
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

ΓΚΙΦΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ**

[ΓΚΙΦΑ ΔΗΜΗΤΡΑ], Α.Μ.: ΟΔΥ/1709

Επιβλέπων: Σ.Καρκαλάκος / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2020

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

**IN THE HANDS OF THE STATE - PUBLIC CARE OF THE THIRD AGE IN
GREECE AND THE EUROPEAN UNION COUNTRIES**

Gkifa Dimitra

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2020

Ευχαριστίες

Στους καθηγητές μου για την υπομονή τους, στους φίλους μου για την στήριξη, στους γονείς μου για την ευκαιρία και στον εαυτό μου που δεν τα παράτησε, αν και το σκέφτηκα πολλές φορές

ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Σημαντικοί Όροι: Τρίτη ηλικία, σύστημα πρόνοιας, κοινωνική πολιτική, παροχές, δημόσια δαπάνη, κρατικός προϋπολογισμός, κοινωνική πολιτική, πολιτική υγείας, τυπολογία.

Περίληψη

Μεσα απο τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις διαθέσιμες στατιστικές απο τους δημόσιους φορείς, θα παρουσιαστεί το ζήτημα του γήρατος και οι ειδικότερες ανάγκες που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Ακόμη θα παρουσιαστούν οι πολιτικές που υιοθετούν τα κράτη για ν'αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις του γήρατος στις χώρες τους και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και πως αυτό μεταφράζεται στις αντίστοιχες δαπάνες που πηγαίνουν στον τομέα υγείας για να εξασφαλίζουν στον ηλικιωμένο Ευρωπαίο πολίτη την παροχή υπηρεσιών υγείας. Είναι γνωστό οτι η δαπάνη για τα συστήματα υγείας αυξανεται για αρκετούς λόγους τα τελευταία χρόνια. Πως αυτο επηρεάζει το ποσό των συντάξεων;

Απο την παρουσίαση και την ανάλυση των μοντέλων κρατών πρόνοιας που επικρατούν στα Ευρωπαϊκά κράτη, θα διαπιστωθούν, ομοιότητες, διαφορές και ελλείψεις στα συστήματα φροντίδας της δημόσιας υγείας και θα γίνει προσπάθεια να διαπιστωθεί αν η διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας με τον ένα η τον άλλο τρόπο επηρεάζει τη δημόσια πολιτική φροντίδας υγείας κάθε κράτους.

Θα αναλυθεί το πως διαμορφώνεται η τριπλή σχέση Παρόχου Υπηρεσιών Υγείας, Πελάτη/Εξυπηρετούμενου και Ενδιάμεσου, το πλαίσιο των συντάξεων και οι βασικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν στους ηλικιωμένους στις χώρες παραδείγματα. Χρησιμοποιώντας δεδομένα για το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα μέσα απο το πρόγραμμα MISSOC θα αποπειραθεί να γίνει μια σύγκριση μεταξύ των επικρατέστερων συστημάτων στην Ευρώπη και την Ελλάδα. Τα συμπεράσματα μας μπορούν να πληροφορήσουν τους μελλοντικούς ερευνητές για την κατάσταση της φροντίδας υγείας στο δημόσιο τομέα στο ειδικότερο θέμα της φροντίδας ηλικιωμένων και να αποτελέσουν ένα εφαλτήριο για περαιτέρω έρευνα στο μέλλον.

IN THE HANDS OF THE STATE - PUBLIC CARE OF THE THIRD AGE IN GREECE AND THE EUROPEAN UNION COUNTRIES

Keywords: Elderly, welfare system, social policy, benefits, public expenditure, state budget, social policy, health policy, typology

Abstract

Through this academic literature review and the available statistics from the public organizations, the issue of old age will be presented and the particular needs faced by the elderly in Greece and Europe. The policies adopted by the states to address the effects of aging in each country and at the European level will also be presented including the way this translates into the corresponding expenditures that go to the health sector to ensure the quality of life of the elderly European citizen.

Through the presentation and analysis of the welfare state models prevailing in the European states, similarities, differences, and deficiencies in public health care systems will be identified and an attempt will be made to determine whether the welfare state being shaped in one way or another, affects the public care policy of each state as well as, the expenditure directed to health services to people who need help. It is known that expenditure for public health services rises. How does that reflect on pensions?

Furthermore, which policies Greece can implement, in which areas it has made progress and what shortcomings are noted. It will be analyzed how the triple relationship between Health Service Provider, Customer, and Intermediate, the context of pensions and the basic services stemming from them are ensured. Using the data from EU MISSOC program as a starting point, an attempt will be made to make a comparison between the most prevalent systems in Europe and Greece. Our findings can inform future researchers about the state of health care in the public sector on the specific issue of care for the elderly and be a springboard for further research in the future.

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	8
Κατάλογος Πινάκων	11
Κατάλογος Διαγραμμάτων	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΗΡΑΝΣΗ, ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1	Εισαγωγή	13
1.2	Γηρανση, σημασία και ιδιαιτερότητες, ανάγκες του ηλικιωμένου	14
1.3	Γιατί η γήρανση απασχολεί τις διεθνείς κοινότητες και το σχεδιασμό της πολιτικής των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης	16
1.4	Μέτρα προστασίας και βελτιώσης της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου	
1.5	Ανακεφαλαίωση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

2.1.	Εισαγωγή	
2.2	Κράτος πρόνοιας.	
2.2.1	Κοινωνική πολιτική, κοινωνική οικονομία,	
2.2.2	Πολιτική υγείας και Κοινωνική δαπάνη	
2.3	Κοινωνική ασφάλιση και σύνταξη γήρατος	
2.4	Ανακεφαλαίωση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ – ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΡΑΤΩΝ

3.1	Εισαγωγή	
3.2	Παραδείγματα κρατών πρόνοιας και η διαχείριση του γήρατος	
3.2.1	Ηπειρωτικό Κορπορατιστικό μοντέλο – Παράδειγμα Γερμανία	
3.2.2	Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο – Παράδειγμα Σουηδία	
3.2.3	Φιλελευθερο μοντέλο - Παράδειγμα Ηνωμένο Βασίλειο	
3.2.4	Ανατολική Ευρωπη	
3.2.5	Κρατος πρόνοιας στη Νοτια Ευρωπη	
3.3	Ανακεφαλαίωση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΕΛΛΑΔΑ – ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

- 4.1 Εισαγωγή
- 4.2 Η διαμόρφωση του συστήματος στην Ελλάδα.
- 4.3 Συγκριση Δεικτών αποτελεσματικότητας Δαπανων
- 4.4 Ανακεφαλαίωση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κατάλογος Πινάκων

- 1.1 Κατανομή πληθυσμού ανάλογα με την ηλικία 2008 και 2018 (% του συνολικού πληθυσμού)
- 1.2 Γεννήσεις και Θάνατοι στην Ευρώπη απο 2014 -2018
- 1.3 Προσδόκιμο ζωής κατα τη γέννηση Ελλάδα και Ε.Ε
- 1.4 Προσδοκώμενα έτη υγιους ζωής στην Ελλάδα
- 1.5 ΟΕCD Προσδόκιμο ζωής στα 65+
- 1.6 Δαπάνη σε συντάξεις απο το δημόσιο τομέα σε ποσοστό % του ΑΕΠ
- 1.7 Δαπανη υπηρεσιών υγείας στην ΕΕ σε Ευρω ανα κατοικο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΗΡΑΝΣΗ, ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 Εισαγωγή

Το πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθεί στο ζήτημα της γήρανσης και την πληθυσμιακή κατανομή που παρατηρείται στην Ευρώπη. Θα αιτιολογηθεί η απασχόληση της Ευρώπης με το ζήτημα της Δημογραφικής γήρανσης και θα παρουσιαστούν τα στατιστικά στοιχεία που αναδεικνύουν το βαθμό επέκτασης του προβλήματος.

Η αλλαγή της σύνθεσης του πληθυσμού, ο διαφορετικός τρόπος ζωής και η εκτεταμένη χρήση της τεχνολογίας έχουν συμβάλει στην ανάγκη δημιουργίας στρατηγικών με σκοπό να γεφυρωθούν τα χάσματα μεταξύ των γενεών και να ισορροπήσει το σύστημα παροχής υπηρεσιών όπου οι ανάγκες τείνουν να συγκεντρώνονται σε ένα μέρος της ζυγαριάς. Θα παρουσιαστούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων όπως έχουν μελετηθεί από τη βιβλιογραφία και το ποια προβλήματα καλείται ο δήμιος τομέας να αντιμετωπίσει ώστε να φέρει εις πέρας το καθήκον να δώσει καλύτερη ποιότητα ζωής στους απευθυνόμενους στις δημοσιες υπηρεσίες υγείας.

1.2 Γήρανση, σημασία και ιδιαιτερότητες, ανάγκες του ηλικιωμένου

Η γήρανση είναι ένα στάδιο της φυσικής ζωής του ατόμου. Όλα τα έμβια όντα αναπτύσσονται, ενηλικιώνονται και μετά γερνούν καθώς οι σωματικές και πνευματικές λειτουργίες τείνουν να εκπίπτουν. Το γήρας επιφέρει μεταβολές που είναι εμφανείς στην όψη και στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα αλλά και στο νευρικό σύστημα και την αντίληψη καθώς μειώνεται η ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών, η μνήμη, η νοημοσύνη και η ταχύτητα αντίδρασης. Γύρω από το φαινόμενο έχουν διατυπωθεί πολλές επιστημονικές θεωρίες ανα καιρούς, όπως οι βιολογικές θεωρίες των Leat, Hayflick, Weitzmann, Carell, η κοινωνιολογική θεωρία, όπου το γήρας ορίζεται ως η απομόνωση από την κοινωνική ζωή και απόσυρση από την οικονομική συνεισφορά του στην ανάπτυξη του κράτους, και η ιατροβιολογική θεωρία όπου το γήρας ορίζεται ως η φυσιολογική φθορά των οργάνων και των ιστών.

Η εξέλιξη της γήρανσης είναι σχετικά απρόβλεπτη και εξαρτώμενη από τα γονίδια του ανθρώπου, αλλά τυχόν προϋπάρχουσες χρόνιες παθήσεις δείχνουν να έχουν ρόλο στην ταχύτητα με την οποία το άτομο γερνά, λχ το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία. Ταυτόχρονα, στην κοινωνιολογική θεωρία υποστηρίζεται, επιπρόσθετα, ότι η

κοινωνική κατάσταση του ατόμου μπορεί να κάνει τα συμπτώματα γήρανσης να έρθουν νωρίτερα η αργότερα, οι λόγοι που αυτό γίνεται μπορούν να έχουν σχέση με την καλύτερη διατροφή και τις υγιέστερες συνθήκες ζωής που οι άνθρωποι με υψηλότερο εισόδημα η που κατοικούν σε πιο ανεπτυγμένη βιομηχανικά και κοινωνικά χώρα μπορούν να αποκτήσουν. Τα σημάδια της είναι πιθανό να εμφανιστούν πιο νωρίς σε ανθρώπους που εργάζονται σε σκληρή σωματική εργασία και δεν μπορούν να εξασφαλίσουν επαρκή τροφή. Αν και το τελευταίο δεν σχετίζεται με τη μακροζωία καθώς έχουν εντοπιστεί περιπτώσεις ατόμων απο πολύ φτωχά περιβάλλοντα που έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν κατα πολύ το υπολογισμένο προσδόκιμο ζωής.

Εξαιτίας της αναμενόμενης πτώση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών του ατόμου, είναι προφανές ότι θα χρειάζεται περισσότερη φροντίδα στη διατροφή, την υγεία του, τον τρόπο που κινείται και εκτελεί τις καθημερινές του λειτουργίες. Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, οι παθήσεις είναι όλο και περισσότερες καθώς το γήρας κάνει το άτομο πιο εύθραυστο. Οι άνθρωποι που παραμένουν για περισσότερο καιρό ζωντανοί, χρειάζονται την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε βασικό επίπεδο για περισσότερα χρόνια, καλούμενοι ταυτόχρονα ν' ανταπεξέλθουν σε μακροχρόνιες ασθένειες και νοσήματα. Η ευθραυστότητα που επέρχεται συνοδεύεται και απο σωματικά συμπτώματα όπως προβλήματα στην κίνηση, απώλεια βάρους, εύθραυστα κοκκαλα, αδυναμία στην καρδιά και σε άλλα βασικά όργανα να εκτελέσουν τις λειτουργίες τους και συνεπακόλουθη πτώση της φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας του ατόμου.

Ταυτόχρονα η συνειδητοποίηση της σωματικής καταπόνησης και της πτωτικής τάσης των σωματικών λειτουργιών επηρεάζει το άτομο ψυχολογικά, το οποίο σημαίνει την ανάδυση της ανάγκης για στήριξη και συντροφικότητα. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά εμφανίζουν κατάθλιψη, απόσυρση απο τις κοινωνικές σχέσεις και δυσκολίες στις πνευματικές διεργασίες όπως την μνήμη και τη σκέψη. Θέματα όπως η απώλεια των αγαπημένων προσώπων και η μείωση του προσωπικού εισοδήματος αλλά και η εμφανιζόμενη έλλειψη επιθυμιών για το μέλλον, είναι σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στην ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. (Μαλλιαρού 2016)

Η έλευση του γήρατος σημαίνει ότι ο άνθρωπος καλείται ν αποχωρήσει από την παραγωγική διαδικασία. Σημαίνει περισσότερες δαπάνες για λόγους υγείας και την αύξηση των αναγκών λόγω της σωματικής και ψυχικής καταπόνησης. Ταυτόχρονα τα άτομα αυτά καλούνται να προσαρμοστούν σ έναν κόσμο όπου, όσο οι λειτουργίες τους κάμπτονται, το περιβάλλον συνεχίζει ν αναπτύσσεται ταχύτατα με αποτέλεσμα συχνά οι μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι να χάνουν την επαφή με τις εξελίξεις της κοινωνίας και της τεχνολογίας.

Σε πολλές χώρες η ηλικία απο την οποία ο εργαζόμενος αποσύρεται απο την εργασιακή δράση είναι τα 65 χρόνια και γι αυτό το λόγο σε αρκετά συστήματα έχει επικρατήσει να είναι η ηλικία κανονικής συνταξιοδότησης. Γι αυτό το λόγο έχει τεθεί ως η αρχή της Τρίτης Ηλικίας.

Μολαταύτα οι ελεύθεροι επαγγελματίες τείνουν να διατηρούν την ιδιοτητά τους και μετά τη σύνταξη, πολλές φορές με ειδικά καθεστώτα εργασίας – μείωση του ωραρίου η των ευθυνών τους. Με τη χρήση των διευκολύνσεων της επιστήμης και της τεχνολογίας, η σωματική καταπόνηση έχει μειωθεί ουτως ώστε ενα άτομο σε αυτη την ηλικία που φροντίζει προληπτικά τον ευτό του μπορεί να συμμετάσχει στην κοινωνική ζωή. Στη συντηρητική πλειοψηφία τα άτομα αποσύρονται απο την επαγγελματική δραστηριότητα αργότερα στη ζωή τους, αναμεσα στα 75 – 84 έτη. (Σταθόπουλος, 2015).

Συνεπως αυτό που ευρέως ονομαζόταν παλαιότερα Τριτη ηλικία έχει διαχωριστεί σε 3 κατηγορίες λαμβανοντας υπ όψιν την φυσική και χρονολογική ηλικία και τα κοινωνικά πλαίσια στα οποία ζει το άτομο.

Τρίτη ηλικία: 65 -74

Τεταρτη Ηλικία: 74 -84

Πέμπτη ηλικία: 85 ετων και ανω.

Η εξειδίκευση των αναγκών της τελευταίας ηλικιακής ομάδας είναι ακόμα πιο επιτακτική και γίνεται σε μεγαλύτερο βαθμό καθώς μπορεί να χρειάζονται ολόημερη φροντίδα η νοσηλεία. Χαρακτηριστικά το Alzheimer, η Ανοια, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι παθήσεις του νευρικούσυστήματος (parkinsons) είναι απο τα νοσήματα που απαντώνται συχνότερα σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας και νοσηλείας οπου οι απευθυνόμενοι είναι κυρίως άτομα ανω των 65.

1.3 Γιατί η γήρανση απασχολεί τις διεθνείς κοινότητες και το σχεδιασμό της πολιτικής των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι δημογραφικές αλλαγές έως το 2060 στην ΕΕ των 27 προβλέπεται να οδηγήσουν σε συρρίκνωση του πληθυσμού των νέων κατά 9% και του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας (15-64 ετών) κατά 15%. επιπλέον, αναμένεται δραστική αύξηση (79%) του αριθμού των ηλικιωμένων (Εκθεση Ευρωπαϊκης επιτροπής περιφερειών, 2011) Συνεπως η προαγωγή των δικαιωμάτων του ανθρώπου αποτελεί εναν απο τους βασικούς στόχους των διεθνών κοινότητων που δρουν σήμερα στον τομέα του σχεδιασμού πολιτικών.

Η ανάδειξη των αναγκών των ηλικιωμένων είναι σημαντική όσο και η προσπάθεια για την προώθηση πολιτικών που αφορούν το πώς θα ανταπεξέλθει το σύστημα υγείας μιας χώρας στο φαινόμενο που ονομάζεται *Δημογραφική γήρανση*.

Ο όρος αυτός σημαίνει ότι η αναλογία των νέων προς τους ηλικιωμένους, αν θέσουμε ότι ως ηλικιωμένος θεωρείται το άτομο από 65 και άνω, τείνει να γίνεται μικρότερη. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι σε λίγο θα ξεπεράσουν σε αριθμό τους νεότερους που σημαίνει πως θα χρειαστούν μέτρα από το δημόσιο τομέα για τη φροντίδα των πολιτών.

Το φαινόμενο εμφανίζεται για πολλούς λόγους.

Αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Οι Ευρωπαίοι πολίτες τείνουν να επιτυγχάνουν όλο και μεγαλύτερες ηλικίες πριν το θάνατο. Η εξέλιξη του τομέα των ιατρικών και βιολογικών ερευνών, μπόρεσε να παράσχει στους ανθρώπους τρόπους για να ζουν περισσότερο και με καλύτερη ποιότητα, από τις φαρμακευτικές καινοτομίες μέχρι βελτιώσεις στην ιατρική τεχνολογία και στον τρόπο εξέτασης που σημαίνει ότι εξασφαλίζονται περισσότερα χρόνια ζωής. Συντελείται όμως ταυτόχρονα μια αύξηση των δαπανών στην υγεία όχι μόνο για τη συντήρηση του ανθρώπινου οργανισμού για περισσότερα χρόνια αλλά και τη φροντίδα του στην ασθένεια και στο γήρας το οποίο μπορεί να διαρκέσει πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλιότερα. Αυτό οφείλεται στο καλύτερο επίπεδο υγείας συνολικά που παρατηρείται στις χώρες του πρώτου κόσμου αλλά και την ανάπτυξη των φαρμακευτικών ουσιών καθώς οι χώρες της Δύσης υπήρξαν ευνοϊκό περιβάλλον οικονομικά και κοινωνικά για την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής. Όλο και περισσότερα φάρμακα επιτυγχάνουν να δίνουν στον άνθρωπο την ικανότητα να ξεπεράσει τις δυνατότητες επιβίωσής του αλλά και να ανταπεξέλθει σε σοβαρές ασθένειες, κάτι που παλαιότερα δεν ήταν εφικτό. Η πρόοδος που σημειώθηκε στις εφευρέσεις φαρμάκων, τη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και τη βελτίωση των δυνάμεων διαβίωσης, οδήγησε στην επακόλουθη μείωση της νοσηρότητας, και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. (United Nations 2015, Μαλλιαρού 2016)

Υπογεννητικότητα Στην Ευρώπη τείνει να αυξάνεται, ειδικότερα σε χώρες όπως οι Βαλκανικές και οι χώρες του Νότου αλλά και στη Γερμανία. Ο νέος τρόπος ζωής δεν αφήνει πολύ χρόνο στη φροντίδα των παιδιών αλλά και οι αξίες της κοινωνίας έχουν πλέον αλλάξει, οι οικογένειες δεν επιθυμούν πλέον τόσο πολλά παιδιά όσο στο παρελθόν και οι νέοι άνθρωποι επιλέγουν να δημιουργούν οικογένειες σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ό,τι παλιότερα. Παλαιότερα, η φροντίδα του ατόμου που γερνούσε ήταν ευθύνη της οικογένειας, όμως με την έλευση της τεχνολογίας, με την αποδέσμευση της γυναίκας από τον παραδοσιακό ρόλο της φροντίδας του σπιτιού και την αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών, η φροντίδα των ηλικιωμένων καλείται να υποστηρικτεί από εξωτερικούς φορείς. Καθώς δεν έχουν όλοι την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν σε ιδιωτικούς

φορείς για τη φροντίδα και τη νοσηλεία του ηλικιωμένου, τα κράτη θα κληθούν να παράσχουν λύσεις στο πρόβλημα, χωρίς να θυσιάσουν την αυτονομία του πληθυσμού που αποτελεί εργατικό δυναμικό.

Απο την Eurostat (βλ πίνακας 1.1) παρουσιάζεται το παρατηρούμενο φαινόμενο στα 28 κράτη της Ευρωπαϊκής ένωσης, απο το 2008 ενως το 2018. Είναι εμφανες οτι σε κάθε χώρα το ποσοστό των 65+ εχει ανοδική πορεία σταθερα. Στην Ελλάδα ενώ το 2008 οι πολύ νέοι (0-14 ετων) βρίσκονται στο 14,6% και φαίνεται να έχουν μικρή διαφορά με τους 65+ που βρίσκονται στο 18,7%, δέκα χρόνια μετά, το 2018 το ποσοστό των νέων εως 14 ετων παραμένει σχεδόν ίδιο, στο 14,6% ενω το ποσοστό των 65+ φτάνει στο 21,8. Στην Ευρώπη για το 2008 το ποσοστό νέων στον πληθυσμό ηταν 15,6% ενω το ποσοστό ατόμων 65+ ηταν 17,1%. Δέκα χρόνια μετά το ποσοστό ανέρχεται σε 15,6 (0-14 ετων) και 19,7 (για τους 65+). Αν και το ποσοστό νέων δεν μεταβλήθηκε, εν τουτοις είναι φανερή η αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων. Αν εστιάσουμε για την Ελλάδα, στο δείκτη γήρανσης βλέπουμε οτι είναι στο 152,5. Περίπου 1 με 2 ηλικιωμενοι φαίνεται ν αντιστοιχούν σε 1 νεο άτομο.

Μερικές ενδιαφέρουσες τιμές απο τον ίδιο πίνακα είναι και οι παρακάτω.

Χωρα	Ηλικία Πληθυσμου σε Ποσοστο για 2018 (ηλικίες 0-14)	Ηλικία Πληθυσμου σε Ποσοστο για 2018 (ηλικίες 65+)
ΙΤΑΛΙΑ	13,4%	22,6%
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	20,8%	13,8%
Λουξεμβούργο	16,1%	14,3%
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	15,5%	15,6%

(Πηγή Eurostat)

Στην Ιταλία οι επιπτώσεις του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης φαίνονται πιο έντονα απο όλες τις χώρες του πίνακα 1.1 απο τη δραματική διαφορά μεταξύ των ποσοστών. Απο την άλλη το Λουξεμβούργο και η Ιρλανδία φαίνεται να παρουσιάζουν τις αντίθετες ενδείξεις με τον πληθυσμό τους να είναι αυξημένος στις νεότερες ηλικίες. Αυτό ομως δεν είναι αρκετός λόγος εφησυχασμού καθώς η Ιρλανδική κυβέρνηση φαίνεται να εφιστά την προσοχή των πολιτών στο ζήτημα της δημογραφικής γήρανσης. Στη Σλοβακία η αναλογία είναι αυστηρη 1/1 νέος για κάθε ηλικιωμένο και είναι η μόνη χώρα απο τις 28

οπου συμβαίνει αυτο. Σε ανακοίνωση της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων διαβάζει κανείς το εξής:

“[...] Ο πληθυσμός της Ένωσης αναμένεται να σημειώσει μικρή μόνο αύξηση ως το 2025 χάρη στη μετανάστευση, πριν αρχίσει να φθίνει. 458 εκατομμύρια κάτοικοι το 2005, 469,5 εκατομμύρια το 2025 (+ 2%), και στη συνέχεια 468,7 εκατομμύρια το 2030. Η μείωση αυτή γίνεται ακόμα ταχύτερη και μεγαλύτερη εάν ληφθεί μόνο υπόψη ο συνολικός ενεργός πληθυσμός (μεταξύ 15 και 64 ετών): στο διάστημα από το 2005 έως το 2030 αναμένεται να αποχωρήσουν 20,8 εκατομμύρια άτομα.”

Τα περισσότερα κράτη και ιδίως τα πιο βιομηχανικά καλούνται να προσαρμόσουν τις οικονομικές και κοινωνικές τους πολιτικές στην γήρανση του πληθυσμού ιδίως σε ότι αφορά το επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης. Η απουσία η οι ελλειψεις στον τομέα της ασφαλιστικής κάλυψης τείνουν να επιδεινώνονται με την μετανάστευση των νέων προς άλλες χώρες.

Η αύξηση της δημογραφικής γήρανσης, έχει οδηγήσει και σε μια επακόλουθη αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας, πράγμα το οποίο αναμένεται να καθρεφτίζεται και στο ποσό εισφοράς του ασφαλισμένου. Ακριβώς επειδή το σύστημα περίθαλψης και παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας καλείται ν' ανταποκριθεί σε αυξανόμενο αριθμό υπερηλικών -συνταξιοδοτούμενων και απόρων, έχοντας σαν βάση εισφοράς τη φορολογική εισφορά λιγότερων ενεργών εργαζομένων, δεν μπορεί να ρυθμίσει αναλογικά και δίκαια την απαίτηση του σε χρηματικές εισροές για να μπορεί να συντηρηθεί. Αναλογικά η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων θα σημάνει και την αύξηση του ποσοστού της δαπάνης που θα διατεθεί για την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης.

Η νοσοκομειακή δαπάνη αναμένεται ν αυξηθεί, το ίδιο και η δαπάνη για παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης, συνεπώς αυξάνεται η απαίτηση της κοινωνικής ασφαλισης. Η εξεύρεση πόρων για την ικανοποίηση αυτών των αιτημάτων θα είναι μεγάλη ευθύνη για το κράτος καθώς θα σημαίνει αυξήσεις στη φορολογία. Το βαρος της στήριξης των συστημάτων παροχής δημοσίων υπηρεσιών και ειδικότερα του ασφαλιστικού τομέα δεν είναι εύκολο να μοιραστεί στις νεότερες γενιές – τις καλούμενες ταυτόχρονα ν ανταπεξέλθουν στις αυξανόμενες δαπάνες σε όλους τους τομείς. Οσο το κόστος ζωής ανεβαίνει θα είναι δύσκολο για τις νεες γενιές να επωμιστούν τη φροντίδα των παλιότερων οικονομικά και πρακτικά καθώς το πρόβλημα της αύξησης του κόστους ζωής συνδυάζεται και με τη μείωση της ποιότητας.

1.4 Μέτρα προστασίας και βελτιώσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η έννοια της Ενεργού Γήρανσης

Για την Ευρώπη ο τομέας υγείας έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο γιατί απασχολεί το 1/10 των εργαζομένων της οι οποίοι έχουν αυξημένες ικανότητες (highly skilled workers). Το έτος 2012 ορίστηκε ως Ευρωπαϊκό Έτος ενεργού γήρανης, με στόχο τη συνοχή μεταξύ των γενεών, την ενίσχυση των ηλικιωμένων για έλεγχο της ζωής και της υγείας τους, τη δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης και την κινητοποίηση για συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα.

Την ίδια χρονιά το «Διεθνές σχέδιο Δράσης της Μαδρίτης για τη Γήρανση», μια πρόταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ενεργό γήρανση, έθεσε τη βάση για την ενίσχυση των ηλικιωμένων για αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωση και την αποφυγή του κοινωνικού τους αποκλεισμού. Είναι σημαντικό, ο ηλικιωμένος άνθρωπος να μπορεί να παραμείνει ενεργό μέλος της κοινωνίας. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας σε όλα τα επίπεδα είναι ωφέλεια, όχι μόνο για τη βελτίωση του γενικότερου βιοτικού επιπέδου μιας χώρας αλλά και για την παράταση του χρόνου όπου το άτομο μπορεί να συμμετέχει ενεργά με την εμπειρία ζωής του και τις αντικειμενικές δεξιότητές του, όπως την εμπειρία στον εργασιακό του τομέα, τη διάθεση του για προσφορά στην κοινωνία και την παραγωγικότητα του. Αυτό σημαίνει ενεργός γήρανση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002) ως ενεργός γήρανση ορίζεται «η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία σε όλη τη διάρκεια της ζωής, έτσι ώστε να επεκταθεί το προσδόκιμο ζωής, η παραγωγικότητα και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων». Ο ΠΟΥ προωθεί εντονα την ανάγκη για την βελτιστοποίηση των δυνατοτήτων υγείας, τη συμμετοχή στη ζωή και την ασφάλεια των ηλικιωμένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2016, σύμφωνα με τη Eurostat το 9,5% του πληθυσμού ηλικίας 65 έως 74 ετών ήταν οικονομικά ενεργός (απασχολούμενος ή άνεργος) στην ΕΕ, σε σύγκριση με το 77,5% του πληθυσμού ηλικίας 20 έως 64 ετών. Τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων ηλικίας 65-74 που ήταν οικονομικά ενεργά στην ηλικία αυτή καταγράφηκαν στην Εσθονία (26,0%) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (16,8%) και τα χαμηλότερα στο Λουξεμβούργο (2,7%) καθώς και στο Βέλγιο και την Ισπανία (και τα δύο 3,6%). (<https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>)

Η Ευρωπαϊκή ένωση έχει ήδη εντάξει την προώθηση πρωτοβουλιών ενεργού γήρανης στο πλαίσιο του επιχειρησιακού σχεδιασμού της, για να μετριάσει τις επιρροές του φαινομένου της γήρανης στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και στην αγορά εργασίας. Μολαταύτα, οι προτεραιότητες του εργασιακού περιβάλλοντος είναι διαφορετικές και αντικρουόμενες. Πολλοί εργαζόμενοι αντιδρούν στην αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης ενώ πολλοί εργοδότες τείνουν να προτιμούν πιο νέους όταν

προσλαμβάνουν. Αυτή η σύγκρουση δεν ενισχύει τις πρακτικές για αύξηση των δεξιοτήτων των ηλικιωμένων όπως έχει προταθεί αλλά διαιωνίζει ένα φαινόμενο όπου οι νέοι εργάζονται περισσότερο και πληρώνουν περισσότερες εισφορές για να στηρίξουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή η κατάσταση αποτυπώθηκε πιο έντονα στην περίοδο της τελευταίας οικονομικής κρίσης όπου η ύφεση, η ανεργία και η αύξηση των ατόμων που ήρθαν σε πρόωρη συνταξιοδότηση έφεραν κρίση στα εθνικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Το εκτεταμένο συνταξιοδοτικό σύστημα δεν μπορούσε να υποστηριχτεί από τη διατιθέμενη εργατική δύναμη.

Η ευρωπαϊκή πολιτική φαίνεται να κατευθύνεται ολοένα και περισσότερο στην κατάρτιση και τη δια βίου μάθηση της τρίτης ηλικίας, στην ενθάρρυνση των ηλικιωμένων για συμμετοχή στον εθελοντισμό, καθώς και στην εύρεση κινήτρων για τους εργοδότες για προσλήψεις ή αποτροπή απολύσεων για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Επιπλέον, υπογραμμίζεται η ανάγκη για εξάλειψη ανισοτήτων κατοίκων σε αστικά κέντρα και στην ύπαιθρο, σε ό,τι αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης. Προωθείται, ταυτόχρονα, ένα σχέδιο διευκόλυνσης των ηλικιωμένων για πρόσβαση στην αγορά αγαθών με σκοπό την αυτοεξυπηρέτησή τους. Η υιοθέτηση ενός μοντέλου ενεργού γήρανης, ώστε να παραμένει ο ηλικιωμένος στο οικείο περιβάλλον του, φαίνεται να ευνοεί την ψυχική υγεία, καθώς διατηρεί τη σταθερότητα στην καθημερινότητά του και προάγει αισθήματα ικανοποίησης, ασφάλειας, αυτονομίας και αυτοελέγχου.

Η επιτυχής προώθηση της Ενεργού Γήρανης σημαίνει ότι χρειάζεται προσπάθεια αναμόρφωσης των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας και την αλλαγή συνηθειών. Θα πρέπει να δημιουργηθούν τρόποι που θα επιτρέπουν τη συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων, για την ευαισθητοποίηση των άμεσα και έμεσα ενδιαφερόμενων στην κοινωνία, όχι μόνο δηλαδή των ίδιων των ηλικιωμένων αλλά και του κοινωνικού συνόλου και να αξιοποιηθεί η σύγχρονη τεχνολογία για τη δημιουργία εξειδικευμένων εφαρμογών. Απαιτείται σίγουρα μια αναδιαμόρφωση του πλαισίου κοινωνικής προστασίας και εκσυγχρονισμός των συστημάτων συντάξεων ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητά τους

Οι λόγοι που οφείλει να γίνει αυτό δεν είναι μόνο από την κοινωνική πλευρά του ζητήματος. Η τρίτη ηλικία αποτελεί επίσης μια πολύ σημαντική αγοραστική δύναμη καθώς έχει μια χρηματική εισροή από το ποσό της σύνταξης που είναι σταθερή συνήθως και μπορεί να καταναλώνει χωρίς δεσμεύσεις αφού συνήθως τα όποια παιδιά υπάρχουν στην οικογένεια είναι πλέον ενήλικοι.

Το τελευταίο δεν ισχύει πάντοτε, κυρίως μετά την οικονομική κρίση του 2008 όπου πολλοί γονείς στον Ευρωπαϊκό Νοτο και στη χώρα μας αναγκάστηκαν να βοηθήσουν οικονομικά τα παιδιά τους να ανταπεξέλθουν στις μειώσεις μισθών. Μολαταύτα ο

ηλικιωμένος παραμένει καταναλωτής και καταναλώνει το σημαντικότερο γι αυτή τη μελέτη, υπηρεσίες υγείας.

Η διαμόρφωση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας είναι μια από τις πολύ βασικές υποχρεώσεις ενός κράτους. Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει οδηγήσει σε μεγάλες ανακαλύψεις στον τομέα της ιατρικής και των φαρμακευτικών ουσιών. Οι εξετάσεις, οι διαγνώσεις και οι επεμβάσεις γίνονται με μεγαλύτερη ακρίβεια, ασφάλεια και επιτυχία από ότι παλαιότερα λόγω της ανάπτυξης νέων μηχανημάτων και της εισαγωγής της ρομποτικής στις ιατρικές εφαρμογές. Ταυτόχρονα όμως αυτό σημαίνει αυξανόμενα κόστη που οι άνθρωποι καλούνται να καλύψουν καθώς η κατασκευή και η συντήρηση των τεχνολογιών αυτών είναι δαπανηρή και δύσκολη. Ακόμη με του ρυθμούς που ακολουθεί η τεχνολογία, οι τεχνολογίες και οι μέθοδοι γίνονται ξεπερασμένες σε λιγότερο χρόνο απ' όσο παλιότερα πράγμα που αποτελεί μια αρνητική επένδυση. Μια κλινική που θα δαπανήσει χιλιάδες για την αγορά ενός μηχανήματος κινδυνεύει από την εμφάνιση μιας νέας μεθόδου που θα περιθωριοποιεί την παλιά. Ακόμη, ο χειρισμός ενός νέου μηχανήματος απαιτεί και τη γνώση, την εξειδίκευση και τη συνεχή παρακολούθηση των εξελίξεων κάτι που δεν έχουν όλοι οι εργαζόμενοι στην υγεία τη δυνατότητα να κάνουν. Αυτό όμως μπορεί να βελτιωθεί δημιουργώντας δεξαμενές εκμάθησης όπου η κοινή εμπειρία στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας θα μπορεί να ανταλλάσσεται μεταξύ των κρατών μελών. Η ΕΕ. μπορεί να αποτελέσει σημαντικό ενωτικό παράγοντα για την προώθηση παρόμοιων δράσεων.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει τη βούληση και τη στρατηγική κατεύθυνση να κάνει βελτιώσεις στον τομέα της φροντίδας και της προστασίας των ηλικιωμένων. Πράγματι πολλά από τα κράτη έχουν προχωρήσει στην διαμόρφωση των συστημάτων ασφάλισης υγείας και εντάσσουν παροχές προς τους ηλικιωμένους εκπορευόμενες από δημόσιες πηγές. Στη συνέχεια θα εξεταστεί η πρακτική πλευρά του ζητήματος της ρύθμισης του πλαισίου παροχών υγείας. Μπορούν τα συστήματα που έχουν θέσει τα κράτη για την ασφάλιση και την πρόνοια για τους ηλικιωμένους να ανταπεξέλθουν στην αύξηση των δαπανών;

1.5 Ανακεφαλαίωση

Σήμερα, οι πολιτικές κατευθύνσεις στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα, είναι πλέον στραμμένες στην υγιή γήρανση, σε ποιότητα και χρόνια. Στα επόμενα χρόνια όπου προβλέπεται αύξηση των ηλικιωμένων αλλά και των αναγκών υγείας αυτής της ομάδας πληθυσμού, η προετοιμασία των συστημάτων υγείας για να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων είναι απαραίτητη. Τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν είναι πολλαπλά, οι κυριότεροι κίνδυνοι είναι τα χρόνια νοσήματα, οι διάφοροι τύποι

καρκίνου αλλά και οι παθήσεις του εγκεφάλου. Η Δημογραφική γήρανση παραμένει σταθερά ανοδική και οι προβλέψεις για το μέλλον επισημαίνουν ότι το φαινόμενο θα επιφέρει κρίσεις στον ασφαλιστικό και εργασιακό τομέα. Έχουν γίνει αρκετά βήματα προς την ευαισθητοποίηση των αρχών για τα ζητήματα αυτά από οργανώσεις των ίδιων των ηλικιωμένων αλλά και από τα συντονιστικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η αύξηση του πληθυσμού και η διαφορά που παρουσιάζεται λόγω του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης προκειται σίγουρα να φέρει αύξηση στις δαπάνες υγείας. Εάν όμως το ποσοστό ατόμων που είναι ικανά να εργαστούν μειωθεί αυτό θα σημάνει μείωση των εισροών στο δημόσιο τομέα από τις εισφορές. Εάν οι δαπάνες υγείας συνεχίσουν να αυξάνονται και με πιο γρήγορο ρυθμό από το ΑΕΠ της κάθε χώρας αυτό θα σημάνει προβλήματα βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και πρόνοιας με σοβαρές συνέπειες στα άτομα που εξαρτώνται από αυτά, όπως οι ηλικιωμένοι πολλές φορές.

Μολαταυτα δε φτάνει μόνο να παρέχονται υπηρεσίες υγείας αλλά και τρόποι για να μπορεί να επιτευχθεί μια ποιοτική διάρκεια ζωής. Η έννοια της ενεργού γήρανσης φαίνεται να είναι το επόμενο βήμα στο σχεδιασμό στρατηγικών σχεδιασμού των πολιτικών και των υπηρεσιών που απευθύνονται στην κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

2.1 Εισαγωγή

Για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και την άμβλυνση των προβλημάτων, τα κράτη παρεμβαίνουν. Η παρέμβασή τους είναι διπλή, οικονομική, καθώς διαμορφώνουν την οικονομία και την οικονομική και επενδυτική πολιτική και κοινωνική καθώς διαμορφώνουν την κοινωνική συνοχή και αναδιανέμουν το εισόδημα απο την οικονομική ανάπτυξη συμβάλλοντας έτσι στην κίνηση του μηχανισμού αγοράς. Η αναδιανεμητική του λειτουργία εκφράζεται στα συστήματα φορολογίας και κοινωνικής ασφάλισης.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και το πως εφαρμόζονται αυτή τη στιγμή στις χώρες της ΕΕ. Είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε ότι η πρώτη αναφορά είναι γενική προς τον τρόπο που οι δαπάνες πρόνοιας ρυθμίζονται στα κράτη της Ευρωπαϊκής ένωσης και στο επόμενο κεφάλαιο θα απομονώσουμε τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή κατηγορία της παρούσας εργασίας.

Το κρατικό σύστημα που σχεδιάζει τις παρεμβάσεις του με σκοπό να επιτύχει δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και να εξασφαλίσει ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες ωστε με αυτό τον τρόπο να διατηρήσει το εργατικό δυναμικό του. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια εμβάθυνση στους κανόνες που διέπουν το σχεδιασμό των δημοσίων πολιτικών και δαπανών. Μια δημόσια δαπάνη για τη δημιουργία προγράμματος υγείας είναι ιδιαίτερη γιατί η υγεία δεν είναι ενα αγαθό που αγοράζεται η παράγεται με τους όρους των καταναλωτικών αγαθών αλλα υπόκειται σε απρόβλεπτες αλλαγές.

1.2 Κράτος πρόνοιας και κοινωνική πολιτική,

Πολιτική είναι ένα σχέδιο δράσης προς την επίτευξη ενός στόχου και όλοι οι κανόνες και οι ενέργειες που γίνονται για την επίτευξη του τελικού στόχου. Οι δημόσιες πολιτικές είναι σύνολα σχεδίων η εντολών που προέρχονται απο τις κυβερνήσεις η και τους διοικητικούς μηχανισμούς. Σε αυτο το κεφάλαιο παρουσιάζονται απο την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, οι θεωρητικές εννοιες βασικές για την κατανόηση της διαμόρφωσης του συστήματος υγείας και της κοινωνικής πολιτικής. Μπορεί κανείς να δει οτι η συγκρότηση, σχεδίαση και άσκηση δημόσιας πολιτικής δεν είναι απλό ζήτημα.

Το κράτος πρόνοιας είναι ένας όρος που επινόηθηκε για να περιγράψει τους τρόπους με τους οποίους ένας κρατικός μηχανισμός, δηλαδή οι κυβερνήσεις, οι κρατικοί οργανισμοί, οι νόμοι και οι θεσμοί που η εκάστοτε κοινωνία αναφοράς έχει εκπονήσει για να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά, μπορεί να παρεμβαίνει στην λειτουργία της παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες. Ο J. Higgins (1981) αναφέρεται στον “τρόπο που τα κράτη δημιουργούν και ρυθμίζουν τα συστήματα πρόνοιας για να μπορούν να προσφέρουν, δηλαδή να “ασκούν κοινωνική πολιτική”.” Δεν υπάρχει οριστικά κάποια μορφή κράτους καλύτερη από μια άλλη. Το σύστημα αποτελείται από την κοινωνία την οποία καλείται να εξυπηρετήσει και περιλαμβάνει τις ιδιομορφίες του κάθε πληθυσμού.

Η φροντίδα των αδύναμων μελών της κοινωνίας ήταν ιστορικά μια ευθύνη των δυνατότερων οι οποίοι είχαν τα μέσα αλλά και την επιλογή και την ευκαιρία να το πραγματοποιήσουν σε θεσμικό επίπεδο. Από τον καιρό που οι κοινωνίες των ανθρώπων άρχισαν να οργανώνονται κάτω από θεσμούς -όπως η πόλη κράτος στην αρχαία Ελλάδα- και αργότερα, βασιλεία, μοναρχίες και εν τέλει τις δημοκρατίες των σύγχρονων κρατών, οι κυβερνώντες κλήθηκαν να διαχειριστούν την ευημερία του λαού και αυτό σήμαινε ότι θα έπρεπε να αφιερωθεί αρκετό μέρος από τους πόρους τους στην εύρεση λύσεων για τη διαχείριση των προβλημάτων της κοινότητας. Από τις πρώτες κοινωνίες, η φροντίδα δινόταν από την κοινωνία μέσω θεσμών που βασιζόνταν σε μορφές οργάνωσης που η τοπική κοινωνία διέθετε. Οι εκκλησίες διατηρούσαν τον πιο σημαντικό ρόλο στα κράτη της Ευρώπης. Συμβαδίζοντας με τις αξίες του χριστιανισμού όπως η αλληλεγγύη και η φιλευσπλαχνία, οι πιστοί οργανώνονταν για να παρέχουν μέσω δωρεάς στους πιο αδύναμους, η και της φιλευσπλαχνίας των τοπικών μοναστηριών. Οι χριστιανικές εκκλησίες στην ευρώπη ενίσχυσαν πολλά από τα δημόσια νοσοκομεία, προσέφεραν στην εκπαίδευση και την φροντίδα των απόρων και οργάνωσαν κοινωνικά δίκτυα για την ανακούφιση των φτωχών. Η οικονομική ισχύς που επήλθε οδήγησε σε φαινόμενα προσπάθειας κοινωνικού ελέγχου καθώς η προσφορά της φιλευσπλαχνίας απαιτούσε τη συνεχή αφοσίωση όλων των πιστών στην εκκλησία

Ηδη από το Μεσαίωνα δημιουργούνται τα πρώτα πτωχοκομεία όπου ο κύριος ρόλος τους είναι η ανάληψη της ευθύνης για τη διαβίωση του φτωχότερου πληθυσμού των πόλεων. Εκείνα διακρίθηκαν τα επόμενα χρόνια και με αρχή τις χώρες τις καθολικής Δυτικής Ευρώπης δημιουργώντας τα μεγάλα δημόσια ορφανοτροφεία και γηροκομεία τα οποία λειτουργούσαν από τη στήριξη κυρίως της εκκλησίας και των κατά καιρούς δωρητών της οικονομικά δυνατότερης κοινωνικής τάξης.

Μετά το Β Παγκόσμιο πόλεμο και καθώς η μορφή του οργανωμένου κράτους αναδυόταν όλο και ισχυρότερη, άρχισε να δημιουργείται η ανάγκη για να υπάρχει μια

κεντρικά εκπορευόμενη πολιτική για το πως να αντιμετωπίζονται συλλογικά τα κοινωνικά προβλήματα. Ήδη ο πόλεμος είχε αφήσει πολλά ζητήματα, πείνα, φτώχεια και κακές συνθήκες διαβίωσης, ορφανά και τραυματίες που έπρεπε να έχουν περίθαλψη. Ήταν ανάγκη, να διαμορφωθούν συστήματα ρύθμισης για να εξανθρωπιστούν τα πρωίμα καπιταλιστικά συστήματα που επικρατούσαν μέχρι την περίοδο του Μεσοπολέμου και να οδηγηθούν τα κράτη στο μετασχηματισμό της κοινωνίας, καθώς μέχρι τότε υπήρχαν τεράστιες κοινωνικές ανισότητες. (Στασινοπούλου, 2006.)

Το 1951 δημιουργείται η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ανθρακα και Χαλυβα, με σκοπό την κοινή διαχείριση των υλικών αυτών και θα έθετε τη βάση για κοινή οικονομική ανάπτυξη στο πλαίσιο μιας κοινής ανώτατης αρχής. Αν και η συνθήκη έγινε για την αποφυγή της παραγωγής όπλων, η προοπτική μιας κοινής οικονομικής διαχείρισης, η προοπτική της εξασφάλισης μιας σχετικής οικονομικής ασφάλειας ήταν αρκετό κίνητρο για να εισχωρήσουν κι άλλα κράτη. Η συνθήκη αυτή υπογράφηκε με 6 κράτη. (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο, Γερμανία, Γαλλία και Ιταλία.) Η επίσημη έναρξη της ένωσης θεωρείται το 1957 με την υπογραφή της συνθήκης της Ρώμης. Με τη συνθήκη αυτή τα προαναφερόμενα κράτη αποφάσιζαν να προχωρήσουν σε τελωνειακή ένωση που ο στόχος ήταν να δημιουργήσει μια κοινή αγορά. Με τη συνθήκη αυτή συγκροτείται η Συνέλευση της Ε.Ε, το ειδικό συμβουλευτικό όργανο που το 1962 μετονομάστηκε στο κοινώς γνωστό Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Η συνθήκη αυτή εξασφάλιζε την συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών καθώς θεσμοθετούσε το ρόλο και την ειδικότητα των θεσμικών οργάνων και δημιούργησε το πλαίσιο κανόνων για την δημιουργία μιας υπερεθνικής νομικής οντότητας όπου οι κανόνες που εκπονούνταν θα έπρεπε να ακολουθούνται από όλα τα κράτη. Οι κανονισμοί της Ε.Ε είναι μέχρι και σήμερα υποχρέωση στην κάθε τοπική κυβέρνηση να συμμορφώσει το νομικό της πλαίσιο προς αυτούς.

Η δημιουργία της Κοινής Αγοράς έδινε τις εξής ιδιότητες στα κράτη μέλη.

A. Ελευθερία κυκλοφορίας. Τα εμπορεύματα μετά την τελωνειακή ένωση θα είχαν λιγότερο κόστος εισαγωγής, θα καταργούνταν οι δασμοί και θα επιβαλλόταν ένα νέο συμφωνημένο κοινό δασμολόγιο, οι άνθρωποι και οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να διαχέονται ελεύθερα στον ευρωπαϊκό χώρο, χωρίς πολλούς περιορισμούς στην μετεγκατάσταση και τη διαμονή αν ήθελαν να δουλέψουν ή να κάνουν μια επιχείρηση. Ταυτόχρονα θεσπιζόταν και ελευθερία κυκλοφορίας κεφαλαίων, άρα οι επενδύσεις θα διευκολύνονταν.

B. Υιοθέτηση κοινών πολιτικών και θεσπίση κανόνων για την εφαρμογή τους. Αυτό έγινε αρχικά στους τομείς της γεωργικής παραγωγής και του εμπορίου, στο τελευταίο

θεσπίστηκαν σημαντικά μέτρα όπως η προστασία του ανταγωνισμού, κάτι που δεν επέτρεπε την ανάπτυξη μονοπωλίων και τις αθέμιτες κρατικές ενισχύσεις. Η Ευρώπη υιοθέτησε μια κεντρική εμπορική πολιτική απέναντι στις τρίτες χώρες. (Hague & Harrop, 2011)

Με την υιοθέτηση των μέτρων αυτών ο οικονομικός χώρος άνοιξε για περισσότερες δραστηριότητες αφού τα κράτη δεν αντιμετώπιζαν πια το εμπόδιο των δασμών. Οι δημόσιες υπηρεσίες όμως είναι διαφορετικές δραστηριότητες κυρίως επειδή εκπορεύονται από τον δημόσιο τομέα της κάθε χώρας.

Η κοινωνική λειτουργία του κράτους συντελεί στη συνολική προσπάθεια για την επίτευξη της ευημερίας του συνόλου των πολιτών μιας χώρας. Η άνθηση της βιομηχανίας, που έχει περάσει από την εποχή του πολέμου και πλέον στρέφεται προς νέες κατευθύνσεις, δίνει το έναυσμα για την αύξηση του εισοδήματος των πολιτών αλλά και την πλήθυνση της εργατικής τάξης, η οποία μετακινείται προς τις πόλεις για να βρει δουλειά. Τα κράτη έχοντας πλέον να διαχειριστούν τα μεγάλα αστικά και βιομηχανικά κέντρα καλούνται να αναπτύξουν πολιτικές ώστε να υπάρχει φροντίδα για τους μη έχοντες και βοήθεια στους πολίτες που τη χρειάζονται. Καθώς συστηματοποιούνται και η διαδικασία της παραγωγής γίνεται κάτι μαζικό, αντί για την ατομική βιοτεχνία ή το μικρό αγροτεμάχιο, η ανάγκη για μια διάχυτη πολιτική που φροντίζει για όλους γίνεται πιο δυνατή.

Η περίοδος 1945 – 1969 έχει χαρακτηριστεί ως χρυσή εποχή για τα κράτη πρόνοιας, καθώς επέρχεται οικονομική ανάπτυξη, ωφελημένη από τις συνθήκες ειρήνης και το περιβάλλον είναι πιο ευνοϊκό στην ανάπτυξη της βιομηχανίας και την εργασία. Άρχισαν να αναπτύσσονται πολιτικές για την καταπολέμηση της ανεργίας, τη μείωση της φτώχειας και την εξασφάλιση ενός βασικού κατώτερου επιπέδου διαβίωσης για τους πολίτες που βρίσκονταν σε ανάγκη. Από τα πρώτα μέτρα για την ενίσχυση τους ήταν η παροχή οικογενειακού επιδόματος. Το οικονομικό επίπεδο βελτιώνεται και ο πληθυσμός αυξάνεται. Τότε ξεκινά η προσπάθεια για την οικοδόμηση ενός καθολικού συστήματος υγείας. (Στασινοπούλου 2006).

Το κοινωνικό κράτος διευρύνθηκε σε όλους τους τομείς της Κοινωνικής Ασφάλισης, της Πρόνοιας, της Υγείας, της Εκπαίδευσης, της Στέγασης, και των Δημοσίων Υποδομών. Τα πρώτα Εθνικά Συστήματα Υγείας οικοδομούνται για να προσφέρουν περίθαλψη και φροντίδα στα θύματα του πολέμου, η ύπαρξη παγκόσμιων οργανώσεων όπως ο Ερυθρός Σταυρός τότε ήταν καταλυτική για την επιβίωση αρκετών από τους πληγέντες πληθυσμούς. Ωστόσο έπρεπε να εξασφαλιστεί μια βασική περίθαλψη για τους πολίτες, μια στην οποία όλοι να είχαν πρόσβαση, να λάμβαναν τις ίδιες υπηρεσίες ανεξάρτητα με το εισοδήμα τους

Το κράτος πρόνοιας κάνει την παρέμβασή του με 2 τρόπους.

A. Οικονομικά γιατί διαμορφώνει την οικονομική πολιτική και κατα συνέπεια και η κοινωνική πολιτική που διαμορφώνεται μέσα από αυτό στηρίζει την αγορά

B. Κοινωνικά για να ρυθμίζει τις συνέπειες της οικονομικής ανάπτυξης και να προωθή την κοινωνική συνοχή

Το κράτος επηρεάζει με τις πρακτικές του το πόσο, με ποιο τρόπο και ποια προϊόντα καταναλώνονται. Αυτό αφορά άμεσα το κοινό που εργάζεται και μπορεί να καταναλώσει.

Οι ηλικιωμένοι όμως θεωρούνται μη ενεργός πληθυσμός (Στασινοπούλου 2006) και για αυτούς όπως και για άλλες “παθητικές” ομάδες, ένα κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη να παράσχει υπηρεσίες όπως εκπαίδευση και υγεία. Στην κοινωνική πολιτική αναπτύχθηκαν δυο τύποι κρατών πρόνοιας πάνω στους οποίους βασίστηκε η μετέπειτα ανάπτυξη των μοντέλων πρόνοιας που θα περιγραφούν στο Κεφάλαιο 3.

Υπολειμματικό μοντέλο. Ορίζει ότι η κάλυψη των αναγκών πρέπει να γίνει μέσα από τους μηχανισμούς της ελεύθερης αγοράς και το κράτος να παρεμβαίνει μόνο όταν η κάλυψη δεν είναι εφικτή με κανένα άλλο μέσο. Ο στόχος ήταν να προσανατολιστεί η παροχή βοήθειας προς εκείνους που πραγματικά τη χρειάζονταν και να αποφύγουν το φαινόμενο κάποιων να εκμεταλλεύονται τις κοινωνικές παροχές (free riders) Ταυτόχρονα συνέβαλλε στον ανταγωνισμό και ενθάρρυνε την εξοικονόμηση πόρων από τα κράτη και την ορθολογική χρήση τους. Το υπολειμματικό σύστημα καλύπτει επιλεκτικά και αναπτύσσει συστήματα για την εξακρίβωση της οικονομικής κατάστασης του αιτούντος.

Στον αντίποδα το **Θεσμικό Αναδιανεμητικό μοντέλο** αναπτύσσει τρόπους για να καλύπτει καθολικά προσπαθώντας για την επίτευξη κοινωνικής συνοχής. Η ευθύνη για την τροφοδότηση του συστήματος με πόρους είναι των πολιτών – κοινωνική ευθύνη. Η συλλογική κάλυψη αναγκών όμως καθιστά προβληματική την επίτευξη κέρδους. (Στασινοπούλου 2006) και το χαρακτηρίζει αρκετά πολυδάπανο που σημαίνει ότι θα χρειαστεί μια δυνατή οικονομία για να το υποστηρίξει.

Για να μπορέσει το κράτος να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές πρέπει να ισοσταθμίσει 2 παραγοντες κρατικών δαπανών.

A. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο. Κοινωνικό κεφάλαιο είναι όλα τα έργα που αυξάνουν την συλλογική παραγωγικότητα. Αποτελεί μια επένδυση στον πολίτη περιμένοντας ότι το αποτέλεσμα θα είναι η διατήρηση και η αύξηση των εργαζόμενων πολιτών, αυτοί οι οποίοι θα συνεχίσουν να εργάζονται, να καταναλώνουν αγαθά και υπηρεσίες στην τοπική αγορά.

B. Τις Κοινωνικές Δαπάνες. Τα μέσα που εξασφαλίζουν κοινωνική αρμονία και ειρήνη. Μπορεί να είναι επίπεδο διαφωνιών ανάλογα με το είδος και το εύρος της κοινωνικής πολιτικής που ασκεί η εκάστοτε εξουσία. Η κοινωνικοποίηση του κόστους αλλά με ιδιοποίηση του κέρδους, είναι αυτό που φέρνει την οικονομική κρίση στα κράτη

πρόνοιας γιατί ξοδεύονται περισσότερα απ όσα εισπράττονται με αποτέλεσμα το κράτος να πρέπει να δανείζεται για να καλύψει ανάγκες που όμως αποτελούν βασικές παροχές κοινωνικής πρόνοιας, λχ οι υπηρεσίες υγείας.

Στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύουν ακριβώς οι κανόνες κατανάλωσης όπως σ'ενα άλλο αγαθό, ειδικότερα απο τη στιγμή που παρέχεται απο το δημόσιο τομέα.

Η χρηματοδότηση του κοινωνικού κράτους γίνεται απο την φορολογία, την κοστολόγηση των δημοσίων δαπανών η απο δανεισμό. Η πρακτική του διακρατικού δανεισμού είναι συχνή εαν τα κράτη δεν καταφέρνουν να καλύψουν τις δαπάνες απο τα δύο πρώτα. Είναι πολύ συχνές οι διαφορές μεταξύ του τρόπου με τον οποίο χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας ανα κράτος. Συνήθως χρησιμοποιούνται δημόσιες πηγές, ο εθνικός προϋπολογισμός η και οι κρατήσεις απο τους φόρους, αν και εμφανίζονται αρκετές φορές οι δώρες απο τρίτους η διεθνείς οργανώσεις για την προαγωγή της συνολικής υγείας (στην Ελλάδα πχ. Το Ωνασειο καρδιοχειρουργικό κέντρο και πολλά εκκλησιαστικά ιδρύματα)

2.4. Πολιτική υγείας και δημόσια υγεία

Ειδικότερα στον τομέα της δημόσια υγείας βρίσκονται τα πιο σύνθετα προβλήματα, τόσο γιατί πρέπει να ληφθούν υπ όψιν πολλοί παράγοντες αλλά και φαινόμενα τα οποία δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν, όπως οι διακυμάνσεις της οικονομίας και οι κοινωνικές αλλαγές.

Δημόσια υγεία είναι το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας που ακούονται με βάση του; κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας και της βιοηθικής. Η Δημόσια υγεία στοχεύει στην Προληψη των νοσημάτων, την προστασία και την προαγωγή της υγείας και την αύξηση του προσδόκιμου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. (Λιαρόπουλος 2007) Παλιότερα η δημόσια υγεία στρεφόταν περισσότερο στην αντιμετώπιση των καταστάσεων, λχ μιας επιδημίας. Τώρα που το συλλογικό επίπεδο υγείας έχει διαφοροποιηθεί μετα την εξάλειψη πολλών απο τις παλιότερες επικίνδυνες νόσους, οι παρεμβάσεις υγείας απο το δημόσιο τομέα αφορούν κυρίως την πρόληψη διαφόρων ασθενειών, την προώθηση των εμβολιασμών, ενημερωτικές εκστρατείες και αν χρειαστεί καποια εκτακτη παρέμβαση σε μεγάλη εμβέλεια. (Λιαρόπουλος 2007)

Το σύνολο του σχεδιασμού πολιτικών του τομέα υγείας αναλαμβάνουν τα κατα τόπους Υπουργεία υγείας η Κοινωνικής πρόνοιας, αλλά η άσκηση των δράσεων της δεν περιορίζεται μόνο στα νοσοκομεία και τα τοπικά κέντρα υγείας. Οι χωροι ομαδικής διαβίωσης και εργασίας αλλά και οι χωροι κοινωνικών δραστηριοτήτων είναι εργαλεία άσκησης παρεμβλασεων στη δημόσια υγεία.

Υγεία και πρόνοια σ' ένα σύγχρονο κράτος μοιάζουν αλληλένδετα, είναι όμως και τα δύο τροφοδοτούμενα από την τακτική εισφορά του πολίτη μέσω των τυπικών κρατήσεων στο ετήσιο εισοδημά του.

Η πολιτική υγείας είναι από τις βασικές πτυχές της κοινωνικής πολιτικής. Ένα κράτος καλείται να πάρει τις αποφάσεις όσον αφορά την υγεία των πολιτών και τη διαφύλαξη του επιπέδου της ώστε οι κοινωνίες να λειτουργούν αποτελεσματικά. Σύμφωνα με το νόμο 3370/2005, ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005, «η Δημόσια Υγεία είναι πρωτίστως άσκηση δημόσιας πολιτικής και πρέπει να γίνεται με την ευθύνη του κράτους.»

Όσο τα συστήματα υγείας εξελίσσονται μαζί με την οικονομία που αναπτύσσεται οι τομείς τους διαιρούνται και εξειδικεύονται ανάλογα με την πολιτική που ακολουθείται από το κάθε κράτος και την οικονομική δυνατότητα που υπάρχει. Ο κύκλος της οικονομίας χωρίς το δημόσιο τομέα είναι πιο απλός, τα αγαθά και οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται σύμφωνα με τους απλούς κανόνες της προσφοράς και της ζήτησης. Το ίδιο σχήμα είναι εφαρμοστέο στον τομέα της υγείας όπου αντι για αγαθά τα άτομα απευθύνονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα, τα οποία επενδύουν το κέρδος από τη δραστηριότητά τους στην αγορά παραγωγικών συντελεστών – στην περίπτωση αυτή το προσωπικό (ιατροί, νοσηλευτές) φάρμακα, μηχανήματα και υλικά (Χλέτσος 2016)

Στην υγεία όμως δεν υπάρχει γραμμική σχέση της προσφοράς και της ζήτησης. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας δεν δημιουργείται τόσο από το ίδιο το άτομο/ ασθενή όσο από τους ιατρούς. Είναι δεδομένη μια άγνοια του μεσου ατόμου για τις ιατρικές πραξεις και για αυτό το λόγο χρειάζεται να τοποθετεί την εμπιστοσύνη του και εν τέλει την καταναλωτική του τάση στην κρίση του επαγγελματία υγείας.. Υπάρχουν πολλές απόψεις που συνδέονται με τους πολιτικούς ιδεολογικούς χώρους για το πως θα πρέπει να διαμορφώνεται η πολιτική υγείας. Η φιλελεύθερη άποψη λειει ότι ο ανταγωνισμός στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή στην προσφορά και τη ζήτηση πρέπει να είναι ελευθερος όπως και στις άλλες αγορές και να αφήνεται ο Ασθενής να αποφασίσει την ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών που θέλει να λαβει.

Αυτό όμως προσκρούει σε έννοιες όπως η άγνοια του εξυπηρετουμένου όπως αναλύθηκε και πιο πάνω. Ο Εξυπηρετούμενος δεν είναι γιατρός και δεν μπορεί πάντα να ξέρει τι χρειάζεται. Από την άλλη στην άποψη της Απολυτης Ισοτιμίας η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται πέρα από τους οικονομικούς όρους. Η Ευρωπη ξεκίνησε με αυτή την άποψη. Με τα δεδομένα όμως που φαίνονται τα τελευταία χρόνια στην αύξηση του πληθυσμού και του προσδόκιμου ζωής η δαπάνη πρόκειται να συμπαρασυρθεί από την αυξημένη ζήτηση/ ανάγκη. Η Ευρώπη αρχίζει να εγκαταλείπει την

ιδέα για πιο ανταγωνιστικές στρατηγικές. Όμως η επικράτηση του πλήρως ανταγωνιστικού μοντέλου δεν ευνοείται καθώς η παρέμβαση του κράτους θεωρείται ως απαραίτητη για να φρενάρει τον ανταγωνισμό και να δημιουργεί ανεξάρτητα κριτήρια που οι πολίτες μπορούν να εμπιστευτούν. λχ φορείς πιστοποίησης και υπευθυνα ενημέρωση για τα ζητήματα υγείας απο έναν φορέα που δεν μπορεί να κερδοσκοπησει σε βαρος της άγνοιας του πολίτη.

Για να προστατεύσει το κράτος τους πολίτες παραχωρεί κάποιες Κοινωνικές παροχές στους πολίτες για να απαλλαγούν από την οικονομική επιβάρυνση ορισμένων κινδύνων ή αναγκών. Μεσα σε αυτά είναι οι συντάξεις, οικογενειακά επιδόματα και επιδόματα ατόμων με αναπηρία.

Οι κοινωνικές παροχές καταβάλλονται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, εθνικούς λογαριασμούς, μη κερδοσκοπικά ιδρύματα που εξυπηρετούν νοικοκυριά, εργοδότες που διαχειρίζονται μη χρηματοδοτούμενα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, ασφαλιστικές επιχειρήσεις ή άλλες θεσμικές μονάδες που διαχειρίζονται ιδιωτικά χρηματοδοτούμενα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. (Glossary on social benefits, Eurostat)

3. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

Απο το 1883 ο καγκελάριος Bismarck δημιούργησε στη Γερμανία τα πρωτα κοινωνικά πλαίσια υποστήριξης για να διασφαλίσει την προστασία των πολυάριθμων εργατών. Οι διατάξεις του εξασφάλιζαν τον άνθρωπο απο τα εργατικά ατυχήματα, την αναπηρία και προσέφεραν ιατρική φροντίδα. Μέχρι το 1911 οι υποκείμενοι στις διατάξεις είχαν προστασία απο τον κίνδυνο αναπηρίας. Το σύστημα αυτό χρησιμοποιήθηκε αργότερα για να χτίσει το πρωτο συστημα κοινωνική ασφάλισης όπου βασίστηκαν τα περισσότερα κράτη της κεντρικής ευρώπης για να χτίσουν τις δικές τους προσεγγίσεις. Αργότερα, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης οπως το γνωρίζουμε σήμερα αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε στην Αγγλία με αφορμή το μετριασμό των συνεπειών του Β Παγκοσμίου Πολέμου. Βασισμένοι στην εφαρρμογή των μέτρων του Bismarck, οι Βρετανοί εξελίσσουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τις οικονομικές ανεπάρκειες της αγοράς και να ανακουφίσει τη φτώχεια. Σε αυτό το σημείο επινοείται η ιδέα της σύνταξης θελοντας να εξασφαλίσουν ενα ελάχιστο εισόδημα στους ηλικιωμένους. Η εγγυημένη σύνταξη στηριζόταν στην μισθωτή εργασία, των νεότερων και υγιέστερων αλλα με την προοπτική της μελλοντικής ανταπόδοσης αυτής της συνθήκης απο τις επόμενες γενιές.

Η δημιουργία ενος πλαισίου κοινωνικής προστασίας ήταν να αντιμετωπιστούν οι κοινωνικοί κίνδυνοι και να προστατευτεί όχι μόνο ο εργάτης και ο μισθωτός υπάλληλος

αλλά και όλοι όσοι στήριζαν την ευημερία και τον πολλαπλασιασμό του εργατικού δυναμικού. Η ανάπτυξη της βιομηχανίας και η αύξηση του πληθυσμού συνέβαλλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση των διαφορών που συναντώνται στο επίπεδο οικονομικής δυνατότητας και παροχών μεταξύ των κρατών της ΕΕ. Μπορεί να δει κανείς πως οι χώρες όπου ιστορικά υπήρχε ανάπτυξη της βιομηχανίας, διαθέτουν πιο περιπλοκό σύστημα που περιέχει παρεμβάσεις για πιο πολλά ζητήματα σε πιο πολλά επίπεδα.

Απο το 1973 και έπειτα, με την περίοδο των πετρελαικών κρίσεων, ο ρυθμός ανάπτυξης παγκοσμίως έπεσε καθώς οι οικονομικές κρίσεις έφεραν μείωση των εθνικών προϋπολογισμών. Η μείωση των μισθών προκάλεσε διαταραχές στο σύστημα φορολογίας και εισφορών με αποτέλεσμα το κοινωνικό κράτος να επηρεαστεί εξίσου. Όσο ο πληθυσμός αυξανόταν λόγω του επιπέδου υγείας που είχε επιτευχθεί, οι δαπάνες του κράτους για να παρέχει στους πολίτες αυξάνονταν εξίσου, και, λόγω των μειωμένων εσόδων που δεν έφταναν για να καλύψουν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών, εμφανίστηκε η κρίση του κράτους πρόνοιας. Οι προνοιακές παροχές αρχισαν να συμβάλλουν στη δημιουργία και τη βάθυνση του δημοσιονομικού ελλείματος. Αυτό εκφράστηκε ιδιαιτέρως στον τομέα των συντάξεων. Ο αριθμός των ατόμων που λάμβαναν σύνταξη αυξανόταν και αυξάνεται ως σήμερα με πολυ γρήγορους ρυθμούς με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην αύξηση των δημοσιονομικών δαπανων και να δημιουργείται έλλειμμα.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι κεντρική έννοια ενός κράτους πρόνοιας. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης αποτελούνται απο οργανισμούς στους οποίους οι πολίτες υπάγονται ανάλογα με την ιδιότητα, συνήθως επαγγελματική. Κάθε πολίτης είναι υπεύθυνος για να πληρώνει τις εισφορές του στον οργανισμό κι έτσι συμμετέχει στη συνολική δαπάνη που γίνεται για να δημιουργηθούν έργα για την φροντίδα του κοινωνικού συνόλου, των ίδιων και των οικογενειών τους. Τα κράτη έχουν τη δημοσιονομική εποπτεία των οργανισμών οι οποίοι αναλαμβάνουν το ρόλο του ενδιάμεσου, φερνοντας σε επαφή τον πολίτη με το σύστημα υγείας και πρόνοιας της χώρας του. Παρέχουν σε ορισμένες περιπτώσεις ασφαλιστικά προγράμματα όπου είναι προκαθορισμένο το ποιές υπηρεσίες θα λάβει το άτομο και σε ποια ποσότητα.

Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται απο τον ασφαλιστικό φορέα ο οποίος εκτελεί το ρόλο ενός ενδιάμεσου στην σχεση μεταξύ Ατόμου και Παρόχου υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα ασφάλισης καθε χώρας είναι οργανωμένα διαφορετικά.

Η χρηματοδότηση του συστήματος ασφάλισης γίνεται απο τον κρατικό προϋπολογισμό η απο τις εισφορές. Μπορεί να είναι κεφαλαιοποιητικό η αναδιανεμητικό.

Στο **αναδιανεμητικό** σύστημα η χρηματοδότηση γίνεται απο τις εισφορές των εργαζομένων και αυτές τροφοδοτούν το σύστημα συντάξεων ενώ στο **κεφαλαιοποιητικό**,

οι παροχές προς τους συνταξιούχους χρηματοδοτούνται απο τις δικές τους εισφορές. Οι εισφορές πρέπει να καταβάλλονται και απο τον εργοδότη και τον εργαζόμενο. Παράλληλα απο το σύνολο φόρων που πληρώνεται, ο κρατικός προϋπολογισμός διαθέτει ενα μέρος του για την κάλυψη του κόστους του ασφαλιστικού συστήματος.

Το βασικό πλεονέκτημα της κρατικής επιχορήγησης είναι ότι προέρχεται από έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού στα οποία έχουν συμβάλει όλες οι εισοδηματικές τάξεις, αρα οταν φορολογείται καθένας ανάλογα με το ύψος των εισοδημάτων του λειτουργεί μια βασική διαδικασία κοινωνικής αναδιανομής και κοινωνικής εξισορρόπησης. (αναλογική φορολογία). Το σημαντικότερο πλεονέκτημα των εισφορών είναι ότι εξασφαλίζουν στη διοίκηση, στη νομοθετική εξουσία και τους ασφαλισμένους οικονομική πειθαρχία και ορθολογισμό, γιατί δεν επιτρέπουν την ανάληψη νέων προγραμμάτων αν δεν έχει προηγουμένως εξασφαλιστεί η χρηματοδότησή τους, αλλά και η αποδοτικότητά τους σε σχέση με καταβαλλόμενες εισφορές.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δέχονται την εισφορά του πολίτη και εξασφαλίζουν οτι θα βρίσκονται εκεί όταν οι υπηρεσίες υγείας χρειαστούν. Οι υπηρεσίες προπληρώνονται απο τους πολίτες για να χρησιμοποιηθύν κάποια στιγμή αργότερα. Τα βασικά ζητήματα που ανακύπτουν απο το ασφαλιστικό σύστημα και την ασφάλιση υγείας είναι το κατα πόσο όλοι έχουν πρόσβαση και το κατα πόσο οι υπηρεσίες διανεμόνται αποτελεσματικά. Εφ όσον ένα κράτος πρόνοιας έχει το ρόλο ν αναδιανέμει το εισόδημα για να μην δημιουργούνται κωλύματα στην αγορά, η ισορροπία της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών στην αγορά υγείας είναι πολύ σημαντική γιατί είναι ένα αγαθο που όλοι οι πολίτες του κράτους θα χρειαστούν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ακόμα κι αν απευθύνονται σε αμιγώς ιδιωτικούς παρόχους και ασφαλιστικούς φορείς, οι κανόνες για την επιχειρηματική δράση αυτών ρυθμίζονται και πάλι απο το κράτος.



Η οικονομική ισότητα αφορά τόσο ανθρώπους που βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο οικονομικά αρα θα πρέπει να πληρώνουν τους ίδιους φόρους, όσο και τους ανθρώπους που δεν βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Τα υψηλότερα εισοδήματα καλούνται σε μεγαλύτερες φορολογικές κρατήσεις για να μπορέσουν να καλυφθούν οι μεγαλύτερες κοινωνικές ανάγκες. Στην ασφάλιση υγείας ισχύει ομοίως, όπου όλα τα άτομα που πληρώνουν την ίδια εισφορά έχουν την απαίτηση να λαμβάνουν ισόποσα και στον ίδιο βαθμό τις παροχές που δικαιούνται. Η βαρύτητα όμως μιας νόσου μπορεί να καθορίσει αν κάποιος θα πρέπει να λάβει περισσότερες υπηρεσίες απ όσο μπορεί να πληρώνει. Γι αυτό το λόγο τα ασφαλιστικά συστήματα θα πρέπει να είναι έτοιμα να καλύψουν.

Ένα ασφαλιστικό σύστημα ασφαλίζει για την αποφυγή του κινδύνου, όπου κίνδυνος μπορεί να είναι κάποια ασθένεια η πάθηση η οποία είναι δυνατό να προκαλέσει τη μακροχρόνια εξάρτηση του ατόμου από το σύστημα υγείας. Μια χρόνια ασθένεια ή μια αναπηρία μπορεί να είναι κίνδυνος για την αυτονομία του ατόμου και να τον καθιστά ανενεργό στην αγορά εργασίας.

4. Κοινωνική ασφάλιση και σύνταξη γήρατος

Για τη διασφάλιση της διαβίωσής τους μετά την αποχώρηση από την εργασία οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν ένα οικονομικό βοήθημα. Η σύνταξη είναι η οικονομική αποζημίωση η οποία δίνεται από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία, συνήθως υπό προκαθορισμένους νομικούς ή συμβασιακούς όρους. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να προσφέρουν ένα «πρόγραμμα καθορισμένων αποδοχών», όπου ένα σταθερό ποσό καταβάλλεται τακτικά σε ένα πρόσωπο ή ένα «πρόγραμμα καθορισμένων εισφορών», βάσει του οποίου αποταμιεύεται ένα σταθερό ποσό και στη συνέχεια καθίσταται διαθέσιμο στην ηλικία συνταξιοδότησης.

Πρόωρη σύνταξη, είναι η δυνατότητα να αποχωρήσει κάποιος νωρίτερα από τον εργασιακό βίο έχοντας λιγότερα χρόνια ασφάλισης από τα απαιτούμενα της κάθε χώρας για να συνταξιοδοτηθεί. Το μέτρο αυτό εφαρμόζεται σε ειδικές περιπτώσεις οι οποίες ορίζονται από τη νομοθεσία κάθε χώρας και από τις κεντρικές οδηγίες της Ε.Ε και είναι χρήσιμο ως ελάφρυνση σε κάποιες ειδικές περιπτώσεις πχ μητέρες με ανήλικα παιδιά που βρίσκονται στο κατώτατο ηλικιακό όριο όπου επιτρέπεται η συνταξιοδότηση, ή επαγγελματίες των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελματων οι οποίοι έχουν σωματική καταπόνηση. Αν και τυπικά αποτελεί δικαίωμα και επιλογή του ανθρώπου το πότε θα εγκαταλείψει την επαγγελματική του ζωή, εν τούτοις σε αυτό το μέτρο υπάρχει σύγκρουση μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών. Ταυτόχρονα η ευρεία χρήση της δυνατότητας αυτής φαίνεται

να επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς επωμίζονται το κόστος της περίθαλψης του ασφαλισμένου για περισσότερα χρόνια, που τα λιγότερα χρήματα που λαμβάνει δεν προλαβαίνουν να το αποκαταστήσουν. Αυτό διαπιστώθηκε ιδιαίτερα στην Ελλάδα στην έναρξη της οικονομικής κρίσης 2008.

Για να δικαιούται κάποιος σύνταξη γήρατος πρέπει εκτός από το να έχει συμπληρώσει ορισμένα χρόνια εργαζόμενος, να έχει και κάποιες ημέρες εργασίας όσα ορίζει η κάθε χώρα ως απαραίτητα για τα χρόνια που εργαζόταν. Στην Ελλάδα αυτό είναι 67 έτη, για να λάβει κάποιος την κανονική σύνταξη και να έχει περίπου 10.000 ημέρες ασφάλισης. Συγκεκριμένες περιόδους όπως οι σπουδές, οι απεργίες, η μαθητεία, η στρατιωτική θητεία, η φυλάκιση, οι γονικές άδειες κ.α., για αυτές καταβάλλονται εισφορές αναδρομικά.

Η βασική σύνταξη περιλαμβάνει δύο μέρη, την Εθνική σύνταξη, που προέρχεται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη Συμπληρωματική σύνταξη, η οποία υπολογίζεται λαμβανομένων υπόψη των εισοδημάτων βάσει των οποίων καταβλήθηκαν εισφορές μέχρι το μήνα υποβολής της αίτησης για σύνταξη καθώς και βάσει του ποσοστού αντικατάστασης που αφορά τη συνολική περίοδο ασφάλισης – συνδεδεμένο με την περίοδο που το άτομο έχει εργαστεί.. Χορηγείται σε μηνιαία βάση.

Ανάλογα με τη διαμόρφωση του εργασιακού καθεστώτος, τα σχήματα εκπόνησης των προγραμμάτων σύνταξης διαφέρουν. Ενδεικτικά στη βάση δεδομένων του MISSOC αναφέρονται 4 σχήματα.

Σχήμα Καθορισμένων Παροχών (Defined Benefit scheme, DB): Όπου το ποσό της καταβλητέας σύνταξης είναι εγγυημένο βάσει των ετών απασχόλησης και των αποδοχών για μια δεδομένη περίοδο. Συνήθως συναντάται στο δημοσιο τομέα. Η εισφορά της ασφάλισης πληρώνεται μόνο από τον εργοδότη ο οποίος πρέπει να φροντίσει για την κατάθεση των απαραίτητων χρημάτων για την συνταξιοδότηση του εργαζόμενου. Μπορεί να είναι επιδοτούμενα ή μη επιδοτούμενα (funded/ unfunded) αναλόγως με το αν υπάρχει από το κράτος θεσμοθετημένο συγκεντρωτικό χρηματικό ποσό το οποίο να τροφοδοτεί το σύστημα συνταξιοδότησης.

Σχήμα Καθορισμένης Εισφοράς (Defined Contribution scheme, DC): Όπου το ποσό των πληρωτέων συνταξιοδοτικών παροχών εξαρτάται από το ποσό των εισφορών και την απόδοση του ταμείου στο οποίο καταβάλλονται. Εδώ ο εξυπηρετούμενος μπορεί να καθορίσει ο ίδιος την εισφορά του και με ποιο τρόπο θα συνεισφέρει στη συνταξιοδότησή του. Δίνει περισσότερη σημασία στις παροχές και τη σύνδεση του εξυπηρετούμενου με αυτές παρά στην οικονομική κάλυψη.

Σχήμα μη οικονομικά Καθορισμένης Εισφοράς (Notionally defined contribution scheme, NDC): Οι εισφορές (τόσο από τον εργαζόμενο όσο και από τον εργοδότη) χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση τρεχουσών συντάξεων, αλλά πιστώνονται επίσης σε πλασματικούς λογαριασμούς που δημιουργούνται με την πάροδο του χρόνου για τη χρηματοδότηση των μελλοντικών συντάξεων των τρεχόντων εργαζομένων.

Το σχήμα διαφέρει από τα προηγούμενα που είναι τύπου PAYG, στον καθορισμό του μεγέθους των παροχών. Τα άτομα που εργάζονται σήμερα προσδοκούν στην επόμενη γενιά για να πληρώσει με τις εισφορές της το ποσό των συντάξεων της. Στο τέλος κάθε περιόδου φορολογικής εισφοράς τα άτομα λαμβάνουν ένα ποσό που υπολογίζεται βάσει της οικονομικής αξίας των εισφορών τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους, το προσδόκιμο ζωής τους και το αναμενόμενο επιτόκιο εισφορών κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Εφαρμόζεται σε Ιταλία, Σουηδία, Λετονία και Πολωνία.

Σχήμα Συστήματος πόντων: Οι εργαζόμενοι κερδίζουν συνταξιοδοτικούς πόντους βάσει των αποδοχών τους και των ετών εισφορών τους. Κατά τη συνταξιοδότηση, το άθροισμα των βαθμών σύνταξης πολλαπλασιάζεται με την αξία ενός σημείου σύνταξης για τον προσδιορισμό του πληρωτέου ποσού. Αυτό συναντάται επί το πλείστον στη Γερμανία. Το άθροισμα των πόντων αποδοχών προκύπτει από τα ασφαλισμένα κέρδη για κάθε έτος διαιρούμενο με τον εθνικό μέσο όρο αποδοχών για το ίδιο έτος, επιπρόσθετα με τους βαθμούς αμοιβών για συγκεκριμένες περιόδους χωρίς εισφορές (μαθητείες, μητρότητα) και βοηθήματα για τέτοιες μειωμένες περιόδους εισφοράς. Το άθροισμα των σημείων αμοιβής πολλαπλασιάζεται με τον συντελεστή πρόσβασης (Zugangsfaktor). Ο συντελεστής πρόσβασης ακολουθεί την ηλικία του ασφαλισμένου κατά την έναρξη των συνταξιοδοτικών πληρωμών και επιφέρει μειώσεις σε περίπτωση πρόωρης σύνταξης ή αυξήσεις στην περίπτωση αναβολής σύνταξης μετά την επίτευξη της κανονικής ηλικίας συνταξιοδότησης.

Τέλος υπάρχουν και *Υβριδικά σχήματα:* όπου συναντώνται τόσο στοιχεία καθορισμένων παροχών όσο και καθορισμένων εισφορών, πράγμα που υποδηλώνει ότι ο ασφαλιστικός κίνδυνος κατανέμεται μεταξύ του διαχειριστή του συστήματος και των δικαιούχων.

Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε το σύστημα είναι μικτό με τις εισφορές να έρχονται τόσο από τους εργαζόμενους και εργοδότες όσο και μέσω των φόρων (λχ Αυστρία) ή μέσω καποιου προκαθορισμένου κρατικού λογαριασμού (λχ Γαλλία.) Οι περισσότερες βασίζονται στα κρατικά συστήματα της καθορισμένης εισφοράς (pay as you go -PAYG) που έχουν αναδιανεμητικό ρόλο, αφού οι πόροι έρχονται από τον ενεργό πληθυσμό στον μη ενεργο. Τα κρατικά συστήματα συνυπάρχουν με τα επαγγελματικά συνταξιοδοτικά σχήματα στα οποία οι εργοδότες συνεισφέρουν για τους εργαζόμενους. Σε

αυτα το κράτος λειτουργεί επικουρικά είτε με το να προσφέρει κινητρα και ελαφρύνσεις είτε απλα με την εποπτεία της λειτουργίας τους. Σε καθε 'χωρα υπαρχουν και ιδιωτικα συστήματα. Οι περισσότερες χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης βασίζονται κυρίως στο πρώτο σχήμα για τον καθορισμό των συντάξεων τους (το PAYG) και λιγότερο στις σχέσεις εργοδότη εργαζόμενου, σε αντίθεση με τις χώρες του Σκανδιναβικού κόσμου οπου βασίζονται στην ιδιωτική παροχή και ο καθε πολίτης επιλέγει τις παροχές του.

Το ΗΒ μοιαζει να έχει επιτύχει μια ισορροπία μεταξύ όλων των τύπων καθώς οι κρατικές παροχές του περιορίζονται μονο στην κάλυψη του κατώτατου επιπέδου εισοδηματικών αναγκών για να ανακουφίζει απο την απόλυτη φτώχεια. Το σύστημα τροφοδότησης της ασφαλιστικής τους εισφοράς είναι το (pay as you earn – PAYE) και απαιτεί από τους εργοδότες να αφαιρούν το φόρο εισοδήματος - και, σε ορισμένες περιπτώσεις, το κομμάτι του εργαζόμενου για την πληρωμή των φόρων κοινωνικής ασφάλισης, από κάθε πληρωμή που παραδίδεται στους εργαζομένους ως μορφή προκαταβολής για τους οφειλόμενους φόρους. Οι εργαζόμενοι που επιλέγουν την αυτόματη παρακράτηση βλέπουν προπληρωμές που γίνονται σε ομοσπονδιακές και / ή πολιτειακές φορολογικές αρχές με κάθε μισθοδοσία. Αυτοί λαμβάνουν επιστροφή φόρου στο τέλος του έτους.

Στην πληρωμη των συντάξεων τα περισσότερα κράτη προβλέπουν τη συμμετοχή του εθνικού προϋπολογισμού, ειδικότερα για την κάλυψη ελλειμμάτων μεταξύ των συλλεγόμενων δαπανών απο τις εισφορές των πολιτών και τις κοινωνικές δαπάνες. Εξαιρεση αποτελεί η Ολλανδία οπου το κράτος δεν εισέρχεται καθόλου στη διαδικασία της κάλυψης των συντάξεων με καποιο τρόπο.

Η αυξηση ομως του προσδόκιμου ζωής μαζί με την αύξηση των δαπανών θα είναι πρόκληση για το πως μπορούν να ανταποκριθούν τα συστήματα συνταξιοδότησης στο μέλλον. Στον πίνακα 1.5 παρουσιάζεται το προσδόκιμο ζωής για τα άτομα άνω των 65+ οπου στην Ελλάδα οι υπερήλικες αναμένονται να έχουν 19 εως 21 χρόνια επιπλέον ζωής μετά τα 65 κατα μέσο όρο, έτη για τα οποία θα πρέπει να λαμβάνουν την συνταξιοδοτική τους παροχή και να καλύπτονται οι βασικές τους ανάγκες απο αυτό το ποσό.

Ειδικότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση η Ελλάδα το 2015 είχε την υψηλότερη δαπάνη σε ποσοστό του ΑΕΠ το οποίο δαπανάται για την πληρωμή συντάξεων, το 16,9% του ΑΕΠ (Πίνακας 1.6)

Για να διαπιστωθεί αν οι συνταξεις σε μια χωρα η ενα σύνολο επαρκουν, οι ερευνητές έχουν στη διαθεσή τους δείκτες με τους οποίους μπορεί να έξαχθει στατιστικο συμέρασμα. Αρχικά το ποσοστό φτώχειας το οποίο ορίζεται ως εξής,

“Το μερίδιο των ατόμων με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα κάτω από το όριο κινδύνου-φτώχειας, το οποίο καθορίζεται στο 60% του εθνικού μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος” απο την Eurostat.”

Το ποσοστό αυτό αναδεικνύει το κατα πόσο έχουν όλοι πρόσβαση στο να λάβουν μια σύνταξη και πόσο αυτή καλύπτει τις ανάγκες τους. Συγκεκριμένα στην Ευρώπη των 28 το ποσοστό φτώχειας στο 2018 στην ομάδα 65+ ήταν 16% κατα μέσο όρο.

2.5 Ανακεφαλαίωση

Για να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών μέσα στα συγχρονα οργανωμένα κράτη έπρεπε να εκπονηθούν κανόνες για να ρυθμίζονται οι επιπτώσεις της αγοράς και για την αναδιανομή του πλούτου. Το κράτος προνοιας είναι το σύνολο διοικητικών διαδικασιών και οικονομικών αντιλήψεων που επιχειρεί να δώσει τρόπους διαχείρισης και εξάλειψης των ανισοτήτων. Το αγαθό της υγείας και η παροχή των υπηρεσιών της έχει κριθεί στην Ευρώπη ως δημόσιο και παρέχεται απο τα κράτη. Οι τρόποι παροχής του μπορεί να διαφέρουν.

Η συνδεση του συτήματος υγείας με εκεινου της κοινωνικης ασφάλισης ειναι αναπόφευκτη καθώς η σχέση μεταξύ τους είναι αλληλενδετη στο οικονομικό σύστημα των δημοσίων δαπανών. Εξηγήθηκε το σύστημα εισφορών και πως οι ασφαλιστικοί φορείς χρησιμοποιούν την εισφορά του εργαζόμενου για να τροφοδοτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας.

Για την κάλυψη μη εργασιακά ενεργού πληθυσμου οπως οι ηλικιωμένοι αναλαμβάνει το σύστημα συντάξεων το οποίο οικοδομείται απο το αρμόδιο κυβερνητικό όργανο με την συνεπικουρία των ασφαλιστικών φορέων. Υπάρχουν πολλοί τρόποι που οι εισφορές υπολογίζονται και τα ποσά των συντάξεων εκτιμώνται. Είναι όμως το είδος της δαπάνης που πρόκειται να δημιουργήσει σύντομα μεγάλες δημοσιονομικές ελλείψεις αν συνεχιστεί με τον ίδιο τρόπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ – ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΡΑΤΩΝ

3.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρατεθούν πληροφορίες για τα συστήματα δημόσια υγείας και πρόνοιας των ευρωπαϊκών κρατών, και στη συνέχεια, ανάλογα με τον τύπο προνοιακού κράτους που ακολουθεί η κάθε χώρα και τα χαρακτηριστικά αυτού, θα παρατεθεί η ανάλυση των παροχών προς τους ηλικιωμένους πολίτες. Είναι αναμενόμενο να διαπιστώσουμε διαφορές οι οποίες οφείλονται σε ιστορικούς και πολιτικούς λόγους, καθώς η κάθε πολιτική διαμορφώνει με άλλο τρόπο τις προτεραιότητες της κοινωνικής πρόνοιας, αλλά και την αντίληψη που έχει το κάθε κράτος για την οικονομική του δραστηριότητα και τη δομή της κοινωνίας του.

Οι πληροφορίες αφορούν περισσότερο την οργάνωση και την διοίκηση των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας δείγμα. Στα κράτη της ΕΕ η υγεία έχει αποφασιστεί ότι θα είναι ένα δημόσιο αγαθό που θα δίνεται στους πολίτες από τον κεντρικό φορέα του κάθε κράτους ο οποίος θα ρυθμίζεται από το ίδιο το κράτος ως προς τον τρόπο και το είδος των υπηρεσιών που θα δίνει στους πολίτες. Η προσφορά υπηρεσιών περίθαλψης και πρόληψης υγείας παραμένει όμως υποχρέωση του κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διασφαλίζεται με κεντρικές οδηγίες.

Η άντληση των δεδομένων και των τιμών που ακολουθούν πραγματοποιήθηκε έσω του προγράμματος MISSOC- Mutual Information System on Social Protection. Η βάση δεδομένων του MISSOC περιλαμβάνει πληροφορίες για την οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη των 28 υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το Ευρωπαϊκό Σύστημα Αμοιβαίας Πληροφόρησης για την Κοινωνική Προστασία (MISSOC) παρέχει λεπτομερή, συγκρίσιμα και επικαιροποιημένα στοιχεία, στα αγγλικά, γαλλικά και γερμανικά, σχετικά με τα συστήματα κοινωνικής προστασίας που υπάρχουν στα κράτη μέλη. Το πρόγραμμα συντονίζεται από την ειδική Γραμματεία σε επίπεδο ΕΕ και τα δεδομένα παρέχουν οι αντιπρόσωποι ορισμένοι σε κάθε χώρα από τα αρμόδια υπουργεία (Υγείας, Κοινωνικής Ασφάλισης, Εργασίας) Το σύστημα αυτό παρέχεται από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Κοινωνικής Πολιτικής (European Social Policy Network (ESPN))

Στο τέλος του κεφαλαίου θα έχουμε ένα συμπέρασμα για τους βασικούς άξονες της κοινωνικής πολιτικής ανάλογα με το κάθε σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και τις προτεραιότητές που οι ίδιοι οι οργανωτές του ακολουθούν για να φτιάξουν την πολιτική και τον προϋπολογισμό της δαπάνης για τη φροντίδα του πληθυσμού υψηλού κινδύνου. Εξειδικεύοντας στην τρίτη ηλικία, παρουσιάζονται οι δημόσιες δαπάνες για προγράμματα που αφορούν στην τρίτη ηλικία, οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου όπως έχει καθε χώρα διαλέξει να το αντιμετωπίσει ανάλογα με το σύστημα ασφάλισης και παροχών που διαθέτει, και, σε ποια σημεία διαφέρουν οι πολιτικές ασφάλισης και πως καθε κράτος φροντίζει για τους συνταξιούχους του.

Τα δεδομένα περιλαμβάνουν το Ηνωμένο Βασίλειο αν και πλέον βρίσκεται σε διαδικασία εξόδου από την Ε.Ε.

3.2 Είδη συστημάτων πρόνοιας

Τα περισσότερα κράτη στην Ε.Ε είναι ενιαία και η κυριαρχία ανήκει αποκλειστικά στην εθνική κυβέρνηση σε αντίθεση λχ με τις ΗΠΑ όπου οι πολιτείες έχουν δημιουργηθεί πάνω σε ένα κοινό σύνταγμα και διαθέτουν επίσης κοινό νόμισμα. Τόσο εκεί όσο και στην Ε.Ε οι πολίτες θεωρούνται το ίδιο πολίτες και της διευρυμένης κυβερνητικής οντότητας έτσι οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού δικαστηρίου έχουν άμεση ισχύ για τους πολίτες και πιο επείγοντα χαρακτήρα στην εκτελεσή τους από τις εθνικές κυβερνήσεις των κρατών μελών απ ότι οι εθνικοί νόμοι. Οι εθνικές κυβερνήσεις έχουν δικαίωμα να χαράσσουν πολιτική, πρέπει όμως αυτή να ευθυγραμμίζεται με τις αξίες που έχουν τεθεί στη βάση της οργάνωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το συμβούλιο των υπουργών όπου εκπροσωπούνται όλα τα κράτη μέλη είναι υπεύθυνο για τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και την εφαρμογή τους. Μέσω του κομματιού κυριαρχίας που έχει εκχωρηθεί στη διακιοδοσία των θεσμών της Ε.Ε, οι νομοθέτες μπορούν να ασκούν κεντρική πολιτική για να κατευθύνουν την πορεία της Ένωσης συνολικά. (Hague & Harrop, 2011)

Η ΕΕ δεν φορολογεί άμεσα τους πολίτες. Η κύρια πηγή εσόδων της είναι η συμβολή των κρατών μελών στον κοινοτικό προϋπολογισμό με βάση συγκεκριμένο ποσό του ΑΕΠ τους και τα κράτη είναι ελεύθερα να συμμετέχουν ως ανεξάρτητα στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών και άλλες υπερεθνικές διακυβερνητικές οργανώσεις (Hague & Harrop, 2011)

Το 2014 η ΕΕ ξεκίνησε το πολυετές πρόγραμμα δράσης EU 2014 -2020 Health growth στον τομέα της υγείας (Κανονισμός (ΕΕ) 282/2014) Αυτό το πρόγραμμα δίνει έμφαση στη σχέση μεταξύ υγείας και οικονομικής ευημερίας, καθώς η υγεία των ατόμων

επηρεάζει άμεσα τα οικονομικά αποτελέσματα όπως η παραγωγικότητα, η προσφορά εργασίας και το ανθρώπινο κεφάλαιο. Συνεπώς, η παροχή των υπηρεσιών γίνεται σε τοπικό επίπεδο και γι αυτό καθίστανται υπεύθυνες οι εθνικές και τοπικές κυβερνήσεις ανάλογα το σύστημα διοίκησης που επικρατεί. Οι τοπικές κυβερνήσεις αναλαμβάνουν τις δημόσιες δομές όπως η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η ύδρευση, οι βιβλιοθήκες, τα γηροκομεία. Επίσης είναι υπεύθυνες να εφαρμόζουν τις πολιτικές που χαρασσονται σε εθνικό επίπεδο. Συνεπώς η Ευρώπη δεν δρα όπως η Αμερική όταν καλείται να βρει έναν τρόπο να εφαρμόσουν όλα τα κράτη τα ίδια μέτρα. Παρά τη νομισματική ένωση θα ήταν δύσκολο να επιβληθεί ένα κοινό σύστημα ασφάλισης και ένα κοινό σύστημα συνταξιοδότησης σε όλα τα κράτη, η οικονομική ανάπτυξη και η κοινωνική δομή είναι διαφορετική.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα 3 βασικά μοντέλα κράτους πρόνοιας. Σε αυτές εντάσσονται τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη, άλλα εφαρμόζοντας πιο καθαρά τις αρχές τους και άλλα με μικτό τρόπο. Οι Χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και του Νοτιού παρουσιάζονται σε ξεχωριστές κατηγορίες στο τέλος γιατί παρουσιάζουν κάποιες βασικές διαφορές από τα υπόλοιπα λόγω της ιδιαίτερης ιστορίας τους και των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούν από παλιά στις περιοχές αυτές.

A. Σύστημα Ηπειρωτικού Κορπορατισμού

Εδώ είναι οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και μεγάλα βιομηχανικά και τεχνολογικά κέντρα όπως η Αυστρία, το Λουξεμβούργο, η Γερμανία η Γαλλία και το Βέλγιο.

Χαρακτηρίζεται από σχετικά γενναιόδωρες παροχές· το δικαίωμα όμως σε αυτές τις παροχές θεμελιώνεται σύμφωνα με το επαγγελματικό-κοινωνικό στάτους των ατόμων. Τα κοινωνικά επιδόματα έχουν ως μονάδα αναφοράς την οικογένεια. Είναι σύμφωνα με τον Esping Andersen (Νοικοκυράκης 2018) ένα βιομηχανικό μοντέλο κοινωνικού κράτους, που δίνει έμφαση στην επαγγελματική θέση του εξυπηρετούμενου

Το σύστημα χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, αν και μπορεί να συμμετέχει το κράτος δίνοντας κάποια λεφτά από προκαθορισμένους τομείς. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική. Οι εργαζόμενοι ασφαλιζονται σε ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπου οι υπηρεσίες τους παρέχονται από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς μαζί. Η επιλογή του φορέα γίνεται από τον εξυπηρετούμενο και δεν πληρώνει εισφορά στο κράτος.

Η συνεισφορά των εργοδοτών δεν γίνεται σε συνολικά καθορισμένη βάση, εκτός από το Βέλγιο, όπου οι εισφορές είναι καθορισμένες σε ένα σύστημα σκάλας βασισμένο σε

διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών. Οι διοικητικοί υπάλληλοι, ο μη κερδοσκοπικός τομέας και οι υπάλληλοι σε εκπαίδευση/ μαθητευόμενοι η εργαστηρίων (sheltered workshops) πληρώνουν τη Βασική Εισφορά. Οι υπόλοιποι επαγγελματίες προσφέρουν αναλογικά με το μισθό τους. Οι εταιρείες που απασχολούν πάνω από 10 άτομα έχουν λιγότερη εισφορά του εργαζόμενου (1,69%). Στους επαγγελματίες υγείας ελαφρύνεται η εισφορά τους για υπηρεσίες υγείας.

Το κράτος τροφοδοτεί από τους δημόσιους λογαριασμούς την δημόσια υγεία, με τη δαπάνη να καλύπτει στο Λουξεμβούργο το 40% του προϋπολογισμού και στην Αυστρία με τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Στο Βέλγιο, τη Γαλλία και τη Γερμανία συμμετέχει σε ορισμένο βαθμό και σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες

Οι συντάξεις τροφοδοτούνται από τις εισφορές του εργαζόμενου. Περίπου η μισή σύνταξη προέρχεται από εργατικές/ εργοδοτικές εισφορές με ένα καθορισμένο ανώτατο όριο ανάλογως την χώρα (ceiling) Από το 2019 στη Γαλλία οι εργαζόμενοι με δηλωμένες υπερωρίες μπορούν να δικαιούνται μείωση των κρατησεων στο μισθό τους. Όσο για τη συμμετοχή του κράτους στην περίθαλψη και την φροντίδα που χρειάζονται οι ηλικιωμένοι, ήτοι τη μακροχρόνια φροντίδα, ενώ στην Αυστρία είναι απολυτως υπεύθυνο για την πλήρωση της αλλά και για πλήρωμα ενός ποσοστού για τη μακροχρόνια φροντίδα του δικαιούχου (Pflegegeld).

Τα ομοσπονδιακά κεφάλαια για συνταξιοδοτική ασφάλιση (κρατική εισφορά, συμπληρωματικές αποζημιώσεις) ανήλθαν στο 22,05% των συνολικών δαπανών το 2018. Στη Γερμανία είναι παρόμοιο το σύστημα, τα νόμιμα έξοδα συνταξιοδοτικής ασφάλισης δεν καλύπτονται μόνο από εισφορές, αλλά και από μια γενική επιδότηση του Ομοσπονδιακού Κράτους που ποικίλλει ανάλογα με την εξέλιξη του ακαθάριστου μισθού και των μισθών ανά εργαζόμενο και του ποσοστού εισφορών. Επιπλέον, το κράτος παρέχει επιπλέον ομοσπονδιακές αμετάβλητες επιδοτήσεις για την κάλυψη εκείνων των συνταξιοδοτικών ασφαλιστικών παροχών που δεν καλύπτονται από εισφορές (έμμεσα κόστη). Όλα τα ομοσπονδιακά έξοδα που αναφέρονται παραπάνω (περίπου το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών στη νόμιμη συνταξιοδοτική ασφάλιση) χρηματοδοτούνται από φόρους.

Το σύστημα στις χώρες αυτές είναι τύπου PAYG με καθορισμένες εισφορές στο εισόδημα που λαμβάνει ο εξυπηρετούμενος (DB), με εξαίρεση το Βέλγιο, όπου ισχύει το σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτούμενο κυρίως από εισφορές που καλύπτουν τον ενεργό πληθυσμό (εργαζόμενοι και αυτοαπασχολούμενοι) παρέχοντας συγκεκριμένες παροχές ανάλογα με τις εισφορές και τη διάρκεια της σχέσης (PAYE) με τα ποσοστά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, ενώ στο Λουξεμβούργο υπάρχει ένα μικρό σύστημα όπου οι χρεώσεις απλώνονται σε ένα διάστημα 10 ετών και από αυτό

δημιουργείται ένα κεφάλαιο κρατήσεων (reserve fund) περίπου το διπλάσιο ενός ετήσιου εισοδήματος του ατόμου, το οποίο μπορεί να χρηματοδοτήσει την ανταποδοτική σύνταξη.

Η περίθαλψη υγείας σε αυτές τις χώρες είναι καθολική και ο εξυπηρετούμενος χρησιμοποιεί τον αντίστοιχο αριθμό κοινωνικής ασφάλισης. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και στις περισσότερες χώρες παρέχεται σε είδος, σε υπηρεσίες που οι συμβάσεις από την εργασία εξασφαλίζουν, με εξαίρεση το Λουξεμβούργο που έχει το ανταποδοτικό σύστημα. Οι συνταξιούχοι σε όλες τις χώρες αυτές, δικαιούνται τις παροχές αν έχουν τα απαραίτητα χρόνια ασφάλισης. Δεν απεγγραφονται από τη δημόσια ασφάλιση με εξαίρεση τη Γερμανία, όπου κάποιος μπορεί να ασφαλιστεί και ιδιωτικά εάν παραιτηθεί από τη δημόσια ασφάλιση όμως πρώτα. Οι παροχές δεν έχουν συγκεκριμένη διάρκεια και συνεχίζουν να παρέχονται για όσο χρειαστεί για να ολοκληρωθεί η ιατρική διαδικασία η νοσηλεία. Οι εξυπηρετούμενοι μπορούν να απευθύνονται στους συμβεβλημένους με τους τοπικούς οργανισμούς ασφάλισης, ιατρούς, οι οποίοι θα πρέπει να είναι εγκεκριμένοι από το κράτος. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη κυρίως σε όλες τις χώρες αυτού του συστήματος. Οι τιμές αμοιβής καθορίζονται από τους γενικούς ιατρικούς συλλόγους σε συνεργασία με τους κρατικούς ασφαλιστικούς φορείς. Στα δημόσια νοσοκομεία κάθε ασθενής μπορεί να απευθυνθεί χωρίς να πληρώσει καθώς οι ιατρικές υπηρεσίες αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Για να λάβει κάποιος πλήρη σύνταξη θα πρέπει να έχει συμπληρώσει 40 με 45 χρόνια ασφάλισης και να είναι στην ηλικία των 65 – 67 ετών. Υπάρχει δυνατότητα πρόωρης σύνταξης ανάλογα με το τι ορίζει η νομοθεσία. Στη Γερμανία όμως δεν υπάρχει η έννοια της πλήρους σύνταξης αφού δουλεύει με το σύστημα πόντων όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Οι συντάξεις έχουν άμεση σχέση με το μισθό βάσει του οποίου υπολογιζόταν και η εισφορά του ασφαλισμένου.

Η Γερμανία ταυτόχρονα είναι η μόνη χώρα από τις αναφερόμενες που δεν έχει θεσμοθετημένη την ελάχιστη σύνταξη. Αφού το συστήμα της βασίζεται εντελώς στην εισφορά του κάθε ατόμου, δεν έχει θεσμοθετήσει την ύπαρξη ελάχιστου εισοδήματος η ποσοστό θα είναι αυτό. Οι υπόλοιπες χώρες προβλέπουν σε νομοθεσία τους περι ασφάλισης την εγγύηση μιας ελάχιστης σύνταξης που αποτελεί ένα ποσοστό του κατώτατου μισθού. Αυτό υπολογίζεται στα ποσά στα οποία λάμβανε ο εργαζόμενος στην περίοδο όπου ήταν ασφαλισμένος και εργαζόταν.

Οι συντάξεις φορολογούνται επί του ποσού τους σε όλα τα κράτη εκτός από το Βέλγιο, όπου φορολογούνται οι παροχές. Η Γερμανία βρίσκεται σε διαδικασία μετάβασης σε μειωμένη φορολογία για τις συντάξεις σταδιακά μέσα στα επόμενα 35 χρόνια (2005-2039).

Το "φορολογητέο μερίδιο" σύνταξης για συντάξεις που χορηγήθηκαν πριν από το τέλος του 2005 ανέρχεται σε 50%. Σε αυτή τη βάση υπολογίζεται το αφορολόγητο ποσό της σύνταξης που χορηγείται στον δικαιούχο σύνταξης κάθε χρόνο. Το φορολογητέο μερίδιο - στο οποίο καθορίζεται το αφορολόγητο ποσό - για τις νέες συντάξεις θα αυξάνεται κάθε χρόνο κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες έως το 2020 και από το 2021 έως το 2040 κατά 1 εκατοστιαία μονάδα αντίστοιχα. (Finanzamt Neubrandenburg (RiA), Central Tax Office for pensioners residing abroad, 2020)

Η Γερμανία είναι πρωτοπόρος στον τομέα κοινωνικής ασφάλισης. Είναι χωρισμένη σε 16 περιφέρειες όπου καθε μια έχει το δικό της σύνταγμα και είναι σε μεγάλο μέρος αυτόνομη στην οργάνωση του εσωτερικού της. Εποπτεύονται από την κεντρική διοίκηση της χώρας. Η Σύνταξη ασφαρίζεται διαφορετικά από την φροντίδα υγείας και ρυθμίζεται από τον Εθνικό οργανισμό για τις Συντάξεις (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND) αλλά και σε τοπικό επίπεδο σύμφωνα με τους κανόνες που ισχύουν σε κάθε περιφέρεια. Όμως στον τομέα των υπηρεσιών διαπιστώνονται ελλείψεις. Ειδικότερα στην παροχή υπηρεσιών υγείας η Γερμανία αντιμετωπίζει τη μεγάλη έλλειψη των ειδικών φροντίδας κυρίων νοσοκόμων, ιατρών και φροντιστών υγείας ιδίως για ηλικιωμένα άτομα.

Η Γερμανική κυβέρνηση εξήγγειλε το 2018 την εκπόνηση σχεδίου για την αναδιαμόρφωση του τομέα υγείας ώστε να γίνουν διεκδικήσεις καλύτερων συνθηκών μέσω των συλλογικών συμβάσεων και αύξηση των μισθών στο νοσηλευτικό κλάδο. Μολαταύτα η αύξηση των απαιτήσεων στα επαγγέλματα αυτά επιφέρει περισσότερη προσωπική εργασία για αποτελεσματική απόκριση στην τρέχουσα ανάγκη. Τα μεγάλα προβλήματα του τομέα εκφράζονται ως: οι αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού, οι χαμηλοί μισθοί και η τάση της εξάντλησης των δυνατοτήτων του προσωπικού (work burn out). Επί του παρόντος, περίπου 1.000.000 άνθρωποι εργάζονται στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας της χώρας, και δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού της Γερμανίας, προβλέπεται ότι 3 εκατομμύρια νοσηλευτές θα χρειαστούν μέχρι το 2060. (Άρθρο της 01.08.2018, εφημερίδα DW)

Ο στόχος του σχεδιασμού πολιτικής της υγείας στη Γερμανία είναι να προσελκύσει πίσω τους ειδικούς που εγκαταλείπουν τις θέσεις φροντίδας για τους παραπάνω λόγους και να εδραιώσει και διεθνείς συνεργασίες εκμεταλλευόμενη την τάση για μετανάστευση προς αυτήν από τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και της Ασίας.

B. Σοσιαλδημοκρατικό σύστημα

Εδώ είναι οι Σκανδιναβικές χώρες Σουηδία, Φινλανδία, Δανία αλλά και η Ολλανδία. Η Νορβηγία δεν συμπεριλαμβάνεται. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα γενναιόδωρες και καθολικές παροχές που αφορούν το σύνολο του πληθυσμού, χωρίς έλεγχο πόρων των δικαιούχων (να αποδείξουν ότι το χρειάζονται). Χρηματοδοτείται μέσω ενός συστήματος φορολόγησης που διακρίνεται από τους υψηλούς και ιδιαίτερα προοδευτικούς άμεσους φόρους, καθώς επίσης και από τη χαμηλή φοροδιαφυγή. (Παπαθεοδώρου 2011)

Στις χώρες της Σκανδιναβίας όπου η αγορά χαρακτηρίζεται από την γήρανση του εργατικού δυναμικού και πολλές ειδικότητες έχουν έλλειψη λχ γιατροί, η προώθηση των πολιτικών και προγραμμάτων ενεργού γήρανσης θεωρείται πολύ σημαντική. Οι κοινωνικοί εταίροι δίνουν έμφαση στη βελτίωση της απασχολησιμότητας των μεγαλύτερων ηλικιακά εργαζομένων μέσω της θέσπισης ειδικών εργασιακών και συνταξιοδοτικών όρων που συνδέονται με την ηλικία, ταυτόχρονα με την υλοποίηση δράσεων κατάρτισης για το εργατικό δυναμικό. Επίσης δίνεται έμφαση σε άλλες μορφές εργασίας λχ τηλεεργασία.

Οι σκανδιναβικές χώρες έχουν, μαζί με τις αγγλόφωνες κάνει δραστικά βήματα για τον περιορισμό της άμεσης εμπλοκής των δημοτικών αρχών στην παροχή υπηρεσιών αναθετοντάς τις σε ιδιωτικούς φορείς, όπως εταιρείες ή εθελοντικές οργανώσεις. Η μετάβαση αυτή τοποθετεί την τοπική κυβέρνηση από το ρόλο του παρόχου, στο ρόλο αυτού που εξουσιοδοτεί και πλέον δεν ασχολείται με την παροχή των υπηρεσιών καθεαυτά αλλά με το να φροντίζει ότι οι πολίτες τις λαμβάνουν κι έτσι μπορούν να επικεντρώνονται στη διακυβέρνηση του κομματιού τους. Η Ολλανδία είναι λίγο διαφορετική γιατί ακολουθεί ένα μικτό σύστημα.

Στις Σκανδιναβικές χώρες η υγεία είναι δημόσια. Οι Δανοί πληρώνουν τις παροχές από τους φόρους ενώ στην Σουηδία και την Φινλανδία η δημόσια υγεία πληρώνεται κατά 90% από τις δημόσιες αρχές (Δήμους και κοινότητες) τους οποίους το κράτος δίνει ένα ποσό για να το διαθέσουν στην πληρωμή των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο. Η ασφάλεια υγείας χρηματοδοτείται κατά 50% από τον πολίτη και 50% από το κράτος. Η μακροχρόνια φροντίδα έχει χρηματοδότηση και διατίθεται από τους δήμους ως μέρος της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών. Οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να χρεώνουν τέλη τους ιδιώτες για τη χρηματοδότηση υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης. Το ανώτατο επίπεδο χρέωσης καθορίζεται σύμφωνα με την ικανότητα του δικαιούχου να πληρώσει και με τρόπο που να διασφαλίζει ότι ο δικαιούχος έχει ένα ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος. Τα τέλη δεν μπορούν να υπερβούν το πραγματικό κόστος της υπηρεσίας.

Στην Ολλανδία οι υπηρεσίες υγείας είναι αυστηρά καθορισμένες σε 2 κομμάτια που διασφαλίζονται από 2 διαφορετικούς νόμους.

A. Νόμος περί ασφάλισης υγείας (Zorgverzekeringswet, Zvw):

Οι μισές χρηματοδοτούνται από εισφορές κατοίκων και μη κατοίκων που εργάζονται στις Κάτω Χώρες και υπόκεινται σε μισθολογικούς φόρους. Το άλλο μισό χρηματοδοτείται μέσω της εισπραχθείσας ονομαστικών ασφαλιστρών που καταβάλλονται απευθείας στον ασφαλιστή από τους ασφαλισμένους. Επίσης, παρέχεται κρατική συνεισφορά για την κάλυψη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης παιδιών κάτω των 18 ετών.

B. Πράξη μακροχρόνιας περίθαλψης (Wet langdurige zorg (WLZ) (ασφάλιση που καλύπτει όλες τις εργασίες φροντίδας για άτομα με σοβαρές ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας) Χρηματοδοτείται από συνεισφορές κατοίκων καθώς και μη κατοίκων που εργάζονται στις Κάτω Χώρες με φόρο επί του μισθού. Η μακροχρόνια περίθαλψη δεν καλύπτεται από συγκεκριμένο κλάδο κοινωνικής ασφάλισης στις Κάτω Χώρες. Το WLZ χρηματοδοτείται από ασφάλιστρα, κρατικές επιχορηγήσεις και προσωπικές εισφορές ασφαλισμένων.

Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη συμπληρώνει το δημόσιο σύστημα. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επιστρέφονται εν μέρει από τη γενική ασφάλιση ασθενείας. Τα συμπληρώματα χρηματοδοτούνται από εισφορές που καταβάλλει ο ασφαλισμένος και επιδότηση από το κράτος σε ίσα ποσά. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στη ΣΟΥΗΔΙΑ και την ΔΑΝΙΑ.

Στην ΟΛΛΑΝΔΙΑ η χρηματοδότηση του συστήματος είναι μικτή, κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση αλλά η παροχή υπηρεσιών γίνεται περισσότερο από ιδιωτικούς φορείς. Οι κάτοικοι υποχρεούνται να συνάπτουν ασφάλιση. Υπάρχουν δύο κύριες παραλλαγές των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας: συμβόλαια που βασίζονται σε παροχές σε είδος και συμβόλαια που βασίζονται στην επιστροφή ιατρικών εξόδων. Ο Νόμος εισήγαγε μια γενική ασφάλιση για άτομα με σοβαρές, μακροχρόνιες ανάγκες φροντίδας που έπρεπε να παραμείνουν απαραίτητως σε ίδρυμα, όπως οι πολύ ηλικιωμένοι και τα άτομα με σοβαρές αναπηρίες, χρόνια ασθένεια ή αναπηρία που απαιτεί ολόημερη φροντίδα. Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε ίδρυμα ή στο σπίτι. Όλοι οι κάτοικοι και οι μη κάτοικοι που υπόκεινται στους Ολλανδικούς μισθούς και τον φόρο εισοδήματος είναι ασφαλισμένοι.

Οι κάτοικοι μπορούν να έχουν εθελοντική συμπληρωματική ασφάλιση για την κάλυψη ιατρικών εξόδων που δεν περιλαμβάνονται στη νομικά καθορισμένη κάλυψη. Είναι μια διάκριση που οι Σκανδιναβικές χώρες δεν έχουν. Οι χώρες αυτές δίνουν το δικαίωμα στο να λαβεί κάποιος παροχές κοινωνικής ασφάλισης με την εγγραφή του στα μητρώα κατοίκων ανεξάρτητα με τον τόπο καταγωγής. Όποιος έρχεται από το εξωτερικό όμως για να εγκατασταθεί στις Κάτω Χώρες και, κατά συνέπεια, δικαιούται δικαιώματα βάσει του WLZ υπόκειται σε χρόνο αναμονής ίσο με ένα μήνα για κάθε έτος που ένα άτομο ήταν

ανασφάλιστο έως και δώδεκα μήνες κατ' ανώτατο όριο. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα κι αν τα άτομα θα λάβουν την φροντίδα που τους αναλογεί αλλά δεν μπορεί να υποβληθεί αξίωση για το σχετικό κόστος βάσει του WLZ.

Στα Σκανδιναβικά κράτη η φροντίδα για την τρίτη ηλικία επικεντρώνεται περισσότερο στην μακροχρόνια φροντίδα, δηλαδή για όσους έχουν υποκείμενα νοσήματα και χρειάζονται παρακολούθηση και στήριξη. Όσο για την σύνταξη το κάθε κράτος έχει διαμορφώσει το δικό του σύστημα σε επίπεδο χώρας.

Στα περισσότερα κράτη, δίνεται τόσο εθνική σύνταξη όσο και συμπληρωματική η οποία βασίζεται στο ποσό που ο εργαζόμενος πληρώνει στο κράτος μέσω των φόρων. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Φινλανδία η εθνική σύνταξη μπορεί να μην δοθεί και καθόλου αν το ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης καλύψει ένα συγκεκριμένο όριο. Στη Σουηδία χρησιμοποιείται το σύστημα των μη καθορισμένων εισφορών, είναι από τις λίγες χώρες που αυτό ισχύει. Στην Ολλανδία μολτατά παρά την ύπαρξη του Εθνικού Σχεδίου Σύνταξης (Algemene ouderdomswet, AOW): οι εισφορές γίνονται από τους υπαλλήλους και αυτοαπασχολούμενους, και υπάρχει πρόσθετη χρηματοδότηση μέσω γενικών φόρων. Το κράτος δεν παίρνει ενεργό ρόλο στην δαπάνη για συντάξεις.

Γ. Φιλελεύθερο σύστημα

Εδώ είναι οι χώρες του Αγγλοσαξωνικού κόσμου, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία. Είναι πιθανό να υπάρξουν αλλαγές στο σύστημα του HB μετά την αποχώρηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση τον Ιανουάριο 2020.

Στο μοντέλο αυτό τα κοινωνικά επιδόματα παρέχονται έπειτα από έλεγχο πόρων των δικαιούχων, που οδηγεί στο στιγματισμό των αποδεκτών. Η αγορά αναγνωρίζεται ως ο βασικός μηχανισμός κατανομής των πόρων και το κράτος ουσιαστικά παρεμβαίνει μόνο όταν αποτυγχάνει η αγορά ή η οικογένεια στην επίτευξη ενός κατώτατου επιπέδου διαβίωσης (Παπαθεοδώρου 2011).

Οι χώρες που συναντώνται εδώ ακολουθούν το μοντέλο Beveridge στη διαμόρφωση των συστημάτων κοινωνικής ασφαλισής τους. Ο Beveridge θεωρούσε ότι το κράτος θα έπρεπε να αφήνει περιθώριο στον πολίτη να επιλέγει ο ίδιος το ποσό και το πρόγραμμα που θέλει να έχει στην ασφαλισή του και άφηγε μεγάλα περιθώρια στην ιδιωτική πρωτοβουλία.

Το κράτος θα παρείχε ένα εθνικό μίνιμουμ υπηρεσιών και ότι αλλο θα βασιζόταν στην δυνατότητα και την επιθυμία του πολίτη για περισσότερα.

Το φιλιελεύθερο σύστημα βασίζεται για τη χρηματοδότησή του στον φόρο του πολίτη και τις ειδικές εισφορές. Η Ιρλανδία έχει κάνει περισσότερα βήματα για να εντάξει

την μακροχρόνια φροντίδα στους δημόσιου θεσμούς με την επιβολή κρατήσεων για φροντίδα πέρα από το ποσό με οποίο χρηματοδοτείται από τους φορούτες. Οι συνεισφορές για το επίδομα φροντιστή και το επίδομα συνεχούς παρακολούθησης περιλαμβάνονται στα συνολικά ποσοστά κοινωνικής ασφάλισης. Το σύστημα ασφάλισης είναι τυπου PAYG και χρηματοδοτείται από το μισθό του ασφαλισμένου. Τα κράτη δεν έχουν την τάση να παρεμβαίνουν τόσο όσο στο Σοσιαλδημοκρατικό σύστημα, μόνο που θα παρεμβούν σε κάποια εκτακτη ανάγκη, όπως σε περίπτωση ελλείματος στο ταμείο ασφάλισης για να συμπληρώσουν την παρεχόμενη επιδότηση.

Το ΗΒ άρχισε να έχει συγκροτημένη κοινωνική πολιτική από το 1942 επηρεασμένο από την καταστροφική συνέπεια του Β Παγκοσμίου πολέμου. Το 1946 ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Υγείας της Βρετανίας (NHS). Στο ΗΒ, δεν υπάρχει ενιαίο, ξεχωριστό πρόγραμμα μακροχρόνιας περίθαλψης. Κοινωνική μέριμνα για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες παρέχεται από τις τοπικές αρχές, ιδιωτικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Το κράτος αφήνει τους εξυπηρετούμενους να διαμορφώσουν μόνοι τους το σύστημα ασφάλισης που κρίνουν ότι χρειάζονται και καλύπτει μόνο σε περιπτώσεις βαριάς αναπηρίας την νοσηλεία και τα έξοδα φροντιστή αν το άτομο απευθυνθεί σε δημόσια μονάδα. Οι φόροι χρηματοδοτούν καθολικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους του ΗΒ. Παρόλο που οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται δωρεάν στο σημείο χρήσης – στο νοσοκομείο ή την ιατρική υπηρεσία, οι ασθενείς καλούνται να συνεισφέρουν στο κόστος ορισμένων υπηρεσιών (π.χ. να τους δώσουν συνταγές και οδοντιατρική θεραπεία) η συνθήκη αυτή ισχύει ακόμα στην Αγγλία, αν και γίνονται βήματα για την παροχή αποζημιώσεων για υγειονομική περίθαλψη στη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία.

Στο ΗΒ και την Ιρλανδία οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε επίπεδο κοινότητας με το θεσμό των Γενικών Ιατρών (general practitioners, GP) όπου κάθε εξυπηρετούμενος μονιμα διαμενων στις χώρες αυτές ανατίθεται σε έναν τοπικό γενικό ιατρό ο οποίος με τη σειρά του είναι υπεύθυνος για την παραπομπή του εξυπηρετούμενου και τη διασυνδεσή του με το σύστημα υγείας. Στην Ιρλανδία οι Γενικοί Ιατροί (GP) παρέχουν υπηρεσίες βάσει του Συστήματος Γενικών Ιατρικών Υπηρεσιών (GMS) βάσει σύμβασης που έχει συνάψει καθε γιατρός με την Εκτελεστική Αρχή Υπηρεσίας Υγείας (HSE). Οι γιατροί παρέχουν υπηρεσίες για παιδιά κάτω των 6 ετών με ξεχωριστό συμβόλαιο με το HSE.

Οι γιατροί που επιθυμούν να συνάψουν συμβόλαια με το HSE για την παροχή υπηρεσιών σε επιλέξιμους ασθενείς βάσει του συστήματος GMS, ή για την παροχή υπηρεσιών σε παιδιά κάτω των 6 ετών, πρέπει να πληρούν αυτά τα κριτήρια προσόντων: Α.

Να εγγραφούν σε ένα ειδικό μητρώο ιατρών της υπηρεσίας και Β. Να έχουν πιστοποιητικό εγγραφής σε ισχύ για την ιατρική ειδικότητα «Γενική πρακτική».

Στο ΗΒ. οι Τοπικοί Οργανισμοί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCO) είναι υπεύθυνοι για την παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής υπηρεσίας NHS και προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες σε όσους είναι συμβεβλημένοι με τον NHS.

Παρέχουν:

- Γενικές Ιατρικές Υπηρεσίες (General Medical Services (GMS) που παρέχεται βάσει εθνικής σύμβασης.

- Προσωπικές ιατρικές υπηρεσίες Personal Medical Services (PMS). Αυτό το πρόγραμμα δημιουργήθηκε το 1997 και είναι μια τοπικά ευαίσθητη έκδοση του GMS για να αντιμετωπίζει προβλήματα που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το GMS, για να γνωρίζει τα προβλήματα των πληθυσμών καθε περιοχής.

- Ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας Trust (Primary Care Trust Medical Services (PCTMS); Αυτές παρέχονται απο το κάθε PCO, είναι πιο έκτακτης φύσης για να καλύψουν καποιο κενό, π.χ να φροντίσουν καποιον εκτός των ωρών εργασιας τους η να καλύψουν καποιον που χρειάζεται φροντίδα 24 ωρες. Το 2004 επιτράπηκε σε φορείς του ιδιωτικού τομέα να ανταγωνίζονται δημόσιες πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες αλλά και να συνεργάζονται μαζί τους με κοινά συμβόλαια καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες που δεν μπορούσαν οι δημόσιες υπηρεσίες (λχ την προαναφερομενη υπηρεσια TRUST)

Τα προαναφερόμενα είναι συμβόλαια τα οποία οι εξυπηρετούμενοι διαλέγουν και συναπτουν με την τοπική τους υπηρεσία. Το καθε PCO ομως είναι υπεύθυνο να μπορεί να χρηματοδοτεί όλα τα συμβόλαια.

Στην Ιρλανδία αρχίζουν να τίθενται πιο ευνοικοί κανονισμοί για την πρόβαση στο σύστημα των ανθρώπων με χαμηλά εισοδήματα η ιδιαίτερες ανάγκες. Μπορεί να εκδοθεί ιατρική κάρτα για την δωρεάν παρεχόμενη επίσκεψη σε γενικο ιατρο (GP VISIT CARD) εάν το (HSE) αποφασίσει ότι θα προκαλούσε αδικαιολόγητη δυσκολία για ένα άτομο να παρέχει γενικές ιατρικές υπηρεσίες για τον εαυτό του και τα εξαρτώμενα άτομα από τους δικούς του πόρους. Αυτό ομως θα πρέπει να ελεγχθεί απο το κράτος και ο εξυπηρετούμενος να προσκομίσει αποδείξεις οτι βρίσκεται σε τετοια οικονομική θέση που δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί απο ίδιους πόρους.

Από την 1η Ιουλίου 2015 όλα τα παιδιά κάτω των 6 ετών δικαιούνται υπηρεσία GP χωρίς χρέωση και οι κάρτες επίσκεψης GP παρέχονται σε όλα τα άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω.

Όλα τα παιδιά για τα οποία καταβάλλεται επίδομα κατοικίας έχουν αυτόματη επιλεξιμότητα για ιατρική κάρτα. Από την 1η Σεπτεμβρίου 2018, όσοι λαμβάνουν είτε το πλήρες ή το μισό επίδομα φροντιστή δικαιούνται την κάρτα χωρίς επιπλέον διαδικασία απόδειξης.

Το Φιλελευθερο σύστημα είναι πιο αυστηρό με τους ηλικιωμένους από τα προηγούμενα. Οι συντάξεις φορολογούνται όπως και το εισόδημα. Το σύστημα της εισφοράς είναι PAYG με προκαθορισμένες παροχές (DB) και χορηγείται εθνική και συμπληρωματική σύνταξη, η οποία εξαρτάται από το ιστορικό εισφορών του ατόμου. Το 2016 στο ΗΒ έγινε μια αναθεώρηση του κανονισμού συντάξεων, όπου οι δικαιούχοι θα μπορούν να λάβουν νέο ποσό σύνταξης (new state pension), με καλύτερη χρηματική παροχή. Στις χώρες αυτές δεν δίνεται δυνατότητα πρόωρης σύνταξης. (www.gov.uk)

Δ. Η Ανατολική Ευρώπη

Η ανατολική Ευρώπη βρίσκεται σε μια μεταβατική κατάσταση αφού πρόσφατα έχασε το σύστημα που είχε δημιουργηθεί από την ΕΣΣΔ. Μετά την πτώση του Κομμουνισμού οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης επέλεξαν να έχουν ενιαία διακυβέρνηση και όχι το σύστημα των επαρχιών όπως η Γερμανία και η Γαλλία γιατί για εκείνους η διαίρεση σε επαρχίες ήταν κατάλοιπο του παλιού καθεστώτος. Έχει έντονα φαινόμενα αδήλωτης οικονομίας. Πολλά από τα κράτη που γεωγραφικά ανήκουν στην ανατολική Ευρώπη δεν έχουν ακόμα ενταχτεί στην Ε.Ε και γι αυτό δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα εργασία. Στη βιβλιογραφία δεν χωρίζεται από τις άλλες χώρες όπως οι χώρες της Νοτίας Ευρώπης, εδώ όμως είναι διαχωρισμένη κατηγορία για να αναφερθούν κάποια ειδικά φαινόμενα.

Εδώ έχουν τοποθετηθεί οι Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχία, Εσθονία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία και Σλοβενία.

Οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης τείνουν να μην περιλαμβάνονται στις μετρήσεις των δαπανών στην βιβλιογραφία που αναφέρεται στα συστήματα πρόνοιας στην Ευρώπη. Αυτό γιατί υπάρχει μια έλλειψη δεδομένων λόγω και των φαινομένων αδήλωτης οικονομίας που προαναφέρθηκαν. Μολαταύτα το 2016 η Eurostat ανέδειξε τις χώρες αυτές ως έχουσες την χαμηλότερη δαπάνη για υπηρεσίες υγείας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών (μετρημένη σε Ευρώ ανά κάτοικο) (διαγραμμα 1.7)

Το σύστημα βασίζεται στις εισφορές εργοδότη και εργαζόμενου αλλά και στους φόρους. Οι παροχές σε είδος χρηματοδοτούνται από τη γενική φορολογία τη συμμετοχή του ασθενή και τις τοπικές αρχές. Στην Εσθονία υπάρχει μια εξαίρεση για την νοσηλευτική φροντίδα όπου χρηματοδοτείται από το Ποσό Ασφάλισης Υγείας Health Insurance Fund (*Haigekassa*) αλλά με συμμετοχή του ασθενούς στο 15% του κόστους της νοσηλείας. Η διαμονή σε μονάδες (Residential care) χρηματοδοτείται από τον ασθενή ή την οικογένειά του αν και σε

περίπτωση που δεν μπορεί να ανταπεξέλθει τα κόστη αναλαμβάνει η τοπική κυβέρνηση. Πάλι όμως η αδυναμία του να ανταπεξέλθει στην πληρωμή πρέπει να αποδειχτεί.

Οι συντάξεις πληρώνονται από την εισφορά του εργαζόμενου και εργοδότη, με το κράτος να έχει λίγο ρόλο σε αυτό εκτός αν κληθεί να συμπληρώσει το έλλειμμα όπως στην Βουλγαρία και την Σλοβενία. Λειτουργούν με ένα σύστημα υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης, ο ανταγωνισμός όμως μεταξύ ιδιωτικών παρόχων είναι ελεύθερος και οι εξυπηρετούμενοι μπορούν να συνάπτουν παράλληλα και ιδιωτικά συμβόλαια. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται σε επίπεδο κοινότητας από τους συμβεβλημένους ιατρούς του κάθε εθνικού οργανισμού υγείας. Αξιο να σημειωθεί είναι ότι η Ρουμανία είναι η μόνη χώρα που αναφέρει ότι η αξιολόγηση ενός φορέα πριν ενταχθεί στο σύστημα συμβεβλημένων ιατρικών παρόχων, αξιολογείται από εθνική επιτροπή. Καποιες χώρες δανείζονται το θεσμό του γενικού ιατρού όπως περιγράφεται στο ΗΒ και απαιτούν την παραπομπή από γενικό γιατρό για την πρόσβαση σε ειδικούς ή σε νοσοκομείο ενώ άλλες έχουν την πρόσβαση σε ειδικούς ελεύθερη αρκεί να είναι συμβεβλημένοι με τον εκάστοτε εθνικό οργανισμό υγείας για να μπορούν οι εξυπηρετούμενοι να λάβουν τις υπηρεσίες δωρεάν ή με μικρή συμμετοχή.

Στις χώρες αυτές συναντάται πολύ περισσότερο το σύστημα της καθορισμένης εισφοράς (DC) όπου σύνταξη λαμβάνεται ανάλογα με τις εισφορές που πληρώθηκαν στην εργασιακή ζωή. Οι επαγγελματικοί κλάδοι έχουν ξεχωριστές και εξειδικευμένες παροχές ο καθένας – ειδική μέριμνα γίνεται για τα σώματα ασφαλείας και το δικαστικό/ δικηγορικό κλάδο, οι οποίοι τείνουν να έχουν διευκολύνσεις φορολογικά και να πληρώνουν ελαφρύτερες εισφορές

E. Η Νότια ευρώπη

Τέλος, οι χώρες της νοτίου Ευρώπης υποστηρίζεται ότι συγκροτούν ένα διακριτό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Εδώ βρίσκονται η Πορτογαλία, η Ισπανία η Ιταλία και η Ελλάδα για την οποία γίνεται εκτενής αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο

Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τον υψηλό κατακερματισμό και την πόλωση, από την περιορισμένη καθολικότητα στην παροχή των κοινωνικών επιδομάτων, τον υπερβολικά μεγάλο δημόσιο τομέα τις υποτυπώδεις κοινωνικές παροχές και την ύπαρξη πελατειακών σχέσεων στη διανομή των κοινωνικών πόρων. Η κοινωνική προστασία των χωρών αυτών παρουσιάζει σημαντικά κενά, τα οποία σε μεγάλο βαθμό καλούνται να αναπληρώσουν η οικογένεια και τα συγγενικά δίκτυα. (Παπαθεοδώρου 2011)

Οι χώρες του Νότου υπήρξαν για καιρό διασπασμένες απο πολλους πολέμους και εδαφικές διενέξεις , ειδικά η Ελλάδα. Μετα απο τις πρόσφατες συνέπειες των εμφυλίων πολέμων και του Β παγκοσμίου μόλις τα τελευταία 50 χρόνια οι χώρες του Νοτου έχουν μπει σε τροχιά να ακολουθήσουν την υπολοιπη Ευρώπη σε θέματα επιβολής πολιτικών και νόμων για να αποκτήσουν μια σύγχρονη διαχείριση των κοινωνικών κρατών τους. Γενικότερα στο νότο της Ευρώπης η θρησκεία ηταν πάντα με πολύ ισχύρη παρουσία – στην καθολική Ισπανία και Ιταλία αλλα και η μεγάλη προσφορά στο λαο της ορθόδοξης ελληνικής.

Στις χώρες του νότου η φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων ειναι συνήθως ευθύνη της οικογένειας καθως οι σχετικές πολιτικές ειναι αρκετά λιγότερο ανεπτυγμένες σε σχέση με εκείνες της βόρειας Ευρώπης. Απο τις κοινωνικο οικονομικές μελέτες των προηγουμενων ετών, οι ελλείψεις στο σχεδιασμο του μηχανισμού του κράτους αποδίδονται σε διάφορους παράγοντες της κοινωνίας, οπως την υψηλή απασχόληση των ανθρώπων στον αγροτικό τομέα, τα φαινόμενα αδήλωτης εργασίας και φοροδιαφυγής, τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και αυτοαπασχόλησης. Η Ελλάδα ειδικότερα ειναι μια χώρα που στηρίζεται στην οικονομία του τουρισμού μια εποχική βιομηχανία. Υπάρχει ακόμα αρκετός προστατευτισμός όσον αφορά κάποιους επαγγελματικούς κλάδους λχ δημόσιοι υπάλληλοι οπου απολαμβάνουν αρκετά περισσότερα προνόμια απο τους άλλους.

Ειδικότερα στο θέμα των συντάξεων υπάρχει μια σχετική γενναιοδωρία, στην Ελλάδα περισσότερο, και ειδικότερα στις συντάξεις του δημοσίου τομέα καθως είναι πολύ πιο εξασφαλισμένες απο εκείνες του ιδιωτικού τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΕΛΛΑΔΑ – ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 Εισαγωγή.

Ανάλυση του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και ασφαλιστικής μέριμνας για συναξιούχους στην Ελλάδα. Με τον τρόπο που παρουσιάστηκαν οι χώρες του Νότου θα παρουσιαστεί το σύστημα της Ελλάδας και το πως διαμορφώθηκαν τα δεδομένα όπως επηρεάστηκαν από την κρίση της οικονομίας από το 2010 έως σήμερα.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα βήματα που η Ελλάδα έκανε για να ενταχθεί στις κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε όσον αφορά την πολιτική φροντίδας. Τέλος θα παρουσιαστούν τα στοιχεία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες που αναλύθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια και θα εξαχθεί μια γενικότερη εικόνα για την κατεύθυνση της χώρας και ποιες ενέργειες έχει εκτελέσει για την ευθυγράμμιση της με την πολιτική που ακολουθούν τα Ευρωπαϊκά κράτη για τη ρύθμιση του ασφαλιστικού και για την βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων.

4.2 Η διαμόρφωση του συστήματος στην Ελλάδα.

Το ελληνικό κράτος πρόνοιας είναι υπολλειμματικό και βασίζεται κυρίως στην επιδοματική πολιτική. Πέρα από τα επιδοματα περιλαμβάνει και μη υλικές παροχές όπως οι δημοτικοί παιδικοί σταθμοί και το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι. Έχει πολλές φορές χαρακτηριστεί από ελλείψεις και εκτεταμένες πελατειακές σχέσεις, γραφειοκρατία και αποσπασματικότητα. Από την Ελληνική ειδησεογραφία μπορεί κανείς να εντοπίσει πολλά παραδείγματα που περιγράφουν την κατάσταση του Ελληνικού δημοσίου σχετικά με τις παροχές υγείας. Δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από την εμφάνιση εκτεταμένων σκανδάλων που αφορούσαν τον τομέα της υγείας, είτε με αλόγιστη χρήση πόρων είτε με την αναποτελεσματικότητα των φορέων δημόσιας υγείας, την έλλειψη αναλωσίμων και χώρου και βασικών παροχών για ασθενείς που τις χρειάζονταν. Ακόμα έχουν σημειωθεί

πολλές περιπτώσεις χρηματισμού ιατρών. Εν τούτοις το Ελληνικό σύστημα υγείας χρειάζεται και οφείλει να προσπαθεί να προσαρμοστεί στην έκταση των φαινομένων υγείας και στο στατηγικό σχεδιασμό που οι υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ενταχθεί και προωθούν.

Οι ασφαλιστικοί φορείς στην Ελλάδα είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και δεν έχουν τη δυνατότητα να προσανατολιστούν προς το κέρδος. Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καλύπτει τους μισθωτούς και τους αυτοαπασχολούμενους, και παρέχει συντάξεις που σχετίζονται με τις αποδοχές ανάλογα με τις εισφορές τους και τη διάρκεια της ασφάλισης. Η εθνική σύνταξη δεν χρηματοδοτείται από εισφορές του πολίτη και αυτή, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η διαχείριση του συστήματος γίνεται βάσει pay-as-you-go (PAYG) με καθορισμένες παροχές (DB) για τις συντάξεις. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική ασφάλιση για όλους τους εργαζομένους. Μέχρι πρόσφατα κάθε κλάδος είχε το ταμείο του. Εκείνοι που η απασχόληση τερματίζεται έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν τη συνέχιση της ασφαλιστικής κάλυψης, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις (προαιρετική συνέχιση της ασφάλισης).

ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ: 15 χρόνια ασφάλισης ή 4.500 εργάσιμες ημέρες για τις οποίες καταβλήθηκαν εισφορές. Εθνική σύνταξη

ΕΘΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ: 15 χρόνια νόμιμης και μόνιμης διαμονής στην Ελλάδα μεταξύ της ηλικίας των 15 και της ηλικίας συνταξιοδότησης.

Για να λάβει κάποιος τη σύνταξη από την Ελλάδα χρειάζεται:

- 12.000 εργάσιμων ημερών και 62 ετών. ή 10.000 εργάσιμων ημερών και 67 ετών, αλλά για μόνες μητέρες και πατέρες ανηλίκων παιδιών 5.500 εργάσιμες ημέρες και 67 ετη,
- Για Γονείς και αδέρφια ατόμων με αναπηρία πάνω από 67% και σύζυγους ατόμων με αναπηρία τουλάχιστον 80%: 7.500 ημέρες ασφάλισης και να είναι τουλάχιστον 55 ετών. Η ηλικία πραγματικής συνταξιοδότησης θα αυξάνεται σταδιακά σε 62 έως το 2022.

Τα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα αναφέρονται στην Υπουργική Απόφαση αρ. 10221 / οικ.26816 / 929/2011. Η απόφαση περιλαμβάνει τύπους εργασίας στους οποίους ασφαλίζονται συγκεκριμένες θέσεις εργασίας στο πλαίσιο του σκληρού και ανθυγιεινού επαγγέλματος (π.χ. ορυχεία, εργοτάξια, βυρσοδεψία).

Τι καθορίζει το ποσό της σύνταξης που θα πάρει κάποιος. Το ποσό προηγούμενων συνταξιοδοτικών αποδοχών – αν υπάρχει, ο αριθμός ασφαλισμένων ετών, διαμονή, ηλικία,

το ΑΕγχΠ, Δείκτης τιμών καταναλωτή, βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού ταμείου. Όλες οι συνταξιοδοτικές παροχές υπόκεινται σε φορολογία.

Η κύρια σύνταξη αποτελείται από:

A. την εθνική σύνταξη η οποία δεν χρηματοδοτείται από εισφορές, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό. Βασίζεται στα έτη διαμονής στην Ελλάδα (384 ευρώ το μήνα εάν ο συνταξιούχος έχει 40 έτη διαμονής από την ηλικία των 15 έως την ηλικία για τη λήψη της σύνταξης και τουλάχιστον 20 έτη ασφάλισης). Αυτό το ποσό μειώνεται κατά 2% για κάθε έτος, το οποίο υπολείπεται από 20 έως 15 έτη ασφάλισης (δηλ. το ποσό της εθνικής σύνταξης για 15 χρόνια ασφάλισης είναι 345,60 € το μήνα).

B. Την ανταποδοτική σύνταξη η οποία υπολογίζεται ανάλογα με τα έτη ασφάλισης που λαμβάνονται υπόψη με την εφαρμογή συντελεστών αναπληρωσης ανά έτος. Χορηγείται σε μηνιαία βάση.

Οι δικαιούχοι της σύνταξης γήρατος δικαιούνται «13η πληρωμή», που καταβάλλονται μία φορά το χρόνο και υπολογίζονται σύμφωνα με το ακαθάριστο μηνιαίο ποσό της σύνταξης. Λαμβάνουν: 100% της 13ης πληρωμής όταν το ποσό της σύνταξης γήρατος είναι κάτω από 500 €, 70% όταν το ποσό κυμαίνεται μεταξύ 501 και 600 €, 50% όταν το ποσό κυμαίνεται μεταξύ 601 και 1.000 €. η 30% όταν το ποσό είναι πάνω από 1.001 €.

Στην Ελλάδα δεν είναι θεσμοθετημένη σαφώς η κατώτατη σύνταξη όπως σε άλλες χώρες. Η ελάχιστη πλήρης εθνική σύνταξη είναι 384 €.

Με την περίοδο της κρίσης και την εφαρμογή των Μνημονίων έγιναν μεγάλες μεταρρυθμίσεις στον ελληνικό τομέα ασφάλισης, από περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία οι διαδοχικές συνενώσεις οδήγησαν σε 5.

ΙΚΑ – Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΟΓΑ – Αγροτικών Ασφαλίσεων

ΟΑΕΕ – Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών. Απορρόφησε κατά τη διάρκεια της κρίσης τα ταμεία των ελεύθερων επαγγελματιών για να εξισορροπηθεί η εισφορά τους

ΔΗΜΟΣΙΟ – Ο οργανισμός που ασφαρίζονται οι υπάλληλοι του δημοσίου

ΤΣΜΕΔΕ – Ταμείο Μηχανικών

Το 2017 οι ασφαλιστικοί φορείς ενοποιούνται σε έναν κοινό ασφαλιστικό φορέα τον ΕΦΚΑ από τον οποίο εκπορεύονται μέχρι και σήμερα

Εκτός από τις εισφορές που καταβάλλονται στο πλαίσιο του κύριου ασφαλιστικού συστήματος του Ενοποιημένου Ταμείου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) (υπάλληλος 6,67% και εργοδότης 13,33%), υπάρχει μια επιπλέον εισφορά για επαγγέλματα που

ταξινομούνται ως επίπονα και ανθυγιεινά (εργαζόμενοι 2,20% και εργοδότες 1,40%). Η επιπλέον επιβάρυνση επιβάλλεται για την κάλυψη του κόστους για το συνταξιοδοτικό ταμείο της πρόωρης συνταξιοδότησης. [ΕΦΚΑ, MISSOC/GREECE]

Για συνταξιούχους που αναλαμβάνουν εργασία (ως μισθωτός ή μη μισθωτός) που υπόκειται σε υποχρεωτική ασφάλιση του Ενοποιημένου Ταμείου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ), οι κύριες και οι συμπληρωματικές ακαθάριστες συντάξεις καταβάλλονται, μειωμένες κατά 60% κατά τη διάρκεια της περιόδου απασχόλησης. Για τους συνταξιούχους που διορίζονται σε θέσεις οργάνων γενικής κυβέρνησης, οι κύριες και οι συμπληρωματικές ακαθάριστες συντάξεις αναστέλλονται για την περίοδο του διορισμού τους.

Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναλαμβάνει την ασφάλιση για σύνταξη ηλικιωμένων ανέργων, στο Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. για τον κλάδο σύνταξης ανέργων άνω των 60 και 55 ετών (άνδρες-γυναίκες, αντίστοιχα) με καταβολή των εισφορών από τον ΟΑΕΔ. Η εφαρμογή της διάταξης ξεκίνησε την 1-6-2001 προκειμένου να συμπληρωθούν οι κατώτερες προϋποθέσεις για την απονομή πλήρους σύνταξης. Οι ηλικιωμένοι άνεργοι χωρίζονται σε τρεις ηλικιακές ομάδες με διαφορετικές προϋποθέσεις (ανά ομάδα) για την υπαγωγή. Κάθε ομάδα καλύπτεται για διαφορετική χρονική διάρκεια.

Το 2018 ιδρύεται ο ΕΟΠΠΥ ο Ενιαίος Οργανισμός για Παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης Υγείας, είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός παροχών υγείας στην Ελλάδα. Οι γιατροί λαμβάνουν την αμοιβή τους από τον ΕΟΠΠΥ ενώ οι ασφαλισμένοι σε όλα τα ταμεία μπορούν να απευθύνονται στους γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με αυτόν και να λαμβάνουν τις υπηρεσίες πληρώνοντας μια μικρή συμμετοχή. Με σειρά νομοθετικών ρυθμίσεων (Ν. 2434/96, Ν. 2639/1998 και Ν. 2768/1999) οι άνεργοι της Ελλάδας καλύπτονται για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη ανάλογα με την ηλικία τους και το χρόνο ασφάλισής τους. Σημειώνεται ότι για όλες τις προαναφερόμενες κατηγορίες ανέργων καλύπτονται για παροχές ασθένειας σε είδος και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς τους. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγυής)

Οι παρακάτω τιμές δίνονται από το υπουργείο Υγείας στο νέο νομοσχέδιο για το ασφαλιστικό που προτάθηκε το Φεβρουάριο 2020.

Κατώτατες συντάξεις σε ηλικιωμένους: Από 1/1/2003 το μηνιαίο κατώτατο όριο σύνταξης που χορηγεί το Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. για συνταξιούχους γήρατος-αναπηρίας είναι €392,16, και για τους συνταξιούχους λόγω θανάτου είναι €352,93. Σε αυτό προστίθεται το κατώτατο όριο σύνταξης που χορηγεί το Ε.Τ.Ε.Α.Μ. και αφορά την επικουρική σύνταξη των μισθωτών. Για τους συνταξιούχους γήρατος-αναπηρίας το όριο αυτό είναι €97,96 και

για τους συνταξιούχους λόγω θανάτου €78,36. Τα κατώτατα όρια δεν χορηγούνται στους διπλοσυνταξιούχους και στους εργαζόμενους συν/χους, εφόσον είναι σε ηλικία κάτω των 60 ετών οι γυναίκες και των 65 οι άνδρες. Επίσης στους δικαιούχους κατωτάτου ορίου που έχουν πραγματοποιήσει χρόνο ασφάλισης πέρα των 4.500 ημερών, χορηγείται προσαύξηση 1% για κάθε 300 ημέρες πέραν των 4.500 Η.Ε. Το κατώτατο όριο μπορεί να είναι και μειωμένο ανάλογα με το ποσοστό αναπηρίας (50%, 67%) ή την ηλικία του συνδικαιούχου, εφόσον του χορηγείται μειωμένη σύνταξη

Τα κατώτατα όρια χορηγούνται ανεξαρτήτως ύψους εισοδήματος των δικαιούχων και χρηματοδοτούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Ο αριθμός των δικαιούχων (Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. και Ο.Α.Ε.Ε.) ανέρχεται σε 650.000 άτομα. Για τους συνταξιούχους λόγω γήρατος-αναπηρίας του Ο.Α.Ε.Ε. το κατώτατο όριο είναι €330 και για τους συνταξιούχους λόγω θανάτου είναι €277. Για τους συνταξιούχους του Δημοσίου το κατώτατο όριο γήρατος αναπηρίας είναι €199,19 και καταβάλλεται σε 7.675 άτομα. Για τους νέους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. το κατώτατο όριο σύνταξης γήρατος – αναπηρίας διαμορφώνεται στο 70 % του βασικού μισθού έγγαμου.

Η Ελλάδα βίωσε τα τελευταία 30 με 40 χρόνια ραδαίες αλλαγές στην πολιτική κατάστασή της. Εγκαταλείποντας μετά το 1975 μια περίοδο στρατιωτικής απολυταρχίας, βρίσκεται στη θέση να πρέπει να στήσει τις δομές εκείνες που θα της εξασφαλίσουν την φροντίδα του αδύναμου πληθυσμού, καθήκον που μέχρι τότε είχε κυρίως η εκκλησία. Η οικονομική ανοδος που ακολούθησε στα έτη μετά το 1980 βοήθησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης Ελλάδας όπως τη γνωρίζουμε σήμερα.

Αν και έχουν γίνει βελτιώσεις των παροχών προς τους ηλικιωμένους από το 1980 και μετά, τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν ακόμα αρκετές ανάγκες σε επίπεδο παροχών. Πολλοί συνταξιούχοι δεν έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και πληροφόρηση για αυτές, ενώ το χαμηλό εισόδημα και η έλλιπης εκπαίδευση δεν τους οδηγούν στο ν' αναζητήσουν πηγές λύσεων ατομικά. Πολλές φορές μπορεί να μένουν σε απομακρυσμένα μέρη, μη συνθήκες κατοικίας μη προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, ενώ η έλλειψη υποδομών και συγκοινωνιών τόσο στα αστικά κέντρα, όσο και στην περιφέρεια, τους αποκλείει από τη συμμετοχή τους στη ζωή της κοινότητας.

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα προσπαθεί να βαδίσει προς μια αποκεντρωτική κατεύθυνση για τις υπηρεσίες πρόνοιας. Αυτό μπορεί να το αποδείξει και η πρόσφατη ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας οι οποίοι προσφέρουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στις περιοχές τους.

Προγράμματα κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων που λειτουργούν σήμερα σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης:

Α. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Απο το 1982 υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν. 1065/80/ΦΕΚ 168, Τεύχος Α΄, άρθρο 125, Ν.1270/82/ΦΕΚ 93, Τεύχος Α΄, Π.Δ. 331/83/ΦΕΚ 119 Τεύχος Α΄ και Ν. 1828/1989),

Β. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων(ΚΗΦΗ),

Γ. Πρόγραμμα ‘‘Βοήθεια στο Σπίτι’’.

Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα ΚΑΠΗ, είναι κυρίως κοινωνικές, ψυχαγωγικές, συμβουλευτικές και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου έχουν νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σκοπός τους είναι η ενδυνάμωση των ηλικιωμένων για να διατηρηθούν ενεργοί και αυτόνομοι πολίτες, να μπορούν να παραμείνουν στο οικείο περιβάλλον τους, στη γειτονιά και να μην αποσυνδεθούν απο το κοινωνικό σύνολο. Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και πληρώνουν μια ετήσια συνδρομή, η οποία δεν καταβάλλεται αν το άτομο έχει χαμηλό εισόδημα. Παρόλο το θετικό έργο που γίνεται μέσα στα κέντρα αυτά, έχουν διαπιστωθεί προβλήματα που προέρχονται κυρίως απο το δημόσιο τομέα, είτε στην προσβασιμότητά τους από τους ηλικιωμένους, είτε στις κτιριακές τους εγκαταστάσεις, τη στελέχωσή τους και κατά συνέπεια την αδυναμία τους να εργαστούν εκτός του δημοτικού χώρου στον οποίο λειτουργούν. Πολλά απο τα ΚΑΠΗ αντιμετωπίζουν οικονομική δυσχέρεια λόγω της ελλειπούς χρηματοδότησης, οπότε τα προγράμματά τους δεν λειτουργούν.

ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα ΚΗΦΗ ανήκουν στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και φιλοξενούν άτομα που πάσχουν από άνοια ή δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν και οι οικείοι τους δεν έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν την αποκλειστική φροντίδα τους. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι: Νοσηλευτική φροντίδα, Υπηρεσίες ατομικής υγιεινής, Δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία, κ.ά.

Τα Κ.Η.Φ.Η. λειτουργούν συνήθως στα αστικά κέντρα. Είναι σε διασύνδεση με τα αντίστοιχα ΚΑΠΗ για να καλύψουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων που φιλοξενούν και συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες παροχής κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας, όπως τα κέντρα υγείας της περιοχής τους.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το 2000 ιδρύεται απο το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο χώρο τους, εξασφαλίζοντας συγχρόνως μια αξιοπρεπή και ποιοτική ζωή. Μπορεί να συνδυαστεί με την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας σε άτομα, τα οποία μετά την έξοδό τους από τα νοσοκομεία έχουν ανάγκη επίβλεψης και φροντίδας ως την αποθεραπεία τους. Παρέχεται βοήθεια στο περιβάλλον του ηλικιωμένου και η ψυχοκοινωνική συμπαράσταση που προσφέρεται στους οικείους του ιδιαίτερα όταν υπάρχει ο κίνδυνος μιας επικείμενης απώλειας. Πρόσφατα εγινε επαναστελέχωσή του με περιπου 2000 μόνιμους υπαλλήλους. Οι παροχές του είναι δωρεάν.

Τελος η Ελλάδα ε'χει αποδείξει οτι διαθέτει και ανεξάντλητη κοινωνική αλληλεγγύη με την ιδρυση στα χρόνια της οικονομικής ύφεσης, των Κοινωνικών Παντοπωλείων, Κοινωνικών φαρμακείων και κουζινων οπου πολλοί αποροι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται μέχρι και σήμερα.

4.3 Σύγκριση των Δεικτών Αποτελεσματικότητας Δαπανών

Δεν αρκεί μόνο η υιοθέτηση των πολιτικών και των κοινών διατάξεων αλλα και η προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα. Η Ελλάδα αποτελεί ενα αρκετά περιορισμένο σε οικονομικές δυνατότητες κράτος.

Συμφωνα με τον Κυριόπουλο “ το 40% της δαπάνης υγείας πληρώνεται από τις τσέπες των Ελλήνων πολιτών, που διαθέτουν το 7,7% του εισοδήματός τους για ιατρικές υπηρεσίες, ενώ περίπου το 5% των ελληνικών νοικοκυριών ζει σε κατάσταση φτώχειας λόγω των χρημάτων που καταβάλλει σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Από το 40% των συνολικών δαπανών που πληρώνουν οι πολίτες μόλις το 4% αφορά την ιδιωτική ασφάλιση”

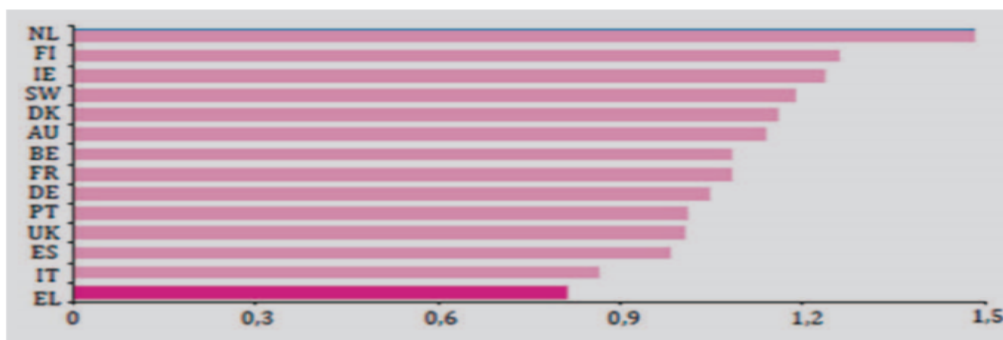
Πράγματι αυτό έχει παρατηρηθεί ξανα και απο τους Παπαθεωδώρου & Δαφέρμος (2011) οι οποίοι παρουσιάζοντας τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα βλεπουν οτι “ενώ τις τελευταίες δύο περίπου δεκαετίες οι δαπάνες για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν σημαντικά, το ποσοστό φτώχειας παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητο. Την περίοδο 1995-2008 οι δαπάνες για κοινωνική προστασία (ως % του ΑΕΠ) μεταπήδησαν από το 19,9% στο 26%, πλησιάζοντας ουσιαστικά τον μέσο όρο της ΕΕ-15, που είναι 27,1%. Ωστόσο, την ίδια περίοδο το ποσοστό φτώχειας στη χώρα έμεινε σχεδόν αμετάβλητο στο 20%-21%, που είναι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών της ΕΕ.”

Ο δείκτης σχετικής αποτελεσματικότητας (ΔΣΑ) των δαπανών για κοινωνική προστασία (ΔΚΠ) ως προς το ποσοστό φτώχειας (ΠΦ) στη χώρα i ορίζεται ως εξής:

$$(3.1) \quad \Delta \Sigma A_i = \frac{\Pi \Phi_{EE} / \Pi \Phi_i}{\Delta \text{ΚΠ}_i / \Delta \text{ΚΠ}_{EE}}$$

Τα σύμβολα ΠΦΕΕ και ΔΚΠΕΕ εκφράζουν τον μέσο όρο στην ΕΕ-15 του ποσοστού φτώχειας και των δαπανών για κοινωνική προστασία (ως % του ΑΕΠ) αντίστοιχα. Όσο υψηλότερος είναι ο παραπάνω δείκτης τόσο μεγαλύτερη είναι η αποτελεσματικότητα των δαπανών για κοινωνική προστασία στη μείωση της φτώχειας.

Στον Νοικοκυράκη (2018) παρουσιάζεται μια εκτίμηση για το ποσοστό αυτό σε δεδομένα του 2012. Είναι φανερό ότι η Ελλάδα δεν είναι αποτελεσματική στη διαχείριση των δαπανών στον τομέα της υγείας. Οι πρόσφατες αλλαγές στο σύστημα διανομής υπηρεσιών υγείας είναι μια αφορμή για να ξεκινήσει εκ νέου ο σχεδιασμός κατανομής των δαπανών για υπηρεσίες υγείας όπως στάθηκαν οι αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις στα κράτη μέλη.



Εικόνα 3. Δείκτης σχετικής αποτελεσματικότητας των δαπανών για κοινωνική προστασία ως προς τη φτώχεια (Ευρωπαϊκή Ένωση 15 [ΕΕ-15], μέσος όρος 2005–2012). Πηγή: Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (επεξεργασία ΙΝΕ ΓΣΕΕ). Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια έκθεση 2015.

(Νοικοκυράκης, 2018, επεξεργασία δεδομένων EUROSTAT)

4.4 Συμπεράσματα - προτάσεις

Η συζήτηση για την οικονομική διαχείριση των αθιμένων δαπανών πρόκειται να συνεχιστεί με αμείωτο ενδιαφέρον στο μέλλον για την Ευρωπαϊκή ένωση. Ήδη η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναφέρει ότι η Οικονομία των Γερόντων (silver economy) αναμένεται να εισφέρει 5,7 τρισεκατομμύρια ευρώ στην ευρωπαϊκή οικονομία μια και αποτελεί πεδίο καινοτομίας και εφαρμογής υπηρεσιών και αγαθών που αφορούν την υγεία, την πρόληψη, τις ιατρικές υπηρεσίες και την φροντίδα. (ec.europa.eu Silver economy 2018) Είναι μια οικονομία που κινείται από τα έξοδα των ανθρώπων ιδιωτικά σε υπηρεσίες φροντίδας και υγείας αλλά και στην γενικότερη κοινωνική ζωή.

Για την προώθηση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, την επιδίωξη για δέσμευση και υλοποίηση προτάσεων για παρέμβαση στην κοινωνία και την υιοθέτηση πολιτικών φροντίδας για την Τρίτη ηλικία έχουν αναπτυχθεί πολιτικοί οργανισμοί και ενώσεις σε

εθνικό επίπεδο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η έκταση της εφαρμογής τους διαφέρει από χώρα σε χώρα καθώς εξαρτάται από το Οικονομικό επίπεδο, την κοινωνική διαμόρφωση της κάθε κοινότητας, τη θέση της οικογένειας στη φροντίδα του ηλικιωμένου και τη δυνατότητα των τοπικών κοινοτήτων να ανταποκριθούν στη στελέχωση και την ένταξη αυτών των προγραμμάτων στην καθημερινότητά τους. Οι οργανισμοί αυτοί συνηγορούν για την κινητοποίηση των οργάνων της ΕΕ προς την φροντίδα των ηλικιωμένων, παρέχουν πληροφόρηση στους ηλικιωμένους και τους φροντιστές για το που να απευθυνθούν προκειμένου να διασφαλιστούν υπηρεσίες που αφορούν διάφορους τομείς της ζωής τους (οικονομικών, θεμάτων υγείας και καθημερινής διαβίωσης.).

Τα περισσότερα κράτη-μέλη έχουν εστιάσει την προσοχή τους στα όρια συνταξιοδότησης και την αύξησή τους ανάλογα με το προσδόκιμο όριο ζωής. Καταβάλλεται προσπάθεια όσο οι τα ζητήματα για ισότητα των φύλων διερευνώνται για τον περιορισμό των πρόωρων συντάξεων και εξίσωσης των ορίων ηλικίας ανδρών και γυναικών. Σε αρκετές χώρες αυξήθηκε η ελάχιστη περίοδος εισφορών, ενώ σε ορισμένες δόθηκαν κίνητρα για παράταση της διάρκειας του εργασίου βίου. Το πάγωμα ή η κατάργηση της τιμαριθμικής αναπροσαρμογής των συντάξεων, οι συγχωνεύσεις Ταμείων, αλλά και τα κίνητρα για εθελούσια επαγγελματική ή ιδιωτική ασφάλιση είναι επίσης μεταξύ των μέτρων που έχουν ληφθεί για τη βιωσιμότητα των Ταμείων. Το ζητούμενο σήμερα είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, παράλληλα με την προσπάθεια διατήρησης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, κατά τον οικονομικότερο τρόπο. Ένα κρίσιμο σημείο για αυτή την επιλογή είναι ο βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι διάφοροι τύποι φροντίδας και παροχής υπηρεσιών δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους αλλά αποτελούν μια “συνέχεια”, που αρχίζει από τους ηλικιωμένους που αυτοεξυπηρετούνται ή καλύπτουν τις ανάγκες τους δεχόμενοι τις φροντίδες των συγγενών και φθάνει σ’ αυτούς που δέχονται την ιδρυματική φροντίδα. Ενδιάμεσα εμφανίζονται διάφορες βαθμίδες ζήτησης και προσφοράς. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές βιομηχανικές χώρες, οι νέες εναλλακτικές δομές φροντίδας για την “τρίτη ηλικία” τείνουν να αντικαταστήσουν νοσοκομειακές κλίνες οξείας νοσηλείας.

Το 2018 η Ευρωβουλή εισήγαγε μια νέα διάταξη που ορίζει τη δυνατότητα των εργαζομένων να λαμβάνουν 5 ημέρες το χρόνο άδεια φροντίδας όταν παρέχουν την προσωπική υποστήριξη τους σε μέλος του ίδιου νοικοκυριού ή συγγενή τους που αντιμετωπίζει σοβαρές ιατρικές παθήσεις ή προβλήματα λόγω προχωρημένης ηλικίας. Αυτή η νομοθετική ρύθμιση μπορεί να είναι το πρώτο βήμα για μια αλλαγή στον τρόπο που η τρίτη ηλικία αντιμετωπίζεται από τα κράτη πρόνοιας. Πολλές χώρες έχουν δρομολογήσει τη διαδικασία μεταμόρφωσης του τρόπου που παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη

αντικαθιστώντας μερικές ή όλες τις υπηρεσίες περίθαλψής απο το νοσοκομείο σε επίπεδο τοπικής κοινότητας. Μια βασική πρόκληση είναι να διασφαλιστεί ότι η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης γίνεται με τρόπο που κάνει σεβαστά τα δικαιώματα των ομάδων χρηστών, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο βλάβης και διασφαλίζει θετικά αποτελέσματα για όλα τα ενδιαφερόμενα άτομα.

“Η διαδικασία πρέπει να διασφαλίσει ότι τα νέα συστήματα φροντίδας και υποστήριξης κάνουν σεβαστά τα δικαιώματα, την αξιοπρέπεια, τις ανάγκες και τις επιθυμίες κάθε ατόμου και της οικογένειάς του.” (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, https://ec.europa.eu/regional_policy/el/policy/themes/social-inclusion/desinstit/)

Στις χώρες, όπου οι οικογένειες είναι εκείνες, που περισσότερο μεριμνούν για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους, λαμβάνονται πρόσθετα μέτρα επιδοματικού χαρακτήρα. Αυτά μπορεί να είναι ειδικές εκπτώσεις, καλύψεις απο τον προϋπολογισμό για φάρμακα και άλλες δαπάνες ιατρικού χαρακτήρα αλλα και παροχές για την κατοικία. Συχνά όμως αυτές απευθύνονται στον γενικότερο ενήλικο πληθυσμό και όχι ειδικά στους ηλικιωμένους.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης μπορεί να είναι καθοριστικά για την επιλογή τύπου φροντίδας και αυτό διότι είναι δυνατόν να διαφοροποιήσουν σημαντικά το κόστος ή να αξιολογήσουν διαφορετικά την αναμενόμενη ωφέλεια. Είναι λοιπόν βάσιμο, να θεωρηθούν ως κριτήρια επιλογής το οριακό κόστος και το οριακό όφελος, δηλαδή το επιπλέον κόστος και όφελος για κάθε ασθενή/ηλικιωμένο. Η υιοθέτηση της ενεργού γήρανσης μπορεί να αποβεί συμφέρουσα καθώς δίνει την ευκαιρία στα κράτη να επανεξετάσουν τις πολιτικές που υπάρχουν ήδη σχετικά με την εργασία και να βρουν νέους τρόπους να συμπεριλαμβάνονται οι εργαζόμενοι και να μπορούν να διατηρούνται ενεργοί για περισσότερο καιρό. Αυτό θα σημάνει περισσότερες εισφορές για τον μέσο πολίτη, δυνητικά όμως είναι αυτό που θα βοηθήσει τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται στις αναγκες. Είναι ίσως δόκιμο τα συστήματα να προσανατολιστούν προς την απόδοση του εργαζομένου για την απόδοση παροχών και όχι τα χρόνια ασφάλισης. Μπορούν με αυτό τον τρόπο να δημιουργούν προγράμματα που είναι πιο ευέλικτα και προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες εργασίας, λχ με την θεσμοθέτηση σε όλη την Ευρώπη της κάλυψης για την εποχιακή διακοπόμενη εργασία, την προστασία της τηλεεργασίας και της εργασίας με βαρδιες, ειδικότερα καθώς αυτό θα ωφελήσει τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας και τέλος τη δημιουργία τρόπων να διασφαλίζεται η προστασία του εργαζομένου σε περιπτωση που απολυθεί σε μεγάλη ηλικία και της δυνατότητας να μετακινηθεί εσωτερικά σε άλλη θέση μέσα στον οργανισμό του χωρίς επιπτώσεις είτε αυτό αφορά τον ιδιωτικό τομέα η τον δημόσιο.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με ένα υπολειμματικό πρότυπο συστήματος υγείας. Οι νομικές και οικονομικές μεταρρυθμίσεις, το κλείσιμο και η συχώνευση πολλών από τα ασφαλιστικά ταμεία προκάλεσαν αναταραχές στην οικονομία της υγείας και επηρέασαν την κατανάλωση από τους Ασθενείς. Για την φροντίδα των Ηλικιωμένων η Ελλάδα βασίζεται κυρίως σε φορείς του ιδιωτικού τομέα και σπάνια χρησιμοποιεί δημόσιες δομές, μόνο όταν κάποιος λχ δεν μπορεί να απευθυνθεί στην οικογενειά του. Το ασφαλιστικό σύστημα της είναι μικτό με την ισορροπία μεταξύ κρατικής καλυψής και εισφοράς να κυμαίνεται. Στη διαδικασία εξορθολογισμού του εν μέσω κρίσης αναδιαρθρώθηκε το ταμειακό σύστημα για να δημιουργηθεί ένα ενιαίο και δίκαιο σύστημα που δεν είχε τόσο πολλούς ασφαλιστικούς φορείς.

Οι ασφαλιστικοί φορείς θα κληθούν τα επόμενα χρόνια να προσαρμοστούν σε ολοένα και μεγαλύτερες δαπάνες υγείας και περισσότερους απευθυνόμενους σε αυτούς. Τα κράτη συνεπώς θα πρέπει, αναφορικά με τους δημόσιους φορείς να προχωρήσουν στο σχεδιασμό νέων στρατηγικών για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στα κόστη.

Υπάρχουν ακόμα αρκετά για να γίνουν για να εξασφαλιστεί η πλήρης ισότητα των επιπέδων διαβίωσης αλλά και της αποτελεσματικότητας των εξόδων που γίνονται από κάθε κράτος. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει η δημιουργία πολιτικών και η επιμονή στην εφαρμογή τους, δηλαδή πλαίσια κανόνων μέσα στα οποία η κάθε χώρα υποκινούμενη από τις οδηγίες της ΕΕ. Μπορεί να ασκεί την διοικητική της λειτουργία, δημιουργώντας προγράμματα και συστήματα που να βοηθούν την τρίτη ηλικία, να εκαιδύουν τα άτομα και να προσφέρουν πλαίσια στήριξης στην κοινότητα και την οικογένεια, τόσο μέσω χρηματικών παροχών όσο και με υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες για όλους.

Η ευημερία συνεπώς του πολίτη είναι απόρροια του κράτους πρόνοιας αλλά δεν είναι αρμοδιότητα και αποτέλεσμα μόνο της αγοράς, η μόνο των πολιτικών του κράτους. Είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας μεταξύ των παραγόντων αυτών και του τρόπου με τον οποίο το κράτος κινεί αυτή την σχέση με τη βοήθεια των πολιτικών που εφαρμόζει. Η σύμπνοια των πολιτικών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έχει ωφελήσει την Ελλάδα για να κάνει βήματα για την προστασία των ηλικιωμένων αλλά το οικονομικό επίπεδο των τελευταίων 10 ετών, η αδυναμία να προσαρμοστεί με οικονομικές πολιτικές και η πολιτική αστάθεια των τελευταίων ετών έχουν αποτελέσει εμπόδια στην εξέλιξη μιας πιο αποτελεσματικής πρακτικής για τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Κατάλογος πινάκων

1.1 Κατανομή πληθυσμού ανάλογα με την ηλικία 2008 και 2018 (% του συνολικού πληθυσμού)

Population age structure by major age groups, 2008 and 2018
(% of the total population)

	0-14 years old		15-64 years old		65 years old or over	
	2008	2018	2008	2018	2008	2018
European Union - 28 countries (*)	15.8	15.6	67.2	64.7	17.1	19.7
Belgium (*)	16.9	17.0	66.0	64.3	17.1	18.7
Bulgaria	13.1	14.2	69.1	64.8	17.8	21.0
Czechia	14.2	15.7	71.1	65.0	14.6	19.2
Denmark	18.4	16.6	66.1	64.1	15.6	19.3
Germany (*)	13.7	13.5	66.2	65.1	20.1	21.4
Estonia (*)	14.8	16.3	67.7	64.1	17.5	19.6
Ireland	20.4	20.8	68.9	65.3	10.8	13.8
Greece	14.6	14.4	66.8	63.8	18.7	21.8
Spain	14.6	15.0	68.9	65.9	16.4	19.2
France (*)	18.5	18.1	65.2	62.1	16.4	19.7
Croatia (*)	15.5	14.5	66.7	65.4	17.8	20.1
Italy	14.1	13.4	65.7	64.0	20.2	22.6
Cyprus	18.2	16.2	69.4	67.8	12.4	15.9
Latvia	14.0	15.8	68.4	64.2	17.6	20.1
Lithuania	15.5	15.0	67.5	65.4	17.0	19.6
Luxembourg (*)	18.2	16.1	67.8	69.6	14.0	14.3
Hungary (*)	15.0	14.5	68.8	66.5	16.2	18.9
Malta	16.1	13.9	70.0	67.2	13.9	18.8
Netherlands	17.9	16.1	67.4	65.1	14.7	18.9
Austria	15.4	14.4	67.5	66.9	17.1	18.7
Poland (*)	15.5	15.2	71.0	67.7	13.5	17.1
Portugal	15.6	13.8	66.7	64.6	17.7	21.5
Romania	16.3	15.6	68.2	66.2	15.4	18.2
Slovenia (*)	13.9	15.0	69.8	65.5	16.3	19.4
Slovakia	15.9	15.6	72.0	68.9	12.1	15.5
Finland	16.9	16.2	66.6	62.4	16.5	21.4
Sweden	16.8	17.7	65.7	62.4	17.5	19.8
United Kingdom	17.7	17.9	66.4	63.9	15.9	18.2
Iceland	20.9	19.3	67.6	66.6	11.5	14.1
Liechtenstein	16.8	14.7	70.9	67.8	12.4	17.5
Norway	19.2	17.7	66.2	65.3	14.6	16.9
Switzerland (*)	15.5	15.0	68.1	66.8	16.4	18.3
Montenegro	19.8	18.1	67.3	67.2	12.9	14.8
North Macedonia	18.5	16.5	70.1	69.8	11.4	13.7
Albania	24.1	17.7	65.9	68.8	10.0	13.6
Serbia (*)	15.4	14.4	67.3	65.7	17.2	19.9
Turkey	26.4	23.6	66.5	67.9	7.1	8.5

(*) Break in time series in various years between 2008 and 2018

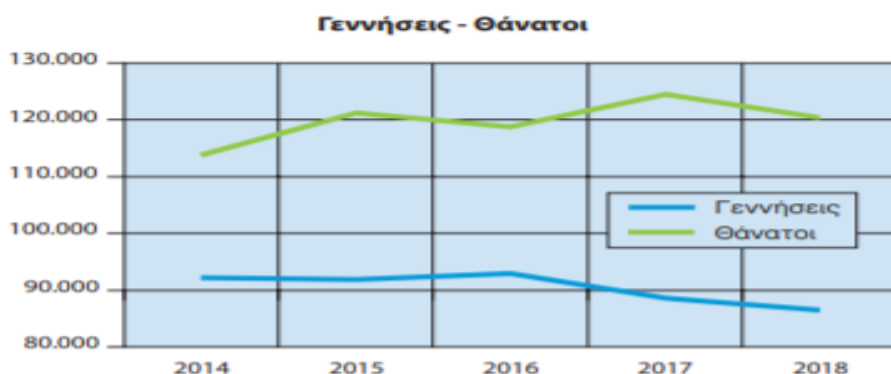
(*) The population of unknown age is redistributed for calculating the age structure.

Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

eurostat 

1.2 Γεννήσεις και Θάνατοι στην Ευρώπη απο 2014 -2018

10. Γεννήσεις - Θάνατοι, 2014 - 2018					
	2014	2015	2016	2017	2018
Γεννήσεις	92.149	91.847	92.898	88.553	86.440
Θάνατοι	113.740	121.183	118.788	124.489	120.297
Διαφορά	-21.591	-29.336	-25.890	-35.936	-33.857



(Πηγή ΕΛΣΤΑΤ Η ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ <https://www.statistics.gr/greece-in-figures>)

1.3 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση Ελλάδα και Ε.Ε

(πηγή: Eurostat)

12. ΕΕ: Προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση, 2016 - 2018						
Χώρες	Άρρενες			Θήλειες		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
ΕΕ 27	78,0	⁽¹⁾ 78,1	* ⁽²⁾ 78,2	83,7	⁽¹⁾ 83,6	* ⁽²⁾ 83,7
Ευρωζώνη						
Αυστρία (AT)	79,3	79,4	79,4	84,1	84,0	84,1
Βέλγιο (BE)	79,0	79,2	79,4	84,0	83,9	83,9
Γαλλία (FR)	79,5	79,6	*79,7	85,8	85,7	*85,9
Γερμανία (DE)	78,6	78,7	78,6	83,5	83,4	83,3
Ελλάς (EL)	78,9	78,8	79,3	84,0	83,9	84,4
Εσθονία (EE)	73,3	73,8	74,0	82,2	82,6	82,7
Ιρλανδία (IE)	79,8	80,4	⁽²⁾ 80,5	83,6	84,0	⁽²⁾ 84,1
Ισπανία (ES)	80,5	80,6	80,7	86,3	86,1	86,3
Ιταλία (IT)	81,0	80,8	81,2	85,6	85,2	85,6
Κύπρος (CY)	80,5	80,2	80,9	84,9	84,2	84,8
Λετονία (LV)	69,8	69,8	70,1	79,6	79,7	79,7
Λιθουανία (LT)	69,5	70,7	70,9	80,1	80,5	80,7
Λουξεμβούργο (LU)	80,1	⁽¹⁾ 79,9	80,1	85,4	⁽¹⁾ 84,4	84,6
Μάλτα (MT)	80,6	80,2	80,4	84,4	84,6	84,6
Ολλανδία (NE)	80,0	80,2	80,3	83,2	83,4	83,4
Πορτογαλία (PT)	78,1	78,4	78,3	84,3	84,6	84,5
Σλοβακία (SK)	73,8	73,8	73,9	80,7	80,7	80,8
Σλοβενία (SI)	78,2	78,2	78,5	84,3	84,0	84,4
Φινλανδία (FI)	78,6	78,9	79,1	84,4	84,5	84,5
Εκτός Ευρωζώνης						
Βουλγαρία (BG)	71,3	71,4	71,5	78,5	78,4	78,6
Δανία (DK)	79,0	79,2	79,1	82,8	83,1	82,9
Κροατία (HR)	75,0	74,9	74,9	81,3	81,0	81,5
Ουγγαρία (HU)	72,6	72,5	72,7	79,7	79,3	79,6
Πολωνία (PL)	73,9	73,9	73,7	82,0	81,8	81,7
Ρουμανία (RO)	71,6	71,7	71,7	79,0	79,1	79,2
Σουηδία (SE)	80,6	80,8	80,9	84,1	84,1	84,3
Τσεχική Δημοκρατία (CZ)	76,1	76,1	76,2	82,1	82,0	82,0

Πηγή: Eurostat.

* = Προσωρινά στοιχεία.

(1) Διακοπή χρονοσειράς.

(2) Εκτιμήσεις.

1.4 Προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής στην Ελλάδα

Πίνακας 9. Ελλάδα: Προσδοκώμενα έτη ζωής και προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών, 2008 - 2017⁽¹⁾

	2008	2009	2010	2011	2012
Άρρενες					
Προσδοκώμενα έτη ζωής (ΠΕΖ)	17.8	18.0	18.2	18.2	18.1
Προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής (ΠΕΥΖ)	9.0	7.9	8.7	9.0	8.6
% ΠΕΥΖ/ΠΕΖ	51.0	44.0	48.0	50.0	48.0
Θήλειες					
Προσδοκώμενα έτη ζωής (ΠΕΖ)	20.6	20.9	21.0	21.2	20.9
Προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής (ΠΕΥΖ)	8.4	7.4	8.2	7.9	7.3
% ΠΕΥΖ/ΠΕΖ	41.0	35.0	39.0	37.0	35.0

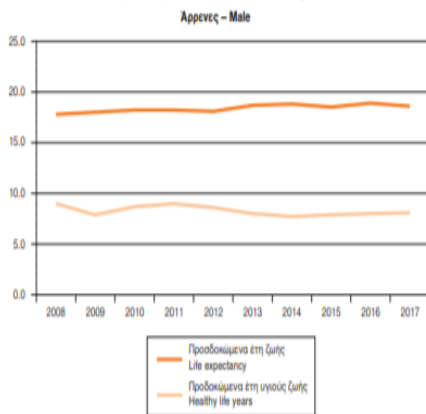
Πηγή: Διεύθυνση Στατιστικών Πληθυσμίου, Απασχόλησης και Κόστους Ζωής ΕΛΣΤΑΤ και European Health and Life Expectancy Information System.
 (1) Τα στοιχεία του πίνακα προέρχονται από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU - SILC), η οποία διενεργείται από το έτος 2003.
 % ΠΕΥΖ/ΠΕΖ: Δείκτης μεταβολής των προσδοκωμένων ετών υγιούς ζωής σε σχέση με τα προσδοκώμενα έτη ζωής, στο 65ο έτος της ηλικίας.

Table 9. Greece: Life expectancy and healthy life years at the age of 65, 2008 - 2017⁽¹⁾

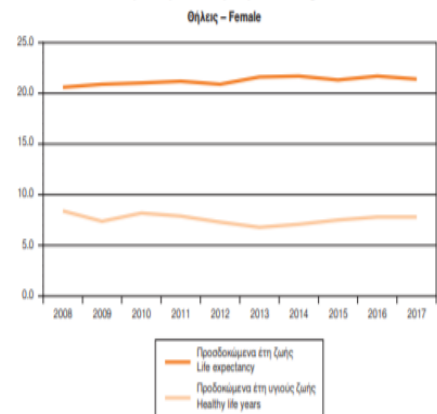
	2013	2014	2015	2016	2017
Male					
18.7	18.8	18.5	18.9	18.6	Life expectancy (LE)
8.0	7.7	7.9	8.0	8.1	Healthy life years (HLY)
43.0	41.0	43.0	42.0	44.0	% HLY/LE
Female					
21.6	21.7	21.3	21.7	21.4	Life expectancy (LE)
6.8	7.1	7.5	7.8	7.8	Healthy life years (HLY)
31.0	33.0	35.0	36.0	36.0	% HLY/LE

Source: Population, Employment and Cost of Living Statistics Division ELSTAT and European Health and Life Expectancy Information System.
 (1) The data of this table derive from the Survey on Income and Living Conditions (EU - SILC), which is being conducted since 2003.
 % HLY/LE: Ratio of the healthy life years to life expectancy at the age of 65.

Προσδοκώμενα έτη ζωής και προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών
 Life expectancy and healthy life years at the age of 65



Προσδοκώμενα έτη ζωής και προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 ετών
 Life expectancy and healthy life years at the age of 65

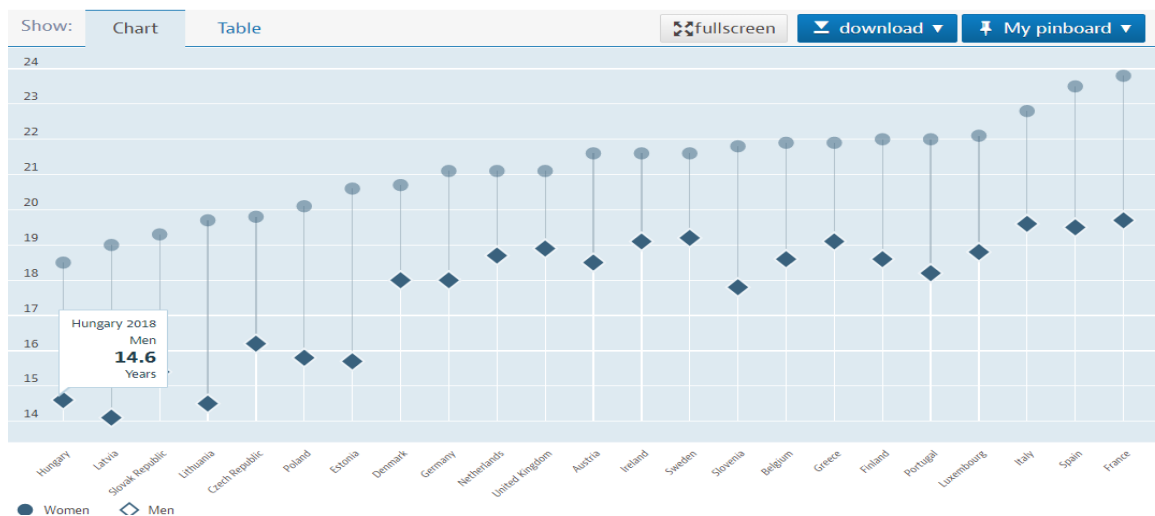


(Πηγή Ελληνική Στατιστική Αρχή -ΕΛΣΤΑΤ
https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_0420.pdf/e3b64b5-2f41-5fe6-7a13-c58bb0bb0f9f)

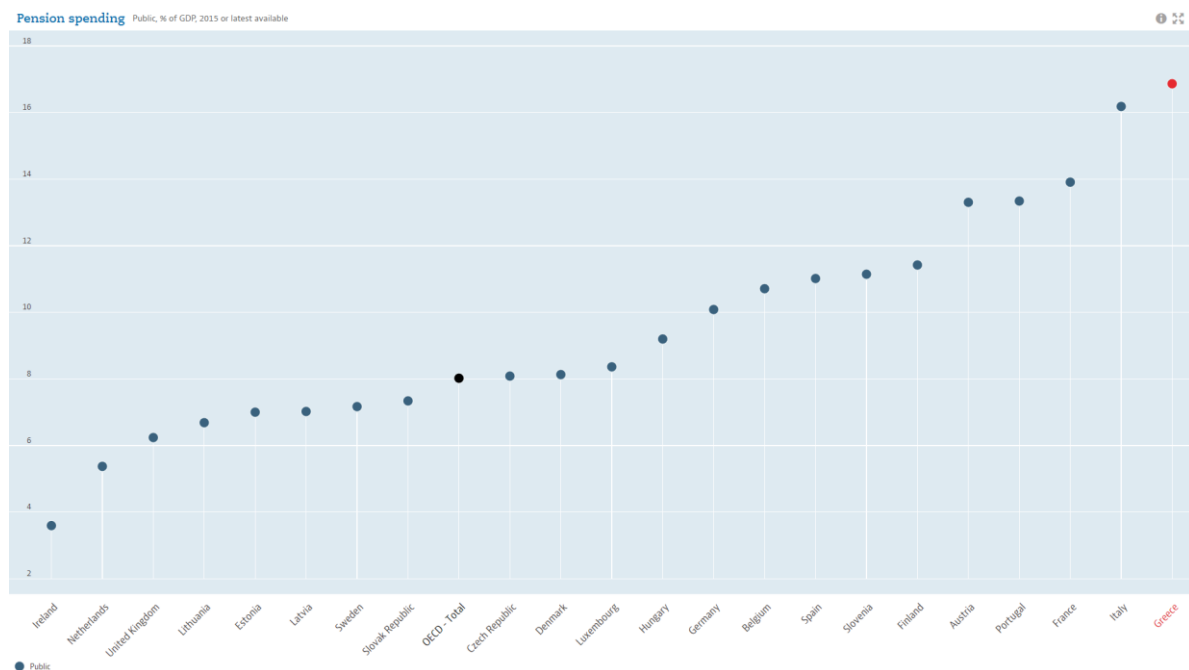
1.5 OECD Προσδόκιμο ζωής στα 65+

Life expectancy at 65 Women / Men, Years, 2018 or latest available

Source: Health status

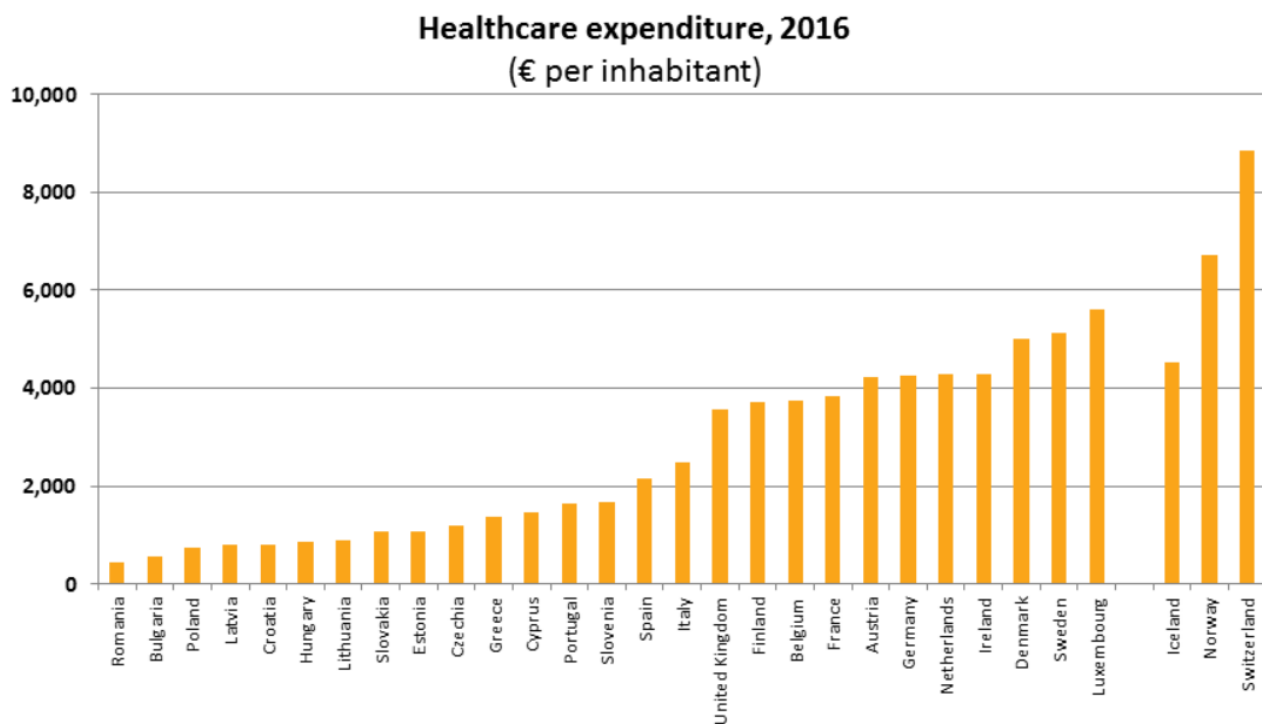


1.6 Δαπάνη σε συντάξεις απο το δημόσιο τομέα σε ποσοστό % του ΑΕΠ



(Πηγη Eurostat)

1.7 Εξοδα υπηρεσιών υγείας ΕΕ. Ευρω ανα κατοικο



ec.europa.eu/eurostat

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αμίτσης Γ. Σημειώσεις διάλεξης, «Οι παρεμβάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης» ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Αμίτσης Γ. (2001), “Αρχες οργανωσης και λειτουργιας του συστηματος κοινωνικης προνοιας στο ελληνικο μοντελο των κοινωνικων υπηρεσιων και η ευρωπαϊκη εμπειρια”, Αθήνα, Παπαζήσης

Αναστασιάδου, Β. (2015). Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων Ατόμων. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Αναστασιάδου et al, 2015. “Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της γηριατρικής οδοντιατρικής.” [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 1. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3356>

Δημουλάς Κ. Οικονόμου Χ.(2012) Βασικές αντιληψεις, μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας,, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Καμπύλη ΑΕΒΕ

Δαφέρμος Γ, Παπαθεωδώρου Θ. (2011) Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, Κείμενα πολιτικής, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Καμπύλη ΑΕΒΕ, διαθέσιμο στο: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/policy-brief1.pdf>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) “Η Ελληνική Οικονομία, Μαΐος 2020” https://www.statistics.gr/documents/20181/16865424/greek_economy_19_06_2020.pdf/448ea593-2a94-1ed2-d5aa-680127b18598 “Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα, Απρίλιος 2020”

https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_0420.pdf/fe3b64b5-2f41-5fe6-7a13-c58bb0bb0f9f “Η Ελλάδα σε αριθμούς, Απρίλιος 2020”

https://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2020Q2_GR.pdf/38c0b979-7d52-68a3-c63b-ff6a7c1ff7c4

Ευρωπαϊκή Ομάδα Εμπειρογνομώνων για τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα, (ΕΟΕ) (2012) “Κοινές Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες γραμμές για τη μετάβαση απο την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα σε επίπεδο τοπικής κοινότητας”. Βρυξέλλες, Βέλγιο, επιμέλεια Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ελλάδος

Νόμος 3370/2005, “Οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις” ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005, Ελλάδα.

- Νόμος 4675/2020ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020 “ Πρόληψη, προαγωγή και αναπτυξη των υπηρεσιων δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.” Αθήνα Ελλάδα
- Κρεμαστινού, Τ. (2007). Δημόσια Υγεία. Θεωρία, πράξη και πολιτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Τεχνόγραμμα. Σελ 581 – 582
- Λιαρόπουλος Λ. (2007) “Οργανωση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας” Αθηνα, ΒΗΤΑ Ιατρικες εκδόσεις ΜΕΠΕ, τόμος Α κεφ 2, 15, 21.
- Μέργος Γ. (2003) «Κοινωνικοοικονομική Αξιολόγηση Επενδύσεων και Πολιτικών», Τόμος Α', Αθήνα, εκδόσεις Γ. Μπένου, κεφ. 3 σελ. 93 – 125.
- Κ. Πάσχος, Μ. Μαλλιαρού, Π. Μπαμίδης. Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. Επιστημονικά Χρονικά 2016; 21(1): 11-25 available at http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p16-1-2.pdf
- Πετμεζίδου et al. (2015), “Υγεια και Μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα” Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, Καμπύλη ΑΕΒΕ
- Σταθόπουλος, Π. (2015). “Κοινωνική Προστασία, Κοινωνική Πρόνοια. Πολιτικές και Προγράμματα”. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, κεφ.7, σελ 240 -290
- Στασινοπούλου Ο. (2006) “Κρατος πρόνοιας. Ιστορική Εξέλιξη και συγχρονες θεωρητικές προσεγγισεις.” Αθηνα, Gutenberg, σελ 2
- Hague, R., & Harrop, M. (2011). Συγκριτική πολιτική και Διακυβέρνηση (2nd ed., pp. 501-506). Αθήνα: Κριτική, επιμέλεια Κωσταντινίδης Γ.
- Χλέτσος, Μ. (2016) , “Οικονομικά της Υγείας”, δεύτερη ανατύπωση, Αθηνα, Πατάκης, κεφ 2, 5,6

Διεθνής

- Bartlett, H., & Phillips, D. (1995). AGING IN THE UNITED KINGDOM: A REVIEW OF DEMOGRAPHIC TRENDS, RECENT POLICY DEVELOPMENTS AND CARE PROVISION. Korea Journal of Population and Development, 24(2), 181-195. Retrieved June 29, 2020, from www.jstor.org/stable/43783463
- Mackenbach J., Jan Meerding W., Kunst, A. “ECONOMIC IMPLICATIONS OF HEALTH INEQUALITIES IN THE EUROPEAN UNION.” Journal of Epidemiology and Community Health, BMJ Publishing Group, 2010, 65 (5), pp.412. 10.1136/jech.2010.112680. Hal-00601558

Jürges H. “Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients” *Ageing in Europe – Supporting Policies for an Inclusive Society*, p. 301–312, accessible at <https://doi.org/10.1515/9783110444414-029>

United Nations (2002), *The Madrid International Plan of Action on Ageing, Second world assembly for Ageing*, Madrid, Spain

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), *General Comment No. 6: The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons*, 8 December 1995, E/1996/22, available at: <https://www.refworld.org/docid/4538838f11.html> [accessed 5 May 2020]

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). “*World Population Ageing 2015*” report [accessed 5 May 2020]

Διαδικτυακές Πηγές

Council of Europe – Steering Committee for Human Rights <https://rm.coe.int/steering-committee-for-human-rights-cddh-request-for-information-on-th/16807b5957> [accessed 5 May 2020]

Ευρωπαϊκή επιτροπή Περιφερειών (EU COR)
“Ενεργός γήρανση, τοπικές και περιφερειακές λύσεις”
<https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/Active-ageing-local-and-regional-solutions/EL.pdf> [accessed 16 June 2020]

The Regional and Local Impact of EU pension reform
<https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/regional-and-local-impact-pension-system.pdf#search=pensions%20and%20health%20system>

European report on preventing elder maltreatment, 2011. World Health Organisation Office Europe, accessible at https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf [accessed 16 June 2020]

Sostmann, T. Germany's aging population desperate for more nurses. Deutsche Welle 1.8.2018. Retrieved from <https://www.dw.com/en/germanys-aging-population-desperate-for-more-nurses/a-44902695> [accessed 16 June 2020]

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Μετάβαση απο τις ιδρυματικές υπηρεσίες στην τοπική κοινότητα
https://ec.europa.eu/regional_policy/el/policy/themes/social-inclusion/desinstit/

Κυριόπουλος Γ. Γιατι είναι αναγκάια η προπληρωμένη φροντιδα στην Υγεια , αρθρο στην
INSURANCE DAILY, 15.2.2019 <https://www.insurancedaily.gr/kathigitis-g-kyriopoylos-giati-einai-a/>

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) www.missoc.org

Τα Νεα Σαββατοκυριακο, “Παρουσιαση νεου πλαισιου συντάξεων” στο sofokelousin.gr
[προσβαση την 12. 6.2020]

<https://efka.gov.gr>

Silver economy 2018, European Comission, available at ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/silver-economy-study-how-stimulate-economy-hundreds-millions-euros-year

Νοικοκυράκης Γ., Σαράφης Π., Κοινωνική Προστασία και προκλήσεις του Ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2018, 35(4) 464 -471, Athens Medical Society <https://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/464.pdf>

Finanzamt Neubrandenburg (RiA), Central Tax Office for pensioners residing abroad
<https://www.finanzamt-rente-im-ausland.de/en/who-what-how-much/what-ist-taxable/>