
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**Ασφαλιστικό Σύστημα και Απασχόληση στην Ελλάδα:
Ιστορική Αναδρομή, Σύγκριση με Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
και Προοπτικές**

Σωτηρία Ιωάννου

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

Πειραιάς, 2017



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

**Ασφαλιστικό Σύστημα και Απασχόληση στην Ελλάδα:
Ιστορική Αναδρομή, Σύγκριση με Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
και Προοπτικές**

Σωτηρία Ιωάννου, Α.Μ.: ΟΔΥ/1414

Επιβλέπων: Παντελίδης Παντελής
Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, 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, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**Insurance System and Employment in Greece:
Historical Overview, Comparison with Countries of the European Union
and Prospects**

Sotiria Ioannou

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, 2017

Ασφαλιστικό Σύστημα και Απασχόληση στην Ελλάδα: Ιστορική Αναδρομή, Σύγκριση με Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και Προοπτικές

Σημαντικοί όροι: Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας, Κράτος Πρόνοιας, Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Σ.Κ.Α.), Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), Κοινωνική Ασφάλιση Μεταναστών.

Περίληψη

Κοινή ομολογία είναι ότι για την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής και την ύπαρξη ενός ουσιαστικού κράτους πρόνοιας απαιτείται η συναίνεση όλων των πολιτικών και των κοινωνικών φορέων, των εργοδοτών, των εργαζομένων και της ευρύτερης κοινής γνώμης προκειμένου να υλοποιηθεί ο πρωταρχικός στόχος ενός ασφαλιστικού συστήματος.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση και ανάλυση του ασφαλιστικού συστήματος και της απασχόλησης. Απαρτίζεται από πέντε κύρια κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες, λειτουργίες και τα κύρια προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος υγείας σήμερα. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια του κράτους πρόνοιας, η αρχή του κράτους δικαίου, καθώς και τα κοινωνικά δικαιώματα του ατόμου μέσα σε αυτό.

Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου είναι η ιστορική διαδρομή του κράτους πρόνοιας και του ασφαλιστικού συστήματος στη χώρα μας, από τη δημιουργία του ελληνικού κράτους έως τις μέρες μας. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται το Ε.Σ.Κ.Α. και η τελευταία εξέλιξή του, ο Ε.Φ.Κ.Α., με τα κυριότερα σημερινά προβλήματα του ασφαλιστικού συστήματος. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανεργία και τη μετανάστευση και στον τρόπο που αυτά τα σύγχρονα προβλήματα αντιμετωπίζονται τόσο σε κοινωνικό επίπεδο μέσω των κοινωνικών φορέων, όσο και σε επίπεδο πολιτικής, ασκούμενης ή μη. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συγκριτική μελέτη τεσσάρων αντιπροσωπευτικών διαφορετικών ευρωπαϊκών ασφαλιστικών συστημάτων σήμερα.

Συμπερασματικά, παρουσιάζονται οι προοπτικές των ασφαλιστικών συστημάτων μελλοντικά, αλλά και τρόποι επίλυσης των κυριότερων προβλημάτων τους, όπως για παράδειγμα του δημογραφικού.

Insurance System and Employment in Greece: Historical Overview, Comparison with Countries of the European Union and Prospects

Keywords: Health Insurance System, Welfare State, Greek Social Insurance System (E.S.K.A.), United Carrier of Social Insurance (E.F.K.A.), Social Insurance of Migrants.

Abstract

It is common confession that for the effectiveness of the social policy and the existence of a real welfare state, it is required the consent of all political and social carriers, employers, employees and the wider public opinion to achieve the primary objective of an insurance system.

The present writing aims at presenting and analyzing the insurance system and employment. It consists of five main chapters. At the first chapter we present the basic concepts, functions and main problems of the health insurance system today. At the second chapter we describe the concept of the welfare state, as well as the social rights of the individual within it.

The subject of the third chapter is the historical route of the welfare state and the insurance system in our country, from the creation of the Greek state to the present day. In the fourth chapter we describe the E.S.K.A. (Greek Social Insurance System) and its latest evolution E.F.K.A. (United Carrier of Social Insurance), with the main current problems of the insurance system. Special attention is paid to unemployment and immigration and the way that these contemporary problems are confronted both at the social level through the social carriers, as well as at the political level, applied or not. Finally, the fifth chapter presents a comparative study of four representative different European insurance systems today.

In conclusion, we present the perspectives of insurance systems in the future, as well as ways of solving their main problems, such as, for example, the demographic problem.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	VII
ABSTRACT.....	IX
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	XI
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	XIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XIII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	3
1.1 Οι Βασικές Έννοιες.....	3
1.2 Οι Βασικές Λειτουργίες του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας	6
1.3 Η Διάκριση σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας	7
1.4 Τα Βασικά Προβλήματα του Ασφαλιστικού Συστήματος.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	13
2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του κράτους πρόνοιας.....	13
2.2 Η ιστορική αναδρομή του κράτους πρόνοιας.....	15
2.3 Ο διαχωρισμός του κράτους πρόνοιας σύμφωνα με το βαθμό της συνταγματικής προστασίας	17
2.3.1 Η αρχή του κράτους δικαίου και του κοινωνικού κράτους δικαίου	17
2.3.2. Το δίλημμα, κοινωνικό κράτος ή κράτος πρόνοιας	18
2.3.3. Τα κοινωνικά δικαιώματα και το κοινωνικό κράτος δικαίου.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	21
3.1 Η ανασυγκρότηση της ελληνικής κοινωνίας κατά τη διακυβέρνηση του Ιωάννη Καποδίστρια (1828-1831).....	21
3.2 Η εκλογή του Όθωνα, η περίοδος της Αντιβασιλείας (1833-1835) και το πέρασμα από την απόλυτη μοναρχία στη Συνταγματική Βασιλεία	22
3.3 Οι πολιτικές και οι κοινωνικές εξελίξεις από την ψήφιση του Συντάγματος το 1864 ως το κίνημα στο Γουδί (1909).....	23
3.4 Η πολιτική και η κοινωνική κατάσταση πριν από τις αρχές των Βαλκανικών πολέμων ως τη Μικρασιατική καταστροφή (1910-1922).....	26
3.5 Η Ελλάδα του Μεσοπολέμου (1923-1940).....	27
3.6 Οι πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες στην κατοχή (1941-1944), στον εμφύλιο (1946-1949), ως το τέλος της δικτατορίας των Συνταγματαρχών το 1974.....	30
3.6.1 Η κατάσταση της φτώχειας	31
3.6.2 Ανεργία, συνθήκες εργασίας και μισθοί.....	32
3.6.3 Η υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας	33
3.6.4 Οι συνθήκες κατοικίας	33
3.7 Η αρχή του κράτους πρόνοιας στη Μεταπολιτευτική Ελλάδα (1974-2009)	34
3.7.1 Η Συνταγματική θεμελίωση του κοινωνικού κράτους.....	36
3.7.2 Το κοινωνικό κράτος στην πράξη.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	39
4.1 Εισαγωγή.....	39
4.2 Ανεργία, Εργασιακές σχέσεις.....	40
4.2.1 Παρουσίαση υφιστάμενης κατάστασης	40
4.2.2. Παράγοντες της χαμηλής ευελιξίας της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα	41

4.2.3. Οι δυσκαμψίες στην αγορά εργασίας.....	44
4.3 Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.....	47
4.3.1. Παρουσίαση υφιστάμενης κατάστασης.....	47
4.3.2. Οι στόχοι, προτεραιότητες και δεσμεύσεις για το νέο ΕΣΚΑ.....	54
4.3.3. Ο νέος Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ).....	56
4.4 Μετανάστευση και οικονομικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας.....	59
4.4.1. Μεταναστευτικό φαινόμενο στην Ελλάδα και στατιστική απεικόνιση.....	59
4.4.2. Υπηρεσίες υγείας και Κοινωνική Ασφάλιση μεταναστών στην Ελλάδα.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ	73
5.1 Εισαγωγή – Κατηγοριοποίηση Συστημάτων Υγείας.....	73
5.2 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας.....	74
5.3 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας.....	76
5.4 Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας.....	80
5.5 Το Ισπανικό Σύστημα Υγείας.....	83
5.6 Ανακεφαλαίωση.....	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ.....	91
Ελληνική βιβλιογραφία.....	91
Ξένη βιβλιογραφία.....	92
Διαδικτυακές πηγές.....	93

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Μια συνοπτική περίπτωση του Ασφαλιστικού Συμβολαίου	6
Σχήμα 2: Σχέση Ασφάλισης Υγείας και Χρησιμότητας του Ατόμου	7
Σχήμα 3: Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία (Anell et. al., 2012)	81

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή Χρηματοδότησης μεταξύ Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης στις χώρες του ΟΟΣΑ (έτος 2000).....	9
Πίνακας 2: Αριθμός και αναλογία των αλλοδαπών σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό.....	59
Πίνακας 3: Συμβολή της φυσικής αύξησης του πληθυσμού και των μεταναστευτικών ρευμάτων	61
Πίνακας 4: Δικαίωμα πρόσβασης στο ΕΣΥ των διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών.....	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι επαρκώς τεκμηριωμένο, ότι οι διακυμάνσεις του οικονομικού περιβάλλοντος που παρατηρούνται περιοδικά στην οικονομική ιστορία ασκούν σημαντική επίδραση, τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ζωή των πολιτών. Η επιδείνωση του οικονομικού κλίματος και η καθίζηση της οικονομίας για μακρές περιόδους, η οποία λαμβάνει τη μορφή κρίσης της πραγματικής οικονομίας και δυσμενούς εξέλιξης των μακροοικονομικών δεικτών, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κύριες συνιστώσες του κοινωνικού γίνεσθαι και ιδιαίτερα στην υγεία των πολιτών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Η κοινωνική αδικία η οποία λαμβάνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις, η κοινωνική ανισότητα, η σύγχρονη τάση για την εμπορευματοποίηση των σπουδαιότερων κοινωνικών αγαθών όπως της υγείας και της παιδείας, η επιβολή του κοινωνικού αποκλεισμού σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, το μεγάλο κύμα της μετανάστευσης, οι σκληροί όροι μιας ανταγωνιστικής και ελεύθερης αγοράς εργασίας, οι αρνητικές εκτιμήσεις από τους δείκτες δημογραφίας και υγείας ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και την πραγμάτωση της κοινωνικής ευημερίας.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χάραξη και η άσκηση μιας πιο ανθρώπινης κοινωνικής πολιτικής μέσω της δίκαιης και σωστής αναδιανομής των εισοδημάτων και των παροχών σε είδος, σε χρήμα και σε υπηρεσίες στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας όπως θα έπρεπε να σχεδιαστεί από μια υπερκομματική επιτροπή στην οποία θα συμμετείχαν τόσο το κυβερνών κόμμα, όσο και το σύνολο των κομμάτων της αντιπολίτευσης.

Κοινή ομολογία είναι ότι για την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής και της ύπαρξης ενός ουσιαστικού κράτους πρόνοιας απαιτείται η συναίνεση όλων των πολιτικών και των κοινωνικών φορέων, των εργοδοτών, των εργαζόμενων, της ευρύτερης κοινής γνώμης, προκειμένου να υλοποιηθεί ο πρωταρχικός στόχος ενός ασφαλιστικού συστήματος. Ο στόχος αυτός συνίσταται στη διασφάλιση ενός κατώτατου επιπέδου εισοδήματος και κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης για κάθε πολίτη.

Η διαδραστικότητα μεταξύ του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης και των οικονομικών, εργασιακών, κοινωνικών και θεσμικών αλλαγών δημιουργεί την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στον τομέα αυτό. Η επικαιρότητα και η σημασία των παραπάνω παραγόντων ήταν οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε να εκπονηθεί η παρούσα εργασία.

Η Ελλάδα έχει να επιδείξει μακρά και πολυδαίδαλη πορεία στον τομέα των μεταρρυθμίσεων, άλλοτε ριζοσπαστικών και άλλοτε φαινομενικών. Οι χώρες της Ε.Ε. δε θα μπορούσαν να μείνουν στάσιμες και προσάρμοσαν τα ασφαλιστικά τους συστήματα ανάλογα με τις σύγχρονες επιταγές, αλλά πάντα μέσα στα πλαίσια των εθνικών τους ιδιαιτεροτήτων.

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ε.Ε. διατρέχει πλέον σοβαρούς κινδύνους, τους οποίους υποδεικνύουν τα συνεχώς μεταβαλλόμενα δημογραφικά, δημοσιονομικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα. Η μελέτη στοιχείων, όπως είναι οι δημογραφικοί παράγοντες και οικονομικά στοιχεία που αφορούν τις συντάξεις και τη χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας, μας δίνουν μια δυσμενή πρόβλεψη για τα κράτη που δε θα κατορθώσουν να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες.

Η φιλοδοξία της εργασίας είναι να συμβάλλει στη μελέτη και στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων με την παρουσίαση της πρόσφατης πολιτικής και της κοινωνικής ιστορίας, του υπάρχοντος ασφαλιστικού συστήματος, καθώς και της εξέλιξης του κράτους κοινωνικής πρόνοιας και της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με παραμέτρους όπως η μεταναστευτικές ροές, ώστε να είναι εφικτή μια συγκριτική μελέτη αναφορικά με τους στόχους και τις προτεραιότητες του συνόλου του πολιτικού κόσμου, σχετικά με την στρατηγική που οφείλουν να ακολουθήσουν για τη δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οι Βασικές Έννοιες

Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες κατακτήσεις των κοινωνικών κινημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Μία διαδικασία που ξεκίνησε στα τέλη του 19ου αιώνα σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ και της οποίας η εξέλιξη συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η ανομοιομορφία στην παροχή ασφάλισης υγείας είναι κοινός τόπος. Για παράδειγμα είναι χαρακτηριστική η διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης μεταξύ των ΗΠΑ και των ευρωπαϊκών χωρών. Στις τελευταίες η δημόσια ασφάλιση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής αγοράς υγείας ενώ από την άλλη στις ΗΠΑ το μεγαλύτερο μέρος της ασφαλιστικής κάλυψης αποδίδεται στον ιδιωτικό τομέα. Όπως θα αναλύσουμε παρακάτω η συγκεκριμένη διαφορά έχει να κάνει κυρίως με τον τρόπο που διεκδικήθηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα ασφάλισης από τους εργαζόμενους στις δύο χώρες παρά σε μια κεντρικά δομημένη πολιτική ασφάλισης υγείας.

Παρ' όλες τις διαφορές κάθε ασφαλιστικό σύστημα υγείας διακρίνεται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αυτά κυρίως έχουν να κάνουν με τον τρόπο που το ασφαλιστικό σύστημα αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να παρουσιάσει συνοπτικά το πρόβλημα της ασύμμετρης πληροφόρησης, να καταδείξει τις ιδιαίτερες συνέπειες του για την ασφαλιστική αγορά υγείας και να διακρίνει κάποιους τρόπους αντιμετώπισης του.

Η ασφάλιση υγείας είναι μια μορφή στοιχήματος – υπό την οικονομική έννοια – μεταξύ του ασφαλισμένου και του φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης. Ο τελευταίος στοιχηματίζει ότι θα εξασφαλίσει περισσότερα έσοδα από ό,τι τα έξοδα που θα χρειαστεί να καλύψει στον ασφαλισμένο για παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα έσοδα εξασφαλίζονται από το ασφάλιστρο υγείας που πληρώνει ο ασφαλισμένος σε μηνιαία ή ετήσια βάση.

Συνεπώς η ασφάλιση υγείας είναι ένα συμβόλαιο ανάμεσα στον ασφαλισμένο και στον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης στο οποίο αναγράφεται ότι ο τελευταίος θα καλύψει ένα ποσοστό (ή ακόμη και το σύνολο) των εξόδων για την αγορά υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος χρειαστεί την παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Ως υπηρεσίες υγείας εδώ ορίζονται:

- Η επίσκεψη σε γιατρό για πρόβλημα υγείας του ασφαλισμένου.
- Η επίσκεψη σε νοσηλευτικό ίδρυμα και η νοσηλεία εκεί.
- Όποια άλλη μορφή υπηρεσίας σχετίζεται με τις δύο παραπάνω βασικές μορφές άμεσα ή έμμεσα.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων μάλιστα η ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει πέρα από τα παραπάνω και την κάλυψη των εξόδων που αφορούν μόνιμη αναπηρία του ασφαλισμένου και ότι συνεπάγεται από αυτή καθώς και χρόνιων προβλημάτων υγείας και των συνεπειών αυτών. Τέτοιες συνέπειες μπορεί να είναι τα χρόνια έξοδα για την παρακολούθηση των συγκεκριμένων προβλημάτων καθώς και η εξασφάλιση ενός ετήσιου εισοδήματος (σύνταξη αναπηρίας).

Τα βασικά στοιχεία ενός ασφαλιστικού συμβολαίου παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

1) Ασφάλιστρο

Ως ασφάλιστρο (premium) ορίζεται εκείνο το ποσό που είναι υποχρεωμένος ο ασφαλισμένος να πληρώνει σε μηνιαία ή ετήσια βάση για την εξασφάλιση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Με άλλα λόγια κάθε μήνα ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό στον ασφαλιστικό φορέα ώστε αυτός να του εξασφαλίζει ότι για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα θα του εξασφαλίσει τα πιθανά έξοδα για παροχή υπηρεσιών υγείας. Προφανώς το ασφάλιστρο είναι το έσοδο του ασφαλιστικού φορέα.

2) Υποχρεωτική Εισφορά

Ως Υποχρεωτική Εισφορά (deductible) ορίζεται εκείνο το ποσό που ο ασφαλισμένος πρέπει να καλύψει από τα δικά του εισοδήματα πριν αρχίσει να λειτουργεί το ασφαλιστικό πρόγραμμα στο οποίο είναι ενταγμένος.

3) Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Σταθερό Ποσό

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως σταθερό ποσό (co-payment) ορίζεται εκείνο το ποσό που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

4) Υποχρεωτική Συνεισφορά στα Έξοδα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Ποσοστού των Συνολικών Εξόδων

Ως υποχρεωτική συνεισφορά στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας ως ποσοστού των συνολικών εξόδων (co-insurance) ορίζεται εκείνο το ποσοστό των συνολικών εξόδων για υπηρεσίες υγείας που ο κάθε ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει από το συνολικό κόστος κάθε υπηρεσίας υγείας. Το υπόλοιπο ποσοστό θα πρέπει να καταβληθεί από τον φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

5) Εξαιρέσεις από την Ασφαλιστική Κάλυψη

Υπάρχουν περιπτώσεις εξόδων υπηρεσιών υγείας που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικούς φορείς. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να είναι για παράδειγμα:

- Οι αισθητικές επεμβάσεις (πλαστική χειρουργική για καθαρά καλλωπιστικούς λόγους και όχι για να καλύψει προβλήματα που δημιουργήθηκαν από ατύχημα (π.χ. έγκαυμα)).
- Τα έξοδα από χρόνια προβλήματα υγείας που ήταν γνωστά όταν ο ασφαλισμένος υπέγραφε το συμβόλαιο ασφάλισης υγείας.

6) Το Ύψος της Ασφαλιστικής Κάλυψης

Ως ύψος ασφαλιστικής κάλυψης (Coverage Limit) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που είναι υποχρεωμένος να πληρώσει ο ασφαλιστικός φορέας για την κάλυψη των υπηρεσιών υγείας του ασφαλισμένου. Το μέγιστο ποσό ορίζεται είτε για κάθε υπηρεσία υγείας, είτε σε μηνιαία είτε σε ετήσια βάση.

7) Το Ύψος της Υποχρεωτικής Συνεισφοράς

Ως ύψος της υποχρεωτικής εισφοράς (out-of-pocket maximum) ορίζεται το μέγιστο χρηματικό ποσό που ο ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει πριν ενεργοποιηθεί το ασφαλιστικό του συμβόλαιο. Ένας εναλλακτικός ορισμός της μέγιστης υποχρεωτικής εισφοράς θα ήταν αυτή αν οριστεί με βάση το είδος της δαπάνης υπηρεσιών υγείας.

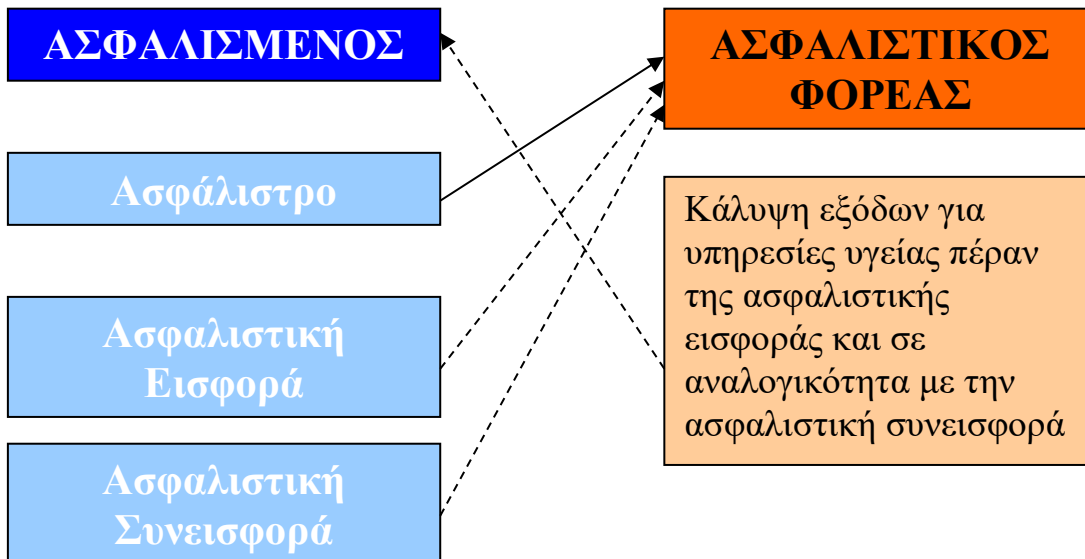
8) Η Οικογενειακή Ασφαλιστική Κάλυψη

Εδώ καθορίζεται αν το ασφαλιστικό συμβόλαιο περιλαμβάνει ή όχι άλλα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου. Συνηθισμένο για παράδειγμα είναι τα ασφαλιστικά συμβόλαια να καλύπτουν και τα ανήλικα τέκνα του ασφαλισμένου.

9) Η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας από το Δίκτυο Ιατρών – Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων που ορίζει ο Ασφαλιστικός Φορέας

Εδώ καθορίζεται ποιος θα καλύπτει τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται σε κάθε περίπτωση ο ασφαλισμένος. Για παράδειγμα, κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν έξοδα υπηρεσιών υγείας που έχουν πραγματοποιηθεί είτε εντός του δικτύου νοσηλευτικών ιδρυμάτων που διαθέτει ο ασφαλιστικός φορέας είτε των συμβεβλημένων με αυτών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιατρών. Κάτι τέτοιο γίνεται για να ελέγχονται καλύτερα οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων αλλά και για να έχει μεγαλύτερα έσοδα ο ασφαλιστικός φορέας από το δίκτυο υπηρεσιών που παρέχει.

Το Σχήμα 1 παρακάτω παρουσιάζει μια συνοπτική περιγραφή του ασφαλιστικού συμβολαίου. Παρατηρείστε ότι τα βέλη με την διακεκομμένη γραμμή συνεπάγονται μεταβίβαση από τον ασφαλισμένο προς τον ασφαλιστικό φορέα ή από το ασφαλιστικό φορέα προς τον ασφαλισμένο μόνο στην περίπτωση που ο τελευταίος καταναλώσει υπηρεσίες υγείας (π.χ. ασθένεια).



Σχήμα 1: Μια συνοπτική περίπτωση του Ασφαλιστικού Συμβολαίου

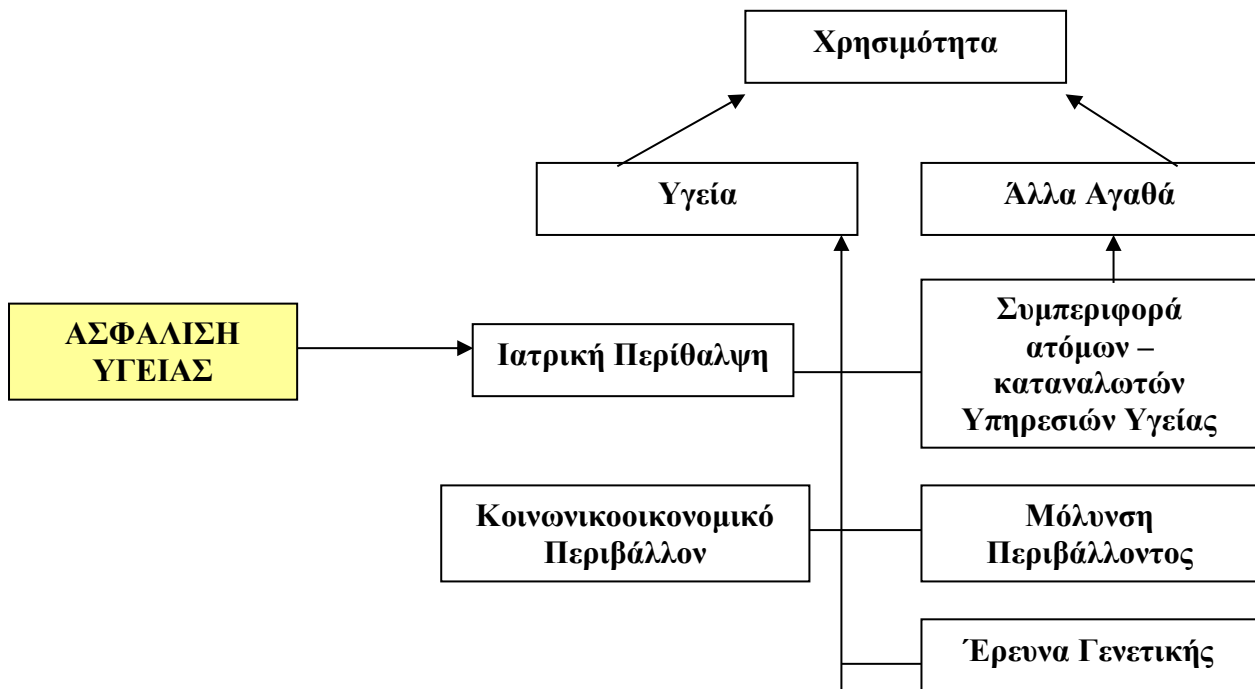
1.2 Οι Βασικές Λειτουργίες του Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των βασικών εννοιών που μόλις περιγράψαμε θα προχωρήσουμε σε μία σύντομη περιγραφή της χρησιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος υγείας για τα άτομα. Υπενθυμίζουμε εδώ ότι ως χρησιμότητα στην μικροοικονομική ανάλυση ορίζεται η απόλαυση που νιώθει ένα άτομο από την κατανάλωση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας (ή συνδυασμού αγαθών ή / και υπηρεσιών).

Η χρησιμότητα εξαρτάται άμεσα από την υγεία του ατόμου, καθώς και από την κατανάλωση άλλων αγαθών ή υπηρεσιών. Η υγεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Πρώτα από όλα έχουμε τη συμπεριφορά των ατόμων – καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία, μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, αλλά και να επηρεάσουν άμεσα και έμμεσα τόσο τη δική του ασφαλιστική κάλυψη υγείας, όσο και των άλλων ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά τους.

Παράλληλα, το περιβάλλον επηρεάζει την υγεία του ατόμου. Παλιότερα, η επίδραση του περιβάλλοντος ήταν εντονότερη αφού σχετιζόταν άμεσα με τις συνθήκες στέγασης, με την εύρεση τροφής και με άλλους παράγοντες επιβίωσης.

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι ένας ακόμη τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται η υγεία ενός ατόμου. Σχετίζεται άμεσα με την ασφάλιση υγείας, αφού αυτή της εξασφαλίζει χρηματοδότηση. Τέλος, η γενετική έρευνα αλλά και γενικότερα οποιασδήποτε μορφή παρόμοιας ιατρικής έρευνας επηρεάζει την υγεία. Όλα τα παραπάνω απεικονίζονται στο σχήμα που ακολουθεί και στηρίζονται στην ανάλυση του Cutler (2002).



Σχήμα 2: Σχέση Ασφάλισης Υγείας και Χρησιμότητας του Ατόμου

1.3 Η Διάκριση σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Σύστημα Υγείας

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε στη μορφή του ασφαλιστικού φορέα. Σύμφωνα με ανάλυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), το 2006 η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας μπορεί να γίνει με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Παροχή ευρείας κοινωνικής ασφάλισης υγείας μέσω φορολογίας
- Ιδιωτική ασφάλιση υγείας
- Άμεση πληρωμή των δαπανών για υπηρεσίες υγείας από τον ασφαλισμένο
- Δημιουργία ενώσεων (για παράδειγμα Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ΟΑΕΕ) που καλύπτουν τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας

Παρατηρούμε ότι η διαφορά βρίσκεται μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η διαφορά αυτή δεν εστιάζεται τόσο στην αποτελεσματικότητα των δύο μορφών ασφάλισης, αφού χρησιμοποιώντας στοιχεία για το κόστος των δαπανών υγείας και το καθεστώς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης (δημόσιο, ιδιωτικό ή μίγμα των δύο) για τις χώρες του ΟΟΣΑ αποδεικνύεται ότι το είδος του ασφαλιστικού συστήματος έχει περιορισμένη σχέση με την αποτελεσματικότητα του κόστους για δαπάνες υγείας.

Ο ακόλουθος πίνακας δίνει μια συνοπτική παρουσίαση του καταμερισμού της χρηματοδότησης μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Τα στοιχεία προέρχονται από τη

στατιστική βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (OECD Statistics 2000) καθώς και από την ανάλυση των Docteur & Oxley (2003). Ένα γενικό συμπέρασμα που προκύπτει από τα συγκεκριμένα στοιχεία είναι ότι σε γενικές γραμμές η δημόσια ασφάλιση υπερτερεί της ιδιωτικής ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τις ΗΠΑ.

Αν εξετάσουμε τις δαπάνες για υπηρεσίες υγείας για το έτος 2000 ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρατηρούμε ότι στις ΗΠΑ είναι υψηλότερες από εκείνες των υπολοίπων χωρών. Η σχέση ιδιωτικής – δημόσιας ασφάλισης στις ΗΠΑ κλίνει εις βάρος της δεύτερης συγκρινόμενη με τις αντίστοιχες σχέσεις των ευρωπαϊκών χωρών αλλά και του Καναδά. Αυτή η διαφορά οφείλετε κυρίως σε παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που αποκτήθηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα ασφάλισης. Τα στοιχεία προέρχονται από την ανάλυση των Docteur & Oxley (2003).

Σύμφωνα με τον Gladwell (2005), η σημερινή άσχημη κατάσταση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο εξασφαλίστηκαν τα συγκεκριμένα δικαιώματα κατά τη διάρκεια του 19ου και 20ου αιώνα. Πιο συγκεκριμένα, τα συνδικάτα των εργαζομένων στην Ευρώπη στις αρχές του 20ου αιώνα κατάφεραν να εξασφαλίσουν την καθολική ασφάλιση υγείας χρησιμοποιώντας το πολιτικό σύστημα για να το επιτύχουν. Από την άλλη πλευρά, τα εργατικά συνδικάτα στις ΗΠΑ κατά την ίδια περίοδο εξασφάλισαν ασφάλιση υγείας μετά από χρόνιες και επίπονες διαπραγματεύσεις για τα μέλη τους. Δεν υπήρχε άμεση εμπλοκή του κράτους και συνεπώς κάθε συνδικάτο εξασφάλισε ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας για τα μέλη του. Από τότε έως σήμερα η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε χωρίς σημαντικές διαφοροποιήσεις τόσο για τις ευρωπαϊκές χώρες όσο και για τις ΗΠΑ.

ΧΩΡΑ	Συνολική Δημόσια Ασφάλιση	Συνολική Ιδιωτική Ασφάλιση
Αυστραλία	68,9	31,2
Αυστρία	69,4	30,6
Βέλγιο	72,1	27,9
Γαλλία	75,8	24,1
Γερμανία	75,0	24,9
Δανία	82,5	17,5
Ελβετία	55,6	44,4
Ελλάδα	56,1	43,9
ΗΠΑ	44,2	55,9
Ηνωμένο Βασίλειο	80,9	19,1
Ιαπωνία	78,3	21,6
Ιρλανδία	73,3	26,7

Ισλανδία	83,7	16,3
Ισπανία	71,7	28,3
Ιταλία	73,4	26,6
Καναδάς	70,9	29,1
Κορέα	44,4	55,6
Λουξεμβούργο	87,8	10,5
Μεξικό	47,9	52,1
Νέα Ζηλανδία	78,0	22,1
Νορβηγία	85,2	14,8
Ολλανδία	63,4	36,6
Ουγγαρία	75,5	24,5
Πολωνία	70,0	30,0
Πορτογαλία	68,5	31,5
Σλοβακία	89,4	10,6
Σουηδία	85,0	15,0
Τουρκία	71,9	28,1
Τσεχία	91,4	8,6
Φινλανδία	75,1	24,9
Μέσος Όρος ΟΟΣΑ	72,18	27,77

Πίνακας 1: Κατανομή Χρηματοδότησης μεταξύ Δημόσιας και Ιδιωτικής Ασφάλισης στις χώρες του ΟΟΣΑ (έτος 2000)

Μελετώντας τον παραπάνω πίνακα καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι στο σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών η χρηματοδότηση της δημόσιας ασφάλισης υγείας υπερτερεί της ιδιωτικής. Εξαίρεση αποτελεί η Ελλάδα, η οποία όπως φαίνεται προσομοιάζει περισσότερο χώρες της αμερικάνικης ηπείρου.

1.4 Τα Βασικά Προβλήματα του Ασφαλιστικού Συστήματος

Είναι γεγονός ότι τα ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε άναρχα, όπως θα δούμε και σε επόμενη ενότητα, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και φιλοσοφία. Σήμερα, ύστερα από πολλές δεκαετίες και μέσα από μια διαδρομή η οποία δημιούργησε πολλά προβλήματα, με ευθύνη κυρίως της πολιτείας, προβάλλει επιτακτική η ανάγκη λήψης μέτρων για την εξασφάλιση της

βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος. Όποια μέτρα όμως και αν ληφθούν δεν πρόκειται να έχουν κανένα ευεργετικό αποτέλεσμα και καμία προοπτική, εάν το κράτος δεν αναλάβει τις βασικές του υποχρεώσεις απέναντι στην κοινωνική ασφάλιση και αν δεν αντιμετωπιστούν τα αίτια που προκάλεσαν τα προβλήματα διαχρονικά.

Η κατασπατάληση των αποθεματικών των ταμείων, η μεγάλη εισφοροδιαφυγή, η αδυναμία ελέγχου των δαπανών, κυρίως στους κλάδους υγείας, η διαφυγή των εσόδων για τα ταμεία των δημόσιων υπαλλήλων, η αύξηση και διατήρηση σε υψηλά επίπεδα της ανεργίας, παράλληλα με την ασυνέπεια του κράτους σε σχέση με τις οικονομικές του υποχρεώσεις προς τα ταμεία, έχουν ως αποτέλεσμα να παρουσιάζεται αδύναμο το σύστημα στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων των δημογραφικών εξελίξεων.

Τα κύρια προβλήματα που χαρακτηρίζουν το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα είναι: ο κατακερματισμός των ασφαλιστικών ταμείων, η ασαφής και σε πολλά σημεία αντιφατική νομοθεσία, τα πολλά και εμφανή στοιχεία ανισότητας σε επίπεδο χρηματοδοτικών πόρων και παροχών και τέλος, τα έντονα οργανωτικά, λειτουργικά και διαχειριστικά προβλήματα – σε συνδυασμό με την ύπαρξη και εξυπηρέτηση οικονομικών συμφερόντων, την άμβλυνση των γραφειοκρατικών φαινομένων, την κρατική αδράνεια και ατολμία. Όλα τα παραπάνω συντηρούν και παρατείνουν τη δυσμενή κατάσταση του ασφαλιστικού μας συστήματος.

Αν και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας μας καλύπτεται πλέον ασφαλιστικά, υπάρχουν ορατές ιδιαιτερότητες και αδυναμίες που χαρακτηρίζουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και οι οποίες σχετίζονται με τους εξής παράγοντες:

A) Το αυξημένο διαχειριστικό και διοικητικό κόστος των ασφαλιστικών ταμείων, αφού αυτά διαρκώς αυξάνονται, με αποτέλεσμα να απορροφούν μεγάλο ποσοστό των οικονομικών πόρων της κοινωνίας.

B) Την ανισότητα στη διαμόρφωση των κανόνων προστασίας και του επιπέδου παροχών, με αποτέλεσμα ορισμένοι κλάδοι επαγγελματιών να απολαμβάνουν εξαιρετικά ευνοϊκότερη μεταχείριση (νομικοί, πολιτικοί, μηχανικοί, αρχιτέκτονες, κλπ.).

Γ) Τη χρησιμοποίηση των αποθεματικών των ταμείων και κατ' επέκταση ολόκληρου του ασφαλιστικού θεσμού, απ' όλες τις κυβερνήσεις για τη χάραξη και άσκηση κοινωνικής και προνοιακής πολιτικής χωρίς την αντίστοιχη αποζημίωση αυτών, ενώ κάτι τέτοιο θα έπρεπε να γίνει με βάση τα κονδύλια του Κρατικού Προϋπολογισμού.

Δ) Την παροχή υπηρεσιών χαμηλού επιπέδου από ορισμένα ταμεία, με φυσικό επακόλουθο πολλοί ασφαλισμένοι να απευθύνονται και να προτιμούν την παροχή υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψης από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.

Αν και η κρατική επιχορήγηση προς τα ασφαλιστικά ταμεία θεωρείται σημαντική, αφού παρατηρείται μια αυξανόμενη κρατική συμμετοχή στη χρηματοδότηση του τομέα της κοινωνικής

προστασίας (υγεία, ασφάλιση, πρόνοια), ωστόσο, η επίσημη πολιτεία και όλες ανεξαιρέτως οι κυβερνήσεις ευθύνονται για την κρίση που υφίσταται τις τελευταίες δεκαετίες το ασφαλιστικό μας σύστημα. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες διότι κατασπατάλησαν τα αποθεματικά των ταμείων για να χρηματοδοτήσουν το τραπεζικό σύστημα και μέσω αυτού τις εμπορικές και βιομηχανικές επιχειρήσεις με «θαλασσοδάνεια», αφού διατηρούσαν δεσμευμένα τα αποθεματικά των ταμείων με μηδενικό επιτόκιο, ενώ παράλληλα διαχειρίστηκαν αυτά με τέτοιο τρόπο σαν να αποτελούσαν τμήμα του Κρατικού Προϋπολογισμού.

Μεγάλες επίσης, είναι οι ευθύνες των κυβερνήσεων για τις κατά διαστήματα αποφάσεις τους σχετικά με τη ρύθμιση των καθυστερούμενων ασφαλιστικών εισφορών των επιχειρήσεων. Τέλος, είναι τεράστιες οι ευθύνες όλων των κυβερνήσεων για την αδιαφορία που επέδειξαν προκειμένου να λάβουν χρήσιμα μέτρα για την ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου της εισφοροδιαφυγής και εισφοροκλοπής. Κρίνεται, λοιπόν, ως επιτακτική ανάγκη η εύρεση λύσεων και τρόπων αντιμετώπισης των αδυναμιών που διακρίνουν το ασφαλιστικό σύστημα στη χώρα μας, προκειμένου το τελευταίο να μπορέσει να αποδεσμευτεί από το αδιέξοδο στο οποίο έχει περιέλθει.

Πριν προχωρήσουμε, όμως, σε περαιτέρω αναλύσεις θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης αποτελεί υποχρέωση του κράτους. Την ευθύνη, κατά κύριο λόγο, για την κοινωνική προστασία του πληθυσμού έχει το κράτος, σύμφωνα πάντα με τις αρμοδιότητες που απορρέουν από το Σύνταγμα και τους νόμους.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του κράτους πρόνοιας

Η κοινωνική αδικία από το τέλος του 19ου αιώνα που λάμβανε συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις και σταδιακά μεταφράστηκε σε κοινωνική ανισότητα, η σύγχρονη τάση για την εμπορευματοποίηση των σπουδαιότερων κοινωνικών αγαθών όπως της υγείας και της παιδείας, η επιβολή του κοινωνικού αποκλεισμού σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, το μεγάλο κύμα της μετανάστευσης, οι σκληροί όροι μιας ανταγωνιστικής και ελεύθερης αγοράς εργασίας, οι αρνητικές εκτιμήσεις από τους δείκτες δημογραφίας και υγείας ελαχιστοποιούν τις πιθανότητες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και την πραγμάτωση της κοινωνικής ευημερίας.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χάραξη και η άσκηση μιας πιο ανθρώπινης κοινωνικής πολιτικής μέσω της δίκαιης και σωστής αναδιανομής των εισοδημάτων και των παροχών σε είδος, σε χρήμα και σε υπηρεσίες στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας όπως θα σχεδιάζεται είτε από το πολιτικό πρόγραμμα του κυβερνώντος κόμματος είτε από τα κόμματα της αντιπολίτευσης.

Κοινή ομολογία είναι ότι για την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής και της ύπαρξης ενός ουσιαστικού κράτους πρόνοιας απαιτείται η συναίνεση όλων των πολιτικών και των κοινωνικών φορέων, των εργοδοτών, των εργαζόμενων και της ευρύτερης κοινής γνώμης, προκειμένου να υλοποιηθεί ο πρωταρχικός στόχος που συνίσταται στη διασφάλιση ενός κατώτατου επιπέδου εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης για κάθε πολίτη στο βαθμό που δεν μπορεί από μόνος του και για λόγους που οφείλονται πέρα από τη θέληση του να εξασφαλίσει.

Η ενότητα αυτή έχει ως στόχο να συμβάλλει στη μελέτη και στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων με την παρουσίαση της πολιτικής και της κοινωνικής ιστορίας, ώστε να είναι εφικτή μια συγκριτική μελέτη αναφορικά με τους στόχους και τις προτεραιότητες των κομμάτων σχετικά με την στρατηγική που θ' ακολουθήσουν για τη δημιουργία ενός κράτους πρόνοιας.

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» αναφέρεται στην ιστορικά καθορισμένη μορφή του αστικού κράτους στις ανεπτυγμένες χώρες, η οποία χαρακτηρίζεται από τη μεγάλη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας ιδιαίτερα κάτω από το πρίσμα της κοινωνικής αναπαραγωγής.

Οι δραστηριότητες του αναφέρονται στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών σε άτομα και σε οικογένειες, στον ενεργό και μη πληθυσμό, θέτοντας ή μη όρους προκειμένου να καλύψει μια σειρά αναγκών όπως παιδεία, υγεία, κοινωνική ασφάλιση, πρόνοια, απασχόληση και στη συνέχεια στην εφαρμογή ενός πλέγματος επιδοτήσεων και κρατικών παρεμβάσεων μέσω των μηχανισμών του για την

παροχή των ανάλογων υπηρεσιών ή για τη ρύθμιση της παροχής τους από τον ιδιωτικό τομέα είτε πρόκειται για κερδοσκοπικές οργανώσεις είτε για φιλανθρωπικές.

Η κυρίαρχη επιδίωξη του κράτους πρόνοιας συνίσταται στην παροχή κοινωνικής ασφάλειας για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ανθρώπων οι οποίοι συμβιώνουν μέσα σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό σχηματισμό και τη σχετική διατήρηση τους προκειμένου να βελτιωθεί η υπάρχουσα κοινωνική κατάσταση, (status quo) που είναι θεσμικά συγκροτημένη.

Η έννοια κοινωνικό κράτος χρησιμοποιείται για εκφράσει εκείνο που μεριμνά δηλαδή προνοεί με τη νομοθετική και τη διοικητική οδό για την προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων. Συγχρόνως, αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της συντονισμένης συλλογικής δράσης με απώτερο στόχο την εξάλειψη ή τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Με τον όρο κοινωνική πολιτική προσδιορίζουμε ολόκληρο το σύστημα ή το σύνολο των μέσων και μέτρων που χρησιμοποιεί η πολιτεία παρεμβαίνοντας στην οικονομία με σκοπό να προστατεύσει και να βελτιώσει την κοινωνική ευημερία των πολιτών και ειδικότερα για ορισμένα άτομα και κοινωνικές ομάδες σύμφωνα και αρχές και αξίες περισσότερο ανθρώπινες ή συχνά διαφορετικές από αυτές που απορρέουν από τους νόμους.

Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώνονται οι αντιλήψεις της κοινωνικής πολιτικής σχετικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της που είναι η δημιουργία αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης και η παρέμβαση στις σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών τάξεων ώστε να καλυτερεύσουν οι όροι της ποιότητας ζωής των ασθενέστερων και να η κοινωνική ασφάλιση των εργαζόμενων.

Η οικονομική λειτουργία του κράτους που ασκείται μέσω της κοινωνικής πολιτικής στοχεύει με την ευρεία έννοια στην εργατική τάξη για τη διασφάλιση των όρων αναπαραγωγής της επειδή αποτελεί την υλική βάση της παραγωγής. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας, (European System of Integrated Social Protection Statistics), η κοινωνική προστασία περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις των δημόσιων ή των ιδιωτικών φορέων που σκοπό έχουν να ελαφρύνουν τα νοικοκυριά και τους ιδιώτες από το βάρος που συνεπάγεται η αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και καταστάσεων ανάγκης υπό τον όρο ότι δεν υπάρχει μια ταυτόχρονη αντιπαροχή από τον δικαιούχο.

Ο κατάλογος των κινδύνων και των καταστάσεων ανάγκης που δικαιολογεί την ύπαρξη της κοινωνικής προστασίας περιλαμβάνει την ασθένεια, την υγειονομική περίθαλψη, την αναπηρία, το γήρας, τους επιζώντες, την οικογένεια, τη ανεργία, τη στέγαση, τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τα διαφορετικά συστήματα κοινωνικής πολιτικής εκφράζουν το επίπεδο ανάπτυξης, τις ιδιαιτερότητες και τις αντιφάσεις της συγκεκριμένης κοινωνίας μέσα στην οποία διαμορφώνονται. Ανάλογα με τη θεωρητική και την ιδεολογική τους προσέγγιση αναλύονται και αξιολογούνται τα όρια

και τα επιτεύγματα του κράτους πρόνοιας στη διττή του υπόσταση ως προστάτη και ως φορέα άσκησης κοινωνικού ελέγχου.

Επομένως, σημαντικά ερωτήματα προκύπτουν σε σχέση με την χρήση του όρου αναφορικά με την κοινωνική λειτουργία του στις αναπτυσσόμενες και υποανάπτυκτες χώρες καθώς και στις διεθνείς διαστάσεις άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Unicef.



**World Health
Organization**



2.2 Η ιστορική αναδρομή του κράτους πρόνοιας

Σ' ολόκληρη σχεδόν την ιστορία της ανθρωπότητας υπήρχαν στοιχεία και δείγματα της κοινωνικής πολιτικής. Η αρχέγονη σκέψη που μεταμορφώθηκε στην έκφραση κράτους πρόνοιας εμφανίζεται ως φιλευσπλαχνία ή αλτρουισμός με χαρακτήρα ατομικιστικό και θεολογικό. Στην περίοδο της φεουδαρχίας εκδηλώνεται με υποτυπώδεις και περιστασιακές μορφές αποσκοπώντας στη βοήθεια και στην προστασία των φτωχών.

Στην περίοδο 1450-1600, η φιλανθρωπία έχει και χαρακτήρα κρατικό που εκδηλώνεται με νομοθετικές πρωτοβουλίες και ιδρυματικές μορφές, οπότε στη δεδομένη χρονική στιγμή τοποθετούνται τα πρώτα θεμέλια του κράτους πρόνοιας.

Σταδιακά δημιουργείται ένα κράτος που διέπεται από την κοινωνική δικαιοσύνη, την οργάνωση της κοινωνικής βοήθειας και τη φιλανθρωπία που εκφράζεται με την ευθύνη της άσκησης την κοινωνικής πολιτικής από την πολιτεία. Επομένως, το κράτος πρόνοιας είναι ένας οικονομικός, κοινωνικός οργανισμός με ποικίλα γνωρίσματα όπως ιδεολογία, αρχές, σκοπούς και συνοχή που καθορίζεται από τα διάφορα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής που με τη σειρά τους εκφράζουν το βαθμό της παραγωγής και ανάπτυξης της συγκεκριμένης κοινωνίας.

Γεγονός είναι ότι μέχρι τα τέλη του 16ου αιώνα και στις αρχές του 17ου η φιλοσοφική βάση του θεσμού της δημόσιας αντίληψης εξελίσσεται από την έννοια της φιλανθρωπίας στην έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης που στηρίζεται στην υποχρέωση του κράτους να καλύψει τις ανάγκες που δημιουργεί η ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή.

Ειδικότερα σε θεσμικό επίπεδο, η Μεγάλη Βρετανία είναι η πρώτη χώρα στην οποία ψηφίζεται μια σειρά νόμων υπέρ των φτωχών, (Old poor law, 1601, Act of settlement, 1662), και η μεταγενέστερη πράξη κοινοβουλίου του Speenhamland το 1795, που επιχείρησε να καθιερώσει την εξασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος.

Στη Γαλλία, το 1604 ψηφίζεται ο νόμος για τα ατυχήματα εργασίας των μεταλλωρύχων και ακολουθεί η Γαλλική επανάσταση το 1789, όπου με το Διάταγμα της Γαλλικής Εθνοσυνέλευσης κηρύχθηκε η κατάργηση του φεουδαρχικού καθεστώτος (Regime Feudal), ψηφίστηκε η «Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη», εισάγοντας τις αρχές της δημοκρατίας, ελευθερίας, ισονομίας, ανεξαρτησίας, ανεξιθρησκίας.

Ο όρος «Etat providence» που δηλώνει το κράτος πρόνοιας εμφανίζεται στην περίοδο 1852-1870 μέσα σ' ένα ευρύτερο αρνητικό κλίμα από τους φιλελεύθερους στοχαστές για τις αυξανόμενες παροχές του κράτους και μια στάση κριτική που αντιπροσωπεύει μια φιλοσοφία ριζικά ατομική (individualiste).

Η διαμάχη σχετικά με τους νόμους της κοινωνικής βοήθειας στα τέλη του 18ου αιώνα και στις αρχές του 19^{ου} αντανακλά στην πράξη τις εντάσεις ανάμεσα στην αριστοκρατία των γαιοκτημόνων και στην ανερχόμενη βιομηχανική αστική τάξη. Οι πρώτοι διέβλεπαν μέσα στους νόμους μια ευκαιρία διάσωσης του παραδοσιακού αγροτικού καθεστώτος, ενώ οι δεύτεροι επιθυμούσαν μια διαθέσιμη εργατική δύναμη.

Τελικά, ο βιομηχανικός καπιταλισμός επιτυγχάνει με τον καινούριο νόμο του 1834, «Poor law amendment act» τη δημιουργία αφ' ενός, μιας ανταγωνιστικής αγοράς εργασίας και αφ' ετέρου, ενός προλεταριάτου με έντονη κινητικότητα που αναγκάζεται να διαθέσει την εργατική του δύναμη ακόμη και σε χαμηλή τιμή για να επιζήσει.

Η κατάσταση αλλάζει στο τέλος του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου, όπου η κοινωνική πολιτική εμφανίζεται με οργανωμένη και συστηματική μορφή στην περίοδο της καπιταλιστικής ανάπτυξης ως το αποτέλεσμα της αντίστασης της εργατικής τάξης απέναντι στην εκμετάλλευση και στην εξαθλίωση.

Συγκεκριμένα, το 1881 προτάθηκε από το Γερμανό Καγκελάριο Bismarck η υποχρεωτική επαγγελματική ασφάλιση που ήταν η αφετηρία για πολλές χώρες ακόμη. Σημαντικό είναι ότι από την αρχή της διακυβέρνησης του ήταν σε αντιπαράθεση με την ανεβασμένη δύναμη του Σοσιαλδημοκρατικού κόμματος το οποίο κηρύχθηκε έκπτωτο το 1878 κατάσχοντας τις εφημερίδες του και φυλακίζοντας τους διευθυντές. Η έκφραση κράτος πρόνοιας χρησιμοποιήθηκε με τον αντίστοιχο γερμανικό όρο Wohlfahrtsstaat, στη δεκαετία του 1870, ενώ ο όρος Sozialstaat, αναφέρεται στις μεταρρυθμίσεις του Bismarck το 1883.

Αργότερα, το 1942, το σχέδιο του Άγγλου William Beveridge, συνιστά τη βάση μιας νέας εκκίνησης κοινωνικών ασφαλίσεων, τη θεσμοθέτηση του κράτους πρόνοιας και την ίδρυση ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλειας. Και σ' αυτή την περίπτωση δεν έλειψαν οι συγκρούσεις και οι

αντιδράσεις αφού οι αρχές του σχεδίου ήταν αντίθετες με τις αντιλήψεις των κοινωνικών ασφαλίσεων που επικρατούσαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1930 στην Ευρώπη και την Αμερική.

Ορόσημο αποτελεί το 1946, οπότε ιδρύεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και η Διεθνής Οργάνωση Προστασίας του Παιδιού (UNICEF), καθώς και το 1948, έτος που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ η «Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων», περιγράφοντας μια αληθινή διεθνιστική κοινωνία όπου όλοι οι άνθρωποι γεννώνται ελεύθεροι και ίσοι σε αξιοπρέπεια και σε δικαιώματα.

Η ανθρώπινη ιστορία στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα καταγράφει μια γόνιμη σύνδεση μεταξύ της οικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής των βιομηχανικών χωρών με μια οικονομία αγοράς επεμβατικού τύπου, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την υλοποίηση της πλήρους απασχόλησης και την ουσιαστική εμφάνιση του κράτους πρόνοιας.

Η ιδεολογία που επικράτησε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ήταν η αυξημένη κρατική παρέμβαση, όπως εκφράστηκε από τον Keynes. Μια παρέμβαση επιβεβλημένη, για πολιτικούς και κοινωνικούς λόγους, που σκόπευε στην υπέρβαση της κρίσης για την ανοικοδόμηση της Ευρώπης, την οικονομική ανάκαμψη και την αναπαραγωγή κεφαλαίου. Αυτή αποτέλεσε το πρότυπο της πολιτικής και οικονομικής πολιτικής με βασική συνιστώσα την προσπάθεια τόνωσης της συνολικής ζήτησης, μέσω της εξασφάλισης ενός εισοδήματος σε όλο τον πληθυσμό και συνεπώς τη διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου απασχόλησης.

Όπως ήταν φυσικό επακόλουθο, το γεγονός αυτό προκάλεσε έναν ευρύ μετασχηματισμό του κράτους και του οικονομικού συστήματος, κατέργησε την ελεύθερη αγορά εργασίας, εξασφάλισε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και θεμελίωσε με κοινωνική συναίνεση διαδικασίες ταχείας συσσώρευσης κεφαλαίου με την αύξηση της ιδιωτικής κατανάλωσης.

2.3 Ο διαχωρισμός του κράτους πρόνοιας σύμφωνα με το βαθμό της συνταγματικής προστασίας

2.3.1 Η αρχή του κράτους δικαίου και του κοινωνικού κράτους δικαίου

Γενικότερα, η έννοια του κράτους δικαίου είναι τόσο ιστορική όσο και πολιτική και υποδηλώνει την παράβαση και τον περιορισμό κυρίως της εκτελεστικής εξουσίας. Το κράτος δικαίου θεωρείται εκείνο το σύστημα όπου οι φορείς της κρατικής εξουσίας περιορίζονται από το νόμο ως προς τις σχέσεις τους με τους διοικούμενους και κατά συνέπεια μ' αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται αποτελεσματικά τόσο η νομική τους θέση όσο και η ελευθερία τους (Μάρδας, Βαλκάνος, 2005).

Το 19ο αιώνα η αμφισβήτηση της οριοθέτησης του νομικού και του κοινωνικού περιεχομένου της ελευθερίας και της ισότητας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η ουσιαστική άσκηση των δύο ατομικών δικαιωμάτων προϋποθέτει την ύπαρξη του κοινωνικού κράτους δικαίου. Στη μορφή αυτή το κράτος περιλαμβάνει ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων με σκοπό να καταστήσει ουσιαστική την ισότιμη συμμετοχή όλων των πολιτών στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

Έτσι λοιπόν, το νέο κοινωνικό κράτος ολοκληρώνεται με την αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου που εστιάζεται στην πολιτική ισότητα των διοικούμενων μέσω της επιδίωξης της κοινωνικής ισότητας. Σε τελευταία ανάλυση, είναι μια αρχή που αποδέχεται την ενότητα μεταξύ του κράτους και της κοινωνίας και αφήνει περιθώρια για μια όσο το δυνατό μεγαλύτερη κοινωνικοποίηση της κρατικής εξουσίας.

Η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου αποκτά το πλήρες νοηματικό της περιεχόμενο μέσω της αλληλοτροφοδότησης της με τη δημοκρατική αρχή και της εξομάλυνσης της σύγκρουσης της με τη δικαιοκρατική αρχή. Επομένως, η αρχή του κοινωνικού κράτους λειτουργεί σα θεμέλιο για τη συναγωγή των κοινωνικών δικαιωμάτων που δεν κατοχυρώνονται ρητά στο κείμενο του Συντάγματος και ταυτόχρονα συμβάλλει στην απόκρουση της παραδοσιακής προσέγγισης των κοινωνικών δικαιωμάτων ως ατελών ή ελλειποβαρών κανόνων.

Σύμφωνα με τη θεώρηση της κοινωνικής αρχής, είναι δεδομένη η αντίληψη ότι η αρχή του κοινωνικού κράτους έχει ως αποκλειστικό αντικείμενο τις κρατικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αναδιανομή του παραγόμενου προϊόντος και στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων με τις παροχές σε χρήμα, είδος, υπηρεσίες. Αυτή η προσέγγιση προσδίδει στην αρχή του κοινωνικού κράτους μια ισχυρή κανονιστική σημασία και ένα καθορισμένο πεδίο αξιοποίησης στο πλαίσιο των σύγχρονων μεταβολών του πολιτειακού φαινομένου.

2.3.2. Το δίλημμα, κοινωνικό κράτος ή κράτος πρόνοιας

Στην Ελλάδα, από τη δεκαετία του '80 άρχισε να γίνεται γνωστή η χρήση της ονομασίας κράτος πρόνοιας που προξενεί την εντύπωση από ιδεολογική και πολιτική άποψη ότι η πολιτεία σχεδιάζει και εφαρμόζει ένα προνοιακό πρόγραμμα ικανό ν' αντιμετωπίσει όλες τις βασικές ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου.

Ανεξάρτητα από το αν η υπόθεση ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, η προηγούμενη ονομασία δεν είναι αντικειμενικά δυνατό να εκφράσει συνολικά την επιλογή του νομοθέτη σχετικά με τις διατάξεις του Συντάγματος που θεμελιώνουν την αρχή του κοινωνικού κράτους και να κατανοήσει τις παραμέτρους που την επηρεάζουν.

Ο λόγος είναι ότι το κράτος πρόνοιας, ως όρος που προσιδιάζει περισσότερο στις κοινωνικές επιστήμες, αναλύει μόνο μια παράμετρο που αντιστοιχεί σχηματικά στις διατάξεις του Συντάγματος που

καθιερώνουν τα κοινωνικά δικαιώματα και ενώ συμβάλλουν αποφασιστικά στη συγκρότηση της αρχής του κοινωνικού κράτους δεν επαρκούν για τη συνταγματική θεμελίωση της και τον προσδιορισμό του κανονιστικού περιεχομένου της.

Επομένως, από συστηματική άποψη και για τις ανάγκες της νομικής επιστήμης είναι ορθότερη η ονομασία κοινωνικό κράτος γιατί καταλαμβάνει όχι μόνο μια καθοριστική αλλά όλες τις παραμέτρους που συνθέτουν την ομόλογη συνταγματική αρχή και άρα αναλύει ακριβέστερα τόσο το περιεχόμενο όσο και την κανονιστική της λειτουργία.

2.3.3. Τα κοινωνικά δικαιώματα και το κοινωνικό κράτος δικαίου

Ο νομικός μοχλός λειτουργίας και ισορροπίας του κοινωνικού κράτους δικαίου είναι τα κοινωνικά δικαιώματα με τα οποία εννοούμε ότι αναγνωρίζονται στα άτομα ορισμένες εξουσίες με σκοπό την απαλλαγή τους από την κοινωνική και οικονομική απαξίωση και την εξασφάλιση της ευημερίας τους.

Τα κοινωνικά δικαιώματα είναι σε συνάρτηση με το κοινωνικό κράτος δικαίου, αφού συνδέονται για τη θέσπιση και την υλοποίηση τους με τη βασική αρχή της ισότητας, καθ' όσον αποβλέπει στην αποκατάσταση της κοινωνικής ισότητας που έχει διαταραχθεί. Στις θεσμοθετημένες συνταγματικές διατάξεις υπάρχει πλήρης και εξαντλητική σύνδεση των κοινωνικών δικαιωμάτων με τις συνταγματικές αξίες όπως είναι η ανθρώπινη ζωή, η δημοκρατία και η κοινωνική αλληλεγγύη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3.1 Η ανασυγκρότηση της ελληνικής κοινωνίας κατά τη διακυβέρνηση του Ιωάννη Καποδίστρια (1828-1831)

Τα κριτήρια που εξασφάλισαν τη συναίνεση της πλειοψηφίας στην Εθνοσυνέλευση της Τροιζήνας για την εκλογή του Καποδίστρια ως πρώτου κυβερνήτη της Ελλάδος, τον Ιανουάριο του 1828 ήταν η διπλωματική του εμπειρία και η διεθνής του φήμη.

Τα προβλήματα που είχε ν' αντιμετωπίσει ήταν τα σύνορα του κράτους, η κακή κατάσταση της οικονομίας, η εξυγίανση του στρατού, οι ληστείες στη στεριά και οι πειρατείες στη θάλασσα που είχαν αποδεκατίσει τον πληθυσμό της επαναστατημένης χώρας προκαλώντας μ' αυτό τον τρόπο μια δυσμενή εντύπωση στην Ευρώπη ότι ο υποτυπώδης και εμβρυακός διοικητικός μηχανισμός των προηγούμενων χρόνων βρισκόταν σε διάλυση.

Η αφετηρία και το σημαντικότερο σημείο του πολιτικού προγράμματος του Καποδίστρια ήταν το ενδιαφέρον του για την ιδιοκτησία, την οικονομική αυτάρκεια, την περίθαλψη και την προστασία των ορφανών, την υγειονομική φροντίδα των ασθενών, την οικονομική βοήθεια των αναπήρων και την ικανοποίηση των βιοποριστικών αναγκών της ευρείας μάζας του λαού. Συγκεκριμένα, την άνοιξη του 1829 λειτούργησε το ορφανοτροφείο της Αίγινας στο οποίο στεγάστηκαν περίπου 600 ορφανά παιδιά του πολέμου την ευθύνη των οποίων για την πρόοδο, τη διαγωγή και την επίδοσή τους ανέλαβε ο ίδιος ο Κυβερνήτης (Παπαρηγόπουλος, 2010).

Ωστόσο, δεν κατάφερε να ολοκληρώσει το έργο του γιατί τα διοικητικά και φορολογικά μέτρα που έλαβε έθιγαν τα πολιτικά και οικονομικά συμφέροντα της τάξης των κοτζαμπάσηδων, τους ιδιοκτήτες μεγάλων εκτάσεων γης και τους πλοιοκτήτες, με αποτέλεσμα τη δολοφονία του το Σεπτέμβριο του 1831.

Η αλήθεια είναι ότι η φιλανθρωπία ως αντίστοιχος όρος της κοινωνικής πρόνοιας πριν και μετά την απελευθέρωση του έθνους ασκείται κατά κύριο λόγο από την εκκλησία και συνδέεται στενά με την διδασκαλία και την πρακτική της Ορθόδοξης παράδοσης. Η εκκλησία με τη μορφή της ενορίας και του μοναστηριού είχε ένα πολύ καλά οργανωμένο προνοιακό και κοινωνικό έργο που περιλάμβανε στοιχεία που ισχύουν στη δική μας σύγχρονη εποχή. Ιδιαίτερα, η παροχή βοήθειας στους αδύναμους ήταν στάση ζωής και όχι υποχρέωση ή καθήκον, ανεξάρτητα από τα ατομικά χαρακτηριστικά του καθενός, όπως φύλο, ηλικία, εθνότητα.

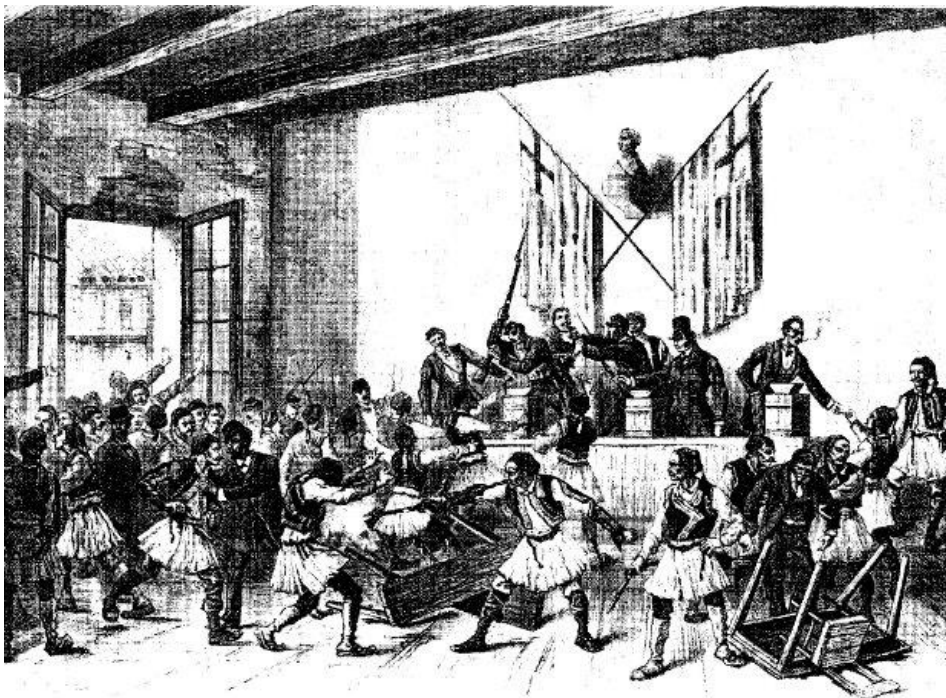
3.2 Η εκλογή του Όθωνα, η περίοδος της Αντιβασιλείας (1833-1835) και το πέρασμα από την απόλυτη μοναρχία στη Συνταγματική Βασιλεία

Τον Ιανουάριο του 1833, ο Ελληνικός λαός υποδέχθηκε στο Ναύπλιο, το 17χρονο βασιλιά, Όθωνα θεωρώντας ότι θα είναι ο εγγυητής της ομαλής πολιτικής εξέλιξης και της ολοκλήρωσης των εθνικών στόχων.

Η περίοδος της Αντιβασιλείας ως την ενηλικίωση του Όθωνα, το 1835 και η απόλυτη μοναρχία που ακολούθησε ως το 1862 προσπάθησε να επιλύσει ζητήματα της διοίκησης, της εκπαίδευσης, με την ίδρυση των δημοτικών σχολείων, όρος που καθιερώθηκε από τότε, του στρατού, με τη στελέχωση Βαυαρών αξιωματικών, της εκκλησίας, με τον διαχωρισμό της Ελληνικής εκκλησίας από το Πατριαρχείο της Κωνσταντινούπολης, της δικαιοσύνης, με τη σύνταξη νομοθετημάτων όπως του Ποινικού Νόμου και της Ποινικής Δικονομίας και της οικονομίας, με τη διατήρηση του φόρου της δεκάτης.

Η πρόνοια και σ' αυτή την περίοδο δεν ήταν μέλημα του κράτους, αλλά της ιδιωτικής φιλανθρωπίας που προχώρησε στη δημιουργία επιτροπών και σωματείων με έκδηλο σκοπό την αλληλεγγύη στους φτωχούς, τους πάσχοντες και τους επαίτες όποτε και αποδυναμώνεται ο ρόλος της εκκλησίας, η οποία αντικαθίσταται από την τοπική κοινωνία.

Οι περισσότεροι πολιτικοί άνδρες που είχαν διακριθεί στην επανάσταση του 1821 και στην περίοδο της βασιλείας του Όθωνα, είτε είχαν αποσυρθεί από την ενεργό δράση, είτε είχαν πεθάνει οπότε και τα τρία ξένα κόμματα είχαν αποδυναμωθεί.



Στην πολιτική σκηνή, δημιουργούνται δύο νέες παρατάξεις, οι Ορεινοί που εξέφραζαν φιλελεύθερες τάσεις με ηγέτη τον Βούλγαρη και οι Πεδινοί που εκπροσωπούσαν τα συντηρητικά στρώματα της Ελληνικής κοινωνίας με ηγέτες τον Κανάρη και τον Γρίβα.

Οι ορεινοί και οι πεδινοί βρέθηκαν πολύ συχνά αντιμέτωποι μεταξύ τους και οι συγκρούσεις τους δεν περιορίστηκαν μόνο στον πολιτικό στίβο αλλά μεταφέρθηκαν στους δρόμους της πρωτεύουσας κυρίως την άνοιξη και το καλοκαίρι του 1863 όπου κατέληξαν σ' αιματηρές συμπλοκές. Η αντιπαράθεση είχε ως αποτέλεσμα την επιβράδυνση των συζητήσεων και των διαδικασιών για την ψήφιση του νέου συντάγματος το οποίο δημοσιεύτηκε το Νοέμβριο του 1864 (Παπαρηγόπουλος, 2010).

3.3 Οι πολιτικές και οι κοινωνικές εξελίξεις από την ψήφιση του Συντάγματος το 1864 ως το κίνημα στο Γουδί (1909)

Μετά την πολιτειακή αλλαγή του 1864 οι νέες πολιτικές δυνάμεις που σχηματίστηκαν παρά τις αντιθέσεις τους έθεσαν ως κύριο στόχο των προσπαθειών τους τον εκσυγχρονισμό του κράτους και την ολοκλήρωση της εθνικής ανεξαρτησίας. Τα νέα κόμματα που εμφανίστηκαν στην πολιτική σκηνή είχαν ως διακριτικό τους στοιχείο το πρόσωπο του αρχηγού τους και κοινή επιδίωξη τους την απελευθέρωση των υπόδουλων περιοχών.

Η ίδρυση πραγματικού κόμματος, δηλαδή ενός κόμματος με βασικές αρχές πραγματοποιήθηκε το 1872 από τον Χαρίλαο Τρικούπη, η παρουσία του οποίου στην πολιτική ζωή της χώρας υπήρξε καθοριστική για την εδραίωση του κοινοβουλευτικού θεσμού. Η πολιτική του Χαρίλαου Τρικούπη χαρακτηριζόταν από συνέπεια και ορθή εκτίμηση βασισμένη σε τρεις άξονες: α) τις θεσμικές μεταρρυθμίσεις με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και την αρτιότερη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης, β) την αναδιοργάνωση και τη στρατιωτική ετοιμότητα των ενόπλων δυνάμεων και γ) την ενίσχυση των υποδομών της χώρας.

Οι φιλελεύθερες και ανανεωτικές του απόψεις διατυπώθηκαν το 1874 με τη δημοσίευση του άρθρου «Τις Πταίει;», που αποτέλεσε ένα δριμύ κατηγορώ για τις παρεμβάσεις του βασιλικού περιβάλλοντος στην πολιτική ζωή του τόπου και το 1875 εισήγαγε και πέτυχε να εφαρμόσει την «αρχή της δεδηλωμένης» πλειοψηφίας, σύμφωνα με την οποία ο βασιλιάς έπρεπε ν' αναθέτει την κυβέρνηση μόνο σε κόμματα που πλειοψηφούσαν στη βουλή.

Αναφορικά με το στρατό, αναδιοργάνωσε τη Σχολή Ευελπίδων και ίδρυσε τη Σχολή Ναυτικών Δοκίμων, από το 1882-1885 κατά την πρωθυπουργία του κατασκευάστηκε η διώρυγα του Ισθμού και το μεγαλύτερο μέρος του σιδηροδρομικού δικτύου Πειραιώς- Αθηνών-Πελοποννήσου ενώ το 1886 τελείωσε η γραμμή Αθηνών-Λαρίσης.

Ο Χαρίλαος Τρικούπης προκειμένου να καλύψει τη δαπάνη αυτών των έργων αναγκάστηκε να επιβάλλει βαριά φορολογία προκαλώντας τη μεγάλη δυσάρεσκεια στις λαϊκές τάξεις με κόστος την ήττα

του στις εκλογές του 1885. Η άρνηση του να φορολογήσει το κεφάλαιο και η εμμονή του στους έμμεσους φόρους πήγαζε από την αντίληψη ότι το σύνολο της κοινωνίας έπρεπε να χρηματοδοτήσει την επιδιωκόμενη εκβιομηχάνιση της χώρας και άρα τις πρωτοβουλίες και τα κέρδη των επιχειρηματιών με αντίκτυπο μια πενιχρή κοινωνική πολιτική.

Σχεδόν 20 χρόνια μετά, το 1895, στις τελευταίες εκλογές που συμμετείχε εκλέχτηκαν μόνο 15 βουλευτές του κόμματος του σε σύνολο 207 εδρών χωρίς ο ίδιος ο Χαρίλαος Τρικούπης να έχει εκλεγεί οπότε αποφάσισε ν' αποσυρθεί από την πολιτική πηγαίνοντας στη Γαλλία όπου πέθανε τον επόμενο χρόνο, στις 30 Μαρτίου 1896.

Κυριότεροι πολιτικοί του αντίπαλοι ήταν ο Αλέξανδρος Κουμουνδούρος, η σταδιοδρομία του συνδέθηκε με εθνικούς και διπλωματικούς αγώνες και ιδιαίτερα με την προσάρτηση της Θεσσαλίας στο Ελληνικό κράτος και ύστερα από το θάνατο του, ο Θεόδωρος Δηλιγιάννης ο οποίος το 1880 ίδρυσε το «Εθνικό Κόμμα», με διαφορετική οικονομική και φορολογική πολιτική από αυτή του Χαρίλαου Τρικούπη.

Στην περίοδο 1881-1895, κυριαρχεί ο αμιγής δικομματισμός, αν και δεν προέκυψε ως αποτέλεσμα πολιτικών και κοινωνικών ζυμώσεων, αλλά ως απόρροια της φυσικής εξέλιξης των αρχηγών των προσωποπαγών κομμάτων και απέδειξε μεγάλη αντοχή, αφού περίπου για μια 15ετία κανένας άλλος πολιτικός σχηματισμός δεν μπόρεσε ν' απειλήσει τα κόμματα του Τρικούπη και του Δηλιγιάννη. Χαρακτηριστικό της περιόδου υπήρξε η κυβερνητική σταθερότητα που επικράτησε κατά το μεγαλύτερο μέρος αφού δύο από τις κυβερνήσεις του Τρικούπη παρέμειναν στην εξουσία για τέσσερα χρόνια, διάρκεια πρωτόγνωρη για εκείνα τα πολιτικά δεδομένα.

Στη δύση του 19ου αιώνα και στην αυγή του 20ου αποτυπώνονται τα σημάδια και η άνοδος της Ελληνικής αστικής τάξης που δεν ριζοσπαστικοποιείται, αλλά συμβιβάζεται με τα πιο παραδοσιακά και συντηρητικά στοιχεία. Οι στόχοι παραμένουν ίδιοι από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους, περιορισμένοι, και δεν ξεπερνούν τα όρια της συμμετοχής της στην εξουσία. Η αστική τάξη χρησιμοποιούσε τα λαϊκά στρώματα όταν συνέπιπταν οι επιδιώξεις τους με τα δικά της συμφέροντα και συνέχισε να στηρίζεται στην επέμβαση του στρατού.

Από κοινωνικής απόψεως, από το 1893 έως το 1900 η διεθνής πτώση των τιμών επηρέασε άμεσα και αρνητικά το εισόδημα όσων απασχολούνταν στο κύκλωμα παραγωγής και εμπορίας της σταφίδας σε τόσο μεγάλο βαθμό ώστε να προκληθεί η λεγόμενη «σταφιδική κρίση». Από το 1900 έως το 1910 σημειώνεται μεγάλη πληθυσμιακή μετακίνηση από την ύπαιθρο προς τα αστικά κέντρα εξαιτίας της υπέρμετρης φορολογίας του αγροτικού τομέα και της σοβαρής κάμψης του εισοδήματος των γεωργών και των κτηνοτρόφων. Πόλος έλξης, η Αθήνα και τα αστικά κέντρα των νομών, που θεωρήθηκαν οι καλύτερες λύσεις στο μέτρο που προσέφεραν πιο πολλές ευκαιρίες απασχόλησης.

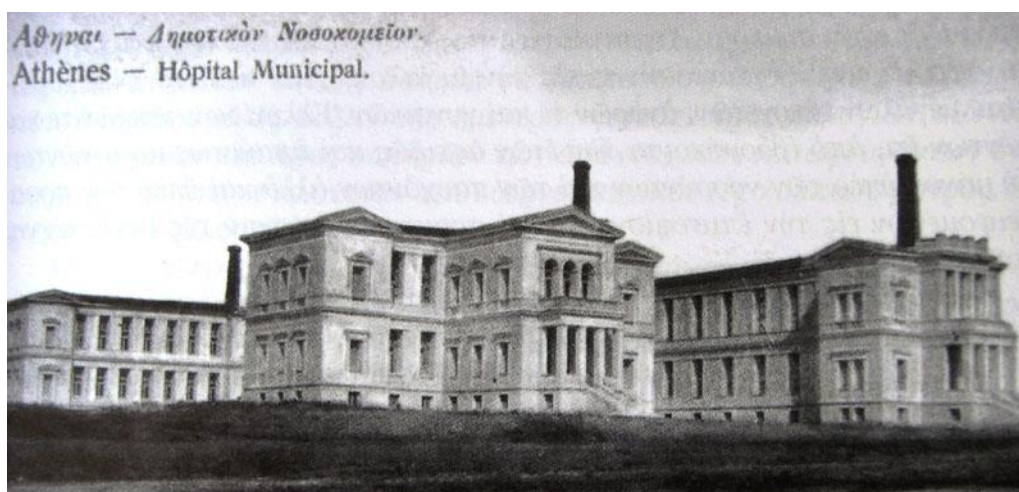
Έτσι λοιπόν, αναδύεται ένα πλήθος πολιτικών και επαγγελματικών συλλόγων και λιγότερο ή περισσότερο μαζικών φορέων, με ποικιλία ιδεολογικών τάσεων και έντονα αιτήματα για την

επικράτηση της αρχής του κράτους δικαίου, την χάραξη και την άσκηση ορθής οικονομικής πολιτικής, την ενίσχυση της αξιοκρατίας, τη διευθέτηση του γλωσσικού ζητήματος και την εθνική δράση για την απελευθέρωση της Μακεδονίας.

Στην προσπάθεια για την επαγγελματική σταδιοδρομία και την κοινωνική εξέλιξη η πλειοψηφία αδυνατεί να ξεφύγει από την ανέχεια και τη δυστυχία, οπότε και πολλαπλασιάζεται ο αριθμός των φτωχών και των επαιτών στους δρόμους των πόλεων. Κατά συνέπεια, στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας θα δημιουργηθούν τα πρώτα φιλανθρωπικά ιδρύματα τόσο από την ιδιωτική πρωτοβουλία, όσο και από την κρατική και τη δημοτική μέριμνα.

Το 1890 η Καλλιρρόη Παρρέν σύστησε το «Κυριακό σχολείο γυναικών και κορασίδων του λαού» για να καταπολεμηθεί ο αναλφαβητισμός. Το 1895 η Ναταλία Σούτσου ίδρυσε το «Άσυλο της Αγίας Αικατερίνης» για τη μόρφωση των άπορων κοριτσιών. Ανάλογα μέτρα λήφθηκαν για την περίθαλψη. Το 1890 το ζεύγος Χατζηκώνστα ίδρυσε το «Ορφανοτροφείο» και το «Άσυλο Ανιάτων». Το 1897 ιδρύεται ο «Σταθμός Α΄ Βοηθειών». Το 1900, η πριγκίπισσα Σοφία θα διοργανώσει έρανο, τα έσοδα του οποίου θα διατεθούν για την ανέγερση του νοσοκομείου «Παιδών». Το 1909 η Σοφία Καστριώτου-Σλήμαν με τη συνδρομή κυριών της αστικής τάξης έχτισε το φθισιατρείο «Σωτηρία».

Παράλληλα, από το 1827, έχει ιδρυθεί το πρώτο νοσοκομείο στη Σύρο, το 1836 το Δημοτικό Νοσοκομείο «Ελπίς» στην Αθήνα, το 1875, με δραστηριότητα της εκκλησίας και της φιλανθρωπίας το «Τζάνειο» Νοσοκομείο στον Πειραιά και το 1884 το Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» Τέλος, το 1903 ιδρύθηκε, με ιδιωτική παρέμβαση, η «Πολυκλινική Αθηνών».



Συγκεκριμένα, από την ήττα στον πόλεμο του 1897 ως το 1909 η πολιτική αστάθεια και η αποδιοργάνωση του κράτους ήταν τα κύρια γνωρίσματα της δημόσιας ζωής. Οι 11 κυβερνήσεις που σχηματίστηκαν αυτή την περίοδο δεν είχαν τη δύναμη να επιλύσουν τα σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα οπότε η απογοήτευση της κοινής γνώμης ήταν φυσικό επακόλουθο. Το Πανελλήνιο αίτημα για μια ανανέωση της πολιτικής ζωής ανέλαβε μια ομάδα κατώτερων αξιωματικών που το Μάιο του 1909 σχημάτισαν το «Στρατιωτικό Σύνδεσμο».

Στόχοι τους ήταν η αναδιοργάνωση του στρατού και του στόλου, η απομάκρυνση του διαδόχου από το θρόνο και των πριγκίπων από τις στρατιωτικές θέσεις, η εισαγωγή νέων θεσμών στη διοίκηση, στην οικονομία, στην εκπαίδευση και στη δικαιοσύνη. Όμως η ηγεσία του συνδέσμου δεν είχε εμπειρία σε πολιτικά θέματα και γι' αυτό το λόγο κάλεσε ως πολιτικό σύμβουλο τον Ελευθέριο Βενιζέλο, που ως τότε ήταν γνωστός για την επιτυχία των εθνικών και πολιτικών αγώνων του Κρητικού λαού (Παπαρηγόπουλος, 2010).

3.4 Η πολιτική και η κοινωνική κατάσταση πριν από τις αρχές των Βαλκανικών πολέμων ως τη Μικρασιατική καταστροφή (1910-1922)

Στις 4 Σεπτεμβρίου 1910, ο Ελευθέριος Βενιζέλος έφθασε στον Πειραιά όπου έγινε δεκτός μ' ενθουσιασμό και τιμές από τον λαό ως βουλευτής της Αττικοβοιωτίας στις εκλογές της 8 Αυγούστου 1910.

Ο Ελευθέριος Βενιζέλος σκόπευε να χαράξει μια νέα οικονομική πολιτική που θα συσπείρωνε όλες τις παραγωγικές τάξεις, να εφαρμόσει μια δημοσιονομική πολιτική προσαρμοσμένη σε μια ισορροπία των άμεσων και των έμμεσων φόρων, να θεσπίσει μέτρα για την προστασία των αγροτών και των εργατών και ευρύτερα για την αγροτική και τη δασική ασφάλεια, να τροποποιήσει την αστική, ποινική και την εμπορική νομοθεσία, να επιβάλλει την πιστή τήρηση των νόμων, ν' αποσυνδέσει το διοικητικό μηχανισμό από την επιρροή των πολιτικών κομμάτων, ν' αναμορφώσει τον χώρο της παιδείας με πιο πρακτικές εκπαιδευτικές μεθόδους και να εκσυγχρονίσει τον τομέα των ένοπλων δυνάμεων καθιστώντας μια αξιόμαχη αμυντική θωράκιση.

Το «Κόμμα των Φιλελεύθερων» του Ελευθέριου Βενιζέλου, αναδείχθηκε στον πιο προηγμένο πολιτικό μηχανισμό με συγκεντρωτική οργανωτική δομή με πολλούς νέους πολιτικούς που ήθελαν την απλή αναθεώρηση του Συντάγματος που γι' αυτό το λόγο συγκρούστηκαν με τους ψηφοφόρους και τους οπαδούς του «Λαϊκού Κόμματος», οι οποίοι ήθελαν την κατάργηση της βασιλείας.

Στη διάρκεια της πρώτης διακυβέρνησης του, επηρεασμένος από το Γαλλικό ριζοσπαστισμό και το Βρετανικό νεοφιλελευθερισμό επιχείρησε τον εκδημοκρατισμό του κράτους, την οικονομική ανάπτυξη με μέσο την προστασία του μεγάλου κεφαλαίου και τη βελτίωση των λαϊκών τάξεων ώστε να εξασφαλίσει τη νομιμοφροσύνη τους. Άμεσοι στόχοι του ήταν η πειθαρχία στο στρατό, η στερέωση του

θρόνου με περιορισμένες όμως αρμοδιότητες προκειμένου να επιτευχθεί όπως ο ίδιος έλεγε η ανόρθωση του κράτους και η ευημερία της κοινωνίας με προνόμια όμως της αστικής τάξης.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, οι Βαλκανικοί Πόλεμοι (1912-1913) και ο Εθνικός Διχασμός κατά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (1914-1918), σημάδεψαν τη χώρα με πολιτική και κοινωνική αστάθεια, η οποία είχε ως συνέπεια την αναπόφευκτη σύγκρουση του βασιλιά Κωνσταντίνου με τον Ελευθέριο Βενιζέλο.

Το 1918 ιδρύθηκε η Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος (ΓΣΕΕ). Ορόσημο στην Ελληνική ιστορία είναι οι εκλογές της 1 Νοεμβρίου 1920 όπου νίκησαν οι αντιβενιζελικοί και επανέφεραν το βασιλιά Κωνσταντίνο αποξενώνοντας μ' αυτό τον τρόπο τους συμμάχους και στερώντας από την χώρα την αναγκαία υποστήριξη για την εκστρατεία στη Μικρά Ασία. Στο εσωτερικό, άρχισαν τα αντίποινα με τις εκτεταμένες διώξεις των Βενιζελικών, την εξάρθρωση του κρατικού μηχανισμού και την κατάρρευση της οικονομίας με το θλιβερό αποτέλεσμα της Μικρασιατικής καταστροφής το 1922. Στη συνέχεια, το στρατιωτικό κίνημα του Πλαστήρα, έδωσε το βασιλιά Κωνσταντίνο, εκτέλεσε τους σημαντικότερους μοναρχικούς ηγέτες και επανέφερε ξανά στην εξουσία τον Ελευθέριο Βενιζέλο.

Εκείνη την περίοδο γενικά, το κράτος αντέδρασε σπασμωδικά για ν' αντιμετωπίσει τα σοβαρά προβλήματα της στέγασης, της σίτισης, της ένδυσης των προσφύγων και των αναπήρων, ωστόσο η έκταση των αναγκών ήταν τόσο μεγάλη ώστε αναγκάστηκε να ιδρύσει δημόσιες οργανώσεις, όπως το Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας και Αντίληψης (ΠΙΚΠΑ), που από το 1914 συνεχίζει το πολύπλευρο έργο του παρέχοντας προνοιακές υπηρεσίες (Παπαρηγόπουλος, 2010).

3.5 Η Ελλάδα του Μεσοπολέμου (1923-1940)

Η περίοδος αυτή δεν αντιστοιχεί στην Ευρωπαϊκή πορεία, καθώς οι άλλες χώρες επούλωναν τις πληγές τους, ενώ στην Ελλάδα οι πολιτικές και κοινωνικές συγκρούσεις και ανακατατάξεις συνεχίζονταν με απρόβλεπτες διαστάσεις. Το όραμα για την Μεγάλη Ελλάδα διαγράφηκε με μια μονοκονδυλιά οπότε η ιστορία του Ελληνικού κράτους ξεκίνησε ουσιαστικά από την αρχή με σχεδόν διαφορετική ταυτότητα από εκείνη που είχε δημιουργήσει η Επανάσταση του 1821.

Η πρώτη δεκαετία του Μεσοπολέμου άλλαξε την εικόνα της χώρας τόσο στην ύπαιθρο όσο και στις πόλεις που είδαν την έκταση και τον πληθυσμό τους ν' αυξάνονται, καθώς προστέθηκαν νέες προσφυγικές συνοικίες. Πολλά στοιχεία έπρεπε να κατασκευαστούν από την αρχή δεδομένου ότι οι υποδομές ύδρευσης, αποχέτευσης, ηλεκτρισμού, και επιπλέον οι μεταφορές και η ρυμοτομία ήταν ανεπαρκής για τη φυσιογνωμία των μεγαλουπόλεων.

Η «Δίκη των Έξι» συνέβαλε στη μερική μόνο εκτόνωση της κοινωνικής αναταραχής, γιατί οι επιπτώσεις της ήττας του 1922 ήταν τόσο μεγάλες που προκάλεσαν μια σειρά αλυσιδωτών

αντιδράσεων, όπως τη μετακίνηση περίπου 1.200.000 προσφύγων, τη στιγμή που ο συνολικός πληθυσμός του Ελληνικού κράτους ήταν 5.000.000 κάτοικοι, την κατακόρυφη πτώση των μισθών και άρα του βιοτικού επιπέδου των μεσαίων τάξεων, την εφαρμογή σκληρών φορολογικών μέτρων και γενικά τη δυσαρέσκεια από την αρνητική έκβαση των εθνικών στόχων. Τα καινούρια δημογραφικά στοιχεία σε συνδυασμό με τη μείωση των εισαγωγών, των μεταναστευτικών εμβασμάτων και την υποτίμηση της δραχμής αναζητούσαν τις ιδανικές πολιτικές λύσεις που θα έβγαζαν το λαό από το αδιέξοδο.

Οι γλωσσικές διαφορές, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, η συμβίωση στην ίδια γη, μοιράζοντας το νερό, τους δρόμους, τις δουλειές, το χερσαίο και θαλάσσιο εμπόριο κατέληξαν σε προκαταλήψεις, στερεότυπα και οξύτητες που δεν θα είναι υπερβολή να ισχυριστούμε ότι υπάρχουν μέχρι σήμερα.

Η περίθαλψη και η εγκατάσταση των προσφύγων ήταν ζήτημα μείζονος σημασίας, τόσο στη διατήρηση της εθνικής ομοιογένειας ορισμένων περιοχών, όπως της Βόρειας Ελλάδος, όσο και στην ομαλή κοινωνική τους ένταξη ώστε να εκλείψουν οι συγκρούσεις με το γηγενή πληθυσμό. Έτσι λοιπόν, αρχικά ιδρύθηκε το Ταμείο Περιθάλψεως Προσφύγων και στη συνέχεια της Επιτροπής Αποκατάστασης Προσφύγων (ΕΑΠ) το 1923. Η τελευταία τυπικά ήταν ένας αυτόνομος υπερεθνικός οργανισμός που λειτουργούσε με την εποπτεία της Κοινωνίας των Εθνών σε συμφωνία με την Ελληνική κυβέρνηση με σκοπό τη σωστή διαχείριση του δανείου που είχε συναφθεί για την κάλυψη των σχετικών αναγκών.

Στην περίοδο αυτή πρωταγωνιστικό ρόλο διαδραμάτισαν προσωπικότητες που είχαν αποχωρήσει από το Βενιζελικό κίνημα το οποίο πλέον είχε χάσει την αναμορφωτική του ορμή. Ανάμεσα τους ξεχώρισε ο Αλέξανδρος Παπαναστασίου ήταν ο επικεφαλής του κόμματος της «Δημοκρατικής Ένωσης», που πήρε με το μέρος του την αριστερή πτέρυγα με και ήταν ο κατ' εξοχήν πολιτικός που συνέδεσε το όνομα του με την εγκαθίδρυση της δημοκρατίας στις 24 Μαρτίου 1924 όταν σχημάτισε κυβέρνηση κατήγγειλε τη βασιλεία με προσωρινό ρυθμιστή του νέου πολιτεύματος το ναύαρχο Παύλο Κουντουριώτη.

Γενικά, εκείνη την εποχή, υπήρχε ένα πλήθος πολιτικών κομμάτων και μορφωμάτων, χωρίς όμως κανένα από το σύνολο των πολιτικών δομών του μεσοπολέμου να καταφέρει να διατηρήσει την κοινωνική συνοχή. Η αιτία είναι ότι τα προγράμματα τους δεν περιλάμβαναν μέτρα κοινωνικής πολιτικής τα οποία να ενισχύουν το κράτος πρόνοιας. Το μοναδικό κριτήριο προτίμησης και επιλογής του εκλογικού σώματος ήταν οι ικανότητες του πολιτικού ηγέτη.

Σε ιδεολογικό επίπεδο οι πολιτικοί μετασχηματισμοί που προέκυψαν ως αποτέλεσμα των κοινωνικών ζυμώσεων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο έντονος αντιμοναρχισμός μιας ομάδας του Ελευθερίου Βενιζέλου και το μετέπειτα Κομμουνιστικό Κόμμα με την απόλυτη αντίθεση του προς το αστικό κοινοβουλευτικό σύστημα.

Η συντριπτική πλειοψηφία του λαού συσπειρώθηκε γύρω από δύο μεγάλες παρατάξεις τους Βενιζελικούς με τα όποια πολιτικά παρακλάδια, και το Λαϊκό Κόμμα που στήριζε τη μοναρχία. Η

οικονομική δυσπραγία, η πολιτική αστάθεια, η κρίση του 1929-1930 δεν άφησαν περιθώρια για τη λήψη μέτρων κοινωνικής πολιτικής, αντίθετα, έπληξε με σφοδρότητα όλη την παγκόσμια οικονομία και μεγιστοποίησε την οξύτητα των εσωτερικών κοινωνικών προβλημάτων, με αποτέλεσμα τη ραγδαία άνοδο ριζοσπαστικών στοιχείων και ειδικότερα των κομμουνιστών καθώς κέρδισαν ψήφους από τους νέους, τους άνεργους, τους εργάτες και τους πρόσφυγες.

Ευεργετικός παράγοντας ήταν οι ιδιωτικές και οι εθελοντικές οργανώσεις όπως της ΧΑΝ Θεσσαλονίκης και του Ερυθρού Σταυρού. Στον τομέα της δημόσιας υγείας για την πρόληψη και τη θεραπεία επιδημιών και μεταδοτικών νόσων όπως τύφος, ελονοσία, φυματίωση, ιδρύονται οι πρώτοι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί, οι Εθνικοί Παιδικοί Σταθμοί στα αστικά κέντρα και τα Αγροτικά Νηπιοτροφεία στις αγροτικές περιοχές με την παράλληλη λειτουργία των ορφανοτροφείων για την παιδική προστασία.

Η φιλανθρωπία σε ατομικό επίπεδο περιορίστηκε γιατί ο Ελληνισμός της διασποράς ξεριζώθηκε από τις πιο πολλές εστίες του, η εκκλησία ήταν παρούσα με τη διανομή της περιουσίας της στους πρόσφυγες αλλά δεν είχε την οικονομική ευρωστία για να προσφέρει όπως στο παρελθόν, μετά και τη διάλυση των μοναστηριών κατά τη βασιλεία του Όθωνα. Η τελευταία κυβέρνηση του Ελευθερίου Βενιζέλου, 1928-1932, αποτέλεσε τη μοναδική περίπτωση που εξάντλησε ολόκληρη την κοινοβουλευτική της θητεία. Μετά τη λήξη της θητείας της, η πολιτική αστάθεια αναβίωσε εντονότερα με διαδοχικά πραξικοπήματα Βενιζελικών στρατιωτικών το 1933 και το 1935, ενώ το Νοέμβριο της ίδιας χρονιάς καταλύθηκε το πολίτευμα της αβασίλευτης δημοκρατίας και ο Γεώργιος Β΄ επέστρεψε στο θρόνο ύστερα από πραξικοπηματικές ενέργειες μιας ομάδας αξιωματικών με αρχηγό τον Κονδύλη.

Ο θάνατος του Ελευθερίου Βενιζέλου, η έλλειψη ηγετικών προσωπικοτήτων και η αδράνεια του πολιτικού κόσμου ήταν οι αιτίες που έδωσαν τη δυνατότητα στον ευνοούμενο του παλατιού Ιωάννη Μεταξά να αυτοανακηρυχθεί στις 4 Αυγούστου 1936 ως κυβερνήτης της χώρας, προκειμένου ν' αποφευχθεί ο κίνδυνος των «κοινωνικών ανατροπών».

Ο Ιωάννης Μεταξάς ήθελε τη διάβρωση των δημοκρατικών θεσμών και την κρίση του πολιτικού συστήματος να διαδεχθεί το «Νέον Κράτος», με το αυταρχικό καθεστώς, τη διάλυση των πολιτικών κομμάτων, την επιβολή αυστηρής λογοκρισίας στον τύπο, την αναστολή των πολιτικών ελευθεριών και τις διώξεις των ιδεολογικών και πολιτικών αντιπάλων του. Στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας προχώρησε στη διαγραφή των αγροτικών χρεών και στην ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ώστε να εξασφαλίσει λαϊκά ερείσματα. Ο νόμος εφαρμόστηκε το 1937 και προέβλεπε ότι το ΙΚΑ ως ασφαλιστικός φορέας κάλυπτε όλους κινδύνους από αναπηρία, ατύχημα, γήρας, θάνατο, ασθένεια, μητρότητα, εκτός της ανεργίας και στηριζόταν στις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών (Βερναρδάκης, Μαύρης, 1991).

3.6 Οι πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες στην κατοχή (1941-1944), στον εμφύλιο (1946-1949), ως το τέλος της δικτατορίας των Συνταγματαρχών το 1974.

Αμέσως μετά την κατάληψη της χώρας από τους Γερμανούς η χώρα διαιρέθηκε σε τρεις ζώνες κατοχής, ο βασιλιάς Γεώργιος Β΄ και η κυβέρνηση κατέφυγαν στην Αίγυπτο και στην Αθήνα με πρωθυπουργό το στρατηγό Τσολάκογλου δημιουργήθηκε η πρώτη, κατοχική κυβέρνηση. Στις αρχές του φθινοπώρου του 1941 ιδρύθηκαν οι πρώτες και οι σημαντικότερες αντιστασιακές οργανώσεις η δράση των οποίων διήρκεσε ως το 1944.

Η σύσκεψη που έγινε στο Λίβανο τον Μάιο του 1944 και η συμφωνία της Καζέρτας τον Σεπτέμβριο του 1944 στην οποία έλαβαν μέρος εκπρόσωποι της κυβέρνησης της Μέσης Ανατολής και των πολιτικών κομμάτων ορίστηκε η Κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας που με πρωθυπουργό το Γεώργιο Παπανδρέου εγκαταστάθηκε στην Αθήνα τον Οκτώβριο του 1944. Τα σοβαρότερα προβλήματα ήταν η συγκρότηση ενός ενιαίου εθνικού στρατού, οι προμήθειες σε τρόφιμα, η κάλυψη των βασικών αναγκών στους άστεγους και στους πρόσφυγες, η βελτίωση της οικονομίας. Ωστόσο, οι όροι για τον αφοπλισμό οδήγησαν τις αντάρτικες στρατιωτικές δυνάμεις σε ένοπλες συγκρούσεις και σε αιματοχυσία με τις στρατιωτικές μονάδες της κυβέρνησης που κατέληξαν στις 12 Φεβρουαρίου 1945 στη Συμφωνία της Βάρκιζας και στην έναρξη του εμφυλίου πολέμου από το 1946 έως το 1949.

Με τη λήξη του πολέμου συστήθηκαν πολλά ιδρύματα ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης. Το μεγαλύτερο λειτούργησε λίγο νωρίτερα, από το 1947, ως ερανική επιτροπή με την ονομασία «Έρανος Βορείων Επαρχιών της Ελλάδος», με σκοπό την ανοικοδόμηση και την ανασυγκρότηση των αντίστοιχων περιοχών. Το 1955 μετονομάστηκε σε «Βασιλική Πρόνοια», επειδή η Βασίλισσα Φρειδερίκη πρωτοστάτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα στην οργάνωση ενός εκτεταμένου δικτύου προνοιακών υπηρεσιών με δραστηριότητες και προγράμματα που εφαρμόστηκαν στις Παιδοπόλεις και στα Κοινοτικά Σπίτια Παιδιού, ώσπου το 1970 πήρε την τελική του ονομασία, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ).

Η συμβολή και τα προγράμματα της Βασιλικής Πρόνοιας μέσα στο έντονο πολιτικό και ιδεολογικό κλίμα της περιόδου του εμφυλίου και της μετεμφυλιακής εποχής επικρίθηκαν, αμφισβητήθηκαν και χαρακτηρίστηκαν ως προπαγανδιστικά μέσα που εξυπηρέτησαν τα συμφέροντα του παλατιού γεγονός που υφίσταται ως τις μέρες μας και αποτελεί αντικείμενο έρευνας και μελέτης. Από τη μια πλευρά, αρκεί να αναλογιστούμε ότι περίπου 30.000-35.000 φιλοξενήθηκαν υποχρεωτικά στις Παιδοπόλεις και στα Κοινοτικά Σπίτια Παιδιού με την πλειοψηφία να έχει γονείς κομμουνιστές και από την άλλη προκειμένου να μην υποφέρουν από την πείνα, τη φτώχεια και τη δυστυχία οι ίδιοι οι γονείς προτίμησαν να τα παραδώσουν.

Με τη λήξη του εμφυλίου πολέμου, από το Σεπτέμβριο του 1950, συγκροτήθηκε τριμερής κυβέρνηση από το Κόμμα των Φιλελευθέρων, το Λαϊκό Κόμμα και το Δημοκρατικό Σοσιαλιστικό

Κόμμα με πρωθυπουργό το Σοφοκλή Βενιζέλο και αντιπροέδρους τους Κωνσταντίνο Τσαλδάρη και Γεώργιο Παπανδρέου.

Οι εκλογικές νίκες του Ελληνικού Συναγερμού και η επικράτηση του συνιστούσε μια επιλογή συνολικής πολιτικής κατεύθυνσης με μακροχρόνια προοπτική γεγονός που επιβεβαιώθηκε από τη συνεχόμενη διακυβέρνηση του για 11 χρόνια όπως συνέβη και με το διάδοχο σχήμα του, την Εθνική Ριζοσπαστική Ένωση (ΕΡΕ), με πρόεδρο τον Κωνσταντίνο Καραμανλή.

Στον αντίποδα μετά τις συνεχείς ήττες του Κόμματος των Φιλελευθέρων άρχισε η σταδιακή αποσύνθεση του ενώ ήδη είχε προηγηθεί η συγχώνευση του με το Σοσιαλιστικό Δημοκρατικό Κόμμα με πρωτοβουλία του Σοφοκλή Βενιζέλου που πρότεινε στο Γεώργιο Παπανδρέου ν' αναλάβει την αρχηγία όπως και την αποδέχθηκε ως τις 19 Σεπτεμβρίου 1961 οπότε και ιδρύθηκε η Ένωση Κέντρου, (ΕΚ) που έθεσε ως σκοπό την απομάκρυνση της ΕΡΕ από την εξουσία. Στις εκλογές του 1963 και 1964 ο σκοπός επιτεύχθηκε αφού η Ένωση Κέντρου (ΕΚ) νίκησε στις εκλογές και έπρεπε να διευθετήσει τα θέματα της εξωτερικής πολιτικής, της οικονομίας της μαζικής μετανάστευσης. Ωστόσο, τα γεγονότα της «Αποστασίας» και τα «Ιουλιανά» το καλοκαίρι του 1965 είχαν ως αποτέλεσμα την πολιτική αστάθεια της κυβέρνησης του Γεωργίου Παπανδρέου και του ευρύτερου πολιτικού κόσμου με συνέπεια την κατάλυση της δημοκρατίας από το πραξικόπημα των Συνταγματαρχών στις 21 Απριλίου 1967 (Βερναρδάκης, Μαύρης, 1991).

3.6.1 Η κατάσταση της φτώχειας

Κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων μεταπολεμικών δεκαετιών οι συνέπειες της κατοχής και του εμφυλίου θα διατηρηθούν σε μεγάλο βαθμό και η απόλυτη εξαθλίωση που σημειώθηκε, όπου μόνο από την πείνα υπολογίζεται ότι πέθαναν 260.000 άνθρωποι θα επιδεινωθεί με τον εμφύλιο πόλεμο. Οι αιτίες που συντελούν σ' αυτή την κατάσταση είναι η καταστροφή της παραγωγής και της υπαίθρου, οι αναγκαστικές μετακινήσεις των ορεινών πληθυσμών περίπου 1.000.000 άτομα και οι οικονομικές κρίσεις του 1951-52 και 1961-62.

Ιδιαίτερα η συρροή εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπων στην Αθήνα και σε μικρότερο βαθμό στα υπόλοιπα αστικά κέντρα έχει ως αποτέλεσμα να διευρυνθεί κι άλλο η κοινωνική κατηγορία της επονομαζόμενης «φτωχολογιάς». Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης και η ανυπαρξία οποιασδήποτε υποδομής του κράτους πρόνοιας είναι τα χαρακτηριστικά της περιόδου. Η πραγματικότητα αυτή αντανακλάται στο ρεαλισμό του Ελληνικού κινηματογράφου και στο λαϊκό τραγούδι της δεκαετίας του 1950-60 αφού αποτέλεσε πηγή έμπνευσης και έκφρασης. Γεγονός είναι ότι ολοκληρωμένες μελέτες για τη φτώχεια στη μετεμφυλιακή Ελλάδα δεν υπάρχουν ωστόσο οι υπάρχουσες έρευνες για τη διανομή του εισοδήματος ως το 1974 καταλήγουν σ' ένα συμπέρασμα ότι οι ανισότητες οξύνθηκαν.

Ο αριθμός των επίσημα καταγεγραμμένων απόρων κυμαινόταν από 2.000.000 ως 3.700.000 άτομα δηλαδή το 25% - 40% του πληθυσμού. Την περίοδο 1955-58, το κατά κεφαλήν μηνιαίο εισόδημα ήταν 180-320 δραχμές και μπορούσε να ικανοποιήσει μόνο το 30% - 50% των αναγκών του εργατικού προϋπολογισμού. Το 1974, το 36% του συνόλου των νοικοκυριών βρίσκεται σε συνθήκες φτώχειας και είναι το υψηλότερο μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΟΚ.

Αναλυτικότερα, στην ύπαιθρο, περισσότερα από τα μισά νοικοκυριά που διαμένουν σε χωριά με λιγότερους από 1.000 κατοίκους είναι φτωχά, ενώ στην περιφέρεια της πρωτεύουσας αντιστοιχούν στο 17% του συνόλου των νοικοκυριών και της Θεσσαλονίκης στο 24%,. Ανάλογα με την επαγγελματική κατηγορία, φτωχοί είναι το 49% των αγροτών και των κτηνοτρόφων, το 18% των εργατών και το 47% των εκτός εργασίας (συνταξιούχοι και άνεργοι). Το 1961, το επίπεδο του αναλφαβητισμού ανέρχεται στο 42,3% και το 1971, στο 32% το οποίο κρίνεται υψηλό (Στασινοπούλου, 1985).

3.6.2 Ανεργία, συνθήκες εργασίας και μισθοί

Μόνιμο χαρακτηριστικό της Ελληνικής κοινωνίας μετά τον εμφύλιο είναι η τεράστια ανεργία και η υποαπασχόληση. Το 1960, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας στην Ευρώπη και πολλαπλάσιο της ΕΟΚ κατά 2,5 φορές και του ΟΟΣΑ κατά 1,8. Το 1961, επίσημα οι άνεργοι είναι 215.000 και οι υποαπασχολούμενοι 624.700, σχεδόν το 1/4 του ικανού για εργασία πληθυσμού είναι άνεργοι στα βιομηχανικά και στα αστικά κέντρα ή απασχολούμενοι στην ύπαιθρο.

Έτσι λοιπόν, η ανεργία και η υποαπασχόληση συνιστούν τους βασικούς λόγους που θα οδηγήσουν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού στη φυγή. Το 1962, η ΕΣΥΕ σε μια έρευνα της σχετικά με τα κίνητρα της μετανάστευσης του αγροτικού πληθυσμού το 83,5% δηλώνει ως αιτία την έλλειψη απασχόλησης.

Το μέσο πραγματικό εργατικό ημερομίσθιο είναι μέχρι το 1956 μικρότερο από το προπολεμικό του 1938, ακόμη και στις αρχές της δεκαετίας του '60 η αύξηση αγγίζει μόνο το 1/3 του προπολεμικού ημερομισθίου έστω και αν οι απασχολούμενοι στο βιομηχανικό τομέα εργάζονταν πάνω από 50 ώρες την εβδομάδα ενώ ο χρόνος εργασίας στην εβδομάδα των 6 εργάσιμων ημερών ήταν επίσημα 8 ώρες.



3.6.3 Η υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας

Το κράτος πρόνοιας έχει υποβαθμιστεί όχι μόνο στην προδικτατορική περίοδο αλλά μέχρι και τη δεκαετία του '80 δεδομένου ότι η κοινωνική ειρήνη και η συσσώρευση κεφαλαίων δεν πραγματοποιήθηκαν μ' ένα κοινωνικό συμβόλαιο αλλά με την καταστολή στο πλαίσιο εγκαθίδρυσης ενός αντικομμουνιστικού κράτους.

Οι κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ παραμένουν χαμηλές σε όλη τη μετεμφυλιακή περίοδο και μόνο προς το τέλος της δεκαετίας του '70 παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση. Αν εξαιρεθούν η Ισπανία και η Πορτογαλία, οι οποίες για τους ίδιους ιστορικούς λόγους, δηλαδή τα δικτατορικά καθεστώτα που είχαν τον έλεγχο της εξουσίας, είχαν επίσης χαμηλές κοινωνικές δαπάνες, η Ελλάδα κατά την περίοδο αυτή κατέχει την τελευταία θέση στην ΕΟΚ.

Η πολιτεία μέχρι το 1960 απέφυγε το καθήκον της να συνεισφέρει στη χρηματοδότηση του ΙΚΑ και τελικά το διέγραψε οριστικά μ' ένα νομοθετικό διάταγμα, την ίδια στιγμή που ο μέσος όρος της σύνταξης ήταν 700 δραχμές και οι παροχές της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης ελάχιστες. Επομένως, είναι κοινά αποδεκτό, ότι το κράτος πρόνοιας δεν είναι μια παραχώρηση και μάλιστα συνειδητή των κυρίαρχων κοινωνικών τάξεων, αλλά μια κατάκτηση των ασθενέστερων, γι' αυτό άλλωστε και η έκβαση του κοινωνικού ανταγωνισμού στην Ελλάδα θα επιβάλλει την καθιέρωση των κοινωνικών δαπανών (Στασινοπούλου, 1985).

3.6.4 Οι συνθήκες κατοικίας

Οι συνθήκες κατοικίας, κατά την περίοδο αυτή, ήταν κυριολεκτικά άθλιες στην ύπαιθρο και στα αστικά κέντρα. Το 1951, μόνο το 26,7% των κατοικιών είχε ηλεκτρικό ρεύμα και το 1961 το 53,2%, δηλαδή οι μισές κατοικίες δε διέθεταν ηλεκτρισμό. Η μέση πυκνότητα κατοίκησης ήταν 4,07 άτομα ανά οικία και 1,45 άτομα ανά δωμάτιο. Συγκριτικά με τις χώρες της ΕΟΚ ήταν μια από τις χειρότερες, στοιχείο που σημαίνει ότι οι περισσότερες οικογένειες ζούσαν μαζί, μέσα στο ίδιο δωμάτιο.

Από στατιστικά στοιχεία της Βουλής, το 1962, περίπου το 50% των αγροτικών νοικοκυριών είχαν έσοδα μικρότερα από τα έξοδα καλλιέργειας και μόλις το 35% είχαν εισοδήματα ίσα με τις δαπάνες συντήρησής τους. Το 1964, σύμφωνα με την έρευνα των οικογενειακών προϋπολογισμών της ΕΣΥΕ, το 80,3% των αγροτικών νοικοκυριών χρησιμοποιούσε ως μέσο μαγειρικής τα καυσόξυλα και το 19,7% είχαν ηλεκτρικό φως. Την περίοδο 1960-1965 υπολογίζεται ότι περίπου 10.000 μικρά αγροτικά νοικοκυριά διαλύονταν κάθε χρόνο και οι κάτοχοι τους μετανάστευαν σε χώρες του εξωτερικού ή στα αστικά κέντρα.

Η εκμετάλλευση, η δυστυχία και η φτώχεια είχαν τόσο μεγάλη έκταση σε ορισμένες ζώνες της ελληνικής υπαίθρου που χαρακτηρίστηκε σαν μια κατάσταση μόνιμης μάστιγας. Η έκρηξη σοβαρών κοινωνικών αγώνων στη μεταπολίτευση, δηλαδή στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του '70 και με σημείο αναφοράς σε ορισμένες περιοχές της Αθήνας, όπως Κερατσίνι, Πέραμα, επικεντρώνονται στην αυθαίρετη δόμηση και άρα στον τρόπο με τον οποίο οι λαϊκές μάζες έλυσαν μόνες τους το πρόβλημα της κατοικίας τους, απέναντι στην αδιαφορία της πολιτείας.

Η μοναδική ενέργεια σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής είναι η δημιουργία του Οργανισμού Αγροτικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), το 1961.

Ο Ελληνικός καπιταλισμός κατά τη δεκαετία του '60 αναπτύσσεται ραγδαία, χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται άμεσα την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την εξάλειψη των φαινομένων εξαθλίωσης, εφόσον δεν υπήρξε και αντίστοιχη αύξηση των εισοδημάτων. Κατά την περίοδο 1950-1970, η καθαρή μετανάστευση υπολογίζεται περίπου στα 650.000, άτομα τα οποία κατά κύριο λόγο ήταν αγρότες και εργάτες.

Αξιοσημείωτη είναι έρευνα της προδικτατορικής περιόδου που διενεργήθηκε στην περιοχή της Αθήνας, παραμονές εκλογών του 1967, όπου τα αιτήματα των ψηφοφόρων ήταν η βελτίωση της οικονομικής τους θέσης, η σταθεροποίηση των τιμών και οι καλύτερες συνθήκες για την εργασία και την πρόνοια.

Η δομή του στρατού, η εσωτερική του ιεραρχία, ο ρόλος του μέσα στο κράτος, η σχέση του με την κοινοβουλευτική νομιμότητα αποτέλεσαν το υπόβαθρο του πραξικοπήματος και τη μορφή συγκρότησης της μεταπολεμικής εξουσίας.

Μετά τα γεγονότα της εξέγερσης του Πολυτεχνείου στις 17 Νοεμβρίου 1973 και την Τουρκική εισβολή στην Κύπρο τον Ιούλιο και τον Αύγουστο 1974, ακολούθησε η κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας με την επιστροφή του Κωνσταντίνου Καραμανλή από το Παρίσι όπου ζούσε αυτοεξόριστος.

Κατά την περίοδο της δικτατορίας (1967-1974) δε λήφθηκαν νέα προνοιακά μέτρα, ούτε έγινε μεταρρύθμιση του χαώδους ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, ενώ είχε αναγνωριστεί η επιτακτική ανάγκη αναδιοργάνωσης του. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το Νομοθετικό Διάταγμα (ΝΔ 162/73), το οποίο θέτει το πλαίσιο των αρχών για την ιδρυματική και εξωϊδρυματική κοινωνική προστασία των υπερηλίκων το οποίο ήταν ο γνώμονας για τη μεταγενέστερη οργάνωση των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) (Στασινοπούλου, 1985).

3.7 Η αρχή του κράτους πρόνοιας στη Μεταπολιτευτική Ελλάδα (1974-2009)

Η μεταβατική διαχείριση της εξουσίας έδινε στον Κωνσταντίνο Καραμανλή το πλεονέκτημα της πρωτοβουλίας όλων των κινήσεων εν όψει των επικείμενων εκλογών, με τον ορισμό του εγγυητή της

χώρας για την πορεία της προς το εκδημοκρατισμό. Έτσι λοιπόν, ένα μήνα πριν ιδρύει το νέο κόμμα της Νέας Δημοκρατίας (ΝΔ), ενώ ήδη υπήρχε η Εθνική Ριζοσπαστική Ένωση με αρχηγό τον Γεώργιο Μαύρο. Νωρίτερα, το Σεπτέμβριο του 1974, ο Ανδρέας Παπανδρέου είχε αποφασίσει την ίδρυση του νέου επίσης κόμματος, του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κινήματος (ΠΑΣΟΚ), καθώς απέρριψε την ιδέα να συνεχίσει την Ένωση Κέντρου. Τα δύο αυτά κόμματα θα πρωταγωνιστήσουν στη διακυβέρνηση της χώρας έως τις μέρες μας.

Οι εξελίξεις μετά τις νίκες της Νέας Δημοκρατίας στις εκλογές τόσο του Νοεμβρίου 1974 όσο και του 1977 ήταν άρρηκτα συνδεδεμένες με την πολιτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Οι δίκες για το πραξικόπημα του 1967, η διενέργεια του δημοψηφίσματος στις 8 Δεκεμβρίου 1974, όταν και εγκαθιδρύεται το πολίτευμα της προεδρευόμενης δημοκρατίας, η σύνταξη και η ψήφιση του νέου συντάγματος του 1975, η καθιέρωση της δημοτικής γλώσσας το 1976, η υπογραφή της συμφωνίας για την ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) το 1979 και η αποχώρηση της χώρας από το στρατιωτικό σκέλος του ΝΑΤΟ ήταν αποφάσεις που στιγμάτισαν τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Κωνσταντίνο Καραμανλή.

Αξιοσημείωτη κατά την περίοδο 1975-1979 είναι η αύξηση των κατώτατων αποδοχών με ρυθμούς πολύ υψηλότερους από τον πληθωρισμό και η ρήξη της κυβέρνησης με τους τεράστιους επιχειρηματικούς ομίλους του Ανδρεάδη με την κρατικοποίηση της Εμπορικής Τράπεζας και του Νιάρχου ο οποίος κατείχε τα διωλιστήρια Ασπροπύργου με τη μεταβίβαση του μεριδίου του στο κράτος.

Οι εκλογές του Οκτωβρίου 1981 και του 1985 ήταν αφετηρία για το ΠΑΣΟΚ να προσπαθήσει να υλοποιήσει το πρόγραμμά του για εθνική ανεξαρτησία, λαϊκή κυριαρχία, οικονομική ανάπτυξη, κοινωνική δικαιοσύνη, πολιτιστική ανανέωση, εξυγίανση της δημόσιας διοίκησης και αναγέννηση των αγροτικών περιοχών.

Με το νόμο 1397/83, δημιουργείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ενισχύονται τα χαμηλότερα εισοδήματα και λαμβάνονται μέτρα για τη μείωση της ανισοκατανομής του πλούτου, και εισάγεται το σύστημα αυτόματης τιμαριθμικής αναπροσαρμογής για τη σύνδεση των μισθών και των συντάξεων με τον πληθωρισμό. Κρατικοποιήθηκαν η τσιμεντοβιομηχανία ΑΓΕΤ-Ηρακλής και τα ναυπηγεία του Σκαραμαγκά. Αναφορικά με το δίκαιο, καταργείται η θανατική ποινή, προωθείται η ισότητα των δύο φύλων, νομιμοποιείται ο πολιτικός γάμος, αναγνωρίζονται τα τέκνα εκτός γάμου, θεσπίζεται το συναινετικό διαζύγιο και η ισότητα των γονέων στην κηδεμονία των τέκνων.

Με την τελική επικράτηση της Νέας Δημοκρατίας με αρχηγό τον Κωνσταντίνο Μητσοτάκη, τον Απρίλιο του 1990, η χώρα μπήκε σε νέα πολιτική τροχιά. Τα γεγονότα της πολύκροτης δίκης των πολιτικών στελεχών του ΠΑΣΟΚ και την παραπομπή του Ανδρέα Παπανδρέου στο ειδικό δικαστήριο, το εθνικό θέμα με την ονομασία των Σκοπίων, το άνοιγμα των συνόρων με την Αλβανία, τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και η μεταρρύθμιση στην παιδεία, περιθωριοποίησαν κάθε πολιτική απόφαση σχετικά με το κράτος πρόνοιας.

Απεναντίας, ο υψηλός πληθωρισμός, η δομική ανεργία, η εισοδηματική πολιτική των μηδενικών αυξήσεων στους μισθούς και τις συντάξεις, η πρόθεση για την ιδιωτικοποίηση του ΟΤΕ και της ΕΑΣ, το κλείσιμο των μεγάλων εργοστασιακών μονάδων όπως της Πειραιϊκής-Πατραϊκής προκάλεσαν έντονη κοινωνική δυσαρέσκεια και άρση της κοινωνικής συναίνεσης.

Από το 1993 ως το 2004 εκδηλώνονται σημαντικές εξωγενείς και ενδογενείς επιρροές που μορφοποιούν το πολιτικό σύστημα σε Ευρωπαϊκό και σε διεθνές επίπεδο, με την κατάρρευση πλέον των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού και την επιτάχυνση των διαδικασιών της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης (ΟΝΕ).

Το ΠΑΣΟΚ κέρδισε τις εκλογές του 1993, του 1996 και του 2000 και έδωσε μεγαλύτερη βαρύτητα στο ρόλο του κράτους για το σχεδιασμό της οικονομίας. Αρχικά με πρόεδρο τον Ανδρέα Παπανδρέου και έπειτα με τον Κωνσταντίνο Σημίτη, φαίνεται ότι αποφεύγει να αναφερθεί στα κοινωνικά ιδανικά που διατύπωνε το κοινωνικό του συμβόλαιο με το λαό και σταδιακά αναιρεί τον αριστερόστροφο χαρακτήρα του γεγονός που μετουσιώνεται και στην κοινωνική πολιτική που ακολούθησε τα χρόνια που πέρασαν.

Η κακή πορεία του χρηματιστηρίου, οι αρνητικές προβλέψεις για το δημόσιο χρέος, οι λίγοι διαθέσιμοι πόροι, η ανύπαρκτη πολιτική βούληση για το νέο ασφαλιστικό νομοσχέδιο, η περικοπή των συντάξεων, την αύξηση των ορίων ηλικίας, η συγχώνευση των ταμείων, η αδυναμία υποδοχής προσφύγων και μεταναστών, τα μέτρα κατά της τρομοκρατίας και το αυξημένο ποσοστό ανεργίας είναι οι παράγοντες που επιβεβαιώνουν τη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας στις μέρες μας (Αμίτσης, 2001).

3.7.1 Η Συνταγματική θεμελίωση του κοινωνικού κράτους

Το Ελληνικό Σύνταγμα προϊόν των πολιτικών και των κοινωνικών δυνάμεων κατά τη μεταπολίτευση του 1974 δεν καθιερώνει με ρητό και ειδικό ορισμό την αρχή του κοινωνικού κράτους. Περιέχει όμως πολυάριθμες διατάξεις με κοινωνικό περιεχόμενο που αναγνωρίζουν αντίστοιχα κοινωνικά δικαιώματα και συνθέτουν την πρώτη βασική δέσμη για τη συνταγματική του θεμελίωση. Υπάρχουν επίσης και άλλες διατάξεις που περιλαμβάνουν καινοτόμους κοινωνικούς ορισμούς και πολυσήμαντες κοινωνικές ρήτρες που συνιστούν τη δεύτερη συναφή δέσμη.

Συνοπτικά αναφέρουμε τα σημαντικότερα άρθρα που θεσπίζουν τα κοινωνικά δικαιώματα με βάση τη σειρά ένταξής τους στο Σύνταγμα:

- Το άρθρο 12, παρ. 5, προστατεύει του γεωργικούς και τους αστικούς συνεταιρισμούς.
- Το άρθρο 16, παρ. 2,3,4, καθιερώνει τη δωρεάν βασική εκπαίδευση.

- Το άρθρο 21, παρ. 1, καθορίζει την προστασία της οικογένειας, του γάμου, της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας.

- Το άρθρο 21, παρ. 2, προβλέπει την αρωγή της πολιτείας σε κατηγορίες πολιτών με ειδικές ανάγκες.

- Το άρθρο 22, παρ.3, προνοεί την υγεία, την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και την περίθαλψη των απόρων.

- Το άρθρο 22, παρ.4, κατοχυρώνει τη στέγαση των πολιτών και την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων.

- Το άρθρο 22, παρ.1, διασφαλίζει το δικαίωμα εργασίας.

Από τους κυριότερους κοινωνικούς ορισμούς και τις σπουδαιότερες κοινωνικές ρήτρες του Συντάγματος διακρίνουμε τις ακόλουθες:

- Το άρθρο 17, παρ.1, ορίζει το δικαίωμα της ιδιοκτησίας.

- Το άρθρο 17, παρ. 2,7, εξειδικεύουν την αναγκαστική απαλλοτρίωση για δημόσια ωφέλεια.

- Το άρθρο 18, παρ. 1,2,4,7, ρυθμίζουν την αξιοποίηση διάφορων πλουτοπαραγωγικών πηγών.

- Το άρθρο 18, παρ. 3, επιτρέπει την επίταξη.

- Το άρθρο 106, παρ. 1 ως 6, προσδιορίζουν την οικονομική δραστηριότητα της χώρας με σταθερό άξονα την εξυπηρέτηση του κοινωνικού συμφέροντος.

- Το άρθρο 24, προστατεύει το φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, την χωροταξική αναδιάρθρωση της χώρας, την πολεοδομική εξυγίανση και την οικιστική ανάπτυξη της.

- Το άρθρο 25, ενσωματώνει αν και όχι πάντοτε με ευδιάκριτη κανονιστική λειτουργία κοινωνικές ρήτρες για τον προσδιορισμό του συστήματος προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων αλλά και του κάθε επιμέρους δικαιώματος.

Οι δύο παραπάνω δέσμες διατάξεων με τη συστηματική ιδιαιτερότητα τους εμφανίζονται ως ανεξάρτητες και αυτοτελείς, ωστόσο με μια πιο διεισδυτική προσέγγιση του κανονιστικού τους περιεχόμενου και της λειτουργίας τους διαπιστώνουμε ότι είναι συγκλίνουσες και αλληλοσυμπληρωματικές, επειδή αντλούν στοιχεία επαρκή για τη συνταγματική θεμελίωση της αρχής του κοινωνικού κράτους (Αμίτσης, 2001).

Τα κοινωνικά δικαιώματα και οι κοινωνικές ρήτρες δηλαδή οι δυο βασικές κανονιστικές πηγές της αρχής του κοινωνικού κράτους βρίσκονται σε στενή και διαλεκτική σχέση μεταξύ τους και συνιστούν μια επιλογή του νομοθέτη η οποία όμως δεν επενδύεται σε ειδικό, περιεκτικό και σαφή ορισμό του Συντάγματος. Έτσι λοιπόν, η Ελλάδα ανήκει στις Ευρωπαϊκές χώρες που ενστερνίζονται όχι άμεσα, αλλά έμμεσα τις νεότερες αντιλήψεις και την αρχή του κοινωνικού κράτους ως θεμελιώδη αρχή της συνταγματικής τάξης.

3.7.2 Το κοινωνικό κράτος στην πράξη

Η διαχρονική θεώρηση της αρχής του κοινωνικού κράτους στην πράξη από το 1974 ως το τέλος του 1991 διέπεται από τις ακόλουθες υποθέσεις που θα ήταν πιθανό να αποτελέσουν τους βασικούς άξονες για τον σχεδιασμό ενός μακρόπνοου ερευνητικού προγράμματος:

α) Η πρώτη περίοδος είναι από το 1974 έως το 1981 όπου η Ελληνική κοινωνία σταδιακά άρχισε να αναπτύσσεται δίνοντας έμφαση στην εδραίωση της αρχής του κράτους δικαίου με ταυτόχρονα βήματα για τη δημιουργία της αρχής του κοινωνικού κράτους. Σε αυτή την κατεύθυνση, μεγάλη ώθηση έδωσαν οι πολυσήμαντες κοινωνικές διατάξεις του Συντάγματος που συγκροτούν ερείσματα για τη θεμελίωση της αρχής.

β) Από το 1981 έως το 1989, το βάρος μετατοπίζεται προς το κοινωνικό κράτος με πρόκληση μάλιστα σε τριβές και εντάσεις με το κράτος δικαίου. Η φθορά που φαίνεται να έχει υποστεί η αρχή του κράτους δικαίου δεν είναι ευδιάκριτη, έστω και αν ενισχύθηκε τόσο στο επίπεδο των νομοθετικών ρυθμίσεων, όσο και στο επίπεδο της πρακτικής εφαρμογής τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι κατά την οκταετή διακυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ η αρχή του κοινωνικού κράτους δε δομήθηκε σε στέρεες βάσεις και δεν ρίζωσε στον κοινωνικό σχηματισμό ώστε να μπορέσει να αντέξει επιτυχώς τις πιέσεις από τις συνθήκες οικονομικής ύφεσης.

γ) Με την ανάληψη της εξουσίας από τη Νέα Δημοκρατία το 1990, διαγράφεται η μετατόπιση των κέντρων βάρους μεταξύ της αρχής του κράτους δικαίου και της αρχής του κοινωνικού κράτους με την τελευταία να θεωρείται υποδεέστερη. Συχνά, με την υπογράμμιση της ανάγκης ενίσχυσης της αρχής του κράτους δικαίου και με τη συμπύεση των κεκτημένων από την ανάπτυξη της αρχής του κοινωνικού κράτους, δεν επικράτησε η απαραίτητη ισορροπία που θα επέτρεπε χωρίς κόστος την αναδιάταξη τους. Απεναντίας, σε διάφορα χρονικά διαστήματα εμφανίζεται σταθερά η τάση αποδυνάμωσης και αποδόμησης βασικών παραμέτρων και των δύο αρχών.

Συμπερασματικά, η παράλληλη ανάπτυξη της αρχής του κράτους δικαίου και της αρχής του κοινωνικού κράτους στο κοινωνικό γίγνεσθαι δεν είναι ευθύγραμμη και δεδομένη, αλλά ενδέχεται να εξελίσσεται συναγωνιστικά, με απρόσκοπτο τρόπο. Αυτό φυσικά δεν αποκλείει την πιθανότητα να είναι και ανταγωνιστική οπότε και να προκαλεί συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις που αποβαίνουν ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης του κοινωνικού μετασχηματισμού και το συσχετισμό των κοινωνικοπολιτικών δυνάμεων.

Το πρόβλημα της αναζήτησης και ανεύρεσης της ισορροπίας παραμένει ανοιχτό, με καθοριστικό γνώμονα για την αντιμετώπιση του την πραγμάτωση και των δύο αρχών, στο μέτρο του δυνατού, υπέρ όλων των πολιτών, με στόχο την ελευθερία και την ισότητα που οφείλει να έχει κάθε δημοκρατική κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Η συζήτηση για τη φύση και το ρόλο του κράτους πρόνοιας στη σημερινή εποχή, με αφορμή βέβαια την κρίση η οποία ταλανίζει την Ελλάδα τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, εκφράσεις τις οποίες γίνονται έντονα αντιληπτές από τις προσπάθειες μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλειας σε έννοια βιώσιμη στο χρόνο, συχνά επικεντρώνεται στα εκρηκτικά αδιέξοδα που παρατηρούνται στο ισχύον σύστημα. Αδιέξοδα κυρίως οικονομικά, που υπογραμμίζουν ωστόσο την ανάγκη εξεύρεσης βιώσιμων λύσεων στο πρόβλημα. Κύριο ερώτημα που αναδεικνύεται είναι η εξεύρεση της αναγκαίας πολιτικής, η οποία θα οδηγήσει λύσεις που αφορούν κυρίως το ποιοι και με ποιο τρόπο θα συνεισφέρουν τους απαραίτητους πόρους. Με άλλα λόγια ποιος θα είναι ο χαρακτήρας του συστήματος, κρατικός, όπως ισχύει σήμερα, ή ιδιωτικός, ή μήπως υπάρχει μια ενδιάμεση λύση.

Με την κινητοποίηση γύρω από τα θέματα του κράτους πρόνοιας και με βασική αιτία τα μέτρα τα οποία εφαρμόζονται ή θα εφαρμοστούν από την εκάστοτε κυβέρνηση προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δυσμενείς εκφάνσεις της κρίσης στην Ελλάδα, ήρθε στη επικαιρότητα ένα ακόμη πρόβλημα το οποίο εδώ και δεκαετίες απασχολεί όχι μόνο τις πολιτικές ηγεσίες αλλά και όλους τους σκεπτόμενους πολίτες. Αυτό είναι το πρόβλημα των ορίων του κράτους πρόνοιας στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι το κοινωνικό κράτος, με τον τρόπο που λειτουργεί σήμερα, αδυνατεί να παράσχει στους πολίτες τις υπηρεσίες που οι τελευταίοι απαιτούν από αυτό. Η ζήτηση, δηλαδή, για ποιοτικού χαρακτήρα κοινωνικές υπηρεσίες ξεπερνά κατά πολύ την προσφορά αυτών με το κράτος πρόνοιας να αδυνατεί να ανταποκριθεί στην γεωμετρικά αυξανόμενη ζήτηση. Λαμβάνοντας την υγεία ως παράδειγμα, στις ανεπτυγμένες χώρες, η ραγδαία γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την ανάπτυξη πολυδάπανων ιατρικών τεχνολογιών κάνει κυριολεκτικά αδύνατη τη διαίονιση ενός συστήματος που έχει σκοπό την παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες.

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει μια λεπτομερής καταγραφή των γενικών τάσεων στις βασικές λειτουργίες του κράτους πρόνοιας (κοινωνική ασφάλιση, υγεία, εργασιακές σχέσεις - ανεργία, μετανάστευση, πολιτισμός) και το πώς αυτές αντιμετωπίζονται, τόσο σε κοινωνικό επίπεδο, μέσω των κοινωνικών φορέων (συνδικάτα, οργανώσεις κ.α.), όσο και σε επίπεδο πολιτικής ασκούμενης ή μη, δεδομένου ότι η οικονομική κρίση της Ελλάδας επηρεάζει και απασχολεί στο σύνολό την Ευρωζώνη και έχει άμεσα και ορατά αποτελέσματα στη μελλοντική διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας.

4.2 Ανεργία, Εργασιακές σχέσεις

4.2.1 Παρουσίαση υφιστάμενης κατάστασης

Τα τελευταία χρόνια η ουσιαστική αδυναμία των μεγάλων Ευρωπαϊκών χωρών να εξέλθουν από την κατάσταση στασιμότητας των οικονομιών τους ενισχύεται από τον εντεινόμενο ανταγωνισμό από χώρες χαμηλού κόστους, δηλαδή από τις δέκα νέες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και από τις μεγάλες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία κ.ά., στο πλαίσιο της «παγκοσμιοποίησης». Η νέα αυτή πραγματικότητα έχει οδηγήσει σε επίμονες ανισορροπίες στις αγορές εργασίας των Ευρωπαϊκών χωρών και σε υψηλή ανεργία και μετανάστευση επιχειρήσεων, που με τη σειρά τους αποτελούν αναπόφευκτη τροχόπεδη στην ανάπτυξη, φαινόμενο το οποίο αποδίδεται με τον όρο «euroscclerosis».

Η κατάσταση αυτή οδήγησε σε αποφάσεις για την εφαρμογή της «Στρατηγικής της Λισσαβόνας» για την ανταγωνιστικότητα και την κοινωνία της γνώσης. Οδήγησε επίσης στην ενίσχυση των πιέσεων στις Ευρωπαϊκές χώρες για εντατικοποίηση της διαδικασίας των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και για αλλαγή των βασικών αρχών των εργασιακών σχέσεων και πολιτικών που τις χαρακτηρίζουν. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές προωθούνται σε συνδυασμό με τις πολιτικές για αντιμετώπιση των δημοσιονομικών ανισορροπιών με αναμόρφωση των φορολογικών και των ασφαλιστικών συστημάτων των Ευρωπαϊκών χωρών, καθώς και των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής. Η έλλειψη ευελιξίας των αγορών εργασίας οφείλεται στην αυστηρή προστατευτική –παρεμβατική εργατική νομοθεσία που εφαρμόζεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, σε αντίθεση με την ελάχιστα προστατευτική νομοθεσία που εφαρμόζεται από πολλά χρόνια στις ΗΠΑ και από τη δεκαετία του 1980 στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε πολλές ραγδαία αναπτυσσόμενες οικονομίες.

Η έλλειψη ευελιξίας των αγορών εργασίας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα αντανακλάται στα υψηλά ποσοστά ανεργίας, ιδιαίτερα της μακροχρόνιας, καθώς και της ανεργίας των νέων, και συμβάλλει στην ουσιαστική αδυναμία ανάκαμψης των Ευρωπαϊκών οικονομιών. Ειδικότερα στην Ελλάδα, συμβάλλει στην καθήλωση της παραγωγικότητας της οικονομίας και των μέσων μισθών σε χαμηλά επίπεδα, στη σταδιακή χειροτέρευση της ανταγωνιστικότητας, ιδιαίτερα μετά την ένταξη στη ζώνη του Ευρώ και στην αδυναμία προσέλκυσης ξένων επενδύσεων. Τελευταία δε, συμβάλλει στη μετανάστευση επιχειρήσεων στις γειτονικές χώρες χαμηλού κόστους, γεγονός που ενισχύει περαιτέρω το πρόβλημα της ανεργίας, ιδιαίτερα στην Ελληνική περιφέρεια. Αντίθετα, η μεγάλη ευελιξία της αγοράς εργασίας θεωρείται σήμερα ως ένα από τα ισχυρότερα συγκριτικά πλεονεκτήματα των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου και άλλων οικονομιών και συμβάλλει στην επίτευξη υψηλών ρυθμών ανάπτυξης σε αυτές τις χώρες, στην προσέλκυση μεγάλου όγκου ξένων επενδύσεων και σε εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά ανεργίας, τα οποία με τη σειρά τους ενισχύουν την καταναλωτική εμπιστοσύνη και το ρυθμό αύξησης των καταναλωτικών δαπανών και του ΑΕΠ.

Προβλήματα έντονου ανταγωνισμού από χώρες χαμηλού κόστους σε πολλούς κλάδους παραγωγής, αντιμετωπίζουν οι περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα η Ελλάδα. Οι κλάδοι που επηρεάζονται είναι η κλωστοϋφαντουργία, ο τουρισμός, τα αγροτικά προϊόντα (με την αποδυνάμωση της Κοινής Αγροτικής Πολιτικής), τα αυτοκίνητα, τα προϊόντα πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, ακόμα και οι κλάδοι των υπηρεσιών, οι οποίοι απελευθερώνονται με την υπό έκδοση Οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι αρνητικές επιπτώσεις από αυτές τις εξελίξεις είναι ορατές σε χώρες όπως η Ελλάδα, με χαμηλή ελαστικότητα στην αγορά εργασίας τους. Έτσι, η αναμόρφωση της αγοράς εργασίας καθίσταται όσο ποτέ άλλοτε αναγκαία, δεδομένων των ευεργετικών συνεπειών της στη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας, στην αύξηση της παραγωγικής απασχόλησης, στην αποτροπή της μετανάστευσης των επιχειρήσεων από τη χώρα και στην προσέλκυση ξένων επενδύσεων.

Η ευελιξία αποτελεί βασικό συντελεστή της αποτελεσματικής λειτουργίας της αγοράς εργασίας. Με τον όρο ευελιξία, εννοούμε την ύπαρξη μηχανισμών στην αγορά εργασίας οι οποίοι σε περίπτωση απότομων αυξομειώσεων στη ζήτηση εργασίας, λειτουργούν με τρόπο που οδηγούν στις κατάλληλες και επιθυμητές προσαρμογές χωρίς την εμφάνιση φαινομένων μη παραγωγικής απασχόλησης, μακροχρόνιας ανεργίας και κοινωνικού αποκλεισμού. Ευελιξία στην αγορά εργασίας σημαίνει νομοθεσία η οποία να επιτρέπει την πρόσληψη και απόλυση εργαζομένων χωρίς απαγορευτικό κόστος για την επιχείρηση, τη διευθέτηση του χρόνου εργασίας σύμφωνα με τις παραγωγικές ανάγκες της επιχείρησης, τον προσδιορισμό των μισθολογικών αμοιβών σύμφωνα με την παραγωγικότητα και την παροχή αποτελεσματικών κινήτρων για παραγωγική εργασία.

Επίσης, προϋποθέτει κατάλληλες ρυθμίσεις στο ασφαλιστικό σύστημα και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και διαδικασίες δια βίου εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, που να ενισχύουν και να προσαρμόζουν συνεχώς τις δυνατότητες απασχόλησης των εργαζομένων και ιδιαίτερα τις δυνατότητες μετακίνησής τους σε περιοχές και επιχειρήσεις που βρίσκονται σε αναπτυξιακή πορεία. Η ευελιξία στην αγορά εργασίας συνεπάγεται υψηλή παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα, υψηλούς μέσους μισθούς, με αυξημένη συσχέτιση των μισθολογικών αμοιβών με την παραγωγικότητα, τόσο στο επίπεδο της επιχείρησης όσο και στο επίπεδο της οικονομίας ως σύνολο (Σταθόπουλος, 1996).

4.2.2. Παράγοντες της χαμηλής ευελιξίας της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ, την περίοδο 1994 έως 2004, η Ελλάδα κατέλαβε μια από τις χαμηλότερες θέσεις στην κατάταξη των χωρών μελών του, όσον αφορά την προώθηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στην αγορά εργασίας και το ασφαλιστικό σύστημα. Ορισμένες μεταρρυθμίσεις πράγματι υιοθετήθηκαν και συνέβαλαν στη βελτίωση σε κάποιο βαθμό της ευελιξίας της αγοράς, αλλά ήταν προφανώς ανεπαρκείς.

Ειδικότερα, οι νομοθετικές ρυθμίσεις του 2000-2001 συμπεριλάμβαναν μέτρα για την καθιέρωση της μερικής απασχόλησης, τη διευθέτηση του χρόνου εργασίας και τη μείωση του μη μισθολογικού κόστους για τις επιχειρήσεις, αλλά και μέτρα σημαντικής αύξησης το κόστους των υπερωριών για τις επιχειρήσεις. Στόχος ήταν η μείωση του κόστους εργασίας, αλλά το κρίσιμο μέτρο συνεπαγόταν αύξηση του κόστους των υπερωριών και μείωση της ευελιξίας. Η επιδιωκόμενη αύξηση της απασχόλησης δεν επιτεύχθηκε, παρά τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης της οικονομίας, αφού οι ρυθμίσεις δεν έθιγαν τους βασικούς θεσμούς που περιορίζουν την ευελιξία της αγοράς εργασίας. Επίσης, τα μέτρα που ελήφθησαν το 2004, για την ενίσχυση της απασχόλησης των γυναικών με παιδιά, των άνεργων νέων και των άνω των 55 ετών, καθώς και για τη ενίσχυση των δυνατοτήτων μερικής απασχόλησης στο δημόσιο τομέα και την κινητικότητα της εργασίας, είναι μέτρα που προσπαθούν να περιορίσουν ορισμένες από τις αρνητικές συνέπειες της ανελαστικότητας της αγοράς εργασίας στην Ελλάδα, αλλά δεν θίγουν τις βασικές αιτίες αυτής της ανελαστικότητας, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Γενικότερα, η Ελληνική αγορά εργασίας χαρακτηρίζεται από χαμηλό βαθμό ευελιξίας για τους ακόλουθους λόγους:

α) Ο συνδυασμός του υψηλού κατώτατου μισθού, που προσδιορίζεται σε κεντρικό επίπεδο, με το πολύ υψηλό μη μισθολογικό κόστος εργασίας καθιστά την απασχόληση των νεοεισερχόμενων στην αγορά εργασίας σχεδόν απαγορευτική. Αυτό αφορά ιδιαίτερα τους νέους – ανειδίκευτους εργαζομένους, οι οποίοι για να αρχίσουν να αποδίδουν στην επιχείρηση χρειάζονται ένα σημαντικό χρονικό διάστημα μαθητείας. Άνω του 40% του συνόλου των ανέργων στην Ελλάδα είναι εργαζόμενοι που ζητούν εργασία για πρώτη φορά, έναντι μόνο 19% στην Ευρώπη. Αυτό αποτελεί ένδειξη της μη αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος προσδιορισμού των μισθολογικών αμοιβών, με τον προσδιορισμό του σχετικά υψηλού κατώτατου μισθού, άνω του 60% του μέσου μισθού των υπαλλήλων της μεταποιητικής βιομηχανίας. Αυτό συνδυάζεται με το επίσης πολύ υψηλό μη-μισθολογικό κόστος εργασίας, ιδιαίτερα για τους νεοπροσλαμβανόμενους. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, οι απαιτήσεις των εργατικών ενώσεων προσαρμόζονται παραδοσιακά στην οικονομική φάση που διανύει η οικονομία, ενώ το τελευταίο διάστημα παρατηρείται συχνά το φαινόμενο συμφωνίας εργατικών και εργοδοτικών ενώσεων για μείωση μισθών και άλλων παροχών σε επίπεδο επιχείρησης, υπό την απειλή της μετανάστευσης της επιχείρησης σε άλλη χώρα. Επίσης, σε πολλές Σκανδιναβικές χώρες, ο προσδιορισμός των μισθών σε κεντρικό επίπεδο χρησιμοποιείται ως μηχανισμός συγκράτησης των αυξήσεων των μισθολογικών αμοιβών, με περιορισμένη την επίδραση του πολιτικού κύκλου σε αυτή τη διαδικασία. Αντίθετα, η επίδραση του πολιτικού κύκλου στον προσδιορισμό των μισθολογικών αμοιβών στην Ελλάδα είναι παραδοσιακά πολύ έντονη. Οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών στην κοινωνική ασφάλιση διαμορφώνονταν το 2004 στο 34% του συνολικού κόστους εργασίας στην Ελλάδα,

έναντι 31% στην Ευρώπη των 25, ενώ πολύ υψηλές και ραγδαία αυξανόμενες είναι και οι επιχορηγήσεις του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) Η μονιμότητα των υπαλλήλων του δημόσιου τομέα και το υψηλό κόστος των απολύσεων στην Ελλάδα συμβάλλει στον περιορισμό των προσλήψεων και των προσφερόμενων θέσεων μακροχρόνιας απασχόλησης. Άνω του 30% του συνόλου των εργαζομένων της χώρας απασχολείται στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και απολαμβάνει μονιμότητα στην απασχόληση. Οι αρνητικές επιπτώσεις από αυτή τη ρύθμιση εντείνονται από το ότι η μετακίνηση εργαζομένων μέσα στο δημόσιο τομέα από υπηρεσίες στις οποίες υπάρχει πλεονάζον προσωπικό σε υπηρεσίες στις οποίες αντιμετωπίζονται μεγάλες ελλείψεις προσωπικού είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Αυτό οδηγεί πολλές φορές σε προβληματική λειτουργία σημαντικών υπηρεσιών του Δημόσιου Τομέα με μεγάλο κόστος για την οικονομία. Όσον αφορά το κόστος της μονιμότητας για τις ΔΕΚΟ, τα Ασφαλιστικά Ταμεία και την οικονομία ως σύνολο, χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της εθελουσίας εξόδου 5,5 χιλ. υπαλλήλων του ΟΤΕ η οποία επιβάρυνε τον ΟΤΕ και την οικονομία κατά 1,5 δις. Ευρώ περίπου, δηλαδή άνω των 270.000 ανά εργαζόμενο, που αντιστοιχεί σε μισθούς 5,5 ετών. Το αντίστοιχο κόστος της εθελουσίας εξόδου 33.000 υπαλλήλων της Deutsche Telecom δεν ξεπερνάει τα 110.000.

Για το υπόλοιπο εργατικό δυναμικό οι ρυθμίσεις της εργατικής νομοθεσίας προστασίας της απασχόλησης, σε συνδυασμό με το εξαιρετικά υψηλό μη-μισθολογικό κόστος συνεπάγονται υψηλό κόστος της πρόσληψης και της απόλυσης εργαζομένων. Αυτό προκύπτει από τη σχετική Έρευνα του World Economic Forum και από τις μετρήσεις του ΟΟΣΑ.

Στον τομέα των απολύσεων, με το νόμο 2874/2000 α) μειώθηκε σε 4 (από 5) ο αριθμός των εργαζομένων που μπορούν να απολύσουν κάθε μήνα οι επιχειρήσεις με 20-50 εργαζόμενους, β) επεκτάθηκε η δυνατότητα απόλυσης μέχρι 4 εργαζομένων το μήνα και για τις επιχειρήσεις που απασχολούν από 50-199 εργαζόμενους, και γ) διατηρήθηκε ο «κανόνας του 2%» για τις ομαδικές απολύσεις (νόμος 1387/1983) για τις επιχειρήσεις που απασχολούν άνω των 200 εργαζομένων. Από την άλλη μεριά, το κόστος των απολύσεων για τους μισθωτούς ανερχόταν το 2004 μέχρι και τους 24 μισθούς για απασχόληση άνω των 28 ετών στον ίδιο εργοδότη, ενώ για τους εργάτες με ημερομίσθιο η αποζημίωση δεν ξεπερνά τα 150 ημερομίσθια (6 μισθούς) όταν ο εργαζόμενος έχει 30 χρόνια εργασίας στον ίδιο εργοδότη. Πολύ μεγαλύτερο, βέβαια, είναι το κόστος των απολύσεων σε Τράπεζες και σε ΔΕΚΟ, όπως προαναφέρθηκε.



4.2.3. Οι δυσκαμψίες στην αγορά εργασίας

Τα ανωτέρω καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την προσαρμογή των επιχειρήσεων, των δημόσιων υπηρεσιών και των ΔΕΚΟ στις αυξομειώσεις της ζήτησης, στις αλλαγές της τεχνολογίας και στη χρήση νέων μηχανολογικών και μηχανογραφικών εφαρμογών, καθώς και στην ανάγκη αντικατάστασης μη παραγωγικών εργαζομένων με άλλους που να ανταποκρίνονται καλύτερα στα νέα ανταγωνιστικά δεδομένα. Οι επιχειρήσεις προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτό το αυστηρό και δαπανηρό προστατευτικό πλαίσιο, ιδιαίτερα για τους μισθωτούς, προσαρμόζοντας ανάλογα την πολιτική προσλήψεων και απολύσεων. Το αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα αρνητικό τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τις επιχειρήσεις. Οι προσλήψεις είναι ελάχιστες, ενώ οι συμβάσεις εργασίας αορίστου χρόνου στον ιδιωτικό τομέα περιορίζονται. Αντίθετα, η προσωρινή απασχόληση και οι απολύσεις εργαζομένων πριν θεμελιώσουν εργασιακά δικαιώματα υψηλού κόστους για την επιχείρηση, αποτελούν συνήθη πρακτική, ιδιαίτερα σε επιχειρήσεις των οποίων η δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από μεγάλη εποχικότητα. Τέλος, η αδυναμία μείωσης του προσωπικού και προσαρμογής του μισθού των εργαζομένων στα επίπεδα που προσδιορίζονται από την ένταση του ανταγωνισμού σε κάθε κλάδο, οδηγεί πολλές επιχειρήσεις σε οριστικό κλείσιμο ή σε μεταφορά σε χώρες χαμηλού κόστους με απώλεια του συνόλου των θέσεων εργασίας.

Η κινητικότητα της εργασίας από κλάδο σε κλάδο, από επιχείρηση σε επιχείρηση και από περιοχή σε περιοχή είναι σημαντικά περιορισμένη. Όσον αφορά τη μετακίνηση των εργαζομένων από περιοχή σε περιοχή είναι πολύ περιορισμένη στην Ελλάδα, όπως φαίνεται από τις μεγάλες αποκλίσεις στα ποσοστά ανεργίας που παρατηρούνται στις διάφορες περιοχές της χώρας (το 2004 5,9% στην Κρήτη, έναντι 18,4% στη Δυτική Μακεδονία). Η περιορισμένη γεωγραφική κινητικότητα οφείλεται σύμφωνα με έρευνα του ΟΟΣΑ, το 2005, κυρίως α) στο υψηλό ποσοστό ιδιοκατοίκησης στην Ελλάδα (άνω του 80%), β) στο σχετικά υψηλό κόστος μεταφορών που δεν επιτρέπει την καθημερινή μετακίνηση των εργαζομένων, και γ) σε παράγοντες που σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία του Έλληνα και τους αναπτυγμένους οικογενειακούς δεσμούς που στηρίζουν τους άνεργους και μειώνουν τα κίνητρα για μετακίνηση σε άλλες περιοχές. Η μετακίνηση για απασχόληση σε διαφορετικό κλάδο περιορίζεται από τον κατακερματισμό του Συστήματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στη μεταφορά των ασφαλιστικών δικαιωμάτων από Ταμείο σε Ταμείο, παρά το ότι με την ψήφιση του νόμου για τη διαδοχική ασφάλιση πολλά από αυτά τα προβλήματα αναμένεται να επιλυθούν. Επίσης, η διαδικασία ενοποίησης των διαφόρων Ασφαλιστικών Ταμείων θα συμβάλλει στον περιορισμό των εμποδίων για τη μετακίνηση των εργαζομένων.

Ο βαθμός ευελιξίας του ωραρίου εργασίας είναι ελάχιστος και η δυνατότητα διευθέτησης του χρόνου εργασίας είναι μέχρι σήμερα ουσιαστικά ανύπαρκτη στην Ελλάδα. Η Ελληνική οικονομία χαρακτηρίζεται από την εξειδίκευσή της σε κλάδους παραγωγής με μεγάλη εποχικότητα, όπως, για παράδειγμα, ο τουρισμός, τα αγροτικά προϊόντα, και πολλοί βιομηχανικοί κλάδοι και υπηρεσίες.

Επίσης, πολλές επιχειρήσεις, λόγω του μικρού μεγέθους τους, αντιμετωπίζουν συνήθως ασυνεχή ροή μεγάλων παραγγελιών για τα προϊόντα τους. Σε ορισμένες περιόδους έχουν μεγάλες παραγγελίες που απαιτούν εντατικοποίηση εργασιών, ενώ σε άλλες περιόδους δεν έχουν καθόλου παραγγελίες. Η αδυναμία διευθέτησης του χρόνου εργασίας στις περιπτώσεις αυτές οδηγεί σε μεγάλη επιβάρυνση του κόστους εργασίας λόγω της πληρωμής δυσανάλογων ποσών για υπερωρίες, ενώ για μεγάλα χρονικά διαστήματα το προσωπικό μπορεί να υποαπασχολείται. Οδηγεί, επίσης, στη διακοπή της λειτουργίας πολλών επιχειρήσεων σε περιόδους εκτός εποχής και σε αδυναμία απασχόλησης σε μακροχρόνια βάση, όπως για παράδειγμα στα περισσότερα ξενοδοχεία που κλείνουν στο τέλος Σεπτεμβρίου.

Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη διευθέτηση του χρόνου εργασίας, όπου η περίοδος αναφοράς για το συμβατικό ωράριο προσδιορίζεται χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της εβδομάδος, για παράδειγμα το 3μηνο ή το έτος, θεσμοθετήθηκαν στη χώρα μας με το νόμο 2874/2000 που αφορά τη διευθέτηση των ωρών εργασίας σε ετήσια βάση. Για την εφαρμογή του νόμου, όμως, θα έπρεπε να μειωθεί ο ετήσιος εργάσιμος χρόνος κατά 90 ημέρες και να εξασφαλιστεί συμφωνία των εργατικών συνδικάτων σε επίπεδο επιχείρησης ή κλάδου, πράγμα που καθιστούσε τη ρύθμιση ουσιαστικά ανεφάρμοστη, όπως αποδείχθηκε στην πράξη. Έτσι, με το νόμο 3385/2005 οι διαδικασίες που απαιτούνται για τη συμφωνία εφαρμογής της διευθέτησης του χρόνου εργασίας προσαρμόστηκαν στα πραγματικά δεδομένα των επιχειρήσεων στην Ελλάδα και επιπλέον, καταργήθηκε η ρύθμιση για μείωση του εργασίμου χρόνου κατά 90 ημέρες. Με αυτές τις ρυθμίσεις αναμένεται να αναπτυχθεί ο θεσμός αυτός και στη χώρα μας.

Όσον αφορά τις υπερωρίες, στην Ελλάδα το υψηλό κόστος των προσλήψεων – απολύσεων συμβάλλει στην αυξημένη προτίμηση από τις επιχειρήσεις της υπερωριακής απασχόλησης καθώς και της προσωρινής απασχόλησης με στόχο την υποκατάσταση θέσεων εργασίας μακροχρόνιας απασχόλησης.

Με τον πρόσφατο νόμο 3385/2005 οι ώρες υπερεργασίας καθορίστηκαν σε 5 εβδομαδιαίως με προσαύξηση 25%. Οι υπερωρίες μετά τις 45 ώρες εργασίας εβδομαδιαίως και μέχρι 120 ώρες ετησίως έχουν προσαύξηση 50%. Οι νόμιμες υπερωρίες πέραν του επιπέδου αυτού έχουν προσαύξηση 75%. Οι «κατ' εξαίρεση υπερωρίες» (πέραν των νομίμων) έχουν προσαύξηση 100%. Στην ουσία ο νόμος 3385/2005 δίνει τη δυνατότητα στις επιχειρήσεις να χρησιμοποιούν την υπερωριακή απασχόληση των εργαζομένων ως εργαλείο ενίσχυσης της ευελιξίας της αγοράς εργασίας.

Το ποσοστό της μερικής απασχόλησης στην Ελλάδα ήταν το 2004 εξαιρετικά χαμηλό, ενώ το γενικότερο θεσμικό πλαίσιο δεν ευνοούσε τότε την ανάπτυξή της. Η μερική απασχόληση δεν ξεπερνάει το 6% της συνολικής απασχόλησης το 2004 (10,4% για τις γυναίκες), έναντι 17,4% στην Ευρωπαϊκή Ένωση και 14,8% στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το χαμηλό επίπεδο της μερικής απασχόλησης συμβάλλει στη διαμόρφωση του ποσοστού απασχόλησης των γυναικών στα χαμηλότερα επίπεδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15 (45,4% το 2004), ενώ δεν βοηθάει στην άνοδο του ορίου συνταξιοδότησης σε επίπεδα περισσότερο συμβατά με τη βιωσιμότητα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Αποτελεί δε το

βασικό παράγοντα που προσδιορίζει το υψηλό ποσοστό της ανεργίας των νέων και των γυναικών στην Ελλάδα.

Ο νόμος 2874/2000 θεσμοθέτησε χρηματοοικονομικά κίνητρα για την προώθηση της μερικής απασχόλησης. Όμως η μερική απασχόληση δεν έχει τύχει αποδοχής από την ελληνική κοινωνία. Για παράδειγμα, τυχόν εθελουσία μετατροπή μίας σύμβασης εργασίας από πλήρους απασχόλησης σε μερικής απασχόλησης καθώς πλησιάζει το όριο συνταξιοδότησης, προσκρούει στο γεγονός ότι το ποσοστό αναπλήρωσης της σύνταξης υπολογίζεται πάνω στο μέσο μισθό των τελευταίων 5 ετών εργασίας. Περαιτέρω, ο Νόμος 3250/2004 επεξέτεινε τη δυνατότητα εφαρμογής της μερικής απασχόλησης και στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα και στους ΟΤΑ. Όμως, αυτό αφορά μόνο ειδικές κατηγορίες εργαζομένων, όπως άνεργες γυναίκες και μακροχρόνια άνεργους, άτομα με περισσότερα από τρία παιδιά και άτομα που πλησιάζουν τη συνταξιοδότηση. Επιπλέον, οι θέσεις εργασίας που προσφέρονται είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως «κοινωνική εργασία».



4.3 Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

4.3.1. Παρουσίαση υφιστάμενης κατάστασης

4.3.1.1. Κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΣΚΑ) πριν το 2016

Η ορθότερη πρακτική σήμερα θα ήταν η επιδίωξη της έναρξης εθνικού διαλόγου για τον ακριβή προσδιορισμό των παραμέτρων του προβλήματος του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΣΚΑ), με σκοπό την έγκαιρη λήψη των αναγκαίων μέτρων που θα εξασφαλίζουν την οικονομική σταθερότητα του συστήματος και την ασφάλεια των μελλοντικών συντάξεων και άλλων παροχών. Τελικό ζητούμενο είναι η εξασφάλιση της σταθερής αναπτυξιακής πορείας της Ελληνικής οικονομίας. Ανάλογες πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν προταθεί από πολλές κυβερνήσεις, χωρίς όμως να καταστεί δυνατό να θεσπιστούν λόγω εκτεταμένων αντιδράσεων. Ας σημειωθεί ότι το μεγάλο χρηματοοικονομικό πρόβλημα του ΕΣΚΑ αποτελεί τον κύριο παράγοντα που συμπιέζει το βαθμό της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας μας στο χαμηλότερο επίπεδο από όλες τις άλλες χώρες της Ζώνης του Ευρώ.

Κύρια χαρακτηριστικά του ΕΣΚΑ που οδηγούν στην ανισορροπία του συστήματος είναι (Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, 2008):

A) Η σχεδόν καθολική λειτουργία του υπό τον κρατικό έλεγχο και η στήριξη της βιωσιμότητάς του σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότησή του από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Αυτοχρηματοδοτούμενα επαγγελματικά ή άλλα συνταξιοδοτικά ταμεία, με αυτόνομη διαχείριση των πόρων τους και απολαβές των συνταξιούχων σύμφωνα με τα οικονομικά δεδομένα των Ταμείων, ουσιαστικά δεν υπάρχουν (με εξαίρεση τα 3 επαγγελματικά ταμεία που δημιουργήθηκαν με βάση το ν. 3029/2002). Δεδομένου ότι τα αποθεματικά του συστήματος ως συνόλου είναι ελάχιστα και παρά το γεγονός ότι ορισμένα ταμεία μπορεί να διαθέτουν υψηλότερα αποθεματικά από άλλα ταμεία, η τελική υποχρέωση για την κάλυψη των ελλειμμάτων των 173 ασφαλιστικών ταμείων της χώρας, είτε αυτά είναι ταμεία κύριας ασφάλισης είτε ταμεία επικουρικής ασφάλισης, μεταφέρεται τελικά στο Δημόσιο, δηλαδή στους μελλοντικούς φορολογούμενους. Έτσι, το πρόβλημα του ΕΣΚΑ είναι ουσιαστικά πρόβλημα μακροοικονομικής ισορροπίας της οικονομίας ως σύνολο και σε δευτερεύοντα βαθμό πρόβλημα αναλογιστικής φύσεως του κάθε επιμέρους ταμείου χωριστά.

B) Η λειτουργία του στο σύνολό του ως σύστημα στο οποίο οι εργαζόμενοι της τρέχουσας περιόδου πληρώνουν τις συντάξεις των συνταξιούχων της τρέχουσας περιόδου. Η εξαιρετικά χαμηλή διασύνδεση των συνταξιοδοτικών απολαβών με τις εισφορές και τα χρόνια ασφάλισης του κάθε

ασφαλισμένου. Ειδικότερα, συντάξεις σε μεγάλες κατηγορίες του πληθυσμού δίδονται χωρίς να έχουν πληρωθεί αντίστοιχες εισφορές (ΟΓΑ, ΕΚΑΣ, συντάξεις των προσφύγων, εφάπαξ των δικαστικών, κ.ά). Σε μεγάλο βαθμό ακόμα και οι επικουρικές συντάξεις στην Ελλάδα πληρώνονται με το σύστημα των πληρωμών από τις τρέχουσες εισπράξεις, με αποτέλεσμα τα διαθέσιμα των Ταμείων να μην επαρκούν για να καλύψουν τις μελλοντικές υποχρεώσεις από αυτές τις συντάξεις. Ακόμη και οι επιπλέον εισφορές που πληρώνουν οι σημερινοί εργαζόμενοι για να λάβουν υψηλότερες συντάξεις στο μέλλον δεν αποταμιεύονται αλλά δαπανώνται συνήθως για να πληρωθούν υψηλότερες συντάξεις στους συνταξιούχους της τρέχουσας περιόδου. Έτσι, στα περισσότερα Ταμεία τα αποθεματικά που υπάρχουν είναι ανεπαρκή σε σχέση με τις δεδομένες μελλοντικές υποχρεώσεις τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ετήσιες αυξήσεις των συντάξεων δεν αποφασίζονται από τα ίδια τα Ταμεία, σύμφωνα με τις οικονομικές τους δυνατότητες, αλλά από την Κυβέρνηση στα πλαίσια της εισοδηματικής πολιτικής. Έτσι, οι μελλοντικοί φορολογούμενοι υποχρεούνται να πληρώσουν και τις μεγαλύτερες συντάξεις εκείνων των οποίων τις πρόσθετες εισφορές εισπράττουν ως συντάξεις οι σημερινοί συνταξιούχοι. Για το λόγο αυτό υπάρχει μεγάλη ανάγκη οι ασφαλισμένοι να αποκτήσουν σε κάποιο βαθμό τουλάχιστον τον έλεγχο των αποταμιεύσεών τους.

Γ) Η μέση πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης διαμορφωνόταν κάτω από τα 60 έτη μέχρι πρόσφατα, ενώ και η συνταξιοδότηση στα 65 χρόνια πολλές φορές πραγματοποιείται με ελάχιστα συντάξιμα χρόνια. Όσον αφορά τη θεσμοθετημένη ηλικία συνταξιοδότησης, για το ΙΚΑ και πολλά άλλα Ταμεία διαμορφωνόταν μέχρι πρόσφατα στα 60 έτη για τις γυναίκες και τα 65 έτη για τους άνδρες, για όσους εισήλθαν στην αγορά εργασίας πριν από την 31/12/2002, και στα 65 έτη για άνδρες και γυναίκες, για όσους εισήλθαν στην αγορά εργασίας μετά την 1/1/2003. Ο αριθμός των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων (αναπηρίας, ανήλικων τέκνων, ναυτικών, βαρέων και ανθυγιεινών, κ.ά.) είναι γενικά πολύ υψηλότερος στην Ελλάδα από ότι σε άλλες χώρες. Πάντως, σύμφωνα με στοιχεία του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, τα τελευταία χρόνια, η μέση πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης στο ΙΚΑ τείνει να αυξηθεί προς τα 63 έτη. Αυτό δεν φαίνεται να ισχύει για τους συνταξιούχους του Δημοσίου και των άλλων ευγενών ταμείων, όπου το κύμα των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων φαίνεται να έχει αυξηθεί λόγω και των προγραμμάτων εθελούσιας εξόδου του προσωπικού που σε μεγάλο βαθμό οφείλονται στην εκτεταμένη ανελαστικότητα της αγοράς εργασίας στους τομείς αυτούς. Τα ανωτέρω, σε συνδυασμό με τις τάσεις γήρανσης του πληθυσμού, οδηγούν στη ραγδαία μείωση της αναλογίας των εργαζομένων προς συνταξιούχους (Ε/Σ), στο 2,1 το 2000, 2,0 το 2010, 1,7 το 2020 και κάτω από το 1,25 το 2040. Ειδικότερα, με τις σημερινές παραμέτρους του ΕΣΚΑ, ο αριθμός των συνταξιούχων αναμένεται να αυξηθεί κατά 50% περίπου μέχρι το 2040 (από 2,5 εκατ. το 2000 σε 3,8 εκατ. το 2040), ενώ ο αριθμός των εργαζομένων (των ατόμων που βρίσκονται σε εργάσιμη ηλικία) στην ίδια περίοδο προβλέπεται να μειωθεί κατά 13% περίπου (από 5,3 εκατ. το 2000 σε 4,6 εκατ. το 2040). Εάν το μέσο πραγματικό όριο ηλικίας συνταξιοδότησης ανερχόταν στα 63 έτη για τους άνδρες και τις γυναίκες από το 2001 στο

σύνολο του ΕΣΚΑ, τότε η αναλογία Ε/Σ θα ανερχόταν στο 3,0 το 2001, στο 2,8 το 2010, στο 2,6 το 2015, στο 2,1 το 2030 και στο 1,7 το 2040. Θα βελτιωνόταν δηλαδή σημαντικά σε σχέση με το ισχύον σενάριο και το 2030 θα βρισκόταν ακόμη στα επίπεδα των αρχών της 10ετίας του 2000.

Δ) Τα ποσοστά αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα, δηλαδή το ύψος της σύνταξης ως ποσοστό του εισοδήματος επί του οποίου επιβάλλονταν οι εισφορές, είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο και το σπουδαιότερο, διαμορφώνεται στο ίδιο υψηλό επίπεδο για όλους τους συνταξιούχους ανεξαρτήτως του ύψους του εισοδήματος πριν τη συνταξιοδότηση. Αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με τις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου για τα υψηλά εισοδήματα το ποσοστό αναπλήρωσης είναι πολύ χαμηλό. Ειδικότερα, το μέσο καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων του συνόλου των χωρών του ΟΟΣΑ διαμορφώνεται για τα εισοδήματα που δεν υπερβαίνουν το 50% του μέσου εισοδήματος της χώρας στο 84,1%, για εισοδήματα που ισούνται με το μέσο εισόδημα της χώρας στο 68,7% και για εισοδήματα που είναι κατά 2,5 φορές υψηλότερα από το μέσο εισόδημα στο 54,5%. Γενικά, για τα ταμεία κύριας ασφάλισης, το ακαθάριστο ποσοστό αναπλήρωσης (χωρίς την αφαίρεση των φόρων) ανέρχεται στην Ελλάδα στο 60%-80%, ενώ για τα υποχρεωτικά ταμεία επικουρικής ασφάλισης το ποσοστό διαμορφώνεται στο 20%. Το συνολικό μέσο ακαθάριστο ποσοστό αναπλήρωσης για το ΕΣΚΑ ανέρχεται, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ, στο 84%, ενώ το συνολικό μέσο καθαρό (μετά τους φόρους) ποσοστό αναπλήρωσης, ανεξαρτήτως εισοδήματος, ανέρχεται στην Ελλάδα στο 99,9%. Είναι χαρακτηριστικό ότι και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χαρακτηρίζει το σύστημα αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα ως ιδιαίτερα «γενναιόδωρο». Εκτιμάται ότι τον Ιανουάριο του 2006 το καθαρό ποσοστό αναπλήρωσης για την Ελλάδα είναι 115%. Τα αντίστοιχα ποσοστά είναι στη Γαλλία 80%, στην Ιρλανδία 78% στην Ιταλία 88% και στη Γερμανία 63%. Σημειώνεται ότι τα ανωτέρω πολύ υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα καταβάλλονται από το τρέχον εισόδημα και δεν υποστηρίζονται από ικανά συσσωρευμένα αποθεματικά.

Ε) Το εισόδημα επί του οποίου υπολογίζεται το ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων στην Ελλάδα είναι αυτό των τελευταίων 5 ετών και όχι το μέσο εισόδημα του εργαζομένου κατά την περίοδο ασφάλισής του επί του οποίου υπολογίζονταν οι εισφορές. Έτσι, πρόβλημα προκύπτει στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η μισθολογική εξέλιξη του ασφαλισμένου κατά τη διάρκεια της εργασιακής ζωής του, ιδιαίτερα στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, είναι ραγδαία λόγω προαγωγών ή μεταπήδησης σε θέσεις με σημαντικά αυξημένες αποδοχές. Στην περίπτωση αυτή το ποσοστό αναπλήρωσης του μέσου μισθού επί του οποίου υπολογίστηκαν οι εισφορές είναι μεγαλύτερο της μονάδος, όταν η σύνταξη υπολογίζεται επί του μέσου μισθού των τελευταίων 5 ετών. Το πρόβλημα αυτό γίνεται μεγαλύτερο στις κατηγορίες εργαζομένων που ενσωματώνουν μεγάλα επιδόματα (επί των οποίων δεν επιβάλλονταν ασφαλιστικές εισφορές) στο βασικό μισθό κατά τα τελευταία έτη της εργασιακής ζωής τους και στη συνέχεια απαιτούν υψηλό ποσοστό αναπλήρωσης επί του αυξημένου βασικού μισθού.

ΣΤ) Η ανισοροπία που προκαλείται από τα υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης και από τη σχετικά πρόωρη συνταξιοδότηση επιδεινώνεται από την πολιτική αύξησης των συντάξεων (για όλα τα επίπεδα εισοδήματος) με ρυθμούς υψηλότερους από αυτούς των μισθών, που συνήθως υπερβαίνει και την αύξηση του ΑΕΠ. Η πολιτική αυτή οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση των ποσοστών αναπλήρωσης σε σχέση με τα ήδη υψηλά επίπεδα που ίσχυαν κατά την πρώτη καταβολή των συντάξεων. Σε συνδυασμό δε με την τάση για μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων σε σχέση με την αύξηση του αριθμού των εργαζομένων, η πολιτική αυτή συμβάλλει στην περαιτέρω αποσταθεροποίηση του συστήματος.

Ζ) Ο μέχρι πρόσφατα κατακερματισμός του ΕΣΚΑ σε ένα πλήθος συνταξιοδοτικών Ταμείων, που ουσιαστικά ανατρέπει τον αναδιανεμητικό χαρακτήρα του Ασφαλιστικού Συστήματος. Η εμπειρία έχει δείξει ότι εκτός των άλλων προβλημάτων του, το ΕΣΚΑ ευνοεί μέχρι σήμερα τους εργαζόμενους των ευγενών ταμείων, οι οποίοι με την ισχυρή διαπραγματευτική τους δύναμη όχι μόνο δεν συμβάλλουν στην αναδιανομή των συνταξιοδοτικών εισοδημάτων υπέρ των χαμηλόμισθων αλλά εξασφαλίζουν συντάξεις (στηριζόμενες στη χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό) κατά πολύ υψηλότερες από τις συντάξεις αντίστοιχων εργαζόμενων στον ιδιωτικό τομέα με ανάλογες ή και μεγαλύτερες εισφορές. Οι συντάξεις αυτές, λόγω των υψηλών ποσοστών αναπλήρωσης, είναι υψηλότερες και από τις αντίστοιχες συντάξεις στις χώρες του ΟΟΣΑ, που στηρίζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στις εισφορές των ίδιων των εργαζομένων. Κύριο πρόβλημα για το σύστημα είναι ότι μεγάλες κατηγορίες σχετικά υψηλόμισθων εργαζομένων βγαίνουν στη σύνταξη από το 58 έτος της ηλικίας τους ή και νωρίτερα, ή με λιγότερα των 35 ετών υπηρεσίας, με πολύ υψηλά ποσοστά αναπλήρωσης.

4.3.1.2. Επιπτώσεις στη βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΣΚΑ)

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω χαρακτηριστικά του ΕΣΚΑ, διάφορες μελέτες έχουν εκπονηθεί στο παρελθόν για την εκτίμηση της εξέλιξης στο μέλλον των δαπανών για συντάξεις ως ποσοστό του ΑΕΠ και της συνεπαγόμενης επιβάρυνσης του κρατικού προϋπολογισμού και του Δημοσίου Χρέους από αυτή την εξέλιξη. Η βασική μελέτη είναι αυτή του GAD UK (2001), που επικαιροποιείται από τις μελέτες του EPC (Οκτώβριος 2001), του ΟΟΣΑ (2005), του IMF (2006) και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2006).

Η αρχική μελέτη της GAD UK βασίστηκε στις ακόλουθες υποθέσεις σχετικά με την εξέλιξη των μακροοικονομικών μεγεθών στην Ελλάδα μέχρι το 2050:

- Μέσος πληθωρισμός: 2,5% ετησίως.
- Μέση αύξηση πραγματικών μισθών: 1,75% ετησίως.
- Μέση αύξηση των πραγματικών συντάξεων: 1% ετησίως.
- Μέση αύξηση του ΑΕΠ: 2% ετησίως.

Στις επόμενες μελέτες οι υποθέσεις αυτές διαφοροποιούνται ελαφρά, λαμβάνοντας υπόψη και την εμπειρία του 2000-2005, χωρίς όμως, να αλλάζει ουσιαστικά η φύση των αποτελεσμάτων. Σημειώνεται ότι στην περίοδο 2000-2006 η αύξηση του ΑΕΠ ήταν υπερδιπλάσια από τις υποθέσεις αυτές ενώ και ο ρυθμός αύξησης των εισφορών στα Ασφαλιστικά Ταμεία ήταν εξαιρετικά υψηλός, κυρίως λόγω της ένταξης στο σύστημα άνω των 600.000 μεταναστών. Οι εξελίξεις αυτές θα έπρεπε να είχαν συμβάλει σε βελτίωση των οικονομικών του ΕΣΚΑ στην περίοδο αυτή. Όμως αυτό δεν συνέβη γιατί την ίδια περίοδο η αύξηση των συντάξεων υπερέβαινε το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ και επιπλέον, η εφαρμογή συστημάτων εθελουσίας εξόδου από πολλές επιχειρήσεις που, όπως ήδη τονίστηκε, είναι συνέπεια της ανελαστικότητας της αγοράς εργασίας, συνέβαλε στη μεγάλη αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων.

Το ύψος των πληρωμών για συντάξεις στην Ελλάδα ανερχόταν στο 12,6% του ΑΕΠ το 2000, ενώ εκτιμάται από το ΔΝΤ ότι αυξήθηκε στο 13,1% το 2005. Στα επίπεδα αυτά, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για συντάξεις είναι αδικαιολόγητα υψηλότερο από τις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, εάν ληφθεί υπόψη ότι: α) ένα μεγάλο μέρος των σημερινών συντάξεων πληρώνεται, όπως προαναφέρθηκε, χωρίς οι δικαιούχοι να έχουν καταβάλει εισφορές στο παρελθόν, β) ένα άλλο μεγάλο μέρος των συντάξεων έχουν παραχωρηθεί σε εργαζόμενους που ήταν πολύ νέοι όταν βγήκαν στη σύνταξη ή είχαν πολύ λίγα χρόνια εργασίμου βίου και γ) η πληρωμή των συντάξεων στην Ελλάδα πραγματοποιείται από το τρέχον εισόδημα και όχι από την απόδοση συσσωρευμένων συνταξιοδοτικών αποταμιεύσεων από το παρελθόν.

Όσον αφορά την εξέλιξη των δαπανών για συντάξεις στο μέλλον (που προσδιορίζονται από τις σημερινές παραμέτρους του ΕΣΚΑ και τις υποθέσεις για τις δημογραφικές και μακροοικονομικές εξελίξεις), εκτιμάται ότι από 12,6%-13% του ΑΕΠ μέχρι το 2010, θα αυξηθούν στο 15,4% του ΑΕΠ το 2020, στο 19,6% του ΑΕΠ το 2030 και στο 24,8% του ΑΕΠ το 2050. Είναι προφανές ότι η πληρωμή από το τρέχον ΑΕΠ τόσο μεγάλων ποσοστών για συντάξεις δεν είναι δυνατή.

Η επιβάρυνση του προϋπολογισμού από το ΕΣΚΑ ήταν στο 4,8% του ΑΕΠ το 2000 και παρέμεινε στο 5,0% του ΑΕΠ μέχρι το 2005, παρά την πολύ υψηλή μέση αύξηση του ονομαστικού ΑΕΠ την περίοδο 2000-2005, που ξεπέρασε το 8,0%, και τη μέση ετήσια αύξηση των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών στην ίδια περίοδο κατά 9,2%.

Έτσι, οι επιχορηγήσεις για το ΕΣΚΑ (που το 2006 ήταν κατά 4,8 δις υψηλότερες από ότι το 1999), ήδη επιβαρύνουν σημαντικά τον προϋπολογισμό, μέσω της μεγάλης αύξησης των πρωτογενών δαπανών, και μάλιστα σε μια περίοδο υψηλής ανάπτυξης και έντονης πίεσης για δημοσιονομική προσαρμογή.

Χωρίς δε τη λήψη μέτρων για την ενίσχυση της οικονομικής βάσης του συστήματος, το έλλειμμα του ΕΣΚΑ από 5% του ΑΕΠ το 2005 μπορεί να φτάσει το 6,9% του ΑΕΠ το 2020, το 11,1% το 2030 και το 16,8% το 2050. Τα συνολικά έσοδα του ΕΣΚΑ από εισφορές και επενδύσεις διαθέσιμων

που καλύπτουν σήμερα το 69,6% των συνολικών συνταξιοδοτικών δαπανών, εκτιμάται ότι θα καλύπτουν το 58,3% το 2020, το 46,1% το 2030 και μόνο το 38,7% το 2040.

Η ανωτέρω εκρηκτική αύξηση των πληρωμών για συντάξεις λαμβάνει χώρα παρά το ότι το μέσο ετήσιο ποσοστό αύξησης των πληρωμών αυτών μειώνεται σημαντικά μετά το 2025, λόγω του ότι στην περίοδο αυτή θα αρχίσουν να βγαίνουν στην σύνταξη οι εργαζόμενοι που εισήλθαν στην αγορά εργασίας μετά το 1993, οι οποίοι θα συνταξιοδοτηθούν σε μεγαλύτερη ηλικία κατά μέσο όρο ενώ το ποσοστό αναπλήρωσης των συντάξεων τους θα είναι μειωμένο στο 60%-70% για την κύρια σύνταξη έναντι του 80% που ισχύει για όσους εισήλθαν στην αγορά εργασίας πριν από το 1993. Έτσι, οι πληρωμές για συντάξεις αυξάνονταν με μέσο ετήσιο ρυθμό 4,5% στην περίοδο 2006-2015, 4,0% την 5ετία 2026-2030, κάτω από το 3,0% στη 10ετία του 2030 και κάτω του 2,0% στη 10ετία του 2040. Οι σημαντικές ρυθμίσεις του 1990-1992 περιορίζουν το ρυθμό αύξησης των δαπανών για συντάξεις μετά το 2025, αλλά δεν είναι αρκετές για να δώσουν βιώσιμη λύση στο σύστημα.

Σημειώνεται, ότι οι ανωτέρω εξελίξεις στηρίζονται στην υπόθεση ότι το ΕΣΚΑ θα διατηρήσει τις προαναφερθείσες παραμέτρους του μέχρι το 2050, και παράλληλα ότι οι συντάξεις θα αυξάνονται σε πραγματικούς όρους κατά 1% ετησίως. Ως αποτέλεσμα αυτών των βασικών διαρθρωτικών χαρακτηριστικών του ΕΣΚΑ, το ποσοστό της μέσης σύνταξης στο ΑΕΠ ανά απασχολούμενο στην Ελλάδα το 2000 ήταν κατά πολύ το υψηλότερο από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15. Επιπλέον, η υπόθεση της μη προσαρμογής των χαρακτηριστικών για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος στο μέλλον και η υπόθεση της πραγματικής αύξησης των συντάξεων κατά 1% ετησίως, συμβάλλουν ώστε το ποσοστό των συνταξιοδοτικών απολαβών στην Ελλάδα να αυξάνει περαιτέρω στα επόμενα χρόνια και να διαμορφώνεται στο 32% το 2050, έναντι 15% στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15. Η υπέρμετρη αυτή απόκλιση οφείλεται στο γεγονός ότι στα περισσότερα άλλα Ευρωπαϊκά Συστήματα έχουν ήδη ληφθεί μέτρα προσαρμογής και εξασφάλισης της βιωσιμότητάς τους, όχι όμως και στην Ελλάδα.

Με βάση τα ανωτέρω, το ΕΣΚΑ δεν είναι βιώσιμο πέραν του 2025 αν διατηρηθούν οι σημερινές παράμετροι λειτουργίας του. Επίσης, κατά τη διάρκεια της επόμενης 10ετίας θα γίνονται ακόμα πιο εμφανείς οι πιέσεις για αύξηση των πρωτογενών δαπανών του Τακτικού Προϋπολογισμού από την άνοδο των επιχορηγήσεων στο ΕΣΚΑ.

Η διατήρηση των σημερινών παραμέτρων και πολιτικών συνεπάγεται ότι ο μέσος εργαζόμενος μετά το 2040 θα πρέπει να διαθέτει το 72% του μισθού του για να πληρώνεται η κύρια και η επικουρική σύνταξη των συνταξιούχων της περιόδου εκείνης, έναντι του 47% του μισθού του που διέθετε το 2006 και του 50% του μισθού του που διέθετε το 2010. Είναι προφανές ότι, εάν το βάρος των εισφορών που επιβάλλεται στους σημερινούς εργαζόμενους είναι ήδη δυσβάστακτο (αφού τόσο οι φορολογικοί συντελεστές, όσο και οι συντελεστές των εισφορών στο ΕΣΚΑ είναι από τους υψηλότερους στην

Ευρώπη), τότε η επιβάρυνση στους εργαζόμενους και τις επιχειρήσεις από το 2020 και μετά θα λάβει ανεξέλεγκτες διαστάσεις.

Αυτή η πραγματικότητα θα γίνει σταδιακά κατανοητή από τους εργαζόμενους, ιδιαίτερα δε σε εκείνους που εισήλθαν στην αγορά εργασίας μετά το 1993, που κατά κύριο λόγο καλούνται να πληρώνουν τις υψηλές συντάξεις αυτών που έχουν βγει στη σύνταξη μέχρι το 2015. Για να συνεχίσουν να πληρώνουν θα πρέπει να τους εξασφαλιστεί ότι θα εισπράξουν με βεβαιότητα έστω και την προς τα κάτω αναπροσαρμοσμένη σύνταξη που προσδιορίστηκε γι' αυτούς με τις νομοθετικές ρυθμίσεις της περιόδου 1990-1992. Αυτό θα είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί αν δεν υπάρξει έγκαιρα ουσιαστική αλλαγή των παραμέτρων του συστήματος και της εισοδηματικής πολιτικής για όλους τους εργαζόμενους.

4.3.1.3. Το επίπεδο των συντάξεων και το συνταξιοδοτικό πρόβλημα

Σε ορισμένες μελέτες το αναλογιστικό έλλειμμα του ΕΣΚΑ προσδιορίζεται ξεκινώντας από την υπόθεση ότι το ύψος των συντάξεων θα πρέπει να ικανοποιεί ορισμένα κοινωνικά κριτήρια, έτσι ώστε οι σημερινές συντάξεις να ικανοποιούν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό υψηλότερες από τα εκάστοτε προσδιοριζόμενα (για παράδειγμα από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή) όρια της φτώχειας. Αυτό θα πρέπει να συμβαίνει ανεξάρτητα από τα γνωστά οικονομικά κριτήρια, όπως το ύψος των εισφορών που έχουν καταβληθεί από τον κάθε εργαζόμενο, το σύνολο των ενσήμων του, ή τα έτη ασφάλισής του και τις οικονομικές δυνατότητες του συστήματος όπως αυτές επηρεάζονται από τις παραμέτρους του (δημογραφικές εξελίξεις, κ.ά.).

Επιπλέον, σε πρόσφατες αναλογιστικές μελέτες γίνεται η υπόθεση ότι οι μισθοί και οι συντάξεις θα αυξάνουν στο μέλλον σύμφωνα με το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ σε κάθε περίοδο, παρά το γεγονός ότι, σύμφωνα με τις εκτιμώμενες δημογραφικές εξελίξεις και τις σημερινές παραμέτρους του συστήματος, ο αριθμός των συνταξιούχων εκτιμάται ότι θα αυξάνεται με πολύ υψηλότερους ρυθμούς από ότι ο αριθμός των εργαζόμενων.

Στη συνέχεια, ερευνάται ποιο μέρος της δαπάνης που προκύπτει για συντάξεις στην τρέχουσα και τις μελλοντικές περιόδους θα γίνει δυνατό να χρηματοδοτηθεί από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, σύμφωνα και πάλι με τις ισχύουσες παραμέτρους του συστήματος, ενώ το υπόλοιπο μέρος θεωρείται απαίτηση του συστήματος έναντι του κρατικού προϋπολογισμού, ανεξαρτήτως του μεγέθους του. Οι μελέτες αυτές, όπου οι συντάξεις προσδιορίζονται ουσιαστικά χωρίς εισοδηματικούς περιορισμούς, καταλήγουν αναπόφευκτα στα ακόλουθα αποτελέσματα:

Πρώτον, παρά την πολύ αυξημένη χρηματοδότηση του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τον προϋπολογισμό τα τελευταία χρόνια, το Ταμείο θα βρίσκεται σε αδυναμία να πληρώσει τις συντάξεις που υποχρεούται πολύ νωρίτερα από ότι είχε εκτιμηθεί αρχικά, ίσως και πριν από το 2020. Για να εξασφαλιστεί δε η

προβλεπόμενη από το νόμο αυτό πλεονασματικότητα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ μέχρι το 2032 απαιτείται η αύξηση της πρόσθετης επιχορήγησης του Ταμείου αυτού από τον προϋπολογισμό στο 2,4% του ΑΕΠ ετησίως, αντί 1% που προβλέπει ο νόμος.

Δεύτερον, οι υποθέσεις για την αύξηση των συντάξεων σύμφωνα με το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ οδηγούν, σε συνδυασμό με τις γνωστές δημογραφικές εξελίξεις (αύξηση των συνταξιούχων με πολύ ταχύτερους ρυθμούς από τους εργαζόμενους), στις αναμενόμενες αποσταθεροποιητικές τάσεις και στη δυσανάλογη αύξηση των ελλειμμάτων του ασφαλιστικού συστήματος. Επιπλέον, συνεπάγονται ότι η τυχόν μεγαλύτερη αύξηση της παραγωγικότητας και του ΑΕΠ στο μέλλον, αντί να βελτιώνει την κατάσταση αυξάνει περαιτέρω τα ελλείμματα του συστήματος και οδηγεί σε σμίκρυνση της περιόδου βιωσιμότητάς του. Η αποσταθεροποιητική αυτή τάση οφείλεται αποκλειστικά στην υπόθεση για αύξηση των συντάξεων με το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ, και όχι στην ανυπαρξία αποθεματικών ή στην ύπαρξη άλλων χαρακτηριστικών στο σύστημα.

Όσον αφορά την ανυπαρξία αποθεματικών στο ισχύον σύστημα θα πρέπει να αποδοθεί στην εφαρμογή στο παρελθόν της πολιτικής αύξησης των συντάξεων, ανεξάρτητα από τα οικονομικά του ασφαλιστικού συστήματος. Αυτό ήταν αποτέλεσμα μιας πολιτικής στην οποία οι συντάξεις και οι άλλες παροχές προσδιορίζονται στο θεωρούμενο «κοινωνικά αποδεκτό επίπεδο» και όχι στο επίπεδο που αντιστοιχεί στις πραγματικές οικονομικές δυνατότητες του ΕΣΚΑ.



4.3.2. Οι στόχοι, προτεραιότητες και δεσμεύσεις για το νέο ΕΣΚΑ

Οι λύσεις των προβλημάτων του ασφαλιστικού συστήματος προϋποθέτουν αλλαγή πορείας για την χώρα. Προϋποθέτουν ανάπτυξη που αξιοποιεί τα συγκριτικά πλεονεκτήματα της χώρας μας και συνδέεται με την αύξηση της απασχόλησης. Προϋποθέτουν μια νέα αναδιανομή του πλούτου και ένα δίκαιο φορολογικό σύστημα με ενίσχυση της μικρής και μεσαίας επιχείρησης και διευκόλυνση της

επιχειρηματικότητας. Οι τέσσερις βασικοί στόχοι των κυβερνήσεων στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης πρέπει να είναι (Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, 2008):

1) Η ουσιαστική οικονομική στήριξη και εξυγίανση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, έτσι ώστε να είναι σε θέση να επιτελεί αποτελεσματικά την αποστολή του.

2) Η ενίσχυση των χαμηλοσυνταξιούχων με την καθιέρωση κατώτατης βασικής σύνταξης και τη δικαιότερη κατανομή των κονδυλίων που διατίθενται για την Κοινωνική Ασφάλιση.

3) Ο εκσυγχρονισμός και η ουσιαστική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι Ασφαλιστικοί Φορείς.

4) Πρωτοβουλίες και επιλογές άμεσες προκειμένου να ανακοπεί η αδιέξοδη πορεία του ασφαλιστικού συστήματος.

Άμεσες προτεραιότητες – κινήσεις που θεωρούνται απολύτως αναγκαίες για την αποκατάσταση της πληγείσας βιωσιμότητας του Ασφαλιστικού Συστήματος, είναι:

1) Η χρηματοδότηση των Ασφαλιστικών Ταμείων από το κράτος, με συνέπεια, όχι μόνο η βιωσιμότητα αλλά και η κοινωνική επάρκειά του να αποτελούν μείζονα προτεραιότητα.

2) Η πλήρης καταγραφή και δημοσιοποίηση της οικονομικής κατάστασης των Ταμείων, επειδή οι εργαζόμενοι και οι πολίτες έχουν δικαίωμα να γνωρίζουν την εξέλιξη της περιουσίας τους, των εσόδων, των χρεών και των υποχρεώσεων της κάθε πλευράς.

3) Ο επανασχεδιασμός των ενοποιήσεων των ασφαλιστικών ταμείων ώστε να μην ενισχύουν τη γραφειοκρατία, να μην επιδεινώνουν τα οικονομικά των Ταμείων και να μην εντείνουν τα λειτουργικά προβλήματα και την ταλαιπωρία των πολιτών. Στόχος είναι μέσα από μελέτες, σχέδιο και συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα να προκύψουν πραγματικές ενοποιήσεις με στερεή βάση και προοπτική για το σύστημά μας.

4) Η προώθηση κοινοπραξίας των τεσσάρων μεγαλύτερων Ταμείων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) και η συνεργασία τους στους βασικότερους τομείς, μέσω της δημιουργίας του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Οι τομείς αυτοί αφορούν: τον έλεγχο, τη βεβαίωση και είσπραξη των εισφορών, την από κοινού διαπραγμάτευση για την αγορά υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων, τον έλεγχο των δαπανών καθώς και την εγκατάσταση ολοκληρωμένου, ενιαίου μηχανογραφικού προγράμματος καθώς και την αξιοποίηση της περιουσίας τους, κινητής και ακίνητης.

5) Η ενοποίηση των υπηρεσιών και μηχανισμών ελέγχου, βεβαίωσης και είσπραξης των ασφαλιστικών εισφορών όλων των Ταμείων.

6) Η εκπόνηση αναλογιστικής μελέτης από την οποία θα προκύπτουν τα ελλείμματα των συγχωνευθέντων Ταμείων στο ΙΚΑ- ΕΤΑΜ. Επαναδιαπραγμάτευση με τις Τράπεζες και τις μεγάλες επιχειρήσεις προκειμένου να αναλάβουν στο ακέραιο τις υποχρεώσεις τους.

7) Η παροχή πλήρους εγγύησης από την πλευρά του κράτους για τις καταθέσεις των Ταμείων.

Επιπλέον, για τη βελτίωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης οφείλουν να δοθούν δεσμεύσεις για:

1) Διαχωρισμό των προνοιακών από τις ασφαλιστικές παροχές με θεσμοθέτηση της βασικής σύνταξης ως κοινής αφετηρίας για όλες τις συντάξεις και ενίσχυση της ανταποδοτικής σχέσης εισφορών – παροχών.

2) Βελτίωση της βασικής σύνταξης των αγροτών και των ανασφάλιστων υπερήλικων.

3) Σταδιακή εξομοίωση των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης των αγροτών με εκείνες που ισχύουν για τους ασφαλισμένους των άλλων Ταμείων και ενίσχυση της κύριας σύνταξής τους.

4) Βελτίωση του τρόπου υπολογισμού των συντάξεων για τους ασφαλισμένους με διαδοχική ασφάλιση.

5) Θεσμοθέτηση του «Ασφαλιστικού Συμβούλου». Προτείνεται η σύσταση κεντρικής υπηρεσίας «Ασφαλιστικού Συμβούλου», η οποία θα εποπτεύεται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, με σκοπό την σωστή και έγκυρη ενημέρωση των πολιτών για τα ασφαλιστικά και συνταξιοδοτικά τους δικαιώματα.

6) Δημιουργία του Εθνικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος και για τις επόμενες γενιές των εργαζομένων.

7) Ενίσχυση της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής η οποία θεσπίστηκε με το ν.3029/2002 και τα τελευταία χρόνια παραμένει ουσιαστικά ανενεργή.

4.3.3. Ο νέος Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ)

Από τον Ιανουάριο του 2017 είναι πλέον πραγματικότητα η ίδρυση του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Ουσιαστικά πρόκειται για ένα υπερταμείο με κοινούς κανόνες για όλους τους ασφαλισμένους. Το αρχικό σχέδιο νόμου του υπουργείου Εργασίας, μέσω του οποίου καταργούνται όλα τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία, προέβλεπε τη σταδιακή ένταξη στον ΕΦΚΑ, από την 1/1/2016, όλων των υφιστάμενων φορέων κύριας κοινωνικής ασφάλισης (ΟΑΕΕ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΟΓΑ, ΝΑΤ). Εξαιρούνταν μόνο οι διευθύνσεις του ΝΑΤ και του ΟΓΑ για την άσκηση των μη ασφαλιστικών τους αρμοδιοτήτων. Όλα τα περιουσιακά στοιχεία και έσοδα πλέον θα οδηγούνται στο ταμείο του νέου φορέα. Για το λόγο αυτό θεσπίστηκαν μία Ανώνυμη Εταιρεία Διαχείρισης της Ακίνητης Περιουσίας Ασφαλιστικών Οργανισμών και μία Εταιρεία Διαχείρισης Αμοιβαίων Κεφαλαίων Διευρυμένου Σκοπού Ασφαλιστικών Οργανισμών. Στον ΕΦΚΑ λειτουργεί ειδική διεύθυνση συγκέντρωσης των οφειλών και προώθησης της διαδικασίας είσπραξης ή κατάσχεσης.

Επίσης, στο νέο υπερταμείο κύριας ασφάλισης, που εμπεριέχει ως ξεχωριστές διευθύνσεις και τους τομείς παροχής εφάπαξ, ισχύουν εφεξής κοινοί κανόνες υπολογισμού των συντάξεων. Σύμφωνα με το υπουργείο Εργασίας, οι ενοποιήσεις αποτελούν τον κύριο πυλώνα της μεταρρύθμισης, καθώς θα

οδηγήσουν σε ενοποίηση κανόνων για όλους, τόσο ως προς τις εισφορές όσο και ως προς τις παροχές. Μέσω αυτής της ενοποίησης προϋποθέσεων και παροχών, οι ειδικοί εκτιμούν ότι θα υπάρξουν και νέες μειώσεις συντάξεων για τους μελλοντικούς συνταξιούχους, όταν θα εφαρμοστεί ο ενιαίος κανονισμός του υπερταμείου (Εφημερίδα Καθημερινή, 5/1/2016).

Ο ΕΦΚΑ ήρθε στην πολύπαθη ασφαλιστική πραγματικότητα του τόπου με τη συναίνεση και την ψήφο της μεγάλης πλειοψηφίας των αντιπροσώπων του ελληνικού λαού τον Αύγουστο του 2015 για να αρχίσει την 1^η Ιανουαρίου της επόμενης κιάλας χρονιάς. Στελεχώθηκε από τη θεσμικά αρμόδια και υπεύθυνη γι' αυτό κυβέρνηση και άρχισε τη λειτουργία του από τον Ιανουάριο του 2017 ζητώντας με την εναρκτήρια διακήρυξη του να τιμήσει την αποστολή και το ρόλο του και να βεβαιώσει την προσήλωσή του στα δικαιώματα, τις ανάγκες και τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας, της παραγωγής και της δημιουργίας.

Στην ιστοσελίδα www.efka.gov.gr, οι ασφαλισμένοι έχουν την ευκαιρία να πληροφορούνται σε καθημερινή βάση κάθε τι που αφορά τους σχεδιασμούς, την πραγματική δράση και τη λειτουργία του ΕΦΚΑ, των οργάνων και των υπηρεσιών του και βεβαίως να ενημερώνονται έγκαιρα για οτιδήποτε έχει σχέση με την ασφάλισή τους (ασφαλιστική ικανότητα, εισφορές, οφειλές, κλπ.). Στην εικόνα που ακολουθεί παρουσιάζεται η εξατομικευμένη σελίδα του κάθε ασφαλισμένου, όπως αυτός τη βλέπει με τη χρήση των κωδικών πρόσβασης του taxinet.

The screenshot shows the EFKA website interface. At the top left is the EFKA logo with the text "ΕΦΚΑ" and "Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης". To the right are navigation links: "Αρχική", "Ηλ. Υπηρεσίες", and "Π. ΤΟΥΜΑΣΗΣ". Below the header is a section titled "Με μια ματιά...". The main content area contains four panels:

- Στοιχεία Ασφάλισης:** Lists the insured person as ΤΟΥΜΑΣΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΑΒΒΑΣ ΤΟΥΜΑΣΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΑΥΒΑΣ. It indicates the first insurance is with the "ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ" starting from 01/12/2003, with a link to "Συνοπτικό Ιστορικό Ασφάλισης".
- Οικονομικές Εκκρεμότητες:** A message stating "Η διαδικασία ανάρτησης των εισφορών στις Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες είναι σε εξέλιξη. Προσωρινά δε μπορείτε να δείτε την εισφορά σας".
- Ασφαλιστική Ικανότητα:** Shows the status as "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ" with a green checkmark. It notes participation in the "Βάσει Ταμείου Ασφάλισης" until 28/02/2018, and lists "ΔΕ ΒΡΕΘΗΚΑΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ".
- Αρμόδιο Σημείο Παρουσίας ΕΦΚΑ:** This panel is currently empty.

At the bottom of the page is a blue banner with the EFKA logo and slogan "Όλοι μαζί, πιο δυνατοί!". It also includes contact information: "Χρήσιμες Πληροφορίες" (Ενημερωτικό Σημείωμα για Ελεύθερους Επαγγελματίες και Αυτοαπασχολούμενους) and "Επικοινωνία" (Τηλ. Κέντρο: 1555, www.efka.gov.gr).

Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) κλείνει πλέον 5 μήνες παρουσίας και ακόμη προσπαθεί να επιλύσει ορισμένες διαδικαστικές εκκρεμότητες που του κληρονομήθηκαν από τα προϋπάρχοντα ταμεία. Όπως είναι προφανές διανύουμε τη μεταβατική περίοδο της συγχώνευσης των προαναφερθέντων ταμείων σε ένα υπερταμείο. Υπάρχει αυξημένη ανησυχία για τη βιωσιμότητα του νέου φορέα, αφού σύμφωνα με εκτιμήσεις ειδικών, το έλλειμμα που θα εμφανίσει ακόμα και μετά την ενίσχυσή του από τον κρατικό προϋπολογισμό, θα αγγίζει το 1,1 δισ. ευρώ.

Επιπλέον, στελέχη του υπουργείου Εργασίας προεξοφλούν ότι, όπως και τα προηγούμενα έτη, θα χρησιμοποιηθεί και ο μικρός κουμπαράς του Ασφαλιστικού Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ), με τουλάχιστον 350 εκατομμύρια ευρώ. Η λειτουργία του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) στον οποίο εντάσσονται 3,5 εκατομμύρια ασφαλισμένοι και 2,6 εκατομμύρια συνταξιούχοι είναι για την κυβέρνηση ένα από τα μεγάλα στοιχεία του 2017.

Οι ξένοι δανειστές της χώρας μας αμφισβητούν το αποτέλεσμα της ίδρυσης του υπερταμείου, έχοντας κατά νου τις προηγούμενες απόπειρες συγχώνευσης των ταμείων που έμειναν στα χαρτιά. Για το λόγο αυτό πιέζουν το υπουργείο Εργασίας να βάλει «λουκέτο» στα υπό ένταξη ταμεία και να μην λειτουργήσουν εκ παραλλήλου δύο συστήματα. Οι Ιρλανδοί που διαχειρίζονται ως τεχνικοί σύμβουλοι το εγχείρημα βλέπουν μπροστά τους μια μακριά μεταβατική περίοδο. Τα υψηλόβαθμα στελέχη των ταμείων προεξοφλούν ότι θα επικρατήσει αλαλούμ με αποτέλεσμα να επιμηκυνθεί ακόμα περισσότερο ο χρόνος έκδοσης των συντάξεων. Οι υπάλληλοι τέλος, φοβούνται για δυσμενείς μεταθέσεις και κατάργηση επιδομάτων ευθύνης.

Εκτός όμως από την αναπόφευκτη διοικητική ανακατάταξη, που προκαλεί η δημιουργία του ΕΦΚΑ, το σημαντικότερο είναι να ξέρει ο ασφαλισμένος και ο συνταξιούχος ποιες αλλαγές τον περιμένουν, εκτός από την αλλαγή της ονομασίας του ταμείου, όταν επισκεφθεί το υποκατάστημα της περιοχής του. Θεωρητικά, υπάρχουν τα εξής οφέλη για τον ασφαλισμένο:

Α) Σε όποια υπηρεσία του ΕΦΚΑ και αν απευθυνθεί, οι υπάλληλοι είναι υποχρεωμένοι να λαμβάνουν την αίτησή του για οποιοδήποτε θέμα και να την διαβιβάζουν στην αρμόδια διεύθυνση. Για παράδειγμα μπορεί να υποβάλλει τα δικαιολογητικά τους στο ΝΑΤ για συνταξιοδότηση από τον ΟΑΕΕ.

Β) Η αίτηση συνταξιοδότησης γίνεται πλέον ηλεκτρονικά.

Γ) Καταργείται το χειρόγραφο πρωτόκολλο και δημιουργείται ηλεκτρονικό.

Όλοι ευελπιστούν ότι μετά τη λήξη την αναγκαίας μεταβατικής περιόδου και της προσαρμογής – συγχώνευσης των ταμείων στο υπερταμείο του ΕΦΚΑ, το πολύπαθο ασφαλιστικό σύστημα θα έχει γνωρίσει μια από τις μεγαλύτερες μεταρρυθμίσεις στη χώρα μας.



4.4 Μετανάστευση και οικονομικές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας

4.4.1. Μεταναστευτικό φαινόμενο στην Ελλάδα και στατιστική απεικόνιση

4.4.1.1 Μετανάστευση σε Ελλάδα και Ευρώπη

Η Ευρώπη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κέντρα προορισμού μεταναστών, εφόσον περισσότερα από 20 εκατομμύρια αλλοδαπών ζούν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Statistiques en bref, population et conditions sociales, population et conditions de vie, Communautés européennes, Juillet 2003). Χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία που παλαιότερα θεωρούνταν χώρες αποστολής μεταναστών, τα τελευταία χρόνια μετατράπηκαν σε χώρες υποδοχής – προορισμού μεταναστών, γεγονός που άρχισε να επηρεάζει την εφαρμογή στρατηγικών κοινωνικής πολιτικής.

Έχοντας επιλέξει πέντε Ευρωπαϊκές χώρες υποδοχής και προορισμού μεταναστών για τα έτη 1999 έως 2002, παρουσιάζουμε στον παραπάνω πίνακα τον αριθμό και την αναλογία των εγγεγραμμένων αλλοδαπών σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό κάθε χώρας ξεχωριστά. Παρατηρώντας λοιπόν τον πίνακα, η χώρα με τους περισσότερους καταγεγραμμένους αλλοδαπούς είναι η Γαλλία, με μόλις 5,6% του συνολικού πληθυσμού της χώρας για το έτος 1999. Μεγάλος αριθμός αλλοδαπών φαίνεται να έχει εισέλθει στην Ισπανία, με ποσοστό όμως 3,35% του συνολικού πληθυσμού της χώρας για το έτος 2002. Η Πορτογαλία το ίδιο έτος, παρόλο που δέχεται το 1/3 του αριθμού αλλοδαπών της Ισπανίας, έχει μεγαλύτερη αναλογία αλλοδαπών ως προς το σύνολο του πληθυσμού της, κάτι που δικαιολογείται λόγω μικρότερης έκτασης από την Ισπανία. Από την άλλη, η Αυστρία, με μικρότερο καταγεγραμμένο αριθμό αλλοδαπών σε σχέση με τις τρεις προηγούμενες χώρες, έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ως προς το συνολικό πληθυσμό της χώρας (9,3% για το έτος 2000). Με διαφορά ενός έτους από την Αυστρία, η Ελλάδα, παρουσιάζει παρόμοιο αριθμό μεταναστών, με 7,3% του συνολικού πληθυσμού της για το έτος 2001. Σήμερα, η κατάσταση είναι πιο διαφοροποιημένη, με τα ποσοστά να έχουν αυξηθεί κατά πολύ και ιδιαίτερα στη χώρα μας που αποτελεί αρχικό προορισμό προσφύγων από τη Συρία και τις αφρικανικές και ασιατικές χώρες.

ΧΩΡΑ	ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙ ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ Υ	ΕΤΟΣ
ΕΛΛΑΔΑ	797.093	7,3%	2001
ΙΣΠΑΝΙΑ	1.324.001	3,35%	2002
ΓΑΛΛΙΑ	3.263.000	5,6%	1999
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	418.806	4,18%	2002
ΑΥΣΤΡΙΑ	748.000	9,3%	2000

Πίνακας 2: Αριθμός και αναλογία των αλλοδαπών σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό

4.4.1.2 Αίτια μετανάστευσης προς την Ελλάδα και λόγοι διατήρησής της

Η ανάγκη για επιβίωση αποτελεί το βασικότερο κίνητρο μετακίνησης ξένων λαών στην Ελλάδα από το 1990 και μετά. Η χώρα μας φάνταζε σαν πόλος έλξης στα μάτια τους και οι λόγοι ήταν πολλοί, ώστε να τους οδηγήσουν στην πλέον σωστή επιλογή χώρας υποδοχής, την Ελλάδα. Η θρησκευτική καταδίωξη, η πολιτική καταπίεση, οι οικονομικές δυσκολίες, όπως και η επιθυμία για αποφυγή κυρώσεων από τον νόμο, αποτέλεσαν αργότερα, δευτερεύοντα κριτήρια μετανάστευσής τους.

Αναζητώντας τα αίτια της μαζικής μετανάστευσης προς την Νότια Ευρώπη και ειδικότερα προς την Ελλάδα, οι ερευνητές επικαλούνται την ύπαρξη των ακόλουθων βασικών παραγόντων (Μπάγκαβος - Παπαδοπούλου, 2000):

A) Η γεωγραφική θέση της Ελλάδας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την επιλογής της, είτε ως χώρα υποδοχής, είτε ως ενδιάμεσου σταθμού από τους μετανάστες. Η μορφολογία των ελληνικών συνόρων και η δυσκολία φύλαξής τους διευκολύνει την είσοδο των αλλοδαπών. Η εγγύτητά της με χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης που γνώρισαν κοινωνικοπολιτικές αναταραχές, αλλά και με αναπτυσσόμενες χώρες της Βορείου Αφρικής και της Ανατολικής Μεσογείου για τον πληθυσμό των οποίων αποτελεί την πρώτη τουλάχιστον πύλη για την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Δυτικό Κόσμο.

B) Η ανοιχτή φύση των οικονομιών, που οφείλεται στη σπουδαιότητα του τουρισμού, του εμπορίου και της ναυτιλίας, κλάδοι που εκ των πραγμάτων διευκολύνουν την είσοδο επισκεπτών και εργαζομένων από όλες τις περιοχές του κόσμου.

Γ) Το αποικιοκρατικό παρελθόν των νοτίων χωρών: ο παράγοντας αυτός ασφαλώς ισχύει για την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ιταλία, όχι όμως και για την Ελλάδα. Έχει παρατηρηθεί, ωστόσο, ένα φαινόμενο δικτύωσης (brassage), που οδηγεί τους μετανάστες από το Πράσινο Ακρωτήριο και από τις Φιλιππίνες στην Ιταλία, ενώ τους Αιγυπτίους, τους δυτικοαφρικανούς και τους ανατολικοαφρικανούς στην Ελλάδα, με βάση τις δυνατότητες απασχόλησης σε κάθε χώρα.

Δ) Ο αξιοσημείωτος οικονομικός μετασχηματισμός των χωρών αυτών από την δεκαετία του 70', ο οποίος μείωσε αισθητά το «αναπτυξιακό χάσμα» σε σχέση με τις χώρες του Βορρά.

E) Η ιδιάζουσα φύση της οικονομικής ανάπτυξης, η οποία βασίζεται στην επέκταση της απασχόλησης στον τριτογενή τομέα και πιο συγκεκριμένα στον τουρισμό και την παροχή υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα η οικιακή εργασία. Επίσης, ο εποχικός χαρακτήρας της απασχόλησης σε ορισμένους σημαντικούς κλάδους οικονομικής δραστηριότητας, όπως η εντατική γεωργία, η αλιεία, ο τουρισμός, οι κατασκευές κλπ., οδήγησε στην αυξανόμενη ζήτηση ευέλικτου και μη συνδικαλισμένου εργατικού δυναμικού. Οι μετανάστες, οι οποίοι πολύ συχνά απασχολήθηκαν και απασχολούνται στην άτυπη αγορά εργασίας εξαιτίας και του «παράνομου» καθεστώτος διαμονής τους, αποτελούν ιδανική λύση για μεγάλο αριθμό εργοδοτών. Ειδικότερα, οι μετανάστες προσφέρουν χαμηλά αμειβόμενη

ανειδίκευτη εργασία, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα σε μικρομεσαίες επιχειρήσεις κυρίως, να αντιμετωπίσουν τον αυξανόμενο ανταγωνισμό συμπιέζοντας το κόστος τους.

ΣΤ) Η μείωση της εσωτερικής μετανάστευσης που κάλυπτε τις ανάγκες σε φθινό εργατικό δυναμικό, τις προηγούμενες δεκαετίες, καθώς επίσης και η σταδιακή άρνηση των γηγενών εργαζομένων να αναλαμβάνουν εργασίες χαμηλής αμοιβής και χαμηλού κύρους. Ειδικότερα, παρατηρείται μια στροφή των Ελλήνων στον επαγγελματικό τους προσανατολισμό με την αναζήτηση θέσεων εργασίας υψηλότερης ποιότητας, λόγω ανάπτυξης του τομέα των υπηρεσιών και της ανόδου του μορφωτικού επιπέδου του ελληνικού πληθυσμού. Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια επαγγέλματα που δεν πληρούν της κατάλληλες προϋποθέσεις, καθώς και όσα είναι εποχιακής φύσεως (γεωργία, τουρισμός, κατασκευές) να καταλαμβάνονται συχνά από μετανάστες, οι οποίοι λόγω της οικονομικής τους δυσπραγίας, καθίστανται ευέλικτο εργατικό δυναμικό.

Ζ) Η κατακόρυφη πτώση του αριθμού γεννήσεων. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, οι μετανάστες συντελούν στην αποτροπή της γήρανσης του πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού της χώρας κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες οφείλεται σε μεγάλο βαθμό, κατά την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα σχεδόν αποκλειστικά, στις μεταναστευτικές εισροές. (Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, «Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του μετανάστη κι η ένταξή του», EUROPEAN PROFILES A.E., 2007)

ΔΕΚΑΕΤΙΑ	ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΕΣ
1961-1970	380.088	839.425	-459.337
1971-1980	971.776	637.368	334.408
1981-1990	519.483	272.441	247.042
1991-2000	679.871	21.617	658.254

Πίνακας 3: Συμβολή της φυσικής αύξησης του πληθυσμού και των μεταναστευτικών ρευμάτων στην αύξηση του πραγματικού πληθυσμού(1961-2001), Δρεττάκης (2001)



4.4.1.3 Μεταναστευτική πολιτική – νομοθεσία στην Ελλάδα

Το θέμα μετανάστευσης παραμονής και εργασίας των μεταναστών στην Ελλάδα ρυθμίζει ο νόμος 2910/2001 με τίτλο «Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις». Μετά τον νόμο υπ' αριθμόν 1975/1999, δημιουργήθηκε η ανάγκη για θέσπιση ενός πιο ισχυρού νόμου αντιμετώπισης της παράνομης εισόδου μεταναστών στην χώρα.

Με την ίδρυση του νέου νόμου, η μεταναστευτική πολιτική μεταφέρθηκε από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Σύμφωνα με αυτόν, επιτρέπεται η είσοδος μεταναστών στην Ελλάδα μόνο εάν πρόκειται για συγκεκριμένη εργασία, σε συγκεκριμένο εργοδότη και μόνο εφόσον υπάρχει άδεια εργασίας.

Βασικό, λοιπόν, κριτήριο για την νομιμοποίηση ενός αλλοδαπού στην χώρα, είναι η απόδειξη απασχόλησής του, καθώς και η ένταξή του στο κοινωνικό, ασφαλιστικό και στο φορολογικό σύστημά της. Ο απαιτούμενος χρόνος παραμονής του μετανάστη στη χώρα αγγίζει τα δύο έτη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Όσον αφορά στα ανήλικα τέκνα των μεταναστών, δόθηκε το δικαίωμα υποχρεωτικής εκπαίδευσης και φοίτησης στα ελληνικά σχολεία.

Συμπερασματικά, με την παραπάνω νομοθεσία πραγματοποιείται προσπάθεια ρύθμισης θεμάτων απασχόλησης των μεταναστών. Αναγνωρίζοντας, λοιπόν ο νομοθέτης το αυξανόμενο πρόβλημα της μετανάστευσης, εντείνει την προσπάθειά του για μείωση των μελλοντικών μεταναστών, χωρίς όμως να υιοθετεί συγκεκριμένη πολιτική η οποία θα λύσει όλα τα προβλήματα που κινούνται γύρω από αυτό που αποκαλούμε μετανάστευση.

4.4.2. Υπηρεσίες υγείας και Κοινωνική Ασφάλιση μεταναστών στην Ελλάδα

4.4.2.1 Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό και ανθρώπινο δικαίωμα

Διάφορες είναι οι απόψεις όσον αφορά την επιλογή του πιο ορθού ορισμού της Υγείας. Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, με τον όρο «Υγεία» εννοείται η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός ανταποκρίνεται πολύ στις σύγχρονες απαιτήσεις προστασίας της υγείας από συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία προσφέρουν στους πολίτες προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και υπηρεσίες επαγγελματικής και κοινωνικής προσαρμογής.

Ωστόσο, ο παραπάνω ορισμός της Υγείας παρουσιάζεται υπερβολικά ευρύς, καθώς η ψυχική και η κοινωνική ευεξία αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και η συμβολή του κράτους στη διασφάλισή της δεν μπορεί παρά να είναι επιβοηθητική της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου. Άλλωστε, αυτός ο ορισμός μπορεί να χαρακτηριστεί ευρύς υπό την έννοια της ευεξίας ως υποκειμενική, αόριστη και πάντως ακατάλληλη για νομική χρήση και αξιολόγηση.

Εύστοχος, μπορεί να θεωρηθεί και ορισμός της «Υγείας» ως τη φυσική, σωματική και πνευματική κατάσταση του ανθρώπου. Πλεονέκτημα του ορισμού αυτού αποτελεί η πληρότητα και η σαφήνεια ενώ ταυτόχρονα δηλώνεται η συμμετοχή και των δύο διαστάσεων της ανθρώπινης φύσης, σωματικής και πνευματικής, στη διαμόρφωση της έννοιας Υγεία.

Η Υγεία ως κοινωνικό αγαθό, αποτελεί καθήκον της κοινωνίας όσον αφορά την προσφορά υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες. Πρόκειται για ένα συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της Αστικής Δημοκρατίας. Στο άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος αναφέρεται: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη απόρων». Η Υγεία αποτελεί το σημαντικότερο συνταγματικά κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα, αφού θεωρείται η βάση της άσκησης των υπολοίπων ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων.

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) , κάθε άνθρωπος έχει εκτός από το δικαίωμα στην υγεία και υποχρέωση να κάνει ό,τι είναι δυνατόν για την εξασφάλισή της. Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας έχει κατοχυρωθεί και σε άλλα διεθνή νομικά κείμενα, όπως στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), ενώ σύμφωνα με την Συνθήκη του Μάαστριχ (1992) αποτυπώνεται για πρώτη φορά σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η υποχρέωσή της όσον αφορά την προστασία της υγείας των πολιτών.

Στα πλαίσια της Ελληνικής Κοινωνίας και του Κράτους Πρόνοιας και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΠΔ 95/2000) η προστασία της υγείας καθώς και η διασφάλιση του δικαιώματος της υγείας, με αποτέλεσμα την εγγύηση της προσβασιμότητας όλων των πολιτών στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας αναλόγως των αναγκών τους και χωρίς καμία διάκριση (φυλετική, οικονομική, κοινωνική, κλπ) (Μαράτου - Αλιμπραντή, 2005).

4.4.2.2 Δικαίωμα χρήσης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τους μετανάστες

Το ζήτημα υγείας των μεταναστών εισήλθε στην πολιτική ατζέντα από το 2000 και μετά. Ο προηγούμενος μεταναστευτικός νόμος με αριθμό 2910/2001, χορήγησε ίσα δικαιώματα όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και την κοινωνική προστασία των νόμιμων μεταναστών στην Ελλάδα, όπως

ακριβώς ισχύει και για τους Έλληνες πολίτες. Το 2002 η ελληνική κυβέρνηση εισάγει για πρώτη φορά ένα πακέτο μέτρων με σκοπό την ένταξη των μεταναστών: το «Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Μεταναστών 2002-2005» που περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών.

Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, δημοσίευσε μια Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την Εγκύκλιο αυτή κάθε νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει πρόσβαση στο ΕΣΥ εφόσον έχει στην κατοχή του βιβλιário ασθενείας ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο είναι εγγεγραμμένος. Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το ζήτημα της πρόσβασης των νόμιμων μεταναστών στο σύστημα υγείας η οποία παρακωλύεται από πολύμηνες καθυστερήσεις για την ανανέωση των αδειών παραμονής.

Οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο χαίρουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες πολίτες. Βέβαια, ώσπου να αναγνωριστεί το καθεστώς τους ως αιτούντες άσυλο, έχουν δικαίωμα μονάχα στις υπηρεσίες επειγόντων, κάτι που ισχύει και για του παράνομους μετανάστες. Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005, προβλέπεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν έχουν ασφαλιστική ικανότητα ή οικονομική δυνατότητα. Η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Απαραίτητη προϋπόθεση του δικαιώματος της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί το δελτίο αιτούντος άσυλο για τους αιτούντες άσυλο και το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα για τους πρόσφυγες.

Οι ίδιες ακριβώς παροχές ισχύουν και για τους κατόχους ανθρωπιστικού καθεστώτος, ενώ και οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας, υπό την προϋπόθεση ότι η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στην χώρα από την οποία προέρχονται.



4.4.2.3 Πρόσβαση των μεταναστών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρωπίνου δικαιώματος στη ζωή. Στο ελληνικό κράτος, η πρόσβαση των μεταναστών στις δωρεάν υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ αποτελεί συνάρτηση του νόμιμου καθεστώτος και της απασχόλησής τους στην επίσημη αγορά εργασίας.

Σημαντικός παράγοντας για τον περιορισμό της προσβασιμότητας των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, είναι η υψηλή ιδιωτική οικονομική δαπάνη (European Commission, 2008). Υψηλά παραμένουν ακόμα τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών ακόμα και για αυτούς που έχουν καταφέρει να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Οι ίδιοι οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν ολόκληρο το ποσό της περίθαλψής τους, δίνοντας προκαταβολή το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό μπορεί να θεωρηθεί υψηλό για πολλούς μετανάστες, οι οποίοι δεν δικαιούνται βιβλιάριο οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από τον γηγενή πληθυσμό, καθώς τα εισοδήματά τους είναι γενικά χαμηλότερα. Είναι επομένως πιθανό πολλοί από τους μετανάστες να μην είναι σε θέση «να αντιμετωπίσουν το κόστος μιας έκτακτης ανασφάλειας όπως τα προβλήματα υγείας» (Μαράτου-Αλιπράντη και Γκαζόν, 2005).

Την προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνουν συνεπώς:

- α) το καθεστώς εργασίας πολλών μεταναστών με τη μορφή της αδήλωτης εργασίας, που έχει ως συνέπεια να παραμένουν ανασφάλιστοι,
- β) τα χαμηλά εισοδήματα των μεταναστών, καθώς και
- γ) η ιδιαιτερότητα του συστήματος καταβολής «άτυπων αμοιβών» στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Εμπόδιο στη προσβασιμότητα των αλλοδαπών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με τον νομικό καθεστώς των επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο, οι πρόσφυγες και κατ' επέκταση το πλαίσιο των δικαιωμάτων που απορρέουν από το καθεστώς τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κατά την τελευταία δεκαετία, το φαινόμενο της ελλιπούς ενημέρωσης των δημοσίων υπαλλήλων έχει περιοριστεί αισθητά ως απόρροια της εκπαίδευσής τους. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνεται επίσης αρκετά από τα χρόνια προβλήματα της ελληνικής διοίκησης που μεταφράζονται σε μεγάλες καθυστερήσεις στην έκδοση ή ανανέωση των αδειών παραμονής, ως απόρροια των πολυδαίδαλων γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Αντικειμενική δυσκολία στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τέλος η γλωσσική επικοινωνία, λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας αλλά και η ελλιπής

ενημέρωση των αλλοδαπών ως προς το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Η απουσία διερμηνέων και διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία, περιορίζει την διασφάλιση της λήψης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου το 2007, διαπιστώνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούσαν 112 ανθρώπους που επισκέφτηκαν τις κλινικές των Γιατρών του Κόσμου σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Σε ερώτηση που αφορούσε τις υπηρεσίες ελέγχου του ιού HIV, το 83,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν είχαν γνώση του δικαιώματος χρήσης αυτών των υπηρεσιών. Το ποσοστό αυτό υπήρξε το υψηλότερο σε σύγκριση με τις υπόλοιπες 8 χώρες της μελέτης. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως απόρροια της άρνησης του δικαιώματος στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που κατά μεγάλο μέρος αφορά τους μετανάστες χωρίς χαρτιά: ο γενικός κανόνας είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη, επομένως οι εξαιρέσεις σε αυτόν τον κανόνα (στην προκειμένη περίπτωση, η πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες ελέγχου για HIV) είναι, δυστυχώς εύλογα, ελάχιστα γνωστές. (Γιατροί του Κόσμου – Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, 2007).

Εν κατακλείδι, οι συνέπειες της περιορισμένης πρόσβασης μιας μεγάλης μερίδας των κατοίκων της χώρας στο σύστημα υγείας, μπορεί να αποδειχθούν δυσμενείς για την υγεία των μεταναστών αλλά και για την δημόσια υγεία γενικά. Σημαντική θα μπορούσε να θεωρηθεί η αξιολόγηση του κόστους αυτού όπως επίσης και η αποτίμηση της πραγματικής επιβάρυνσης για το σύστημα υγείας στην περίπτωση διεύρυνσης του δικαιώματος πρόσβασης των άτυπων μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στο εθνικό σύστημα υγείας των διαφορετικών κατηγοριών αλλοδαπών:

ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
Μετανάστες με νόμιμο καθεστώς παραμονής	Κάθε αλλοδαπός τρίτης χώρας, ο οποίος διατηρεί άδεια παραμονής σε ισχύ, απολαμβάνει πρόσβαση στο ΕΣΥ με τα ίδια δικαιώματα όπως οι Έλληνες πολίτες. Κατ' επέκταση οι νόμιμοι μετανάστες που είναι ασφαλισμένοι και διαθέτουν το βιβλιάριο ασθενείας που εκδίδει ο ασφαλιστικός τους φορέας μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ δωρεάν ή καλύπτοντας τμήμα του κόστους. Δεν έχουν, όμως, τη δυνατότητα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, όπως οι Έλληνες και οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής.
Μετανάστες χωρίς νόμιμο καθεστώς	Σύμφωνα με τον νόμο (Άρθρο 84/Ν.3386/2005) οι παράτυποι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Εξαιρούνται οι

παραμονής	ανήλικοι.
Μετανάστες Ελληνικής καταγωγής	Οι Έλληνες Πόντιοι από τις χώρες την πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι ομογενείς από την Αλβανία απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.
Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο	Οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, μετά την έκδοση της προσφυγικής ταυτότητας ή της κάρτας αίτησης ασύλου, και για το χρονικό διάστημα που αυτές βρίσκονται σε ισχύ, απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη καθώς και φαρμακευτική κάλυψη.

Πίνακας 4: Δικαίωμα πρόσβασης στο ΕΣΥ των διαφορετικών κατηγοριών μεταναστών

4.4.2.4 Παράνομοι μετανάστες και υπηρεσίες υγείας

Η πραγματικότητα για τους αλλοδαπούς δίχως άδεια παραμονής και εργασίας και κατ' επέκταση ανασφάλιστους, είναι διαφοροποιημένη. Τα άτομα αυτά βρισκόμενα στο περιθώριο και δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό σε επίπεδο υγείας και πρόνοιας. Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στις δημόσιες υπηρεσίες της χώρας, απαγορεύεται η χορήγηση φαρμάκων και η περίθαλψη σε παράνομους μετανάστες.

Για τους ανεπίσημους μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα, παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες αποκλειστικά και μόνο εάν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά και μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Εάν το περιστατικό δεν κριθεί επείγον οι αλλοδαποί αυτής της κατηγορίας δε θα γίνονται δεκτοί (άρθρο 51, παρ. 1 του Νόμου 2910/2001), σύμφωνα με το οποίο όλες οι δημόσιες υπηρεσίες υποχρεούνται να μην συναλλάσσονται με ανεπίσημους μετανάστες πλην των νοσοκομείων, θεραπευτηρίων και κλινικών ή σε περίπτωση ανήλικων παιδιών), αλλά θα πρέπει να ειδοποιούνται άμεσα οι αρμόδιες αστυνομικές αρχές για τις περαιτέρω νόμιμες συνέπειες.

Μια τέτοια πολιτική θα αποθαρρύνει τους μετανάστες χωρίς χαρτιά από το να ζητήσουν οποιαδήποτε ιατρική φροντίδα, λόγω του φόβου ότι οι γιατροί θα τους αποκρούσουν ή θα τους καταδώσουν στην αστυνομία. Όσοι είναι άρρωστοι θα αγνοήσουν τα συμπτώματα μέχρι να είναι πολύ αργά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για την δημόσια υγεία.

Η απόκλιση αυτή αιτιολογείται ως αποτέλεσμα των χρεών των ανασφάλιστων αλλοδαπών στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ανασφάλιστοι μετανάστες, σύμφωνα με τον νόμο, δεν δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η πλευρά του Υπουργείου

Υγείας χαρακτηρίζει τους ανασφάλιστους αλλοδαπούς ως τη βασική αιτία της «μαύρης τρύπας» των νοσοκομείων της χώρας μας.



Η τακτική αυτή παρουσιάζεται ως λύση προκειμένου να προστατευθούν τα συμφέροντα του Έλληνα φορολογούμενου, εις βάρος του οποίου νοσηλεύεται δωρεάν ένας μεγάλος αριθμός αλλοδαπών, παρότι δεν έχει αυτό το δικαίωμα. Η ανάγκη για περίθαλψη των παράνομων μεταναστών μετά την αύξηση του αριθμού τους λόγω του πολέμου στη Συρία ήταν άμεση, με αποτέλεσμα την ίδρυση μη κυβερνητικών οργανώσεων με κύριο σκοπό την ιατρική φροντίδα των πληθυσμών αυτών, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας και συμβουλευτικής.

4.4.2.5 Η πραγματικότητα σήμερα

Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας κατά τη δεκαετία του '90 οφειλόταν στην εισροή πληθυσμού από το εξωτερικό, σε αντίθεση με τις δεκαετίες του '70 και του '80 που οφειλόταν περισσότερο στη φυσική αύξηση του εγχώριου πληθυσμού (Δρεττάκης, 2005). Η γήρανση του πληθυσμού, η συνακόλουθη ανισορροπία της αναλογίας εργαζομένων και συνταξιούχων και ο ρόλος της μετανάστευσης στα πλαίσια του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, αποτέλεσαν και αποτελούν βασικές διαστάσεις στις επιπτώσεις στη χρηματοδότηση και βελτίωση των χαμηλών συντάξεων, και στις αλλαγές που προωθούνται όχι μόνο για τις συντάξεις αλλά και ευρύτερα για την ελληνική κοινωνία.

Στο σημείο αυτό θα αναφέρουμε ότι η αναλογία ασφαλισμένων και συνταξιούχων για το έτος 2005 ήταν 1,77 ενώ το 1980 και το 1990 ήταν 3,16 και 2,88 αντίστοιχα (Μπουρικός 2006). Σύμφωνα με την Έκθεση της Εθνικής Στρατηγικής για τις Συντάξεις που συντάχθηκε το 2005, οι δημόσιες δαπάνες για τις συντάξεις ήταν για το 2000 στο 12,4% του ΑΕΠ, ενώ το 2030 θα αυξηθούν στο 17,3% και το 2050 στο 22,6% (Commission of the European Communities, 2002).

Κατά την περίοδο 2004-2050, ενδέχεται ο πληθυσμός της Ελλάδας να μειωθεί κατά 3% με τη συρρίκνωση στις ηλικίες κάτω των 64 ετών να αγγίζει περίπου το 20% και με πολύ μεγάλη αύξηση στις ηλικίες άνω των 65 ετών, που θα φτάνει περίπου το 80%. Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων προβλέπεται να αυξηθεί την περίοδο 2003-2050 κατά 35% (Μπουρίκος, 2006). Όσον αφορά στη γονιμότητα, εκτιμάται ότι θα βελτιωθεί οριακά, ενώ η εισροή μεταναστών υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί περαιτέρω πάνω από 2% του πληθυσμού ετησίως. Το 2050, εκτιμάται ότι ο ένας στους τρεις Έλληνες θα είναι άνω των 65 ετών και ο ένας στους δέκα άνω των 80 ετών (Commission / Economy Policy Committee / Μπουρίκος, 2006).

Όπως έχει διαπιστωθεί, το ασφαλιστικό σύστημα συνδέεται με τη μετανάστευση και τη συμβολή της στη βελτίωση της δημογραφικής κατάστασης, κατά συνέπεια και της τόνωσης των ασφαλιστικών ταμείων από την άποψη της αύξησης των πόρων, δηλαδή των εισφορών. Στη βιβλιογραφία όμως, έχουν παρατηρηθεί διάφορα ερωτήματα που αφορούν όχι μόνο τη συμβολή των μεταναστών στα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και στον τρόπο αντιμετώπισης της μετανάστευσης σε πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Για παράδειγμα, καταγράφεται η άποψη ορισμένων αναλυτών, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι, δεδομένων των πολιτικών των Ευρωπαϊκών χωρών, η μετανάστευση δε φαίνεται να αποτελεί μια εφικτή λύση (Clark, 2002) για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στα ασφαλιστικά συστήματα. Στο σύγχρονο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, με την επικράτηση της φιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης, παρατηρείται η εμφάνιση νέων μορφών απασχόλησης (προσωρινή, παράνομη, προσωπική, συμπληρωματική), καθώς και νέες ομάδες εργατών (εποχικοί, πρόσκαιροι, ανεπίσημοι), που συνδέονται άμεσα με την παγκόσμια ζήτηση για ελαστική εργασία. Η ζήτηση αυτή, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ανεπίσημης εργασίας, καθώς και την εκμετάλλευση, διαμορφώνοντας έτσι, νέες μορφές εργαζομένων. Συνεπώς, αρκετοί μετανάστες εργάζονται χωρίς να ασφαλίζονται.

Επιπλέον, υποστηρίζεται και η άποψη από αρκετούς αναλυτές, ότι οι κυβερνώντες συνήθως παραβλέπουν τους ενδογενείς παράγοντες της κρίσης του ασφαλιστικού, δηλαδή την εισφοροδιαφυγή, τον τρόπο διαχείρισης του αποθεματικού και την παραοικονομία, και εστιάζουν περισσότερο στους εξωγενείς παράγοντες, όπως η γήρανση του πληθυσμού (Χλέτσος, 2003).

4.4.2.6 Συσχέτιση του ρόλου της μετανάστευσης με το ασφαλιστικό σύστημα

Από τη διερεύνηση του θέματος σε βιβλιογραφικό επίπεδο προκύπτει ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο οι μελέτες που εξετάζουν τον ρόλο της μετανάστευσης, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, στην επίλυση του προβλήματος της γήρανσης του πληθυσμού και του συνταξιοδοτικού συστήματος, υποστηρίζουν ότι η θετική συμβολή της μετανάστευσης στο συνταξιοδοτικό σύστημα είναι προσωρινή,

καθώς και ότι η μετανάστευση είναι μόνο ένας από τους πολλούς παράγοντες που επιδρούν στην παραπάνω σχέση.

Στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, όπως αναφέρεται στο άρθρο «Ο ρόλος της μετανάστευσης στις μεταβολές του εργατικού δυναμικού και στη βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα» (Μπάγκαβος και Παπαδοπούλου, 2006), η μετανάστευση κατέχει μια ιδιαίτερη θέση στη συζήτηση αναφορικά με το μέλλον των συνταξιοδοτικών συστημάτων, ειδικότερα στις περιπτώσεις χωρών όπου το φαινόμενο του baby-boom παρουσιάστηκε με ιδιαίτερη ένταση και στις οποίες η δημογραφική γήρανση αναμένεται ότι θα διευρυνθεί σημαντικά.

Η δημογραφική γήρανση δεν πρέπει αβίαστα να ταυτίζεται με την διαχρονική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων μέσα σε ένα πληθυσμό, αφού συνδέεται στενά με τις σημαντικές μεταβολές που αφορούν τόσο στον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας, όσο και στον πληθυσμό των νέων ατόμων. Στην περίπτωση των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών, η σταδιακή αποχώρηση των γενεών baby-boom από την αγορά εργασίας θα δημιουργήσει τις συνθήκες για μία μελλοντική στασιμότητα ή ακόμη και συρρίκνωση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας. Η εξέλιξη αυτή θα είναι τόσο πρόωμη χρονικά όσο και έντονη στις περιπτώσεις των χωρών όπου τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας των τελευταίων δεκαετιών δεν επιτρέπουν την αριθμητική αντικατάσταση των γενεών του baby-boom από τις νεότερες γενιές (γενιές του baby-bust). Υπό αυτή την έννοια ο ρόλος της μετανάστευσης αποκτά μια ιδιαίτερη σημασία, στο βαθμό που η συνέχιση των μεταναστευτικών ροών μπορεί να επιβραδύνει την εμφάνιση μιας μελλοντικής συρρίκνωσης του ηλικιακά ενεργού πληθυσμού.

Η περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζει κάποιες διαφοροποιήσεις σε σχέση με το προαναφερόμενο πλαίσιο των μελλοντικών μεταβολών στην κατά ηλικία δομή του πληθυσμού. Από τη μία πλευρά, το γεγονός ότι το φαινόμενο του baby-boom ήταν οριακό και όχι γενικευμένο, συνηγορεί για μία κανονική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων τα επόμενα χρόνια. Από την άλλη, η ιδιαίτερα έντονη μεταναστευτική εισροή της δεκαετίας του 1990 συνδυάστηκε με σημαντική αύξηση του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας ή με άλλα λόγια με μια παράταση στην εμφάνιση καταστάσεων έλλειψης σε εργατικό δυναμικό.

Παρόλα αυτά, εξετάζοντας τις μακροχρόνιες προοπτικές του συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα από μια καθαρά δημογραφική σκοπιά, θα πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του δύο βασικά σημεία:

α) ότι με την πάροδο του χρόνου οι μετανάστες θα γερνούν και συνεπώς θα συνταξιοδοτούνται και

β) μέσα σε ένα πλαίσιο όπου διαχρονικές μεταβολές του λόγου μεταξύ ηλικιωμένων και ατόμων σε ηλικία εργασίας (ή αλλιώς συνταξιούχων/εργαζομένων) είναι καθοριστικές για την βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος, οι ανάγκες για αύξηση του εργατικού δυναμικού και ως ένα βαθμό του

πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, θα είναι συνεχείς και συνεπώς ο ρόλος της μετανάστευσης θα εξακολουθήσει να είναι σημαντικός.

Επιχειρώντας μία πιο συγκεκριμενοποιημένη προσέγγιση της επιρροής που ασκεί η μετανάστευση στο ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα, θα καταφύγουμε σε δύο συμπεράσματα αναλογιστικών μελετών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι ενώ από το 2002 έχει συσταθεί με νόμο (Ν.3029/2002) και λειτουργεί ανεξάρτητη Εθνική Αναλογιστική Αρχή με βασική αποστολή της την διεξαγωγή ετήσιων μελετών βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, ο μέχρι σήμερα απολογισμός της δεν ανταποκρίνεται στους καταστατικούς της σκοπούς. Η μία μελέτη λοιπόν, διεξήχθη από το τμήμα Γεωγραφίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου με έτος βάσης το 2006 και αναθέτουσα Αρχή το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής (ΙΜΕΠΟ) και η δεύτερη διεξήχθη από το ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ για το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με έτος βάσης το 2004.

Στα βασικά τους συμπεράσματα και οι δύο Αναλογιστικές Μελέτες εξάρουν το θετικό ρόλο και τη συμβολή της μετανάστευσης τόσο στην τόνωση των ασφαλιστικών φορέων, όσο και στη ενίσχυση της βιωσιμότητας του ελληνικού συνταξιοδοτικού συστήματος, δεδομένου ότι οι μετανάστες θα «τροφοδοτούν» με τις εισφορές τους τα ταμεία χωρίς να «αξιώνουν» αντίστοιχο επίπεδο παροχών. Ωστόσο καταλήγουν στις ακόλουθες επισημάνσεις:

A) Η θετική συμβολή της μετανάστευσης στο ασφαλιστικό σύστημα, έχει προσωρινό χαρακτήρα, δίνοντας ένα βάθος χρόνου μέχρι το 2026. Με άλλα λόγια, η μετανάστευση δεν αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα της Κοινωνικής Ασφάλισης.

B) Η προσθήκη των ασφαλισμένων μεταναστών, βελτίωσε κατά πολύ την ηλικιακή πυραμίδα, και δόθηκε μία «ηλικιακή ανάσα», ωστόσο δεν παρατηρήθηκε ανάλογη βελτίωση και στον οικονομικό τομέα. Η αιτία πρέπει να αναζητηθεί: i) στις λιγότερες ημέρες εργασίας που πραγματοποιούν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων, σε όλες τις ηλικίες (14,17 έναντι 17,64 των Ελλήνων, κατά μέσο όρο), αλλά και ii) στους χαμηλότερους μέσους μισθούς που απολαμβάνουν οι μετανάστες έναντι των Ελλήνων. (Είναι άξιο παρατήρησης ότι οι αλλοδαποί απολαμβάνουν υψηλότερους μέσους μισθούς έναντι των Ελλήνων, μόνο μέχρι την ηλικία των 25 ετών).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΆΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

5.1 Εισαγωγή – Κατηγοριοποίηση Συστημάτων Υγείας

Η γνώση συστημάτων υγείας άλλων χωρών, εκτός της Ελλάδας, ως προς τη δομή, την οργάνωση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση, κρίνεται αναγκαία και μας επιτρέπει να συγκρίνουμε και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο που είναι οργανωμένο και πόσο αποτελεσματικό είναι γενικά το ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τα συστήματα υγείας, με τέσσερα βασικά πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης, βρίσκονται στο μικροσκόπιο των κυβερνήσεων παγκοσμίως. Έως σήμερα, για παράδειγμα, η υγεία στις ΗΠΑ δίνει έμφαση περισσότερο στην ιδιωτική, παρά στην κοινωνική ασφάλιση, όταν από την άλλη, η Ευρώπη έχει να επιδείξει διαφορετικά συστήματα υγείας, ειδικά μεταξύ Ανατολής και Δύσης.

Το ιταλικό σύστημα υγείας, για παράδειγμα, χαρακτηρίζεται κυρίως από την αποκέντρωση, όταν το γαλλικό κρατά ισχυρό τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο και το σύστημα υγείας της Ολλανδίας στηρίζεται στην ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Από την άλλη, μέσα από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας ξεχωρίζει εκείνο της Βρετανίας, με το βρετανικό μοντέλο να αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες, εξαιτίας της στήριξής του στις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές.

Ιδιαίτερη σημασία, εξάλλου, έχουν και οι πόροι, που διαφέρουν αρκετά έως καθοριστικά από μοντέλο σε μοντέλο. Χαρακτηριστικό είναι ότι από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, το βρετανικό μοντέλο προβλέπει πως από τη γενική φορολογία προέρχεται το 79% των δαπανών υγείας, ενώ το γερμανικό μοντέλο αντίστοιχα το 19%.

Τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Το πρώτο αναφέρεται στο [αγγλοσαξονικό μοντέλο](#), το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται [ηπειρωτικό μοντέλο](#) και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα.

Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο [σκανδιναβικό μοντέλο](#), όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία.

Τέλος, το [νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο](#) αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχαν ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παραθέτουμε ορισμένα βασικά στοιχεία για το σύστημα υγείας άλλων ευρωπαϊκών χωρών και τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί ανεξάρτητα από τις οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων και των γενικότερων αρχών που το διέπουν το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλες τις χώρες έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας.

Έτσι, παρουσιάζονται περιγραφικά τα συστήματα υγείας τεσσάρων χωρών, αντιπροσωπευτικών για κάθε ένα από τα τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας:

- A) Μεγάλη Βρετανία για το αγγλοσαξονικό μοντέλο
- B) Γερμανία για το ηπειρωτικό μοντέλο
- Γ) Σουηδία για το σκανδιναβικό μοντέλο και
- Δ) Ισπανία για το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο

5.2 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου Μ. et. al., 2001).

Το Βρετανικό σύστημα Υγείας ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιο βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο – υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει

μέρος από την παλιά του αίγλη. Αυτό συμβαίνει γιατί βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης.

Παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή σε περίπου 60.000.000 άτομα, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους. Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία για το 2011 ανέρχονται στο 9,4% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2013).

Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες.

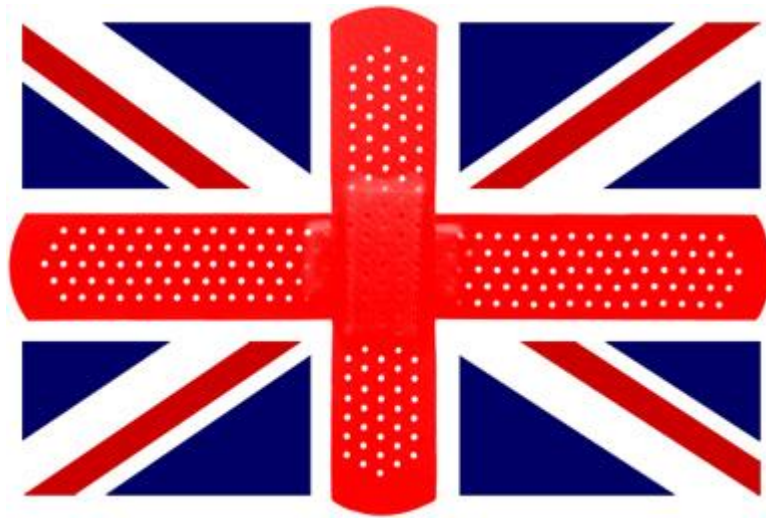
Ο διαχωρισμός αυτός, ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, εφαρμόστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας. Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια από συνολικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών. Επίσης, το 5% περίπου των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται για τη νοσηλεία ιδιωτικών ασθενών.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από το NHS, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's). Οι γενικοί γιατροί, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% του πληθυσμού, είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση (group practice). Ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παράλληλα διαχειρίζονται πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους, είτε μέσω των GP's fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας (primary health groups).

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του NHS δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα.



5.3 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, γνωστό και ως μοντέλο Bismarck, το οποίο αντιπαραβάλλεται και τοποθετείται στον αντίποδα του μοντέλου Beveridge, όπως αναπτύξαμε προηγουμένως με τον γνησιότερο εκπρόσωπο του το Βρετανικό NHS. Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Ξεκίνησε το 1883 επί καγκελαρίας Bismarck όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων.

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και της ανταποδοτικότητας. Για τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση και τα ταμεία υγείας, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους και η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών.

Μέσα από μια πορεία 130 χρόνων το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε, διευρύνθηκε, μεταλλάχθηκε, αναμορφώθηκε και μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές, και σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Είναι προφανές ότι παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, οι οικονομικές κρίσεις, η ανεργία, οι πόλεμοι, τα οργανωμένα και συχνά αντικρουόμενα σύνολα και συμφέροντα και πολλά άλλα έπαιξαν ρόλο και

επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του, καθορίζοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (Πολύζος Ν., 2013).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Η ασφάλιση μπορεί να γίνει είτε στα δημόσια ταμεία υγείας, είτε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε σε κάποιο συνδυασμό των δύο. Η δημόσια ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για άτομα που το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω των 50.850 ευρώ, οι οποίοι υπολογίζεται ότι είναι γύρω στο 75% του πληθυσμού. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με εισόδημα μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ μπορούν να επιλέξουν και να ασφαλιστούν είτε στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Σήμερα το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ένα 10% επιλέγει να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες που εξαιρούνται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά και εργαζόμενοι με πολύ υψηλά εισοδήματα (Πολύζος Ν., 2013).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Γερμανία για το 2011 ανέρχονται στο 11,3% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση (56%), κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.

Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό – εθνικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε περιφερειακό επίπεδο οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και οι τοπικές αρχές. Συνεπώς, σε εθνικό επίπεδο υπάρχει το ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει την κύρια ευθύνη για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας που ακολουθεί η χώρα και αποφασίζει λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της χώρας.

Την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν οι αρχές των 16 κρατιδίων, που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς. Η χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων προέρχεται επίσης από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές και καθορίζεται με βάση συμφωνηθέν νοσήλιο στο πλαίσιο συνολικών προϋπολογισμών. Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού.

Τους πυλώνες του συστήματος υγείας στη Γερμανία αποτελούν από τη μεριά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας τα ασφαλιστικά ταμεία και από την άλλη πλευρά, αυτή της προσφοράς, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και αντλούν τους πόρους τους μέσα από τις εισφορές των μελών

τους. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος υπήρχαν περισσότερα από 20.000 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία στη συνέχεια περιορίστηκαν σημαντικά. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας με 79 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 49 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ενώ το 2011 τα δημόσια ταμεία μειώθηκαν σε 136 κυρίως λόγω συγχωνεύσεων. Τα ταμεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, στα οποία εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες, και εκεί τίθενται οι κανονισμοί λειτουργίας τους, εγκρίνεται ο προϋπολογισμός και καθορίζεται το ύψος των εισφορών.

Οι εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτικές και το ύψος αυτών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από τους εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών των εργαζομένων έφθανε περίπου στο 15% το 2003.



Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η μεταρρύθμιση του 2009, στην οποία δημιουργήθηκε σε ομοσπονδιακό επίπεδο το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, με στόχο την εισαγωγή στο περιβάλλον ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας περισσότερου ανταγωνισμού και μεγαλύτερης ελευθερίας επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Στις αρμοδιότητες του περιλαμβάνεται η συγκέντρωση όλων των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια η κατανομή τους πίσω στα ταμεία, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από τον αριθμό των ασφαλισμένων ανά ταμείο και τα δημογραφικά και νοσολογικά τους στοιχεία.

Από την άλλη πλευρά, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούνται από τους όλους τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μιας περιφέρειας και

σήμερα υπάρχουν 17 ενώσεις. Οι ενώσεις αυτές βρίσκονται σε συνεχή διαπραγμάτευση σε περιφερειακό επίπεδο με τα ταμεία υγείας για σημαντικά θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί αποζημίωσης και το πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από συμβόλαια που υπογράφουν μεταξύ τους. Όλες οι ενώσεις των γιατρών των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν σε εθνικό επίπεδο την Ομοσπονδιακή Ένωση Ιατρών.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Γερμανικού Συστήματος Υγείας είναι ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία 200 χρόνια η έρευνα και η υπερεξειδίκευση από τις Ιατρικές Σχολές, γίνεται αποκλειστικά στα νοσοκομεία, αφήνοντας τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας έξω από αυτά, γι' αυτό και υπάρχει ακόμη και σήμερα σαφής αντιπαλότητα, που φτάνει τα όρια της έχθρας μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών και γιατρών (γενικών και ειδικοτήτων) της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Πολύζος Ν., 2013).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο (solo practice) και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς (group practice). Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων.

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Η διαδικασία αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω των προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό σε υπέρβαση της κατανάλωσης.

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα, όπως ισχύει στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Περίπου το 50% των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Οι γενικοί γιατροί, αλλά και αυτοί της ειδικότητας, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice).

Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον γενικό - οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν (αφού υποβάλουν την κάρτα υγείας τους) πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν.

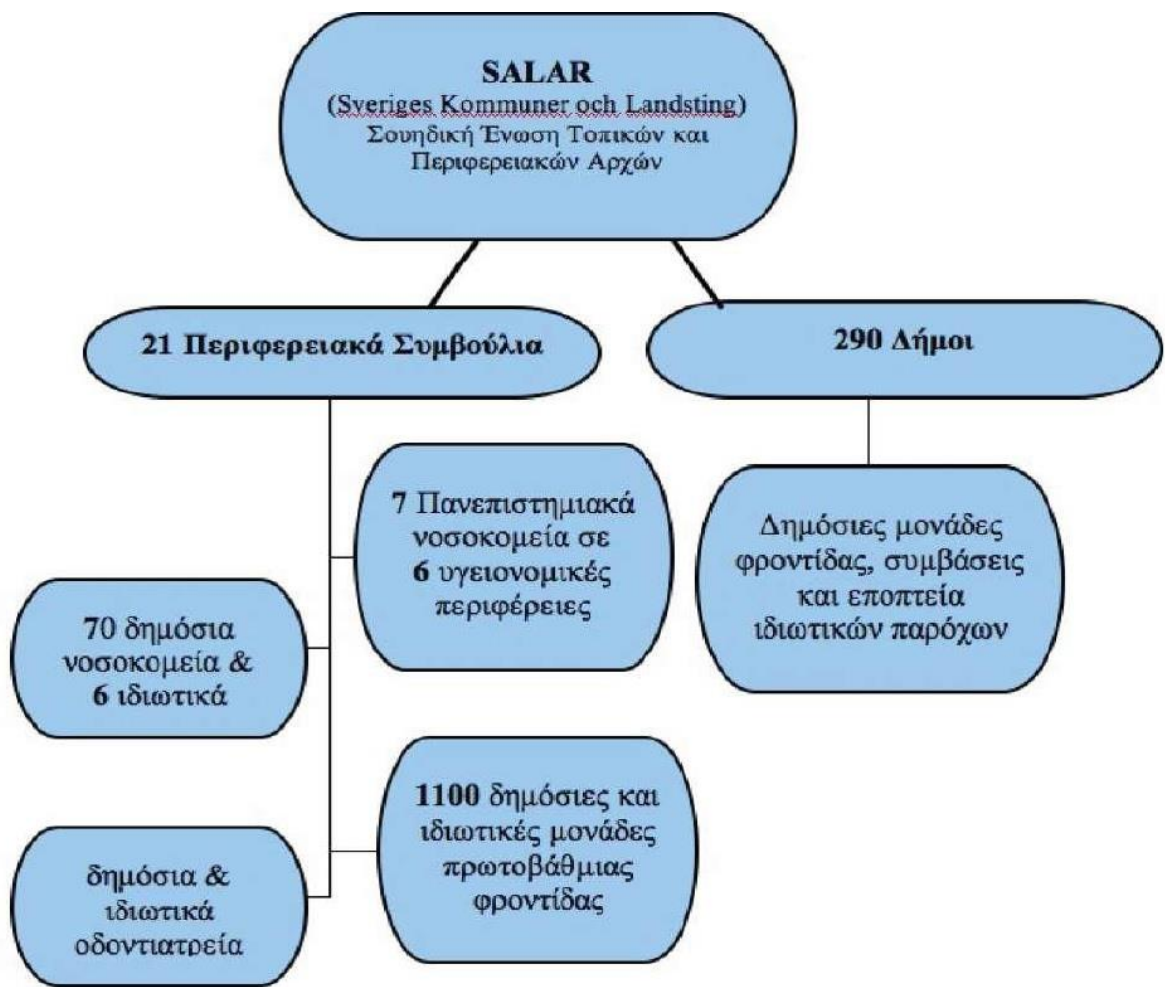
5.4 Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας εντάσσεται στα δημόσια – εθνικά συστήματα, αφού την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι αυτοδιοικητικοί θεσμοί, όπως είναι οι Περιφέρειες και οι Δήμοι. Το σύστημα υγείας στη χώρα αυτή αποτελεί σημαντικό μέρος στο γενικότερο χαρακτήρα της χώρας ως κράτους πρόνοιας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους. Σύμφωνα με το νόμο του 1982 παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή σε περίπου 9.380.000 άτομα.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Σουηδία για το 2011 ανέρχονται στο 9,5% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (OECD, 2013). Οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν μονοπωλούν το σύνολο των δαπανών υγείας και βρίσκονται στο 82%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες βρίσκονται μόλις στο 17%. Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες αυτές δεν ξεπερνούν το 1% των συνολικών δαπανών. Οι δημόσιες δαπάνες προέρχονται κυρίως από τους δημοτικούς φόρους, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων. Ένα μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1995.

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας διακρίνεται για την αποκεντρωτική του δομή και οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης: τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό – εθνικό. Σε κεντρικό επίπεδο, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει την πολιτική υγείας και το χαρακτήρα του συστήματος υγείας που πρέπει να εφαρμοστεί γενικά στη χώρα, προωθεί στη Βουλή τον προϋπολογισμό υγείας και νομοθετεί.

Την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τα 21 Περιφερειακά Συμβούλια (county councils). Μεταξύ των Περιφερειών εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τις στρατηγικές πολιτικές υγείας και ειδικότερα ως προς τις σχέσεις που αναπτύσσονται με ιδιωτικούς οργανισμούς – παρόχους υπηρεσιών (Anell et. al., 2012). Τα περιφερειακά συμβούλια υποδιαιρούνται σε 290 Δήμους (municipalities), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες πρόνοιας, ιδιαίτερα για τους χρόνιους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές εκπροσωπούνται από την SALAR, δηλαδή τη Σουηδική Ένωση Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών (Σχήμα 3).



Σχήμα 3: Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία (Anell et. al., 2012)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών που διαφοροποιούνται ανά Περιφέρεια. Κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων. Συνολικά, υπάρχουν 1.100 μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εκ των οποίων περίπου το ένα τρίτο είναι ιδιωτικές, ενώ οι υπόλοιπες ανήκουν στο κεντρικό σύστημα και τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Οι δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή αλλιώς Κέντρα Υγείας είναι στελεχωμένες κυρίως με γενικούς γιατρούς, αλλά σε πολλές περιπτώσεις και με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο. Επίσης, υπηρετούν σε αυτά νοσηλεύτριες, μαίες και φυσιοθεραπευτές. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τόσο τη βασική θεραπευτική φροντίδα, όσο και την πρόληψη. Τα Κέντρα Υγείας αριθμούνται σε 900, διοικούνται από τα Περιφερειακά Συμβούλια και εξυπηρετούν μικρές περιοχές παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε 5.000 - 50.000 κατοίκους. Επίσης, υπάρχουν και Κέντρα προστασίας Μάνας και Παιδιού, στα οποία γίνονται εμβολιασμοί και προληπτικές εξετάσεις.

Παράλληλα με τις δημόσιες τοπικές μονάδες, πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται και από 200 ιδιωτικές μονάδες που υπηρετούν διάφορες ειδικότητες γιατρών με κυρίαρχη αυτή της γενικής ιατρικής και έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ιδιώτες πάροχοι αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια και παρέχουν υπηρεσίες κυρίως στις πυκνοκατοικημένες περιοχές και στις μεγάλες πόλεις (Πολύζος Ν., 2013).

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί ανέρχονταν το 2011 σε 5.879 και αποτελούν μόλις το 25% του συνόλου των γιατρών. Παρέχουν συμβουλές, θεραπεία και πρόληψη και κατευθύνουν τον ασθενή στο σύστημα και τον παραπέμπουν για ειδικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς στα νοσοκομεία. Κυρίως όμως το νοσηλευτικό προσωπικό, εκ των οποίων οι περισσότεροι εργάζονται για τους 290 Δήμους, αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και κρίνει αν θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί το γενικό ιατρό ή να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων. Ο συντονισμός και γενικά η κατεύθυνση του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει στους γενικούς ιατρούς.

Οι ασθενείς επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς των δημόσιων τοπικών μονάδων με ραντεβού. Ωστόσο, οι περισσότερες μονάδες παρέχουν τη δυνατότητα επίσκεψης των ασθενών, σε συγκεκριμένες ώρες χωρίς ραντεβού. Οι ασθενείς έχουν επίσης τη δυνατότητα να απευθυνθούν και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους γιατρό, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν την ειδικότητα ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου που επιθυμούν, αλλά όχι το επίπεδο φροντίδας.

Ο θεσμός των γενικών – οικογενειακών ιατρών φαίνεται να μην έχει ανταποκριθεί στις αρχικές προβλέψεις και διατυπώνεται σχετική επιφυλακτικότητα για την επιτυχία του. Ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών ιατρών ως πύλη ελέγχου του συστήματος υγείας, δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα και αναφορικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, φαίνεται ότι ο ρόλος των νοσοκομείων παραμένει σημαντικός. Από τις αθροιστικά περίπου σαράντα εκατομμύρια πράξεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το 2009 τα δεκατέσσερα εκατομμύρια αντιστοιχούσαν σε Γενικούς Ιατρούς (Anell et. al., 2012).

Οι πόροι από την κυβέρνηση κατανέμονται στα περιφερειακά συμβούλια μέσα από συνολικούς προϋπολογισμούς, τα δε συμβούλια έχουν ξεχωριστούς προϋπολογισμούς για την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα παρατηρούμε ότι καλύπτει περίπου το 18% της συνολικής δαπάνης (OECD, 2013).

Τα Περιφερειακά Συμβούλια και οι δήμοι φέρουν σημαντική ευθύνη για τις δαπάνες της υγείας, την κατάρτιση και την παρακολούθηση τήρησης των προϋπολογισμών. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο των γενικών τους προϋπολογισμών οι οποίοι οφείλουν να είναι ισοσκελισμένοι. Η λειτουργία των δομών που έχουν υπό την ευθύνη τους δε θα πρέπει να υπονομεύει το στόχο των ισοσκελισμένων προϋπολογισμών, ενώ τελούν υπό σημαντικών περιορισμών για τη δυνατότητα που έχουν να θεσπίζουν

τοπικούς φόρους. Επίσης, οι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών συχνά συνάπτουν συμβάσεις με τις Περιφερειακές αρχές ή τους δήμους (ανάλογα με το είδος). Ειδικά, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το σύστημα διασφαλίζει την κάλυψη του κόστους του μέσω της συμμετοχής των χρηστών (Πολύζος Ν., 2013).

Οι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί και οι γιατροί ειδικοτήτων, που εργάζονται στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι μισθωτοί και η αποζημίωσή τους είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη, ενώ χρησιμοποιείται παράλληλα και η αποζημίωση με βάση τη χρήση των εγγεγραμμένων δικαιούχων, γιατί από το 2010 και με ευθύνη των Περιφερειακών Αρχών κάθε πολίτης είναι καταγεγραμμένος σε κάποιο από τα δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Anell et. al., 2012).

5.5 Το Ισπανικό Σύστημα Υγείας

Ένα νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο συστήματος υγείας είναι το Ισπανικό. Στην Ισπανία, από τη δεκαετία του '80, λειτουργεί εθνικό σύστημα υγείας στο πλαίσιο του μοντέλου Beveridge, με ορισμένες ιδιαιτερότητες, οι οποίες το καθιστούν ξεχωριστή περίπτωση, προσαρμοσμένη στις συνθήκες των κατοίκων του ευρωπαϊκού νότου.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει δωρεάν σε όλους τους ισπανούς πολίτες πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης. Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει περίπου το 10% του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία. Η κυβέρνηση συγκροτεί περιφερειακούς προϋπολογισμούς υγείας για καθεμιά από τις 17 ημιαυτόνομες περιφέρειες, ανάλογα με τον πληθυσμό της. Σε κάθε περιφέρεια τα αρμόδια όργανα διοικούν τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εντάσσονται σε διαφορετικές «περιοχές» υγείας (health areas), που καλύπτουν πληθυσμούς 200.000-250.000 κατοίκων. Κάθε «περιοχή» υγείας χωρίζεται σε ζώνες (health zones), που καλύπτουν πληθυσμούς 5.000 – 25.000 κατοίκων. Στις 10 από τις 17 περιφέρειες, ο ρόλος του κράτους παραμένει σημαντικός, καλύπτοντας το 37% του πληθυσμού.

Τα Νοσοκομεία σε ποσοστό 80% ανήκουν στο δημόσιο τομέα και 20% στον ιδιωτικό. Κάθε νοσοκομείο έχει τη δική του διοίκηση. Στον ιδιωτικό τομέα έχουν αναπτυχθεί ορισμένα μεγάλα ιατροκοσμητικά συμπλέγματα στα πρότυπα της οργανωμένης φροντίδας των ΗΠΑ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από δημόσια κέντρα υγείας και γενικούς γιατρούς. Κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί σε μια «ζώνη υγείας», η οποία έχει την ευθύνη διοίκησής του. Οι γενικοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους και στα ιατρεία τους σε ατομική (solo practice) ή ομαδική βάση (group practice).

5.6 Ανακεφαλαίωση

Από την περιγραφή των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε διάφορες αντιπροσωπευτικές χώρες της Ευρώπης (Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία, Σουηδία και Ισπανία), διαπιστώνονται αρκετές ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Σε όλες τις παραπάνω χώρες παρατηρήθηκε ότι είναι καθοριστικός ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και γενικά στο σύστημα υγείας. Ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών ως gatekeepers είναι κυρίαρχος στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Σουηδίας, αλλά και της Γερμανίας. Ειδικότερα, για τη Σουηδία, παρά το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα, ουσιαστικά ο γενικός ιατρός είναι αυτός που συντονίζει την όλη διαδικασία και ως εκ τούτου αποτελεί έμμεσα και τον gatekeeper του συστήματος.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με εξαίρεση το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας για το οποίο οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει την πλήρη διαχείριση των οικονομικών πόρων των ασθενών τους είναι προφανές ότι ο γενικός οικογενειακός γιατρός έχει από τη φύση των αρμοδιοτήτων του καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα υγείας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων δεδομένου ότι με τις αποφάσεις επεμβαίνει άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου για υπηρεσίες υγείας.

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος τους στη «διαχείριση» των ασθενών ως προς την πρώτη επαφή τους με το σύστημα και την περαιτέρω πορεία τους σ' αυτό. Σε όλα τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση εν μέρει το σουηδικό, ο γενικός – οικογενειακός γιατρός αποτελεί το σημείο υποχρεωτικής πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα. Αυτό άλλωστε αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να μπορέσει να διαχειριστεί – παρακολουθήσει τον ασθενή στην περαιτέρω πορεία του στο σύστημα υγείας και σε όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που έχουν σχέση με την παροχή των αναγκαίων φροντίδων.

Διαφοροποιήσεις ακόμη παρατηρούνται και ως προς τον τρόπο αμοιβής των γενικών – οικογενειακών γιατρών. Στη Μεγάλη Βρετανία αμείβονται με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Στη Σουηδία οι γενικοί γιατροί των δημόσιων δομών αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά πράξη. Με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση αμείβονται και οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Γερμανίας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει «βέλτιστο» σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού, αλλά κάθε χώρα εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος υγείας και με το καθεστώς απασχόλησης του προσωπικού που τη διέπει. Κάθε ένας

από τους τρόπους αμοιβής των οικογενειακών γιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται τόσο με τη γενική οικονομική απόδοση των συστημάτων υγείας όσο και με την ικανοποίηση των χρηστών (Μωραΐτης, 2006).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όλο και περισσότερες έρευνες και μελέτες Παγκόσμιων Οργανισμών καταδεικνύουν τη σπουδαιότητα του δημογραφικού φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού. Η τάση αύξησης των ηλικιωμένων δημιουργείται κυρίως από τρεις παράγοντες: το προσδόκιμο επιβίωσης, τη γονιμότητα και τη μετανάστευση.

Επιπλέον, λόγω της οικονομικής επιβράδυνσης που παρατηρείται παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια, η γήρανση του πληθυσμού λαμβάνει ακόμα πιο ανησυχητικές διαστάσεις στις χώρες με μεγαλύτερη ύφεση, όπως η Ελλάδα.

Οι δημογραφικές εξελίξεις, δηλαδή η αυξανόμενη διάρκεια ζωής σε συνδυασμό με το χαμηλό δείκτη γονιμότητας θα οδηγήσουν στο άμεσο μέλλον σε σημαντική άνοδο του δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων (ποσοστό ατόμων άνω των 65 ετών ως προς τον πληθυσμό σε ηλικία απασχόλησης) σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εξέλιξη αυτή θα αυξήσει σημαντικά τις δαπάνες για συντάξεις και υγεία και θα περιορίσει τον αριθμό των ατόμων που καταβάλλουν εισφορές.

Ο βαθμός στον οποίο οι συνέπειες αυτές θα επηρεάσουν το βιοτικό επίπεδο στις επιμέρους χώρες θα εξαρτηθεί τόσο από τις αρχικές δημοσιονομικές τους επιδόσεις (για παράδειγμα λόγος

δημόσιου χρέους προς ΑΕΠ), από τις προσπάθειες που γίνονται για της ενίσχυση του ρυθμού ανάπτυξης την αύξηση του ποσοστού απασχόλησης του πληθυσμού, όσο και από τον εξορθολογισμό των συνταξιοδοτικών συστημάτων. Συμπεραίνουμε συνεπώς ότι στη χώρα μας οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού θα είναι εντονότερες.

Οι δημογραφικές εξελίξεις καθορίζουν μια σειρά οικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού, όπως το μέγεθος της αγοράς εργασίας του μέλλοντος που σχετίζεται με το ύψος χρηματοδότησης των ασφαλιστικών συστημάτων, και ο αριθμός των μελλοντικών συνταξιούχων που έχει άμεση σχέση με το ύψος της δαπάνης για την κάλυψη των συνταξιοδοτικών παροχών, αλλά και όποιων παροχών συνδέονται με τη γήρανση, όπως παροχών υγείας και πρόνοιας.

Με δεδομένο το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στα δημοσιονομικά – μακροοικονομικά μεγέθη της χώρας και ο δημόσιος, αλλά και ο ιδιωτικός τομέας θα δυσκολευτούν να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για παροχές και στην κάλυψη των αναγκών των συνταξιούχων.

Η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί ή καλύτερα διογκώνει τα προβλήματα στα διάφορα συστήματα ασφάλισης, είτε αυτά είναι δημόσια, είτε είναι ιδιωτικά. Βέβαια, η ιδιωτική ασφάλιση φαίνεται να αντιδρά καλύτερα στο φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού σε μακροχρόνιο επίπεδο, αφού ο βασικός της άξονας είναι η κεφαλαιοποίηση των εισφορών – ασφαλιστρών για τη μελλοντική πληρωμή της σύνταξης. Αντίθετα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την κοινωνική – δημόσιου χαρακτήρα ασφάλιση, αφού υπάρχει σχέση αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών.

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως πρέπει να υπάρξει μια μετατόπιση του συστήματος ασφάλισης, έστω και μερική από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα και μετατροπή του υπάρχοντος κρατικού – διανεμητικού συστήματος συντάξεων σε ιδιωτικό – κεφαλαιοποιητικό.

Σε έρευνες αναφέρεται ότι αν ένα σύστημα έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στα κίνητρα εργασίας ή αντίστοιχα προσφέρει κίνητρα για πρόωμη συνταξιοδότηση, τότε αυτό δεν έχει σχέση με την κεφαλαιοποίηση. Το Σουηδικό σύστημα το οποίο είναι διανεμητικό διατηρεί όλα τα κίνητρα για παραμονή εργασίας, ενώ αντίθετως υπάρχουν πάρα πολλά κεφαλαιοποιητικά συστήματα τα οποία εμπεριέχουν κίνητρα πρόωρης συνταξιοδότησης. Σημασία συνεπώς έχει ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος και ο τρόπος απόκρισής του προς τους ασφαλισμένους, είτε αυτό είναι διανεμητικό, είτε κεφαλαιοποιητικό. Βασικός στόχος του κάθε συστήματος είναι να δώσει σημασία στην οικονομική ευημερία με τρόπο ώστε η περισσότερη εργασία να αποτιμάται σε όρους οικονομικής ευημερίας.

Πολλά ιδιωτικά συστήματα συντάξεων έχουν καταστραφεί από κυβερνητικές πράξεις ή εξαιτίας πολιτικής αδράνειας, όπως για παράδειγμα τα αποτελέσματα του υπερπληθωρισμού στη Λατινική Αμερική και στην Ευρώπη πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι πολιτικοί δεν είναι οι μόνοι που προσφέρουν υποσχέσεις που δε μπορούν να εκπληρώσουν. Σε κάθε σύστημα, είτε αυτό είναι

διανεμητικό είτε κεφαλαιοποιητικό, ο ρόλος του κράτους είναι εξαιρετικά σημαντικός για την εξασφάλιση της μακροοικονομικής σταθερότητας.



Συμπερασματικά, η αλλαγή της μορφής του ασφαλιστικού συστήματος δεν είναι πανάκεια. Η γήρανση του πληθυσμού σε κάθε μορφή ασφαλιστικό σύστημα μειώνει αναπόφευκτα το ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, θέτοντας έτσι σε αμφιβολία τη γενικότερη ανάπτυξη.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι τα συστήματα ασφάλισης θα πρέπει να προσαρμοστούν για να ανατραπούν οι αρνητικές συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού για τη διατήρηση των δαπανών της κάθε χώρας προϋποθέτει μια σειρά μεταρρυθμίσεων και την πιστή τήρησή τους. Οι μεταρρυθμιστικές αυτές προσπάθειες περιλαμβάνουν την εισαγωγή στα συστήματα στοιχείων κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα, τον περιορισμό της πρόωρης συνταξιοδότησης, την αύξηση του αριθμού των ετών για τον υπολογισμό των συντάξιμων αποδοχών επί των οποίων υπολογίζεται το ποσοστό αναπλήρωσης και τις μεταβολές στον τρόπο αναπροσαρμογής των συντάξεων.

Οι μεταρρυθμίσεις είναι συνήθως δυσκολότερες σε χώρες όπου οι παράμετροι των συστημάτων συνταξιοδότησης θεσπίστηκαν σε εποχές που το προσδόκιμο ζωής ήταν πολύ χαμηλότερο. Η μετάβαση ενός μέρους ασφάλισης από τα διανεμητικά στα κεφαλαιοποιητικά, σε συνδυασμό με τις απαραίτητες και αναγκαίες μεταρρυθμίσεις θα συμβάλλουν στις προσπάθειες των χωρών για τη διατήρηση του χρέους σε διαχειρίσιμα επίπεδα.

Συνοψίζοντας, όλες οι παραπάνω προσαρμογές αφορούν τη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού, δηλαδή να εργάζονται όσο το δυνατόν περισσότεροι από το ποσοστό του πληθυσμού και να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην παραγωγικότητα.

Δυστυχώς, το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού δεν είναι καθόλου αμελητέο και είναι βέβαιο ότι θα υπάρξει ουσιαστικό πρόβλημα στην καταβολή συντάξεων στις επόμενες γενιές αν δε ληφθούν σύντομα γενναίες αποφάσεις. Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών μας αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες της στρατηγικής μας για την έξοδο από την κρίση. Πρέπει να χαραχθούν σαφείς στρατηγικές για τον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου και να ενισχυθεί η

αποτελεσματικότητα των μέτρων στήριξης βραχυπρόθεσμα με προσαρμογές και μεταρρυθμίσεις, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι συνθήκες για μια βιώσιμη και ισόρροπη οικονομική ανάπτυξη στο μέλλον.

Ορισμένα από τα μέτρα αντιμετώπισης του φαινομένου είναι τα ακόλουθα:

1) Αύξηση αριθμού εργαζομένων. Απαιτείται αύξηση του αριθμού των εργαζομένων, εφόσον η δημογραφία επηρεάζει άμεσα το δείκτη εξάρτησης. Οι οικονομικοί δείκτες εξαρτώνται από τον τρόπο λειτουργίας της αγοράς εργασίας. Συνεπώς, μια αύξηση της συμμετοχής στην αγορά εργασίας μπορεί εύκολα να αντισταθμίσει τις δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις.

2) Αύξηση ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης. Έχει παρατηρηθεί ότι η μέση ηλικία αποχώρησης από την εργασία μειώνεται συστηματικά από τις αρχές της δεκαετίας του 80', παρόλη την αύξηση των ελαχίστων ορίων συνταξιοδοτήσεων από την περίοδο 91-92'. Μια περαιτέρω αύξηση των συνταξιοδοτικών ορίων θα συνέβαλλε στη βελτίωση των οικονομικών δεικτών και της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος.

3) Μετανάστευση. Το μεγάλο κύμα μετανάστευσης έπαιξε σημαντικό ρόλο στις δεκαετίες που πέρασαν. Το μεταναστευτικό απόθεμα των γειτονικών χωρών περιορίζεται με αποτέλεσμα να γίνονται εμφανή τα όρια αξιοποίησης αυτού του παράγοντα ως στρατηγική επίλυσης του ασφαλιστικού. Στόχος είναι η ασφάλιση των νέων μεταναστών που εισέρχονται στη χώρα μας, ώστε και αυτοί με τη σειρά τους να συνεισφέρουν στην επίλυση της γήρανσης του πληθυσμού.

4) Μεγαλύτερη παραγωγικότητα. Οφείλουν να βρεθούν τρόποι ώστε από λιγότερους μελλοντικά εργαζόμενους να στηρίζονται πολυπληθέστεροι συνταξιούχοι. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο μέσω της αύξησης της παραγωγικότητας των εργαζομένων, η οποία γίνεται με δύο τρόπους: α) με την επένδυση σε παραγωγικό κεφάλαιο και β) με την αναδιάρθρωση και τη συνεχή εκπαίδευση του παραγωγικού κεφαλαίου. Οι εργαζόμενοι πρέπει να εκπαιδεύονται καθ' όλη τη διάρκεια του εργασιακού τους βίου. Σημασία πλέον δεν έχει το πόσο δουλεύουμε, αλλά το πώς. Τέλος, τα συστήματα ασφάλισης οφείλουν να ενισχύουν την προσαρμοστικότητα, η οποία έχει άμεση σχέση με την αύξηση της παραγωγής των εργαζομένων.

5) Δικαιότερη κατανομή βαρών. Έχει παρατηρηθεί ότι τα διάφορα συνταξιοδοτικά συστήματα έχουν διάφορες ανισότητες μεταξύ των ατόμων που είναι ασφαλισμένα σε ένα οργανωμένο κοινωνικό σύστημα. Μια εμφανής ανισότητα είναι για παράδειγμα η πρόωρη συνταξιοδότηση ορισμένων κοινωνικών ομάδων. Το αποτέλεσμα της ανισότητας αυτής είναι πάρα πολύ αρνητικό, αφού αυξάνει τα έξοδα του συνταξιοδοτικού συστήματος σε βάρος των παραγωγικών μονάδων. Συνεπώς, απαιτείται η δικαιότερη κατανομή των βαρών μεταξύ των μελών ενός ασφαλιστικού συστήματος.

Η αναβολή της εφαρμογής μεταρρυθμιστικών πολιτικών όπως η διασφάλιση της βιωσιμότητας του ασφαλιστικού συστήματος, η εξυγίανση των δημόσιων οικονομικών, η ενίσχυση της απασχόλησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της γήρανσης του πληθυσμού, μεταθέτει και επιδεινώνει το πρόβλημα που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν οι επόμενες γενεές.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ

Ελληνική βιβλιογραφία

1. «Απασχόληση και ασφάλιση σε ιστορική προοπτική: Από τη χαλάρωση στη διάρρηξη της σχέσης.» Μαρία Καραμεσίνη (Διοικήτρια ΟΑΕΔ), Φεβ-Μαρ 2015.
2. «Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας», Αμίτσης, 2001.
3. «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής», Μελέτη, Γ. Τούντας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.
4. «Δημογραφικά εύρωστες μόνο τέσσερις από τις δεκατρείς περιφέρειες της χώρας», Δρεττάκης, Μ., Εφημερίδα Εξπρές, Αθήνα 22.01.2006.
5. «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής», Τόμος Α', ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1999.
6. «Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε Θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών», Εθνική Έκθεση Ελλάδας, Καψάλης Α., 2003.
7. «ΕΦΚΑ, το νέο ταμείο - μαμούθ αντί του ΙΚΑ», Ελληνική Οικονομία, Εφημερίδα Καθημερινή, 05/01/2016.
8. «Ζητήματα κοινωνικοασφαλιστικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, Επισημάνσεις και προτεινόμενη βιβλιογραφία», Μπουρίκος Δημήτρης, Αθήνα, 2006.
9. «Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης», Χλέτσος, Μ., Εξάντας, Αθήνα, 2002.
10. «Ιστορία του Ελληνικού Έθνους», Κ. Παπαρηγόπουλος, Εκδόσεις Liberis 2010.
11. «Κοινωνική ασφάλιση. Η μεταρρύθμιση και η αποκέντρωση του συστήματος», Μπεντενιώτης, 2004.
12. «Κοινωνική πολιτική. Θεωρία και πράξη. Διοίκηση, οικονομία, δίκαιο, κοινωνιολογία». Μάρδας, Βαλκάνος, 2005.
13. «Κοινωνική πρόνοια. Μια γενική θεώρηση», Σταθόπουλος, 1996.
14. «Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ», Πολύζος, Ν., Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή, 2013.
15. «Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική» Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ., , ΙΝΕ, Αθήνα, 2000.
16. «Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική», ΙΝΕ / ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2003.
17. «Το ψυχοκοινωνικό του μετανάστη και η ένταξή του», Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής, EUROPEAN PROFILES A.E, 2007.
18. «Μετανάστευση και Κοινωνική Ασφάλιση: Μία προσέγγιση με βάση δεδομένα της έρευνας EU-SLIC και των Ασφαλιστικών Ταμείων», Μαράτου – Αλιμπραντή, Λ., Γκαζόν Ε., ΕΚΚΕ, Αθήνα, 2005.
19. «Μετανάστευση και υγεία – πρόνοια: Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης – προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης», Μαράτου – Αλιμπραντή, Λ. – Γκαζόν Ερίκ, (Έκθεση), Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Αθήνα, 2005.
20. «Οι δρόμοι της μετανάστευσης», εκδόσεις Σαββάλας, Green Nancy L., 2004.
21. «Οικονομική Ανάλυση της Κοινωνικής Προστασίας», Χλέτσος Μ., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2003.
22. «Ο νέος ασφαλιστικός νόμος», Παπαρηγοπούλου - Πεχλιβανίδη Πατρίνα, Αθήνα, 2008.

23. «Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης», Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός, επιμέλεια Κασιμάτη Κ. Αθήνα, 2003.
24. «Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα», Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ., εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001.
25. «Τα κόμματα και οι κοινωνικές συμμαχίες στην προδικτατορική Ελλάδα. Οι προϋποθέσεις της Μεταπολίτευσης», Βερναρδάκης, Μαύρης, 1991.
26. «Το κράτος πρόνοιας», Στασινόπουλος, Αθήνα, 1985.
27. «Χωρίς Χαρτιά, Χωρίς Υγεία;» Έκδοση των Γιατρών του Κόσμου, Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο, 2007.

Ξένη βιβλιογραφία

1. America's health care mess στο πρωτότυπο άρθρο του M. Gladwell στο περιοδικό The New Yorker.
2. Anell, Anders, Glenngard, Anna and Merkur, Sherry (2012). Health Systems in Transition, Sweden: health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.14, No. 5.
3. Clark, G.L., 2002, European Pensions and Global Finance: Continuity or Convergence?, New Political Economy, 7(1), 2002
4. Cutler, M.D., (2002), Health Care and the Public Sector, National Bureau of Economic Research, Working Paper 8802, Cambridge MA
5. Deaton, A., (2004), Health in an Age of Globalization, National Bureau of Economic Research, Working Paper 10669, Cambridge MA
6. Dhaval, D., Kastner, R., (2006), Health Insurance and ex ante Moral Hazard: Evidence from Medicare, National Bureau of Economic Research, Working Paper 12764, Cambridge MA
7. Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", OECD Health, Working Papers, No. 9, OECD Publishing.
8. Gladwell, M., (2005), The Moral Hazard Myth – The bad idea behind our failed health-care system, The New Yorker
9. Statistiques en bref, population et conditions sociales, Theme 3, 20/2003, population et conditions de vie, Juillet 2003, Communautés Europeennes 2003
10. OECD Health Data 2006, OECD, June 2006
11. OECD Health at a glance 2013, OECD Indicators, OECD Publishing

Διαδικτυακές πηγές

1. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) (<http://www.statistics.gr>)
2. Γενική Συνομοσπονδία Εργατοϋπαλλήλων Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε) (<http://www.gsee.gr>)
3. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. (Ι.Ν.Ε.) (<http://www.inegsee.gr>)
4. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) – Organization for economic Co – Operation and Development (Ο.Ε.С.Д.) (<http://www.oecd.com>)
5. Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) (<http://www.oaed.gr>)
6. Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (Ο.Κ.Ε.) (<http://www.oke.gr>)
7. Παρατηρητήριο Απασχόλησης Ερευνητική Πληροφορική Α.Ε. (Π.Α.Ε.Π.) (www.paep.org.gr)
8. Δικτυακός τόπος www.healthview.gr.

