρόνια συμβίωση. Αυτό όμως είναι δυνατό και επειδή οι σχέσεις μεταξύ των γενεών έχουν αλλάξει σημαντικά, επιτρέποντας στους νέους περισσότερη ελευθερία. Πράγματι, η οικονομική τους ανεξαρτησία στο εσωτερικό της οικογένειας τους δίνει ένα σχετικά ισότιμο καθεστώς. Ο δρόμος προς τη χειραφέτηση των νέων, στην προκειμένη περίπτωση, είναι «εντός της οικογένειας» και όχι «από την οικογένεια» ακριβώς όπως συμβαίνει για τις γυναίκες. Η κατάσταση είναι μάλλον διαφορετική εάν λάβουμε υπόψη έναν νεαρό ενήλικα που ζει σε μια υποβαθμισμένη περιοχή, καθώς ζει επίσης με γονείς, με τη διαφορά ότι δεν έχει άλλη επιλογή λόγω της ανεργίας ή της ασταθούς εργασίας. Σε αυτήν την περίπτωση, δεν υπάρχει δρόμος προς την ανεξαρτησία, αλλά πλήρης εξάρτηση από τους οικογενειακούς πόρους με έμμεση συνέπεια τη μείωση της συμβατικής ισχύος εντός της οικογένειας (Andreotti et al, 2001).

Τα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων, οι γηράσκοντες πληθυσμοί και η μακροχρόνια παραμονή με την οικογένεια έχουν συμβάλει στο μετασχηματισμό των δικτύων οικογένειας και συγγένειας, τροποποιώντας εν μέρει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες. Αυτές οι αλλαγές σε συνδυασμό με τις αλλαγές στην αγορά εργασίας ασκούν πίεση σε αυτό το μοντέλο, δημιουργώντας νέα προβλήματα. Από δημογραφική άποψη, για παράδειγμα, είναι προφανές ότι το δίκτυο συγγένειας έχει επεκταθεί μεταξύ των γενεών, αλλά έχει μειωθεί εντός της ίδιας γενιάς. Αυτό έχει θετικές και αρνητικές συνέπειες. Από τη μία πλευρά, είναι θετικό, καθώς οι παππούδες μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά, καθώς συνήθως φροντίζουν τα παιδιά όταν η μητέρα εργάζεται. Επιπλέον, οι κάθετες σχέσεις μεταξύ των γενεών συνεπάγονται συχνά συνεχή ροή (οικονομικών) πόρων από τους παππούδες προς τους γονείς και τα εγγόνια, οι οποίοι συμβάλλουν στο σύνολο των διαθέσιμων πόρων εντός της οικογένειας. Σε ένα πλαίσιο όπου η ανακατανομή των πόρων από το κράτος



δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη, η στήριξη αυτή αποδεικνύεται σημαντική (Andreotti et al, 2001).

Ωστόσο, οι παππούδες μπορούν να αποτελέσουν βάρος εάν αρρωστήσουν ή αν δεν αυτό-εξυπηρετούνται . Στη δεύτερη περίπτωση, η έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών, και συγγενών μπορεί να προκαλέσουν μεγάλες εντάσεις στην οικογένεια. Υπό αυτήν την έννοια, η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης μορφών οικογενειακής αστάθειας -διαζύγιο, μονογονεϊκές οικογένειες και γονείς σε δεύτερο γάμο - οδηγούν στην υπερβολική επιβάρυνση των οικογενειών με ευθύνες. Η εξουθένωση αυτή ευθύνεται για τις εντάσεις εντός της οικογένειας.

Εν κατακλείδι, η οικογενειακή φύση της κοινωνικής πρόνοιας στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο τονίζει τη σημασία της υποστήριξης που παρέχουν οι γυναίκες ως κέντρου του μηχανισμού. Σε αυτό το μοντέλο, στην πραγματικότητα, οι γυναίκες αναλαμβάνουν στρατηγικό ρόλο για τη διατήρηση της ισορροπίας, η οποία δεν είναι μόνο οικιακή, αλλά και ολόκληρου του συστήματος κοινωνικής αναπαραγωγής και εργασίας. Βρίσκονται στο επίκεντρο διαφόρων κρίσιμων σχέσεων και έχουν τον διπλό ρόλο των μεσαζόντων: από τη μια πλευρά, στο πλαίσιο του οικογενειακού και συγγενικού δικτύου, από την άλλη, μεταξύ της οικογένειας και του κράτους. Αυτό το συγκεκριμένο σύστημα αναπαραγωγής και ο συνδυασμός οικογένειας, κράτους και αγοράς δεν αποτελεί απαραίτητα σημάδι οπισθοδρόμησης ή μη εκσυγχρονισμού. Αντίθετα, υπογραμμίζει ένα διαφορετικό πρότυπο ανάπτυξης, το οποίο ήταν συνεκτικό από μόνο του, παρόλο που προκαλούσε άνιση κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων ομάδων. Δεδομένου ότι πολλές γυναίκες εργάζονται σε οικογενειακές επιχειρήσεις ή σε άτυπη απασχόληση, έχει σαν αποτέλεσμα να μην έχουν αναπτύξει αυτονομία από την οικογενειακή μονάδα για να λάβουν ανεξάρτητες αποφάσεις σχετικά με τις ατομικές επιλογές τους. Αυτό δημιουργεί μια κατάσταση αμοιβαίας εξάρτησης μεταξύ ανδρών και γυναικών στην οποία οι πρώτοι παρέχουν εισόδημα και οι δεύτερες υπηρεσίες φροντίδας. Αυτή η συμβιωτική σχέση εξηγεί όχι μόνο γιατί οι οικογενειακοί δεσμοί είναι τόσο ισχυροί στις χώρες της νότιας Ευρώπης, αλλά και γιατί το κοινωνικό σύστημα συνεχίζει να αναπαράγεται (Andreotti et al, 2001).

### 3.4 Συντάξεις, υγειονομική περίθαλψη και κοινωνική αρωγή

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του Νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου Κράτους Πρόνοιας που το διαφοροποιεί από το συντηρητικό μοντέλο της ηπειρωτικής Ευρώπης είναι ο υψηλός βαθμός κατακερματισμού του συστήματος και η σημαντική πόλωση μεταξύ μιας ομάδας υπερ-προστατευόμενων δικαιούχων και μεγάλου αριθμού υπό-προστατευόμενων εργαζομένων και πολιτών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στη δεκαετία του 1970 υπήρχαν μεγάλα κενά στην κάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της νότιας Ευρώπης και ένα σημαντικό ζήτημα ήταν η επέκταση της κάλυψης σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Στην Πορτογαλία, για παράδειγμα, καθιερώθηκε ένα καθολικό και υποχρεωτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μετά την πτώση της δικτατορίας, ενώ στην Ελλάδα τα κενά καλύφθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη παραοικονομία και η αύξηση της παράτυπης εργασίας δημιούργησαν στις χώρες του Νότου ανισότητες τόσο στην κάλυψη όσο και στα δικαιώματα. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στα συνταξιοδοτικά συστήματα και των τεσσάρων χωρών από το 1985 στην Ισπανία και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 σε όλες τις άλλες, απεικονίζουν κοινές τάσεις. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι πριν από την έναρξη των μεταρρυθμίσεων, η θεσμοθετημένη ηλικία συνταξιοδότησης ήταν χαμηλότερη για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες στην Ιταλία, την Ελλάδα και την Πορτογαλία, αλλά όχι στην Ισπανία. Επίσης σε όλες τις εν λόγω χώρες τα επίπεδα των συντάξεων στο δημόσιο τομέα ήταν πολύ υψηλότερα από εκείνα των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα και των αυτοαπασχολούμενων. Η «κρατική γενναιοδωρία» αναφέρεται στην απαιτούμενη ηλικία συνταξιοδότησης για πλήρεις ή μειωμένες συντάξεις, στα επίπεδα ελάχιστων εισφορών και παροχών (Ferrera, 1999).

Εξίσου σημαντικό στοιχείο αποτελούν και οι έντονες μεταναστευτικές ροές και στις τέσσερις χώρες της ΝΕ από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η υψηλή ανεργία των νέων, συνθήκες που έχουν εκτοξεύσει την παραοικονομία, έχουν ενισχύσει τον αριθμό των παράτυπων εργαζομένων και έχουν εκ των πραγμάτων εμφανίσει κενά στην κάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης και στα δικαιώματα των εργαζομένων. Κατά συνέπεια, αν και η ακραία κατανομή του εισοδήματος μεταξύ μιας ομάδας υπερ-προστατευόμενων δικαιούχων και μεγάλου αριθμού υπο-προστατευόμενων εργαζομένων και πολιτών έχει μειωθεί επίσημα σε όλες τις χώρες

της Νότιας ΕΕυρώπης τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπαραχθεί τοπικά λόγω παρατυπιών.

Τα καθολικά εθνικά συστήματα υγείας στην Ιταλία (1978), την Πορτογαλία (1979), την Ελλάδα (1983) και την Ισπανία (1986) είναι εμπνευσμένα από το Βρετανικό πρότυπο. Από τη δεκαετία του 1980, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παρέχει πλήρη κάλυψη του πληθυσμού και στις τέσσερις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Ωστόσο, αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην Ιταλία και την Ελλάδα. Υπάρχουν επίσης διαφορές μεταξύ των χωρών της νότιας Ευρώπης σε σχέση με τις πηγές χρηματοδότησης. Στην Ισπανία οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης κάλυπταν περίπου τα 2/3 των δαπανών για τη δημόσια υγεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970 αλλά μόνο το 30% το 1989. Μέχρι το 1999 είχαν εξαφανιστεί εντελώς. Στην Πορτογαλία, οι κοινωνικές εισφορές αντιπροσώπευαν το 10% των δαπανών για τη δημόσια υγεία το 2001 και το υπόλοιπο 90% προέρχονταν από τη φορολογία. Στην Ιταλία, το μερίδιο των εισφορών αυξήθηκε σε περισσότερο από 50 τοις εκατό της συνολικής δημόσιας χρηματοδότησης το 2001, ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο μερίδιο ήταν 46 τοις εκατό το 2000. Μια κοινή τάση στις χώρες της ΕΕ είναι ότι οι δαπάνες για την υγεία έχουν αυξηθεί ραγδαία μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ. Σήμερα, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕγχΠ) βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ στην Ελλάδα και την Πορτογαλία και κάτω από αυτόν τον μέσο όρο στην Ιταλία και την Ισπανία. Ωστόσο, λόγω των ελλείψεων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, σημειώθηκε σημαντική αύξηση της δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα, μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και των άμεσων πληρωμών. Η αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση της αγοράς υγείας είναι επομένως μια κοινή τάση (<https://www.easpd.eu>)

Το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους Πρόνοιας χαρακτηρίζεται από χαμηλό βαθμό διεΐσδυσης του κράτους στον τομέα της υγείας και της προνοιακής σφαίρας, καθώς επίσης και στην συνύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων και θεσμών με έντονα διαπλεκόμενο χαρακτήρα. Το γνώρισμα αυτό είναι ιδιαίτερα έκδηλο στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών. Στη Βρετανία και τη Σκανδιναβία η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ είχε ως αποτέλεσμα όχι μόνο την καθολική κάλυψη και την τυποποίηση νορμών και δομών, αλλά και τον εκτοπισμό των ιδιωτικών υπηρεσιών από τον τομέα της υγείας. Η συνύπαρξη δημόσιου-ιδιωτικού εξελίχθηκε διαφορετικά στη Νότια Ευρώπη. Εδώ, η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ (ιταλικού ή ιβηρικού και ιδίως ελληνικού στυλ) δεν προήγαγε την ενίσχυση των δημόσιων

υπηρεσιών και τον εκτοπισμό των ιδιωτικών παροχών ,αλλά αντίθετα μια ιδιόμορφη διαπλοκή του δημοσίου με το ιδιωτικό, συχνά με μεγάλο όφελος για το τελευταίο (Ferrera, 1999).

### 3.5 Ειδικά χαρακτηριστικά των χωρών του Νοτιοευρωπαϊκού Μοντέλου Κράτους Πρόνοιας.

#### 3.5.1 Ισπανία

Η οργάνωση του Κράτους Πρόνοιας της Ισπανίας θεωρείται σχετικά πρόσφατη σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Έχει δεχθεί τις ίδιες επιρροές με τα υπόλοιπα συστήματα πρόνοιας των χωρών του ευρωπαϊκού νότου και παρουσιάζει επίσης πολλά από τα προβλήματα και τις ιδιαιτερότητες που το κατατάσσουν σε αυτό το ιδιαίτερο μοντέλο που έχει χαρακτηριστεί ως «Νοτιοευρωπαϊκό».

Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970 έλαβαν χώρα οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις καθώς ιστορικά συνέβη η πτώση της δικτατορίας του Φράνκο. Κατά παράδοση, η Καθολική Εκκλησία είχε σημαίνοντα ρόλο και μεγάλη επιρροή στη διαμόρφωση και την εφαρμογή της πολιτικής κοινωνικής πρόνοιας, όμως η οποία , λόγω του μέχρι τότε δικτατορικού καθεστώτος, σχεδιάστηκε για να υποστηρίξει τις πατριαρχικές οικογενειακές δομές και το απολυταρχικό κράτος.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου του Φράνκο, η Ισπανία είχε θεσπίσει ένα καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας που παρείχε χαμηλή προστασία στους πολίτες. Η υποστήριξη της πατριαρχίας οδήγησε σε οικονομική ενίσχυση για τα παντρεμένα ζευγάρια, παροχές για συζύγους που δεν εργάζονταν έξω από το σπίτι, παροχές μητρότητας, παροχές για παιδιά και βραβεία γέννησης για να ανταμείψουν τις μεγάλες οικογένειες. Η εστίαση στα οφέλη των παιδιών ενίσχυσε την ιδέα ότι οι έγγαμες γυναίκες υποτάχθηκαν στους άνδρες και η θέση της γυναίκας ήταν στο σπίτι. Εκτός από αυτά τα οφέλη, υπήρχε επίσης οικογενειακή φορολογική ελάφρυνση. Το 1973, η ύφεση οδήγησε σε περικοπές των οικογενειακών παροχών. Το συγκεκριμένο καθεστώς, ωστόσο, ήταν ισχυρά πατριαρχικό και υπέρ των οικογενειακών αξιών. Ως αποτέλεσμα αυτών των πεποιθήσεων, οι παροχές για την μητρότητα και τις

μονογονεϊκές οικογένειες είναι, ακόμη και σήμερα, από τις χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Almeda et al, 1996).

Μετά την πτώση της δικτατορίας, το Σοσιαλιστικό Κόμμα (PSOE) ήρθε στην εξουσία στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και παρέμεινε για πάνω από μια δεκαετία. Τα προγράμματα του Σοσιαλιστικού κόμματος σηματοδότησαν την αποχώρηση από το Κράτος Πρόνοιας του παρελθόντος και αποτέλεσαν τη βάση στην οποία οικοδομήθηκε το σημερινό μοντέλο της κοινωνικής πρόνοιας της Ισπανίας. Σημειώθηκαν αλλαγές στο εκπαιδευτικό σύστημα με την κρατική υποστήριξη και η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση έγινε δικαίωμα όλων (Almeda et al, 1996).

### Υγειονομική Περίθαλψη

Οι υπηρεσίες υγείας ομαδοποιήθηκαν σε έναν κοινό οργανισμό (Asistencia Sanitaria dela Seguridad Social - ASSS). Κατά τη διαμόρφωση του νέου καθεστώτος η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και οι παροχές βασίζονταν στην επαγγελματική κατάσταση των ασφαλισμένων, η δε διαχείριση των υπηρεσιών υγείας διεξήγοντο από αυτόν τον κοινό οργανισμό. Ο ASSS ήταν υπεύθυνος για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών όλων των ασφαλισμένων και διέθετε το δικό του δίκτυο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Παράλληλα υπήρχαν και επαρχιακά νοσοκομεία με χρηματοδότηση και διοίκηση από την τοπική κοινότητα (Guillen, 2008).

Η ιστορική ανασκόπηση του Sanchez (1998) σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις που επέφερε η εποχή του σοσιαλισμού στην υγειονομική περίθαλψη συνοψίζονται εν συντομία στα παρακάτω. Στην Ισπανία, το σοσιαλιστικό κράτος οργάνωσε το σύστημα υγείας και προσδιόρισε τις πηγές της χρηματοδότησής του. Βασικός στόχος του ήταν η προαγωγή της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών. Το 1986 θεσπίστηκαν νέες ρυθμίσεις για την υγεία και νόμοι για τα φάρμακα. Έχοντας δεχθεί επιρροές από τα παραδείγματα της Βρετανίας και της Ιταλίας, η Ισπανία προχώρησε στη δημιουργία Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας για όλες τις επαρχίες της. Την περίοδο αυτή 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι εντάχθηκαν στο σύστημα ασφάλισης και το ποσοστό αυτό έφτασε στο 98% το 1996. Επιπλέον, και σύμφωνα με τους δείκτες υγείας, το επίπεδο υγείας του Ισπανικού λαού βελτιώθηκε σημαντικά. Για

παράδειγμα, η θνησιμότητα κατά το πρώτο έτος ζωής μειώθηκε στο 0,6% και το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε στα 73,8 έτη για τους άνδρες και στα 81,1 έτη για τις γυναίκες. Η κρατική χρηματοδότηση του τομέα υγείας αυξήθηκε μεταξύ του 1982 και 1996. Ήταν στα ίδια επίπεδα με εκείνη της Ιταλίας ή της Γαλλίας αλλά χαμηλότερη από εκείνη της Βρετανίας ή τη Δανίας.

Οι συνθήκες που επικρατούν σήμερα συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται σε δύσκολη θέση, καθώς τα τελευταία χρόνια ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά 10% ενώ οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης δεν αυξήθηκαν με παρόμοιο ρυθμό.
- Υπάρχουν περιφερειακές / γεωγραφικές διαφορές στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, στην εξειδικευμένη περίθαλψη και στην κάλυψη ορισμένων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών. Αυτό έχει οδηγήσει ορισμένες κοινωνικές ομάδες να αναζητήσουν αυτές τις υπηρεσίες από ιδιωτικές κλινικές.
- Το ανθρώπινο δυναμικό δεν επιλέγεται βάσει των προσόντων αλλά πολιτικών κριτηρίων. Υπάρχουν προβλήματα στην οικονομική διαχείριση. Το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσίας Καταναλωτών, το Διαπεριφερειακό Συμβούλιο του Εθνικού Συστήματος Υγειονομικής περίθαλψης και η Ανώτερη Επιθεώρηση δεν ασκούν επαρκώς τα καθήκοντά τους ως συντονιστικοί και ρυθμιστικοί φορείς. Αυτοί οι κυβερνητικοί φορείς θα πρέπει να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να διασφαλιστεί με επιτυχία μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και δικαιοσύνη, συμβάλλοντας έτσι σε υψηλότερο επίπεδο δημοκρατίας και σε μεγαλύτερη βιωσιμότητα του συστήματος συνολικά (Aguilar et al, 2016).

#### Κοινωνική Ασφάλιση – Παροχές

Η ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται σήμερα μέσω δύο συστημάτων: της κοινωνικής ασφάλισης και της ιδιωτικής. Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης παρέχεται νοσοκομειακή περίθαλψη, ιατρικές υπηρεσίες και επιδοτήσεις. Για τους δημόσιους υπαλλήλους ή τις ένοπλες δυνάμεις υπάρχει ειδικό καθεστώς παράλληλα με το γενικό δημιουργώντας έτσι ένα μικτό και ασυντόνιστο σύστημα υγείας με

επικαλυπτόμενες λειτουργίες. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφέρει επίσης μεταξύ των περιφερειών. Το 1986 η κυβέρνηση θέσπισε την Εθνική Υπηρεσία Υγείας με στόχο να εξασφαλίσει για όλους Ισπανούς και μη, δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη (Sanchez, 1998).

Η κοινωνική μέριμνα για τους ηλικιωμένους είναι περιορισμένη. Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων που χρειάζονται φροντίδα ζουν με την οικογένειά τους. Οι δημόσιες δωρεάν κλίνες για την περίθαλψη τους είναι περιορισμένες και υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής. Σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος διαθέτει σύνταξη μπορεί να φιλοξενηθεί σε ιδιωτική δομή φροντίδας με το 80% της σύνταξής του. Υπάρχει δε ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων που ζουν μόνοι με χαμηλό εισόδημα (Bosch,2002).

Στον τομέα των συντάξεων, οι μεταρρυθμίσεις είχαν ήδη ξεκινήσει στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Το 1996, το 2003 και το 2007 πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω μεταρρυθμίσεις με στόχο τον συνδυασμό ορθολογικής οργάνωσης και ενισχυμένης αναδιανομής. Μέχρι το 2011, σημειώθηκε επέκταση (όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρηματοδότηση) στις υπηρεσίες παιδικής μέριμνας, την αμειβόμενη γονική άδεια, την οικονομική στήριξη για εργαζόμενες μητέρες, τις ελάχιστες συντάξεις, τα επιδόματα ανεργίας και τη μακροχρόνια περίθαλψη (Pavolini et al, 2014)

Από την άλλη πλευρά ο ισπανικός πληθυσμός παρουσιάζει χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης και υπογεννητικότητα κάτω από το επίπεδο που απαιτείται για να εξασφαλιστεί η πληθυσμιακή αντικατάσταση των γενεών. Αυτό, σε συνδυασμό με την πτώση των ποσοστών θνησιμότητας, οδήγησε σε ταχεία άνοδο της μέσης ηλικίας. Μέχρι το 2020, ο πληθυσμός άνω των 65 ετών αναμένεται να ανέλθει στο 18,3%. Οι γυναίκες παντρεύονται και τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ μειώνονται και τα ποσοστά γάμου ως αποτέλεσμα της ανεργίας. Το ποσοστό των ανύπαντρων μητέρων στην Ισπανία εξακολουθεί να είναι χαμηλό, αλλά αυξάνεται. Τα ποσοστά διαζυγίου, τα οποία ήταν παραδοσιακά χαμηλά, αυξάνονται όπως και οι περιπτώσεις μονογονεϊκών οικογενειών (Carrascosa, 2015).

## Εκπαίδευση

Το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ισπανία περιλαμβάνει την προσχολική εκπαίδευση (έως 6 χρονών), τη βασική εκπαίδευση (6 έως 12 ετών), την υποχρεωτική εκπαίδευση (ηλικίας 12 έως 16 ετών) και τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (16 έως 18 ετών), η οποία περιλαμβάνει είτε το «bachillerato» (προετοιμασία για πανεπιστημιακές σπουδές) είτε την επαγγελματική κατάρτιση (επαγγελματική κατάρτιση). Έως την ηλικία των 16 ετών η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν. Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση διακρίνεται στη δημόσια και στην ιδιωτική. Τα ιδιωτικά πανεπιστήμια τηρούν τις συνταγματικές αρχές που διέπουν την τριτοβάθμια εκπαίδευση και παρέχουν επίσημα προγράμματα σπουδών. (<https://www.euroeducation.net>)

## Ανεργία

Τα επίπεδα ανεργίας στην Ισπανία βελτιώνονται, με το ποσοστό των ανέργων να μειώνεται στο 14,8% τον Οκτώβριο του 2018, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat. Παρόλα αυτά, η Ισπανία εξακολουθεί να υστερεί έναντι πολλών άλλων χωρών στην ευρωζώνη, όπου ο μέσος όρος ανεργίας είναι μόλις 6,7%. Οι εργαζόμενοι στην Ισπανία εφόσον βρεθούν σε συνθήκες ανεργίας δικαιούνται επίδομα εάν βέβαια πληρούν ορισμένα κριτήρια. Συνήθως δικαιούνται επίδομα 4 μηνών, εάν έχουν καταβάλλει σε ασφαλιστικό φορέα εισφορές για τουλάχιστον ένα έτος. (<https://www.expatica.com>)

Στην Ισπανία υπάρχει πρόβλεψη ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος το οποίο όμως έχει τη μορφή παροχών από διαφορετικά και συχνά επικαλυπτόμενα συστήματα. Τα επιδόματα αυτά απευθύνονται σε κοινωνικές ομάδες που έχουν επείγουσα ανάγκη υποστήριξης. Η συντριπτική πλειονότητα των ατόμων που λαμβάνουν ελάχιστο εισόδημα έχουν προηγουμένως εξαντλήσει τα διάφορα ανταποδοτικά, επιδόματα ανεργίας και κοινωνικής πρόνοιας. Ομοίως, έχουν συχνά επωφεληθεί από ειδικά προγράμματα απασχόλησης, όπως το Πρόγραμμα Ενεργοποίησης της Απασχόλησης, ή το Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επανεκπαίδευσης. Οι δικαιούχοι του γεωργικού εισοδήματος είναι αυτοί που εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά απασχόλησης.



Το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα αποσκοπεί στην παροχή ενός ικανοποιητικού βαθμού οικονομικής προστασίας για την αποφυγή καταστάσεων όπως απλήρωτοι λογαριασμοί, στερήσεις κ.λπ. Ωστόσο, ο βαθμός προστασίας ποικίλει και δημιουργεί καταστάσεις ανισότητας. Έχει παρατηρηθεί πως παρά τη λήψη της σχετικής οικονομικής ενίσχυσης, υπάρχουν οικογένειες που εξακολουθούν να βρίσκονται ακόμη και 250 ευρώ μηνιαίως κάτω από το όριο που έχει χαρακτηριστεί ως «όριο φτώχειας» (Canon et al, 2016).

Οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει το Ισπανικό κράτος πρόνοιας περιλαμβάνουν προβλήματα που σχετίζονται με την ανεργία, την αυξανόμενη δυσκολία στην ανεύρεση εργασίας, στη γήρανση του πληθυσμού και φυσικά στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης που έχει αποδυναμώσει οικονομικά την Ευρώπη από το 2007 και μετά. Τα προβλήματα του Κράτους Πρόνοιας της Ισπανίας εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική ισότητα στην ευημερία παρά τις αυξημένες δημόσιες δαπάνες. Ο αριθμός των ατόμων που ζουν στη φτώχεια εξακολουθεί να είναι σημαντικά υψηλότερος από ό, τι σε άλλα μέρη της Ευρώπης. Παρά τις τεράστιες αλλαγές του Κράτους Πρόνοιας τα κατάλοιπα του παλαιού συστήματος κοινωνικής πολιτικής εξακολουθούν να υφίστανται (Canon et al, 2016).

### 3.5.2 Πορτογαλία

Η Πορτογαλία ήταν και εξακολουθεί να είναι μία από τις φτωχότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Οι δείκτες υγείας στο παρελθόν ήταν πολύ χαμηλοί σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση, αν και εξακολουθεί να υστερεί σε σχέση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σε ορισμένους τομείς υγειονομικής περίθαλψης. Τα χαρακτηριστικά και η πορεία του Κράτους Πρόνοιας της Πορτογαλίας που παραθέτονται στο παρόν κεφάλαιο αφορούν τη χρονική περίοδο μέχρι την οικονομική κρίση του 2007, από την οποία επλήγη ιδιαίτερα. Οι επιπτώσεις της κρίσης περιγράφονται σε επόμενο κεφάλαιο.

Το προσδόκιμο ζωής παρουσίασε πολύ μεγάλη αύξηση κυρίως από το 1960 έως το 1992 (από 62 χρόνια για τους άνδρες και 67 για τις γυναίκες κατά το 1960, αυξήθηκε σε 71 και 78 αντίστοιχα έως το 1992), ακολουθώντας στη συνέχεια τα ποσοστά των ευρωπαϊκών χωρών. Το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας στη χώρα το

1970 ήταν 58 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις – το υψηλότερο στην Ευρώπη και κοντά στα επίπεδα του Τρίτου Κόσμου - αλλά το 1992 είχε μειωθεί σε 10 ανά 1.000 γεννήσεις. Στους περισσότερους δείκτες κοινωνική ανάπτυξης, έως τις αρχές του 1980 η Πορτογαλία βρίσκονταν πολύ χαμηλά σε σχέση με όλη τη Δυτική Ευρώπη. Παρά τη σημαντική οικονομική ανάπτυξη κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του '80, η Πορτογαλία υστερούσε οικονομικά σύμφωνα με τα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα. Παρόλο που υπήρχε ένα μεγάλο και ευρύ φάσμα δημόσιων προγραμμάτων βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου πολλά εξ αυτών δεν υλοποιήθηκαν λόγω έλλειψης οικονομικών κεφαλαίων (Solsten, 1993).

Ιδιαίτερα σημαντικός ήταν ο ρόλος της Εκκλησίας καθώς ανέπτυξε φιλανθρωπικές δράσεις και προγράμματα στήριξης των οικονομικά ευπαθών ομάδων όπως οι χήρες και τα ορφανά. Στο πνεύμα της προσφοράς προς τον συνάνθρωπο και με την καθοδήγηση της Εκκλησίας πολλοί ευπορότεροι (π.χ. ιδιοκτήτες γης) σε σταθερή βάση ανέλαβαν την οικονομική ενίσχυση ασθενέστερων (Solsten, 1993).

Στην Πορτογαλία, η φιλανθρωπική λαχειοφόρος αγορά αποτέλεσε θεσμό που συνέβαλλε σημαντικά στην κοινωνική ανάπτυξη. Ο οργανισμός που διαχειρίζεται τις φιλανθρωπικές λαχειοφόρους αγορές είναι ο Santa Casada Misericórdiade Lisboa (Άγιος Οίκος του Ελέους της Λισαβόνας). Τα κέρδη που προέρχονται από τα κρατικά κοινωνικά τυχερά παιχνίδια (φιλανθρωπικές λαχειοφόρες αγορές) διανέμονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, για τη χρηματοδότηση δράσεων κοινωνικού, πολιτιστικού και αθλητικού χαρακτήρα κ.α. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κριτήρια για την επιλογή των φορέων και οργανώσεων στους οποίους θα αποδοθούν τα χρηματικά ποσά προσδιορίζονται με προεδρικό διάταγμα. Για αρκετές δεκαετίες η λαχειοφόρος αγορά συνέβαλλε στην υλοποίηση προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών και των αναπηριών, στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και στην κοινωνική ασφάλιση, στην αστυνόμευση αθλητικών εκδηλώσεων, στον σχολικό αθλητισμό και στον κοινωνικό τουρισμό (<http://ernop.eu>).

Τα πρώτα βήματα προς ένα σύγχρονο κρατικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας πραγματοποιήθηκαν στις αρχές του 1960. Οι υπηρεσίες που παρέχονταν από το σύστημα αυτό ήταν ελλιπείς, και ανεπαρκείς. Τα αστικά κέντρα έλαβαν κάποια οφέλη και σχεδόν κανένας δεν μετακινήθηκε στην ύπαιθρο. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, τέθηκαν οι βάσεις για πολυάριθμα προγράμματα υγείας και

κοινωνικής πρόνοιας, αλλά μόνο στη δεκαετία του 1980 η Πορτογαλία είχε τη σταθερότητα και τους πόρους για να ξεκινήσει την εφαρμογή τους (Solsten, 1993).

### Υγειονομική περίθαλψη

Ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας ήταν πάντα χαμηλός. Η περίθαλψη παρέχονταν από ένα κατακερματισμένο σύνολο ποικίλων υπηρεσιών υγείας που περιελάμβανε μεγάλα κρατικά νοσοκομεία, ιατρικά κέντρα των Ιατρικών Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας, υπηρεσίες δημόσιας υγείας τύπου «κέντρων υγείας», δημοτικούς ιατρούς, ειδικευμένες υπηρεσίες για την υγεία των μητέρων και των παιδιών, τη φυματίωση και τις ψυχιατρικές διαταραχές.

Με την εγκαθίδρυση της δημοκρατίας, το δικαίωμα πρόσβασης σε ένα καθολικό, γενικό και δωρεάν σύστημα υγείας κατοχυρώθηκε στο Σύνταγμα της Πορτογαλικής Δημοκρατίας του 1976 (άρθρο 64), σύμφωνα με το οποίο η φροντίδα υγείας παρέχεται από μια δημόσια Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS), που δημιουργήθηκε το 1979. Η οργάνωση του συστήματος διατηρεί μια δημόσια συνιστώσα (Εθνική Υπηρεσία Υγείας, NHS) και μια ιδιωτική. Σε αυτό το σύστημα, η παροχή περίθαλψης εξασφαλίζεται από ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο είναι δημόσιο και από ένα δίκτυο νοσοκομειακής περίθαλψης, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό. Αυτά τα δίκτυα εγγυώνται την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία οξέων καταστάσεων και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Fernandes, 2016).

Με την εγκαθίδρυση της δημοκρατίας σημειώθηκαν επίσης πολύ σημαντικές αυξήσεις στην χρηματοδότηση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 0,2% του ΑΕΠ το 1972 σε 5,6% το 2008. Αν και η Πορτογαλία έχει ένα μεικτό σύστημα, με ιδιωτική ασφάλιση διαθέσιμη και με ιατρούς και στον ιδιωτικό τομέα, η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών επισκέπτεται το δημόσιο σύστημα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις επισκέψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και τους γενικούς ιατρούς. Την τελευταία δε δεκαετία παρατηρείται επίσης μια αύξηση στον αριθμό των γιατρών. Από 7.000, σε 39.000, ενώ μειώθηκε ο αριθμός των ατόμων ανά γιατρό, 1.253 ανά γιατρό σε 273 (Glatzer, 2012).

Επίσης, έγιναν προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού. Κατασκευάστηκαν νέα κέντρα φιλοξενίας και υγείας και αγοράστηκε διαγνωστικός εξοπλισμός.

Επιπρόσθετα, η κρατική παρέμβαση έφτασε σε ένα σημείο να πληρώνει για το μεγαλύτερο μέρος των φαρμακευτικών συνταγών. Οι δαπάνες για την υγεία αγγίζουν το 15% περίπου των δημοσίων δαπανών και είναι υψηλότερες από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Glatzer, 2012).

Με την πάροδο του χρόνου οι Πορτογάλοι είχαν τη δυνατότητα να επωφεληθούν από ένα εθνικό σύστημα υγείας το οποίο κατέβαλε το 100% των περισσότερων ιατρικών και φαρμακευτικών δαπανών. Το σύστημα, το οποίο διαχειρίζεται το Υπουργείο Υγείας, περιελάμβανε την παροχή φροντίδας σε μεγάλα αστικά νοσοκομεία, αρκετά περιφερειακά νοσοκομεία και πολυάριθμα κέντρα υγείας. Τα κέντρα υγείας ειδικεύονται πλέον στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας (Glatzer, 2012).

### Κοινωνική ασφάλιση και παροχές

Μέχρι το 1974, οι Πορτογάλοι διέθεταν ένα σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, στηριζόμενο στην κοινωνική ασφάλιση, το οποίο χρηματοδοτούσε την περίθαλψη για μικρή μερίδα μόνο του πληθυσμού. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού πλήρωνε για κακής ποιότητας περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία συγκεντρώθηκαν σε μεγάλες πόλεις, ή στις λίγες ιδιωτικές κλινικές που υπήρχαν σε όλη τη χώρα.

Σύμφωνα με τον Glatzer (2012) ένας τρόπος για να εκτιμηθεί η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας είναι να εξεταστεί η αύξηση του αριθμού των ατόμων που λαμβάνουν κοινωνικές παροχές, προνόμια και επιδόματα. Ο αριθμός των δικαιούχων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Πορτογαλία, με την πάροδο του χρόνου, αυξάνονταν σημαντικά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα κοινωνικά επιδόματα αρχίζουν να χορηγούνται κατά τη διάρκεια της δικτατορίας του Salazar. Το 1970, το προσδόκιμο ζωής ήταν τα 67 έτη. Έτσι, υπήρχαν σχετικά λίγοι ηλικιωμένοι στο σύνολο του πληθυσμού. Η επέκταση του συστήματος κοινωνικών παροχών είχε προηγηθεί της αναθεώρησης του Συντάγματος το 1976 και αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Το 1974 θεσπίστηκε κοινωνική σύνταξη για ηλικιωμένους ή άτομα με ειδικές ανάγκες ακόμη και αν δεν είχαν εργαστεί ποτέ. Ωστόσο, παρουσιάστηκε η ανάγκη για περαιτέρω κάλυψη «νέων κινδύνων» γεγονός που συνέχισε να επιβαρύνει το σύστημα των κοινωνικών επιδομάτων. Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, προστέθηκαν δύο προγράμματα σχεδιασμένα για την καταπολέμηση της μεγάλης φτώχειας. Έτσι,

καλύφθηκε ένα ευρύ φάσμα «κινδύνων». Μεταξύ αυτών είναι τα γηρατειά, η αναπηρία, η ασθένεια, τα παιδιά και η φτώχεια. Αν και η μηνιαία κοινωνική σύνταξη παραμένει μικρή, το σύστημα εξασφαλίζει σχεδόν καθολική παροχή συντάξεων (Glatzer, 2012).

Από το 1991, οι παροχές μητρότητας ανέρχονταν στο 100% της αμοιβής της μητέρας για περίοδο τριών μηνών, ένα μήνα πριν και δύο μήνες μετά τη γέννηση. Τα επιδόματα ασθενείας ανήλθαν σε 65% των μισθών για μέχρι 1.095 ημέρες. Τα εργατικά ατυχήματα καλύπτονταν από ιδιωτική ασφάλιση και οι πληρωμές μπορεί να φτάσουν στα δύο τρίτα των βασικών αποδοχών. Υπάρχουν επιπλέον, μικρά οικογενειακά επιδόματα στήριξης των παιδιών μέχρι την ηλικία των δεκαπέντε ή την ηλικία των είκοσι πέντε, αν είναι φοιτητές (Solsten, 1993).

Οι υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις που διατίθενται για τους ηλικιωμένους είναι διάφορες: κέντρα ημερήσιας φροντίδας, υπηρεσίες κατ' οίκον (κατ' οίκον βοήθεια και ολοκληρωμένη κατ' οίκον φροντίδα), οίκοι ευγηρίας (μακροχρόνια και παρηγορητική περίθαλψη), δομές για άτομα με χρόνια ανάγκη εντατικής φροντίδας κ.α. (Joel et al, 2010).

Όπως προαναφέρθηκε, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αυξήθηκε αρκετά κατά την δημοκρατική περίοδο. Παρόλα αυτά δεν ήταν επαρκής. Άλλωστε η δημοκρατία αποκαταστάθηκε σε μια περίοδο που η ανάπτυξη της χώρας υστερούσε σημαντικά. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εξακολουθούσε να έχει ελλείψεις και υποστελέχωση, ο δε εξοπλισμός σε ορισμένες περιπτώσεις ήταν πεπαλαιωμένος. Σαν αποτέλεσμα ένα από τα κυρίαρχα προβλήματα του εθνικού συστήματος υγείας ήταν η μακρά αναμονή για την νοσοκομειακή περίθαλψη, συχνά για διάρκεια μηνών, που προκλήθηκε από την έλλειψη οικονομικών πόρων, την έλλειψη προσωπικού και τις ανεπαρκείς εγκαταστάσεις. Μερικώς, ως αποτέλεσμα αυτών των ανεπαρειών υπήρξε ένας σημαντικός ιδιωτικός ιατρικός τομέας που προσέφερε καλύτερη φροντίδα (Solsten, 1993).

### Εκπαίδευση

Στην Πορτογαλία, το σύστημα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης δεν είναι δωρεάν και μετά το λύκειο πολλοί μαθητές (ακόμη και οι καλοί) δεν είναι σε θέση να συνεχίσουν τις σπουδές τους για οικονομικούς λόγους. Μελανό σημείο αποτελεί το

ποσοστό εγκατάλειψης του σχολείου. Μάλιστα κατά τη χρονική περίοδο 2004-2009 η Πορτογαλία, μαζί με τη Μάλτα, τη Ρουμανία και την Ισπανία, ήταν μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με το υψηλότερο ποσοστό εγκατάλειψης του σχολείου σε όλες τις βαθμίδες. Την δεκαετία του 90 τα ποσοστά μειώθηκαν μειωθεί χάρη στα σχετικά προγράμματα που εφαρμόστηκαν όχι όμως στο βαθμό που παρατηρείται π.χ. στις Σκανδιναβικές χώρες (Solsten, 1993).

### Στέγαση

Σοβαρά προβλήματα υπήρχαν και στα θέματα διαβίωσης τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Τα σημαντικότερα προβλήματα αφορούσαν στην ηλεκτροδότηση και στην υδροδότηση. Πολλά χωριά δεν είχαν ηλεκτρικό ρεύμα ακόμη και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Επίσης οι κάτοικοι ορισμένων χωριών συχνά έπρεπε να μεταφέρουν νερό από μια κοινή πηγή. Η εισροή αγροτικών μεταναστών σε αστικά κέντρα τις τελευταίες δεκαετίες ενίσχυσε τη ζήτηση για στέγαση σε ένα ήδη ανεπαρκές σύστημα ανοικοδόμησης. Οι νόμοι για τον έλεγχο των ενοικίων που ίσχυαν μεταξύ του 1948 και του 1985 είχαν αποθαρρύνει την κατασκευή νέων συγκροτημάτων κατοικιών. Ως αποτέλεσμα, στα τέλη της δεκαετίας του 1980 υπήρχαν περίπου 700.000 παράνομα κατασκευασμένες κατοικίες στην Πορτογαλία, εκ των οποίων 200.000 βρίσκονταν στην περιοχή της Λισαβόνας. Ορισμένες χτίστηκαν σε δημόσιες ή αγροσιμωποϊήτες ιδιωτικές εκτάσεις. Τα προκύπτοντα αστικά «κρησφύγετα» (*bairrosdalata*) συχνά δεν είχαν ηλεκτρισμό, τρεχούμενο νερό ή συστήματα αποχέτευσης. Η πολιτεία αναγνώρισε αυτό το σοβαρό πρόβλημα στέγασης και προσπάθησε να το αντιμετωπίσει. Το Εθνικό Ινστιτούτο Στέγασης άρχισε να κατασκευάζει 70.000 κατοικίες το χρόνο κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και εφαρμόστηκαν διάφορα προγράμματα για την απόκτηση σπιτιού. Στα προάστια της Λισαβόνας, κατασκευάστηκαν γιγαντιαίες πολυκατοικίες για τους πιο πλούσιους νέους κατοίκους της πόλης (Solsten, 1993).

Το Κράτος Πρόνοιας στην Πορτογαλία παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη, η οποία όμως δεν κατόρθωσε να φτάσει τα δυτικοευρωπαϊκά πρότυπα, δεδομένου ότι ξεκίνησε από μία βάση εξαιρετικά χαμηλή που άγγιζε σε ορισμένους τομείς ποσοστά που απαντώνται σε χώρες του Τρίτου κόσμου. Τα μελλοντικά προβλήματα της

Πορτογαλίας, θα αφορούν μεταξύ των άλλων και το δημογραφικό πρόβλημα με την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, λόγω της μείωσης των γεννήσεων και της αύξησης του μέσου όρου επιβίωσης, (όπως σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες). Η υιοθέτηση και η νοοτροπία των κοινωνικών παροχών θεμελιώθηκε σε μία εποχή με μικρότερο πληθυσμό ηλικιωμένων αλλά και χρόνιων πασχόντων. Δυστυχώς η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε στα τέλη της πρώτης δεκαετίας του 21<sup>ου</sup> αιώνα, ανέτρεψε τις μελλοντικές προβλέψεις και έμελε να επηρεάσει σημαντικά ένα κράτος που κατέβαλε μεγάλες προσπάθειες να αγγίξει ρυθμούς ευρωπαϊκής ανάπτυξης, προκαλώντας την μείωση της ευημερίας που είχε κατορθώσει να εξασφαλίσει στους πολίτες του (Solsten, 1993).

### Ανεργία

Το 1975 θεσπίστηκε η παροχή του επιδόματος ανεργίας. Ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Πορτογαλία είχε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας στην ΕΕ (που ισοδυναμούσε με 3,9 τοις εκατό το 1991), ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού παρέμεινε φτωχό, λόγω των πολύ χαμηλών μισθών των εργαζομένων. Μετά το 2008, το ποσοστό ανεργίας παρουσίασε μια σταθερή αύξηση ά από 9,6% το 2009 σε 11% το 2010 και σε 12,9% το 2011. Σε 20 περίπου χρόνια, η Πορτογαλία πέρασε από το χαμηλότερο ποσοστό ανεργίας στην ΕΕ στο υψηλότερο. Σήμερα (2019) το ποσοστό ανεργίας στην Πορτογαλία βρίσκεται στο 6,8% (<https://tradingeconomics.com>).

Παρά το γεγονός ότι το επίδομα ανεργίας έχει θεσπιστεί από το 1975, ένα μεγάλο ποσοστό ανέργων δεν δικαιούνται λόγω των πολύ αυστηρών κριτηρίων επιλεξιμότητας (Alves, 2014).

«Το εισόδημα κοινωνικής ένταξης» αποτελεί ένα επίδομα αλληλεγγύης και κοινωνικής προστασίας, προκειμένου να λαμβάνουν οι πολίτες και οι οικογένειές τους τις απαραίτητες υπηρεσίες οι οποίες συμβάλλουν στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών τους και διευκολύνουν την προοδευτική ένταξη τους στην εργασία. Το ελάχιστο αυτό εγγυημένο εισόδημα απευθύνεται σε άτομα και οικογένειες που βρίσκονται σε σοβαρή κατάσταση οικονομικής στέρησης (Baptista, 2009).

### 3.5.3 Ιταλία

Η Ιταλία είναι η έκτη μεγαλύτερη χώρα στην Ευρώπη και έχει το δεύτερο υψηλότερο μέσο όρο προσδόκιμου ζωής, φθάνοντας τα 79,4 έτη για τους άνδρες και τα 84,5 έτη για τις γυναίκες (στοιχεία από το 2011). Υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε γεωγραφικό επίπεδο (τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες) στους περισσότερους δείκτες υγείας, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την οικονομική και κοινωνική διαφορά μεταξύ Βορρά και Νότου της χώρας. Οι κύριες ασθένειες που προσβάλλουν τον πληθυσμό είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι κακοήθεις όγκοι και οι αναπνευστικές νόσοι. Το ιταλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κρατικό και παρέχει καθολική κάλυψη δωρεάν σε μεγάλο βαθμό (Ferre, 2014).

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι οι κρατικοί φόροι, που συμπληρώνονται από τη συμμετοχή των πολιτών στη φαρμακευτική κάλυψη και στην περίθαλψη. Το 2012, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 9,2% του ΑΕΠ (ελαφρώς κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ). Οι δημόσιες πηγές αποτελούσαν το 78,2% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Η κεντρική κυβέρνηση διατηρεί το ρόλο του διαχειριστή και οργανωτή. Θέτει τις θεμελιώδεις αρχές και τους στόχους του συστήματος υγείας και καθορίζει το βασικό πακέτο των υπηρεσιών υγείας που είναι διαθέσιμες σε όλους τους πολίτες. Ωστόσο, οι περιφέρειες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και παροχή πρωτοβάθμιων, δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και για υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας (Ferre, 2014).

Στη δεκαετία του 1970 το ιταλικό Κράτος Πρόνοιας παρουσίασε τεράστια ανάπτυξη. Το 1978, εισήχθη το καθολικό μοντέλο πρόνοιας, προσφέροντας πολλές καθολικές και δωρεάν υπηρεσίες. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ιταλικού εθνικού συστήματος υγείας είναι η συνολική κάλυψη για όλους τους πολίτες, βάσει γενικής φορολογίας. Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά 95% περίπου από την άμεση και έμμεση φορολογία, ενώ το υπόλοιπο προέρχεται από τα εισοδήματα των περιφερειακών ιδρυμάτων υγείας και από συμμετοχές που πρέπει να καταβάλουν άμεσα οι ασθενείς. Στόχος του ήταν η δημιουργία ενός αποδοτικού και ομοιόμορφου συστήματος υγείας που θα καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την απασχόληση ή τις προϋπάρχουσες συνθήκες υγείας (Ferre, 2014).



## Υγειονομική Περίθαλψη

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ιταλία είναι δικαίωμα, εφόσον ένα άτομο είναι εγγεγραμμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Δυστυχώς, μετά από κάποιες δεκαετίες από την έναρξη της εφαρμογής του, κατέστη αναγκαίο να εισαχθούν τέλη και φόροι χρήσης που οδήγησαν σε σημαντικές ανισότητες στο επίπεδο των υπηρεσιών. Ο βασικός στόχος αυτού του σχεδιασμού ήταν να παρέχει ομοιόμορφη και ίση πρόσβαση στο ΕΣΥ σε όλη την Ιταλία, σύμφωνα με το άρθρο 32 του Συντάγματός της (Cicchetti, 2016).

Το ιταλικό ΕΣΥ παρέχει σήμερα υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κατοίκους και τις οικογένειές τους και επείγουσα περίθαλψη σε τουρίστες ή μετανάστες ανεξάρτητα από την εθνικότητά τους. Σήμερα, το ΕΣΥ είναι οργανωμένο σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Σε εθνικό επίπεδο καθορίζονται και θεμελιώνονται οι αρχές και οι στόχοι, και διατίθενται τα εθνικά κονδύλια στις περιφέρειες. Οι περιφέρειες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και την υγειονομική περίθαλψη. Σε τοπικό επίπεδο, παρέχεται δημόσια υγεία, καθώς και πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη και εξειδικευμένη φροντίδα είτε μέσω δημόσιων νοσοκομείων ή διαπιστευμένων ιδιωτικών ιατρών και οργανισμών (Cicchetti, 2016).

## Κοινωνική Ασφάλιση – Παροχές

Παρά τις απαιτήσεις της καθολικότητας, το ιταλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αντιμετωπίζει προβλήματα ανισότητας μεταξύ των δικαιούχων. Για παράδειγμα, οι δημόσιοι υπάλληλοι αντιμετωπίζονται πολύ καλύτερα από τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα. Αυτό δημιούργησε μια ανισότητα στην κάλυψη καθώς ορίζεται βάσει του καθεστώτος απασχόλησης. Σε κάθε περίπτωση, οι εργαζόμενοι λαμβάνουν το 80% ή περισσότερο των αποδοχών τους όταν απολύονται. Οι γυναίκες μπορούν να διεκδικήσουν άδεια μητρότητας δύο μηνών πριν και τρεις μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Μια μητέρα μπορεί να λάβει εφόσον το θέλει και επιπλέον έξι μήνες άδειας (Niero, 1996).

Για τα οικονομικά ασθενή άτομα, οι τοπικές αρχές παρέχουν βοήθεια. Το Ιταλικό κράτος έχει μεταβιβάσει στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στους ηλικιωμένους και τις οικονομικά ασθενείς

οικογένειες. Η κοινωνική βοήθεια στην Ιταλία περιλαμβάνει τη χορήγηση επιδομάτων σε αδύναμες οικογένειες. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στην οικογένεια εξαρτώνται άμεσα από το μέγεθος της οικογένειας και το εισόδημα. Εάν ένα μέλος της είναι αδύνατον να εργαστεί, η οικογένεια θα λάβει αύξηση του επιδόματος. Οι τοπικές αρχές μπορούν επίσης να παρέχουν υπηρεσίες σε σχολεία, όπως βοήθεια για την παροχή τροφίμων και μεταφορών. Στη δεκαετία του 1980 προστέθηκαν υπηρεσίες για τη νεολαία, αλλά διανεμήθηκαν άνισα. Μια άλλη πτυχή του ιταλικού συστήματος κοινωνικής πρόνοιας ήταν ο σημαντικός αριθμός των εθελοντικών κοινωνικών υπηρεσιών (Niero, 1996).

Το γενναϊόδωρο συνταξιοδοτικό σύστημα της Ιταλίας υπέστη μεταβολές στη δεκαετία του 1990, καθώς εξακολουθούσε να υπάρχει διαχωρισμός Βορρά-Νότου (εύπορος Βορράς και φτωχότερος Νότος) όσον αφορά στο επίπεδο των συντάξεων, γεγονός το οποίο αντιμετωπίστηκε ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα του ιταλικού Κράτους Πρόνοιας. Το 1992, το συνταξιοδοτικό σύστημα μεταρρυθμίστηκε πλήρως. Ο στόχος ήταν να μειωθεί τόσο ο κατακερματισμός όσο και οι δημόσιες δαπάνες. Ως αποτέλεσμα, δημιουργήθηκε ένα ενιαίο συνταξιοδοτικό σύστημα για όλους τους Ιταλούς που είχαν εργαστεί. Οι εργαζόμενοι του ιδιωτικού τομέα λάμβαναν πλέον οφέλη από το ειδικό καθεστώς που παρείχε η επαγγελματική τους κατάσταση. Για την λήψη της βασικής σύνταξης απαιτούνται 18 χρόνια εργασίας. Η πλήρης όμως σύνταξη κατοχυρώνεται με 40 χρόνια εργασιακής προσφοράς (Niero, 1996).

### Εκπαίδευση

Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το 2018 στην Ιταλία η παιδεία λαμβάνει μικρό ποσοστό του δημόσιου προϋπολογισμού. Η χρηματοδότηση της παιδείας στην Ιταλία συγκαταλέγεται μεταξύ των χαμηλότερων στην ΕΕ, τόσο ως ποσοστό του ΑΕΠ (3,9 % το 2016, σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 4,7 %) όσο και ως ποσοστό των συνολικών δαπανών. Ενώ το μερίδιο της χρηματοδότησης που διατίθεται για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο, οι δαπάνες για την τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι οι χαμηλότερες στην ΕΕ. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εξέδωσε ειδική σύσταση για την Ιταλία, στο πλαίσιο του «Ευρωπαϊκού Εξαμήνου 2018», με σκοπό την προώθηση της έρευνας, της καινοτομίας, των

ψηφιακών δεξιοτήτων και των υποδομών. Για να υλοποιηθούν τα προαναφερόμενα απαιτείται καλύτερος σχεδιασμός και χρηματοδότηση, καθώς και δημιουργία κινήτρων για την αύξηση της συμμετοχής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Τα παιδιά ηλικίας 6-18 ετών λαμβάνουν εκπαίδευση δωρεάν η οποία όμως είναι και υποχρεωτική. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση (6-12 ετών) παρέχει δωρεάν βιβλία αλλά όχι μεταφορά προς το σχολείο. Στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το κόστος των βιβλίων το αναλαμβάνει η οικογένεια. Σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος προσφέρεται, μετά από εισοδηματικό έλεγχο, ειδική ενίσχυση για την αγορά των βιβλίων. Οι μαθητές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εξακολουθούν να πληρώνουν ελάχιστα τέλη εγγραφής, συνήθως περίπου 20 ευρώ ετησίως. Τα πανεπιστήμια είναι δημόσια και ιδιωτικά. Στα δημόσια η χρηματοδότηση είναι κυρίως κρατική, με σχετικά χαμηλά δίδακτρα τα οποία προσδιορίζονται με εισοδηματικά κριτήρια για κάθε φοιτητή. Τα ιδιωτικά έχουν σαφώς μεγαλύτερο κόστος (<https://ec.europa.eu>).

### Στέγαση

Η πολιτική της Ιταλίας απέναντι το θέμα της στέγασης των πολιτών παρουσιάζει μεγάλες μεταβολές κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών καθώς εξαρτάται από τις αποφάσεις της εκάστοτε κυβέρνησης. Οι συνθήκες της κοινωνικής στέγασης στην Ιταλία γενικότερα έχουν αλλάξει, από ένα σχετικά υποστηρικτικό καθεστώς ευημερίας μέχρι τη νεοφιλελεύθερη στάση που υποστηρίζει την ελεύθερη επιλογή και αγορά ανάλογα με τις δυνατότητες των πολιτών, χωρίς ιδιαίτερη κρατική στήριξη. Τη δεκαετία του 1980 η πολιτεία υποσχέθηκε δίκαια ενοίκια για την προστασία των ενοικιαστών. Ωστόσο, καθώς το κόστος της στέγασης αυξήθηκε, η πολιτεία αναγκάστηκε να στρέψει την προσοχή της στην ανάπτυξη νέων προγραμμάτων υποστήριξης της κοινωνίας σε αυτόν τον τομέα. Σήμερα, η έννοια της κοινωνικής κατοικίας περιλαμβάνει ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών πρακτικών, προτείνοντας είτε ενοικίαση κατοικίας είτε ιδιόκτητη κατοικία, χρησιμοποιώντας διάφορα χρηματοδοτικά μέσα (δάνεια, διευκολύνσεις δανειοδότησης κτλ) (Caruso, 2017).

## Ανεργία

Η πολιτεία προχώρησε στην αναθεώρηση του συστήματος παροχών για τους πολίτες που μένουν χωρίς εργασία, τον Μάρτιο του 2015. Η ενέργεια αυτή αντιμετωπίστηκε θετικά, αλλά υπήρξαν επικρίσεις για την οικονομική βιωσιμότητα του νέου συστήματος και την πιθανή αποτυχία κάλυψης όλων των κατηγοριών εργασιακών σχέσεων που διεκόπησαν. Επίσης, η κυβέρνηση έλαβε μέτρα που αφορούσαν την προστασία από απολύσεις. Πρόθεση της κυβέρνησης ήταν η προώθηση της χρήσης συμβάσεων αορίστου χρόνου και η αύξηση της κάλυψης των επιδομάτων ανεργίας (Iudicone et al., 2015).

Από την 1η Μαΐου 2015, θεσμοθετήθηκε ένα νέο Κοινωνικό Ασφαλιστικό Σύστημα Απασχόλησης (NASpI) το οποίο προέβλεπε ένα νέο είδος επιδόματος ανεργίας. Το νομοθετικό πλαίσιο επίσης δέχτηκε μεταρρυθμίσεις. Η νέα νομοθεσία προβλέπει επίσης: πειραματικό επίδομα ανεργίας και πειραματική εισοδηματική στήριξη σε εργαζόμενους που δεν δικαιούνται πλέον NASpI, έχουν παιδιά ή βρίσκονται κοντά στην ηλικία συνταξιοδότησης. Το επίδομα ανεργίας χορηγείται σε εργαζόμενους που απολύονται άδικα ή πλήττονται από ομαδικές απολύσεις.

Αναμένονται περαιτέρω μεταρρυθμίσεις οι οποίες θα έχουν σαν στόχο:

- Την ενίσχυση της πρόσβασης των ανέργων στις αντίστοιχες παροχές.
- Το σχεδιασμό των πολιτικών που αφορούν την εύρεση εργασίας.
- Την βελτίωση των επιδομάτων ανεργίας.
- Την βελτιστοποίηση των διατάξεων που διέπουν το Ταμείο Εγγύησης Μισθών (Iudicone et al., 2015).

Σε σχέση με το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα η Ιταλία χαρακτηρίζεται από αποσπασματικές και περιοριστικές διατάξεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Η Ιταλία εγκαινίασε πειραματικά το 1998 ένα εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, για να το εγκαταλείψει λίγα χρόνια αργότερα. Έχουν αναπτυχθεί και άλλα εθνικά, περιφερειακά και τοπικά προγράμματα κατά της φτώχειας, αλλά δεν αντικαθιστούν το εθνικό πρόγραμμα. Η αποκέντρωση της κοινωνικής βοήθειας συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην εξαιρετικά άνιση ανάπτυξη και τη μη γενικευμένη υιοθέτηση αυτών των συστημάτων από τις ιταλικές περιφέρειες και δήμους (Lalioi, 2017).

Όπως και πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ιταλία μελλοντικά θα αντιμετωπίσει το πρόβλημα που προκαλείται από τη γήρανση του πληθυσμού. Επίσης, λόγω του πιο φιλελεύθερου τρόπου ζωής, ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών επιδιώκει τριτοβάθμια εκπαίδευση και εισέρχεται στην αγορά εργασίας δημιουργώντας πιέσεις στον τομέα της απασχόλησης. Επιπλέον, η Ιταλία είναι πλέον μία χώρα με αυξανόμενη εισροή πληθυσμών που αναζητούν εργασία. Η χώρα αντιμετωπίζει παλίρροια μετανάστευσης από την Αφρική και την Αλβανία. Το πρόβλημα εδώ αφορά το γεγονός ότι πάρα πολλοί από αυτούς τους μετανάστες δεν εμπίπτουν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Iudicone et al., 2015).

Το Κράτος Πρόνοιας της Ιταλίας υπερτερεί σημαντικά σε χρηματοδότηση και παροχές σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Φαίνεται ότι μετά το Β Παγκόσμιο πόλεμο η ανάπτυξη ήταν αλματώδης και θεσπίστηκαν μέτρα που ευνοούσαν την οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής και της ευημερίας των πολιτών.

#### 3.5.4 Ελλάδα

Η ιστορία της νεότερης Ελλάδος ξεκινά μετά από έναν αιματηρό απελευθερωτικό αγώνα απέναντι στην Οθωμανική αυτοκρατορία. Η κυβέρνηση με επικεφαλής τον Καποδίστρια προσπαθεί να συγκροτήσει το ελληνικό κράτος στο πλαίσιο του οποίου αρχίζει να εμφανίζεται μία στοιχειώδης μορφή Κράτους Πρόνοιας. Η παρουσία της Εκκλησίας και της οικογένειας ήταν καθοριστική. Υπήρχε όμως απουσία κοινωνικών δομών, στελεχών και μεγάλη οικονομική ένδεια, συνθήκες που προκαλούσαν δυσχέρεια στην νέα κοινωνική οργάνωση. Τη δεκαετία του 1920, η κυβέρνηση Βενιζέλου πραγματοποιεί σημαντικά βήματα στην οργάνωση της κοινωνικής πολιτικής εκσυγχρονίζοντας το Κράτος Πρόνοιας με νέα εργατική νομοθεσία. Επίσης γίνονται προσπάθειες κοινωνικής ασφάλισης. Όμως η Μικρασιατική καταστροφή και ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος προκαλούν εκ νέου καταστροφή και διάλυση (Πάσχος και συν., 2016).

Με τη Μικρασιατική καταστροφή προσήλθαν στην Ελλάδα περίπου ενάμισι εκατομμύρια πρόσφυγες αυξάνοντας τον πληθυσμό κατά 20% με αποτέλεσμα η ήδη επιβαρυνόμενη οικονομική κατάσταση να επιδεινωθεί. Χαρακτηριστικός είναι ο αριθμός των πολιτών που νοσούσαν ετησίως μέχρι και το 1936, ο οποίος άγγιζε το 1.800.000, δηλαδή το ¼ του πληθυσμού.

Ο Μεταξάς προσπάθησε να αναστρέψει την κατάσταση που επικρατούσε εφαρμόζοντας πρωτίστως προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Βασικός στόχος ήταν η αντιμετώπιση της ελονοσίας, της λέπρας, της φυματίωσης, της σύφιλης, των ψυχικών ασθενειών και άλλων σοβαρών νοσημάτων που μάστιζαν τον πληθυσμό. Η προστασία μητέρας και παιδιού ήταν στις άμεσες προτεραιότητές του. Δημιούργησε νοσοκομεία, πολυϊατρεία και κάλυψε ιατροφαρμακευτικά τους άπορους. Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχαν οι απαιτούμενοι πόροι για την υλοποίηση των προσδοκιών του, κατέβαλλε φιλότιμη προσπάθεια σε συνεργασία με το επιτελείο του ώστε να οργανώσει το Κράτος Πρόνοιας όσο το δυνατόν καλύτερα. Προς αυτό το σκοπό εισήγαγε και φορολογία κυρίως για την ενίσχυση της άμυνας και την κοινωνική πολιτική. Θεσπίστηκαν φόροι στη γεωργία και στη ναυτιλία όπως επίσης και στον καπνό και στα τυχερά παιχνίδια, οι οποίοι μάλιστα χαρακτηρίστηκαν και ως φόροι «στην ανθρώπινη αδυναμία» (Ταμαλαλίδου, 2014).

Με την ίδρυση της Εθνικής Οργάνωσης Νεολαίας, ο Μεταξάς οραματίστηκε τη δημιουργία ενός νέου εθνικού πολιτισμού, τη βελτίωση της εκπαίδευσης των νέων, την ανύψωση του ηθικού του έθνους και γενικότερα μιας νέας γενιάς αφοσιωμένη στο έθνος και στην πατρίδα (Ταμαλαλίδου, 2014).

Η περίοδος από το 1944 έως το 1967 χαρακτηρίζεται ως «προδικτατορική». Κατά τη διάρκειά της η εικόνα των δικαιωμάτων των πολιτών ήταν σαφέστατα αρνητική. Δικαιώματα όπως η ελευθερία του λόγου, του συνέρχεσθαι κ.α. απολάμβαναν μόνο οι «εθνικόφρονες», «μη - κομμουνιστές» σε τέτοιο βαθμό ώστε να δημιουργηθεί μία έντονη ψυχροπολεμική εθνικιστική αντιπαράθεση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και σε σχέση με τη Δ. Ευρώπη τα κοινωνικά δικαιώματα στην Ελλάδα ήταν πολύ περιορισμένα και το ελληνικό κράτος διέθετε ελάχιστους πόρους για τους σκοπούς της κοινωνικής πρόνοιας το ρόλο της οποίας αναλάμβανε η τοπική κοινωνία και η οικογένεια. Οι ελάχιστοι πόροι που διατίθεντο κατανέμονταν βάσει πελατειακών και πολιτικών κριτηρίων. Οι παροχές όπως οι συντάξεις, οι θέσεις εργασίας και οι κρατικές ιατρικές υπηρεσίες παρέχονταν αποκλειστικά στους νικητές του εμφυλίου ενώ οι ηττημένοι αποκλείονταν ακόμη και σε περιπτώσεις που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Την περίοδο αυτή μεγάλο δε ήταν και το μεταναστευτικό ρεύμα προς τις χώρες της Δ. Ευρώπης λόγω της ανεργίας που επικρατούσε στην Ελλάδα.

Η οικονομική υπανάπτυξη και η κρίση των δημοκρατικών θεσμών (απουσία καθολικών θεσμών, δικαιωμάτων και ίσης μεταχείρισης των πολιτών) συνέθεταν ένα ανύπαρκτο Κράτος Πρόνοιας. Η εγκαθίδρυση της δικτατορίας επιδείνωσε δραματικά τις προαναφερόμενες αδυναμίες (Μουζέλης, 2017).

Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας στην Ελλάδα ξεκίνησε ουσιαστικά μετά το 1974 και ειδικότερα τη δεκαετία του 1980, όταν δηλαδή ομαλοποιήθηκε το πολιτικό καθεστώς. Χαρακτηρίστηκε από τα στοιχεία του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου με ανάπτυξη του συστήματος υγείας και αύξηση των κοινωνικών παροχών (Ζαχαρόπουλος, 2014).

Σε γενικές γραμμές όμως, το ελληνικό Κράτος Πρόνοιας θεωρήθηκε πως αναπτύχθηκε με απρογραμμάτιστο και αυθόρμητο τρόπο και μοιράζεται ορισμένα στοιχεία και τυπικά χαρακτηριστικά και με τα τέσσερα πρότυπα/καθεστώτα του Κράτους Πρόνοιας της τυπολογίας Andersen και Ferrera.

Πρώτον, είναι επιλεκτικό, μη καθολικό και παρέχει χαμηλά επίπεδα για τα περισσότερα είδη κοινωνικών παροχών όπως χαμηλή κοινωνική προστασία, υψηλά ποσοστά φτώχειας, έντονες ανισότητες, απουσία εθνικών συστημάτων βασικής σύνταξης ή εγγυημένο ελάχιστο εισόδημα για τον πληθυσμό. Πρόκειται για χαρακτηριστικά που αφορούν το φιλελεύθερο καθεστώς πρόνοιας. Δεύτερον, είναι συντεχνιακό (και οι κυβερνήσεις ωθούν όλο και περισσότερο προς αυτήν την κατεύθυνση) όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση (ιδίως τις συντάξεις) σε ορισμένες γενναιόδωρες μεμονωμένες περιπτώσεις. Τρίτον, παρόλο που το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα έχει αναπτυχθεί σχεδόν αποκλειστικά από σοσιαλδημοκρατικές κυβερνήσεις, είναι σοσιαλδημοκρατικό μόνο κατά ένα μέρος του. Τέταρτον, μοιάζει με το «νότιο» μοντέλο ως σύνθεση των ανωτέρω (επίσης όσον αφορά το καθολικό αλλά ανεπαρκές και ακριβό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης). Τα πελατειακά χαρακτηριστικά του αφορούν κυρίως θέσεις εργασίας (Μανιάτης, 2014).

### Υγειονομική Περίθαλψη

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονταν από δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες εξαρτιόνταν από το επίπεδο της ασφαλιστικής κάλυψης ενός ατόμου. Οι γιατροί επίσης μπορούσαν να εργαστούν σε δημόσιο νοσοκομείο καθώς και σε ιδιωτικές κλινικές. Ένα σημαντικό πρόβλημα ήταν η γεωγραφική κατανομή των

νοσοκομείων και των κλινικών, τα οποία ήταν συγκεντρωμένα στις μεγάλες πόλεις και σπάνια στις μικρότερες ή τις αγροτικές περιοχές (Stathopoulos, 1996).

Όταν ανέλαβε την εξουσία το σοσιαλιστικό κόμμα, συγκρότησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Αυτή ήταν μια προσπάθεια να μειωθεί ο κατακερματισμός του παλαιού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και να ελεγχθεί η επέκταση των ιδιωτικών πρακτικών. Ο αριθμός των γιατρών και των νοσηλευτών στα νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 60% και 88% αντίστοιχα. Οι γιατροί δεν μπορούν πλέον να ασχολούνται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ταυτοχρόνως. Καθώς οι περισσότερες υπηρεσίες έγιναν ελεύθερες, η ζήτηση έγινε πολύ μεγάλη. Ο υπερπληθυσμός δεν ήταν ασυνήθιστος στα νοσοκομεία. Η πολιτεία προσπάθησε μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) να βελτιώσει την ποιότητα και να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Stathopoulos, 1996).

Το ΕΣΥ είναι ένας τομέας δημόσιας και ιδιωτικής δράσης. Η ίδρυσή του το 1983, αποτέλεσε το θεσμικό πλαίσιο με το οποίο επιχειρήθηκε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας. Η κατάσταση στην οποία βρίσκονταν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας έως την ίδρυση του ΕΣΥ, εξαιτίας της χρόνιας εγκατάλειψής τους από το δημόσιο χρηματοδοτικό μηχανισμό, καθιστούσε απαραίτητο το ιδρυτικό αυτό έργο. Εξάλλου, η εναπόθεση του οικονομικού βάρους της προστασίας της υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, είχε τροφοδοτήσει την ανάπτυξη της «ιδιωτικής πρωτοβουλίας» στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης γεγονός που ανέτρεπε την ισότητα της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, που θεωρητικά μόνο το δημόσιο νοσοκομείο θα μπορούσε να την εγγυηθεί (Αντωνοπούλου, 2008).

Ο θεσμός του νοσοκομείου δεν έλαβε της απαραίτητης προσοχής από όλες τις κυβερνήσεις της μεταπολεμικής περιόδου. Το γεγονός αυτό, εκμεταλλεύτηκε η κυβέρνηση του 1983, και δημιούργησε ένα κατά βάση νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας. Ένα από τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος αποτέλεσε η οργανωτική ανεπάρκεια όπως και το γεγονός ότι δεν αναπτύχθηκαν παράμετροι που θεωρούνται «πυλώνες» σε άλλα εθνικά συστήματα υγείας. Οι πυλώνες που υποβαθμίστηκαν ή αγνοήθηκαν από το ΕΣΥ, είναι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η προληπτική ιατρική, η αύξηση και η καλή κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, η δημιουργία τμημάτων ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας στα νοσοκομεία, καθώς και ο θεσμός του γενικού γιατρού, του οικογενειακού γιατρού και του γιατρού της κοινωνικής ιατρικής (Αντωνοπούλου, 2008).



Είναι χαρακτηριστικό ότι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προβλέφθηκε από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ να λειτουργήσει στις αστικές, τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές της χώρας. Στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας. Όσα απ' αυτά σήμερα λειτουργούν, παρέχουν χαμηλής στάθμης θεραπευτικές υπηρεσίες, αντί για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και για πρόληψη που ήταν ο αρχικός τους σκοπός. Τα κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές (των οποίων το έργο σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ ήταν η ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα, η προληπτική ιατρική, η κατ' οίκον νοσηλεία, οι εμβολιασμοί, η αγωγή υγείας στα σχολεία), ουσιαστικά δεν δημιουργήθηκαν ποτέ, καθώς ο αριθμός τους είναι εξαιρετικά μικρός (Αντωνοπούλου, 2008).

Στις δεκαετίες που ακολούθησαν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα εξακολούθησε να αντιμετωπίζει προβλήματα και φυσικά η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 δε μπορούσε να επιτρέψει την ανάπτυξη σε αυτόν τον τομέα. Η ανέκαθεν ελλιπής και προβληματική ΠΦΥ στην Ελλάδα προέβη σε αισιόδοξες μεταρρυθμίσεις σχετικά πρόσφατα και συγκεκριμένα το 2017, όταν άρχισε η Ελλάδα να λαμβάνει ρυθμούς ανάπτυξης, μετά την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 περίπου. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας ιδρύθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), με τη μονάδα του Ευόσμου Θεσσαλονίκης να είναι η πρώτη που εγκαινιάστηκε. Ένα χρόνο μετά ο αριθμός τους έφτανε τις 100 σε όλη την Ελλάδα, απασχολώντας περισσότερα από 800 άτομα επαγγελματιών υγείας. Το Δεκέμβριο του 2018 στη συνάντηση του Υπουργείου Υγείας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αρμόδιος έλληνας υπουργός διαμήνυε πως «Το πολιτικό σχέδιο για την υγεία στη μεταμνημονιακή περίοδο είναι η καθολική, ισότιμη και αποτελεσματική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της κοινωνίας, η υλοποίηση πολιτικών ισότητας στην υγεία και η ενδυνάμωση της δημόσιας περίθαλψης. Οι ΤΟΜΥ παρέχουν ΠΦΥ αξιοποιώντας κυρίως το ρόλο του γενικού-οικογενειακού ιατρού ο οποίος στην Ελλάδα δεν έλαβε ποτέ τον ρόλο που του αποδόθηκε κατά τα πρότυπα των ευρωπαϊκών κρατών. Στο πλαίσιο των ΤΟΜΥ η πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρέχεται από ολοκληρωμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας σε όλες τις περιοχές της χώρας. Μέσα σε μία περίοδο λιτότητας για το ελληνικό κράτος και δημοσιονομικών περιορισμών, ο θεσμός των ΤΟΜΥ φιλοδοξεί να επεκταθεί καλύπτοντας την κατ' οίκον νοσηλεία, αλλά και τη δημιουργία κινητών μονάδων

παρέχοντας φροντίδα ακόμη και τις πιο απομακρυσμένες περιοχές της ελληνικής επικράτειας (<https://www.efsyn.gr>)

Μετά από μερικές δεκαετίες λειτουργίας του ΕΣΥ (το οποίο βάσει της νομοθεσίας του δεν επέτρεπε την ιδιωτική δράση των ιατρών και την πρωτοβουλία των πολιτών), θα έλεγε κανείς ότι το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα είναι παρόμοιο με αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών καθώς οι Έλληνες καταφεύγουν συχνά για την περίθαλψή τους στον ιδιωτικό τομέα και μόνο όσοι δεν μπορούν να υποστούν το οικονομικό βάρος επιλέγουν τις κρατικές υπηρεσίες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πρόληψη είναι σχεδόν ανύπαρκτες και πολλές κρατικές δομές χρησιμοποιούνται ουσιαστικά σαν κέντρα συνταγογράφησης φαρμάκων για τους ηλικιωμένους. Τα νοσοκομεία είναι χρεοκοπημένα και γερασμένα λόγω έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, υποδομής, κακής διαχείρισης και διοίκησης και κυρίως λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα το υπάρχον προσωπικό να εργάζεται σε αντίξοες συνθήκες. Τα εξειδικευμένα και ερευνητικά κέντρα είναι λιγοστά έως και ανύπαρκτα (Μπιτσώρη, 2016).

Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές πληρωμές, η έλλειψη όμως της οργάνωσης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθιστούν ανεπαρκή τα υψηλά κονδύλια που κατανέμονται στον τομέα της υγείας (Μπιτσώρη, 2016).

#### Ασφαλιστικό Σύστημα – Παροχές

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που αναπτύχθηκε στην Ελλάδα ανήκει στην κατηγορία των δημόσιων και αναδιανεμητικών (pay as you go). Σύμφωνα με αυτό, οι εισφορές χρηματοδοτούν τις συντάξεις, θεμελιώνοντας την ηθική και νομική υποχρέωση των εργαζομένων να πληρώνουν τις εισφορές γι' αυτές. Ο ρόλος του κράτους είναι κρίσιμος καθώς καλύπτει ελλείμματα των ταμείων, αλλά και γιατί ασκεί έλεγχο στη διαχείριση των κεφαλαίων. Παρά τα προαναφερθέντα προβλήματα και την ιδιωτική πρωτοβουλία, η ιδιωτική ασφάλιση δεν μπορεί να υποκαταστήσει την κρατική σύμφωνα με το ελληνικό πρότυπο, ούτε να αποτελέσει πυλώνα της (Καζάκος και συν., 2003).

Η κοινωνική ασφάλιση οργανώθηκε αρχικά από επαγγελματικές ομάδες και συνδικαλιστικά ταμεία. Ορισμένες ομάδες πληθυσμού, ωστόσο, δεν καλύπτονται, ενώ άλλες που καλύπτονται έχουν χαμηλές συντάξεις, και μερικές φορές, ακατάλληλη ιατρική κάλυψη. Άλλες ομάδες, αντιθέτως, καλύπτονται από περισσότερα του ενός ταμεία και ως εκ τούτου λαμβάνουν υψηλά οφέλη. Στις αρχές της δεκαετία του '80, η πολιτεία αύξησε τις μηνιαίες συντάξεις για μεγάλες μερίδες του πληθυσμού. Επίσης, εισήγαγε ελάχιστες συντάξεις και ιατροφαρμακευτικές παροχές για τους συνταξιούχους αγρότες που δεν είχαν πληρώσει προηγουμένως σε ασφαλιστικό ταμείο. Παρόλα αυτά όμως μέχρι και το 1980 δεν υπάρχει ακόμη εθνικό πρόγραμμα για εκείνους που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για ασφαλιστική παροχή ή των οποίων οι παροχές έχουν παύσει (Stathopoulos, 1996).

Η περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση καταβάλλει προσπάθειες στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικά περιορισμένο. Παρ' όλα τα θετικά βήματα που έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη εμπειρία στην αποκεντρωμένη διοίκηση.

Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης είναι δευτερεύουσας σημασίας και χαρακτηρίζονται από μη επαρκή εξουσία και λιγοστούς σχετικά πόρους. Ως εκ τούτου δεν μπορούν να εφαρμόσουν εκτεταμένες πολιτικές σε αποκεντρωμένο επίπεδο. Όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των δημόσιων βρεφικών και παιδικών σταθμών, των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και για την εφαρμογή προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι». Ορισμένοι μεγάλοι δήμοι λειτουργούν μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων, κυρίως στην ευρύτερη περιφέρεια της Αττικής (Οικονόμου, 2012 ).

Το ελληνικό Κράτος Πρόνοιας έχει επίσης οργανώσει κοινωνικές υπηρεσίες οι οποίες υπήρξαν παραμελημένες στο παρελθόν, έγινε όμως προσπάθεια ανάπτυξης παρά το γενικότερο πλαίσιο υποχρηματοδότησης. Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν ιδρύματα για τα ορφανά, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τους ηλικιωμένους. Καθώς οι άνθρωποι μετακινούνται όλο και περισσότερο σε αστικές περιοχές, οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους έχουν αλλάξει. Οι νέοι εγκαταλείπουν τις μικρές πόλεις, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να χρειάζονται πλέον δημόσια βοήθεια. Η πολιτεία έχει δημιουργήσει κέντρα φροντίδας σε αστικές περιοχές, ωστόσο, οι

οικονομικοί περιορισμοί και οι περικοπές στον αριθμό των δημοσίων υπαλλήλων καθιστά επισφαλή τη βιωσιμότητα αυτών των προγραμμάτων (Stathopoulos, 1996).

Η Εκκλησία της Ελλάδας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, κυρίως στην παροχή προνοιακών υπηρεσιών. Ο φιλανθρωπικός ρόλος της, αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την οργάνωση και τη λειτουργία ενός μεγάλου αριθμού δομών προνοιακού χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων, γηριατρικών μονάδων, ιδρυμάτων χρονίως ψυχικά πασχόντων και ανιάτων, μονάδων παιδικής φροντίδας, φοιτητικών εστιών, οικοτροφείων και ορφανοτροφείων. Όμως, αυτό το δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών δεν έχει καμία λειτουργική διασύνδεση και σχέση με τις αντίστοιχες δομές του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται από δωρεές και από εισοδήματα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων της Εκκλησίας. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει καμία κρατική εποπτεία και έλεγχος των δομών αυτών. Επίσης η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν έχει καμία αρμοδιότητα ή οποιαδήποτε επίδραση στο σχεδιασμό, τη διοίκηση και τη ρύθμιση της λειτουργίας του ΕΣΥ. Σε ορισμένες περιπτώσεις και για κάποια ζητήματα, ιδιαίτερα για όσα σχετίζονται με βιοηθικές διαστάσεις, η Εκκλησία εκφράζει δημόσια τη θέση της και καταθέτει τις προτάσεις της (Οικονόμου, 2012).

Οι εθελοντικές και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) προσφέρουν σημαντικά στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας, παρέχοντας υποστήριξη σε ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού, όπως οι ανάπηροι, οι μετανάστες, οι Ρομά και οι κακοποιημένες γυναίκες. Ορισμένες από αυτές τις οργανώσεις παρουσιάζουν πολύ έντονη δραστηριότητα κατορθώνοντας να εξασφαλίζουν σημαντικά ποσά χρηματοδότησης και δωρεών. Οι ΜΚΟ, όπως οι Γιατροί του Κόσμου, η UNICEF, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδών, ο Ερυθρός Σταυρός, το Χαμόγελο του Παιδιού και η Praksis, έχουν ιδιαίτερη επιρροή σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Οι προαναφερόμενες οργανώσεις συνήθως διαθέτουν τους πόρους τους για υπηρεσίες και προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, πρόληψης και προνοιακής φροντίδας, καθώς και για να χρηματοδοτήσουν τη λειτουργία προνοιακών μονάδων, ξενώνων ή νοσοκομειακών τμημάτων που παρέχουν περίθαλψη σε ειδικές ομάδες, όπως ανάπηρους, παιδιά με καρκίνο ή άτομα με νευρομυϊκά προβλήματα. Παρόλα αυτά η δράση τους δεν είναι ανεξάρτητη από τον κρατικό έλεγχο και εποπτεία. Οι ΜΚΟ που είναι ενεργές και δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας είναι υποχρεωμένες να έχουν διαπιστευτεί και να έχουν εγγραφεί στο μητρώο ΜΚΟ που τηρείται στο

Υπουργείο Υγείας. Αυτό αποτελεί προϋπόθεση για να έχουν τη δυνατότητα λήψης χρηματοδότησης από το Υπουργείο ή συμμετοχής σε προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εθνικούς ή κοινοτικούς πόρους (Οικονόμου, 2012).

### Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντική παράμετρο της κοινωνικής πολιτικής και στο πλαίσιο ενός Κράτους Πρόνοιας αξιολογούνται οι παροχές σχετικά με αυτή προς τους νέους όλων των ηλικιών. Η εκπαίδευση των Ελλήνων είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη ως ευθύνη της πολιτείας. Παρέχεται δωρεάν σε όλα τα επίπεδα του συστήματος από το νηπιαγωγείο μέχρι το Πανεπιστήμιο. Υπάρχει ένας μικρός αριθμός ιδιωτικών σχολείων. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι αποκλειστικά κρατική και δωρεάν. Το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα είναι αρκετά συγκεντρωτικό, όσον αφορά στην οργάνωση, στη διοίκηση και στο περιεχόμενό του. Υπάρχει κρατικό αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών υποχρεωτικό για όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης και βιβλία συγκεκριμένα και εγκεκριμένα από το Υπουργείο παιδείας που διανέμονται δωρεάν στους μαθητές. Τα ίδια βιβλία και το ίδιο ωρολόγιο πρόγραμμα είναι επιβεβλημένο και στην ιδιωτική εκπαίδευση, ανεξάρτητα της οικονομικής επιβάρυνσης. Η Ελλάδα είναι μία χώρα που εμφανίζει αρκετά υψηλά ποσοστά συμμετοχής σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης (<http://www2.stat-athens.aueb.gr>).

Στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής, παρέχεται εκπαίδευση σε δημόσια σχολεία για άτομα με ειδικές ανάγκες, αν και η ειδική αγωγή στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα και ελλείψεις και σημειώνει πολύ βραδεία πρόοδο (Λαμπροπούλου, 2008).

### Στέγαση

Η κατασκευή κατοικιών στην μεταπολεμική Ελλάδα είναι έργο του ιδιωτικού τομέα. Η δραστηριότητα του δημοσίου είναι εξαιρετικά περιορισμένη στον τομέα αυτό και εμφανίζεται κυρίως κατά τα έτη 1948-1950. Μεταπολεμικά, υπολογίζεται ότι έχουν κατασκευαστεί 3.000.000 κατοικίες με το δημόσιο να έχει κατασκευάσει μόνο τις 50.000. Το ποσοστό συμμετοχής του είναι ακόμη μικρότερο, αν υπολογίσει κανείς και τις αυθαίρετες κατοικίες χωρίς τη σχετική άδεια που έχουν χτιστεί στην Ελλάδα. Από κρατικής πλευράς και επί του θέματος αυτού, αξίζει να αναφερθεί ότι

κατά περιόδους έγιναν διευκολύνσεις απόκτησης γης. Επίσης η δανειοδότηση των πολιτών έχει κατά καιρούς ενθαρρύνει την απόκτηση κατοικίας (Οικονόμου, 1987).

### Ανεργία

Η ανεργία στην Ελλάδα υπήρξε ανέκαθεν ένα κοινωνικό πρόβλημα με το ποσοστό της να φτάνει το 16,9% το 2019, σύμφωνα με στοιχεία της ελληνικής στατιστικής υπηρεσίας ([www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)).

Το Σεπτέμβριο του 1922 ιδρύθηκαν στην Ελλάδα τα πρώτα γραφεία ευρέσεως εργασίας που αποτελούν τη πρόδρομη μορφή του σημερινού Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), τα οποία όμως δεν διέπονταν από νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας. Το 2001, ο ΟΑΕΔ έλαβε τη σύγχρονη μορφή του (ν. 2956/2001) και σύστησε τα Κέντρα Προώθησης Απασχόλησης ως νέες καινοτόμες Υπηρεσίες σε αντικατάσταση των Γραφείων Εργασίας. Ο ΟΑΕΔ αποτελεί κρατικό φορέα που εκφράζει την κυβερνητική πολιτική για την καταπολέμηση της ανεργίας. Σκοπός του είναι η ενίσχυση και διευκόλυνση της ένταξης του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας στην αγορά εργασίας, η προώθηση της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και η σύνδεσή της με την απασχόληση, η χορήγηση παροχών για στεγαστική προστασία, η παροχή επιδομάτων ανεργίας κ.α. πάντα με σκοπό την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου. Επίσης, συμμετέχει στην εφαρμογή του εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ([www.oaed.gr](http://www.oaed.gr))

Η θέσπιση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος στην Ελλάδα άρχισε να προβληματίζει την ελληνική κυβέρνηση μόλις το 2012, καθώς η οικονομική κρίση είχε επιφέρει κυριολεκτική εξαθλίωση σε ορισμένη μερίδα του πληθυσμού. Το 2012, η Ελλάδα ήταν η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν είχε ανάλογα προγράμματα κοινωνικής στήριξης. Η εφαρμογή του ξεκίνησε πιλοτικά το 2014, καταδεικνύοντας οργανωτικές και διοικητικές ελλείψεις. Οι αιτήσεις παρουσίαζαν σωρεία λαθών που δυσχέραιναν τον ορισμό των δικαιούχων. Επιπλέον η καταβολή του δεν ήταν τακτική όπως προέβλεπε η νομοθεσία με συνέπεια τη γενική δυσανασχέτηση των πολιτών. Η έναρξη της νέας φάσης σηματοδοτήθηκε από τη δημοσίευση νέας υπουργικής απόφασης στις 7 Ιουλίου 2016, στην οποία καθορίζονται τα κριτήρια των δικαιούχων. Αυτά περιλαμβάνουν, εισοδηματικά κριτήρια, περιουσιακά και την προϋπόθεση ότι οι αιτούντες είναι πολίτες οι οποίοι

διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Η οικονομική αυτή υποστήριξη πλέον έχει τον τίτλο «Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης». Το εγγυημένο ποσό ορίζεται ως ακολούθως:

- 200 ευρώ το μήνα για μονοπρόσωπο νοικοκυριό
- 100 ευρώ για κάθε επιπλέον ενήλικο μέλος (δηλαδή ένα επιπλέον 50% προστίθεται στο βασικό ποσό)
- 50 ευρώ για κάθε ανήλικο μέλος (δηλαδή ένα επιπλέον 25% προστίθεται στο βασικό ποσό) (Ευαγγελιδης, 2019).

Δημογραφικές και οικογενειακές αλλαγές έχουν συμβεί στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα ποσοστά γονιμότητας έχουν μειωθεί και κατά συνέπεια και τα ποσοστά των γεννήσεων. Η μείωση αυτή προκαλεί μεγάλη ανησυχία διότι έχει ήδη υπερβεί τα επίπεδα αντικατάστασης του πληθυσμού. Επίσης, τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας έχουν μειωθεί, ενώ το προσδόκιμο ζωής έχει βελτιωθεί, αυξάνοντας το ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού. Η μείωση των γάμων και η αύξηση των ποσοστών διαζυγίου, αν και όχι τόσο δραματικά όσο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, υποδηλώνει σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής. Αξίζει να σημειωθεί ότι ανέκαθεν ένα ποσοστό του πληθυσμού ζούσε σε συνθήκες φτώχειας, γεγονός που επιδεινώνεται στην σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης (Stathopoulos, 1996).

Οι συνθήκες και τα χαρακτηριστικά του ελληνικού Κράτους Πρόνοιας που προαναφέρθηκαν αποτελούν το βασικό οργανωτικό και λειτουργικό του άξονα. Επίσης αναφέρθηκαν οι συνέπειες και τα αποτελέσματα της οργάνωσης αυτής ως ένα διαχρονικό φαινόμενο από την έναρξη της λειτουργίας του. Δυστυχώς το ελληνικό Κράτος Πρόνοιας εκτός από τα οργανωτικά του προβλήματα και την υποχρηματοδότηση που πάντα αντιμετώπισε, σήμερα καλείται να ανταπεξέλθει σε μία τεράστια οικονομική κρίση που έχει ταλανίσει την παγκόσμια οικονομία. Οι ιδιαίτερες συνθήκες, τα προβλήματα και οι συνέπειες στο Νοτιοευρωπαϊκό Κράτος Πρόνοιας, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης της τελευταίας δεκαετίας κρίνεται απαραίτητο να εξεταστούν σε ανεξάρτητο κεφάλαιο.

### 3.6 Το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους – Πρόνοιας στην εποχή της οικονομικής κρίσης.

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε κατά τα έτη 2007-2008, έχει αποκαλύψει ως ένα βαθμό πολλά από τα προβλήματα που προϋπήρχαν στο παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα. Οι συνέπειες της κρίσης οδήγησαν τις κυβερνήσεις και τους διεθνείς οργανισμούς να δράσουν συνεργατικά για την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στις αγορές μέσω διαφόρων στρατηγικών. Σαν αποτέλεσμα η ευρωπαϊκή ένωση (ΕΕ) έλαβε μία σειρά στρατηγικών δράσεων. Οι στρατηγικές ανάκαμψης της ΕΕ είχαν δύο βασικούς στόχους. Πρώτον, τη διατήρηση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας των κρατών μελών και δεύτερον την παραμονή τους εντός της ΕΕ. Παρά τις προσπάθειες, η πρόοδος της ανάκαμψης από την κρίση στην Ευρώπη έχει καθυστερήσει. Η αιτία αυτής της σταδιακής ανάκαμψης είναι σίγουρα τα προβλήματα δημόσιου χρέους των Κρατών μελών στη ζώνη του ευρώ.

Οι συνέπειες της κρίσης ήταν δραματικές για την παγκόσμια οικονομία. Το 2009 η παραγωγή μειώθηκε κατά 0,6% και το παγκόσμιο εμπόριο μειώθηκε κατά 11%. Στις προηγμένες οικονομίες το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε κατά 3,2% το 2009, ενώ το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε σημαντικά. Τα δημοσιονομικά ελλείμματα άρχισαν να υπερβαίνουν τα όρια ασφαλείας (Yourtsever, 2011).

Η εξέλιξη των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται στενά με την πολιτική των κυβερνήσεων που προσδιορίζουν το ποσοστό των δαπανών για την υγεία. Συγκεκριμένα, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, συνήθως παρατηρούνται στα Δημόσια Συστήματα Υγείας δραστικές οικονομικές περικοπές, οι οποίες αναγκάζουν τα άτομα να δαπανούν περισσότερα για υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται πλέον από το κράτος. Οι οικονομικές περικοπές αποτελούν κίνδυνο για το βιοτικό επίπεδο. Οι Palasca et al (2015), αναφέρουν ότι η οικονομική στήριξη μέσω των προγραμμάτων του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) συνδέεται ή έχει σαν επακόλουθο την αποδυνάμωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τον περιορισμό της ανάπτυξης και την αποτυχία των προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνού, των λοιμωδών ασθενειών και της παιδικής και μητρικής θνησιμότητας. Η παρέμβαση υπερεθνικών οργανισμών όπως το (ΔΝΤ) , σε περιόδους οικονομικής κρίσης, πέραν των άλλων επιπτώσεων οδηγεί σε περικοπές



των δημόσιων δαπανών, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις όπως η μετανάστευση έμπειρων και εξειδικευμένων επιστημόνων υγείας, η μείωση των διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και το πρόσθετο κόστος για τους ασθενείς λόγω μη κάλυψης των παροχών από τα ταμεία τους.

Οι προαναφερόμενες συνθήκες δεν θα μπορούσαν να μην έχουν επίδραση και στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο Κράτους Πρόνοιας. Η συρρίκνωση των κοινωνικών δαπανών συνδέεται στενά με το γεγονός ότι οι χώρες της Βόρειας Μεσογείου έχουν υπαχθεί σε καθεστώς λιτότητας, ποικίλου βαθμού σκληρότητας. Η αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος και τα υψηλά επίπεδα δημόσιου χρέους την προηγούμενη δεκαετία έχουν αυξήσει το κόστος δανεισμού για τις χώρες αυτές. Στις περιπτώσεις της Ελλάδας (από τον Μάιο του 2010) και της Πορτογαλίας (από τον Μάιο του 2011), επιχειρείται η δημοσιονομική προσαρμογή στο πλαίσιο του κοινού εποπτικού ελέγχου της ΕΕ, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι εθνικές κυβερνήσεις έχουν χάσει ουσιαστικά τον έλεγχο επί των δημοσιονομικών αποφάσεων (Matsaganis, 2013).

Στην Ιταλία, την Ισπανία και την Ελλάδα, η ηλικία συνταξιοδότησης αυξήθηκε και οι συντάξεις περιορίστηκαν σημαντικά. Οι κοινωνικές παροχές (ιδίως στην Ελλάδα και την Πορτογαλία) μειώθηκαν ή καταργήθηκαν εντελώς, ενώ τα κριτήρια επιλογής των ασθενέστερων πληθυσμών (όροι επιλεξιμότητας) για τα ελάχιστα εναπομείναντα επιδόματα έγιναν αυστηρότερα.

Καθώς η ύφεση παρουσίαζε τάση αυξητική, η πολιτικές λιτότητας φαίνονταν να γίνονται σκληρότερες. Στην Ελλάδα, το πλαίσιο της αναθεώρησης των δαπανών έθεσε ως στόχο την εξοικονόμηση 5% του ΑΕΠ το 2013 και ένα περαιτέρω 2,25% του ΑΕΠ το 2014. Βασική πηγή δημοσιονομικής εξυγίανσης αποτέλεσε η μαζική περικοπή των κοινωνικών δαπανών και η αύξηση των κοινωνικών εισφορών. Στην Πορτογαλία, οι αλλαγές επηρέασαν το πρόγραμμα ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, που αποτελούσε μία από τις μεγαλύτερες καινοτομίες στην κοινωνική πολιτική της νότιας Ευρώπης τις τελευταίες δεκαετίες. Επίσης έγινε αλλαγή των κανόνων επιλεξιμότητας (Matsaganis, 2013).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επηρέασε σε σημαντικό βαθμό την οικονομία, την εργασία, την καθημερινότητα των ατόμων και τις προσδοκίες κυρίως των νέων, δημιουργώντας ένα γενικότερο κλίμα ανασφάλειας. Δεδομένου ότι στην Ελλάδα η χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας δεν ήταν ποτέ γενναιόδωρη (διότι

προφανώς ανέκαθεν υπήρχε η αντίληψη ότι «βαραίνει» τον κρατικό προϋπολογισμό), διατυπώθηκε από πολύ νωρίς η άποψη πως και το ίδιο το κράτος πρόνοιας συμβάλλει στην οικονομική κρίση μέσω των δύο βασικών του συστημάτων: του ασφαλιστικού συστήματος και του συστήματος υγείας.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπιζε το συνταξιοδοτικό σύστημα ήταν η ύπαρξη μεγάλων ανισοτήτων σχετικά με το ύψος των συντάξεων και των εισφορών. Ο αριθμός των ασφαλιστικών φορέων που δημιουργήθηκε στο παρελθόν ήταν εξαιρετικά μεγάλος και συνέβαλλε στην δημιουργία ανισοτήτων όσον αφορά στις συντάξεις, στις παροχές, στα όρια συνταξιοδότησης και στην ηλικία εξόδου από τον εργασιακό βίο. Απουσίαζαν οι μελέτες βιωσιμότητας του συστήματος, η εποπτεία και ο συντονισμός με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ανισότητες μεταξύ των ταμείων αλλά και ένας κατακερματισμένος μηχανισμός. Είναι γεγονός ότι η μεγάλη ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας την περίοδο πριν την κρίση οδήγησε στην αύξηση της κοινωνικής δαπάνης, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφορά στις συντάξεις. Το ασφαλιστικό σύστημα εμφάνιζε ελλείμματα και δεχόταν συνεχώς επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης, δε θα πρέπει να αγνοείται και το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδος καθώς μικρές εργασιακές ομάδες καλούνταν να συντηρήσουν τις μεγάλες ομάδες των συνταξιούχων (Μπούσιου και συν., 2013).

Η επερχόμενη κρίση και η αναγκαστική επιβαλλόμενη λιτότητα διόγκωσε ακόμη περισσότερο τα χρηματοδοτικά και συνταξιοδοτικά προβλήματα που προϋπήρχαν. Επίσης στοιχεία παθογένειας όπως η διαφθορά, τα υψηλά χρέη των νοσοκομείων, η αδιαφάνεια στις προμήθειες και το «φακελάκι», έθεσαν στο επίκεντρο της προσοχής το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επιβάλλοντας πλέον αυστηρούς ελέγχους από τους φορείς εποπτείας (Μπούσιου και συν., 2013).

Η οικονομική δυσχέρεια της ελληνικής οικογένειας λειτούργησε αποτρεπτικά στη χρησιμοποίηση ιδιωτικών παροχών υγείας. Οι επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς μειώθηκαν, ενώ η ζήτηση του δημόσιου νοσοκομείου αυξήθηκε. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι εισαγωγές σε ιδιωτικές κλινικές μειώθηκαν κατά 30%. Και ο ιδιωτικός τομέας όμως δέχτηκε πιέσεις για μείωση του κόστους των υπηρεσιών του. Οι έλληνες γενικά θεωρούν την υγεία τους «κακή». Έχει επίσης παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στον αριθμό των κρουσμάτων HIV (Kentikelenis, 2011).

Στα μέτρα εξυγίανσης που κρίθηκαν απαραίτητα για την έξοδο από την κρίση και την οικονομική επάνοδο συμπεριλαμβάνονταν η μείωση του αριθμού των

ασφαλιστικών ταμείων, η αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η χρήση των γενόσημων φαρμάκων η αλλαγή του νόμου για τις προμήθειες των δημόσιων νοσοκομείων, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ κ.α. (Μπούσιου και συν., 2013).

Εκτός από τα προαναφερόμενα μέτρα που αφορούν στο υγειονομικό και στο ασφαλιστικό σύστημα, υπήρξε ένα πλήθος άλλων μέτρων που οδήγησε σε πτώση της ποιότητας ζωής στον ελληνικό πληθυσμό. Η σύσταση του ΔΝΤ για μείωση των μισθών κατά 15% στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα έγινε δεκτή και ο ελάχιστος μισθός μειώθηκε σημαντικά και κυρίως για τους εργαζόμενους κάτω των 24 ετών, ορίζοντας μηνιαίο ελάχιστο μισθό 595 ευρώ. Η ανεργία αυξήθηκε δραματικά και ο δημόσιος τομέας ετέθη σε καθεστώς αναστολής προσλήψεων. Επίσης η κυβέρνηση υπό τις πιέσεις του ΔΝΤ εισήγαγε μια τροποποίηση και στο εργατικό δίκαιο, η οποία εξάλειψε τον ρόλο των εθνικών συλλογικών συμβάσεων εργασίας (Papadopoulos, 2012).

Ταυτόχρονα, ένας μεγάλος αριθμός δημόσιων υπηρεσιών (π.χ. νοσοκομεία, σχολεία, πανεπιστήμια, υπηρεσίες πρόνοιας) αντιμετώπιζαν μια διπλή πρόκληση. Από τη μια πλευρά, έπρεπε να μειώσουν το λειτουργικό τους κόστος λόγω μειωμένης χρηματοδότησης προχωρώντας σε περικοπές μισθών, προσωπικού και προμηθειών. Από την άλλη πλευρά, ήταν αναμενόμενο το ότι θα παρατηρούνταν σημαντική αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών τους, καθώς μεγάλα τμήματα των μεσαίων τάξεων λόγω μείωσης των εισοδημάτων τους θα απέφευγαν τις ιδιωτικές υπηρεσίες (Papadopoulos, 2012).

Μελέτη των Papadopoulos et al (2013), έδειξε μεγάλο ποσοστό stress μεταξύ των Ελλήνων, μελαγχολία και ψυχικά νοσήματα, ενώ οι αυτοκτονίες οι οποίες παραδοσιακά ήταν στα κατώτερα ποσοστά σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη, διπλασιάστηκαν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μέχρι το 2013.

Οι δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά. Το δημόσιο χρέος διογκώθηκε και το κράτος στηρίζεται σε έκτακτες δανειακές εισφορές από επίσημους φορείς για να χρηματοδοτήσει κοινωνικές δαπάνες, μισθούς και το δημοσιονομικό έλλειμμα. Σε τέτοιες περιόδους ύφεσης, κρίνεται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός του Κράτους Πρόνοιας. Η αναζήτηση πιο αποτελεσματικών φορολογικών συστημάτων θα μπορούσε να συμβάλει στην άμβλυνση των ανισοτήτων. Κρίνονται δε επιβεβλημένα ορισμένα μέτρα, όπως η αύξηση της χρηματοδότησης της κοινωνικής πολιτικής, η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στους

τομείς πρόνοιας, η διασύνδεση της κοινωνικής πρόνοιας με την αγορά εργασίας και τη δια βίου εργασιακή εκπαίδευση (Μπούσιου και συν., 2013).

Η διαβίωση ορισμένων οικογενειών κάτω από το όριο της φτώχειας, προέτρεψε την ελληνική κυβέρνηση στη θεσμοθέτηση ορισμένων μέτρων για την ενίσχυση των αδύναμων νοικοκυριών. Το λεγόμενο κοινωνικό μέρισμα αποτελεί εφάπαξ οικονομική ενίσχυση που λαμβάνουν τα νοικοκυριά με εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια (<https://www.hellenicparliament.gr>). Η εισφορά αλληλεγγύης αποτελεί ένα ακόμη μέτρο για την υποστήριξη των ασθενέστερων οικονομικά και έχει τη μορφή φορολογίας του εισοδήματος των εργαζόμενων εφόσον αυτό είναι πάνω από 12.000 ευρώ ετησίως. Το μέτρο αυτό εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2011 και αποτελούσε μία από τις μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας (<https://www.taxheaven.gr>).

Στην Ισπανία κατά τη διάρκεια της οικονομικής άνθισης, στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές του 2000, εφαρμόστηκε ένας αριθμός αυξημένων κοινωνικών δαπανών. Μεταξύ 1995 και 2009, πραγματοποιήθηκε αύξηση των πραγματικών κατά κεφαλήν δαπανών για την κοινωνική πρόνοια που έφτασε το 54%. Αυτό είχε να κάνει κυρίως με την επέκταση της κάλυψης σε παραδοσιακούς τομείς κοινωνικής πρόνοιας όπως οι συντάξεις, η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη. Το 1999 εγκρίθηκε νόμος για τη διευκόλυνση της ενσωμάτωσης και της μονιμότητας των γυναικών στην αγορά εργασίας μέσω της άδειας μητρότητας. Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 2000 (υπό το σοσιαλιστικό κόμμα) ο στόχος της ισότητας των φύλων έφτασε στο αποκορύφωμά του (Serrano, 2015).

Το 2007 άρχισε η καθοδική πορεία της ισπανικής οικονομίας. Στις συνέπειες της κρίσης συμπεριλαμβάνονται η μείωση της παραγωγής και η μεγάλη αύξηση της ανεργίας, λόγω της εξαιρετικά μεγάλης μείωσης των θέσεων εργασίας. Το ΑΕΠ παρουσίασε πτώση κατά 6,3% και η ανεργία αυξήθηκε κατά 800.000 άτομα περίπου. Η ισπανική οικονομία άρχισε να ανακάμπτει το 2010, με ελαφρά αύξηση της παραγωγής σε κάθε τρίμηνο. Η αύξηση της παραγωγής κατά το έτος αυτό ήταν μέτρια σε σύγκριση με τη συσσωρευμένη απώλεια παραγωγής κατά τα δύο προηγούμενα έτη και τα στοιχεία του 2011 έδειχναν την δυσκολία της ανάκαμψης.

Το βιοτικό επίπεδο και η οικογενειακή ευμάρεια υπέστησαν καθίζηση λόγω της μεγάλης μείωσης των εσόδων. Επιπλέον, ο χρόνος για την αποπληρωμή στεγαστικών δανείων επιμηκύνθηκε ενώ μειώθηκε η αποταμιευτική ικανότητα των νοικοκυριών. Στον τομέα της υγείας υπήρξε σημαντική μείωση της

χρηματοδότησης καθώς στον κρατικό προϋπολογισμό τέθηκαν άλλες προτεραιότητες. Η οικονομική κρίση επέφερε αύξηση του αριθμού των πρόωρων θανάτων κυρίως από καρδιαγγειακά νοσήματα, όχι όμως από καρκίνο (Regidoretal, 2013).

Πολλές οικογένειες με εξαρτώμενα άτομα, δεν έχουν πλέον την οικονομική δυνατότητα για τις πιο δαπανηρές ιδιωτικές λύσεις και πρέπει να καταφεύγουν στην φροντίδα που παρέχεται από γυναίκες (συνήθως μετανάστριες) που παρέχουν «άτυπη» περίθαλψη και κατ' οίκον φροντίδα. Αυτή η «άτυπη» περίθαλψη μπορεί να είναι εμπειρική και να περιορίζεται σε ρόλο οικογενειακού βοηθού, ή να περιλαμβάνει φροντίδα από άτομα που δεν είναι πιστοποιημένα στην παροχή της και συνήθως δεν εμπίπτει στο σύστημα φορολόγησης (Carballo, 2011).

Στην Πορτογαλία η ανάπτυξη που είχε επιτευχθεί από το 1970 υπέστη μεγάλο πλήγμα, καθώς η Πορτογαλία συμπεριλαμβάνεται στις χώρες που υποβλήθηκαν στην εποπτεία διεθνών οργανισμών. Η λιτότητα οδήγησε σε μείωση του εισοδήματος του πληθυσμού. Η ανεργία και οι φόροι αυξήθηκαν ενώ οι μισθοί μειώθηκαν. Υπολογίζεται ότι μόνο το 40% περίπου των ανέργων λαμβάνουν πλέον οικονομική στήριξη (Gurnani, 2016).

Επιπλέον, οι αλλαγές τόσο στην αγορά εργασίας όσο και στους μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας υποδηλώνουν ότι η λιτότητα θα οδηγήσει και πάλι στην αύξηση των ανισοτήτων. Οι πορτογαλικές οικογένειες με εξαρτώμενα παιδιά είναι περισσότερο εκτεθειμένες στη φτώχεια απ' ό,τι άλλες οικογένειες. Ο τύπος νοικοκυριού με το υψηλότερο επίπεδο φτώχειας είναι αυτός στον οποίο ζουν δύο ενήλικες και τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά. Το γεγονός ότι στην Πορτογαλία το Κράτος Πρόνοιας προσανατολίζεται κυρίως στην μείωση της φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων, έχει σαν αποτέλεσμα οι οικογένειες να αγωνίζονται να μεγαλώσουν τα παιδιά τους. Αυτό εξηγεί ως ένα βαθμό γιατί υπάρχει χαμηλό ποσοστό γεννήσεων στην Πορτογαλία (Pedroso, 2014).

Λόγω της κρίσης η κυβέρνηση αναθεώρησε τα κριτήρια των πολιτών που δικαιούνται την κύρια εθνική μορφή στήριξης. Το μέτρο αυτό, το οποίο θεσπίστηκε το 1996, κατόρθωσε να μειώσει την έκταση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Από το 2009 έχουν καταβληθεί νέες προσπάθειες για τη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Η τρούικα προέτρεψε την αναδιοργάνωση της χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, την αναθεώρηση της τιμής των

φαρμάκων και τις συμπληρωματικές πληρωμές των πολιτών (συμμετοχή) για ορισμένες υπηρεσίες (Pedroso, 2014).

Σε μία προσπάθεια εξόδου από την κρίση, το 2015, η Πορτογαλία δημοσίευσε την «Πράσινη Δέσμευση για την Ανάπτυξη ως το 2030», η οποία θέσπισε νέους, φιλόδοξους στόχους για τις ανανεώσιμες πηγές ενέργειας. Η πορτογαλική αιολική βιομηχανία δημιούργησε περίπου 3.200 θέσεις εργασίας και παράγαγε εισόδημα 1.170 εκατ. ευρώ το 2013, ενώ ταυτόχρονα επέτρεψε την εξοικονόμηση περίπου 4,3 εκατ. τόνων εκπομπών CO<sub>2</sub> (Andreas, 2019).

Στην Ιταλία η χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008, επηρέασε σημαντικά την εργασία. Ισχυρό πλήγμα δέχτηκαν οι νέοι εργαζόμενοι με προσωρινές συμβάσεις και ορισμένης διάρκειας. Το ποσοστό των ανέργων διπλασιάστηκε από το 2008 έως το 2013 και έφτασε τα 3 εκατομμύρια. Οι ατομικές δαπάνες και οι δαπάνες των νοικοκυριών μειώθηκαν δραματικά από το 2012 έως τις αρχές του 2015 (Boschele, 2015).

Επίσης, το όριο συνταξιοδότησης ανέβηκε καθώς λήφθηκε υπόψη η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και η αύξηση των ορίων ηλικίας. Η κρίση οδήγησε σε ακραίες μορφές φτώχειας. Το δίκτυο κοινωνικής ασφάλειας κατέστη ιδιαίτερα αναποτελεσματικό. Όπως και στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση των ψυχικών ασθενειών. Τον Αύγουστο του 2011, οι ηγέτες της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας (ΕΚΤ) εξέδωσαν επιστολή προς την ιταλική κυβέρνηση προτρέποντας τον τότε πρωθυπουργό να λάβει άμεσα και τολμηρά μέτρα για να διασφαλίσει τη βιωσιμότητα του οικονομικού προγραμματισμού. Η κυβέρνηση συμμορφώθηκε, μειώνοντας τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και τις συντάξεις, οι οποίες μαζί αντιπροσώπευαν σχεδόν το ένα τέταρτο του ΑΕΠ της Ιταλίας.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βέβαια, είναι γεγονός ότι οι περικοπές είχαν ήδη ξεκινήσει πριν από την έναρξη της κρίσης και σε ορισμένες περιπτώσεις η κρίση απλώς ενίσχυσε τις προσπάθειες περιορισμού του κόστους που ήταν ήδη σε εξέλιξη. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης μειώθηκε σημαντικά. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών περιορίστηκε σε ποσοστά που ήταν πολύ πιο κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περικοπές στη χρηματοδότηση αντισταθμίστηκαν με τη θέσπιση υψηλότερων επιδομάτων των χρόνιων ασθενών παρά τη δύσκολη οικονομική κατάσταση της χώρας (Lynch, 2014).

Σοβαρά προβλήματα αντιμετώπισε και η τριτοβάθμια εκπαίδευση, η οποία στερήθηκε πόρους, αλλά και ανθρώπινο δυναμικό, με αποτέλεσμα την αδυναμία μεταρρυθμίσεων και τη χαμηλή απόδοση (Boschele, 2015).

Το Κράτος Πρόνοιας έχει δεχθεί ισχυρή κριτική στη σημερινή εποχή σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο ρόλος του στην αύξηση της ευημερίας των πολιτών έχει αμφισβητηθεί καθώς δεν κατάφερε να εξαλείψει τη φτώχεια και τις κοινωνικές ανισότητες. Η συνθήκες της ζωής σήμερα, με την παγκοσμιοποίηση και τη μετανάστευση καθιστούν τον προγραμματισμό του μη βιώσιμο στις περισσότερες χώρες και κυρίως στις χώρες της νότιας Ευρώπης, οι οποίες υπέστησαν τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, στο ήδη προβληματικό σύστημα το οποίο διέθεταν (Πάσχος, 2014).