

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας

Το κράτος πρόνοιας ως έννοια και ιδεολόγημα άνθισε ουσιαστικά στην ευρωπαϊκή επικράτεια μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο παράλληλα με την αξιοσημείωτη οικονομική ανάπτυξη. Τις αμέσως επόμενες δεκαετίες, λόγω της οικονομικής δυσπραγίας που προκάλεσαν οι δύο παγκόσμιες πετρελαϊκές κρίσεις, το κράτος πρόνοιας έγινε δέκτης κριτικής και αμφισβήτησης λόγω των αστοχιών και των αδυναμιών του (π.χ. μη εξάλειψη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού). Στις ημέρες μας αποτελεί αντικείμενο αναλύσεων όσον αφορά στο περιεχόμενό του (προστασία της υγείας, κοινωνική πρόνοια και κοινωνική ασφάλιση), στις τυπολογίες του, στη χρηματοδότησή του (κατ' επέκταση στη βιωσιμότητά του) και στους αποδέκτες των υπηρεσιών ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας. Το κράτος πρόνοιας και η κοινωνική πολιτική των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης 15 (ΕΕ-15) διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τη συμμετοχή και την παρέμβαση του κράτους στην αντιμετώπιση των κινδύνων και των αναγκών. Οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν το σοσιαλδημοκρατικό, το συντηρητικό-κορπορατιστικό, το φιλελεύθερο και το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο. Κάθε χώρα διαμορφώνει τον δικό της τρόπο ανάμιξης του κράτους στη χρηματοδότηση και στη διάθεση των υπηρεσιών υγείας. Οι κοινωνικοοικονομικές, οι τεχνολογικές και οι δημογραφικές αλλαγές που συμβαίνουν στη χώρα μας και ευρύτερα στην ΕΕ μεταβάλλουν συνεχώς το περιβάλλον στο οποίο βιώνεται η υγεία ενός λαού. Οι προκλήσεις αυτές μαζί με την παγκόσμια οικονομική κρίση επηρεάζει το κράτος πρόνοιας και απειλεί την κοινωνική συνοχή. Η παρούσα χρηματοοικονομική κρίση δεν είναι συνηθισμένη και μεταβάλλει τις ιδέες, τις αντιλήψεις, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο σκεφτόμαστε και βρίσκουμε λύσεις. Μια νέα εποχή έρχεται, οι αλλαγές στο κοινωνικό κράτος που θα επέλθουν δεν είναι ορατές αλλά εκτός από τις εθνικές προσπάθειες, μια προσπάθεια σε παγκόσμιο επίπεδο είναι απαραίτητη (εφαρμογή ενός παγκόσμιου κοινωνικού προτύπου) για να αποφευχθεί ένας παγκόσμιος κοινωνικοπολιτικός ανταγωνισμός.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «κράτος πρόνοιας» (Welfare State) υπερίσχυσε διεθνώς μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου από τον όρο «κοινωνικό κράτος» (Social State), αντικατοπτρίζοντας την επέκταση της λειτουργίας του κράτους (παρεμβατική, ρυθμιστική, παροχική) στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες, με σκοπό τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη των κινδύνων και αναγκών των πολιτών (εξάλειψη της φτώχειας, της άγνοιας, της ασθένειας, της αθλιότητας και της ανεργίας).<sup>1</sup> Η κοινωνική πολιτική περιέχει στοιχεία από διάφορες επιστήμες, όπως η Κοινωνιολογία, η Δημογραφία, η Στατιστική, η πολιτική και η οικονομική επιστήμη. Ο όρος «κοινωνική πολιτική»

ταυτίστηκε με το κράτος πρόνοιας λόγω του ότι το εύρος της κοινωνικής πολιτικής καθορίζεται από τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών.<sup>2</sup> Ο όρος «κράτος πρόνοιας» δεν οριοθετείται σαφώς με έναν συγκεκριμένο ορισμό, καθώς μπορεί να διαφέρει από ερευνητή σε ερευνητή και από χώρα σε χώρα. Η δημιουργία του κράτους πρόνοιας ήταν αποτέλεσμα μιας διαδικασίας μεταρρύθμισης και όχι προσπάθεια ματαίωσης της ελεύθερης οικονομίας, με σκοπό την αντιμετώπιση των αδυναμιών της.<sup>2</sup> Οι παράγοντες που οδήγησαν στη δημιουργία του κράτους πρόνοιας ήταν η βιομηχανική αστική ανάπτυξη, η γέννηση της ιδέας της ύπαρξης κοινωνικής λειτουργίας του κράτους, η ανάπτυξη του εργατικού κινήματος, καθώς και ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής και εξαρτημένης εργασίας.<sup>3</sup>

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(4):464-471  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(4):464-471

Γ. Νοικοκυράκης,<sup>1</sup>  
Π. Σαράφης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα  
<sup>2</sup>Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος

Social protection and the challenges of the European Welfare State

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας  
Συστήματα υγείας  
Τυπολογίες  
Χρηματοδότηση

Υποβλήθηκε 14.10.2017  
Εγκρίθηκε 21.10.2017

Ανεξαρτήτως του ορισμού που επιλέγεται για το κράτος πρόνοιας, αυτό πρέπει να εξυπηρετεί τρεις διαφορετικές λειτουργίες: (α) την αναδιανεμητική, δηλαδή τη μεταφορά με διάφορους τρόπους εισοδημάτων από τα εύπορα κοινωνικά στρώματα σε εκείνους που αντιμετωπίζουν ελλείψεις, (β) την αποταμιευτική, δηλαδή την ασφάλιση των πολιτών κατά των κοινωνικών αντιξοοτήτων, ιδίως μέσω των συντάξεων, και (γ) την κοινωνική επένδυση, δηλαδή την ανάπτυξη ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου (διά βίου εκπαίδευση, κρατική εκπαίδευση, φροντίδα μικρών παιδιών κ.λπ.).<sup>4</sup>

Η σύγχρονη ευρωπαϊκή πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και δημογραφικές αλλαγές και προκλήσεις όπως η παγκοσμιοποίηση, η φτώχεια, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η γήρανση του πληθυσμού και η μετανάστευση. Λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, όλα τα παραπάνω οδηγούνται σε όξυνση και η αντιμετώπισή τους γίνεται από την κοινωνική προστασία με τρεις θεσμούς οι οποίοι αλληλεπιδρούν: το κράτος, η αγορά και η οικογένεια.<sup>2,5</sup> Η κρίση συρρικνώνει το κοινωνικό κράτος με τον περιορισμό των δαπανών.<sup>6</sup> Η διαφαινόμενη αδυναμία του κράτους και της αγοράς να στηρίξει την κοινωνική προστασία ενεργοποίησε την οικογένεια και τον λεγόμενο «τρίτο τομέα» της οικονομίας, δηλαδή την κοινωνική οικονομία μέσα από τις μη κερδοσκοπικές-μη κυβερνητικές οργανώσεις.<sup>7</sup>

Στην πρώτη ενότητα της παρούσας εργασίας θα επιχειρηθεί η συγκριτική αποτύπωση των διαφορετικών μοντέλων κρατών πρόνοιας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης 15 (ΕΕ-15), λαμβάνοντας υπ' όψη τα βασικά χαρακτηριστικά τους. Στη δεύτερη ενότητα αποτυπώνονται οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας των χωρών της ΕΕ-15 και ο σχολιασμός αυτών με βάση την τοποθέτησή τους στις τυπολογίες των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Στην τρίτη ενότητα παρατίθενται οι σημερινές προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας και η συσχέτισή τους με την ελληνική πραγματικότητα.

## 2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 15

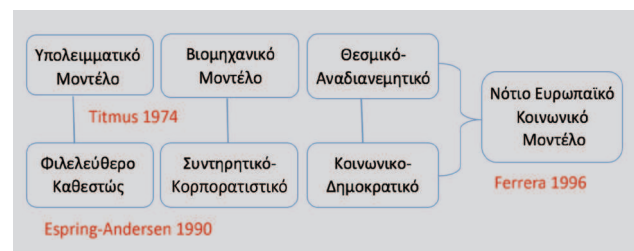
### 2.1. Τυπολογία των συστημάτων κοινωνικής προστασίας

Ο όρος κοινωνική πολιτική περιέχει ένα σύνολο ρυθμίσεων και κοινωνικών παρεμβάσεων, με στόχο την παροχή αγαθών «δημόσιας ή κοινής» ωφέλειας, προσφέροντας ασφάλεια σε αυτούς που αδυνατούν να τα αποκτήσουν από την αγορά.<sup>2,8</sup> Τα κύρια πεδία εφαρμογής της είναι η υγεία, η παιδεία, η απασχόληση, η αναπαραγωγή, η κατοικία, κα-

θώς και η αντιμετώπιση απειλών της κοινωνικής συνοχής. Η μορφή της κοινωνικής πολιτικής μεταβάλλεται από τα κοινωνικά, τα οικονομικά, τα πολιτικά και τα πολιτισμικά γνωρίσματα κάθε χώρας. Διάφορα μοντέλα υπάρχουν ανάλογα με τη συμμετοχή του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας.<sup>2</sup> Σημαντικοί ερευνητές ταξινόμησαν το κράτος πρόνοιας σε διαφορετικά μοντέλα.<sup>5,9,10</sup>

Μια βασική τυπολογία διακρίνει το κράτος πρόνοιας σε τρία μοντέλα, με κριτήριο τον ρόλο της αγοράς σε σχέση με τις πολιτικές πρόνοιας του κράτους. Στη βάση αυτή προκύπτουν: το υπολειμματικό (Residual Welfare model), το βιομηχανικό (Industrial Achievement Performance) και το θεσμικό-αναδιανεμητικό (Institutional-Redistributive).<sup>9</sup> Μια άλλη κλασική τυπολογία διακρίνει τρεις τύπους καθεστώτος ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο το κράτος συσχετίζεται με την αγορά και την οικογένεια: το φιλελεύθερο, το συντηρητικό και το κοινωνικο-δημοκρατικό.<sup>5</sup> Οι παραπάνω τυπολογίες συμπληρώθηκαν στη συνέχεια με ένα τέταρτο μοντέλο, αυτό της νότιας Ευρώπης (Southern Welfare State model), που περιλαμβάνει στοιχεία τόσο του προτύπου κοινωνικής ασφάλισης, όσο και αυτό του εθνικού συστήματος υγείας (εικ. 1).<sup>10</sup>

Η πρώτη τυπολογία (υπολειμματικό, βιομηχανικό, θεσμικό-αναδιανεμητικό), η οποία συνιστά την πρώτη γενικευμένη ταξινόμηση, δεν έλαβε υπ' όψη της τα ιδιαίτερα γνωρίσματα που εμφανίζουν τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής προστασίας, ενώ η δεύτερη (φιλελεύθερο, συντηρητικό, κοινωνικο-δημοκρατικό) αποτέλεσε μια πιο ολοκληρωμένη ταξινόμηση, χωρίς όμως να συμπεριλάβει τις χώρες της νότιας Ευρώπης.<sup>11</sup> Βέβαια, η τυπολογία των καθεστώτων πρόνοιας είναι στατική καθώς παρουσιάζει την πραγματικότητα μιας ορισμένης περιόδου. Δεν εξετάζει τις διαφορετικές ιδιομορφίες των στοιχείων της ομάδας και δεν εξαντλεί τις υπάρχουσες περιπτώσεις.<sup>12</sup> Κι άλλοι προσπάθησαν να διακρίνουν άλλες τυπολογίες, αλλά χωρίς να συμπεριλάβουν τη συμμετοχή των εργαζομένων, την αλληλεγγύη χωρίς ισότητα, την επικουρικότητα χωρίς την εκκλησία.<sup>12</sup>



Εικόνα 1. Η τυπολογία των ευρωπαϊκών κρατών πρόνοιας. Πηγή: Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, σελ. 81.<sup>11</sup>

## 2.2. Συστήματα κοινωνικής προστασίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης 15

Προκειμένου να διερευνηθούν οι προκλήσεις τις οποίες αντιμετωπίζει το ευρωπαϊκό κράτος πρόνοιας, οι χώρες της ΕΕ-15 ομαδοποιούνται με βάση το σύστημα της κοινωνικής προστασίας που έχουν αναπτύξει.<sup>13,14</sup> Το σύστημα κοινωνικής προστασίας μιας χώρας ή ομάδας χωρών αφορά στο ενεργό μέρος της αγοράς, του κράτους και της οικογένειας που συμβάλλουν στην παροχή κοινωνικής προστασίας.<sup>14</sup>

Οι χώρες της ΕΕ-15 ταξινομούνται στα εξής τέσσερα συστήματα κοινωνικής προστασίας<sup>5,14-16</sup> (πίν. 1): (α) *Σοσιαλδημοκρατικό κοινωνικό κράτος*, που αναπτύχθηκε στις σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία, Δανία, Φινλανδία) και στην Ολλανδία, χαρακτηρίζεται από καθολικές παροχές χωρίς διακρίσεις, χωρίς έλεγχο πόρων των δικαιούχων και με μονάδα αναφοράς το άτομο και χρηματοδοτείται από τη χαμηλή φοροδιαφυγή και από ένα σύστημα φορολόγησης με προοδευτικούς άμεσους φόρους,<sup>13</sup> (β) *συντηρητικό-κορπορατιστικό κοινωνικό κράτος*, που αναπτύχθηκε σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης (Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία, Βέλγιο και Λουξεμβούργο), βασίζεται σε παροχές που θεμελιώνονται στο επαγγελματικό-κοινωνικό status των ατόμων και ως μονάδα αναφοράς έχει την οικογένεια και, συγκεκριμένα, ο άνδρας είναι ο προστάτης της,<sup>13</sup> (γ) *φιλελεύθερο κοινωνικό κράτος*, το οποίο αναπτύχθηκε στις αγγλοσαξονικές χώρες (Μ. Βρετανία και Ιρλανδία), όπου υπάρχει έλεγχος των πόρων των δικαιούχων για την παροχή

των κοινωνικών επιδομάτων, και όπου το κράτος παρεμβαίνει όταν υπάρχει αποτυχία της αγοράς ή της οικογένειας στη διατήρηση ενός κατώτατου επιπέδου διαβίωσης,<sup>13</sup> και (δ) το *νοτιοευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος*, που χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους, περιορισμένη καθολικότητα στις παροχές και από ελλιπή κοινωνική προστασία, την οποία αναπληρώνει η οικογένεια και τα συγγενικά δίκτυα. Χαρακτηρίζεται επίσης από τον κατακερματισμό και τη μεγάλη πόλωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, καθώς και από τον ρόλο των πελατειακών σχέσεων στη διανομή των πόρων και στην παροχή κοινωνικής προστασίας. Στην ομάδα αυτή ανήκουν η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ελλάδα. Οι δύο τελευταίες είναι οι πλέον αντιπροσωπευτικές.<sup>10,17</sup>

## 3. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 15

Ένα σύστημα υγείας είναι το σύνολο των ατόμων, των θεσμών και των πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δραστηριότητες, με πρωταρχική πρόθεση τη βελτίωση της υγείας.<sup>18</sup> Κάθε χώρα διαμορφώνει τον δικό της τρόπο ανάπτυξης του κράτους στη χρηματοδότηση και στη διάθεση των υπηρεσιών υγείας. Κάτι τέτοιο δεν είναι σταθερό και αμετάβλητο.<sup>19</sup>

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη για εξεύρεση πόρων και κατανομή αυτών.<sup>20</sup> Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας γίνεται από

**Πίνακας 1.** Ομαδοποίηση των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης 15 (ΕΕ-15) σε διακριτά συστήματα κοινωνικής προστασίας και βασικά χαρακτηριστικά των εν λόγω συστημάτων.

|                 | Σύστημα κοινωνικής προστασίας | Χώρα              | Βασικά χαρακτηριστικά   |
|-----------------|-------------------------------|-------------------|---|
| ΕΕ-15           | Σοσιαλδημοκρατικό             | Δανία (DK)        | Καθολικές παροχές χωρίς διακρίσεις, μονάδα αναφοράς το άτομο, προοδευτική φορολογία   |
|                 |                               | Σουηδία (SW)      |   |
|                 |                               | Φινλανδία (FI)    |   |
|                 |                               | Ολλανδία (NL)     |   |
|                 | Συντηρητικό-κορπορατιστικό    | Αυστρία (AU)      | Παροχή κοινωνικών παροχών βάσει της επαγγελματικής καριέρας, μονάδα αναφοράς η οικογένεια   |
|                 |                               | Βέλγιο (BE)       |   |
|                 |                               | Γερμανία (GE)     |   |
|                 |                               | Γαλλία (FR)       |   |
|                 |                               | Λουξεμβούργο (LU) |   |
|                 | Φιλελεύθερο                   | Μ. Βρετανία (UK)  | Έλεγχος πόρων των δικαιούχων, παρέμβαση του κράτους μόνο όταν η αγορά αποτυγχάνει   |
|                 |                               | Ιρλανδία (IR)     |   |
|                 | Νοτιοευρωπαϊκό                | Ιταλία (IT)       | Κατακερματισμένο και πελατειακό σύστημα, μεγάλα κενά στην κοινωνική προστασία, περιορισμένη εφαρμογή της αρχής της καθολικότητας, σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας και των συγγενικών δικτύων |
| Ισπανία (ES)    |                               |                   |   |
| Ελλάδα (GR)     |                               |                   |   |
| Πορτογαλία (PT) |                               |                   |   |

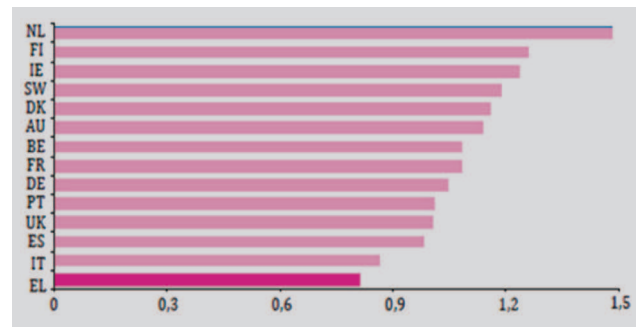
Πηγή: Δαφέρμος, Παπαθεοδώρου, σελ. 3.<sup>13</sup>

δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες πηγές είναι από τη μια πλευρά ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση και έμμεση φορολογία) και από την άλλη πλευρά η κοινωνική ασφάλιση (υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων). Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνουν την ιδιωτική ασφάλιση, τις δωρεές και τις φιλανθρωπίες.<sup>2</sup>

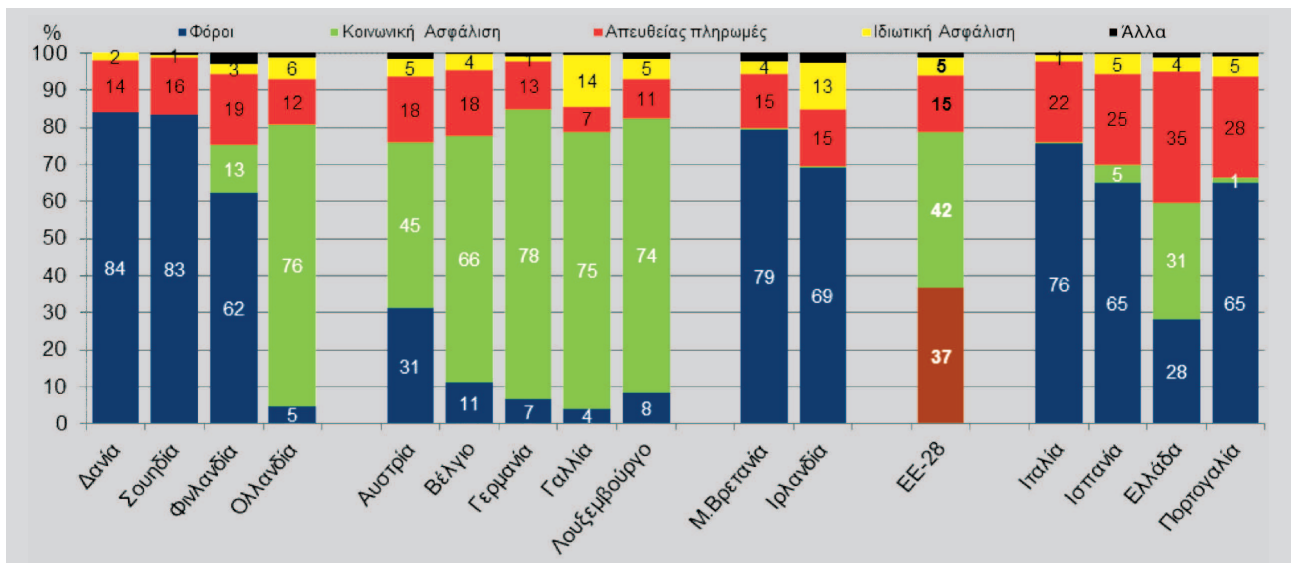
Στην ΕΕ υπάρχουν διάφορα πρότυπα οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο είναι το αγγλοσαξονικό, το οποίο είναι ένα εθνικό σύστημα υγείας που χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας. Δεν υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς, ενώ η παροχή υπηρεσιών γίνεται κυρίως από δημόσιους φορείς (Αγγλία, Ιρλανδία, Δανία, Σουηδία).<sup>2,21,22</sup> Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης είναι το ηπειρωτικό (Αυστρία, Λουξεμβούργο, Γαλλία, Γερμανία και Βέλγιο) και αντικατοπτρίζει ένα πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης, που προτάθηκε αρχικά το 1883.<sup>21,22</sup> Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων (κοινωνική ασφάλιση), συχνά και από το κράτος: η ασφάλιση είναι υποχρεωτική από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και η παροχή υπηρεσιών γίνεται από μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων.<sup>2,21</sup> Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας παρουσιάζει μικτή χρηματοδότηση από την κοινωνική και την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ η παροχή υπηρεσιών γίνεται κυρίως από ιδιωτικούς φορείς.<sup>2</sup> Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, το οποίο έχει τις ρίζες του στη φιλοσοφία τόσο του αγγλοσαξονικού όσο

και του ηπειρωτικού μοντέλου. Το πρότυπο στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, αλλά ιστορικοί και πολιτικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτησή του, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.<sup>2,21</sup> Μια περιεκτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας ως προς τις πηγές χρηματοδότησης φαίνεται στην εικόνα 2.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται (εικ. 3) είναι αποκαλυπτικά: Σύμφωνα με τον δείκτη σχετικής αποτελεσματικότητας, με βάση τη σχέση μεταξύ των δαπανών για κοινωνική προστασία και της φτώχειας, η Ελλάδα εμφανίζει τη χαμηλότερη αποτελεσματικότητα. Οι τέσσερις χώρες που έχουν αναπτύξει σοσιαλδημοκρατικού τύπου κοινωνικό κράτος παρουσιάζουν την πλέον αποτελεσματική χρήση των πόρων για κοινωνική προστασία στην καταπολέμηση της



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



**Εικόνα 2.** Οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία με βάση την πηγή χρηματοδότησης, 2014. Πηγή: Στατιστικά στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την υγεία, 2016. Βάση δεδομένων της Eurostat, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), παγκόσμια βάση δεδομένων για τις δαπάνες υγείας (ίδιοι υπολογισμοί).

φτώχειας, ενώ, αντίθετα, στις χώρες με το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο παρατηρείται η χαμηλότερη αποτελεσματικότητα.

#### 4. ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ: ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στην ευρωπαϊκή ατζέντα κοινωνικής πολιτικής, η οποία προσδιορίστηκε τον Δεκέμβριο του 2000 στη Νίκαια, διατυπώθηκε το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο το οποίο αποτελείται από τρεις συστατικές: κοινωνική, οικονομική και πολιτική απασχόληση, οι οποίες αλληλεπιδρούν και αλληλοεξαρτώνται.<sup>11</sup> Το ευρωπαϊκό μοντέλο υποστηρίζει ότι είναι εφικτή η βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη με την ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, καθώς οι υψηλές κοινωνικές δαπάνες δεν εμποδίζουν την οικονομική ανάπτυξη. Η βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη αντικατοπτρίζεται από τη μείωση του πληθωρισμού και την εξυγίανση των δημόσιων οικονομικών, οδηγώντας στην αύξηση της απασχόλησης και στην ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής.<sup>11</sup>

Όλες οι χώρες της ΕΕ σήμερα είναι αντιμέτωπες με μια σειρά προκλήσεων που συνδέονται με το εργασιακό και το παραγωγικό μοντέλο, τη διεθνοποίηση της οικονομίας, την ανεργία, τις δημογραφικές μεταβολές, την αλλαγή της δομής της οικογένειας, τη μετανάστευση, τη γήρανση του πληθυσμού, οι οποίες σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση οδηγούν σε περαιτέρω όξυνσή τους.<sup>12</sup> Τα δεδομένα αυτά αλλάζουν τους όρους άσκησης της κοινωνικής πολιτικής.

Η μεγαλύτερη πρόκληση είναι οι δημογραφικές μεταβολές, δηλαδή η γήρανση του πληθυσμού, ως αποτέλεσμα της μείωσης της γεννητικότητας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής.<sup>12</sup> Ο αριθμός των συνταξιούχων είναι συνεχώς αυξανόμενος και πρέπει να συντηρείται από έναν μειούμενο αριθμό ενεργών εργαζομένων. Ο επαναπροσδιορισμός του συμβολαίου μεταξύ των γενεών επιβάλλεται και στην Ελλάδα. Αντικείμενο προβληματισμού σε όλες τις χώρες είναι η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην παραγωγή, ενώ η οικογενειακή πολιτική θα πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα στους νέους γονείς, και ιδίως στη γυναίκα-μητέρα, να συνδυάζουν ισορροπημένα την επαγγελματική τους καριέρα με τη φροντίδα των παιδιών.<sup>12</sup>

Μια σημαντική πρόκληση συνιστούν οι μεταβολές που έχουν λάβει χώρα στην αγορά εργασίας, η οποία έχει οδηγήσει σε ανεργία, κυρίως τις γυναίκες και τους νέους (χάσμα μεταξύ γενεών στην αγορά).<sup>11</sup> Η εξέλιξη της τεχνολογίας, η αλλαγή του παραγωγικού μοντέλου, η γέννηση ομάδας εργατικού δυναμικού υψηλής εξειδίκευσης, και η συνεχής μείωση των θέσεων απασχόλησης στη βιομηχανία προκαλούν τον σοβαρό περιορισμό των θέσεων

εργασίας.<sup>11</sup> Παράλληλα, οι άτυπες μορφές εργασίας και απασχόλησης (μερική-προσωρινή απασχόληση, αυτοαπασχόληση, παράλληλη απασχόληση) αναπληρώνουν τους εργαζόμενους με κανονική σύμβαση εργασίας. Χαρακτηριστικά της εργασίας είναι οι ευέλικτες μορφές εργασίας, η συνεχόμενη καινοτομία, η υψηλή και συνεχής εξειδίκευση, η ποικιλία, η μεταβλητότητα, η προσωρινότητα, η εναλλαγή, η αστάθεια.<sup>12</sup> Οι μεταβολές, οι οποίες υπάρχουν και στην ελληνική πραγματικότητα, δεν οδηγούν μόνο στην απώλεια ασφαλιστικών εισφορών αλλά και στην εξάλειψη της προοπτικής επανένταξης στον παραγωγικό ιστό, αφού δεν υπάρχει σύνδεση με τις μορφές στήριξης του εισοδήματος (επιδόματα ανεργίας). Η κοινωνική πολιτική πρέπει να προστατεύσει τις άτυπες μορφές εργασίας και με τη συνεχιζόμενη ειδίκευση (επενδύσεις στην εκπαίδευση) να συνδράμει τους αποκλεισμένους και τους άνεργους στην επανένταξή τους στην παραγωγική λειτουργία.<sup>12</sup>

Μια άλλη πρόκληση της εποχής μας είναι η επιρροή της οικονομικής κρίσης, η οποία έχει συρρικνώσει τα κράτη πρόνοιας του ευρωπαϊκού Νότου.<sup>23</sup> Η σημερινή διεθνής οικονομική κρίση αποτελεί κρίση του καπιταλιστικού προτύπου.<sup>24</sup> Το Σύμφωνο για το ευρώ (Σύννοδος κορυφής 25.3.2011 στις Βρυξέλλες) αναφέρει ότι όταν ένα συνταξιοδοτικό σύστημα δεν είναι οικονομικά βιώσιμο, πρέπει να εφαρμοστούν μέτρα, όπως η μείωση των συντάξεων, η αύξηση του ορίου ηλικίας συνταξιοδότησης ή ένας συνδυασμός των δύο.<sup>24</sup> Η Ελλάδα είναι μεταξύ των χωρών που δέχονται σημαντικές πιέσεις από τους διεθνείς οργανισμούς και παρά τις εφαρμοζόμενες πολιτικές (συρρίκνωση κοινωνικών και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων) δεν έχει καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση του διαρθρωτικού προβλήματος του κοινωνικού κράτους.<sup>23,25</sup>

Η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας αποτελεί μια ακόμη πρόκληση που παρουσιάζει ανισότητες και αποκλεισμούς, κατατάσσει τους ανθρώπους σε κατηγορίες και συντηρεί συνθήκες αθλιότητας στην υγεία των πτωχών.<sup>26</sup> Γενικά, θεωρείται ότι η εκμηδένιση των αποστάσεων, η πρόοδος στην πληροφορική και στην τεχνολογία θα έχει θετικές επιδράσεις στον τομέα της υγείας.<sup>27</sup> Ωστόσο, η κατάργηση των συνόρων αύξησε τους κινδύνους μεταφοράς και εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων, ενώ η όξυνση των περιβαλλοντικών προβλημάτων επιδείνωσε την κατάσταση στον τομέα της υγείας.<sup>28,29</sup> Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας επαναπροσδιορίζει τον ρόλο του κράτους και καθιστά αναγκαία τη συμμετοχή διεθνών οργανισμών στη χάραξη νέας πολιτικής υγείας.<sup>26</sup>

Επίσης, το θέμα των μεταναστευτικών ροών δεν είναι ένα άγνωστο φαινόμενο, αλλά η σύγχρονη μορφή του παρουσιάζει διαφορετικά στοιχεία από εκείνα του παρελθόντος. Τα βασικά χαρακτηριστικά των μεταναστευτικών ροών είναι

ο μεγάλος και απροσδιόριστος αριθμός των μεταναστών και η εντυπωσιακή αύξηση της λαθρομετανάστευσης.<sup>30</sup> Με τον όρο μετανάστευση εννοείται η μετακίνηση πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή (χώρα, ήπειρο) ανεξαρτήτως των λόγων που οδηγούν σε αυτή (παράνομοι, πρόσφυγες, οικονομικοί, αιτούντες άσυλο). Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι ευρωπαϊκές χώρες δέχθηκαν τα πρώτα μεταναστευτικά ρεύματα, τα οποία, επειδή έγιναν ανεξέλεγκτα, οδήγησαν στο προσκήνιο τον φόβο επαναπροσδιορισμού των εθνικών συνόρων, την αντικατάσταση των θεμελιωδών θεσμών και την αμφισβήτηση της έννοιας του εθνικού κράτους. Η διαδρομή των μεταναστευτικών ρευμάτων είχε ως αφητηρία τις χώρες του Νότου. Η χώρα μας λόγω της γεωπολιτικής της θέσης αποτελούσε κόμβο πριν από τη μετάβαση των μεταναστών σε άλλες χώρες της δυτικής Ευρώπης. Έτσι, από μια «χώρα προέλευσης» έγινε μια «χώρα υποδοχής».<sup>31</sup> Η εν λόγω πραγματικότητα οδήγησε την ευρωπαϊκή κοινότητα σε Συνθήκες (Schengen, Maastricht, Μαδρίτης, Amsterdam) ή στην εμφάνιση της «εισόδου υπό προϋποθέσεις» σε μεμονωμένες χώρες (Γαλλία). Αυτά είχαν ως αποτέλεσμα όχι την καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης αλλά τη ρύθμισή της.<sup>32</sup> Η μεταναστευτική ροή έχει σύνδεση με την αγορά εργασίας. Συγκεκριμένα, έχει δημιουργήσει μια νέα πρακτική των εργοδοτών με «εκβιαστική» διάθεση για πρόσληψη μεταναστών στη θέση γηγενών εργαζομένων με λιγότερες απαιτήσεις (χαμηλό ημερομίσθιο, αδήλωτη εργασία).<sup>33</sup>

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ελλάδα, εκτός από τις προκλήσεις των υπολοίπων

ευρωπαϊκών κρατών, καλείται να αντιμετωπίσει χρόνιες παθογένειες που θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την επιβίωση του κράτους πρόνοιας. Η πολυπόθητη ανάκαμψη της οικονομίας και η δημιουργία επενδύσεων, θέσεων απασχόλησης, η μείωση της φυγής των εργαζομένων στο εξωτερικό, η αύξηση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), η αύξηση των εισφορών θα δώσει την απαιτούμενη ρευστότητα στο κράτος πρόνοιας. Η μακροχρόνια όμως επιβίωση του συστήματος απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές, καταπολέμηση της φοροδιαφυγής και εισφοροδιαφυγής, βελτίωση της αποτελεσματικότητας, αντιμετώπιση της γήρανσης του πληθυσμού είτε με μέτρα ενθάρρυνσης της γεννητικότητας, είτε με προσέλκυση νέων ώστε να μη μεταναστεύουν. Δηλαδή γενικότερα μέτρα, τα οποία προϋποθέτουν βούληση και κοινωνική ωριμότητα.

Οι διαχωριστικές ιδεολογικές γραμμές που χαρακτήριζαν τα διάφορα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής στο παρελθόν έχουν υποστεί ρήγμα και οι σύγχρονες παγκόσμιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες απαιτούν περισσότερο αποτελεσματικά κράτη πρόνοιας με μεγαλύτερη συμμετοχή της οικογένειας, των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) και της εκκλησίας. Το ξέσπασμα της κρίσης έχει αλλάξει τους όρους άσκησης και χρηματοδότησης των κοινωνικών πολιτικών. Είναι δύσκολο να προβλεφθούν οι αλλαγές που θα επιφέρει στο κοινωνικό κράτος η νέα εποχή, αλλά σίγουρα η υποστήριξη του κοινωνικού κράτους εκτός από τις εθνικές προσπάθειες πρέπει να πραγματοποιηθεί και σε παγκόσμιο επίπεδο. Η υγεία είναι και θα παραμείνει ένα ζήτημα μικτής αρμοδιότητας και ευθύνης μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ και πρέπει να αναπτυχθεί μια ουσιαστική συνεργασία μεταξύ αυτών.

## ABSTRACT

### Social protection and the challenges of the European Welfare State

G. NOIKOKYRAKIS,<sup>1</sup> P. SARAFIS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Care Management, Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece,

<sup>2</sup>Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

*Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(4):464–471*

The welfare state as an ideological concept flourished in Europe alongside the remarkable economic growth that took place after the Second World War. Over the next few decades, due partly to the economic turmoil caused by two world oil crises, the welfare state met with criticism and controversy because of its perceived failures and weaknesses (for example failure to eliminate poverty and social exclusion). Currently, several of its support functions are being closely assessed, including health care protection, social welfare characteristics and social security. To this end, the typology and funding sources and the viability of the welfare state are being analyzed, and the various different recipients of the social services of arrangements are under examination. The welfare state and social policy of the European Union 15 (EU-15) countries is classified into four categories depending on the involvement and inter-

vention of the state in addressing risks and needs. These categories are the social democratic, the conservative-corporative, the liberal and the Southern European model. Each country shapes its own way of involving the state in the financing and delivery of health services. The socio-economic, technological and demographic changes that are taking place in Greece, and more widely in the EU, are constantly changing the environment in which health care is provided. The resultant challenges, along with the global economic crisis, have a serious effect on the welfare state and threaten social cohesion. The current financial crisis in Greece is an unusual situation that is changing peoples' ideas, perceptions, and the way they think and find solutions. A new era is coming, and the future changes in the welfare state are difficult to predict. Efforts at the national level should be reinforced by a large scale collective reaction, in order for a more substantive global framework of social provision to be established, and to avoid global socio-political competition.

**Key words:** European welfare state, Financing, Healthcare systems, Typologies

## Βιβλιογραφία

1. ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ ΞΙ. *Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008
2. ΔΙΚΑΙΟΣ Κ, ΧΛΕΤΣΟΣ Μ. *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο: Ιδιαιτερίες και προκλήσεις*. Τόμος Β'. Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
3. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ο. *Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη – σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 1990
4. NIBLETT R, BEGG I, MUSHOVEL F. *The Welfare State in Europe: Visions for reform*. The Royal Institute of International Affairs, London, 2015
5. ESPING-ANDERSEN G. *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press, Cambridge, 1990
6. ΤΣΟΥΝΗΣ Α. Η όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα στην εποχή αποδόμησης του κοινωνικού κράτους. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2012, 119:4–10
7. ΖΑΝΝΗΣ Π. Ο τρίτος τομέας στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Στο: *Η ανάπτυξη συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών*. Εκδόσεις Ερμής και ΕΚΕΠΙΣ, Αθήνα, 2006:1–24
8. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ο. *Κοινωνική πολιτική: Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα*. Τμήμα Κοινωνικής και Πολιτικής Επιστήμης, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2006
9. TITMUS RM. *Social policy: An introduction*. Allen & Unwin, London, 1974
10. FERRERA M. The "Southern model" of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy* 1996, 6:17–37
11. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΜΠΑΛΟΥΡΔΟΣ Δ, ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Κ. *Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις του κράτους πρόνοιας*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2009
12. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ ΘΔ. *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 1999
13. ΔΑΦΕΡΜΟΣ Γ, ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ. Το παράδοξο της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα: Γιατί η αύξηση των δαπανών για την κοινωνική προστασία δεν μείωσε τη φτώχεια; Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Κείμενα Πολιτικής (Policy Briefs)/1, Αθήνα, 2011. Διαθέσιμο στο: <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/policy-brief1.pdf>
14. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ, ΔΑΦΕΡΜΟΣ Γ. Δομή και τάσεις της οικονομικής ανισότητας και της φτώχειας στην Ελλάδα και την ΕΕ, 1995–2008. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/2, Αθήνα, 2010. Διαθέσιμο σε: <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report2.pdf>
15. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ, ΠΕΤΜΕΤΖΙΔΟΥ Μ. Ανισότητα, φτώχεια και αναδιανομή μέσω των κοινωνικών μεταβιβάσεων: Η Ελλάδα σε συγκριτική προοπτική. Στο: Πετμετζίδου-Τσουλουβή Μ, Παπαθεοδώρου Χ (Επιμ.) *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*. Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα, 2004
16. ΠΕΤΜΕΤΖΙΔΟΥ Μ, ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ. Ανισότητα, αναδιανομή και καθεστώς ευημερίας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ. Στο: Μοσχονάς Α, Πετμετζίδου Μ, Στασινόπουλος Γ, Αλεξίου Κ, Χάλαρης Γ, Αργεΐτης Γ και συν (Επιμ.) *Οικονομικές αλλαγές και κοινωνικές αντιθέσεις στην Ελλάδα: Οι προκλήσεις στις αρχές του 21ου αιώνα*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005
17. LEIBFRIED S. Towards a European Welfare State? On integrating poverty regimes in the European Community. In: Jones C (ed) *New perspectives on the welfare state in Europe*. Routledge, London & New York, 1993
18. MURRAY CJ, FRENK J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000, 78:717–731
19. ΜΠΙΤΣΩΡΗ Ζ, ΜΠΑΛΑΣΚΑ Δ. Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 2016, 5:113–124
20. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1998
21. ΑΝΩΝΥΜΟΣ. Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2005, 22:8–9
22. MOSSIALOS E, DJORDJEVIC A, OSBORN R, SARNAK D. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund, New York, 2017. Available at: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos\\_intl\\_profiles\\_v5.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos_intl_profiles_v5.pdf)
23. ΜΠΟΥΤΣΙΟΥ Σ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013, 5:147–161
24. ΡΟΜΠΟΛΗΣ ΣΓ. Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος. *Κοινωνική Πολιτική* 2013, 1:1–14
25. MATSAGANNIS M. The welfare state and the crisis: The case of Greece. *J Eur Soc Policy* 2011, 21:501–512

26. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α, ΤΣΙΤΣΗ Θ. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:106–112
27. HARRIS RL, SEID MJ. Globalization and health in the new millennium. *Perspect Global Dev Tech* 2001, 3:1–46
28. FRENK J, GÓMEZ-DANTÉS O. Globalisation and the challenges to health systems, *Br Med J* 2002, 325:95–97
29. ΜΠΕΚ Ο. *Τι είναι παγκοσμιοποίηση; Λανθασμένες αντιλήψεις και απαντήσεις*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999
30. KOZER K, LUTZ H. The new migration in Europe: Social constructions and realities. In: Kozer K, Lutz H (eds) *The new migration in Europe: Social constructions and social policy*. Palgrave Macmillan, New York, 1998:1–17
31. ΡΟΜΠΟΛΗΣ Σ. Η μετανάστευση στην Ελλάδα: Επισκόπηση και προοπτικές. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2009, 4:27–44
32. ΚΑΨΑΛΗΣ Α. Το «αξίωμα» της επιλεκτικής μετανάστευσης ως απάντηση στις προκλήσεις του 21ου αιώνα. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2009, 4:63–76
33. ΠΑΠΑΗΛΙΑΣ Θ. *Το αλλοδαπό εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα: Ανίχνευση στους μεταναστευτικούς μηχανισμούς*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2006

*Corresponding author:*

P. Sarafis, Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, 15 Vragadinou street, 3041 Limassol, Cyprus  
e-mail: pavlos.sarafis@cut.ac.cy