



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση
Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«Η Κοινωνική Φροντίδα στο πλαίσιο
της φιλελεύθερης οικονομίας της αγοράς»**

Φοιτητής Καλαθάς Δημήτριος

ΑΜ 20018

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Γεώργιος Διέλλας

Επιστημονικός Συνεργάτης

Αθήνα 2021-22



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Postgraduate Studies Program in Management and Administration of
Health and Social Care Services

Postgraduate Diploma Work

Title

“Social Care in the range of liberal economy of the market”

Student Kalathas Dimitrios

Registration Number 20018

Supervisor Professor: Dr Diellas Georgios

Athens 2021-22

**«Η Κοινωνική Φροντίδα στο πλαίσιο
της φιλελεύθερης οικονομίας της αγοράς»**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και
του Εισηγητή κ Γεωργίου Διέλλα**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την
κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	Όνοματεπώνυμο	Βαθμίδα/Ιδιότητα	Ψηφιακή Υπογραφή
1.	Δρ. Γεώργιος Διέλλας Επιστημονικός Συνεργάτης	Επιβλέπων	
2.	Σωτήριος Σούλης Καθηγητής	Μέλος	
3.	Δρ. Γεωργία Τσάκνη Επιστημονική Συνεργάτης	Μέλος	

Δήλωση Συγγραφέα

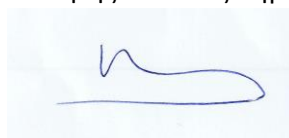
Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Καλαθάς Δημήτριος του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20018 φοιτητής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Τμήματος Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών

Φοιτητής Καλαθάς Δημήτριος



Σύντομη Περίληψη

Ο θεσμός της κοινωνικής φροντίδας είναι μια πολύ σημαντική βοήθεια, ιδίως για τα οικονομικά ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα τα οποία δεν έχουν τους πόρους ούτε ως ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν τόσο προς το ευ ζην, ή ακόμα και προς το ζην.

Πάνω στο κομμάτι της κοινωνικής φροντίδας υπάρχει η αντίληψη πως αυτή είναι συσχετιζόμενη με το οικονομικό μοντέλο που ακολουθεί η εκάστοτε χώρα. Δηλαδή, οι χώρες με φιλελεύθερη οικονομία έχουν φτωχότερη κοινωνική φροντίδα σε αντίθεση με τις χώρες που ακολουθούν ένα πιο κρατικιστικό και σοσιαλίζον οικονομικό μοντέλο, μιας και υποτίθεται ότι με αυτόν τον τρόπο επενδύουν περισσότερο πάνω στις κοινωνικές παροχές.

Σκοπός μας λοιπόν είναι να εξετάσουμε τα μοντέλα κοινωνικής φροντίδας των οικονομικά φιλελεύθερων χωρών, έτσι ώστε να εξετάσουμε αν και κατά πόσο ισχύει η παραπάνω αντίληψη περί συσχέτισης κοινωνικής φροντίδας και επικρατούντος οικονομικού μοντέλου. Κάποια χαρακτηριστικά παραδείγματα που θα μπορούσα να αναφέρω είναι αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, καθώς και της Μεγάλης Βρετανίας επί πρωθυπουργίας Μάργκαρετ Θάτσερ

Abstract

Social care is a very significant help, especially for less affluent social layers, which haven't the resources to make a good living or even to make a living.

There is a dominant perception that social care is related with the economic model followed by each country. Thus, countries with liberal economy have lessen social care in comparison with countries with a more statist and socializing economic model in a perception that they invest more in social care.

Our aim is considering the social care models of economic liberal countries in order to consider if the above perception for social care and economic model of each country

relation is true. There are some characteristic examples that I can remark like the model of United States of America and Great Britain under Margaret Thatcher term.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή του ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» κ Διέλλα Γεώργιο ο οποίος ως επιβλέπων καθηγητής με βοήθησε ως προς την εκπόνηση της εργασίας, καθώς επίσης και τον υπεύθυνο καθηγητή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» κ Σούλη Σωτήριο, μιας και το σύγγραμμά του «Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική» με βοήθησε αρκετά ως προς την εκπόνηση της εργασίας μου.

Περιεχόμενα

Εξώφυλλο

Σύντομη περίληψη/ abstract

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες

Κατάλογος Πινάκων, Γραφικών Παραστάσεων και Διαγραμμάτων

Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

Εισαγωγή

Κεφάλαια

-Η σημασία του κοινωνικού κράτους και της κοινωνικής φροντίδας

1.1 Τι είναι κοινωνικό κράτος;

1.2 Σε ποιους τομείς και γιατί είναι απαραίτητη η συμβολή του κοινωνικού κράτους

-Περί φιλελεύθερης οικονομίας

2.1 Ορισμός και θεωρίες περί φιλελευθερισμού

2.2 Από το laissezfaireστον νεοφιλελευθερισμό

2.3 Παγκοσμιοποίηση και ελεύθερη οικονομία της αγοράς

- Φιλελεύθερη οικονομία και κοινωνική φροντίδα, μπορούν να συνδυαστούν αυτά τα δύο;

3.1 Τα κυρίαρχα αφηγήματα

3.2 Απόψεις των θιασώτων της φιλελεύθερης οικονομίας για την παροχή κοινωνικής φροντίδας

3.3 Απόψεις των υποστηρικτών του κράτους πρόνοιας

3.4 Μοντέλα κοινωνικής προστασίας

3.5 Η κοινωνική φροντίδα σε καθεστώς παγκοσμιοποιημένης οικονομίας

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας

4.1 Το Βρετανικό σύστημα παιδείας

4.2 Το σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας

4.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας

4.4 Το Βρετανικό κράτος πρόνοιας

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα των ΗΠΑ

5.1 Το σύστημα παιδείας των Η.Π.Α.

5.2 Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α.

5.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα των Η.Π.Α.

5.4 Η κοινωνική πολιτική στις Η.Π.Α.

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Αυστραλίας

6.1 Το σύστημα παιδείας της Αυστραλίας

6.2 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας

6.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Αυστραλίας

6.4 Η κοινωνική πρόνοια στην Αυστραλία

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Νέας Ζηλανδίας

7.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Νέας Ζηλανδίας

7.2 Το σύστημα υγείας της Νέας Ζηλανδίας

7.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Νέας Ζηλανδίας

7.4 Η Κοινωνική πολιτική της Νέας Ζηλανδίας

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Σιγκαπούρης

8.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Σιγκαπούρης

8.2 Το σύστημα υγείας της Σιγκαπούρης

8.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Σιγκαπούρης

8.4 Η κοινωνική πολιτική στην Σιγκαπούρη

- Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Χιλής

9.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Χιλής

9.2 Το σύστημα υγείας της Χιλής

9.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Χιλής

9.4 Το κοινωνικό κράτος στην Χιλή

-Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Ελβετίας

10.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ελβετίας

10.2 Το σύστημα υγείας της Ελβετίας

10.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ελβετίας

10.4 Η κοινωνική πολιτική της Ελβετίας

-Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Ιρλανδίας

11.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ιρλανδίας

11.2 Το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας

11.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ιρλανδίας

11.4 Η κοινωνική πρόνοια στην Ιρλανδία

-Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα του Λουξεμβούργου

12.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα του Λουξεμβούργου

12.2 Το σύστημα υγείας του Λουξεμβούργου

12.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα του Λουξεμβούργου

12.4 Η κοινωνική πολιτική του Λουξεμβούργου

-Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Εσθονίας

13.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Εσθονίας

13.2 Το σύστημα υγείας της Εσθονίας

13.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Εσθονίας

13.4 Η κοινωνική πολιτική στην Εσθονία

-Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα του Καναδά

14.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα του Καναδά

14.2 Το σύστημα υγείας του Καναδά

14.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα του Καναδά

14.4 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά

-Σύγκριση του κοινωνικού κράτους των χωρών με φιλελεύθερη οικονομία με αυτό των Σκανδιναβικών χωρών

15.1 Το σύστημα υγείας στις χώρες της Σκανδιναβίας

15.2 Το κοινωνικό κράτος στις χώρες της Σκανδιναβίας

15.3 Η σύγκριση με τις χώρες που λειτουργούν με ελεύθερη οικονομία της αγοράς

Θεωρητική προσέγγιση

Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

ΠΜΣ(Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών)

GATT (Γενική Συμφωνία Δασμών και Εμπορίου)

ΠΟΕ (Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου)

ΔΝΤ (Διεθνές Νομισματικό Ταμείο)

NHS (National Health System)

ΗΠΑ (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής)

IELTS (International English Language Testing System)

SAT (Scholastic Aptitude Test)

HHS (Health and Human Services)

CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)

AHRC (American Human Rights Council)

CDC (Centers for Disease Control)

FDA (Food and Drug Administration)

HMO (Health Maintenance Organization)

PPO (Preferred Provider Organization)

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)

SCHIP (Children's Health Insurance Program)

OEO (Organization Economic Opportunities)

AFDC (Aid to Families with Dependent Children)

ΑΕΠ (Ακαθόριστο Εγχώριο Προϊόν)

PPP (Purchasing Power Parity)

NCEA (National Certificates of Educational Achievement)

NZS (New Zealand Superannuation)

MSD (Ministry of Social Development)

APEC (Asia Pacific Economic Cooperation)

ΑΞΕ (Άμεσες Ξένες Επενδύσεις)

ΑΕΙ (Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα)

TEI (Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα)

ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)

WHO (World Health Organization)

CHAS (Community Health Assist Scheme)

CPF (Central Provident Fund)

LIFE (Lifelong Income For the Elderly)

AFP (administradora de fondos de pensiones)

AUGE (Access with Explicit Guarantees)

FONASA (Fondo Nacional de Salud)

ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional)

PBS (Pension Basica Solidaria)

APS (Aporte Previsional Solidaria)

PMAS (Máxima con Aporte Solidario)

CHF (Swiss Franc)

OASI (Old age and survivors' insurance)

HSE (Health Service Executive)

ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)

PRSI (Pay Related Social Insurance)

DSP (Department of Social Protection)

TCA (Taxes Consolidation ACT)

NSSI (National Student Services)

NHI (National Health Insurance)

FED (Federal Reserve Board)

IMF (International Monetary Fund)

OIT (Oregon Institute of Technology)

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)

ΥΣΕΑ (Υπηρεσίας Συμβουλευτικής και Επαγγελματικής Αγωγής)

ABS (Australian Bureau of Statistics)

Govt (government)

MINEDUC (Ministry of Education of Chile)

FOPH (Federal Office of Public Health)

PAG (Pensions at A Glance)

ΕΣΣΔ (Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών)

WDP (WelfareDevelopmentPlan)

CIHI (Canadian Institute for HealthInformation)

CPP (Canada Pension Plan)

CPPIB (Canada Pension Plan Investment Board)

Εισαγωγή

Η κοινωνική φροντίδα είναι ένας θεσμός που βοηθά τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα που δεν έχουν τους πόρους ούτως ώστε να ανταπεξέλθουν στις κοινωνικές τους ανάγκες. Έτσι, το κράτος τους παρέχει βοήθεια μέσω των κοινωνικών παροχών και της κοινωνικής πρόνοιας βοηθώντας τους στην ουσία να καλύψουν κάποιες

στοιχειώδεις ανάγκες τους όπως η ανάγκη της στέγασης, της εύρεσης εργασίας και της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό τον θεσμό λοιπόν τον έχουν συνδέσει κατά κάποιο τρόπο με το οικονομικό μοντέλο που επικρατεί στην εκάστοτε χώρα, δηλαδή στις χώρες όπου το κράτος παρεμβαίνει περισσότερο στην οικονομική ζωή, επενδύει περισσότερο και στην κοινωνική φροντίδα, ενώ στις χώρες όπου το κράτος παρεμβαίνει λιγότερο στην οικονομία, επενδύει λιγότερο στην κοινωνική φροντίδα, άρα στις οικονομικά φιλελεύθερες χώρες η κοινωνική φροντίδα είναι πιο πενιχρή σε σύγκριση με τις χώρες με οικονομικό παρεμβατισμό. Αυτή η αντίληψη έχει οδηγήσει σε πλήθος επιστημονικών ερευνών και δημοσιεύσεων σχετικά με τη σύνδεση κοινωνικής φροντίδας και οικονομικού μοντέλου, ενώ ακόμα έχει παίξει σημαντικό ρόλο και στην πολιτική σκηνή, με πολιτικούς και παρατάξεις να εντάσσουν αφηγήματα αυτής της θεωρίας στην πολιτική τους «ατζέντα».

Όλη αυτή η κατάσταση και το πλήθος των θεωριών σχετικά με την κοινωνική φροντίδα και τη σύνδεσή της με τις οικονομικές πολιτικές επηρέασε και εμένα να ψάξω βαθύτερα αυτό το φαινόμενο, καθώς και τις έρευνες που έχουν προηγηθεί σχετικά και αυτό και να συντάξω μια δικιά μου έρευνα βασισμένη σε ευρήματα των ερευνών αυτών, ούτως ώστε να διαπιστώσω εάν και κατά πόσο ισχύει το αφήγημα ότι οι οικονομικές πολιτικές που ακολουθεί κάθε χώρα επηρεάζουν την κοινωνική φροντίδα που παρέχεται στον πληθυσμό της.

Μεγάλο ενδιαφέρον έχει η μελέτη των εναλλαγών των τάσεων των οικονομικών πολιτικών που ακολουθούνται παγκοσμίως. Αρχικά, η παγκόσμια οικονομική καπιταλιστική τάση ξεκίνησε να αναπτύσσεται με το μοντέλο “laissez-faire” που πηγάζει από την θεωρία του Άγγλου οικονομολόγου AdamSmithπου διατυπώθηκε κατά τον 18^ο αιώνα. Κατά τις δεκαετίες του Μεσοπολέμου παρατηρήθηκε μια τάση αυξημένου κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία. Ο πιο εξέχων θεωρητικός αυτού του οικονομικού μοντέλου θεωρείται ο JohnMaynardKeynes. Αυτό το μοντέλο υιοθετήθηκε από τα περισσότερα κράτη την εποχή εκείνη, καθώς αφ’ ενός έπρεπε να ξεπεραστούν οι συνέπειες του Α Παγκοσμίου Πολέμου και να ανοικοδομηθούν οι κοινωνίες και αφ’ ετέρου, θεωρήθηκε πως το μοντέλο της ελεύθερης οικονομίας δεν ήταν πλέον αποτελεσματικό και ήταν υπεύθυνο για το Κραχ του 1929 και την παγκόσμια οικονομική κρίση που ακολούθησε.

Το μοντέλο του Κεϋνσιανού κρατικού παρεμβατισμού διατηρήθηκε και στις μετέπειτα δεκαετίες, μιας και ο Β Παγκόσμιος Πόλεμος που ακολούθησε επέφερε ανυπολόγιστες καταστροφές και οι κοινωνίες έπρεπε να ανοικοδομηθούν, και πράγματι, οι δεκαετίες μετά το τέλος του πολέμου χαρακτηρίστηκαν από οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη.

Κατά την δεκαετία του 1970 ελέω της κρίσης του πετρελαίου το 1973, θεωρητικοί όπως ο Milton Friedman και ο Friedrich Hayek οι οποίοι επέκριναν την παρέμβαση του κράτους και διατύπωσαν ένα οικονομικό μοντέλο γνωστό ως «νεοφιλελευθερισμό», το οποίο βασιζόταν σε μεγάλο βαθμό στην θεωρία του Adam Smith περί laissez-faire.

Αυτό το οικονομικό μοντέλο κυριάρχησε σταδιακά κατά τις επόμενες δεκαετίες, μιας και η παγκοσμιοποίηση που επήλθε βασίζεται στην οικονομική ελευθερία και την ελεύθερη μετακίνηση κεφαλαίου. Παρόλα αυτά, η κρίση της πανδημίας του κορονοϊού το 2020 έδωσε το έναυσμα για να στραφούν οι κοινωνίες προς τον κρατικό παρεμβατισμό για να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της πανδημίας.

Έτσι λοιπόν, έκανα μια αναζήτηση για την κοινωνική φροντίδα, δηλαδή κοινωνική πρόνοια, ασφάλιση και σύστημα υγείας σε χώρες που ακολουθούν φιλελεύθερες οικονομικές πολιτικές, δηλαδή μικρότερη κρατική παρέμβαση και κατόπιν τα συνέκρινα με αυτά των χωρών με μεγαλύτερη κρατική παρέμβαση.

Στα παρακάτω κεφάλαια αυτής της έρευνας γίνεται εκτενής λόγος για τα συστήματα κοινωνικής φροντίδας (κοινωνική πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση, υγειονομική περίθαλψη) σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, η Σιγκαπούρη και η Χιλή, χώρες δηλαδή γνωστές για τα φιλελεύθερα κοινωνικά μοντέλα που ακολουθούν, όπως επίσης θα δούμε και τα συστήματα φροντίδας των Σκανδιναβικών χωρών (Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία) που είναι γνωστές για τις γενναιόδωρες παροχές των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας τους και το σοσιαλδημοκρατικό οικονομικό μοντέλο που ακολουθούν.

Για να πραγματοποιήσω την εργασία μου, βασίστηκα στα ευρήματα του δείκτη οικονομικής ελευθερίας ανά χώρα (heritage.org 2021). Σε αυτόν τον πίνακα απεικονίζεται κατά πόσο ελεύθερα λειτουργεί η οικονομία των χωρών της υφηλίου ανά έτος.

Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της κατάταξης, η χώρα με την πιο ελεύθερη οικονομία παγκοσμίως για το έτος 2021 είναι η Σιγκαπούρη, με δείκτη 89,7 με τις Νέα Ζηλανδία και Αυστραλία να έπονται με 83,9 και 82,4 αντίστοιχα, ενώ η Ελβετία και η Ιρλανδία συμπληρώνουν την πρώτη πεντάδα με 81,9 και 81,4 αντίστοιχα.

Τα ευρήματα της προαναφερόμενης κατάταξης σχετικά με την οικονομική ελευθερία ανά χώρα θεώρησα πολύ ενδιαφέρον να τα συνδυάσω με τα ευρήματα της κατάταξης σχετικά με τον δείκτη ευημερίας ανά χώρα (prosperity.com 2021). Σύμφωνα με αυτή την κατάταξη, η χώρα με τον μεγαλύτερο δείκτη ευημερίας για το έτος 2021 είναι η Δανία, με δείκτη 83,86, με τις Νορβηγία και Σουηδία να έπονται με 83,5 και 83,11 αντίστοιχα. Την πεντάδα των χωρών με τον μεγαλύτερο δείκτη ευημερίας για το έτος 2021 κλείνουν η Φινλανδία και η Ελβετία με 82,96 και 82,89 αντίστοιχα (εντυπωσιακό το γεγονός πως οι τέσσερις (4) πρώτες χώρες του δείκτη ευημερίας είναι χώρες της Σκανδιναβίας).

Μέσω της σύγκρισης των παραπάνω συστημάτων κοινωνικής φροντίδας, θα εξάγουμε και τα επιστημονικά μας αποτελέσματα, τα οποία θα ερμηνεύσουμε και θα αναλύσουμε περεταίρω για να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα όσον αφορά την έρευνά μας στην κοινωνική φροντίδα στο πλαίσιο της φιλελεύθερης οικονομίας της αγοράς.

Κεφάλαιο 1 Η σημασία του κοινωνικού κράτους και της κοινωνικής φροντίδας

Η συνεισφορά της κοινωνικής φροντίδας αποτελεί σημαντική βοήθεια για ανθρώπους που δυσκολεύονται οικονομικά, καθώς εξασφαλίζει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης

σε κάθε πολίτη, κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη αλλά και την προστασία των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων. (Πιερράκος Γ. 2018)

Άλλωστε, σύμφωνα με το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος, (2019) Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και την περίθαλψη των απόρων.

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» ο οποίος έχει καθιερωθεί κατά την μεταπολεμική περίοδο αποτύπωνε τον κοινωνικό ρόλο του κράτους στις σύγχρονες αστικές κοινωνίες, (Μιχαήλου Χ. 2014) θέλοντας να δείξουν πως οι σύγχρονες Δυτικές κοινωνίες όλοι οι πολίτες μπορούν να ευημερήσουν και σε αυτό το κομμάτι σημαντικό ρόλο παίζει το κοινωνικό κράτος.

Υπάρχουν δύο θεωρίες οι οποίες αναλύουν τις αιτίες της δημιουργίας του κράτους πρόνοιας, η στρουκτουραλιστική, σύμφωνα με την οποία το ίδιο το καπιταλιστικό σύστημα αποτελεί αιτία ύπαρξης του κοινωνικού κράτους ούτως ώστε να αμβλυνθούν οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες που δημιουργεί η υπέρμετρη συσσώρευση πλούτου, (Ο' Connor 1973) και η θεσμική, σύμφωνα με την οποία οι αλλαγές που επήλθαν στις κρατικές δομές κατά την καπιταλιστική περίοδο είναι αυτές που συντέλεσαν στη δημιουργία του κράτους πρόνοιας. Σύμφωνα με τον Polanyi (1944), οποιαδήποτε προσπάθεια απομόνωσης της οικονομίας από κοινωνικούς και πολιτικούς θεσμούς, θα οδηγήσει στην καταστροφή της κοινωνίας.

Σίγουρα όμως για την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους έπαιξαν σημαντικό ρόλο οι διεκδικήσεις των κοινωνικών κινημάτων, καθώς και οι κοινωνικές κατακτήσεις, η συνεχής συσσώρευση κεφαλαίου, καθώς και η διαπίστωση πως το κοινωνικό κράτος λειτουργεί ως «κυματοθραύστης» ως προς τις συνέπειες των οικονομικών κρίσεων οι οποίες οξύνουν τις κοινωνικές και οικονομικές αντιθέσεις.

1.1 Τι είναι κοινωνικό κράτος;

Οι περισσότεροι Συνταγματικοί θεωρητικοί ταυτίζουν την ενίσχυση του κοινωνικού κράτους με τις κοινωνικές διεκδικήσεις, καθώς η θεσμοθέτηση δικαιωμάτων που

είναι εναντίον του κράτους, απαιτούν την θετική παρέμβασή του για να ικανοποιηθούν βασικές ανάγκες των πολιτών. Γι' αυτό τον λόγο είναι πολύ σημαντική η ενίσχυση της κανονιστικής αρμοδιότητας της διοίκησης (Παπαμιχαήλ Μ. 2011).

Το κοινωνικό κράτος στην ουσία αποτελεί έναν μηχανισμό αλληλεγγύης προς τους φτωχούς και τους οικονομικά αδύναμους ανθρώπους μέσω ενός είδους αναδιανομής του εισοδήματος που πραγματοποιείται μέσω της φορολογίας, όπου οι πιο εύποροι πολίτες εξαναγκάζονται να δίνουν ένα ποσό από το υστέρημά τους στο κράτος. Γι' αυτό και οι δεκαετίες 30 με 70 που θεωρήθηκαν η «χρυσή εποχή» του κράτους πρόνοιας έχουν ταυτιστεί με τον κρατικό παρεμβατισμό (Σακελλαρόπουλος Θ. 2008).

Σύμφωνα με τον R. Titmuss, η κοινωνική πολιτική είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας που εξελίσσεται αλληλένδετα με άλλα κοινωνικά πεδία (R. Titmuss 1974), ενώ σύμφωνα με τον Ginsburg, η παραδοσιακή προσέγγιση συνηθίζει να αναφέρει μια σειρά θεσμών ή υπηρεσιών όπως είναι η υγεία, η ασφάλιση, η πρόνοια, η στεγαστική και εκπαιδευτική πολιτική, καθώς και οι εργασιακές σχέσεις για να περιγράψει το κοινωνικό κράτος και την λειτουργία του (Ginsburg 1979).

Σύμφωνα με την θεωρητική, αλλά και πολιτική σχολή Κοινωνικής Διοίκησης της Βρετανίας, κοινωνική πολιτική είναι η διοίκηση της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά προβλήματα σχετικά με την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των απόρων (Lowe 1993).

Τέλος, σύμφωνα με τους Goodin και Mishra, η κοινωνική πολιτική έρχεται σε αντιπαράθεση με άλλες κρατικές πολιτικές, δίνοντας στα πλαίσια αυτά έμφαση στον υποχρεωτικό και συλλογικό χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης (Goodin 1988, Mishra 1986).

1.2 Σε ποιους τομείς και γιατί είναι απαραίτητη η συμβολή του κοινωνικού κράτους

Το κοινωνικό κράτος προσφέρει σημαντική βοήθεια σε ανθρώπους οι οποίοι είναι κάτω από το όριο της φτώχειας ή και βιώνουν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτά τα φαινόμενα δημιουργούν ένα χάσμα οικονομικών, αλλά και κοινωνικών ανισοτήτων και εκεί έγκειται η χρησιμότητα του κοινωνικού κράτους ούτως ώστε να αμβλύνει αυτές τις ανισότητες. Η φτώχεια διαχωρίζεται σε ακραία και σχετική, όπου στην ακραία φτώχεια υπάρχει έλλειψη του βασικού εισοδήματος που είναι απαραίτητο για την κάλυψη βασικών αναγκών του ατόμου ή του νοικοκυριού, ενώ σχετική φτώχεια είναι όταν το εισόδημα ενός ατόμου ή ενός νοικοκυριού είναι κάτω του μέσου όρου μιας κοινωνίας (Σούλης Σ. 2015).

Ανισότητες υπάρχουν και στον τομέα της υγείας όπου παρατηρείται πως ο βαθμός και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού διαφοροποιείται ανάλογα την χώρα αλλά και το κοινωνικο-οικονομική θέση του ατόμου, όπως και τον βαθμό εξέλιξης των σχετικών δεικτών υγείας. Αυτές οι ανισότητες παρατηρούνται στη νοσηρότητα, την θνησιμότητα, τους δείκτες αναπηρίας και το προσδόκιμο ζωής. Δηλαδή, ένα άτομο που ζει σε μια λιγότερο ανεπτυγμένη χώρα και ανήκει σε κατώτερη κοινωνική και οικονομική θέση, είναι πιθανότερο να έχει περισσότερα προβλήματα υγείας και είτε μπορεί να έχει πρόσβαση σε υποδεέστερες υπηρεσίες υγείας ή ακόμα και να μην έχει καθόλου πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Ένα ακόμα βασικό πρόβλημα στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ο περιορισμός του κόστους υγείας, δηλαδή οι νέες καινοτομίες και τα νέα φάρμακα που ανακαλύπτει η ιατρική επιστήμη απαιτούν ολοένα και πιο δαπανηρές επενδύσεις. Όσο αυτές γίνονται κοινότητες και ο ιατρικός εξοπλισμός ενισχύεται, τα εν δυνάμει οφέλη του πληθυσμού αυξάνουν το ιατρικό κόστος αντίστοιχα (Hillman A. 2013)

Στόχος λοιπόν της κοινωνικής πολιτικής είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που δημιουργούν αυτές τις ανισότητες στην υγεία για τον προσδιορισμό των ειδικών παρεμβάσεων και των εν δυνάμει πολιτικών αντιμετώπισης αυτών των φαινομένων, όπως επίσης και η άμβλυνση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων.

Άλλος τομέας στον οποίο είναι πολύτιμη η συνεισφορά του κοινωνικού κράτους είναι αυτός της αγοράς εργασίας. Ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως για

παράδειγμα η εποχή των Μνημονίων στην Ελλάδα 2010-2018 ή η παγκόσμια κρίση του κορονοϊού 2020 μέχρι σήμερα, τα ποσοστά ανεργίας αυξάνονται, ενώ γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη η εύρεση εργασίας και ακόμα περισσότερο εάν πρόκειται και για κερδοφόρο επάγγελμα.

Με την επικράτηση της παγκοσμιοποίησης, έχουν διαμορφωθεί νέες εργασιακές σχέσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ευελιξία, και σε αυτό βοηθά η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών που συνεισφέρουν σε αυτό, καθώς επίσης βοηθά στην ανάδειξη νέων ομάδων του καπιταλισμού που αυξάνουν τα κέρδη τους, όπως είναι οι παραγωγοί και οι εφαρμοστές αυτών των τεχνολογιών (Κούλης Α., Μαρκοστάμος Α. 2008).

Υπάρχουν διάφορες μορφές ανεργίας ανάλογα τον τρόπο προσέγγισης του κοινωνικού και οικονομικού φαινομένου. Αυτές οι μορφές είναι οι εξής:

- 1) Ανεργία τριβής
- 2) Κυκλική ανεργία
- 3) Εποχική ανεργία
- 4) Διαρθρωτική ανεργία
- 5) Τεχνολογική-συγκυριακή ανεργία

Η ανεργία προκαλεί μια σειρά οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων στο άτομο, οι οποίες βέβαια σχετίζονται και με δημογραφικούς παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Κατά τον D. Demazierre (1995) οι επιπτώσεις της ανεργίας εμφανίζονται σε 3 στάδια: α) αυτό του σοκ, β) αυτό της αποδοχής της πραγματικότητας και γ) της συνειδητοποίησης.

Η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε απώλεια εισοδήματος και αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην φτωχοποίηση του ατόμου και αυτό επηρεάζει αρνητικά τόσο την σωματική, όσο και την ψυχική του υγεία, καθώς οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις επιβαρύνουν την ψυχολογία του ατόμου, πράγμα που το κάνει όλο και πιο ευάλωτο σε διάφορα νοσήματα, ενώ παράλληλα δυσχεραίνεται και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Λευθεριώτη Μ. 2013).

Η συνεισφορά του κοινωνικού κράτους αποδεικνύεται πολύ σημαντική και στον τομέα της συνταξιοδοτικής κάλυψης. Η συνταξιοδοτική κάλυψη βοηθά τους ηλικιωμένους ανθρώπους, οι οποίοι λόγω ηλικίας δεν μπορούν να εργαστούν, να έχουν ένα εισόδημα ούτως ώστε να καλύψουν τις βιολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες.

Μια πολύ σημαντική παράμετρος ως προς αυτό το ζήτημα είναι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού των χωρών της Δύσης, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η Ελλάδα (Eurostat 2021). Αυτό συνεπάγεται όμως πως όσο περισσότεροι ηλικιωμένοι, τόσο περισσότεροι και αυτοί που δικαιούνται συνταξιοδοτική κάλυψη, άρα και αύξηση των εθνικών δαπανών για τις συντάξεις, ιδίως σε χώρες όπως η Γερμανία, η Γαλλία και η Αυστρία, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση της δημογραφικής ομάδας των ηλικιωμένων (Καρανδρέα Γ. 2001).

Βέβαια, στο γεγονός αυτό συντελεί και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής που παρατηρείται στις χώρες της Δύσης τις τελευταίες δεκαετίες. Η βελτίωση δηλαδή της ποιότητας ζωής σε συνδυασμό με τα επιτεύγματα και τις καινοτομίες της ιατρικής επιστήμης έχουν συνεισφέρει στην άνοδο του προσδόκιμου ζωής, άρα νομοτελειακά και στην αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων που χρειάζονται σύνταξη. (Χρηστίδη Ε. 2017).

Υπάρχουν διάφορα κριτήρια με βάση τα οποία θα μπορούσαν να διαχωριστούν τα συνταξιοδοτικά συστήματα της Ευρώπης, τα οποία είναι:

- 1) Η ιστορικότητα του συστήματος, δηλαδή σε ποιο ιστορικό μοντέλο βασίζεται
- 2) Η χρηματοπιστωτική μορφή, που σχετίζεται με την χρηματοπιστωτική ανταποδοτικότητα
- 3) Η διανομή συνταξιοδοτικών παροχών
- 4) Η δημοσιονομική λειτουργία του συνταξιοδοτικού συστήματος
- 5) Η νομική μορφή του συστήματος, δηλαδή εάν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό (Υφαντόπουλος Γ. 1990).

Κεφάλαιο 2: Περί φιλελεύθερης οικονομίας

2.1 Ορισμός και θεωρίες περί φιλελευθερισμού

Οικονομικός φιλελευθερισμός είναι η αντίληψη κατά την οποία η οργάνωση της οικονομίας έχει ως επίκεντρο το άτομο, στο οποίο δίνεται η δυνατότητα να λαμβάνει όσο το δυνατόν περισσότερες αποφάσεις (Adams I. 2001).

Η φιλελεύθερη οικονομία έχει συσχετιστεί με την ελευθερία της αγοράς αλλά και την έμφαση στην ατομική ιδιοκτησία των μέσων παραγωγής. Συχνά, Έρχεται σε αντίθεση με άλλα ιδεολογικά ρεύματα όπως η σοσιαλδημοκρατία, που προτείνει περισσότερη κρατική παρέμβαση στην οικονομία (Brown W. 2005).

Η θεωρία περί «φιλελεύθερης οικονομίας» έχει τις ρίζες της περί τα μέσα του 18^{ου} αιώνα μέσα από τα έργα στοχαστών της Φυσιοκρατικής σχολής όπως ο Montesquieu και ο Cantillon. Η θεωρία του φιλελευθερισμού, γνωστή και ως “laissez-faire” διαδόθηκε και στη Μεγάλη Βρετανία, μέσω του D. Hume, και από εκεί την ανέπτυξε και ανέλυσε ο Adam Smith στη θεωρία του «κλασσικού φιλελευθερισμού» (Καραγιάννης Α. 2011). Στο έργο του “The wealth of nations” του 1776, ανέλυσε τους τρόπους και τα σημεία μέσω των οποίων θα μπορούσε να αναπτυχθεί ένα οικονομικό μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερη οικονομική ευμάρεια, ξεφεύγοντας έτσι από το μοντέλο της κρατικά ελεγχόμενης οικονομίας, που επικρατούσε ως εκείνη την εποχή (Smith A. 1776).

Ο Adam Smith χρησιμοποίησε μεταφορικά τον όρο «αόρατο χέρι» για να περιγράψει την αρχή της πεφωτισμένης ιδιοτέλειας.

Πιο συγκεκριμένα είχε πει τα εξής: «Κάθε άτομο αναγκαστικά εργάζεται για να καταστήσει τα ετήσια έσοδα της κοινωνίας όσο περισσότερα μπορεί. Γενικά δεν επιδιώκει να προωθήσει το κοινό συμφέρον, ούτε γνωρίζει πόσο πολύ το προάγει... Προτιμώντας την υποστήριξη της δικής του εργατικότητας παρά της ξένης, επιδιώκει μονάχα την δική του ασφάλεια! και κατευθύνοντας αυτήν την εργατικότητα κατά τέτοιο τρόπο ώστε το προϊόν της να έχει την μεγαλύτερη δυνατή αξία, επιδιώκει μονάχα το δικό του συμφέρον, και σε αυτήν όπως και άλλες περιπτώσεις, καθοδηγείται από ένα αόρατο χέρι να επιδιώξει έναν σκοπό που δεν αποτελούσε μέρος των προθέσεων του. Επιδιώκοντας το δικό του συμφέρον συχνά προωθεί αυτό

της κοινωνίας πιο αποτελεσματικά απ' ό,τι όταν πραγματικά επιδιώκει να το προωθήσει»(A. Smith 1776).

Ο πρώτος που διατύπωσε θεωρίες περί φιλελεύθερης οικονομίας ήταν ο Άγγλος φιλόσοφος και Διαφωτιστής Τζον Λοκ, ο οποίος υποστήριξε πως θα πρέπει να είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ιδιοκτησία και πως οι εκάστοτε κυβερνήσεις θα πρέπει να σέβονται αυτά τα δικαιώματα (LockJ. 1689).

Ο Γάλλος οικονομολόγος Ζαν Μπατίστ Σε είχε διατυπώσει πως η συνολική παραγωγή υποχρεωτικά δημιουργεί μια ίση ποσότητα συνολικής ζήτησης, ενώ ακόμα, δεν μπορεί να προκύψει αυτό που λέμε «γενικό πλεόνασμα». Πιο συγκεκριμένα, είχε πει: «Ένα προϊόν δεν παράγεται πριν από εκείνη ακριβώς τη στιγμή που προσφέρει μια αγορά για άλλα προϊόντα σε όλη την έκταση της δικής του αξίας και αφού ο καθένας από εμάς μπορεί να αγοράσει μόνο την παραγωγή των άλλων με δική του παραγωγή - δεδομένου ότι η αξία που μπορεί να αγοράσει είναι ίση με την αξία που μπορεί να παράγει- όσο περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να παράγουν, τόσα περισσότερα θα αγοράσουν» (Say 1834).

Ο Τόμας Μάλθους είχε αναφέρει στο βιβλίο του «Μελέτη πάνω στην αρχή του πληθυσμού» πως η δημογραφική αύξηση του πληθυσμού υπερέβαινε προοδευτικά την παραγωγή τροφίμων, με αποτέλεσμα να μην επαρκούν πλέον τα παραγόμενα τρόφιμα για τον πληθυσμό. Αυτό θα το ισοστάθμιζε ο νόμος της φύσης μέσω της ανέχειας και της δυστυχίας και κανείς δεν θα μπορούσε να το αντιμετωπίσει αυτό, ενώ μάλιστα κατηγορούσε τους φτωχούς για όσα περνούν οι ίδιοι και πως εάν επιδείκνυαν περισσότερη αυτοσυγκράτηση, θα είχαν αποφευχθεί πολλά δεινά (Malthus 1798).

Ο Ντέιβιντ Ρικάρντο διατύπωσε πως η ωφελιμότητα ή αλλιώς χρησιμότητα ενός αγαθού θα επηρέαζε και την τιμή του, ενώ οι μισθοί ήταν απαραίτητοι για την επιβίωση των εργαζομένων και την διατήρηση των επιπέδων του πληθυσμού. Επομένως, τα ημερομίσθια των εργαζομένων δεν θα μπορούσαν να αυξηθούν πέραν από τα επίπεδα διαβίωσης (RicardoD. 1817).

2.2 Από τον *laissez faire* στον νεοφιλελευθερισμό

Ο όρος «νεοφιλελευθερισμός» πρωτοεμφανίστηκε το 1922 ως στηλίτευση για τα λεγόμενα του Λούντβιχ φον Μίζες στο βιβλίο του «Έθνος, Κράτος, Οικονομία» (Mises L. V. 1922), και αρχικά χρησιμοποιήθηκε από κομμουνιστές και φασίστες διανοητές ως στηλίτευση του φιλελευθερισμού.

Οι φιλελεύθεροι διανοητές Λουί Ρουζιέ και Αλεξάντερ Ρουστόβ χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά τον όρο «νεοφιλελευθερισμός» το 1938 κάνοντας λόγο για μια μέση οδό ανάμεσα στον κλασικό φιλελευθερισμό και τον κεντρικό κρατικό σχεδιασμό, όπου το κράτος θα έχει έναν πιο ενεργό ρόλο στην λειτουργία της αγοράς (Mirowski P. 2009).

Κατά τον Γάλλο διανοητή Michel Foucault (1978) «ο "νέο-φιλελευθερισμός" ήταν "η Γερμανική κοινωνική οικονομία της αγοράς: [...] η αγορά, αν και αποτελεί τον μόνο ορθολογικό τρόπο εκτίμησης αξιών, είναι πολύ ασταθής από μόνη της και έτσι απαιτεί στήριξη, διαχείριση, και «ευταξία» που επιβάλλεται από το κράτος πρόνοιας».

Οι ορντολιμπεραλιστές της σχολής του Φράιμπουργκ θεωρούσαν ότι η οικονομική αστάθεια της Δημοκρατίας της Βαϊμάρης είναι αυτή που συνέβαλε στην ανάδυση κοινωνικών και πολιτικών ρευμάτων και κατ' επέκταση καθεστώτων (κομμουνιστικό και εθνικοσοσιαλιστικό/ναζιστικό), τα οποία είχαν αντικαπιταλιστική χροιά (Hetzl 2002). Έτσι λοιπόν, πρότειναν ένα «οικονομικό σύνταγμα», σύμφωνα με το οποίο η οικονομία θα συσχετίζεται με την πολιτική, σε αντίθεση με το αφήγημα του κλασικού φιλελευθερισμού περί κράτους και οικονομίας. Κάτι τέτοιο θα αναβάθμιζε το κράτος το οποίο θα παρεμβαίνει στην οικονομία για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της αγοράς (Bonfeld W. 2018).

Σύμφωνα με τον Allais (2012) ο νεοφιλελευθερισμός δεν σημαίνει κατάργηση του κράτους, αλλά αναβάθμισή του σε «επιβλέποντα» της εύρυθμης λειτουργίας της αγοράς. Στην ουσία, ο νεοφιλελευθερισμός έχει ως στόχο την άμβλυνση των διαφορών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με στόχο μια λογοδοσία που θα βασίζεται στο αποτέλεσμα.

Πολύ σημαντικός θεωρητικός του νεοφιλελευθερισμού θεωρείται ο Friedrich Hayek, ο κυριότερος εκπρόσωπος της Αυστριακής Σχολής Οικονομικών Επιστημών.

Σύμφωνα με τον Hayek, η αξία αποδίδεται στους πόρους από τις υποκειμένες προτιμήσεις των ατόμων, ενώ ακόμα διατύπωσε πως και τα δεδομένα των κοινωνικών επιστημών είναι υποκειμενικά (Olssen&Peters 2005).

Η Σχολή του Σικάγο υποστήριζε πως η κρατική παρέμβαση αποτελεί απειλή για τα ανθρώπινα δικαιώματα και η θεωρία που διατύπωσε αποσκοπούσε στην επιρροή της οικονομικής σφαίρας στο κοινωνικό μοντέλο με σκοπό την επέκταση της οικονομικής επιρροής των μονεταριστών (Lemke 2001).

Εξέχων εκπρόσωπος του μονεταρισμού θεωρείται ο Αμερικανός οικονομολόγος και στατιστικός Milton Friedman, ο οποίος πίστευε πως ο πληθωρισμός των τιμών σχετίζεται με την προσφορά χρήματος και πως θα πρέπει να υπάρχει αποπληθωρισμός τιμών για να ρυθμίζει τον πληθωρισμό, ο οποίος με τη σειρά του θα ρυθμίζεται από τον νομισματικό πληθωρισμό (Friedman M. 1969). Επίσης, είχε ταχθεί κατά του κρατικού παρεμβατισμού στην οικονομία, την οποία και θεωρούσε υπεύθυνη για την Μεγάλη Ύφεση του 1929, λέγοντας μάλιστα «Η ομοσπονδιακή τράπεζα ήταν σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνη για την μετατροπή μιας, συνηθισμένου τύπου ύφεσης, έστω και κάπως σοβαρής έντασης, σε γενικευμένη καταστροφή. Αντί να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητές της ώστε να αντισταθμίσει την οικονομική δυσπραγία, επέλεξε να μειώσει την κυκλοφορία του χρήματος κατά ένα τρίτο από το 1929 ως το 1933... μακριά από το να είναι μια αποτυχία της ελεύθερης αγοράς, η ύφεση ήταν μια τραγική αποτυχία της κυβέρνησης». (Friedman M. 1963).

Κυριότεροι πολιτικοί εκφραστές της νεοφιλελεύθερης οικονομικής θεωρίας θεωρούνται ο Αμερικανός πρόεδρος Ronald Reagan, Η Βρετανή πρωθυπουργός Margaret Thatcher και ο Χιλιανός δικτάτορας Augusto Pinochet.

2.3 Παγκοσμιοποίηση και ελεύθερη οικονομία της αγοράς

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει επικρατήσει το φαινόμενο της Παγκοσμιοποίησης, το οποίο, σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (2002), είναι: «η αυξανόμενη οικονομική αλληλεξάρτηση των χωρών παγκόσμια μέσω του αυξανόμενου όγκου και ποικιλίας διεθνών συναλλαγών αγαθών και υπηρεσιών, της ελεύθερης ροής κεφαλαίου διεθνώς, και της γρήγορης και ευρείας διάχυσης της τεχνολογίας».

Εμείς σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τον τομέα της βιομηχανικής παγκοσμιοποίησης, που αφορά την ενίσχυση και την επέκταση των πολυεθνικών εταιρειών, αλλά και την χρηματοπιστωτική παγκοσμιοποίηση, που αφορά την παγκόσμια χρηματοπιστωτική αγορά και την εξασφάλιση ευκολότερης πρόσβασης σε εξωτερική χρηματοδότηση για εταιρικούς, αλλά και για κρατικούς δανειζόμενους.

Σύμφωνα με τους Baldwin και Martin (1999), υπάρχουν τρεις παράγοντες που ενισχύουν την παγκοσμιοποίηση. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- 1) Η εξέλιξη της τεχνολογίας και τα οφέλη της στις μεταφορές, τις πληροφορίες και την επικοινωνία
- 2) Η ώθηση από διεθνείς οργανισμούς για ένα παγκόσμιο μοντέλο ελεύθερης οικονομίας, όπως είναι ο GATT (Γενική Συμφωνία Δασμών και Εμπορίου), ο ΠΟΕ (Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου) και το ΔΝΤ (Διεθνές Νομισματικό Ταμείο).
- 3) Οι αντιλήψεις σύμφωνα με τον ρόλο των εκάστοτε κυβερνήσεων σχετικά με την χρήση των κινήτρων της αγοράς

Σύμφωνα με τον Schmukler (2004), οι κυβερνήσεις είναι ένας από τους πιο σημαντικούς φορείς της οικονομικής παγκοσμιοποίησης, καθώς έχουν την δυνατότητα άρσης των περιορισμών στον χρηματοπιστωτικό τομέα και την εγχώρια αγορά, καθώς και στις συναλλαγές και τις ξένες επενδύσεις σε τομείς όπως ο χρηματοπιστωτικός.

Κατά την Λυμπεράκη (2003) υπάρχουν τρεις παράγοντες οι οποίοι προωθούν την οικονομική παγκοσμιοποίηση. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- 1) Η ταυτότητα των πολυεθνικών επιχειρήσεων
- 2) Η επίδραση στην οικονομία των κρατών μέσω της πίεσης στους μισθούς και την απασχόληση
- 3) Ο έλεγχος και η υποταγή των εθνικών οικονομιών

Υπάρχουν και δύο κύρια χαρακτηριστικά της σημερινής παγκοσμιοποίησης τα οποία είναι α) οι ανοικτές αγορές κεφαλαίου και εμπορευμάτων, όπως έχουν καθιερώσει διεθνείς οργανισμοί όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου και β) οι ελαστικές αγορές εργασίας όπως έχουν καθιερώσει οι ίδιοι οργανισμοί.

Φιλελεύθερη οικονομία και κοινωνική φροντίδα, μπορούν να συνδυαστούν αυτά τα δύο;

3.1 Τα κυρίαρχα αφηγήματα

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορα αφηγήματα όπως ότι ένα οικονομικά φιλελεύθερο καθεστώς δεν επενδύει αρκετά στους τομείς κοινωνικής φροντίδας, με αποτέλεσμα σε αυτά τα κράτη η κοινωνική φροντίδα να είναι πιο πενιχρή σε σύγκριση με τα κράτη που λειτουργούν με πιο κεντρικά σχεδιασμένη οικονομία.

Ιδίως από οι μαρξιστές (οι κυριότεροι κατηγοροι του οικονομικά φιλελεύθερου μοντέλου), όπως επίσης και ο ευρύτερος χώρος της αριστεράς, καθώς επίσης και οι Κεϋνσιανιστές-θιασώτες του μοντέλου της σοσιαλδημοκρατίας- είθισται να κατηγορεί την ελεύθερη αγορά και τον οικονομικό φιλελευθερισμό εν γένει ως προς τις κοινωνικές παροχές που παρέχονται στους πολίτες σε στα οικονομικά φιλελεύθερα κράτη.

Θεωρούν δηλαδή πως το κράτος θα πρέπει να είναι ο κυριότερος, αν όχι ο εξ ολοκλήρου, επενδυτής στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών, τομείς όπως η παιδεία, η υγεία, η πρόνοια και η κοινωνική ασφάλιση να είναι υπό την ευθύνη του κράτους και ο ιδιωτικός τομέας να έχει από πολύ μικρό έως καθόλου μερίδιο στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Με λίγα λόγια, θεωρούν πως εάν η κοινωνική φροντίδα είναι υπόθεση του κράτους, θα είναι πιο πλούσια και πιο αποτελεσματική, ιδίως για τους λιγότερο εύπορους οικονομικά πολίτες.

Ακόμα, θεωρούν πως η ελεύθερη οικονομία ευθύνεται και για την εκτράχυνση των εργασιακών σχέσεων, καθώς ο ιδιωτικός τομέας για λόγους ανταγωνισμού προωθεί πιο πενιχρά μεροκάματα και περισσότερες ώρες εργασίας, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα όλο και περισσότερος κόσμος να εξαθλιώνεται οικονομικά, με αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς να «πέφτουν» κάτω από το όριο της φτώχειας, άρα να χρειάζονται έτι περεταίρω τους θεσμούς της κοινωνικής βοήθειας. Έτσι, όσο περισσότερος κόσμος χρειάζεται τους θεσμούς της κοινωνικής φροντίδας για να επιβιώσει, τόσο πιο δύσκολες θα είναι οι συνθήκες χορήγησής της λόγω των αυξημένων οικονομικών πόρων που αυτή θα απαιτεί πλέον.

3.2 Απόψεις των θιασώτων της φιλελεύθερης οικονομίας για την παροχή κοινωνικής φροντίδας

Ο φιλελευθερισμός τόσο από μεθοδολογική, όσο και από οντολογική σκοπιά, έχει ως επίκεντρο το άτομο, το οποίο και θεωρεί ως μονάδα ανάλυσης της κοινωνίας. Οι θιασώτες της ιδεολογίας του φιλελευθερισμού δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε αξίες όπως η ελευθερία, ο ατομικισμός, η ανεκτικότητα, η ισότητα ως προς τον νόμο και τις ευκαιρίες, καθώς και η προστασία της ατομικής ιδιοκτησίας (Βανδώρος Σ. 2015).

Σε ό,τι αφορά την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών από το κράτος, οι φιλελεύθεροι δεν είναι καθόλα αντίθετοι στην ανάμειξη του κράτους στα κοινωνικά και τα οικονομικά φαινόμενα, ωστόσο, απαιτούν οριοθέτησή της στο βαθμό που αυτή να μην αποτελεί «απειλή» για κάποιο από τα παραπάνω δικαιώματα που οι ίδιοι προασπίζονται (Ορφανού Α. 2013).

Κατά καιρούς -ιδίως τις δεκαετίες του 70 και του 80, όποτε και ήκμασε η ιδεολογία του νεοφιλελευθερισμού- διατυπώθηκαν κριτικές κατά του κράτους πρόνοιας, με βασικότερα επιχειρήματα το γεγονός ότι το κράτος πρόνοιας όσο μεγαλώνει, τόσο πιο πολύ μετατρέπεται σε πατερναλιστικό, δημιουργώντας μια σχέση εξάρτησης μεταξύ κράτους και πολίτη, όπως επίσης και το γεγονός ότι η προάσπιση των συμφερόντων των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα, προϋποθέτει και αύξηση των κρατικών μηχανισμών, οι οποίοι με την σειρά τους οδηγούν σε διόγκωση φαινομένων όπως η γραφειοκρατία, ο συγκεντρωτισμός κρατικών αρμοδιοτήτων και ο επαγγελματισμός της κοινωνικής δικαιοσύνης (Στασινοπούλου Ο. 2000).

Για να εξομαλυνθεί η «κρίση» του κράτους πρόνοιας των δεκαετιών του 70 και του 80, οι νεοφιλελεύθεροι πρότειναν να μειωθεί ο δημόσιος τομέας και να ιδιωτικοποιηθούν οι κοινωνικές υπηρεσίες είτε μέσω πώλησης αγαθών και υπηρεσιών σε ιδιώτες, ή μέσω ανάθεσης της παροχής υπηρεσιών σε ιδιώτες (Γετίμης Π., Γραβάρης Δ. 1993). Προτείναν δηλαδή την δραστική συρρίκνωση του δημοσίου τομέα ο οποίος κατά την γνώμη τους θα έπρεπε να περιοριστεί μόνο για όσους είναι οικονομικά άποροι και χρειάζονται πραγματικά τις υπηρεσίες του.

3.3 Απόψεις των υποστηρικτών του κράτους πρόνοιας

Ήδη από τα αρχαία χρόνια παρατηρείτο πως οι κοινωνίες φρόντιζαν για την εξασφάλιση της ευημερίας των πολιτών τους, καθώς και την παροχή βοήθειας για τις άπορες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι ότι τόσο ο Αθηναίος νομοθέτης Σόλων, όπως και ο Σπαρτιάτης νομοθέτης Λυκούργος, εμπειρείχαν στις νομοθεσίες τους δωρεάν παροχή στέγης και τροφής για τους άπορους, την προστασία της δημόσιας υγείας, την προστασία των ορφανών πολέμων από την πολιτεία, καθώς και την διανομή βασικών προϊόντων επιβίωσης σε άπορους (Παπαχριστόπουλος Ν. 2013).

Το κράτος πρόνοιας «γεννήθηκε» στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης κατά τον εικοστό αιώνα, έχοντας ως αρμοδιότητα την επέμβαση στις οικονομικές και βιομηχανικές σχέσεις, έχοντας ως στόχο πρωτίστως να εξασφαλίσει και -μετέπειτα- να διαφυλάξει την ισότητα των ευκαιριών μεταξύ των ατόμων και των κοινωνικών ομάδων, καθώς επίσης και να τους εξασφαλίσει τα απαραίτητα μέσα επιβίωσης (Γράβαλου Α. 2003).

Το κοινωνικό κράτος, το οποίο έχει ως ρόλο την εξασφάλιση της ευημερίας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής ασφάλειας των πολιτών της εκάστοτε χώρας, μπορεί να λειτουργήσει και ως συμπλήρωμα της οικογένειας. Βέβαια, σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει και η οικογενειακή συνοχή, μιας και υπάρχει χάσμα ως προς αυτό ανά τις χώρες της Ευρώπης (και ιδιαίτερα μεταξύ Βορείων και Νότιων χωρών) (Παπαμιχαήλ Μ. 2011).

Το κράτος πρόνοιας ναι μεν έχει περάσει περιόδους κρίσεων, κατά τις οποίες δέχθηκε δριμεία κριτική από πολλαπλά ιδεολογικά ρεύματα, ωστόσο οι υποστηρικτές του κράτους πρόνοιας πιστεύουν πως το κράτος πρόνοιας δεν θα πρέπει να εξαλειφθεί, καθώς οι υπηρεσίες που προσφέρει στην κοινωνία είναι απαραίτητες. Ακόμα και οι υπηρεσίες ενός ελλιπούς και όχι και τόσο αποτελεσματικού κράτους πρόνοιας είναι απαραίτητες από την καθολική του εξάλειψη. Αντιπρότασή τους είναι ο εξορθολογισμός και ο περιορισμός της σπατάλης και της αδιαφάνειας στις κοινωνικές υπηρεσίες ούτως ώστε αυτές να είναι πιο αποτελεσματικές προς τον πολίτη (Χλέτσος Μ. 1999).

3.4 Μοντέλα κοινωνικής προστασίας

Τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Δύσης χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τις αρχές θεμελίωσής τους: το Σκανδιναβικό μοντέλο, το μοντέλο της Ηπειρωτικής Ευρώπης, το Αγγλοσαξονικό μοντέλο, και το Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο.

Το πιο ξακουστό και δημοφιλές μοντέλο κοινωνικής προστασίας θεωρείτο το Σκανδιναβικό, το οποίο έχει ως αρχή ότι η κάλυψη των ατομικών αναγκών είναι συλλογική ευθύνη, ενώ το ιδιωτικό-προσωπικό αποτελεί μέρος του συλλογικού. Παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό για τις ανάγκες του μέσω ενιαίων παροχών, κυρίως στο σύστημα υγείας, από τον δημόσιο τομέα. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται μέσω αυξημένων φόρων από το κράτος (Σούλης Σ. 2015).

Το μοντέλο της Ηπειρωτικής Ευρώπης έχει ως αρχή την βέλτιστη σχέση κάλυψης κοινωνικών αναγκών-απόδοσης εργασίας ή κοινωνικοοικονομικής θέσης του ατόμου. Υπάρχει καθολική κάλυψη για τις ανάγκες του πληθυσμού με ενιαίες παροχές στον τομέα της υγείας μέσω του δημοσίου αλλά και μέσω συμπληρωματικής κάλυψης ιδιωτών και κοινωνικοεπαγγελματικών φορέων. Η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται στην αυξημένη ευθύνη εργοδοτών και εργαζομένων (ΟΙΤ 2009).

Το φιλελεύθερο-Αγγλοσαξονικό μοντέλο έχει ως αρχή πλέον το λιγότερο παρεμβατικό κράτος. Για την κάλυψη του πληθυσμού φροντίζουν κυρίως οι μηχανισμοί της ελεύθερης αγοράς και η οικογένεια, ενώ η χρηματοδότηση βασίζεται σε οργάνωση και προσφορά υπηρεσιών από ιδιώτες, με το κράτος να κατέχει έναν συμπληρωματικό ρόλο για όσους είναι οικονομικά άποροι (ΕΚΔΔΑ).

Τέλος, το μοντέλο της Νότιας Ευρώπης, το οποίο είναι το λιγότερο αποτελεσματικό από τα τέσσερα, βασίζεται σε χρηματικές παροχές μέσω ενός διαιρεμένου συστήματος πρόνοιας. Η κάλυψη του πληθυσμού ναί μεν είναι καθολική, ωστόσο, πολλοί ανασφάλιστοι έχουν χαμηλό επίπεδο κάλυψης, ιδίως στον τομέα της υγείας και των συντάξεων. Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω υψηλών δαπανών του δημοσίου τομέα, αλλά με χαμηλά ποσοστά απασχόλησης στον κοινωνικό τομέα (Μπούτσιου Σ, Σαράφης Π. 2013).

3.5 Η κοινωνική φροντίδα σε καθεστώς παγκοσμιοποιημένης οικονομίας

Πολλοί υποστηρικτές της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς βλέπουν με «καλό μάτι» την προοπτική της παγκοσμιοποίησης, καθώς σε ένα τέτοιο καθεστώς είναι πιο εύκολη η παραγωγή υλικού πλούτου, καθώς και η διακίνηση αγαθών από χώρα σε χώρα ελεύθερα και χωρίς περιορισμούς.

Παρόλα ταύτα, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης έχει και πολλές αρνητικές πτυχές. Μια από αυτές είναι στον τομέα της υγείας, όπου λόγω της υπερεκμετάλλευσης των πόρων θέτουν σε κίνδυνο την υγεία μιας μεγάλης πληθυσμιακής μερίδας λόγω της επιδείνωσης των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, θέτοντας μάλιστα μακροπρόθεσμα ζήτημα επιβίωσης του ανθρώπινου γένους (Χαραλάμπους Α., Τσίτση Θ. 2010).

Το μοντέλο της παγκοσμιοποίησης επιτάσσει να συγκλίνουν οι οικονομίες των χωρών ως έναν βαθμό. Αυτό σημαίνει πως αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες θα πρέπει να γίνουν πιο «ανταγωνιστικές» προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Μέσα σε αυτή την «ανταγωνιστικότητα» λοιπόν ενυπάρχουν και οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες προς επίτευξη μιας δημοσιονομικής πειθαρχίας (Παρασκευόπουλος Χ. 2001).

Κατά το 2020 η παγκοσμιοποιημένη κοινωνία που ζούμε κλήθηκε να αντιμετωπίσει την πανδημία του κορονοϊού, μιας νόσου η οποία μεταδίδεται και εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς. Όπως είναι λογικό, το βάρος σε αυτή την περίπτωση έπεσε στις κοινωνικές υπηρεσίες και πολύ περισσότερο στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι περισσότερες χώρες ελέω της αποδυνάμωσης του κοινωνικού κράτους, φάνηκαν απροετοίμαστες για αυτό το φαινόμενο, εξ ου και η λήψη μέτρων που μαρτυρούν κατάσταση πανικού όπως η καραντίνα και η απαγόρευση κυκλοφορίας σε πολλές περιπτώσεις. Βέβαια, καλό θα ήταν μέσω αυτού του φαινομένου οι περισσότερες χώρες να διδαχτούν για την χρησιμότητα του κοινωνικού κράτους ούτως ώστε να είναι στο μέλλον καλύτερα προετοιμασμένες για καταστάσεις σαν αυτή που ζούμε σήμερα με την πανδημία (Τσέκερης Χ., Ζέρη Π. 2020).

Κεφάλαιο 4: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας

Η Μεγάλη Βρετανία είναι η χώρα όπου θα μπορούσαμε να πούμε ότι «γεννήθηκε» ο φιλελευθερισμός. Η αρχή έγινε κατά τον 18^ο αιώνα μέσα από τις θεωρίες του οικονομολόγου Adam Smith περί *laissezfaire*.

Το *laissezfaire* πηγάζει από την φράση «*onlaissefairelanature*» που σημαίνει στα Γαλλικά «αφήστε την φύση να ακολουθήσει την πορεία της» (P. S. deBoisguilbert 1707). Βασικές αρχές του *laissezfaire* ήταν οι εξής:

- 1) Το άτομο είναι η βασική μονάδα σε κάθε κοινωνία
- 2) Το άτομο έχει το φυσικό δικαίωμα στην ελευθερία
- 3) Η φυσική τάξη του κόσμου είναι αρμονική και αποτελεί ένα αυτο-ρυθμιζόμενο σύστημα
- 4) Οι επιχειρήσεις είναι δημιουργήματα του Κράτους και ως εκ τούτου θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά από το σύνολο των πολιτών λόγω της τάσης τους να διαταράσσουν την αυθόρμητη τάξη (Smith A. 1776).

Χάρη σε αυτές τις οικονομικές αντιλήψεις ξεκίνησε η Βιομηχανική Επανάσταση στη Μεγάλη Βρετανία κατά τον 18^ο με 19^ο αιώνα και κατ' επέκτασιν μπήκαν οι βάσεις για την εδραίωση του οικονομικού συστήματος του καπιταλισμού.

Ως προς το κοινωνικό κράτος, το οποίο ενώ ναι μεν έκανε τα πρώτα του βήματα κατά τον 19^ο αιώνα επί Βικτωριανής περιόδου, εν τούτοις, άρχισε να αναπτύσσεται περεταίρω κατά τις δεκαετίες που ακολούθησαν μετά τον Β Παγκόσμιο Πόλεμο (1939-1945), όποτε και υπήρχε ανάγκη για επούλωση των ζημιών και των απωλειών του πολέμου.

Ακόμα, άξιες αναφοράς ως προς την οικονομική και κοινωνική πολιτική της Μεγάλης Βρετανίας ήταν οι μεταρρυθμίσεις της πρωθυπουργού Μάργκαρετ Θάτσερ (1979-1990), με επιρροές από τις θεωρίες του Μ. Φρίντμαν και του Φ. Χάγιεκ περί νεοφιλελευθερισμού. Μεταξύ άλλων, προώθησε τις ιδιωτικοποιήσεις

δημόσιας περιουσίας αλλά και πολλών υπηρεσιών, καθώς επίσης και ένα μοντέλο ανταγωνισμού τόσο μεταξύ κράτους-ιδιωτών, όσο και μεταξύ των ιδιωτών.

4.1 Το Βρετανικό σύστημα παιδείας

Στην Μεγάλη Βρετανία η φοίτηση είναι υποχρεωτική από τα 5 έως τα 16 έτη, με δυνατότητες φοίτησης σε δύο ή τρία στάδια. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση αρχίζει από τα πέντε και φτάνει μέχρι τα 11 έτη, ή εάν η φοίτηση γίνεται σε πρωτοβάθμια και πρωτοβάθμια-ανώτερη, τότε χωρίζεται σε 5 με 8 και σε 8 με 12 έτη, ενώ η δευτεροβάθμια από τα 12 μέχρι τα 18 (υποχρεωτική μέχρι τα 16).

Όσον αφορά την πρόσβαση στα σχολεία, στην Αγγλία και την Ουαλία το διοικητικό συμβούλιο του σχολείου και οι τοπικές εκπαιδευτικές αρχές είναι υπεύθυνες σχετικά με την εισαγωγή των μαθητών στο σχολείο. Στην Βόρεια Ιρλανδία εάν οι αιτήσεις υπερβαίνουν τις θέσεις του σχολείου, λαμβάνονται υπόψη η δυναμικότητα και τα κριτήρια εγγραφής των μαθητών, ενώ στην Σκωτία δεν χρειάζεται πιστοποιητικό ικανότητας για την εγγραφή.

Σχετικά με τα δίδακτρα, η εκπαίδευση είναι δωρεάν στα δημόσια σχολεία της Αγγλίας, της Σκωτίας και της Ουαλίας, όπως και στην Βόρεια Ιρλανδία με εξαίρεση τα προπαρασκευαστικά τμήματα της δευτεροβάθμιας όπου μπορεί να ζητηθούν δίδακτρα.

Ακόμα, οι τοπικές εκπαιδευτικές αρχές στην Αγγλία και την Ουαλία, όπως και τα εκπαιδευτικά συμβούλια στη Βόρεια Ιρλανδία έχουν την ευθύνη για τη μεταφορά των μαθητών στο σχολείο, ενώ στη Σκωτία είναι επιφορτισμένες και με την παροχή γευμάτων και ιματισμού σε παιδιά που προέρχονται από άπορες οικογένειες.

Όσον αφορά τα Πανεπιστήμια, για την πρόσβαση σε αυτά απαιτείται η ίση ή καλύτερη επίδοση από την ελάχιστη βάση στις εξετάσεις GCSE, υπάρχουν δίδακτρα, τα οποία χωρίζονται σε μειωμένα (homefee) για τους ντόπιους και σε πλήρη (fullcost) για τους ξένους φοιτητές. Ακόμα, χορηγούνται υποτροφίες στους φοιτητές προς διευκόλυνση κάλυψης των οικονομικών τους αναγκών (TEI Κρήτης).

4.2 Το σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας

Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, γνωστό ως NHS, είναι βασισμένο στο μοντέλο Beveridge, ένα κατά βάση δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και έχει ως προσανατολισμό την κάλυψη των βασικών αναγκών των πολιτών (Φιλαλήθης Α.). Οι δαπάνες για το NHS προέρχονται κατά 79% από την γενική φορολογία, 16% από την κοινωνική ασφάλιση και 5% από ιδιωτικές πληρωμές (OECD 2000).

Βέβαια, το υγειονομικό σύστημα στη Μεγάλη Βρετανία δεν είναι ενιαίο και παρουσιάζει διαφοροποίηση ανά κρατίδιο. Στη Σκωτία, την Ουαλία και την Βόρεια Ιρλανδία χάρη σε μια διαδικασία που ονομάστηκε «μετάβαση», δόθηκε έμφαση στην ενδυνάμωση της δημόσιας υγείας μέσω ενός συστήματος συνεταιρισμού μεταξύ παρόχων και ληπτών υγείας. Αντιθέτως στην Αγγλία έχει επικρατήσει ένα πιο φιλελεύθερο μοντέλο, το οποίο δίνει έμφαση στον ιδιωτικό τομέα (Sylu et al. 2015).

Σε ό,τι αφορά το καθεστώς της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς, η περίοδος διακυβέρνησης της Μεγάλης Βρετανίας κατά την περίοδο 1979-1990 από την Μάργκαρετ Θάτσερ χαρακτηρίστηκε από ρηξικέλευθες μεταρρυθμίσεις σε ό,τι αφορά τον ρόλο του κράτους στην οικονομία, όπως επίσης και αρκετές ιδιωτικοποιήσεις δημόσιας περιουσίας. Φυσικά, όλα αυτά τα φαινόμενα είχαν τον δικό τους αντίκτυπο και στο NHS. Οι μεταρρυθμίσεις της Θάτσερ στο σύστημα υγείας είχαν ως στόχο την εφαρμογή ενός καθεστώτος ανταγωνισμού δημοσίων και ιδιωτών προμηθευτών για την διανομή υγειονομικών υπηρεσιών με τη χαμηλότερη τιμή. Οι μεταρρυθμίσεις ήταν οι εξής:

- 1) Οι τοπικές υγειονομικές αρχές ήταν αποδέκτες χρηματοδοτήσεων για την αγορά υγειονομικών υπηρεσιών
- 2) Τα νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας διοικούντο από υγειονομικά τρασς
- 3) Τα νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ανταγωνίζονται με ιδιώτες προμηθευτές (Νιάρχου Σ. 2009).

Παρά τις επικρίσεις και τις ποικίλες αντιδράσεις που προκάλεσαν οι μεταρρυθμίσεις φιλελεύθερου χαρακτήρα της Μάργκαρετ Θάτσερ, τόσο οι λίστες, όσο και ο χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία έχουν μειωθεί, ενώ όσον αφορά τη συγκράτηση του κόστους, οι υγειονομικές δαπάνες πλέον έχουν αυξηθεί (Παρασκευόπουλος Λ. 2006).

4.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας

Σε ό,τι αφορά το κομμάτι των συντάξεων στη Μ. Βρετανία, η σημαντικότερη κρατική παροχή είναι αυτή της κρατικής σύνταξης (basicpension), η οποία χρηματοδοτείται μέσω εισφορών από εργοδότες και εργαζομένους. Το ποσό είναι ενιαίο για όλους και καταβάλλεται σε άτομα που έχουν καταβάλει εισφορές κατά το 90% τουλάχιστον του εργασιακού τους βίου, ενώ οι δικαιούχοι θα πρέπει να είναι ηλικιακά στα 65 έτη ενώ οι γυναίκες στα 60 (Κρητικός Α. 2008).

Εκτός από την συμπλήρωση των προαναφερόμενων ηλικιών, θα πρέπει να έχουν συμπληρωθεί και 30 έτη ασφάλισης ούτως ώστε το άτομο να δικαιούται πλήρη βασική νόμιμη σύνταξη. Τα συνταξιοδοτικά συστήματα διαφέρουν ανά εταιρεία και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τα συστήματα βάσει μισθού, όπου το ποσό του δικαιούχου σχετίζεται με τον μισθό και τα έτη συμμετοχής σε αυτό το σύστημα, και τα συστήματα χρηματικής αγοράς, όπου το ποσό του δικαιούχου σχετίζεται με τα ποσά του κατέβαλε στο πλαίσιο του συστήματος και το πόσο αποδοτική ήταν η επένδυσή τους.

Κατά τα έτη 2009-2011 η πλήρης βασική σύνταξη ανερχόταν στις 97,65 λίρες ανά εβδομάδα για τους άγαμους, ενώ για τους έγγαμους 156,15 λίρες (Κοινωνική Ευρώπη 2010).

4.4 Το Βρετανικό κράτος πρόνοιας

Το κράτος πρόνοιας στη Μεγάλη Βρετανία άρχισε να οργανώνεται μετά το τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου, μιας και ο πόλεμος προκάλεσε πλήθος ανθρώπων που είχαν ανάγκη της υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους προκειμένου να επιβιώσουν. Πιο συγκεκριμένα, το 1946 ψηφίστηκε ο Νόμος Περί Εθνικού Ασφαλιστικού Συστήματος, το οποίο βασίστηκε στις αρχές του Beveridge, δηλαδή πλήρης απασχόληση, εθνικό σύστημα υγείας και οικογενειακά επιδόματα. Κατά το ίδιο έτος (1946) ψηφίστηκε νόμος για το NHS, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (FreyssonL., WahrigL. 2013).

Το ασφαλιστικό σύστημα της Μ. Βρετανίας είναι συγκεντρωτικό, με την Κεντρική Κυβέρνηση να αναλαμβάνει τον κύριο ρόλο της διοίκησης και του ελέγχου των τοπικών υπηρεσιών. Αυτή η αλλαγή συνέβη μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς μέχρι τότε η τοπική αυτοδιοίκηση είχε περισσότερες αρμοδιότητες ως προς την κοινωνική φροντίδα (Τσιαμαντά Ε. 2014).

Κατά τις επόμενες 3 δεκαετίες γίνονταν συνεχείς αλλαγές στο κράτος πρόνοιας, ωστόσο, το πιο σημαντικό κομμάτι μεταρρυθμίσεων σχετικά με την πρόνοια πραγματοποιήθηκε κατά την δεκαετία του 80 επί πρωθυπουργίας Μάργκαρετ Θάτσερ. Οι μεταρρυθμίσεις της Θάτσερ είχαν αφήσει το «στίγμα» τους στο Βρετανικό κράτος πρόνοιας και κατά τις επόμενες δεκαετίες (Γράβαλου Α. 2003).

Πιο συγκεκριμένα, η Μάργκαρετ Θάτσερ προώθησε ένα οικονομικό πρόγραμμα απελευθέρωσης της αγοράς κατά τα πρότυπα της θεωρίας του Μίλτον Φρίντμαν, γνωστή και ως «θεωρία του νεοφιλελευθερισμού», όπου δεσπόζοντα ρόλο είχαν οι ιδιωτικοποιήσεις δημόσιας περιουσίας, όπως και η μείωση του δημοσίου τομέα. Οι κοινωνικές πολιτικές της Θάτσερ βασίστηκαν εν πολλοίς στο αφήγημα ότι δεν υπάρχει κοινωνία, αλλά υπάρχουν μόνον άνθρωποι και οικογένειες. Με λίγα λόγια, θεωρούσε πως η εξασφάλιση της ευημερίας είναι ατομική υπόθεση του κάθε πολίτη και όχι του κράτους (DoreyP. 2015).

Ως προς τη Δημόσια Διοίκηση των οργανισμών της κοινωνικής ασφάλισης, οι μεταρρυθμίσεις της Θάτσερ έμειναν γνωστές με το όνομα «Νέα Δημόσια Διοίκηση» και είχαν τρεις βασικούς άξονες:

- 1) Διάσπαση της Δημόσιας Διοίκησης σε οργανισμούς, ούτως ώστε να μπορεί να ελέγχεται καλύτερα η αποτελεσματικότητα των διοικήσεων του εκάστοτε οργανισμού
- 2) Εισαγωγή νέων μοντέλων διοίκησης με εξειδικευμένους managers για τη διαχείριση και την λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- 3) Την εισαγωγή της έννοιας του ανταγωνισμού στις δημόσιες υπηρεσίες, όπου εισήχθησαν όροι της αγοράς (Spicker P. 2012).

Έκτοτε, το Βρετανικό κράτος πρόνοιας έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις και τροποποιήσεις, και φθάνοντας στην σημερινή του μορφή, το κράτος παρέχει διάφορα δικαιώματα στους πολίτες του που συμπληρώνουν τα 16 ηλικιακά έτη. Αυτά είναι τα εξής:

- 1) Καθεστώς εθνικής ασφάλισης για ασθενείς, ανέργους και συνταξιούχους. Αυτό θεμελιώνεται από τις εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση
- 2) Εθνική υπηρεσία υγείας, που παρέχει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στους κατοίκους της Μεγάλης Βρετανίας και της Βόρειας Ιρλανδίας
- 3) Επίδομα τέκνου και μείωση φόρων για παιδιά
- 4) Μη ανταποδοτικές παροχές για ανάπηρους ή φροντιστές
- 5) Επιδόματα που παρέχει ο εργαζόμενος στον εργοδότη (πχ επίδομα γέννησης τέκνου) (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2012).

Οι εισφορές στο σύστημα εθνικής ασφάλισης χωρίζονται σε πέντε (5) κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- 1) Ο εργαζόμενος, πρέπει να καταβάλλει τις πρωτεύουσες εισφορές κατηγορίας 1, εφόσον οι αποδοχές του υπερβαίνουν το πρωτεύον ελάχιστο όριο. Οι εισφορές αυτές αποτελούν ποσοστό των εβδομαδιαίων αποδοχών του έως το ανώτατο όριο αποδοχών και κρατούνται από το μισθό του.
- 2) Για τους μη μισθωτούς που οι αποδοχές τους υπερβαίνουν το επίπεδο απαλλαγής λόγω χαμηλών αποδοχών, οι εισφορές τους αποτελούν το κατ' αποκοπή ποσό

- 3) Προαιρετικές εισφορές που λαμβάνονται υπόψη μόνο για την βασική σύνταξη γήρατος και το επίδομα χηρείας
- 4) Ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν ορισμένες κατηγορίες ατόμων όπως ναυτικοί και αεροπόροι
- 5) Καταβολή εισφορών κατηγορίας 1Α για περισσότερες παροχές σε είδος από τους εργοδότες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2010)

Κεφάλαιο 5: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα των ΗΠΑ

Όπως και η Μεγάλη Βρετανία, έτσι και οι ΗΠΑ είναι μια χώρα με φιλελεύθερη παράδοση. Αυτή η παράδοση πηγάζει από την Αμερικανική Επανάσταση (1775-1783) η οποία πυροδοτήθηκε από την υψηλή φορολογία που επέβαλλε η χώρα-«Μητρόπολη» τότε Μεγάλη Βρετανία στις ΗΠΑ, που έως τότε αποτελούσε αποικία της. Στις 16 Δεκεμβρίου 1773 εξεγερμένοι Αμερικανοί βύθισαν φορτία τσαγιού στο λιμάνι της Βοστώνης και αυτή η κίνηση οδήγησε στην δημιουργία του Κινήματος του τσαγιού. Αυτό το γεγονός αποτέλεσε και το εναρκτήριο έναυσμα της Επανάστασης.

Το κίνημα του τσαγιού ωστόσο έχει κάνει την εμφάνισή του και κατά τα τελευταία χρόνια ως Taxed Enough Already (ήδη αρκετά φορολογημένοι), με αίτημα την μείωση της φορολογίας και του εθνικού χρέους των ΗΠΑ. Αυτό το κίνημα έχει ισχυρά κοινωνικοπολιτικά ερείσματα, ειδικά στο κόμμα των Ρεπουμπλικανών, ένα κοινωνικά συντηρητικό και οικονομικά φιλελεύθερο κόμμα (The Washington Post 2010).

Βέβαια, ακόμα και μετά την Επανάσταση και την υπογραφή του πρωτοκόλλου της Ανεξαρτησίας οι ΗΠΑ διατήρησαν στενούς δεσμούς με την Μεγάλη Βρετανία. Μεταξύ άλλων, διατήρησαν και αυτές την φιλελεύθερη παράδοση, ιδίως σε οικονομικά ζητήματα, και κατά τα επόμενα έτη.

Στις ΗΠΑ επί το πλείστον το μεγαλύτερο ποσοστό της κοινωνικής φροντίδας ανήκει σε ιδιώτες παρά τις προσπάθειες κάποιων προέδρων να μειωθεί κάπως η «κυριαρχία» του ιδιωτικού τομέα έναντι του δημοσίου ως προς αυτόν τον τομέα, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα την ίδρυση του προγράμματος “Obamacare” από τον Δημοκρατικό πρόεδρο Μπαράκ Ομπάμα (2008-2016).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα προέδρων που έδωσαν έμφαση στην λειτουργία της ελεύθερης αγοράς ήταν οι Ρεπουμπλικανοί πρόεδροι Ρόναλντ Ρήγκαν (1980-1988) και Ντόναλντ Τραμπ (2016-2020), οι οποίοι είχαν ως δόγμα ότι το κράτος δεν είναι η λύση στα προβλήματα, αλλά ότι το ίδιο το κράτος αποτελεί πρόβλημα.

5.1 Το σύστημα παιδείας των ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής φημίζονται για το ομοσπονδιακό μοντέλο που ακολουθούν, το οποίο δίνει την δυνατότητα στην τοπική αυτοδιοίκηση να παίρνει περισσότερες πρωτοβουλίες. Πιο συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ η καθεμία από τις 50 πολιτείες έχει την δυνατότητα να έχει τους δικούς της νόμους και να ακολουθεί τις δικές της πολιτικές. Κάτι ανάλογο ισχύει φυσικά και για το σύστημα παιδείας.

Στην Αμερική ο τοπικός έλεγχος της εκπαίδευσης θεωρείται «εθνική αρετή», ενώ θεωρείτε σημαντική η παιδεία που λαμβάνουν τόσο από τη γειτονιά (neighborhoodschool), όσο και από την τοπική κοινότητα (communityschool) (Elazar 1960).

Ο ρόλος του κεντρικού κράτους στην εκπαίδευση είναι να διαχωρίζει το σχολικό έτος σε τρίμηνα, να ελέγχει την απόδοση των εκπαιδευτικών, αλλά και να διοργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα. Ακόμα, το κράτος χρηματοδοτεί τις τοπικές σχολικές κοινότητες, οι οποίες έχουν την δική τους φορολογική αυτονομία, ενώ παράλληλα ορίζουν τον προϋπολογισμό τους (Stephen 1975).

Ωστόσο, το εκπαιδευτικό σύστημα των ΗΠΑ έχει υποστεί μια σειρά μεταρρυθμίσεων φιλελεύθερου χαρακτήρα με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αναλυτικό πρόγραμμα ή εθνικό σύστημα εξετάσεων, με το σκεπτικό πως αυτό θα μείωνε τόσο τον ανταγωνισμό μεταξύ των μαθητών, όσο και τον εργασιακό φόρτο των εκπαιδευτικών (Χίγκα Μ. 2015).

Όσον αφορά την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, για την εισαγωγή σε αυτήν απαιτείται απολυτήριο απ' τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, πιστοποίηση IELTS και σε ορισμένες περιπτώσεις SAT, με το εκάστοτε Πανεπιστήμιο να θέτει τις δικές του προθεσμίες υποβολής τους. Τα δίδακτρα ανάλογα το Πανεπιστήμιο κυμαίνονται από 16.000 έως 58.000 δολάρια ετησίως, ενώ προσφέρουν διαμονή στους διεθνείς φοιτητές για όλα τα έτη φοίτησης εάν αυτό είναι αναγκαίο, όπως και για τους πρωτοετείς φοιτητές υποχρεωτική διαμονή στις φοιτητικές εστίες (Υ.Σ.Ε.Α. 2020).

5.2 Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α.

Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών θα μπορούσαμε να πούμε πως αποτυπώνει ξεκάθαρα την «κυριαρχία» του ιδιωτικού τομέα τόσο στην οικονομική, όσο και στην κοινωνική ζωή των Η.Π.Α. Παρότι η κρατική χρηματοδότηση για την υγεία είναι σχετικά υψηλή, εν τούτοις, η κυβερνητική συμμετοχή στην υγεία είναι σε χαρακτηριστικά χαμηλά επίπεδα, με τις περισσότερες δομές υγείας να είναι ιδιωτικές (Σαββίδου Ν. 2016).

Όλα αυτά όμως δεν προϋποθέτουν πως η όποια ανάμειξη του κράτους στο σύστημα υγείας δεν είναι σημαντική, καθώς το κράτος θέτει τους κανόνες λειτουργίας στο σύστημα υγείας, όπως για παράδειγμα τον καθορισμό του εύρους, της ποιότητας και την τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και για τον προγραμματισμό των αδειών των επαγγελματιών υγείας, την μείωση των ανισοτήτων, καθώς επίσης και την υγειονομική κάλυψη των ευπαθών ομάδων (Follandetal. 2013).

Εξέχοντα ρόλο στην λειτουργία της ομοσπονδιακής κυβέρνησης παίζει το HHS, το οποίο εκτελεί εντολές από το Κογκρέσο και την κυβέρνηση στον τομέα της υγείας. Το HHS με την σειρά του περιλαμβάνει οργανισμούς του συστήματος υγείας όπως είναι το CMS που διαχειρίζεται τα προγράμματα Medicare και Medicaid, το AHRC, που ασχολείται με την έρευνα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, το CDC, που ασχολείται με την προστασία της δημόσιας υγείας, και το FDA, που έχει ως αρμοδιότητα την διασφάλιση της ποιότητας των φαρμάκων και των ιατρικών προϊόντων (Ζούλιας Σ. 2020).

Πολύ σημαντικές για το Αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι και οι εργοδοτικές εισφορές, οι οποίες αποτελούν περίπου το 34% της χρηματοδότησής του, καθώς:

- 1) Η ομαδική ασφάλιση μειώνει την δυνατότητα των ασφαλιστικών οργανισμών να μην αποδέχονται πολίτες που είναι πιο επιρρεπείς στην χρήση υπηρεσιών υγείας

- 2) Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας παράγει φοροαπαλλαγές στις επιχειρήσεις
- 3) Καλύπτοντας μια μεγάλη ομάδα πληθυσμού υπό ενός συμβολαίου, μειώνεται το κόστος συναλλαγής (Μπαρμπής Δ. 2001)

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων συνοχής που ταλανίζουν το Αμερικανικό σύστημα υγείας λόγω της έλλειψης κεντρικής οργάνωσης, ιδρύθηκε το πρόγραμμα ManagedCare, με σκοπό την μείωση του κόστους και ταυτόχρονα την διατήρηση της φροντίδας των υπηρεσιών. Τα βασικά χαρακτηριστικά του προγράμματος ManagedCare είναι τα εξής:

- 1) Δεν αποτελεί διακεκριμένη ολότητα
- 2) Αποτελεί φάσμα δραστηριοτήτων εντός ενός εύρους οργανωτικών δομών
- 3) Εξελίσσεται διαρκώς
- 4) Αποτελεί μέσο αλλαγών στην κλινική πρακτική (Fairfieldetal. 1997)

Οι σημαντικότεροι οργανισμοί διεκπεραίωσης του ManagedCare είναι ο HMO, που αποτελεί ένα οργανωμένο και προπληρωμένο σύστημα διανομής υπηρεσιών υγείας, και ο PPO, που φέρουν σε επαφή και συνεργασία παρόχους και χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών.

Μιλώντας για κρατικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, στη διάρκεια της μεγάλης Ύφεσης το 1933, ο Φράνκλιν Ρούσφελντ προώθησε ένα πρόγραμμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων το οποίο θα συμπεριλαμβανόταν στο πρόγραμμα της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία. Ωστόσο, αυτές τις μεταρρυθμίσεις η Ιατρική Ένωση Αμερικής, όπως και μερίδα πολιτών δεν τις έβλεπαν ,με καλό μάτι, καθώς τις θεωρούσαν «υποχρεωτική ασφάλιση υγείας» (Τέζα Χ. 2011).

Άλλες αξιοσημείωτες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας έγιναν το 1996 επί προεδρίας Μπιλ Κλίντον, ο οποίος έδωσε την δυνατότητα στους εργαζομένους να συντηρούν την ασφαλιστική τους κάλυψη όταν αλλάζουν εργασιακό περιβάλλον. Ακόμα, παρείχε εθνικά πρότυπα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων της υγείας μέσω της HIPAA, ενώ ίδρυσε και το SCHIP το 1997 για να παρέχει ασφάλιση υγείας σε παιδιά απόρων οικογενειών.

Η θητεία του προέδρου Μπαράκ Χουσεΐν Ομπάμα σημαδεύτηκε από μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας. Ο Ομπάμα προώθησε το πρόγραμμα “Obamacare” με σκοπό την προστασία των ασθενών, καθώς και την προσφορά σε αυτούς ενός πιο προσιτού οικονομικά συστήματος υγείας (HalimiS. 2010). Τα πιο σημαντικά σημεία αυτής της μεταρρύθμισης ήταν τα εξής:

- 1) Οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας να παρέχουν καλύτερη κάλυψη σε ευπαθή άτομα
- 2) Βελτίωση συνταγογράφησης και κάλυψης των ναρκωτικών στο Medicare
- 3) Επέκταση της διάρκειας ζωής του ταμείου Medicareγια τουλάχιστον 12 χρόνια (TheUnitedStatesDepartmentofJustice 2010).

Στις Η.Π.Α. το θέμα της κρατικής κάλυψης της δημόσιας υγείας είναι ένα θέμα το οποίο τα τελευταία χρόνια απασχολεί όλο και περισσότερο τις δημόσιες συζητήσεις, με τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις να το επιζητούν ολοένα και περισσότερο, ενώ από την άλλη, οι αντιτιθέμενοι της καθολικής κρατικής κάλυψης του συστήματος υγείας αμφισβητούν τα κρατικά συστήματα υγείας της Ευρώπης λόγω της υπερχρησιμοποίησής τους από τους πολίτες, αλλά και των οικονομικών ατασθαλιών και της γραφειοκρατίας που τα χαρακτηρίζουν.

Επιπροσθέτως, σχετικά με το σύστημα υγείας των Η.Π.Α., υπάρχει και το πρόβλημα των ανασφάλιστων, καθώς μια μερίδα πληθυσμού δεν έχει παροχή ασφαλιστικής κάλυψης από τον εργοδότη, δεν πληρώνει ατομική ασφάλιση υγείας, ούτε πληροί τα κριτήρια για την χορήγηση κάποιου προγράμματος δημόσιας ασφάλισης, με αποτέλεσμα να μένει ανασφάλιστο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για ποικίλους λόγους όπως για παράδειγμα η έλλειψη οικονομικών πόρων, οι προσωπικές επιλογές του ατόμου ή ακόμα να έχουν αποκλεισθεί από την αγορά ασφάλισης (Greenwald 2010).

5.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα των Η.Π.Α.

Σε ό,τι αφορά την συνταξιοδότηση στην Αμερική, υπάρχει το σύστημα “SocialSecurity” το οποίο καλύπτει τους ηλικιωμένους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, καθώς και τις οικογένειες όπου σύζυγος ή γονέας έχει αποβιώσει.

Βέβαια, το πρόγραμμα SocialSecurity δεν παρέχει καθολική κάλυψη στους δικαιούχους του, απλώς παρέχει ένα ποσό από το εισόδημα που ελάμβανε ο δικαιούχος πριν την συνταξιοδότηση. Βέβαια, το πρόγραμμα SocialSecurity δεν αφορά μόνο ηλικιωμένους, αλλά και άλλες ηλικίες, όπως για παράδειγμα παρέχεται και σε πολλά παιδιά που πληρούν τα κριτήρια του δικαιούχου. Η χρηματοδότηση για το σύστημα SocialSecurity γίνεται μέσω των εισφορών των εργαζομένων, οι οποίοι συνεισφέρουν ανάλογα το εισόδημά τους.

Ένα πρόγραμμα το οποίο εξασφαλίζει την υγειονομική ασφάλιση των ατόμων άνω των 65, καθώς και των ατόμων με αναπηρία είναι το “Medicare”, το οποίο διαχωρίζεται σε τέσσερις (4) κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής:

- 1) Η νοσοκομειακή ασφάλιση, που διευκολύνει την πληρωμή νοσηλείας είτε σε νοσοκομείο ή για κάποιο διάστημα σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό κέντρο
- 2) Η ιατρική ασφάλιση, που διευκολύνει την πληρωμή υπηρεσιών σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης
- 3) Το τρίτο μέρος συμπεριλαμβάνει σε ένα πρόγραμμα τις παροχές των δύο προηγούμενων προγραμμάτων
- 4) Η κάλυψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που βοηθά στην κάλυψη του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων

Το 1^ο όπως και το 2^ο μέρος το δικαιούνται όσοι είναι από 65 ετών και άνω ή πληρούν τις προϋποθέσεις για τα προγράμματα SocialSecurity και Railroad Retirement Board, ενώ παράλληλα μπορούν να συμμετάσχουν και στο

MedicareAdvantagePlan(3^ο μέρος). Τέλος, το 4^ο μέρος του προγράμματος Medicare το δικαιούται όποιος έχει το γνήσιο Medicare(1^ο ή 2^ο μέρος) (Κατανόηση των Παροχών 2021).

5.4 Η κοινωνική πολιτική στις Η.Π.Α.

Τα κοινωνικά προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν την κάλυψη των βασικών αναγκών του αμερικανικού πληθυσμού. Τα ομοσπονδιακά και κρατικά κοινωνικά προγράμματα περιλαμβάνουν βοήθεια σε μετρητά, ασφάλιση υγείας, επισιτιστική βοήθεια, επιδοτήσεις στέγασης, επιδοτήσεις ενέργειας και υπηρεσιών κοινής ωφέλειας και βοήθεια για την εκπαίδευση και τη φροντίδα των παιδιών. Παρόμοια οφέλη παρέχονται μερικές φορές από τον ιδιωτικό τομέα είτε μέσω εντολών πολιτικής είτε σε εθελοντική βάση. Η ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτείται από τον εργοδότη είναι ένα παράδειγμα αυτού.

Τα αμερικανικά κοινωνικά προγράμματα ποικίλλουν ως προς την επιλεξιμότητα, καθώς ορισμένα, όπως η δημόσια εκπαίδευση, είναι διαθέσιμα σε όλους, ενώ άλλα, όπως οι επιδοτήσεις στέγασης, είναι διαθέσιμα μόνο σε ένα υποτιμήμα του πληθυσμού. Τα προγράμματα παρέχονται από διάφορους οργανισμούς σε ομοσπονδιακό, πολιτειακό, τοπικό και ιδιωτικό επίπεδο. Βοηθούν στην παροχή βασικών αναγκών, όπως τροφή, στέγη, εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη στους κατοίκους των ΗΠΑ μέσω της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, επιδοτήσεις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ασφάλιση ανεργίας και αναπηρίας, επιδοτήσεις για δικαιούχους χαμηλόμισθους, επιδοτήσεις στέγασης, συμπληρωματική Παροχές Προγράμματος Διατροφικής Βοήθειας, συντάξεις και προγράμματα ασφάλισης υγείας. Κοινωνική Ασφάλιση, Το Medicare, το Medicaid και το Πρόγραμμα Παιδικής Ασφάλισης Υγείας είναι εξέχοντα κοινωνικά προγράμματα (Wikipedia).

Χωρίς να περιλαμβάνει την Κοινωνική Ασφάλιση και το Medicare, το Κογκρέσο διέθεσε σχεδόν 717 δισεκατομμύρια δολάρια σε ομοσπονδιακούς πόρους το 2010 συν 210 δισεκατομμύρια δολάρια σε κρατικούς πόρους (927 δισεκατομμύρια δολάρια

συνολικά) για προγράμματα πρόνοιας που ελέγχθηκαν με τα μέσα στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκ των οποίων τα μισά ήταν για ιατρική περίθαλψη και περίπου 40 % για βοήθεια σε μετρητά, τρόφιμα και στέγαση. Μερικά από αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνουν χρηματοδότηση για δημόσια σχολεία, επαγγελματική κατάρτιση, παροχές SSI και medicaid (budget.house.gov 2013).

Πριν από τη Μεγάλη Ύφεση οι Ηνωμένες Πολιτείες είχαν κοινωνικά προγράμματα που επικεντρώνονταν κυρίως σε ατομικές προσπάθειες, οικογενειακές προσπάθειες, φιλανθρωπικά ιδρύματα εκκλησιών, αποζημιώσεις εργαζομένων σε επιχειρήσεις, ασφάλιση ζωής και προγράμματα αναρρωτικής άδειας μαζί με ορισμένα κοινωνικά προγράμματα με κρατική φορολογία. Η εξαθλίωση και η φτώχεια της μεγάλης ύφεσης απείλησε να κατακλύσει όλα αυτά τα προγράμματα. Η σοβαρή ύφεση της δεκαετίας του 1930 κατέστησε αναγκαία την ομοσπονδιακή δράση, καθώς ούτε οι πολιτείες και οι τοπικές κοινότητες, οι επιχειρήσεις και οι βιομηχανίες, ούτε οι ιδιωτικές φιλανθρωπικές οργανώσεις είχαν τους οικονομικούς πόρους για να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη ανάγκη του αμερικανικού λαού. Ξεκινώντας το 1932, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση έκανε αρχικά δάνεια και στη συνέχεια επιχορηγήσεις σε πολιτείες για να πληρώσει για άμεση βοήθεια και εργασιακή ανακούφιση. Μετά από αυτό, ξεκίνησαν ειδική ομοσπονδιακή βοήθεια έκτακτης ανάγκης, όπως το Civilian Conservation Corps και άλλα προγράμματα δημοσίων έργων (TheBalance 2018). Το 1935, η διοίκηση του Προέδρου Franklin D. Roosevelt πρότεινε στο Κογκρέσο ομοσπονδιακά προγράμματα κοινωνικής ανακούφισης και ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα συνταξιοδότησης. Το Κογκρέσο ακολούθησε την ψήφιση του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης 37 σελίδων, ο οποίος υπεγράφη σε νόμο στις 14 Αυγούστου 1935 και «σε ισχύ» το 1939 — ακριβώς τη στιγμή που ξεκίνησε ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος . Αυτό το πρόγραμμα επεκτάθηκε πολλές φορές με την πάροδο των ετών (History.com 2018).

Οι οικονομικοί ιστορικοί με επικεφαλής τον PriceFishback εξέτασαν τον αντίκτυπο των δαπανών του New Deal στη βελτίωση των συνθηκών υγείας στις 114 μεγαλύτερες πόλεις, 1929–1937. Εκτίμησαν ότι κάθε πρόσθετη δαπάνη βοήθειας ύψους 153.000 δολαρίων (σε δολάρια 1935 ή 2,3 εκατομμύρια δολάρια σε δολάρια 2019) συσχετίστηκε με μείωση ενός βρεφικού θανάτου, μιας αυτοκτονίας και 2,4 θανάτων από μολυσματικές ασθένειες (WhalpesR., ParkerR. 2013).

Προγράμματα σχετικά με την κοινωνική πολιτική στις Η.Π.Α. προωθήθηκαν και κατά την δεκαετία του 1960, με το σημαντικότερο από αυτά να είναι ο πόλεμος κατά της φτώχειας, το ανεπίσημο όνομα για τη νομοθεσία που εισήχθη για πρώτη φορά από τον Πρόεδρο των Ηνωμένων Πολιτειών Lyndon B. Johnson κατά τη διάρκεια της ομιλίας του για την κατάσταση της Ένωσης στις 8 Ιανουαρίου 1964. Αυτή η νομοθεσία προτάθηκε από τον Johnson ως απάντηση σε εθνικό ποσοστό φτώχειας περίπου δεκαεννέα τοις εκατό . Η ομιλία οδήγησε το Κογκρέσο των Ηνωμένων Πολιτειών να εγκρίνει τον Νόμο για τις Οικονομικές Ευκαιρίες , ο οποίος ίδρυσε το Γραφείο Οικονομικών Ευκαιριών(ΟΕΟ) για τη διαχείριση της τοπικής εφαρμογής ομοσπονδιακών κονδυλίων με στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας. Τα σαράντα προγράμματα που θεσπίστηκαν από τον Νόμο στόχευαν συλλογικά στην εξάλειψη της φτώχειας βελτιώνοντας τις συνθήκες διαβίωσης για τους κατοίκους των γειτονιών με χαμηλό εισόδημα και βοηθώντας τους φτωχούς να έχουν πρόσβαση στις οικονομικές ευκαιρίες που τους στερούνταν εδώ και καιρό (CavesR. W. 2004).

Πολύ σημαντικές πάνω στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής στις Η.Π.Α. θεωρούνται και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν την δεκαετία του 1990 επί προεδρίας BillClinton. Πριν από τον νόμο περί μεταρρύθμισης της πρόνοιας του 1996 , η πρόνοια «κάποτε εθεωρείτο δικαίωμα αορίστου χρόνου», αλλά η μεταρρύθμιση της πρόνοιας τη μετέτρεψε «σε ένα πεπερασμένο πρόγραμμα που δημιουργήθηκε για να παρέχει βραχυπρόθεσμη χρηματική βοήθεια και να κατευθύνει τους ανθρώπους γρήγορα σε θέσεις εργασίας» (TheWashingtonPost 2008). Πριν από τη μεταρρύθμιση, οι πολιτείες έλαβαν "απεριόριστα" χρήματα από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, αυξάνοντας ανά οικογένεια για την πρόνοια, στο πλαίσιο του προγράμματος Βοήθειας σε οικογένειες με εξαρτημένα παιδιά (AFDC) 60 ετών . Αυτό δεν έδωσε στις πολιτείες κανένα κίνητρο να κατευθύνουν τα κεφάλαια πρόνοιας στους πιο άπορους αποδέκτες ή να ενθαρρύνουν τα άτομα να παραιτηθούν από τα επιδόματα πρόνοιας (το κράτος έχασε ομοσπονδιακά χρήματα όταν κάποιος έφυγε από το σύστημα). Σε εθνικό επίπεδο, ένα στα επτά παιδιά λάμβανε κεφάλαια AFDC, που πήγαιναν κυρίως σε ανύπαντρες μητέρες (DeParleJ. 2009).

Το 1996, υπό τη διοίκηση Κλίντον , το Κογκρέσο ψήφισε τον Νόμο Συμφιλίωσης για την Προσωπική Ευθύνη και τις Ευκαιρίες Εργασίας , ο οποίος έδωσε περισσότερο έλεγχο του συστήματος πρόνοιας στις πολιτείες, με βασικές απαιτήσεις που πρέπει να

πληρούν τα κράτη όσον αφορά τις υπηρεσίες πρόνοιας. Ορισμένες πολιτείες εξακολουθούν να προσφέρουν βασική βοήθεια, όπως υγειονομική περίθαλψη, επισιτιστική βοήθεια, βοήθεια για τη φροντίδα των παιδιών, ανεργία, μερικές προσφέρουν βοήθεια σε μετρητά και μία ή δύο προσφέρουν στεγαστική βοήθεια, ανάλογα με την πολιτεία και τις περιστάσεις (NationalReview 2009).

Κεφάλαιο 6: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Αυστραλίας

Η Αυστραλία αποτελεί και αυτή με τη σειρά της χώρα του Αγγλοσαξονικού κόσμου, μιας και αποτέλεσε αποικία της Μεγάλης Βρετανίας μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Όπως και οι άλλες αγγλοσαξονικές χώρες (Μ. Βρετανία, ΗΠΑ κ), έτσι και η Αυστραλία έχει υιοθετήσει το μοντέλο του φιλελευθερισμού, κυρίως σε ό,τι αφορά την λειτουργία της οικονομίας της. Ακόμα, στο Αυστραλιανό σύστημα σημαντικό ρόλο κατέχουν και οι πολιτείες, οι οποίες κατέχουν αρκετές διοικητικές αρμοδιότητες κατά τα πρότυπα των ΗΠΑ.

Σύμφωνα με τον δείκτη οικονομικής ελευθερίας για το έτος 2021 η Αυστραλία κατατάσσεται ιδιαίτερα υψηλά, φιγουράροντας στην Τρίτη θέση της κατάταξης (heritage.org 2021), ενώ μάλιστα, ένα σημαντικό ποσοστό υπηρεσιών παροχής κοινωνικής φροντίδας ανήκει σε ιδιώτες.

Βέβαια, τόσο από τις εκάστοτε πολιτείες, όσο και από την κεντρική ομοσπονδιακή κυβέρνηση υπάρχει μέριμνα για την κοινωνική φροντίδα στον πληθυσμό. Σύμφωνα με την Αυστραλιανή Στατιστική Υπηρεσία για το έτος 2021, το 14,3% των εργαζομένων (που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό) εργάζεται στον υγειονομικό τομέα και στις κοινωνικές υπηρεσίες, ένα 8,4% εργάζεται στην εκπαίδευση, ενώ άλλο ένα 3,1% εργάζεται σε διοικητικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες (Αυστραλιανή Στατιστική Υπηρεσία 2021).

Οι απόψεις για την πρόνοια στην Αυστραλία μπορούν να διαχωριστούν σε υποστήριξη για το σύστημα πρόνοιας και υποστήριξη για τις παροχές της πρόνοιας. Μια πολυπαραγοντική ανάλυση που χρησιμοποιεί ανάλυση κανονικής συσχέτισης εντόπισε πέντε διαφορετικά ρεύματα στάσεων ευημερίας και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών. Το πιο σημαντικό ρεύμα ήταν αυτό που τάσσεται υπέρ του συστήματος πρόνοιας και των υπηρεσιών της

πρόνοιας. Ένα άτομο στο οποίο έχουν προσφερθεί υπηρεσίες της κρατικής πρόνοιας κατά το παρελθόν, είναι περισσότερο υποστηρικτικό προς την πρόνοια και τις υπηρεσίες που αυτή προσφέρει. Το επόμενο πιο σημαντικό ρεύμα απόψεων για το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας συνοψίστηκε ως «το σύστημα πρόνοιας είναι καλό, αλλά οι άνθρωποι σε αυτό είναι τεμπέληδες και εξαρτημένοι» (Schofield, Timothy P.; Butterworth, Peter 2015).

6.1 Το σύστημα παιδείας της Αυστραλίας

Οι αρμόδιοι για τις αποφάσεις σχετικά με την εκπαίδευση στην Αυστραλία είναι η εκάστοτε πολιτεία ή επικράτεια, δηλαδή το βάρος πέφτει στους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης κατά τα πρότυπα των Η.Π.Α. Αυτοί οι φορείς είναι υπεύθυνη για την χρηματοδότηση των σχολείων που υπάρχουν στην επικράτειά τους (Australian Bureau of Statistics ABS 2009).

Το Αυστραλιανό σύστημα παιδείας χωρίζεται σε τρεις (3) βαθμίδες, την πρωτοβάθμια (νηπιαγωγείο, δημοτικό), την δευτεροβάθμια (γυμνάσιο) και την τριτοβάθμια (κολλέγιο, πανεπιστήμιο), ενώ η φοίτηση είναι υποχρεωτική στις δύο πρώτες βαθμίδες.

Το εκπαιδευτικό σύστημα δίνει έμφαση στην γλωσσομάθεια, καθώς η Αυστραλία είναι μια πολυπολιτισμική χώρα όπου ομιλούνται 260 είδη γλώσσας.

Το εκπαιδευτικό σύστημα της Αυστραλίας έχει ως πρωταρχικό στόχο να «εμπνεύσει» τον μαθητή ούτως ώστε να μαθαίνει, αλλά και να προσπαθεί όλο και περισσότερο. Στην Αυστραλία το εκπαιδευτικό σύστημα χαρακτηρίζεται από 15 σημεία τα οποία είναι τα εξής (Kinash S.):

- 1) Η εκπαίδευση είναι μαθητοκεντρική, για να θεωρηθεί επιτυχημένη η εκπαίδευση, θα πρέπει ο μαθητής να μαθαίνει από αυτά που διδάσκεται
- 2) Η εκπαίδευση αναπτύσσει το μυαλό και το σώμα του μαθητή, καθώς η εκπαίδευση στο εξωτερικό στο περιβάλλον, αλλά και η έμφαση στον αθλητισμό συντελούν σε αυτό
- 3) Οι μαθητές διδάσκονται πως να σκέφτονται και πως να μαθαίνουν, εφόσον ο δάσκαλος έχει ως ρόλο να καθοδηγεί τον μαθητή, ενώ υπάρχει και η πρόσβαση στο ίντερνετ για τον μαθητή ούτως ώστε να ψάξει νέες πληροφορίες και να αποκτήσει νέες γνώσεις

- 4) Οι καθηγητές προωθούν την ενεργή μάθηση
- 5) Οι δάσκαλοι χτίζουν σχέσεις φροντίδας και δύναμης με τους μαθητές, με σκοπό οι μαθητές να μάθουν να αμφισβητούν αλλά και να τεκμηριώνουν και να υπερασπίζονται τις απόψεις τους
- 6) Η εκπαίδευση είναι εξατομικευμένη και δίκαιη και προσφέρεται για όλους τους μαθητές ανεξαιρέτως κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου
- 7) Το σχολικό περιβάλλον δημιουργεί συνθήκες φροντίδας για όσους την έχουν ανάγκη, με σκοπό οι μαθητές να ευδοκιμήσουν ακαδημαϊκά, κοινωνικά και ψυχολογικά
- 8) Η εκπαίδευση είναι ποικίλη και πολυεπιστημονική ούτως ώστε οι μαθητές να σκέφτονται σφαιρικά και πολύπλευρα
- 9) Οι μαθητές έχουν πρόσβαση σε portals και σε Συστήματα Διαχείρισης Μάθησης, με τα σχολεία της Αυστραλίας να οργανώνουν online αρκετά εκπαιδευτικά τους προγράμματα
- 10) Μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης πραγματοποιείται μέσω του υπολογιστή
- 11) Οι μαθητές έχουν πρόσβαση σε χρήσιμα λογισμικά και εφαρμογές, με τους μαθητές να διδάσκονται να χρησιμοποιούν σημαντικά εργαλεία μέσω υπολογιστή
- 12) Η εκπαίδευση προωθεί την ποιοτική ανατροφοδότηση μέσω της αξιολόγησης
- 13) Οι μαθητές παράλληλα με την αξιολόγηση έχουν μαζί τους και καταλόγους, οι οποίοι είναι συνήθως σχεδιασμένοι σαν πίνακες. Οι στήλες του πίνακα έχουν τις διαβαθμίσεις από υψηλή διάκριση (A+) έως το Προαγωγή (D). Οι σειρές έχουν διαφορετικά στοιχεία των αξιολογήσεων όπως αναζήτηση, κριτική σκέψη, και γραμματική. Οι μαθητές που προσπαθούν για υψηλούς βαθμούς, μπορούν να διαβάσουν συμβουλές ώστε να το πετύχουν.
- 14) Η εκπαίδευση εστιάζει στην μετέπειτα ζωή, όπου θα πρέπει για να είσαι χρήσιμος να έχεις γνώσεις, δεξιότητες, αντανακλαστικές ικανότητες και ταυτότητα
- 15) Ο απόφοιτος μαθητής θα πρέπει να έχει τόσο μαθησιακές, όσο και τεχνικές δεξιότητες (Τσουβαλά Β.-Ε. 2020).

Η εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο γίνεται με βάση την βαθμολογία του μαθητή κατά την τελευταία χρονιά στην δευτεροβάθμια, ενώ οι μαθητές εξετάζονται στα Αγγλικά και σε μαθήματα σχετικά με την σχολή της επιθυμίας τους. Τέλος, το

ύψος για τα διδάκτρα κυμαίνεται στα 15.000-25.000 δολάρια ετησίως (HighereducationinAustralia 2016).

6.2 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας

Το δημόσιο σύστημα υγείας της Αυστραλίας βασίζεται στο πρόγραμμα “Medicare” το οποίο καλύπτει το κόστος παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Το Medicare χρηματοδοτείται μέσω κρατικής χρηματοδότησης από τους φόρους των πολιτών και βοηθά τον δικαιούχο ούτως ώστε να του παρέχονται δωρεάν ή φθηνότερες υπηρεσίες υγείας που έχει ανάγκη, να του χορηγούνται φάρμακα με χαμηλότερο κόστος, καθώς επίσης και να δικαιούται δωρεάν θεραπεία και παραμονή σε δημόσιο νοσοκομείο.

Οι δικαιούχοι του προγράμματος Medicare προϋποθέτει να είναι άτομα άνω των 15 ετών και να προσκομίσουν πιστοποιητικά όπως ισχύον διαβατήριο, ταξιδιωτικά έγγραφα, ισχύουσα βίζα ή στοιχεία του τραπεζικού τους λογαριασμού. Σε κάθε οικογένεια μπορούν να υπάρχουν μέχρι δύο (2) κάρτες Medicare (AustralianGovernment-DepartmentofHumanServices).

Υπάρχει επίσης και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία καλύπτεται με δύο τρόπους, μέσω της νοσοκομειακής κάλυψης για ένα μέρος ή για όλα τα έξοδα της νοσοκομειακής περίθαλψης του ιδιώτη ασθενή, ή μέσω της κάλυψης γενικής θεραπείας για κάποιες παραϊατρικές υπηρεσίες που δεν καλύπτει το πρόγραμμα Medicare. Η κυβέρνηση παρέχει αρωγή στους πολίτες ούτως ώστε να μπορούν να καλύψουν το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (AustralianGovernment-DepartmentofHealth 2019).

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας της Αυστραλίας χρηματοδοτείται τόσο από την τοπική αυτοδιοίκηση, όσο και από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση, αλλά και από τις εισφορές των πολιτών που κάνουν χρήση της. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω των παρακάτω τρόπων:

- 1) Μέσω ιδιωτικών ασφαλιστρών που πληρώνουν οι πολίτες

- 2) Μέσω ιδιωτικών οργανισμών υγείας
- 3) Μέσω ατόμων που πληρώνουν για τις θεραπείες τους
- 4) Μέσω κυβερνητικών κινήτρων για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας
- 5) Μέσω διαφόρων άλλων κρατικών και ιδιωτικών χρηματοδοτήσεων (bupa.com.au).

6.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Αυστραλίας

Στην Αυστραλία χορηγείται σύνταξη γήρατος (AgePension) ανά δεκαπέντε (15) ημέρες σε άτομα τα οποία πληρούν τα κριτήρια χορήγησής της. Η σύνταξη γήρατος για κάποιους είναι η κύρια πηγή εισοδήματος, ενώ για κάποιους άλλους είναι απλά ένα εισοδηματικό συμπλήρωμα μαζί με άλλες πηγές εισοδήματος όπως η συνταξιοδοτική ασφάλιση ή το επαγγελματικό εισόδημα.

Οι δικαιούχοι της Σύνταξης Γήρατος μπορούν να λαμβάνουν επιπρόσθετες παροχές όπως το Βοήθημα Ενοικίου, το Συμπλήρωμα Σύνταξης και το Συμπληρωματικό Επίδομα Καθαρής Ενέργειας είτε ανά δεκαπέντε (15) ημέρες ή εφάπαξ, ενώ ακόμα, δικαιούνται εκπτώσεις χάρη στην Κάρτα Εκπτώσεων Συνταξιούχων (PensionerConcessionCard) (AustralianHumanRightsComission).

Για να δικαιούται κάποιος να λαμβάνει την Σύνταξη Γήρατος θα πρέπει να βρίσκεται σε ηλικία συνταξιοδότησης (67 έτη) και το συνολικό διάστημα που ζει και ασφαλίζεται στην Αυστραλία να υπερβαίνει τα δέκα (10) έτη (DepartmentofHumanServices).

Εφόσον κάποιος πληροί αυτά τα κριτήρια, θα πρέπει να υποβάλλει αίτηση για Σύνταξη Γήρατος 13 εβδομάδες πριν την συμπλήρωση της ηλικίας προς συνταξιοδότηση μέσω internet ή με χειρόγραφο έντυπο έπειτα από επίσκεψη σε κέντρο εξυπηρέτησης του Centerlink. Στο Centerlinko υποψήφιος δικαιούχος θα χρειαστεί να υποβάλλει τα εξής πιστοποιητικά για την χορήγηση Σύνταξης: Συμπληρωμένο έντυπο εισοδήματος και περιουσιακών στοιχείων, Αποδεικτικό της ιδιότητας κατοίκου Αυστραλίας, Στοιχεία τραπεζικών λογαριασμών, καθώς και Οποιαδήποτε άλλα δικαιολογητικά έγγραφα ζητήσει το Centrelink.

Βέβαια, το Αυστραλιανό κράτος παρέχει βοηθήματα υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων, καθώς δίνει το δικαίωμα σε πολίτες με χαμηλό εισόδημα, και που να

έχουν στην κατοχή τους περιουσία μικρότερης οικονομικής αξίας να δικαιούνται σύνταξη, δίνει το δικαίωμα στους συνταξιούχους να εργάζονται, το ποσό της σύνταξης ανά δεκαπενθήμερο κυμαίνεται στα 858,30 δολάρια ή στα 1.309 για τα ζευγάρια, ενώ οι Συντάξεις είναι αφορολόγητες (Μπήτρος Γ., Μπακάλης Σ. 2021).

6.4 Η κοινωνική πρόνοια στην Αυστραλία

Η Αυστραλιανή κοινωνική πολιτική ακολουθεί το φιλελεύθερο μοντέλο κατά τα πρότυπα του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής. Το εν λόγω κοινωνικό μοντέλο έχει ως αρχή την όσο το δυνατόν μικρότερη παρεμβατικότητα του κράτους, ενώ δίνει έμφαση στους φορείς της ελεύθερης αγοράς για ανάμειξη στους τομείς της κοινωνικής πολιτικής.

Στην Αυστραλία σημαντικό ρόλο στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής διαδραματίζει το πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών “Centerlink” το οποίο είδαμε και παραπάνω στο κομμάτι της συνταξιοδοτικής πολιτικής. Αυτό το πρόγραμμα αναλαμβάνει τις οικονομικές παροχές της κυβέρνησης προς τους δικαιούχους του προγράμματος-είτε γηγενείς πολίτες, είτε σε οικονομικούς μετανάστες (AustralianBureauofStatistics (ABS) 1988).

Το 1973 και το 1991 αντίστοιχα, το Αυστραλιανό κοινοβούλιο ψήφισε τους Νόμους περί φοιτητικής μέριμνας και περί κοινωνικής ασφάλισης οι οποίοι εξασφαλίζουν στους δικαιούχους τις εξής παροχές:

- 1) ABSTUDY, που προσφέρει μια σειρά από επιδόματα για να βοηθήσει τους αυτόχθονες φοιτητές και τους νέους μαθητευόμενους
- 2) Σύνταξη Γήρατος, για άτομα που σκοπεύουν να συνταξιοδοτηθούν ή που είναι ήδη συνταξιούχοι ηλικίας 65 ετών και άνω
- 3) Βοήθεια για Απομονωμένα παιδιά, για οικογένειες με παιδιά που δεν μπορεί να πάει σχολείο τοπικά λόγω απόστασης ή ειδικών αναγκών
- 4) Επίδομα για φοιτητές πλήρους φοίτησης και νέους μαθητευόμενους ηλικίας 25 ετών και άνω
- 5) Επίδομα Φροντιστή, για άτομα που φροντίζουν ανηλίκους 16–17 και ενήλικες άνω των 18 ετών με αναπηρία

- 6) Επίδομα Φροντιστή παιδιών, για άτομα που φροντίζουν παιδιά κάτω των 16 ετών με αναπηρία
- 7) Πληρωμή Φροντιστή, για άτομα που παρέχουν φροντίδα πλήρους απασχόλησης σε άτομο με αναπηρία
- 8) Σύνταξη αναπηρίας, για άτομα που δεν μπορούν να εργαστούν για 2 χρόνια λόγω ασθένειας, τραυματισμού ή αναπηρίας
- 9) Σύνταξη για όσους μεγαλώνουν τέκνα που έχουν χάσει και τους δύο γονείς τους
- 10) Επίδομα για άτομα που είναι σε αναζήτηση εργασίας
- 11) Πληρωμή γονέων για γονείς ή κηδεμόνες για να βοηθήσουν με το κόστος ανατροφής παιδιών κάτω των 6 ετών
- 12) Συμπλήρωμα Εκπαίδευσης Συνταξιούχων, για όσους συνταξιούχους έχουν έξοδα εκπαίδευσης
- 13) Ειδικό επίδομα για άτομα που βρίσκονται σε οικονομική δυσπραγία, δεν έχουν τρόπο να συντηρηθούν και δεν δικαιούνται άλλη πληρωμή (συνήθως λόγω απαιτήσεων διαμονής)
- 14) Επίδομα νέων για φοιτητές πλήρους απασχόλησης ή νέους μαθητευόμενους ηλικίας 15 ετών (υπό ορισμένες συνθήκες) 16 έως 24 ετών και άτομα ηλικίας κάτω των 21 ετών που αναζητούν εργασία ή συνδυασμό εγκεκριμένων δραστηριοτήτων (AustralianParliament 1973, 1991).

Κεφάλαιο 7: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία: Το παράδειγμα της Νέας Ζηλανδίας

Άλλη μια χώρα του Αγγλοσαξονικού κόσμου είναι η Νέα Ζηλανδία, η οποία κατά το παρελθόν αποτέλεσε και αυτή με την σειρά της αποικία της Μεγάλης Βρετανίας και ανεξαρτητοποιήθηκε από αυτήν στις 26 Σεπτεμβρίου 1907 (Roberts-WrayK. 1966).

Η οικονομία της Νέας Ζηλανδίας είναι μια ιδιαίτερα ανεπτυγμένη οικονομία ελεύθερης αγοράς. Είναι η 52η μεγαλύτερη εθνική οικονομία στον κόσμο όταν μετράται με το ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) και η 63η μεγαλύτερη στον κόσμο όταν μετράται με την ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP). Η Νέα Ζηλανδία έχει μεγάλο ΑΕΠ για τον πληθυσμό της 5 εκατομμυρίων και οι πηγές εσόδων είναι κατανομημένες σε όλο το μεγάλο νησιωτικό έθνος. Η χώρα έχει μια από τις πιο παγκοσμιοποιημένες οικονομίες και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το διεθνές εμπόριο – κυρίως με την Αυστραλία, τον Καναδά, την Κίνα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ιαπωνία, τη Σιγκαπούρη, τη Νότια Κορέα και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Η συμφωνία στενότερων οικονομικών σχέσεων της Νέας Ζηλανδίας το 1983 με την Αυστραλία σημαίνει ότι η οικονομία ευθυγραμμίζεται στενά με αυτήν της Αυστραλίας (HallP. 2001).

Ωστόσο, η Νέα Ζηλανδία είναι μια χώρα η οποία επενδύει αρκετά στην κοινωνική πολιτική, με πληθώρα σχετικών διαταγμάτων και παροχών προς βοήθεια των οικονομικά ασθενέστερων ατόμων.

Στην Νέα Ζηλανδία οι πρώτοι νόμοι περί κοινωνικής φροντίδας εισήχθησαν κατά το 1844 ενόσω ακόμα η χώρα ήτο Βρετανική αποικία και έκτοτε ακολούθησαν έξι (6) χρονολογικές περίοδοι ως προς τους νόμους της κοινωνικής φροντίδας

- 1) Αποικιακή πρόνοια (1844-1924)

- 2) Κεντρικά σχεδιασμένη κοινωνική πολιτική (1926-1971)
- 3) Οργανωτικές αλλαγές (1972-1992)
- 4) Διαχείριση εξόδων/νοικοκύρεμα (1992-2001)
- 5) Διαχείριση αποτελεσμάτων (2001-2008)
- 6) Ανάκαμψη της οικονομίας (2008-2013) (McKenzieA. 2013).

7.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Νέας Ζηλανδίας

Στη Νέα Ζηλανδία η εκπαίδευση αντιμετωπίζεται σαν διαδικασία με επίκεντρο τον εκπαιδευόμενο έχοντας ως στόχο την συνεχή εξέλιξη της μάθησης. Το εκπαιδευτικό σύστημα έχει διαμορφωθεί με γνώμονα να απεικονίζει την πολυπολιτισμική πραγματικότητα της κοινωνίας, ανεξαρτήτως μαθησιακών ικανοτήτων, θρησκευτικών πιστεύω, εθνοτικών ομάδων, εισοδήματος και ιδεών περί διδασκαλίας και μάθησης (education.govt.nz 2018). Μάλιστα, το εκπαιδευτικό σύστημα παρέχει αρκετά βοηθήματα προς την μειονοτική εθνοτική ομάδα των Μαόρι, ενώ υπάρχουν αρκετά προγράμματα διδασκαλίας σχετικά με την φυλή και τον πολιτισμό τους (PakiM. 2007).

Στη Νέα Ζηλανδία η φοίτηση στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση ξεκινά από τα πέντε (5) έτη έως τα δέκα (10), όπου ο μαθητής συνεχίζει την φοίτησή του στην ενδιάμεση εκπαίδευση μέχρι τα δώδεκα (12) και από εκεί, στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση μέχρι τα δεκαεννιά (19) έτη, με την φοίτηση να είναι υποχρεωτική μέχρι τα δεκαέξι (16). Τα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης χωρίζονται σε τρεις (3) κατηγορίες: τα δημόσια σχολεία, όπου φοιτά το 85% των μαθητών, τα ιδιωτικά που να μην έχουν ενσωματωθεί στο κράτος αλλά διατηρούν την δική τους οικονομική αυτονομία, όπου φοιτά το 12% των μαθητών, και τα ιδιωτικά, όπου φοιτά το 3% των μαθητών (vakalis.edu).

Για την εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο χρειάζεται το πιστοποιητικό NCEA επιπέδου 3, για την χορήγηση του οποίου απαιτείται από τον υποψήφιο φοιτητή να έχει συγκεντρώσει τουλάχιστον 42 μονάδες σε τρία (3) θέματα επιπέδου 3 και δεκατέσσερις (14) μονάδες σε κάθε αντικείμενο το οποίο θα αναγνωρίζεται από το εκάστοτε Πανεπιστήμιο. Ακόμα, η βαθμολογία για το επίπεδο 1 θα πρέπει να είναι

από 10 και άνω, τουλάχιστον 5 από ανάγνωση (reading) και 5 γραπτά (writing) (el.admission.nz).

7.2 Το σύστημα υγείας της Νέας Ζηλανδίας

Στη Νέα Ζηλανδία όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, έχοντας δικαίωμα επιλογής του θεράποντος ιατρού, ενώ τα παιδιά δικαιούνται μέχρι την ηλικία των 6 δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας των πολιτών που είναι εγγεγραμμένοι στο βασικό σύστημα υγείας. Στη Νέα Ζηλανδία τα δημόσια νοσοκομεία υπερτερούν αριθμητικά των ιδιωτικών, και γι' αυτόν τον λόγο είναι σε θέση να περιθάλψουν οποιοδήποτε περιστατικό, τακτικό ή επείγον, που θα προκύψει (Μουστάκα Ε. 2012).

Τα βασικά σημεία που χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας της Νέας Ζηλανδίας είναι τα εξής:

- 1) Καλύπτει τόσο την νοσοκομειακή, όσο και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, την ιατρική περίθαλψη, την συνταγογράφηση φαρμάκων, την υγειονομική φροντίδα των παιδιών, την διασφάλιση της ψυχικής υγείας των πολιτών, καθώς και την μέριμνα για άτομα με ειδικές ανάγκες
- 2) Οι πολίτες καλύπτουν το κόστος επίσκεψη στους ιατρούς, την φροντίδα και την περίθαλψη σε ιδιωτικά νοσοκομεία, την συνταγογράφηση φαρμάκων, καθώς και την οδοντιατρική φροντίδα των ενηλίκων
- 3) Οι κεντροποιημένοι φορείς αξιολογούνται ανά τρίμηνο από το Υπουργείο Υγείας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, με σκοπό να τους δοθεί κίνητρο για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.
- 4) Οι φορείς που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη, είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, θα πρέπει να έχουν και την κατάλληλη πιστοποίηση για τις υπηρεσίες που

παρέχουν. Ο έλεγχος που πραγματοποιείται για τον έλεγχο και την καταγραφή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, γίνεται από κλιμάκια που ανήκουν είτε στο κράτος ή σε ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρείες

- 5) Υπάρχει ειδική μέριμνα για την υγειονομική περίθαλψη της ιθαγενούς μειονοτικής ομάδας των Μαόρι (health.govt.nz 2021).

Η ασφάλιση υγείας στη Νέα Ζηλανδία μπορεί να είναι είτε κοινωνική (δημόσια) είτε ιδιωτική.

Στην κοινωνική ασφάλιση η χρηματοδότηση γίνεται μέσω υποχρεωτικών συνεισφορών των πολιτών από τις ακαθόριστες αποδοχές. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κατά 85% μέσω της φορολογίας των πολιτών, μέσω της χρηματοδότησης των αρχών της τοπικής αυτοδιοίκησης κατά 8%, και μέσω εισφορών των εργαζομένων κατά 7%.

Η κυβέρνηση της Νέας Ζηλανδίας μεριμνά για να έχουν οι οικονομικά ασθενέστεροι πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, γι' αυτό και έχει λάβει μια σειρά από μέτρα όπως η επιβολή χαμηλότερων εισφορών στους οικονομικά ασθενέστερους για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και οικονομική βοήθεια σε ασθενείς με μακροχρόνια προβλήματα υγείας.

Στη Νέα Ζηλανδία υπάρχουν 21 κεντροποιημένοι φορείς για να ρυθμίζουν και να ελέγχουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων ανά την επικράτεια της χώρας (Μουστάκα Ε. 2012).

Στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας το κόστος παροχής υπηρεσιών το καλύπτει απ' ευθείας ο πολίτης μέσω πληρωμής. Ο πολίτης στο ιδιωτικό σύστημα υγείας έχει το δικαίωμα να επιλέξει ο ίδιος το είδος της κάλυψης και τον τύπο των υπηρεσιών που επιθυμεί να λάβει, καθώς επίσης και το νοσοκομείο ή και τον θεράποντα ιατρό της προτίμησής του.

Βέβαια, για να δύναται να λάβει όσο το δυνατόν περισσότερα προγράμματα μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης, θα πρέπει και να πληροί τα κριτήρια για την δημόσια υγειονομική περίθαλψη.

Υπάρχουν δύο (2) τύποι κάλυψης της ιδιωτικής ασφάλισης στη Νέα Ζηλανδία οι οποίοι είναι οι εξής:

A) Οι πολιτικές ολοκληρωμένης κάλυψης, που καλύπτουν όλα τα ιατρικά έξοδα, συμπεριλαμβανομένης τόσο της επίσκεψης στον γιατρό, όσο και της φαρμακευτικής συνταγογράφησης και

B) Οι πολιτικές κάλυψης για εξειδικευμένη φροντίδα ή κάποια μη επείγουσα χειρουργική επέμβαση (newzealandnow.govt.nz)

7.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Νέας Ζηλανδίας

Στη Νέα Ζηλανδία το συνταξιοδοτικό σύστημα, γνωστό και ως «NewZealand Superannuation(NZS)», έχει ως στόχο την παροχή κοινωνικής προστασίας αντί να υποκαταστήσει απλώς ένα μέρος του εισοδήματος, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες. Η σύνταξη που παρέχεται είναι μη ανταποδοτική και ίδια για όλους τους κατοίκους που πληρούν τα κριτήρια συνταξιοδότησης κατά την ηλικία των 65 ετών. Οι συντάξεις χρηματοδοτούνται μέσω των φορολογικών εισφορών των πολιτών (φόρος εισοδήματος φυσικών προσώπων) (pensionfundsonline.co.uk).

Για να δικαιούται κάποιος να συνταξιοδοτηθεί, πέραν από την συμπλήρωση των 65 ετών, θα πρέπει να πληροί και κάποια άλλα κριτήρια τα οποία είναι: να είναι Νεοζηλανδός πολίτης ή κάτοικος της Νέας Ζηλανδίας για τουλάχιστον δέκα (10) έτη και να του έχει χορηγηθεί βίζα διαμονής στην χώρα. Το ποσό που δικαιούται ο υποψήφιος συνταξιούχος εξαρτάται από την οικογενειακή του κατάσταση (άγαμος, έγγαμος), εάν και ο/η σύζυγος δικαιούται σύνταξη από το NZS, καθώς επίσης και το εάν λαμβάνει κάποιο επίδομα ή σύνταξη από χώρα του εξωτερικού.

Ο υποψήφιος συνταξιούχος μπορεί να κάνει την αίτηση συνταξιοδότησης ηλεκτρονικά μέσω του MyMSD, ενώ για κάποιον ο οποίος έχει προβλήματα όρασης και ακοής υπάρχει και η δυνατότητα επικοινωνίας σε εναλλακτικές πλατφόρμες του MSD (κρατικές υπηρεσίες συνταξιοδότησης) (workingathome.govt.nz).

Ακόμα, το κράτος της Νέας Ζηλανδίας παρέχει διευκολύνσεις στους συνταξιούχους μέσω της κάρτας “Supergold” όπως για παράδειγμα δωρεάν μετακινήσεις στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς και εκπτώσεις σε αρκετά καταστήματα (Pensionsataglance 2019).

Ακόμα, σε ό,τι αφορά τις συντάξεις υπάρχει και το πρόγραμμα “Kiwisaver” το οποίο είναι ένα εθελοντικό πρόγραμμα αποταμίευσης που βασίζεται στην εργασία. Εάν κάποιος επιλέξει να συνταξιοδοτηθεί με βάση αυτό το πρόγραμμα, τότε θα αφαιρείται ένα ποσό από τον μισθό του (τουλάχιστον ένα 3% του ακαθάριστου μισθού) όσο εργάζεται και θα κρατείται για την σύνταξη που θα λάβει όταν θα έλθει η ώρα συνταξιοδότησής του (newzealandnow.govt.nz 2020).

7.4 Η Κοινωνική πολιτική της Νέας Ζηλανδίας

Η Νέα Ζηλανδία αποτέλεσε την πρώτη Αγγλοσαξονική χώρα που παρείχε σύνταξη γήρατος στους πολίτες της, αντικαθιστώντας την έως τότε παρεχόμενη φιλανθρωπική βοήθεια. Παρόλο που η παρεχόμενη σύνταξη είχε ελλείψεις, εν τούτοις, αποτέλεσε το πρώτο βήμα ούτως ώστε να δημιουργηθεί η κοινωνική ασφάλιση που γνωρίζουμε μέχρι σήμερα.

Έκτοτε, κατά τον 20^ο αιώνα υπήρξαν αρκετές μεταρρυθμίσεις προς όφελος και άλλων άπορων ομάδων του πληθυσμού εκτός από τους ηλικιωμένους. Προς αυτή την κατεύθυνση και το νομοσχέδιο περί σύνταξης χηρείας του 1911, οι συντάξεις αναπηρίας λόγω επαγγελματικών ατυχημάτων του 1915 και οι συντάξεις για ανθρώπους με απώλεια όρασης του 1924 (Beehive.govt.nz 2000).

Η δεκαετία του 1930 σηματοδεύτηκε από μια μεγάλη οικονομική ύφεση ως απόρροια του οικονομικού «κραχ» του 1929. Η κρίση αυτή επέφερε ραγδαία αύξηση της φτώχειας και της ανεργίας και στην Νέα Ζηλανδία μεταξύ άλλων, και αυτό με την σειρά του επανάφερε στον δημόσιο λόγο την συζήτηση περί ενισχυμένης κρατικής βοήθειας. Έτσι, το 1938 διαμορφώθηκε ο νόμος περί κοινωνικής ασφάλισης που αποτέλεσε πρόδρομο του σημερινού κράτους της Νέας Ζηλανδίας, ο οποίος προέβλεπε παροχές σχετικά με την υγεία, την ανεργία, τα ορφανά παιδιά και τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (weag.govt.nz 2018).

Κατά τις επόμενες δεκαετίες που επακολούθησαν όλα έβαιναν καλώς ως προς το κομμάτι της κοινωνικής πολιτικής και της ευημερίας στη Νέα Ζηλανδία, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 70 οπότε και έγιναν εμφανείς οι συνέπειες της πετρελαϊκής κρίσης του 1973. Η αύξηση της ανεργίας πυροδότησε την αύξηση των ατόμων που είχαν ανάγκη τις παροχές της πρόνοιας. Αυτό όμως θα σήμαινε και αύξηση της φορολογίας, ενώ παράλληλα διατυπώθηκαν απόψεις πως πολλοί άνθρωποι εξαρτώνται από τις παροχές της πρόνοιας αντί να εργάζονται. Αυτό αποτέλεσε πρόκληση για το κράτος πρόνοιας στο οποίο έγιναν περικοπές κατά την δεκαετία του 90.

Ωστόσο, κατά τις πρώτες δεκαετίες του 21^{ου} αιώνα άρχισε η μερική αποκατάσταση του κράτους πρόνοιας, όπως για παράδειγμα η τροποποίηση του νόμου περί κοινωνικής ασφάλισης το 2007 για τους δικαιούχους προνοιακών επιδομάτων (Wikipedia).

Κεφάλαιο 8: το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Σιγκαπούρης

Η Σιγκαπούρη είναι μια μικρή χώρα της Νοτιοανατολικής Ασίας η οποία είναι γνωστή και ως «το Λουξεμβούργο της Ασίας» τόσο λόγω του μικρού μεγέθους της, όπως επίσης και για την οικονομική ευμάρεια που επικρατεί σε αυτή την χώρα.

Η οικονομία της Σιγκαπούρης είναι μια ιδιαίτερα ανεπτυγμένη οικονομία ελεύθερης αγοράς . Η οικονομία της Σιγκαπούρης έχει ταξινομηθεί από το Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ ως η πιο ανοιχτή στον κόσμο (WorldEconomicForum 2012), το 3ο λιγότερο διεφθαρμένη (CorruptionPerceptionIndex 2018), και η πιο φιλο-επιχειρηματικό. Η Σιγκαπούρη έχει χαμηλούς φορολογικούς συντελεστές και το δεύτερο υψηλότερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ στον κόσμο όσον αφορά την ισοτιμία αγοραστικής δύναμης (PPP). Η Οικονομική Συνεργασία Ασίας-Ειρηνικού (APEC) έχει την έδρα της στη Σιγκαπούρη.

Εκτός από τη φήμη φιλική προς τις επιχειρήσεις, οι κρατικές επιχειρήσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικονομία της Σιγκαπούρης. Το κρατικό επενδυτικό ταμείο Temasek Holdings κατέχει πλειοψηφικά μερίδια σε αρκετές από τις μεγαλύτερες εταιρείες της χώρας, όπως

η Singapore Airlines , η SingTel , η ST Engineering και η MediaCorp . Η οικονομία της Σιγκαπούρης είναι ένας σημαντικός χρηματοδότης εκροών άμεσων ξένων επενδύσεων (ΑΞΕ) στον κόσμο. Η Σιγκαπούρη επωφελήθηκε επίσης από την εισερχόμενη ροή ΑΞΕ από παγκόσμιους επενδυτές και ιδρύματα λόγω του εξαιρετικά ελκυστικού επενδυτικού της κλίματος και του σταθερού πολιτικού περιβάλλοντος τα τελευταία χρόνια (LangdonS. 2020).

Βέβαια, Η Σιγκαπούρη να μεν είναι μία από τις πλουσιότερες χώρες του κόσμου *κατά κεφαλήν* , αλλά ο συντελεστής Gini της είναι υψηλός σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Στατιστικά στοιχεία για την εισοδηματική ανισότητα δημοσιεύονται από το Τμήμα Στατιστικής της Σιγκαπούρης. ^[118] Χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι φόροι και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, ο συντελεστής gini της Σιγκαπούρης τοποθετεί τη χώρα στο μεσαίο εύρος (singstat.gov.sg 2018).

8.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Σιγκαπούρης

Στην Σιγκαπούρη η εκπαίδευση χρηματοδοτείται από το κράτος μέσω των φορολογικών εισφορών των πολιτών, ενώ επιπλέον, το κράτος παρέχει επιχορήγηση (γνωστή και ως «Ταμείο Ευκαιριών») για τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλό οικονομικό εισόδημα ή ανήκουν σε εθνικές μειονότητες (ncee.org).

Στην Σιγκαπούρη το σχολικό έτος χωρίζεται σε δύο (2) εξάμηνα: από Ιανουάριο έως Μάιο και από Ιούλιο έως Νοέμβριο. Η προσχολική εκπαίδευση διαρκεί τρία (3) έτη (4-7 ετών) και χωρίζεται σε παιδική ομάδα προσχολικής ηλικίας (4-5) και σε νηπιαγωγείο (5-7). Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση διαρκεί έξι (6) χρόνια (7-13 ετών) σε εξατάξιο δημοτικό σχολείο, η δευτεροβάθμια εκπαίδευση η οποία διαρκεί πέντε (5) έτη (13-18 ετών) και χωρίζεται σε πέντε (5) τάξεις, με την τελευταία τάξη να είναι προαιρετική για όσους επιθυμούν να φοιτήσουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τέλος, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση η εισαγωγή γίνεται σε αυτή με βάση τις βαθμολογικές επιδόσεις του μαθητή στις εθνικές εξετάσεις που είναι γνωστές ως «επίπεδο Ο», όπου η βαθμολογία κυμαίνεται από το A1 (άριστο) έως το F9 (χειρίστο) (Wikipedia).

Η τριτοβάθμια εκπαίδευση ενός φοιτητή στην Σιγκαπούρη μπορεί να λάβει χώρα στα εξής ιδρύματα: στο JuniorCollege, που είναι το κατώτερο ίδρυμα της τριτοβάθμιας, με την εκπαίδευση σε αυτό να διαρκεί δύο (2) έτη. Σε αυτά τα κολλέγια οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με την επιστήμη και την τέχνη ούτως ώστε να πάρουν τα κατάλληλα ερεθίσματα για να μπορέσουν να επιλέξουν την κατάλληλη γι' αυτούς κατεύθυνση. Τα Πολυτεχνεία (κάτι αντίστοιχο με τα ΑΕΙ στην Ελλάδα) είναι τα ανώτερα ιδρύματα της τριτοβάθμιας, με την φοίτηση σε αυτά να διαρκεί τρία (3) έτη. Οι σχολές που υπάρχουν στα Πολυτεχνεία ποικίλουν ανά αντικείμενο, ενώ ο ελάχιστος βαθμός για την επιτυχία σε ένα μάθημα είναι το «τέσσερα» (4). Τέλος, τα Ινστιτούτα Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (κάτι αντίστοιχο του ΤΕΙ στην Ελλάδα) παρέχει τεχνική εκπαίδευση σε απόφοιτους της δευτεροβάθμιας, η οποία διαρκεί δύο (2) έτη (TanE. 2021).

8.2 Το σύστημα υγείας της Σιγκαπούρης

Το σύστημα υγείας της Σιγκαπούρης θεωρείται το καλύτερο στην περιοχή της Άπω Ανατολής στην Ασία και ένα από τα καλύτερα παγκοσμίως, καθώς ο Π.Ο.Υ. είχε κατατάξει το σύστημα υγείας της Σιγκαπούρης ως το 6^ο καλύτερο παγκοσμίως (WHO 2000). Επίσης, το Bloomberg είχε κατατάξει το σύστημα της Σιγκαπούρης ως το πιο αποτελεσματικό παγκοσμίως το έτος 2014, καθώς το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είχε φτάσει τα 87,5 έτη (75,8 με καλή υγεία) και για τους άνδρες 81,9 έτη (72,5 με καλή υγεία) (Bloomberg 2014).

Το σύστημα υγείας της Σιγκαπούρης χρηματοδοτείται κατά βάση από το κράτος, καθώς τα περισσότερα νοσοκομεία ανήκουν στον δημόσιο τομέα. Αυτό γίνεται είτε μέσω άμεσων κρατικών επιδοτήσεων, μέσω υποχρεωτικής εξοικονόμησης πόρων, ή μέσω εθνικής υγειονομικής ασφάλισης, ενώ παρέχει στους πολίτες καθολική υγειονομική κάλυψη μέσω προγραμμάτων όπως το Medisave, ένα σύστημα χρηματοδότησης που ιδρύθηκε το 1984 και βασίζεται στην υποχρεωτική αποταμίευση, το MedishieldLife και το Medifund. Ωστόσο, στο σύστημα υγείας

σημαντικό ρόλο παίζει και ο ιδιωτικός τομέας, καθώς ένα σημαντικό κομμάτι υπηρεσιών υγείας παρέχεται από ιδιώτες (Wikipedia).

Η φορολογική πολιτική της Σιγκαπούρης για το σύστημα υγείας έχει δύο χαρακτηριστικά, πρώτον, καλύπτει το κόστος της θεραπείας των ασθενών που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να το κάνουν και δεύτερον, δίνει την δυνατότητα φοροαπαλλαγής για όσους συνεισφέρουν στο πρόγραμμα Medisave (RameshM., BaliA. S.).

Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας στην Σιγκαπούρη είναι ο αυστηρός έλεγχος σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες του. Οι έλεγχοι υπάρχουν τόσο σε επίπεδο προσφοράς, όσο και σε επίπεδο ζήτησης ούτως ώστε τόσο οι ασθενείς, όσο και οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών να συμμορφώνονται σχετικά με το κόστος των υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα το κόστος αλλάζει ανάλογα την ποιότητα των θαλάμων θεραπείας των ασθενών ή τον χρόνο παραμονής κατά την τριτοβάθμια περίθαλψη ή τις διαγνωστικές εξετάσεις (StraitsTimes 2015).

Το 2012 η κυβέρνηση της Σιγκαπούρης εισήγαγε το Κοινοτικό Σύστημα Βοήθειας Υγείας, γνωστό και ως “CHAS”. Το CHAS είναι ένα πρόγραμμα συμπληρωματικής υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει περαιτέρω επιδοτήσεις σε πολίτες από νοικοκυριά με χαμηλό έως μεσαίο εισόδημα, που χρειάζονται θεραπεία για κοινές ασθένειες, χρόνια προβλήματα υγείας και συγκεκριμένα οδοντιατρικά προβλήματα. Οι δικαιούχοι λαμβάνουν μπλε ή πορτοκαλί «Health AssistCard», ανάλογα με το εισόδημα του νοικοκυριού τους (LimJ. 2019).

Βέβαια, τα τελευταία χρόνια υπάρχει η τάση να αυξάνεται ο ιδιωτικός τομέας στο υγειονομικό σύστημα της Σιγκαπούρης. Ο ιδιωτικός τομέας ο οποίος αποτελείται από την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη και την ιδιωτική ασφάλιση, περιθάλπει όσους έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, μετανάστες, καθώς και πολίτες οι οποίοι ναι μεν έχουν δημόσια ασφάλιση, αλλά έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν το κόστος περίθαλψης των παροχών ιδιωτικής υγείας (το οποίο αρκετές φορές είναι ιδιαίτερα υψηλό).

Η κυβέρνηση της Σιγκαπούρης εκμεταλλεύεται τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα για να μειώσει τον χρόνο αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιώντας νοσοκομειακές μονάδες σαν την Raffles Medical Group που συντελούν σε αυτό (kloodo.com 2021).

Στην ιδιωτική περίθαλψη υγείας την μεγαλύτερη ζήτηση την έχουν υπηρεσίες σχετικά με προηγμένες και περίπλοκες θεραπείες, όπως θεραπείες με βλαστοκύτταρα ή εξειδικευμένες θεραπείες για τον καρκίνο (pacificprime.sg 2020). Οι δύο νοσοκομειακές μονάδες που κατέχουν το μεγαλύτερο κομμάτι στον τομέα της ιδιωτικής υγείας στην Σιγκαπούρη είναι η Parkway Pantai και η Raffles Medical Group.

Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Σιγκαπούρη, υπάρχει πληθώρα επιλογών. Τα μηνιαία ασφαλιστικά προγράμματα κυμαίνονται από 75 έως 400 δολάρια, εξαρτάται από το επίπεδο εισοδήματος, τον τρόπο ζωής, την τοποθεσία και το ιατρικό ιστορικό ενός ατόμου ή μιας οικογένειας (Tikkanen R. et al. 2020).

8.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Σιγκαπούρης

Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Σιγκαπούρης βασίζεται στο Κεντρικό Ταμείο Πρόνοιας (CPF) το οποίο καλύπτει όλους τους εργαζόμενους πολίτες της Σιγκαπούρης. Χάρη στο CPF, υπάρχουν επιδόματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη αναγκών όπως η στέγαση και η περίθαλψη, ενώ απαιτείται ένα συγκεκριμένο ποσό κατά την ηλικία συνταξιοδότησης ως «ισόβιο εισόδημα» (InsurancedailyEditorialTeam 2015).

Επιπλέον, για κάποιες κατηγορίες του προσωπικού των ενόπλων δυνάμεων, υπάρχει ένα πρόγραμμα υπαλληλικής αποταμίευσης, όπως επίσης και για ορισμένες κατηγορίες δημοσίων υπαλλήλων υπάρχει ένα μη ανταποδοτικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα, γνωστό και ως «κρατική σύνταξη». Ακόμα, υπάρχει και η Συμπληρωματική Σύνταξη, ένα εθελοντικό και ιδιωτικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα (pensionfundsonline.co.uk)

Το 2009 θεσπίστηκε το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα LifelongIncomeFortheElderly (LIFE). Το πρόγραμμα LIFE έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Είναι ένα σύστημα καθορισμένων εισφορών όπου τα άτομα λαμβάνουν τα οφέλη με βάση αυτά που οι ίδιοι έχουν συνεισφέρει
- 2) Το πρόγραμμα έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη
- 3) Τα μέλη του προγράμματος δικαιούνται πληρωμές ισόβιας προσόδου
- 4) Το πρόγραμμα είναι κρατικό, με χαμηλό λειτουργικό κόστος και χωρίς πιστωτικό κίνδυνο
- 5) Υπάρχει εγγύηση επιστροφής για τις εισφορές σε χρήμα υπό την μορφή κληροδοτημάτων στους δικαιούχους (MelbourneMercerGlobalPensionIndex 2016).

Βέβαια, το πρόγραμμα LIFE έχει υποστεί μια σειρά τροποποιήσεων για να μπορεί να ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των κατοίκων της Σιγκαπούρης. Για παράδειγμα, το 2013 μειώθηκε ο αριθμός των επιλογών του σχεδίου από τέσσερις (4) σε δύο (2), δηλαδή το Πρότυπο και το Βασικό σχέδιο. Αυτά τα προγράμματα καίτοι παρέχουν αμφότερα πληρωμές ισόβιας προσόδου στους δικαιούχους, διαφέρουν ως προς το ποσό μηνιαίων πληρωμών που παρέχουν (KwongS.-K. et al. 2016-17).

8.4 Η κοινωνική πολιτική στην Σιγκαπούρη

Στην Σιγκαπούρη υπάρχει ένα ευρύ δίκτυο προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, τα οποία εποπτεύονται από το εκάστοτε αρμόδιο υπουργείο και καλύπτουν όλους τους πολίτες της Σιγκαπούρης ανεξαρτήτως εισοδήματος. Όπως είδαμε και στην προηγούμενη ενότητα για το συνταξιοδοτικό, το Κεντρικό Ταμείο Πρόνοιας (CPF) πέραν από τα όποια επιδόματα παρέχει στους πολίτες, τους ωθεί με προσωπική τους ευθύνη να αποταμιεύουν ένα ποσό τόσο για την επερχόμενη συνταξιοδότησή τους, όσο και για την καθολική υγειονομική τους περίθαλψη. Ακόμα, υπάρχουν και τα επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας για τα οικονομικά άπορα νοικοκυριά με κατά κεφαλήν εισόδημα κάτω των 650 δολαρίων (YenK.-Y. 2016).

Το Κεντρικό Ταμείο Πρόνοιας, το οποίο ιδρύθηκε το 1955 από την Βρετανική Αποικιακή Διοίκηση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Η συμμετοχή, αλλά και η συνεισφορά σε αυτό είναι υποχρεωτική τόσο για εργοδότες, όσο και για εργαζόμενους, εκτός από τους αυτοαπασχολούμενους οι οποίοι καλύπτονται από το Medisave και η συνεισφορά τους στο CPF είναι εθελοντική
- 2) Εισφορές των πολιτών, τόκοι που πιστώνονται στους λογαριασμούς των δικαιούχων ή κέρδη από εγκεκριμένα ακίνητα, μετοχές ή επενδύσεις στην ηλικία των 55 ετών, απαλλάσσονται από τον φόρο εισοδήματος
- 3) Το CPF χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων που εισάγονται κατά καιρούς για ποικίλες περιπτώσεις (CPF 1996).

Βέβαια, η κυβέρνηση της Σιγκαπούρης δεν έχει ως κύριο στόχο την παροχή επιδομάτων ανεργίας ή άλλων συναφών επιδομάτων, καθώς υπάρχει η αντίληψη πως αυτού του είδους οι πολιτικές θα υποβαθμίσουν τα κίνητρα για εύρεση εργασίας. Στόχος της κυβέρνησης είναι να παρέχει όσο το δυνατόν πιο ευνοϊκές συνθήκες για την εξασφάλιση πλήρους απασχόλησης στους πολίτες, όπως επίσης και την μείωση του πληθωρισμού στις τιμές. Έτσι, όλο και μικρότερο κομμάτι του πληθυσμού θα έχει ανάγκη τις παροχές της κοινωνικής πρόνοιας (Habibullah K. 2001).

Κεφάλαιο 9: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με ελεύθερη οικονομία, το παράδειγμα της Χιλής

Η Χιλή είναι μια χώρα της Λατινικής Αμερικής η οποία εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες χώρες της περιοχής, έχει παράδοση σχετικά με το μοντέλο της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς. Σύμφωνα με τον δείκτη οικονομικής ελευθερίας για το έτος 2021 η Χιλή κατατάσσεται στην 19^η θέση της παγκόσμιας κατάταξης (πρώτη χώρα στην Αμερικανική ήπειρο) (heritage.org 2021).

Η Έκθεση Παγκόσμιας Ανταγωνιστικότητας για το 2009–2010 κατέταξε τη Χιλή ως την 30^η πιο ανταγωνιστική χώρα στον κόσμο και την πρώτη στη Λατινική Αμερική,

πολύ πάνω από τη Βραζιλία (56η), το Μεξικό (60η) και την Αργεντινή που κατατάσσεται (85η). Έκτοτε έχει πέσει έξω από τα κορυφαία 30. ^[36] Ο δείκτης ευκολίας επιχειρηματικής δραστηριότητας, που δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα, κατέταξε τη Χιλή ως 34η στον κόσμο από το 2014, 41η για το 2015 και 48η από το 2016. ^[40] Το ιδιωτικοποιημένο εθνικό συνταξιοδοτικό σύστημα (AFP) έχει εκτιμώμενο συνολικό εγχώριο ποσοστό αποταμίευσης περίπου 21% του ΑΕΠ (WorldBank 2012).

Οι πιο σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην Χιλή έγιναν επί δικτατορίας Αουγκούστο Πινοσέτ (1973-1990) ο οποίος προώθησε μια σειρά μεταρρυθμίσεων σχετικά με την ελευθερία της οικονομίας, οι οποίες προωθούσαν μεταξύ άλλων σειρά ιδιωτικοποιήσεων.

Οι πρώτες μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν σε τρεις γύρους: 1974–1983, 1985 και 1990.

Η κυβέρνηση καλωσόρισε τις ξένες επενδύσεις και εξάλειψε τους προστατευτικούς εμπορικούς φραγμούς, αναγκάζοντας τις επιχειρήσεις της Χιλής να ανταγωνίζονται τις εισαγωγές επί ίσοις όροις ή αλλιώς να σταματήσουν τις δραστηριότητές τους. Η κύρια εταιρεία χαλκού, η Codelco, παρέμεινε στα χέρια της κυβέρνησης λόγω της εθνικοποίησης του χαλκού που ολοκληρώθηκε από τον Salvador Allende, ωστόσο, επιτράπη σε ιδιωτικές εταιρείες να εξερευνηθούν και να αναπτύξουν νέα ορυχεία.

9.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Χιλής

Το εκπαιδευτικό σύστημα της Χιλής χωρίζεται σε τέσσερις (4) κατηγορίες:

- 1) Προσχολική εκπαίδευση για παιδιά έως πέντε ετών
- 2) Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό σχολείο οκτώ (8) τάξεων) για παιδιά από 6 έως 14 ετών
- 3) Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο τεσσάρων (4) τάξεων) για παιδιά από 15 έως 18 ετών. Τα γυμνάσια διαχωρίζονται ανάλογα τα προγράμματα σπουδών σε επιστημονικά-ανθρωπιστικά και σε τεχνικά-επαγγελματικά

- 4) Τριτοβάθμια εκπαίδευση, η οποία μπορεί να είναι είτε Πανεπιστήμιο (δημόσιο ή ιδιωτικό), ή Επαγγελματικό Ινστιτούτο, ή Κέντρο Τεχνικής Εκπαίδευσης (τα δύο τελευταία είναι ιδιωτικά ιδρύματα) (Wikipedia).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αυξηθεί οι δαπάνες για την εκπαίδευση, καθώς έχει γίνει κατανοητό ότι η εκπαίδευση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην κατάρτιση του ανθρώπινου κεφαλαίου το οποίο συντελεί στην συνολική ανάπτυξη της χώρας. Για παράδειγμα, το έτος 2016 οι δαπάνες για την παιδεία αποτελούσαν το 7,2% του ΑΕΠ της χώρας (ΟΟΣΑ 2018). Στο εκπαιδευτικό σύστημα της Χιλής συντελούν τόσο ο δημόσιος, όσο και ο ιδιωτικός τομέας, με τα σχολεία να διαχωρίζονται σε: δημόσια, εντεταλμένης διοίκησης, ιδιωτικά επιδοτούμενα από το κράτος και σε καθολικά ιδιωτικά.

Στο εκπαιδευτικό σύστημα της Χιλής συνεισφέρουν πέντε (5) ιδρύματα:

- 1) Υπουργείο Παιδείας, το υπουργείο της κυβέρνησης που είναι αρμόδιο για το εκπαιδευτικό σύστημα, έχοντας νομικές αρμοδιότητες για την πρόταση και αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- 2) Εθνικό Συμβούλιο Παιδείας, με αρμοδιότητα την προάσπιση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης
- 3) Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας της Εκπαίδευσης, με αρμοδιότητα την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού συστήματος
- 4) Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης, με αρμοδιότητα την ρύθμιση των διαδικασιών διαπίστευσης για την τριτοβάθμια εκπαίδευση
- 5) Εποπτεία σχολικής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με αρμοδιότητα την επίβλεψη για την τήρηση των κανονισμών τόσο σε σχολικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (MINEDUC 2017).

9.2 Το σύστημα υγείας της Χιλής

Η Χιλή ήταν μια από τις χώρες της Λατινικής Αμερικής που εισήγαγε υγειονομική περίθαλψη για την μεσαία τάξη η οποία χρηματοδοτείτο από το κράτος μέσω της φορολογίας των πολιτών, κατά τα πρότυπα του κράτους πρόνοιας του Bismarck. Κατά την δεκαετία του 1950 εισήχθη ένα κρατικό σύστημα υγείας με πιο σημαντικό τον οργανισμό “FONASA”. Κατά την δεκαετία του 1980 επί δικτατορίας Αουγκούστο Πινοσέτ, προωθήθηκε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μέσω ιδιωτικών

ασφαλιστικών εταιρειών, τις “ISAPEE” οι οποίες παρείχαν φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία. Κατά τις δεκαετίες 1990 και 2000 αυξήθηκαν οι δαπάνες για την υγεία από την κυβέρνηση του Ricardo Lagos, με την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη να γίνεται ολοένα και πιο ακριβή. Ακόμα, ο πρόεδρος Lagos ανέπτυξε το Σύστημα Ρητής Εγγύησης (AUGE) παρέχοντας ασφάλιση για 56 προβλήματα υγείας για τους δικαιούχους (Wikipedia). Η ασφάλιση που παρέχει το πρόγραμμα AUGE περιλαμβάνει τέσσερις (4) εγγυήσεις:

- 1) Πρόσβαση για τους δικαιούχους σε δίκτυο παροχών κοντά στον τόπο διαμονής τους
- 2) Θέσπιση μέγιστου ορίου παρακολούθησης της υγείας των δικαιούχων
- 3) Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά τα πρότυπα των τεχνικών απαιτήσεων με βάση τα ιατρικά στοιχεία
- 4) Οικονομική κάλυψη που συμπληρώνει έως το 20% του κόστους, η οποία συνολικά να μην ξεπερνά το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του δικαιούχου (Government of Chile 2002).

Ο FONASA είναι ο οργανισμός που έχει ως αρμοδιότητα την συλλογή, την διαχείριση και την διανομή των φορολογικών πόρων στο σύστημα υγείας στα πλαίσια της πολιτικής MINSAL για την χρηματοδότηση των παροχών του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Χιλής (SNSS) (who.int).

Κατά το 1981 η δικτατορική κυβέρνηση του Αουγκούστο Πινοσέτ στα πλαίσια της φιλελευθεροποίησης της οικονομίας της Χιλής που προωθούσε, άνοιξε τον δρόμο για την δημιουργία του ιδιωτικού συστήματος υγείας της Χιλής. Μαζί με αυτό ίδρυσε τους αρμόδιους φορείς σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση, τους γνωστούς ως “ISAPRES” (Instituciones de Salud Previsional), με σκοπό την βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Βέβαια, η δημιουργία των ISAPRES έχει δημιουργήσει ποικίλες αντιδράσεις στον πληθυσμό, καθώς έχουν παρατηρηθεί φαινόμενα όπως συνεχής αύξηση των τιμών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και διακρίσεις με βάση την φυλή ή το φύλο (Zamora R.-A. 2012).

Το 1990 εκδόθηκε το νομοθετικό διάταγμα 18,933 σχετικά με την Εποπτεία του συστήματος ISAPRES, με σκοπό να προστατεύει, να προωθεί και να διασφαλίζει την ισότιμη συμμόρφωση με τα δικαιώματα των πολιτών στην υγεία (supersalud.gob.cl).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Χιλής χρηματοδοτείται μέσω του φόρου εισοδήματος των εργαζομένων, ο οποίος κυμαίνεται στο 7% του μισθού του. Από τη μία λοιπόν το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας από την κυβέρνηση, υπάρχουν αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας που αξιολογούν επιπλέον ασφάλιστρα κατά 7% από τα κανονικά ασφάλιστρα για να παρέχουν ποιοτικότερη ασφάλιση υγείας.

Εξ αιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας όμως, ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας στην Χιλή δρουν χωριστά αντί να συνεργάζονται και να συντονίζουν τις λειτουργίες τους για τους κοινούς στόχους στην υγεία. Από την μια στα δημόσια νοσοκομεία η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει μια σχετικά αξιοπρεπή οργάνωση, ενώ η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από εξωτερικά ιατρεία και νοσοκομεία και παρατηρείται μειωμένη ποιότητα παροχών υγείας. Αντίθετα ο ιδιωτικός τομέας έχει παραμελήσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και έχει εστιάσει περισσότερο στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα (BastiasG. etal. 2008).

9.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Χιλής

Στην Χιλή η ηλικία συνταξιοδότησης είναι τα 65 έτη για τους άνδρες και τα 60 για τις γυναίκες εντός του καθορισμένου ορίου συστήματος εισφορών.

Στα άτομα που δεν λαμβάνουν κάποιο άλλο επίδομα σύνταξης χορηγείται η Βασική Σύνταξη Αλληλεγγύης (PBS). Ακόμα, άτομα που λαμβάνουν χαμηλή συνταξιοδοτική επιχορήγηση (χαμηλότερη από το ποσό της Μέγιστης Προνοιακής Σύνταξης (PMAS)), δικαιούνται την Επικουρική Προνοιακή Σύνταξη (APS). Τα κριτήρια χορήγησής της είναι ίδια με αυτά της Βασικής Σύνταξης Αλληλεγγύης (OECD 2018).

Σημαντική μεταρρύθμιση στο συνταξιοδοτικό σύστημα της Χιλής αποτέλεσε αυτή της 4^{ης} Νοεμβρίου 1980 επί δικτατορίας Αουγκούστο Πινοσέτ, όταν ο υπουργός Εργασίας και Συντάξεων Χοσέ Πινιέρα σε συνεργασία με την ομάδα οικονομολόγων που έμειναν γνωστοί ως “ChicagoBoys”, άλλαξε το συνταξιοδοτικό σύστημα PAYGO του 1926 σε σύστημα χρηματοδότησης κεφαλαίων που διοικείται από επενδυτικά ταμεία, ανοίγοντας στην ουσία τον δρόμο για την ιδιωτικοποίηση του συνταξιοδοτικού συστήματος της Χιλής μέσω των ιδιωτικών συνταξιοδοτικών ταμείων (AFP’s). Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, οι εργοδότες θα έπρεπε να παραθέτουν σε αυτά ένα μέρος των αποδοχών των εργαζομένων (Ruiz-Tangle J.-V., Castro F. 1998).

Η κυβέρνηση της Χιλής είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των ιδιωτικών συνταξιοδοτικών ταμείων. Για παράδειγμα κάθε συνταξιοδοτικό ταμείο θα πρέπει να καταθέτει στο κράτος κάποια ελάχιστα αποθεματικά, ενώ τα είδη των επενδύσεων που επιτρέπονται ορίζονται από τον νόμο. Τα συνταξιοδοτικά ταμεία της Χιλής ακολουθούν τις εξής εγγυήσεις:

- 1) Οι πολίτες που συνεισφέρουν σε ένα ταμείο για τουλάχιστον 20 έτη έχουν εγγυημένη ελάχιστη σύνταξη.
- 2) Εάν ένα συνταξιοδοτικό ταμείο δεν μπορεί να συγκεντρώσει ένα ελάχιστο καθορισμένο κέρδος, ρευστοποιείται και τα περιουσιακά του στοιχεία μεταβιβάζονται σε άλλο ταμείο
- 3) Σε περίπτωση χρεωκοπίας ενός συνταξιοδοτικού ταμείου, το κράτος καταβάλλει τα έξοδα των συντάξεων (Wikipedia).

9.4 Το κοινωνικό κράτος στην Χιλή

Η χρονιά ορόσημο για την ίδρυση του κοινωνικού κράτους στην Χιλή θεωρείται το 1932 οπότε και ψηφίσθηκε από το κοινοβούλιο της χώρας το νομοσχέδιο σχετικά με το πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας, το οποίο προσέφερε ευρεία κάλυψη για όλους τους κοινωνικούς κινδύνους.

Ήδη μέχρι την δεκαετία του 1970 η κοινωνική προστασία στην Χιλή προσέφερε σε σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού πλήρη κάλυψη απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους. Το ποσοστό του πληθυσμού που κάλυπτε η κοινωνική προστασία ήταν σε αύξουσα τάση, όπως σε αύξουσα τάση ήταν και οι δαπάνες για την κοινωνική

ασφάλιση, οι οποίες κατά το έτος 1971 είχαν φτάσει σε ποσοστό 17% του ΑΕΠ της χώρας (Mesa-Lago 1989), αρκετά παραπάνω σε σύγκριση με τις δαπάνες των άλλων χωρών της Λατινικής Αμερικής για την κοινωνική ασφάλιση.

Αυτό άλλαξε όταν ανέλαβε την εξουσία ο δικτάτορας Αουγκούστο Πινοσέτ, ο οποίος στα πλαίσια φιλελευθεροποίησης της οικονομίας της χώρας που ο ίδιος προωθούσε, μείωσε αρκετά τις δαπάνες για την κοινωνική πρόνοια, ώστε το 1980 οι δαπάνες για την πρόνοια να μην ξεπερνούν το 11% του ΑΕΠ, ποσοστό ανάλογο με τις άλλες χώρες της Λατινικής Αμερικής (Mesa-Lago C. 1978). Η δικτατορική κυβέρνηση Πινοσέτ μεταξύ άλλων προώθησε ένα ενιαίο επίδομα για την ανεργία, και τις πληρωμές και ένα κοινό ταμείο για τα οικογενειακά επιδόματα, την κατώτατη σύνταξη, τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές παροχές, με πιο σημαντική μεταρρύθμιση την ιδιωτικοποίηση του συνταξιοδοτικού συστήματος και του συστήματος υγείας το 1981 (Huber E. 1995).

Κατά την δεκαετία του 2000 άρχισε μια τύπος «επανασύσταση» του κοινωνικού κράτους στην Χιλή. Συστήθηκε ένα σύνολο κοινωνικών προγραμμάτων όπως το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα για τα νοικοκυριά με μειωμένο εισόδημα, καθώς επίσης και πρόσβαση σε υπηρεσίες όπως εκπαίδευση, υγεία και παιδική φροντίδα (MIDES 2017). Όλα αυτά είχαν ως στόχο την προστασία των κοινωνικά αδύνατων ομάδων από τους κοινωνικούς κινδύνους.

Κεφάλαιο 10: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Ελβετίας

Η Ελβετία αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα χώρας που ακολουθεί το φιλελεύθερο μοντέλο στην οικονομία, με έμφαση στην ελευθερία της αγοράς και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Η οικονομία της Ελβετίας κατατάσσεται πρώτη στον κόσμο στον Παγκόσμιο Δείκτη Καινοτομίας του 2015 και τρίτη στην Έκθεση Παγκόσμιας Ανταγωνιστικότητας του 2020. Σύμφωνα με τα στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών για το 2016, η Ελβετία είναι η

τρίτη πλουσιότερη κλειστή χώρα στον κόσμο μετά το Λιχτενστάιν και το Λουξεμβούργο. Μαζί με την τελευταία και τη Νορβηγία (Globalinnovationindex.org 2016).

Η Ελβετία διοικητικά χωρίζεται σε 26 καντόνια με βάση την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση του 1979. Τα καντόνια έχουν αρκετές διοικητικές αρμοδιότητες, μιας και η Ελβετία ακολουθεί το μοντέλο της αποκεντρωμένης διοίκησης, με αρκετές εξουσίες να είναι στα χέρια της αυτοδιοίκησης. Μεταξύ αυτών των αρμοδιοτήτων ενάγονται και οι πολιτικές παροχής κοινωνικής φροντίδας. Το κράτος να μεν καθορίζει μια κοινή γραμμή πολιτικής μεταξύ των καντονιών, ωστόσο, υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς την επί μέρους κοινωνική πολιτική που αυτά εφαρμόζουν.

Σημαντικό ρόλο στον διαχωρισμό της Ελβετίας σε καντόνια και το σύστημα αποκεντρωμένης διοίκησης που ακολουθεί, ένα σύστημα το οποίο έχει θεωρηθεί ως πρότυπο από αρκετούς πολιτικούς σχολιαστές, έχει διαδραματίσει και ο Έλληνας Κυβερνήτης Ιωάννης Καποδίστριας, ο οποίος βρισκόταν στην Ελβετία κατά την περίοδο 1813-1814 ως απεσταλμένος του Τσάρου της Ρωσίας. Εκείνη την περίοδο η Ελβετία ήταν σε κρίση και επικρατούσε διχασμός στην κοινωνία. Χάρη στην συνδρομή του αυτή η κρίση ξεπεράστηκε, ενώ τα καντόνια τα οποία ήταν δικό του δημιούργημα απέκτησαν διοικητική αυτονομία, καθώς και δικό τους Σύνταγμα (AmbergL. 2013).

Αυτός είναι και ο λόγος που ο Έλληνας Κυβερνήτης και πρώην Υπουργός Εξωτερικών της Ρωσίας Ιωάννης Καποδίστριας τιμάται ως ήρωας από το Ελβετικό κράτος.

10.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ελβετίας

Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ελβετίας επηρεάζεται από το μοντέλο αποκεντρωμένης διοίκησης που ακολουθεί η Ελβετία, η οποία είναι χωρισμένη σε καντόνια τα οποία έχουν αρκετές εξουσίες, μεταξύ αυτών και η διοίκηση της εκπαίδευσης. Το ομοσπονδιακό κράτος όμως έχει θεσπίσει ως υποχρεωτική την εκπαίδευση στο δημοτικό σχολείο (πρωτοβάθμια εκπαίδευση) και δωρεάν στα κρατικά σχολεία, στα

οποία φοιτά το 95% των μαθητών, ενώ έχει την αρμοδιότητα να διοικεί τα κρατικά Πανεπιστήμια (τριτοβάθμια εκπαίδευση) (Wikipedia).

Στην Ελβετία η υποχρεωτική εκπαίδευση διαρκεί έντεκα (11) έτη, με την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (νηπιαγωγείο, δημοτικό) να διαρκεί οκτώ (8) έτη και την δευτεροβάθμια εκπαίδευση να διαρκεί άλλα τρία (3) έτη.

Τα καντόνια έχουν την ευθύνη για την οργάνωση της εκπαίδευσης μέσω του καθορισμού του προγράμματος σπουδών, της διδακτέας ύλης και του αριθμού των διδασκόμενων μαθημάτων (educa.ch 2021).

Σε ό,τι αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση στην Ελβετία, υπάρχουν τρία (3) είδη ιδρυμάτων όπου μπορεί κάποιος να φοιτήσει, τα Πανεπιστήμια, τα Πανεπιστήμια Εφαρμοσμένων Επιστημών, και τα Πανεπιστήμια για εκπαιδευτικούς. Αυτά τα ιδρύματα αναλαμβάνουν την αρχική εκπαίδευση και κατάρτιση των φοιτητών, την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση και την έρευνα, ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών σε τρίτους (educa.ch 2021).

- 1) Τα πανεπιστήμια είναι τα παραδοσιακά ακαδημαϊκά ιδρύματα για την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Υπάρχουν δέκα (10) Πανεπιστήμια υπό την διοίκηση του εκάστοτε Καντονιού και τα δύο Ομοσπονδιακά Ινστιτούτα Τεχνολογίας (FIT) που διαχειρίζεται η Συνομοσπονδία. Κατά κανόνα, για την εισαγωγή σε πανεπιστήμιο απαιτείται πτυχίο. Οι μελέτες έχουν επιστημονική προσέγγιση.
- 2) Τα πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών συμπληρώνουν την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και κατάρτιση με προγράμματα επαγγελματικά προσανατολισμένα. Σήμερα υπάρχουν οκτώ δημόσια και ένα ιδιωτικό πανεπιστήμιο εφαρμοσμένων επιστημών. Κατά κανόνα, η εισαγωγή σε ένα πανεπιστήμιο εφαρμοσμένης επιστήμης απαιτεί Ομοσπονδιακό Επαγγελματικό Απολυτήριο, αλλά και η εισαγωγή με άλλα προσόντα είναι δυνατή. Παρέχουν εκπαίδευση και κατάρτιση βασισμένη στην επιστήμη και πρακτική.
- 3) Τα πανεπιστήμια εκπαίδευσης εκπαιδευτικών είναι υπεύθυνα για την αρχική αλλά και τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών. Τυπολογικά ανήκουν στα πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών, αλλά

έχουν εντολή για την τακτική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών. Ο τίτλος κανονικής εισαγωγής είναι Απολυτήριο.

10.2 Το σύστημα υγείας της Ελβετίας

Το σύστημα υγείας της Ελβετίας έχει αρκετές επιρροές από το μοντέλο Bismarck, ωστόσο, έχει αρκετές διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς υπάρχει μικρή κοινωνική συμμετοχή ως προς την χρηματοδότηση, ενώ υπάρχουν αρκετά στοιχεία ανταγωνισμού.

Ως προς τις εισφορές για την υγεία, οι ασφαλισμένοι πληρώνουν από τα ασφάλιστρα τους χωρίς να συνεισφέρει ο εργοδότης τους. Τα ποσά που δίνουν είναι με βάση τον κανόνα της ισότητας των εισφορών για τους ενήλικες του ασφαλιστικού ταμείου μιας περιοχής. οι ασφαλισμένοι πολίτες έχουν να επιλέξουν μεταξύ πολλών ταμείων με την ίδια βασική κάλυψη υγείας αλλά διαφορετικές εισφορές, ενώ αρκετοί είναι οι πολίτες που δικαιούνται έκπτωση στις εισφορές, τις οποίες καλύπτει η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τα καντόνια, μιας και υπάρχει η πολιτική να μην πληρώνει κανένα νοικοκυριό περισσότερο από 10% του εισοδήματός του για ασφάλιστρα (Τριανταφύλλου Μ. 2004).

Η ασφάλιση υγείας καλύπτει τα έξοδα νοσηλείας και νοσηλείας του ασφαλισμένου. Ωστόσο, ο ασφαλισμένος πληρώνει μέρος του κόστους θεραπείας. Αυτό γίνεται με τους εξής τρόπους:

- μέσω ετήσιας υπέρβασης (ή έκπτωσης, που ονομάζεται *franchise*), η οποία κυμαίνεται από 300 Ελβετικά Φράγκα έως 2.500 CHF κατ' ανώτατο

όριο (1.534 \$ προσαρμοσμένα σε PPP) για έναν ενήλικα, όπως επιλέγεται από τον ασφαλισμένο (τα ασφάλιστρα προσαρμόζονται ανάλογα).

- με χρέωση 10% του κόστους πέρα και πάνω από το πλεόνασμα. Αυτό είναι γνωστό ως διατήρηση και είναι έως και 700 CHF (429 \$ προσαρμοσμένο σε PPP) ανά έτος.

Οι διεθνείς υπάλληλοι , τα μέλη των πρεσβειών και τα μέλη των οικογενειών τους εξαιρούνται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα αιτήματα για εξαιρέσεις διεκπεραιώνονται από την αντίστοιχη καντονική αρχή και πρέπει να απευθύνονται απευθείας σε αυτές (FOPH 2013).

Στην ιδιωτική κάλυψη η ασφάλιση μπορεί να συμπληρωθεί με ιδιωτικά συμπληρωματικά ασφαλιστήρια συμβόλαια που επιτρέπουν την κάλυψη ορισμένων από τις κατηγορίες θεραπείας που δεν καλύπτονται από τη βασική ασφάλιση ή τη βελτίωση του επιπέδου δωματίου και εξυπηρέτησης σε περίπτωση νοσηλείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συμπληρωματική ιατρική, συνήθειες οδοντιατρικές θεραπείες, νοσηλεία σε νοσηλεία σε ημιιδιωτικό ή ιδιωτικό θάλαμο και άλλα, τα οποία δεν καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση (Wikipedia).

Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εισήχθη το πρόγραμμα “netCare” για ήσσονος σημασίας προβλήματα υγείας το 2016, όπου οι φαρμακοποιοί πραγματοποιούν τυποποιημένη διαλογή και μπορούν να συνταγογραφούν φάρμακα, ενώ μπορούν να γίνουν οποιαδήποτε στιγμή ηλεκτρονικές συνεδρίες με τον θεράποντα ιατρό (PharmaceuticalJournal 2018).

Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελβετία είναι 11,4% του ΑΕΠ (2010), συγκρίσιμο με τη Γερμανία και τη Γαλλία (11,6%) και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά σημαντικά μικρότερο από ό,τι στις ΗΠΑ (17,6%). Μέχρι το 2015 το κόστος είχε ανέλθει στο 11,7% του ΑΕΠ -το δεύτερο υψηλότερο στην Ευρώπη (BallasD. etal. 2017).

10.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ελβετίας

Στην Ελβετία το 1985 ιδρύθηκε το σύστημα επαγγελματικής συνταξιοδότησης, το οποίο είναι χτισμένο γύρω από «καθορισμένες πιστώσεις» στον συνταξιοδοτικό λογαριασμό ενός ατόμου και ισχύει για άτομα που έχουν ετήσιο εισόδημα τουλάχιστον 21 150 CHF ετησίως. Οι πιστώσεις ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία,

ενώ η αξία τους καθορίζεται από τους συσσωρευμένους τόκους των προηγούμενων ετών. Ακόμα, Ο εργοδότης πρέπει να πληρώσει τουλάχιστον τις μισές από αυτές τις πιστώσεις γήρατος, ενώ ο εργαζόμενος το υπόλοιπο. Ο ατομικός λογαριασμός σύνταξης μετατρέπεται σε ετήσια συνταξιοδοτική παροχή κατά τη συνταξιοδότηση, χρησιμοποιώντας συντελεστή μετατροπής 6,80%. Επιπλέον, ο συνταξιούχος δικαιούται να λάβει τουλάχιστον το ένα τέταρτο της σύνταξής του ως εφάπαξ (PAG 2019).

Στην Ελβετία οι συντάξεις γήρατος χορηγούνται με βάση τρεις (3) πυλώνες: το βασικό κρατικό καθεστώς ασφάλισης γήρατος και επιζώντων, την επαγγελματική πρόνοια και την ατομική πρόνοια (European Commission 2012).

- 1) Το βασικό κρατικό καθεστώς ασφάλισης γήρατος και επιζώντων προορίζεται για την κάλυψη βασικών αναγκών και της συνταξιοδότησης. Η ελάχιστη σύνταξη γήρατος είναι στα 1195 Ελβετικά Φράγκα και η μέγιστη στα 2390 Φράγκα. Το ύψος της σύνταξης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως ο αριθμός των ετών που ο δικαιούχος έχει καταβάλλει εισφορές στο ταμείο OASI. Όσο περισσότερες εισφορές έχει καταβάλλει κάποιος σε αυτό το ταμείο τόσο μεγαλύτερο συνταξιοδοτικό ποσό δικαιούται
- 2) Η επαγγελματική πρόνοια σχετίζεται με τις εισφορές του δικαιούχου κατά την διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας, αλλά και τους κανονισμούς του ταμείου συντάξεων που καταβάλλει, ούτως ώστε όταν θα φτάσει την ηλικία συνταξιοδότησης ο δικαιούχος να λαμβάνει την μηνιαία σύνταξη με βάση το ποσό που έχει συγκεντρώσει. Τα διάφορα συνταξιοδοτικά ταμεία παρέχουν επιλογές όπως η πληρωμή του ¼ ή περισσότερων του 2ου πυλώνα σας με τη μορφή εφάπαξ ποσού (εφάπαξ πληρωμή) και το υπόλοιπο με τη μορφή μηνιαίας σύνταξης ή ολόκληρης της εφάπαξ πληρωμής αντί για σύνταξη
- 3) Σχετικά με την ατομική πρόνοια, το ύψος των μη υποχρεωτικών εισφορών βοηθούν στην αύξηση των συνολικών συνταξιοδοτικών αποταμιεύσεων (ch.ch/retirement).

10.4 Η Κοινωνική πολιτική της Ελβετίας

Το σύστημα κοινωνικής πολιτικής στην Ελβετία δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρό σε σύγκριση με άλλες χώρες που φιγουράρουν υψηλά στην κατάταξη ευημερίας όπως για παράδειγμα οι χώρες της Σκανδιναβίας. Άλλωστε, η Ελβετία θεωρείται ως χώρα

πρότυπο ελεύθερης οικονομίας της αγοράς, ενώ σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ το 19,6% του ΑΕΠ που δαπανάται για την πρόνοια δεν αποκλίνει από τα ποσοστά που έχουν κατά μέσο όσο χώρες που λειτουργούν με ελεύθερη οικονομία (ΟΟΣΑ 2017).

Το κράτος πρόνοιας ιδρύθηκε στην Ελβετία στα τέλη του 19ου αιώνα και η ύπαρξη και το βάθος του διέφεραν μεμονωμένα ανά καντόνι. Μερικά από τα προγράμματα που υιοθετήθηκαν για πρώτη φορά στα ελβετικά καντόνια ήταν η βοήθεια έκτακτης ανάγκης, τα δημοτικά σχολεία και τα σπίτια για ηλικιωμένους και τα παιδιά. Η συνταγματική εντολή της Ελβετικής Συνομοσπονδίας το 1945 εισήγαγε επίδομα μητρότητας για τις γυναίκες, ωστόσο η αδυναμία του Κοινοβουλίου να ψηφίσει νόμους που χρηματοδοτούν τα προγράμματα οδήγησε σε στάσιμη εφαρμογή μέχρι το 2004 (geschichtedersozialensicherheit.ch 2008).

Ως προς την κοινωνική ασφάλιση, οι βασικές αρχές της κοινωνικής ασφάλισης βρίσκονται στα άρθρα 111 έως 114 και στα άρθρα 116 και 117 του Ομοσπονδιακού Συντάγματος της Ελβετίας .

Το άρθρο 111 ορίζει τη λεγόμενη «αρχή των τριών πυλώνων», η οποία ρυθμίζει τη δομή των παροχών συνταξιοδότησης, επιζώντων και αναπηρίας. Το άρθρο 112 παρέχει τη βάση για την ασφάλιση γήρατος, επιζώντων και αναπηρίας, στο άρθρο 113 αυτό των επαγγελματικών συντάξεων. Το άρθρο 114 ρυθμίζει τη βάση της ασφάλισης ανεργίας. Οι διατάξεις για τα οικογενειακά επιδόματα και την ασφάλιση μητρότητας ορίζονται στο άρθρο 116. Τέλος, στο άρθρο 117 η ασφάλιση ασθένειας και ατυχήματος ρυθμίζεται από το συνταγματικό δίκαιο (Wikipedia).

Η κοινωνική ασφάλιση εισήχθη στην Ελβετία το 1948 και περιλαμβάνει: ασφάλιση ανεργίας, αποζημιώσεις εισοδήματος, οικογενειακά επιδόματα, ασφάλιση αναπηρίας, ασφάλιση ατυχημάτων, ασφάλιση υγείας, συνταξιοδοτικά ταμεία, κοινωνική βοήθεια και άλλες επιπρόσθετες υπηρεσίες (Britannica 2019).

Κεφάλαιο 11 Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Ιρλανδίας

Η Ιρλανδία είναι ακόμα μία Αγγλόφωνη/Αγγλοσαξονική χώρα που ακολουθεί το φιλελεύθερο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής και κατ' επέκταση ακολουθεί φιλελεύθερες οικονομικές πολιτικές.

Η Ιρλανδία είναι από τις χώρες που έχουν το υψηλότερο επίπεδο ζωής στον πλανήτη, καθώς το έτος 2021 το ΑΕΠ ανά κάτοικο υπολογίζεται στα 85206 δολάρια, ούσα στην δεύτερη θέση της κατάταξης πίσω μόνον από το Λουξεμβούργο (statisticstimes.com 2021). Επίσης, η Ιρλανδία βρίσκεται στην δεύτερη θέση ανάπτυξης του ΑΕΠ πάλι για το έτος 2021, πίσω μόνον από το Μακάο.

Η οικονομία της Δημοκρατίας της Ιρλανδίας είναι μια εξαιρετικά ανεπτυγμένη οικονομία της γνώσης, που επικεντρώνεται στις υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας, των βιοεπιτημών, των χρηματοοικονομικών υπηρεσιών και των αγροτικών επιχειρήσεων, συμπεριλαμβανομένων των γεωργικών προϊόντων διατροφής. Η Ιρλανδία είναι μια ανοιχτή οικονομία και κατέχει την πρώτη θέση για ροές άμεσων ξένων επενδύσεων (ΑΞΕ) υψηλής αξίας. Στους πίνακες του παγκόσμιου κατά κεφαλήν ΑΕΠ, η Ιρλανδία κατατάσσεται στην 4η θέση από το 186 στον πίνακα του ΔΝΤ και στην 4η από την 187η Κατάταξη της Παγκόσμιας Τράπεζας (International Monetary Fund 2020).

Μετά από μια περίοδο συνεχούς ανάπτυξης σε ετήσιο επίπεδο από το 1984 έως το 2007, η ιρλανδική χρηματοπιστωτική κρίση μετά το 2008 επηρέασε σοβαρά την οικονομία, επιδεινώνοντας τα εγχώρια οικονομικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάρρευση της ιρλανδικής φούσκας ακινήτων. Η Ιρλανδία γνώρισε για πρώτη φορά μια σύντομη τεχνική ύφεση από το 2ο- τρίμηνο του 2007, ακολουθούμενη από μια ύφεση από το πρώτο τρίμηνο του 2008 έως το τέταρτο τρίμηνο του 2009 (PaidragD. 2012).

Έκτοτε όμως, η Δημοκρατία της Ιρλανδία όχι μόνον έχει καταφέρει να ξεπεράσει την οικονομική κρίση 2008-2013, αλλά έχει πλέον σημαντική ανάπτυξη τόσο στην οικονομία, όσο και στο επίπεδο ζωής των κατοίκων της.

11.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ιρλανδίας

Η υποχρεωτική εκπαίδευση στην Ιρλανδία διαρκεί εννέα (9) έτη, από τα έξι (6) έως τα δεκαπέντε (15) έτη, με την πρωτοβάθμια να διαρκεί συνολικά 8 έτη (4-6 νηπιαγωγείο, 6-12 δημοτικό). Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση χωρίζεται σε δύο (2) κύκλους, τον πρώτο που διαρκεί τρία (3) έτη (12-15) και είναι υποχρεωτική η φοίτηση, και τον δεύτερο που επίσης διαρκεί τρία (3) έτη και είναι προαιρετική η φοίτηση. Για τα τρία πρώτα έτη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υπάρχουν τέσσερα (4) είδη δημοσίων σχολείων όπου μπορεί να φοιτήσει κάποιος μαθητής: τα θρησκευτικά, τα επαγγελματικά, τα πολυκλαδικά και τα κοινοτικά σχολεία (dasta.cs).

Όσον αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση, υπάρχουν έξι (6) κατηγορίες εκπαιδευτικών ιδρυμάτων που μπορεί να φοιτήσει κάποιος: τα Πανεπιστήμια, τα Τεχνολογικά Ινστιτούτα, τα Εθνικά Ιδρύματα, τα εκπαιδευτικά Κολλέγια, τα αναγνωρισμένα από Ιρλανδικά Πανεπιστήμια Κολλέγια, καθώς και τα ιδρύματα ανεξάρτητης εκπαίδευσης.

Σχετικά με την πληρωμή των διδασκτρων, οι φοιτητές υποχρεούνται να πληρώσουν ένα «τέλος εγγραφής» κατά την είσοδο στα μαθήματά τους. Αυτές οι χρεώσεις καλύπτουν δαπάνες όπως η χρήση εξοπλισμού, τα έξοδα διαχείρισης και τα έξοδα εξετάσεων. Οι χρεώσεις ήταν 1.500 € ανά μαθητή για το σχολικό έτος 2009/10. Αυτές οι χρεώσεις έχουν χαρακτηριστεί ως "ανεπίσημες αμοιβές" και ορισμένοι επικεφαλής πανεπιστημίων παραδέχθηκαν ότι "οι χρεώσεις εγγραφής φοιτητών είναι αμοιβές με οποιοδήποτε άλλο όνομα". Το 2011, μετά από μεγάλες ετήσιες αυξήσεις, το τέλος εγγραφής καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε με «φοιτητική εισφορά». Για το σχολικό έτος 2019/2020 το τέλος αυτό ανήλθε σε 3.000 € (ucd.ie 2010). Βέβαια, η ανάπτυξη της οικονομίας από τη δεκαετία του 1960 έχει οδηγήσει σε μεγάλο μέρος της αλλαγής στο εκπαιδευτικό σύστημα. Για τα πανεπιστήμια υπάρχουν διδάκτρα εξυπηρέτησης φοιτητών (έως 3.000 ευρώ το 2015), τα οποία οι φοιτητές καλούνται να πληρώσουν κατά την εγγραφή, για την κάλυψη των εξόδων εξετάσεων, ασφάλισης και εγγραφής (studiesfinance.ie 2010).

11.2 Το σύστημα υγείας της Ιρλανδίας

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ιρλανδία παρέχεται μέσω δημόσιας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης διέπεται από τον νόμο περί υγείας του 2004, ο οποίος οδήγησε στην ίδρυση ενός νέου οργανισμού που είναι υπεύθυνος για την παροχή υγειονομικών και προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών σε όλους όσους ζουν στην Ιρλανδία – το Health Service Executive, το οποίο ξεκίνησε τα παρέχει τις υπηρεσίες του την 1^η Ιανουαρίου 2005. Ωστόσο, οι νέες δομές βρίσκονται επί του παρόντος στη διαδικασία ίδρυσης καθώς το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων συνεχίζεται. Εκτός από τον δημόσιο τομέα, υπάρχει επίσης και μια μεγάλη ιδιωτική αγορά υγειονομικής περίθαλψης (Wikipedia).

Ένα άτομο που ζει στην Ιρλανδία για τουλάχιστον ένα έτος θεωρείται από το HSE ότι είναι «μόνιμος κάτοικος» και δικαιούται είτε πλήρη πρόσβαση (Κατηγορία 1) είτε περιορισμένη πρόσβαση (Κατηγορία 2) στις υπηρεσίες υγείας.

Άτομα που δεν διαμένουν στην Ιρλανδία για τουλάχιστον ένα έτος πρέπει να δείξουν την HSE ότι είναι η πρόθεσή τους να παραμείνουν για τουλάχιστον ένα έτος προκειμένου να είναι έχουν πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τα ενδιαφερόμενα άτομα πρέπει επίσης να επικοινωνήσουν με το HSE για να καταθέσουν τα ζητούμενα έγγραφα που πιστοποιούν ότι πληρούν τις προϋποθέσεις για πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (hse.ie).

Η Ιατρική Κάρτα –η οποία δίνει δικαίωμα στους κατόχους δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης, επισκέψεων γιατρών, οδοντιατρικών υπηρεσιών, οπτικών υπηρεσιών, ακουστικών υπηρεσιών, συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ιατρικών συσκευών – είναι διαθέσιμη σε όσους λαμβάνουν επιδόματα πρόνοιας, σε χαμηλόμισθους, σε πολλούς συνταξιούχους και σε ορισμένες άλλες περιπτώσεις. Οι μόνες ιατρικές παθήσεις που φέρουν αυτόματο δικαίωμα για κάρτα είναι το σύνδρομο θαλιδομίδης, η χειρουργική συμφυσιτομή και τα παιδιά με καρκίνο (hse.ie).

Τα άτομα που δεν δικαιούνται Ιατρική κάρτα (περίπου το 68% του πληθυσμού), θα πρέπει να πληρώνουν με δικά τους έξοδα την υγειονομική τους περίθαλψη. Υπάρχει

μια χρέωση 100 € A&E για όσους παρακολουθούν τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών χωρίς συστατική επιστολή από οικογενειακό γιατρό (μια επίσκεψη στην οποία συνήθως κοστίζει 45–75 €, αν και ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες προσφέρουν τιμές τόσο χαμηλές όσο 25–35 € για πάνω από -65 και μαθητές). Οι νοσοκομειακές χρεώσεις (για εσωτερικούς ασθενείς) είναι μια πάγια αμοιβή 80 € ανά ημέρα έως 800 € κατ' ανώτατο όριο σε οποιαδήποτε περίοδο δώδεκα μηνών, ανεξάρτητα από την πραγματική φροντίδα που λαμβάνεται. Ειδικές αξιολογήσεις και διαγνωστικές αξιολογήσεις (όπως ακτινογραφίες , εργαστηριακές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία. κλπ.) παρέχονται δωρεάν (Inhicoredoctors.ie 2017).

Σε ό,τι αφορά την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, υπάρχουν η VhiHealthcare (η οποία ανήκει εν μέρει στην κυβέρνηση), η LayaHealthcare και η Aviva που παρέχουν ασφάλιση υγείας, μεταξύ άλλων υπηρεσιών. Το QuoteDevil ιδρύθηκε το 2006 για να παρέχει ασφάλιση υγείας μεταξύ άλλων τύπων ασφάλισης. Στις 2 Ιουλίου 2012, η GloHealth εισήλθε στην αγορά για να γίνει η τέταρτη ιδιωτική εταιρεία ασφάλισης υγείας της Ιρλανδίας.

Το 2005, το 47,6% των ατόμων καλύπτονταν από ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ρυθμιστικός φορέας για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι η Αρχή Ασφάλισης Υγείας . Το 2015 το ποσοστό των ατόμων που αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας μειώθηκε στο 40%, αλλά αυτό εξακολουθεί να είναι το υψηλότερο ποσοστό από οποιαδήποτε ευρωπαϊκή χώρα. Το μέσο ετήσιο κόστος της βασικής ασφάλισης υγείας ήταν 1.850 ευρώ το 2017. Μόνο το 13% των συνολικών δαπανών της Ιρλανδίας για την υγειονομική περίθαλψη αποδόθηκε στην ιδιωτική ασφάλιση (HealthConsumerPowerhouse 2016).

Σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες της Ιρλανδίας για την υγεία κατατάσσονται στο πρώτο μισό, αλλά όταν εκφράζονται ως ποσοστό του ΑΕΠ (7,6 τοις εκατό το 2007) κατατάσσονται στο χαμηλότερο άκρο του φάσματος του ΟΟΣΑ. Το 2009 διατέθηκαν 15,5 δισεκατομμύρια ευρώ για τη χρηματοδότηση του συστήματος δημόσιας υγείας και κοινωνικής περίθαλψης στην Ιρλανδία, συμπεριλαμβανομένων πληρωμών σε οικογενειακούς γιατρούς και κοινοτικούς φαρμακοποιούς (McCallionDaniel 2010).

11.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Ιρλανδίας

Στην Ιρλανδία ένα άτομο δικαιούται σύνταξη μεταβατικού χαρακτήρα όταν φτάσει τα 65ή τα 66 έτη και έχει σταματήσει να δραστηριοποιείται επαγγελματικά σε συνθήκες πλήρους απασχόλησης, ενώ παράλληλα πληροί τις προϋποθέσεις εισφορών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (EuropeanComission 2012).

Οι εισφορές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Ιρλανδίας είναι οι εξής:

- 1) Η καταβολή των εισφορών να έχει ξεκινήσει πριν τα 55 έτη
- 2) Να έχουν διατεθεί τουλάχιστον 520 εισφορές κατάλληλου ύψους
- 3) Ο ετήσιος μέσος όρος εισφορών να είναι τουλάχιστον 24 εβδομάδων

Η σύνταξη εισφορών χορηγείται σε άτομα που έχουν συμπληρώσει τα 66 έτη και πληρούν τα κριτήρια εισφορών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Σε αντίθεση με όσους δικαιούνται την σύνταξη μεταβατικού χαρακτήρα, οι δικαιούχοι της σύνταξης εισφορών έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν και κάποιο άλλο εισόδημα εκτός από την σύνταξη.

Για το μέγεθος της σύνταξης υπάρχει Η νέα Προσέγγιση Συνολικών Εισφορών (TCA), δηλαδή, συνολικός αριθμός των εισφορών PRSI που κατέβαλλε ο δικαιούχος λαμβάνεται υπόψη όταν το DSP αξιολογεί την αίτησή του για σύνταξη.

Ο υπολογισμός του TCA περιλαμβάνει το νέο Σχέδιο Περιόδων Φροντίδας Κατ' Οίκον . Οι αλλαγές ωφελούν τα άτομα που περνούν χρόνο εκτός του αμειβόμενου χώρου εργασίας, ενώ ανατρέφουν οικογένεια ή έχουν ρόλο φροντίδας.

Όταν συμπληρωθεί η ηλικία συνταξιοδότησης την ή μετά την 1η Σεπτεμβρίου 2012, το ποσοστό σύνταξης μπορεί να υπολογιστεί με 2 τρόπους: χρησιμοποιώντας τον κανόνα μέσου όρου ή χρησιμοποιώντας το νέο TCA. Το DSP θα πραγματοποιήσει και τους δύο υπολογισμούς και θα επιλέξει όποιο σας δίνει το καλύτερο ποσοστό σύνταξης. Το Εθνικό Πλαίσιο Συντάξεων πρότεινε να εισαχθεί το TCA για να αντικαταστήσει τον τρέχοντα κανόνα μέσου όρου . Ωστόσο, απαιτείται νομοθεσία προτού τεθούν σε ισχύ οποιεσδήποτε αλλαγές (citizensinformation.ie 2021).

11.4 Η κοινωνική πρόνοια στην Ιρλανδία

Στην Ιρλανδία , υπάρχουν δύο κατηγορίες κοινωνικής ασφάλισης, η ανταποδοτική (κοινωνική ασφάλιση) και η μη ανταποδοτική (κοινωνική βοήθεια), καθώς και τρεις κύριοι τύποι πληρωμών:

- Πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης
- Πληρωμές με έλεγχο μέσων
- Καθολικές πληρωμές

Όλες οι παροχές διαχειρίζονται από το Τμήμα Κοινωνικής Προστασίας , το οποίο χωρίζεται σε δύο μέρη, το Aíreacht που είναι υπεύθυνο για τη «διατύπωση πολιτικών, νομοθεσίες και τη γενική διοίκηση» και τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας που είναι υπεύθυνες για την «καθημερινή λειτουργία και παροχή υπηρεσιών» του Τμήματος (guides.dss.gov.au 2021).

Στην Ιρλανδία η Κοινωνική Προστασία διαθέτει μια σειρά παροχών κοινωνικής πρόνοιας με σκοπό την οικονομική υποστήριξη. Διατίθενται παροχές για ανέργους , για οικογένειες και παιδιά , για την χηρεία , για κηδεμόνες ή ορφανά , για ηλικιωμένους και συνταξιούχους και για άτομα με αναπηρία και τους φροντιστές τους . Εάν λαμβάνει ένα άτομο επίδομα κοινωνικής πρόνοιας, μπορεί επίσης να πληροί τις προϋποθέσεις για επιπλέον παροχές κοινωνικής πρόνοιας .

Το Πρόγραμμα Οικογενειακού Προϋπολογισμού επιτρέπει στα άτομα που λαμβάνουν ορισμένες παροχές κοινωνικής πρόνοιας να αφαιρούνται τακτικά μικρά ποσά απευθείας από την πληρωμή κοινωνικής πρόνοιας για την πληρωμή των λογαριασμών του νοικοκυριού. Για παράδειγμα, ενοίκιο τηλεφώνου, φυσικού αερίου, ηλεκτρισμού και τοπικής αρχής (citizensinformation.ie 2021).

Επιπλέον, τα άτομα που έχουν επαρκείς εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση σχετική με τις αμοιβές τους στο εθνικό Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για Επίδομα Ασθενείας για ένα ή δύο χρόνια. Στη συνέχεια, μπορούν να πληρούν τις προϋποθέσεις για σύνταξη αναπηρίας, η οποία μπορεί να συνεχιστεί μέχρι την ηλικία των 66 ετών.

Επίδομα τραυματισμού και επίδομα αναπηρίας μπορεί να καταβληθεί σε άτομα με αναπηρία ως αποτέλεσμα εργατικού ατυχήματος ή προδιαγεγραμμένης ασθένειας που προσβλήθηκε στην εργασία.

Το επίδομα αναπηρίας καταβάλλεται σε άτομα με αναπηρία άνω των 16 ετών και κάτω των 66 ετών. Η αναπηρία πρέπει να έχει συνεχιστεί ή να αναμένεται να συνεχιστεί για τουλάχιστον 12 μήνες. Πρέπει να προκαλεί ουσιαστικούς περιορισμούς στην ανάληψη εργασίας που διαφορετικά θα ήταν κατάλληλη για ένα άτομο της ηλικίας, της εμπειρίας και των προσόντων τους (Wikipedia).

Κεφάλαιο 12: Η κοινωνική φροντίδα στα πλαίσια της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς, το παράδειγμα του Λουξεμβούργου

Το Λουξεμβούργο, μια μικρή χώρα της Βόρειας Ευρώπης με πληθυσμό μόλις 632.275 κατοίκους, έχει καταφέρει να είναι η δεύτερη χώρα παγκοσμίως σε ΑΕΠ ανά κάτοικο για το έτος 2021, πίσω μόλις από το Λιχτενστάιν, σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF 2021). Ακόμα, σύμφωνα με τον δείκτη οικονομικής ελευθερίας ανά χώρα, το Λουξεμβούργο βρίσκεται στην 17^η θέση της σχετικής κατάταξης (EconomicFreedomoftheWorldIndex 2021).

Η οικονομία του Λουξεμβούργου ακολουθεί ως επί το πλείστον το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς για περισσότερες από δύο δεκαετίες. Η μεγαλύτερη οικονομική ελευθερία εξακολουθεί να παρεμποδίζεται από το μη βιώσιμο υψηλό ποσοστό των κρατικών δαπανών. Δυστυχώς, οι δαπάνες το 2020 δεν υπερέβαιναν τις δαπάνες του 2019, αναβάλλοντας και πάλι τον υπολογισμό των διαφαινόμενων απαιτήσεων για τα ταμεία συντάξεων και υγειονομικής περίθαλψης για τον γερασμένο ηλικιακό πληθυσμό της χώρας (Heritage.org 2021).

Το Λουξεμβούργο έχει υψηλή βαθμολογία στον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης, ένα μέτρο που λαμβάνει υπόψη το μορφωτικό επίπεδο, το προσδόκιμο ζωής και το κατά κεφαλήν εισόδημα. Η χώρα έχει σχετικά χαμηλό συντελεστή GINI, ένα μέτρο της εισοδηματικής ανισότητας. Το κατά κεφαλήν εισόδημα της χώρας είναι 99.000 δολάρια από το 2015, ένα από τα υψηλότερα στον κόσμο. Προσφέρει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αντικατάστασης στον ΟΟΣΑ, εν μέρει λόγω της μετανάστευσης. Αυτό έχει εξασφαλίσει μια σταθερή ροή συνεισφερόντων στο σύστημα. Υπάρχουν ορισμένες πιέσεις στο σύστημα, όπως η υψηλή ανεργία των νέων με το 26,1% των ανδρών και το 18,1% των γυναικών μεταξύ 15-24 ετών να μην συμμετέχουν στο εργατικό δυναμικό. Το Λουξεμβούργο έχει χαμηλό ποσοστό γεννήσεων με ποσοστό γονιμότητας 1,61 παιδιά που γεννιούνται ανά γυναίκα. Ο αριθμός των συνεισφερόντων αυξάνεται σταθερά σε σχέση με τον αριθμό των συνταξιούχων, γεγονός που συμβάλλει στη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης φερεγγυότητας του συστήματος (CIA 2016).

12.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα του Λουξεμβούργου

Η εκπαίδευση στο Λουξεμβούργο είναι πολύγλωσση, με τα περισσότερα σχολεία να είναι κρατικά, ενώ είναι υποχρεωτική από τα 4 έως τα 16 έτη.

Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση (*enseignementfondamental*) αποτελείται από το νηπιαγωγείο και το δημοτικό σχολείο. Είναι υποχρεωτικό από την ηλικία των 4 ετών και μετά και αποτελείται από 4 κύκλους αντί σχολικών ετών:

- 1ος κύκλος: παιδιά ηλικίας 3–5 ετών (στην αρχή του έτους)
- 2ος κύκλος: ηλικίες 6–7 ετών
- 3ος κύκλος: ηλικίες 8–9
- 4ος κύκλος: ηλικίες 10–11

Αυτό το σύστημα εισήχθη με το νόμο της 21ης Ιανουαρίου 2009 (Wikipedia).

Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση διαρκεί 6-7 χρόνια και περιλαμβάνει:

- Κλασικό σύστημα (*enseignementsecondaire*): Απευθύνεται σε πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Προσφέρει μια γενική, ολόπλευρη εκπαίδευση. Στόχος είναι οι μαθητές να αποκτήσουν θεμελιώδεις γνώσεις για τις ανθρωπιστικές επιστήμες, τη λογοτεχνία, τα μαθηματικά και τις φυσικές επιστήμες (Luxembourg.lu 2013)
- Τεχνικό σύστημα (*enseignementsecondaire τεχνική*): Έμφαση περισσότερο στην επαγγελματική εκπαίδευση. Μπορεί, ωστόσο, να επιτρέπει επίσης την πρόσβαση σε πανεπιστημιακές σπουδές. Χωρίζεται σε 4 καθεστώτα :
 - General *régime* (*régimeclassique* ισοδύναμο και επιτρέπει την πρόσβαση σε πανεπιστημιακές σπουδές, αντικαθίσταται από την *τεχνική* του καθεστώτος)
 - Τεχνικός κατάρτιση *καθεστώς* (50% θεωρητικής και 50% πρακτικό? Επιτρέπει την πρόσβαση σε υψηλότερες τεχνικές μελέτες) (Ministère de l'Éducation 2013).
 - Επαγγελματικό *καθεστώς* που καταλήγει σε Πιστοποιητικό τεχνικής και επαγγελματικής ικανότητας (CATP) (75% πρακτικό και 25% θεωρητικό)

- ο Προπαρασκευαστικό *καθεστώς* , για όσους δεν έχουν ακόμη εκπληρώσει τις απαιτήσεις της βασικής εκπαίδευσης

Όσον αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση στο Λουξεμβούργο, το πιο σημαντικό ίδρυμα είναι το Πανεπιστήμιο του Λουξεμβούργου, το οποίο ιδρύθηκε το 2003 (UniversityofLuxembourg 2016), ενώ επίσης υπάρχουν αρκετές τεχνικές σχολές στους τομείς των επιχειρήσεων και της διαχείρισης, των τεχνών και της υγειονομικής περίθαλψης. Μετά από τρία χρόνια σπουδών, αυτό οδηγεί στην απονομή ενός *Brevet de techniciensupérieur (BTS)* (Luxembourg.lu 2013).

Στο Λουξεμβούργο ομιλούνται τρεις (3) γλώσσες: τα Γαλλικά, τα Γερμανικά και τα Λουξεμβουργιανά. Από την προσχολική ηλικία και μετά, τα λουξεμβουργιανά μιλάνε με τα παιδιά. Για τον μεγάλο αριθμό αλλοδαπών παιδιών στη χώρα, αυτή μπορεί να είναι η πρώτη τους έκθεση στα Λουξεμβουργιανά. Από την ηλικία των 6 ετών τα παιδιά διδάσκονται να διαβάζουν και να γράφουν γερμανικά. Το επόμενο έτος, εισάγονται τα γαλλικά, ενώ η γλώσσα διδασκαλίας είναι τα γερμανικά.

Στο γυμνάσιο, τα γερμανικά είναι η γλώσσα οχήματος στις *τεχνικές των Λυκείων* και στα κατώτερα χρόνια των *κλασικών των Λυκείων* . Από την ηλικία των 15, ωστόσο, τα γαλλικά χρησιμοποιούνται στις *κλασικές λυκείες* . Τα αγγλικά προστίθενται ως επιπλέον υποχρεωτική γλώσσα σε όλα τα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Στις τάξεις των *Lycées*, οι μαθητές μπορούν προαιρετικά να επιλέξουν επίσης να παρακολουθήσουν μαθήματα Λατινικών, Ισπανικών ή Ιταλικών. Ο αριθμός των ωρών την εβδομάδα που αφιερώνονται στη διδασκαλία γλωσσών σε όλα τα επίπεδα του σχολείου είναι υψηλός, στο 50% του διδακτικού χρόνου.

Ομοίως, για το Πανεπιστήμιο του Λουξεμβούργου, ένα από τα καθοριστικά χαρακτηριστικά του είναι ο "πολυγλωσσικός χαρακτήρας" του: χρησιμοποιεί αγγλικά, γαλλικά και γερμανικά (Luxembourg.lu 2013).

12.2 Το σύστημα υγείας του Λουξεμβούργου

Η υγειονομική περίθαλψη στο Λουξεμβούργο βασίζεται σε τρεις θεμελιώδεις αρχές: υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, ελεύθερη επιλογή παρόχου υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς και υποχρεωτική συμμόρφωση των παρόχων στο καθορισμένο πάγιο κόστος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι πολίτες καλύπτονται από ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχει ιατρικές παροχές, παροχές μητρότητας και ασθένειας και, για τους ηλικιωμένους, παροχές παρακολούθησης. Η έκταση της κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με το επάγγελμα του ατόμου. Όσοι απασχολούνται ή λαμβάνουν κοινωνική ασφάλιση έχουν πλήρη ασφαλιστική κάλυψη και στους αυτοαπασχολούμενους και στους εμπόρους παρέχονται τόσο ιατρικές παροχές όσο και παροχές παρακολούθησης (BoslaughS. 2013).

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) , οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη για λογαριασμό της κυβέρνησης του Λουξεμβούργου ξεπέρασαν τα 4,1 δισεκατομμύρια δολάρια, που ανέρχονται σε περίπου 8.182 δολάρια για κάθε πολίτη στη χώρα. Το σύνολο της χρηματοδότησης προέρχεται από εγχώριες πηγές, όπου η κυβέρνηση καλύπτει περίπου το 84% της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης με τις δαπάνες των νοικοκυριών που καλύπτουν το υπόλοιπο κόστος (WHO 2017).

Ως το πρωταρχικό πρόγραμμα εθελοντικής ασφάλισης υγείας του Λουξεμβούργου, το CauseMédico-ChirurgicaleMutualiste (Αμοιβαίο Ιατρικό-Χειρουργικό Ταμείο) καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών για πολίτες όπως

- νοσοκομειακά έξοδα που δεν καλύπτονται από τη νόμιμη ασφάλιση
- πρόσθετες χρεώσεις για ιδιωτικό δωμάτιο νοσοκομείου
- κόστος προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής θεραπείας
- οδοντικές προθέσεις που δεν καλύπτονται από τη νόμιμη ασφάλιση
- διαγνωστικά, ιατρικά, χειρουργικά και νοσηλευτικά έξοδα για χειρουργική επέμβαση στο εξωτερικό
- μερική αποζημίωση όταν δεν υπάρχει συμφωνία για το κόστος μιας θεραπείας (euro.who.int 2017).

12.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα του Λουξεμβούργου

Σύνταξη γήρατος στο Λουξεμβούργο δικαιούται όποιος ασφαλισμένος έχει συμπληρώσει τα 65 ηλικιακά έτη και έχει ένσημα εργασίας (υποχρεωτικής ή εθελοντικής) τουλάχιστον 120 μηνών. Ακόμα, σύνταξη γήρατος δικαιούται και κάποιος που έχει συμπληρώσει τα 60 ή τα 57 έτη με ένσημα εργασίας 480 μηνών.

Το επίδομα βασικής σύνταξης ανερχόταν σε 458 ευρώ μηνιαίως για το έτος 2016, με κάλυψη 40 ετών. Για μικρότερο χρονικό διάστημα ασφάλισης, το επίδομα μειώνεται αναλογικά. Τυπικά, η βασική σύνταξη ανερχόταν σε 23,95% και σε 1.913 ευρώ, αντίστοιχα, για το έτος 2016 (OECD 2017).

Ο αιτών για τη σύνταξη γήρατος πρέπει να υποβάλει το αίτημά του στο συνταξιοδοτικό ταμείο της χώρας όπου διαμένει. Αυτό το αίτημα πρέπει να υποβληθεί λίγους μήνες πριν από τη σύνταξη. Στη συνέχεια, η χώρα διαμονής υπολογίζει τις πιστώσεις συνταξιοδότησης σύμφωνα με τη νομοθεσία και με εκείνη μιας ή περισσότερων χωρών όπου ο ασφαλισμένος έχει καταβάλει εισφορές, σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές ή διμερείς συμφωνίες. Ο λήπτης της ασφάλισης θα επωφεληθεί από τις υπηρεσίες της εκάστοτε χώρας όπου κατέβαλε εισφορές, σύμφωνα με τη νομοθεσία καθενιάς από αυτές τις χώρες. Εάν κατά τη συνταξιοδότηση, ο αιτών δεν πληροί τις προϋποθέσεις εισφορών στο συνταξιοδοτικό πρόγραμμα στο Λουξεμβούργο που ορίζονται παραπάνω, μπορεί να ζητήσει την επιστροφή των εισφορών που θα είχε καταβάλει στο Λουξεμβούργο (εκτός από το μέρος που έχει καταβάλει ο εργοδότης). Τότε χάνει τη δυνατότητα να πάρει σύνταξη Λουξεμβούργου (justarrived.lu).

Η σύνταξη γήρατος στο Λουξεμβούργο διαχωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

- 1) Δημόσια σύνταξη, η οποία με την σειρά της διαχωρίζεται σε σχέση με τα χρόνια κάλυψης ή σε σχέση με τα εργασιακά κέρδη
- 2) Ιδιωτική επαγγελματική σύνταξη
- 3) Ιδιωτική ατομική σύνταξη (IOPS 2018)

12.4 Η κοινωνική πολιτική του Λουξεμβούργου

Το Λουξεμβούργο έχει ένα εκτεταμένο σύστημα πρόνοιας. Αποτελείται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και συντάξεων (Luxembourg.public.lu 2016). Η αγορά εργασίας είναι υπό αυστηρή ρύθμιση και το Λουξεμβούργο είναι ένα κορπορατιστικό κράτος πρόνοιας . Η εγγραφή είναι υποχρεωτική σε ένα από τα προγράμματα πρόνοιας για κάθε εργαζόμενο. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του Λουξεμβούργου είναι το Centre Commun de la Securite Sociale (CCSS). Τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες καταβάλλουν εισφορές στο ταμείο με ποσοστό 25% του συνολικού μισθού, το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει το πενταπλάσιο του κατώτατου μισθού . Οι κοινωνικές δαπάνες αντιστοιχούν στο 21,8% του ΑΕΠ (OECD 2016).

Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας περιλαμβάνει πολλές παροχές, συγκεκριμένα παρέχει επιδόματα για την μητρότητα , ασθένεια, εργατικά ατυχήματα, σύνταξη, αναπηρία, βασικό ελάχιστο εισόδημα , επιδόματα παιδιού και οικογένειας , ασφάλιση επιζώντων, πρόωρη συνταξιοδότηση και ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης. Το κράτος διαχειρίζεται τα γενικά προγράμματα δικαιωμάτων των πολιτών του Λουξεμβούργου. Το συνταξιοδοτικό σύστημα έχει πολλαπλούς τύπους χρηστών: παιδιά (ορφανά), άτομα με ειδικές ανάγκες, επιζώντες συντρόφους και ασφαλισμένους ηλικιωμένους. Από το 2009 το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο έχει αναλάβει δραστηριότητες τεσσάρων συνταξιοδοτικών ταμείων από το γενικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας: το Ταμείο Γήρατος και Αναπηρίας, το Συνταξιοδοτικό Ταμείο Ειδικευμένων Εργαζομένων, το Συνταξιοδοτικό για Ιδιωτικούς Υπαλλήλους και το Αγροτικό Συνταξιοδοτικό Ταμείο (Luxembourg.public.lu 2016). Τα επιδόματα παιδικής μέριμνας δίνουν μηνιαίες πληρωμές σε οικογένειες ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν, και τα επιδόματα γέννησης επιτρέπουν τρεις πληρωμές σε γυναίκες που έχουν εκπληρώσει τις υποχρεωτικές ιατρικές επισκέψεις (Angloinfo 2016).

Κεφάλαιο 13: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα της Εσθονίας

Η Εσθονία είναι μια χώρα της Βαλτικής στην Βόρεια Ευρώπη, η οποία αποτέλεσε κομμάτι της ΕΣΣΔ από το 1944 μέχρι και την ανεξαρτησία της το 1991 μετά και την πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος της ΕΣΣΔ το 1989.

Η Εσθονία είναι μια ανεπτυγμένη χώρα , με προηγμένη οικονομία υψηλού εισοδήματος . κατατάσσεται πολύ ψηλά στον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης (United Nations Development Programme 2020) . Το πολίτευμά της είναι μια δημοκρατική ενιαία κοινοβουλευτική δημοκρατία χωρισμένη σε δεκαπέντε κομητείες . Έχει πληθυσμό 1,3 εκατομμυρίων και είναι ένα από τα λιγότερο πυκνοκατοικημένα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης , της Ευρωζώνης , του ΟΟΣΑ , του Χώρου Σένγκεν , του NATO και του Συμβουλίου Ασφαλείας των Ηνωμένων Εθνών . Η Εσθονία κατέχει σταθερά υψηλή θέση στις διεθνείς κατατάξεις για την ποιότητα ζωής, την εκπαίδευση, την ψηφιοποίηση των δημόσιων υπηρεσιών και την επικράτηση των εταιρειών τεχνολογίας (stateofeuropentech.com 2020).

Ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Εσθονία θεωρείται μια οικονομία υψηλού εισοδήματος από την Παγκόσμια Τράπεζα . Το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (PPP) της χώρας ήταν 29.312 \$ το 2016 σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο . Λόγω της ταχείας ανάπτυξής της, η Εσθονία έχει συχνά περιγραφεί ως «Τίγρης της Βαλτικής», εκτός από τη Λιθουανία και τη Λετονία. Από την 1η Ιανουαρίου 2011, η Εσθονία υιοθέτησε το ευρώ και έγινε το 17ο κράτος μέλος της ευρωζώνης (MardisteD. 2011).

Σύμφωνα με τη Eurostat , η Εσθονία είχε τη χαμηλότερη αναλογία δημόσιου χρέους προς το ΑΕΠ μεταξύ των χωρών της ΕΕ στο 6,7% στο τέλος του 2010. Ισορροπημένος προϋπολογισμός, σχεδόν ανύπαρκτο δημόσιο χρέος , κατ' αποκοπή φόρος εισοδήματος, καθεστώς ελεύθερων συναλλαγών, Ο ανταγωνιστικός εμπορικός τραπεζικός τομέας, οι καινοτόμες ηλεκτρονικές υπηρεσίες , ακόμη και οι υπηρεσίες που βασίζονται σε κινητά είναι όλα τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οικονομίας της αγοράς της Εσθονίας (Eurostat 2011).

13.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα της Εσθονίας

Η ιστορία της επίσημης **εκπαίδευσης στην Εσθονία** χρονολογείται από τον 13-14ο αιώνα, όταν ιδρύθηκαν τα πρώτα μοναστικά και καθεδρικά σχολεία . Το πρώτο αστάρι στην εσθονική γλώσσα δημοσιεύτηκε το 1575. Το παλαιότερο πανεπιστήμιο είναι το Πανεπιστήμιο του Tartu που ιδρύθηκε από τον Σουηδό βασιλιά Gustav II Adolf το 1632. Το 1919, τα πανεπιστημιακά μαθήματα διδάσκονταν για πρώτη φορά στην εσθονική γλώσσα.

Η σημερινή εκπαίδευση στην Εσθονία χωρίζεται σε γενική, επαγγελματική και εκπαίδευση χόμπι. Το εκπαιδευτικό σύστημα βασίζεται σε τέσσερα επίπεδα που περιλαμβάνουν την προσχολική, τη βασική, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια εκπαίδευση (www.hm.ee). Έχει δημιουργηθεί ένα ευρύ δίκτυο σχολείων και υποστηρικτικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων . Το εκπαιδευτικό σύστημα της Εσθονίας αποτελείται από κρατικά, δημοτικά, δημόσια και ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 589 σχολεία στην Εσθονία.

Η ακαδημαϊκή τριτοβάθμια εκπαίδευση στην Εσθονία χωρίζεται σε τρία επίπεδα: πτυχιακές σπουδές, μεταπτυχιακές σπουδές και διδακτορικές σπουδές. Σε ορισμένες ειδικότητες (βασικές ιατρικές σπουδές, κτηνιατρική, φαρμακευτική, οδοντιατρική, αρχιτέκτονας μηχανικός και πρόγραμμα δασκάλων στην τάξη) τα επίπεδα Bachelor και Master είναι ενσωματωμένα σε μία ενότητα. Επίσης, το bakalaureusekraad που απονεμήθηκε πριν ή το έτος 2002 είναι ισοδύναμα με τα πτυχία Master που απονέμονται μετά την εφαρμογή της Διαδικασίας της Μπολόνια την 1η Σεπτεμβρίου 2002. Τα δημόσια πανεπιστήμια της Εσθονίας έχουν σημαντικά μεγαλύτερη αυτονομία από τα εφαρμοσμένα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Εκτός από την οργάνωση της ακαδημαϊκής ζωής του πανεπιστημίου, τα πανεπιστήμια μπορούν να δημιουργήσουν νέα προγράμματα σπουδών, να θεσπίσουν όρους και προϋποθέσεις εισαγωγής, να εγκρίνουν τον προϋπολογισμό, να εγκρίνουν το αναπτυξιακό σχέδιο, να εκλέξουν τον πρύτανη και να λάβουν περιορισμένες αποφάσεις σε θέματα που αφορούν περιουσιακά στοιχεία. Η Εσθονία έχει μέτριο αριθμό δημόσιων και ιδιωτικών πανεπιστημίων. Τα μεγαλύτερα δημόσια πανεπιστήμια είναι το Πανεπιστήμιο Tartu , το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο του Ταλίν και το Πανεπιστήμιο του Ταλίν, ενώ το μεγαλύτερο ιδιωτικό πανεπιστήμιο είναι το International University of Audentes (WaybackMachine 2007).

Το βασικό υποχρεωτικό εκπαιδευτικό σύστημα στην Εσθονία είναι το εννιάχρονο γενικό σχολείο (εσθονικά *rõhikool*, «βασικό σχολείο»), για το οποίο η φοίτηση στο σχολείο είναι υποχρεωτική (η εκπαίδευση στο σπίτι επιτρέπεται, αλλά σπάνια). Η βασική εκπαίδευση χρησιμεύει ως η υποχρεωτική ελάχιστη απαίτηση γενικής εκπαίδευσης, η οποία μπορεί να αποκτηθεί είτε εν μέρει σε δημοτικά σχολεία (τάξεις 1 έως 6), βασικά σχολεία (τάξεις 1 έως 9) ή ανώτερα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που διδάσκουν επίσης βασικά σχολικά προγράμματα.

Οι πρώτες τρεις τάξεις του δημοτικού σχολείου ονομάζονται *Algkool* που μπορεί να μεταφραστεί ως "σχολείο έναρξης" και μπορεί να συγχέεται με το δημοτικό σχολείο. Σε ορισμένες περιοχές με χαμηλή πυκνότητα πληθυσμού, το *Algkool* είναι το μόνο διαθέσιμο σχολείο και οι μαθητές μπαίνουν στο δημοτικό σχολείο σε μια μεγαλύτερη πόλη.

Η βασική εκπαίδευση διατίθεται μέσω του εθνικού προγράμματος σπουδών του βασικού σχολείου ή του απλοποιημένου προγράμματος σπουδών για το βασικό σχολείο.

Η αποφοίτηση από το βασικό σχολείο προϋποθέτει ότι ο μαθητής μαθαίνει το πρόγραμμα σπουδών τουλάχιστον σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο μαζί με επιτυχία σε τρεις βασικές εξετάσεις αποφοίτησης που αποτελούνται από την εσθονική γλώσσα ή την εσθονική ως δεύτερη γλώσσα, τα μαθηματικά και μια εξέταση σε ένα θέμα της επιλογής του μαθητή καθώς και ολοκλήρωση μιας δημιουργικής εργασίας.

Μετά την αποφοίτηση από το βασικό σχολείο, υπάρχουν πολλές δυνατότητες για συνέχιση της εκπαιδευτικής διαδρομής. Υπάρχει δυνατότητα απόκτησης γενικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, επαγγελματική δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε κάποιο ίδρυμα επαγγελματικής εκπαίδευσης ή απλώς ένα επάγγελμα.

Οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η ικανότητα των μαθητών αξιολογούνται συνήθως σε μια κλίμακα πέντε βαθμών όπου το «5» είναι «πολύ καλό», «4» είναι «καλό», «3» είναι «ικανοποιητικό», «2» είναι «κακή» και Το «1» είναι «αδύναμο». Τα σχολεία μπορούν να χρησιμοποιούν διαφορετικό σύστημα βαθμολόγησης και για τις τάξεις 1 έως 3 ή 4 ένα σύστημα περιγραφικής βαθμολόγησης που δεν χρησιμοποιεί αριθμούς.

Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση βασίζεται στη βασική εκπαίδευση και χωρίζεται στη γενική δευτεροβάθμια εκπαίδευση, που παρέχεται από τα ανώτερα σχολεία της

δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και στην επαγγελματική δευτεροβάθμια εκπαίδευση, που παρέχεται από τα επαγγελματικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η γενική δευτεροβάθμια εκπαίδευση αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, που καθορίζονται στο εθνικό πρόγραμμα σπουδών για τα σχολεία της ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, η απόκτηση των οποίων αποτελεί προϋπόθεση για περαιτέρω σπουδές σε πανεπιστήμια και επαγγελματικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση δεν είναι υποχρεωτική (Wikipedia).

13.2 Το σύστημα υγείας της Εσθονίας

Η υγειονομική περίθαλψη στην Εσθονία εποπτεύεται από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία μέσω της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Η υπηρεσία διαχειρίζεται το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας (EHIF). Ο ασφαλισμένος πρέπει να είναι είτε μόνιμος κάτοικος είτε νόμιμος κάτοικος που πληρώνει τον κοινωνικό φόρο. Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στην Εσθονία υποχρεούνται να υποβάλλουν τις πληροφορίες υγείας των ασθενών τους στο ψηφιακό σύστημα πληροφοριών υγείας (Wikipedia).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Εσθονίας χρηματοδοτείται μέσω υποχρεωτικών εισφορών που πραγματοποιούνται μέσω φόρου μισθωτών υπηρεσιών. Αντιπροσωπεύει σχεδόν τα δύο τρίτα όλων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα. Το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της Εσθονίας (EHIF) είναι ένας ανεξάρτητος φορέας που ενεργεί ως ο μοναδικός αγοραστής ιατρικής περίθαλψης. Λειτουργεί μέσω τεσσάρων περιφερειακών υποκαταστημάτων, το καθένα από τα οποία καλύπτει δύο έως έξι κομητείες, οι οποίες συλλέγουν και εκταμιεύουν κεφάλαια, συμβάσεις παρόχων υπηρεσιών και παρέχουν φαρμακευτικά προϊόντα και άλλα προγράμματα υγείας (EstonianHealthInsuranceFund 2019).

Το σύστημα ασφάλισης υγείας καλύπτει περίπου το 95% του πληθυσμού. Οι εισφορές είναι ανάλογες με την απασχόληση και τους μισθούς, αλλά οι μη συνεισφέροντες πολίτες αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ήμισυ των ασφαλισμένων. Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων καλύπτει ανασφάλιστους και υπηρεσίες ασθενοφόρων (www.pacificprime.com 2021).

Ακόμα, θα πρέπει να πούμε πως η Εσθονία είναι πρωτοπόρος στη χρήση των Ηλεκτρονικών Μητρώων Υγείας, επειδή όταν το γενικό ιατρείο απομακρύνθηκε από τα νοσοκομεία το 1998, τα αρχεία διατηρήθηκαν στα νοσοκομεία, επομένως οι γενικοί ιατροί έπρεπε να ξεκινήσουν το δικό τους σύστημα. Ο ΔρMadisTiik δημιούργησε ένα ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής αν και ήταν επίσημα παράνομο μέχρι το 2002. Ήταν ιδρυτικό μέλος του Ιδρύματος eHealth και έγινε διευθύνων σύμβουλος του. Υπάρχει πλέον ένα κεντρικό σύστημα καταγραφής το οποίο είναι διαθέσιμο σε όλους τους επαγγελματίες υγείας και μπορεί να το δει ο ασθενής (HealthServiceJournal 2017).

13.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Εσθονίας

Ο στόχος του εσθονικού συνταξιοδοτικού συστήματος είναι να βοηθήσει τους ανθρώπους να διατηρήσουν το τρέχον βιοτικό τους επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημά τους όταν συνταξιοδοτηθούν. Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Εσθονίας βασίζεται σε τρεις πυλώνες:

- I πυλώνας: Κρατική σύνταξη
- II πυλώνας: Υποχρεωτική κεφαλαιοποιημένη σύνταξη
- III πυλώνας: Επικουρική κεφαλαιουχική σύνταξη (pensionikeskus.ee 2021)

Η κρατική σύνταξη εγγυάται ένα εισόδημα που να καλύπτει τα ελάχιστα έξοδα διαβίωσης. Η κρατική σύνταξη βασίζεται στην αναδιανομή – οι σημερινοί εργαζόμενοι καλύπτουν τις συντάξεις των μελλοντικών συνταξιούχων με τις πληρωμές κοινωνικών φόρων τους. Το ποσό της κρατικής σύνταξης που προβλέπεται για τους μελλοντικούς συνταξιούχους εξαρτάται κυρίως από τον αριθμό των φορολογουμένων και το μέγεθος του εισοδήματός τους. Στην Εσθονία, το ποσοστό των ατόμων σε ηλικία εργασίας στον πληθυσμό μειώνεται, πράγμα που σημαίνει ότι στο μέλλον θα υπάρχουν λιγότεροι φορολογούμενοι. Ο δεύτερος πυλώνας εξαρτάται άμεσα από το εισόδημά σας. Με την ένταξή σας στον δεύτερο πυλώνα, το 2% των ακαθάριστων αποδοχών σας μεταφέρεται στον προσωπικό σας λογαριασμό σύνταξης κάθε μήνα. Το κράτος προσθέτει 4% σε αυτό από τον κοινωνικό φόρο που καταβάλλεται στους μισθούς σας. Έτσι διαμορφώνεται η μηνιαία κεφαλαιοποιημένη σύνταξη 6%. Όσο υψηλότερο είναι το επίσημο εισόδημα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι εισφορές στον συνταξιοδοτικό λογαριασμό και τόσο μεγαλύτερη είναι η σύνταξη στο μέλλον. Ο τρίτος πυλώνας επιτρέπει σε όλους να καταβάλλουν συμπληρωματικές εισφορές στα έτη συνταξιοδότησής τους. Η πρόσθετη αποταμίευση είναι σημαντική, καθώς η σύνταξη θα πρέπει να αποτελεί περίπου το 65% του προσυνταξιοδοτικού εισοδήματος, ώστε να διατηρηθεί το συνηθισμένο βιοτικό επίπεδο. Ο πρώτος και ο δεύτερος πυλώνας συνταξιοδότησης μαζί παρέχουν περίπου το 40% του προσυνταξιοδοτικού εισοδήματος, επομένως, για να εξασφαλιστεί μια άνετη συνταξιοδότηση, είναι σημαντικό να αποταμιεύουμε συνειδητά (seb.ee).

13.4 Η κοινωνική πολιτική στην Εσθονία

Στην Εσθονία οι δραστηριότητες για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία διαχωρίζονται σε δύο πολιτικές, οι οποίες συνάδουν με το στρατηγικό πλαίσιο της ΕΕ για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία (EAY) 2014-2020. Και οι δύο στρατηγικές εφαρμόζονται από το **Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων (Sotsiaalministeerium)** . Το Υπουργείο κάλεσε την Επιθεώρηση Εργασίας (Tööinspektsioon) , το Συμβούλιο Υγείας (Terviseamet) , το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (Eestihaigekassa) , το Συμβούλιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Sotsiaalkindlustusamet) , το Εθνικό Ινστιτούτο Ανάπτυξης Υγείας (TerviseArenguInstituut) και η Εταιρεία Ιατρών Υγείας της Εργασίας (Eestitöötervisehoiuarstideselts) να χαράζει τις στρατηγικές (TheMinistryofSocialAffairs 2012).

Το **Πρόγραμμα Ανάπτυξης Ευημερίας 2016–2023 (WDP)** (αρχική έκδοση: Heaoluarengukava 2016-2023) εστιάζει στους στρατηγικούς στόχους της αγοράς εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας), της κοινωνικής προστασίας, της ισότητας των φύλων και πολιτικών ίσης μεταχείρισης για την περίοδο 2016–2023. Η προτεραιότητα του WDP είναι να υποστηρίξει τη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και τη μακροχρόνια επαγγελματική ζωή. Ένας από τους κύριους στόχους του WDP είναι το υψηλό ποσοστό απασχόλησης και η επαγγελματική ζωή υψηλής ποιότητας. Ο σχετικός επιμέρους στόχος είναι: «Η συσχέτιση μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς του εργατικού δυναμικού εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο απασχόλησης και οι συνθήκες εργασίας υψηλής ποιότητας υποστηρίζουν τη μακροπρόθεσμη συμμετοχή στον εργασιακό βίο". Αυτός ο επιμέρους στόχος καλύπτει επίσης όλα τα σχετικά μέσα πολιτικής για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία. Το σχετικό μέτρο στο σχέδιο εφαρμογής: " Διατήρηση της εργασιακής ικανότητας των εργαζομένων, διατήρησή τους στην αγορά εργασίας και ένταξη ατόμων με μειωμένη ικανότητα εργασίας στην εργασία αγορά» (Ministry of Social Affairs).

Οι στόχοι του WDP είναι:

1. Υψηλό ποσοστό απασχόλησης και υψηλή ποιότητα εργασιακής ζωής

2. Μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και της φτώχειας, ισότητα των φύλων και μεγαλύτερη κοινωνική ένταξη

Στο σύστημα υγείας και ασφάλειας της Εσθονίας, το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων είναι η εκτελεστική αρχή που ρυθμίζει ολόκληρο τον τομέα, ενώ δύο από τις διαρθρωτικές του μονάδες (το Τμήμα Ανάπτυξης της Εργασιακής Ζωής και το Τμήμα Υγείας) εμπλέκονται άμεσα στην επαγγελματική τη χάραξη πολιτικής που σχετίζεται με την υγεία και την ασφάλεια (The Ministry of Social Affairs 2012).

Το Τμήμα Ανάπτυξης Εργασιακής Ζωής είναι υπεύθυνο για τον συνολικό συντονισμό και τη διαχείριση των δραστηριοτήτων στον τομέα της υγείας και ασφάλειας στην εργασία. Τμήμα Ανάπτυξης Εργασιακής Ζωής:

- Σχεδιάζει και εφαρμόζει την πολιτική περιβάλλοντος εργασίας.
- Επεξεργάζεται κανονισμούς για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία.

Τρεις κυβερνητικές υγειονομικές αρχές της Εσθονίας - η Επιθεώρηση Προστασίας της Υγείας, το Συμβούλιο Υγείας και το Κέντρο Ειδοποίησης Χημικών Προϊόντων ενοποιήθηκαν στο κοινό Συμβούλιο Υγείας το 2010 (The Health Board 2012).

Στον τομέα της υγείας στην εργασία, ο ρόλος του Υγειονομικού Συμβουλίου είναι:

- Συμμετέχουν στην προετοιμασία προγραμμάτων επαγγελματικής υγείας και οργανώνουν την εφαρμογή τους.
- Αναλύστε πληροφορίες σχετικά με επαγγελματικές ασθένειες και ασθένειες που σχετίζονται με το έργο των *Οργάνωση μαθημάτων επιμόρφωσης για ειδικούς στην υγεία της εργασίας.
- Εγγραφή παρόχων υπηρεσιών υγείας στην εργασία.

Η εθνική επιβολή του νόμου περί υγείας και ασφάλειας στην εργασία και των απαιτήσεων που προβλέπονται στη νομοθεσία που βασίζεται σε αυτόν τον νόμο διενεργείται από την Επιθεώρηση Εργασίας. Το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας αναδιοργανώθηκε τον Φεβρουάριο του 2008: Η δομή της κεντρικής υπηρεσίας άλλαξε και ο αριθμός των τοπικών γραφείων μειώθηκε. Στο κεντρικό γραφείο λειτουργούν πλέον 131 θέσεις και τέσσερα (4) τμήματα (Τμήμα Εργασιακού Περιβάλλοντος, Εργασιακών Σχέσεων, Επικοινωνιών, Οικονομικών και Διοίκησης). Επί του παρόντος υπάρχουν τέσσερις τοπικές επιθεωρήσεις (αντί για τις προηγούμενες 14): (1) IdaInspectorate (Ida- and Lääne-Virumaa), (2)

LõunaInspectorate (Jõgevamaa, Põlvamaa, Tartumaa, Valgamaa, Viljandimaa, Võõaa), (3) Επιθεώρηση Lääne (Hiiumaa, Järvamaa, Läänemaa, Pärnumaa, Raplamaa, Saaremaa) και (4) Επιθεώρηση Põhja (Tallinn και Harjumaa) (The Occupational Health and Safety 1999).

Η Επιθεώρηση Εργασίας είναι μια κρατική υπηρεσία που λειτουργεί υπό τη δικαιοδοσία του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και οι κύριες λειτουργίες της είναι:

- Να μεριμνήσει για την άσκηση κρατικής εποπτείας στο εργασιακό περιβάλλον όσον αφορά τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις της νομοθεσίας που ρυθμίζει την υγεία και ασφάλεια στην εργασία και τις εργασιακές σχέσεις και να εφαρμόζει την επιβολή από το κράτος στις βάσεις και στο βαθμό που ορίζει ο νόμος.
- Να ασκεί εποπτεία της αγοράς για την ασφάλεια του εξοπλισμού ατομικής προστασίας κατά τη χρήση στο εργασιακό περιβάλλον και να διασφαλίζει τις προστατευτικές ιδιότητες του εξοπλισμού στους χώρους παραγωγής και πώλησης.
- Άσκηση εποπτείας στις έρευνες για επαγγελματικά ατυχήματα και ασθένειες και στην εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη επαγγελματικών ατυχημάτων και ασθενειών.
- Διερεύνηση θανατηφόρων ατυχημάτων και, εάν υπάρχει ανάγκη, διενεργήστε ανάλυση των αιτιών σοβαρών επαγγελματικών ατυχημάτων και ασθενειών και αναλύστε τα αίτια τους.
- Συλλέγει στατιστικά στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα και διεξάγει ανάλυσή τους.
- Άσκηση επίβλεψης στη χρήση γενετικά τροποποιημένων μικροοργανισμών σε κλειστά περιβάλλοντα στο βαθμό που ορίζει ο νόμος.
- Λήψη αποφάσεων σε περιπτώσεις που ορίζει ο νόμος για την έκδοση ή την άρνηση έγκρισης.
- Διεξαγωγή διοικητικών διαδικασιών· εγκρίνει διοικητικές πράξεις και κανόνες.

- Διενέργεια εξώδικης διαδικασίας πλημμελημάτων στο βαθμό που ορίζει ο νόμος (The Labour Inspectorate 2012).

Κεφάλαιο 14: Το κοινωνικό κράτος σε χώρες με οικονομική ελευθερία, το παράδειγμα του Καναδά

Ο Καναδάς είναι μια αχανής χώρα της Βορείου Αμερικής η οποία έχει ως επίσημες γλώσσες τα Αγγλικά και τα Γαλλικά, μιας και κατά το παρελθόν αυτή η χώρα είχε αποτελέσει αποικία τόσο της Γαλλίας, όσο και της Μ. Βρετανίας. Αυτή η χώρα είναι γνωστή τόσο για το παγωμένο-αρκτικό κλίμα που επικρατεί, όσο και για το υψηλό επίπεδο ζωής των κατοίκων της.

Για το έτος 2021 ο Καναδάς βρίσκεται στην 9^η θέση παγκοσμίως σε οικονομική ελευθερία (heritage.org 2021), ενώ ακόμα, βρίσκεται στην 24^η θέση ως προς το ΑΕΠ ανά κάτοικο, το οποίο υπολογίζεται στα 46.510 δολάρια (worldometers.info 2021).

Ο Καναδάς είναι η ένατη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο από το 2021 , με ονομαστικό ΑΕΠ περίπου 2,015 τρισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ (IMF 2019). Είναι μια από τις λιγότερο διεφθαρμένες χώρες στον κόσμο , και είναι ένα από τα δέκα κορυφαία εμπορικά έθνη στον κόσμο , με μια εξαιρετικά παγκοσμιοποιημένη οικονομία. Καναδάς έχει μια μικτή οικονομία που κατατάσσεται πάνω από τις ΗΠΑ και τα περισσότερα έθνη της δυτικής Ευρώπης στον Δείκτη Οικονομικής Ελευθερίας του Ιδρύματος Κληρονομιάς , και αντιμετωπίζει σχετικά χαμηλό επίπεδο εισοδηματικής ανισότητας . Το μέσοκατά κεφαλήν εισόδημα των νοικοκυριών της χώρας είναι «πολύ πάνω» από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το Χρηματιστήριο του Τορόντο είναι το ένατο μεγαλύτερο χρηματιστήριο στον κόσμο με βάση την κεφαλαιοποίηση , με περισσότερες από 1.500 εταιρείες με συνολική κεφαλαιοποίηση άνω των 2 τρισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ (World Federation of Exchanges 2018).

Το 2018, το καναδικό εμπόριο αγαθών και υπηρεσιών έφτασε τα 1,5 τρισεκατομμύρια CA\$. Οι εξαγωγές του Καναδά ανήλθαν συνολικά σε πάνω από 585 δισεκατομμύρια δολάρια CA, ενώ τα εισαγόμενα αγαθά του ήταν αξίας άνω των 607 δισεκατομμυρίων δολαρίων CA, εκ των οποίων περίπου 391 δισεκατομμύρια CA \$ προέρχονταν από τις Ηνωμένες Πολιτείες, 216 δισεκατομμύρια CA \$ από πηγές εκτός ΗΠΑ (GlobalAffairsCanada 2019).

14.1 Το εκπαιδευτικό σύστημα του Καναδά

Η εκπαίδευση στον Καναδά παρέχεται ως επί το πλείστον δημόσια και χρηματοδοτείται και εποπτεύεται από επαρχιακές, περιφερειακές και τοπικές κυβερνήσεις (ScholeyL. 2015). Η εκπαίδευση ανήκει στην επαρχιακή δικαιοδοσία και το πρόγραμμα σπουδών εποπτεύεται από την επαρχία (CanadaYearBookSection Information Services DivisionDominionBureau of Statistics 1959). Η εκπαίδευση στον Καναδά γενικά χωρίζεται σε πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ακολουθούμενη από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τη μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση. Εντός των επαρχιών που υπάγονται στο υπουργείο Παιδείας, υπάρχουν περιφερειακές σχολικές επιτροπές που διαχειρίζονται τα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η μέση εκπαίδευση και η δευτεροβάθμια εκπαίδευση μαζί αναφέρονται μερικές φορές ως K-12 (Νηπιαγωγείο έως τη 12η τάξη). Η δευτεροβάθμια εκπαίδευση, γνωστή ως γυμνάσιο, κολλεγιακό ινστιτούτο, écolesecondaire ή γυμνάσιο, αποτελείται από διαφορετικούς βαθμούς ανάλογα με την επαρχία στην οποία κατοικεί κάποιος. Επιπλέον, η δομή του βαθμού μπορεί να ποικίλλει εντός μιας επαρχίας ή ακόμη και εντός ενός σχολικού τμήματος. ως προς το αν λειτουργούν ή όχι Γυμνάσια ή Γυμνάσια (Wikipedia).

Η μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση στον Καναδά παρέχεται από πανεπιστήμια (ερευνητικά πανεπιστήμια, προπτυχιακά πανεπιστήμια και πανεπιστημιακά κολέγια) και επαγγελματικά ιδρύματα (επαγγελματικά κολέγια, κολέγια καριέρας, κοινοτικά κολέγια, ινστιτούτα τεχνολογίας ή επιστήμης, κολέγια εφαρμοσμένων τεχνών ή εφαρμοσμένης τεχνολογίας και σε Κεμπέκ, κολλέγια γενικού και επαγγελματία) (GovernmentofCanada 2017). Τα πανεπιστήμια προσφέρουν πτυχία, μεταπτυχιακά, επαγγελματικά και διδακτορικά, καθώς και μεταπτυχιακά πιστοποιητικά και διπλώματα, ενώ τα επαγγελματικά ιδρύματα εκδίδουν διπλώματα, πτυχία συνεργατών, πιστοποιητικά και μαθητεία (Council of Ministers of Education 2019). Τα επαγγελματικά ιδρύματα προσφέρουν κατάρτιση με επίκεντρο τη σταδιοδρομία που είναι συχνά πρακτική, όπου αυτά τα ιδρύματα εκπαιδεύουν τους αποφοίτους τους να εργαστούν ως ημεεπαγγελματίες σε διάφορους τομείς. Σχεδόν όλα τα

μεταλυκειακά ιδρύματα στον Καναδά έχουν την εξουσία να χορηγούν ακαδημαϊκά διαπιστευτήρια (δηλαδή διπλώματα ή πτυχία) (UsherA. 2018).

14.2 Το σύστημα υγείας του Καναδά

Η υγειονομική περίθαλψη στον Καναδά παρέχεται μέσω των επαρχιακών και εδαφικών συστημάτων της δημόσιας χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης, που άτυπα ονομάζεται Medicare (AaseK. 2017). Καθοδηγείται από τις διατάξεις του νόμου για την υγεία του Καναδά του 1984, και είναι καθολική (BeginM. 1988). Η Βασιλική Επιτροπή του 2002, γνωστή ως Έκθεση Romanow, αποκάλυψε ότι οι Καναδοί θεωρούν την καθολική πρόσβαση σε δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας ως «θεμελιώδη αξία που διασφαλίζει την εθνική ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης για όλους, όπου κι αν ζουν στη χώρα» (RomanowR. 2002).

Το Canadian Medicare παρέχει κάλυψη για περίπου το 70 τοις εκατό των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των Καναδών και το υπόλοιπο 30 τοις εκατό καταβάλλεται μέσω του ιδιωτικού τομέα. Το 30 τοις εκατό συνήθως σχετίζεται με υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ή καλύπτονται μόνο εν μέρει από το Medicare, όπως συνταγογραφούμενα φάρμακα, φροντίδα ματιών και οδοντιατρική. Περίπου το 65 με 75 τοις εκατό των Καναδών έχουν κάποια μορφή συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας που σχετίζεται με τους προαναφερθέντες λόγους. Πολλοί το λαμβάνουν μέσω των εργοδοτών τους ή χρησιμοποιούν δευτερεύοντα προγράμματα κοινωνικής υπηρεσίας σχετίζεται με εκτεταμένη κάλυψη για οικογένειες που λαμβάνουν κοινωνική βοήθεια ή ευάλωτα δημογραφικά στοιχεία, όπως ηλικιωμένοι, ανήλικοι και άτομα με αναπηρία (KliffS. 2017).

Το 2017, το CIHI ανέφερε ότι οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ήταν 242 δισεκατομμύρια δολάρια, ή 11,5 τοις εκατό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) του Καναδά για εκείνο το έτος (Canadian Institute for Health Information 2017). Το 2019, οι κατά κεφαλήν δαπάνες του Καναδά για τις δαπάνες υγείας κατατάχθηκαν στην 11η θέση μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στον ΟΟΣΑ. Ο Καναδάς έχει επιδόσεις κοντά ή πάνω από τον μέσο όρο στην πλειονότητα των δεικτών υγείας του ΟΟΣΑ από τις αρχές της δεκαετίας του 2000. Το 2017, ο Καναδάς κατατάχθηκε πάνω από τον μέσο όρο των δεικτών του ΟΟΣΑ για τους χρόνους αναμονής και την πρόσβαση στην περίθαλψη, με μέσες

βαθμολογίες για την ποιότητα της περίθαλψης και τη χρήση των πόρων (OECD 2017). Μια ολοκληρωμένη μελέτη από το 2017 με τις 11 κορυφαίες χώρες κατέταξε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του Καναδά στην ένατη θέση. Οι αδυναμίες του συστήματος του Καναδά που εντοπίστηκαν ήταν το συγκριτικά υψηλότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, ο επιπολασμός χρόνιων παθήσεων, οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, η ανεπαρκής διαθεσιμότητα φροντίδας μετά το ωράριο και η έλλειψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων και οδοντιατρικής κάλυψης (CommonwealthFund 2021).

Η κυβέρνηση εγγυάται την ποιότητα της περίθαλψης μέσω ομοσπονδιακών προτύπων. Η κυβέρνηση δεν συμμετέχει στην καθημερινή φροντίδα ούτε συλλέγει πληροφορίες σχετικά με την υγεία ενός ατόμου, οι οποίες παραμένουν εμπιστευτικές μεταξύ ενός ατόμου και του γιατρού του (TheGlobeandMail). Τα συστήματα Medicare του Καναδά με βάση την επαρχία είναι οικονομικά αποδοτικά λόγω της διοικητικής τους απλότητας. Σε κάθε επαρχία, κάθε γιατρός χειρίζεται την αξίωση ασφάλισης έναντι του επαρχιακού ασφαλιστή. Δεν υπάρχει ανάγκη για το άτομο που έχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη να συμμετέχει στη χρέωση και την ανάκτηση. Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 30% της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (TheCanadianInstitute for Health Information 2013).

Ο νόμος για την υγεία του Καναδά δεν καλύπτει συνταγογραφούμενα φάρμακα, κατ' οίκον φροντίδα ή μακροχρόνια φροντίδα ή οδοντιατρική περίθαλψη. Οι επαρχίες παρέχουν μερική κάλυψη για παιδιά, όσους ζουν σε συνθήκες φτώχειας και ηλικιωμένους. Τα προγράμματα διαφέρουν ανά επαρχία. Στο Οντάριο, για παράδειγμα, οι περισσότερες συνταγές για νέους κάτω των 24 ετών καλύπτονται από το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας του Οντάριο, εάν δεν υπάρχει διαθέσιμο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης (OntarioMinistry of Health 2021).

Οι ανταγωνιστικές πρακτικές όπως η διαφήμιση περιορίζονται στο ελάχιστο, μεγιστοποιώντας έτσι το ποσοστό των εσόδων που πηγάζουν απευθείας στη φροντίδα. Το κόστος καταβάλλεται μέσω χρηματοδότησης από ομοσπονδιακά και επαρχιακά γενικά φορολογικά έσοδα, τα οποία περιλαμβάνουν φόρους εισοδήματος, φόρους επί των πωλήσεων και εταιρικούς φόρους. Στη Βρετανική Κολομβία, η χρηματοδότηση με βάση τη φορολογία συμπληρώθηκε (μέχρι την 1η Ιανουαρίου 2020) από ένα σταθερό μηνιαίο ασφαλιστρο που αίρεται ή μειώνεται για όσους έχουν

χαμηλά εισοδήματα. Στο Οντάριο, υπάρχει φόρος εισοδήματος που προσδιορίζεται ως ασφάλιστρο υγείας για φορολογητέο εισόδημα άνω των 20.000 \$ (Queen's Printer for Ontario 2019).

14.3 Το συνταξιοδοτικό σύστημα του Καναδά

Το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα του Καναδά (CPP , Γαλλικά : Régime de pensions du Canada) είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης που σχετίζεται με τις αποδοχές . Αποτελεί ένα από τα δύο κύρια στοιχεία του δημόσιου συστήματος συνταξιοδοτικού εισοδήματος του Καναδά , ενώ το άλλο στοιχείο είναι η Ασφάλεια Γηραιάς (OAS). Άλλα μέρη του συνταξιοδοτικού συστήματος του Καναδά είναι οι ιδιωτικές συντάξεις, είτε χρηματοδοτούμενες από τον εργοδότη είτε από ατομικές αποταμιεύσεις με αναβολή φόρου (γνωστές στον Καναδά ως Εγγεγραμμένο Συνταξιοδοτικό Πρόγραμμα Αποταμίευσης). Από τον Σεπτέμβριο του 2017, το CPP Investment Board διαχειρίζεται πάνω από C\$328,2 δισεκατομμύρια σε επενδυτικά στοιχεία ενεργητικού για το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα του Καναδά για λογαριασμό 20 εκατομμυρίων Καναδών (businessinsider.com 2017). Το CPPIB είναι ένα από τα μεγαλύτερα συνταξιοδοτικά ταμεία στον κόσμο(ThompsonJ. 2017).

Το κύριο επίδομα CPP είναι η μηνιαία σύνταξη γήρατος. Επί του παρόντος, αυτό είναι ίσο με το 25 τοις εκατό των μέσων αποδοχών στις οποίες πραγματοποιήθηκαν εισφορές CPP καθ' όλη τη διάρκεια της εργασιακής ζωής ενός συνεισφέροντος από την ηλικία των 18 έως τα 65 σε σταθερά δολάρια. Τα κέρδη επί των οποίων γίνονται οι εισφορές υπόκεινται σε ετήσιο όριο, το οποίο, το 2020, είναι 58.700 \$ (Booklet 2014). Ωστόσο, σύμφωνα με αλλαγές που θα εφαρμοστούν σταδιακά έως το 2025, το συνταξιοδοτικό επίδομα θα αυξηθεί στο 33,33 τοις εκατό των αποδοχών για τις οποίες καταβλήθηκαν εισφορές και το μέγιστο ποσό εισοδήματος που καλύπτεται από το CPP θα αυξηθεί κατά 14 τοις εκατό από το προβλεπόμενο όριο του 2025 από 69.700 \$ έως 79.400 \$ (OfficeoftheSuperintendentofFinancialInstitutions 2018).

Η βελτίωση CPP θα χρησιμεύσει ως συμπλήρωμα του υπάρχοντος ή βασικού CPP. Για άτομα που εργάζονται και καταβάλλουν συνεισφορές το 2019 ή αργότερα, θα υπολογιστούν και θα προστεθούν βελτιωμένα στοιχεία παροχών στο βασικό τμήμα του επιδόματος.

Κατά τον υπολογισμό του CPP, υπάρχει μια γενική διάταξη που επιτρέπει στα έτη με χαμηλότερες αποδοχές στην περίοδο συνεισφοράς να αφαιρεθούν από τον

υπολογισμό του μέσου όρου. Από το 2014, το χαμηλότερο 17 τοις εκατό των κερδών μειώνεται με αυτόν τον τρόπο, αντιπροσωπεύοντας έως και οκτώ έτη ανταποδοτικών κερδών (Servicecanada.gc.ca. 2019).

14.4 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά

Τα κοινωνικά προγράμματα στον Καναδά (Γαλλικά : programs sociaux) περιλαμβάνουν όλα τα προγράμματα της καναδικής κυβέρνησης που έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν βοήθεια σε πολίτες εκτός του τι παρέχει η αγορά. Η καναδική κοινωνική ασφάλιση σε ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων, πολλά από τα οποία διαχειρίζονται οι επαρχίες . Ο Καναδάς διαθέτει επίσης ένα ευρύ φάσμα πληρωμών από κρατικές μεταφορές σε ιδιώτες, οι οποίες ανήλθαν συνολικά σε 176,6 δισεκατομμύρια δολάρια το 2009—το κόστος αυτό περιλαμβάνει μόνο κοινωνικά προγράμματα που διαχειρίζονται κεφάλαια σε ιδιώτες. προγράμματα όπως η ιατρική και η δημόσια εκπαίδευση αποτελούν πρόσθετο κόστος (StatisticsCanada 2007).

Τα κύρια προγράμματα του κράτους πρόνοιας περιλαμβάνουν Κοινωνική Βοήθεια, Φορολογικό Επίδομα Παιδιού στον Καναδά, Ασφάλιση Γήρατος και Συμπλήρωμα Εγγυημένου Εισοδήματος, Ασφάλιση Απασχόλησης, Συνταξιοδοτικό Πρόγραμμα Καναδά και Κεμπέκ, Αποζημίωση Εργαζομένων, δημόσια εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική στέγαση και κοινωνικές υπηρεσίες. Τα προγράμματα χρηματοδοτούνται και παρέχονται από τις ομοσπονδιακές, επαρχιακές και δημοτικές κυβερνήσεις (MoscovitchA. 2015).

Η κοινωνική πρόνοια στον Καναδά έχει περάσει από περίπου τέσσερις φάσεις ανάπτυξης που αντιστοιχούν στην οικονομική, πολιτική και εσωτερική ανάπτυξη της χώρας.

- 1) Πρώιμη περίοδος: 1840–1890 Στην πρώιμη φάση της καπιταλιστικής ανάπτυξης, η ανταπόκριση του κράτους στη φτώχεια και τις ασθένειες είχε σε μεγάλο βαθμό ρυθμιστικό χαρακτήρα.
- 2) Μεταβατική Περίοδος 1891-1940 όπου η λειτουργία του κράτους συνδέθηκε επίσης με την παροχή κατάλληλης ειδίκευσης εργατικού δυναμικού μέσω της ρύθμισης του κεφαλαίου και της εργασίας, της συντήρησης της οικογένειας και της πρόσληψης περισσότερους μετανάστες. Αυτό επιτεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό με τη χρήση κρατικών μηχανισμών για τη διατήρηση της σταθερότητας

στην οικονομία και την οικογένεια, καθώς και με την υπογραφή συνθηκών με τους Αβορίγινες για περαιτέρω απελευθέρωση γης για ευρωπαϊκούς εποίκισμούς.

- 3) Η Περίοδος του Κρατικού Παρεμβατισμού 1941-1974 Αυτή η φάση σηματοδοτεί την άφιξη αυτού που κοινώς αποκαλείται κράτος πρόνοιας. Μέχρι την αρχή του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι Καναδοί είχαν διδαχθεί από τις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες της ύφεσης, γι' αυτό και αποδέχονταν όλο και περισσότερο έναν διευρυμένο ρόλο του κράτους στην οικονομική και κοινωνική ζωή κατά τη διάρκεια του πολέμου, και περίμεναν ότι αυτό θα συνεχιζόταν και μετά τον πόλεμο.
- 4) Περίοδος Λιτότητας 1975-2015 Καθώς η ανεργία αυξανόταν, προγράμματα όπως η ασφάλιση ανεργίας και η κοινωνική πρόνοια επεκτάθηκαν αυτόματα, διοχετεύοντας περισσότερο εισόδημα στα χέρια ανθρώπων που δεν μπορούσαν προσωρινά να εξασφαλίσουν τον εαυτό τους. Ο αντίκτυπος αυτών των τελευταίων αυξήσεων στις δημόσιες δαπάνες ήταν ιδιαίτερα εμφανής από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, όταν η οικονομία εισήλθε σε μια περίοδο ύφεσης μετά από 10 χρόνια ανάπτυξης (MoscovitchA. 2015).

Τα τελευταία 40 χρόνια, διαδοχικές ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις έχουν επικεντρωθεί στον έλεγχο των κοινωνικών δαπανών, αν όχι στη μείωση. Αυτό που έχει εξελιχθεί είναι η επιστροφή στη διάκριση μεταξύ κοινωνικών προγραμμάτων για άτομα με αναπηρία που θεωρούνται άνεργα και κοινωνικών προγραμμάτων για μη άτομα με αναπηρία που θεωρούνται ικανά προς εργασία — και που πρέπει να επιστρέψουν στην αγορά εργασίας το συντομότερο δυνατό. Επαρχιακά και περιφερειακά προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας έχουν επαναπροσδιορίσει τις μονογονεϊκές οικογένειες, κυρίως γυναίκες, ως απασχολούμενους και υπόκεινται στις ίδιες πιέσεις για επιστροφή στην εργασία. Μόνο το Κεμπέκ εισήγαγε ένα σημαντικό πρόγραμμα για την παροχή υψηλής ποιότητας παιδικής φροντίδας με χαμηλό κόστος. Τα επιδόματα τέκνων που αυξήθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου οδήγησαν σε λιγότερα παιδιά στη φτώχεια, ειδικά εκείνα που ζουν σε μονογονεϊκά νοικοκυριά.

Κεφάλαιο 15: Σύγκριση του κοινωνικού κράτους των χωρών με φιλελεύθερη οικονομία με αυτό των Σκανδιναβικών χωρών

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, έχει κυριαρχήσει στον δημόσιο λόγο το αφήγημα ότι οι χώρες με πιο κρατικά ελεγχόμενη οικονομία δαπανούν και μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ τους στην κοινωνική πρόνοια, εν αντιθέσει με τις οικονομικά φιλελεύθερες χώρες οι οποίες δαπανούν λιγότερα στην κοινωνική φροντίδα, με αποτέλεσμα να έχουν συγκριτικά λιγότερο αποτελεσματικές κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ οι κοινωνικές ανισότητες είναι αυξημένες σε αυτές τις χώρες.

Πράγματι, τα συστήματα κοινωνικής φροντίδας των Σκανδιναβικών χωρών (Δανία, Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία, Ισλανδία) είναι πολυδιαφημισμένα σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχουν στους πολίτες τους. Άλλωστε, αποτελούν διαχρονικά πόλο έλξης για πολλούς επίδοξους οικονομικούς μετανάστες λόγω της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν. Υψηλοί εργασιακοί μισθοί, παχυλά κοινωνικά επιδόματα, πρότυπο εκπαιδευτικό σύστημα, καθώς επίσης και ένα πολύ καλά οργανωμένο σύστημα υγείας.

Στην ενδυνάμωση του κοινωνικού κράτους σε αυτές τις χώρες διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο οι σοσιαλδημοκρατικές κυβερνήσεις που είχαν για πολλά χρόνια αυτές οι χώρες, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ίσως τον πρωθυπουργό της Σουηδίας Ούλφφ Πάλμε, στον οποίο η Σουηδία οφείλει κατά κύριο λόγο το κοινωνικό μοντέλο της το οποίο σφυριλατήθηκε τις δεκαετίες του 1970 και 1980.

Ακόμα, αυτές οι χώρες τείνουν να βρίσκονται αρκετά ψηλά στους δείκτες ευημερίας, ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η κατάταξη των χωρών με βάση το ΑΕΠ ανά κάτοικο για το έτος 2021, σύμφωνα με την οποία και οι πέντε Σκανδιναβικές χώρες βρίσκονται στις 15 υψηλότερες θέσεις, πιο συγκεκριμένα, η Νορβηγία είναι τέταρτη (82,244), η Ισλανδία έκτη (68,844), η Δανία έβδομη (67,920), η Σουηδία ενδέκατη (58,639), ενώ η Φινλανδία φιγουράρει στην δέκατη τέταρτη θέση της κατάταξης (53,523) (statisticstimes 2021).

15.1 Το σύστημα υγείας στις χώρες της Σκανδιναβίας

15.1 α) Σουηδία

Το εθνικό σύστημα υγείας της Σουηδίας βασίζεται στο μοντέλο Beveridge και παρέχει υποχρεωτική κάλυψη και καθολική κάλυψη στους πολίτες της Σουηδίας. Το σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι κρατικό, ενώ χαρακτηρίζεται από αυξημένο κρατικό παρεμβατισμό κατά τα πρότυπα του Κεϋνσιανισμού και της σοσιαλδημοκρατίας. Οι δαπάνες για την υγεία στην Σουηδία είναι υψηλές και η χρηματοδότηση γίνεται μέσω της φορολογίας των πολιτών (Κασκάνης Φ. 2019).

Οι τοπικές αρχές είναι αρμόδιες τόσο για την χρηματοδότηση, όσο και για την διοίκηση του συστήματος υγείας. Οι τοπικές αρχές συγκροτούνται από περιφερειακά συμβούλια, τα οποία χωρίζονται ανά περιοχή υγειονομικής περίθαλψης (συνολικά είναι 89 αυτές οι περιοχές) (Τσεκούρα Αι. 2012).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σουηδίας είναι ένα αποκεντρωμένο και διοικούμενο ανά τομέα σύστημα, και αυτό βοηθά το κράτος να ελέγχει καλύτερα το σύστημα υγείας και να αντιμετωπίζει πιο αποτελεσματικά τυχόν προβλήματα ούτως ώστε να ικανοποιεί επαρκώς τις ανάγκες των πολιτών (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 2001).

Στην Σουηδία το 85% των εξόδων των πολιτών καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία τους, ενώ τους παρέχεται υψηλού επιπέδου υγειονομική περίθαλψη, γι' αυτό και οι δείκτες θνησιμότητας παρουσιάζουν φθίνουσα τάση και το προσδόκιμο ζωής είναι ιδιαίτερα αυξημένο.

Κατά την δεκαετία του 1990 προωθήθηκε η ιδιωτικοποίηση ενός κομματιού του συστήματος υγείας όπως οι ξενώνες ήπιας νοσηλείας και κάποια μικρά νοσοκομεία, ή η διοίκηση σε κάποιες δομές υγείας παραχωρήθηκε σε ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, ωστόσο, τόσο τα περιφερειακά, όσο και τα τοπικά νοσοκομεία παρέμειναν κρατικά, ενώ μόνο το 15% των ιατρών ανήκει στον ιδιωτικό τομέα, με τους υπόλοιπους να είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι ή να αμείβονται κατά κεφαλήν από το κράτος (Τσεκούρα Αι. 2012).

15.1 β) Νορβηγία

Όπως και το Σουηδικό, έτσι και το Νορβηγικό σύστημα υγείας ακολουθεί τα πρότυπα του μοντέλου Beveridge, με τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας να ανήκουν στον δημόσιο τομέα, ενώ διοικητικά ακολουθεί το μοντέλο της αποκεντρωμένης διοίκησης, η οποία χωρίζεται σε τρεις (3) κατηγορίες: το κράτος, τις κομητείες και τους δήμους (Johnsen 2006).

Σκοπός είναι να αποφευχθεί μέσω του αποκεντρωμένου συστήματος διοίκησης η μεγάλη γραφειοκρατία και να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για την πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, η κομητεία για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, ενώ ο δήμος είναι υπεύθυνος για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σχετικά με τις δαπάνες στην υγεία, το 2004 το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανήθηκε για την υγεία έφτανε το 10%, ενώ για το έτος 2010 οι δαπάνες για το σύστημα υγείας κυμαίνονταν στο 9,5% του ΑΕΠ, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD 2012).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Νορβηγίας βασίζεται στην φορολογία των πολιτών και την ευθύνη για την λήψη των αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο από τις κομητείες και τους δήμους. Οι υγειονομικές παροχές της Νορβηγίας χαρακτηρίζονται από την υψηλή τους ποιότητα, καθώς η Νορβηγία ανήκει στις Ευρωπαϊκές χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, μιας και υπολογίζεται ότι δαπανά ετησίως σε αυτούς τους τομείς περίπου το 35% του κρατικού προϋπολογισμού (Νικάκη 2008).

Ακόμα, θα πρέπει να αναφέρουμε πως η σύγχρονη διοικητική κουλτούρα του συστήματος υγείας της Νορβηγίας βασίζεται στην ποιότητα. Στο σύστημα υγείας έχουν πρόσβαση όλοι οι πολίτες της Νορβηγίας ανεξαιρέτως κοινωνικής θέσης, τόπου κατοικίας και εισοδηματικής κατηγορίας (εξασφάλιση ισότητας) και δεύτερον, τα νοσοκομεία είναι υπόλογα στην κυβέρνηση σχετικά με τις δραστηριότητές τους,

με τους ασθενείς να έχουν αρκετές πληροφορίες ούτως ώστε να επιλέξουν την μονάδα υγείας από όπου θα λάβουν την υγειονομική τους περίθαλψη (Ευσταθίου Μ. 2013).

15.1 γ) Δανία

Στην Δανία η παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε δύο (2) τομείς, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την νοσοκομειακή περίθαλψη.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ασχολείται με πιο γενικά προβλήματα υγείας και χωρίζεται και αυτή με τη σειρά της σε δύο (2) μέρη, αυτό που ασχολείται με την θεραπεία και την φροντίδα και αυτό που ασχολείται με την πρόληψη υγείας.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας που χρήζουν ιδιαίτερης και πιο εντατικής θεραπείας, καθώς επίσης μεριμνούν για την προληπτική θεραπεία των ασθενών, αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση των θεράποντων ιατρών (DanishMinistryofHealthandPrevention 2008).

Παρότι το Σύστημα Υγείας της Δανίας λειτουργούσε παραδοσιακά με αποκεντρωμένη διοίκηση, έχει επηρεαστεί και αυτό με την σειρά του από τις πολιτικές συγκεντρωτισμού του κράτους μέσω μεταρρυθμίσεων όπως αυτή του 2007 όπου συγχωνεύτηκαν μικρές κομητείες και δήμοι σε μεγαλύτερες περιφέρειες. Κάτι ανάλογο συνέβη και με τα νοσοκομεία όπου έγιναν συγχωνεύσεις για την δημιουργία λιγότερων, πιο μεγάλων και πιο εξειδικευμένων νοσοκομείων. Ακόμα, ακολουθείται ένα μοντέλο κεντρικού σχεδιασμού, μέσω του Δανικού Προγράμματος Ποιότητας Υγείας (OlejazM. Etal. 2012).

Στην Δανία η υγειονομική ασφάλιση είναι εφ' όρου ζωής εν αντιθέσει με άλλα συστήματα υγείας όπου ισχύει για συγκεκριμένες περιόδους ή κατηγορίες ατόμων, ενώ έχουν πολύ υψηλό δείκτη ικανοποίησης ασθενών, η οποία αγγίζει ποσοστά της τάξεως του 90%. Σε αυτό ο γεγονός συντελεί και ο σύντομος χρόνος αναμονής σε σύγκριση με άλλα κρατικά συστήματα υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας στην Δανία είναι κατά βάση κρατικές, μέσω δαπανών από την φορολογία των πολιτών, ενώ το

υγειονομικό προσωπικό πλήρους απασχόλησης αποτελεί σε ποσοστό το 4% των εργαζομένων (PedersenK.-M., BechM., VrangbaekK.).

15.1 δ) Φινλανδία

Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας είναι ένα αποκεντρωμένο σύστημα τριών επιπέδων, όπου οι τοπικές αρχές (δήμοι) έχουν την ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους. Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας είναι κατά βάση δημόσιο, με μικρή συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

Ακόμα, το σύστημα υγείας της Φινλανδίας παρέχει καθολική περίθαλψη στους πολίτες, ενώ δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την πρόληψη των ασθενειών (Wikipedia).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Φινλανδία δημιουργήθηκε το 1972 μέσω του σχετικού νόμου ο οποίος αποσκοπούσε στον συνδυασμό των υπηρεσιών πρόληψης με την δημόσια φροντίδα υγείας, με τους Δήμους να παρέχουν τις υπηρεσίες στους πολίτες στα κέντρα υγείας (Jarvelin 2002).

Το σύστημα υγείας της Φινλανδίας χρηματοδοτείται μέσω των φορολογικών εισφορών των πολιτών. Εντός του συστήματος έγκειται και το Εθνικό Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Ασθένειας (NSSI) το οποίο χρηματοδοτείται μέσω της φορολόγησης ενός ποσοστού του εισοδήματος των εργαζομένων, των συνταξιούχων και των εργοδοτών. Το πρόγραμμα αυτό παρέχει καθολική κάλυψη η οποία πληροί το 13% των συνολικών δαπανών υγείας. Ακόμα, το NSSI καλύπτει όλες τις θεραπείες που παρέχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς επίσης και το κόστος της φαρμακευτικής συνταγογράφησης, τα έξοδα μεταφοράς του ασθενούς, τα έξοδα εγκυμοσύνης για τις γυναίκες και ένα ποσοστό από την αμοιβή των ιδιωτών ιατρών (Τριανταφύλλου Μ. 2004).

Το σύστημα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας (NHI) καλύπτει όλους τους κατοίκους της Φινλανδίας και διοικείται από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων KEELA μέσω

περίπου 260 τοπικών γραφείων σε όλη τη χώρα. Οι αρμοδιότητες αυτού του οργανισμού περιλαμβάνουν κάλυψη ορισμένων οικογενειακών επιδομάτων, Εθνική Ασφάλιση Υγείας, αποκατάσταση, βασική ασφάλιση ανεργίας, επιδόματα στέγασης, οικονομική βοήθεια για φοιτητές και συντάξεις εγγυημένες από το κράτος (TerperiJ. etal. 2009).

15.2 Η Κοινωνική πρόνοια στις χώρες της Σκανδιναβίας

15.2 α) Σουηδία

Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της Σουηδίας είναι ευρέως γνωστό για την πληθώρα κοινωνικών παροχών που παρέχει στους πολίτες του. Βασίζεται στο Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής, σύμφωνα με το οποίο η κάλυψη των αναγκών των πολιτών αποτελεί συλλογική ευθύνη.

Η χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας γίνεται μέσω των κοινωνικών εισφορών, με τις εισφορές των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων που ανέρχονται σε ποσοστά 31 και 29% αντίστοιχα, να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του συστήματος (EuropeanComission 2012).

Το κοινωνικό κράτος της Σουηδίας έχει μακρά παράδοση ήδη από την δεκαετία του 1930 οπότε και άρχισε η συνεχιζόμενη πολιτική κυριαρχία του κόμματος των σοσιαλδημοκρατών, το οποίο προωθεί ένα κεϋνσιανό μοντέλο ενδυνάμωσης του κοινωνικού κράτους. Αξιοσημείωτο βέβαια είναι και το γεγονός ότι η Σουηδία δεν είχε συμμετοχή στον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, γεγονός που δεν επηρέασε το κοινωνικό της σύστημα, όπως έγινε με τις υπόλοιπες χώρες που συμμετείχαν στον πόλεμο. Ωστόσο, σημείο ορόσημο για το κοινωνικό κράτος στη Σουηδία αποτέλεσαν οι δεκαετίες του 1970 και 1980 όταν ήταν στον πρωθυπουργικό θώκο ο ΟύλφφΠάλμεο οποίος προώθησε πολιτικές ενδυνάμωσής του.

Βέβαια, η πετρελαϊκή κρίση του 1973 επηρέασε και την οικονομία της Σουηδίας, με την δεξιά να κατηγορεί το κοινωνικό κράτος για τα οικονομικά προβλήματα που έκαναν την εμφάνισή τους στην χώρα. Έτσι, η δεξιά κυβέρνηση που διαδέχθηκε τον

Ούλφ Πάλμε (1976-1982) προώθησε πολιτικές μείωσης του κρατικού παρεμβατισμού και αποδυνάμωσης της κοινωνικής πρόνοιας (Bernstein S., Milza P.).

Ωστόσο, παρά την οικονομική κρίση και την προσπάθεια αποδυνάμωσης της κοινωνικής πρόνοιας, οι Σουηδοί δεν έχασαν την πίστη τους προς το κοινωνικό κράτος πρόνοιας, με αποτέλεσμα η Σουηδία να συνεχίσει να έχει ένα από τα πιο ισχυρά κράτη πρόνοιας παγκοσμίως (Υφαντόπουλος Ν. 2010).

15.2 β) Νορβηγία

Στην Νορβηγία η άνθιση του κοινωνικού κράτους ξεκίνησε κατά την δεκαετία του 1930, όταν τα εργατικά συνδικάτα και η ένωση Νορβηγών εργοδοτών συνέταξαν μια συμφωνία που έμεινε γνωστή ως ο «μεγάλος συμβιβασμός» ούτως ώστε να ξεπεραστεί η κρίση που είχε ξεσπάσει μεταξύ των δύο προαναφερόμενων ενώσεων (Wikipedia).

Η Νορβηγία αναφέρεται συχνά ως «κοινωνικό κράτος», καθώς το κράτος και οι τοπικές αρχές αναλαμβάνουν την ευθύνη να διασφαλίσουν την πρόσβαση για όλους τους πολίτες της χώρας σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, στην εκπαίδευση, σε επιδόματα και κοινωνική ασφάλιση για όσους δεν είναι σε θέση να εργαστούν. Ακόμα, μέσω της κοινωνικής πρόνοιας, το κράτος φροντίζει να υπάρχει μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας ένα είδος μερικής ανακατανομής του εισοδήματος προς βοήθεια των οικονομικά ασθενέστερων ατόμων (nyinorge.org).

Το Νορβηγικό κράτος πρόνοιας έχει αρκετά κοινά με το κράτος πρόνοιας της Σουηδίας που είδαμε παραπάνω. Ακολουθεί και αυτή ένα σοσιαλδημοκρατικό κεϋνσιανό μοντέλο, απόρροια της μακρόχρονης πολιτικής κυριαρχίας του κόμματος των Εργατικών (αντίστοιχο του Σοσιαλδημοκρατικού κόμματος της Σουηδίας). Άλλωστε τα συστήματα κοινωνικής πολιτικής των Σκανδιναβικών χωρών (Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία) ακολουθούν παρόμοιες πολιτικές ως προς το κοινωνικό κράτος, γνωστό και ως «Νορδικό μοντέλο» ή «Σκανδιναβικό μοντέλο» κοινωνικής πολιτικής.

Βέβαια, η Νορβηγία εκμεταλλεύεται το γεγονός ότι έχει πλούσια κοιτάσματα σε πρώτες ύλες όπως το φυσικό αέριο, το ξύλο, ο άνθρακας και κυρίως το πετρέλαιο, καθώς η βιομηχανία πετρελαίου αντιπροσωπεύει περίπου το ένα τέταρτο του Ακαθόριστου Εγχώριου Προϊόντος της χώρας. Χάρη στα έσοδα από την εκμετάλλευση του φυσικού της πλούτου, συντηρεί το πλουσιοπάροχο κοινωνικό της κράτος, και μάλιστα χάρη σε αυτό το γεγονός δεν βίωσε την κρίση του κράτους πρόνοιας κατά την δεκαετία του 1990 όπως η Σουηδία και η Φινλανδία (AcherJ. 2007).

15.2 γ) Δανία

Στην Δανία οι περισσότεροι κλάδοι κοινωνικής ασφάλισης είναι υποχρεωτικοί, ενώ η μόνη περίπτωση για την οποία απαιτείται πιστοποίηση για την παροχή ασφάλισης είναι αυτή της ανεργίας. Στην Δανία οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης είναι οι εξής:

- 1) παροχές ασθενείας, νοσοκομειακής περίθαλψης, παροχές μητρότητας, ημερήσια επιδόματα ασθενείας και μητρότητας και επίδομα επαναπροσαρμογής
- 2) επιδόματα για εργατικά ατυχήματα
- 3) επίδομα για έξοδα κηδείας
- 4) συντάξεις γήρατος και επικουρικές συντάξεις
- 5) επίδομα ανεργίας
- 6) οικογενειακά επιδόματα (European Comission 2012).

Η κοινωνική πρόνοια στην Δανία χρηματοδοτείται μέσω των φορολογικών εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων, με τις δαπάνες για την κοινωνική πρόνοια να υπολογίζονται στο 28,3% του ΑΕΠ της χώρας (OECD 2019).

Στην Δανία όλοι οι πολίτες από όλες τις ηλικίες έχουν πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες της κοινωνικής φροντίδας, ενώ επικρατεί η αντίληψη πως για να ευημερεί η κοινωνία θα πρέπει να εξασφαλιστεί η σταθερότητα της κρατικής οικονομίας, τα ποσοστά επαγγελματικής απασχόλησης να είναι υψηλά, η λειτουργία της αγοράς να

είναι εύρυθμη σε συνδυασμό με έναν αποτελεσματικό δημόσιο τομέα (DanishMinistryofSocialAffairsandIntegration 2012).

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες Σκανδιναβικές χώρες, η Δανία ακολουθεί πιο φιλελεύθερες πολιτικές στα εργασιακά θέματα κατά τα πρότυπα της ελεύθερης αγοράς, χωρίς ωστόσο να απουσιάζει η πλουσιοπάροχη βοήθεια που προσφέρει το Σκανδιναβικό κράτος πρόνοιας, το οποίο έχει συντελέσει να διατηρείται το επίπεδο της φτώχειας σε χαμηλά επίπεδα στην χώρα (Κοντορίνης Γ. 2010).

15.2 δ) Φινλανδία

Κατά την δεκαετία του 1980 το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας διαχώρισε το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας σε πέντε (5) τμήματα:

- 1) Κοινωνικής Ασφάλισης
- 2) Κοινωνικής Πρόνοιας
- 3) Υγειονομικής Περίθαλψης
- 4) Πολιτικής Εγκράτειας κατά του αλκοόλ
- 5) Εργασίας

Το αρμόδιο Υπουργείο έχει ως καθήκον τον καθορισμό της πολιτικής, η οποία διοικείται από τα κεντρικά συμβούλια (Wikipedia).

Όπως συμβαίνει και με τις άλλες χώρες της Σκανδιναβίας, έτσι και στην Φινλανδία οι παροχές της κοινωνικής προστασίας είναι καθολικές, για όλους τους πολίτες, με τους εργαζόμενους να λαμβάνουν επιπλέον επιδόματα σχετικά με τις αποδοχές τους. Η μόνη κρατική παροχή η οποία είναι προαιρετική. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως η Φινλανδία είναι από τις πρώτες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τα ποσοστά του ΑΕΠ της που δαπανώνται για την κοινωνική προστασία (Eurostat 1993).

Ως προς την χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας, ένα ποσοστό 50% προέρχεται από τις δημόσιες αρχές, με τις ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών να ανέρχονται στο 38%, ενώ των εργαζομένων στο 11% (Nososco 1995).

Στον συνταξιοδοτικό τομέα, οι νόμιμες συντάξεις περιλαμβάνουν τις εθνικές συντάξεις και τη σύνταξη εργασίας. Όσοι κατοικούν στη Φινλανδία και είναι 16 ετών και άνω είναι ασφαλισμένοι βάσει του Νόμου για τις Εθνικές Συντάξεις. Όσοι εργάζονται στη Φινλανδία είναι επίσης ασφαλισμένοι βάσει του νόμου περί συντάξεων μισθωτών ή του νόμου περί συντάξεων αυτοαπασχολούμενων (ή παρόμοιου νόμου). Και τα δύο συστήματα εφαρμόζουν λίγο πολύ τα ίδια κριτήρια επιλεξιμότητας.

Ο σκοπός της εθνικής σύνταξης είναι να εγγυηθεί ένα επαρκές ελάχιστο εισόδημα για όλους τους συνταξιούχους. Περιλαμβάνει σύνταξη γήρατος, πρόωρη σύνταξη γήρατος, πρόωρη σύνταξη αναπηρίας, πλήρη σύνταξη αναπηρίας, σύνταξη ανεργίας και σύνταξη επιζώντος. Εάν ο συνταξιούχος διαμένει στη Φινλανδία για λιγότερο από 40 χρόνια, η σύνταξη είναι ανάλογη με το χρονικό διάστημα που ο ασφαλισμένος έχει ζήσει στη Φινλανδία (EuropeanParliament 1996).

15.3 Η σύγκριση με τις χώρες που λειτουργούν με ελεύθερη οικονομία της αγοράς

Παρατηρούμε πως στις Σκανδιναβικές χώρες, οι οποίες βασίζονται σε ένα σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο με υψηλό κρατικό παρεμβατισμό, παρέχονται υψηλής ποιότητας παροχές και υπηρεσίες στους πολίτες. Γι' αυτόν τον λόγο άλλωστε και το Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής είναι ευρέως γνωστό και αυτές οι χώρες αποτελούν τον πιο επιθυμητό προορισμό για πολλούς επίδοξους μετανάστες από όλον τον κόσμο.

Από την άλλη πλευρά, είδαμε χώρες οι οποίες ακολουθούν πιο φιλελεύθερα και με λιγότερο κρατικό παρεμβατισμό μοντέλα κοινωνικής πολιτικής. Τόσο οι Η.Π.Α., όσο

και η Μεγάλη Βρετανία, αλλά και η Σιγκαπούρη είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών με ελεύθερη οικονομία και δίνεται έμφαση στον ιδιωτικό τομέα.

Αυτές οι χώρες παρουσιάζουν αρκετές διαφοροποιήσεις η μία από την άλλη τόσο στον τρόπο λειτουργίας του κοινωνικού κράτους, όσο και στην ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν στους πολίτες τους. Παραδείγματος χάρη, στις Η.Π.Α. το σύστημα υγείας είναι σχεδόν αποκλειστικά ιδιωτικό, ενώ δεν υπάρχει σαφές κυβερνητικό πλάνο ως προς το κομμάτι της κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο αναλαμβάνει η εκάστοτε πολιτεία. Σε άλλες χώρες με ελεύθερη οικονομία παρατηρούμε πως υπάρχει κυβερνητική μέριμνα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Οι κυβερνήσεις θεσπίζουν προγράμματα για την πρόσβαση σε υπηρεσίες όπως η κυβερνητική ασφάλιση, η υγειονομική περίθαλψη και η συνταξιοδότηση.

Σύμφωνα με τους δείκτες ποιότητας ζωής για το έτος 2021 (numbeo.com 2021), βλέπουμε πως και οι πέντε Σκανδιναβικές χώρες φιγουράρουν σε πολύ υψηλές θέσεις, όπως επίσης και αρκετές χώρες με ελεύθερη οικονομία που αναφέραμε παραπάνω βρίσκονται αρκετά ψηλά.

Βέβαια, σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η οικονομική ευημερία μιας χώρας η οποία βασίζεται στην οικονομική και βιομηχανική της ανάπτυξη. Για παράδειγμα, χώρες όπως η Σουηδία και η Δανία έχουν βαριά βιομηχανία, ενώ η Νορβηγία είναι από τις χώρες με τα περισσότερα κοιτάσματα πετρελαίου παγκοσμίως, ενώ από την άλλη πλευρά βλέπουμε χώρες όπως οι Η.Π.Α., και η Βρετανία που είναι οικονομικές υπερδυνάμεις.

Όπως είδαμε παραπάνω, σημαντικό ρόλο για την διαμόρφωση του κοινωνικού κράτους στην εκάστοτε χώρα έπαιξαν και μεταρρυθμίσεις που έγιναν κατά τις προηγούμενες δεκαετίες πάνω σε οικονομικές πολιτικές, οι οποίες με την σειρά τους επηρέασαν και το σύστημα κοινωνικής πολιτικής του κράτους. Για παράδειγμα, η μακρόχρονη κυριαρχία των σοσιαλδημοκρατών στην Σκανδιναβία συνέβαλε στο να δημιουργηθεί ένα κοινωνικό κράτος που έχει ως μέλημα την εξασφάλιση των αναγκών των πολιτών, ενώ οι φιλελεύθερες πολιτικές ηγεσίες χωρών όπως η Μεγάλη Βρετανία και οι Η.Π.Α. μείωσαν τις δαπάνες για την κοινωνική πολιτική και έδωσαν κίνητρα σε ιδιώτες να ασχοληθούν με το κομμάτι των κοινωνικών υπηρεσιών. Αξίζει να σημειώσουμε πως μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των Η.Π.Α. δεν βλέπει με

καλό μάτι την ενασχόληση του κράτους με την κοινωνική πολιτική, καθώς θεωρούν ότι γίνεται κατάχρηση των υπηρεσιών της από τους πολίτες.

Θεωρητική Προσέγγιση

Το ζήτημα της κοινωνικής φροντίδας στα πλαίσια της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς πολιτικούς επιστήμονες και αναλυτές, έχει διατυπωθεί πληθώρα άρθρων σχετικά με αυτό το ζήτημα, ενώ έχει αποτελέσει θέμα αρκετών συζητήσεων.

Ο James O'Connor στο βιβλίο του «The Fiscal Crisis of the State» εξηγεί πως η ύπαρξη του κράτους πρόνοιας είναι αναγκαία σε μια καπιταλιστική κοινωνία, καθώς το καπιταλιστικό σύστημα δημιουργεί υπερσυσσώρευση πλούτου σε ορισμένα άτομα και αυτό το γεγονός με τη σειρά του δημιουργεί κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες τις οποίες το κράτος πρόνοιας καλείται να αμβλύνει για την διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.

Ο Carl Polanyi στο βιβλίο του «The Great Transformation» αναφέρει πως η οικονομία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνία και η οποιαδήποτε προσπάθεια αποκοπής της από αυτήν, θα μπορούσε να επιφέρει καταστροφή του κοινωνικού ιστού.

Σύμφωνα με τον R. Titmuss, η κοινωνική πολιτική αποτελεί βασικό κομμάτι της κοινωνίας, με την οποία αναπτύσσεται και εξελίσσεται παράλληλα.

Σύμφωνα με την παραδοσιακή προσέγγιση είθισται να αναφέρεται μια σειρά θεσμών ή υπηρεσιών όπως είναι η υγεία, η ασφάλιση, η πρόνοια, η στεγαστική και εκπαιδευτική πολιτική, καθώς και οι εργασιακές σχέσεις για να περιγράψει το κοινωνικό κράτος και την λειτουργία του κατά τον M. Ginsburg στο βιβλίο του «Class, capital and social policy».

Κατά τον Lowe στο «The welfare state in Britain since 1945», κοινωνική πολιτική είναι η διοίκηση της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά προβλήματα με βάση την άνοδο του βιοτικού επιπέδου των οικονομικά ασθενέστερων.

O Goodin στο «Reasons for welfare. The political theory of the welfare state», όπως και ο Mishra στο «Social analysis and the welfare state: Retrospect and prospect» αναφέρουν πως η κοινωνική πολιτική σε αντιτίθεται σε άλλες κρατικές πολιτικές, δίνοντας στα πλαίσια αυτά έμφαση στον υποχρεωτικό και συλλογικό χαρακτήρα της κρατικής παρέμβασης υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων.

Ο Σωτήριος Σούλης στο βιβλίο «Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική» αναφέρει ότι το κοινωνικό κράτος έχει ως κύριο ρόλο την βοήθεια σε ανθρώπους οι οποίοι είναι κάτω από το όριο της φτώχειας και βιώνουν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτά τα φαινόμενα δημιουργούν οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες και το κοινωνικό κράτος έχει ως κύριο μέλημα την άμβλυνση αυτών των ανισοτήτων. Η φτώχεια διαχωρίζεται σε ακραία και σχετική, όπου στην ακραία φτώχεια υπάρχει έλλειψη του βασικού εισοδήματος που είναι απαραίτητο για την κάλυψη βασικών αναγκών του ατόμου ή του νοικοκυριού, ενώ σχετική φτώχεια είναι όταν το εισόδημα ενός ατόμου ή ενός νοικοκυριού είναι κάτω του μέσου όρου μιας κοινωνίας.

Κατά τον A. Hilman, ένα βασικό πρόβλημα για την υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ο περιορισμός του κόστους υγείας, δηλαδή οι νέες καινοτομίες και τα νέα φάρμακα που ανακαλύπτει η ιατρική επιστήμη απαιτούν όλο και περισσότερο δαπανηρές επενδύσεις. Όσο αυτές γίνονται παλαιώνουν και ο ιατρικός εξοπλισμός συνεχίζει να εξελίσσεται, τα πιθανά οφέλη του πληθυσμού αυξάνουν το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι Κούλης Α. και Μακροστάμος Α., διατυπώνουν πως η επικράτηση της παγκοσμιοποίησης, προωθεί νέες εργασιακές σχέσεις περισσότερο ευέλικτες και με πιο ελαστικά ωράρια, και σε αυτό βοηθά η ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, ενώ συντελεί και στην ανάδειξη νέων ομάδων συμφερόντων του καπιταλισμού που αυξάνουν τα κέρδη τους.

Κατά τον D. Demazierre, οι επιπτώσεις της ανεργίας διαχωρίζονται σε 3 στάδια: α) αυτό του σοκ, β) αυτό της αποδοχής της πραγματικότητας και γ) της συνειδητοποίησής της ενώ κατά την Μ. Λευθεριώτη μακροχρόνια ανεργία οδηγεί σε απώλεια εισοδήματος και αυτό οδηγεί στην φτωχοποίηση του ατόμου έχοντας αρνητική επίδραση τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά, καθώς οι κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της ανεργίας και της φτώχειας κατ' επέκταση επιβαρύνουν την ψυχολογία αλλά και την υγεία του ατόμου, κάνοντάς το όλο και πιο ευάλωτο σε διάφορα νοσήματα δυσχαιρένοντας μεταξύ άλλων και την πρόσβασή του στις υπηρεσίες υγείας.

Θα πρέπει να επισημάνουμε πως βασικό κομμάτι σε αυτή την έρευνα αποτελεί η έννοια του φιλελευθερισμού, για τον οποίο έχει διατυπωθεί πληθώρα ορισμών κατά το παρελθόν.

Ο I. Adams είχε διατυπώσει πως στον οικονομικό φιλελευθερισμό, το μοντέλο που ακολουθείται στην οικονομία έχει ως επίκεντρο το άτομο, το οποίο έχει περισσότερες αρμοδιότητες ως προς την λήψη αποφάσεων, ενώ κατά τον W. Brown η φιλελεύθερη οικονομία είναι στενά συνδεδεμένη με την ελεύθερη αγορά αλλά και την έμφαση στην ατομική ιδιοκτησία των μέσων παραγωγής. Βέβαια, αρκετές φορές έρχεται σε αντίθεση με άλλα ιδεολογικά ρεύματα όπως η σοσιαλδημοκρατία, που προτείνει περισσότερη κρατική παρέμβαση στην οικονομία ή ο κομμουνισμός που απαιτεί την πλήρη κοινωνικοποίηση των μέσων παραγωγής.

Φυσικά, εξέχοντα ρόλο σε ό,τι αφορά τον φιλελευθερισμό κατέχει ο Adam Smith, ο πιο σημαντικός θεωρητικός του φιλελευθερισμού που μεταξύ άλλων διατύπωσε την θεωρία του λεγόμενου “laissez-fair” ούτως ώστε να διαχωρίσει τον ρόλο του κράτους

από την οικονομία, καθώς επίσης και την θεωρία του «αόρατου χεριού» για να περιγράψει την αρχή της πεφωτισμένης ιδιοτέλειας. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην θεωρία του φιλελευθερισμού κατέχει και ο JohnLock κατά τον οποίο θα πρέπει να είναι αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου το δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ιδιοκτησία και πως οι εκάστοτε κυβερνήσεις θα πρέπει να σέβονται αυτά τα δικαιώματα.

Ο φιλελευθερισμός ως θεωρία κατά τους επόμενους αιώνες επαναδιατυπώθηκε εμπλουτιζόμενος με στοιχεία που θα τον καθιστούσαν βιώσιμο και αποτελεσματικό οικονομικό μοντέλο κατά την εκάστοτε εποχή. Σημαντική περίοδος ήταν κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970 όποτε και διατυπώθηκε η θεωρία του «νεοφιλελευθερισμού» με σημαντικότερους θεωρητικούς τον FriedrichHayek και τον MiltonFriedman, ο οποίος μεταξύ άλλων πίστευε πως ο πληθωρισμός των τιμών σχετίζεται με την προσφορά χρήματος και για να επιτευχθεί ο αποπληθωρισμός των τιμών για να ρυθμίζεται ο πληθωρισμός, ο οποίος με τη σειρά του θα ρυθμίζεται από τον νομισματικό πληθωρισμό.

Διαχρονικά οι θιασώτες του φιλελευθερισμού ήταν και είναι σε αντιπαράθεση με άτομα που είναι υπέρ ενός πιο κρατικά ελεγχόμενου οικονομικού μοντέλου. Τέτοια οικονομικά μοντέλα μπορούν να θεωρηθούν η σοσιαλδημοκρατία η οποία προτείνει περισσότερο κρατικό παρεμβατισμό ούτως ώστε να μετριαστεί η αύξηση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων μέσω μιας μετριοπαθούς αναδιανομής του πλούτου. Αυτό θα επιτευχθεί μέσω της προοδευτικής φορολογίας (πχ φόρος ανά εισόδημα) ή και μέσω του ισχυρού ρόλου του κράτους πρόνοιας. Ο κομμουνισμός αξιώνει την πλήρη κρατικοποίηση των μέσων παραγωγής, πλήρη αναδιανομή του εισοδήματος και εν τέλει, την σταδιακή κατάργηση της ατομικής ιδιοκτησίας. Επίσης, αντίπαλος του φιλελευθερισμού θεωρείται και η ιδεολογία του Φασισμού και του Εθνικοσοσιαλισμού οι οποίες αντιτείνουν ένα κορπορατιστικό μοντέλο οικονομικού διευθυντισμού το οποίο έχει αρκετά κοινά τόσο με την σοσιαλδημοκρατία, όσο και με τον Μαρξισμό σε ό,τι αφορά τα ζητήματα της οικονομίας.

Ένα σημείο όπου εστιάζεται η αντιπαράθεση μεταξύ φιλελευθερισμού και κρατισμού είναι ο τομέας της κοινωνικής πρόνοιας, όπου οι υποστηρικτές του κράτους πρόνοιας

πιστεύουν πως το κράτος πρόνοιας δεν θα πρέπει να εξαλειφθεί, καθώς οι υπηρεσίες που προσφέρει στην κοινωνία είναι απαραίτητες. Ακόμα και οι υπηρεσίες ενός ελλιπούς και όχι και τόσο αποτελεσματικού κράτους πρόνοιας είναι απαραίτητες από την καθολική του εξάλειψη, εν αντιθέσει με τους φιλελεύθερους που πιστεύουν πως οι παροχές του κράτους πρόνοιας μειώνουν τα κίνητρα του πληθυσμού που κάνει χρήση τους για εργασία.

Σχετικά με τα μοντέλα του κράτους πρόνοιας που ακολουθούνται, ο καθηγητής Σωτήριος Σούλης στο βιβλίο του «Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας» παραθέτει πως υπάρχουν τέσσερα (4) μοντέλα κοινωνικής πολιτικής

- 1) Το Σκανδιναβικό-Σοσιαλδημοκρατικό Μοντέλο
- 2) Το Μοντέλο της Ηπειρωτικής Ευρώπης-Συντηρητικό-Κορπορατιστικό
- 3) Το Αγγλοσαξωνικό-Φιλελεύθερο Μοντέλο
- 4) Το Μοντέλο της Νότιας Ευρώπης, που συνδυάζει χαρακτηριστικά από τα τρία παραπάνω μοντέλα

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδει, θα πρέπει να πούμε πως ο θεσμός της κοινωνικής φροντίδας είναι πολύ σημαντικός για την κοινωνία, ενώ οι παροχές που προσφέρει πολλές φορές έχουν αποδειχθεί σωτήριες για τα οικονομικά ασθενέστερα άτομα.

Χάρη στην δωρεάν εκπαίδευση πολλά παιδιά οικονομικά άπορων οικογενειών έχουν καταφέρει να πάνε σχολείο και να έχουν πρόσβαση στην μόρφωση, η δωρεάν υγεία έχει σώσει στην κυριολεξία πολύ κόσμο ο οποίος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να στηρίξει την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη και χωρίς την ελεύθερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας θα ήταν σε πολύ δύσκολη θέση απέναντι σε κάποιο πρόβλημα υγείας που τους τύχαινε. Άλλωστε, η ενίσχυση του συστήματος υγείας αλλά και την ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε αυτό είναι ένας από τους λόγους που συνέβαλαν στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και την καλύτερευση του βιοτικού επιπέδου εν τέλει.

Ακόμα, το συνταξιοδοτικό σύστημα μεριμνά για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι πλέον λόγω γήρατος δεν είναι σε θέση να εργαστούν, άρα επομένως, δεν έχουν και κάποια πηγή εισοδήματος. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν, αυτοί οι άνθρωποι λαμβάνουν σύνταξη γήρατος ούτως ώστε να είναι σε θέση να μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικώς ως προς τις ανάγκες τους. Ακόμα, εκτός από τους ηλικιωμένους, επίδομα σύνταξης δικαιούται και κάποιο άτομο με ειδικές ανάγκες, που επίσης δεν είναι σε θέση να εργαστεί (σύνταξη αναπηρίας), καθώς επίσης και οι γυναίκες που χάνουν τον σύζυγό τους (σύνταξη χηρείας).

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται και στον θεσμό της κοινωνικής πρόνοιας, ο οποίος μεριμνά για τα οικονομικά ασθενέστερα άτομα μιας κοινωνίας τα οποία είτε δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους ή δεν τα καταφέρνουν. Η βοήθεια προς αυτά τα άτομα παρέχεται κυρίως μέσω επιδομάτων, ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις σε περισσότερο ανεπτυγμένα κράτη κυρίως, η πρόνοια βοηθά αυτά τα άτομα και ως προς την εύρεση εργασίας. Στην ουσία, η πρόνοια θα μπορούσαμε να πούμε παίζει τον ρόλο του αναδιανεμητή εισοδήματος ούτως ώστε να μετριαστεί το χάσμα των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων για να μπορούν να διατηρηθούν οι κοινωνικές ισορροπίες.

Κατά καιρούς ωστόσο, έχουν διατυπωθεί απόψεις που αντιτίθεται είτε με μεγαλύτερο σθένος ή με πιο ήπιο τρόπο στους θεσμούς της κοινωνικής φροντίδας. Για παράδειγμα μια άποψη σαν αυτές είναι πως οι παροχές της κοινωνικής φροντίδας μειώνουν τα κίνητρα για εργασία. Έτσι, κατά καιρούς έχουν ακολουθηθεί από οικονομικά φιλελεύθερες κυβερνήσεις πολιτικές αποδυνάμωσης του κοινωνικού κράτους, με πιο αξιοσημείωτη περίοδο τις δεκαετίες του 1970 και του 1980 όπου ακολουθήθηκε από πολλές κυβερνήσεις στην Δύση κυρίως το οικονομικό μοντέλο του νεοφιλελευθερισμού όπως διατυπώθηκε από τον MiltonFriedmanκαι τον FriedrichHayek. Ίσως πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων κυβερνήσεων θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε αυτή της Βρετανίδας πρωθυπουργού MargaretThatcherκαι του Αμερικανού προέδρου RonaldReagan.

Παρόλο που η ελευθερία της οικονομίας και της αγοράς όπως έχει αποδειχτεί συμβάλλει την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως η κοινωνική φροντίδα είναι ένας πολύ βασικός θεσμός για την κοινωνία και πως πολλά

άτομα την έχουν ανάγκη προκειμένου να καταφέρουν εν τέλει να επιβιώσουν. Συνεπώς, καλό θα είναι να υπάρχει κυβερνητική μέριμνα για τα άτομα που βρίσκονται κοντά ή κάτω από το όριο της φτώχειας και αγωνίζονται για να καλύψουν μετά βίας βασικές ανθρώπινες ανάγκες τους.

Βιβλιογραφία

Heritage.org (2021) Index of Economic Freedom

Prosperity.com(2021) The Legatum Prosperity Index 2021

Πιερράκος Γ.(2018) Κράτος--> Κεντρική εκτελεστική εξουσία: Κοινωνικό κράτος, Ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας, Συστήματα Πρόνοιας, Μετάβαση από το Κεντρικό Προνοιακό Κράτος στο Τοπικό, Αποκεντρωμένη Περιφερειακή Πολιτική, Θεωρητικές Προσεγγίσεις: Θεωρητικό ρεύμα της Δημόσιας Επιλογής, Δυαδική πλουραλιστική προσέγγιση του τοπικού κράτους, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Περιβάλλον, Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο, Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο, Κύριες Προκλήσεις των Προνοιακών Συστημάτων στην Ευρώπη, Μοντέλα Κράτους Πρόνοιας

Άρθρο 21 παράγραφος 3 του Ελληνικού Συντάγματος(2019)

- Μιχαήλου Χ.**(2014) Τα αίτια για τη δημιουργία του κράτους πρόνοιας: 32
- Ο' Connor J.**(1973) The Fiscal Crisis of the State
- Polanyi C.** (1944) The Great Transformation
- Παπαμιχαήλ Μ.**(2011) Το κοινωνικό κράτος σαν συμπλήρωμα της οικογένειας
- Σακελλαρόπουλος Θ.**(2008) Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική: 1
- Titmuss R.**(1974) Social Policy: An Introduction. London: Pan-then Books
- Ginsburg** (1979) Class, capital and social policy. London: Macmillan.
- Lowe**(1993) The welfare state in Britain since 1945, Macmillan.
- Goodin** (1988) Reasons for welfare. The political theory of the welfare state, Princeton University Press
- Mishra**(1986) «Social analysis and the welfare state: Retro spect and prospect»
- Σούλης Σ.**(2015) Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική: 296
- Hillman A.** (2013) Αρμοδιότητες και περιορισμοί του κρατικού παρεμβατισμού. Δεύτερη αμερικανική έκδοση
- Κούλης Α., Μαρκοστάμος Α.**(2008) Παγκοσμιοποίηση της αγοράς, Διεθνοποίηση της φτώχειας
- Demazierre D.** (1995) La sociologie du chômage
- Λευθεριώτη Μ.**(2013) Οι συνέπειες της ανεργίας στην υγεία
- Eurostat**(2021) Population structure indicators at national level
- Καρανδρέα Γ.** (2001) Κοινωνική Ασφάλιση
- Υφαντόπουλος Γ.**(1990) Το κράτος πρόνοιας και η συνταξιοδοτική πολιτική στην Ελλάδα, στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και της Ε.Ο.Κ.
- Χρηστίδη Ε.**(2017) Κίνδυνος μακροζωίας και τις επιπτώσεις που έχει στις ασφαλίσεις ζωής και στα συνταξιοδοτικά ταμεία
- Adams I.**(2001) Political ideology today (Manchester University Press:20)

Brown W.(2005) critical essays on knowledge and politics (Princeton University Press)

Καραγιάννης Α.(2011) Οικονομικός φιλελευθερισμός κατά τον AdamSmith

Smith A.(1776) An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, R. Campbell & A. Skinner, Oxford: Oxford University Press, Oxford, 1976. Ελληνική μετάφραση Βιβλίων I και II, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2000.

Smith A. (1776) The Wealth of Nations

Lock J.(1689) Second Treatise of Government

Say J.-B.(1834)

Malthus T.(1798)An essay on the principle of population

Ricardo D.(1817) Principles of Political Economy and Taxation

Mises L. V.(1922) Nation, State and Economy

Mirowski P. (2009) The road from Mont Pelerin: The making of the neoliberal though collective, Harvard University Press

Foucault M.(1978) The Birth of Biopolitics Lectures at the College de France, 1978–1979. London: Palgrave, 2008. σελ.323

Hetzl R.(2002) German Monetary History in the First Half of the Twentieth Century

Bonefeld W.(2018) Stateless money and state power: Europe as ordoliberal Ordnungsgefüge. History of Economic Thought and Policy 1(2018): 5–26.

Allais S.(2012) Economics imperialism, education policy and educational theory, Journal of Education Policy

Olssen & Peters(2005) Neoliberalism, higher education and the knowledge economy: from the free market to knowledge capitalism, Journal of Education Policy

Lemke T.(2001) The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the

Friedman M.(1969) The optimum quantity of money and other essays

Friedman M.(1963) End the FED

IMF(2002)

Baldwin R., Martin P.(1999) Two Waves of Globalisation: Superficial Similarities, Fundamental Differences

Schmukler S. Benefits and Risks of Financial Globalization: Challenges for Developing Countries. (Retrieved 21/12/2016)

Λυμπεράκη Α.(2003) Παγκοσμιοποίηση: νέα αδυσώπητη πραγματικότητα ή κυνήγι μαγισσών;, στο Η. Κατσούλης, Μ. Ανανιάδη και Στ. Ιωαννίδης, Παγκοσμιοποίηση: Οικονομικές, πολιτικές, πολιτισμικές όψεις, εκδ. Ι. Σιδέρης, Αθήνα, σσ. 121-144.

Βανδώρος Σ.(2015) Εισαγωγή στις πολιτικές ιδεολογίες

Ορφανού Α.(2013) Από το κράτος Δικαίου στο Κοινωνικό κράτος: Η κρίση του κράτους πρόνοιας και το δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης.

Στασινοπούλου Ο.(2000) Κράτος πρόνοιας ιστορική εξέλιξη- Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις, Gutenberg, Αθήνα 2000, 80-82

Γετίμης Π., Γραβάρης Δ. (1993) Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική: η σύγχρονη προβληματική, Θεμέλιο, 109

Παπαχριστόπουλος Ν. Υγεία-Πρόνοια και Αναπηρία

Γράβαλου Α.(2003) Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές

Παπαμιχαήλ Μ. (2011) Το κοινωνικό κράτος σαν συμπλήρωμα της οικογένειας

Χλέτσος Μ. (1999)) Οικονομική θεωρία και κρίση του κράτους πρόνοιας στο Δικαίος, Κ. Χλέτσος, Μ. Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις σελ.115- 118 Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρα

Σούλης Σ.(2015) Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας

ΟΙΤ(2009) La securitesocialepour tous, un investetissement dans la justice et le developpementeconomique, BIT, Geneve

ΕΚΔΔΑ Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική: το περιεχόμενο των όρων

Μπούτσιου Σ., Σαράφης Π.(2013) Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση

Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ.(2010) Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου

Παρασκευόπουλος Χ.(2001) Κοινωνικό κεφάλαιο, κοινωνία πολιτών και δημόσια πολιτική: Συλλογική δράση και δημόσια αγαθά στην εποχή της παγκοσμιοποίησης

Τσέκερης Χ., Ζέρη Π.(2020) Κράτος, κοινωνία και μέσα επικοινωνίας στην εποχή του κορονοϊού

P. S. de Boisguilbert(1707) Tant, encore unefois, qu'on laisse faire la nature, on ne doit rien craindre de pareil

Smith A.(1776) The exclusive privileges of corporations, statutes of apprenticeship, and all those laws which restrain, in particular employments, the competition to a smaller number than might otherwise go into them, have the same tendency, though in a less degree. They are a sort of enlarged monopolies, and may frequently, for ages together, and in whole classes of employments, keep up the market price of particular commodities above the natural price, and maintain both the wages of the labour and the profits of the stock employed about them somewhat above their natural rate." σελ. 52

The Washington Post(2010) Tea party, religious right often overlap, poll shows

ΤΕΙ Κρήτης Το εκπαιδευτικό σύστημα και η διαμονή στην Αγγλία

Κέντρο πληροφοριών Home Office Immigration and Nationality Directorate European Directorate Apollo House 36 Wellesley Road Croydon Surrey CR9 3RR Active links to UK Higher Education Institutions

Φιλαλήθης Α. Κοινωνία & Υγεία, Οργάνωση Υπηρεσιών: Μοντέλα Συστημάτων Υγείας

OECD(2000) The reform of health care: A complete analysis of seventeen OECD countries. Organization for Economic Co-operation

Νιάρχου Σ. (2009) Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας

Παρασκευόπουλος Α.(2006) , Σημειώσεις διδασκαλίας «Συστήματα Υγείας» Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, σελ. 123-124

Κρητικός Α.(2008) Παράγοντες αλλαγής του κοινωνικού κράτος την εποχή της παγκοσμιοποίησης: οι περιπτώσεις της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδας

Κοινωνική Ευρώπη(2010) Τα δικαιώματά σας για την κοινωνική ασφάλιση στο Ηνωμένο Βασίλειο

Sylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neil, C., Steel, D (2015). UnitedKingdom: HealthSystemreview. HealthSystemsinTransition, 17(5): 1-125

Γράβαλου Α.(2003) Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές

Dorey P.(2015) The Legacy of Thatcherism-Public Sector Reform

Ευρωπαϊκή Επιτροπή(2012) Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στο Ηνωμένο Βασίλειο

Freysson L., Wahrig L.(2013) General government expenditure in 2011- Focus on the functions “Social Protection and Health” Eurostat-European Commission

Spicker P.(2012) An introduction to social policy: Social policy in UK

Τσιαμαντά Ε.(2014) Συγκριτική επισκόπηση των Ασφαλιστικών Συστημάτων της Ελλάδας και των κυριότερων Ευρωπαϊκών χωρών (Ιταλία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο) πριν την δημοσιονομική κρίση

Ευρωπαϊκή Επιτροπή(2010) Τα δικαιώματά σας για την Κοινωνική Ασφάλιση στο Ηνωμένο Βασίλειο

Elazar(1960) School Decentralization in the Context of Community Control: Some Neglected Considerations. *Phylon*, Vol.36, No.4, p.385-394

Stephen(1975) Administration of public education. NewYork:Harper&Row.

Χίγκα Μ.(2015) Η Αποκέντρωση στην εκπαίδευση και η επαγγελματική εξέλιξη των εκπαιδευτικών. Απόψεις διευθυντών και εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

- Υ.Σ.Ε.Α.**(2020) Σπουδές στις Η.Π.Α.
- Σαββίδου Ν.**(2016) Η Αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας. Αντιπροσωπευτικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.
- Folland, S., Goodman, A.C. and Stano, M.**(2013) The Economics of Health and Health Care. 7th Edition. PearsonPrenticeHall. NewJersey.
- Ζούλιας Σ.**(2020) Η μεταρρύθμιση του Αμερικανικού συστήματος υγείας
- Μπαρμπής Δ.**(2001) Δομές και Εργαλεία ManagedCareστις Η.Π.Α.
- Gillian Fairfield, David J. Hunter, David Mechanic, FlemmingRosleff**(1997): "Managed care: origins, principles, and evolution", www.bmj.com
- Τέζα Χ.**(2011) Η Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α.
- Halimi S.**(2010) Strategeme de la droite americaine, mobiliser le peuplecontre les intellectuels
- The United States Department of Justice**(2010) Defending the Affordable Care Act
- Greenwald, H.P.**(2010) Health Care in the United States. Organization, Management, and Policy. Jossey-Bass. San Francisco.
- ΚατανόησητωνΠαροχών**(2021) SocialSecurityAdministration
- Wikipedia**Social Programs in the United States
- Budget.house.gov**(2013) Means tested programs
- The Balance**(2018) "What Happened During the Great Depression?"
- History.com**(2018) "Civilian Conservation Corps: Definition and Facts"
- Whalpes R., Parker R.**(2013) Routledge Handbook of Modern Economic History. Routledge. p. 8. ISBN 9780415677042
- Caves R.W.**(2004) Encyclopedia of the City. Routledge. p. 759. ISBN 978-0415862875
- The Washington Post**(2008) "Welfare Rolls See First Climb in Years"
- Deparle J.** (2009) "Welfare Aid Isn't Growing as Economy Drops Off". The New York Times. Retrieved February 12, 2009.

The National Review(2009) "Ending Welfare Reform as We Knew It"

Heritage.org(2021) Index of Economic Freedom

Αυστραλιανή Στατιστική Υπηρεσία(2021) Labour Force, Australia, Detailed

Schofield, Timothy P.; Butterworth, Peter (2015) "Patterns of Welfare Attitudes in the Australian Population"

Kinash S.The Best Features of Australian Education

Τσουβαλά Β.-Ε. (2020)

:«Η διδασκαλία της επικοινωνίας ως κοινωνικής δεξιότητας στο εκπαιδευτικό σύστημα της Αυστραλίας» «The teaching of communication as a social skill in the Australian educational system»

Australian Government-Department of Human

Services Το Medicare είναι το σύστημα υγείας της Αυστραλίας

Australian Government-Department of Health(2019) The Australian health System

Bupa.com.au How does the Australia's Healthcare System Work?

<https://www.bupa.com.au/healthcare-guide/what-is-australias-healthcare-system>

Australian Bureau of Statistics (ABS)(2009) A directory of education and training statistics, cat. no. 1136.0, ABS, retrieved 29 March 2017

Higher education in Australia(2016) A review of reviews from Dawkins to today, Australian Government DET

Australian Human Rights Commission Τα δικαιώματά σας σε ηλικία συνταξιοδότησης Ένας οδηγός λήψης αποφάσεων και χειρισμού των παροχών που δικαιούστε στην τρίτη ηλικία

Department of Human Services Social Security Agreement Between Australia and Greece

Μπήτρος Γ., Μπακάλης Σ. (2021) Συνταξιοδοτικό Αυστραλίας: Ένα μοντέλο για την Ελλάδα

Australian Bureau of Statistics (ABS)(1988) History of Pensions and other Benefits in Australia

Australian Parliament(1991) Social Security Act

Australian Parliament(1973) Student Assistance Act

Roberts-Wray K.(1966) Commonwealth and colonial law

Hall P.(2001) Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage

McKenzie A.(2013) Social Assistance Chronology 1844-2013

education.govt.nz2018 Education in New Zealand

<https://www.education.govt.nz/our-work/our-role-and-our-people/education-in-nz/>

Paki M.(2007) A future for Maori education Part ii: The reintegration of culture and education

Vakalis.eduΆρθρα για εκπαιδευτικά συστήματα

<https://www.vakalis.edu.gr/sites/default/files/files/blogpost/arthra.pdf>

el.admission.nz(2018)New Zealand Primary And Middle School

<http://el.admission.nz/schoolMajor/zxx>

ΜουστάκαΕ. (2012) Analysis of the Insurance Mechanism of Health Care System of Netherlands

Health.govt.nz(2021) New Zealand Health System

ΜουστάκαΕ. (2012) Analysis of the Insurance Mechanism of Health Care System of Netherlands

Newzealandnow.govt.nzPaying for healthcare services

<https://www.newzealandnow.govt.nz/live-in-new-zealand/healthcare/paying-for-healthcare-services>

pensionfundsonline.co.ukPension System in New Zealand

<https://www.pensionfundsonline.co.uk/content/country-profiles/new-zealand>

workingathome.govt.nzNew Zealand Superannuation

<https://www.workandincome.govt.nz/products/a-z-benefits/nz-superannuation.html#null>

Pensions at a glance(2019) Country profiles-New Zealand

<https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-New-Zealand.pdf>

newzealandnow.govt.nz(2020) Retirement Savings in New Zealand

<https://www.newzealandnow.govt.nz/live-in-new-zealand/money-tax/retirement>

Beehive.govt.nz(2000) Social Welfare in New Zealand

<https://www.beehive.govt.nz/speech/social-welfare-new-zealand>

weag.govt.nz(2018) History of the New Zealand Welfare System

<http://www.weag.govt.nz/background/history-welfare-system/>

WikipediaWelfare in New Zealand

https://en.wikipedia.org/wiki/Welfare_in_New_Zealand

World Economic Forum(2012) Global Enabling Table Report

Corruption Perception Index(2018)

Langdon S.(2020) Top 20 Largest World Economies by GDP

Singstat.gov.sg(2018) "Household Income – Latest Data"

ncee.org Top Performing countries-Singapore

<https://ncee.org/country/singapore/>

WikipediaEducation in Singapore

https://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Singapore

Tan E.(2021) Singapore School System: The Stages of Education

WHO(2000) World Health Organization ranking of health systems in 2000

https://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization_ranking_of_health_systems_in_2000

WikipediaHealthcare in Singapore

https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Singapore

Bloomberg(2014) Where Do You Get the Most for Your Health Care Dollar?

Ramesh M., Bali A. S.The health care system in Singapore with graphics

Straits Times(2015) “Susan Lim's legal bill rises to \$825k as SMC wins appeal”,

May 14 2015. Available online at <http://www.straitstimes.com/singapore/courts-crime/susan-lims-legal-billrises-to-825k-as-smc-wins-appeal>

Lim J.(2019) What Chas expansion means for healthcare in Singapore

Kloodo.com(2021) Health Care in Singapore

<https://kloodo.com/sg/blog/healthcare-in-singapore>

pacificprime.sg(2020) Public and private hospitals in Singapore: Key differences expats should know

<https://www.pacificprime.sg/blog/public-and-private-hospitals-differences/>

Tikkaken R., Osborn R., Mossialos E., Djordjevic A., Wharton G.(2020)

International Health Care System Profiles-Singapore

InsurancedailyEditorialTeam(2015)

Αυτάείναιτακαλύτερασυνταξιοδοτικάσυστήματαστονκόσμο

Pensionfundsonline.co.ukPension System in Singapore

Melbourne Mercer Global Pension Index(2016), Singapore's retirement income system is ranked the highest among all of the Asian countries considered

Kwong S.-K., Tse Y.-K., Chan W.-S.(2016-17) Enhancing Singapore's Pension Scheme: A Blueprint for Further Flexibility

Yen Y.-K.(2016) How existing social welfare policies cater to the needs of the very low income

CPF (1996) Annual Report 1996. Singapore: CPF Board

Habibullah K.(2001)Social Policy in Singapore: A Confucian Model?

Heritage.org(2021) Index of Economic Freedom 2021

World Bank(2012) Doing Business in Chile

WikipediaEducation in Chile

https://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Chile

ΟΟΣΑ(2018) Estudioeconómicos de la OCDE: Chile. Paris: OECD Publishing

MINEDUC (2017) Revisión de las PolíticasEducativasen Chile. Desde 2004 a 2016. Informe

Nacional. Santiago: Centro de Estudios

WikipediaHealthcare in Chile

https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Chile

Government of Chile (2002) Health Care Reform article from “ChileNews” Newsletter published by the Government of Chile, No. 32

Who.int Profile of the Health Service System: Chile

https://www.who.int/ageing/projects/intra/phase_one/alc_intra1_cp_chile.pdf

Bastias G., Pantoja T., Leisewitz T., Zarate V.(2008) Health Care Reform in Chile

Zamora R.-A.(2012) LAS ISAPRES EN CHILE, SU INSTITUCIONALIDAD JURÍDICA Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. APLICACIÓN Y EFICACIA

Supersalud.gob.cl Acerca de la Superintendencia

<https://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-693.html>

OECD(2018) Chile: Pension System in 2018

Ruiz Tangle J.-V., Castro F.(1998) The Chilean Pension System, [OECD](#) Aging Working Papers

Wikipedia Pensions in Chile

https://en.wikipedia.org/wiki/Pensions_in_Chile

Mesa-Lago C.(1989) Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

Mesa Lago C. (1978) Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.

Huber E.(1995) OPTIONS FOR SOCIAL POLICY IN LATIN AMERICA NEO-LIBERAL VERSUS SOCIAL DEMOCRATIC MODELS

MIDES (2017) Informe de Descripción de Programas Sociales. Yo Trabajo – Apoyo a tu Plan Laboral, FOSIS. Ministerio de Desarrollo Social. Banco Integrado de Programas Sociales

Globalinnovationindex.org (2016) "The Global Innovation Index 2015 : Effective Innovation Policies for Development"

AmbergL. (2013) Μια συνεχής καλή πρόθεση, αναλλοίωτη, πάντοτε ευγενής, ολοένα και πιο μεγάλη

WikipediaEducation in Switzerland

https://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Switzerland

Educa.ch(2021)Compulsory Education

<https://swisseducation.educa.ch/en/compulsory-education-0>

educa.ch(2021) Institutions for Higher Education

Τριανταφύλλου Μ.(2004) ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ Μία συστηματική συγκριτική ανάλυση

FOPH (Swiss Federal Office of Public Health) (2013)

"Befreiung vom Versicherungsobligatorium: Liste der kantonalen Stellen für Gesuche um Befreiung von der obligatorischen Krankenversicherung"

WikipediaHealthcare in Switzerland

Pharmaceutical Journal(2018) "Pharmacists hold teleconsultations with doctors under nationwide Swiss scheme"

Ballas D., Dorling D., Hennig B.(2017) The Human Atlas of Europe. Bristol: Policy Press. p. 79

PAG(2019) Pensions At A Glance 2019: Country Profiles-Switzerland

European Commission(2012) Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στην Ελβετία

Ch.ch/retirementRetirement income in Switzerland

<https://www.ch.ch/en/retirement/retirement-income/>

ΟΟΣΑ(2017) Social Expenditure-Aggregated Data

geschichtedersozialensicherheit.ch (2008)"Geschichte der Sozialen Sicherheit-Synthese". www.geschichtedersozialensicherheit.ch

WikipediaSocial Security in Switzerland

Britannica(2019) Health and Welfare

Statisticstimes.com(2021) Projected GDP per Capita Ranking

International Monetary Fund (2020) Report for Selected Countries and Subjects:
October 2020

Paidrag D.(2012) Quarterly National Accounts-Quarter 1 2012

Dasta.csΤο εκπαιδευτικό σύστημα και η διαμονή στην Ιρλανδία

https://dasta.cs.teicrete.gr/documents/10310/341120/ekpaideutiko_sustima_irlandia.pdf

ucd.ie(2010) University College Dublin, Administrative Services - Fees & Grants

studiesfinance.ie(2010) Undergraduate courses of not less than two years duration in colleges in List 1

WikipediaHealthcare in the Republic of Ireland

https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_Republic_of_Ireland

hse.ieWho can access health services in Ireland?

Hse.ieAm I eligible for Medical Card?

Inhicoredoctors.ie(2017) "Inchicore Family Doctors | Primary Care Centre

Health Consumer Powerhouse(2016) Outcomes In EHCI 2015

McCallion Daniel(2010) Overview of the Irish Healthcare System

EuropeanComission(2012) Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στην Ιρλανδία

Citizensinformation.ie(2021) State Pension (Contributory)

Citizensinformation.ie(2021) Claiming A Social Welfare Paying

guides.dss.gov.au (2021) Social Security System in Ireland

WikipediaSocial Security in the Republic of Ireland

IMF (2021) "World Economic Outlook - GDP per capita"

Economic Freedom of the World Index(2021) "Country Rankings: World & Global Economy Rankings on Economic Freedom"

Heritage.org(2021) 2021 Index of Economic Freedom-Luxembourg

CIA(2016)"The World Factbook — Central Intelligence Agency"

WikipediaEducation in Luxembourg

Luxembourg.lu(2013) Post-Primary Education

Ministerede'l' education(2013) Organization

University of Luxembourg(2016)

Luxembourg.lu(2013) Enseignementsuperieur

Luxembourg.lu(2013) Languages

Boslaugh S.(2013) Health Care Systems Around the World: A Comparative Guide. Thousand Oaks, CA: SAGE. p. 271. ISBN 9781452276205. Luxembourg has social insurance that provides medical benefits, cash maternity and sickness benefits, and attendance (assistance with daily living) benefits. Employees and social security beneficiaries are covered in the full system, while artists, farmers, and the self-employed are covered for medical and attendance benefits

WHO(2017) "World Health Organization Regional Office for Europe"

Euro.who.int(2017) "Health Care Systems in Transition- Luxembourg"

OECD(2017) Pensions at A Glance 2017: Country Profiles-Luxembourg

Justarrived.luOld Age and Retirement Pension in Luxembourg

IOPS (2018) IOPS Country Profile: Luxembourg

Luxembourg.public.lu(2016) Social Security

OECD(2016) "Social protection - Family benefits public spending - OECD Data"

Luxembourg.public.lu(2016) Social Security

Angloinfo (2016) "Social Security in Luxembourg - Luxembourg - Angloinfo"

United Nations Development Programme(2020) "Human Development Report 2020: Estonia"

stateofeuropeantech.com (2020) "Number of start-ups per capita by country"

Mardiste D.(2011) "Estonia joins crisis-hit euro club"

Eurostat (2011) Eurostat news release 2011

www.hm.ee"Home - Estonian Ministry of Education and Research"

Wayback Machine (2007) Implementation of Bologna Declaration in Estonia

WikipediaEducation in Estonia

WikipediaHealthcare in Estonia

Estonian Health Insurance Fund(2019) About us

www.pacificprime.com.(2021) "Estonia Health Insurance - Pacific Prime International"

Health Service Journal (2017) "Meet the country that's ripping up the rules on records"

Pensionikeskus.ee (2021) Estonian pension system overview

Seb.eeEstonian Pension System

The Ministry of Social Affairs(2012) Sotsiaalministerium

Ministry of Social AffairsWelfare Development Plan 2016–2023

The Ministry of Social Affairs (2012) Sotsiaalministerium

The Health Board Terviseamet

The Occupational Health and Safety (1999) (OSH) Act, Passed 16 June 1999 (RT I 1999, 60, 616), entered into force 26 July 1999

The Labour Inspectorate (2012) Tööinspektsioon

Heritage.org(2021) 2021 Index of Economic Freedom

Worldometers.info(2021) GDP per Capita

IMF(2019) "World Economic Outlook Database"

World Federation of Exchanges(2018) Monthly Reports November 2018

Global Affairs Canada(2019)"Canada's State of Trade 2019"

Scholey L.(2015) "2015 federal budget 'disappointing' for post-secondary students: CFS". Archived from the original on June 3, 2015. Retrieved June 1, 2015

Canada Year Book Section Information Services Division Dominion Bureau of Statistics(1959) "Canada 1956 the Official Handbook of Present Conditions and Recent Progress"

WikipediaEducation in Canada

Government of Canada(2017) Post-Secondary Education

Council of Ministers of Education(2018) "Quality Education for All: Canadian Report for the UNESCO Ninth Consultation of Member States on the Implementation of the Convention and Recommendation against Discrimination in Education"

Usher A.(2018) "The State of Post-Secondary Education in Canada, 2018. Toronto"

Aase K.(2017) Researching Quality in Care Transitions: International Perspectives

Begin M.(1988) Medicare: Canada's Right to Health. Optimum Pub. International. p. Intro. ISBN 978-0-88890-219-1

Romanow R. J.(2002) Building on values: the future of health care in Canada

Kliff S.(2017) "Everything you ever wanted to know about Canadian health care in one post". The Washington Post

Canadian Institute for Health Information(2017) "Total health spending in Canada reaches \$242 billion"

OECD(2017) Health expenditure and financing

Commonwealth Fund(2021) "International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care"

The Globe and Mail("Five things Canadians get wrong about the health system")

The Canadian Institute for Health Information(2013)"Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health Care System Is Financed"

Ontario Ministry of Health(2021) "Learn about OHIP+"

Queen's Printer for Ontario(2019) Health Premium

businessinsider.com(2017) "CPP Fund Totals \$328.2 Billion at Second Quarter Fiscal 2018"

Thompson J.(2017) "Canada Pension Plan triples returns on global markets rally"

Booklet(2014) Service Canada. Canada Pension Plan Retirement Pension

Office of the Superintendent of Financial Institutions(2018) "Actuarial Report on the Canada Pension Plan"

Servicecanada.gc.ca.(2019) "Canada Pension Plan - Eligibility - Canada.ca"

Statistics Canada(2007) Government transfer payments to persons

Moscovitch A.(2015) Welfare State

Statisticstimes(2021) Projected GDP per capita Ranking

<https://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-capita-ranking.php>

Κασκάνης Φ.(2019) Δαπάνες γενικών κυβερνήσεων Ελλάδας και Σουηδίας για τον τομέα της υγείας σε ποσοστό του Α.Ε.Π. για την περίοδο 1996-2015

Τσεκούρα Αι. (2012) Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας και Μελέτη των Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Τσεκούρα Αι. (2012) Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας και Μελέτη των Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών

Johnsen Jan-Roth(2006) Norway, Health System in Transition, European Health Observatory on Health Systems and Policies

OECD (2012) How Does Norway Compare, OECD Health Data

Νικάκη Ν. (2008) Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία δημόσιου Management υγείας στη Νορβηγία, Εθνική σχολή Δημόσιας Διοίκησης

Ευσταθίου Μ. (2013) ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ MANAGEMENT ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΚΡΙΣΗΣ. ΗΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

- Danish Ministry of Health and Prevention** (2008) Health Care in Denmark
- Olejaz M., Nielsen A.-J., Rudkobing A., Birk H.-O., Krasnik A., Hernandez-Quevedo Ch.** (2012) Denmark Health System Review
- Pedersen K.-M., Bech M., Vrangbaek K.** The Danish Health Care System: An Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats, The Consensus Report
- Wikipedia** Healthcare in Finland
- https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Finland
- Jarvelin**(2002) : Health Care Systems in Transition, Finland, European Observatory on Health Care Systems, HiT
- Τριανταφύλλου Μ.** (2004) Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο
- Teperi J., Porter M., Vuorenkoski L., Baron J.**(2009) The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective
- Bernstein S., Milza P.** , Ιστορία της Ευρώπης, ο.π., σ. 253-255
- Υφαντόπουλος Ν.** «Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης»
- European Commission**(2012) Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στην Σουηδία
- Wikipedia** Nordic Model
- https://en.wikipedia.org/wiki/Nordic_model
- Nyinorge.org** A Welfare State
- <http://www.nyinorge.no/en/Familiejenforening/New-in-Norway/About-Norway/History/A-welfare-state/>
- Acher J.** (2007) "Update 1-Statistics Norway raises '07 GDP outlook, cuts
- European Commission**(2012) Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στην Δανία
- Danish Ministry of Social Affairs and Integration**(2012) Social Policy in Denmark
- Κοντορίνης Γ.**(2010) Το πλαίσιο πλαίσιο άσκησης άσκησης Κοινωνικής Κοινωνικής Πολιτικής Πολιτικής από τη Τοπική Αυτοδιοίκηση Αυτοδιοίκηση της Σουηδίας

Wikipedia Welfare in Finland

https://en.wikipedia.org/wiki/Welfare_in_Finland

Eurostat(1993) ESSPROS database - In: Social Protection in Europe 1995, European Commission, COM(95)0457

Nososco(1995) Social Security in the Nordic countries

European Parliament(1996) Social Policy in Finland -an overview-

OECD(2019) Social Spending

<https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm>

numbeo.com (2021) Quality of Life Index by Country 2021 Mid-Year

https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp

