



**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**  
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



---

**«Η ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ  
ΤΟ 1980 ΕΩΣ ΤΟ 2020»**

**Δήμητρα Αποστόλου**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη  
Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Αιγάλεω, 2022





**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**  
Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
**Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»**

---



## **«Η ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΕΩΣ ΤΟ 2020»**

**Δήμητρα Αποστόλου, ΑΜ:07019**

Επιβλέπουσα: Αλίνα Χυζ, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Τμήμα Λογιστικής και  
Χρηματοοικονομικής

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη  
Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.

Αιγάλεω, 2022





**University of West Attica**  
School of Administration, Economic, and Social Sciences  
Department of Accounting & Finance  
**M.Sc. in Public Economics and Policy**

---



**«SOCIAL BENEFIT POLICY IN GREECE FROM 1980  
TO 2020»**

**Dimitra Apostolou, R.N.:07019**

Supervisor: Alina Hyz, Professor, University of West Attica, Department of Accounting & Finance

Master Thesis submitted to the Dept. of Accounting & Finance of the University of West Attica in partial fulfilment of the requirements for the degree of M.Sc. in Public Economics and Policy

Aigaleo, Greece, 2022





## Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών  
Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής  
Π.Μ.Σ. «Δημόσια Οικονομική & Πολιτική»



### «Η ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΕΩΣ ΤΟ 2020»

#### Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Εγκρίθηκε από την εξεταστική επιτροπή την 23/03/2022

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΑΛΙΝΑ ΧΥΖ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	
2	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΡΟΜΠΛΟΣ	ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΛΣΤΑΤ	
3	ΑΝΔΡΕΑΣ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	



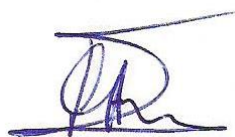


## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αποστόλου Δήμητρα του Ηλία, με αριθμό μητρώου 07019 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Οικονομική και Πολιτική» του Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής 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».

Η δηλούσα



Αποστόλου Δήμητρα



*Στον άνθρωπο που με αφύπνισε και με εμπνέει διαχρονικά,  
ώστε την Άνοιξη αν δεν την βρίσκω, να την φτιάχνω,  
όπως αναφέρει ο Ελύτης.*



## Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας αυτή την προσπάθεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους ανθρώπους που με βοήθησαν σε αυτή τη διαδρομή. Απευθύνω, λοιπόν, τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Χυζ για την ευγενική και πολύτιμη καθοδήγησή της, στον κύριο Παπαηλία και στους υπόλοιπους καθηγητές και καθηγήτριες για τη διεύρυνση των οριζόντων που μας πρόσφεραν, στους συμφοιτητές και συμφοιτήτριες για τις όμορφες στιγμές και τη στήριξη. Αναμφίβολα, η υπομονή και η συμπαράσταση από την οικογένεια και τους φίλους μου ήταν καθοριστική. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Αλεξάνδρα, στον Παναγιώτη και στο Γιάννη!



## **Η επιδοματική πολιτική στην Ελλάδα από το 1980 έως το 2020**

### **Περίληψη**

Η επιδοματική πολιτική στην Ελλάδα αποτελεί ένα θέμα καθολικού ενδιαφέροντος. Για κάποιους, συνεπάγεται την επαύξηση του εισοδήματός τους ή τη βελτίωση των συνθηκών ζωής. Για άλλους, όμως, που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της ανεργίας, της φτώχειας, της ασθένειας, της έλλειψης σίτισης ή στέγασης, των γηρατειών, του κοινωνικού αποκλεισμού μπορεί να είναι ταυτόσημη με την επιβίωση. Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και μέριμνας, με χρηματικά επιδόματα και παροχές υπηρεσιών, το κράτος πρόνοιας επιδιώκει να διασφαλίσει ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής σε όλους τους τομείς με πυξίδα την κοινωνική δικαιοσύνη. Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην εκτενέστερη προσέγγιση του εύρους των χορηγούμενων επιδομάτων και υπηρεσιών, των κριτηρίων παροχής τους, του φάσματος πολιτών και αναγκών που καλύπτουν και σε ποιο βαθμό, καθώς και στις αιτίες αναδιάρθρωσης των φορέων άσκησης της επιδοματικής πολιτικής σε βάθος χρόνου από το 1980 ως το 2020.

**Λέξεις κλειδιά:** Κράτος πρόνοιας, κοινωνική πολιτική, επίδομα, φορείς επιδοματικής πολιτικής, κοινωνικές δαπάνες, φτώχεια





# **Social benefit policy in Greece from 1980 to 2020**

## **Abstract**

Social benefit policy in Greece is a matter of universal interest. For some, it means increasing their income or improving their living conditions. For others, however, those at risk of unemployment, poverty, illness, lack of food or housing, old age, social exclusion it may be synonymous with survival. Through social security and care, with cash benefits and services, the welfare state seeks to ensure a decent standard of living in all fields under the guise of social justice. The present work aims to take a broader approach to the scope of benefits and services provided, the criteria for their provision, the range of citizens and needs they cover and the level of extent, as well as the reasons for restructuring of social benefit policy institutions in the long run from 1980 to 2020.

**Keywords:** Welfare state, social policy, allowance, social benefit policy institutions, social expenditure, poverty

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη .....	xv
Abstract .....	xvii
Κατάλογος πινάκων .....	xxi
Κατάλογος διαγραμμάτων .....	xxiii
Κατάλογος εικόνων .....	xxv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	xxix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ .....	1
1.1 Εισαγωγή .....	1
1.2 Κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος δικαίου .....	1
1.3 Κοινωνική πολιτική-έννοια .....	3
1.3.1 Η κοινωνική πολιτική ως τομέας της δημοσιονομικής πολιτικής και τα μέσα που αξιοποιεί .....	3
1.3.2 Δημόσιες δαπάνες-έννοια .....	4
1.3.3 Επίδομα-έννοια .....	5
1.3.4 Κριτήρια χορήγησης .....	5
1.3.5 Προϋπόθεση άσκησης κοινωνικής πολιτικής .....	6
1.3.6 Ελληνικό κράτος πρόνοιας .....	7
1.4 Μοντέλα του κράτους πρόνοιας .....	11
1.5 Ανακεφαλαίωση .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΟΡΕΙΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ .....	15
2.1 Εισαγωγή .....	15
2.2 Κύριοι κρατικοί φορείς άσκησης επιδοματικής πολιτικής .....	15
2.2.1 Ελληνική κοινωνική ασφάλιση και τρόπος χρηματοδότησης .....	16
2.3 e-ΕΦΚΑ .....	17
2.3.1 Η υλοποίηση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης μέσω του e-ΕΦΚΑ .....	18

2.3.2	Επιδόματα e-ΕΦΚΑ (τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ).....	19
2.4	ΟΠΕΚΑ και στόχοι του .....	19
2.4.1	Προνοιακά επιδόματα.....	20
2.5	ΟΑΕΔ και στόχοι του.....	22
2.5.1	Επιδόματα ΟΑΕΔ .....	23
2.6	ΕΟΠΥΥ και στόχοι του .....	23
2.6.1	Παροχές σε είδος .....	24
2.6.2	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	24
2.6.3	Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	25
2.7	Οι φορείς του Ελληνικού Εκπαιδευτικού Συστήματος και ο τρόπος χρηματοδότησής τους.....	26
2.8	Ανακεφαλαίωση.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ .....		31
3.1	Εισαγωγή.....	31
3.2	Τρόπος χάραξης της επιδοματικής πολιτικής εντός ΕΕ.....	31
3.3	Στάδια εξέλιξης της επιδοματικής πολιτικής στην ΕΕ.....	32
3.4	Κατηγοριοποίηση των κοινωνικών παροχών της ΕΕ .....	34
3.5	Συμπεράσματα προς την ανάγκη επαναπροσανατολισμού επιδοματικής πολιτικής στην ΕΕ .....	35
3.6	Ανακεφαλαίωση.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΩΣ ΤΟ 2020 ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ.....		39
4.1	Εισαγωγή.....	39
4.2	Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών της Ελλάδας σε βάθος σαράντα ετών	39
4.3	Φτώχεια-ανισότητα-κοινωνικός αποκλεισμός .....	45
4.4	Συντάξεις- πορεία συνταξιοδοτικού και μεταρρυθμίσεις .....	50
4.4.1	Η περίπτωση του ΕΚΑΣ .....	55

4.5	Συμπεράσματα για κοινωνικές δαπάνες.....	58
4.6	Υγεία-στατιστικά δεδομένα στην πορεία των ετών .....	59
4.6.1	Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας για μείωση των δαπανών και αντιστάθμισης των ανισοτήτων.....	61
4.6.2	Υγεία-Μεταναστευτικό.....	64
4.6.3	Οι άτυπες πληρωμές .....	65
4.6.4	Συμπεράσματα περί δαπανών υγείας.....	67
4.7	Εκπαίδευση .....	70
4.7.1	Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην υγεία και στο προσδόκιμο ζωής .....	71
4.7.2	Ο ρόλος του μορφωτικού επιπέδου στην εύρεση εργασίας και στον κίνδυνο της φτώχειας.....	73
4.7.3	Η αλληλεπίδραση του μεταναστευτικού ζητήματος με την εκπαίδευση 75	
4.7.4	Συμπεράσματα και προτάσεις για την εκπαίδευση.....	77
4.8	Ανακεφαλαίωση.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....		81
5.1	Εισαγωγή.....	81
5.2	Ποιοτική έρευνα μέσω συνέντευξης .....	81
5.3	Περιορισμοί στη μεθοδολογία .....	90
5.4	Συνολικά συμπεράσματα .....	91
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....		97

## **Κατάλογος πινάκων**

Πίνακας 1.1: Μοντέλα του κράτους πρόνοιας .....	11
Πίνακας 4.1: Δημόσιες Κοινωνικές Δαπάνες, % του ΑΕΠ, 1980-2019 .....	40
Πίνακας 4.2: Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας, 2017 .....	42
Πίνακας 4.3: Διάσταση δεδομένων για κοινωνικές δαπάνες ερευνών Eurostat-ΟΟΣΑ, % του ΑΕΠ .....	43
Πίνακας 4.4: Δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος-συντελεστής Gini: 2005, 2008-2020 .....	49
Πίνακας 4.5: Ποσά ΕΚΑΣ ανά εισόδημα για το έτος 2016 (€).....	56
Πίνακας 4.6: Δαπάνες για την ελληνική εκπαίδευση 2000-2016 .....	71



## **Κατάλογος διαγραμμάτων**

Διάγραμμα 2.1: Η δομή του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος 2020/21 .....	28
Διάγραμμα 4.1: Κοινωνικές δαπάνες Ελλάδας, Γαλλίας, Ιταλίας 1980-2019, % του ΑΕΠ .....	40
Διάγραμμα 4.2: Το ποσοστό και το χάσμα φτώχειας στην Ελλάδα, 1995-2006 .....	48
Διάγραμμα 4.3: Διάγραμμα Δημόσιων Συνταξιοδοτικών Δαπανών, % του ΑΕΠ, 1980-2018 .....	53
Διάγραμμα 4.4: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή σε Ελλάδα και ΕΕ15 (\$, PPP)...	60
Διάγραμμα 4.5: Δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και υγειονομικά αναλώσιμα σε Ελλάδα, ΕΕ22 και Νότιες Χώρες (σε % του ΑΕΠ) .....	60
Διάγραμμα 4.6: Διαγραμματική απεικόνιση μέσου όρου ετήσιας μεταβολής υγειονομικής δαπάνης κατά κεφαλήν στις χώρες ΟΟΣΑ, 2008-2013 και 2013-2019...	61
Διάγραμμα 4.7: Κατανομή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ανά τύπο δραστηριότητας Ελλάδας& ΕΕ .....	66
Διάγραμμα 4.8: Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας Ελλάδας- ΕΕ23-Νότιων Χωρών .....	68
Διάγραμμα 4.9: Σύγκριση κατά κεφαλή δαπανών υγείας ανά κατηγορία Ελλάδας-ΕΕ27 .....	69
Διάγραμμα 4.10: Ποσοστά απασχόλησης Ελλάδας- ΕΕ28 βάσει επιπέδου μόρφωσης για 1993-2016, πληθυσμού 25-64 ετών.....	73
Διάγραμμα 4.11: Ποσοστό πληθυσμού 16 ετών και άνω σε κίνδυνο φτώχειας βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου, 2008-2020 .....	75
Διάγραμμα 4.12: Εισοδηματική ανισότητα και Α) % στήριξη της προτεραιότητας στην εκπαίδευση Β) % πρόθεση φορολογικής επιβάρυνσης ώστε να ενισχυθεί η εκπαίδευση .....	79
Διάγραμμα 4.13: Γνώμη πολιτών ως προς την επάρκεια κυβερνητικών ενεργειών για τη διασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ασφάλειας .....	95





## **Κατάλογος εικόνων**

Εικόνα 4.1: Μορφωτικό Επίπεδο & Προσδόκιμο Ζωής ..... 72



## Συντομογραφίες

- ΑΕΙ= Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα  
ΑΕΠ= Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν  
ΑΜΚΑ= Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης  
ΕΕ= Ευρωπαϊκή Ένωση  
ΕΕ23= Ευρωπαϊκή Ένωση των αρχικών 23 κρατών-μελών  
ΕΚΑΣ= Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων  
ΕΛΣΤΑΤ= Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία  
ΕΟΠΥΥ= Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας  
ΕΟΦ= Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων  
ΕΣΔΑ= Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου  
ΕΣΥ= Εθνικό Σύστημα Υγείας  
ΕΦΚΑ= Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης  
e-ΕΦΚΑ= ηλεκτρονικός Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης  
ΗΔΙΚΑ= Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης  
ΙΚΑ= Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
ΚΕΑ= Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης  
ΚΕΝ= Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια  
ΚΕΠΑ= Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας  
ΜΚΟ= Μη Κυβερνητική Οργάνωση  
ΟΑΕΔ= Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού  
ΟΓΑ= Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων  
ΟΠΕΚΑ= Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης  
ΟΟΣΑ= Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης  
ΠΕΔΥ= Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας  
ΠΟΥ= Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας  
ΣΕΚ= Συνθήκη Ίδρυσης Ευρωπαϊκής Κοινότητας  
ΣΛΕΕ= Συνθήκη Λειτουργίας Ευρωπαϊκής Ένωσης  
ΤΕΑ= Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης  
ΤΕΙ= Τεχνολογικά Ιδρύματα  
ΤΟΜΥ= Τοπικές Μονάδες Υγείας  
ESSPROS= European System of integrated Social PROtection Statistics  
EUROSTAT= European Statistical Office  
OECD= Organisation for Economic Co-operation and Development

PPP= Purchasing Power Parity

UNHCR= United Nations High Commissioner for Refugees

USD= United States Dollar

WHO= World Health Organization

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2020 τόσο η ελληνική όσο και η παγκόσμια οικονομία κλονίστηκε από μία πρωτόγνωρων διαστάσεων υγειονομική κρίση. Η αγορά εργασίας απορρυθμίστηκε και το πλήγμα σε κρίσιμα δημοσιονομικά μεγέθη υπήρξε αναμφισβήτητο. Επήλθαν επιπτώσεις σε υγειονομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, που δοκίμασαν τις αντοχές του κρατικού πλέγματος προστασίας και τους αντανakλαστικούς μηχανισμούς κάθε κράτους πρόνοιας, συμπεριλαμβανομένου και του ελληνικού.

Έτσι, σε ένα κράτος που από το 2009 προσπαθούσε να ανακάμψει από την παρατεταμένη περίοδο λιτότητας εξαιτίας των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής, στα οποία υπήχθη (2010, 2012, 2015) για να αποφύγει την άτακτη χρεωκοπία και οριακά το κατάφερε το 2018, γιγαντώθηκε απροόπτως και επιτακτικά η ανάγκη ανάδειξης του κοινωνικού του χαρακτήρα για άλλη μία φορά. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι η επιδοματική πολιτική που αποφασίστηκε και υλοποιήθηκε από το ελληνικό κράτος κατά το διάστημα της τελευταίας σαρακονταετίας (1980-2020). Εστιάζοντας στην έννοια του κράτους πρόνοιας και στις υποχρεώσεις που ο ρόλος αυτός συνεπάγεται για μία δημοκρατική ευνομούμενη πολιτεία, προσεγγίζεται το πλαίσιο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής σε ποιοτικό και ποσοτικό επίπεδο. Τα μέσα που αξιοποιούνται κατά την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής από φορείς όπως ο ΕΦΚΑ, ο ΕΟΠΥΥ, ο ΟΑΕΔ, ο ΟΠΕΚΑ κ.ά., είναι η χορήγηση επιδομάτων και η παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται στους πολίτες της χώρας μας, άλλοτε αποδιδόμενες υπό προϋποθέσεις και άλλοτε άνευ αυτών. Αναζητείται η εμβέλεια, οι μέθοδοι και ο βαθμός ανταπόκρισης του ελληνικού κράτους στην εξασφάλιση της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της κοινωνικής προστασίας, της ομαλής ένταξης ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και ατόμων, του αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες.

Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει απόπειρα να εντοπιστούν οι συνθήκες που επέδρασαν από το κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον στη διαμόρφωση της εκάστοτε επιδοματικής πολιτικής. Θα μελετηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές που παρατηρούνται στην υλοποίησή της κατά περιόδους βάσει των αριθμητικών δεδομένων των δαπανών και των αντίστοιχων τομέων που επενδύθηκαν. Επίσης, θα διερευνηθεί το καλυπτόμενο φάσμα των δικαιούχων της επιδοματικής πολιτικής, τα κριτήρια χορήγησης επιδομάτων και υπηρεσιών και, εν τέλει, η αποτελεσματικότητα της εφαρμοσθείσας πολιτικής στην

ισότιμη πρόσβαση στην ασφάλιση, στη δια βίου μάθηση, στην υγειονομική περίθαλψη, στην κοινωνική σύγκλιση, στην αξιοπρεπή διαβίωση.

Με την επίτευξη του ανωτέρω στόχου, θα καταστεί κατανοητό ποιοι ήταν οι παράγοντες καθορισμού της επιδοματικής πολιτικής, αν και για ποιους λόγους μετασηματίστηκε το θεσμικό πλαίσιο άσκησής της. Θα οδηγηθούμε, κατά το αισιόδοξο σενάριο της έκβασης της προσπάθειας αυτής, στον προσδιορισμό του επιπέδου δικαιοσύνης και βιωσιμότητας των συστημάτων ασφάλισης, υγείας, εκπαίδευσης και στην απάντηση για το αν προσφέρεται τελικά το αίσθημα ασφάλειας στους πολίτες με απτά μεγέθη σε τόσο αντίξοες παγκοσμίως οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες όσο οι τρέχουσες.

Βάσει των προαναφερθέντων δεδομένων και επιδιώξεων, διαμορφώνεται η δομή της παρούσας εργασίας ως εξής:

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την αποσαφήνιση των όρων «κράτος πρόνοιας» και «επιδοματική πολιτική», που είναι οι κεντρικοί άξονες γύρω από τους οποίους θα κινηθεί η έρευνα. Προσδιορίζεται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το περιβάλλον που επιτρέπει την άσκηση αυτής κατά το βέλτιστο τρόπο και γίνεται μία αναφορά στις έννοιες των δημοσίων δαπανών, κοινωνικών υπηρεσιών και των επιδομάτων που θα συναντώνται διαρκώς στη συγκεκριμένη μελέτη. Κλείνει με μία ιστορική ανασκόπηση του ελληνικού κράτους πρόνοιας και την παρουσίαση των αντιπροσωπευτικών μοντέλων του κράτους πρόνοιας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι φορείς που υλοποιούν την επιδοματική πολιτική στη χώρα μας. Αναφέρονται ορισμένα ιστορικά στοιχεία για τον καθένα και οι στόχοι που επιδιώκουν. Επιπροσθέτως, προσεγγίζεται σήμερα το πλήθος και το ύψος των παρεχόμενων επιδομάτων και υπηρεσιών στον τομέα του βεληνεκούς τους, για να γίνει μία πιο παραστατική αποτύπωση στα μέσα εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναφερθεί το πλαίσιο της ΕΕ μέσα από ιστορικά, κοινωνικά και νομικά ισχύοντα δεδομένα, όπου προωθείται η χάραξη της επιδοματικής πολιτικής για όλα τα κράτη μέλη. Αυτό το γεγονός επιτελείται υπό κοινούς όρους, αλλά και σύμφωνα με τα ιδιαίτερα κοινωνικοπολιτικά χαρακτηριστικά που προέρχονται από το καθένα ξεχωριστά. Με διαφοροποιήσεις στην αφετηρία της πορείας, λόγω του «χαρακτήρα» του κάθε κράτους μέλους, εντούτοις, με κοινή στόχευση από όλα, παρακολουθούμε πώς επιδιώκεται στους κόλπους της ΕΕ η υλοποίηση της επιδοματικής πολιτικής, η αποκλιμάκωση γενικευμένων κοινωνικών προβλημάτων, η καταπολέμηση ανισοτήτων και, τελικά, η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα μελετηθούν οι κοινωνικές δαπάνες βάσει του απολογισμού της επιδοματικής πολιτικής που υιοθετήθηκε κατά τα τελευταία 40 έτη. Από την ανάλυση στατιστικών θα γίνουν διαπιστώσεις σχετικά με τους τομείς του κράτους πρόνοιας που επιβάρυναν τον κρατικό προϋπολογισμό με τις υψηλότερες δαπάνες σε βάθος χρόνου. Θα συγκριθούν δεδομένα τομέων (υγεία, παιδεία, κοινωνική ασφάλιση, συντάξεις) ανά εποχή. Θα ερευνηθεί η αρνητική επίδραση της οικονομικής ύφεσης του διαστήματος 2009-2018 ως προς τη φτωχοποίηση του ελληνικού πληθυσμού και τη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας. Θα αναζητηθεί αν η συνταξιοδοτική δαπάνη είναι το πλέον κρίσιμο μέγεθος για τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος και αν η κρίση έδωσε το έναυσμα για θετικά βήματα στο θεσμικό πλαίσιο εφαρμογής της επιδοματικής πολιτικής. Παράλληλα, θα υπάρξει συσχέτιση ανάμεσα σε συστήματα και μέτρα αναδιάρθρωσης εμπνεόμενα από την επιδοματική πολιτική άλλων ευρωπαϊκών κρατών, με μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικότητας, προκειμένου να εξασφαλιστεί εμπράκτως με πραγματοποιήσιμες προτάσεις η διαφυγή από τους κινδύνους της ανεργίας, της αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα παιδείας ή υγείας, της υλικής αποστέρησης και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναμένεται να πραγματοποιηθεί η ποιοτική προσέγγιση του αντικείμενου, με κύρια στόχευση στα ερευνητικά ερωτήματα. Θα καλυφθούν ενδεχόμενα κενά στο πολύ ευρύ αντικείμενο της επιδοματικής πολιτικής μέσα από συνέντευξη προσώπου που υπηρετεί σε καίρια θέση ενός πολύ σημαντικού φορέα άσκησης αυτής, του ΟΠΕΚΑ.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## 1.1 Εισαγωγή

Είναι γεγονός πως όταν οι πολίτες αναφέρονται στην έννοια του κράτους πρόνοιας ή της κοινωνικής προστασίας και της επιδοματικής πολιτικής, ενδέχεται ο καθένας να έχει μία διαφορετική προσέγγιση κατά νου. Αυτό προκύπτει τόσο από τις διαφορετικές αναφορές ανάλογα με το κράτος που ζει ο καθένας και το ιδιαίτερο κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον που τον πλαισιώνει, όσο και από τη διαφορετική οπτική γωνία, υπό το πρίσμα της οποίας αντιλαμβάνονται τις συνθήκες ακόμα και άτομα της ίδιας κοινωνίας ανάλογα με την ευμενή ή δυσμενέστερη θέση στην οποία υπάγονται. Χρειάζεται, επομένως, να δοθούν συγκεκριμένες ερμηνείες στις έννοιες, προκειμένου από τις ίδιες λέξεις να γίνονται αντιληπτά τα ίδια περιεχόμενα.

Το πρώτο κεφάλαιο πραγματεύεται την ανάλυση των βασικών εννοιών που σχετίζονται με το κύριο αντικείμενο της παρούσας εργασίας, δηλαδή την επιδοματική πολιτική. Προσεγγίζονται οι όροι του «κράτους πρόνοιας» και του «κοινωνικού κράτους δικαίου», της κοινωνικής πολιτικής, των δημοσίων δαπανών και των επιδομάτων, ώστε να γίνουν κατανοητά τα θέματα που αναπτύσσονται στη συνέχεια. Διερευνάται το είδος κριτηρίων σύμφωνα με τα οποία επιλέγονται οι άνθρωποι που θα αποτελέσουν τους δέκτες των κοινωνικών παροχών, λόγω των συνθηκών που τους καθιστούν σε πιο ευάλωτη ή δυσμενή θέση. Εξηγείται με ιστορικά παραδείγματα και αναφορές γιατί η ύπαρξη δημοκρατικού πολιτεύματος αποτελεί αναγκαία συνθήκη για να ευδοκιμήσει η κοινωνική πολιτική και να υλοποιηθεί η διαμόρφωση ενός πλέγματος προστασίας και πρόνοιας για τους πολίτες. Γίνεται μία σύντομη αναδρομή του ελληνικού κράτους πρόνοιας και έπειτα, αναλύονται τα πιο αντιπροσωπευτικά μοντέλα του κράτους πρόνοιας και τοποθετούνται στη γεωγραφική περιοχή της Ευρώπης αλλά και του παγκόσμιου χάρτη τα κράτη που αποτελούν τους κυριότερους εκπροσώπους αυτών.

## 1.2 Κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος δικαίου

Ως «κράτος πρόνοιας» ορίζεται, σύμφωνα με τον Κατρούγκαλο, το κράτος εκείνο που αναλαμβάνει θεσμικά: α) την επέμβαση στην οικονομία με σκοπό το συντονισμό της παραγωγικής διαδικασίας και τη διατήρηση της απασχόλησης, β) την εξασφάλιση ορισμένων βασικών κοινωνικών υπηρεσιών (εκπαίδευση, εξασφάλιση εισοδήματος, ιατρική φροντίδα και οικιστική πολιτική) και γ) την κατοχύρωση ενός κοινωνικού



δικτύου ασφάλειας μέσω της εγγύησης ενός ελάχιστου επιπέδου βιοτικών συνθηκών.(Κατρούγκαλος, 1998, σ. 106)

Το κράτος πρόνοιας είναι πρωτίστως συμμετοχικό. Καλεί τους πολίτες να είναι ενεργοί, δεχόμενο την οργάνωσή τους σε ομάδες συχνά αλληλοσυγκρουόμενες, αναδεικνύει την πολιτική τους βούληση, αναγνωρίζει και προσπαθεί να εγγυηθεί όχι μόνο για τα ατομικά, αλλά και για τα κοινωνικά δικαιώματα. Η ειδοποιός διαφορά στις δύο κατηγορίες δικαιωμάτων έγκειται, κατά τον Καρβούνη, στο γεγονός πως τα ατομικά δικαιώματα, με απώτερο στόχο την εγγύηση της προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας, καθιερώνουν μία σχέση ανταγωνιστική ανάμεσα σε κράτος και άτομο. Αντιθέτως, τα κοινωνικά δικαιώματα έρχονται να γεφυρώσουν όποια απόσταση υπάρχει, καθώς στοχεύουν σε κοινωνικές υπηρεσίες ή παροχές του κράτους προς τους πολίτες, οι οποίες υλοποιούνται με θετικές παρεμβάσεις της διοίκησης.(Καρβούνης, 2004, σ. 211)

Με τον όρο «κράτος δικαίου» εννοούμε «την κανονιστικά περιορισμένη και θεσμικά αντισταθμισμένη κρατική εξουσία, την εξουσία που γνωρίζει και συναντά φραγμούς στην άσκησή της, με πρώτο και καλύτερο την αναγνώριση ατομικών δικαιωμάτων και την εγκαθίδρυση μηχανισμών ή διαδικασιών πολιτικού ή δικαστικού χαρακτήρα για την εγγύησή τους». (Μανιτάκης, 1994, σ. 60) Όπως επισημαίνει ο Τσάτσος, στο κράτος δικαίου εντοπίζει κανείς τα ακόλουθα δομικά χαρακτηριστικά: α) τη διάκριση των εξουσιών, β) την αρχή νομιμότητας της κρατικής δράσης, γ) την κατοχύρωση των ατομικών δικαιωμάτων και δ) τη δικαστική προστασία αυτών.(Τσάτσος, 1985, σ. 151)

Ο σύνθετος όρος «κοινωνικό κράτος δικαίου» είναι αυτός που επιτρέπει τη συμπλήρωση του κράτους δικαίου με αξιώσεις του κοινωνικού κράτους, σύμφωνα με τον Τσάτσο. Περιλαμβάνει «το σύνολο των κανόνων και των αρχών που καθοδηγούν την ενεργό και διαπλαστική παρέμβαση του κράτους στην κοινωνική ζωή και την κατευθύνουν στην ικανοποίηση κοινωνικών δικαιωμάτων (δικαιωμάτων παροχών, κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικών ελευθεριών), καθώς και στην πραγμάτωση στόχων κοινωνικής ή περιβαλλοντικής πολιτικής».(Μανιτάκης, 1994, σ. 279) Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται, μεταξύ άλλων: το δικαίωμα της δωρεάν παιδείας (άρθρο 16 του Συντάγματος), η προστασία της οικογένειας, του γάμου, της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας (άρθρο 21 του Συντάγματος), το δικαίωμα στην εργασία (άρθρο 22 του Συντάγματος, η συνδικαλιστική ελευθερία (άρθρο 23 του Συντάγματος) κ.ά. (Τσουντας)Ταυτοποιείται σημασιολογικά με την έννοια του κράτους πρόνοιας.

Συνοψίζοντας, το κράτος πρόνοιας είναι εκείνο που παρεμβαίνει με κανόνες δικαίου και ασκεί πολιτική με στόχο την εξύψωση της κοινωνικής και οικονομικής θέσης των ασθενέστερων κοινωνικών στρωμάτων, που όχι μόνο αναγνωρίζει κοινωνικά δικαιώματα και προστατεύει ευπαθείς κατηγορίες πληθυσμού, αλλά και αναπτύσσει παρεμβατικές οικονομικές λειτουργίες, αναδεικνύοντας στοιχεία κοινωνικής δικαιοσύνης. Η δικαιοσύνη αποτελεί, κατά την άποψη του Μακρή, συστατικό στοιχείο ανώτερου ηθικού πολιτισμού. Η ποιότητά της είναι συμβατή με τον κρατικό παρεμβατισμό, ειδικά όταν μέσω της αναδιανομής του πλούτου εδραιώνει την κοινωνική ευημερία.(Μακρή, 2002, σ. 80) Λέγεται, επίσης, κράτος ευποιίας (welfarestate)(Μάραντος, 2003, σ. 51)

### **1.3 Κοινωνική πολιτική-έννοια**

Διακρίνουμε τρεις μορφές κοινωνικής πολιτικής:

#### **1. Κοινωνική ασφάλιση**

Ανταποδίδει παροχές έναντι εισφορών των πολιτών. Μόνο οι ασφαλισμένοι πολίτες είναι δικαιούχοι αυτών των παροχών, των οποίων το ύψος καθορίζεται κατ' αναλογία με τις καταβληθείσες εισφορές. Το άτομο είναι υποκείμενο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

#### **2. Κοινωνική πρόνοια**

Είναι οι μονομερείς παροχές από την πλευρά του κράτους προς ορισμένα άτομα ή ομάδες που χρήζουν βοήθειας. Συγκαταλέγονται, συνεπώς, σε κρατικές παραχωρήσεις και όχι σε δικαιώματα.

#### **3. Κοινωνική ασφάλεια**

Αποτελεί έκφραση του κράτους πρόνοιας, καθώς εδραιώνεται στις αρχές της ανθρώπινης, κοινωνικής, εθνικής αλληλεγγύης με αποτέλεσμα το εύρος της να υπερβαίνει αυτό της κοινωνικής ασφάλισης. Ασφαλίζει και εξασφαλίζει το άτομο από κινδύνους όπως η ανεργία ή οι ασθένειες.(Ιατρίδης, 1990, σ. 42)

#### **1.3.1 Η κοινωνική πολιτική ως τομέας της δημοσιονομικής πολιτικής και τα μέσα που αξιοποιεί**

Η κοινωνική πολιτική κατατάσσεται στον ευρύτερο τομέα της δημοσιονομικής πολιτικής, μέσω της οποίας το κράτος επιδιώκει τρεις βασικούς οικονομικούς στόχους, σύμφωνα με την Χατζηδήμα: την άριστη κατανομή των παραγωγικών συντελεστών, την άριστη διανομή του εισοδήματος και τη σταθεροποίηση της οικονομίας.(Χατζηδήμα, 2019)

Επιδρά καταλυτικά σε κλάδους όπως η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια, η πολιτική απασχόλησης, η εκπαιδευτική πολιτική, η αντεγκληματική πολιτική, η μεταναστευτική πολιτική, η πολιτική φύλου, η στεγαστική πολιτική και η πολιτική περιβάλλοντος. (Κουραχάνης, 2015)

Η άσκησή της υλοποιείται πρωτίστως με τη χορήγηση επιδομάτων και την παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται στους πολίτες της χώρας, άλλοτε αποδιδόμενες υπό προϋποθέσεις και άλλοτε άνευ. Για αυτό το λόγο αποκαλείται και επιδοματική πολιτική. Χρησιμοποιούνται, εντούτοις, εκτός από μέσα πολιτικής δημοσίων δαπανών και μέσα φορολογικής πολιτικής. Συγκεκριμένα, ο κρατικός προϋπολογισμός καθορίζει ποια αγαθά θα παραχθούν και σε ποιες ποσότητες απαιτούνται, όπως επίσης, και τον τρόπο επιμερισμού του κόστους παροχής των εν λόγω δημοσίων αγαθών μεταξύ των φορολογουμένων. Προβλέπονται, επομένως, και κάποιες ρυθμίσεις που παρέχουν προνομιακή μεταχείριση σε ομάδες φορολογουμένων ή ευνοούν μία μορφή εισοδήματος εν συγκρίσει με άλλη. Οι μειωμένοι φορολογικοί συντελεστές, οι φορολογικές απαλλαγές, οι εκπτώσεις ή μειώσεις από τους φόρους συνιστούν φοροελαφρύνσεις που μπορούν να εκληφθούν ως κρυφές επιδοτήσεις ή έμμεσες μεταβιβάσεις του κράτους προς πολίτες που αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες συνθήκες. Οι οικονομικές αυτές ενισχύσεις, που έμμεσα απολαμβάνουν συγκεκριμένοι πολίτες, θα μπορούσαν να αποδοθούν με άμεσες δημόσιες δαπάνες. (Χατζηδήμα, 2019)

### **1.3.2 Δημόσιες δαπάνες-έννοια**

«Οι δαπάνες που πραγματοποιούνται από τη μεριά της κεντρικής κυβέρνησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών ονομάζονται δημόσιες δαπάνες. Διακρίνονται σε: α) αγαθά και υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν τη δημόσια κατανάλωση και τις δημόσιες επενδύσεις και β) μεταβιβαστικές πληρωμές, που αποτελούνται από μεταβιβάσεις εισοδήματος (συντάξεις, κοινωνικές παροχές) και κεφαλαίου (π.χ. δάνεια για απόκτηση πρώτης κατοικίας και επιχειρηματικού πάγιου κεφαλαίου).

Οι μεταβιβαστικές πληρωμές για συντάξεις δεν αποτελούν ευέλικτο μέσο δημοσιονομικής πολιτικής, ενώ τα επιδόματα ανεργίας αυξομειώνονται σύμφωνα με τον κύκλο ύφεσης-ανάκαμψης οικονομίας. Αντίθετα, η χορήγηση δανείων για κατοικίες ενισχύει την οικονομική δραστηριότητα, όπως και οι εισοδηματικές μεταβιβάσεις προς τις ιδιωτικές επιχειρήσεις (κίνητρα χρηματοοικονομικά και φορολογικά) ενισχύουν σε

περιόδους ύφεσης την επενδυτική δραστηριότητα και απασχόληση» (Δημόσιες Δαπάνες, 2020)

### **1.3.3 Επίδομα-έννοια**

Επίδομα ονομάζεται κάθε χρηματική αμοιβή που παίρνει κάποιος εργαζόμενος πλέον του μισθού του για ορισμένο λόγο ή γενικότερα βοήθημα (οικονομικής φύσης ή άλλο).(Ορισμός του "επιδόματος", 2020)

Στην Ελλάδα, τα επιδόματα χορηγούνται στους δικαιούχους από 3 πηγές:

α) το Κράτος,

β) την Τοπική Αυτοδιοίκηση και

γ) από τα Ασφαλιστικά Ταμεία και άλλους Οργανισμούς. (Καραγιάννη & Μιχαλοπούλου, 2016)

Η αμοιβή ή το αντάλλαγμα που καθορίζεται για την παροχή μιας υπηρεσίας αποτελεί την οικονομική αντιπαροχή της παροχής της υπηρεσίας και διευθετείται με συμφωνία υπό συγκεκριμένους όρους ανάμεσα στον παρέχοντα την υπηρεσία, π.χ. κράτος, και τον αποδέκτη της, π.χ. ασφαλισμένο. Η παροχή της υπηρεσίας και η αμοιβή της ενδέχεται να μη συμπίπτουν χρονικά. Εν προκειμένω, οι εισφορές που καταβάλλει ένας εργαζόμενος σε ασφαλιστικό ταμείο για συνταξιοδοτική ασφάλιση συνιστούν την οικονομική αντιπαροχή για τις συντάξεις που θα καταβληθούν στον ενδιαφερόμενο αφού αποχωρήσει από την ενεργό δράση. Στην περίπτωση που η παροχή υπηρεσιών χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο με πόρους του κρατικού προϋπολογισμού, το στοιχείο του ανταλλάγματος ελλείπει από την παροχή υπηρεσιών. Ενδεικτική είναι η περίπτωση παροχής εκπαιδευτικών ή υγειονομικών ή κοινωνικών υπηρεσιών, έστω και αν οι αποδέκτες των εν λόγω υπηρεσιών καλούνται να καταβάλουν ένα μικρό τέλος ή εισιτήριο.(Αργυρός & Δεδούλη-Λαζαράκη, 2018, σσ. 326-327)

### **1.3.4 Κριτήρια χορήγησης**

Ο έλεγχος των προϋποθέσεων που ασκείται από φορείς της επιδοματικής πολιτικής για να επιβεβαιώσουν το δικαίωμα λήψης των επιδομάτων ή/ και των χορηγούμενων υπηρεσιών σχετίζονται άμεσα με έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους παράγοντες: εισόδημα, ηλικία, ασφαλιστική ικανότητα, συμμετοχή στην καταβολή εισφορών, ιθαγένεια, κατάσταση υγείας, οικογενειακή κατάσταση, τόπο διαμονής, κοινωνικά δεδομένα κ.ά.

### 1.3.5 Προϋπόθεση άσκησης κοινωνικής πολιτικής

Αναγκαία συνθήκη για να μπορεί ένα κράτος να ασκεί κοινωνική πολιτική είναι η οργάνωσή του σύμφωνα με τους κανόνες μίας δημοκρατικής πολιτείας. Σε αυτό το περιβάλλον οι κατέχοντες την εξουσία είναι υπόλογοι στο λαό μέσω εκλογών με καθολικό δικαίωμα ψήφου και ακρογωνιαίος λίθος στο οικοδόμημα του κράτους είναι τα πολιτικά δικαιώματα και οι ατομικές ελευθερίες. Δεν είναι ρεαλιστική η εφαρμογή μέτρων στο όνομα και προς όφελος των πολιτών σε ένα κράτος όπου ο νόμος αρνείται το δικαίωμα ψήφου σε πολίτες που δεν έχουν περιουσία, δεν είναι λευκοί ή άρρενες, όπως συνέβαινε σε πολιτείες της Αμερικής, ακόμα και υπό το μανδύα των δημοκρατικών καθεστώτων, μέχρι τη δεκαετία του 1970. Η αρχή «κάθε άτομο και μία ψήφος» έμπαινε στο ερμηνευτικό πρίσμα των εκάστοτε κρατούντων, με αποτέλεσμα τη στέρηση του δικαιώματος ψήφου ή τον αποκλεισμό μειονοτήτων που δεν τύγχαναν της συμπάθειας της κυβέρνησης (έγχρωμων, ισπανόφωνων, φτωχών κ.ά.) και την άσκηση επιθετικών ή καταχρηστικών τακτικών από κρατικά όργανα, π.χ. από την Ομοσπονδιακή Αστυνομία. (Bowles & Edwards, Κατανοώντας τον καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, εντολή και μεταβολή στην οικονομία των ΗΠΑ, 2002)

Οι δραστηριότητες και οι σχέσεις που οργανώνονται μέσω του κράτους διαμορφώνονται μέσα από διαφανείς και δημοκρατικές διαδικασίες και έχουν, κατά κανόνα, αναγκαστικό και συλλογικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι η κρατική οργάνωση διέπεται από τον κανόνα της υποχρεωτικότητας, πχ η εξασφάλιση των δημοσίων εσόδων προκύπτει από φόρους που καταβάλλουν όλοι ανεξαιρέτως οι πολίτες. Ή το κράτος, ως ρυθμιστής στην αναδιανομή εισοδημάτων, επιβάλλει ένα σύνολο κανόνων που ευνοούν μία ομάδα θίγοντας, όμως, κάποια άλλη. (Bowles&Edwards, Κατανοώντας τον καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, εντολή και μεταβολή στην οικονομία των ΗΠΑ, 2002) Παράλληλα, και τα οφέλη που διανέμονται με μορφή αγαθών ή δημόσιων υπηρεσιών αφορούν όλους τους πολίτες και τους παρέχονται δικαιωματικά (τουλάχιστον δυνητικά). Όπως αναφέρει ο Τσάτσος, «εννοιολογικό στοιχείο της δημοκρατικής αρχής είναι ο κανόνας των ίσων ευκαιριών θεσμικής συμμετοχής στο πολιτικό γίγνεσθαι, δηλαδή το νομικό καθεστώς στο οποίο η μειοψηφία μπορεί να γίνει πλειοψηφία». Ο κοινωνικός πλουραλισμός είναι το συνδετικό στοιχείο σε αυτό το μωσαϊκό.

Η άσκηση κοινωνικής πολιτικής προϋποθέτει, εν ολίγοις, ένα δημοκρατικό κράτος δικαίου σε πλήρη λειτουργία, που δεν αρκείται απλά στην αναγνώριση των πολιτικών δικαιωμάτων, αλλά και προβαίνει στην ανάληψη θετικών υποχρεώσεων προς ενέργεια

και όχι ανοχή για την προάσπιση αυτών. Απαραίτητη κρίνεται η συμβολή της νομοθετικής εξουσίας, που θεσπίζει κανόνες προστασίας των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των πολιτών, η συντήρηση ανεξάρτητης και αμερόληπτης δικαστικής εξουσίας και η συνεργασία με τα όργανα της δημόσιας διοίκησης που ενεργούν, ως οφείλουν, προληπτικά ή κατασταλτικά προς αυτή την κατεύθυνση.(Ταλιαδούρου, 2019)(Σαρμάς, 2018)

### **1.3.6 Ελληνικό κράτος πρόνοιας**

Η ύπαρξη της έννοιας του εθνικού κράτους, με τον τρόπο που σήμερα γίνεται αντιληπτή, αναδύθηκε μετά την κατάλυση των φεουδαλικών δεσμών και τη σταδιακή επιβολή του πνεύματος του καπιταλισμού από τον 16<sup>ο</sup> μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα.(Πάσχος, 1981) Η ένωση της Γερμανίας το 1871 πρόσφερε στον καγκελάριο Μπίσμαρκ εύφορο πεδίο για τη λήψη ρηξικέλευθων αποφάσεων και τολμηρών κοινωνικών μεταρρυθμίσεων. Σε συνδυασμό με την ισχυρή ολιγαρχία που συγκεντρωνόταν στα χέρια μεγάλων γαιοκτημόνων της Πρωσίας, οδήγησαν στην υιοθέτηση της θεωρίας της νομικής προσωπικότητας του κράτους κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα.

Η εξέλιξη του κοινωνικού κράτους στη Δυτική Ευρώπη και η διαμόρφωση προνοιακής πολιτικής σε κράτη όπως η Γερμανία κατ' αρχάς, αλλά και η Αγγλία αργότερα, αποτέλεσαν την έμπνευση για τη δημιουργία ενός ελληνικού κράτους πρόνοιας με προσανατολισμό σύμφωνο με τα θεσμικά αυτά πρότυπα. Βασική ήταν η συμβολή της συνταγματικής αναθεώρησης του 1864, βάσει της οποίας καθιερώθηκε η καθολική ψηφοφορία όλων των ενήλικων ανδρών μετά την υπέρβαση εμποδίων, που σχετίζονταν κυρίως με την προϋπόθεση ιδιοκτησίας. Η επέκταση του δικαιώματος στις γυναίκες επετεύχθη το 1952 με το Νόμο 2159/1952, που τους αναγνώρισε πλήρη πολιτικά δικαιώματα, γεγονός που εδραίωσε τις απαρχές του κοινωνικού κράτους στην χώρα μας. (THEBEST)

Υιοθετήθηκε το 1864 ένα από τα δημοκρατικότερα συντάγματα της τότε Ευρώπης, εντούτοις το πελατειακό σύστημα που παραδοσιακά κυριαρχούσε, καθώς και οι ισχυροί μηχανισμοί ελέγχου σε τοπικό επίπεδο ήταν δύσκολο να ανατραπούν σε άμεσο χρόνο. (Καρβούνης, 2004, σ. 202) Το εγχείρημα του αστικού εκσυγχρονισμού και την ανασυγκρότηση σε τομείς όπως η οικονομία, η εξωτερική πολιτική, η δημόσια διοίκηση, η παιδεία και η κοινωνική δικαιοσύνη, κόντρα στην καθεστηκυία τάξη πραγμάτων προσπάθησε να υλοποιήσει ο Ελευθέριος Βενιζέλος. Η δράση του απαιτούσε ανοιχτούς ορίζοντες, μεταρρυθμίσεις και καινοτόμο σχεδιασμό.

Στο διάστημα 1910-1920 χάραξε αξιοσημείωτη πορεία στον χώρο της εργατικής πολιτικής, καθώς μέχρι το 1909 υπήρχαν μόνο τρεις κοινωνικοί νόμοι που σχετιζόνταν με την εργατική νομοθεσία.(Καρβούνης, 2004, σ. 222)Το 1914 με το Νόμο 271 ρυθμίστηκε ο χρόνος εργασίας στα εμπορικά καταστήματα. Την ίδια χρονιά με το Νόμο 281 θεμελιώθηκε επίσημα ο συνδικαλισμός μετά τη νομοθετική ρύθμιση του δικαιώματος του «συνεταιρίζεσθαι» των εργαζομένων, ενώ με το Νόμο 551 θεσπίστηκε η αποζημίωση για τα εργατικά ατυχήματα, με αποτέλεσμα τον περιορισμό στην ασυδοσία των εργοδοτών. Μέχρι το 1915 υιοθετήθηκαν νόμοι σύμφωνα με τους οποίους συστήθηκαν γεωργικά, εμπορικά και βιομηχανικά επιμελητήρια, καθώς και αγροτικοί συνεταιρισμοί. Με αυτές τις εξελίξεις γινόταν πιο χειροπιαστή η δυνατότητα του κράτους να παρεμβαίνει σε περιπτώσεις που παρατηρούνταν πολωτικό κλίμα ανάμεσα σε κοινωνικά στρώματα. Μέσα στην επόμενη τριετία 1917-1920 τελειοποιήθηκε η Επιθεώρηση Εργασίας, τέθηκαν ποινικές κυρώσεις σε περίπτωση αντικειμενικής ευθύνης των εργοδοτών σε εργατικά ατυχήματα, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία των εργαζομένων, επεκτάθηκε η καθιέρωση του οκτάωρου σε πλήθος βιομηχανιών. Οι εργατικές ενώσεις απέκτησαν πλέον το δικαίωμα υπογραφής συλλογικών συμβάσεων εργασίας, ενώ βαρύνουσας σημασίας ήταν η νέα νομοθεσία περί καταγγελίας των συμβάσεων εργασίας, διότι συνέβαλε στη μονιμοποίηση των εργατών στις θέσεις εργασίας τους. Η έκβαση της ενσωμάτωσης νόμων για τα σωματεία και τις ομοσπονδίες στην εργατική νομοθεσία ήταν να οργανωθούν σωματειακά οι 88.000 από τις 120.000 των εργατών, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 73,33% του ενεργού εργατικού πληθυσμού. Επιπλέον, έλαβε τέλος η ανεξέλεγκτη εκμετάλλευση παιδιών και γυναικών με τη θέσπιση αυστηρών όρων ως προς την εργασία αυτών, π.χ. απαγορεύτηκε η εργασία ανηλίκων κάτω των δώδεκα ετών.(Λιονή, 2011)

Το 1917 ιδρύθηκε το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας αλλά και το Υπουργείο Περιθάλψεως, που αποτέλεσε τον προάγγελο του Υπουργείου Υγείας. Είχε έρθει η στιγμή να αποκτήσει κοινωνικό πρόσωπο το ελληνικό κράτος και να γίνει πράξη η υγειονομική προστασία των οικονομικά ασθενέστερων ομάδων, καθώς και η επικείμενη μέριμνα για στέγαση των μετέπειτα χιλιάδων προσφύγων που η μικρασιατική καταστροφή θα έφερνε πίσω στην Ελλάδα. Νόμοι όπως ο 4063 του 1912, για τους όρους άσκησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού επαγγέλματος και ο 346 του 1914, περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας, αποτέλεσαν εγγυήσεις στο νομοθετικό πλαίσιο της παροχής του αγαθού της υγείας σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες. Το Τμήμα

Διεθνούς Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών έστειλε επιτροπή εμπειρογνομόνων μετά από αίτημα της κυβέρνησης του Βενιζέλου. Η έκθεση αυτής της επιτροπής κατατέθηκε το 1929 και καθόρισε την εκ βάθρων αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και την ίδρυση Αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής, του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών, Υγειονομικών Κέντρων σε κάθε περιφέρεια της χώρας και της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.(Λιονή, 2011)

Η θεσμοθέτηση των κοινωνικών ασφαλίσεων έγινε με το Νόμο 5733 του 1932, που προέβλεπε τη σύσταση του ΙΚΑ, για την κάλυψη των ασφαλισμένων από κινδύνους γήρατος, ασθενειών ή αναπηρίας. Με την άνοδο, όμως, του Τσαλδάρη ανεστάλη η λειτουργία του θεσμού, ψηφίστηκε ο Ν.6298/1934 που στόχευε στη μείωση των εισφορών, ενώ η έναρξη λειτουργίας των πρώτων καταστημάτων σε Αθήνα και Πειραιά πραγματοποιήθηκε το 1937.(Λιονή, 2011)

Στον αγροτικό τομέα ήταν τεταμένες οι αντιπαραθέσεις ανάμεσα στην ολιγαρχία των γαιοκτημόνων και στην πλειονότητα του πληθυσμού που απασχολούνταν με πενιχρά μεροκάματα ως δουλοπάροικοι καλλιεργητές. Το 1917 ο Βενιζέλος προέβη σε μία σπουδαία μεταρρύθμιση που στηρίχτηκε στο άρθρο 17 του Συντάγματος. Ψηφίστηκε η αναγκαστική απαλλοτρίωση αγροτικών ακινήτων από το κράτος, η παραχώρηση κτημάτων κρατικής ιδιοκτησίας σε αγρότες, προκειμένου να σχηματίσουν μικρές ιδιοκτησίες και η έκδοση ομολόγων σαν αποζημίωση των ιδιοκτητών των εκτάσεων που απαλλοτριώθηκαν. Υλοποιήθηκε το 1917 η ίδρυση Αυτοτελούς Υπουργείου Γεωργίας και το 1929 η ίδρυση της Αγροτικής Τράπεζας, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η εκμετάλλευση των αγροτών από τοκογλύφους.(Λιονή, 2011)

Στον τομέα της φορολογικής πολιτικής προωθήθηκαν, επίσης, καινοτόμες μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της ευνοϊκότερης αντιμετώπισης των μη προνομιούχων πολιτών. Προκλήθηκε, αναπόφευκτα, η δυσaráσκεια των πιο εύρωστων στρωμάτων, που υποχρεώθηκαν μέσω της άμεσης φορολόγησης να στηρίξουν τα δημοσιονομικά έσοδα με τα ως τότε πλεονάζοντα κέρδη τους. Η κοινωνική σκοπιμότητα και η επιδίωξη της δικαιότερης οικονομικής ανάπτυξης κατάφεραν να αναβαθμίσουν τις παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες με αποδέκτες το ευρύ πλήθος των πολιτών.(Λιονή, 2011)

Στη διάρκεια της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου (1945-1967), όλες οι προσπάθειες ανάδειξης του κράτους πρόνοιας υποχώρησαν μπροστά στο κλίμα πολιτικής πόλωσης ανάμεσα στους υποστηρικτές του μετεμφυλιακού καθεστώτος και του αντίπαλου δέους. Οι διώξεις, οι φυλακίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός άφηνε ελάχιστα περιθώρια



επαγγελματικής απασχόλησης στους πολίτες αριστερών φρονημάτων. Είτε στρέφονταν στον ιδιωτικό τομέα για να γίνουν εργάτες ή υπάλληλοι στους υπό ανάπτυξη τομείς της οικονομίας είτε γίνονταν ελεύθεροι επαγγελματίες.(Καρβούνης, 2004, σ. 223)Μπορούν, όμως, να εκτιμηθούν ως βήματα προς την επιθυμητή κατεύθυνση της προνοιακής πολιτικής η σύσταση του Ταμείου Ανεργίας το 1945,η κωδικοποίηση της νομοθεσίας του ΙΚΑ το 1951, η καθιέρωση των επιδομάτων στράτευσης το 1952,η θέσπιση των οικογενειακών επιδομάτων το 1958, η ίδρυση του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας το 1954 και η σύσταση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων το 1961. Ακολούθως, κατά τη δικτατορία λήφθηκαν διάφορα μέτρα, π.χ. χορήγηση δανείων σε φοιτητές, ελάφρυνση άμεσων φόρων εφοπλιστών, παραγραφή αγροτικών χρεών, που θα μπορούσαν να συγκαταλεχθούν σε πολιτικές κράτους πρόνοιας, αν δεν ασκούνταν προς όφελος επιλεγμένων κοινωνικών ομάδων.

## 1.4 Μοντέλα του κράτους πρόνοιας

**Πίνακας 1.1: Μοντέλα του κράτους πρόνοιας**

Μοντέλα	Σκανδιναβικό σοσιαλδημοκρατικό	Αγγλοσαξωνικό Φιλελεύθερο	Κεντροευρωπαϊκό Κρατικο- συντεχνιακό
Χώρες	Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, Νορβηγία	ΗΠΑ, Ην. Βασίλειο, Αυστραλία, Καναδάς	Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία
Χαρακτήρας	Ατομικιστικό-φιλελεύθερα		Συλλογική δράση ατόμων
Εργασιακές σχέσεις- προστασία από ανεργία	Πολύ μεγάλη κάλυψη από ανεργία, υψηλή προστασία απασχόλησης	Ικανοποιητικά επιδόματα ανεργίας	Η κοινωνική/ ασφαλιστική κάλυψη πηγάζει από τη δυνατότητα απασχόλησης
	Ενεργητικές πολιτικές πλήρους απασχόλησης και ισότητας	Χωρίς έμφαση στις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης	Παθητικές κυρίως πολιτικές απασχόλησης
	Ισχυρά συνδικάτα ιδιωτικού τομέα σε ανοιχτή συνομιλία με κυβέρνηση	Συνύπαρξη ισχυρών και ασθενών συνδικάτων	Συνδικάτα με ανόμοια ισχύ Ασφάλιση βάσει επαγγέλματος
Δομή και ύψος παροχών- βαθμός αναπλήρωσης του εισοδήματος	Καθολικότητα παροχών Κοινωνική πολιτική μέσω κοινωνικών υπηρεσιών (πχ τοπικής αυτοδιοίκησης)	Επιλεκτική κοινωνική βοήθεια με εισοδηματικό έλεγχο (απαξίωση δικαιούχων) Η κοινωνική πολιτική: έσχατο δίχτυ ασφαλείας των αδύναμων Μεγαλύτερη οργάνωση προνοιακών υπηρεσιών παρά χρηματικές παροχές	

	Όχι τόσο χρηματικά βοηθήματα Μεγάλος βαθμός αναπλήρωσης εισοδήματος	Έμφαση στο σύστημα υγείας και εκπαίδευσης με εξαιρετικής ποιότητας υπηρεσίες Ενίσχυση αγοράς με προγράμματα εργασιακής ένταξης και επιχορηγήσεις ιδιωτικών σχεδίων πρόνοιας	Ικανοποιητικές παροχές υγείας και εκπαίδευσης Οι εισοδηματικές ενισχύσεις ποικίλλουν ως προς το ύψος, γενικά ικανοποιητικές
Δικαίωμα προστασίας του ατόμου	Ευρέα δικαιώματα πολίτη	Ευρέα δικαιώματα πολίτη	
Οικογενειακή πολιτική Υγεία Εκπαίδευση	Προληπτική και ικανοποιητική στήριξη οικογένειας Ευρύτατες παροχές στην υγεία και στην εκπαίδευση, ειδικά σε κατώτερα στρώματα	Μέτρια οικογενειακή στήριξη Κυρίαρχος πυρήνας κοινωνικής φροντίδας: η οικογένεια Εξαιρετικό σύστημα υγείας και εκπαίδευσης	Μέτριο επίπεδο λοιπών κοινωνικών παροχών Ικανοποιητικό σύστημα υγείας και εκπαίδευσης
Μέθοδοι χρηματοδότησης	Κρατική χρηματοδότηση μέσω φορολογίας Το κράτος: βασικός εργοδότης λόγω ανάγκης στελέχωσης εκτεταμένου δικτύου προνοιακών παροχών	Από κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και επικουρικά από ασφαλιστικές εισφορές	Τριμερής χρηματοδότηση αν και κυρίως από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και λιγότερο από φορολογία

(Παπαηλίας, Αγορά και κράτος πρόνοιας, Στην οικονομική της αγοράς, 2016),  
(Καρβούνης, 2004, σσ. 220-221)

Το μεσογειακό κράτος πρόνοιας συναντάται σε κράτη όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία. Χαρακτηρίζεται από αδύναμες πολιτικές κάλυψης της

απασχόλησης, ενώ τα εργατικά συνδικάτα είναι μέτριας ή αδύναμης ισχύος. Εμφανείς είναι οι ανισότητες που παρατηρούνται στην κατανομή βαρών των κοινωνικών τάξεων, καθώς και το χαμηλό επίπεδο κοινωνικών υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση είναι τριμερής. Το μοντέλο αυτό μπορεί να εκληφθεί ως παραλλαγή του κεντροευρωπαϊκού προτύπου, με δεδομένο ότι σε αυτό διακρίνει κανείς ομοιότητες, κατά κοινωνιολογική προσέγγιση, με τα κράτη πρόνοιας της ηπειρωτικής Ευρώπης, αλλά βρίσκεται ακόμα σε νηπιακό στάδιο συγκριτικά με την πορεία που έχουν διατρέξει τα κεντροευρωπαϊκά κράτη.

### **1.5 Ανακεφαλαίωση**

Συνοψίζοντας, στο πρώτο κεφάλαιο προσδιορίζονται εννοιολογικά οι όροι που συνθέτουν το κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, όπου είναι εφικτή η υλοποίηση της επιδοματικής πολιτικής. Αναλύονται τα μέσα με τα οποία εφαρμόζεται αυτή και ακολούθως, δίνεται μέσα από μία αναδρομή στο παρελθόν της χώρας ποιοι ήταν οι βασικοί σταθμοί για να φτάσουμε στη σύγχρονη εικόνα του ελληνικού κράτους πρόνοιας. Παρατίθενται τα κυρίαρχα στοιχεία που οδηγούν στην κατηγοριοποίηση των μοντέλων κράτους πρόνοιας, καθώς και πώς κατανέμονται στο χάρτη τα κράτη που τα αντιπροσωπεύουν.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΟΡΕΙΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ**

### **2.1 Εισαγωγή**

Η κοινωνική ασφάλιση, η προνοιακή μέριμνα, η υγειονομική περίθαλψη, η πολιτική καταπολέμησης της ανεργίας και διασφάλισης σταθερών θέσεων εργασίας και η εκπαίδευση, ως τομέας ανάπτυξης του ανθρώπινου κεφαλαίου, απορροφούν ένα σημαντικό κομμάτι του κρατικού προϋπολογισμού και αποτελούν εκφάνσεις της υλοποίησης του σύγχρονου κοινωνικού κράτους δικαίου. Προσπαθούν να συμβάλλουν μέσω της συνδυασμένης λειτουργίας τους στη θωράκιση των ανθρώπων απέναντι στους κινδύνους της ασθένειας, της φτώχειας, του αποκλεισμού, της ανασφάλειας κ.λπ., στη διαμόρφωση ενός κοινωνικού περιβάλλοντος με ισότιμες ευκαιρίες, στη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής, της σταθερότητας μέσω της απασχόλησης και στην τόνωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, επομένως, θα μελετηθεί το πεδίο υλοποίησης της επιδοματικής πολιτικής στην Ελλάδα μέσω των κυριότερων φορέων που την ασκούν, όπως του e-ΕΦΚΑ, του ΟΠΕΚΑ, του ΟΑΕΔ, του ΕΟΠΥΥ και των φορέων του Εκπαιδευτικού Συστήματος. Οι ανωτέρω φορείς υπάγονται στην εμβέλεια διαφορετικών υπουργείων, για παράδειγμα οι τρεις πρώτοι τελούν υπό την ευθύνη του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, ο ΕΟΠΥΥ υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και οι φορείς του εκπαιδευτικού συστήματος στο Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Θα προσεγγιστούν οι στόχοι τους, τα σημαντικότερα μέσα που χρησιμοποιούν και οι υπηρεσίες που προσφέρουν προς την επίτευξη αυτών των στόχων.

### **2.2 Κύριοι κρατικοί φορείς άσκησης επιδοματικής πολιτικής**

Οι κυριότεροι κρατικοί δημόσιοι φορείς που έχουν επιφορτιστεί με το ρόλο της άσκησης της επιδοματικής πολιτικής και την προσπάθεια επιτυχούς ανταπόκρισης στους προσδοκώμενους στόχους είναι σήμερα οι εξής: ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (e-ΕΦΚΑ), ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ), ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Εκτός, όμως, από τους ανωτέρω, που αυτονόητα συσχετίζονται με την επιδοματική πολιτική, έχει ξεχωρίσει και ο φορέας της εκπαίδευσης στα πλαίσια των υπηρεσιών του

κράτους πρόνοιας. Η προοπτική ενός σταθερά γηράσκοντος πληθυσμού, εξαιτίας της μείωσης της γεννητικότητας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, που θα είναι δύσκολο να συντηρηθεί από ένα σταθερό ή συρρικνούμενο πλήθος εργαζομένων μέσω του ασφαλιστικού συστήματος, η αλλαγή στον παραδοσιακό πυρήνα της οικογένειας και η ενεργή απειλή της ανεργίας φέρνουν στο προσκήνιο την ανάγκη να πρωταγωνιστήσει η παιδεία στο κομμάτι προσφοράς γνώσης, κατάρτισης, εξειδίκευσης, προπαρασκευής ανθρώπινου δυναμικού. Το παράδειγμα των Σκανδιναβικών χωρών, όπου «οι συντάξεις πρέπει να κερδίζονται από την παιδική ηλικία» ή «ο κοινωνικός αποκλεισμός καταπολεμάται στην κούνια», δηλώνει την κατεύθυνση της νέας στρατηγικής που προτείνεται και υιοθετείται και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την καθοριστικής αξίας επένδυση στην παιδική ηλικία και στην εκπαίδευση. (Σακελλαρόπουλος Θ., 2018, σσ. 21-58)

### **2.2.1 Ελληνική κοινωνική ασφάλιση και τρόπος χρηματοδότησης**

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί κρατικό σκοπό, για την επίτευξη του οποίου παρέχεται στον κοινό νομοθέτη συνταγματική εντολή προκειμένου να εξειδικεύσει το περιεχόμενο του δικαιώματος. Σύμφωνα με το 22 παρ. 4 του Συντάγματος, το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει.

Μέχρι και το 2016 το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης χαρακτηριζόταν από οργανωτική πολυδιάσπαση. Το γεγονός αυτό ανάγεται αφενός στο μοντέλο του Μπίσμαρκ, πάνω στο οποίο διαμορφώθηκε η δομή του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος και αφετέρου στο εδραιωμένο, πολύπλοκο δίκτυο των πελατειακών σχέσεων, την ισχύουσα πολυνομία και τα ποικίλα συμφέροντα προς εξυπηρέτηση. Πολλές επαγγελματικές ομάδες, με ισχύ, πίεζαν και κατόρθωναν με συνδικαλιστική συνδρομή να επιτυγχάνουν τη δημιουργία ξεχωριστών ασφαλιστικών ταμείων που διέπονταν από ιδιαίτερα καθεστώτα ευνοϊκότερα προς εκείνους ως προς τις εισφορές, τις παροχές ή τις συντάξεις.

Υπό αυτές τις συνθήκες διαμορφώθηκε το ελληνικό δημόσιο σύστημα συντάξεων, αποσπασματικά, με διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις από τη δεκαετία του 1950 και έκτοτε, προκειμένου να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός, χωρίς οργάνωση και μακροπρόθεσμη προοπτική, με έντονα στοιχεία κοινωνικής ανισότητας, δεδομένου ότι διαχειρίζεται όμοιες περιπτώσεις υποψήφιων συνταξιούχων με διαφορετικό τρόπο. Οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, τα ποσοστά αναπλήρωσης, οι ασφαλιστικές και εργοδοτικές εισφορές, τα ελάχιστα ποσά συντάξεων διέφεραν όχι μόνο ανάμεσα σε

ξεχωριστά ταμεία αλλά και ανάμεσα σε ασφαλισμένους του ίδιου ταμείου. Κατέστη αδιαφανές και ευάλωτο σε πολιτικούς χειρισμούς μέσω άδηλων επιδοτήσεων, παρενέργειες που κόστισαν σε χρόνο και χρήμα για αδιάκοπη σειρά ετών στον ελληνικό λαό.

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα ανήκει στα αναδιανεμητικά συστήματα (Pay As You Go, δηλαδή πληρωμή κατά την πορεία), διότι ο μηχανισμός του στηρίζεται στη μεταβίβαση εισοδήματος από το τρέχον εργατικό δυναμικό στους σημερινούς συνταξιούχους. Η χρηματοδότηση των συντάξεων, ως μεταβιβαστικές πληρωμές, δεν προκύπτει από εισφορές αλλά από φορολογικά έσοδα. Επιτυγχάνεται μέσω της καθολικής υποχρεωτικής αποταμίευσης με αναδιανεμητικό χαρακτήρα, αναδεικνύοντας την αλληλεγγύη των γενεών.

### **2.3 e-ΕΦΚΑ**

Από την 01/01/2017 λειτούργησε ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης, πλέον Ηλεκτρονικός (e-ΕΦΚΑ), με έναν κλάδο κύριας ασφάλισης και λοιπών παροχών, ως αποτέλεσμα της ενοποίησης των προϋπαρχόντων ασφαλιστικών φορέων της Ελλάδας, όπως οι κάτωθι:

Α) κύρια ταμεία:

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων–Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ–ΜΜΕ), Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών(ΟΑΕΕ), Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων(ΟΓΑ), εκτός του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας, Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο(ΝΑΤ), συμπεριλαμβανομένου του Κεφαλαίου Δυτών και του Κεφαλαίου Ανεργίας – Ασθενείας Ναυτικών (ΚΑΑΝ), Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων

Β)επικουρικά ταμεία:

- Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών (ΕΤΕΑΕΠ)
- Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολομένων (ΕΤΑΑ)
- Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ)

Γ) ανεξάρτητα ταμεία:



- Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Υπαλλήλων Φαρμακευτικών Εργασιών (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.)
- Μετοχικό Ταμείο Ναυτικού (MTN)
- Μετοχικό Ταμείο Στρατού (MTΣ)
- Μετοχικό Ταμείο Αεροπορίας (MTA)

Ο ΕΦΚΑ καθίσταται οιοονεί καθολικός διάδοχος αυτών. Στον κλάδο κύριας ασφάλισης και λοιπών παροχών περιέρχονται και οι εν γένει συνταξιοδοτικές αρμοδιότητες, οι οποίες ασκούνται κατά την έναρξη ισχύος του νόμου από τη Γενική Διεύθυνση Χορήγησης Συντάξεων Δημοσίου Τομέα της Γενικής Γραμματείας Δημοσιονομικής Πολιτικής του Υπουργείου Οικονομικών. (Ν.4670/2020, 2021)(Ν.4387/2016, 2020)(ΠΔ8/2019, 2020)

Υπάγεται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και αποτελεί ένα νέο οργανωτικό μοντέλο για την υλοποίηση των ρυθμίσεων του ασφαλιστικού νομοθετικού πλαισίου και την εξυγίανση της πολύπαθης ασφαλιστικής πραγματικότητας.(e-ΕΦΚΑ, χ.χ.) Η ασφάλιση στον ΕΦΚΑ είναι υποχρεωτική και αυτοδίκαιη. Σε αυτή εντάσσονται όλοι οι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι των ενταχθέντων ταμείων και όσοι αναλαμβάνουν ασφαλιστέα εργασία ή αποκτούν ασφαλιστέα ιδιότητα βάσει των γενικών, ειδικών, καταστατικών διατάξεων των ενταχθέντων φορέων, κλάδων, τομέων. Στον ΕΦΚΑ καταβάλλονται οι εισφορές μισθωτών ή αυτοαπασχολούμενων για τον κλάδο υγείας και σύνταξης και χορηγούνται οι κύριες συντάξεις στους υπαγόμενους συνταξιούχους, οι παροχές ασθένειας σε χρήμα, ειδικά επιδόματα και άλλες παροχές.

### **2.3.1 Η υλοποίηση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης μέσω του e-ΕΦΚΑ**

Ο στόχος της κοινωνικής ασφάλισης είναι πρωταρχικά, κατά τον Παπαηλία, η προστασία της εργατικής τάξης από τους κινδύνους της ασθένειας, του ατυχήματος και του γήρατος. Σταδιακά όμως, η κοινωνική ασφάλιση επέκτεινε το πεδίο εμβέλειάς της στο σύνολο του πληθυσμού των απασχολούμενων, εστιάζοντας στην πρόληψη της φτώχειας και στην παροχή οικονομικής ασφάλειας. Η διασφάλιση ενός επιπέδου διαβίωσης, μέσω της αναδιανομής του εισοδήματος, που θα επιτρέπει στους πολίτες να ζουν με αξιοπρέπεια, η συρρίκνωση των ατελειών της αγοράς, για να αποτραπεί η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός, και η κοινωνική συνοχή που στηρίζεται στη διαγενεακή αλληλεγγύη συμπληρώνουν το σύνολο των στόχων της κοινωνικής ασφάλισης. (Παπαηλίας, Παραδόσεις πολιτικής οικονομίας, τόμ.Α', 2018, σσ. 216-221)

Αποστολή του e-ΕΦΚΑ είναι η δημιουργία ενός πρότυπου, αποτελεσματικού και βιώσιμου μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης, με γνώμονα τη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος και την ενίσχυση της κοινωνικής ευημερίας θέτοντας ίσους κανόνες για όλους.(Ν.4387/2016, 2020)(ΠΔ8/2019, 2020)(Ν.4670/2020, 2021)

### **2.3.2 Επιδόματα e-ΕΦΚΑ (τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)**

- Τμήμα παροχών  
Επιδόματα σε χρήμα
  1. Επίδομα ασθένειας
  2. Επίδομα ατυχήματος
  3. Επίδομα μητρότητας
  4. Έξοδα κηδείας
- Τμήμα συντάξεων
  1. Επίδομα απολύτου αναπηρίας
  2. Επίδομα τυφλότητας

Μέχρι και την 31/12/2016 το τ. ΙΚΑ-ΕΤΑΜ απέδιδε στους ασφαλισμένους και τις παροχές σε είδος. Όμως, από το 2017 μεταφέρθηκαν στη δικαιοδοσία του ΕΟΠΥΥ, οπότε θα αναλυθούν παρακάτω.

### **2.4 ΟΠΕΚΑ και στόχοι του**

Ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανέλαβε τις προνοιακές παροχές το Φεβρουάριο του 2018, προκειμένου να εντοπίζει τα βασικά προβλήματα ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και ακολούθως να τα αντιμετωπίζει. Αποτελεί μετεξέλιξη του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), από τον οποίο αξιοποιήθηκαν τόσο το προσωπικό όσο και οι υφιστάμενες κεντρικές και περιφερειακές διοικητικές δομές. Διατηρεί ως αντικείμενο διαχείρισης τις μη ασφαλιστικές αρμοδιότητες του ΟΓΑ στους λειτουργικούς τομείς των οικογενειακών επιδομάτων, των ανασφάλιστων υπερηλίκων και του Λογαριασμού Αγροτικής Εστίας. Εκτός αυτών, απέκτησε αρμοδιότητες σχετικές με την απονομή όλων των προνοιακών επιδομάτων, οικονομικών ενισχύσεων και κοινωνικών υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες, άτομα και νοικοκυριά με ανεπαρκείς εισοδηματικούς και περιουσιακούς πόρους.(ΟΠΕΚΑ, 2021)

Η λειτουργία του επιδιώκει την εδραίωση ενός ενιαίου, επικαιροποιημένου και συνεκτικού διοικητικού συστήματος ενάντια στην υπονόμευση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, την ανέχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η ανυπαρξία ενοποιημένου

μητρώου δικαιούχων παροχών και υπηρεσιών, η έλλειψη γεωπληροφοριακών δεδομένων, η αλληλοεπικάλυψη επιδοματικών προγραμμάτων και η γραφειοκρατία είναι κάποια από τα υφιστάμενα και διαχρονικής μέχρι σήμερα διάρκειας ζητήματα που χρειάζεται να αντιμετωπιστούν για να εξασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία του Οργανισμού. Τότε μόνο θα επιτύχει να συμβάλλει ομαλά και ουσιαστικά στο συντονισμό, την παρακολούθηση και αξιολόγηση των διαδικασιών στήριξης ευαίσθητων κοινωνικά στρωμάτων με έναν ανθρωπίνως αποδεκτό τρόπο.(ΟΠΕΚΑ, 2021)

#### **2.4.1 Προνοιακά επιδόματα**

- Για τη στήριξη της οικογένειας

##### **1. Επίδομα γέννησης**

Παρέχεται από 1/1/2020 για κάθε τέκνο που γεννιέται εν ζωή στην χώρα μας και ανέρχεται στο ύψος των 2000 €. Το ποσό καταβάλλεται σε 2 ισόποσες δόσεις. Η πρώτη πιστώνεται τον επόμενο της γέννησης μήνα, εφόσον η αίτηση έχει υποβληθεί και εγκριθεί μέσα στο μήνα της γέννησης. Η δεύτερη δόση πιστώνεται πέντε μήνες μετά το μήνα γέννησης. Οι προϋποθέσεις για να δικαιούται το επίδομα η μητέρα ή ο έχων την επιμέλεια είναι να έχει νόμιμη και μόνιμη διαμονή στην χώρα, το ισοδύναμο ετήσιο οικογενειακό επίδομα να μην υπερβαίνει τις 40000 €, να είναι Έλληνας ή Ευρωπαίος πολίτης ή ομογενής αλλοδαπός ή πολίτης κράτους του ΕΟΧ (Νορβηγία, Ισλανδία, Λιχτενστάιν, Ελβετία) ή τρίτης χώρας, αλλά να διαμένει συνεχώς στην Ελλάδα από το 2012 και έκτοτε, καθώς και να έχει υποβάλει αίτηση για την χορήγηση του επιδόματος εντός 3 μηνών από την ημερομηνία γέννησης. (ΟΠΕΚΑ, 2021)

##### **2. Επίδομα παιδιού**

Παρέχεται από το πρώτο παιδί και το ύψος του καθορίζεται από τον πλήθος των εξαρτώμενων τέκνων και από εισοδηματικά κριτήρια. Ανέρχεται σε 70 ή 42 ή 28 για κάθε τέκνο για το πρώτο και δεύτερο παιδί μηνιαίως ανάλογα με την κατηγορία του οικογενειακού εισοδήματος και σε 140 ή 84 ή 56 από το τρίτο και για κάθε επόμενο τέκνο μηνιαίως. Καταβάλλεται σε έξι διμηνιαίες δόσεις μετά από

διασταύρωση των στοιχείων της τελευταίας εκκαθαρισμένης φορολογικής δήλωσης. Χορηγείται σε Έλληνες ή Ευρωπαίους πολίτες ή ομογενείς αλλοδαπούς ή πολίτες της ΕΟΧ ή αναγνωρισμένους πρόσφυγες εγκαταστημένους μόνιμα στην χώρα, των οποίων το καθεστώς διέπεται από τις διατάξεις Σύμβασης 1951 για το Καθεστώς Προσφύγων, όπως τροποποιήθηκε από το Πρωτόκολλο Νέας Υόρκης το 1967 ή ανιθαγενείς με καθεστώς παραμονής εν Ελλάδι υπό τις διατάξεις της Σύμβασης του 1954 για το Καθεστώς των Ανιθαγενών ή δικαιούχους του ανθρωπιστικού καθεστώτος ή και πολίτες άλλων κρατών.(ΟΠΕΚΑ, 2021)

3. Επίδομα για όσους διαμένουν σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές που τις καθιστούν μειονεκτικές

Κατόπιν οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης , το κράτος προβαίνει σε οικονομική ενίσχυση οικογενειών με χαμηλό ετήσιο συνολικό εισόδημα (έως 4700€) για να δώσει κίνητρα ως προς την παραμονή τους σε δυσπρόσιτα ή ορεινά χωριά, υπό τη συνθήκη ότι κατοικούν εκεί μόνιμα τουλάχιστον 2 έτη πριν την υποβολή της αίτησης. Το βοήθημα ανέρχεται σε 600€ ανά έτος για οικογενειακά εισοδήματα έως και 3000€, ενώ είναι 300€ ετησίως για οικογενειακά εισοδήματα από 3001 έως και 4700€. Ως οικογένεια εκλαμβάνεται εκτός από τα ζευγάρια κατόπιν νόμιμου γάμου ή συμφώνου συμβίωσης και οι μονογονεϊκές οικογένειες.(ΟΠΕΚΑ, 2021)

4. Κάλυψη των σχολικών γευμάτων

Για 185.311 μαθητές σε εμβέλεια 1.227 σχολικών μονάδων σε 74 περιφερειακές ενότητες της χώρας προσφέρονται ζεστά γεύματα, μία παροχή που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο θεσμός αυτός αποσκοπεί στη διασφάλιση της υγιούς διατροφής και ενδεχόμενη κάλυψη παιδιών που δεν έχουν την οικονομική άνεση, στην ενίσχυση της συντροφικότητας των μαθητών, στην τόνωση των μαθητικών επιδόσεων, αλλά και στο σχηματισμό νέων θέσεων εργασίας σε τοπικά επίπεδα για τους απασχολούμενους στην παρασκευή των γευμάτων.(ΟΠΕΚΑ, 2021)

- Για τη στήριξη των ανθρώπων με αναπηρία
  1. Επίδομα κίνησης
  2. Διατροφικό επίδομα σε νεφροπαθείς, μεταμοσχευμένους καρδιάς, ήπατος κ.λπ.
  3. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με βαριά αναπηρία
  4. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση
  5. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης παραπληγικών, τετραπληγικών και ακρωτηριασμένων ανασφάλιστων και ασφαλισμένων του Δημοσίου
  6. Ενίσχυση ατόμων με συγγενή αιμολυτική αναιμία (μεσογειακή-δρεπανοκυτταρική-μικροδρεπανοκυτταρική κ.λπ.) ή συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία κ.λπ.), Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS)
  7. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης κωφών και βαρήκοων ατόμων
  8. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με αναπηρία όρασης
  9. Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ατόμων με εγκεφαλική παράλυση
  10. Οικονομική ενίσχυση ασθενών και αποθεραπευμένων χανσενικών και μελών των οικογενειών τους
- Για άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν καλύπτονται ασφαλιστικά
- Για όσους έχουν το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα
- Για στέγαση  
(ΟΠΕΚΑ, 2021)

## 2.5 ΟΑΕΔ και στόχοι του

Ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με έδρα την Αθήνα και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.(ΟΑΕΔ, 2020)

Συστάθηκε το 1969. Πρόδρομη δομή του ΟΑΕΔ ήταν τα Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας που λειτούργησαν πρώτη φορά το 1922 χωρίς νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας ή εξασφαλισμένους πόρους, ενώ το 1955 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Απασχόλησης και Ασφάλισης Ανεργίας (ΟΑΑΑ) ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπαγόμενο στο Υπουργείο Εργασίας. (ΟΑΕΔ, 2020)

Έχει σαν κύριο σκοπό την προώθηση της απασχόλησης και την εξάλειψη της ανεργίας. Επιδιώκει τη σύζευξη της προσφοράς και της ζήτησης προσόντων στην αγορά εργασίας. Αξιοποιεί ενεργητικές πολιτικές προς την κατεύθυνση του

επαγγελματικού προσανατολισμού σύμφωνα με τις τρέχουσες ανάγκες της αγοράς, προγράμματα μαθητείας που συνδυάζουν την εκπαίδευση με πρακτική άσκηση, επαγγελματικής εξειδίκευσης ανέργων και εργαζομένων, καθώς και παθητικές πολιτικές που υλοποιούνται μέσω χορήγησης επιδομάτων ή υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας για μητέρες, ανέργους, οικογένειες. (ΟΑΕΔ, 2020)

### **2.5.1 Επίδομα ΟΑΕΔ**

1. Επίδομα Ανεργίας
2. Επίδομα Μακροχρόνιας Ανεργίας
3. Βοήθημα Ανεργίας Ελεύθερων Επαγγελματιών Ασφαλισμένων του ΕΦΚΑ (τ. ΟΑΕΕ, τ. ΕΤΑΠ – ΜΜΕ, τ. ΕΤΑΑ)
4. Ειδικό Εποχικό Βοήθημα
5. Ειδικό Βοήθημα Τρίμηνης Παραμονής στο Μητρώο Ανέργων, Επίσχεσης Εργασίας, και Αποφυλακισμένων
6. Ειδικό Βοήθημα μετά τη Λήξη του Επιδόματος Ανεργίας
7. Παροχή λόγω Αφερεγγυότητας Εργοδότη
8. Ειδική Παροχή Προστασίας Μητρότητας
9. Συμπληρωματική Παροχή Μητρότητας
10. Προαιρετική Ασφάλιση Μακροχρόνια Ανέργων για Θεμελίωση Συνταξιοδοτικού Δικαιώματος
11. Επίδομα Διαμονής σε Τουριστικά Καταλύματα (κοινωνικός τουρισμός)
12. Επίδομα Διαμονής σε Παιδικές Κατασκηνώσεις
13. Επιταγή Αγοράς Βιβλίων
14. Επιταγή Θεάματος
15. Δωρεάν Φιλοξενία Βρεφών και Νηπίων
16. Παροχή Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης για Ανέργους (ΟΑΕΔ)

### **2.6 ΕΟΠΥΥ και στόχοι του**

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Συστάθηκε το 2011 και ξεκίνησε να λειτουργεί την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012 ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας (από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές, ιατρούς κ.λπ.) και ως πάροχος πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας βάσει του Νόμου 3918/2011. Ενώ ξεκίνησε υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών

υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, στην πορεία τέθηκε αποκλειστικά υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.(Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη Π. , 2017)

Η συγχώνευση των υφιστάμενων ταμείων στον ΕΟΠΥΥ συνοδεύτηκε από τις ακόλουθες επιδιώξεις: συγκέντρωση των χρηματοδοτήσεων των αναρίθμητων ταμείων με κοινή στόχευση την προστασία της υγείας, προσπάθεια καθιέρωσης εισφορών ασφαλισμένων σε δικαιότερη κλίμακα, επιδίωξη ίσης πρόσβασης στις δομές περίθαλψης και υγείας, αναβάθμιση της διαπραγματευτικής δύναμης σε επίπεδο κόστους αγοράς προμηθειών και υπηρεσιών, βελτίωση εποπτείας στο συνολικό σύστημα της υγείας.(Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

### **2.6.1 Παροχές σε είδος**

Πρόσθετη υγειονομική περίθαλψη (γυαλιά, ορθοπεδικά είδη, ακουστικά, αναπνευστικά υλικά, κ.λπ.)

Έκτακτη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (φάρμακα, εξετάσεις, ιατρικές πράξεις, δαπάνες εξωσωματικής γονιμοποίησης, σκευάσματα ειδικής διατροφής, αναλώσιμο υγειονομικό υλικό)

Εφάπαξ χρηματικό βοήθημα τοκετού(έχει καταργηθεί για τοκετό που λαμβάνει χώρα σε μαιευτήριο, εκτός από τις περιπτώσεις μητέρων που γεννάνε στο σπίτι με μαία)

Φυσικοθεραπείες-λογοθεραπείες

Δαπάνες Ιδρυμάτων

Έκτακτη νοσοκομειακή περίθαλψη

Λουτροθεραπεία και αεροθεραπεία

Αποζημίωση δαπανών για μετακινήσεις αιμοκαθαιρούμενων

Αποζημίωση δαπανών για χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας σε δημόσια νοσοκομεία

### **2.6.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με το Νόμο 4238/2014, περιλαμβάνουν: «α)Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα. β)Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας. γ)Την παροχή πρώτων βοηθειών. δ)Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας. ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. στ)Την τακτική παρακολούθηση και τη

διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα. ζ)Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης. η)Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας παιδιού. θ)Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας. ι)Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. ια)Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη. ιβ)Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.» (Νόμος 4238/2014- ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014, 2020)

Με την ανάθεση στον φορέα του ΕΟΠΥΥ των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας της χώρας ανέκυψε το πρόβλημα της αδυναμίας κάλυψης μέρους του πληθυσμού στο κομμάτι της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό οφειλόταν στη δυνατότητα πρόσβασης στις παροχές μόνο στα ασφαλισμένα άτομα των συγχωνευθέντων ταμείων του ΕΟΠΥΥ. Όσοι δε διέθεταν ενεργή ασφαλιστική ικανότητα έμεναν απροστάτευτοι στον κλάδο πρωτοβάθμιας υγείας. Παράλληλα, το κοινωνικό πλαίσιο στη χώρα χαρακτηριζόταν από πολύ υψηλό δείκτη ανεργίας (σχεδόν άγγιξε το 30% το 2013), αυξανόμενες προσφυγικές ροές και πολύ ανησυχητικές διαστάσεις στο μέγεθος της φτώχειας. Αναδείχθηκε, επομένως, η αναγκαιότητα ρύθμισης του ζητήματος, που επιλύθηκε με την ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ). Έγινε εφικτή η ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση όλων των ατόμων που διέθεταν ΑΜΚΑ στις δημόσιες δομές υγείας. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή του ΠΕΔΥ μαζί με τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ. (Παπαρρηγοπούλου-Πεγλιβανίδη Π. , 2017, σσ. 196-208)

Με το Ν.4486/2017 νομοθετήθηκε το εγχείρημα να αντικατασταθούν οι υπάρχουσες μονάδες ΠΕΔΥ από νέες Τοπικές Μονάδες Υγείας, τις επονομαζόμενες ΤΟΜΥ. Στις μονάδες αυτές θα εγγράφονταν οι πολίτες και θα απευθύνονταν στον αρμόδιο οικογενειακό τους γιατρό, η αποκλειστική παραπομπή του οποίου θα κατήλυε την ακόλουθη πορεία τους. Το πλάνο αυτό δεν ευόδωσε, καθώς τα ανεπαρκή κίνητρα στο ιατρικό προσωπικό άφησαν ανεκπλήρωτη την υλοποίησή του.

### **2.6.3 Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα



αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας. (Δικλίσ Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές, χ.χ.) Περιλαμβάνουν όλες εκείνες τις δαπάνες οι οποίες είναι ιατρικώς απαραίτητες για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ασφαλιζόμενου και οι οποίες μπορεί να αφορούν: τα έξοδα δωματίου και τροφής, τις αμοιβές θεράποντος ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, τις διαγνωστικές και άλλες εξετάσεις που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της νοσηλείας, τα φάρμακα, τα διάφορα αναλώσιμα κλπ. Σε αυτή ανήκουν τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία με τη διακριτική ονομασία Γενικό Νοσοκομείο κ.ά.

Στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντάσσονται τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία.

## **2.7 Οι φορείς του Ελληνικού Εκπαιδευτικού Συστήματος και ο τρόπος χρηματοδότησής τους**

Σύμφωνα με το Σύνταγμα, «η παιδεία αποτελεί βασική αποστολή του Κράτους και έχει σκοπό την ηθική, πνευματική, επαγγελματική και φυσική αγωγή των Ελλήνων, την ανάπτυξη της εθνικής και θρησκευτικής συνείδησης και τη διάπλασή τους σε ελεύθερους και υπεύθυνους πολίτες». Το εκπαιδευτικό σύστημα της Ελλάδας στηρίζεται στην παροχή δωρεάν παιδείας σε όλους τους πολίτες, σε όλες τις βαθμίδες των κρατικών εκπαιδευτηρίων. Είναι συγκεντρωτικό και διέπεται από νομοθεσία και νομοθετικές πράξεις. Σε κεντρικό επίπεδο υπάγεται στο Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Αυτό το υπουργείο έχει την αποκλειστική διοικητική ευθύνη του συστήματος, ορίζει το περιεχόμενο των προγραμμάτων σπουδών, θέτει τους μακροπρόθεσμους στόχους για όλες τις υπηρεσίες και βαθμίδες, αποφασίζει για τους διορισμούς του εκπαιδευτικού προσωπικού και ελέγχει τη χρηματοδότηση του συστήματος. Σε περιφερειακό επίπεδο λειτουργούν οι περιφερειακές διευθύνσεις εκπαίδευσης, εποπτεύοντας την υλοποίηση της εθνικής εκπαιδευτικής πολιτικής. Σε τοπική εμβέλεια, την αρμοδιότητα φέρουν οι διευθύνσεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για το σύνολο των σχολικών μονάδων της περιοχής τους. (European Commission, 2021)

Στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση ανήκουν τα Νηπιαγωγεία και τα Δημοτικά Σχολεία. Η προσχολική εκπαίδευση έχει καταστεί υποχρεωτική για τα παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 4<sup>ο</sup> έτος ηλικίας, ενώ δυνατότητα πρόσβασης σε βρεφικούς και

βρεφονηπιακούς σταθμούς έχουν παιδιά προσχολικής ηλικίας από 2 μηνών, με την εποπτεία των σταθμών να υπάγεται στους δήμους. Η παρακολούθηση στα δημοτικά αφορά παιδιά από 6 έως 12 ετών και είναι υποχρεωτική. Έχει δοθεί η δυνατότητα λειτουργίας ολοήμερου προγράμματος από το σχολικό έτος 2016-2017 σε όλα τα δημοτικά σχολεία.

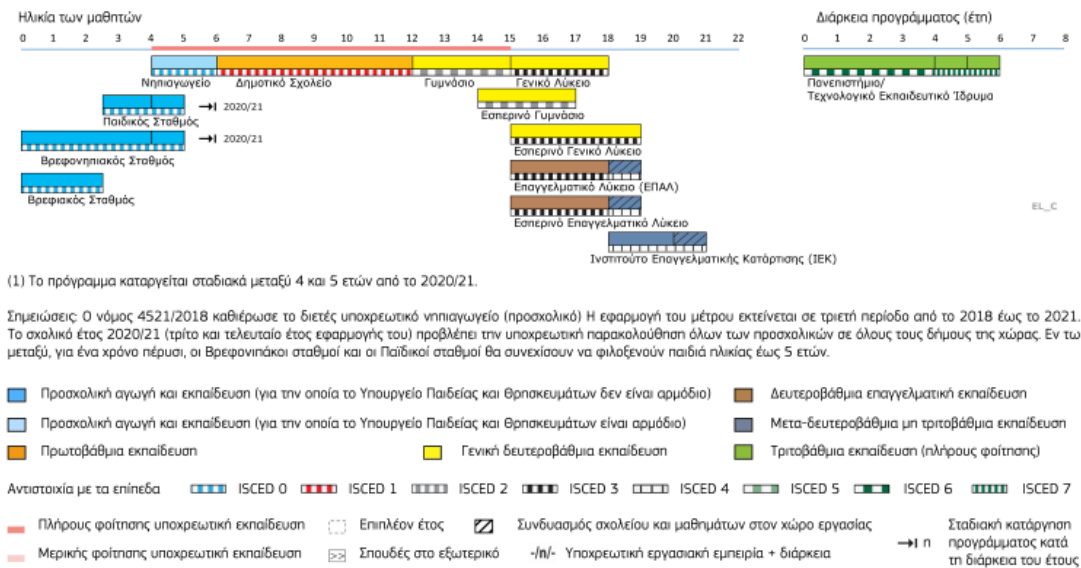
Στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση εντάσσονται δύο κύκλοι σπουδών, το Γυμνάσιο και το Λύκειο. Η παρακολούθηση στο Γυμνάσιο αφορά μαθητές από 12 έως 15 ετών, είναι υποχρεωτική, προσφέρει γνώσεις γενικής παιδείας και προαπαιτείται για την εγγραφή στα Λύκεια, Γενικά ή Επαγγελματικά. Ο δεύτερος κύκλος σπουδών στα Λύκεια δεν έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και είναι τριετής. Στα Γενικά Λύκεια γίνονται μαθήματα γενικής παιδείας και μαθήματα προσανατολισμού, ενώ στα Επαγγελματικά Λύκεια ακολουθείται σε πρώτο επίπεδο ένας κύκλος σπουδών και έπειτα μία τάξη μαθητείας. Εναλλακτική επιλογή των ημερήσιων λυκείων αποτελούν τα εσπερινά, με τις αντίστοιχες κατηγορίες γενικών και επαγγελματικών.

Τρίτο επίπεδο στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα κατέχει η ανώτατη εκπαίδευση, με σπουδές τετραετούς, συνήθως, φοίτησης. Στα μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα η διάρκεια είναι 1-2 και τουλάχιστον 3 έτη αντίστοιχα. Ο Πανεπιστημιακός τομέας περιλαμβάνει τα Πανεπιστήμια, τα Πολυτεχνεία και τη Σχολή Καλών Τεχνών. Στον Τεχνολογικό Τομέα εντάσσονται τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ) και η Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΑΣΠΑΙΤΕ). Πλέον τα ΤΕΙ έχουν ενταχθεί συνολικά σε Πανεπιστημιακά Ιδρύματα.

Η δια βίου μάθηση αποτελεί κομμάτι ενός γενικότερου πλαισίου ανάπτυξης, που εκτείνεται τόσο σε επίπεδο τυπικής όσο και μη τυπικής εκπαίδευσης. Ο απώτερος στόχος της είναι η απόκτηση αναγνωρισμένων πιστοποιητικών από φορείς παροχής υπηρεσιών, όπως: τα Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας (ΣΔΕ), τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης (ΚΔΒΜ) και τα Κολλέγια. Υλοποιείται βάσει του Ν.4763/2020 και ακολουθεί την ανάπτυξη του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Προσόντων. Προβλέπεται, επιπλέον, η δημιουργία Επαγγελματικών Σχολών Κατάρτισης (ΕΣΚ) και Επαγγελματικών Σχολών Μαθητείας (ΕΠΑΣ) του ΟΑΕΔ, που θα πραγματοποιούνται τη μεταγυμνασιακή προαιρετικού χαρακτήρα εκπαίδευση και την ένταξη στο τυπικό εκπαιδευτικό σύστημα. (European Commission, 2021)

Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και ανώτατης εκπαίδευσης υλοποιείται, κυρίως, από το κράτος μέσω του Τακτικού Προϋπολογισμού και του

Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων. Υπάρχουν επίσης και οι μη κρατικές πηγές και τα νοικοκυριά που χρηματοδοτούν τον τομέα της εκπαίδευσης, σε μικρότερο βαθμό. Στην κατάρτιση ενηλίκων, πηγές χρηματοδότησης αποτελούν συνήθως οι κοινοτικοί πόροι και αυτή επιτυγχάνεται μέσω της υλοποίησης επιχειρησιακών προγραμμάτων. Οι περισσότερες από τις τρέχουσες δαπάνες και δαπάνες επενδύσεων, που αποτελούν το κύριο μέρος της δημόσιας χρηματοδότησης για την παιδεία, υλοποιούνται από την κεντρική κυβέρνηση με μεταβίβαση πιστώσεων στις περιφερειακές διευθύνσεις εκπαίδευσης ή στους Δήμους. Πιο συγκεκριμένα, οι δαπάνες μισθοδοσίας χρηματοδοτούνται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου, ενώ οι λειτουργικές δαπάνες των σχολικών μονάδων χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, μέσω των Δήμων. Οι αγορές ακινήτων, οι συντηρήσεις εξοπλισμών, οι κατασκευές και επισκευές των εγκαταστάσεων, δηλαδή συνολικά οι δαπάνες πάγιου κεφαλαίου, χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων (ΠΔΕ). Επιπροσθέτως, καλύπτει δαπάνες προώθησης επιστημονικών ερευνών, νέων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δράσεων. (European Commission, 2021)



Πηγή: (Eurydice, 2021)

## Διάγραμμα 2.1: Η δομή του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος 2020/21

### 2.8 Ανακεφαλαίωση

Στη χώρα μας η υλοποίηση της επιδοματικής πολιτικής εκτελείται από σημαντικούς φορείς της ασφάλισης, της πρόνοιας, της υγείας και της εκπαίδευσης, που έχουν αναλάβει με το έργο τους τον περιορισμό των αιτιών αποσταθεροποίησης της

κοινωνικής συνοχής και την άρση των ανισοτήτων στο μέγιστο εφικτό βαθμό. Επιχειρούν να συνεισφέρουν στα άτομα που δεν έχουν εξασφαλίσει τα απαραίτητα εφόδια για το βιοπορισμό και την αξιοπρεπή διαβίωση, είτε με χρηματικά επιδόματα είτε με την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών, π.χ. υγειονομικών, εκπαιδευτικών, περίθαλψης, εύρεσης εργασίας, στέγασης κ.ά. Αναλύονται οι κυριότεροι, κατά την προσωπική μου εκτίμηση, φορείς και προσδιορίζονται τα μέσα που αξιοποιούν και οι στόχοι τους.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ**

### **3.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν τα δεδομένα που ισχύουν στους κόλπους της ΕΕ και αποτελούν τις κατευθυντήριες γραμμές, μέσα στις οποίες σχεδιάζεται και εκτελείται η χάραξη της επιδοματικής πολιτικής των κρατών μελών της. Αφενός, οι ιδιαίτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες κάθε κράτους έχουν συντελέσει στη διαμόρφωση ενός διαφορετικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και προσέγγισης της προστασίας των πολιτών του. Αφετέρου, το γεγονός ότι διέπονται όλα τα κράτη μέλη από την προσήλωση στο σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, του κράτους δικαίου, και διαφυλάσσουν την ασφάλεια και την προστασία των λαών τους, πειθαρχώντας σε διατάξεις περί δικαιοσύνης των συνθηκών στις οποίες έχουν προσχωρήσει, τα καθιστούν όμοια και με κοινές, εν πολλοίς, επιδιώξεις.

Επειδή η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση επιτυγχάνεται όχι με θεωρητικές και αφηρημένες διατυπώσεις, αλλά με πρακτικούς χειρισμούς, τα κράτη συχνά αλληλεπιδρούν και συναποφασίζουν για θέματα επιδοματικής πολιτικής, προβαίνοντας στην ενσωμάτωση των πρακτικών που το εκάστοτε εσωτερικό κανονιστικό και κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα τους επιτρέπει. Το εφελτήριο αυτού είναι η έκθεση των πολιτών σε παρεμφερείς κινδύνους. Στη συνέχεια, γίνεται μία ιστορική αναφορά των σταδίων εξέλιξης και των εργαλείων της επιδοματικής πολιτικής κατά την υλοποίησή της στην ΕΕ, καθώς και παράθεση της ανάγκης νέου προσανατολισμού λόγω της αναμόρφωσης της οικονομικοκοινωνικής πραγματικότητας.

### **3.2 Τρόπος χάραξης της επιδοματικής πολιτικής εντός ΕΕ**

Σε σχέση με την επιδοματική πολιτική που επιλέγεται σε κάθε κράτος μέλος, δεδομένου ότι αυτή καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα, η Ευρωπαϊκή Ένωση δε διαθέτει αποκλειστική αρμοδιότητα. Το πεδίο της κοινωνικής πολιτικής αποτελεί τομέα συντρέχουσας αρμοδιότητας στο πλαίσιο της Συνθήκης της Λισαβόνας. Επιπλέον, συμπληρώνει ή συντονίζει τη δράση των κρατών μελών σε θέματα προστασίας και βελτίωσης της ανθρώπινης υγείας, παιδείας, επαγγελματικής εκπαίδευσης κλπ. Φροντίζει για τη σύγκλιση των εθνικών νομοθεσιών και προωθεί υποστηρικτικά μέτρα (softlaw), όπως οι Συστάσεις ή η θέσπιση Προγραμμάτων Δράσης, που ορίζουν ενιαία επιδιωκόμενους στόχους. (Αργυρός & Δεδούλη-Λαζαράκη, 2018, σσ. 91-96)

Όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ συγκλίνουν στη διαμόρφωση της εθνικής επιδοματικής πολιτικής τους με ενιαίους στόχους που συμπυκνώνονται στο τρίπτυχο: 1.αξιόλογη κοινωνική προστασία που προσφέρει επαρκή κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών των ευρωπαϊών πολιτών, 2.εξάλειψη των παραγόντων κοινωνικού αποκλεισμού και 3.διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης σε περίπτωση έλευσης ασφαλιστικού κινδύνου. Εντούτοις, η παρέμβαση της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν προβλέπεται, παρά μόνο εφόσον και στο βαθμό που οι επιδιώξεις των κρατών μελών δεν επιτυγχάνονται επαρκώς (αρχή επικουρικότητας). Διατηρούν, επομένως, την απόλυτη κυριότητα ως προς την επιλογή της οργάνωσης και της χρηματοδότησης που θα ταιριάζει καλύτερα στο εκάστοτε ασφαλιστικό σύστημα. (Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σ. 140)

Η κοινωνική ασφάλιση θεμελιώνεται σε πηγές διεθνούς δικαίου που περιλαμβάνουν τις διεθνείς συμβάσεις και τους κανόνες γενικής παραδοχής του διεθνούς δικαίου. Στο πρωτογενές δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντάσσονται οι διατάξεις των Συνθηκών προσχώρησης των κρατών μελών και του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, καθώς και οι Τροποποιητικές Συνθήκες και Πράξεις. Αυτή η ιδιαίτερη έννομη τάξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενσωματώθηκε στα νομικά συστήματα των κρατών μελών από της θέσεως των Συνθηκών σε ισχύ και δεσμεύει τα εθνικά δικαστήρια. Το δευτερογενές δίκαιο απαρτίζεται από κανόνες δικαίου που παράγονται από τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διακρίνονται σε Κανονισμούς, Οδηγίες και Αποφάσεις και αποτελούν μονομερείς πράξεις των οργάνων της Ένωσης. Υπάρχουν και νομικές πράξεις που δεν αποτελούν νομοθετικές πράξεις της ένωσης , όπως οι Συστάσεις και οι Γνώμες, αλλά είναι συμβουλευτικού χαρακτήρα. Πράξεις με άμεση ισχύ έχουν σαν αποτέλεσμα την εφαρμογή στα κράτη μέλη χωρίς διαδικασία κύρωσης, υποδοχής, μετατροπής σε εσωτερικό δίκαιο. Άλλες πράξεις στερούνται άμεσης ισχύος που συνεπάγεται ότι χρειάζεται να ενσωματωθούν στην εκάστοτε έννομη τάξη, αφού κυρωθούν με νόμο και τεθούν σε ισχύ, οπότε και θα έχουν τυπική ισχύ ανώτερη του νόμου.(Αργυρός & Δεδούλη-Λαζαράκη, 2018, σσ. 66-88)

### **3.3 Στάδια εξέλιξης της επιδοματικής πολιτικής στην ΕΕ**

Η υλοποίηση της επιδοματικής πολιτικής στα κράτη μέλη της Ένωσης διαμορφώθηκε βάσει των προγραμμάτων που αναπτύχθηκαν σταδιακά σε σχέση με την κοινωνική ανάπτυξη. Προκύπτει εξ' αυτού ο διαχωρισμός στις κάτωθι περιόδους:

1958-1972: Υπογραμμίζεται η απόπειρα να υλοποιηθούν διατάξεις που θα επιτρέπουν την ελεύθερη διακίνηση εργαζομένων και θα περιορίζουν το ρόλο του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

1972-1986: Εντείνεται η κοινωνική αφύπνιση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, καθώς υιοθετούνται δράσεις και προγράμματα για την καταπολέμηση της ανεργίας, της φτώχειας, για την εκπαιδευτική προσαρμογή, την ενίσχυση των μειονεκτούμενων ατόμων.

1987-2001: Εστιάζουν στην αλληλεπίδραση της οικονομικής και κοινωνικής διάστασης στην Κοινότητα, γίνεται μνεία για Ενιαίο Ευρωπαϊκό Χώρο και εισάγεται η ειδική πλειοψηφία για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν περιορισμένα θέματα, όχι όμως και την κοινωνική ασφάλιση. Το 1989 τίθενται οι βάσεις στην ευρωπαϊκή νομοθεσία με την υιοθέτηση του Κοινοτικού Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων, χωρίς να έχει δεσμευτική ισχύ. Το 1992 με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα διαμορφώνεται σε Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Ανακατανέμονται οι αρμοδιότητες των ευρωπαϊκών οργάνων και των κρατών μελών, με το αντικείμενο της κοινωνικής ασφάλισης να παραμένει στη δικαιοδοσία των κρατών μελών και το δικαίωμα λήψης Αποφάσεων και Οδηγιών να γίνεται μόνο με ομοφωνία. Ομοίως και στη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1997), όπου, ωστόσο, αναφέρεται για πρώτη φορά η ανάγκη εναρμόνισης των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων σύμφωνα με τα άρθρα 136-145 της Συνθήκης Ίδρυσης Ευρωπαϊκής Κοινότητας (ΣΕΚ). Το 1992 εκδόθηκαν οι πρώτες Συστάσεις με στόχευση την κοινωνική προστασία και τη διάκριση τεσσάρων λειτουργιών «για την εξασφάλιση α) υπηρεσιών υγείας, β) ελάχιστου εισοδήματος, γ) του εισοδήματος των μισθωτών και δ) της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης.»(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σ. 143) Το 1999 τέθηκαν σε Ανακοίνωση της Επιτροπής για την ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών μελών τέσσερις στόχοι: α) αναβάθμιση της απόδοσης της εργασίας και παροχή ασφαλούς εισοδήματος, β) διασφάλιση των συντάξεων και της βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων, γ) προαγωγή της κοινωνικής συνοχής και δ) της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης.

2001-σήμερα: Με αφετηρία τη Συνθήκη της Νίκαιας (2001) οι αλλαγές στην άσκηση της κοινωνικής και, συνεπώς, της επιδοματικής πολιτικής των κρατών μελών είναι σημαντικές. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αποκτά πλέον, δια της Συνθήκης της Λισαβόνας, νομική προσωπικότητα και αντικαθιστά την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων απέκτησε νομικά δεσμευτική ισχύ. Οι νέες Συνθήκες που



αντικατέστησαν τις προηγούμενες έκτοτε είναι η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ) και η Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ). Δόθηκε δυνατότητα προσχώρησης της ΕΕ στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (ΕΣΔΑ). Βάσει του άρθρου 153 της ΣΛΕΕ ενθαρρύνθηκε η συνεργασία των κρατών μελών και θεσπίστηκαν Οδηγίες για τα ελάχιστα όρια σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση και προστασία των εργαζομένων, την εξασφάλισή τους σε ενδεχόμενη καταγγελία της σύμβασης εργασίας, την πάταξη του κοινωνικού αποκλεισμού, της βελτίωσης και εκσυγχρονισμού συστημάτων κοινωνικής προστασίας.(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σ. 143)

Το 2000 στη Λισαβόνα ορίστηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ως ζητούμενες επιδιώξεις για την επικείμενη δεκαετία η αύξηση των ποσοστών απασχόλησης, η μείωση του δημόσιου χρέους, η οικονομική μεταρρύθμιση, η κοινωνική συνοχή και η προώθηση της έρευνας συνδυαστικά με την ανάπτυξη της κοινωνίας της πληροφορίας. Εντούτοις, ο ανταγωνισμός από τις αναπτυσσόμενες οικονομίες Κίνας και Ινδίας, η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, το δημογραφικό πρόβλημα κ.λπ. οδήγησαν στην απόκλιση από την αρχική κατεύθυνση. Για τη δεκαετία 2010-2020 η αναπτυξιακή στρατηγική της Ένωσης επεδίωκε, εκτός των άλλων, την αύξηση των απασχολούμενων ατόμων 20-65 ετών σε ποσοστό 75%, τη μείωση τουλάχιστον κατά 20 εκατομμύρια των ανθρώπων που βρίσκονται ή τελούν υπό την απειλή της φτώχειας, την ελαχιστοποίηση του ποσοστού μαθητών που απομακρύνονται πρόωρα από τη σχολική εκπαίδευση σε χαμηλότερο από 10%, τη βελτίωση του ποσοστού πτυχιούχων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης από 20 έως 40 ετών σε 40%, τη βελτίωση της ένταξης νέων, ανθρώπων χαμηλής κατάρτισης, γυναικών, ηλικιωμένων και μεταναστών στον τομέα της απασχόλησης, τη διαμόρφωση νέας κοινωνικής πολιτικής για τη μετανάστευση κλπ.(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σ. 144)

### **3.4 Κατηγοριοποίηση των κοινωνικών παροχών της ΕΕ**

Οι παροχές που αξιοποιούνται ως μέσα υλοποίησης της επιδοματικής πολιτικής των κρατών της ΕΕ κατηγοριοποιούνται σε ασφαλιστικές, προνοιακές και μεικτές ή σύνθετες. Η πρώτη περίπτωση περιλαμβάνει τις παροχές εκείνες που στηρίζονται σε αγωγίμο κοινωνικό δικαίωμα. Συνεπώς, οι δικαιούχοι ορίζονται βάσει νόμου και όχι κατά τη διακριτική ευχέρεια των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης εξατομικεύοντας τις ανάγκες των ληπτών των παροχών. Με ειδικούς κανόνες συντονισμού (Κανονισμοί

1247/1992 και 647/2005) προβλέπονται σε εθνικό επίπεδο τα κριτήρια χορήγησης των ανωτέρω παροχών.

Ως προνοιακές χαρακτηρίζονται οι παροχές που στοχεύουν στη διασφάλιση του ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης με κρατική χρηματοδότηση κατ' αποκλειστικότητα. Ως συνεπαγωγή της αρχής της αναλογικότητας, έγκειται στο κάθε κράτος μέλος να υπολογίσει τη συνολική επιβάρυνση που επωμίζεται από την αντίστοιχη χορήγηση της παροχής, να συνεκτιμήσει τον παροδικό ή όχι χαρακτήρα των δυσχερειών των δικαιούχων και να κρίνει μετά από στατιστική μελέτη την ενδεχόμενη παράταση και το ύψος των εν λόγω ενισχύσεων.

Τέλος, ως σύνθετες μπορούν να θεωρηθούν οι παροχές που έχουν ειδικό και μη ανταποδοτικό χαρακτήρα, οπότε ανήκουν σε μία μη αποσαφηνισμένη ζώνη ανάμεσα στις ανωτέρω περιπτώσεις. Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που αναλύθηκε, οι παροχές αναπηρίας συγκαταλέγονται στις ασφαλιστικές, δεδομένου ότι ανακόπτουν τον κοινωνικό αποκλεισμό των δικαιούχων και έχουν ως κριτήριο την ομαλή ένταξή του στο σύνολο. Στην περίπτωση, όμως, που το κριτήριο χορήγησης είναι η αναχαίτιση του κινδύνου της φτώχειας, εντάσσονται στις προνοιακές. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., 2016, σσ. 114-115)

### **3.5 Συμπεράσματα προς την ανάγκη επαναπροσανατολισμού επιδοματικής πολιτικής στην ΕΕ**

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, τα δεδομένα που λαμβάνονταν υπόψη κατά τη σύνθεση των επιδοματικής πολιτικής του «κλασικού» κοινωνικού κράτους ήταν το «φορντικό» μοντέλο εργασίας, ο «κεϋνσιανός» παρεμβατισμός, η παραδοσιακή δομή της οικογένειας και η δημογραφική πυραμίδα, που επέτρεπε ακόμα τον προγραμματισμό της κρατικού ασφαλιστικού συστήματος βάσει της προσθήκης, και επιβάρυνσης με το φορτίο της συντήρησης του ασφαλιστικού, εργατικού δυναμικού νεότερων ηλικιών. (Σακελλαρόπουλος Θ., 2018)

Εντούτοις, η πλήρης απασχόληση και η άλλοτε προβλεπόμενη μισθωτή εργασία βάσει της μαζικής παραγωγής και κατανάλωσης τυποποιημένων προϊόντων έχει αντικατασταθεί από πολυδιάσπαση στην αγορά εργασίας, απελευθέρωση της κίνησης κεφαλαίων και των διεθνών επενδύσεων, παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και ευέλικτες μορφές απασχόλησης. Πλήθος κόσμου δε συγκαταλέγεται στην εργατική δύναμη με δυνατότητα πρόσβασης στις παροχές του ασφαλιστικού συστήματος είτε λόγω της ανεργίας που τους πλήττει είτε λόγω της απασχόλησης που έχουν, χωρίς,

όμως, αυτή να αποτυπώνεται λόγω της παραοικονομίας («μαύρη εργασία»). Η αποδυνάμωση αυτού του «ενιαίου» τύπου εργαζόμενου, που χαρακτηριζόταν από παρόμοιες ανάγκες, υποχρεώσεις και δικαιώματα, που τα συνδικάτα αναλάμβαναν να στηρίζουν και το κράτος εγγυούνταν λόγω των παρεμβάσεων με αναφορές στο κεϋνσιανό πρότυπο, είναι μία νέα κοινωνική πραγματικότητα. (Σακελλαρόπουλος Θ., 2018)

Αυτή συνοδεύεται από το άνοιγμα στον επαγγελματικό στίβο και των δύο φύλων, άρα την απομάκρυνση από την οικιακή και οικογενειακή εστία αμφοτέρων των συζύγων και ταυτόχρονα γονέων, τη διαφοροποίηση της δομής της οικογένειας με εμφανείς τάσεις επιδείνωσης. Οι αυξανόμενοι αριθμοί διαζυγίων και μονογονεϊκών οικογενειών, η πτωτική τάση των γεννήσεων, η αύξηση των παιδιών εκτός γάμου δηλώνουν κοινωνικές εξελίξεις που οδηγούν σε αναγκαίο επαναπροσδιορισμό ως προς τα δικαιώματα των δύο φύλων και την προστασία της οικογένειας.

Η διαμόρφωση νέων κινδύνων συντελεί σε νέες ανάγκες και επιτάσσει, η επιδοματική πολιτική να εστιάσει με νέα στρατηγική προσέγγιση σε αυτές. Το δημογραφικό ζήτημα απαιτεί μέριμνα ως προς τη μακροπρόθεσμη εξάρτηση των ηλικιωμένων και ευπαθών κοινωνικά ομάδων στον κλάδο της υγείας και της ασφάλισης. Δεν αρκεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας, αλλά χρειάζονται προγράμματα ενεργητικών πολιτικών, που θα επιτρέπουν την κοινωνική ένταξη των πρεσβύτερων παράλληλα, ίσως, με περαιτέρω προσφορά στην παραγωγή μέσω απασχόλησης, δοθέντων των κατάλληλων κινήτρων.

Κυρίαρχο ζητούμενο τόσο για την Ελλάδα όσο και για τα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ κατά την χάραξη της επιδοματικής τους πολιτικής είναι ο συνδυασμός του διανεμητικού με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα στην κοινωνική ασφάλιση που θα διαμορφώσουν. Γιατί αυτό το πάντρεμα χρειάζεται να γίνει με κατάλληλο τρόπο, ώστε να προκύψει μία αρμονική συσχέτιση ανάμεσα στην αλληλεγγύη και στην ανταποδοτικότητα, που δεν θα θίγει τις, ήδη επιβαρυνμένες από εισφορές και φορολογία, ενεργές επαγγελματικά τάξεις ούτε θα αφήνει ανυπεράσπιστες τις απελθούσες επαγγελματικά τάξεις, που καλούνται να αντιμετωπίσουν θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού. (Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σσ. 499-509)

Υπογραμμίζεται, επιπλέον, η ανάγκη ίσων ευκαιριών και εγγυήσεων από τη μεριά του κράτους για ένα ελάχιστο εισόδημα στη νεότερη γενιά. Η δημόσια εκπαίδευση οφείλει να ανταποκριθεί στο ρόλο της προετοιμασίας των παιδιών σε γνωστικό και ψυχολογικό επίπεδο, με πνεύμα τόνωσης της συνεργασίας και απαλοιφής των

διακρίσεων και των ανισοτήτων. Ως φυτώριο του μελλοντικού ανθρώπινου δυναμικού, χρειάζεται με την επαγγελματική κατάρτιση, με την εξειδίκευση και τη δια βίου μάθηση να τροφοδοτεί ενεργητικά την κοινωνία με πολίτες άξιους και ικανούς να προσφέρουν στους εαυτούς τους και στο σύνολο. Έτσι, τους προσφέρει μεγαλύτερη πιθανότητα να ορθοποδήσουν μέσω της εργασίας, να συνεισφέρουν στο ασφαλιστικό σύστημα, να λειτουργήσουν αλληλέγγυα, να στηρίζουν τους μηχανισμούς της αγοράς, της οικονομικής ανάπτυξης και την ευημερία της κοινωνίας.

Η πολιτική των Σκανδιναβικών χωρών είναι ένα αντιπροσωπευτικό μείγμα στον κλάδο της εκπαίδευσης του συνδυασμού θεσμοθετημένων ρυθμίσεων με επικαιροποιημένα καινοτόμα προγράμματα κοινωνικής επένδυσης. Ληφθέντος υπόψη ότι στηρίζουν τις οικογενειακές δομές, επικεντρώνονται στην προστασία της παιδικής ηλικίας, μεριμνούν ουσιαστικά για την προάσπιση της μητρότητας, αντιμετωπίζουν ισότιμα τα δύο φύλα με διευκολύνσεις σε άδειες και με οικονομική ενίσχυση αμφοτέρων των γονέων, θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα πρακτικό πρότυπο και για κράτη της Νότιας Ευρώπης, που έπονται σε ενεργητικές πολιτικές προστασίας της εκπαίδευσης, του παιδιού και της οικογένειας.(Σακελλαρόπουλος Θ., 2018)

Επίσης, η υιοθέτηση της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού, που προτάθηκε κατά τη Σύνοδο της Λισαβόνας, συνιστά μία ήπια πολιτική λήψης αποφάσεων πάνω σε θέματα κοινωνικής πολιτικής σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Προάγει το κλίμα διαλόγου και αλληλεπίδρασης, ενισχύεται η συμμετοχή ποικίλων φορέων και παραγόντων πέρα από το κεντρικό κράτος, π.χ. της τοπικής αυτοδιοίκησης, των περιφερειών, ΜΚΟ, των εθνικών Κοινοβουλίων κ.ά., και επικουρείται η αποστολή των κρατών μελών από την εθελοντική πρωτοβουλία και συμφωνία των ανωτέρω παραγόντων. Χωρίς να εντάσσεται στα προϊόντα δικαιοπαραγωγικής διαδικασίας της Ένωσης, αποτελεί ένα ευέλικτο και βιώσιμο κεκτημένο, που συμβάλλει στην προστασία των πολιτών της Ευρώπης από σοβαρά κοινωνικά θέματα.(Σακελλαρόπουλος Θ., 2018)

### **3.6 Ανακεφαλαίωση**

Η χάραξη της επιδοματικής πολιτικής στα κράτη μέλη της ΕΕ ακολουθεί τους κανόνες που προβλέπονται στο πρωτογενές και δευτερογενές δίκαιο της ΕΕ, καθώς και στις διεθνείς συμφωνίες. Τα ιστορικά και εθνικά χαρακτηριστικά του κάθε κράτους, η διασφάλιση της θεσμικής συνέχειας και το ιδιαίτερο κοινωνικοπολιτικό καθεστώς που επικρατεί σε αυτά αποτελούν σημαντικά κριτήρια διαφοροποίησης ως προς την επιλογή της κοινωνικής πολιτικής που θα υιοθετήσουν. Η προσήλωση, ωστόσο, σε κοινά

αποδεκτές στοχεύσεις καθορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές στην πορεία συνεργασίας των κρατών προς την καταπολέμηση των κοινωνικών προβλημάτων της ΕΕ.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΩΣ ΤΟ 2020 ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ**

### **4.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία προσέγγιση των πτυχών της επιδοματικής πολιτικής που ασκήθηκε στην χώρα μας την περίοδο από το 1980 μέχρι το 2020 και των κυριότερων προβλημάτων που έχρηζαν διαχείρισης και περιορισμού μέσω της υλοποίησής της. Θα ληφθούν υπόψη οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες, που καταδεικνύουν την πορεία κρίσιμων κοινωνικών μεγεθών, στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μέσα από την παράθεση ελληνικών, ευρωπαϊκών ή ευρύτερης εμβέλειας στατιστικών ερευνών.

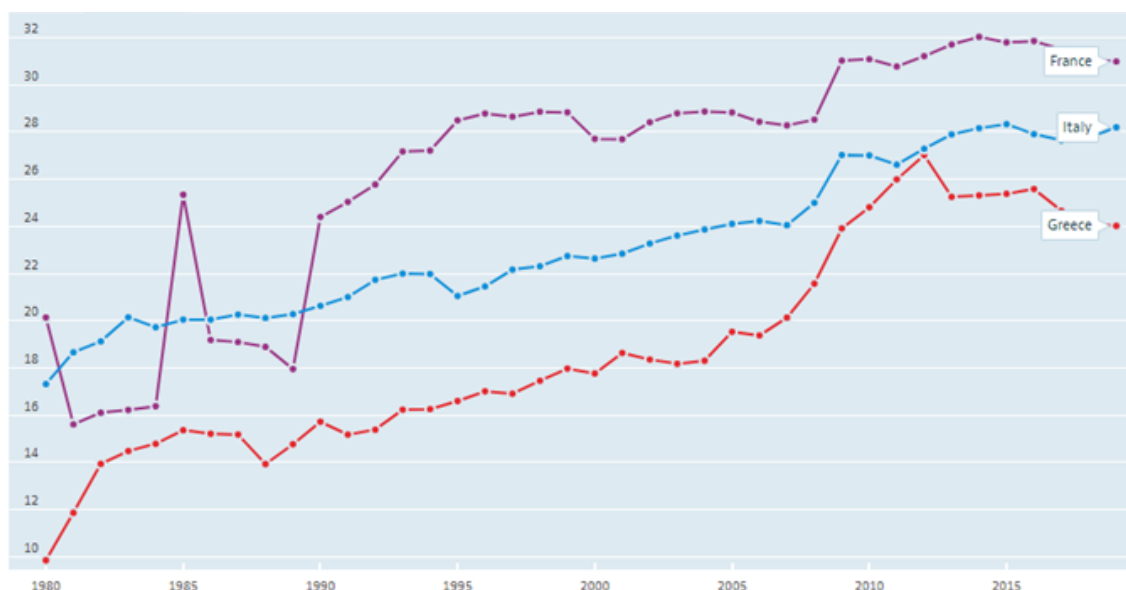
Θα μελετηθούν σημαντικοί τομείς της επιδοματικής πολιτικής που αφορούν στο συνταξιοδοτικό σύστημα, στον κλάδο της υγείας και της εκπαίδευσης. Ο ρόλος που διαδραμάτισε το ιστορικό πλαίσιο, οι απαιτήσεις της αγοράς και της κοινωνίας, οι επιβαλλόμενοι οικονομικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί θα καταγραφούν συνοπτικά, ώστε να γίνει κατανοητή η αλληλεπίδραση της επιδοματικής πολιτικής με τα κοινωνικά θέματα που καλείται να αντιμετωπίσει. Προϊόντος του χρόνου, μέσα από την αναδιαμόρφωση του κοινωνικού περιβάλλοντος, θα παρακολουθήσουμε την ανάγκη μεταρρυθμίσεων και τη σταδιακή διαφοροποίηση παγιωμένων δυσλειτουργιών και δομικών μεταβολών. Παράλληλα, θα αναλυθεί η επίδραση των συγκεκριμένων πολιτικών με μετρήσιμες εικόνες κοινωνικών μεγεθών, και το αποτύπωμα που άφησαν κατά το πέρασμα των ετών.

Αυτοί είναι μόνο κάποιοι από τους τομείς διερεύνησης, καθώς δεν ήταν δυνατό να προσεγγιστούν περισσότεροι, λόγω της προβλεπόμενης οικονομίας της εργασίας. Σίγουρα, όμως, μπορεί να αποτελέσει έναυσμα περαιτέρω ανάλυσης σε επόμενο στάδιο.

### **4.2 Η εξέλιξη των κοινωνικών δαπανών της Ελλάδας σε βάθος σαράντα ετών**

Από το Διάγραμμα 4.1 του ΟΟΣΑ για τις κοινωνικές δαπάνες της χώρας μας σε βάθος σαράντα ετών, μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι στο πέρασμα των δεκαετιών έχει αυξηθεί το κόστος του κοινωνικού κράτους ως ποσοστό του ΑΕΠ της Ελλάδας. Από το χαμηλό ποσοστό του 9,9% του ΑΕΠ το 1980 πέρασε στο 15,7% του ΑΕΠ δέκα χρόνια αργότερα, ενώ στις αρχές του 2000 αυξήθηκε κατά 2,1 ποσοστιαίες μονάδες, δηλαδή ανήλθε στο 17,8% του ΑΕΠ. Το 2010, βρέθηκε στο 24,8% του ΑΕΠ, ακολουθώντας

ανοδική πορεία ως το 2012, και μετά σταθερά φθίνουσα ως το 2019, όπου παρατηρείται το κόστος των κοινωνικών δαπανών να ανέρχεται στο 24% του ΑΕΠ.



Πηγή: (OECD, 2021)

**Διάγραμμα 4.1: Κοινωνικές δαπάνες Ελλάδας, Γαλλίας, Ιταλίας 1980-2019, % του ΑΕΠ**

Οι τιμές του Διαγράμματος 4.1 αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 4.1: Δημόσιες Κοινωνικές Δαπάνες, % του ΑΕΠ, 1980-2019**

	1980	1990	2000	2010	2012	2015	2016	2017	2019
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	9,9	15,7	17,8	24,8	27	25,4	25,6	24,7	24
<b>ΓΑΛΛΙΑ</b>	20,1	24,4	27,7	31,1	31,2	31,8	31,8	31,5	31
<b>ΙΤΑΛΙΑ</b>	17,3	20,6	22,6	27	27,3	28,3	27,9	27,6	28,2

Πηγή: (OECD, 2021)

Από τον Πίνακα 4.2 φαίνεται ότι η Ελλάδα ξόδεψε για κοινωνική προστασία λιγότερο από ό,τι κατά μέσο όρο ξόδεψαν τα υπόλοιπα κράτη μέλη ως ποσοστό % σε σχέση με το ΑΕΠ τους. Το 2012 οι κοινωνικές δαπάνες ανήλθαν στο 28,1% του ΑΕΠ

συγκριτικά με 28,7% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, το 2016 μειώθηκαν στο 26,1% του ΑΕΠ σε σχέση με 28% του ΑΕΠ στην ΕΕ, ενώ το 2017 έπεσαν ακόμα περισσότερο φτάνοντας στο 25,2% του ΑΕΠ που είναι λιγότερο από το 27,9% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στην ΕΕ. Παρά το γεγονός ότι το 2012 ήταν μόνο κατά 0,6 ποσοστιαίες μονάδες κάτω από το μέσο όρο των υπόλοιπων κρατών μελών για τις δαπάνες στον τομέα της κοινωνικής προστασίας ως ποσοστό του ΑΕΠ, το 2017 έφτασε στις 2,7 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ κάτω από το μέσο όρο στην ΕΕ. Παρατηρεί, βέβαια, κάποιος τη σημαντική απόκλιση του ποσοστού της χώρας μας στον τομέα των συνταξιοδοτικών δαπανών κατά το 2017. Η Ελλάδα παρουσίασε με διαφορά το υψηλότερο ποσοστό από όλες τις χώρες της Ένωσης, που ήταν 62,8% του ΑΕΠ, συγκριτικά με το μέσο όρο της ΕΕ που οριακά άγγιζε το 46% του ΑΕΠ, παράλληλα με την Ιρλανδία και τη Γερμανία που παρουσίασαν τα χαμηλότερα ποσοστά, 34% και 39% του ΑΕΠ αντίστοιχα. Αντιθέτως, στον τομέα της υγείας (ασθένεια/ υγειονομική φροντίδα και αναπηρία) η Ελλάδα είχε έξοδα που ανήλθαν στο 26,3% του ΑΕΠ, άρα χαμηλότερα από το μέσο όρο των λοιπών κρατών που ήταν 37,1% του ΑΕΠ, με τη Γερμανία σε αυτή την περίπτωση να αγγίζει το 43,5% του ΑΕΠ της.(Eurostat, 2019)

Μία πιο ακριβής προσέγγιση σχετικά με τις κοινωνικές δαπάνες γίνεται εντοπίζοντας το συνολικό ποσό που επενδύεται από κάθε κράτος κατά κεφαλή του πληθυσμού. Αυτό είναι χρήσιμο, διότι είναι δεδομένο ότι το ΑΕΠ κάθε κράτους είναι διαφορετικό σε απόλυτα μεγέθη, όπως μεταβάλλεται και ανά έτος για το ίδιο το κράτος. Επομένως, χρησιμοποιώντας μία σταθερή μονάδα μέτρησης που είναι κοινή για όλα τα κράτη γίνεται αντιληπτό πόσο ξοδεύει κάθε κράτος σε θέματα κοινωνικής προστασίας για τον κάθε πολίτη του, ενώ προκύπτουν και ευκολότερα συμπεράσματα, αφού τα μεγέθη είναι άμεσα συγκρίσιμα.

Προκύπτει, βάσει της Eurostat, ότι η Ελλάδα ξοδεύει για την κοινωνική προστασία, κατά κεφαλή, ποσά πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα που ξοδεύονται κατά μέσο όρο στην ΕΕ-28. Ενδεικτικά, το 2013 η χώρα μας διέθεσε 4.334,83 ευρώ κατά κεφαλή για τις κοινωνικές δαπάνες έναντι 7.205,25 ευρώ που διατέθηκαν κατά μέσο όρο στην ΕΕ, δηλαδή ένα ποσοστό δαπανών μειωμένο κατά 40% από το μέσο όρο στην ΕΕ. Τα ποσά που δαπανήθηκαν για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν ελάχιστα για τις επόμενες χρονιές ως το 2016, παραμένοντας σταθερά και με διαφορά κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ-28. Το 2019 το ποσό συνολικών κοινωνικών δαπανών κατά κεφαλή στη χώρα μας ήταν 4.421,74 ευρώ έναντι 7.942,54 ευρώ κατά μέσο όρο στην ΕΕ, δηλαδή κατά 3520,8



ευρώ χαμηλότερο κατά κεφαλή στην Ελλάδα συγκριτικά με το μέσο δαπανώμενο ποσό για κοινωνική προστασία στην Ευρώπη.(Eurostat, 2021)

**Πίνακας 4.2: Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας, 2017**

	Expenditure				Benefits by function, in % of total social benefits, 2017				
	In % of GDP			Thousand PPS per capita, 2017	Family & children	Unemployment	Sickness / healthcare & disability	Old age & survivors	Housing & social exclusion
	2012	2016	2017						
EU	28.7	28.0	27.9	8.4	8.7	4.4	37.1	45.8	4.0
Belgium	29.7	29.2	28.8	10.0	7.6	6.9	35.5	46.5	3.4
Bulgaria	16.5	17.3	16.8	2.8	10.7	3.1	35.7	49.3	1.2
Czechia	20.4	18.9	18.6	5.4	8.8	2.6	39.1	47.2	2.4
Denmark	32.0	31.0	32.2	11.7	11.1	4.5	37.8	39.2	7.4
Germany	28.9	29.7	29.7	11.3	11.5	3.4	43.5	38.6	3.0
Estonia	14.9	16.6	16.0	3.9	13.1	2.7	41.6	41.7	1.0
Ireland	23.6	15.9	14.9	7.2	8.5	8.8	44.8	33.6	4.3
Greece	28.1	26.1	25.2	5.1	5.7	3.7	26.3	62.8	1.6
Spain	25.7	23.8	23.4	6.2	5.4	7.7	33.8	51.6	1.4
France	33.8	34.3	34.1	10.9	7.6	6.1	35.1	45.5	5.7
Croatia	21.6	21.3	20.8	3.9	8.6	2.1	44.4	43.5	1.4
Italy	29.1	29.4	29.1	8.2	6.3	5.8	28.8	57.8	1.2
Cyprus	20.9	19.4	18.5	4.7	6.7	5.6	22.8	55.9	9.1
Latvia	14.3	15.1	14.8	3.0	10.9	4.5	34.5	49.0	1.2
Lithuania	16.3	15.4	15.1	3.8	8.3	3.8	40.6	45.2	2.1
Luxembourg	22.7	21.3	21.9	14.9	15.3	5.4	35.7	39.6	4.0
Hungary	21.2	18.9	18.3	4.0	12.1	1.7	33.7	49.7	2.8
Malta	19.2	16.6	16.1	4.8	5.5	2.2	37.8	52.6	1.9
Netherlands	30.6	29.5	29.3	11.0	4.2	4.0	42.8	42.1	6.9
Austria	29.2	29.8	29.4	11.0	9.5	5.8	32.2	50.0	2.5
Poland	18.9	21.0	20.3	4.7	13.4	1.6	30.1	54.1	0.8
Portugal	26.4	25.1	24.6	5.6	4.9	3.2	32.6	58.3	0.9
Romania	15.4	14.6	14.4	2.9	7.7	0.5	34.5	56.3	1.1
Slovenia	24.7	23.3	22.6	5.7	8.3	2.4	38.8	47.4	3.1
Slovakia	17.8	18.4	18.2	4.3	9.1	2.9	40.5	45.8	1.7
Finland	29.9	31.6	30.6	10.2	9.8	7.3	32.1	45.1	5.8
Sweden	29.1	29.4	28.8	10.2	10.2	3.5	37.0	44.2	5.2
United Kingdom	28.6	25.8	26.3	8.0	9.4	1.3	39.3	43.4	6.7
Iceland	22.9	22.3	23.4	8.6	10.2	2.1	52.6	30.6	4.5
Norway	24.6	29.2	28.4	12.1	11.6	2.4	45.7	36.6	3.7
Switzerland	26.6	28.0	28.3	12.1	6.0	3.6	39.8	47.1	3.5
Serbia	22.6	20.3	19.5	2.4	6.5	3.2	31.4	55.7	3.2
Turkey	12.5	12.9	12.3	2.5	4.0	2.3	31.0	61.2	1.6
Bosnia and Herzegovina	:	19.4	18.8	1.8	2.6	2.5	45.3	48.2	1.5

Πηγή: (Eurostat, 2019)

Για να γίνει αντιληπτό το πρόβλημα κατά την παρούσα εργασία, αρκεί να προβεί κανείς σε μία σύγκριση των δεδομένων των κοινωνικών δαπανών της Ελλάδας για τα έτη 2012, 2016 και 2017, όπως παρατίθενται σε έκθεση του ΟΟΣΑ και σε έκθεση της Eurostat στους Πίνακες 4.1 και 4.2. Προκύπτει ότι το ποσοστό που καλύπτουν οι

κοινωνικές δαπάνες ως προς το ΑΕΠ της χώρας είναι 27 βάσει του ΟΟΣΑ έναντι 28,1 σύμφωνα με τη Eurostat το 2012, 25,6 βάσει του ΟΟΣΑ έναντι 26,1 σύμφωνα με τη Eurostat το 2016 και 24,7 βάσει του ΟΟΣΑ έναντι 25,2 σύμφωνα με τη Eurostat το 2017. Γίνεται κατανοητό πως οι συγκρίσεις είναι δύσκολες σε βάθος του χρονικού διαστήματος που λαμβάνει χώρα η συγκεκριμένη εργασία, καθώς οι τιμές αποκλίνουν ανάλογα με την πηγή. Άλλωστε, οι κοινωνικές δαπάνες δεν είναι ορισμένες με τον ίδιο τρόπο ανά ερευνητική πηγή. Μία ενδεικτική περίπτωση σύγκρισης δεδομένων αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 4.3: Διάσταση δεδομένων για κοινωνικές δαπάνες ερευνών Eurostat-ΟΟΣΑ, % του ΑΕΠ**

Έτος αναφοράς	2012		2016		2017	
	Pηγή	Εurostat	Εurostat	ΟΟΣΑ	Εurostat	ΟΟΣΑ
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>		28,1	26,1	27	25,2	24,7
<b>ΓΑΛΛΙΑ</b>		33,8	34,3	31,2	34,1	31,5
<b>ΙΤΑΛΙΑ</b>		29,1	29,4	27,3	29,1	27,6

Πηγή: (Eurostat, 2019), (OECD, 2021)

Κατά τον ορισμό του ΟΟΣΑ, «οι κοινωνικές δαπάνες περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα, άμεση παροχή αγαθών και υπηρεσιών σε είδος και φορολογικές ελαφρύνσεις για κοινωνικούς σκοπούς. Τα οφέλη μπορεί να απευθύνονται σε νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, σε ηλικιωμένους, ανάπηρους, αρρώστους, άνεργους ή νέους. Για να θεωρηθούν «κοινωνικά», τα προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν είτε ανακατανομή των πόρων στα νοικοκυριά είτε υποχρεωτική συμμετοχή. Οι κοινωνικές παροχές ταξινομούνται ως δημόσιες όταν η γενική κυβέρνηση (δηλαδή η κεντρική, η πολιτειακή και η τοπική αυτοδιοίκηση, συμπεριλαμβανομένων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης) ελέγχει τις σχετικές χρηματοοικονομικές ροές. Όλες οι κοινωνικές παροχές που δεν παρέχονται από τη γενική κυβέρνηση θεωρούνται ιδιωτικές. Οι ιδιωτικές μεταβιβάσεις μεταξύ νοικοκυριών δεν θεωρούνται «κοινωνικές» και δε συμπεριλαμβάνονται. Οι καθαρές συνολικές κοινωνικές δαπάνες περιλαμβάνουν τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες. Συνυπολογίζει, επίσης, την επίδραση του φορολογικού συστήματος με την άμεση και έμμεση φορολογία και τις φορολογικές ελαφρύνσεις για κοινωνικούς σκοπούς. Αυτός ο δείκτης μετράται ως ποσοστό του ΑΕΠ ή του USD κατά κεφαλήν.» (OECD, 2021)

Κατά τη Eurostat, «οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία περιλαμβάνουν: α) κοινωνικές παροχές, οι οποίες συνίστανται σε μεταβιβάσεις, σε χρήμα ή σε είδος, σε νοικοκυριά και άτομα για την απαλλαγή τους από το βάρος ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων ή αναγκών β) διοικητικές δαπάνες, που αντιπροσωπεύουν τις δαπάνες που χρεώνονται στο σύστημα για την οργάνωση και τη διαχείρισή του και γ) άλλες δαπάνες, οι οποίες συνίστανται σε διάφορες δαπάνες των συστημάτων κοινωνικής προστασίας». (Eurostat, 2021)

Το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας (ESSPROS) είναι ένα μεθοδολογικό πλαίσιο διαμορφωμένο σύμφωνα με κοινά πρότυπα, ορισμούς, ταξινομήσεις και κανόνες λογιστικής, προκειμένου η κατάρτιση στατιστικών να γίνεται σε συγκρίσιμη βάση τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Ακολουθεί τις προδιαγραφές σύμφωνα με τον Κανονισμό 458/2007 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου. Έτσι, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας κατανέμονται σε οκτώ λειτουργίες: ασθένεια, αναπηρία, γήρας, επιζώντες/χρηρεία, οικογένεια/τέκνα, ανεργία, στέγαση και κοινωνικός αποκλεισμός. (Eurostat, 2019)

Κατά την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ), «βασική μονάδα κατάρτισης των στατιστικών του συστήματος ESSPROS είναι το σύστημα κοινωνικής προστασίας... Είναι ένα ιδιαίτερο σύνολο κανόνων, που...διέπει τη χορήγηση παροχών κοινωνικής προστασίας και τη χρηματοδότησή τους. Τα συστήματα στην Ελλάδα...αναλύονται ως κάτωθι:

- Κύριες και Επικουρικές Συντάξεις από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης
- Εφάπαξ παροχή σύνταξης από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης
- Κύριες Συνταξιοδοτικές Παροχές Δημοσίων Υπαλλήλων
- Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων-ΕΚΑΣ (μη ανταποδοτικές συντάξεις)
- Παροχές εργατικών ατυχημάτων & επαγγελματικών ασθενειών
- Παροχές ασθένειας, μητρότητας και λοιπές παροχές από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης
- Παροχές Φροντίδας Υγείας
- Παροχές Ανεργίας
- Μη ανταποδοτικές Οικογενειακές Παροχές
- Προαιρετική Επαγγελματική Ασφάλιση
- Υποχρεωτική Επαγγελματική Ασφάλιση
- Τοπική Αυτοδιοίκηση

- Παροχές Στέγασης
- Λοιπές Παροχές Κοινωνικής Προστασίας Κεντρικής Κυβέρνησης
- Παροχές Κοινωνικής Βοήθειας (κυρίως στέγαση)
- Εκκλησία & ΜΚΟ
- Υποχρεωτικές εργοδοτικές παροχές προς τους εργαζόμενους του Ιδιωτικού Τομέα
- Υποχρεωτικές εργοδοτικές παροχές προς τους εργαζόμενους του Δημοσίου Τομέα
- Παροχές Ιδιωτικής Ασφάλισης (μέσω ομαδικών ασφαλιστηρίων που παρέχουν οι εργοδότες στους εργαζόμενους)» (ΕΛΣΤΑΤ, 2020)

### **4.3 Φτώχεια-ανισότητα-κοινωνικός αποκλεισμός**

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η αξία των κοινωνικών μεταβιβάσεων, που καθορίζονται από την επιδοματική πολιτική, που ασκείται ανά περίπτωση, καθίσταται αναγκαία η συσχέτισή τους με τα κοινωνικά προβλήματα που καλούνται να περιορίσουν. Ένα από τα σημαντικότερα, η έκταση του οποίου επεκτείνεται σε ευρύ ποσοστό του πληθυσμού, με πολύ ανοιχτό φάσμα και σε ηλικιακό επίπεδο, είναι το πρόβλημα της φτώχειας.

Γενικά, ο όρος φτώχεια αναφέρεται στην «κατάσταση εκείνη κατά την οποία τα άτομα ή τα νοικοκυριά στερούνται επαρκών πόρων ή δυνατοτήτων προκειμένου να είναι σε θέση να καλύπτουν τις τρέχουσες ανάγκες τους», με κυρίαρχο πυρήνα της έννοιας το εισόδημα. (Βαβούρας & Βαβούρα, 2019, σ. 664)

Κατά τον Watts (1968), η έννοια της φτώχειας, βάσει της οποίας κρίνεται κάποιος ως φτωχός, στην περίπτωση που το εισόδημά του πέφτει κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο, είναι μονοδιάστατη. Μία τέτοια ερμηνεία του φαινομένου θα οδηγούσε μεν σε πολύ πιο εύκολη μέτρηση του πλήθους των φτωχών, καθώς θα γινόταν βάσει της μοναδικής μεταβλητής του εισοδήματος. Επιπλέον, το κριτήριο κατηγοριοποίησης σε φτωχούς και μη φτωχούς θα ήταν ένα αποκλειστικά. Σε βάθος χρόνου, όμως, και λόγω της επέκτασης των διαθέσιμων στατιστικών δεδομένων, επικράτησε η πολυδιάστατη έννοια του όρου, αφού είναι περισσότερες από μία οι παράμετροι που προσδιορίζουν τη στέρηση των ατόμων και των νοικοκυριών.

Το περιεχόμενό της φτώχειας διακρίνεται σε απόλυτο και σχετικό. Σύμφωνα με το απόλυτο περιεχόμενο, χαρακτηρίζονται ως φτωχοί οι άνθρωποι που στερούνται βασικών μέσων επιβίωσης. Σε αυτά συγκαταλέγονται η διατροφή, η στέγαση, η ένδυση, οι υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης. Η έννοια της απόλυτης φτώχειας υπαγορεύει πως στα πρότυπα διαβίωσης υπάρχει ένα όριο, κάτω από το οποίο δεν είναι ανεκτό να τελεί

κανένα άτομο, γιατί αυτό θα αποτελούσε προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Κατά το σχετικό περιεχόμενο, χαρακτηρίζονται ως φτωχοί σε σχέση με άλλους οι άνθρωποι που στερούνται ενός κοινωνικά αποδεκτού επιπέδου εισοδήματος ή πόρων σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνίας ή της χώρας που ανήκει. Συνεπώς, το κρίσιμο κριτήριο της σχετικής φτώχειας δεν είναι ένα αντικειμενικά μετρήσιμο μέγεθος αλλά το υφιστάμενο κοινωνικό υπόβαθρο στο οποίο ανήκουν τα άτομα. Έτσι, διαφοροποιείται συναρτήσει του χώρου και του χρόνου, όπως αντίστοιχα μεταβάλλονται οι εισοδηματικές ανισότητες από τόπο σε τόπο ή από εποχή σε εποχή. Όσο πιο αναβαθμισμένο είναι το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο μίας χώρας τόσο πιο υψηλό είναι και το κατώτατο αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης, αφού αυτό διαμορφώνεται σύμφωνα με το επίπεδο διαβίωσης του μέσου ατόμου ή νοικοκυριού. (Βαβούρας & Βαβούρα, 2019, σ. 664)

Για να προσδιοριστεί το εύρος του κοινωνικού αυτού προβλήματος χρησιμοποιούνται μέτρα όπως: το απόλυτο όριο της φτώχειας, δηλαδή ένα μέτρο εισοδήματος που κρίνεται απαραίτητο προς την επιβίωση, και ο δείκτης φτώχειας, που είναι ο λόγος του ποσοστού των ατόμων υπό το όριο της φτώχειας προς το ποσοστό της μέσης απόκλισης των εισοδημάτων τους από το όριο της φτώχειας, κατά την ανάπτυξη που έδωσε ο Amartya Sen. (Βαβούρας & Βαβούρα, 2019, σσ. 665-666)

Στους δείκτες μέτρησης της φτώχειας συγκαταλέγονται πολλοί και διαφορετικοί, με ορισμούς που ποικίλλουν, καθώς το περιεχόμενό τους στηρίζεται σε ετερογενή θεωρητικά παραδείγματα. Συναντώνται συχνά σε ξεχωριστές κατηγορίες, όπως αντικειμενικοί, υποκειμενικοί, απόλυτοι, σχετικοί κ.ά. χωρίς να διασαφηνίζονται πολύ συγκεκριμένα τα όρια ομαδοποίησής τους. Η αποτίμηση του μεγέθους της φτώχειας είναι προφανώς συνάρτηση του επιλεγμένου κάθε φορά δείκτη. Κατ' επέκταση, και η χάραξη της σχετικής πολιτικής είναι συνέπεια αυτού. (Παπαθεοδώρου Χ., 2008, σ. 27)

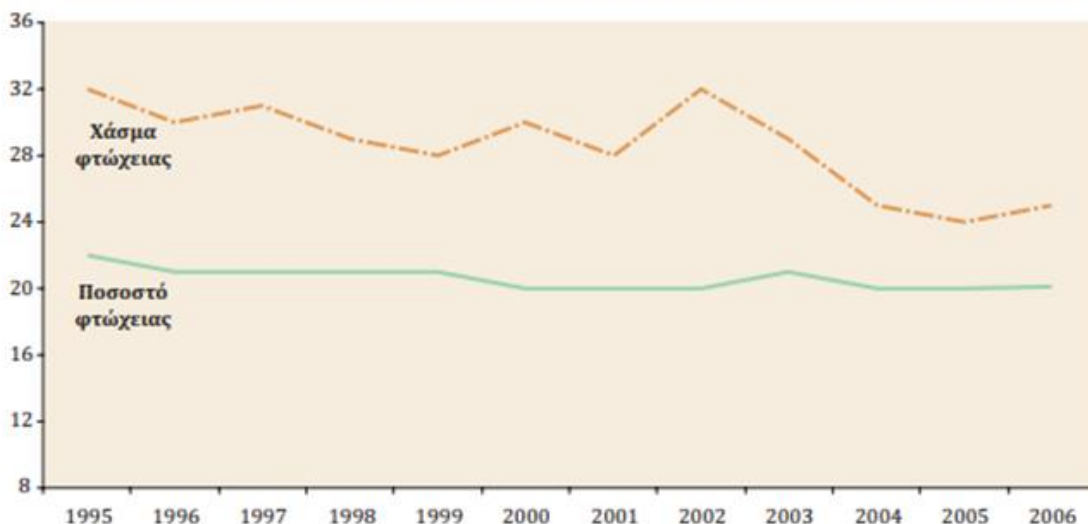
Δεδομένων των ανωτέρω, η Eurostat προσεγγίζει τη φτώχεια με το σχετικό περιεχόμενο του όρου. Η γραμμή ή κίνδυνος ή κατώφλι της φτώχειας εκλαμβάνεται με τη σχετική έννοια και διαμορφώνεται στο 60% του εθνικού διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος. Ακολουθείται η βάση της τροποποιημένης κλίμακας ισοδυναμίας του ΟΟΣΑ διαφοροποιούμενη από την έννοια του κινδύνου της απόλυτης φτώχειας. Στο συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα του νοικοκυριού υπολογίζεται το συνολικό καθαρό εισόδημα, που σημαίνει, το τελικό εισόδημα που λαμβάνεται από όλα τα μέλη του νοικοκυριού αφαιρουμένων των φόρων και των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.

Ο δείκτης της σχετικής φτώχειας δεν υπερτερεί σε σχέση με λοιπούς δείκτες της βιβλιογραφίας. Εντούτοις, η υιοθέτησή του έγινε, διότι είναι ένας εύκολα αντιληπτός δείκτης, που είναι παράλληλα εύκολα υπολογίσιμος βάσει των διαθέσιμων δεδομένων. Επιτυγχάνεται έτσι η αποφυγή πολύπλοκων και πολυδάπανων δεδομένων και η αύξηση της συγκρισιμότητας στοιχείων με επίσημα στατιστικά της ΕΕ ή άλλες μελέτες. Χρησιμοποιούνται ευρέως και δύο ακόμα δείκτες, το χάσμα της φτώχειας και η μακροχρόνια φτώχεια. Κατά τη Eurostat, «το σχετικό βάθος (χάσμα) του κινδύνου φτώχειας αναφέρεται στην εισοδηματική κατάσταση των ατόμων που βρίσκονται κάτω από το κατώφλι της φτώχειας. Ορίζεται ως η διαφορά του εισοδήματος των φτωχών ατόμων από το όριο της φτώχειας, δηλαδή παρέχει το μέσο έλλειμμα των φτωχών ανθρώπων.»

«Η μακροχρόνια φτώχεια ορίζεται ως το ποσοστό του πληθυσμού που παρέμεινε κάτω από το όριο φτώχειας τουλάχιστον κατά τα 2 από τα 3 τελευταία χρόνια»(Παπαθεοδώρου Χ., 2008)

«Κοινωνικά επιδόματα είναι η κοινωνική βοήθεια (Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, επίδομα θέρμανσης, επίδομα στέγασης, εισοδηματική ενίσχυση οικογενειών ορεινών και μειονεκτικών περιοχών, καθώς και οικογενειών με χαμηλά εισοδήματα και τέκνα υποχρεωτικής εκπαίδευσης, παροχές παλιννοστούτων, προσφύγων, αποφυλακισμένων, τοξικομανών, Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφαλιστών Υπερηλίκων, βοηθήματα για αντιμετώπιση πρώτων αναγκών ατόμων πληγέντων από σεισμό, πλημμύρα κλπ.), τα οικογενειακά επιδόματα, τα επιδόματα/βοηθήματα ανεργίας, τα επιδόματα/βοηθήματα ασθένειας, τα επιδόματα/βοηθήματα αναπηρίας -ανικανότητας και οι εκπαιδευτικές παροχές.» (ΕΛΣΤΑΤ, 2020)

«Ως συντάξεις θεωρούνται οι συντάξεις γήρατος από εργασία και οι συντάξεις/βοηθήματα από τον/τη σύζυγο», σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ.(ΕΛΣΤΑΤ, 2020)



Πηγή : (Παπαθεοδώρου Χ., 2008)

#### Διάγραμμα 4.2: Το ποσοστό και το χάσμα φτώχειας στην Ελλάδα, 1995-2006

Από το Διάγραμμα 4.2, προκύπτει ότι το χάσμα της φτώχειας παρουσιάζει μία αισθητή μείωση από το 1995 ως το 2006, με εντονότερη την πτώση κατά το διάστημα 2002-2005. Το ποσοστό της φτώχειας δεν παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις, αλλά κινείται σε κοντινές τιμές. Παρουσιάζει πτωτική τάση, κυρίως κατά το διάστημα 1999-2001 και κατά το διάστημα 2003-2005. Εντούτοις, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι λόγω της υποαντιπροσώπευσης του αριθμού μεταναστών στο δείγμα είναι πιθανό να υποεκτιμάται η πραγματική διάσταση της φτώχειας ως προς το πλήθος των πληττόμενων ανθρώπων, παρά τις σχετικές σταθμίσεις των δεδομένων. (Παπαθεοδώρου Χ., 2008, σσ. 31-32)

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ το 2019, με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το 2018, το ποσοστό σε κίνδυνο φτώχειας πριν από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή χωρίς κοινωνικά επιδόματα και συντάξεις, όπως αναλύονται στους ανωτέρω ορισμούς, είναι 48,4% του ελληνικού πληθυσμού. Μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις, το αντίστοιχο ποσοστό είναι 17,9% με τις συντάξεις να επιδρούν σε αυτή τη μείωση κατά 25,2 ποσοστιαίες μονάδες και τα λοιπά κοινωνικά επιδόματα κατά 5,3 ποσοστιαίες μονάδες. Το ποσοστό των ανθρώπων σε κίνδυνο φτώχειας ήταν κατά 5,2 μονάδες κάτω από το αντίστοιχο ποσοστό 23,1% του 2013 και το χαμηλότερο που παρατηρήθηκε στην χώρα μας από το 1995, παλαιότερο έτος καταγραφής δεδομένων στη Eurostat. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι η επίδραση του συνόλου των κοινωνικών μεταβιβάσεων λειτουργεί ευεργετικά στην υποχώρηση του κινδύνου φτώχειας κατά 30,5 ποσοστιαίες μονάδες.

**Πίνακας 4.4: Δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος-συντελεστής Gini: 2005, 2008-2020**

Έτος	1995	2005	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2019	2020
Σύνολο	37	33,2	32,9	33,5	34,4	34,5	34,2	34,3	33,4	31,0	31,4

Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2021)

Ο δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος, ο συντελεστής Gini, παρουσίασε το 1995 την πολύ υψηλή τιμή των 37 μονάδων. Το 2014 άγγιξε τις 34,5 μονάδες με πτωτική πορεία από το 2016 και έπειτα, ως το 2019, όπου σημειώθηκε η χαμηλότερη τιμή από το 1995, των 31 μονάδων, προσεγγίζοντας τον αντίστοιχο της ΕΕ με 30,2 μονάδες. (ΕΛΣΤΑΤ, 2021)

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1974 στη Γαλλία από τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Πολιτικής της Κυβέρνησης Σιράκ, Rene Lenoir, ο οποίος αναφέρθηκε στην αδυναμία πρόσβασης του 10% του πληθυσμού σε υπηρεσίες που παρέχονταν από το κράτος στους πολίτες. Καθιερώθηκε από τότε ως όρος που περιγράφει την αποστέρηση του ατόμου από θεμελιώδη πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Η αδυναμία πρόσβασης του ατόμου σε βασικούς κοινωνικούς θεσμούς, όπως η αγορά εργασίας, το υγειονομικό σύστημα, η εκπαιδευτική διαδικασία, το κράτος, η κοινότητα κ.ά. είναι συνώνυμη με την περιθωριοποίηση των πολιτών και συνιστούν τον πυρήνα της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού. (Ανδριοπούλου Ε., 2013, σ. 19)

Ο κοινωνικός αποκλεισμός εννοιολογικά περικλείει την αποστέρηση σε πλήθος διαστάσεων, όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο. Έχει δυναμική σημασία, δεδομένου ότι αφορά μεν την παρούσα αποστέρηση, όμως έχει την προοπτική παρατεινόμενης αποστέρησης μελλοντικά. Δεν χαρακτηρίζεται από απόλυτα μετρήσιμα μεγέθη, διότι ο προσδιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού διαμορφώνεται σχετικά πάντα με διαστάσεις συγκεκριμένης κοινωνίας και σε συγκεκριμένο χρόνο. Σαν όρος, εμπεριέχει νοητά μία ρήξη των δεσμών του ατόμου ή της ομάδας με το πιο ευρύ κοινωνικό σύνολο, μία αδυναμία κοινωνικής ενσωμάτωσης και μία ανεπαρκή πρόσβαση σε ενιαίες κοινωνικές δράσεις. (Ανδριοπούλου Ε., 2013)

Ερμηνεύοντας σημασιολογικά τον όρο, μπορεί να θεωρηθεί ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού προσεγγίζει περισσότερο την έννοια της σχετικής φτώχειας. «Κατά συνέπεια, ..., όσο αυξάνεται το βιοτικό επίπεδο μιας κοινωνίας τόσο αυξάνεται



και το ύψος της γραμμής φτώχειας, άρα και το όριο το οποίο συνυπολογίζεται στη μέτρηση του κοινωνικού αποκλεισμού»(Ανδριοπούλου Ε., 2013, σ. 24)

#### **4.4 Συντάξεις- πορεία συνταξιοδοτικού και μεταρρυθμίσεις**

Ακόμα και πριν την έναρξη της κρίσης το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα χαρακτηριζόταν σε μελέτες του ΟΟΣΑ ως «δημοσιονομική ωρολογιακή βόμβα», διότι η αύξηση του εκτιμώμενου κόστους του υπολογιζόταν να ξεπεράσει κατά τρεις φορές το ρυθμό αύξησης του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τη συναίνεση της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας, προκειμένου να αποτραπεί η δυσαρέσκεια που θα προέκυπτε από τη μείωση των ποσοστών αναπλήρωσης, την αύξηση των ορίων ηλικίας και τη φτωχοποίηση των συνταξιούχων, η αusterοποίηση των συνταξιοδοτικών κανόνων διαρκώς μετατοπιζόταν χρονικά. Αυτό έγινε μέχρι το 2010, που έλαβε χώρα η πρώτη συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση που δρομολογήθηκε να τεθεί σε εφαρμογή το 2015. Σύμφωνα με τους νόμους 3863/2010 και 3865/2010, προβλέπονταν δύο κατηγορίες συντάξεων. Η βασική σύνταξη ύψους 360 € μηνιαίως χορηγούνταν βάσει αυστηρών εισοδηματικών κριτηρίων, ακόμα και χωρίς προϋποθέσεις ελάχιστων απαιτούμενων εισφορών. Η αναλογική σύνταξη, ωστόσο, καθοριζόταν από τις ασφαλιστικές εισφορές στον ασφαλιστικό βίο των ατόμων από 01/01/2011 και εφεξής για όσους θεμελιώναν δικαίωμα συνταξιοδότησης μετά την 01/01/2015 στους φορείς κύριας ασφάλισης ή στο Δημόσιο.(Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σσ. 73-75)

Επήλθε, βάσει αυτής της μεταρρύθμισης, μία σχετική εξισορρόπηση των ποσοστών αναπλήρωσης για το σύνολο των εργαζομένων μετά το 2013, που θα ήταν συνάρτηση αποκλειστικά της διάρκειας προϋπηρεσίας τους. Όπως ήταν αναγκαίο, περιορίστηκε η γενναιοδωρία του πρότερου ασφαλιστικού, αφού οι τρέχουσες συνθήκες και οι πολύ ζοφερότερες εκτιμήσεις επέβαλαν συρρίκνωση των νέων συντελεστών αναπλήρωσης. Εξισώθηκαν τα όρια συνταξιοδότησης ανδρών και γυναικών με ελάχιστη απαιτούμενη ηλικία τα 60 έτη. Έγινε πιο δύσκολη η θεμελίωση του δικαιώματος πρόωρης συνταξιοδότησης. Το προσδόκιμο ζωής και το δημογραφικό ζήτημα ήταν μεγέθη που θα διαμόρφωναν και περαιτέρω την εξέλιξη του συνταξιοδοτικού συστήματος. Αυξήθηκε από 35 στα 40 έτη η πλήρης περίοδος απαιτούμενων ασφαλιστικών εισφορών. Ο υπολογισμός των συντάξιμων αποδοχών προσδιοριζόταν πλέον από το σύνολο των εισοδημάτων του εργασιακού βίου. Παράμετροι όπως ο πληθωρισμός, που απεικονιζόταν μέσω του Ενιαίου Δείκτη Τιμών Καταναλωτή, συνέβαλαν στην αναπροσαρμογή των παροχών.

Σημαινούσα ήταν η αξία της από 01/09/2011 κατάργησης χορήγησης πιστοποιητικών αναπηρίας από υγειονομικές επιτροπές που λειτουργούσαν σε τοπικό επίπεδο, για φορείς κοινωνικής ασφάλισης, νομαρχίες και δημόσιο. Με το Ν.3863/2010 ιδρύθηκαν τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ) και υιοθετήθηκε ένας ενιαίος, συγκεκριμένος, πιο αντικειμενικός και περιοριστικός ορισμός των αναπηριών.(Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σσ. 75-76)

Το 2012 με το Νόμο 4052/2012 έγινε συγχώνευση της πλειοψηφίας των ταμείων σε ένα Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (ΕΤΕΑ), με κύρια επιδίωξη την εξάλειψη των ετήσιων ελλειμμάτων. Διαμορφώθηκε ένα σύστημα «πλασματικής καθορισμένης εισφοράς», προκειμένου να ισοσκελιστούν τα πρότερα ελλειμματικά ισοζύγια των ενταχθέντων επικουρικών ταμείων. Σε αυτό εντάχθηκε και μία παράμετρος αειφορίας, ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος ανάλογα με τις δημογραφικές και λοιπές επικείμενες εξελίξεις.

Ήδη από το 2009 που τέθηκε σε ισχύ η Συνθήκη της Λισαβόνας, η Ευρωπαϊκή Ένωση επεδίωκε την αναπροσαρμογή των συνταξιοδοτικών συστημάτων των κρατών μελών με τρόπο συνακόλουθο των εξελίξεων στερεωμένο σε τρεις αρχές: α) την επάρκεια των συντάξεων β) τη βιωσιμότητα του κάθε κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος και γ) τη διαφάνεια και την αποδοτικότητα αυτού. Υπήρχε σύγκλιση της θέσης της Ένωσης με αυτή της Παγκόσμιας Τράπεζας, του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου ως προς τον προσανατολισμό εδραίωσης της κοινωνικής ασφάλισης σε περισσότερους από δύο πυλώνες. Οπότε, πέρα από τον πρώτο πυλώνα που ακολουθεί το αναδιανεμητικό σύστημα και λαμβάνει την χρηματοδότηση δια της φορολογίας για την κάλυψη των ελάχιστων συντάξεων στις πληττόμενες κοινωνικά ομάδες, και τον δεύτερο πυλώνα που ακολουθεί το κεφαλαιοποιητικό σύστημα και χρηματοδοτείται δια των ασφαλιστικών εισφορών για την πληρωμή των ανταποδοτικών συντάξεων στους εργαζόμενους, ο τρίτος που τείνει να συμπληρώσει τις απαιτούμενες πηγές χρηματοδότησης είναι ο ιδιωτικός και ατομικός πυλώνας ασφαλιστικής παροχής προερχόμενος από ασφαλιστική εταιρεία και από κάθε αποταμιευτικό μέσο του δικαιούχου. (Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σσ. 499-500)

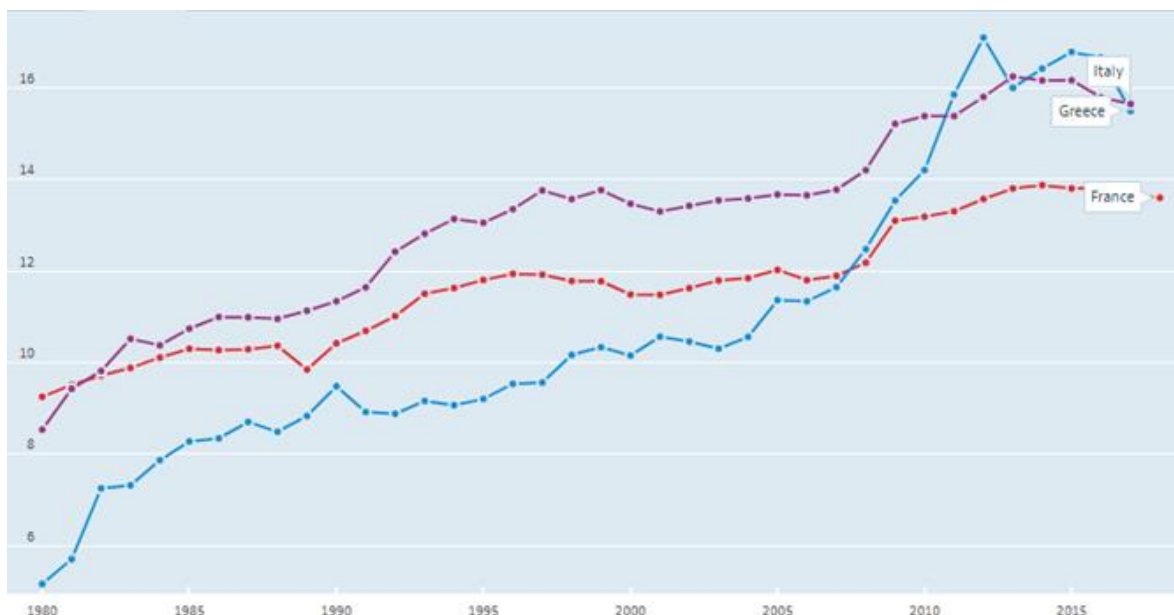
Ο απολογισμός των πρώτων μεταρρυθμίσεων σε αυτή την πτυχή της επιδοματικής πολιτικής ήταν μία ισχυρή αποδυνάμωση της συσχέτισης των εισφορών με τις συντάξεις, μία εκτεταμένη προστασία των ατόμων που πλησίαζαν στην κατοχύρωση του δικαιώματος συνταξιοδότησης εντός δεκαετίας και μία βραχυπρόθεσμη διαχείριση

του χρηματοδοτικού προβλήματος. Τα άτομα παρακινήθηκαν σε ένα μαζικό κύμα πρόωρων συνταξιοδοτήσεων για να προλάβουν να επωφεληθούν από τους μέχρι πρότινος ισχύοντες ευνοϊκότερους όρους συνταξιοδότησης, επιβαρύνοντας σημαντικά και απρόβλεπτα τις αντίστοιχες δημόσιες δαπάνες. Η κατάργηση 13<sup>ης</sup> και 14<sup>ης</sup> σύνταξης, οι σταδιακές περικοπές των ποσών των συντάξεων πάνω από ένα όριο και η αναμενόμενη υλοποίηση των ενιαίων ποσοστών αναπλήρωσης από το 2015 ήταν οι αιτίες που οδήγησαν σε συμπληρωματικές παροχές με βοηθήματα, εφάπαξ ποσά, μερίσματα ή /και στοχευμένες συντάξεις (π.χ. ΕΚΑΣ). Τελικά, συνέτειναν στην ύπαρξη διαφορετικών ταχυτήτων στις συνταξιοδοτικές παροχές και στη διατήρηση πολλών εκκρεμοτήτων, σχετιζομένων κυρίως με τη μεσοπρόθεσμη βιωσιμότητα του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σσ. 76-77)

Μετά την έναρξη ισχύος του Ν.4387/2016, οι ασφαλισμένοι που θεμελιώνουν συνταξιοδοτικό δικαίωμα λαμβάνουν βάσει της κύριας ασφάλισής τους την εθνική και την ανταποδοτική σύνταξη. Η κύρια σύνταξη, εν ολίγοις, «είναι το άθροισμα εθνικής και ανταποδοτικής σύνταξης. Η εθνική είναι ενιαίο χρηματικό ποσό, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και καταβάλλεται κατά τον χρόνο θεμελίωσης του δικαιώματος στην ανταποδοτική σύνταξη». Η συμπληρωματική ασφάλιση περιλαμβάνει την επικουρική και την επαγγελματική σύνταξη (Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης ΤΕΑ του Ν.3029/2002) (Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη Π. , 2016, σ. 503) Με αύξηση από 360 σε 384 ευρώ το μήνα που αντιστοιχούσαν σε εθνική σύνταξη για εικοσαετή ασφάλιση, ώστε να αντισταθμιστεί ο κίνδυνος σχετικής φτώχειας του έτους 2014, προέκυψε μία επιβάρυνση κόστους που έπρεπε να ισοσκελιστεί με εναλλακτικό τρόπο. Ο τρόπος αυτός βρέθηκε στην ακόμα μεγαλύτερη μείωση των ποσοστών αναπλήρωσης των νέων συνταξιοδοτικών παροχών από 0,7% έως 2% ανάλογα με τα έτη ασφάλισης και στην καθιέρωση της επονομαζόμενης «προσωπικής διαφοράς». Από το 2017 εναρμονίστηκαν οι εισφορές για το σύνολο των ασφαλισμένων στο 26%, με ελάχιστες κατηγορίες ελεύθερων επαγγελματιών που εξαιρέθηκαν με χαμηλότερα ποσοστά εισφορών. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σ. 78)

Στο κομμάτι της επικουρικής ασφάλισης, λόγω της συγχώνευσης, παρατηρήθηκε το φαινόμενο επιβάρυνσης των πλεονασματικών ταμείων με τα χρηματοδοτικά ελλείμματα άλλων ταμείων. Μέτρα, όπως μειώσεις ή πάγωμα στην καταβολή ποσών και αύξηση εισφορών, λειτούργησαν ξανά ως βοηθητικές μέθοδοι προς την αντιστροφή της ελλειμματικής εικόνας των επικουρικών ταμείων.

Συμπερασματικά, παρά το πλήθος των μεταρρυθμίσεων σε εκτεταμένο βαθμό από το 2010 στον συνταξιοδοτικό τομέα στην χώρα, που έφερε πολλούς συνταξιούχους και υπό συνταξιοδότηση συνανθρώπους μας σε δυσμενή κατάσταση, το δημοσιονομικό κενό του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος ήταν σταθερά υψηλότερο από το μέσο όρο των υπόλοιπων ευρωπαϊκών κρατών. Η βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος παραμένει ένα δυσεπίλυτο ζήτημα, που χρειάζεται διαρκώς επικαιροποίηση στα νέα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα. Η εισαγωγή των νέων παραμέτρων δε, θα ήταν καλό να επιτελεστεί με τρόπο τέτοιο, που δεν θα επιφέρει δυσανάλογη επιβάρυνση των νεότερων γενεών εντείνοντας το χάσμα της διαγενεακής ανισότητας. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, p. 79)



Πηγή:(OECD, 2021)

**Διάγραμμα 4.3: Διάγραμμα Δημόσιων Συνταξιοδοτικών Δαπανών, % του ΑΕΠ, 1980-2018**

Το 1980 η Ελλάδα αφιέρωνε το 5,2% του ΑΕΠ στη δημόσια χρηματοδότηση του συνταξιοδοτικού συστήματος συγκριτικά με τη Γαλλία που έδινε το 9,3% του ΑΕΠ και την Ιταλία με 8,5% του ΑΕΠ αντίστοιχα. Με σταθερά ανοδική πορεία στις συνταξιοδοτικές δαπάνες, η χώρα μας έφτασε να ξεπεράσει με 12,5% του ΑΕΠ το 2008 τη Γαλλία που βρισκόταν στο 12,2% του ΑΕΠ για δαπάνες συντάξεων, ενώ η Ιταλία ακόμα υπερτερούσε με ποσοστό 14,2% του ΑΕΠ. Το 2011 με ποσοστό 15,8% του ΑΕΠ η Ελλάδα υπερβαίνει ακόμα και το 15,4% του ΑΕΠ της Ιταλίας έναντι 13,3% του ΑΕΠ

της Γαλλίας αντίστοιχα. Μάλιστα, το 2012 αγγίζει το 17,1% του ΑΕΠ, με διαφορά 1,3 ποσοστιαίες μονάδες πάνω το αντίστοιχο ποσοστό 15,8% του ΑΕΠ της Ιταλίας.

Σύμφωνα με την πρόσφατη έκθεση του 2020 του ΟΟΣΑ για τις κοινωνικές δαπάνες το έτος 2019, δηλώνεται το συμπέρασμα ότι η Ελλάδα αποτελεί ένα από τα πλέον δαπανηρά και γενναιόδωρα κοινωνικά κράτη, πολύ περισσότερο στον τομέα των συντάξεων, όπου με το 15,5% του ΑΕΠ για συνταξιοδοτικές παροχές συναγωνίζεται την Ιταλία με 15,6% του ΑΕΠ της. Αυτό είναι το ποσοστό της χώρας μας σε σύνολο 24,7% του ΑΕΠ που αφιερώνει σε κοινωνικές δαπάνες, εν συγκρίσει με ένα ποσοστό 28,7% του ΑΕΠ ως μέσο όρο των χωρών της ΕΕ και εξέχουσα τη Γαλλία, με κοινωνικές δαπάνες που αντιστοιχούν στο 31% του ΑΕΠ της.

Εδώ προκύπτει ακόμα ένα δεδομένο αντίφασης παρά το γεγονός ότι η πηγή αμφοτέρων των ερευνών είναι ο ΟΟΣΑ. Για το έτος 2019, στον Πίνακα 4.1, αναφέρθηκε ότι η χώρα μας αφιέρωσε 24% του ΑΕΠ σε δημόσιες κοινωνικές δαπάνες, ενώ στην έκθεση αυτή αναφέρεται για το ίδιο έτος ότι δαπάνησε το 24,7 % του ΑΕΠ, προφανώς επειδή η πιο πρόσφατη έρευνα έχει επικαιροποιημένα και αναθεωρημένα δεδομένα.

Εκτός αυτού, χρειάζεται αυξημένη προσοχή στην ερμηνεία και σύγκριση στατιστικών στοιχείων από μεθοδολογική άποψη, όπως αναφέρουν σχετικά σε άρθρο τους οι Ρομπόλης και Μπέτσης. Η ιδιαιτερότητα έγκειται στην παρουσία αριθμοδεικτών που έχουν ως παρονομαστή το ΑΕΠ. Συνεπώς, οδηγείται κάποιος σε ασφαλέστερα συμπεράσματα όταν αναφέρεται στην κατά κεφαλή κοινωνική δαπάνη ενός κράτους μέλους, περισσοτέρων ή και ως προς το μέσο όρο της ΕΕ. Ας ληφθεί υπόψη ότι, σύμφωνα με τηEurostat, η κατά κεφαλή κοινωνική δαπάνη το 2009 στην Ελλάδα ήταν 5.250 ευρώ συγκριτικά με μέσο όρο στην ΕΕ τα 8.300 ευρώ. Το 2019 σημειώθηκε πτώση του ποσοστού κατά 17,2 ποσοστιαίες μονάδες με αποτέλεσμα να φτάσει στα 4.350 ευρώ. Την ίδια χρονική περίοδο ο μέσος όρος της κατά κεφαλή δαπάνης στα κράτη της ΕΕ ήταν 8.900 ευρώ, δηλαδή διπλάσια σχεδόν από της Ελλάδας. Αναφορικά με τον τομέα των συντάξεων, η συνταξιοδοτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν το 2009 33 δισεκατομμύρια ευρώ ή 13,7% του ΑΕΠ. Το 2019 ήταν 25,5 δις ευρώ ή 15,5% του ΑΕΠ. Γίνεται κατανοητό πως, ενώ το ποσό των συνταξιοδοτικών δαπανών μειώθηκε κατά 7,5 δις, το ποσοστό των δαπανών ως προς το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 1,8 ποσοστιαίες μονάδες, από 13,7 σε 15,5 μέσα σε μία δεκαετία.

Η ερμηνεία αυτού του, κατά κάποιο τρόπο, παράδοξου ανάγεται αφενός στη μείωση του ΑΕΠ κατά 27% λόγω μνημονιακών πολιτικών λιτότητας τα έτη μετά το 2009, και

αφετέρου στην πρόωρη συνταξιοδότηση μεγάλου πλήθους εργαζομένων το 2013. Για όσους πλησίαζαν στην θεμελίωση του συνταξιοδοτικού δικαιώματος βάσει ηλικίας (άνω των 55 ετών) και με την ανεργία να ανέρχεται περίπου στο 27% , η επιλογή ακόμα και μειωμένης σύνταξης ήταν προτιμότερη από ένα χαμηλότερο και βραχυχρόνιο επίδομα ανεργίας. Η απρόβλεπτη εκτίναξη των συνταξιοδοτήσεων σε συνδυασμό με την περικοπή δαπανών στον κλάδο των συντάξεων συνέτεινε σε μείωση της μέσης μεικτής σύνταξης από 930 σε 710 ευρώ, δηλαδή μείωση του κατά κεφαλή συνταξιοδοτικού εισοδήματος κατά 2.520 ευρώ ετησίως κατά μέσο όρο. (Ρομπόλης Σ., 2020)

#### **4.4.1 Η περίπτωση του ΕΚΑΣ**

Ένα από τα επιδόματα προς τους συνταξιούχους που αξίζει να αναφερθούν εξειδικευμένα στο πλαίσιο της επιδοματικής πολιτικής που ασκήθηκε στην Ελλάδα είναι το ΕΚΑΣ.

Το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ) χαρακτηρίστηκε ως ειδικό προνοιακό επίδομα και η δαπάνη για την καταβολή του βάρυνε τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Το ΕΚΑΣ καταβαλλόταν σε δικαιούχους που πληρούσαν αθροιστικά συγκεκριμένες ηλικιακές προϋποθέσεις, αναφερόμενα εισοδηματικά κριτήρια και τις λοιπές προϋποθέσεις που ακολουθούν, δηλαδή σε όσους:

α. Είχαν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους. Για τους συνταξιούχους λόγω αναπηρίας με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, καθώς και για τα τέκνα που λάμβαναν σύνταξη λόγω θανάτου του γονέα τους, δεν απαιτούνταν η συμπλήρωση ορίου ηλικίας.

β. Το συνολικό καθαρό ετήσιο εισόδημα τους από συντάξεις (κύριες, επικουρικές και βοηθήματα καταβαλλόμενα σε χρήμα), μισθούς, ημερομίσθια και λοιπά επιδόματα, δεν υπερέβαινε το ποσό των 7.972 ευρώ. Στο εισόδημα αυτό δεν λαμβάνονταν υπόψη τα ποσά σύνταξης αναπήρων, θυμάτων πολεμικής περιόδου ούτε τα προνοιακά βοηθήματα.

γ. Το συνολικό ετήσιο ατομικό φορολογητέο, καθώς και το απαλλασσόμενο ή φορολογούμενο με ειδικό τρόπο εισόδημα του συνταξιούχου δεν υπερέβαινε το ποσό των 8.884 ευρώ.

δ. Το συνολικό ετήσιο οικογενειακό φορολογητέο, καθώς και το απαλλασσόμενο ή φορολογούμενο με ειδικό τρόπο εισόδημα δεν υπερέβαινε το ποσό των 11.000 ευρώ.

Τα παραπάνω ποσά, των περιπτώσεων β', γ' και δ', αφορούσαν εισοδήματα που δηλώθηκαν κατά το προηγούμενο φορολογικό έτος του 2015.

ε. Το συνολικό ακαθάριστο ποσό κύριας και επικουρικής σύνταξης που καταβαλλόταν, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν και τα πάσης φύσεως επιδόματα, δεν υπερέβαινε τα 664 ευρώ. (Ν.4387/2016)

στ. Προκειμένου περί αλλοδαπών, χρειαζόταν να διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στην Ελλάδα.

Στον ακόλουθο πίνακα αναφέρονται τα ποσά ΕΚΑΣ που καταβάλλονταν ανά εισόδημα ως εξής:

**Πίνακας 4.5: Ποσά ΕΚΑΣ ανά εισόδημα για το έτος 2016 (€)**

<b>Ποσό εισοδήματος</b>	<b>Ποσό ΕΚΑΣ</b>
Έως 7.216	230
Από 7.216,01 έως 7.518	172,5
Από 7.518,01 έως 7.720	115
Από 7.720,01 έως 7.972	57,5

Πηγή: (ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ για εφαρμογή 'Αρθ.92 Ν.4387/2016 ΦΕΚ Α85/12-5-2016, 2016)

Τα ανωτέρω ποσά επιδόματος χορηγούνταν στους συνταξιούχους, λόγω γήρατος και αναπηρίας, που λάμβαναν πλήρη σύνταξη. Αντίθετα, το ΕΚΑΣ ισούσαν με τα 2/3 των προαναφερόμενων ποσών για τους συνταξιούχους: α) Λόγω γήρατος και αναπηρίας που λάμβαναν μειωμένη σύνταξη, δηλαδή είτε είχαν συνταξιοδοτηθεί σε όριο ηλικίας μικρότερο του αντίστοιχου πλήρους ή με ποσοστό αναπηρίας χαμηλότερο εκείνου που κατά περίπτωση και ασφαλιστικό φορέα προβλεπόταν για χορήγηση πλήρους σύνταξης. β) Που δεν θεμελιώναν αυτοτελές δικαίωμα συνταξιοδότησης με χρόνο ασφάλισης που είχαν πραγματοποιήσει στην Ελλάδα. Ειδικά, για τα πρόσωπα της ανωτέρω περίπτωσης β), η τυχόν μη καταβληθείσα πριν από την έναρξη ισχύος της κοινοποιούμενης διάταξης διαφορά του 1/3 του ποσού ΕΚΑΣ, δεν χορηγούνταν. Στις περιπτώσεις των συνταξιούχων, λόγω αναπηρίας, οποιαδήποτε μεταβολή του ποσοστού αναπηρίας τους (αυξητική ή μειωτική) εντός του ίδιου ημερολογιακού έτους στο οποίο καταβαλλόταν το ΕΚΑΣ, δεν επέφερε καμία μεταβολή στο ποσό αυτού.

Στις περιπτώσεις προσώπων που ήταν συνδικαιούχοι σύνταξης, λόγω θανάτου, τα ποσά του ΕΚΑΣ επιμερίζονταν κατά το ίδιο ποσοστό επιμερισμού της σύνταξης, όπως προβλεπόταν από τις διατάξεις του οικείου ασφαλιστικού φορέα τους, άλλως από την κληρονομική μερίδα τους. Διευκρινίζεται ότι τα ποσά του ΕΚΑΣ δεν υπόκεινταν σε ασφαλιστικές εισφορές υπέρ του κλάδου ασθένειας και εισφοράς αλληλεγγύης συνταξιούχων του αρ. 38 του Ν. 3863/2010.(ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ για εφαρμογή 'Αρθ.92 Ν.4387/2016 ΦΕΚ Α85/12-5-2016, 2016)

Η χορήγηση του ΕΚΑΣ θα μπορούσε να θεωρηθεί πως ενδέχεται να αποτελούσε και ένα κίνητρο φοροδιαφυγής, αλλά και αύξησης του φαινομένου της παραοικονομίας. Στην περίπτωση που κάποιος ασφαλισμένος σε ηλικία προγενέστερη των 65 ετών είχε εξασφαλίσει τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος έχοντας 4500 ημέρες ασφάλισης στον εργασιακό του βίο, είναι πολύ πιθανό να επέλεγε την αδήλωτη εργασία. Αναλογιζόμενος πως η κατώτατη σύνταξη που θα μπορούσε να λάβει ήταν 486€ και το ανώτατο ποσό του ΕΚΑΣ ανερχόταν σε 230€, θα μπορούσε να εκτιμήσει πως έχει τη δυνατότητα να φτάσει στο ποσό (σύνταξης προσαυξημένης με το ΕΚΑΣ) των 716€ μηνιαίως. Εξ αφορμής της χορήγησης αυτού του επιδόματος και εκμετάλλευσής του από κάποιους ασφαλισμένους, θα μπορούσε να ενταθεί η συνύπαρξη των δύο φαινομένων που πλήττουν καίρια το ελληνικό κράτος: α) της παραοικονομίας, διότι θα υπήρχε οικονομική δραστηριότητα ατόμων και, συνεπώς, προστιθέμενης αξίας που θα διέφευγε από την καταγραφή στους Εθνικούς Λογαριασμούς, και β) της φοροδιαφυγής, δεδομένου ότι τα εισοδήματα που θα δημιουργούνταν με πηγή μία επαγγελματική απασχόληση θα αποκρύπτονταν από τις φορολογικές αρχές. Επιπροσθέτως, δεν θα αποδίδονταν οι ανάλογες εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας για την αντίστοιχη απασχόληση, άρα προκύπτει συμπληρωματικά και το φαινόμενο της εισφοροδιαφυγής. Στο χειρότερο σενάριο δε, θα μπορούσε να αναφερθεί πως για το εν λόγω χρονικό διάστημα της αδήλωτης εργασίας τα άτομα ενδέχεται να επωφελούνταν και από την ύπαρξη άλλων επιδομάτων, όπως π.χ. το επίδομα ανεργίας.(Χατζηδήμα, 2019)

Αυτή είναι μία εκ των περιπτώσεων που προωθούν, δυστυχώς, την ανάδυση μίας λογικής αντίστροφης προς τους επιδιωκόμενους στόχους της επιδοματικής πολιτικής. Υπογραμμίζεται το ενδεχόμενο εκτροχιασμού από την αρχική κατεύθυνση, που είναι η ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής και η εξάλειψη των ανισοτήτων. Υπάρχουν κενά, που γίνονται εργαλεία εκμετάλλευσης ευκαιριών από επιτήδειους εις βάρος του



κοινωνικού συνόλου και προβάλλουν την ανασταλτική επίδραση στην ενεργοποίηση και επανένταξη των πολιτών.

#### **4.5 Συμπεράσματα για κοινωνικές δαπάνες**

Ανακεφαλαιώνοντας, η επίδραση των κοινωνικών δαπανών είναι αναμφισβήτητη στη διαμόρφωση ενός πιο ανεκτού επιπέδου ζωής για πλήθος πολιτών που βρίσκονται σε ευάλωτη κοινωνικά θέση. Εξ αφορμής της οικονομικής κρίσης, πολλοί κοινωνικοί δείκτες επιδεινώνονταν σταδιακά μετά το 2008, όπως η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ανισότητες, η ανεργία, η έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης, οι μεταναστευτικές ροές κ.ά., με τελική συνέπεια την κορύφωση κάποιων από αυτούς τα έτη 2012-2014 και την αναπότρεπτη επιβάρυνση αυξημένου αριθμού ατόμων ή νοικοκυριών. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι:

- Η πιο ανεβασμένη τιμή μετά το 2005, βάσει της ΕΛΣΤΑΤ, για το ποσοστό πληθυσμού υπό τον κίνδυνο της φτώχειας πριν από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις σημειώθηκε το 2013 και ήταν 53,4%.
- Το 2012 και το 2013 παρατηρήθηκε το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό 23,1% πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις από το κράτος προς τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, που αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό των τελευταίων 15 ετών.(ΕΛΣΤΑΤ, 2020)
- Ο συντελεστής Gini, ενδεικτικός της ανισοκατανομής εισοδήματος, ανήλθε στο 34,5 το 2014, που αποτελεί την υψηλότερη τιμή που έλαβε από το 2005.(ΕΛΣΤΑΤ, 2021)
- Η ανεργία άγγιξε το πολύ υψηλό ποσοστό 27,9% κατά τους μήνες Ιούλιο και Σεπτέμβριο του 2013.(ΕΛΣΤΑΤ, 2021)
- Ο δείκτης ολικής γονιμότητας της Ελλάδας έπεσε στο 1,29 το 2013 με την αντίστοιχη τιμή να βρίσκεται στο 1,51 για την ΕΕ.

Με αυτά τα δυσμενή δεδομένα κατέστη αναγκαία η παρέμβαση του κράτους μέσω της επιδοματικής πολιτικής. Έπρεπε να παραμείνει η κοινωνική προστασία και πρόνοια σε προτεραιότητα, χαράσσοντας στρατηγικά μία συνολική πολιτική εναρμονισμένη με το αυστηρά επιτηρούμενο δημοσιονομικό πλαίσιο της χώρας μας καθ' όλη τη διάρκεια των μνημονιακών δεσμεύσεων. Προέβαλε επιτακτική η ανάγκη αναδιάρθρωσης κοινωνικών δομών, λήψης ουσιαστικών αποφάσεων που θα αποκλιμάκωναν τον κοινωνικό κατακερματισμό, οργάνωσης των κρατικών μηχανισμών σε νέα βάση και με άξονα την οικονομική βιωσιμότητα μακροπρόθεσμα. Μέτρα όπως «η θεσμοθέτηση

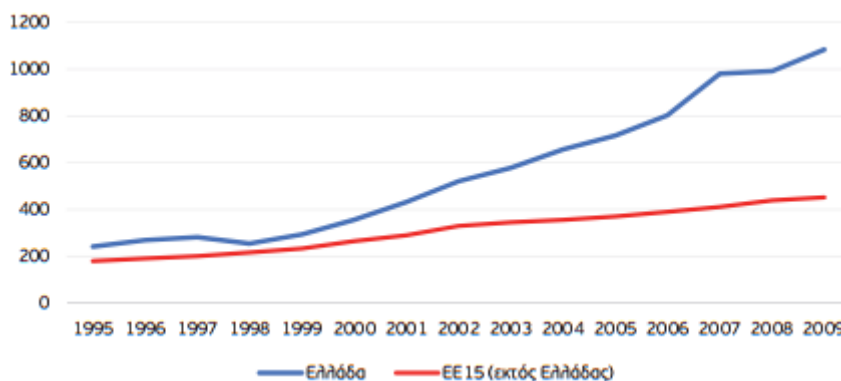
του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) για την αντιμετώπιση της ακραίας φτώχειας, η δωρεάν νοσοκομειακή και φαρμακευτική πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας και στους ανασφάλιστους πολίτες (Ν.4368/2016), η δωρεάν μετακίνηση των ανέργων (Ν. 4331/2015), τα δωρεάν σχολικά γεύματα για όλους τους μαθητές Δημοτικών Σχολείων περιοχών που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση, η αύξηση των θέσεων στους βρεφονηπιακούς σταθμούς, η αύξηση του κατώτατου και η κατάργηση του υποκατώτατου μισθού» απέδειξαν με αριθμούς πως η υλοποίηση της επιδοματικής πολιτικής μπορεί πράγματι να αντιστρέψει μία πολύ αρνητική εικόνα της κοινωνικοοικονομικής πραγματικότητας.(ΕΝΑ, 2020, σ. 14) Ιδίως μετά το 2015, υπήρξαν παροχές στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, όπως π.χ. «η δυνατότητα δωρεάν επανασύνδεσης και παροχής ηλεκτρικού ρεύματος βάσει του Ν.4320/2015 (Ρυθμίσεις για τη λήψη άμεσων μέτρων για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικής κρίσης, την οργάνωση της Κυβέρνησης και των Κυβερνητικών οργάνων και λοιπές διατάξεις), η δυνατότητα ρύθμισης των ληξιπρόθεσμων οφειλών των ωφελούμενων, το επίδομα ενοικίου σε άτομα και νοικοκυριά που δεν είχαν τη δυνατότητα στέγασης σε ιδιόκτητο ακίνητο και επιδότηση σίτισης μέσω προπληρωμένης τραπεζικής κάρτας, η σταδιακή ενίσχυση των οικογενειακών επιδομάτων.»(ΕΝΑ, 2020, σ. 8)

Παρά τις αντιξοότητες της περιόδου δημοσιονομικής προσαρμογής, ήταν ζήτημα κυρίως μεθόδευσης και πολιτικής βούλησης η αξιοποίηση των δυνατοτήτων και των διατιθέμενων μέσων για την αντιστροφή της οικονομικής ανισορροπίας, την επίτευξη της κοινωνικής συνοχής και την επαναφορά των κοινωνικών δεικτών σχεδόν σε επίπεδα προ κρίσης. (ΕΝΑ, 2020)

#### **4.6 Υγεία-στατιστικά δεδομένα στην πορεία των ετών**

Σχετικά με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, αξίζει να αναφερθεί πως ταλανίστηκε από παρατεταμένης διάρκειας συντήρηση παθογενειών. Ενδεικτικά, μπορούν να αναφερθούν οι υπέρογκες φαρμακευτικές δαπάνες, που ήταν απόρροια αφενός παραγγελιών υπερβολικών ποσοτήτων σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού και αφετέρου υπερκοστολόγησης των φαρμακευτικών προμηθειών, ένα φαινόμενο που σε βάθος χρόνου αποδείχθηκε ενδεικτικό της διαφθοράς που επικρατούσε στον χώρο της υγείας και εξαιρετικά προσοδοφόρο για όσους κατάφεραν να καρπωθούν τα κέρδη. Με αρχική αναφορά στο 1995, παρατηρεί κανείς ότι η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ήταν πολύ παρόμοια με αυτή της ΕΕ κατά μέσο όρο. (Διάγραμμα

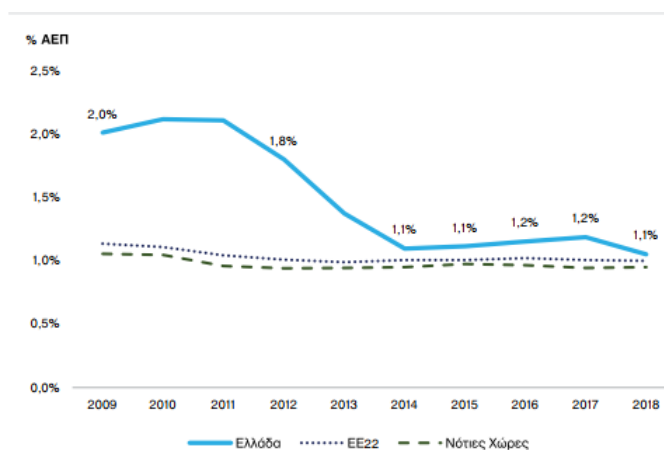
4.4) Σταδιακά, η δαπάνη διαγράφει αποκλίνουσα προς τα πάνω πορεία μέχρι την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης το 2009.



Πηγή: (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σ. 90)

#### Διάγραμμα 4.4: Φαρμακευτική δαπάνη κατά κεφαλή σε Ελλάδα και ΕΕ15 (\$, PPP)

Κατά το 2009 στην Ελλάδα η δημόσια δαπάνη φαρμακευτικών ειδών και λοιπών αναλώσιμων υγειονομικών υλικών αντιστοιχούσε στο 2% του ΑΕΠ. Η χώρα ακολούθησε μία τροχιά εξορθολογισμού μέσα στα επόμενα έτη, με αποτέλεσμα να πλησιάσει στο 1,1% του ΑΕΠ το 2014 και μετά, που είναι αντίστοιχο ποσοστό του μέσου όρου της ΕΕ και αυτού των χωρών της Νότιας Ευρώπης, όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 4.5.

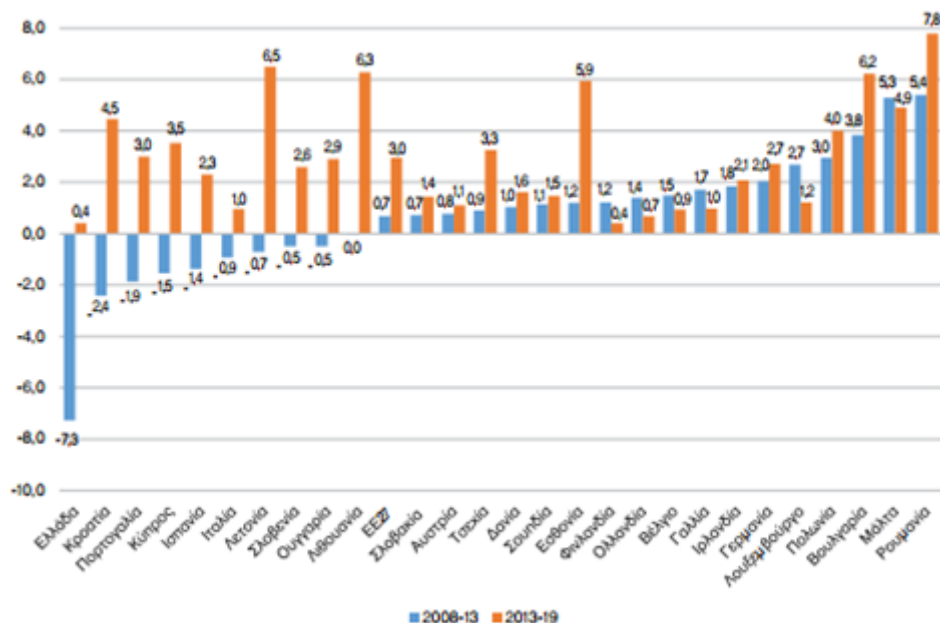


Πηγή: (ΣΦΕΕ, IOBE, σ. 48)

#### Διάγραμμα 4.5: Δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και υγειονομικά αναλώσιμα σε Ελλάδα, ΕΕ22 και Νότιες Χώρες (σε % του ΑΕΠ)

Η μεγαλύτερη μείωση κατά μέσο όρο στις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ανάμεσα σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ που παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια 2008-2013 ήταν της τάξης του 7,3% και σημειώθηκε στην Ελλάδα. Την επόμενη περίοδο αναφοράς, δηλαδή

από το 2013 ως το 2019 σημείωσε αύξηση κατά 0,4 ποσοστιαίες μονάδες. (Διάγραμμα 4.6)



Πηγή: (ΣΦΕΕ, IOBE, σ. 42)

**Διάγραμμα 4.6: Διαγραμματική απεικόνιση μέσου όρου ετήσιας μεταβολής υγειονομικής δαπάνης κατά κεφαλήν στις χώρες ΟΟΣΑ, 2008-2013 και 2013-2019**

#### 4.6.1 Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας για μείωση των δαπανών και αντιστάθμισης των ανισοτήτων

Μέχρι το 2011 η τιμολόγηση των φαρμάκων διαμορφωνόταν από το Υπουργείο Εμπορίου σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και άλλους φορείς. Για τον καθορισμό γινόταν σύγκριση με εξωτερικές τιμές αναφοράς, ώστε τα κόστη να πλησιάζουν στο μέσο όρο της ΕΕ. Επειδή, όμως, η πηγή άντλησης δεδομένων ήταν βασικά οι ίδιες οι φαρμακοβιομηχανίες, αμφισβητούνταν η αντικειμενικότητα της πληροφόρησης. Μετά το 2011 την αρμοδιότητα της κοστολόγησης την ανέλαβε το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) με βασική πηγή πλέον άντλησης πληροφοριακών δεδομένων επίσημες ευρωπαϊκές βάσεις, π.χ. EURIPID, OBIGκ.ά., τέθηκαν ανώτατα όρια τιμών που να είναι συμβατά με της υπόλοιπης Ένωσης και διαμορφώθηκε σταδιακά ένα πλαίσιο με μεγαλύτερη διαύγεια και δυνατότητα παρακολούθησης. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

Από το 2012 ξεκίνησαν να γίνονται οι συνταγογραφήσεις με βάση τη δραστική ουσία ενός φαρμάκου, αρχικά στα νοσοκομεία και μετά σε όλους τους γιατρούς. Η μέθοδος αυτή αποσκοπούσε στην καταπολέμηση της κατευθυνόμενης

συνταγογράφησης, επομένως στη μείωση της προκλητής ζήτησης, αλλά και στην αξιοποίηση των φθηνότερων φαρμάκων, που ήταν τα γενόσημα. Επιπροσθέτως, η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης λειτούργησε ευεργετικά στη διόρθωση της ανισορροπίας των υπερβολικών ποσοτήτων φαρμάκων που συνταγογραφούνταν. Τέθηκε σε ισχύ το 2010, εφαρμόστηκε πρακτικά το 2012, ενώ από το 2014 μέσω του συστήματος Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) προσδιορίστηκαν και ανώτατα όρια (πλαφόν) βάσει ειδικότητας, πλήθους ασθενών κ.ά. Οι ενδεχόμενες διοικητικές κυρώσεις σε γιατρούς που υπερβαίνουν τα δεδομένα πλαφόν λειτουργούν αποτρεπτικά για κάτι τέτοιο. Η εισαγωγή μεθόδων τυποποίησης, όπως τα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης και η θετική λίστα αποζημιούμενων φαρμάκων από τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων από, κατά κανόνα, 15% σε 25% συνετέλεσαν στη βελτίωση της ελεγχόμενης συνταγογράφησης και στον περιορισμό της μέχρι πρότινος αδικαιολόγητης σπατάλης. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

Αναφορικά με τα νοσοκομεία, η πρώτη απόπειρα αναχαίτισης της ανεξέλεγκτης τιμολόγησης συντελέστηκε το 2011 με την καθιέρωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (KEN). Ανατρέπεται ο ισχύων τρόπος απόδοσης από τα ασφαλιστικά ταμεία των νοσοκομειακών δαπανών στους ασφαλισμένους κατόπιν προσκόμισης τιμολογίων και με οριζόντια αποζημίωση των ημερήσιων νοσηλείων. Έκτοτε δημιουργείται μία κωδικοποιημένη εφαρμογή συσχέτισης πάθησης με προβλεπόμενες δαπάνες και εκτιμώμενη διάρκεια νοσηλείας. Πολύ σημαντική ήταν και η αξία εισαγωγής της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στον τομέα των νοσοκομειακών μονάδων με την πλατφόρμα ESY.netτην ίδια χρονιά και του συστήματος Business Intelligence το 2015. Όλες αυτές οι μέθοδοι λειτούργησαν καταλυτικά στη συγκράτηση των δαπανών παράλληλα με την αξιολόγησή τους, και τη λογοδοσία των αρμόδιων σε περίπτωση απόκλισης από τα προβλεπόμενα όρια. Δηλαδή συνέβαλαν τόσο στη βελτίωση της βιωσιμότητας, λόγω της εξοικονόμησης πόρων, όσο και στην αναβάθμιση του ελέγχου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων, άρα της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

Στην ίδια κατεύθυνση επέδρασε και η καθιέρωση προσλήψεων σε θέσεις διοικητών των νοσοκομειακών μονάδων μετά από αξιολόγηση ειδικών επιτροπών και με συμβόλαια αποδοτικότητας. Η νομοθέτηση έγινε το 2012, εντούτοις, χωρίς να

αποσαφηνίζεται ο τρόπος βαθμολόγησης, η ακριβής στοχοθεσία και το κρίσιμο επίπεδο ανεπάρκειας που θα οδηγεί στην απόλυση.

Επιπλέον, ο κατακερματισμός των ταμείων υγείας επέφερε μία ασαφή αποτύπωση των δαπανών τους, διότι αυτές δεν καταγράφονταν με δεσμευτικό τρόπο στον προϋπολογισμό τους και κατέληγαν να αποτελούν συνάρτηση της ζήτησης της περίθαλψης των ασφαλισμένων τους. Δεν υπήρχε ανώτατο όριο στις δαπάνες τους. Το επακόλουθο της ανοργάνωτης διακυβέρνησης, της μη αξιοποίησης οικονομιών κλίμακας, π.χ. στις προμήθειες των νοσοκομείων, της απουσίας ενιαίας λογιστικής απεικόνισης του δημόσιου τομέα συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, της ανυπαρξίας σταθερών και συγκεκριμένων κριτηρίων παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, που θα ήταν άμεσα συναρτώμενα με την αποτελεσματικότητα, τη δικαιοσύνη και τη βιωσιμότητα του συστήματος, ήταν η ελλειμματική εικόνα των ισοζυγίων στη διαχείρισή τους και η περαιτέρω επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019)

Ωστόσο, η βαρύτητα των υγειονομικών δαπανών ήταν εξέχουσα, διότι η απουσία διορθωτικών μέτρων και οι δυσμενείς δημογραφικές εκτιμήσεις τις καθιστούσαν ως μεγάλη απειλή της μακροπρόθεσμης δημοσιονομικής βιωσιμότητας, ακόλουθης αυτής των συνταξιοδοτικών δαπανών. Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα έχει αυξηθεί σημαντικά, σχεδόν κατά 10 έτη, από το 1960 έως το 2018, ξεπερνώντας ακόμα και το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για την αντίστοιχη περίοδο. Παράγοντες όπως η τεχνολογική ανάπτυξη, η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και η εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας που συνέβαλε στην καθιέρωση νέων καινοτόμων θεραπειών, ήταν καθοριστικοί για την άνοδο του προσδόκιμου επιβίωσης.

Παρακολουθώντας τα συμπεράσματα έρευνας των στατιστικών υγείας το 2020 του ΟΟΣΑ για τη φυσική μεταβολή του ελληνικού πληθυσμού, διαπιστώνεται ότι είναι αντίστροφη η πορεία των γεννήσεων συγκριτικά με τους θανάτους. Οι πρώτες παρουσιάζουν συνεχή μείωση φτάνοντας τις 83,7 χιλ. το 2019 (-3,1% σε σχέση με το 2018), ενώ οι θάνατοι ακολουθούν αυξητική τάση φτάνοντας τις 124,9 χιλιάδες (+3,9% σε σχέση με το 2018). (ΣΦΕΕ, IOBE, σ. 29)

Οι δημογραφικές εξελίξεις καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το δείκτη εξάρτησης του πληθυσμού, που αντιστοιχεί στο λόγο με αριθμητή τον ενεργό επαγγελματικά πληθυσμό προς τον πληθυσμό των συνταξιούχων. Αυτή η επίδραση προκύπτει, διότι βάσει του ασφαλιστικού συστήματος της Ελλάδας, η αναδιανομή του εισοδήματος διαμορφώνεται με τη μεταβίβαση του εισοδήματος από τους απασχολούμενους στους

συνταξιούχους. Προφανώς, ο συνταξιοδοτημένος πληθυσμός συντηρείται από τον ενεργό επαγγελματικά πληθυσμό. Όμως, η δημογραφική γήρανση επιφέρει διττή επιδείνωση της συσχέτισης των δύο μεγεθών, καθώς αφενός μεγαλώνει το πλήθος των συνταξιούχων, δηλαδή τον αριθμητή του κλάσματος, αφετέρου μειώνει το πλήθος των εργαζομένων, δηλαδή τον παρονομαστή. Και οι δυοίωνες τάσεις του δημογραφικού έπονται, πιέζοντας σταθερά και περισσότερο το ασφαλιστικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης εξάρτησης της χώρας μας το 2020 είναι στο 56%, δηλαδή σε κάθε 2 άτομα ενεργού πληθυσμού αντιστοιχεί λίγο παραπάνω από 1 άτομο ανενεργού πληθυσμού, που συμπίπτει και με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ27 (56%), ενώ προσεγγίζει το μέσο όρο των χωρών του Νότου (55%). Εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών αναφέρουν πως αναμένεται επιδείνωση του δείκτη εξάρτησης ως το 2050, οπότε και ενδεχομένως να αγγίξει το 92%. (ΣΦΕΕ, IOBE, σ. 33)

#### **4.6.2 Υγεία-Μεταναστευτικό**

Ένα ακόμα κοινωνικό φαινόμενο που λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, με επίφαση στον τομέα άσκησης της επιδοματικής πολιτικής, είναι η αύξηση των προσφυγικών ροών. Η προσπάθεια επιβίωσης και απόδρασης από εμπόλεμες ζώνες έχει οδηγήσει πλήθος ατόμων στον αναγκαστικό εκτοπισμό, τουλάχιστον από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Οι πολεμικές συρράξεις στη Σομαλία, στο Αφγανιστάν, στη Συρία κ.λπ. αποτελούν βασικές αιτίες έντασης του φαινομένου κατά την τελευταία πενταετία, με μελέτη της Έπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ να καταγράφει υπέρβαση των 60 εκατομμυρίων προσφύγων το 2015 παγκοσμίως, φτάνοντας τον αριθμό των 65,3 εκατομμυρίων ανθρώπων. (UNHCR) Από την χώρα μας έχουν διέλθει σχεδόν 1 εκατομμύριο πρόσφυγες το 2015, καθώς αποτελεί κομβικό σημείο εισόδου στην Ευρώπη. «Γυναίκες, νέοι άνδρες, έφηβοι και ασυνόδευτοι ανήλικοι βρίσκονται ανάμεσα στα θύματα παραπλανητικών στρατολογήσεων και σύγχρονων μορφών δουλείας, οι οποίες έχουν σοβαρότατες επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία.» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2018) Με την κατάσταση της σωματικής ή της ψυχολογικής υγείας τους να έχει πληγεί, είτε από το εμπόλεμο έδαφος που εγκατέλειψαν είτε από το ταξίδι ως την χώρα μας, μεταφέροντας όλες τις αρνητικές εμπειρίες της μεταναστευτικής διαδικασίας και του εκπατρισμού. Το πρόβλημα ενδέχεται να επιδρά ακόμα και στην υγεία των οικογενειών ή κοινοτήτων που ανήκουν. Συνεπώς, η μετανάστευση και ο εκτοπισμός έχουν αναγνωριστεί από τους ερευνητές ως

κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2018)

Οι αιτούντες άσυλο με θέματα υγειονομικής φύσης ή αναπηρίες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς στο οποίο υπάγονται, αρκεί να λάβουν καθεστώς πρόσφυγα. Η ανωτέρω ρύθμιση για την καθολικότητα ως προς την κάλυψη στο σύστημα υγείας των προσφύγων και των νόμιμων μεταναστών, που αναντίρρητα ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, ενσωματώθηκε σε νόμο τον Αύγουστο του 2016. Η συγκεκριμένη εξέλιξη ακολούθησε την καθιέρωση του προγράμματος «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης» (HealthVoucher) το 2013, επειδή η νομοθεσία του 2014 δεν έδωσε επαρκή λύση στο ζήτημα. Σύμφωνα με τη νομοθεσία του 2016, όλος ο πληθυσμός δικαιούται πρόσβαση σε δημόσιες δομές υγείας, σημειώνονται, ωστόσο, διαφοροποιήσεις στο βαθμό πρόσβασης. Για παράδειγμα, υπηρεσίες όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται σε παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, γεγονός που συνεπάγεται τη διάθεση μόνο σε ασφαλισμένους σε βάση επιμερισμού του κόστους. (ΟΟΣΑ, 2019)

#### **4.6.3 Οι άτυπες πληρωμές**

Η κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη της Ελλάδας είναι κάτω από το ήμισυ του μέσου όρου της κατά κεφαλή δαπάνης της ΕΕ. Οι χαμηλές υγειονομικές δαπάνες στη χώρα, συγκριτικά πάντα με το μέσο όρο αυτών της ΕΕ, είναι μία διαχρονική κατάσταση, που είδαμε να επιτείνεται από το 2009 και εφεξής, κυρίως μέχρι το 2015. Με ένα ποσοστό της τάξης περίπου του 60% να καλύπτεται από τη δημόσια χρηματοδότηση, γίνεται προφανές πως το υπόλοιπο 40% της χρηματοδότησης έχει διαφορετική προέλευση.

Καλύπτεται κατά 35% με ιδιωτική χρηματοδότηση, δηλαδή από τις τσέπες των νοικοκυριών, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών. Αυτό συγκαταλέγεται στα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ και ανάγεται στο υψηλό κόστος των άμεσων ιδιωτικών δαπανών για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το ποσοστό της ιδιωτικής χρηματοδότησης κυμάνθηκε ανάμεσα στο 28%, το χαμηλότερο που παρατηρήθηκε κατά το 2010, και στο 37%, που ήταν το υψηλότερο και σημειώθηκε το 2014. Και το 2017 η χώρα μας διατήρησε πολύ υψηλό ποσοστό δαπανών στο κομμάτι των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ως μέρος του οικιακού προϋπολογισμού, καθώς ανερχόταν σε 4,2% έναντι 2,2% κατά μέσο όρο στην ΕΕ.





Πηγή: (ΟΟΣΑ, 2019, σ. 16)

**Διάγραμμα 4.7: Κατανομή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ανά τύπο δραστηριότητας Ελλάδας & ΕΕ**

Τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την προκλητή ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά). Περιέχουν, κυρίως, τις συμμετοχές των ασφαλισμένων στα φάρμακα ή στα ιατροφαρμακευτικά είδη και τις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες εκτός του πακέτου παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς, νοσηλευτική περίθαλψη και οδοντιατρική φροντίδα. Οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν, επίσης, ένα ποσοστό που υπερβαίνει το 25% των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών των νοικοκυριών, σύμφωνα με το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη (WHO, 2018), γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την ισότιμη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κρούει τον κώδωνα του κινδύνου ως προς την οικονομική προστασία του πληθυσμού των ασθενών. Αποτελεί διαπίστωση έκθεσης του ΠΟΥ το 2018 πως ο πληθυσμός που χρηματοδοτεί τις άτυπες πληρωμές είναι, κατά κύριο λόγο, ασθενείς που αγωνιούν για τη διασφάλιση άμεσης και βελτιωμένης περίθαλψης και, κατά συνέπεια, είναι πιο επιρρεπείς στη διάθεση χρηματικών ποσών προς αυτό το στόχο. Επιπροσθέτως, είναι ανεπαρκώς ενημερωμένοι για τα δικαιώματά τους και πέφτουν πιο εύκολα θύματα, ενδεχομένως και απαίτησης εκ μέρους των ιατρών, πολύ περισσότερο όταν ανήκουν σε φτωχότερες τάξεις ή ζουν σε απομακρυσμένες, αγροτικές περιοχές. (ΟΟΣΑ, 2019)

Από τη μία, το ελληνικό σύστημα υγείας έχει επικεντρωθεί στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της δυνατότητας πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Εντούτοις, τα περιορισμένα κίνητρα στους γενικούς γιατρούς έχουν στοιχίσει την παρατεταμένη παραμονή σε μεταβατικό στάδιο της ίδρυσης και λειτουργίας μικρών τοπικών μονάδων υγείας και μεγαλύτερων κέντρων υγείας, που θα συνέβαλαν στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και στην ομαλότερη διοχέτευση του πληθυσμού στις αναφερόμενες δομές ανάλογα με το θέμα υγείας που θα

αντιμετώπιζε, π.χ. διαγνωστικές υπηρεσίες, οδοντιατρική κάλυψη, προληπτική περίθαλψη, κ.λπ. Φυσικό επακόλουθο ήταν η αναβολή της υποχρεωτικής παραπομπής στους ειδικούς γιατρούς μέσω γενικού γιατρού (gatekeeping).(ΟΟΣΑ, 2019)

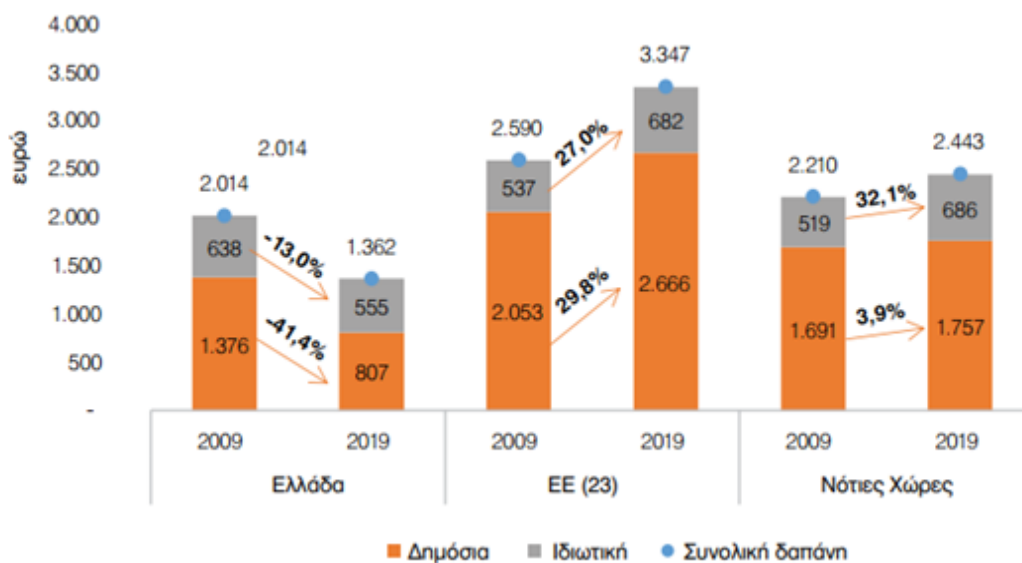
Ας ληφθεί υπόψη, επιπλέον, ότι σχεδόν οι μισές από τις σχεδιαζόμενες εγκαταστάσεις, κατά το καλοκαίρι του 2019, λειτουργούσαν σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές. Από έρευνα που διεξήχθη σε πληθυσμό της Ελλάδας, διαπιστώθηκε ότι το 2014 μόνο ένα 3% των ανθρώπων που κατοικούσαν σε πόλεις και χρειαζόνταν περίθαλψη, δεν είχαν δυνατότητα πρόσβασης σε αυτή εξαιτίας της απόστασης ή της έλλειψης μέσου μεταφοράς. Αντιθέτως, το αντίστοιχο ποσοστό για τον πληθυσμό επαρχιακών ή δυσπρόσιτων περιοχών έφτανε στο 13%. Το ανάγλυφο της χώρας μας είναι σύνθετο, με αποτέλεσμα να επιβάλλεται η χρήση και η ανάπτυξη προγραμμάτων που θα επιτρέπουν την ισότιμη πρόσβαση και σε ασθενείς νησιών ή απομακρυσμένων περιοχών. Ενδεικτικά, θα μπορούσε να ενισχυθεί η τηλεϊατρική, που το 2016 με την ολοκλήρωση 43 μονάδων επέτρεψε τη σύνδεση με τη βοήθεια της τεχνολογίας ανάμεσα σε 30 κέντρα υγείας νησιών του Αιγαίου με 12 κεντρικά νοσοκομεία της πρωτεύουσας, τα οποία είναι επανδρωμένα με πολλαπλάσιο προσωπικό αλλά και υπερσύγχρονο εξοπλισμό, π.χ. υπολογιστές, κάμερες και διαγνωστικά εργαλεία. Μία τέτοια κίνηση συνεπάγεται αυτόματα την επέκταση της πρόσβασης των ασθενών σε ένα πολύ πιο ανοιχτό φάσμα εξειδικευμένων και έμπειρων γιατρών, όπως ογκολόγων, καρδιολόγων, ιατρών ψυχικής υγείας κ.ά., και άρα, τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων.(ΟΟΣΑ, 2019)

Εκτός αυτού, ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ συνέτεινε στον εξορθολογισμό πλήθους παροχών, αλλά και στην επιβολή περιορισμών στα ιατρικά ραντεβού, που ήταν χρηματοδοτούμενα για τους γιατρούς. Κατά συνέπεια, οι άτυπες πληρωμές έρχονται ξανά στο προσκήνιο λόγω της πιθανής στροφής των ασθενών, που δεν είχαν τη δυνατότητα επίσκεψης τη στιγμή που ήθελαν ή χρειαζόνταν, σε ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης. Ας μην παραληφθεί η αναγκαιότητα που προκύπτει εξαιτίας της έλλειψης συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με οδοντιάτρους, με αποτέλεσμα τη χρηματοδότηση σχεδόν ολοκληρωτικά από τον προϋπολογισμό των νοικοκυριών.(ΟΟΣΑ, 2019)

#### **4.6.4 Συμπεράσματα περί δαπανών υγείας**

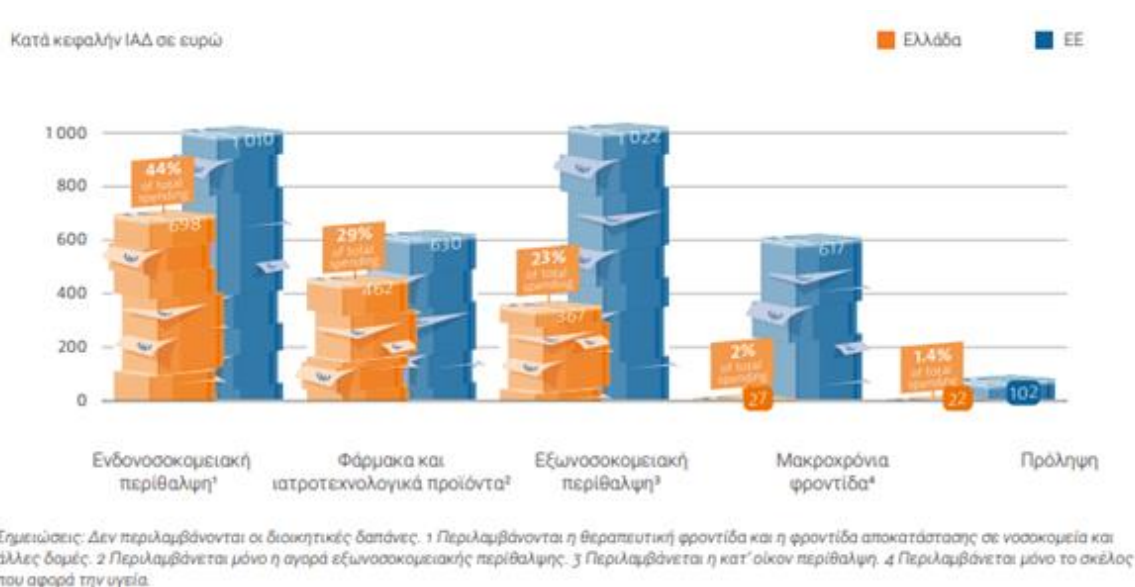
Προϊόντος του χρόνου υπήρξε ένας σχεδιασμός στην επιδοματική πολιτική αναφορικά με τον υγειονομικό κλάδο της χώρας που, κατόπιν της πίεσης της οικονομικής κρίσης,

εστίασε στη μέγιστη δυνατή μείωση της σπατάλης και στην ενίσχυση της αποδοτικότητας. Με τον τρόπο αυτό, σημειώθηκε περιορισμός των δαπανών υγείας. Εκκινώντας με αρχικά ποσοστά στο 9,4% του ΑΕΠ το 2009 και στο 9,5% του ΑΕΠ το 2010, οι δαπάνες υγείας ακολούθησαν μία πτωτική πορεία, καταλήγοντας με τα επίπεδα να σταθεροποιούνται, από το 2015 και μετά, περί του 8% του ΑΕΠ. Ας μην παραληφθεί η επισήμανση της παράλληλης κάμψης του ΑΕΠ την ίδια χρονική περίοδο. Σχετικά με τη δαπάνη κατ' άτομο για υγειονομική περίθαλψη, αυτή βρισκόταν στα 2.014 ευρώ το 2009, αποτελούμενη από 68,32% δημόσια χρηματοδότηση, συγκριτικά με 2.590 ευρώ που ξοδεύονταν στην ΕΕ, με το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης στο 79,27% αντίστοιχα. Ανήλθε στα 1.362 ευρώ στην Ελλάδα το 2019, με 59,25% συμμετοχή χρηματοδότησης από το δημόσιο τομέα (7,8% του ΑΕΠ), με την αντίστοιχη δαπάνη στη ΕΕ να φτάνει κατά μέσο όρο τα 3.347 ευρώ (10% ΑΕΠ κατά μέσο όρο) με 79,65% δημόσια χρηματοδότηση. Και ενώ στην Ελλάδα παρατηρείται μείωση 41,4% της δημόσιας κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας, στην ΕΕ23 σημειώνεται αύξηση 29,8% και στις Νότιες Χώρες ομοίως βελτίωση κατά 3,9%.(ΟΟΣΑ, 2019)



Πηγή: (Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, γεγονότα και στοιχεία 2020)

**Διάγραμμα 4.8: Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη υγείας Ελλάδας- ΕΕ23-Νότιων Χωρών**



Πηγή: (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2021)

#### Διάγραμμα 4.9: Σύγκριση κατά κεφαλή δαπανών υγείας ανά κατηγορία Ελλάδας-ΕΕ27

Από το Διάγραμμα 4.9, με έτος αναφοράς το 2019, προκύπτει πως η Ελλάδα δαπάνησε πολύ λιγότερα ποσά συγκριτικά με τα αντίστοιχα της ΕΕ κατά μέσο όρο, σε όλους τους κλάδους του συστήματος υγείας. Προσεγγίζοντας αυτά ανά τομέα, διαπιστώνει κανείς ότι η μεγαλύτερη δαπάνη, ποσοστού 44% των συνολικών υγειονομικών δαπανών, αφορά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και είναι το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό κράτους της ΕΕ, με μέσο όρο 29% των συνολικών δαπανών υγείας, μετά τη Ρουμανία. Το 29% των δαπανών αφορά λιανική αγορά ιατροφαρμακευτικών ειδών περίθαλψης, με αντίστοιχο μέσο όρο στην ΕΕ το 18%, κάτι που έχει αντίκτυπο προφανώς και στην τσέπη των νοικοκυριών, καθώς αντανακλά τις άτυπες πληρωμές που επιβαρύνονται. Η μακράς διάρκειας φροντίδα απορροφά το 1,7% των συνολικών δαπανών για την υγεία (με 16,3% μέσο όρο στην ΕΕ), ενώ στην προληπτική φροντίδα επενδύεται μόνο το 1,4% των υγειονομικών δαπανών, αποτελώντας ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην ΕΕ, με μέσο όρο 2,9% των δαπανών υγείας. (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2021)

Η πρωτόγνωρη, όχι μόνο για τα ελληνικά, αλλά και για τα παγκόσμια δεδομένα, πανδημική κρίση του COVID-19 αποτέλεσε την ουσιαστική αιτία εστίασης στη διαχείριση της οργάνωσης και της επάρκειας των συστημάτων υγείας. Κατέστη

επιβεβλημένη η στήριξη των παροχών ιατρικής φροντίδας στους ασθενείς μέσω της κρατικής χρηματοδότησης και της ενεργοποίησης του Ταμείου Ανάκαμψης προς την κατεύθυνση επούλωσης των επιπτώσεων στους εθνικούς προϋπολογισμούς. Παράλληλα, συμφωνήθηκε η αναστολή του Συμφώνου Σταθερότητας για το 2020 από τις ευρωπαϊκές ηγεσίες σε μία προσπάθεια συντονισμού της νομισματικής πολιτικής και αναχαίτισης της επιδείνωσης των μακροοικονομικών μεγεθών, που θα επιδράσουν αναπόφευκτα και συνεπακόλουθα σε κοινωνικό επίπεδο. (Λιάκος, 2020)

Η πρόσθετη ενίσχυση των 785 εκατομμυρίων ευρώ που διατέθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας στην Ελλάδα το 2020 περιλάμβανε δέσμευση 640 εκατομμυρίων ευρώ, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης από ευρωπαϊκά προγράμματα, 85 εκατ. ευρώ για μισθοδοσίες ιατρικού προσωπικού για έκτακτη ανάγκη και 60 εκατ. ευρώ για ιατρικό εξοπλισμό και λειτουργία Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Συμπληρωματικά, ποσό 128 εκατ. ευρώ δόθηκε μέσω κατάθεσης μετρητών και δωρεών σε είδος το Νοέμβριο 2020.(OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2021, σ. 9)

#### **4.7 Εκπαίδευση**

Αναφορικά με τον τομέα της εκπαίδευσης στην Ελλάδα, διαπιστώνεται από τον παρακάτω πίνακα, ότι σταδιακά τα τελευταία χρόνια είναι μειούμενες οι δαπάνες που σχετίζονται με την εκπαιδευτική διαδικασία και την επαγγελματική κατάρτιση. Κυρίως μετά το 2009, οπότε και εφαρμόστηκαν μέτρα πολύ αυστηρής δημοσιονομικής προσαρμογής, σημειώνεται πτώση των επενδύσεων στην εκπαίδευση, με αποτέλεσμα η χώρα μας να συγκαταλέγεται στις τελευταίες θέσεις ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ ως προς τις δαπάνες της γενικής κυβέρνησης για την εκπαίδευση ως ποσοστό του ΑΕΠ. Ενώ το 2009 το συνολικό ποσό δαπανών στον εν λόγω τομέα ήταν 13.562 εκατομμύρια ευρώ, ή 5,71% ΑΕΠ αντίστοιχα, το 2016 ήταν 10.179 εκατομμύρια ευρώ, δηλαδή 5,67% ΑΕΠ αντίστοιχα. Παρά την αισθητή μείωση του καθαρού ποσού των δαπανών κατά 3383 εκατομμύρια ευρώ, παρατηρεί κανείς πως το ποσοστό των δαπανών της εκπαίδευσης ως προς το ΑΕΠ της χώρας είναι σχεδόν ίδιο. Αυτό οφείλεται στη συνολική συρρίκνωση του ΑΕΠ κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, που είναι της τάξης του 25%. Συνεπώς, ανάλογη είναι και η συρρίκνωση των δαπανών για την παιδεία. (European Commission, 2021)

**Πίνακας 4.6: Δαπάνες για την ελληνική εκπαίδευση 2000-2016**

Δαπάνες για την εκπαίδευση-Τρέχουσες τιμές (εκατομμύρια €)					
	2000	2005	2009	2015*	2016*
Τελική κατανάλωση	6.208	9.753	12.166	8.989	8.705
Ιδιωτική	1.832	2.823	3.476	2.505	2.364
Δημόσια	4.376	6.930	8.690	6.484	6.340
Επενδύσεις για την εκπαίδευση	1.462	1.598	1.396	1.191	1.172
Σύνολο δαπανών εκπαίδευσης	7.670	11.352	13.562	10.179	9.877
ΑΕΠ σε αγοραίες τιμές	141.247	199.242	237.534	176.312	174.199
Δαπάνες εκπαίδευσης σε %ΑΕΠ	5,43	5,70	5,71	5,77	5,67

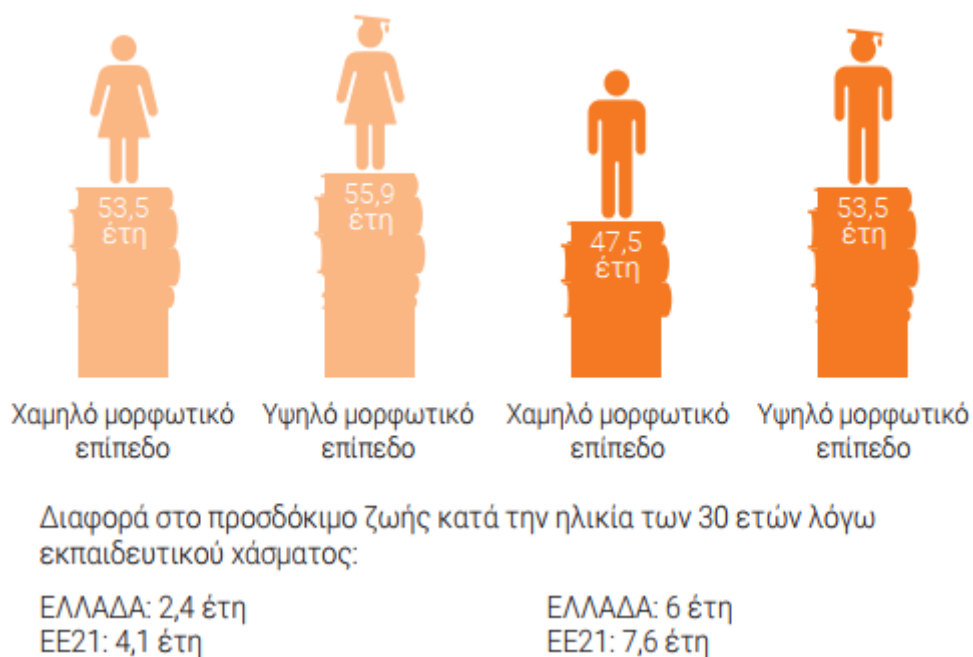
\*: Προσωρινά στοιχεία

Πηγή:(European Commission, 2021)

#### **4.7.1 Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην υγεία και στο προσδόκιμο ζωής**

Μελέτες δείχνουν πως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ανθρώπων επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση του προσδόκιμου ζωής τους. Από στατιστικά δεδομένα της Eurostat για το 2016, προκύπτει πως, στην ηλικία των 30 ετών, ανάμεσα σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (μη ολοκληρωμένη δευτεροβάθμια εκπαίδευση) και άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, η διαφορά ως προς το προσδόκιμο ζωής είναι 6 χρόνια για τους άνδρες και 2,4 χρόνια για τις γυναίκες(Εικόνα 4.1). Το μέγεθος είναι μικρότερο από τους αντίστοιχους μέσους όρους της ΕΕ, δηλ. 7,6 έτη για τους άνδρες και 4,1 έτη για τις γυναίκες. Η επεξήγηση του συμπεράσματος αυτού ανάγεται στην υιοθέτηση διαφορετικού τρόπου ζωής ανάλογα με το μορφωτικό υπόβαθρο, π.χ. άνδρες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από το

κάπνισμα, αλλά και στο διαφορετικό βαθμό έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου. (Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Ελλάδα, 2019)



Πηγή:(Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Ελλάδα, 2019)

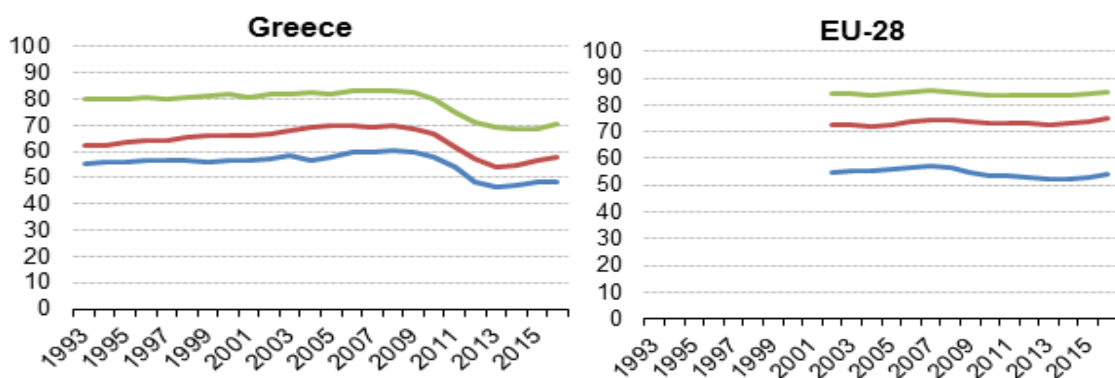
#### Εικόνα 4.1: Μορφωτικό Επίπεδο & Προσδόκιμο Ζωής

Κατά την επισκόπηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, από μελέτη που κατέθεσε από κοινού ο ΟΟΣΑ και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, διαπιστώθηκε ότι καθοριστικός είναι ο ρόλος που ασκείται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες στις υγειονομικές ανισότητες αναφορικά με την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο που διαθέτει κάποιο άτομο είναι ενδεικτικά της αυξημένης ή μειωμένης ροπής που θα παρουσιάσει προς ορισμένους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία του. Το 2014 σημειώθηκε ότι το 32% των Ελλήνων ανδρών στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος είχε ως καθημερινή συνήθεια το κάπνισμα, με το αντίστοιχο ποσοστό να βρίσκεται στο 24% σε ολόκληρη την ΕΕ. Αντιθέτως, το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες του υψηλότερου εισοδηματικού πεμπτημορίου ήταν 25%, συγκριτικά με 16% στην ΕΕ. Σε άλλο παράδειγμα, το 20% των ενηλίκων που δεν ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση πάσχει από παχυσαρκία έναντι ποσοστού 14% των ενηλίκων που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Διαφαίνεται, λοιπόν, εντονότερα η έκθεση ασθενέστερων κοινωνικά ομάδων σε κινδύνους, οπότε οι ανισότητες επιδρούν στο προσδόκιμο της ζωής και στο συνολικό ζήτημα της υγείας.(ΟΟΣΑ, 2019)

#### 4.7.2 Ο ρόλος του μορφωτικού επιπέδου στην εύρεση εργασίας και στον κίνδυνο της φτώχειας

Στη χώρα μας παρατηρείται μία συνεχής δυσκολία ανάκαμψης του ποσοστού απασχόλησης, ακόμα και για τους πρόσφατα πτυχιούχους, καθώς είναι της τάξης του 55,3% το 2018. Αυτό τίθεται σε αντιπαραβολή με το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων που αποφοίτησαν πρόσφατα στις χώρες της ΕΕ και αγγίζει το 81,6% κατά μέσο όρο, ένα ποσοστό που ακολούθησε ανοδική πορεία μετά το 2013, χρονιά κατά την οποία είχε φτάσει στο χαμηλότερο σημείο με ποσοστό 75,4% κατά μέσο όρο στην ΕΕ, και τείνει πλέον στην εξίσωση με το παρελθοντικό προ κρίσης ποσοστό 82% του 2008. Μία ακόμα διαπίστωση για απόφοιτους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετίζεται με την επιλογή κατεύθυνσης, καθώς όσοι εφοδιάστηκαν με προσόντα γενικού προσανατολισμού συναντούν μεγαλύτερη δυσκολία στην επαγγελματική αποκατάσταση, με ποσοστό απασχόλησης 66,3% έναντι 79,5% όσων διαθέτουν προσόντα επαγγελματικής κατάρτισης.(European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DG EAC), 2019, σ. 16)



Πηγή: (Eurostat, 2018)

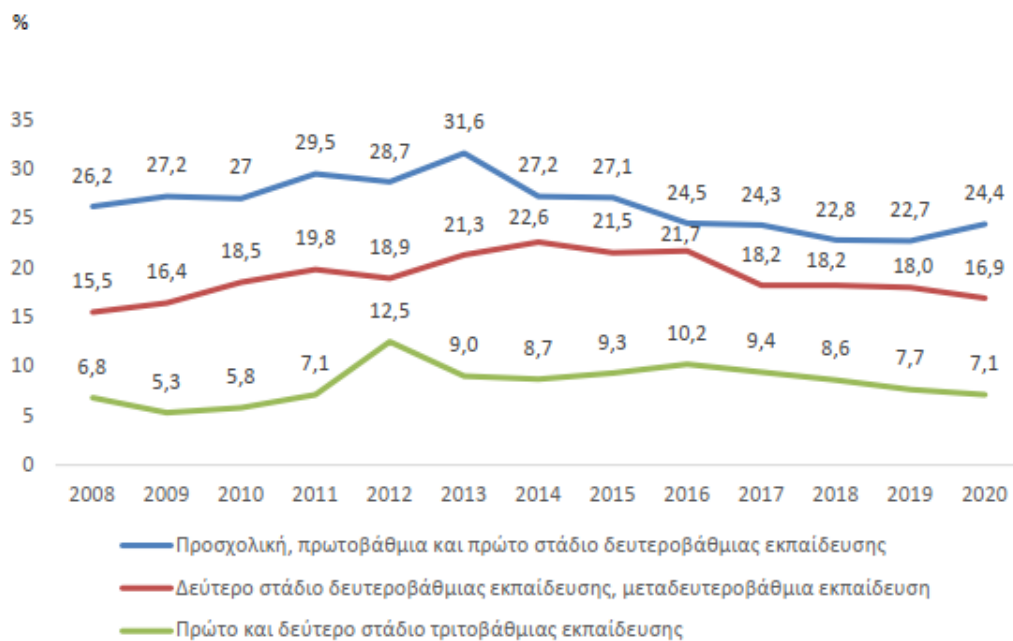
**Διάγραμμα 4.10: Ποσοστά απασχόλησης Ελλάδας- ΕΕ28 βάσει επιπέδου μόρφωσης για 1993-2016, πληθυσμού 25-64 ετών**

Αναλύοντας τα διαγράμματα που αποτυπώνουν το ποσοστό απασχόλησης στην ηλικιακή ομάδα 25 έως 64 ετών ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, όπου το μπλε χρώμα συμβολίζει τους απόφοιτους πρωτοβάθμιας μέχρι κατώτερης δευτεροβάθμιας



εκπαίδευσης, το κόκκινο χρώμα τους απόφοιτους ανώτερης δευτεροβάθμιας ή και μεταδευτεροβάθμιας μη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το πράσινο χρώμα τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, φαίνεται ότι η ολοκλήρωση τριτοβάθμιας βαθμίδας εκπαίδευσης συνεπάγεται πιο εγγυημένη εξεύρεση απασχόλησης. Στην Ελλάδα διαπιστώνει κανείς ότι παρά τα υψηλότερα ποσοστά απασχόλησης για τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης συγκριτικά με τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας ή κατώτερης δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας κλίμακας εκπαίδευσης αντίστοιχα, τα ποσοστά παραμένουν σταθερά κάτω από τα αντίστοιχα της ΕΕ κατά μέσο όρο, ειδικά μετά το 2009 μέχρι και το 2016. Οι επιδόσεις των απασχολούμενων στη χώρα μας ακολουθούν μία πορεία χωρίς έντονες διακυμάνσεις από το 1993 μέχρι το 2009, με ελαφρά ανοδικές τάσεις από το 2003 ως το 2009 και την υπεροχή στην πιθανότητα εξεύρεσης εργασίας για τους ιστάμενους στην υψηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα (τριτοβάθμια εκπαίδευση βραχείας διάρκειας, με πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή ισοδύναμο, με μεταπτυχιακό τίτλο ή ισοδύναμο και διδακτορικό). Πολύ μεγαλύτερο είναι το πλήγμα της κρίσης στα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το πολύ πρωτοβάθμια ή κατώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση στην αναζήτηση απασχόλησης, και στην Ευρώπη συνολικά όπως προκύπτει, καθώς το ποσοστό απασχόλησης από το 2007 είναι μειωμένο κατά 5,1 ποσοστιαίες μονάδες το 2013, συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά για τα άτομα που κατείχαν μέσο επίπεδο εκπαίδευσης, όπου η μείωση ήταν 1,7 ποσοστιαίες μονάδες, και για τους απόφοιτους ανώτερης εκπαίδευσης 1,8 ποσοστιαίες μονάδες. Σε χώρες όπως το Βέλγιο, η Τσέχικη Δημοκρατία, η Λιθουανία, η Πολωνία και η Σλοβακία επιδρά σημαντικά το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης στο αναβαθμισμένο ποσοστό εύρεσης εργασίας αντίθετα με χώρες, όπως η Δανία, η Εσθονία, η Ελλάδα και η Κύπρος. (Eurostat, 2018)

Καθίσταται σαφές, μετά τη μελέτη των στατιστικών απασχόλησης, πως το μορφωτικό επίπεδο λειτουργεί ως καθοριστική παράμετρος στην πιθανότητα απασχόλησης, όπως και το φύλο, η ηλικία και οι επικρατούσες συνθήκες της εκάστοτε αγοράς εργασίας, με αποτέλεσμα ο βαθμός ανισοτήτων να διαφοροποιείται στα κράτη μέλη.



Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2020)

**Διάγραμμα 4.11: Ποσοστό πληθυσμού 16 ετών και άνω σε κίνδυνο φτώχειας βάσει εκπαιδευτικού επιπέδου, 2008-2020**

Από το Διάγραμμα 4.12 προκύπτει ότι και η έκθεση στον κίνδυνο της φτώχειας είναι άμεση συνάρτηση της βαθμίδας εκπαίδευσης που ολοκλήρωσε κάποιος. Με δεδομένα από το 2008 ως το 2020 στην Ελλάδα, γίνεται εμφανές ότι το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τον κίνδυνο φτώχειας. Η ολοκλήρωση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αποτελεί χρήσιμο εφόδιο στην αποτροπή αυτού του ενδεχόμενου κινδύνου, με ποσοστό έκθεσης για το 2020 7,1% έναντι 16,9% για όσους έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση και 24,4% αντίστοιχα για εκείνους που έχουν καλύψει μέχρι το πρώτο επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. (ΕΛΣΤΑΤ, 2020)

Βέβαια, δεν είναι τυχαίο ότι κατά την περίοδο 2010- 2015, που τα ποσοστά κινδύνου φτώχειας είναι αυξημένα ακόμα και για τους απόφοιτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, σημειώνεται, για πρώτη φορά στη μεταπολιτευτική εποχή της Ελλάδας, συνεχής μεταναστευτική εκροή του πληθυσμού, και μάλιστα στις πιο παραγωγικές ηλικίες των 30 έως 64 ετών. (Μισσός, 2020)

#### 4.7.3 Η αλληλεπίδραση του μεταναστευτικού ζητήματος με την εκπαίδευση

Η επιδοματική πολιτική της Ελλάδας, και δη στον τομέα της παιδείας, λειτουργεί αποτελεσματικά όταν προωθεί την ισοτιμία όλων των ανθρώπων, όχι μόνο των

Ελλήνων πολιτών, σε ένα ασφαλές και αξιοπρεπές κοινωνικό περιβάλλον. Σημαντικό μέλημα του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων αποτελεί η ισότιμη πρόσβαση των προσφυγόπουλων και στο εκπαιδευτικό σύστημα, ένα πολύ σημαντικό ανθρώπινο δικαίωμα, ειδικά κατά τη διάρκεια των πρόσφατων ετών, που παρατηρούνται αυξημένες μεταναστευτικές ροές. Έτσι, επιτυγχάνεται η αποστολή του κράτους για την καλλιέργεια και διάπλαση υγιών και ελεύθερων ανθρώπων, παράλληλα με τη διευκόλυνση της κοινωνικής ένταξης στις μαθητικές ομάδες και στο σχολικό περιβάλλον. Οι εκπαιδευτικές δράσεις συμβάλλουν στην πιο ομαλή και αρμονική μετάβαση των παιδιών αυτών με τις ιδιαίτερες δυσκολίες και ανάγκες στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ο θεσμός των απογευματινών Δομών Υποδοχής για την Εκπαίδευση των Προσφυγόπουλων (ΔΥΕΠ) αποτελεί ένα ακόμα πλαίσιο προς αυτή την κατεύθυνση. (Υπουργείο Υγείας και Θρησκευμάτων, 2021)

Είναι εμφανής η εστιασμένη προσπάθεια της, όσο το δυνατόν, ομαλότερης ένταξης των παιδιών αφιχθέντων μεταναστών στα σχολεία. Κατά το σχολικό έτος 2018-2019 οργανώθηκαν προγράμματα για την παροχή εκπαίδευσης σε 12.867 προσφυγόπουλα, 8.290 από αυτά σε κανονικές τάξεις με παράλληλη εκπαιδευτική υποστήριξη και 4.577 σε ξεχωριστές απογευματινές σχολικές εγκαταστάσεις. Περίπου 30 ήταν τα νηπιαγωγεία σε προσφυγικούς καταυλισμούς, συμπεριλαμβανομένων εκείνων σε νησιά. 690 δάσκαλοι έλαβαν ειδική εκπαίδευση. Με τη συνδρομή διερμηνέων στηρίχτηκαν προσφυγόπουλα, ώστε να εγγραφούν στα σχολεία, ενώ προσλήφθηκαν και ψυχολόγοι για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε φοιτητές, οικογένειες και εκπαιδευτικούς πρόσφυγες. Ωστόσο, η ένταξη των παιδιών αυτών στην εκπαίδευση απαιτεί διαρκή εγρήγορση και συντονισμό, καθώς, σύμφωνα με τη UNICEF (2019), εκτιμάται ότι ανέρχονται σε 28.000 τα παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες σε όλη την Ελλάδα. Μόνο το 2018, 21.770 καταγεγραμμένες αιτήσεις για άσυλο αφορούσαν παιδιά. (European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DG EAC), 2019)

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Τζοράκη σε άρθρο της, ανακύπτουν πολλές προκλήσεις στο επίμαχο ζήτημα που είναι ιδιαίτερης σημασίας ως προς τη διαχείρισή τους, διότι σχετίζονται με τον εντοπισμό εκπαιδευτικών που διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα, την κατανομή αυτών σε πολυγλωσσικά και διαφορετικά περιβάλλοντα, την επιπρόσθετη και συνεχή κατάρτιση αυτών, τη διασφάλιση πόρων που θα ενισχύουν την πρόσβαση στην εκπαίδευση σε μεγαλύτερα παιδιά και νέους ενήλικες,

συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων μεταδευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (Tzoraki, 2019)

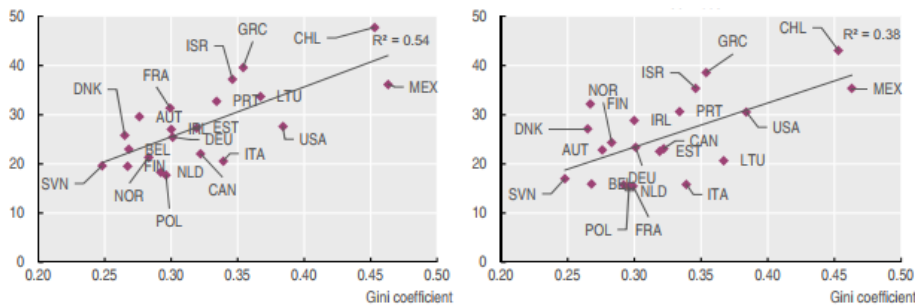
#### **4.7.4 Συμπεράσματα και προτάσεις για την εκπαίδευση**

Όπως προκύπτει από πρόσφατη μελέτη για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2019, τα επενδύσιμα ποσά στην εκπαίδευση και την κατάρτιση από τις δημόσιες δαπάνες της Ελλάδας για την εκπαίδευση είναι από τα χαμηλότερα στην ΕΕ, ενώ, κατά κύριο λόγο, δαπανώνται σε μισθοδοσίες. Οι δημόσιες δαπάνες για την εκπαίδευση ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 3,9% το 2017, με το μέσο όρο της ΕΕ να ανέρχεται σε 4,6% του ΑΕΠ. Ως μερίδιο των συνολικών κρατικών δαπανών, η Ελλάδα δαπάνησε 8,2%, δηλαδή λιγότερο από τις περισσότερες άλλες χώρες της ΕΕ, δεδομένου ότι ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 10,2%. Με αναπροσαρμογή λόγω πληθωρισμού, δηλαδή σε πραγματικούς όρους, «οι δαπάνες για την εκπαίδευση έχουν συρρικνωθεί κατά 2,1% από το 2016 και σωρευτικά κατά 14,3% από το 2010. Η μεγαλύτερη μείωση, της τάξης του 25,8%, ήταν για «ενδιάμεση κατανάλωση», δηλαδή διδακτικό υλικό, θέρμανση και ηλεκτρική ενέργεια. Ακολούθησε ο «ακαθάριστος σχηματισμός κεφαλαίου» (-20,4%), π.χ. οι επενδύσεις σε υπολογιστές, κτίρια κ.λπ. Οι δαπάνες για μισθούς εκπαιδευτικών μειώθηκαν κατά 12,5%.»(European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DGEAC), 2019) Ακόμα και έτσι, όμως, το 2017, οι δαπάνες αφορούσαν κατά 82,5% αποζημιώσεις εργαζομένων, ένα ποσοστό που ήταν το υψηλότερο από ολόκληρης της ΕΕ, όπου ο μέσος όρος ήταν 62%. Το 2019, το Συμβούλιο της ΕΕ απηύθυνε σύσταση αποκλειστικά προς την Ελλάδα καλώντας την να επενδύσει στην εκπαίδευση και τις δεξιότητες (Συμβούλιο της ΕΕ, 2019).

Στην επόμενη εικοσαετία αναμένεται για τη χώρα μας μείωση σχεδόν κατά ένα πέμπτο σε μαθητές. Υπολογίζεται, επίσης, ότι το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 3-18 ετών θα συρρικνωθεί κατά 12% έως το 2030 και κατά σχεδόν 20% έως το 2040. Συμπερασματικά, η Ελλάδα θα χρειαστεί να επενδύσει στον τομέα του εκπαιδευτικού συστήματος, προκειμένου να αναβαθμίσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά του, τόσο για να προσφέρει στους πολίτες της παροχές που θα χρησιμεύσουν στους ίδιους, όσο και για να είναι σε θέση να συμβαδίσει με τους ρυθμούς της υπόλοιπης Ευρώπης. Εκτός αυτού, είναι αναγκαίο να στοχεύσει και στην παροχή ευκαιριών δια βίου μάθησης για την αντιμετώπιση των χαμηλών επιπέδων δεξιοτήτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό. (European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DG EAC), 2019, σ. 6)

Μία ακόμα παράμετρος που επιδέχεται βελτίωσης στο χώρο της εκπαίδευσης είναι η επικαιροποίηση των πληροφοριακών υποδομών και η αναβάθμιση των ψηφιακών δεξιοτήτων, που είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες. Είναι κοινά αποδεκτό ότι τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει να αξιοποιείται πολύ περισσότερο η τεχνολογία της πληροφορίας και των επικοινωνιών, με αποτέλεσμα να περιλαμβάνει προγράμματα σπουδών όλων των βαθμίδων. Παρά την προσπάθεια που σημειώνεται στην ψηφιοποίηση εκπαιδευτικού υλικού, στη χρήση σύγχρονων μεθόδων διδασκαλίας με υποστήριξη τεχνολογικών μέσων, στην αναβάθμιση της συνδεσιμότητας και του υλικοτεχνικού εξοπλισμού, το επίπεδο της ελληνικής εκπαίδευσης αδυνατεί να συναγωνιστεί αυτό του μέσου ευρωπαϊκού όρου. Κατά συνέπεια, το μερίδιο των σχολείων με υποστήριξη στην ψηφιακή εκπαίδευση είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα συγκριτικά με τα ευρωπαϊκά σχολεία κατά μέσο όρο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2019). Κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω αναβάθμιση ψηφιακών δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών, καθώς και η παροχή σε αυτούς κατάλληλων και σύγχρονων μέσων, που θα τους επιτρέπει τη χρήση των δεξιοτήτων αυτών εντός τάξης. (European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DG EAC), 2019)

Βάσει δεδομένων έρευνας του 2018 που πραγματοποιήθηκε από τον ΟΟΣΑ, διαπιστώθηκε ότι άνθρωποι σε χώρες με σχετικά υψηλά επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας είναι πιο πιθανό να δίνουν προτεραιότητα στην υποστήριξη της εκπαίδευσης από ανθρώπους που ζουν σε χώρες με μικρότερη εισοδηματική ανισότητα. Αυτό προκύπτει, ενδεχομένως, γιατί πιστεύουν πως μέσω της μόρφωσης θα μπορούσαν να διασφαλίσουν μεγαλύτερη ισοτιμία ευκαιριών. Σε χώρες με υψηλούς δείκτες ανισότητας, όπως η Ελλάδα και η Χιλή, ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 40% κρίνει πως ο τομέας της εκπαίδευσης θα έπρεπε να συγκαταλέγεται στους πιο κρίσιμους και αναγκαίους τομείς άσκησης της πολιτικής, σημειώνοντας πως οι ερωτηθέντες μπορούσαν να επιλέξουν μέχρι τρεις ανάμεσα σε εννέα διαφορετικούς τομείς, με ένα παρόμοιο ποσοστό πληθυσμού να παραδέχεται πως είναι διατεθειμένο να επιβαρυνθεί με υψηλότερη φορολογία για να έχει πρόσβαση στην παιδεία. (OECD, 2019, σσ. 65-71)



Πηγή : (OECD, 2019, σ. 71)

**Διάγραμμα 4.12: Εισοδηματική ανισότητα και Α) % στήριξη της προτεραιότητας στην εκπαίδευση Β) % πρόθεση φορολογικής επιβάρυνσης ώστε να ενισχυθεί η εκπαίδευση**

#### 4.8 Ανακεφαλαίωση

Ο καθορισμός της επιδοματικής πολιτικής στην Ελλάδα αποτυπωνόταν κάθε φορά μέσω των κοινωνικών δεικτών σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής των πολιτών της. Η περίοδος ειδικά μετά το 2009 χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση των κοινωνικών ανισοτήτων, της φτώχειας και της υλικής αποστέρησης, την ανεργία και την ενίσχυση του αποκλεισμού ευάλωτων ομάδων ή ανθρώπων. Η επιβεβλημένη δημοσιονομική λιτότητα δε συνετέλεσε μόνο σε περικοπές κοινωνικών δαπανών, σε οικονομικές δυσχέρειες και αυξήσεις φόρων. Οδήγησε και στην ανάδειξη της αναγκαιότητας μεταρρυθμίσεων και άμεσων, συστηματικά οργανωμένων βημάτων, που θα επέφεραν αποδοτικότερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, εξασφάλιση δικαιότερων και πιο ισότιμων ευκαιριών στα μέλη της κοινωνίας χωρίς διακρίσεις. Παρατέθηκαν και συνολικά, στο πλαίσιο των κοινωνικών δαπανών, αλλά και στους τομείς των συντάξεων, της υγείας και της παιδείας, τα στάδια στρατηγικής χάραξης και οργάνωσης της επιδοματικής πολιτικής. Μέσα από στατιστικά ερευνών σχετικά με τη χώρα μας καταγράφηκε πώς δόθηκε προτεραιότητα στην αποκλιμάκωση των προβληματικών μεγεθών, στη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών, στη μεγαλύτερη διαφάνεια των ελεγκτικών μηχανισμών και στον εξορθολογισμό των δαπανών. Αποτέλεσμα ήταν, τελικά, να επιτευχθεί από το 2016 και εφεξής το γεγονός του πλεονασματικού προϋπολογισμού, της αντιστροφής των ελλειμμάτων και της πιο αισιόδοξης προοπτικής, αν και τα περιθώρια βελτίωσης είναι μεγάλα συγκριτικά με την εικόνα άλλων κρατών μελών της ΕΕ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 5.1 Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία έγινε η διερεύνηση των θεμάτων που πραγματεύεται στα 4 πρώτα κεφάλαια μέσω της βιβλιογραφικής αναδίφησης. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από πηγές πρωτογενούς και δευτερογενούς υλικού της βιβλιογραφίας, τόσο ημεδαπής όσο και αλλοδαπής προέλευσης. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η αξία επίσημων στατιστικών και ερευνών από υπηρεσίες και οργανισμούς εθνικούς, ευρωπαϊκούς αλλά και υπερεθνικής εμβέλειας, π.χ. ΕΛΣΤΑΤ, Eurostat, ΟΟΣΑ, WHO κ.ά. Επιπλέον, οι ηλεκτρονικές πηγές από το διαδίκτυο εμπλούτισαν ουσιαστικά το υλικό προς μελέτη και προς εξαγωγή συμπερασμάτων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται η αναζήτηση απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα με τη μέθοδο της συνέντευξης, μέσα από τη διαφωτιστική ματιά και πείρα ενός προσώπου άμεσα σχετιζόμενου με φορείς της κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας λόγω της επαγγελματικής του ιδιότητας.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης ποιοτικής έρευνας είναι να διερευνηθεί εάν, και ενδεχομένως σε ποιο βαθμό, υλοποιείται η επιδοματική πολιτική στη χώρα μας σύμφωνα με κριτήρια δικαιοσύνης, αποτελεσματικότητας και βιώσιμης εξέλιξης. Αναζητείται το επίπεδο ικανοποίησης των μονάδων ή ομάδων που λαμβάνουν επιδόματα ή υπηρεσίες, το επίπεδο δυσαρέσκειας των ασφαλισμένων που επιφορτίζονται με επιβαρύνσεις μέσω εισφορών και φόρων, οι δυνατότητες διεύρυνσης του φάσματος αποδεκτών βοηθημάτων ή στήριξης, καθώς και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών χωρίς, όμως, τη διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων ή απορρόφησής τους από προϋπολογισμούς άλλων τομέων.

### 5.2 Ποιοτική έρευνα μέσω συνέντευξης

Η προσπάθεια ποιοτικής διερεύνησης επικουρείται από τη συνέντευξη σε ένα πρόσωπο που εργάζεται σε φορέα άσκησης της, τον κύριο Ζαχαρή Ιωάννη. Η εμπειρία του κατά την επαγγελματική του πορεία σε σημαίνουσα θέση, ως διευθυντής στον ΟΠΕΚΑ, ήταν διαφωτιστική. Η συνεχής και ενεργή επαφή αφενός με το διοικητικό μηχανισμό και αφετέρου με τους υποψήφιους δικαιούχους σε φυσικό χώρο υλοποίησης της πολιτικής του κράτους πρόνοιας, η εκ του σύνεγγυς παρακολούθηση των αλλαγών που σημειώθηκαν στο πέρασμα των ετών αναφορικά με τα παρεχόμενα βοηθήματα (πλήθος, ύψος, καταργήσεις) και με τις διαδικασίες χορήγησης, η παρατήρηση των



συνεπαγόμενων επιδράσεων σε συνδυασμό με στατιστικά στα οποία έχει πρόσβαση, είναι απόλυτα χρήσιμες στη στοιχειοθέτηση της παρούσας έρευνας.

Είναι δεδομένο, όπως έχει αναλυθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ότι η επιδοματική πολιτική περιλαμβάνει παροχές και επιδόματα που επεκτείνονται όχι μόνο στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και στα ευρύτερα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής, όπως είναι η πρόνοια και η κοινωνική ασφάλεια. Είναι, επομένως, οι τεχνικές υλοποίησης της κοινωνικής προστασίας που καθορίζουν σε ποιο περιβάλλον εντάσσεται η κάθε παροχή ή επίδομα, χωρίς να είναι απόλυτα στεγανά τα όρια του εκάστοτε πεδίου. Υπάρχουν, για παράδειγμα, επιδόματα που χορηγούνται ανταποδοτικά ανάλογα με τις εισφορές, σε αντίθεση με άλλα που, ως «προνοιακά», παραχωρούνται μονομερώς από το κράτος σε πρόσωπα που υπάγονται σε ευπαθείς ομάδες. Όμως, ακόμα και στο κομμάτι των συντάξεων, που η χορήγησή τους είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις ασφαλιστικές εισφορές, υπάρχουν επιδόματα που αποδεδμεύονται από αυτή τη συνάρτηση και παρέχονται με άλλα κριτήρια, όπως το επίδομα παραπληγίας ή απολύτου τυφλότητας, που καθορίζονται από το ποσοστό αναπηρίας της γνωμάτευσης των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕΠΑ).

Για το λόγο αυτό, και επειδή το πρόσωπο που μου παραχώρησε τη συνέντευξη υπαγόταν επαγγελματικά, πριν από την παρούσα ιδιότητά του στον ΟΠΕΚΑ, για 17 έτη σε φορέα της Κοινωνικής Ασφάλισης, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), οι πρώτες ερωτήσεις εμπεριέχουν και θέματα σχετικά με το ασφαλιστικό σύστημα. Το ακόλουθο σκέλος περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις προϋποθέσεις χορήγησης των επιδομάτων και το κατά πόσο τα αναφερόμενα κριτήρια διασφαλίζουν τη δίκαιη απόδοση εύνοιας σε κάποιες ομάδες, ειδικά τη στιγμή που αυτό συνεπάγεται ταυτόχρονη επιβάρυνση άλλων ατόμων. Έπεται το κομμάτι για την κατάθεση απόψεων ως προς το βαθμό ενημέρωσης, ευκολίας ή όχι στην υποβολή αίτησης για τα χορηγούμενα επιδόματα, σεβασμού ή όχι των ευαίσθητων χαρακτηριστικών των υποψήφιων δικαιούχων. Γίνεται προσπάθεια διερεύνησης της σκοπιμότητας των κοινωνικών δαπανών του ελληνικού κράτους πρόνοιας, δηλαδή της αποτελεσματικότητας ή όχι, σε ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων ενισχύσεων ή υπηρεσιών. Τέλος, αποπειράται να εξακριβωθεί αν είναι εφικτό, και σε ποιο βαθμό, να επιτευχθούν αντίστοιχης εμβέλειας αποτελέσματα με εναλλακτικές γραμμές κοινωνικής πολιτικής, ώστε να γίνεται άριστη κατανομή διατιθέμενων πόρων στον κλάδο της κοινωνικής προστασίας.

1. Ποιοι από τους παρακάτω ή άλλους παράγοντες έχουν, κατά τη γνώμη σας, τη σημαντικότερη επίδραση στην επιδείνωση της κατάστασης του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, που συνεπάγεται ακολούθως την επιβάρυνση του προϋπολογισμού της επιδοματικής πολιτικής; Δημογραφικό πρόβλημα, ανεργία, παραοικονομία, εισφοροδιαφυγή, πρόωρη συνταξιοδότηση, πολυνομία.

Ανεργία

Παραοικονομία

Εισφοροδιαφυγή

2. Το ποσοστό υποχρεωτικών εισφορών στο ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι υψηλό σε σχέση με τις αποδοχές των εργαζομένων συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό σε χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης. Θεωρείτε ότι ο εργαζόμενος γίνεται δέκτης ανταποδοτικών παροχών που αντισταθμίζουν το βάρος που επωμίζεται;

Τόσο με ποσοτικούς, π.χ. ύψος συντάξεων, όσο και με ποιοτικούς όρους, π.χ. ιδιωτικές πληρωμές για παροχές υγείας, η ανταποδοτικότητα των παροχών είναι σχετικά χαμηλή.

3. Με ποια κριτήρια ή συνδυασμό αυτών πιστεύετε ότι θα έπρεπε να λαμβάνονται τα επιδόματα; Π.χ. Εισόδημα, ηλικία, φύλο, κατάσταση υγείας, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, κοινωνικά, ασφαλιστική ικανότητα. Υπάρχουν κάποια από αυτά που θα έπρεπε να είναι σταθερά ενσωματωμένα στον έλεγχο χορήγησης επιδομάτων;

- Εισόδημα, το οποίο θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την ηλικία
- Κατάσταση υγείας
- Ασφαλιστική ικανότητα (υπό την έννοια της δυνατότητας άσκησης δραστηριότητας, μισθωτής ή μη μισθωτής, και υπαγωγής στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης)

4. Τα υπάρχοντα κριτήρια αποτελούν ικανοποιητική δικλείδα ασφαλείας, ώστε τα επιδόματα να χορηγούνται δικαίως σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων. Συμφωνείτε ή διαφωνείτε;

Εν μέρει, συμφωνώ. Για παράδειγμα, τα προνοιακά αναπηρικά επιδόματα (11 τον αριθμό, με ετήσια δαπάνη περί τις 800.000 ευρώ) δεν χορηγούνται, κατά βάση, συνυπολογίζοντας εισοδηματικά ή περιουσιακά κριτήρια. Σε ορισμένα από αυτά λαμβάνεται υπόψη το ποσό τυχόν ταυτόχρονα λαμβανόμενης

σύνταξης π.χ. βαριά αναπηρία ή νοητική υστέρηση, καθώς και το ύψος του ποσού τυχόν ταυτόχρονα λαμβανόμενης άλλης οικονομικής ενίσχυσης (όχι σύνταξης) λόγω αναπηρίας, όχι όμως το σύνολο των τυχόν εισοδημάτων ή των περιουσιακών στοιχείων των δικαιούχων. Στα άλλα επιδόματα, π.χ. επίδομα παιδιού, επίδομα ενοικίου, ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων κ.ά., υπάρχουν εισοδηματικά και περιουσιακά κριτήρια. Το βασικό πρόβλημα είναι ο τρόπος διαπίστωσης του ύψους του εισοδήματος και ειδικότερα, αφενός η περίοδος αναφοράς και ελέγχου ως προς αυτό, π.χ. φορολογικές δηλώσεις οι οποίες αφορούν εισοδήματα του προηγούμενου, στην καλύτερη περίπτωση, της αίτησης χρόνου και αφετέρου η αξιοπιστία των εν λόγω φορολογικών στοιχείων π.χ. παραοικονομία, απόκρυψη εισοδημάτων.

5. Έχετε διαπιστώσει να παρατηρείται το φαινόμενο αλληλοεπικάλυψης επιδομάτων από την επαγγελματική σας εμπειρία; Αν ναι, μπορείτε να μας αναφέρετε κάποιο παράδειγμα και αν υπάρχει τρόπος να αντιμετωπιστεί το ζήτημα υπηρεσιακά, εφόσον διαπιστωθεί κάτι τέτοιο;

Ναι, υπό το πρίσμα του σκοπού για τον οποίο χορηγούνται. Για παράδειγμα, χορηγούνται από τον ΟΠΕΚΑ δύο προνοιακά επιδόματα που αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών στέγασης, το Επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής, για ανασφάλιστους υπερήλικες, και το Επίδομα Στέγασης, με το πρώτο εξ αυτών να είναι υψηλότερο. Επίσης, το Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων, το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και το Επίδομα Ομογενών είναι οικονομικά βοηθήματα, τα οποία ουσιαστικά έχουν κοινή στόχευση. Η βασική ιδέα είναι ότι η κοινωνική πρόνοια, ως έκφραση κοινωνικής αλληλεγγύης, άρα με αναφορά στη μη ανταποδοτικότητα, θα πρέπει να καλύπτει τις βασικές ανάγκες των πιο ευάλωτων κοινωνικά και οικονομικά. Ως προς τις βασικές ανάγκες, θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις άξονες-πυλώνες ως εξής :

Ανάγκες αξιοπρεπούς διαβίωσης : Ένδυση, τροφή, στέγαση κ.λπ.

Ανάγκες που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας (αναπηρίες κ.λπ.)

Ανάγκη στήριξης των οικογενειών με παιδιά (εδώ μπαίνουν και ζητήματα δημογραφικής πολιτικής)

Υπό την ανωτέρω έννοια, θα μπορούσαν να υπάρχουν αντί για 16, ως πούμε3 επιδόματα, με το ύψος του ποσού να διαμορφώνεται σε κάθε πυλώνα με

κριτήρια εισοδηματικά, περιουσιακά, ηλικίας, βαρύτητας αναπηρίας από λειτουργική άποψη και όχι με βάση τις παθήσεις π.χ. δυνατότητα εργασίας, αυτοεξυπηρέτησης κ.λπ. Η αντιμετώπιση των ανωτέρω ζητημάτων δεν μπορεί να είναι υπηρεσιακή, αλλά θα μπορούσε να υλοποιηθεί μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων.

6. Θεωρείτε πως οι πολίτες άλλης ιθαγένειας από την ελληνική που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα θα έπρεπε να έχουν το δικαίωμα λήψης χρηματικών επιδομάτων δεδομένου ότι πληρούν τις λοιπές προϋποθέσεις χορήγησης;

Οι παροχές προνοιακής προστασίας είναι έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης των μελών κάθε συγκεκριμένης κοινωνίας (Ελληνικής, Γερμανικής κ.λπ.), προς τους πιο ευάλωτους κοινωνικά και οικονομικά, που αποτελούν, επίσης όμως, μέλη της συγκεκριμένη κοινωνίας. Η αλληλεγγύη αυτή δεν έχει φιλανθρωπικό χαρακτήρα αλλά κοινωνικό. Υπό αυτή την έννοια, διασφαλίζεται η κοινωνική συνοχή μέσω της κάλυψης βασικών αναγκών διαβίωσης κ.λπ., μέσω συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα, μέσω αποφυγής περιθωριοποίησης και παραβατικότητας. Παράλληλα, η αλληλεγγύη που διέπει τις προνοιακές παροχές και υπηρεσίες εμπεριέχει και οικονομικό χαρακτήρα, υπό την έννοια της διασφάλισης ενός επιπέδου εισοδήματος το οποίο στηρίζει την κατανάλωση (ενεργό ζήτηση), αλλά και την ένταξη ή επανένταξη, όσων έχουν την δυνατότητα, στην αγορά εργασίας. Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, οι προνοιακές παροχές δεν θα πρέπει να χορηγούνται με βάση την ιθαγένεια, αλλά με κριτήρια όπως: ο βαθμός ένταξης των προσώπων στην συγκεκριμένη κοινωνία, π.χ. πρόθεση μόνιμης διαμονής και εργασίας και όχι εκμετάλλευσης του συστήματος (κοινωνικός τουρισμός), η ευαλωτότητα π.χ. αξιόπιστο, διαφανές και αποτελεσματικό σύστημα ανίχνευσης αναγκών, σύστημα παρακολούθησης της κατανομής πόρων, σύστημα αξιολόγησης, πολιτικές ένταξης και επανένταξης στην αγορά εργασίας κ.λπ.

7. Κρίνετε ότι οι οικονομικές ενισχύσεις με τη μορφή επιδομάτων θα έπρεπε να χορηγούνται αποκλειστικά και μόνο σε άτομα με κρίσιμα θέματα επιβίωσης (π.χ. που διαβιούν υπό το καθεστώς ακραίας φτώχειας, σοβαρής υλικής αποστέρησης, μακροχρόνιας ανεργίας, σοβαρών προβλημάτων υγείας);

Ναι.

8. Η πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με τα παρεχόμενα επιδόματα και υπηρεσίες γίνεται επαρκώς και έγκαιρα; Ποια είναι η γνώμη σας;

Αν και έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος ως προς το θέμα αυτό, π.χ. επέκταση πληροφόρησης μέσω διαδικτύου, συγκέντρωση σημαντικού αριθμού προνοιακών επιδομάτων σε ένα φορέα (ΟΠΕΚΑ-Ν.4520/2018), δημιουργία Εθνικού Μηχανισμού Συντονισμού, Παρακολούθησης και λοιπών Πολιτικών Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Συνοχής (Ν.4368/2016), καθώς και σύσταση και λειτουργία Κέντρων Κοινότητας σε επίπεδο Δήμων (Ν.4368/2016), δεν υπάρχουν σχετικές εκθέσεις αξιολόγησης για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, όπως π.χ. σχετική έρευνα καταγραφής του βαθμού ικανοποίησης από την παρεχόμενη πληροφόρηση, έρευνα για το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού στόχου-αναφοράς κάθε επιδόματος κ.λπ.

9. Η διαδικασία υποβολής αιτήσεων για τους υποψήφιους δικαιούχους είναι απλή και σαφής;

Η διαδικασία υποβολής είναι διαφοροποιημένη ανάλογα με το επίδομα .Αυτό οφείλεται στα εξής: Δεν υποστηρίζονται οι διοικητικές διαδικασίες χορήγησης των επιδομάτων, άρα και της υποβολής της αίτησης, από μια ενιαία ηλεκτρονική πλατφόρμα. Επίσης, για κάποια επιδόματα ισχύουν, στην πραγματικότητα, χειρόγραφες διαδικασίες, τόσο για την υποβολή της αίτησης όσο και των δικαιολογητικών, που σημαίνει ότι δεν υπάρχουν διαλειτουργικότητες με βάσεις ψηφιακών δεδομένων του δημοσίου, π.χ. επίδομα ομογενών, επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων, επίδομα στεγαστικής συνδρομής υπερηλίκων. Τέλος, διαφοροποιημένο επίπεδο ανάπτυξης ηλεκτρονικών διαδικασιών υποβολής και ελέγχου της αίτησης υπάρχει και μεταξύ επιδομάτων για τα οποία έχει δημιουργηθεί ηλεκτρονική πλατφόρμα π.χ. Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, Επίδομα Ενοικίου, Επίδομα Παιδιού, Αναπηρικά Επιδόματα. Για παράδειγμα , υπό προϋποθέσεις, η αίτηση για το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα μπορεί να υποβάλλεται και από το σπίτι από προσωπικό ηλεκτρονικό υπολογιστή, ενώ για τα αναπηρικά επιδόματα όχι, και οι αιτούντες είναι υποχρεωμένοι να την υποβάλλουν μέσω των Κέντρων Κοινότητας του τόπου κατοικίας τους. Γενικά, η διαδικασία είναι απλή και σαφής ανάλογα με το επίπεδο ηλεκτρονικοποίησης της διοικητικής διαδικασίας. Όσο πιο υψηλό το επίπεδο ηλεκτρονικοποίησης, τόσο πιο απλή και σαφής.

10. Στην Ελλάδα, κατά τη διαδικασία υποβολής συμμετοχής των υποψήφιων δικαιούχων των επιδομάτων/ κοινωνικών παροχών λαμβάνονται υπόψη τα

ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες κατατάσσονται, ώστε να αποφεύγεται η πρόσθετη ταλαιπωρία τους, π.χ. εύκολη πρόσβαση στους ανθρώπους με αναπηρία, ηλεκτρονική πρόσβαση ή μεγαλύτερα χρονικά περιθώρια υποβολής σε κατοίκους παραμεθωρίων περιοχών, χρονική επίσπευση χρηματικής ενίσχυσης σε άτομα υπό το καθεστώς οικονομικής ανέχειας κλπ. Σε ποιο βαθμό επαληθεύεται αυτή η διαπίστωση;

Δεν εφαρμόζονται τέτοια κριτήρια. Ειδικά για την πρόσβαση των αναπήρων, χρειάζεται να γίνουν ακόμη πολλά π.χ. προσαρμογή των πληροφοριακών συστημάτων στις ειδικές ανάγκες ατόμων με αναπηρίες.

11. Ας θεωρήσουμε ότι οι υπάλληλοι που εργάζονται σήμερα στους φορείς άσκησης της επιδοματικής πολιτικής είναι ευαισθητοποιημένοι πάνω σε κοινωνικά θέματα και χειρίζονται με περισσότερη λεπτότητα τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Κατά πόσο, κρίνετε εσείς, η οργάνωση και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός στη δική σας υπηρεσία είναι σύμμαχος στο έργο τους;

Η υφιστάμενη οργανωτική δομή, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός, ο αριθμός αλλά και οι ικανότητες και δεξιότητες του προσωπικού δεν μπορούν να υποστηρίξουν μια τέτοια θέση, π.χ. οι προβλεπόμενες οργανικές θέσεις κοινωνικών λειτουργών στον ΟΠΕΚΑ δεν έχουν πληρωθεί από την ημερομηνία σύστασης και έναρξης της λειτουργίας του Οργανισμού.

12. Στην προστασία ποιου τομέα πιστεύετε ότι χρειάζεται να δοθεί έμφαση μέσω της επιδοματικής πολιτικής του κράτους; Π.χ. υγεία, εργασία, οικογένεια/μητρότητα, παιδεία, στέγαση, εξάλειψη κοινωνικού αποκλεισμού.

Στην εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού και στις συνδυασμένες πολιτικές, παρεμβάσεις και δράσεις για ένταξη ή επανένταξη στην αγορά εργασίας.

13. Από την εμπειρία σας λόγω της επαγγελματικής σας ιδιότητας, σε ποιο βαθμό πιστεύετε πως η επιδοματική πολιτική της χώρας μας επιτρέπει στα άτομα ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων να ανταποκριθούν (στοιχειωδώς) στις βασικές οικονομικές τους ανάγκες;

Το επίπεδο προστασίας είναι χαμηλό. Για παράδειγμα, το πλήρες ποσό του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος (όταν δηλαδή το μηνιαίο εισόδημα του αιτούντος είναι μηδενικό) ανέρχεται σε 200 ευρώ. Αυτό το ποσό είναι περίπου το 1/3 του βασικού μισθού ανειδίκευτου εργάτη και σημαντικά κατώτερο από το ποσό του ορίου της σχετικής φτώχειας, περίπου 390 ευρώ ατομικό διαθέσιμο

ισοδύναμο εισόδημα, όπως αναφέρει σχετικά η ΕΛΣΤΑΤ. Σε γενικές γραμμές, το ύψος του ποσού των επιδομάτων δεν καθορίζεται ή και δεν αναπροσαρμόζεται (νομοθετικά) με βάση συγκεκριμένα κριτήρια ή ποσά αναφοράς, όπως ο κατώτατος μισθός, το σχετικό ή το απόλυτο όριο της φτώχειας, ο δείκτης τιμών, ο πληθωρισμός, οι ρυθμοί ανάπτυξης κ.λπ.

14. Είστε της άποψης ότι η ελληνική επιδοματική πολιτική καταφέρνει να αποτρέψει τον κοινωνικό αποκλεισμό ατόμων όπως μονογονεϊκές οικογένειες, πρόσφυγες, αποφυλακισμένοι, Ρομά κλπ. Μέσω της οικονομικής στήριξης που τους παρέχει;

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν μια τέτοια θέση. Πάντως, αναφορικά με την αποτροπή του κινδύνου της σχετικής φτώχειας, η προνοιακή επιδοματική πολιτική συμβάλλει κατά μικρό ποσοστό (κάτω του 3%) σε σχέση με τις συντάξεις, σύμφωνα και με την ΕΛΣΤΑΤ.

15. Η επιδοματική πολιτική επιδρά στην αναδιανομή του εισοδήματος. Αυτό, κατά τη γνώμη σας, εφαρμόζεται με άξονα την κοινωνική δικαιοσύνη;

Εξ ορισμού, οι προνοιακές επιδοματικές πολιτικές ως έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης, χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενικά έσοδα) και ως εκ τούτου, πάλι εξ ορισμού, συνιστούν αναδιανεμητικό μηχανισμό του διαθέσιμου κάθε φορά εισοδήματος. Ο βαθμός της αναδιανομής, και ιδίως η αποτελεσματικότητα της με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης, είναι συνάρτηση των κριτηρίων και προϋποθέσεων χορήγησης των επιδομάτων, καθώς και του συστήματος ελέγχου αυτών. Για παράδειγμα, η απόκρυψη ή αδυναμία εντοπισμού εισοδημάτων από τις φορολογικές αρχές, η έκταση της παραοικονομίας, ο τρόπος διαπίστωσης και πιστοποίησης της αναπηρίας, το ύψος του ποσού των επιδομάτων και, εν γένει, το σύστημα επιλογής και ένταξης ή απένταξης των δικαιούχων στα σχετικά προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης προσδιορίζουν την αναδιανεμητική λειτουργία των επιδομάτων με όρους κοινωνικής δικαιοσύνης.

16. Θεωρείτε ότι η παροχή επιδομάτων που δε συνεπάγεται συγκεκριμένες υποχρεώσεις για τους παραλήπτες τους υπονομεύει την προσωπική τους ευθύνη για την υπόλοιπη κοινωνία;

Ναι.

17. Κρίνετε πως η χορήγηση επιδομάτων και παροχών λειτουργεί αποτρεπτικά στην ανάληψη ενεργής δράσης από τους πολίτες;

Όχι αποκλειστικά η χορήγηση, αλλά η ανυπαρξία ή η χαλαρή σύνδεση των επιδοματικών πολιτικών με τις πολιτικές ένταξης και επανένταξης στην αγορά εργασίας λειτουργεί αποτρεπτικά προς αυτή την κατεύθυνση.

18. Στην Ελλάδα είναι εφικτή η μετάβαση από το ισχύον καθεστώς κατεξοχών παθητικών πολιτικών στήριξης αδύναμων ομάδων (κυρίως χορήγηση επιδομάτων και παροχών) σε ένα καθεστώς ενεργητικών πολιτικών (προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού/ κατάρτισης/ μαθητείας βάσει της αγοράς εργασίας/ επέκταση θέσεων πλήρους απασχόλησης σε μονάδες κοινωνικής μέριμνας σε συνεργασία με ΟΑΕΔ κ.λπ.) με κατάλληλο συντονισμό και οργάνωση, αλλά δεν υπάρχει πολιτική βούληση να υλοποιηθεί λόγω του συνεπαγόμενου πολιτικού κόστους. Ποια είναι η γνώμη σας;

Είναι εφικτή, αλλά πράγματι πρώτη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη πολιτικής βούλησης για την αξιοποίηση και εφαρμογή της σχετικής γνώσης, που έχει ήδη αποκτηθεί σε διεθνές επίπεδο. Δυστυχώς, μέχρι σήμερα πολύ λίγα έχουν υλοποιηθεί σε σχέση με το ανωτέρω ζήτημα.

19. Αν υποθεθεί ότι καταργούνται από τη μεριά του κράτους οι οικονομικές ενισχύσεις με τη μορφή των επιδομάτων, ποια εναλλακτική γραμμή στήριξης ομάδων σε ανάγκη πιστεύετε πως θα ανταποκρινόταν στην υλοποίηση των στόχων της επιδοματικής πολιτικής και σε ποιο βαθμό; Π.χ. δημιουργία θέσεων εργασίας πλήρους απασχόλησης στο δημόσιο τομέα σε μονάδες φροντίδας τοπικής αυτοδιοίκησης/ προνοιακών υπηρεσιών, ίδρυση βρεφονηπιακών/ παιδικών σταθμών, παροχή γονικών αδειών και στους δύο γονείς για την ανατροφή τέκνων, δωρεάν προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού/ εξειδίκευσης, δικαίωμα παράτασης εργασιακού βίου για άτομα άνω των 67 ετών, οργάνωση κρατικών δομών φιλοξενίας/ σίτισης/ στέγασης, επέκταση προγραμμάτων φροντίδας κατ' οίκον ηλικιωμένων, συνεργασία με τοπικούς/ κοινωνικούς φορείς σε τοπικά προγράμματα απασχόλησης με κεντρικό ρόλο του ΟΑΕΔ.

Είναι προφανές ότι η επιδοματική πολιτική (παροχές σε χρήμα) σε παρά πολλές περιπτώσεις υποκαθιστά ή αντικαθιστά αποτελεσματικότερα μέτρα στήριξης μέσω παροχών σε είδος π.χ. αντί της χορήγησης υπηρεσιών προσωπικού βοηθού σε άτομα με αναπηρίες επιλέγεται η χορήγηση ενός γενικού επιδόματος (παροχής) σε χρήμα κ.λπ. Ακριβώς αυτή η σχέση των παροχών (σε χρήμα και σε είδος) παρέχει, επίσης, τη δυνατότητα επιλογής της



πιο κατάλληλης με όρους αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Η συμπληρωματικότητα, επιπλέον, δεν θα πρέπει να αποκλείεται.

20. Συμφωνείτε ότι στην Ελλάδα τα επιδόματα καταλήγουν να γίνονται στόχος αντί για μέσο στήριξης ή διασφάλισης αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης;

Σε γενικές γραμμές, συμφωνώ.

21. Πιστεύετε πως η περικοπή του προϋπολογισμού για την επιδοματική πολιτική στη χώρα μας είναι ενδεικτική της εξασθένησης του κοινωνικού χαρακτήρα του κράτους πρόνοιας;

Κατά την άποψή μου, η εξασθένηση του κοινωνικού χαρακτήρα του κράτους πρόνοιας οφείλεται κυρίως στο σύστημα διαχείρισης και κατανομής των διαθέσιμων πόρων και όχι στο ύψος των διατιθέμενων πόρων. Στο πλαίσιο αυτό, απαιτείται εξορθολογισμός και εκσυγχρονισμός του νομοθετικού πλαισίου, αξιόπιστο και διαφανές σύστημα επιλογής των δικαιούχων, που στοχεύει και ανιχνεύει τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς. Είναι επιτακτική η σύνδεση επιδοματικών πολιτικών με πολιτικές ένταξης και επανένταξης στην αγορά εργασίας, η συμπληρωματικότητα παροχών σε χρήμα και σε είδος, η καθιέρωση συστήματος μόνιμης αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων κ.λπ.

22. Η επιτροπεία από τους θεσμούς κατά το διάστημα της κρίσης είχε και θετικές επιδράσεις, καθώς δημιούργησε πίεση για αναγκαστική αναμόρφωση του υφιστάμενου συστήματος κοινωνικής μέριμνας (υποχρεωτική κατάρτιση προϋπολογισμών σύμφωνων με στόχους Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαφάνεια δαπανών, λογοδοσία φορέων, ολοκλήρωση απογραφής συνταξιούχων/ ασφαλισμένων, προσπάθεια ενοποίησης ασφαλιστικών ταμείων και υπηρεσιών υγείας, κ.ά.) Ποια είναι η γνώμη σας;

Συμφωνώ.

23. Είστε ευχαριστημένος από την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων της επιδοματικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα;

Δεν είμαι ευχαριστημένος.

### 5.3 Περιορισμοί στη μεθοδολογία

Η δυσκολία να προσεγγιστεί μέσω ποσοτικής έρευνας το αντικείμενο της επιδοματικής πολιτικής βάσει αποτελεσμάτων από το ερωτηματολόγιο ανάγεται στο ότι το δείγμα των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο θα ήταν πολύ περιορισμένο για να είναι αντιπροσωπευτικό, ειδικά σε ένα τόσο ευρύ θεματικό αντικείμενο. Για το λόγο αυτό,

δεν θα ήταν εφικτό να διαμορφωθεί ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που να αφορούν στο πλήθος των χορηγούμενων επιδομάτων ανά άτομο, στον αριθμό δικαιούχων ανά είδος επιδόματος, στη διάρκεια χορήγησης, στη διακύμανση του ύψους επιδομάτων κατά το πέρασμα των ετών, στην επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων ανά τομέα χορήγησης ανά ομάδα που απευθύνονται, στη συσχέτιση με το εισόδημα ή με τα κριτήρια χορήγησης. Θα προέκυπταν αποτελέσματα που θα στρέβλωναν την πραγματική διάσταση της κατάστασης, γιατί ο δειγματικός χώρος δεν θα απαρτιζόταν από μικτό πλήθος ευάλωτων και μη ομάδων, δηλαδή δεν θα υπήρχε πολυεπίπεδη δειγματοληψία. Επιπλέον, δεν θα είχε εξασφαλιστεί η ισότιμη και τυχαία αντιπροσώπευση όλων των κατηγοριών βάσει ηλικίας, φύλου, υγείας, τόπου διαμονής, εισοδήματος, μορφωτικού επιπέδου, ιθαγένειας, κοινωνικών κριτηρίων κ.ά., ούτε η συνεχής παρακολούθηση των εξελίξεων από τη μεριά των ερωτώμενων στο υπό έρευνα χρονικό διάστημα. Από μία δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα τα συμπεράσματα δεν είναι γενικεύσιμα, ούτε είναι εφικτός ο υπολογισμός του σφάλματος εκτίμησης. Συνεπώς, επέλεξα να αποφύγω το ρίσκο της ποσοτικής έρευνας με ερωτηματολόγιο, ώστε να αποτραπεί ο κίνδυνος επισφαλών συμπερασμάτων.

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι εσκεμμένα θα αποφεύγονταν ερωτήσεις σχετικά με θέματα που θα έφερναν ενδεχομένως τους ερωτώμενους σε δύσκολη θέση ή θα τους ανάγκαζαν να υπεκφύγουν, απαντώντας διαφορετικά από ότι η πραγματική τους υφιστάμενη κατάσταση ορίζει. Έτσι, ερωτήσεις για την κατάσταση της υγείας ή αναπηρίας, ζητήματα ευαίσθητων κοινωνικών δεδομένων ή διερευνητικά για το επίπεδο διαβίωσης, καθώς και διαβαθμίσεις με συγκεκριμένες τάξεις μεγεθών δεν θα μπορούσαν να ενταχθούν στο ερωτηματολόγιο.

Από την άλλη, απαντήσεις που αποτυπώνουν, κατά κύριο λόγο, τη γνώμη πάνω σε ποιοτικά ζητήματα σχετικά με την επιδοματική πολιτική προτίμησα να δοθούν μέσω της συνέντευξης. Οπότε και τέθηκαν σε πρόσωπο σημαίνουσας θέσης σε υπηρεσία που αποτελεί σημαντικό φορέα εφαρμογής αυτής, τον ΟΠΕΚΑ, προκειμένου να φωτιστούν πτυχές του αντικειμένου της παρούσας εργασίας.

#### **5.4 Συνολικά συμπεράσματα**

Η παρούσα εργασία έγινε με την αισιόδοξη βλέψη να απαντηθούν ορισμένα ερωτήματα που σχετίζονται άμεσα με τις επιλογές χάραξης, υλοποίησης και αποτελεσματικότητας της επιδοματικής πολιτικής κατά τα πρόσφατα 40 έτη στην χώρα μας, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό βεληνεκές. Κάποια από τα κυριότερα ερωτήματα που τέθηκαν είναι:

1. Τα κριτήρια χορήγησης επιδομάτων/ υπηρεσιών διασφαλίζουν δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση στους πολίτες;
2. Σε τι ποσοστό καλύπτεται το σύνολο των ανθρώπων που είναι σε ανάγκη λήψης;
3. Επιτυγχάνεται ικανοποιητικά με τις κοινωνικές μεταβιβάσεις στην Ελλάδα η αποκλιμάκωση δεικτών, όπως ο κίνδυνος φτώχειας, η ανισότητα ή ο κοινωνικός αποκλεισμός, που απειλούν τον πληθυσμό;
4. Εκτός από τις σχεδόν οριζόντιες περικοπές δαπανών και την επιβολή παρατεταμένης περιόδου λιτότητας, μήπως η κρίση έδωσε το έναυσμα για διαρθρωτικό ανασχηματισμό και εκσυγχρονισμό των φορέων επιδοματικής πολιτικής;
5. Καταφέρνει να εμπνεύσει τελικά το αίσθημα κοινωνικής ασφάλειας στους πολίτες;

Επειδή τα εκτενή στατιστικά που αξιοποιήθηκαν από πλήθος ερευνητικών πηγών είναι αρκούτως δύσκολο να συμπυκνωθούν σε μία παράγραφο, ώστε να δοθεί επιγραμματικά η απάντηση στα ερωτήματα, θα γίνει η βέλτιστη προσπάθεια σύνοψης.

Στο πρώτο ερώτημα διαπιστώθηκε ότι τα υπάρχοντα κριτήρια, βάσει των οποίων καθορίζεται το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες ή λήψης οικονομικής στήριξης, δεν αποτελούν εγγύηση της ισότιμης και δίκαιης χορήγησης στους πολίτες. Είναι πολλά τα ζητήματα που δεν έχουν αντιμετωπιστεί ακόμα, καθώς δεν έχει συνεκτιμηθεί η ιδιαιτερότητα των χαρακτηριστικών που διέπουν τις ευάλωτα κοινωνικά ομάδες. Έτσι, παράγοντες όπως: ο αποκλεισμός ατόμων που διαμένουν σε ορεινές ή νησιωτικές περιοχές, η περιορισμένη δυνατότητα μετακινήσεων ανθρώπων με αναπηρίες ή προβλήματα υγείας, ο ανεπαρκής εκσυγχρονισμός των φορέων, ώστε οι διαδικασίες αιτήσεων και διεκπεραίωσης να ολοκληρώνονται ηλεκτρονικά άνευ φυσικής παρουσίας, η αδυναμία έγκαιρης ενημέρωσης για παροχές και πρόσβασης σε υπηρεσίες ατόμων που δε διαθέτουν τα υλικοτεχνικά μέσα π.χ. ηλεκτρονικό υπολογιστή, ρεύμα κ.ά. ή δυσκολεύονται λόγω ηλικίας, λόγω ηλεκτρονικού αναλφαριθμητισμού κ.λπ. καταδεικνύουν πως, ακόμα και σήμερα, το κράτος δεν έχει ανταπεξέλθει ως προς την οργάνωση των διοικητικών μηχανισμών στην κατεύθυνση της ισότιμης εξασφάλισης πρόσβασης του πληθυσμού στις ευεργετικές πτυχές της επιδοματικής πολιτικής του. Όταν, εκ προοιμίου, αποκλείονται από τη δυνατότητα λήψης των χορηγούμενων παροχών άτομα που είναι ήδη στο κοινωνικό περιθώριο, το συμπέρασμα είναι πως η δικαιοσύνη στο επίπεδο αυτό δεν έχει επιτευχθεί.

Ως προς το δεύτερο ερώτημα, το ποσοστό κάλυψης των πληττόμενων κοινωνικά ομάδων σίγουρα ποικίλλει, ανάλογα με τον τομέα των υπηρεσιών ή παροχών που αναφερόμαστε και τη χρονική στιγμή. Για παράδειγμα, στην υγεία, που είναι ένας από τους σημαντικότερους τομείς της επιδοματικής πολιτικής, η χώρα μας χαρακτηρίζεται από ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών ιατρικής περίθαλψης πολύ υψηλότερα από το μέσο όρο της ΕΕ, ενώ σχεδόν το 35% της υγειονομικής περίθαλψης καλύπτεται από την τσέπη των νοικοκυριών. Το 2019 κατεγράφη ποσοστό 8,1% του ελληνικού πληθυσμού να αναφέρει ακάλυπτες ανάγκες περίθαλψης λόγω οικονομικού κόστους, απόστασης ταξιδιού που έπρεπε να διανύσει ή εκτιμώμενου χρόνου αναμονής. Το ποσοστό αυτό ήταν το δεύτερο υψηλότερο της ΕΕ, μετά της Εσθονίας, συγκριτικά με το κατά μέσο όρο 1,7% του πληθυσμού της ΕΕ, που δήλωσε ακάλυπτο ως προς την ανάγκη ιατρικής περίθαλψης. Η κορύφωση της αδυναμίας του συστήματος υγείας να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού σημειώθηκε το 2016 και έκτοτε βαίνει σταθερά μειούμενο, κατά περίπου 15% κάθε χρόνο. Το κόστος αναφέρεται ως η κυριότερη αιτία μη εκπλήρωσης των αναγκών περίθαλψης από 7,5% των ερωτηθέντων, με αντίστοιχο μέσο όρο στην ΕΕ 0,9%. Εντυπωσιακό είναι ότι το 2019 η Ελλάδα παρουσιάζει το ευρύτερο φάσμα ανισότητας της ΕΕ ανάμεσα στις εισοδηματικές ομάδες, με τα νοικοκυριά του χαμηλότερου εισοδηματικά πεμπτημορίου να αντιμετωπίζουν δυσκολία στην κάλυψη αναγκών 18,1%, δηλαδή 20 φορές μεγαλύτερη από αυτή των νοικοκυριών του υψηλότερου πεμπτημορίου (0,9%).(OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission, 2021, σ. 13)

Οι κατηγορίες των δαπανών στην Ελλάδα που απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των δημόσιων πόρων είναι η κοινωνική προστασία, ακολούθως η υγεία και έπειτα η εκπαίδευση, ενδεικτικά για το 2009 με καταγεγραμμένα ποσοστά ως προς τις συνολικές δαπάνες της γενικής κυβέρνησης 39%, 15% και 10% αντίστοιχα, σύμφωνα με τηEurostat.Ένα 80% του πληθυσμού, το 2018, κρίνει πως οι παροχές που λαμβάνουν δεν είναι αντίστοιχες των εισφορών και φόρων που καταβάλλουν, σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ, και διαφωνούν πως θα μπορούσαν εύκολα να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες παροχές στην περίπτωση που το χρειάζονταν. (OECD, 2019, σ. 69)

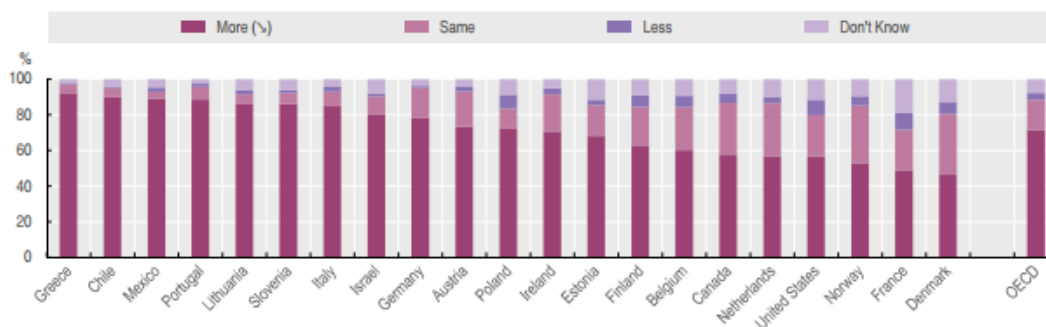
Αναφορικά με το τρίτο ερώτημα, οι κοινωνικές μεταβιβάσεις έχουν στόχευση σε πολλά μέτωπα με δυσμενείς κοινωνικούς δείκτες. Από μελέτη της ΕΛΣΤΑΤ αναφορικά με την χώρα μας, για το 2019 ως περίοδο αναφοράς εισοδήματος, διαπιστώθηκε ότι ποσοστό κινδύνου φτώχειας χωρίς τα κοινωνικά επιδόματα και τις συντάξεις διέτρεχε το 48,3% του πληθυσμού. Αν ληφθεί υπόψη η επίδραση των συντάξεων στο συνολικό

διαθέσιμο εισόδημα, σημειώνεται μείωση του ποσοστού κατά 24,8%, δηλαδή το ποσοστό κινδύνου βρίσκεται τότε στο 23,5%. Ο συνυπολογισμός όλων των κοινωνικών επιδομάτων μαζί με τις συντάξεις συντελεί στην πρόσθετη μείωση κατά 5,8 ποσοστιαίων μονάδων του προηγούμενου ποσοστού, φτάνοντας τελικά στο 17,7%. Επιβεβαιώνεται η καταλυτική συμβολή των συντάξεων στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς το ποσοστό μείωσης αυτών των κινδύνων είναι της τάξης του 51%. Οι κοινωνικές μεταβιβάσεις αποτελούν το 33,5% του συνολικού ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών, με αναλογία 86,7% από συντάξεις και 13,3% από κοινωνικά επιδόματα. Σίγουρα, οι ανισότητες που πλήττουν κοινωνικές ομάδες βάσει φύλου, ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, εργασιακής κατάστασης, ιθαγένειας κ.λπ. δεν εξαλείφονται. Εντούτοις, οι παρεχόμενες μεταβιβάσεις λειτουργούν διορθωτικά, π.χ. σε άτομα άνω των 65 ετών το ποσοστό κινδύνου φτώχειας από 85,3% πριν τις κοινωνικές μεταβιβάσεις πέφτει στο 14,8% (-70,5 ποσοστιαίες μονάδες), στα άτομα 18-64 ετών διαμορφώνεται από 38,3% σε 24,4% (-13,9 ποσοστιαίες μονάδες). (ΕΛΣΤΑΤ, 2020)

Ως προς το τέταρτο ερώτημα, η έναρξη της κρίσης το 2009 βρήκε την Ελλάδα πέμπτη ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες σε σειρά κατάταξης για τις συνολικές δαπάνες της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η επιβολή αναπροσαρμογής της δημοσιονομικής στρατηγικής και μεταρρυθμίσεων σε όλους τους τομείς της επιδοματικής πολιτικής κρίθηκε άμεση και επιτακτική. Σημειώθηκαν κινήσεις συνολικής αναδιάρθρωσης στους σημαντικότερους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης, μεταρρυθμίσεις στο συνταξιοδοτικό και υγειονομικό σύστημα που αναβάλλονταν επί σειρά ετών, λόγω αναποφασιστικότητας ανάληψης του πολιτικού κόστους και αδυναμίας πολυεπίπεδου και μακροπρόθεσμου οργανωτικού συντονισμού. Πέρα από τις αρνητικές κοινωνικές επιδράσεις λόγω λιτότητας και την παρατεταμένη οικονομική επιβάρυνση του ελληνικού πληθυσμού κατά τη διαρκή επόπτευση της χώρας βάσει των Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής, έλαβαν χώρα παρεμβάσεις εκσυγχρονισμού των φορέων, προσαρμογής σε ενιαίους ευρωπαϊκούς κανόνες λειτουργίας, λογοδοσίας, διαφάνειας δαπανών και ελέγχου, ώστε να εξυψωθεί η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η βιωσιμότητα των υφιστάμενων υπηρεσιών. Βέβαια, ενώ η Ελλάδα κατατάχθηκε στην πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ για την υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων κατά το χρονικό διάστημα 2007-2014, σε όρους ανταγωνιστικότητας δεν κατάφερε παρά να φτάσει στις κατώτερες θέσεις μεταξύ των

Ευρωπαϊών εταίρων. (109<sup>η</sup> θέση το 2009, 58<sup>η</sup> το 2014, 79<sup>η</sup> το 2019 από 190 χώρες) (Αναστασάτου & Τσακλόγλου, 2019, σσ. 129-140)

Στο πέμπτο ερώτημα, ως προς την τελική εκτίμηση για το αίσθημα ασφάλειας που εμπνέεται στους πολίτες, το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει την άποψή τους σε έρευνα του ΟΟΣΑ το 2018, αναφορικά με το ερώτημα αν σκέφτονται ότι η κυβέρνηση θα έπρεπε να κάνει λιγότερα, περισσότερα ή τα ίδια, προκειμένου να διασφαλίσει την οικονομική και κοινωνική ασφάλειά τους.



Πηγή : (OECD, 2019, σ. 71)

**Διάγραμμα 4.13: Γνώμη πολιτών ως προς την επάρκεια κυβερνητικών ενεργειών για τη διασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ασφάλειας**

Μάλιστα, η χώρα μας παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανάμεσα σε όλα τα κράτη του ΟΟΣΑ, που έκριναν πως η κυβέρνηση οφείλει να κάνει περισσότερα, προκειμένου να το πετύχει. Ακολουθούσε η Χιλή και το Μεξικό. Αυτό καταδεικνύει πως υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης στο ελληνικό κράτος πρόνοιας, παρά το σύνολο των μεταρρυθμίσεων που συντελέστηκαν τα τελευταία 10 έτη.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αδυναμία εξάντλησης της ανάλυσης πάνω στο θέμα της εργασίας δίνει έναυσμα για περαιτέρω αναζήτηση, π.χ. στο αν οι κοινωνικές ενισχύσεις στην χώρα καταλήγουν να είναι αυτοσκοπός αντί για μέσο στήριξης, οπότε και λειτουργούν αποτρεπτικά στην ενεργοποίηση των πολιτών ή ως αντικίνητρο για εργασία (poverty trap), με ποια προγράμματα ενεργητικής πολιτικής θα ήταν εφικτή η ουσιαστική ένταξη των ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων στην αγορά εργασίας και η αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού αυτού, πώς η εξυγίανση των φορέων είναι εφικτή, προκειμένου με τους ίδιους διαθέσιμους πόρους να αναβαθμιστούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Χρειάζεται να δοθεί η δέουσα προσοχή διαχείρισης των προβληματικών δεικτών, καθώς η ρύθμιση ενός κοινωνικού κινδύνου μπορεί να απορρυθμίσει έναν άλλο. Π.χ. η καθιέρωση ευέλικτων μορφών εργασίας μπορεί να διορθώσει τα ποσοστά ανεργίας ή εκφάνσεις της φυλετικής ανισότητας, αλλά χρειάζεται να συνοδεύεται με λύσεις για την εξασφάλιση της διάρκειας ή της πλήρους απασχόλησης, λύσεις πάνω στην ίδρυση βρεφονηπιακών σταθμών για τα παιδιά εργαζόμενων γονιών, για τη φροντίδα και εκπαίδευση της παιδικής ηλικίας, τη χορήγηση αδειών ανατροφής και στους δύο γονείς κ.ά. Τέλος, θα ήταν χρήσιμη η εκτενέστερη διερεύνηση της μετεξέλιξης του κράτους πρόνοιας, π.χ. του κράτους πρόνοιας με κατεύθυνση αναδιαμόρφωσης προς το μοντέλο του κοινωνικού κράτους δικαίου.

Οι πρωταρχικοί στόχοι της επιδοματικής πολιτικής είναι ενιαίοι σε όλη την εμβέλεια της ΕΕ, διότι οι κοινωνικοί κίνδυνοι του 21<sup>ου</sup> αιώνα έχουν υπερεθνικό χαρακτήρα. Η συνεργασία και η ενίσχυση των κρατών είναι ένας μοχλός που συμβάλλει θετικά στην επίτευξη των στόχων, αλλά οι τελικές πρωτοβουλίες ανήκουν στο κάθε κράτος και στη στρατηγική που θα επιλέξει για τη διασφάλιση της κοινωνικής ασφάλειας των πολιτών του βάσει των ιδιαίτερων πολιτικών, κοινωνικών, ασφαλιστικών, θεσμικής συνέχειας δεδομένων. Απαιτείται συντονισμός των «παραδοσιακών» φορέων, αλλά και θεσμών εκτός κεντρικού κράτους, και πολιτική βούληση για τη σωστή χάραξη της πορείας αυτής, με το βλέμμα πάντα στην προάσπιση των ευαίσθητα κοινωνικών ομάδων απέναντι στους κινδύνους που παραμένουν ενεργοί.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αναστασάτου, Μ., Τσακλόγλου, Π. (2019). Διαρθρωτικές αλλαγές στο πεδίο της δημοσιονομικής πολιτικής στα χρόνια της κρίσης. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ανδριοπούλου Ε., Παπαδόπουλος Φ., Τσακλόγλου Π. (2013). Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα: Επικάλυψη και διαφοροποιήσεις. Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
- Αργυρός, Γ., Δεδούλη-Λαζαράκη, Α. (2018). Ευρωπαϊκή Ένωση και το δίκαιο της Ευρωπαϊκής Οικονομίας. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα.
- Βαβούρας, Ι., Βαβούρα, Χ. (2019). Οικονομική Πολιτική. Αθήνα: Παπαζήση.
- ΕΝΑ, Ο. Κ. (2020). Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνικοί Δείκτες 2015-2019. Αθήνα: Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών.
- Ιατρίδης, Δ. (1990). Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής. Αθήνα: Gutenberg.
- Καραγιάννη, Κ., & Μιχαλοπούλου, Χ. (2016). Πτυχιακή εργασία με θέμα Η επιδοματική πολιτική των ασφαλιστικών οργανισμών στην Ελλάδα. ΙΚΑ-ΟΓΑ-ΟΑΕΔ. ΤΕΙ Πελοποννήσου. Καλαμάτα.
- Καρβούνης, Α. (2004). Εισαγωγή στην οργάνωση και λειτουργία του κράτους. Αθήνα: Πατάκης.
- Κατρούγκαλος, Γ. Σ. (1998). Το Κοινωνικό Κράτος της Μεταβιομηχανικής Εποχής. Σάκκουλας Αντ. Ν.
- Κουραχάνης, Ν. (2015). Φορείς κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, οδηγός επιβίωσης. Αθήνα.
- Λιάκος, Δ. (2020, 12 27). Οι προκλήσεις της διαφορετικής postCOVID-19 ημέρας. Το Βήμα.
- Λιονή, Μ. (2011). Αναφορά στο κοινωνικό έργο του Ελευθέριου Βενιζέλου.
- Μακρής, Σ. (2002). Φιλελευθερισμός. Αθήνα: Σιδέρης Ι.
- Μανιτάκης, Α. (1994). Κράτος δικαίου και δικαστικός έλεγχος της συνταγματικότητας. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- Μάραντος, Π. (2003). Κράτος και ανάπτυξη. Αθήνα: Πατάκης
- Μαρίνου, Α. (2016). Ποια Ταμεία υπάγονται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

- Μίσσος, Β. (2020, 10). Επιδείνωση της πληθυσμιακής γήρανσης: συγκριτικά δεδομένα Ελλάδας και χωρών της ΕΕ. Οικονομικές Εξελίξεις, ΚΕΠΕ, τεύχος 43, σσ. 50-55.
- Παπαδοπούλου, Λ. (2015). Συνταγματικό δίκαιο, πανεπιστημιακές παραδόσεις. Ελληνικά ακαδημαϊκά ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα.
- Παπαηλίας, Θ., (2018). Παραδόσεις πολιτικής οικονομίας, τόμ.Α'. Αθήνα: Κριτική.
- Παπαηλίας, Θ., Αγορά και κράτος πρόνοιας, Σημειώσεις για μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών.
- Παπαθεοδώρου Χ., Δαφέρμος Γ, DanchevS., Μαρσέλλου Α. (2008). Οικονομική ανισότητα και φτώχεια στην Ελλάδα: Συγκριτική ανάλυση και διαχρονικές τάσεις. Αθήνα: Καμπύλη ΑΕΒΕ.
- Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, Π. (2016). Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, Π. (2017). Το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Πάσχος, Γ.(1981). Πολιτική δημοκρατία και κοινωνική εξουσία. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
- Πουλαντζάς, Ν. (1985). Πολιτική εξουσία και κοινωνικές τάξεις τόμ.Α'. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Ρομπόλης Σ., Μπέτσης Β. (2020, Δεκέμβριος 27). Η έκθεση του ΟΟΣΑ για τις κοινωνικές δαπάνες. Το Βήμα
- Σακελλαρόπουλος Θ., Ο. Χ. (2018). Κοινωνική Πολιτική. Αθήνα: Διόνικος.
- Σαρμάς, Ι. (2018). Η δίκαιη ισορροπία-η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Σάκκουλα.
- Ταλιαδούρου. (2019). Σημειώσεις στο μάθημα "Ευρωπαϊκό Δίκαιο" στο ΠΜΣ Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.
- Τσάτσος, Δ. Θ. (1985). Συνταγματικό δίκαιο. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Τσουντας, Κ.,(2019). Σημειώσεις για το μάθημα Διοικητικού Δικαίου, Μέρος Α', Κεφ.2, στο ΠΜΣ Δημόσια Οικονομική και Πολιτική.
- Χατζηδήμα, Σ. (2019). Σημειώσεις στο μάθημα Φορολογική Πολιτική, Εισαγωγή, ΜΠΣ Δημόσια Οικονομική και Πολιτική Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.Αθήνα.
- Bowles, S., Edwards, R. (2002). Κατανοώντας τον καπιταλισμό. Ανταγωνισμός, εντολή και μεταβολή στην οικονομία των ΗΠΑ (Τόμ. Β' τόμος). (Ν. Σταματάκης, Μεταφρ.) Αθήνα: Gutenberg.

## Ξενόγλωσση

Tzoraki, O. (2019, 2 26). *A Descriptive Study of the Schooling and Higher Education Reforms in Response to the Refugees' Influx into Greece*. Ανάκτηση από MDPI: <https://doi.org/10.3390/socsci8030072>

## Ηλεκτρονική

(χ.χ.). Ανάκτηση από UNHCR: <https://www.unhcr.org/gr/2841-1-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-113-%CE%B1%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CE%AC%CE%B6%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CE%BD%CE%B1-%CE%BE%CE%B5%CF%81%CE%B9.html>

(χ.χ.). Ανάκτηση από <https://www.solvency.gr/%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1-%CF%80%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CF%80%CE%B>

(2021). Ανάκτηση από ΕΛΣΤΑΤ: [https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicat](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicat)

(2021). Ανάκτηση από ΕΛΣΤΑΤ: <https://www.statistics.gr/documents/20181/987849/01A.+%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7+%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%83%CF%87%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82+%CE%BA%CE%B1%CE%B9+%CF%80%CE%BF%CF%83%CE%BF%CF%83%CF%84%CF%8C+%CE%B1%CE%BD%CE%B>

(2021). Ανάκτηση 01 04, 2021, από ΟΠΕΚΑ: <https://opeka.gr/>

- EDUCATION TRAINING GREECE, E. (χ.χ.). Ανάκτηση από [https://ec.europa.eu/education/sites/default/files/document-library-docs/et-monitor-report-2019-greece\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/education/sites/default/files/document-library-docs/et-monitor-report-2019-greece_en.pdf).
- EuropeanCommission. (2021). *ElládaOverview. Κύρια σημεία του εκπαιδευτικού συστήματος*. Ανάκτηση 2021, από Eurydice: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/greece\\_el](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/greece_el)
- EuropeanCommission. (2021, 12 1). *Elláda:Πολιτική και Οικονομική Κατάσταση*. Ανάκτηση 12 2021, από EURYDICE: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/political-and-economic-situation-33\\_el](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/political-and-economic-situation-33_el)
- EuropeanCommission. (2021). *Elláda:Χρηματοδότηση της Εκπαίδευσης*. Ανάκτηση από European Commission: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/funding-education-33\\_el](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/funding-education-33_el)
- European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Culture and Sport (DG EAC). (2019). *Education and Training Monitor Greece*. Ανάκτηση 2021, από European Commission: [https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/et-monitor-report-2019-greece\\_en.pdf](https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/et-monitor-report-2019-greece_en.pdf)
- Eurostat. (2018, 9). *Στατιστικές απασχόλησης (2017)*. Ανάκτηση 2021, από Eurostat: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Employment\\_statistics/el&oldid=359278#.CE.E92.CE.B1.CF.83.CE.B9.CE.BA.CE.BF.CE.AF\\_.CF.80.CE.AF.CE.BD.CE.B1.CE.BA.CE.B5.CF.82](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Employment_statistics/el&oldid=359278#.CE.E92.CE.B1.CF.83.CE.B9.CE.BA.CE.BF.CE.AF_.CF.80.CE.AF.CE.BD.CE.B1.CE.BA.CE.B5.CF.82)
- Eurostat. (2019). *European system of integrated social protection statistics-ESSPROS*. Ανάκτηση 1 14, 2022, από Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/methodology>
- Eurostat. (2019, 11 22). *Social protection in 2017, Share of EU GDP spent on social protection*. Ανάκτηση 1 2020, από Eurostat: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social\\_protection\\_statistics\\_-\\_overview#Social\\_protection\\_expenditure\\_and\\_GDP\\_rates\\_of\\_change](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics_-_overview#Social_protection_expenditure_and_GDP_rates_of_change)
- Eurostat. (2021, 11 27). *Total expenditure on social protection per head of population*. Ανάκτηση 12 2, 2021, από Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/62602672-b01f-43a2-8011-40b9244bb1fd?lang=en>

Eurydice. (2021, 12). *Εκπαίδευση*. Ανάκτηση 12 2021, από European Commission: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/political-and-economic-situation-33\\_e](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/political-and-economic-situation-33_e)

e-ΕΦΚΑ. (χ.χ.). Ανάκτηση 01 10, 2021, από e-ΕΦΚΑ: [http://www.oaed.gr/istorike-exelixe](https://www.efka.gov.gr/el/http://www.oaed.gr/istorike-exelixe). (χ.χ.).

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%AD%CE%B1%CF%82\\_%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82\\_%CE%91%CF%8](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%AD%CE%B1%CF%82_%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%91%CF%8) (χ.χ.). Ανάκτηση 12 05, 2020

OECD (2021), *Poverty rate (indicator)*. doi: 10.1787/0fe1315d-en (Accessed on 01 December 2021). (2021).

OECD. (2019). *Society at a Glance 2019 OECD Social Indicators*. Ανάκτηση 2020, από OECD: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance\\_19991290](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance_19991290)

OECD. (2021). *Data, Pension Spending*. Ανάκτηση 2021, από OECD: <https://data.oecd.org/socialexp/pension-spending.htm>

OECD. (2021). *Social spending*. Ανάκτηση 2021, από OECD Data: [https://data.oecd.org/social-expending.htm?context=OECD#:~:text=OECD%20\(2021\)%2C%20Social%20spending%20\(indicator\).%20doi%3A%2010.1787/7497563b%2Den%20\(Accessed%20on%2020%20November%202021\)](https://data.oecd.org/social-expending.htm?context=OECD#:~:text=OECD%20(2021)%2C%20Social%20spending%20(indicator).%20doi%3A%2010.1787/7497563b%2Den%20(Accessed%20on%2020%20November%202021))

OECD. (χ.χ.). *Risks That Matter Survey*. Ανάκτηση 7 2021, από OECD: 2018 OECD Risks That Matter survey [www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm](http://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm)

OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission. (2021). *Greece, Country Health Profile 2021*. Ανάκτηση 2021, από State of Health in the EU: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021\\_chp\\_gr\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_gr_english.pdf)

THEBEST. (χ.χ.). *Η ιστορία της ψήφου στην Ελλάδα: Από το λιθάρι στο σφαιρίδιο και το ψηφοδέλτιο*. Ανάκτηση 2020, από Διαδικτυακή Εφημερίδα THEBEST: <https://www.thebest.gr/article/542176-i-istoria-tis-psifou-stin-ellada-apo-to-lithari-sto-sfairidio-kai-to-psifodeltio>

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. (2020). *Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης – e-ΕΦΚΑ*. Ανάκτηση 2020, από ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ: [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%AD%CE%B1%CF%82\\_%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82\\_%CE%91%CF%8](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%97%CE%BB%CE%B5%CE%BA%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%A6%CE%BF%CF%81%CE%AD%CE%B1%CF%82_%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82_%CE%91%CF%8)

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ. (χ.χ.). *ΕΟΠΥΥ*. Ανάκτηση 01 16, 2021, από ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ: [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82\\_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82\\_%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%87%CE%AE%CF%82\\_%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD\\_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%A](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%87%CE%AE%CF%82_%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%A)

*Δημόσιες Δαπάνες*. (2020). Ανάκτηση 12 20, 2020, από Ευρετήριο Οικονομικών Όρων: <https://www.euretirio.com/dimosies-dapanes/>

Δικλίσ Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές. (χ.χ.). *Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Ανάκτηση 7 2021, από Δικλίσ Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές Blog: <http://www.diklis.gr/blog/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7/%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%B1%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%>

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ για εφαρμογή Αρθ.92 Ν.4387/2016 ΦΕΚ Α85/12-5-2016, Φ.80000/οικ.22102/922 (6 1, 2016).

ΕΛΣΤΑΤ. (2020). *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ, Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών, περίοδος αναφοράς εισοδήματος: 2019*. Ανάκτηση 2021, από ΕΛΣΤΑΤ: <https://www.statistics.gr/documents/20181/16939796/%CE%9A%CE%AF%CE%BD%CE%B4%CF%85%CE%BD%CE%BF%CF%82+%CE%A6%CF%84%CF%8E%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82+%28+2020+%29.pdf/e944c120-8160-e879-8ca6-203c8f298156?t=1633520600389>

- ΕΛΣΤΑΤ. (2020). *Στατιστικές συστήματος κοινωνικής προστασίας: Έτος 2018*. Ανάκτηση 2021, από ΕΛΣΤΑΤ: [http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE24/-](http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE24/)
- ΕΛΣΤΑΤ. (2021, 09 23). *ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2020, Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2019*. Ανάκτηση 10 2021, από ΕΛΣΤΑΤ: <https://www.statistics.gr/documents/20181/16939796/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1+%28+2020+%29.pdf/82250e9d-9fa8-539d-3504-1b272227d50e?t=1632394952702>
- Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Ελλάδα*. (2019). Ανάκτηση 9 2021, από ΟΟΣΑ: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf)
- Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα, γεγονότα και στοιχεία 2020*. (χ.χ.). Ανάκτηση από ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ: <https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2021/06/FF-2020-new.pdf>
- N.4387/2016*. (2020). Ανάκτηση 2021, από Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-asphalise/nomos-4387-2016-phek-85a-12-5-2016.html>
- N.4670/2020*. (2021). Ανάκτηση από Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-asphalise/nomos-4670-2020-phek-43a-28-2-2020.html>
- Νόμος 4238/2014- ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014*. (2020). Ανάκτηση 7 2021, από Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-4238-2014.html>
- ΟΑΕΔ. (2020). *ΟΑΕΔ ΛΙΣΤΑ ΠΑΡΟΧΩΝ. ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ, ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ, ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ*. Ανάκτηση 10 2019, από ΟΑΕΔ: <http://www.oaed.gr/documents/10195/1862770/%CE%9F%CE%91%CE%95%CE%94+%CE%9B%CE%99%CE%A3%CE%A4%CE%91+%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%9F%CE%A7%CE%A9%CE%9D.pdf/41e3d1d0-b31b-4439-b2cc-6ca39908aa08>

- ΟΑΕΔ. (2020). *ΟΑΕΔ- Το έργο μας*. Ανάκτηση 12 20, 2019, από ΟΑΕΔ:  
<http://www.oaed.gr/to-ergo-mas>
- ΟΑΕΔ. (2020). *ΟΑΕΔ-Ιστορικές Εξελίξεις*. Ανάκτηση 2019, από ΟΑΕΔ:  
<http://www.oaed.gr/istorike-exelixe>
- ΟΟΣΑ. (2019). *Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ ΕΛΛΑΔΑ Προφίλ Υγείας*. Ανάκτηση 2019, από ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας/Ευρωπαϊκή Επιτροπή: <https://ec.europa.eu/health/state>
- Ορισμός του "επιδόματος". (2020). Ανάκτηση 12 07, 2020, από Βικιλεξικό:  
<https://el.wiktionary.org/wiki/%CE%B5%CF%80%CE%AF%CE%B4%CE%B F%CE%BC%CE%B1>
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2018). *Έκθεση για την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Π.Ο.Υ*. Ανάκτηση από Εφημερίδα Ναυτεμπορική:  
<https://www.naftemporiki.gr/cmsutils/downloadpdf.aspx?id=1444968>
- ΠΔ8/2019. (2020). Ανάκτηση 2021, από Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας:  
<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ergasia-koinonike-asphalise/proedriko-diatagma-8-2019-phek-8a-23-1-2019.html>
- ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ. (χ.χ.). Ανάκτηση 10 2021, από  
<https://www.minedu.gov.gr/tothema-prosfigiko-m>
- ΣΛΥ. (2019). Ανάκτηση από ΕΛΣΤΑΤ:  
<https://www.statistics.gr/documents/20181/17201000/%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1+%CE%9B%CE%BF%CE%B3%CE%B1%CF%81%CE%B9%CE%B1%CF%83%CE%BC%CF%8E%CE%BD+%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82+%28%CE%A3%CE%9B%CE%A5%29+%28+2019+%29.pdf/477dbbf8-0975-4>
- Υπουργείο Υγείας και Θρησκευμάτων. (2021). *Προσφυγικό και Εκπαίδευση*. Ανάκτηση 2021, από Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων:  
<https://www.minedu.gov.gr/tothema-prosfigiko-m>