ISBN: 978-960-9571-12-8

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
ΕΣΠΑ 2007-2013
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας
Κ. ΔΗΜΟΥΛΑΣ
Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Εκπαιδευτικό Υλικό

Θεματική Ενότητα

Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας

Κ. ΔΗΜΟΥΛΑΣ
Χ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ISBN: 978-960-9571-12-8
Copyright ΙΝΕ/ΓΣΕΕ
Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α, 106 81 Αθήνα
www.inegsee.gr

Σελιδοποίηση - Εκτύπωση:
ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ
Αντιγόνης 60 & Λένορμαν
Τηλ.: 210 5156820, Fax: 210 5156811
e-mail:info@kambili.gr

ΙΝΕ/ΓΣΕΕ

Συνδικαλιστική Εκπαίδευση

Θεματική Ενότητα:

Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κ. Δημουλάς: Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Χ. Οικονόμου: Συστήματα κοινωνικής περίθαλψης και υγείας

Έκδοση 2012

Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
ΕΣΠΑ 2007-2013
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Περιεχόμενα

Πρόλογος Προέδρου ΓΣΕΕ, Γιάννη Παναγόπουλου 9

Εισαγωγή 15

Α' ΜΕΡΟΣ:
Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
Αντιλήψεις και περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής 23

1.1. Κοινωνική πολιτική και παρεμφερείς κοινωνικές επιστήμες 24

1.2. Οι δυνάμεις που οδήγησαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής 27

1.3. Επιδιώξεις και στόχοι της κοινωνικής πολιτικής. 30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.
Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική: ατομοκεντρικές και συλλογικές αντιλήψεις 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.
Μοντέλα και καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής 59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.
Παγκοσμιοποίηση και κοινωνική πολιτική 69

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Συνοδευτικά κείμενα 77

Κείμενο 1: I. Gough, (2008), Η Πολιτική Οικονομία του Κοινωνικού Κράτους, Σαββάλας, σελ. 95-99 (πρώτη αγγλική έκδοση 1979) 77

Κείμενο 2: Ν. Μουζέλη, ομότιμου καθηγητή Κοινωνιολογίας στην LSE, «Παγκοσμιοποίηση, μύθοι και πραγματικότητες» (απόσπασμα) 80

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Απαντήσεις στις ασκήσεις και τις δραστηριότητες του Α' Μέρους 85

Βιβλιογραφικές αναφορές Α' μέρους 89

Β' ΜΕΡΟΣ:
Συστήματα κοινωνικής περίθαλψης και υγείας 91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Συστήματα Κοινωνικής Περίθαλψης και Υγείας 93

1.1. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας 95

1.2. Μοντέλα συστημάτων υγείας 110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.
Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης 117

2.1. Η αρμοδιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας 118

2.2. Οι πολιτικές και τα προγράμματα δημόσιας υγείας 122

2.3. Η Ενιαία Εσωτερική Αγορά και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας 124

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Το ελληνικό σύστημα υγείας 141

3.1. Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ... 142

3.2. Η δομή του συστήματος υγείας 145

3.3. Οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ 162

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Συνοδευτικά Κείμενα 173

Άρθρο 129 Συνθήκης Μάαστριχτ 173

Άρθρο 152 Συνθήκης Άμστερνταμ 174

Άρθρο 168 Συνθήκης Λισαβόνας 175

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Απαντήσεις στις ασκήσεις και τις δραστηριότητες του Β' Μέρους 179

Βιβλιογραφικές αναφορές Β' μέρους 189

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η χώρα μας βρίσκεται στο επίκεντρο μιας διεθνούς και ευρωπαϊκής οικονομικής κρίσης. Η κρίση αυτή έχει τεράστιες επιπτώσεις στον κόσμο της μισθωτής εργασίας και το συνδικαλιστικό κίνημα είναι υποχρεωμένο και ν' αγωνιστεί και να δώσει απαντήσεις.

Από τη θέση σε ισχύ του διεθνούς μηχανισμού δανεισμού της χώρας, έχουμε γίνει μάρτυρες πολιτικών οι οποίες έχουν δυσμενέστατες επιπτώσεις στο εισόδημα, στην απασχόληση, στις εργασιακές σχέσεις, σε θεμελιώδη εργασιακά και ασφαλιστικά δικαιώματα των ανθρώπων του μόχθου, στη μισθωτή εργασία.

Κι είναι αλήθεια ότι το συνδικαλιστικό κίνημα παρά τους μεγάλους αγώνες, τους πολύ σκληρούς αγώνες που έδωσε, δεν κατόρθωσε να δώσει μια οριστική, μια μόνιμη απάντηση και να προστατεύσει αποτελεσματικά αυτό τον κόσμο από τις επιπτώσεις μέτρων, που ήταν μέτρα άδικα, μέτρα άνισα και μέτρα αναποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κρίσης.

Απεδείχθηκε περίτρανα ότι αυτό που χρόνια τώρα συζητούμε, ότι πρέπει στο συνδικαλιστικό κίνημα να δούμε τις εποχές που αλλάζουν, τις προτεραιότητες και τα διακυβεύματα ούτως ώστε να οργανωθούμε με τρόπο τέτοιο που θα δίνουμε απαντήσεις, αλλά ταυτόχρονα θα έχουμε και τη δυνατότητα να κάνουμε αποτελεσματικούς αγώνες, είναι αναγκαίο όσο ποτέ άλλοτε.

Η κρίση αυτή προφανώς δεν αφορά μόνο την Ελλάδα. Όμως, στην Ελλάδα παρουσιάζεται με ιδιαίτερη οξύτητα γιατί βρισκόμαστε εν μέσω των δίδυμων ελλειμμάτων, του χρέους αφενός και των δημοσιονομικών αφετέρου.

Αντιμετωπίζει ανάλογα προβλήματα και η Ευρώπη, και βλέπουμε ότι κι εκεί το συνδικαλιστικό κίνημα προσπαθεί να αναδιοργανωθεί, να αναστοχαστεί όλη του την πορεία και να προσπαθήσει να δώσει σύγχρονες απαντήσεις.

Στο πολιτικό επίπεδο κυριαρχούν οι νεοσυντηρητικές δυνάμεις, οι δυνάμεις του νεοφιλελευθερισμού που χρησιμοποιούν, την Ευρώπη αλλά κυρίως τη χώρα μας, ως πειραματόζωο κοινωνικών και ιδεολογικών αναζητήσεων που καμία σχέση δεν έχουν με τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των δυνάμεων της εργασίας.

Επιδιώκουν σε μεγάλο βαθμό να υποβαθμίσουν την προστασία της μισθωτής εργασίας, να απελευθερώσουν τις αγορές, σε τέτοιο βαθμό που τελικά να οδηγούμαστε σε κοινωνικό αποκλεισμό ευρύτατων ομάδων του πληθυσμού, σε αποκλεισμό των μισθωτών από παραδοσιακά κυρίαρχα και αδιαπραγμάτευτα δικαιώματά τους.

Παρατηρούμε ότι η κυρίαρχη τάση των εργοδοτών και των κυβερνήσεων, που ουσιαστικά εκφράζουν τα συμφέροντά τους, είναι να αποκεντρώνουν τις συλλογικές διαπραγματεύσεις, σε βαθμό μάλιστα που να αμφισβητείται όλο το πλαίσιο των συλλογικών διαπραγματεύσεων και των συλλογικών συμβάσεων εργασίας και να επικρατούν τελικά και κυρίαρχα η εργοδοτική αυθαιρεσία και οι ατομικές συμβάσεις εργασίας.

Η Ελλάδα είναι το πειραματικό εργαστήρι εφαρμογής τέτοιου είδους πολιτικών και επικίνδυνων κοινωνικών πειραμάτων που έχουν ως στόχο, μέσω της εξουδετέρωσης του ρόλου των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, την κατάργηση των ενιαίων ορίων προστασίας του κόσμου της εργασίας ως «εμποδίων» στην αύξηση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας. Είναι προφανές ότι τα αποτελέσματα του πειράματος που γίνεται στην Ελλάδα, ένα κράτος-μέλος της Ε.Ε., θα επιχειρηθεί να εφαρμοσθούν άμεσα και σε άλλες χώρες, που βρίσκονται ή θα βρεθούν δέσμιες της οικονομικής κρίσης και των οικονομικών-δανειακών τους αναγκών.

Πρέπει λοιπόν πρώτα εμείς, βλέποντας ταυτόχρονα το τι συμβαίνει στο ευρωπαϊκό συνδικαλιστικό κίνημα, να αρχίσουμε να αναδιοργανώνουμε τις δυνάμεις μας, να έχουμε μια συνεκτική αυτόνομη

στρατηγική, η οποία θα είναι πλήρως απαγκιστρωμένη από τον ξύλινο κομματικό λόγο, τις προτεραιότητες και τον εναγκαλισμό που έθεταν παλαιότερα τα κόμματα στα συνδικάτα και να αναπτυχθεί η αυτόνομη στρατηγική των συνδικάτων που θα υπερασπίζει τα αδιαπραγμάτευτα δικαιώματα της μισθωτής εργασίας.

Τα συνδικάτα στη χώρα μας παραδοσιακά αναπτύχθηκαν σε ισχυρούς κλάδους της παραγωγής ή των υπηρεσιών. Λόγω του μεγάλου κατακερματισμού της δομής της απασχόλησης, με δεδομένο ότι υπάρχουν 970.000 επιχειρήσεις εκ των οποίων οι 900.000 έχουν κάτω από 9 εργαζόμενους, με μεγάλη δυσκολία δημιουργείται συνδικαλιστική οργάνωση και θα πρέπει ν' αντιμετωπίσουμε αυτό το συγκεκριμένο γεγονός.

Τα λίγα ισχυρά συνδικάτα που έδιναν τον τόνο και που εύκολα γίνονται λεία στην προπαγάνδα περί συντεχνιών και περί ειδικών συμφερόντων, δεν μπορούν ν' αποτελούν από μόνα τους απάντηση στο μέλλον.

Πρέπει να κινηθούμε με νέα ορμή, με νέα στόχευση, ώστε να μπορέσουμε στους κόλπους των συνδικάτων να προσελκύσουμε περισσότερο κόσμο, νέο κόσμο, μορφές απασχόλησης, που μέχρι τώρα ούτε εκφράζονται ούτε εκπροσωπούνται. Επίσης ο λόγος των συνδικάτων να ανοίξει και να μην είναι υπόθεση μόνο υπεράσπισης των μελών του, αλλά υπεράσπισης των ευρύτερων δυνάμεων της μισθωτής εργασίας, που δεν έχουν δομές, που δεν έχουν τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης.

Ταυτόχρονα θα πρέπει να επεκταθούμε ώστε να εκφράσουμε κι αυτούς που είτε είναι οι απόμαχοι της εργασίας –κι αυτοί δεν έχουν δομές διαπραγμάτευσης–, είτε αυτούς που χάνουν τη δουλειά τους, τους ανέργους που ήταν εργαζόμενοι κι επιδιώκουν να ξαναγίνουν εργαζόμενοι και οι οποίοι στερούνται στοιχειωδών δυνατοτήτων να διαπραγματευτούν το μέγιστο δικαίωμα που είναι η εργασία με σεβασμό στην ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπεια.

Για να γίνουν όλα αυτά δεν μπορούμε και δεν πρέπει να αρκεστούμε στα παραδοσιακά εργαλεία. Τα παραδοσιακά εργαλεία, τις υπάρχουσες δομές μας, την εμπειρία και τους αγώνες των μελών μας πρέπει να τις κρατήσουμε πρέπει όμως να τις αναπτύξουμε και να τις επεκτείνουμε ώστε να εκφράσουμε και αυτό τον κόσμο.

Γι' αυτό πρέπει να δούμε ποιες είναι οι προτεραιότητες. Ποιες είναι οι προτεραιότητες στα ζητήματα που τίθενται για να υπερασπίσουμε ή να επιδιώξουμε στο επόμενο διάστημα, όταν η χώρα βγει απ' την κρίση, γιατί η κρίση κι ο κύκλος της κρίσης εξαρτάται κι απ' τους δικούς μας αγώνες προκειμένου να κλείσει όσο το δυνατόν πιο σύντομα, ώστε να μπούμε στη φάση όπου θα αγωνιστούμε για να κερδίσουμε ξανά ό,τι μας πήραν, ό,τι χάσαμε στην περίοδο της κρίσης. Επιπλέον, οφείλουμε να πάμε ένα βήμα περισσότερο, γιατί αυτή η χώρα –μια πλούσια χώρα που ο πλούτος της κατανέμεται άδικα και άνισα– πρέπει να μπορέσει να προσφέρει ευημερία στο σύνολο των πολιτών και κυρίως των ανθρώπων του μόχθου.

Για να το κάνουμε αυτό πρέπει να είμαστε πάρα πολύ σαφείς ποιες είναι οι προτεραιότητες των συνδικάτων. Τα συνδικάτα πρέπει να έχουν σταθερό μέτωπο στα ζητήματα της απασχόλησης, δηλαδή της εργασίας για όλους, της σταθερής, σίγουρης, ικανοποιητικής και ποιοτικής εργασίας για όλους, στο ζήτημα των εργασιακών σχέσεων, στο ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης και βεβαίως στο ζήτημα των αμοιβών.

Εμείς πρέπει να τα ξαναφέρουμε στην πρώτη γραμμή. Ειδικά τώρα μέσα στο απαράδεκτο θεσμικό πλαίσιο που είναι σε ισχύ με στόχο την κατάργηση των κλαδικών συλλογικών συμβάσεων εργασίας και τη δημιουργία σ' επιχειρησιακό επίπεδο, μια ζούγκλας συλλογικοποιημένων ατομικών συμβάσεων, περισσότερο από ποτέ, οφείλουμε να βρισκόμαστε στην πρώτη γραμμή.

Να βρεθούμε δίπλα στην κάθε μικρή επιχείρηση, δίπλα στον κάθε εργαζόμενο, στις μικρές ομάδες εργαζομένων σ' αυτά τα υβριδικά σχήματα που σπρώχνουν οι εργοδότες να δημιουργηθούν, τις ενώσεις προσώπων και από άτυπες μορφές διαπραγμάτευσης να τις μετατρέψουμε σε τυπικές, δεμένες με το συνδικαλιστικό κίνημα, ώστε κι αυτή η προσπάθεια εργοδοτών και κυβερνήσεων να πέσει στο κενό.

Θα πρέπει σ' όλο το επόμενο διάστημα να δώσουμε τη μάχη της συγκέντρωσης των διαπραγματεύσεων, της προσπάθειας των συνδικάτων να βρίσκεται σε κάθε σημείο που δημιουργείται δικαίωμα και δυνατότητα διαπραγμάτευσης. Οι εργαζόμενοι οφείλουμε να σπάσουμε την τάση που θέλει την πλήρη αποκέντρωση έως διάλυση των συλλογικών διαπραγματεύσεων.

Αυτή είναι η δύναμη των συνδικάτων.

Η δύναμή τους είναι η δυνατότητα να διαπραγματεύονται συλλογικά με γνώμονα το συλλογικό συμφέρον. Να αποτελούν τον έναν ισχυρό πόλο στην εργασιακή σχέση. Μιας κι ο άλλος είναι ούτως ή άλλως ισχυρός και είναι ο εργοδότης.

Και για να είμαστε ισχυροί χρειάζεται να έχουμε ενότητα, να έχουμε ταξική, σαφώς προσδιορισμένη γραμμή, να έχουμε τη δική μας αυτόνομη στρατηγική.

Αυτό είναι το καθήκον μας, αυτή θα πρέπει να είναι η προσπάθειά μας, ώστε στο επόμενο διάστημα, όχι μόνο τους παραδοσιακά συνδικαλισμένους εργαζόμενους να εκφράσουμε, που κατά τεκμήριο είναι και μεγαλύτεροι στην ηλικία και σχετικά καλύτερα αμοιβόμενοι απ' τους άλλους, αλλά να εκφράσουμε τις νέες γενιές της εργατικής τάξης της χώρας μας, να κάνουμε τα συνδικάτα ελκτικά κι ελκυστικά, να βρεθούν μαζί μας για να δώσουμε τους μεγάλους αγώνες που απαιτούνται.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΓΣΕΕ

Εισαγωγή

Το παρόν εκπαιδευτικό υλικό αποτελείται από δύο μέρη:

- Στο **πρώτο μέρος** παρουσιάζεται συνοπτικά το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής και οι βασικές οπτικές αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων, τα βασικά χαρακτηριστικά, οι λειτουργίες και οι στόχοι που επιδιώκονται με την κοινωνική πολιτική, τα βασικά μοντέλα και καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής και οι κύριοι προβληματισμοί για την παγκοσμιοποίηση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική πολιτική.
- Στο **δεύτερο μέρος** παρουσιάζεται η έννοια του συστήματος υγείας ως βασικού πυλώνα άσκησης της κοινωνικής πολιτικής, αναλύονται ο ρόλος και οι λειτουργίες του. Επίσης παρουσιάζονται οι κοινοτικοί και οι εθνικοί θεσμοί που επιδρούν και προσδιορίζουν τις εθνικές πολιτικές υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Ευελπιστούμε ότι με την ολοκλήρωση των δύο μερών του εκπαιδευτικού υλικού θα αποκτήσετε μία σφαιρική άποψη για τους σύγχρονους προβληματισμούς αναφορικά με τη κοινωνική πολιτική και τον τρόπο που αυτοί εκδηλώνονται στα συστήματα υγείας, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Α' ΜΕΡΟΣ:
Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας

Του Κ. Δημουλά

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Επιδίωξη του παρόντος πρώτου μέρους του εκπαιδευτικού υλικού είναι να παρουσιαστεί συνοπτικά το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής και οι βασικές οπτικές αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων. Περιγράφονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά, οι λειτουργίες της, καθώς και οι στόχοι που επιδιώκονται με την κοινωνική πολιτική και καταδεικνύονται τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την ατομοκεντρική και τη συλλογική αντίληψη για την κοινωνική πολιτική.

Επίσης παρουσιάζονται τα βασικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ τους, καθώς και οι επικρατούσες αντιλήψεις γύρω από την ταξινόμηση των διαφορετικών χωρών σε καθεστώτα κράτους πρόνοιας και σε καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής.

Τέλος, καταγράφονται οι βασικοί προβληματισμοί για την παγκοσμιοποίηση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική πολιτική, με ιδιαίτερη έμφαση στη ρητορική περί ευέλικτης εργασίας και τις συνακόλουθες προτάσεις κοινωνικής πολιτικής που επικεντρώνονται στην ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων μέσω της κοινωνικής δικτύωσης.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι να αναπτύξει το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής, τους παράγοντες που επέδρασαν στην ανάπτυξή της, καθώς και τις κύριες θεωρητικές αντιλήψεις και πολιτικές προσεγγίσεις για το χαρακτήρα και το ρόλο της.

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση αυτής της ενότητας θα είστε σε θέση:

- να περιγράφετε το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής,
- να επισημαίνετε τους κύριους παράγοντες που επέδρασαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής,
- να διακρίνετε τις κύριες οπτικές μέσα από τις οποίες γίνεται αντιληπτή η σύγχρονη κοινωνική πολιτική,
- να εντοπίζετε τις βασικές ομοιότητες και διαφορές μεταξύ της ατομοκεντρικής και της συλλογικής αντίληψης για την κοινωνική πολιτική,
- να διακρίνετε τα βασικά χαρακτηριστικά των ατομοκεντρικών και των συλλογικών αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική,
- να αναγνωρίζετε τα χαρακτηριστικά των βασικών μοντέλων κοινωνικής πολιτικής,
- να διακρίνετε τα βασικά καθεστώτα κράτους πρόνοιας των ανεπτυγμένων χωρών και να ενημερωθείτε για τα βασικά καθεστώτα πρόνοιας στον κόσμο,
- να εντοπίζετε τις κύριες μεταβολές που προκαλεί στην κοινωνική πολιτική η παγκοσμιοποίηση,
- να διακρίνετε τα βασικά χαρακτηριστικά του φορντικού και του μεταφορντικού πλαισίου κοινωνικής πολιτικής,
- να υποστηρίζετε την πρόταση της «ενδυνάμωσης» ως προτεραιότητας της κοινωνικής πολιτικής την εποχή της παγκοσμιοποίησης.

Λέξεις/έννοιες κλειδιά

- Κοινωνική πολιτική
- Κοινωνικές ανάγκες

- Κοινωνική αλληλεγγύη
- Κοινωνική ευημερία
- Κοινωνική αναπαραγωγή
- Κοινωνική ανάπτυξη
- Αγορά και κοινωνική πολιτική
- Μοντέλα κοινωνικής πολιτικής
- Καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής
- Παγκοσμιοποίηση
- Ευελιξία
- Δικτύωση
- Κοινωνικό κεφάλαιο
- Ενδυνάμωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
Αντιλήψεις και περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Επιδίωξη της παρούσας υποενότητας είναι να διερευνηθεί το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής και οι βασικές οπτικές αντιμετώπισής της. Περιγράφονται συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά, οι λειτουργίες και οι στόχοι που επιδιώκονται με την κοινωνική πολιτική, όταν αυτή αντιμετωπίζεται ως μέσο επίτευξης της ευημερίας, ως εργαλείο κοινωνικής προστασίας, ως μηχανισμός κοινωνικής αναπαραγωγής, ως τεχνική κοινωνικού ελέγχου, ως μέθοδος επιτάχυνσης των κοινωνικών αλλαγών και ως συστατικό στοιχείο της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Επίσης, παρουσιάζονται οι βασικές διακρίσεις των κοινωνικών αναγκών, καθώς και οι υπηρεσίες που προτείνονται για την αντιμετώπισή τους.

Σκοπός του κεφαλαίου

Σκοπός της παρούσας υποενότητας είναι να παρουσιάσει τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και τους στόχους που επιδιώκει ανάλογα με την οπτική αντιμετώπισής της.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα/στόχοι

Με την ολοκλήρωση αυτής της ενότητας θα είστε σε θέση:

- να προσδιορίζετε το περιεχόμενο της κοινωνικής πολιτικής,
- να εντοπίζετε τους κύριους παράγοντες που επέδρασαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής,
- να διακρίνετε τις κύριες οπτικές από τις οποίες γίνεται αντιληπτή η σύγχρονη κοινωνική πολιτική,
- να ορίζετε τις βασικές ομοιότητες και διαφορές μεταξύ της ατομοκεντρικής και της συλλογικής αντίληψης για την κοινωνική πολιτική.

Λέξεις/έννοιες κλειδιά

- Κοινωνική πολιτική
- Κοινωνικές ανάγκες (βασικές, ενδιάμεσες, ατομικές, συλλογικές)
- Κοινωνική αλληλεγγύη
- Κοινωνική ευημερία
- Κοινωνική αναπαραγωγή
- Κοινωνική ανάπτυξη

1.1. Κοινωνική πολιτική και παρεμφερείς κοινωνικές επιστήμες

Η κοινωνική πολιτική, παρόλο που είναι μία ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια, δεν έχει μέχρι τώρα ένα σαφές και αποδεκτό από όλους περιεχόμενο. Είναι πρώτα απ' όλα διεπιστημονική και δεν περιορίζεται σε μία συγκεκριμένη επιστήμη. Αναφέρεται στην κοινωνιολογία, την πολιτική οικονομία, την κοινωνική ανθρωπολογία, τη νομική και τη διοικητική επιστήμη. Ορισμένοι μελετητές αντιμετωπίζουν την κοινωνική πολιτική ως διάσταση της οικονομικής πολιτικής. Άλλοι τη συνδέουν με την ηθική και τη φιλανθρωπία και άλλοι με το δίκαιο και

τα δικαιώματα του ανθρώπου. Όλοι βέβαια συμφωνούν ότι η κοινωνική πολιτική έχει έντονα πρακτικό χαρακτήρα.

Άσκηση 1

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχέση της κοινωνικής πολιτικής με τις άλλες παρεμφερείς κοινωνικές επιστήμες όπως τις αντιλαμβάνεται ο καθηγητής της κοινωνικής πολιτικής Πωλ Σπίκερ (Paul Spicker).

Αφού μελετήσετε τις ομοιότητες και τις διαφορές της κοινωνικής πολιτικής από την κοινωνιολογία, την οικονομία, την πολιτική επιστήμη, την ψυχολογία και την κοινωνική εργασία, συζητήστε με τους συναδέλφους σας την άποψή σας αναφορικά με αυτές τις ομοιότητες και τις διαφορές. Κατόπιν αναρωτηθείτε αν η κοινωνική πολιτική αποτελεί διεπιστημονικό αντικείμενο ανάλυσης ή συγκροτεί αυτοτελή κοινωνική επιστήμη και πρακτική. Στη συνέχεια της ενότητας θα βρείτε ορισμένες δικές μας επισημάνσεις.

Πίνακας 1. Η κοινωνική πολιτική και οι σχέσεις της με τις άλλες επιστήμες (Spicker P., 2008:10).

Επιστήμη	Σχέσεις	Διαδικασίες	Πεδίο Προβληματισμού	Θεσμοί
Κοινωνιολογία				
Κοινά στοιχεία	Φύλο	Κοινωνικοποίηση	Αποκλίσεις	Οικογένεια
Διαφορετικά στοιχεία	Προσωπικές συγκρούσεις	Δομές και φορείς	Κοινωνική επιρροή του στρατεύματος	Θρησκευτική πίστη
Οικονομία				
Κοινά στοιχεία	Αγορά εργασίας	Ύφεση	Οικονομικές ανισότητες	Δημόσιες Δαπάνες
Διαφορετικά στοιχεία	Αγορά χρήματος	Εμπόριο	Επιχειρήσεις	Τράπεζες και πιστωτικό σύστημα
Πολιτική Επιστήμη				
Κοινά στοιχεία	Δύναμη	Νομιμοποίηση	Σχέσεις φύλων	Κυβέρνηση
Διαφορετικά στοιχεία	Πολιτική Αλλαγή	Εκλογές	Διεθνείς Σχέσεις	Κομματικό σύστημα
Ψυχολογία				

Κοινά στοιχεία	Κοινωνική συμπεριφορά	Ανάπτυξη/ ανατροφή παιδιών	Αλλαγή στάσεων	Ψυχιατρική
Διαφορετικά στοιχεία	Προσωπική ανάπτυξη	Διανοητική ανάπτυξη	Αισθήσεις	-------
Κοινωνική Εργασία				
Κοινά στοιχεία	Σχέσεις πελάτη/ λειτουργού	Φροντίδα κοινότητας	Παιδική βία	Προσωπικές Κοινωνικές υπηρεσίες
Διαφορετικά στοιχεία	Ενδοοικογενειακές λειτουργίες	Συμβουλευτική	Αλληλεπίδραση ομάδων	---------

Η κοινωνική πολιτική συνδέεται άμεσα με τις άλλες κοινωνικές επιστήμες, με τις οποίες εμφανίζει πολλά κοινά σημεία και εξίσου πολλές διαφορές. Αν και πολλά θέματα ενδιαφέροντός της κοινωνικής πολιτικής αποτελούν αντικείμενο ενδιαφέροντος και για τις άλλες κοινωνικές επιστήμες, η οπτική από την οποία προσεγγίζονται αυτά τα θέματα είναι διαφορετική. Η κοινωνική πολιτική επικεντρώνεται κυρίως στα μέτρα και τις δράσεις που επιδιώκουν την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων. Η διαφορές της με τους άλλους κλάδους των κοινωνικών επιστημών συνδέονται κυρίως με τη μέθοδο, το θεωρητικό προβληματισμό και τη σκοπιά από την οποία αντιμετωπίζονται οι διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.

Τα κύρια ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής προσεγγίστηκαν αρχικά στο πλαίσιο των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των αρχών της Γαλλικής Επανάστασης για την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Ωστόσο, η επικράτηση των αρχών του φιλελευθερισμού δεν επέτρεψε την ανάδειξη της κοινωνικής πολιτικής ως μορφής συλλογικής αντιμετώπισης των κοινωνικών αναγκών. Αντιθέτως, μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1880 οι παρεμβάσεις του κράτους περιορίζονταν στο ελάχιστο δυνατό επίπεδο, έτσι ώστε να λειτουργεί απρόσκοπτα η αγορά. Από το 1880 κι έπειτα και κυρίως στις αρχές του 20ού αιώνα θεσπίστηκαν οι πρώτοι οργανισμοί κοινωνικής αλληλεγγύης και ασφάλισης κατά των κινδύνων της γήρανσης, της ανεργίας και των ατυχημάτων. Ωστόσο, η μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής δόθηκε μετά την οικονομική κρίση του 1929-30 και κυρίως μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.

Τα κύρια θέματα της κοινωνικής πολιτικής αποτελούν αντικείμενο χωριστού θεωρητικού προβληματισμού μόλις κατά την τελευταία τριακονταετία, ενώ πριν κάτι τέτοιο ήταν εξαιρετικά σπάνιο. Σ' αυτό επέδρασε, εκτός των άλλων, το ότι δόθηκε με καθυστέρηση σημασία στις κρατικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ζητημάτων που άπτονται της κοινωνικής πολιτικής. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι και το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο τα ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής δεν αποτελούσαν ειδικό αντικείμενο της κρατικής πολιτικής και περιορίζονταν κυρίως στη φιλανθρωπία και την πρωτοβουλία των εθελοντικών οργανώσεων. Η μεγάλη τομή στην ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής συνδέεται με το κράτος πρόνοιας και την ανάπτυξη που συντελέστηκε σ' αυτό μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.

1.2. Οι δυνάμεις που οδήγησαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής

Σκεφτείτε τώρα ποιες κατά τη γνώμη σας είναι βασικές δυνάμεις που επέδρασαν στην ανάπτυξη της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής και κρατήστε σύντομες σημειώσεις. Στη συνέχεια της ενότητας θα βρείτε τις δικές μας παρατηρήσεις.

Η κοινωνική πολιτική, όπως τη γνωρίζουμε σήμερα, είναι αποτέλεσμα αρκετών κοινωνικών παραγόντων και διεργασιών. Μεταξύ αυτών των παραγόντων αναφέρονται **οι φυσικές καταστροφές, οι πόλεμοι, οι ανάγκες που προκαλεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής στα αστικά κέντρα και η ανάπτυξη του καπιταλισμού με την επικράτηση της μισθωτής εργασίας.**

Οι **πόλεμοι** αποτέλεσαν σημαντική παράμετρο για την ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής. Πρώτα απ' όλα εξαιτίας των πολέμων το κράτος αναγκάζεται να αναλάβει πρωτοβουλίες υποστήριξης των θυμάτων που αυτός προκαλεί, όπως είναι οι χήρες και τα ορφανά.

Ένα παράδειγμα

Στις ΗΠΑ τα συνταξιοδοτικά συστήματα αναπτύχθηκαν με κέντρο βάρους τις συντάξεις προς τους βετεράνους του εμφυλίου και των μετέπειτα πολέμων στις οποίες ενεπλάκη και εξακολουθεί να εμπλέκεται το αμερικανικό κράτος. Ως αποτέλεσμα, οι συντάξεις προς τους βετεράνους των πολέμων ή και τους συγγενείς τους θεωρούνται ο κύριος πυλώνας της κοινωνικής πολιτικής στην Αμερική από πολλούς ακαδημαϊκούς μελετητές (Scocpol Theda, 1995).

Επιπλέον, οι πόλεμοι προκαλούν μεγάλες καταστροφές στις υποδομές και τις κοινωνικές δομές, οι οποίες απαιτούν τη συνολική κρατική παρέμβαση προκειμένου να επανέλθουν σε «φυσιολογικά» επίπεδα λειτουργίας. Τέτοιου είδους καταστροφές είναι αυτές που προκάλεσαν οι βομβαρδισμοί των Γερμανών στη Μεγάλη Βρετανία κατά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι οποίες οδήγησαν, μεταξύ άλλων, στην ανάπτυξη των δημόσιων κατοικιών από την τοπική αυτοδιοίκηση, χάρη στις οποίες επιλύθηκε το πρόβλημα στέγασης εκατομμυρίων οικογενειών που ανήκαν στα λαϊκά στρώματα. Δεν είναι τυχαίο, εξάλλου, ότι η περίφημη έκθεση Μπέβεριτζ (Beveridge) που αποτέλεσε το σημείο αναφοράς για τη σύγχρονη ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής, εκπονήθηκε κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και δόθηκε στη δημοσιότητα το 1942. Το σχέδιο του Μπέβεριτζ προέβλεπε τη δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας, την επίτευξη της πλήρους απασχόλησης και την προώθηση ενός συστήματος οικογενειακών επιδομάτων ως απαραίτητο συμπλήρωμα στα επιδόματα ανεργίας, με βασικό σκοπό να ηττηθούν οι «πέντε γίγαντες» που καταπιέζουν το σύγχρονο άνθρωπο και εμποδίζουν την ευημερία του: *η ανάγκη, η απραξία/οκνηρία, η άγνοια, η ασθένεια και η εξαθλίωση*.

Οι **φυσικές καταστροφέ**ς επίσης οδηγούν στην ανάγκη για κρατικές παρεμβάσεις με κοινωνικό περιεχόμενο. Μία πλημμύρα ή ένας ισχυρός σεισμός καταστρέφει τα μέσα επιβίωσης του πληθυσμού και θα πρέπει να ληφθούν άμεσες πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγιεινής, σίτισης και διαμονής των πληγέντων. Επίσης προκαλεί την ανάγκη ανακατασκευής των υποδομών, των υπηρεσιών υγείας ή εκπαίδευσης και τη δημιουργία πολιτικών για την ενίσχυση της απασχόλησης.

Ωστόσο **ο σημαντικότερος παράγοντας ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής είναι η βιομηχανική ανάπτυξη και η επέκταση της μισθωτής απασχόλησης**. Με την ανάπτυξη του καπιταλισμού για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία εμφανίζονται τυπικά ελεύθεροι άνθρωποι και πολίτες που απολαμβάνουν τα πολιτικά τους δικαιώματα, αλλά δε διαθέτουν παρά μόνο την εργατική τους ικανότητα (δύναμη) για να επιβιώσουν. Δεν διαθέτουν, δηλαδή, περιουσία ή άλλα μέσα πλούτου (π.χ. δικαιώματα εκμετάλλευσης ή απόκτησης προσόδου, μετοχές, μέσα παραγωγής) και η επιβίωσή τους εξαρτάται από την ικανότητά τους να εργάζονται ως μισθωτοί (εργάτες-υπάλληλοι).

Η ανάπτυξη και η επικράτηση της μισθωτής εργασίας, που συνόδευσε την επέκταση του καπιταλισμού, είχε ως αποτέλεσμα η μεγάλη μάζα των ανθρώπων στις σύγχρονες κοινωνίες να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες επιβίωσης όταν δεν εργάζεται (ανατροφή παιδιών, αρρώστια, ανεργία, γηρατειά). Ενώ, για παράδειγμα, ο αγρότης ή ο μικροεπαγγελματίας (έμπορος, βιοτέχνης) διαθέτει κάποια μικρή ή μεγάλη περιουσία που του επιτρέπει να επιβιώνει χωρίς να εργάζεται, δεν συμβαίνει το ίδιο με τον μισθωτό εργαζόμενο, παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Όταν δηλαδή ο αγρότης γερνάει και δεν μπορεί να εργάζεται εντατικά στα χωράφια, έχει τη δυνατότητα να τα νοικιάσει ή να τα διαθέσει στα παιδιά του με αντάλλαγμα τη φροντίδα του. Ο έμπορος, επίσης, μπορεί να νοικιάσει ή να πουλήσει το κατάστημά του και να έχει διαθέσιμα εισοδήματα. Ο μισθωτός εργαζόμενος όμως δεν μπορεί να επιβιώσει εάν δεν εργάζεται (ούτε αυτός, ούτε τα παιδιά του). Κι επειδή ο καπιταλισμός είναι ένα ασταθές οικονομικό σύστημα, με επαναλαμβανόμενες οικονομικές διακυμάνσεις και κρίσεις απασχόλησης, προκαλεί διαρκώς ανεργία και οδηγεί αρκετούς εργαζόμενους στο κοινωνικό περιθώριο. Στην ανάγκη αντιμετώπισης αυτών των αρνητικών συνεπειών του καπιταλιστικού συστήματος βασίστηκε η ανάπτυξη των σύγχρονων συστημάτων κοινωνικής πολιτικής.

Τα σύγχρονα συστήματα κοινωνικής πολιτικής επιδιώκουν πρωτίστως τη δημιουργία εκείνων των προϋποθέσεων που διασφαλίζουν τις συνθήκες διαβίωσης των εργαζομένων από τις απειλές που προκαλεί η ανεργία, τα ατυχήματα και τα γηρατειά

ή ακόμα, γενικότερα, η ανικανότητα προσωρινής ή μόνιμης απασχόλησης.

1.3. Επιδιώξεις και στόχοι της κοινωνικής πολιτικής

Δραστηριότητα 1

Σκεφτείτε τώρα τους βασικούς στόχους που επιδιώκει να επιτύχει η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα και κρατήστε σημειώσεις για το περιεχόμενο του κάθε στόχου που θα εντοπίσετε. Συγκρίνετε τις παρατηρήσεις σας με τις απόψεις που ακολουθούν.

Η κοινωνική πολιτική δεν αντιμετωπίζεται από όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο. Ανάλογα με την κοινωνική τους θέση και τις ιδεολογικές τους αντιλήψεις θεωρούν ότι αυτή θα πρέπει να επιδιώκει συγκεκριμένους σκοπούς και να ακολουθεί συγκεκριμένες μεθόδους για την επίτευξή τους.

Η Ολγα Στασινοπούλου διακρίνει πέντε βασικές οπτικές θεώρησης της κοινωνικής πολιτικής:

1. Η κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας.
2. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική του κινδύνου.
3. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική της κοινωνικής αλλαγής.
4. Η κοινωνική πολιτική ως παρέμβαση στην κοινωνική αναπαραγωγή.
5. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική των σχέσεων εξουσίας και του κυρίαρχου λόγου.

Εδώ θα μπορούσαμε να προσθέσουμε και μία έκτη κατηγορία, την **κοινωνική πολιτική από την οπτική της ανάπτυξης**.

1.3.1. Η κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας

Δραστηριότητα 2

Θα μπορούσατε πριν συνεχίσετε τη μελέτη της ενότητας αυτής να εντοπίσετε τους παράγοντες, που, κατά τη γνώμη σας, συνθέτουν την έννοια της ευημερίας. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις και στη συνέχεια συγκρίνετέ τες με τις δικές μας παρατηρήσεις που ακολουθούν.

Η κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας θεμελιώθηκε από τους διανοητές της αγγλοσαξονικής εργατικής παράδοσης, κυρίως από τη φαβιανή αντίληψη για την κοινωνία και την κοινωνική πολιτική, καθώς και τον Ρίτσαρντ Τίτμους (Richard Titmuss). Σύμφωνα με τον Ρ. Τίτμους, *«Η κοινωνική διοίκηση μπορεί να οριστεί ευρέως ως η μελέτη των κοινωνικών υπηρεσιών που αντικείμενό της είναι η βελτίωση των συνθηκών ζωής των ατόμων στο σύνολο των οικογενειακών και ομαδικών σχέσεων»* (Titmuss R., 1963:14), Σ' αυτή την αντίληψη η κοινωνική πολιτική οδηγεί σε επιλογές κρίσιμης σημασίας που επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου και το χαρακτήρα της κοινότητας στην οποία αυτό εντάσσεται.

Η κοινωνική ευημερία, όμως, είναι μία αρκετά αμφιλεγόμενη έννοια και δεν είναι εύκολο να οριστεί με ακρίβεια.

Σύμφωνα με τον Σπίκερ (Spicker P., 2004:142), *«Η ευημερία είναι διφορούμενος όρος. Αναφέρεται τόσο στην ευζωία των ανθρώπων, όσο και στα συστήματα που έχουν σχεδιαστεί για να τους φροντίζουν… Στο επίπεδο του ατόμου, η ευζωία εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, αρνητικών και θετικών. Οι αρνητικοί παράγοντες είναι πράξεις που δεν πρέπει να γίνονται προς τους ανθρώπους... Οι θετικοί παράγοντες είναι πράγματα που πρέπει να υφίστανται για να βιώσουν οι άνθρωποι την ευζωία. Στο πιο στοιχειώδες επίπεδο, σε αυτούς περιλαμβάνονται τα φυσικά και αναγκαία της ζωής όπως το νερό, τα τρόφιμα και ο αέρας και τα αγαθά και υλικά που είναι απαραίτητα στην καθημερινή ζωή, όπως ο ιματισμός και τα καύσιμα. Ωστόσο, περιλαμβάνονται και πολλοί κοινωνικοί παράγοντες, όπως η αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους, η στοργή, η ασφάλεια και η προσωπική ανάπτυξη.*

Οι αρνητικοί παράγοντες συζητούνται συνήθως με όρους δικαιωμάτων... Οι θετικοί είναι ανάγκες. Οι θετικοί είναι ανάγκες υπό την έννοια

ότι είναι απαραίτητες για τους ανθρώπους οι άνθρωποι δεν μπορούν να ζήσουν καλά, εάν οι ανάγκες τους δεν ικανοποιούνται. Το αποτέλεσμα της αποτυχίας να ικανοποιηθεί οποιαδήποτε από αυτές τις ανάγκες –π.χ. για νερό, στέγαση, ασφάλεια ή σχέσεις– υπογραμμίζει ότι αυτός ο παράγοντας ή η έλλειψή του, εξουσιάζει καθοριστικά τη ζωή του ατόμου. Οι ανάγκες είναι απαραίτητες για την ευζωία –χωρίς αυτές η ευζωία χάνεται».

Όπως γίνεται αντιληπτό στο παραπάνω απόσπασμα του Σπίκερ, η ευημερία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και συνδέεται με την **ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων**. Ωστόσο αυτές οι ανάγκες δεν μπορούν να οριστούν εύκολα με βάση κάποια αντικειμενικά κριτήρια και πολλές φορές **συγχέονται** με τις **επιθυμίες** των ατόμων.

Ένα παράδειγμα

Σκεφτείτε την ανάγκη που έχει κάποιος για υγιεινή τροφή προκειμένου να συντηρείται σωματικά. Είναι μία αρκετά γενική ανάγκη, που για να ικανοποιηθεί περιλαμβάνει τόσο την ανάγκη για κατανάλωση δημητριακών όσο και την ανάγκη για κατανάλωση πρωτεϊνών που υπάρχουν στο κρέας. Η ανάγκη για κατανάλωση κρέατος, όμως, δεν ταυτίζεται με την κατανάλωση συγκεκριμένου είδους κρέατος, όπως είναι το βοδινό κρέας ή το κρέας από στρουθοκάμηλο ή ελάφι (η οποία θα μπορούσαμε να πούμε ότι συνιστά όχι ανάγκη αλλά επιθυμία).

*Επιπλέον, η **ανάγκη** για παροχή υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με την **επιθυμία** για την παροχή αυτών των υπηρεσιών από συγκεκριμένο επώνυμο γιατρό. Επίσης, η ανάγκη για ιδιόκτητο αυτοκίνητο δεν υπήρχε πριν από 100 χρόνια ούτε έχει την ίδια **ένταση** στις κοινωνίες που διαθέτουν ανεπτυγμένα μέσα μαζικής μεταφοράς και στις κοινωνίες που δε διαθέτουν παρά μόνο στοιχειώδεις υπηρεσίες μαζικής μετακίνησης.*

Πολλές ανάγκες είναι προτιμότερο να **ικανοποιούνται συλλογικά** παρά σε ατομική βάση. Για παράδειγμα η ικανοποίηση της ανάγκης που έχουν οι γονείς για την εκπαίδευση των παιδιών τους όταν γίνεται σε ατομική βάση δεν μπορεί να ικανοποιηθεί παρά μερικώς, διότι δεν μπορούν όλοι οι γονείς να καλύπτουν τα έξοδα αμοιβής των δασκάλων που θα παρέχουν ιδιαίτερα μαθήματα στα παιδιά τους.

Τέλος, οι ανάγκες των ανθρώπων αλλάζουν **ανάλογα:**

α) με τον κύκλο της ζωής του ατόμου (παιδική ηλικία, γηρατειά),

β) με τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην άσκηση των φυσιολογικών τους δραστηριοτήτων (π.χ. ατυχήματα, ασθένεια) και

γ) ανάλογα με τους φυσικούς και πολιτικούς κινδύνους και το βαθμό που το κάθε άτομο είναι ευάλωτο σε αυτούς (π.χ. ανεργία, φυσικές καταστροφές).

Είναι φανερό ότι οι ανάγκες που έχουν τα άτομα κατασκευάζονται κοινωνικά και διαφοροποιούνται από κοινωνία σε κοινωνία, χωρίς κάτι τέτοιο να σημαίνει ότι οι ανάγκες των ατόμων δεν είναι πραγματικές.

Ο Τζόναθαν Μπράντσοου (Bradshow Jonathan, 1972), ισχυρίζεται ότι *«η ιστορία των κοινωνικών υπηρεσιών είναι η ιστορία αναγνώρισης των κοινωνικών αναγκών και της οργάνωσης της κοινωνίας για την αντιμετώπισή τους»*. Με βάση αυτή τη θεώρηση των κοινωνικών αναγκών, επικεντρώθηκε στον τρόπο που αυτές γίνονται αντιληπτές από όσους διαμορφώνουν τις αποφάσεις αναφορικά με τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζει η κάθε κοινωνία και διέκρινε **4 βασικές κατηγορίες αναγκών:**

- τις **ανάγκες με βάση τους κανόνες δικαίου,** οι οποίες απορρέουν από την κρίση ειδικών επαγγελματιών (π.χ. ανάγκη κάποιου ατόμου για ειδική θεραπευτική αγωγή),
- τις **αισθανόμενες ανάγκες,** οι οποίες δηλώνουν αυτό που αισθάνονται οι άνθρωποι και αναδεικνύεται μέσω ερευνών γνώμης ή και ποιοτικές έρευνες (π.χ. ανάγκη συμπληρωματικής διδασκαλίας στα Λύκεια ή ανάγκες για τις υπηρεσίες των ολοήμερων σχολείων),
- τις **εκπεφρασμένες ανάγκες,** οι οποίες δηλώνουν αυτό που διεκδικούν οι άνθρωποι μέσω εκλογών, συγκεντρώσεων και διαμαρτυριών (π.χ. ανάγκη για λήψη μέτρων περιορισμού της εγκληματικότητας σε κάποια περιοχή) και τέλος
- τις **συγκριτικές ανάγκες,** οι οποίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα σύγκρισης με τις ανάγκες που έχουν οι «άλλοι» και συνήθως

προσδιορίζονται μέσω κοινωνικών ερευνών ή και με την αξιολόγηση των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών (π.χ. παροχή γονικής άδειας με αποδοχές στην Ελλάδα με βάση τις αντίστοιχες παροχές σε άλλες χώρες της Ε.Ε.).

Βέβαια, αυτή η ταξινόμηση δεν είναι μία ταξινόμηση που ακολουθεί αυστηρά κριτήρια διάκρισης των διαφορετικών αναγκών, καθώς δεν αποκλείεται μία ανάγκη να είναι εκπεφρασμένη, συγκριτική και ταυτόχρονα αισθανόμενη ανάγκη.

Άσκηση 2

Ορίστε μία προσωπική σας ανάγκη. Με βάση τη διάκριση του Μπράντσοου, πώς θα χαρακτηρίζατε αυτή την ανάγκη. Σε ποια/ποιες κατηγορία/-ες θα την εντάσσατε και γιατί;

Τη δική μας, ενδεικτική, απάντηση θα τη βρείτε στο Παράρτημα 2.

Σε κάθε περίπτωση, η ικανοποίηση των **βασικών αναγκών** του κάθε ατόμου αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την κοινωνική ευημερία. Οι Λιν Ντόιαλ (Len Doyal) και Ιαν Γκαχ (Ian Gough) υποστηρίζουν ότι οι ανάγκες των ανθρώπων δεν είναι ιδεολογικές κατασκευές, αλλά πραγματικές και χαρακτηρίζουν όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως του τρόπου που οι ίδιοι τις εκφράζουν και διεκδικούν την ικανοποίησή τους.

Κατά τους Ντόιαλ και Γκαχ (Doyal Len & Gough Ian, 1991) οι ανάγκες των ανθρώπων διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες:

α) τις βασικές ανάγκες που θα πρέπει να ικανοποιούνται στο μέγιστο βαθμό (υγεία και αυτονομία του ατόμου) και

β) τις ενδιάμεσες ανάγκες οι οποίες οδηγούν στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών και θα πρέπει να ικανοποιούνται σε έναν ελάχιστο βαθμό για όλους τους ανθρώπους. Οι **ενδιάμεσες ανάγκες είναι:**

- επαρκής τροφή και νερό
- κατάλληλη και προστατευόμενη κατοικία

- ασφαλές εργασιακό περιβάλλον
- ασφαλές φυσικό περιβάλλον
- κατάλληλη φροντίδα υγείας
- παιδική ασφάλεια
- φυσική ασφάλεια
- οικονομική ασφάλεια
- πρωταρχικές σχέσεις
- ασφαλής έλεγχος γεννήσεων
- ανατροφή παιδιών
- βασική εκπαίδευση.

Άσκηση 3

Αφού μελετήσετε τη διάκριση και το περιεχόμενο των αναγκών σύμφωνα με τους Ντόιαλ και Γκαχ, προσπαθήστε να ορίσετε τους παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπική σας ευημερία. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν αποκλειστικά τη δική σας ευημερία και κάποιοι παράγοντες που, ταυτόχρονα με τη δική σας, επηρεάζουν και την ευημερία των συνανθρώπων σας (συναδέλφων, γειτόνων, συνδημοτών κ.ά); Νομίζετε ότι μπορεί να διασφαλιστεί η προσωπική σας ευημερία χωρίς τα συλλογικά αγαθά και τη συλλογική ικανοποίηση βασικών αναγκών σας;

Τεκμηριώστε την απάντησή σας σε μισή σελίδα. Ορισμένες δικές μας σκέψεις ακολουθούν στη συνέχεια.

Για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ατόμων, ώστε να οδηγηθούμε στην κοινωνική ευημερία, θα πρέπει να δημιουργηθούν διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό επειδή η αγορά, αλλά και η ατομική δραστηριότητα δεν μπορούν να ικανοποιήσουν ούτε το σύνολο των αναγκών ούτε τις ανάγκες όλων των ανθρώπων. Οι κοινωνικές υπηρεσίες σύμφωνα με τον Ρ. Τίτμους, διακρίνονται σε **τέσσερις βασικές κατηγορίες**:

α) αυτές που είναι μόνο προς όφελος του ατόμου και παρέχονται ανεξαρτήτως του ατομικού τρόπου ζωής των ατόμων και ανεξάρτητα από το εάν απ' αυτές τις υπηρεσίες ωφελείται ταυτόχρονα και η κοινότητα ή όχι (π.χ. υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων στο σπίτι τους),

β) υπηρεσίες από τις οποίες ωφελείται και το άτομο και η κοινότητα (π.χ. ιατρική φροντίδα για μολυσματικές ασθένειες),

γ) υπηρεσίες από τις οποίες ωφελείται η κοινότητα, αλλά όχι απαραίτητα και το άτομο (π.χ. υπηρεσίες επιτήρησης-επίβλεψης),

δ) υπηρεσίες από τις οποίες θεωρούμε ότι ωφελείται γενικά η κοινότητα, αλλά όχι και το άτομο, τουλάχιστον άμεσα (π.χ. αστικός και πολεοδομικός σχεδιασμός, δημιουργία χώρων πρασίνου κ.ά.).

Έτσι, σύμφωνα με την οπτική της ευημερίας στην κοινωνική πολιτική, οι κοινωνικές υπηρεσίες διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο και θα πρέπει να επιδιώκουν συνολικά την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με απώτερο σκοπό την ευημερία τους. Ωστόσο, οι επιλογές που θα γίνουν ως προς το είδος των αναγκών που θα ικανοποιηθούν, το εύρος κάλυψης αυτών των αναγκών από τα μέτρα και τις υπηρεσίες που θα αποφασιστούν γι' αυτό το σκοπό και τις διαδικασίες που θα εφαρμοστούν συντελείται κυρίως στη βάση των πολιτικών προτεραιοτήτων, όπως αυτές διαμορφώνονται ανάλογα με το συσχετισμό δυνάμεων και τις πιέσεις που ασκούν προς την εκάστοτε κυβέρνηση οι διαφορετικές οργανώσεις εκπροσώπησης των κοινωνικών και οικονομικών συμφερόντων.

1.3.2. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική του κινδύνου

Οι άνθρωποι από την αρχαιότητα και μέχρι σήμερα επιδιώκουν με τις ενέργειές τους να αυξήσουν την ευζωία τους. Για να το επιτύχουν αυτό προσπαθούν να ελέγξουν το περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσής τους, ώστε να περιορίσουν τους ενδεχόμενους κινδύνους. Συνήθως αυτοί οι κίνδυνοι αναφέρονται στα ατυχήματα, την ασθένεια, τα γηρατειά, το θάνατο και την ανεργία. **Πρόκειται για κινδύνους που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε ατομική βάση και από τον καθένα μεμονωμένα.** Επίσης είναι κίνδυνοι στους οποίους όλοι οι

άνθρωποι εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες έκθεσης και ταυτόχρονα εξίσου σημαντικές πιθανότητες να μην βρεθούν ποτέ σε μία τέτοια κατάσταση.

Δραστηριότητα 3

Διαβάστε το παρακάτω σχόλιο:

«Ο κίνδυνος καρδιοπάθειας μετά την ηλικία των 40 ετών είναι αυξημένος και θα πρέπει να αναληφθούν δράσεις προληπτικού και κατασταλτικού χαρακτήρα για την αντιμετώπισή του, αλλά δεν πρόκειται να προσβληθούν από καρδιοπάθεια όλοι όσοι είναι πάνω των 40 ετών. Συνεπώς θα ήταν παράλογο όλοι οι άνθρωποι να αποταμιεύουν σε ατομικούς λογαριασμούς χρήματα για μία ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση, αν και εφόσον εμφανίσουν συγκεκριμένες μορφές καρδιοπάθειας κάποια στιγμή στη ζωή τους. Σε κάθε περίπτωση, ακόμα κι αν κάτι τέτοιο θα ήταν λογικό να γίνει, δεν θα μπορούσε να ευοδωθεί για όλους τους ενδεχόμενους κινδύνους, διότι τα απαιτούμενα χρήματα είναι υπερβολικά πολλά».

Συμφωνείτε με την άποψη που υποστηρίζει το παραπάνω σχόλιο, δηλαδή ότι οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι είναι υπερβολικά πολλοί και μεγάλοι και δεν μπορεί να ανταποκριθεί σ' αυτούς παρά μόνο με συλλογικό τρόπο; Συζητείστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας στην τάξη.

Η αντιμετώπιση του παραπάνω είδους κινδύνων προϋποθέτει **ευρείες**, **υψηλού κόστους** και πολλές φορές **δομικού τύπου παρεμβάσεις,** οι οποίες δεν είναι δυνατό να γίνουν από το κάθε άτομο χωριστά ή αν γίνουν, του προκαλούν υπέρμετρη επιβάρυνση. Αντίθετα η **συλλογική παρέμβαση** και η **κοινωνική αλληλεγγύη** επιμερίζουν τα βάρη αντιμετώπισης αυτών των κινδύνων στα άτομα κι έτσι αυξάνεται η ατομική και η συνολική κοινωνική ευημερία. Η προαναφερόμενη ωφέλεια επιτυγχάνεται επειδή αυτοί που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση των κινδύνων είναι πολύ περισσότεροι από αυτούς που αντιμετωπίζουν τους συγκεκριμένους κινδύνους στην πράξη.

Ένα παράδειγμα

Η παραπάνω λογική εφαρμόστηκε αρχικά στο εμπορικό ναυτικό, προκειμένου να επιτυγχάνεται η ασφάλιση των εμπορευμάτων που μετέφεραν τα πλοία στη Βρετανική Αυτοκρατορία κατά το 17^{ο} αιώνα και οδήγησε στη μεγάλη επέκταση του εμπορίου.

Πιο συγκεκριμένα, οι έμποροι που ναύλωναν κάποιο καράβι με σκοπό να μεταφέρει εμπορεύματα (τσάι, καφέ, ζάχαρη κ.ά) από τις αγορές τις Ανατολής, της Αμερικής και της Ωκεανίας αντιμετώπιζαν πολύ υψηλούς κινδύνους να χάσουν τα χρήματα που διέθεταν γι' αυτό το σκοπό εξαιτίας των καιρικών μεταβολών στους ωκεανούς (τρικυμίες) και της πειρατείας. Ασφαλίζοντας τα εμπορεύματά τους κατά αυτών των κινδύνων θεμελίωσαν τους βασικούς κανόνες της ασφάλισης και της συλλογικής ευθύνης με ταυτόχρονη διασφάλιση των ατομικών συμφερόντων.

Όσοι έμποροι, δηλαδή, ναύλωναν ένα καράβι μοιραζόταν τα έξοδα ανάλογα με τα εμπορεύματα που αυτό θα μετέφερε για λογαριασμό τους και αν το ταξίδι ολοκληρώνονταν χωρίς προβλήματα θα καρπώνονταν αναλογικά τα οφέλη από την πώληση των εμπορευμάτων τους, ο καθένας ανάλογα με το είδος και την ποσότητα που είχε συμφωνήσει. Αν όμως το καράβι αντιμετώπιζε την πειρατεία ή άσχημες καιρικές συνθήκες και σωζόταν μόνο ένα μέρος ή και είδος εμπορευμάτων, αυτά δεν τα καρπώνονταν μόνο ο έμπορος ή οι έμποροι που τα είχαν παραγγείλει, αλλά μοιραζόταν μεταξύ όλων των εμπόρων που συμμετείχαν στη ναύλωση του καραβιού ανάλογα με τη συνεισφορά τους. Κατά αυτό τον τρόπο περιοριζόταν οι ζημιές με «δίκαιο» τρόπο μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη κοινοπραξία. Με βάση αυτή την αρχή αναπτύχθηκαν οι ανώνυμες εταιρίες και οι εταιρίες ασφάλισης των εμπορευμάτων.

Με βάση την παραπάνω λογική επιμερισμού του κόστους και των ζημιών μεταξύ των μελών μίας ομάδας αναπτύχθηκαν τα ταμεία αλληλοβοήθειας των εργαζομένων και ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης από τους κινδύνους της ανεργίας, της ασθένειας και των γηρατειών.

Η κοινωνική πολιτική που επιδιώκει την αντιμετώπιση των κινδύνων που προκαλούν απρόβλεπτες καταστάσεις μέσω της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης και συνήθως αναφέρεται ως «κοινωνική προστασία». Τα ταμεία

ασφάλισης κατά των κινδύνων εργατικού ατυχήματος, ασθενείας, ανεργίας και γηρατειών, θεσπίστηκαν αρχικά ως ταμεία αλληλοβοήθειας μεταξύ των εργαζομένων και στη συνέχεια γενικεύτηκαν και απέκτησαν διμερή ή τριμερή χαρακτήρα με τη συμμετοχή των εργοδοτών και του κράτους στη χρηματοδότηση και τη διοίκησή τους.

Η κοινωνική ασφάλιση ως θεσμός αντιμετώπισης των κινδύνων και παροχής κοινωνικής προστασίας στους εργαζόμενους διέπεται από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, η διάρρηξη των οποίων προκαλεί προβλήματα βιωσιμότητας στα ασφαλιστικά ταμεία.

Άσκηση 4

Τα περισσότερα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στηρίζουν την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης στη βάση των προκαθορισμένων παροχών (αναδιανεμητικό) προς τους ασφαλισμένους. Οι ***προκαθορισμένες παροχές*** *με τη σειρά τους στηρίζονται κυρίως στις εισφορές των εν ενεργεία εργαζομένων, προκειμένου να καλύπτονται οι ασφαλισμένοι που δεν εργάζονται (συνταξιούχοι, άνεργοι, έμμεσα ασφαλισμένοι), αντίθετα με τα συστήματα* ***προκαθορισμένων εισφορών*** *(κεφαλαιοποιητικό), στα οποία οι παροχές ορίζονται από τις προηγούμενες εισφορές του ασφαλισμένου σε ατομική βάση. Ποιο από τα δύο συστήματα κατά τη γνώμη σας ενισχύει την κοινωνική αλληλεγγύη και διασφαλίζει καλύτερα τα συμφέροντα των εργαζομένων; Ποιοι είναι κατά τη γνώμη σας οι παράγοντες που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα των φορέων ασφάλισης όταν αυτοί βασίζονται στις προκαθορισμένες παροχές;*

Διατυπώστε τις σκέψεις σας σε ένα κείμενο μισής σελίδας. Ορισμένες δικές μας επισημάνσεις θα συναντήσετε στη συνέχεια.

Επειδή η κοινωνική ασφάλιση στηρίζεται κατά βάση στις εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και —κατά περίπτωση— του κράτους, η δυνατότητά της να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις κάλυψης των αναγκών των ασφαλισμένων εξαρτάται από την ισορροπία που διαμορφώνεται μεταξύ των εισφορών (ποσότητα και ύψος εισφοράς κατά άτομο και κατά κατηγορία κινδύνου) και των δαπανών (είδη παροχών και καλύψεων και ύψος της κάθε παροχής κατά είδος κινδύνου και αριθμό ωφελουμένων ασφαλισμένων). Όσο υψηλότερα είναι τα έσοδα συγκριτικά με τα έξοδα ενός ταμείου ασφάλισης, τόσο πε-

ρισσότερο ικανό να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασφαλισμένων και βιώσιμο είναι το ταμείο. Τα έσοδα των ταμείων όμως εξαρτώνται από τον αριθμό και τις αμοιβές των εν ενεργεία εργαζομένων. Έτσι παράγοντες όπως η ανεργία και η αδήλωτη απασχόληση υποσκάπτουν τα θεμέλια της κοινωνικής ασφάλισης και υπονομεύουν τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών φορέων πολύ περισσότερο απ' ότι το ύψος των παροχών με το οποίο καλύπτονται κυρίως συνηθισμένες και βασικές ανάγκες των ασφαλισμένων.

Η μείωση του βαθμού βιωσιμότητας των ταμείων ασφάλισης των εργαζομένων, καθώς και μία σειρά ευρύτερων δομικών αλλαγών στο σύστημα της απασχόλησης ανέδειξαν και άλλους κινδύνους που αντιμετωπίζουν σήμερα οι εργαζόμενοι, οι οποίοι δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστούν με το μέχρι σήμερα τρόπο λειτουργίας των ταμείων. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι οι **αναδιαρθρώσεις** των επιχειρήσεων και οι ραγδαίες μεταβολές στη δομή και τα χαρακτηριστικά της απασχόλησης εξαιτίας της **παγκοσμιοποιημένης**, πλέον, οικονομίας.

Επίσης, αυξάνει ο αριθμός των μεταναστών που δεν διαθέτουν επίσημα έγγραφα (άδειες παραμονής, εργασίας), καθώς και των προσφύγων που τροφοδοτούν την **ανεπίσημη αγορά εργασίας**. Έτσι στις περισσότερες χώρες παρατηρείται το φαινόμενο της **δυϊκής κοινωνικής δομής και δομής απασχόλησης**. Αφενός υπάρχουν οι κοινωνικά ενταγμένοι εργαζόμενοι που έχουν ικανοποιητικές αμοιβές και συνθήκες εργασίας και αφετέρου οι ανασφαλείς, χαμηλά αμειβόμενοι και περιστασιακά αμειβόμενοι εργαζόμενοι. Αυτός ο δυϊσμός υποσκάπτει τις προϋποθέσεις λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης με τον τρόπο που αυτή θεμελιώθηκε στις αρχές του 20ού αιώνα.

Δραστηριότητα 4

Από την άποψη του «αναπόφευκτου» της δυϊκής αγοράς εργασίας ως απόρροια της παγκοσμιοποίησης, η κοινωνική πολιτική προσανατολίζεται σε εξατομικευμένες πρακτικές όπως είναι η συμβουλευτική, τα προγράμματα κατάρτισης και η ευέλικτη ασφάλεια (flexicurity), αντί της μέχρι σήμερα κοινωνικής προστασίας. Σημαίνει κάτι τέτοιο ότι η κοινωνική ασφάλιση παύει να λειτουργεί ως θεσμός προστασίας από τους κινδύνους;

Συζητήστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα, το οποίο αρκετοί μελετητές της κοινωνικής πολιτικής υποστηρίζουν ότι υποσκάπτει τα θεμέλια της κοινωνικής ασφάλισης είναι το φαινόμενο του «λαθρεπιβάτη». Πρόκειται για μία έννοια που εισήγαγε ο Μάνκουρ Όλσον (Mancur Olson) με το έργο του «Η Λογική της Συλλογικής Δράσης», το οποίο αναφέρεται στις συνδικαλιστικές οργανώσεις. Σύμφωνα με τον Μ. Όλσον, οι συλλογικές οργανώσεις παρουσιάζουν υψηλή μαχητικότητα και αλληλοδέσμευση των μελών τους όταν είναι μικρές σε μέγεθος, καθώς όλα τα μέλη ωφελούνται από τον επιμερισμό των καθηκόντων μεταξύ τους και τα κοινά οφέλη που αποκτούν, χάρη στη συλλογική δράση. Όταν όμως οι οργανώσεις γίνονται πολύ μεγάλες, γραφειοκρατικές και απρόσωπες, είναι προς το ατομικό συμφέρον σημαντικού αριθμού εργαζομένων να μην είναι μαχητικοί, ίσως ούτε καν μέλη των οργανώσεων, ώστε να μη συνεισφέρουν στις θυσίες που είναι απαραίτητες για το κοινό όφελος, καθώς όταν οι οργανώσεις κερδίζουν κάτι για τα μέλη τους, αυτό γενικεύεται κι έτσι ωφελούνται και αυτοί που δεν είναι μέλη ή δεν υπόκεινται σε κάποιες προσωπικές θυσίες (π.χ. εισφορά για την οργάνωση, απώλεια ημερομισθίων εξαιτίας της συμμετοχής σε απεργίες, θυσίες προσωπικού χρόνου και ψυχαγωγίας εξαιτίας της συμμετοχής σε δραστηριότητες της οργάνωσης κ.ο.κ). Με ανάλογο σκεπτικό υποστηρίζεται ότι η υποχρεωτική ασφάλιση του συστήματος των προκαθορισμένων παροχών καλλιεργεί το φαινόμενο του **λαθρεπιβάτη** σε μεγάλο αριθμό ατόμων, επειδή είναι προς το ατομικό τους συμφέρον να μην πληρώνουν παρά ελάχιστες εισφορές, αφού έτσι κι αλλιώς έχουν διασφαλισμένες τις μελλοντικές παροχές. Έτσι υπονομεύεται η βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Στον αντίποδα αυτής της επιχειρηματολογίας, τονίζεται ότι στα συστήματα προκαθορισμένων παροχών υπάρχουν δικλείδες ασφαλείας και διαφοροποίηση των παροχών ανάλογα με τις εισφορές κι έτσι παρέχονται αντικίνητρα εισφοροδιαφυγής και το φαινόμενο του λαθρεπιβάτη είναι περιορισμένο.

Άσκηση 5

Στα ελληνικά μέσα ενημέρωσης προβάλλεται πολύ συχνά η άποψη ότι οι οργανισμοί κοινωνικής προστασίας (ΙΚΑ, ΟΑΕΔ) δίνουν γενναιόδωρες παροχές σε άτομα που δεν έχουν υποβληθεί στις ανάλογες εισφορές κι έτσι καλλιεργείται το φαινόμενο του «λαθρεπιβάτη». Γνωρίζετε ανά-

λογες περιπτώσεις από την προσωπική σας εμπειρία; Πώς μπορεί να περιοριστεί κατά την άποψή σας ο αριθμός των «λαθρεπιβατών» στα συστήματα κοινωνικής προστασίας χωρίς παράλληλα να υπονομευτεί η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης στην οποία στηρίζονται;

Κρατήστε σημειώσεις μισής σελίδας, το πολύ, με τις προτάσεις σας και τις προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν για την εφαρμογή τους και συζητήστε τις με τους συναδέλφους σας στην τάξη.

1.3.3. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική της κοινωνικής αλλαγής

Η μελέτη της κοινωνικής πολιτικής από την οπτική της κοινωνικής αλλαγής συνδέεται με τη διάκριση μεταξύ της κοινωνιακής και κοινωνικής πολιτικής του Ούγγρου μελετητή Φέργκε (Sz. Ferge). Όπως σημειώνει η Όλγα Στασινοπούλου, *«Η κοινωνιακή πολιτική συγκροτείται από τις επιμέρους πολιτικές που στοχεύουν στη βαθύτερη αναδιάρθρωση της κοινωνίας —γι΄ αυτό και (ο Sz. Ferge) την ονόμασε δομική— μία ευρύτερη διαδικασία κοινωνικής αλλαγής με επικέντρωση στην κοινωνική αναπαραγωγή. Η κοινωνική πολιτική αντιθέτως, δεν στοχεύει από μόνη της στην κοινωνική αλλαγή, αλλά αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την επίτευξη των στόχων της κοινωνιακής πολιτικής»* (Στασινοπούλου Όλγα, 2010:7).

Πολλές φορές μάλιστα η κοινωνική πολιτική λειτουργεί ως μηχανισμός χειραγώγησης των αιτημάτων για αλλαγή και συμβάλει στη συντήρηση της υφισταμένης κατάστασης, εκτονώνοντας τις ενδεχόμενες κοινωνικές αντιδράσεις που προκαλούνται εξαιτίας των κοινωνικών εντάσεων. Από αυτή τη άποψη η κοινωνική πολιτική υποστηρίζει ή επιδρά ανασταλτικά στην κοινωνική αλλαγή ή συμβάλει στην αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων που αυτή προκαλεί στα άτομα και τις κοινωνικές ομάδες, αναλόγως του πλαισίου ευρύτερης πολιτικής στο οποίο εφαρμόζεται.

Στο πλαίσιο της οπτικής της κοινωνικής αλλαγής αναπτύσσονται κυρίως τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής και ιδιαιτέρως αυτά που συνδέονται με τις **επιλεκτικές κοινωνικές παροχές**. Επίσης, η οπτική της κοινωνικής αλλαγής συνδέεται με τα μέτρα αντιμετώπι-

σης των προβλημάτων που προκαλούν οι κοινωνικές και οικονομικές αναδιαρθρώσεις και από αυτή την οπτική αποτελεί πολύτιμο εργαλείο υποστήριξης της κοινωνικής αλλαγής.

Άσκηση 6

Στο νομό Α της Βορείου Ελλάδας η ανεργία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο το επόμενο διάστημα εξαιτίας των οικονομικών αναδιαρθρώσεων που οδηγούν στο κλείσιμο σημαντικού αριθμού επιχειρήσεων. Για την αντιμετώπιση της κατάστασης η κυβέρνηση προτείνει την εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης για όσους χάνουν την εργασία τους, ώστε να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και να βελτιώσουν τις προοπτικές απασχόλησής τους σε νέους τομείς (υπηρεσίες κ.ά). Θεωρείτε ότι αυτά τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής θα ενισχύσουν την κοινωνική αλλαγή με τη διευκόλυνση της προσαρμογής των εργαζομένων στις νέες συνθήκες απασχόλησης ή αντίθετα θα αποσοβήσουν απλώς τις κοινωνικές αντιδράσεις ώστε να ολοκληρωθεί η οικονομική αναδιάρθρωση χωρίς κοινωνική αναταραχή;

Συζητήστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας. Σύντομο δικό μας σχόλιο θα βρείτε στο Παράρτημα 2.

1.3.4. Η κοινωνική πολιτική ως παρέμβαση στην κοινωνική αναπαραγωγή

Η συγκεκριμένη οπτική αναφέρεται κυρίως στη μαρξιστική παράδοση και συνδέει την κοινωνική πολιτική με τις ανάγκες παραγωγής και αναπαραγωγής του καπιταλιστικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα η μαρξιστική θεωρία υποστηρίζει ότι για να αναπαραχθεί ο καπιταλισμός αναγκαία συνθήκη είναι η παραγωγή υπεραξίας με την αναπαραγωγή της μισθωτής σχέσης εργασίας, δηλαδή της σχέσης εργοδότη-εργαζομένου ως εκμεταλλευτικής σχέσης. Ενώ ο εργοδότης ως άτομο αναπαράγεται χάρη στα μέσα διαβίωσης που διαθέτει και διευρύνει διαμέσου του κέρδους, ο εργαζόμενος για να αναπαραχθεί θα πρέπει αφενός να διαθέτει τα αναγκαία μέσα επιβίωσης και αφετέρου να αναπαράγεται μέσα στο συγκεκριμένο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, ώστε να μπορεί να προσφέρει στον εργοδότη την εργατική του δύναμη σε ανταπόδοση του μισθού. Για να αναπαραχθεί δη-

λαδή η μισθωτή σχέση θα πρέπει να αναπαράγονται και τα δύο σκέλη της: και οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι.

Η αναπαραγωγή των εργαζομένων, ειδικότερα, περιλαμβάνει δύο σκέλη: τη **βιολογική αναπαραγωγή** τους και την **κοινωνική αναπαραγωγή** τους. Η βιολογική αναπαραγωγή προϋποθέτει τη δυνατότητα κάλυψης βασικών βιολογικών αναγκών (τροφή, στέγη, ένδυση, υγεία) και των αναγκών γέννησης και ανατροφής των παιδιών. Η κοινωνική αναπαραγωγή προϋποθέτει την κάλυψη κοινωνικών αναγκών (κοινωνικές σχέσεις, ψυχαγωγία, διασκέδαση, αναψυχή) των ατόμων, αλλά και τη διατήρηση και αναπαραγωγή των κοινωνικών θεσμών που επιτρέπουν και υποστηρίζουν την αναπαραγωγή της μισθωτής σχέσης (οικογένεια, σχολείο, πολιτισμός, συστήματα ύδρευσης, αποχέτευσης, υπηρεσίες υγείας, μεταφορές κ.ά).

Επειδή η μισθωτή σχέση είναι πάντοτε ατομική σχέση και ο εργοδότης επιδιώκει τη μεγιστοποίηση του ατομικού κέρδους του, τείνει να υποσκάπτει τα θεμέλια αυτής της σχέσης, δηλαδή τις συνθήκες βιολογικής και κοινωνικής αναπαραγωγής των εργαζομένων, προκειμένου να μεγιστοποιεί και να ικανοποιεί τα άμεσα ατομικά του συμφέροντα. Δηλαδή, τείνει να εκμεταλλεύεται στο έπακρο τον εργαζόμενο κι έτσι τον οδηγεί προς τη βιολογική εξάντληση και φθορά. Αν όλοι οι εργοδότες συμπεριφέρονται με αυτό τον τρόπο, θα προκαλέσουν τη φυσική εξόντωση των εργαζομένων και θα υποσκάψουν τα ίδια τα θεμέλια της καπιταλιστικής σχέσης, καθώς περιορίζουν τα διαθέσιμα αποθέματα εργατικής δύναμης. Για να αποφύγουν αυτό τον κίνδυνο, θα πρέπει να διαθέτουν ανεξάντλητες πηγές εξεύρεσης απασχολήσιμων εργαζομένων (π.χ. μέσω πολλών γεννήσεων ή μέσω αθρόας μετανάστευσης), να αυξάνουν διαρκώς την παραγωγικότητα της εργασίας ή να αποδεχτούν συλλογικούς περιορισμούς στην **ελευθερία και προδιάθεσή** τους να εκμεταλλεύονται τους εργαζομένους.

Η τελευταία επιλογή προκρίνει την κοινωνική πολιτική ως την πλέον αρμόζουσα λύση. Έτσι, προκειμένου να αναπαράγεται το καπιταλιστικό σύστημα, είναι αναγκαία η συλλογική παρέμβαση μέσω του κράτους και των άλλων θεσμών συλλογικής αντιμετώπισης των κοινωνικών αναγκών (π.χ. συλλογική διαπραγμάτευση), ώστε να διασφαλίζεται η βιολογική και κοινωνική αναπαραγωγή των εργαζομένων. Εδώ ακριβώς θεμελιώνεται η ανάγκη για την κοινωνική πολιτι-

κή ως παρέμβαση στην κοινωνική αναπαραγωγή. Η κοινωνική πολιτική δηλαδή αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση αναπαραγωγής του καπιταλισμού με την ανάπτυξη δράσεων και υπηρεσιών βιολογικής και κοινωνικής αναπαραγωγής των εργαζομένων, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η διαιώνιση της μισθωτής σχέσης εργοδότη-εργαζόμενου.

Δραστηριότητα 5

Διαβάστε το Κείμενο 1 που επισυνάπτεται στο τέλος του κεφαλαίου και σχολιάστε την άποψη του συγγραφέα. Κατόπιν συγκρίνετε την άποψή σας με το δικό μας σύντομο σχόλιο στο Παράρτημα 2.

Όπως θα δούμε στη συνέχεια, με αυτές τις λειτουργίες η κοινωνική πολιτική δεν υποστηρίζει απλώς τη βιολογική και την κοινωνική αναπαραγωγή, αλλά και τον κοινωνικό έλεγχο.

1.3.5. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική των σχέσεων εξουσίας και του κυρίαρχου λόγου

Σύμφωνα με την οπτική του κοινωνικού ελέγχου διαμέσου της κοινωνικής πολιτικής, υποστηρίζεται ότι η κοινωνική πολιτική «κατασκευάζει» μέσω του κυρίαρχου λόγου τις κοινωνικές κατηγορίες που χρήζουν παρέμβασης και κοινωνικής βοήθειας ή κοινωνικής προστασίας. Κατ' αυτό τον τρόπο ορίζει τις συμπεριφορές που θα πρέπει να εκδηλώσουν οι άνθρωποι προκειμένου να επωφεληθούν των κοινωνικών παροχών, προσδιορίζοντας τις προϋποθέσεις και τις προδιαγραφές στις οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνεται κάποιος για να είναι δικαιούχος των κοινωνικών προγραμμάτων και των κοινωνικών υπηρεσιών. Έτσι ελέγχεται και οριοθετείται η επιθυμητή και κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά των κυριαρχούμενων κοινωνικών τάξεων και ομάδων, όπως είναι οι εργάτες, οι μετανάστες, οι έγχρωμοι και οι γυναίκες. Πρόκειται για μία οπτική της κοινωνικής πολιτικής η οποία στηρίζεται στις κριτικές προσεγγίσεις των Φουκό (Foucault) και Λιοτάρ (Leotard) και υιοθετήθηκε από τους θεωρητικούς των νέων κοινωνικών κινημάτων (αντιρατσιστικό, φεμινιστικό).

Σύμφωνα με την Ό. Στασινοπούλου, «Ο λόγος τον οποίο εκφέρουν φορείς, ειδικοί, επαγγελματίες και πολιτικοί στα πλαίσια του σχεδιασμού και της εφαρμογής των μέτρων κοινωνικής πολιτικής, η γλώσσα η

οποία υιοθετείται και καθιερώνεται, δεν αποτελούν απλά έναν τρόπο συμβολικής επικοινωνίας, αλλά έναν δυναμικό παράγοντα κοινωνικής κατασκευής προβλημάτων, χαρακτηρισμού και κατάταξης ανθρώπων σε κατηγορίες. "Ευπαθείς πληθυσμοί", "εξαρτώμενοι", "ανάπηροι", "μετανάστες και πρόσφυγες" χρήζουν ανάλογης βοήθειας, καταναλώνουν κοινωνικούς πόρους και συχνά ενοχοποιούνται οι ίδιοι για τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν» (Στασινοπούλου Όλγα, 2010: 9).

Επίσης ο Θανάσης Αλεξίου γράφει: *«Να υπενθυμίσουμε ότι όσον αφορά την εννοιολόγηση ("ευπαθείς ομάδες", "ευάλωτες ομάδες" κ.ο.κ.), αυτή προέκυψε από την υποχώρηση της καθολικότητας του κράτους πρόνοιας και την επιστροφή στις ειδικές κοινωνικές πολιτικές (ομάδες στόχοι) που σε πολλά θυμίζουν την κατασταλτική κοινωνική πολιτική του 19ου αιώνα η οποία στιγματίζει και απαξιώνει τους αποδέκτες»* (Αλεξίου Θαν., 2008: 268).

Σύμφωνα με τις παραπάνω απόψεις, ο κυρίαρχος λόγος για την κοινωνική πολιτική «κατασκευάζει» τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζονται και αντιμετωπίζονται τα κοινωνικά προβλήματα και οι «αποκλίνουσες» ομάδες με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται ο κοινωνικός έλεγχος και η αναπαραγωγή της εξουσίας των κυρίαρχων κοινωνικών ομάδων. Έτσι, το πρώτο βήμα για την υποστήριξη των «ευάλωτων» είναι η **«κριτική του λόγου»** γύρω από αυτούς, προκειμένου να αποκαλυφθεί η υπηρεσία που παρέχει στην εξουσία και να ενισχυθεί εκείνη η κοινωνική πολιτική που υποστηρίζει την ενδυνάμωση τους με την αποκάλυψη της λειτουργίας χειραγώγησης του κυρίαρχου λόγου περί κοινωνικής πολιτικής.

1.3.6. Η κοινωνική πολιτική από την οπτική της ανάπτυξης[1]

Η οπτική της ανάπτυξης της κοινωνικής πολιτικής αναδεικνύει τη σημασία της διασύνδεσης μεταξύ οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής και τονίζει τον αναπτυξιακό χαρακτήρα της τελευταίας.

Πρόκειται για μία αντίληψη που καλλιεργήθηκε και επικράτησε, κυ-

1 *Το περιεχόμενο της παρούσας ενότητας προέρχεται από το Δημουλάς Κ., «Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής», υπό δημοσίευση.*

ρίως στους διεθνείς οργανισμούς, αφού πρώτα αναδείχθηκε από τους σχεδιαστές και τους αξιολογητές των αναπτυξιακών προγραμμάτων που χρηματοδότησαν αυτοί οι οργανισμοί στις υπό ανάπτυξη και τις υπανάπτυκτες χώρες. Μέσω αυτών των προγραμμάτων διαπιστώθηκε ότι βασικός ανασταλτικός παράγοντας στη βελτίωση της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού είναι οι κακές συνθήκες διαβίωσής του. Συνεπώς, αν θέλουμε πραγματικά αυτές οι χώρες να αναπτυχθούν, θα πρέπει πρώτα απ' όλα να δαπανηθούν πόροι για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, την υγεία και τις δεξιότητες των ανθρώπων.

Η αντίληψη της κοινωνικής ανάπτυξης συνδέει άμεσα το σχεδιασμό και την παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών με τους οικονομικούς στόχους προκρίνοντας την οικονομική αξία της κοινωνικής πολιτικής. Ως τυπικό παράδειγμα αυτής της επιχειρηματολογίας είναι τα **προγράμματα υγείας** στις υπανάπτυκτες χώρες, με τα οποία βελτιώνεται η παραγωγικότητα των εργαζομένων χάρη στη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης. Επίσης, η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής που υιοθετήθηκε από τη δεκαετία του 1980 κι έπειτα από τη «Νέα Δεξιά», υποστηρίζει τη μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ της οικονομικής και της κοινωνικής πολιτικής, αλλά αυτό το επιδιώκει υποτάσσοντας τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής στους στόχους της οικονομικής πολιτικής. Πιο συγκεκριμένα υποστηρίζει την περικοπή των κοινωνικών παροχών και του μισθού των εργαζομένων (άμεσος και έμμεσος μισθός) προκειμένου να περιοριστούν οι κρατικές δαπάνες, ώστε να ενισχυθεί η **ανταγωνιστικότητα** και η **μεγέθυνση** της οικονομίας.

Στην οπτική της ανάπτυξης το πρόβλημα της αρμονικής σχέσης μεταξύ κοινωνικής ευημερίας και οικονομικής επίδοσης δεν αντιμετωπίζεται ως απίθανο και αντιφατικό, όπως συμβαίνει με τη νεοφιλελεύθερη προσέγγιση. Αντιθέτως, **στην οπτική της ανάπτυξης υποστηρίζεται ότι με την ενίσχυση του ρόλου της κοινωνικής πολιτικής ως βασικής συνισταμένης της οικονομικής ανάπτυξης, εναρμονίζονται οι αρχές της αποδοτικότητας και της δικαιοσύνης. Από αυτή την άποψη η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να σχεδιάζεται όχι ως μία υπολειμματική πολιτική για την αντιμετώπιση των «κοινωνικών απωλειών», αλλά ως ενσωματωμένο, συστατικό**

στοιχείο στις δημόσιες πολιτικές ώστε να διασφαλίζεται η αειφορία τους (Mkandawire Th., 2004: 4). Έτσι, η κοινωνική πολιτική, μαζί με τον εκδημοκρατισμό, θεωρείται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες της οικονομικής μεγέθυνσης και της επίτευξης μιας καλής κοινωνίας.

Ένα παράδειγμα

Τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες είναι ιδιαίτερα έντονη η δημόσια συζήτηση για το ρόλο της κατάρτισης ως επένδυσης. Η άποψη που επικρατεί είναι ότι οι δαπάνες των επιχειρήσεων για την κατάρτιση του προσωπικού τους αποτελούν μία ιδιαίτερα σημαντική επενδυτική δαπάνη, καθώς αυξάνεται η αποδοτικότητα και η συνολική παραγωγικότητα των εργαζομένων. Συνεπώς δεν θα έπρεπε να καταγράφεται ως καταναλωτική δαπάνη στους ισολογισμούς, αλλά ως επένδυση που απαλλάσσεται από φόρους και υπόκεινται στο καθεστώς των αποσβέσεων. Ταυτόχρονα η κατάρτιση αποτελεί ένα από τα βασικότερα μέτρα που εφαρμόζονται στις μέρες μας για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και για την αντιμετώπιση διάφορων κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. ανεργία αποφυλακισμένων, επανένταξη πρώην χρηστών ναρκωτικών, απασχόληση αναπήρων).

Η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την κοινωνική πολιτική, τόσο στο κανονιστικό επίπεδο, όσο και στις πρακτικές της εφαρμογές. Επίσης ασκούνται μεγάλες πιέσεις στα κράτη με σκοπό να περιορίσουν τις κοινωνικές τους δαπάνες για να ανταποκριθούν στη διάβρωση της οικονομικής τους δυνατότητας εξαιτίας των κινδύνων διαφυγής κεφαλαίων προς άλλες χώρες. Το αποτέλεσμα είναι να υποσκάπτεται η δυνατότητα χρηματοδότησης της κοινωνικής πολιτικής και συνακόλουθα αναζητούνται τρόποι μεγαλύτερης αποδοτικότητας των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. Από αυτή την άποψη η οπτική της ανάπτυξης στην κοινωνική πολιτική, αναδεικνύοντας τα οφέλη της κοινωνικής πολιτικής στην ανάπτυξη συμβάλει στο σχεδιασμό προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής που **διαπερνώνται ταυτόχρονα από τις διαστάσεις της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.** Σ' αυτές τις συνθήκες, η οπτική της ανάπτυξης εστιάζει στη συνέργεια μεταξύ των οικονομικών και των κοινωνικών στόχων των δημόσιων πολιτικών και το ίσο βάρος που αυτές θα πρέπει να

έχουν, χωρίς να υποτάσσει τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής στην εξυπηρέτηση αποκλειστικά των οικονομικών στόχων. ■

■ Σύνοψη

Η κοινωνική πολιτική, αν και ως έννοια χρησιμοποιείται ευρέως, είναι αρκετά αμφιλεγόμενη ως προς τους σκοπούς και το περιεχόμενό της, εξαιτίας των διαφορετικών δυνάμεων που επέδρασαν στην αρχική της ανάπτυξη, αλλά και των διαφορετικών συμφερόντων που επιδρούν στη δυναμική της μορφοποίησής της. Ανάλογα με τις διαφορετικές οπτικές αντιμετώπισής της, η κοινωνική πολιτική συναρτάται με διαφορετικούς σκοπούς, μεθόδους ανταπόκρισης στα κοινωνικά προβλήματα και προσδοκίες των πολιτών από αυτή. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρονται, κυρίως, έξι βασικές οπτικές αντιμετώπισης της κοινωνικής πολιτικής:

- Η οπτική της κοινωνικής ευημερίας προτάσσει την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών.
- Η οπτική της διαχείρισης των κοινωνικών κινδύνων προτάσσει την κοινωνική προστασία (αλληλεγγύη).
- Η οπτική της κοινωνικής αλλαγής προκρίνει την επίδραση της κοινωνικής πολιτικής στην κοινωνική μεταβολή.
- Η οπτική της αναπαραγωγής προτάσσει τις ταξικές, βιολογικές και κοινωνικές αναπαραγωγικές λειτουργίες της.
- Η οπτική του κοινωνικού ελέγχου προτάσσει την επίδραση της κοινωνικής πολιτικής στον έλεγχο της κοινωνικής συμπεριφοράς των ατόμων ώστε να υποστηρίζονται οι κυρίαρχες εξουσίες.
- Η οπτική της ανάπτυξης προτάσσει την ανάγκη εξισορρόπησης μεταξύ της κοινωνικής και της οικονομικής πολιτικής με απώτερο σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη.

Ανεξαρτήτως της οπτικής αντιμετώπισης της κοινωνικής πολιτικής που υιοθετούν οι διαμορφωτές των αποφάσεων γι' αυτή, κοινός τόπος για όλους παραμένει η εξυπηρέτηση κοινωνικών σκοπών που βελτιώνουν τη θέση του ατόμου στην κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.
Βασικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική: ατομοκεντρικές και συλλογικές αντιλήψεις[2]

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Επιδίωξη της παρούσας ενότητας είναι να καταδειχθούν τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την ατομοκεντρική και τη συλλογική αντίληψη για την κοινωνική πολιτική σύμφωνα με τα κριτήρια της σχέσης του ατόμου με τα κοινωνικά προβλήματα, της ευθύνης που αποδίδεται στην εκάστοτε κυβέρνηση για την αντιμετώπισή τους, τη θέση που επιφυλάσσεται στην αγορά και τη μέθοδο που προτείνεται για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Σκοπός του κεφαλαίου

Σκοπός αυτής της υποενότητας είναι να εξοικειωθείτε με τις δύο περισσότερο επικρατούσες αντιλήψεις αναφορικά με τα κοινωνικά προβλήματα και τη σχέση του ατόμου με την κοινωνία καθώς και με τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων, όπως προτείνονται από την καθεμιά από αυτές τις διαφορετικές αντιλήψεις.

---

2 Το περιεχόμενο της παρούσας ενότητας προέρχεται από το: Δημουλάς Κ., «Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής», υπό δημοσίευση.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα/στόχοι

Με την ολοκλήρωση αυτής της ενότητας θα είστε σε θέση:

- να αναγνωρίζετε τα βασικά χαρακτηριστικά των ατομοκεντρικών αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική,
- να διακρίνετε τα βασικά χαρακτηριστικά των συλλογικών αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική.

Λέξεις/έννοιες κλειδιά

- Αγορά και κοινωνική πολιτική
- Κοινωνικά προβλήματα και άτομο
- Κοινωνικά προβλήματα και κράτος
- Κοινωνικά προβλήματα και κοινωνική προστασία

Οι Ν. Τζίλμπερτ και Π. Τέρελ (Gilbert N. & Terrel P., 2005), υποστηρίζουν ότι οι οργανώσεις και το κράτος, ανάλογα με την πολιτική ιδεολογία που επικρατεί στις ίδιες και το περιβάλλον τους, διατυπώνουν διαφορετικές εκδοχές των κοινωνικών προβλημάτων και των τρόπων αντιμετώπισής τους. Αυτές οι πολιτικές ιδεολογίες στις σύγχρονες κοινωνίες είναι η ατομοκεντρική αντίληψη και η συλλογική αντίληψη για την κοινωνία και αντανακλώνται στις αντιλήψεις που επικρατούν για τα κοινωνικά προβλήματα, για την αγορά και το ρόλο της, για τις ευθύνες του κράτους ή/και της κυβέρνησης και για τα ζητήματα σχεδιασμού και παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, επηρεάζοντας τη διαμόρφωση των αποφάσεων γύρω από τον κοινωνικό σχεδιασμό. Έτσι, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, η ατομικιστική πολιτική ιδεολογία θεωρεί ότι τα προβλήματα των ανθρώπων αντανακλούν λάθος επιλογές και προσωπικές δυσλειτουργίες και συνεπώς η ευθύνη για την αντιμετώπισή τους είναι ατομική. Αυτή η αντίληψη υποστηρίζει την πρωτοκαθεδρία της ελεύθερης αγοράς και της ατομικής ιδιοκτησίας ως μέσων διασφάλισης της ευημερίας και της προόδου. Στο πεδίο της πολιτικής του κράτους η ατομοκεντρική προσέγγιση της κοινωνίας, υπερασπίζεται μία λιτή και μετριασμένη στο ρόλο της κυβέρνηση που παρεμβαίνει επικουρικά στην αγορά και τους ιδιω-

τικούς φορείς. Ειδικότερα στην κοινωνική πολιτική, αυτή η άποψη είναι υπέρμαχος της ελάχιστης δυνατής πρόνοιας φιλανθρωπικού ή θρησκευτικού χαρακτήρα, όπου ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων είναι πολύ σημαντικός και λειτουργεί συμπληρωματικά προς την αγορά. Ο θεσμός της αγοράς και ο ανταγωνισμός διαδραματίζουν ρόλο κλειδί στην κοινωνική πολιτική.

Δραστηριότητα 6

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη αυτής της ενότητας καταγράψτε δύο επιλογές κοινωνικής πολιτικής που, κατά τη γνώμη σας, θα πρότεινε το ατομοκεντρικό μοντέλο.

Στη συνέχεια σχολιάστε αυτές τις επιλογές σε ένα κείμενο μισής σελίδας. Μερικές δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.

Μέτρα και προγράμματα που εντάσσονται στην **ατομοκεντρική προσέγγιση** της κοινωνικής πολιτικής είναι για παράδειγμα αυτά της παροχής κουπονιών πληρωμής διδάκτρων προς τους γονείς, προκειμένου να επιλέξουν οι ίδιοι το σχολείο που θα φοιτήσουν τα παιδιά τους, τα ασφαλιστικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα και οι ατομικοί λογαριασμοί χρηματοδότησης της εκπαίδευσης.

Στη βάση αυτής της αντίληψης υποκρύπτεται η πεποίθηση ότι το άτομο έχει την πλήρη ευθύνη για την κοινωνική θέση του και οι όποιες κρατικές ή άλλες παρεμβάσεις αποτελούν ανεπιθύμητα εμπόδια στη λειτουργία της αγοράς και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να είναι τα ελάχιστα δυνατά.

Αντίθετα με την ατομοκεντρική πολιτική ιδεολογία, η **συλλογική αντίληψη** υποστηρίζει ότι τα προβλήματα των ανθρώπων αντανακλούν θεμελιώδεις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, φραγμούς πρόσβασης στους κοινωνικούς πόρους και τα αγαθά και απουσία ευκαιριών προς συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη η ελεύθερη αγορά οδηγεί σε οικονομικές κρίσεις και ανεργία, μαρασμό ολόκληρων περιοχών εξαιτίας των αναδιαρθρώσεων στην παραγωγή, ανισότητα και υποβάθμιση του περιβάλλοντος. Το κράτος και η κυβέρνηση αντιμετωπίζονται σύμφωνα με το θεσμικό τους ρόλο και υποστηρίζεται ότι θα πρέπει να είναι ισχυρή και εκτε-

ταμένη η παρουσία τους σε όλους τους τομείς, ώστε να προωθείται η ευημερία του κοινωνικού συνόλου, αντί της ευημερίας μεμονωμένων ατόμων (των περισσότερο επιτυχημένων) που προωθεί η αγορά.

Δραστηριότητα 7

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη αυτής της ενότητας καταγράψτε δύο επιλογές κοινωνικής πολιτικής που, κατά τη γνώμη σας, προτείνονται από τη συλλογική αντίληψη για την κοινωνική πολιτική. Στη συνέχεια σχολιάστε αυτές τις επιλογές σε ένα κείμενο μισής σελίδας.

Μερικές δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.

Σύμφωνα με τη συλλογική αντίληψη για την κοινωνική πολιτική το δημόσιο θα πρέπει να έχει ηγετικό ρόλο απέναντι στην αγορά και να παρέχει εκτεταμένα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικών παροχών και ίσων ευκαιριών πρόσβασης στα οικονομικά και τα κοινωνικά αγαθά. Εδώ ο ρόλος του κράτους είναι πρωταγωνιστικός και δίνει τον τόνο των προτεραιοτήτων και του τρόπου σχεδιασμού και εφαρμογής των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.

Μέτρα και προγράμματα κοινωνικής πολιτικής που εντάσσονται σ' αυτή τη λογική είναι τα προγράμματα υποχρεωτικής εκπαίδευσης όλων των παιδιών μιας ορισμένης ηλικίας, τα εθνικά συστήματα υγείας, η παροχή επιδομάτων ανεργίας, τα προγράμματα ασφάλισης διανεμητικού χαρακτήρα, τα προγράμματα λαϊκής κατοικίας κ.ά.

Στη βάση των παραπάνω διαφορών, οι Τζίλμπερτ και Τέρελ, κατασκεύασαν τον παρακάτω πίνακα, στον οποίο αποτυπώνονται με συστηματικό τρόπο οι διαφορές μεταξύ της ατομοκενρικής και της συλλογικής αντίληψης για την κοινωνική πολιτική.

Πίνακας 2 Πολιτικές αντιλήψεις για την κοινωνική πολιτική (N. Gilbert-P. Terrel, 2005:18)

Πολιτική Ιδεολογία	**Ατομοκεντρική–Συντηρητική Αντίληψη**	**Συλλογική Φιλελεύθερη/Προοδευτική Αντίληψη**
Αντίληψη για τα κοινωνικά προβλήματα	Τα προβλήματα αντανακλούν λάθος επιλογές, προσωπικές δυσλειτουργίες και την κουλτούρα της φτώχειας	Τα προβλήματα αντανακλούν θεμελιώδεις κοινωνικές-οικονομικές συνθήκες, φραγμούς πρόσβασης και απουσία ευκαιριών
Αντίληψη για την αγορά	Ελεύθερη αγορά και ατομική ιδιοκτησία διασφαλίζουν την πρόοδο και την ευημερία	Η αρρύθμιστη αγορά προκαλεί επικίνδυνους οικονομικούς κύκλους, ανεργία, αστεακό μαρασμό, φτώχεια, ανισότητα, υποβάθμιση του περιβάλλοντος
Ευθύνη της κυβέρνησης	Υπολειμματική αντίληψη, η κυβέρνηση θα πρέπει να είναι λιτή και μετριασμένη, οι διευθετήσεις να συντελούνται από ιδρύματα ιδιωτικού χαρακτήρα	Θεσμική προσέγγιση, η κυβέρνηση θα πρέπει να είναι αρκετά εκτεταμένη και ισχυρή ώστε να προωθεί την κοινωνική ευημερία για λογαριασμό του κοινωνικού συνόλου
Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής	Στηρίζονται στην αγορά, διευθετήσεις σε εθελοντική ή θρησκευτική βάση, παροχές ελάχιστης προστασίας επικεντρωμένης στους φτωχούς (απόρους)	Στηρίζονται στον ηγετικό ρόλο του δημοσίου, παρέχονται εκτεταμένα προγράμματα ασφάλισης, κοινωνικών ευκαιριών, οικονομικής εξασφάλισης καθώς και βασικών κοινωνικών αγαθών

Στον Πίνακα 2 αποτυπώνονται οι βασικές διαφορές μεταξύ της ατομοκεντρικής και της συλλογικής αντίληψης για την κοινωνική πολιτική. Οι άξονες σύγκρισης αυτών των αντιλήψεων αναφέρονται α) στον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα κοινωνικά προβλήματα, β) στο ρόλο της αγοράς, γ) στην ευθύνη της κυβέρνησης και δ) στο χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής. Πρόκειται για τέσσερις θεμελιώδεις διαστάσεις οι οποίες διαπερνούν τον τρόπο που οι άνθρωποι

αντιλαμβάνονται την κοινωνική πολιτική και τη στάση που κρατούν απέναντι στα μέτρα και τα προγράμματα που προτείνονται για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων.

Άσκηση 7

Ένα από τα βασικά ζητήματα που συζητούνται στο δημόσιο λόγο για την κοινωνική πολιτική είναι αυτό του τρόπου με τον οποίο είναι προτιμότερο να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Μία αρκετά διαδεδομένη άποψη είναι θεωρεί ότι αν το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία δίνουν (μέσω κουπονιών) στους πολίτες τη δυνατότητα επιλογής του γιατρού ή του νοσοκομείου στο οποίο θα προσφύγουν, αυξάνει η ελευθερία επιλογής τους και ταυτόχρονα βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η αντίθετη άποψη υποστηρίζει ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και θα πρέπει να παρέχεται εξίσου σε όλους τους πολίτες από δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθολικής και ισότιμης πρόσβασης για όλους.

Αφού μελετήσετε τις βασικές διαφορές μεταξύ αυτών των δύο απόψεων καταγράψτε ενδεχόμενες διαφορές τους σύμφωνα με τα τέσσερα προαναφερόμενα κριτήρια/διαστάσεις διάκρισης των βασικών αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική. Συζητήστε με τους συναδέλφους σας τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία των δύο προαναφερόμενων επιλογών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας.

Τα δικά μας σχόλια θα τα βρείτε στο Παράρτημα 2.

Σύνοψη

Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάστηκαν η ατομοκεντρική και η συλλογική αντίληψη για την κοινωνική πολιτική και οι διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι και οι πολιτικές οργανώσεις (κράτος, κόμματα, οργανώσεις εκπροσώπησης συμφερόντων) αντιλαμβάνονται την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής. Οι κύριες διαφορές αυτών των αντιλήψεων περιστρέφονται γύρω από τον τρόπο που γίνονται αντιληπτά τα κοινωνικά προβλήματα, τη θέση που επιφυλάσσεται στην αγορά για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων, την ευθύνη της κυβέρνησης και το ρόλο της κοινωνικής

πολιτικής στην κοινωνία συνολικά. Οι παραπάνω διαστάσεις διαπερνούν το σύνολο των μέτρων κοινωνικής πολιτικής που προτείνονται και εφαρμόζονται σε κάθε κοινωνία και θεμελιώνονται στις διαφορετικές πεποιθήσεις των ανθρώπων για το ρόλο του ατόμου και τη σχέση του με τη συλλογικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.
Μοντέλα και καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής[3]

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Επιδίωξη της παρούσας υποενότητας είναι να παρουσιαστούν τα βασικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής, οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ τους, καθώς επίσης και οι επικρατούσες αντιλήψεις γύρω από την ταξινόμηση των διαφορετικών χωρών σε καθεστώτα κράτους πρόνοιας και σε καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής.

Σκοπός του κεφαλαίου

Η εξοικείωση με τα τρία βασικά μοντέλα κοινωνικής πολιτικής και τα καθεστώτα πρόνοιας που επικρατούν στις ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και τον υπόλοιπο κόσμο.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα/στόχοι

Με την ολοκλήρωση αυτής της ενότητας θα είστε σε θέση:

- να κατονομάζετε τα χαρακτηριστικά των βασικών μοντέλων κοινωνικής πολιτικής,

3 Το περιεχόμενο της παρούσας ενότητας προέρχεται από το Δημουλάς Κ., «Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής», υπό δημοσίευση.

- να διακρίνετε τα βασικά καθεστώτα κράτους πρόνοιας των ανεπτυγμένων χωρών,
- να συγκρίνετε τα βασικά καθεστώτα πρόνοιας στον κόσμο.

Λέξεις/έννοιες κλειδιά

- Μοντέλο Υπολειμματικής πρόνοιας
- Μοντέλο Επίδοσης στην κοινωνική πολιτική
- Αναδιανεμητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής
- Καθεστώς κράτους πρόνοιας
- Συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας
- Φιλελεύθερο καθεστώς πρόνοιας
- Σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους πρόνοιας
- Νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς κράτους πρόνοιας
- Μετα-καθεστώς κράτους πρόνοιας
- Μετα-καθεστώς της άτυπης ασφάλισης
- Μετα-καθεστώς της ανασφάλειας

Πέρα από την ιδεολογία που επικρατεί στους θεσμούς και τις οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής, το περιεχόμενο, το εύρος και η επίδραση της κοινωνικής πολιτικής καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από το καθεστώς ή και το μοντέλο ευημερίας που επικρατεί σε κάθε κοινωνία. Σύμφωνα με τον Ιαν Γκαχ (Gough Ian, 2006: 22), η έννοια του «καθεστώτος» αναφέρεται σε ένα σύνολο κανόνων, θεσμών και δομημένων συμφερόντων που οριοθετούν τις δραστηριότητες των ατόμων διαμέσου διεργασιών συμμόρφωσης. Στο αναλυτικό επίπεδο αυτοί οι κανόνες και οι δεσμεύσεις, ενδέχεται να επιβάλλονται από πάνω με τη χρήση πολιτικής δύναμης ή ενδέχεται να προκύπτουν άτυπα από τις συνηθισμένες πρόσωπο-με-πρόσωπο αλληλεπιδράσεις.

Στο εμπειρικό επίπεδο η αλληλεπίδραση μεταξύ δύο καθεστώτων σχετίζεται πάντοτε με τα ζητήματα της **δύναμης**, της **σύγκρουσης** και της **κυριαρχίας**. Τα καθεστώτα, τείνουν να αναπαράγουν τον εαυτό τους μέσα στο χρόνο, ως αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο προσδιορίζονται και δομούνται τα συμφέροντα κι έτσι θέτουν τους δικούς τους όρους στον τρόπο που οριοθετούνται και επιδιώκεται να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά προβλήματα.

Ο όρος «καθεστώς κράτους πρόνοιας» (welfare state regime) διατυπώθηκε από τον Γκόστα Έσπιν-Άντερσεν (Gösta Esping-Andersen) το 1990. Είχε προηγηθεί αρκετά χρόνια πριν η έννοια του μοντέλου ευημερίας.

Η έννοια του **μοντέλου ευημερίας** διατυπώθηκε από τον Ρίτσαρντ Τίτμους το 1974 για να περιγράψει τις λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής σε διαφορετικές χώρες (Titmuss R., 1974:30-31). Το **πρώτο μοντέλο** αναφέρεται ως **Μοντέλο Υπολειμματικής Πρόνοιας**. Αυτό το μοντέλο στηρίζεται στην παραδοχή ότι υπάρχουν δύο «φυσικά» (ή κοινωνικά προσδιορισμένα) κανάλια μέσω των οποίων αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των ατόμων. Η ιδιωτική αγορά και η οικογένεια. Μόνο όταν αυτοί οι δύο θεσμοί καταρρέουν θα πρέπει να παρεμβαίνουν οι θεσμοί της πρόνοιας και μάλιστα αυτή η παρέμβαση θα πρέπει να είναι προσωρινή.

Το **δεύτερο μοντέλο** είναι αυτό των βιομηχανικών επιτευγμάτων ή **Μοντέλο Επίδοσης.** Αυτό το μοντέλο συνδυάζει την ισχυρή παρουσία των θεσμών κοινωνικής πρόνοιας ως προσαρτήσεις στην οικονομία. Υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στη βάση της αξιοκρατίας, των επιδόσεων της εργασίας και της παραγωγικότητας. Απορρέει από ποικίλες ψυχολογικές θεωρίες αναφορικά με τα κίνητρα, τις προσπάθειες και τις επιβραβεύσεις, καθώς και τη μορφοποίηση της ταξικής και ομαδικής πίστης.

Το **τρίτο μοντέλο** κοινωνικής πολιτικής, κατά τον Ρίτσαρντ Τίτμους, είναι το **Αναδιανεμητικό μοντέλο**. Αυτό το μοντέλο αντιμετωπίζει την κοινωνική πρόνοια ως κύριο μηχανισμό ενσωμάτωσης στην κοινωνία, παρέχοντας καθολικές υπηρεσίες εκτός της αγοράς και στη βάση της αρχής ικανοποίησης των αναγκών. Κατά ένα μέρος βασίζεται στις θεωρίες για τις πολλαπλές επιδράσεις της κοινωνικής αλλα-

γής και του οικονομικού συστήματος και κατά ένα άλλο μέρος στην αρχή της κοινωνικής ισότητας. Είναι ένα μοντέλο που ενσωματώνει την επιταγή της αναδιανομής των πόρων.

Ένα Παράδειγμα

Το 1988, στη Γαλλία θεσπίστηκε το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (RMI) το οποίο δίνεται σε όλους όσους διαμένουν νόμιμα στη χώρα, είναι πάνω των 25 ετών και δεν έχουν άλλα μέσα επιβίωσης (π.χ. περιουσία ή μετοχές). Έτσι, χωρίς να τίθενται «σφιχτές» προϋποθέσεις, το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα το 1989 το λάμβαναν περίπου 475.000 άτομα, ενώ από το 1995 κι έπειτα το λαμβάνουν πάνω από 1.200.000 άτομα κάθε χρόνο.

Άσκηση 8

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσπίστηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στο Ενωμένο Βασίλειο και έδωσε τη δυνατότητα σε όλους του κατοίκους της χώρας να έχουν δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες προς τούτο επεκτάθηκαν ραγδαία και σχεδόν εκμηδένισαν το ρόλο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Νομίζετε ότι ένα τέτοιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι υπολειμματικό ή εντάσσεται στο αναδιανεμητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής. Τεκμηριώνοντας την άποψή σας σε μισή σελίδα συζητήστε τη με τους συναδέλφους σας.

Στο Παράρτημα 2 θα βρείτε τη δική μας απάντηση.

Η **κύρια** διαφορά μεταξύ της αντίληψης των μοντέλων για την κοινωνική πολιτική και της αντίληψης για τα καθεστώτα πρόνοιας όπως σημείωσε ο Πωλ Σπίκερ είναι ότι τα μοντέλα προσεγγίζουν θεσμικά την κοινωνική πολιτική και τους στόχους της, ενώ τα καθεστώτα απορρέουν από τα εμπειρικά δεδομένα και αναφέρονται στις πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής πολιτικής.

Το 1990, ο Γκόστα Έσπιν-Άντερσεν (Esping-Andersen G., 2006) όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ανέδειξε την έννοια του **καθεστώτος κράτους πρόνοιας** διατυπώνοντας τη θεωρία των διαφορετικών καθε-

στώτων κράτους πρόνοιας στις χώρες της Ευρώπης τα οποία ταξινόμησε σε τρεις κατηγορίες: το συντηρητικό, το φιλελεύθερο και το σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους ευημερίας. Το **συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας** χαρακτηρίζει τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία). Βασικό χαρακτηριστικό του συντηρητικού καθεστώτος κράτους πρόνοιας είναι ότι σ' αυτό κυριαρχεί η υποχρεωτική ασφάλιση της εργασίας με την καταβολή εισφορών. Σ' αυτό το καθεστώς οι κοινωνικές παροχές συνδέονται με την εργασία και διαφοροποιούνται κατά επαγγελματικές κατηγορίες, στο πλαίσιο κορπορατίστικων ρυθμίσεων. Επιπλέον στις χώρες όπου επικρατεί το συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας, ο ρόλος της εκκλησίας και των θρησκευτικών κομμάτων είναι κυρίαρχος. Ειδικά η εκκλησία, διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή πρόνοιας και συμβάλλει, παράλληλα με τις κορπορατίστικες ρυθμίσεις των εισφορών, στην αποδυνάμωση της εμπορευματικής αναπαραγωγής της εργασίας.

Στο **φιλελεύθερο καθεστώς κράτους πρόνοιας** των αγγλοσαξονικών χωρών (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία), αφενός επικρατούν οι αρχές του Μπέβεριτζ (Beveridge) σύμφωνα με τις οποίες το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης για όλους, λειτουργώντας στη βάση της αρχής της κοινωνικής βοήθειας μέσω της φορολογίας, αφετέρου αυτό δεν διασφαλίζει εκείνα τα επίπεδα παροχών που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις αναπαραγωγής της εργασίας. Για την κάλυψή τους εφαρμόζονται οι αρχές της ιδιωτικής αγοράς με την προώθηση ειδικών προγραμμάτων ασφάλισης. Αυτό το μοντέλο παρόλο που εμφανίζεται ως απο-εμπορευματοποιημένο, στην πραγματικότητα λειτουργεί ως εμπορευματικός τρόπος αναπαραγωγής της εργασίας.

Το **σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους πρόνοιας** χαρακτηρίζει τις σκανδιναβικές χώρες, όπου επικρατούν οι αρχές της ισότητας και της καθολικής παροχής κοινωνικών αγαθών και είναι το περισσότερο απο-εμπορευματοποιημένο από όλα τα καθεστώτα κράτους ευημερίας. Αυτό συμβαίνει γιατί στηρίζεται στην εγγύηση υπηρεσιών πρόνοιας υψηλών προδιαγραφών μέσω της γενικευμένης φορολογίας και χωρίς να συνδέονται οι κοινωνικές παροχές με την εργασιακή δραστηριότητα ή τις προηγούμενες εισφορές του ατόμου όπως συμβαίνει με τα συντηρητικά καθεστώτα.

Στην ίδια λογική, ασκώντας κριτική σε όσους ταξινομούν τα κράτη πρόνοιας που αναφέρονται στη Νότια Ευρώπη, λαμβάνοντας υπόψη κυρίως τη Γαλλία και την Ιταλία και δεν εξετάζουν τις συνθήκες που επικρατούν στις υπόλοιπες νοτιοευρωπαϊκές χώρες, όπως είναι η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία, ο Μαουρίτσιο Φερρέρα (Mauricio Ferrera) διατύπωσε ένα τέταρτο καθεστώς κράτους πρόνοιας: το **νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς κράτους πρόνοιας**.

Το νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς κράτους πρόνοιας, σύμφωνα με τον Μ. Φερρέρα, χαρακτηρίζεται από το δυϊσμό, την πόλωση και τον έντονο κορπορατισμό. Σ΄ αυτό το μοντέλο ο πυρήνας των εργαζομένων στην τυπική αγορά εργασίας εξασφαλίζει γενναίες παροχές, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει ένας εκτεταμένος άτυπος τομέας, στον οποίο επικρατούν οι πελατειακές εξυπηρετήσεις και η απουσία έστω και στοιχειωδών κοινωνικών παροχών. Επιπλέον στην αναπαραγωγή της εργασίας εξακολουθεί να είναι κεντρικός ο ρόλος της οικογένειας και όχι του κράτους (Ferrera M., 1996: 17-37).

Επίσης ο Λαϊμπφράιντ (Leibfried S., 1991), ταξινόμησε τα κράτη πρόνοιας των ανεπτυγμένων χωρών σε τέσσερις ομάδες:

- Σκανδιναβικά κράτη πρόνοιας (Δανία, Φιλανδία, Νορβηγία, Σουηδία) όπου η πρόνοια είναι σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα.
- Χώρες του μοντέλου «Βίσμαρκ» (Αυστρία και Γερμανία).
- Το αγγλοσαξονικό μοντέλο (Εν. Βασίλειο, ΗΠΑ, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία), το οποίο κρίνεται ως υπολειμματικό.
- Το «Λατινικό τόξο» (Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία και ίσως Γαλλία) όπου η πρόνοια είναι «υποτυπώδης».

Άσκηση 9

Μελετήστε τα παρακάτω κριτήρια και σημειώστε τι ισχύει για το καθένα στην περίπτωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα: α) εμπορευματικές σχέσεις χρηματικής ανταλλαγής, β) σχέση παροχών με εισφορές και γ) σχέση παροχών με το φορολογικό σύστημα.

Με βάση την άποψή σας για τα παραπάνω κριτήρια σε ποιο μοντέλο

πρόνοιας κατατάσσετε την Ελλάδα; Κρατήστε σε μισή σελίδα σημειώσεις και συζητήστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας.

Τη δική μας σύντομη απάντηση θα τη βρείτε στο Παράρτημα 2

Οι παραπάνω αντιλήψεις αναφορικά με το καθεστώτα κρατών πρόνοιας έχουν έντονα ευρωκεντρικό χαρακτήρα και δεν λαμβάνουν υπόψη τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους ασκείται η πολιτική στις χώρες εκτός Ευρώπης. Κεντρική θέση σ' αυτή την ανάλυση καταλαμβάνει η σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στο κράτος, την αγορά και την οικογένεια (Gough Ian, 2006: 25), Έτσι ο Γκέλνεστερ (Glennester) θεωρεί ότι η διάκριση της κοινωνικής πολιτικής σε καθεστώτα που επιχείρησε ο Γκ. Έσπιν-Αντερσεν και υιοθέτησε ο Μ. Φερρέρα και άλλοι διανοητές, δεν λαμβάνει υπόψη της τη διάσταση του **φύλου** ούτε τη **μη αμειβόμενη εργασία,** η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη στις υπηρεσίες φροντίδας ούτε, τέλος, το **ρόλο της οικογένειας** (Alcock P., Glennester H. κ.ά, 2001:173).

Επίσης, οι Ιαν Γκαχ και Τζεφ Γουντ (Geof Wood) υποστηρίζουν ότι τα καθεστώτα πρόνοιας που επικρατούν στις περισσότερες χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής δεν μπορούν να ταξινομηθούν σε κάποιες από τις κατηγορίες καθεστώτων κράτους πρόνοιας του Έσπιν-Άντερσεν ούτε στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο του Φερρέρα (Gough I. & Wood G., 2006). Προτείνουν η διάκριση και η ταξινόμηση της κοινωνικής πολιτικής να αφορά *καθεστώτα πρόνοιας* (αντί των καθεστώτων **κράτους** πρόνοιας), που ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής στις τόσο στις ευρωπαϊκές χώρες όσο και σε αυτές της Αφρικής, της Ασίας και της Νοτίου Αμερικής, χωρίς να ταυτίζεται η κοινωνική πολιτική αποκλειστικά με την κρατική κοινωνική πολιτική.

Το **καθεστώς *κράτους* πρόνοιας** αναφέρεται μόνο στην οικογένεια των κοινωνικών διευθετήσεων και προνοιακών αποτελεσμάτων που επικρατεί στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το **καθεστώς πρόνοιας** είναι ένας πιο γενικός όρος που αναφέρεται στο σύνολο των θεσμικών διευθετήσεων, πολιτικών και πρακτικών που επιδρούν στα αποτελέσματα πρόνοιας και σε στρωματοποιημένες επιδράσεις σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια. Τα καθεστώτα κρατών πρόνοιας διαμορφώνουν μία «οικογένεια» προνοιακών καθεστώτων μεταξύ

άλλων «οικογενειών» (Gough Ian, 2006: 26-27). Αυτές οι άλλες «οικογένειες» συγκροτούν αυτό που ο Ιαν Γκαχ αποκαλεί **μετα-καθεστώτα** και στα οποία εντάσσονται τα επιμέρους προνοιακά καθεστώτα. Αυτά τα τρία μετα-καθεστώτα πρόνοιας είναι **α) το καθεστώς του κράτους πρόνοιας, β) το καθεστώς της άτυπης ασφάλισης και γ) το καθεστώς της ανασφάλειας**.

Τα κριτήρια διάκρισης αυτών των μετα-καθεστώτων είναι εννέα. **1.** Το κυρίαρχο μοντέλο παραγωγής. **2.** Οι κυρίαρχες κοινωνικές σχέσεις. **3.** Οι κυρίαρχες πηγές διαβίωσης. **4.** Η κυρίαρχη μορφή πολιτικής κινητοποίησης. **5.** Η μορφή οργάνωσης του κράτους. **6.** Το θεσμικό τοπίο. **7.** Τα αποτελέσματα της πρόνοιας. **8.** Η ιστορική διαδρομή της ανάπτυξης (path-dependent development) και **9.** Η φύση της κοινωνικής πολιτικής. Με βάση αυτά τα κριτήρια ο Ian Gough διατυπώνει τέσσερις μεγάλες κατηγορίες καθεστώτων πρόνοιας. **α) Τα ενεργά ή δυνητικά καθεστώτα κρατών πρόνοιας** (χώρες της κεντρικής Ευρώπης και ορισμένες χώρες της ανατολικής Ευρώπης, ο νότιος κώνος της Λατινικής Αμερικής, η Κένυα, η Αλγερία και η Τυνησία στην Αφρική και η Ταϊλάνδη), β) τα περισσότερο **αποτελεσματικά καθεστώτα άτυπης ασφάλειας** (Κίνα, Νοτιοανατολική Ασία, Σρι Λάνκα, οι υπόλοιπες χώρες της Λατινικής Αμερικής και η Μέση Ανατολή), γ) **τα λιγότερο αποτελεσματικά καθεστώτα άτυπης ασφάλισης** (Νότια Ασία, εκτός της Σρι Λάνκα και ορισμένες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής) και δ) **τα εξαρτώμενα από το εξωτερικό ανασφαλή καθεστώτα πρόνοιας** (λεκάνη της υποσαχάριας Αφρικής).

Άσκηση 10

Αφού μελετήσετε τις παραπάνω διακρίσεις των κρατών σε διαφορετικά καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής, θα λέγατε ότι είναι μία χρήσιμη διάκριση για την κατανόηση των διαφορετικών τρόπων που εφαρμόζεται η κοινωνική πολιτική για παρόμοια προβλήματα σε διαφορετικές χώρες;

Κρατήστε σημειώσεις μισής σελίδας περίπου και συζητήστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας. Τη δική μας άποψη θα τη δείτε στο κείμενο που ακολουθεί.

Η θεωρία των καθεστώτων πρόνοιας είναι μία ιδιαίτερα δυναμική προσέγγιση για την ανάλυση της κοινωνικής πολιτικής σε ένα ανα-

πτυξιακό πλαίσιο και από αυτή την άποψη αποτελεί κρίσιμο συγκείμενο για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής. **Πρώτα** απ' όλα, η προσέγγιση του προνοιακού καθεστώτος επικεντρώνεται στο ευρύτερο «μείγμα πρόνοιας»: τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο δημόσιο τον ιδιωτικό τομέα και τα νοικοκυριά για την παραγωγή των αγαθών διαβίωσης και τη διανομή της ευημερίας. **Δεύτερο,** δεν επικεντρώνεται μόνο στους θεσμούς αλλά στα αποτελέσματα —την πραγματική κατάσταση ευημερίας ή ευπάθειας συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού. **Τρίτο**, είναι μία προσέγγιση που θεμελιώνει τους θεσμούς της κοινωνικής πολιτικής στις «βαθιές δομές» της κοινωνικής αναπαραγωγής και **τέταρτο**, επιτρέπει τον προσδιορισμό ομάδων χωρών με βάση τα κοινά τους χαρακτηριστικά, ενώ ταυτόχρονα διακρίνει την επίδραση της διαφορετικής ιστορικής διαδρομής που ακολουθεί η κάθε χώρα. Επίσης, η διάκριση των κρατών σε διαφορετικά καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής επιτρέπει την κατανόηση των διαφορετικών επιπτώσεων των μέτρων κοινωνικής πολιτικής που προτείνονται από τους υπερεθνικούς οργανισμούς προς της χώρες μέλη τους (π.χ. από τον Οργανισμό Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη, ΟΟΣΑ), καθώς επίσης και την κατανόηση των ομοιοτήτων και διαφορών που υπάρχουν στο μείγμα κοινωνικής πολιτικής που ακολουθεί η κάθε χώρα στο εσωτερικό της.

Σύνοψη

Στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής εμφανίζονται τρία βασικά μοντέλα: το υπολειμματικό μοντέλο, το αναδιανεμητικό μοντέλο και το μοντέλο της βιομηχανικής επίδοσης. Πρόκειται για πρότυπες, θεσμικού τύπου διακρίσεις και κατασκευές που δείχνουν τις επιλογές των διαφορετικών κοινωνιών αναφορικά με τη κοινωνική πολιτική και τις μεθόδους εφαρμογής της. Το πώς αυτά τα μοντέλα θα αποκρυσταλλωθούν στις καθημερινές πρακτικές άσκησης της κοινωνικής πολιτικής και θα αποκτήσουν συγκεκριμένο περιεχόμενο και δυναμική εξαρτάται από το καθεστώς πρόνοιας που επικρατεί σε κάθε χώρα ανάλογα με τους συσχετισμούς δυνάμεων που αποτυπώνουν τη δυναμική των διαφορετικών συμφερόντων και τους τρόπους που αυτά συναρτώνται με τις κρατικές προτεραιότητες.

Στην Ευρώπη γενικά αναφέρονται τέσσερα καθεστώτα κράτους πρόνοιας: το συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας, το φιλελεύθερο καθεστώς κράτους πρόνοιας, το σοσιαλιστικό καθεστώς κράτους πρόνοιας και το νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς κράτους πρόνοιας. Στο παγκόσμιο επίπεδο, ωστόσο, τα καθεστώτα κράτους πρόνοιας της Ευρώπης, συγκροτούν ένα μετα-καθεστώς πρόνοιας. Τα άλλα βασικά μετα-καθεστώτα στα οποία ομαδοποιούνται τα καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής που επικρατούν στον κόσμο συνολικά είναι: τα ενεργά ή δυνητικά καθεστώτα κρατών πρόνοιας, τα περισσότερο αποτελεσματικά καθεστώτα της άτυπης ασφάλειας, τα λιγότερο αποτελεσματικά καθεστώτα της άτυπης ασφάλειας και τα εξαρτώμενα από την εξωτερική διεθνή βοήθεια και ανασφαλή καθεστώτα πρόνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Παγκοσμιοποίηση και κοινωνική πολιτική

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Αντικείμενο της παρούσας υποενότητας είναι να καταδειχθούν οι βασικοί προβληματισμοί για την παγκοσμιοποίηση και τις επιπτώσεις της στην κοινωνική πολιτική. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη ρητορική περί ευέλικτης εργασίας και τις συνακόλουθες προτάσεις κοινωνικής πολιτικής που επικεντρώνονται στην ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων με την κοινωνική δικτύωση.

Σκοπός του κεφαλαίου

Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά της μετακεϋνσιανής κοινωνικής πολιτικής και οι επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στον τρόπο άσκησής της.

Προσδοκώμενα αποτελέσματα/στόχοι

Με την ολοκλήρωση αυτής της ενότητας θα είστε σε θέση:

- να προσδιορίζετε τις κύριες μεταβολές που προκαλεί στην κοινωνική πολιτική η παγκοσμιοποίηση,
- να διακρίνετε τα βασικά χαρακτηριστικά του φορντικού και του μεταφορντικού πλαισίου κοινωνικής πολιτικής,

- να υιοθετείτε πρόταση της «ενδυνάμωσης» ως προτεραιότητα της κοινωνικής πολιτικής την εποχή της παγκοσμιοποίησης.

Λέξεις/έννοιες κλειδιά

- Παγκοσμιοποίηση
- Φορντισμός και μετα-φορντισμός
- Κεϋνσιανό κράτος πρόνοιας
- Σουμπετεριανό κράτος αναγκαστικής εργασίας
- Ευελιξία
- Δικτύωση
- Κοινωνικό κεφάλαιο
- Ενδυνάμωση

Στις σύγχρονες κοινωνίες η μισθωτή απασχόληση αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την επιβίωση του ατόμου. Όσο κι αν ορισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων δεν προσδιορίζονται από την εργασία, αλλά κυρίως από τα μεταϋλιστικά αγαθά, δεν είναι δυνατό να παραβλεφθεί το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων στις σύγχρονες κοινωνίες έχει πρόσβαση στα βασικά αγαθά και τις υπηρεσίες χάρη στην πρόσβασή του στην απασχόληση (εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση, υπηρεσίες υγείας, συμπληρωματική —πέραν της υποχρεωτικής— εκπαίδευση). Μάλιστα, η πρόσφατη επικράτηση των κανόνων της αγοράς στην προσφορά των μεταϋλιστικών και όχι μόνο αγαθών, εξαρτά την πρόσβαση των ατόμων σ' αυτά από το εισόδημα που αντλούν χάρη στην εργασία τους.

Το αγαθό της εργασίας αποτελεί την πρωταρχική παράμετρο στη διαφύλαξη της οποίας θα πρέπει να επικεντρώνεται η κοινωνική πολιτική του κράτους. Καθώς όμως αλλάζει το φορντικό καθεστώς συσσώρευσης του κεφαλαίου που στηριζόταν στη μαζική κατανάλωση και το κεϋνσιανό κράτος ευημερίας και με την παγκοσμιοποίηση περνάμε στο μετα-φορντικό πρότυπο της ευέλικτης παραγωγής και της λιτής

κατανάλωσης, αλλάζουν οι όροι άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Το καπιταλιστικό κράτος από **Κεϋνσιανό Κράτος Πρόνοιας** μετατρέπεται σε **Σουμπετεριανό Κράτος της Αναγκαστικής Εργασίας** (Jessop B., 1993:13-37, Δημουλάς Κ, 2006: 165-179, Jessop B, 2007: 213-233).

Η αλλαγή του καθεστώτος συσσώρευσης του κεφαλαίου, όπως σημειώνει ο Μπομπ Τζέσοπ (Bob Jessop), μεταβάλει τους όρους εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής. Με συμβολικό αφετηριακό σημείο την πετρελαϊκή κρίση του 1973, οι όροι ρύθμισης του κεφαλαίου, που επικρατούσαν πριν και περιέκλειαν το αναδιανεμητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής μεταβλήθηκαν. Από τη μαζική παραγωγή διαρκών καταναλωτικών αγαθών στο πλαίσιο των εθνικά οργανωμένων οικονομιών με το Κεϋνσιανό Κράτος Πρόνοιας που στηρίζεται στην πλήρη απασχόληση, τις βιομηχανικές πόλεις και τα μεσαία μισθωτά στρώματα, περάσαμε στην **ευέλικτη παραγωγή** της διεθνούς ανταγωνιστικότητας που στηρίζεται στις τεχνολογικές καινοτομίες, την καινοτομία των προϊόντων και των υπηρεσιών και την ευέλικτη οργάνωση της εργασίας.

Σ΄ αυτό το μοντέλο, η αύξηση της παραγωγικότητας στηρίζεται κυρίως στις οικονομίες κλίμακας που επιτυγχάνονται με τον πολυτάλαντο εργάτη των υπηρεσιών (καταναλωτικών-επιχειρηματικών, προσωπικών…), την αυξημένη ζήτηση για διαφοροποιημένα αγαθά και υπηρεσίες και τα αυξημένα κέρδη που στηρίζονται στις τεχνικές και άλλες καινοτομίες (παγκόσμιος ανταγωνισμός, συλλογική διαπραγμάτευση στο επίπεδο της επιχείρησης ή ακόμα και της μονάδας παραγωγής, και τέλος, περισσότερο ευέλικτοι και επίπεδοι τρόποι οργάνωσης της εργασίας με εσωτερική κι εξωτερική ευελιξία).

Σ’ αυτό το πλαίσιο η κρατική παρέμβαση επικεντρώνεται στην έρευνα και την ανάπτυξη για τη διεθνή ανταγωνιστικότητα, με έμφαση στη διασφάλιση των όρων προσφοράς ενός πολυειδικευμένου και ευέλικτα απασχολήσιμου εργατικού δυναμικού (ατομικές συμβάσεις εργασίας, διαφοροποιημένες αμοιβές, συλλογικές συμβάσεις σε επίπεδο επιχείρησης, διά βίου μάθηση) δηλαδή ένα Σουμπετεριανό Κράτος Αναγκαστικής Εργασίας (Schumpeterian Workfare State, SWK). Βασικά χαρακτηριστικά Σουμπετεριανού Κράτους Εργασίας είναι η προώθηση των προϊόντων με υποστήριξη οργανωτικών και κοινωνικών καινοτομιών

στην ανοιχτή οικονομία, η έμφαση στη διασφάλιση διεθνούς ανταγωνιστικότητας και η δευτερεύουσα σημασία στην αναδιανομή του εισοδήματος, η φροντίδα για την παροχή ευκαιριών διαμέσου της αγοράς σε όλους, ο λαϊκός καπιταλισμός, η επικράτηση των κανόνων της αγοράς στις κοινωνικές σχέσεις και η προώθηση της λογικής των επιχειρήσεων στις καθημερινές κοινωνικές σχέσεις και τον πολιτισμό.

Έτσι, οι πολιτικές του κράτους επικεντρώνονται στην **αύξηση της προσφοράς εργασίας**, καθώς η απασχόληση αντιμετωπίζεται ως το αποκλειστικό μέσο επιβίωσης των ατόμων και ταυτόχρονα ως εργαλείο ενίσχυσης της ανταγωνιστικότητας με τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών και τη μείωση των κοινωνικών παροχών που συμπληρώνουν τον άμεσο και έμμεσο μισθό (συντάξεις, επιδόματα ανεργίας, επιδοτήσεις βασικών αγαθών) (Jessop B., 1993:13-37, Δημουλάς Κ, 2006: 165-179, Jessop B, 2007: 213-233).

Παράλληλα, με τη θέσπιση υπερεθνικών οικονομικών και πολιτικών ενώσεων[4] και την επέκταση των αρμοδιοτήτων τους στην κοινωνική και οικονομική σφαίρα, ενισχύθηκε το διεθνές εμπόριο και ο χρηματοπιστωτικός τομέας της οικονομίας, πολλαπλασιάζοντας παράλληλα τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι εξαιτίας των αναδιαρθρώσεων. Άμεση συνέπεια της παγκοσμιοποίησης είναι η επιτάχυνση των αναδιαρθρώσεων στις οικονομίες με αποτέλεσμα την έξαρση της ανεργίας, των κοινωνικών ανισοτήτων και των ανασφαλών συνθηκών διαβίωσης.

Επίσης η **αχαλίνωτη ελευθερία κίνησης του κεφαλαίου** περιορίζει την ικανότητα του κράτους να εισπράττει φόρους, με αποτέλεσμα τη συμπίεση των κοινωνικών δαπανών. Η **επίσημη απασχόληση** συμπιέζεται και ενισχύονται οι **ευέλικτες και ανασφαλείς μορφές εργασίας,** οι οποίες αμφισβητούν τα θεμέλια της τριμερούς κοινωνικής ασφάλισης (σταθερή, πλήρης και σχετικά προβλέψιμη απασχόληση). Επιπλέον, στις περισσότερες αναπτυγμένες κοινωνίες αυξάνουν οι αναλογίες των κατοίκων που η προέλευσή τους είναι από κάποια άλλη χώρα και αποκτούν πολυπολιτισμικό χαρακτήρα.

4 Βλ. Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (ΠΟΕ), Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), Βορειοαμερικανική Συμφωνία Ελεύθερου Εμπορίου (NAFTA), Ασιατική Περιοχή Ελεύθερου Εμπορίου (AFTA).

Υπό την επίδραση της παγκοσμιοποίησης και των τεχνολογικών εξελίξεων (όπως το διαδίκτυο) οι κοινωνίες μας γίνονται περισσότερο ρευστές και ευμετάβλητες και αμφισβητούνται οι βασικές σταθερές της ομαλής κοινωνικής συμβίωσης όπως είναι η οικογένεια, η σταθερή και πλήρης απασχόληση, τα ήθη και τα έθιμα. Η πληθώρα επιλογών που προσφέρονται στο άτομο, με την ταυτόχρονη διάλυση παραδοσιακών θεσμών κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικής αναπαραγωγής, εντείνουν την ανασφάλεια και τους κινδύνους πλανητικού χαρακτήρα που αντιμετωπίζουν τα άτομα. Πρόκειται για κινδύνους που συνδέονται με την υποβάθμιση του περιβάλλοντος, την τρομοκρατία, την εγκληματικότητα και τις απρόβλεπτες οικονομικές μεταβολές και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με τους παραδοσιακούς μηχανισμούς κοινωνικής προστασίας. Σ' αυτό το πλαίσιο υποστηρίζεται ότι η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενδυνάμωση της ικανότητας του ατόμου να διαχειριστεί τον εαυτό του στις κοινωνίες της διακινδύνευσης, δηλαδή στην ικανότητά του να διαχειρίζεται σε ατομική βάση τους κινδύνους μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, κατάρτισης και προσαρμοστικότητας στις μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Δραστηριότητα 8

Διαβάστε το κείμενο 2 του παραρτήματος, όπου ο συγγραφέας παρουσιάζει μία συνολική αντίληψη για την παγκοσμιοποίηση και τα θετικά και αρνητικά της αποτελέσματα.

Πώς σχολιάζετε την άποψή του; Συμφωνείτε ότι η παγκοσμιοποίηση είναι δισυπόστατη και επιφέρει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις; Κρατήστε σημειώσεις και συζητήστε την άποψή σας με τους συναδέλφους σας

Διαβάζοντας το Κείμενο 2 του Παραρτήματος 1 θα διαπιστώσατε ότι η παγκοσμιοποίηση που ο συγγραφέας θεωρεί αναπόφευκτη, είναι μία μακρόχρονη ιστορική διεργασία με διάφορες φάσεις εξέλιξης. Κατά τη σημερινή της φάση χαρακτηρίζεται από τον κυρίαρχο ρόλο που διαδραματίζουν οι πολυεθνικές εταιρίες, η απορύθμιση των αγορών, η αποδυνάμωση του έθνους-κράτους και η πρωτοφανής συγκέντρωση των ΜΜΕ στα χέρια ενός μικρού αριθμού μεγιστάνων (π.χ.

Μέρντοκ σε πολλές χώρες και διεθνή μέσα, Μπερλουσκόνι στην Ιταλία κ.ά.) που χειραγωγούν τον πολιτισμικό χώρο.

Στο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν πολλαπλούς κινδύνους που ανατρέπουν την καθημερινότητά τους τόσο συμβολικά όσο και πραγματικά. Ένας από τους σημαντικότερους κινδύνους είναι η ρευστοποίηση των όρων και συνθηκών απασχόλησης που συνήθως αναφέρεται ως «ευελιξία». Με το πρόταγμα της ευελιξίας και της απασχολησιμότητας ανατρέπονται οι μέχρι σήμερα σταθερές του συστήματος κοινωνικής προστασίας των εργαζομένων (ανταποδοτική κοινωνική ασφάλιση κατά της ανεργίας, της αρρώστιας και των γηρατειών). Προτάσσεται η εξατομικευμένη κοινωνική πολιτική με την ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων, χωρίς να υφίστανται, ταυτόχρονα, σθεναροί θεσμοί κοινωνικής προστασίας.

Η ιδέα της **«ενδυνάμωσης»** σημαίνει ότι οι άνθρωποι που είναι συγκριτικά αδύναμοι μπορούν να αποκτήσουν περισσότερη δύναμη. Η έννοια της ενδυνάμωσης προέρχεται από την κοινωνική εργασία και τα συναφή επαγγέλματα που εμπλέκονται σε ένα σύνολο κοινών δραστηριοτήτων με τους «πελάτες» τους, ώστε να περιορίσουν την αδυναμία τους, η οποία προέρχεται από τις προηγούμενες αρνητικές τους εμπειρίες εξαιτίας της διάκρισης που έχουν βιώσει κατά το παρελθόν, επειδή ανήκουν σε συλλογικότητες που στιγματίζονται (Spicker P., 2008: 192). Υπό αυτό το πρίσμα, η έννοια της ενδυνάμωσης σταδιακά επεκτάθηκε και πλέον αναφέρεται στο μηχανισμό με τον οποίο οι άνθρωποι, οι οργανώσεις και οι κοινότητες κερδίζουν τον έλεγχο της ζωής τους (Spicker P., 2008: 193).

Σύμφωνα με τον Αμάρθια Σεν (Amartya Sen), οι άνθρωποι παύουν να είναι ελεύθεροι όταν αποκλείονται από τους πόρους ή και τις διαδικασίες με τις οποίες μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους (Sen Am., 1979:198). Το ζήτημα δεν είναι η ισότητα ή ανισότητα ευκαιριών πρόσβασης στους πόρους και τα αποτελέσματά τους, αλλά η καλλιέργεια της **ικανότητας των ανθρώπων να επιλέγουν και να δρουν.** Ο όρος **ικανότητα** κατά τον Σεν δεν εξαντλείται στις προσωπικές κλίσεις και δεξιότητες, αλλά αναφέρεται πρωτίστως στην ελευθερία των ανθρώπων να οδηγούν τον εαυτό τους στο είδος της ζωής που εκτιμούν και επιθυμούν.

Έτσι, στο επίπεδο του ατόμου, η ενδυνάμωση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μορφή ελευθερίας: οι άνθρωποι είναι ενδυναμωμένοι όταν μπορούν να αποφασίσουν για τα ζητήματα που αναφέρονται στη ζωή τους. Πώς όμως μπορεί να επιτευχθεί η ενδυνάμωση των ανθρώπων στο ανασφαλές και ρευστό περιβάλλον που διαμορφώνεται από την παγκοσμιοποίηση και την αχαλίνωτη ανταγωνιστικότητα; Η συνηθισμένη απάντηση σ' αυτό το ερώτημα είναι μέσω της **κοινωνικής δικτύωσης,** δηλαδή μέσω της ανάπτυξης επαφών και σχέσεων που διευρύνουν το **«κοινωνικό κεφάλαιο»** των ατόμων.

Σύμφωνα με την υφιστάμενη βιβλιογραφία, τα δίκτυα είναι σύνολα κόμβων που συνδέονται μεταξύ τους κατά τρόπο ασύμμετρο, συγκροτώντας δομές επαφών, ανταλλαγής πληροφοριών, καλλιέργειας εμπιστοσύνης και αξιοποίησης πόρων. Μέσω της δικτύωσης και των κοινωνικών επαφών, οι υποστηρικτές της παραπάνω άποψης θεωρούν ότι ενδυναμώνεται η θέση του ατόμου στην κοινωνία, διότι με τις κοινωνικές επαφές αποκτά πρόσβαση σε πληροφορίες —πολύτιμους πόρους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης και του διαδικτύου— που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, καθώς και τις προοπτικές διαβίωσής τους. Με την κοινωνική δικτύωση θεωρείται ότι τα άτομα και ειδικότερα οι εργαζόμενοι γίνονται ευπροσάρμοστοι. Μπορεί όμως να λειτουργήσει κατ' αυτό τον τρόπο η δικτύωση και να οδηγήσει στην ενδυνάμωση των εργαζομένων σε ατομική βάση όταν **αποδυναμώνονται**, ταυτόχρονα οι θεσμοί της κοινωνικής προστασίας;

Τα δίκτυα ενεργοποιούνται και αναπτύσσονται σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα κάθε φορά, κάτι που σημαίνει ότι δύο δίκτυα όμοιου ή παρόμοιου χαρακτήρα, ενδέχεται να ασκούν εντελώς διαφορετικές επιδράσεις, επειδή το περιβάλλον στο οποίο ενεργοποιούνται είναι διαφορετικό. Πώς μπορεί να ενδυναμωθεί η θέση των μεταναστών που δεν διαθέτουν επίσημα έγγραφα παραμονής σε μία χώρα και τι είδους κοινωνικές επαφές μπορούν να αναπτύξουν όταν ζουν σε ένα καθεστώς μόνιμης ανασφάλειας; Τι είδους κοινωνικές επαφές μπορεί να καλλιεργήσει ένα άτομο όταν δεν απολαμβάνει με θεσμικό τρόπο στοιχειώδη ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα; Πώς μπορεί ο εργαζόμενος να αποδεχτεί ένα καθεστώς διαρκών αλλαγών στους όρους εργασίας του, όταν υποσκάπτεται η κοινωνική του ασφάλιση στο όνομα αυτής της ευελιξίας; Είναι ικανές οι κοινωνικές επαφές και τα

δίκτυα να λειτουργήσουν ως αντιστάθμισμα στις παροχές της κοινωνικής προστασίας ή η γενναία κοινωνική προστασία και τα κοινωνικά δικαιώματα αποτελούν θεμελιώδεις προϋποθέσεις για την ενδυνάμωση των εργαζομένων στην εποχή της παγκοσμιοποίησης; Η απάντηση σε τόσο θεμελιώδη ερωτήματα, εφόσον λάβουμε υπόψη μας τα διακυβεύματα και τα αντίθετα συμφέροντα που υποκρύπτουν, δεν είναι ούτε εύκολη ούτε απλή.

Δραστηριότητα 9

Συζητήστε τα παραπάνω ερωτήματα με τους συναδέλφους σας. Η δική μας άποψη είναι ότι δεν υπάρχει μόνο μία απάντηση σ' αυτά, αλλά πολλές, ανάλογα με την ιδεολογική προσέγγιση και την κοινωνική θέση του καθένα.

Σύνοψη

Στις σύγχρονες κοινωνίες η μισθωτή απασχόληση αποτελεί τη βασική προϋπόθεση της επιβίωσης του ατόμου και η κοινωνική πολιτική οφείλει να επικεντρωθεί στη διασφάλισή της για όλους. Η διασφάλιση αξιοπρεπούς εργασίας για όλους δεν θεωρείται δεδομένη ούτε στις προηγμένες κοινωνίες στην εποχή της παγκοσμιοποίησης. Άμεση συνέπεια της παγκοσμιοποίησης είναι η επιτάχυνση των αναδιαρθρώσεων, η διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και η έξαρση των ανασφαλών συνθηκών διαβίωσης. Ως προτεραιότητα της κοινωνικής πολιτικής στην εποχή της παγκοσμιοποίησης προβάλλεται η ενδυνάμωση των ατόμων και η κοινωνική τους δικτύωση. Ωστόσο αυτές οι δύο προσεγγίσεις των σύγχρονων κοινωνικών προβλημάτων δεν αποτελούν επαρκή συνθήκη διασφάλισης της ομαλής διαβίωσης των ατόμων στις κοινωνίες της διακινδύνευσης, όταν δεν πλαισιώνονται από γενναιόδωρους θεσμούς κοινωνικής προστασίας και από τη διασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων όλων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Συνοδευτικά κείμενα

Κείμενο 1: I. Gough, (2008), *Η Πολιτική Οικονομία του Κοινωνικού Κράτους*, Σαββάλας, σελ. 95-99 (πρώτη αγγλική έκδοση 1979)

«.....Οι προνοιακές δραστηριότητες του σύγχρονου κράτους, σύμφωνα με τον ορισμό μας, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. **Πρώτον,** τις δραστηριότητες που αφορούν την αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης. Η εργασιακή δύναμη αναφέρεται στην ικανότητα των ανδρών και των γυναικών να επιτελούν εργασία, οπότε η συνεχόμενη αναπαραγωγή αυτής της ικανότητας αποτελεί **αναγκαία συνθήκη** για όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες. Στον καπιταλισμό δύο είναι οι μηχανισμοί που εξασφαλίζουν ότι συντελείται αυτό. Πρώτο, η εργασία των εργατών (κάθε είδους) τους αποφέρει ένα ημερομίσθιο ή μισθό με τον οποίο αγοράζουν καταναλωτικά αγαθά και υπηρεσίες: τρόφιμα, κατοικία, ρουχισμό, μετακίνηση, ψυχαγωγία κ.ο.κ. Η κατανάλωση αυτών των αξιών χρήσης ανανεώνει συνεχώς την ικανότητα επιτέλεσης εργασίας σε οποιαδήποτε κοινωνία και χρονική περίοδο. Δεύτερο, μέσα στην οικογένεια παράγεται ένα ευρύτερο σύνολο αξιών χρήσης κυρίως από τη νοικοκυρά και κυρίως υπό τη μορφή υπηρεσιών: ψώνια, προετοιμασία φαγητού, καθαριότητα, πλύσιμο ρούχων κ.ο.κ. Χωρίς αυτές τις υπηρεσίες, η κατανάλωση των εμπορευμάτων που αγοράζονται στην αγορά είναι δύσκολη ή αδύνατη. Η από κοινού κατανάλωση και των δύο αυτών ομάδων αξιών χρήσης ανανεώνει συνεχώς την ικανότητα εκτέλεσης εργασίας.

Το σύγχρονο κοινωνικό κράτος τώρα παρεμβαίνει σε αυτή τη διαδικασία με αρκετούς τρόπους:

1. Το ποσό των χρημάτων που έχουν στη διάθεσή τους οι άνθρωποι να ξοδέψουν σε καταναλωτικά αγαθά μεταβάλλεται μέσω της φορολογίας και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας.

2. Ο χαρακτήρας των αξιών χρήσης τις οποίες μπορούν να αγοράσουν είναι δυνατό να ρυθμίζεται από το κράτος, όπως, για παράδειγμα, ο έλεγχος της ποιότητας των τροφίμων και των προδιαγραφών των νέων κατοικιών.

3. Συγκεκριμένα αγαθά και υπηρεσίες επιδοτούνται, είτε για ορισμένους, είτε για όλους, όπως ορισμένες κατηγορίες σπιτιών ή είδη τροφίμων.

4. Το κράτος παρέχει άμεσα αξίες χρήσης με τη μορφή υπηρεσιών, όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας, δωρεάν ή σε σημαντικά μειωμένες τιμές. Εδώ εισέρχεται ένα τρίτο στοιχείο στην αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης μαζί με τα εμπορεύματα που αγοράστηκαν στην αγορά και τις υπηρεσίες «οικιακής εργασίας»: οι συλλογικά παραχθείσες κοινωνικές υπηρεσίες. **Ο καπιταλιστικός τομέας, ο οικιακός τομέας και ο κρατικός τομέας συμβάλλουν έτσι άμεσα στην αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης.**

Με όλους αυτούς τους τρόπους, το κοινωνικό κράτος ελέγχει όλο και περισσότερο το επίπεδο, τη διανομή και το πρότυπό της κατανάλωσης στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία (αυτά τα θέματα αναπτύσσονται περαιτέρω στο Κεφάλαιο 6)

Ο ρόλος του κράτους όμως στην αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης εκτείνεται πέρα από αυτές τις ποσοτικές διαστάσεις. Το είδος της εργασιακής δύναμης που απαιτείται τη δεκαετία του 1970 διαφέρει από εκείνο που απαιτούνταν τη δεκαετία του 1870. Η εργασία στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία απαιτεί συγκεκριμένες κατηγορίες ικανοτήτων, κινήτρων, αυτοπειθαρχίας κ.ο.κ. Η αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης περιλαμβάνει συνεπώς ένα ποιοτικό στοιχείο: συγκεκριμένα πρότυπα κοινωνικοποίησης, συμπεριφοράς, ειδικές ικανότητες και δομές προσωπικότητας. Απ' όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες, η εκπαίδευση, η κοινωνική εργασία και τα προγράμματα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού κατευθύνονται πιθανά πιο

εξειδικευμένα σε αυτόν το στόχο. Τα οικογενειακά επιδόματα και οι ασφαλιστικές παροχές διαφόρων ειδών, οι στεγαστικές πολιτικές και οι υπηρεσίες υγείας, αντίθετα, αφορούν τις ποσοτικές διαστάσεις.

Οι λειτουργίες του όμως δεν εξαντλούνται στο παραπάνω πλαίσιο, καθώς στον πληθυσμό περιλαμβάνονται επίσης άτομα που δεν ανήκουν στο εργατικό δυναμικό. **Ο δεύτερος βραχίονας του κοινωνικού κράτους χρησιμεύει για τη συντήρηση των ομάδων που δεν εργάζονται.** Όλες οι κοινωνίες περιλαμβάνουν ομάδες που δεν είναι σε θέση να εργαστούν για να εξασφαλίσουν την επιβίωση τους (πέρα από εκείνους οι οποίοι στις ταξικές κοινωνίες δεν το έχουν ανάγκη): παιδιά, ηλικιωμένοι, ασθενείς και ανάπηροι, διανοητικά καθυστερημένοι κ.ο.κ. Τα όρια ανάμεσα στις ομάδες που εργάζονται και σε εκείνες που δεν εργάζονται ασφαλώς δεν είναι σταθερά΄ ως επί το πλείστον καθορίζονται από τον κυρίαρχο τρόπο παραγωγής. Τα αυστηρά όρια που διαχωρίζουν την εργάσιμη ζωή από την παιδική ηλικία από τη μια πλευρά και τη συνταξιοδότηση στην Τρίτη ηλικία από την άλλη αποτελούν στην πραγματικότητα γνώρισμα του καπιταλισμού.

Ωστόσο, αν δεχτούμε ότι σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν άτομα που δεν εργάζονται, έπεται ότι όλες οι κοινωνίες πρέπει να αναπτύσσουν μηχανισμούς μεταβίβασης μέρους του κοινωνικού προϊόντος από τους άμεσους παραγωγούς σε αυτές τις ομάδες. Τονίζουμε ξανά ότι **οι οικογενειακές και συγγενικές δομές διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο σε αυτή τη μεταβίβαση σε όλες τις κοινωνίες, ενώ συνεχίζουν να το κάνουν ακόμα και σήμερα πέρα αλλά και μέσα στην πυρηνική οικογένεια**. Ωστόσο όλο και περισσότερο αυτός ο ρόλος υποκαθίσταται ή ρυθμίζεται από ένα πλήθος κρατικών μέτρων που συγκροτούν το δεύτερο σημαντικότερο πεδίο δραστηριότητας του σύγχρονου κοινωνικού κράτους. Οι συντάξεις και άλλες παροχές κοινωνικής ασφάλειας έχουν αυξανόμενη σημασία στη μεταβίβαση αγοραστικής δύναμης σε αυτές τις ομάδες, πέρα από προσωπικές και επαγγελματικές παροχές μέσω ασφαλιστικών και συνταξιοδοτικών σχημάτων. Μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας παρέχει πλήθος μορφών υποστήριξης σε είδος για τους ηλικιωμένους ή τους ασθενείς, οικειοποιούμενη όλο και περισσότερο το ρόλο της συγγένειας και της κοινότητας στο απώτερο παρελθόν, και των φιλάνθρωπων και εθελοντικών ομάδων στο πρόσφατο παρελθόν.

Στην πραγματικότητα αυτός ο δεύτερος ρόλος του κοινωνικού κράτους δεν μπορεί να διαχωριστεί με αυστηρότητα από τον πρώτο, για πολλούς λόγους. Ο σημαντικότερος είναι το γεγονός πως τα παιδιά είναι μια μη παραγωγική ομάδα που συγκροτεί το μελλοντικό εργατικό πληθυσμό. Εδώ η διαδικασία της συντήρησής του αναμειγνύεται με εκείνη τα αναπαραγωγής της μελλοντικής εργασιακής δύναμης. Επιπλέον, στη σημερινή καπιταλιστική κοινωνία η μεταβίβαση πόρων σε αυτή τη συγκεκριμένη εξαρτημένη ομάδα εξακολουθεί να είναι κατά βάση ευθύνη των μεμονωμένων οικογενειών (αν και περιορίζεται όλο και περισσότερο από την κρατική παρέμβαση). **Δεύτερο, πολλές άλλες ομάδες που δεν εργάζονται, αποτελούν δυνάμει τμήματα του εργατικού δυναμικού όπως για παράδειγμα, οι ασθενείς ή οι άνεργοι, που ανήκουν σε εργάσιμη ηλικία, όπου όμως η μορφή των απαιτούμενων μεταβιβάσεων είναι διαφορετική από εκείνη των χρόνια ασθενών.** Με μαρξιστικούς όρους, αυτές οι ομάδες αποτελούν τον εφεδρικό στρατό εργασίας, οπότε η συντήρησή τους μπορεί επίσης να περιληφθεί κάτω από τον τίτλο της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης.

Παρ' όλα αυτά **οι δύο βασικές δραστηριότητες του κοινωνικού κράτους αντιστοιχούν στις δύο βασικές δραστηριότητες όλων των κοινωνιών: την αναπαραγωγή του εργατικού πληθυσμού και τη συντήρηση του πληθυσμού που δεν εργάζεται. Ωστόσο απέχει από το να είναι ο μοναδικός κοινωνικός θεσμός που επιτελεί αυτόν το ρόλο**....».

Κείμενο 2: Ν. Μουζέλη, ομότιμου καθηγητή Κοινωνιολογίας στην LSE, «Παγκοσμιοποίηση, μύθοι και πραγματικότητες» (απόσπασμα)

«Η παγκοσμιοποίηση δεν είναι πρόσφατο φαινόμενο. Ο γνωστός στοχαστής I. Wallerstein εντοπίζει το πρώτο παγκόσμιο σύστημα στον 16ο-17ο αιώνα. Σ' αυτή την περίοδο αναδύεται στον ευρωπαϊκό κυρίως χώρο μια διεθνής αγορά όπου τα συμμετέχοντα κράτη ανταγωνίζονταν οικονομικά κατά τέτοιο τρόπο ώστε κανένα δεν κατάφερε να κυριαρχήσει πολιτικά —δεν κατάφερε δηλαδή να αντικαταστήσει τη λογική της ανοιχτής αγοράς με τη διοικητική λογική ενός γραφειο-

κρατικά οργανωμένου imperium. Κατά τον Wallerstein είναι ακριβώς η δυναμική του πρώτου αυτού παγκόσμιου συστήματος που εξηγεί γιατί η νεωτερικότητα πρωτοεμφανίστηκε στη Δύση και όχι σ' άλλες προηγμένες προβιομηχανικές κοινωνίες όπως η Κίνα.

Μια δεύτερη παγκοσμιοποίηση παρατηρούμε στην περίοδο 1860-1914, μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από το άνοιγμα των διεθνών αγορών, την ελεύθερη διακίνηση των κεφαλαίων και την εποπτεία του ανοιχτού αυτού συστήματος από την ηγεμονεύουσα τότε Μ. Βρετανία. Με τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο οι ανοιχτές αγορές καταρρέουν, οι αντιμαχόμενες δυνάμεις υψώνουν τα εθνικά τείχη και ο οικονομικός προστατευτισμός κυριαρχεί στις διεθνείς συναλλαγές. Τέλος, στο τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα βλέπουμε ξανά ένα νέο, απότομο άνοιγμα των αγορών, μια πρωτοφανή κινητικότητα του κεφαλαίου και τη διαμόρφωση ενός παγκόσμιου οικονομικού χώρου υπό την εποπτεία των ΗΠΑ αυτή τη φορά.

Αν συγκρίνουμε τώρα τα τρία παγκόσμια συστήματα που ανέφερα πιο πάνω, βλέπουμε ότι στο πρώτο (16ος-17ος αι.) το κέντρο βάρους παραμένει η παραδοσιακή κοινότητα —αφού ούτε το κράτος ούτε οι μηχανισμοί της παγκόσμιας αγοράς διεισδύουν την περιφέρεια μιας χώρας σε βαθμό που να μειώνουν σημαντικά τη σχετική αυτονομία του οικονομικού, πολιτικού, κοινωνικού και πολιτισμικού τοπικισμού που χαρακτήριζε όλες τις προνεωτερικές κοινωνίες. Με την παγκοσμιοποίηση του 1860-1914, το κέντρο βάρους μετατίθεται από το τοπικό στο κρατικό επίπεδο: το κράτος-έθνος, αντίθετα με τα προνεωτερικά κράτη, αποκτά τεχνολογίες και διοικητικά μέσα που του επιτρέπουν να διεισδύσει την περιφέρεια μιας επικράτειας αμβλύνοντας τους παραδοσιακούς τοπικισμούς και συγκεντρώνοντας όχι μόνο τα μέσα παραγωγής αλλά και τα μέσα κυριαρχίας και επιρροής στο εθνικό κέντρο. Εδώ έχουμε λιγότερο την τοπική και περισσότερο την κρατική αυτονομία, αφού οι παγκόσμιοι μηχανισμοί της αγοράς διεισδύουν μεν τον κρατικό χώρο αλλά όχι σε βαθμό που να αποδυναμώνουν σημαντικά τα εθνικά σύνορα —πράγμα το οποίο συμβαίνει στην τωρινή παγκοσμιοποίηση.

Πράγματι σήμερα το κέντρο βάρους μετατίθεται στο παγκόσμιο επίπεδο αφού οι πολυεθνικές εταιρείες διεισδύουν τον κρατικό και τοπικό χώρο σε βαθμό που ήταν αδιανόητος στις δύο προηγούμενες πα-

γκοσμιοποιήσεις. Αν σκεφτεί κανείς πως μια πολυεθνική, όπως η Sony για παράδειγμα, έχει σήμερα παραρτήματα όχι μόνο στις πρωτεύουσες όλων σχεδόν των χωρών του πλανήτη αλλά και στις περισσότερες πόλεις κάθε χώρας, αντιλαμβάνεται το βαθμό διεισδυτικότητας του παγκόσμιου κεφαλαίου.

Η τωρινή παγκοσμιοποίηση δεν έχει μόνο μια οικονομική αλλά και μια πολιτική, κοινωνική και πολιτισμική διάσταση. Αν στον οικονομικό χώρο οι πολυεθνικές εταιρείες είναι κυρίαρχες, στον πολιτικό τα κράτη-έθνη παραμένουν οι κύριοι παίκτες. Η θέση ότι σήμερα το κράτος-έθνος περιθωριοποιείται και ότι μακροπρόθεσμα θα εκλείψει δεν ευσταθεί. Πρόκειται περί μύθου. Το κράτος-έθνος χάνει λειτουργίες στο εσωτερικό της επικράτειας, αλλά αποκτά νέες λειτουργίες στην παγκόσμια αρένα. Και είναι ακριβώς γι' αυτόν τον λόγο που, στην ύστερη νεωτερικότητα, η κρατική μηχανή (σε ό,τι αφορά υλικούς και ανθρώπινους πόρους) δεν μικραίνει αλλά μεγαλώνει. Άρα αυτό που σταδιακά εκλείπει δεν είναι το κράτος αλλά ο κρατισμός: δηλαδή η ικανότητα των κρατικών ελίτ να ελέγχουν εντός των εθνικών συνόρων τις κινήσεις κεφαλαίων, την εγκληματικότητα, τις αυξανόμενες ανισότητες κ.τ.λ.

Περνώντας τώρα στον κοινωνικό χώρο, εδώ βλέπουμε τη σημαντική ανάπτυξη παγκόσμιων μη κυβερνητικών οργανώσεων, καθώς και νέων κινημάτων τύπου Σιάτλ και Γένοβας. Αυτού του τύπου οι οργανώσεις/κινήματα παρουσιάζουν ένα δυναμισμό που τα παραδοσιακά συνδικάτα και κόμματα έχουν απολέσει. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως, όπως πολλοί νομίζουν, τα πρώτα θα αντικαταστήσουν ή περιθωριοποιήσουν τα δεύτερα. Σημαίνει όμως πως μια συνεργασία επί ίσοις όροις μεταξύ των δύο θα μπορούσε να αναζωογονήσει το κοινωνικό και πολιτικό γίγνεσθαι σε εθνική και παγκόσμια κλίμακα.

Τέλος στον πολιτισμικό χώρο παρατηρούμε μια πρωτοφανή συγκέντρωση των ΜΜΕ στα χέρια ενός μικρού αριθμού μεγιστάνων (π.χ. Μέρντοκ) που επιβάλλουν μιαν άκρως καταναλωτική κουλτούρα — μια κουλτούρα που διαμορφώνει ταυτότητες και τρόπους ζωής σε πλανητικό επίπεδο.

Η τωρινή παγκοσμιοποίηση και λόγω του διεθνούς ανταγωνισμού και λόγω των νέων τεχνολογιών έχει οδηγήσει στην παραγωγή τερά-

στιου πλούτου. Ως γνωστόν αυτός ο πλούτος κατανέμεται κατά εξαιρετικά άνισο τρόπο. Οι εντεινόμενες ανισότητες, ενδοκρατικές και διακρατικές, έχουν οδηγήσει σε μια τερατώδη κατάσταση όπου λίγα άτομα, που δεν λογοδοτούν σε κανένα, κατέχουν πόρους οι οποίοι ξεπερνούν το εθνικό προϊόν μικρών τριτοκοσμικών χωρών…».

Το Βήμα, Κυριακή 14 Οκτώβρη 2007

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:
Απαντήσεις στις ασκήσεις και τις δραστηριότητες του Α' Μέρους.

Άσκηση 2

Ενδεικτικά και μόνο αναφέρω ότι μία δική μου προσωπική ανάγκη είναι αυτή **βελτίωσης του μισθού μου,** ώστε να μπορώ να ανταποκριθώ καλύτερα στα καθημερινά μου έξοδα διαβίωσης. Πρόκειται για μία ανάγκη που είναι **αισθανόμενη** επειδή τη συναντάμε πολύ συχνά σαν απάντηση στις δειγματοληπτικές έρευνες αναφορικά με τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ερωτώμενοι. Επίσης είναι μία **εκπεφρασμένη** ανάγκη διότι αποτελεί ένα από τα βασικά αιτήματα διεκδίκησης από τα συνδικάτα των μισθωτών εργαζομένων. Τέλος είναι **συγκριτική** ανάγκη, διότι για να τη διαπιστώσουμε συγκρίνουμε το μισθό μας με το μισθό συναδέλφων μας από άλλα επαγγέλματα ή θέσεις εργασίας, αλλά και με τους αντίστοιχους μισθούς σε άλλες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Άσκηση 6

Η απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα εξαρτάται από το πλαίσιο εφαρμογής της συγκεκριμένης κοινωνικής πολιτικής. Αν αυτή εφαρμόζεται σε ένα περιβάλλον που υποστηρίζει την ανάπτυξη που είναι φιλική προς την απασχόληση και δημιουργεί νέες-δυναμικές θέσεις εργασίας και ταυτόχρονα ακολουθεί αξιοκρατικούς κανόνες αποτελεσματικής διοίκησης και διαχείρισης, μπορεί να ενισχύσει την κοινωνική αλλαγή. Αν όμως εφαρμόζεται σε ένα περιβάλλον που δεν

οδηγεί στην ανάπτυξη και χρησιμοποιείται απλώς για την ικανοποίηση μικροπολιτικών συμφερόντων, τότε η κατάρτιση των εργαζομένων που χάνουν την εργασίας τους εξαιτίας των αναδιαρθρώσεων λειτουργεί αποκλειστικά ως μέσο διαχείρισης των ενδεχόμενων κοινωνικών αντιδράσεων και δεν προωθεί την κοινωνική αλλαγή.

Δραστηριότητα 5

Στο κείμενο 1 του Παραρτήματος 1 ο συγγραφέας του, Ιαν Γκαχ, υποστηρίζει ότι οι δραστηριότητες του σύγχρονου κοινωνικού κράτους χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες.

Η πρώτη κατηγορία αυτών των δραστηριοτήτων αναφέρεται σε κείνες τις κρατικές ενέργειες με τις οποίες συμβάλουν στην αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης, δηλαδή της ικανότητας παραγωγικής εργασίας αυτών που είναι εργαζόμενοι. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται πολλές δραστηριότητες ποσοτικού και ποιοτικού χαρακτήρα. Ορισμένες από αυτές τις δραστηριότητες είναι οι πολιτικές για τη διασφάλιση της ελάχιστης αμοιβής για κάθε εργαζόμενο, οι πολιτικές για τη διασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος εργασίας, η στεγαστική πολιτική, η πολιτική της δωρεάν παροχής δημόσιων υπηρεσιών (υγεία, μεταφορές, εκπαίδευση κ.ά), η διατήρηση των τιμών στα αγαθά λαϊκής κατανάλωσης σε χαμηλά επίπεδα κ.ά.

Η δεύτερη κατηγορία δραστηριοτήτων του σύγχρονου κοινωνικού κράτους περιλαμβάνει τις ενέργειες που αποσκοπούν στη συντήρηση των ομάδων που δεν εργάζονται όπως είναι τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι κ.ά.

Ο συγγραφέας **πολύ σωστά** υποστηρίζει ότι οι παραπάνω δύο κατηγορίες δραστηριοτήτων του κράτους, δεν μπορούν να απομονωθούν η μία από την άλλη καθώς λειτουργούν όπως τα συγκοινωνούντα δοχεία. Πολλές φορές, δηλαδή, όσοι δεν εργάζονται γίνονται εργαζόμενοι και αποτελούν το εν δυνάμει εργατικό δυναμικό (π.χ. παιδιά) ή όσοι εργάζονται αδυνατούν να εργαστούν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας διαφόρων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Συνεπώς και οι δύο κατηγορίες δραστηριοτήτων του κοινωνικού κράτους είναι εξίσου σημαντικές και δεν θα πρέπει η μία να αντιμετωπίζεται ως δευτερεύουσας σημασίας ή υποδεέστερη της άλλης.

Άσκηση 7

Η επιλογή των «κουπονιών» ως μεθόδου κοινωνικής παροχής προς τα άτομα εντάσσεται κατεξοχήν στην ατομοκεντρική προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής. Σύμφωνα με τα τέσσερα κριτήρια διάκρισης των αντιλήψεων για την κοινωνική πολιτική του Πίνακα 2, η επιλογή του κουπονιού, αντιμετωπίζει τα άτομα ως υπεύθυνα για τις επιλογές τους αφού είναι αυτά που θα αποφασίζουν πώς θα διαθέσουν το κουπόνι, σε ιδιώτη γιατρό, σε δημόσιο κέντρο υγείας ή νοσοκομείο, σε ιδιωτικό νοσοκομείο κ.λπ. Επίσης, ενισχύει την αγορά (2ο κριτήριο), αφού ενισχύει τον ανταγωνισμό των διαφορετικών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ανταγωνίζονται μεταξύ τους προκειμένου να αντλήσουν όσους περισσότερους κατόχους κουπονιών (πελάτες) μπορούν και οι κάτοχοι των κουπονιών μπορούν να επιλέξουν τον πάροχο που οι ίδιοι κρίνουν ότι μπορεί να ικανοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις απαιτήσεις τους. Τρίτο, ο ρόλος της κυβέρνησης περιορίζεται στο να παρέχει τα κουπόνια και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων που πρέπει να διέπουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα και δεν επιδιώκει την άμεση ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος της είναι κυρίως ρυθμιστικός. Τέλος, σύμφωνα με το τέταρτο κριτήριο που αναφέρεται στα ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής, τα κουπόνια δίνονται, συνήθως, με εισοδηματικά κριτήρια (ή το ύψος τους διαφοροποιείται με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια) και ως εκ τούτου περιορίζεται ο «καθολικός» χαρακτήρας της κρατικής κοινωνικής πολιτικής.

Ως θετικό στοιχείο της «υιοθέτησης» των κουπονιών θεωρείται η ενίσχυση της ελευθερίας επιλογής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας που επιφέρει ο «ανταγωνισμός». Ως αρνητικό στοιχείο αναφέρεται κυρίως η διεύρυνση των ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα μπορούν να χρησιμοποιήσουν το κουπόνι ως πρόσθετη αμοιβή (ταυτόχρονα με αυτή που καταβάλουν οι ίδιοι ατομικά), ενώ όσοι έχουν χαμηλότερο εισόδημα δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη δυνατότητα και οι επιλογές τους περιορίζονται στην πράξη στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας όμως υποβαθμίζονται αφού το κράτος, όπως ήδη αναφέρθηκε, εμφανίζεται

«απρόθυμο» για τη χρηματοδότησή τους και προτιμά να δίνει τους διαθέσιμους πόρους με τη μορφή κουπονιών αντί να τα επενδύει άμεσα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

Άσκηση 8

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ενωμένου Βασιλείου θεσπίστηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο από την τότε κυβέρνηση των Εργατικών και αποτέλεσε, για πολλά χρόνια, την κορωνίδα της κοινωνικής πολιτικής στο Ενωμένο Βασίλειο. Χρηματοδοτήθηκε γενναία από τον κρατικό προϋπολογισμό και ανέπτυξε μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας προς τους κατοίκους της χώρας, ανεξάρτητα από τις οικονομικές τους δυνατότητες. Θεωρείται το παράδειγμα-πρότυπο των αναδιανεμητικών μοντέλων κοινωνικής πολιτικής και αποτέλεσε πηγή έμπνευσης για τα συστήματα υγείας αρκετών χωρών, μεταξύ των οποίων και το ελληνικό ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας).

Άσκηση 9

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα στηρίζεται στη σχέση εισφορών με παροχές που χαρακτηρίζει το σύστημα Βίσμαρκ (Bismark). Ωστόσο, μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν συμμετέχει σ' αυτό και προσφεύγει στην ιδιωτική αγορά ασφάλισης υπηρεσιών κι ένα άλλο, εξίσου, σημαντικό τμήμα του πληθυσμού είναι χαμηλού εισοδήματος και ανασφάλιστο, καλύπτοντας τις κοινωνικές τους ανάγκες από τις στοιχειώδες κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες που παρέχει το ελληνικό κράτος μέσω του κρατικού προϋπολογισμού ή/και με την υποστήριξη της οικογένειας. Οι αναλυτές της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα συμφωνούν ότι τα χαρακτηριστικά της είναι αυτά που χαρακτηρίζουν το δυικό νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς κοινωνικής πολιτικής.

Βιβλιογραφικές αναφορές Α' μέρους

Alcock P., Glennester H., Oakle An., Sierfield Adr. (2001), *Wellfare and wellbeing. Richard Titmuss contribution to social policy*, Policy Press.

Αλεξίου Θ. (2008), *Κοινωνική πολιτική, αποκλεισμένες ομάδες και ταξική δομή,* Παπαζήσης.

Bradshow J. (1972), "The concept of social needs", *New Society*, 30 March.

Esping-Andersen G. (2006 ελληνική έκδοση), *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας,* Ελληνικά Γράμματα.

Doyal L. & Gough I. (1991), *A theory of human need,* Basingstoke Macmillan.

Δημουλάς Κ. 2006, «Κοινωνικός Αποκλεισμός και διά βίου μάθηση στην Ελλάδα», στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής (Πρακτικά Συνεδρίου), *«Διεθνές Συνέδριο 2006»,* Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Ferrera M. (1996), "The southern model of welfare in social Europe", *Journal of European Social Policy*, 1996 –6(1).

Gilbert N. & Terrel P. (2005), *Dimensions of social welfare policy,* Pearson.

Gough I. (2006), "Welfare regimes in development contexts: a global and regional analysis", στο Gough I. & Wood G., 2006 (3rd edition), *Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America,* Polity Press, Cambridge.

Jessop B. (1993), "The Schumpeterian Workfare State" στο Burrows, R. & Loader, B., *Towards a post-fordist welfare state?*, Routledge.

Jessop B (2007), «Από το ΚΕΚΠ στο ΣΕΜΚ» στο Lewis G., Gewrtz S. & Clarke J., 2007, *Κοινωνική Πολιτική. Μια άλλη προσέγγιση*, Αθήνα, Gutenberg.

Leibfried S. (1991), *Towards a European welfare state?* Zentrum für Sozialpolitik: Bremen

Mkandawire Th. (2004), "Social Policy in a Developmental Context: Introduction", στο Mkandawire Thandika, *Social Policy in a developmental context,* UNRISD & Palgrave Mcmillan, New York, p.p.1-33.

Scocpol Theda (1995), *Social Policy in the United States. Future Possibilities in Historical Perspective,* Princeton University Press.

Sen Am. (1979), *Collective choice and social welfare,* Amsterdam: Elsevier.

Spicker P. (2008), *Social Policy. Themes and Approaches,* The policy Press.

Spicker P. (2004), *Το κράτος πρόνοιας. Μία γενική Θεωρία,* Διόνικος.

Στασινοπούλου Ό., (2010), «Εισαγωγή στην Κοινωνική Πολιτική», Πανεπιστημιακές σημειώσεις. Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Titmuss R. (1974), *Social Policy, an introduction,* Pantheon Books

Β' ΜΕΡΟΣ:
Συστήματα κοινωνικής περίθαλψης και υγείας

Του Χ. Οικονόμου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.
Συστήματα Κοινωνικής Περίθαλψης και Υγείας

Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

Επιδίωξη της παρούσας υποενότητας είναι να σας βοηθήσει να κατανοήσετε την έννοια του συστήματος υγείας, του ρόλου και των λειτουργιών του, ως βασικού πυλώνα άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Η κατανόηση αυτή θα ενταχθεί μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο που θέτει το θεσμικό οικοδόμημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο σημείο αυτό καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι κοινοτικοί θεσμοί επιδρούν και προσδιορίζουν τις εθνικές πολιτικές υγείας και την οργάνωση των συστημάτων υγείας των χωρών μελών. Κάτω από αυτό το πρίσμα, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στο ελληνικό σύστημα υγείας, στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητάς του.

Σκοπός

Η υποενότητα αυτή αποσκοπεί στο να προσδιορίσει την έννοια του συστήματος υγείας, να αναλύσει τους στόχους του, να περιγράψει τις λειτουργίες που επιτελεί και να παρουσιάσει τα βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας, όπως έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες, με ιδιαίτερη αναφορά στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του ελληνικού συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, αποσκοπεί στο να εξετάσει την πολιτική υγείας στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση της παρουσίασης της θεματικής υποενότητας θα είστε σε θέση:

- να εξηγείτε την έννοια του συστήματος υγείας, το ρόλο που διαδραματίζει στις σύγχρονες κοινωνίες και τις λειτουργίες που επιτελεί για την επίτευξη των κοινωνικών του σκοπών,
- να διακρίνετε τις διαφορές που υπάρχουν ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των επιμέρους συστημάτων υγείας,
- να εκτιμάτε τις προκλήσεις και τους περιορισμούς που θέτει το θεσμικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας τόσο σε υπερεθνικό όσο και σε εθνικό επίπεδο,
- να έχετε μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη δομή και οργάνωση του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και να μπορείτε να αξιολογείτε το εύρος των προβλημάτων που αυτό αντιμετωπίζει, τις αιτίες τους καθώς και τις πιθανές λύσεις που υπάρχουν.

Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Σύστημα υγείας
- Στόχοι συστήματος υγείας
- Λειτουργίες συστήματος υγείας
- Μοντέλα συστημάτων υγείας
- Πολιτική υγείας Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ΕΣΥ
- Μεταρρυθμίσεις ΕΣΥ
- Ενιαία Εσωτερική Αγορά
- Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού

1.1. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει προσπάθεια να κατανοήσετε την έννοια του συστήματος υγείας, τους στόχους που επιδιώκει και τις λειτουργίες που επιτελεί για να πετύχει τους στόχους αυτούς. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα ζητήματα της διαχείρισης, της χρηματοδότησης και της παροχής των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη, ισότιμη και ποιοτική λειτουργία τους. Επιπροσθέτως, θα παρουσιαστούν τα κυριότερα οργανωτικά μοντέλα συστημάτων υγείας που έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες, με έμφαση στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Μπέβεριτζ (Beveridge), στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Βίσμαρκ (Bismarck) και στα ιδιωτικά φιλελεύθερα συστήματα.

Σκοπός

Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να προσδιορίσει την έννοια του συστήματος υγείας, να αναλύσει τους στόχους του, να περιγράψει τις λειτουργίες που επιτελεί και να παρουσιάσει τα βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας όπως έχουν αναπτυχθεί στις σύγχρονες κοινωνίες.

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση του κεφαλαίου, θα είστε σε θέση:

- να εξηγείτε την έννοια του συστήματος υγείας, το ρόλο που διαδραματίζει στις σύγχρονες κοινωνίες και τις λειτουργίες που επιτελεί για την επίτευξη των κοινωνικών του σκοπών,
- να διακρίνετε τις διαφορές που υπάρχουν ως προς την οργάνωση, την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των επιμέρους συστημάτων υγείας.

Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Σύστημα υγείας
- Στόχοι συστήματος υγείας
- Λειτουργίες συστήματος υγείας
- Διαχείριση συστήματος υγείας
- Μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας
- Μέθοδοι αποζημίωσης προμηθευτών υπηρεσιών υγείας
- Παροχή υπηρεσιών υγείας
- Μοντέλα συστημάτων υγείας
- Μπέβεριτζ
- Βίσμαρκ

1.1.1. Η έννοια και οι στόχοι του συστήματος υγείας

Το σύστημα υγείας είναι η οργανωμένη απάντηση μιας κοινωνίας στα προβλήματα υγείας των μελών της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων, οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν πρωταρχικό τους σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας.

Δραστηριότητα 1

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη αυτής της ενότητας προσπαθήστε να περιγράψετε το ρόλο, τα χαρακτηριστικά και τους στόχους που, κατά τη γνώμη σας, έχει ή οφείλει να έχει, ένα σύστημα υγείας. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις τις οποίες θα μπορείτε να συγκρίνετε στη συνέχεια με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.

Ο ρόλος του συστήματος υγείας είναι όχι μόνο η βελτίωση της υγείας των πολιτών, αλλά επίσης η προστασία αυτών από το οικονομικό κό-

στος της ασθένειας και η αντιμετώπιση εκ μέρους του των ασθενών με αξιοπρέπεια. Με βάση αυτό το σκεπτικό, οι στόχοι ενός συστήματος υγείας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στους ακόλουθους τρεις:

(α) Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.

(β) Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο στόχος αυτός διακρίνεται σε δύο μέρη: το πρώτο αφορά τη βελτίωση του μέσου επίπεδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος και το δεύτερο την προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.

(γ) Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω κάποιας ασθένειας.

Για να πετύχει ένα σύστημα υγείας τους παραπάνω βασικούς του στόχους, θα πρέπει να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των πόρων του. Δηλαδή θα πρέπει να ικανοποιούνται τα κριτήρια της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος, της αποτελεσματικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, της ισότητας στη φροντίδα υγείας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα:

- Η αποδοτικότητα αναφέρεται στο συσχετισμό των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν από μια υπηρεσία ή ένα πρόγραμμα υγείας και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν από ανθρώπινους, οικονομικούς και υλικούς πόρους.

- Η αποτελεσματικότητα εκφράζει τη συσχέτιση των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ή μιας υπηρεσίας υγείας με τους επιθυμητούς στόχους που είχαν τεθεί.
- Η ισότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίδιες ανάγκες, ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους.
- Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει δύο διαστάσεις. Πρώτον, την επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Δεύτερον, το περιβάλλον των μονάδων υγείας και τη συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες.

1.1.2. Οι λειτουργίες του συστήματος υγείας

Κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τέσσερις βασικές λειτουργίες: τη διαχείριση, τη χρηματοδότηση, τη δημιουργία πόρων και την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα:

1.1.2.1. Διαχείριση

Η διαχείριση ως μια βασική λειτουργία του συστήματος υγείας περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

- Τον καθορισμό, την εφαρμογή και την παρακολούθηση των κανόνων λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Την οριοθέτηση των σχέσεων αγοραστών, προμηθευτών και ασθενών.
- Τον προσδιορισμό των στρατηγικών κατευθύνσεων του συστήματος υγείας ως όλου.

Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, η διαχείριση πρέπει να επιτελέσει έξι επιμέρους υπολειτουργίες:

- *Συνολικός σχεδιασμός του συστήματος:* Αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας με την ευρύτερη έννοια. Εμπεριέχει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και συνδυάζονται οι υπόλοιπες τρεις λειτουργίες του συστήματος υγείας, δηλαδή η χρηματοδότηση, η δημιουργία πόρων, και η παροχή υπηρεσιών.

- *Αποτίμηση της απόδοσης του συστήματος:* Αναφέρεται στην αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο επιτυγχάνονται τα τέσσερα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω και ειδικότερα η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ισότητα.

- *Καθορισμός προτεραιοτήτων:* Η επιλογή των κριτηρίων με βάση τα οποία θα προσδιοριστεί το ποιες υπηρεσίες και ποια προγράμματα υγείας θα αναπτυχθούν πρώτα σε σχέση με άλλα. Τα κριτήρια αυτά μπορεί να είναι οικονομικά (μέτρηση κόστους και αποτελεσματικότητας), επιδημιολογικά (κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας), πολιτικά (οι επιδιώξεις αυτών που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων) και αξιολογικά (κοινωνική δικαιοσύνη).

- *Διατομεακή συνεργασία:* Είναι η προώθηση πολιτικών σε άλλους τομείς που όμως έχουν θετικές επιπτώσεις στην υγεία. Για παράδειγμα, η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης δεν αποτελεί μέρος της πολιτικής υγείας, δεδομένου ότι ο πρωταρχικός σκοπός του εκπαιδευτικού συστήματος είναι άλλος. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.

- *Ρύθμιση*: Ρύθμιση σημαίνει κανόνες. Στο σύστημα υγείας οι κανόνες που τίθενται είναι δύο ειδών. Πρώτον, αφορούν τη δημόσια υγεία και τη ρύθμιση που αποσκοπεί στον περιορισμό των κινδύνων για την υγεία που προέρχονται από την κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών. Δεύτερον, ρυθμίζουν τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

    - *Προστασία του πολίτη:* Εδώ το ζητούμενο είναι να αντιμετωπιστούν οι κίνδυνοι που προκύπτουν για τους πολίτες από τις ανεπάρκειες που υπάρχουν στην αγορά υπηρεσιών και την ασφάλιση υγείας και σχετίζονται με ασυμμετρίες στην πληροφόρηση μεταξύ χρηστών και προμηθευτών.

Άσκηση 1

Ένα από τα βασικά ζητήματα στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας είναι ο καθορισμός των προτεραιοτήτων αναφορικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας στα οποία θα πρέπει να δοθεί έμφαση και να προτιμηθούν σε σχέση με άλλα. Υπάρχει μια έντονη συζήτηση ως προς τα προαπαιτούμενα για την τεκμηριωμένη λήψη τέτοιου είδους αποφάσεων. Μια άποψη υποστηρίζει ότι το βασικό είναι η ύπαρξη επαρκών πληροφοριών και στατιστικών δεδομένων. Μια άλλη άποψη δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στις πολιτικές δομές και τις διαδικασίες διαβούλευσης για τη λήψη των αποφάσεων.

Υπό το πρίσμα αυτό, σε ένα κείμενο μισής σελίδας:

Διατυπώστε την πιθανή επιχειρηματολογία την οποία θα μπορούσαν να αναπτύξουν οι υποστηρικτές καθεμίας από αυτές τις δύο προσεγγίσεις. Διατυπώστε τη δική σας άποψη.

1.1.2.2. Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι η διαδικασία με την οποία συλλέγονται τα έσοδα, συγκεντρώνονται σε ένα ταμείο για την κοινή διαχείριση των κινδύνων υγείας και αγοράζονται υπηρεσίες από τους προμηθευτές.

Α) Συλλογή εσόδων

Οι βασικές μέθοδοι είσπραξης των χρηματικών πόρων για τη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι τέσσερις: η φορολογία, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές από τους χρήστες των υπηρεσιών. Ειδικότερα:

- *Φορολογία*: Η φορολογία μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Ο φόρος εισοδήματος είναι ένας άμεσος φόρος και συνήθως είναι προοδευτικός, δηλαδή στα υψηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια αντιστοιχεί υψηλότερος φορολογικός συντελεστής. Από την άλλη, ο ΦΠΑ είναι ένας έμμεσος φόρος που επιβάλλεται στην κατανάλωση και είναι αναλογικός, δηλαδή ο φορολογικός συντελεστής είναι ο ίδιος για όλους. Επίσης, ένας φόρος μπορεί να είναι γενικός ή να επιβάλλεται για συγκεκριμένο σκοπό. Για παράδειγμα, οι φόροι

στα ποτά και τα τσιγάρα μπορεί να είναι ειδικοί φόροι για το σύστημα υγείας, προκειμένου να καλυφθούν οι δαπάνες θεραπείας των νοσημάτων που προκαλούνται από το αλκοόλ ή τον καπνό.

- *Κοινωνική ασφάλιση:* Οι εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση επιβάλλονται από ένα θεσμικά κατοχυρωμένο νομικό πρόσωπο (ασφαλιστικό ταμείο) και είναι υποχρεωτικές. Συνδέονται μόνο με το ύψος των αμοιβών και όχι με τον ασφαλιστικό κίνδυνο ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου. Καθορίζονται ως ποσοστό της αμοιβής και ένα μέρος τους πληρώνεται από τον εργοδότη, ενώ το υπόλοιπο από τον εργαζόμενο. Το ποσοστό της εισφοράς μπορεί να είναι ενιαίο για όλους ή να διαφοροποιείται ανά ταμείο. Πολλές φορές τίθενται και ανώτερα όρια αμοιβών επί των οποίων υπολογίζονται οι εισφορές.

- *Ιδιωτική ασφάλιση:* Εδώ η ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική, αλλά εθελοντική. Τα ασφάλιστρα διαμορφώνονται με βάση τον ασφαλιστικό κίνδυνο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου.

- *Άμεσες πληρωμές:* Οι άμεσες πληρωμές γίνονται από τα ίδια τα άτομα τη στιγμή της χρήσης μιας υπηρεσίας υγείας. Μπορεί να είναι επίσημες, με την έννοια της θεσμοθετημένης συμμετοχής του πολίτη στο κόστος της υπηρεσίας προκειμένου να αποφευχθεί η άσκοπη χρήση της. Μπορεί όμως να είναι και άτυπες με τη μορφή «δώρου» (φακελάκι), συμβάλλοντας στην εμφάνιση παραοικονομίας. Επιπροσθέτως, οι άμεσες πληρωμές μπορεί να λάβουν τη μορφή συμπληρωμών (κατ' αποκοπή πληρωμές για κάθε χρησιμοποιούμενη υπηρεσία, π.χ. τα 3 ευρώ για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων), συνασφάλισης (ποσοστό επί του συνολικού κόστους μιας υπηρεσίας, π.χ. συμμετοχή στα φάρμακα) ή αφαιρετέων πληρωμών (ένα συγκεκριμένο πρώτο ποσό το οποίο καλύπτει ο ασθενής και τα υπόλοιπα καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση).

- *Άλλες πηγές:* Εκτός των παραπάνω κύριων πηγών, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει και μέσα από δωρεές και επιχορηγήσεις (π.χ. δημιουργία μιας πτέρυγας ενός δημόσιου νοσοκομείου με δωρεά από κάποιο μη κερδοσκοπικό ίδρυμα ή ιδιώτη) ή διεθνείς πόρους (π.χ. Ευρωπαϊκή Ένωση).

Η πρόκληση που τίθεται είναι η διαμόρφωση ενός στρατηγικού μίγματος των παραπάνω πηγών που να επιτρέπει την εξασφάλιση επαρκών πόρων για την υγεία και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Για παράδειγμα, όταν ένα σύστημα υγείας βασίζεται στη χρηματοδότηση από άμεση φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης είναι περισσότερο προοδευτικό και αναδιανεμητικό και συνεπώς περισσότερο ισότιμο από ότι εάν βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές.

Β) Συγκέντρωση πόρων σε κοινό ταμείο

Η συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο σημαίνει ότι πλέον δεν συνδέονται με το κάθε συγκεκριμένο άτομο που τους κατέβαλε, αλλά όλοι από κοινού μοιράζονται τον οποιονδήποτε κίνδυνο προκύψει για κάθε συμμέτοχο. Μια βασική στρατηγική επιλογή για τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας είναι το εάν η δεξαμενή συγκέντρωσης των πόρων θα είναι κοινή για όλο τον πληθυσμό, δηλαδή αν θα υπάρχει ένα ασφαλιστικό ταμείο ή εάν για κάθε κοινωνική ομάδα θα υπάρχει και διαφορετικό ασφαλιστικό ταμείο. Μια δεύτερη στρατηγική επιλογή είναι το εάν θα υπάρχει ή όχι σταυροειδής μεταφορά πόρων από δεξαμενές που καλύπτουν ομάδες χαμηλού κινδύνου και συνεπώς έχουν πλεόνασμα, προς δεξαμενές που καλύπτουν υψηλού κινδύνου ομάδες και οι οποίες εμφανίζουν ελλείμματα. Μια τρίτη επιλογή συνδέεται με το βαθμό στον οποίο το κάθε άτομο έχει το δικαίωμα επιλογής του ταμείου που θα ασφαλιστεί ή είναι υποχρεωτική η υπαγωγή σε συγκεκριμένο ταμείο (ύπαρξη ανταγωνισμού ή όχι μεταξύ των ταμείων για προσέλκυση ασφαλισμένων).

Δραστηριότητα 2

Μπορείτε τώρα να σχολιάσετε, σε ένα σύντομο κείμενο, τις τρεις επιλογές που αναφέρονται παραπάνω και τα διλήμματα που θέτουν.

Γ) Αγορά υπηρεσιών

Από τη στιγμή που θα συγκεντρωθούν οι πόροι υγείας σε κάποιο ταμείο, τίθενται τρία ερωτήματα:

- Πρώτον, τι υπηρεσίες υγείας θα αγοραστούν προκειμένου να καλυφτούν οι ανάγκες των ασφαλισμένων. Δεδομένης της στενότη-

τας των πόρων και ανάλογα με τους στόχους που επιδιώκει κάθε σύστημα υγείας, το ζήτημα εδώ είναι να προσδιοριστεί το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού και η δέσμη των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

- Δεύτερον, από ποιους προμηθευτές θα αγοραστούν οι υπηρεσίες. Από δημόσιους ή ιδιωτικούς; Από κέντρα υγείας ή νοσοκομεία;
- Τρίτον, με ποιο τρόπο θα πληρωθούν οι προμηθευτές των υπηρεσιών. Το τρίτο αυτό ερώτημα είναι πολύ σημαντικό γιατί η μέθοδος αμοιβής των γιατρών και των νοσοκομείων επηρεάζει τον τρόπο συμπεριφοράς τους και έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών και τις δαπάνες υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

i) Μέθοδοι αποζημίωσης των γιατρών:

- **Αμοιβή κατά πράξη:** Περιλαμβάνει δύο τεχνικές, είτε την αμοιβή σύμφωνα με τις τρέχουσες τιμές της αγοράς, την οποία καλείται να καταβάλει ο ασθενής είτε την αμοιβή σε προκαθορισμένες τιμές που έχουν προσδιοριστεί μετά από διαπραγμάτευση των ασφαλιστικών ταμείων με τους γιατρούς.

Δραστηριότητα 3

Πριν προχωρήσετε παρακάτω, σκεφτείτε ένα πλεονέκτημα και ένα μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αποζημίωσης των γιατρών. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις τις οποίες θα μπορείτε να συγκρίνετε στη συνέχεια με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.

Αν και έχει το θετικό της ελεύθερης επιλογής του γιατρού από τον ασθενή, το αρνητικό αυτού του τρόπου αμοιβής είναι ότι συντελεί στην εμφάνιση προκλητής ζήτησης και την αύξηση των δαπανών υγείας και συνδέεται με την εισοδηματική δυνατότητα του ασθενή.

- **Αμοιβή με μισθό:** Ο γιατρός αμείβεται με πάγιο μισθό και απασχολείται σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας με καθορισμένο ωράριο. Αν και βοηθά στη συγκράτηση του κόστους, μπορεί να οδηγήσει σε παραοικονομία και χαμηλή παραγωγικότητα λόγω χαμηλών μισθών.

- **Αμοιβή κατά κεφαλή:** Για κάθε εγγεγραμμένο στη λίστα του ασθενή ο συμβεβλημένος με κάποιο δημόσιο φορέα γιατρός αμείβεται με ένα συγκεκριμένο ετήσιο ποσό, ανεξάρτητα από το πόσες φορές θα τον επισκεφτεί ο ασθενής. Έχει το θετικό ότι καθιστά προβλέψιμο το κόστος και ο ασθενής απολαμβάνει καλής ποιότητας υπηρεσίες χωρίς επιπλέον επιβάρυνση.
- **Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας:** Αποτελούν κοινοπραξίες γιατρών που αναλαμβάνουν την παροχή μιας πλήρους δέσμης υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένο χρόνο και αμείβονται με συνδρομή κατά κεφαλή, ανεξάρτητα από την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Ουσιαστικά ενσωματώνεται σε μια ενιαία δομή η ασφαλιστική λειτουργία και η παροχή υπηρεσιών.
- **Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών:** Πρόκειται για παραλλαγή της προηγούμενης μεθόδου όπου οι ασφαλιστικοί οργανισμοί συμβάλλονται για ένα χρόνο με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αναλαμβάνουν να προσφέρουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους σε μια εκ των προτέρων καθορισμένη τιμή.

Δραστηριότητα 4

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέθοδοι αποζημίωσης των γιατρών, καθώς επίσης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς από αυτές. Στην τρίτη στήλη του πίνακα σημειώστε δίπλα από κάθε μέθοδο εάν εφαρμόζεται ή όχι στην Ελλάδα.

Πίνακας 1.: Μέθοδοι αποζημίωσης γιατρών

	Μέθοδοι αποζημίωσης γιατρών	**Εφαρμογή στην Ελλάδα**
Κλασικές μέθοδοι	1. Αμοιβή κατά πράξη + Ελεύθερη επιλογή γιατρού - Προκλητή ζήτηση	
	2. Αμοιβή με πάγιο μισθό + Συγκράτηση δαπανών - Χαμηλή παραγωγικότητα γιατρών - Κατάργηση ελεύθερης επιλογής	
Σύγχρονες μέθοδοι	3. Αμοιβή κατά κεφαλή + Προβλέψιμο κόστος + Ικανοποίηση χρηστών	
	4. Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας και Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών + Συγκράτηση δαπανών λόγω διαπραγμάτευσης του ύψους της κατά κεφαλήν αμοιβής + Βελτίωση υπηρεσιών λόγω ανταγωνισμού	

ii) Μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων

- **Ημερήσιο νοσήλιο:** Διακρίνεται σε: (α) κλειστό νοσήλιο, όπου για κάθε ημέρα νοσηλείας καταβάλλεται ένα συγκεκριμένο πάγιο ποσό ανεξάρτητα από το είδος της περίθαλψης, (β) ευλύγιστο νοσήλιο, που βασίζεται σε πάγια ημερήσια αμοιβή, η οποία όμως διαφέρει για κάθε ιατρική ειδικότητα και (γ) ανοικτό νοσήλιο που αποτελείται από ένα σταθερό μέρος για όλους τους νοσηλευόμενους και από ένα μεταβλητό μέρος που εξαρτάται από το είδος της παρεχόμενης φροντίδας. Το αρνητικό του σημείο είναι η πιθανή προκλητή αύξηση των ημερών νοσηλείας και η ύπαρξη ελλειμμάτων στην περίπτωση που το νοσήλιο οριστεί κάτω από το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

- **Αμοιβή κατά πράξη:** Εφαρμόζεται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου οι ασθενείς πληρώνουν με ένα σύστημα λογιστικής καταγραφής με βάση το οποίο κοστολογείται ξεχωριστά κάθε προσφερόμενη υπηρεσία. Μπορεί να οδηγήσει σε προκλητή ζήτηση.

Δραστηριότητα 5

Αναπτύξτε σε μισή σελίδα γιατί το ημερήσιο νοσήλιο και η αμοιβή κατά πράξη θεωρούνται μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση των δαπανών υγείας.

- **Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες:** Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο κατατάσσεται σε μια προσδιορισμένη προκοστολογημένη διαγνωστική κατηγορία. Με αυτή τη μέθοδο μπορεί να επιτευχθεί η μείωση της διάρκειας νοσηλείας και η μείωση του κόστους λόγω μη πραγματοποίησης περιττών εξετάσεων.
- **Σφαιρικός Προϋπολογισμός:** Κάθε νοσοκομείο καταρτίζει έναν ετήσιο προϋπολογισμό λαμβάνοντας υπόψη τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους, το επίπεδο αύξησης των τιμών και τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Δραστηριότητα 6

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων, καθώς επίσης και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς από αυτές. Στην τρίτη στήλη του πίνακα σημειώστε δίπλα από κάθε μέθοδο εάν εφαρμόζεται ή όχι στην Ελλάδα.

Πίνακας 2.: Μέθοδοι αποζημίωσης νοσοκομείων

	Μέθοδοι αποζημίωσης Νοσοκομείων	Εφαρμογή στην Ελλάδα
Κλασικές Αναδρομικές μέθοδοι	1. Πληρωμή κατά πράξη - Προκλητή ζήτηση	
	2. Ημερήσιο (κλειστό) νοσήλιο - Προκλητή αύξηση ημερών νοσηλείας	
Σύγχρονες Προοπτικές μέθοδοι	3. Σφαιρικός προϋπολογισμός + Έλεγχος του κόστους + Ενίσχυση του εσωτερικού μάνατζμεντ - Πιθανή μείωση της ποιότητας ώστε το νοσοκομείο να καλύψει τις ανάγκες του με βάση τους συγκεκριμένους πόρους	
	4. Ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες + Έλεγχος του κόστους - Πιθανή εσπευσμένη εξαγωγή	

2.1.2.3. Δημιουργία πόρων

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αλλά περιλαμβάνει και δραστηριότητες που σχετίζονται με την παραγωγή των αναγκαίων πόρων που θα στηρίξουν τις υπηρεσίες αυτές. Αναφερόμαστε κυρίως στους ανθρώπινους πόρους, δηλαδή την εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού δυναμικού, στους υλικούς πόρους, δηλαδή τις κτιριακές εγκαταστάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, καθώς επίσης και στην παραγωγή της γνώσης. Εδώ αναδεικνύεται η σημασία των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των ερευνητικών κέντρων και των μονάδων που παράγουν τεχνολογικά προϊόντα όπως ιατρικά μηχανήματα, εξοπλισμό και φαρμακευτικά σκευάσματα.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός, η οργάνωση και ο τρόπος διαχείρισης της διαδικασίας παραγωγής των υγειονομικών πόρων ποικίλουν ανάλογα με τους φορείς που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία και το ιδιοκτησιακό καθεστώς υπό το οποίο λειτουργούν. Για παράδειγμα, στην περίπτωση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, όπως οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές σχολές, ένα βασικό ζήτημα αφορά στο εάν αυτές θα ανήκουν στο υπουργείο υγείας ή στο υπουργείο παιδείας. Ένα άλλο παράδειγμα είναι τα ερευνητικά κέντρα και ο βαθμός αυτονομίας

τους ως προς τον προσδιορισμό των ερευνητικών τους προτεραιοτήτων και την αντικειμενικότητα των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ή, στην περίπτωση της φαρμακευτικής και ιατροτεχνολογικής βιομηχανίας, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα ο βαθμός συγκέντρωσής της και η έκταση του ανταγωνισμού μεταξύ των εταιριών.

1.1.2.4. Παροχή

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις προσωπικές και τις μη προσωπικές υπηρεσίες. Οι προσωπικές υπηρεσίες είναι αυτές που λαμβάνει άμεσα ένα άτομο από κάποιον προμηθευτή όπως ένα γιατρό, έναν οδοντίατρο, κάποιο νοσοκομείο, κάποιο κέντρο υγείας κ.λπ. Οι μη προσωπικές υπηρεσίες αναφέρονται σε γενικότερες διαδικασίες προαγωγής και πρόληψης, όπως τα προγράμματα δημόσιας υγείας, τα οποία στοχεύουν στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας που αφορούν το σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες. Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν στην προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, στην προστασία του περιβάλλοντος, στα μέτρα πρόληψης επιδημιών κ.λπ.

Η παροχή προσωπικών υπηρεσιών υγείας χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα.

- Η *πρωτοβάθμια φροντίδα* είναι το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Βασικός σκοπός της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι να φέρει τις βασικές υπηρεσίες υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στο μέρος όπου οι πολίτες εργάζονται και διαβιούν. Μπορεί να παρασχεθεί μέσα από διάφορα οργανωτικά σχήματα όπως πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, δημοτικά ιατρεία, γενικούς οικογενειακούς γιατρούς κ.λπ. Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτει κυμαίνεται μεταξύ 500 και 50.000 ατόμων.

- Η *δευτεροβάθμια φροντίδα* αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων οι οποίοι απασχολούνται σε τοπικά και νομαρχιακά νοσοκομεία αντιμετώπισης και θεραπείας οξέων περιστατικών. Σε πολλά συστήματα υγείας, η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι δυνατή μόνο μετά από παραπομπή του γενικού γιατρού. Ο πληθυσμός αναφο-

ράς κυμαίνεται μεταξύ 50.000 και 500.000 κατοίκων.

- Η *τριτοβάθμια φροντίδα* λαμβάνει τη μορφή παροχής από περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία υψηλά εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του πανεπιστημιακού νοσοκομείου, το οποίο καλύπτει 500.000 με 1.500.000 πολίτες.

- Πέρα όμως από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το επίσημο σύστημα υγείας, ένα τέταρτο επίπεδο είναι η *αυτοφροντίδα*, δηλαδή η φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της οικογένειας και του συγγενικού περιβάλλοντος. Έχει διαπιστωθεί από έρευνες ότι περίπου το 75% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται σε αυτό το επίπεδο, ενώ το 20% αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μόνο το 5% από τη νοσοκομειακή φροντίδα.

Άσκηση 2

Λαμβάνοντας υπόψη την παραπάνω διαπίστωση, ότι δηλαδή το 75% των προβλημάτων υγείας αντιμετωπίζεται σε επίπεδο οικογένειας και συγγενικού περιβάλλοντος, το 20% αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μόνο το 5% από τη νοσοκομειακή φροντίδα, διατυπώστε σε μια σελίδα, την άποψή σας για τα ακόλουθα ερωτήματα:

- *Μεταβολές στη δομή και στο επίπεδο ευημερίας της οικογένειας: τι επιπτώσεις έχουν για τη λειτουργία του συστήματος υγείας;*

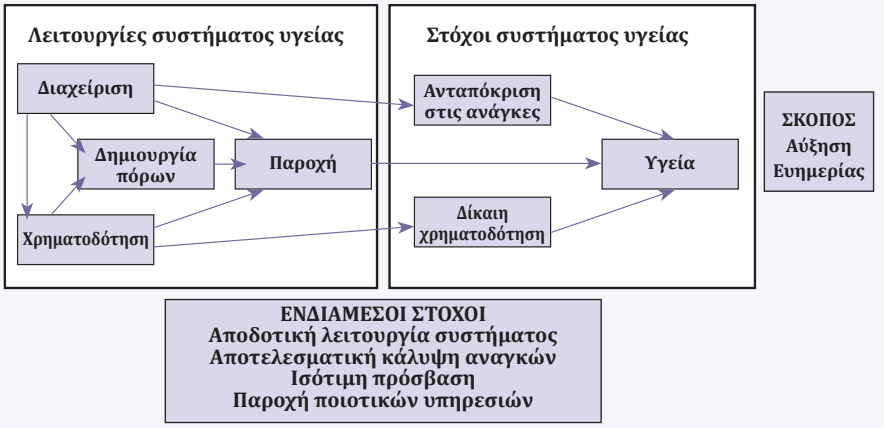
- *Ποιος ο ρόλος των συστημάτων υγείας στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού;*

- *Η διαμόρφωση ενός νοσοκομειοκεντρικού συστήματος υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού;*

Εκτός των παραδοσιακών μορφών περίθαλψης όπως τα κέντρα υγείας ή τα νοσοκομεία, έχουν εμφανιστεί νέες μορφές, ως συνέπεια της επιδίωξης για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των πόρων και ανταπόκριση στις νέες ανάγκες των πολιτών που πηγάζουν από τις σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις. Στο πλαίσιο αυτό, εμφανίστηκαν μορφές περίθαλψης, όπως το νοσο-

κομείο ημέρας και η νοσηλεία στο σπίτι. Το νοσοκομείο ημέρας επιτρέπει τον εκ των προτέρων προγραμματισμό και τη διεκπεραίωση εξετάσεων, θεραπειών και μικρών χειρουργικών επεμβάσεων μέσα σε μια ημέρα, τη στιγμή που σε ένα παραδοσιακό νοσοκομείο αντίστοιχες διαδικασίες θα απαιτούσαν την εισαγωγή και τη νοσηλεία του ατόμου. Η νοσηλεία στο σπίτι αφορά στην κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης, σε περιπτώσεις που το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς να είναι αναγκαία η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Διάγραμμα 1: Η σχέση στόχων και λειτουργιών του συστήματος υγείας



1.2. Μοντέλα συστημάτων υγείας

Ανάλογα με τον τρόπο παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το βαθμό κρατικής παρέμβασης, τα συστήματα υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρία βασικά μοντέλα. Αυτά τα μοντέλα είναι δυνατό να τοποθετηθούν σε ένα συνεχές, το οποίο εκτείνεται από την πρόσληψη της υγείας ως εμπορεύματος, το οποίο αποκτάται στην αγορά, μέχρι την πρόσληψη της υγείας ως κοινωνικού αγαθού ή δικαιώματος.

Το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς

Στο μοντέλο αυτό, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία

και το κράτος δεν παρεμβαίνει παρά μόνο για την εξασφάλιση των απολύτως αναγκαίων υπηρεσιών προς τους άπορους και τους ηλικιωμένους. Η χρηματοδότηση προέρχεται πρωτίστως από την ιδιωτική ασφάλιση και δευτερευόντως από τις άμεσες πληρωμές. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες ιατρούς, κερδοσκοπικές εταιρίες παροχής υπηρεσιών και εθελοντικά φιλανθρωπικά ιδρύματα. Οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση.

Δραστηριότητα 7

Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο της ελεύθερης αγοράς. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.

Κλασικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου αποτελεί το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, όπου η κρατική παρέμβαση περιορίζεται σε δύο μόνο κρατικά προγράμματα, το Medicaid για τους άπορους και το Medicare για τους ηλικιωμένους. Το αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν στις ΗΠΑ περίπου 50 εκατομμύρια άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας.

Θεωρητικά, το ιδιωτικό σύστημα υγείας εξασφαλίζει στο χρήστη το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του παρόχου υπηρεσιών υγείας και στο γιατρό το δικαίωμα της επιλογής της περιοχής εγκατάστασής του και του ύψους της αμοιβής του. Επιπροσθέτως, ο ανταγωνισμός μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες. Ωστόσο, εμφανίζονται ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις. Πρώτον, το σύστημα δεν ευνοεί την ανάπτυξη κινήτρων περιορισμού της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών, με συνέπεια τη διόγκωση των δαπανών υγείας. Δεύτερον, δεν ευνοεί την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας, δεδομένου ότι ο προσανατολισμός του είναι στην εκ των υστέρων θεραπευτική παρέμβαση που είναι και η πιο κερδοφόρα. Τρίτον, δημιουργεί κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες, δεδομένου ότι η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες βασίζεται στην εισοδηματική τους ικανότητα.

Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (Βίσμαρκ)

Το μοντέλο αυτό θεμελιώθηκε στη Γερμανία τη δεκαετία του 1880. Οι εργαζόμενοι, ανάλογα με τον κλάδο απασχόλησης και το επάγγελ-

μά τους εντάσσονται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο, στο οποίο πληρώνουν εισφορές τόσο αυτοί όσο και οι εργοδότες τους. Τα ταμεία έχουν μια σχετική αυτονομία ως προς το κράτος και οι παροχές τους διαφοροποιούνται ως προς το εύρος και το είδος της κάλυψης. Ο ρόλος του κράτους έγκειται στο να θέτει και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων που ρυθμίζουν τις συμβάσεις μεταξύ των ασφαλισμένων, των ταμείων και των προμηθευτών των υπηρεσιών.

Δραστηριότητα 8

Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.

Διακρίνονται δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας: α) Τα «συμβολαιακά συστήματα» (contractual), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις (π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία), β) Τα «συστήματα αποζημίωσης» (reimbursement), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιων ασφαλιστικών φορέων, ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (π.χ. Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο).

Το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (Μπέβεριτζ)

Κύριος εκπρόσωπος του μοντέλου αυτού είναι το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η Εθνική Υπηρεσία Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1948, καθώς και οι σκανδιναβικές χώρες. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος είναι ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας. Το κράτος είναι επίσης υπεύθυνο για την παροχή δωρεάν τη στιγμή της χρήσης υπηρεσιών υγείας, μέσω δημόσιων προμηθευτών. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η ύπαρξη των γενικών γιατρών που έχουν ρυθμιστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η επίσκεψη στους γιατρούς ειδικοτήτων προϋποθέ-

τει υποχρεωτικά την παραπομπή από γενικό γιατρό.

Δραστηριότητα 9

Μπορείτε τώρα να σημειώσετε ένα τουλάχιστον πλεονέκτημα και ένα τουλάχιστον μειονέκτημα που μπορεί να έχει το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας. Ορισμένες δικές μας παρατηρήσεις θα βρείτε στη συνέχεια.

Πρωταρχική αξία στην οποία βασίζεται η λειτουργία των συστημάτων αυτών είναι η ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Εκτός της ισότιμης και καθολικής κάλυψης, ένα άλλο πλεονέκτημα των συστημάτων αυτών είναι η καλύτερη περιφερειακή κατανομή των πόρων λόγω του κεντρικού σχεδιασμού. Επιπροσθέτως, λόγω της κεντρικής χρηματοδότησης επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος των δαπανών και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και τα προγράμματα δημόσιας υγείας. Ωστόσο, εμφανίζονται και ορισμένες δυσλειτουργίες που αφορούν στην ανάπτυξη γραφειοκρατικών δομών, την ύπαρξη λίστας αναμονής στα νοσοκομεία, τη μειωμένη παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση γιατρού και ασθενή και τη χαμηλή σε ορισμένες περιπτώσεις ποιότητα των υπηρεσιών.

Πίνακας 3.: Μοντέλα υγείας, δυνατά σημεία, αδυναμίες, καινοτομίες

	Μπέβεριτζ	Μπίσμαρκ	Αγοράς
Η φροντίδα υγείας ως...	Εγγυημένη, κρατικά υποστηριζόμενη υπηρεσία προς τον καταναλωτή	Εγγυημένο ασφαλιστικό αγαθό	Εμπόρευμα
Ρόλος κράτους	Ισχυρός, έλεγχος παροχής χρηματοδότησης	Ενδιάμεσος: ρύθμιση συστήματος	Ελάχιστος
Χρηματοδότηση	Φορολογία	Εισφορές	Ιδιωτική
Έλεγχος Προϋπολογισμού	Υπουργείο Υγείας	Εργοδότες, εργαζόμενοι	Κερδοσκοπικοί ασφαλιστικοί φορείς

Δυνατά σημεία	Ισότητα, χαμηλό κόστος	Φιλικότητα στον πελάτη, επαγγελματική αυτονομία	Επαγγελματισμός, αυτονομία, ευελιξία
Αδυναμίες	Γραφειοκρατία, υποχρηματοδότηση ακαμψία	Υψηλό κόστος	Καταναλωτισμός, υψηλό κόστος, ανισότητα
Καινοτομίες	Διάκριση προσφοράς-ζήτησης	Εισαγωγή αγοραίων τεχνικών	Οργανισμοί Διαχείρισης Υγείας, Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών

Άσκηση 3

Εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά των τριών μοντέλων συστημάτων υγείας, καθώς και τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους (Πίνακας 3) και λαμβάνοντας υπόψη τις λειτουργίες και τους στόχους που πρέπει να επιτυγχάνει κάθε σύστημα υγείας (Διάγραμμα 1), διατυπώστε σε μισή σελίδα την άποψή σας ως προς το ποια στοιχεία θα πρέπει να συγκεντρώνει το «ιδανικό» για εσάς σύστημα υγείας ώστε να επιτυγχάνεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό.

Σήμερα, ωστόσο, μετά τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις της δεκαετίας του 1980 στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες καθώς και της δεκαετίας του 1990 στα πρώην ανατολικά κράτη, τα συστήματα υγείας τείνουν προς μεικτές μορφές οργάνωσης, όπου δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνυπάρχουν, σε μια προσπάθεια συγκερασμού των πλεονεκτημάτων και αποφυγής των μειονεκτημάτων κάθε μοντέλου.

Σύνοψη

Τα συστήματα υγείας αποσκοπούν στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, στην ανταπόκριση στις ανάγκες των πολιτών και στην ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας. Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, είναι αναγκαίο να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση των υγειονομικών πόρων με βάση τα κριτήρια της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της ποιότητας. Στο πλαίσιο αυτό, κάθε σύστημα υγείας επιτελεί τις βασικές λειτουργίες της διαχείρισης, της χρηματοδότησης, της δημιουργίας πόρων και της παροχής

υπηρεσιών. Η διαχείριση περιλαμβάνει το συνολικό σχεδιασμό του συστήματος υγείας, την αποτίμηση της απόδοσής του, τον καθορισμό προτεραιοτήτων, τη διατομεακή συνεργασία, τη ρύθμιση με την επιβολή κανόνων και την προστασία του πολίτη. Η χρηματοδότηση αφορά πρώτον, τη συλλογή των εσόδων που μπορεί να γίνεται μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης, της ιδιωτικής ασφάλισης και των άμεσων πληρωμών, δεύτερον, τη συγκέντρωση των πόρων σε ένα κοινό ταμείο και τρίτον την αγορά των υπηρεσιών. Στο σημείο αυτό, αναδεικνύεται η σημασία της μεθόδου αμοιβής αφενός των γιατρών, που μπορεί να είναι κατά πράξη, με μισθό, κατά κεφαλή ή με τη μορφή των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας και των Οργανισμών Επιλεγμένων Προμηθευτών και αφετέρου των νοσοκομείων, που μπορεί να βασίζεται στο Ημερήσιο Νοσήλιο, στις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες και στον σφαιρικό προϋπολογισμό, δεδομένου ότι επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας τους και επιδρά στην ποιότητα και τις δαπάνες υγείας. Η λειτουργία των συστημάτων υγείας περιλαμβάνει και την παραγωγή των αναγκαίων υλικών, ανθρώπινων και γνωσιακών πόρων που θα τα στηρίξουν στο έργο που επιτελούν. Τέλος, η παροχή των υπηρεσιών περιλαμβάνει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες αποκατάστασης και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και είναι δυνατό να προσφέρεται μέσα από διαφορετικά οργανωτικά πρότυπα και φορείς όπως τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών φορέων κ.λπ. Ανάλογα με το ρόλο που παίζει ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας στη χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται και τα επιμέρους οργανωτικά πρότυπα των συστημάτων υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.
Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Με τη μελέτη του κεφαλαίου αυτού θα είστε σε θέση να γνωρίζεται την έκταση της αρμοδιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας και το βαθμό που μπορεί να επηρεάσει τη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας κάθε κράτους μέλους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επίδραση της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς στα εθνικά συστήματα υγείας σε σχέση με τους κανόνες που διέπουν την ελεύθερη κυκλοφορία και διακίνηση των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, των φαρμάκων, των ιατρικών συσκευών και της εθελοντικής ασφάλισης υγείας. Επιπροσθέτως, θα κατανοήσετε το πλαίσιο που διέπει τα προγράμματα και τις δράσης της Κοινότητας για την προστασία της δημόσιας υγείας. Τέλος, θα κατανοήσετε τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση ως ένα σύστημα στο οποίο συμμετέχουν διαφορετικοί δρώντες, με συγκρουόμενα πολλές φορές συμφέροντα.

Σκοπός

Το κεφάλαιο αυτό αποσκοπεί στο να διερευνήσει την έκταση της αρμοδιότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας και να περιγράψει τις πολιτικές και τα προγράμματα δημόσιας υγείας της Κοινότητας.

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση της ενότητας, θα είστε σε θέση:

- να εκτιμάτε τις προκλήσεις και τους περιορισμούς που θέτει το θεσμικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας τόσο σε υπερεθνικό όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Πολιτική υγείας Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Κοινοτικά προγράμματα δημόσιας υγείας
- Ελεύθερη κυκλοφορία επαγγελματιών υγείας
- Ελεύθερη κυκλοφορία ασθενών
- Ελεύθερη διακίνηση φαρμάκων και ιατρικών συσκευών
- Ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας
- Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού
- Ενιαία Εσωτερική Αγορά

2.1. Η αρμοδιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας

Δραστηριότητα 10

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη αυτής της υποενότητας, διαβάστε στο Παράρτημα Κειμένων αυτού του κεφαλαίου, το άρθρο 129 για τη δημόσια υγεία όπως θεσπίστηκε στη Συνθήκη του Μάαστριχτ, καθώς και τις δύο τροποποιήσεις του που ακολούθησαν με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (άρθρο 152) και τη Συνθήκη της Λισαβόνας (άρθρο 168). Στη συνέχεια, καταγράψτε και σχολιάστε κριτικά τις αλλαγές που παρατηρείτε μεταξύ των τριών άρθρων.

Για πρώτη φορά αρμοδιότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση για ζητήματα

υγείας εκχωρείται το 1993 με το Άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχτ. Σύμφωνα με αυτό, η Κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου μέσα από δράσεις που επικεντρώνονται στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας. Ως μέσα για την επιδίωξη αυτού του σκοπού αναφέρονται η έρευνα για τα αίτια και τους τρόπους μετάδοσης των ασθενειών και η ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σχετικά με τα ζητήματα υγείας. Η Κοινότητα καλείται επίσης να εξασφαλίσει την ενσωμάτωση των απαιτήσεων προστασίας της υγείας και στις άλλες πολιτικές της. Τέλος, τονίζεται ότι τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους σε συνεργασία με την Επιτροπή τις πολιτικές και τα προγράμματα που εφαρμόζουν, ενώ οποιαδήποτε προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών αποκλείεται.

Η κριτική που ασκήθηκε στο Άρθρο 129 επικεντρώθηκε στη γενικότητα και την ασάφεια των διατάξεών του ως προς την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής αναφορικά με την επίτευξη των στόχων που έθετε το Άρθρο. Η διατύπωση «υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας» έθετε διλήμματα ως προς το τι σημαίνει υψηλό επίπεδο, σε ποιο σημείο τίθεται το όριο του υψηλού και πώς τελικά αυτό μετριέται. Δεν προσδιορίζονταν οι ασθένειες που συνιστούν μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας. Δεν ήταν ξεκάθαρο αν ο «συντονισμός των δραστηριοτήτων» των κρατών μελών αφορούσε την υιοθέτηση κοινών ή παρόμοιων στόχων, προγραμμάτων, πολιτικών ή απλά την ανταλλαγή πληροφοριών. Ο χαρακτήρας των δράσεων ενθάρρυνσης που αναλάμβανε να θεσπίσει το Συμβούλιο δεν καθοριζόταν ως προς το αν ήταν πολιτικής, οικονομικής ή άλλης υφής. Το Άρθρο 129 περιόριζε το σκοπό της δράσης της Κοινότητας σε ζητήματα γενικού ενδιαφέροντος, χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στην εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στην ουσία το άρθρο αυτό δεν παρείχε ουσιαστική βάση για ανάληψη εκ μέρους της Κοινότητας νομοθετικής δραστηριότητας, αλλά μόνο πρωτοβουλιών συντονισμού.

Το θετικό της θέσπισης του Άρθρου 129 ήταν ότι αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην Κοινότητα, τα οποία συνέβαλλαν στην έναρξη μιας διαδικασίας σύγκλισης.

Ένα ακόμα θετικό αντίκτυπο του Άρθρου ήταν η ανακοίνωση της Επιτροπής το 1993 για τη διαμόρφωση ενός πλαισίου δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και η σύσταση της Υψηλού Επιπέδου Επιτροπής Υγείας, ως συμβουλευτικού οργάνου της Επιτροπής. Παρά τη μινιμαλιστική προσέγγιση του Άρθρου, για πρώτη φορά η Συνθήκη της Ένωσης αποκτούσε ένα κεφάλαιο για την υγεία πάνω στο οποίο μπορούσαν να θεμελιωθούν μελλοντικές ενέργειες και δράσεις.

Η εμφάνιση και η έκταση που έλαβε η εξάπλωση της Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας των Βοοειδών καθώς και του AIDS, είχε ως αποτέλεσμα την τροποποίηση του Άρθρου 129. Ωστόσο, το νέο Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ δεν αποτέλεσε μια ριζική αναθεώρηση η οποία θα αντιμετώπιζε τις ανεπάρκειες του προηγούμενου Άρθρου και θα έθετε τις βάσεις για τη χάραξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας της Κοινότητας. Στα αρνητικά σημεία του νέου Άρθρου μπορεί να αναφέρει κανείς τη διατήρηση της ασάφειας των σημείων του Άρθρου 129 που εντοπίστηκαν παραπάνω, καθώς και τον εκ νέου αποκλεισμό των υπηρεσιών υγείας από τη Συνθήκη, οι οποίες με βάση την αρχή της επικουρικότητας, παραμένουν αποκλειστική αρμοδιότητα των εθνικών πολιτικών. Έτσι, εμφανίζεται μια βασική αντίφαση που διέπει το άρθρο 152 και η οποία έγκειται στη μη συμπερίληψη των υπηρεσιών υγείας στη Συνθήκη τη στιγμή που επιμέρους πολιτικές της Ένωσης έχουν αναπόφευκτα επίπτωση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η ελεύθερη διακίνηση των ατόμων, των αγαθών, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων, στον υγειονομικό τομέα μεταφράζεται σε ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, των φαρμακευτικών προϊόντων, των ιατρικών συσκευών και των επενδύσεων. Συνεπώς η σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ως ένας σημαντικός παράγοντας των εθνικών οικονομιών και της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς εμφανίζεται ιδιαίτερα πολύπλοκη.

Από την άλλη μεριά, εντοπίζονται κάποιες σημαντικές θετικές αλλαγές στην έμφαση που δίνεται σε ορισμένα ζητήματα από το Άρθρο 152 σε σχέση με το 129. Η πρόβλεψη ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή όλων των πολιτικών της Κοινότητας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία των πολιτών, ενισχύει τη διάσταση της διατομεακότητας και του συντονισμού μεταξύ όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης. Με βάση τη νέα

διατύπωση ενδυναμώνεται η δέσμευση της Κοινότητας, αφού πλέον δεν «συμβάλλει», αλλά «εξασφαλίζει» υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας. Δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και τους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η Κοινότητα αποκτά αρμοδιότητα όχι μόνο στην προστασία της υγείας, όπως για παράδειγμα τον έλεγχο των ασθενειών, αλλά και σε ζητήματα προαγωγής και πρόληψης, όπως ο περιορισμός της διαφήμισης προϊόντων καπνού. Τέλος, η αρμοδιότητα της Κοινότητας επεκτάθηκε στη θέσπιση μέτρων σε δύο νέους τομείς που είναι η ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, καθώς και ο κτηνιατρικός και φυτοϋγειονομικός έλεγχος.

Με τη Συνθήκη της Λισαβόνας (Δεκέμβριος 2007) το Άρθρο 152 τροποποιήθηκε σε Άρθρο 168. Το Άρθρο 168 δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το 152, δεδομένου ότι η γενική θέση της Ένωσης παραμένει η ίδια. Ωστόσο, στο νέο Άρθρο διακρίνει κανείς ορισμένες τροποποιήσεις, οι οποίες αναδεικνύουν νέες διαστάσεις πολιτικής. Η δράση της Ένωσης για την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει τώρα και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους. Η ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών αναφέρεται πλέον και στη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές. Προβλέπεται η εφαρμογή της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού στην υγεία, καθώς δίνεται η δυνατότητα στην Επιτροπή να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Η θέσπιση μέτρων ασφάλειας και ποιότητας, εκτός των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, του κτηνιατρικού και φυτοϋγειονομικού τομέα, επεκτείνεται και στον τομέα των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων.

2.2. Οι πολιτικές και τα προγράμματα δημόσιας υγείας

Δραστηριότητα 11

Καταγράψτε ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα τρία κυριότερα προβλήματα δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Στη συνέχεια, αναπτύξτε σε μισή σελίδα ποιες νομίζετε ότι είναι οι αιτίες εμφάνισης αυτών των προβλημάτων.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 2000 η πολιτική δημόσιας υγείας της Κοινότητας, δηλαδή η πολιτική που στοχεύει στην αντιμετώπιση μειζόνων κινδύνων υγείας, οι οποίοι αφορούν το σύνολο ή μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, βασιζόταν στην υιοθέτηση επιμέρους προγραμμάτων δράσης που αφορούσαν τον καρκίνο, το AIDS, τις ναρκωτικές ουσίες, τις σπάνιες ασθένειες, τις ασθένειες που σχετίζονται με το περιβάλλον και τα ατυχήματα, καθώς και δύο οριζόντια προγράμματα προαγωγής και εκπαίδευσης, παρακολούθησης και επιτήρησης της υγείας. Επιπροσθέτως, αναλήφθηκαν και μια σειρά άλλων ενεργειών και δραστηριοτήτων για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού, την ασφάλεια των μεταγγίσεων και την αυτάρκεια σε αίμα, την υποβολή εκθέσεων από την Επιτροπή σχετικά με την κατάσταση της υγείας στην Κοινότητα και την ενσωμάτωση των απαιτήσεων για την προστασία της υγείας στις κοινοτικές πολιτικές, τη δημιουργία ενός κοινοτικού δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών και την προστασία του κοινού από την έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία.

Κατά την εφαρμογή των παραπάνω προγραμμάτων δράσης παρουσιάστηκαν προβλήματα, όπως το υψηλό διοικητικό βάρος λόγω του ότι κάθε πρόγραμμα είχε τη δική του επιτροπή διαχείρισης, η περιορισμένη ευελιξία που δεν επέτρεπε την προσαρμογή των προγραμμάτων ώστε να ανταποκρίνονται σε τρέχουσες εξελίξεις ή σε αλλαγές των προτεραιοτήτων των κρατών μελών, ο περιορισμένος προϋπολογισμός για κάθε πρόγραμμα με συνέπεια να τίθεται σε αμφισβήτηση η δυνατότητα επίτευξης των στόχων και μεγιστοποίησης του οφέλους και τέλος, η δυσκολία συντονισμού μεταξύ των προγραμμάτων, λόγω του ότι καθένα από αυτά ανέπτυσσε τη δική του ανεξάρτητη στρατηγική και το δικό του σχέδιο δράσης. Τα προβλήματα αυτά, σε συν-

δυασμό με τις νέες προκλήσεις που καλούνταν να αντιμετωπίσουν τα κράτη μέλη, συνέβαλαν στον επαναπροσδιορισμό της πολιτικής, των προτεραιοτήτων και των μεθόδων δράσης της δημόσιας υγείας της Κοινότητας. Οι προκλήσεις αυτές αφορούσαν την εμφάνιση νέων κινδύνων για την υγεία (νόσος Creutzfeldt-Jacob), την υψηλή πρώιμη θνησιμότητα από ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, τη διατήρηση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας μεταξύ των κρατών μελών, τη γήρανση και τις σχετιζόμενες με αυτή ασθένειες, την οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας με την εμφάνιση ανισορροπιών στη σχέση εσόδων και δαπανών λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων, των αυξημένων προσδοκιών των πολιτών ή της ανεργίας που επιδρά στην καταβολή εισφορών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Ένα επιπλέον ζήτημα ήταν τα προβλήματα τα οποία θα προέκυπταν από τη διεύρυνση της Ένωσης με χώρες των οποίων το επίπεδο υγείας ήταν χαμηλότερο σε σχέση με αυτό των υφιστάμενων κρατών μελών και η λειτουργία των συστημάτων υγείας τους εμφάνιζε σοβαρά προβλήματα αποδοτικότητας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας. Στο πλαίσιο αυτό, με ανακοίνωσή της η Επιτροπή πρότεινε τρεις βασικούς κατευθυντήριους άξονες: α) τη βελτίωση της πληροφόρησης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας μέσα από την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης δεδομένων για το επίπεδο, τους καθοριστικούς παράγοντες και τα συστήματα υγείας, β) την ταχεία αντίδραση στις απειλές για την υγεία μέσα από μηχανισμούς επιτήρησης και έγκαιρης ειδοποίησης και γ) την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας μέσω της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών. Οι άξονες αυτοί αποτέλεσαν τις προτεραιότητες του προγράμματος δημόσιας υγείας που θέσπισε η Ένωση για τη χρονική περίοδο 2003-2008.

Από την 1/1/2008 τέθηκε σε ισχύ το δεύτερο Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας το οποίο θα διαρκέσει μέχρι το 2013. Βασικοί στόχοι του είναι: α) Η βελτίωση της ασφάλειας της υγείας των πολιτών μέσα από την πρόληψη, τον εμβολιασμό, τη διαχείριση των κινδύνων, τη συνεργασία για την ταχεία κινητοποίηση για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών στον τομέα της υγείας, καθώς και την ενίσχυση της διαλειτουργικότητας μεταξύ των κρατών μελών, β) Η προαγωγή της υγείας, με την ενίσχυση ενός υγιέστερου τρόπου ζωής και της ενεργού

γήρανσης, τη στήριξη πρωτοβουλιών για τον εντοπισμό των αιτίων, την αντιμετώπιση και την άμβλυνση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εντός και μεταξύ των κρατών μελών, τη βελτίωση της αλληλεγγύης μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας και την υποστήριξη της συνεργασίας σε θέματα διασυνοριακής περίθαλψης και γ) Η απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία, με την ανταλλαγή γνώσεων και βέλτιστων πρακτικών, τη στήριξη ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς και την περαιτέρω ανάπτυξη ενός βιώσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας με μηχανισμούς για τη συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων και πληροφοριών.

Εκτός των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, η Κοινότητα έχει αναπτύξει στρατηγικές για την ανίχνευση και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, στις οποίες εντάσσεται και η ίδρυση το 2004 του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου των Ασθενειών, με αποστολή τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και τη γνωστοποίηση υπαρχόντων και αναδυόμενων απειλών για την ανθρώπινη υγεία από μεταδοτικές νόσους και άλλες σοβαρές απειλές για την υγεία. Τέλος, με σκοπό τη συλλογή και τη διάχυση πληροφοριών, την παροχή εξειδικευμένων συμβουλών και τη γενικότερη στήριξη του έργου των κοινοτικών οργάνων, η Ένωση έχει ιδρύσει φορείς όπως η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγιεινή της Εργασίας και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων.

Άσκηση 4

Η ανάπτυξη των προγραμμάτων δημόσιας υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας που παρατηρείται μεταξύ των κρατών μελών; Σε ένα κείμενο μισής σελίδας, τεκμηριώστε την άποψή σας.

2.3. Η Ενιαία Εσωτερική Αγορά και οι επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας

Εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις που έχει η δραστηριότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα των κρατών μελών, τόσο μέσω των

άρθρων της Συνθήκης που αναφέρονται στην υγεία όσο και μέσω των πολιτικών και προγραμμάτων δημόσιας υγείας που εφαρμόζει, εμφανίζεται και μια σειρά έμμεσων επιπτώσεων που οφείλονται στη λειτουργία της ενιαίας εσωτερικής αγοράς (ΕΕΑ). Η κατάργηση των φραγμών στην ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών, των προσώπων και των κεφαλαίων μεταξύ των κρατών μελών, επιδρά στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Δραστηριότητα 12

Πριν συνεχίσετε τη μελέτη αυτής της υποενότητας, παρουσιάστε τρία παραδείγματα στα οποία να φαίνεται ο τρόπος με τον οποίο οι τέσσερις ελευθερίες που αναφέρθηκαν παραπάνω (στην κυκλοφορία εμπορευμάτων, υπηρεσιών, προσώπων και κεφαλαίων) επιδρούν στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Στη συνέχεια συγκρίνετε τις απαντήσεις σας με τις απόψεις που διατυπώνουμε παρακάτω.

Η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης και την πιθανή ζήτηση υπηρεσιών από πρόσωπα που διαμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλη χώρα. Η ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων αναφέρεται στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών, ενώ η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών στην παροχή ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι δύο αυτές ελευθερίες συνδέονται με τις διασυνοριακές ροές ασθενών που αποσκοπούν στην αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας. Τέλος, η ελεύθερη κυκλοφορία των κεφαλαίων αφορά τις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες.

Η αυξημένη κινητικότητα του πληθυσμού και η λειτουργία της ΕΕΑ έθεσαν μια σημαντική πρόκληση στα συστήματα υγείας. Μείζον ζήτημα προβληματισμού είναι η εξέταση του βαθμού στον οποίο η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών είναι συμβατή με το θεσμικό πλαίσιο της ΕΕΑ. Οι διατάξεις της Συνθήκης για την ΕΕΑ επιδρούν στην παροχή των υπηρεσιών υγείας από τα εθνικά συστήματα υγείας και προς ποια κατεύθυνση; Οδηγούν στην εμφάνιση

τάσεων σύγκλισης λόγω του ανοίγματος και της ολοκλήρωσης των αγορών εργασίας του υγειονομικού δυναμικού, των φαρμάκων ή της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας; Καθιστούν περισσότερο διαθέσιμες τις υγειονομικές υπηρεσίες και αυξάνουν τις δυνατότητες επιλογής των πολιτών ή ευνοούν αυτούς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση και αίρουν την κοινωνική αλληλεγγύη; Προς αυτή την κατεύθυνση, οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως των Κολ (Kohll) και Ντέκερ (Decker), αποτελούν σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα.

Η σημασία της υγείας για το άτομο, οι ιδιαιτερότητες του αγαθού υγεία, όπως η ύπαρξη ασύμμετρης πληροφόρησης μεταξύ ασθενή και γιατρού και η ανάγκη εξασφάλισης ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, οδηγούν στη διαμόρφωση μιας αγοράς που δύσκολα υπόκειται στους κανόνες του ανταγωνιστικού προτύπου. Αυτό σημαίνει ότι οι διατάξεις της Συνθήκης που διέπουν τις τέσσερις ελευθερίες διακίνησης πρέπει να εφαρμόζονται με ιδιαίτερη προσοχή στον υγειονομικό τομέα.

Δραστηριότητα 13

Κατά την άποψή σας, εάν κυριαρχήσει η άποψη ότι και στα συστήματα υγείας θα πρέπει να ισχύουν πλήρως οι τέσσερις ελευθερίες που κατοχυρώνονται στις Συνθήκες της Κοινότητας και αναφέρθηκαν παραπάνω, τότε ποιες θα είναι οι πιθανές επιπτώσεις στα δημόσια συστήματα υγείας;

Ο κίνδυνος που ελλοχεύει είναι ότι αν δοθεί από τις αποφάσεις του Δικαστηρίου προτεραιότητα στην κατοχύρωση του ατομικού δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, είναι πιθανό να τεθούν σε δεύτερη μοίρα οι συλλογικές επιδιώξεις και τα συλλογικά δικαιώματα της ισότιμης πρόσβασης και της εξασφάλισης επαρκών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο και να τεθεί σε αμφισβήτηση το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο. Επιπροσθέτως, επιφυλάξεις τίθενται από το γεγονός ότι η εισαγωγή στοιχείων αγοράς σε δημόσια συστήματα υγείας δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ ταυτόχρονα η εισαγωγή τέτοιων στοιχείων στην πλευρά της ζήτησης-χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ήταν τροχοπέδη στην διασφάλιση της κοινωνικής αλληλεγγύης.

2.3.1. Η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας

Μέχρι το 2005, η αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων και η διευκόλυνση της κυκλοφορίας και της εγκατάστασης των επαγγελματιών υγείας στις χώρες μέλη της Ένωσης βασιζόταν στην έκδοση οδηγιών ξεχωριστών για κάθε ειδικότητα. Με τον τρόπο αυτό όμως, δημιουργήθηκε ένα κατακερματισμένο, γραφειοκρατικό και με αλληλοεπικαλύψεις σύστημα επαγγελματικής αναγνώρισης. Το γεγονός αυτό οδήγησε την Επιτροπή στην έκδοση μιας ενιαίας οδηγίας που να αναθεωρεί όλες τις προηγούμενες, με σκοπό την απλοποίηση, τη μεγαλύτερη σαφήνεια και την καλύτερη διαχείριση και λειτουργία του συστήματος. Έτσι, το Σεπτέμβριο του 2005 ψηφίστηκε η Οδηγία 2005/36/ΕΚ προκειμένου να συγκεντρώσει σε ένα κείμενο τις οδηγίες που καλύπτουν τα επαγγέλματα του ιατρού, του νοσοκόμου γενικών φροντίδων, του οδοντιάτρου, του κτηνιάτρου, της μαίας, του φαρμακοποιού και των υπόλοιπων επαγγελμάτων υγείας. Σύμφωνα με την Οδηγία, κάθε κράτος μέλος αναγνωρίζει αυτομάτως τους τίτλους κατάρτισης που παρέχουν πρόσβαση στις επαγγελματικές δραστηριότητες του γιατρού, του νοσηλευτή αρμόδιου για γενική φροντίδα, του οδοντιάτρου, του κτηνιάτρου, της μαίας, του φαρμακοποιού. Η οδηγία περιλαμβάνει επίσης την αρχή της αυτόματης αναγνώρισης για τις ειδικότητες γιατρού ή οδοντιάτρου που είναι κοινές τουλάχιστον σε δύο κράτη μέλη στο υφιστάμενο δίκαιο, αλλά περιορίζει τη μελλοντική εισαγωγή στην Οδηγία νέων ιατρικών ειδικοτήτων που επωφελούνται της αυτόματης αναγνώρισης, σε εκείνες που είναι κοινές σε τουλάχιστον δύο πέμπτα των κρατών μελών.

Δραστηριότητα 14

Ποιες κατά τη γνώμη σας ήταν οι αιτίες που ώθησαν την Ευρωπαϊκή Ένωση στο να επιδιώκει την ενδυνάμωση της μετακίνησης των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των κρατών μελών;

Η κριτική η οποία έχει ασκηθεί στο σύστημα των οδηγιών επικεντρώνεται στο ότι απέτυχε να συμβάλλει στην αύξηση της κινητικότητας των επαγγελματιών υγείας, ενώ οι οδηγίες δεν εφαρμόστηκαν από όλα τα κράτη μέλη. Η περιορισμένη κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας οφείλεται σε παράγοντες όπως η ύπαρξη έμμεσων διοικητικών

περιορισμών από τα κράτη, οι πολιτισμικές διαφορές τους, η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής, καθώς και η οικονομική της κατάσταση, ιδιαίτερα όσον αφορά τις συνθήκες στην αγορά εργασίας. Επίσης, το ότι οι οδηγίες θέτουν μόνο ελάχιστα όρια κυρίως ως προς τη διάρκεια της εκπαίδευσης χωρίς να αναφέρονται στο περιεχόμενο αυτής, δημιουργεί αμφιβολίες για την ποιότητα του εκπαιδευόμενου δυναμικού.

Δραστηριότητα 15

Η μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών της Ένωσης έχει επιπτώσεις τόσο στις χώρες προέλευσης, όσο και στις χώρες υποδοχής των μετακινούμενων. Καταγράψτε επιγραμματικά τις επιπτώσεις αυτές.

2.3.2. Η ελεύθερη κυκλοφορία των ασθενών

Δραστηριότητα 16

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη της υποενότητας αυτής, σκεφτείτε και διατυπώστε τις απόψεις σας αναφορικά με το κατά πόσο είναι εφικτή η δημιουργία προϋποθέσεων που θα καθιστούν δυνατή την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες των χωρών της Ένωσης, σε οποιαδήποτε χώρα και αν μετακινηθούν. Στη συνέχεια σκεφτείτε εάν μια τέτοια εξέλιξη εκτός από εφικτή, είναι και επιθυμητή. Δικές μας σκέψεις θα διαβάσετε στο κείμενο που ακολουθεί.

Η διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και η αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Κοινότητας έθεσαν το ζήτημα της ρύθμισης του δικαιώματος της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα των μετακινούμενων ατόμων, σε χώρα άλλη από αυτή της ιθαγένειας. Σταθμό στην κατοχύρωση του δικαιώματος αυτού αποτέλεσε η έκδοση των κανονισμών του Συμβουλίου 1408/71 και 574/72. Σύμφωνα με αυτούς, οποιοδήποτε μισθωτό άτομο, καθώς και μέλος της οικογένειάς του, διαμένει ή κατοικεί σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που είναι ασφαλισμένο για ασθένεια, δικαιούται παροχών ασθένειας σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία του κράτους αυτού σαν να

ήταν ασφαλισμένο εκεί, αλλά με έξοδα του φορέα ασφάλισής του. Στην περίπτωση μετάβασης κάποιου σε άλλο κράτος μέλος ειδικά για τη λήψη θεραπευτικής αγωγής, το κόστος καλύπτεται από το κράτος μέλος όπου είναι ασφαλισμένος μόνο στην περίπτωση που έχει λάβει έγκριση για αυτό. Το κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που το πρόσωπο δεν μπορεί να λάβει αγωγή εντός του χρόνου που είναι κανονικά αναγκαίος για τη λήψη της, σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας του και η αγωγή συμπεριλαμβάνεται στις αγωγές που προβλέπονται από το σύστημα υγείας του κράτους μέλους ασφάλισης.

Ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της Ένωσης αναφέρεται στους μετανάστες εργαζόμενους και τα προστατευόμενα μέλη τους, στους εργαζόμενους που διαμένουν προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα σε κράτος μέλος άλλο από αυτό που έχουν θεμελιώσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα είτε για προσωπικούς (π.χ. τουρισμός) είτε για επαγγελματικούς λόγους και τους παρέχεται κάλυψη σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης και στους μετακινούμενους ασθενείς κατόπιν έγκρισης του ασφαλιστικού τους φορέα για τη λήψη θεραπευτικών υπηρεσιών σε άλλο κράτος μέλος. Προϋπόθεση ανάληψης των παροχών από τις παραπάνω κατηγορίες προσώπων αποτελούσε η χρησιμοποίηση των εντύπων Ε με αριθμητική διάκριση ανάλογα με την περίπτωση. Η πληθώρα των εντύπων είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση γραφειοκρατικών στρεβλώσεων στις διαδικασίες απόκτησης και χρησιμοποίησής τους, ενώ πολλές φορές οι πολίτες αγνοούσαν την ύπαρξή τους. Για την αντιμετώπιση αυτών των αδυναμιών η Επιτροπή εισήγαγε από το 2004 την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Υγείας.

Εκτός όμως από ζήτημα συντονισμού των ασφαλιστικών συστημάτων, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι και θέμα το οποίο σχετίζεται με την εσωτερική αγορά και τη δυνατότητα λήψης διασυνοριακής φροντίδας υγείας με βάση τις προβλέψεις του Άρθρου 56 της Συνθήκης της Λισαβόνας. Σύμφωνα με το Άρθρο αυτό, οι περιορισμοί της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό της Ένωσης απαγορεύονται όσον αφορά τους υπηκόους των κρατών μελών που είναι εγκατεστημένοι σε κράτος μέλος άλλο από εκείνο του αποδέκτη της παροχής.

Το γεγονός ότι η θεμελίωση του δικαιώματος για διασυνοριακή νοσηλεία στα πλαίσια της Κοινότητας βασίζεται σε διαφορετικές κατηγορίες δικαιωμάτων (κοινωνικά και ατομικά), έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγχύσεων και ανισοτήτων σε σχέση με την αντιμετώπιση των διαφόρων περιπτώσεων. Η πολυπλοκότητα της νομοθεσίας που ρυθμίζει τις σχέσεις ασφαλισμένων-προμηθευτών-τρίτων πληρωτών σε εθνικό και Κοινοτικό επίπεδο ανέδειξε το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σε σημαντικό ερμηνευτικό παράγοντα των άρθρων της Συνθήκης και του δευτερογενούς δικαίου της Ένωσης. Το Δικαστήριο κλήθηκε να αποφασίσει για μια σειρά περιπτώσεων, οι οποίες έθεσαν επιτακτικά ερωτήματα σε σχέση με το χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, τη δυνατότητα των ασθενών να αναζητήσουν θεραπευτική αγωγή σε άλλο κράτος μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση, καθώς και το ύψος της απόδοσης των εξόδων περίθαλψης σε κράτος μέλος διαφορετικό από το κράτος του αρμόδιου φορέα. Ο πρωταρχικός φόβος των εθνικών κυβερνήσεων ήταν ότι αν για τη λήψη θεραπείας σε άλλο κράτος μέλος δεν απαιτούνταν προηγούμενη έγκριση, η αρχή που διαχειρίζεται την ασφάλιση ασθένειας δεν θα μπορούσε να προγραμματίσει τις ανάγκες προσαρμόζοντάς τες στις δαπάνες και να διασφαλίσει σε όλους ιατρικές υπηρεσίες.

Οι αποφάσεις του Δικαστηρίου διευκρίνισαν ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας έναντι αποζημίωσης συνιστά οικονομική δραστηριότητα, με την έννοια που δίνεται σε αυτή από τη Συνθήκη, ανεξάρτητα από τον τρόπο και την πηγή χρηματοδότησής της. Κατά συνέπεια ισχύουν και εδώ οι προβλέψεις της Συνθήκης όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών. Η απαίτηση για προηγούμενη έγκριση προκειμένου να αποζημιωθούν οι δαπάνες συνιστά περιορισμό της ελευθερίας μετακίνησης. Αυτός μπορεί να γίνει αποδεκτός μόνο για τη νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω της υψηλής δαπάνης και της ανάγκης εξασφάλισης της οικονομικής βιωσιμότητας των ασφαλιστικών συστημάτων, όχι όμως και για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Πρόσφατα από την Επιτροπή κατατέθηκε Πρόταση Οδηγίας για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με αυτή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που δικαιούνται οι πολίτες ενός κράτους μέλους δικαιούνται να την αναζητήσουν σε άλλο κράτος μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση και

να τους επιστραφούν οι δαπάνες με ανώτατο όριο το επίπεδο επιστροφής που προβλέπει το σύστημα της χώρας τους. Για τη νοσοκομειακή περίθαλψη που δικαιούνται οι πολίτες ενός κράτους μέλους προβλέπεται ότι μπορούν να την αναζητήσουν και σε άλλο κράτος μέλος. Ωστόσο, δίνεται η δυνατότητα στα κράτη μέλη να προβλέψουν ένα σύστημα προηγούμενης έγκρισης για την επιστροφή των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος, εάν τα κράτη μέλη μπορούν να αποδείξουν ότι η εκροή ασθενών που οφείλεται στην εφαρμογή της εν λόγω οδηγίας έχει τέτοιο αντίκτυπο που υπονομεύει όλο το σχεδιασμό και τον εξορθολογισμό του νοσοκομειακού τομέα και την οικονομική βιωσιμότητα των ασφαλιστικών συστημάτων. Τα έξοδα τέτοιου είδους νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται σε άλλο κράτος μέλος πρέπει να είναι δυνατόν να επιστρέφονται από το κράτος μέλος ασφάλισης μέχρι το ύψος του ποσού που θα είχε επιστραφεί, αν η ίδια περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του.

2.3.3. Η ελεύθερη διακίνηση προϊόντων: φάρμακα και ιατρικές συσκευές

Η σημασία του τομέα των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών έγκειται στο διφυή χαρακτήρα του σε σχέση με την πολιτική υγείας και με τη βιομηχανική πολιτική. Από την πλευρά της πολιτικής υγείας, τα φαρμακευτικά προϊόντα και οι ιατρικές συσκευές συνιστούν προσδιοριστικές παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση των οποίων επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και το κόστος της υγειονομικής φροντίδας. Από την πλευρά της βιομηχανικής πολιτικής, τίθενται ζητήματα παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας των βιομηχανιών του κλάδου τόσο σε επίπεδο κρατών μελών όσο και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σχέση με άλλες χώρες εκτός Κοινότητας. Συνεπώς πρόκειται για μια αγορά πολύπλοκη, υποκείμενη σε ρυθμιστικές παρεμβάσεις, όπου επιδιώκονται συχνά αντικρουόμενοι στόχοι πολιτικής, ανταποκρινόμενοι σε αντικρουόμενα συμφέροντα κοινωνικών ομάδων.

Δραστηριότητα 17

Λαμβάνοντας υπόψη το διφυή ρόλο των φαρμάκων, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, αναφέρετε παραδείγματα, τόσο από τη διεθνή όσο και από την ελληνική εμπειρία, που να αποτυπώνουν τη σύγκρουση μεταξύ του κοινωνικού σκοπού της δωρεάν χορήγησης των φαρμάκων και του ιδιωτικού σκοπού του κέρδους από την πώλησή τους.

Στο πλαίσιο αυτό η πολιτική της Κοινότητας επιδιώκει τρεις βασικούς στόχους. Πρώτον, την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας των καταναλωτών και της δημόσιας υγείας μέσα από τη ρύθμιση των διαδικασιών και των προτύπων παρασκευής, κυκλοφορίας, διανομής και χρήσης των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών. Δεύτερον, την επίτευξη της ελεύθερης κυκλοφορίας των προϊόντων αυτών στο πλαίσιο της εσωτερικής αγοράς με την εξασφάλιση συνθηκών ανταγωνισμού και κατοχύρωσης των δικαιωμάτων ιδιοκτησίας. Τρίτον, τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της κοινοτικής βιομηχανίας έναντι χωρών όπως οι ΗΠΑ και η Ιαπωνία, με την προώθηση της έρευνας και της τεχνολογίας. Συνεπώς είναι προφανής η δυσκολία στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της ολοκλήρωσης της ενιαίας αγοράς φαρμάκων, της εξασφάλισης της ανταγωνιστικότητας της κοινοτικής φαρμακευτικής βιομηχανίας, της υψηλότερης δυνατής ιατρικής αποτελεσματικότητας των φαρμάκων και της συγκράτησης των δαπανών υγείας.

Η προσπάθεια εναρμόνισης της νομοθεσίας των κρατών μελών που διέπει τα φάρμακα αναφέρεται κυρίως στην έκδοση οδηγιών και κανονισμών σχετικά με την παρασκευή, την αίτηση και έγκριση της κυκλοφορίας των φαρμάκων, τη χονδρική πώληση και τη διανομή τους, την κατάταξή τους ανάλογα με την απαίτηση για τη χρησιμοποίησή τους ιατρικής συνταγής ή όχι, την επισήμανση, το φύλλο οδηγιών και τα στοιχεία που πρέπει να περιέχονται στη συσκευασία, τη διαφήμιση και την προώθησή τους, καθώς και τη διαμόρφωση πλαισίων εφαρμογής ορθής πρακτικής κλινικών δοκιμασιών και φαρμακοεπαγρύπνησης. Εκτός αυτών, η Ένωση έχει υιοθετήσει διάφορες ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων ορισμένων τύπων φαρμακευτικών προϊόντων, όπως τα ορφανά φάρμακα, δηλαδή τα φάρμακα για την αντιμετώπιση πολύ σοβαρών σπάνιων ασθενειών, τα φάρμακα για παιδιά και τα φάρμακα προηγμένων θεραπειών.

Αντίθετα, η Κοινότητα δεν παρεμβαίνει στην τιμολόγηση και την ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών των φαρμάκων, οι οποίες υπόκεινται στην αρμοδιότητα των κρατών μελών. Ο ρόλος της περιορίζεται στην έμμεση επίδραση που μπορεί να ασκήσει είτε μέσω των αποφάσεων του Δικαστηρίου σε σχέση με τον προσδιορισμό των κριτηρίων για το αν ένα φάρμακο θα ενταχθεί σε θετική λίστα ασφαλιστικής κάλυψης των δαπανών αγοράς του, είτε μέσω της οδηγίας 89/105/ΕΚ που αφορά τη διαφάνεια των εθνικών διαδικασιών και μέτρων ρύθμισης της τιμής των φαρμακευτικών προϊόντων για ανθρώπινη χρήση, εξασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες αυτές είναι επαρκείς, διαφανείς και δίκαιες. Η ύπαρξη ωστόσο διαφορετικών μεθόδων τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων μεταξύ των κρατών έχει ως αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση των τιμών και την εμφάνιση του φαινομένου του «παράλληλου εμπορίου». Στα πλαίσια του ένα φάρμακο με χαμηλή τιμή σε μια χώρα, εξάγεται σε χώρα όπου η τιμή του ίδιου φαρμάκου είναι υψηλότερη, λειτουργώντας ανταγωνιστικά έναντι των προμηθευτών του φαρμάκου αυτού στη χώρα εισαγωγής.

Η πολιτική της Κοινότητας στον τομέα των ιατρικών συσκευών υπαγορεύτηκε κυρίως από τις επιταγές του σχεδίου ολοκλήρωσης της εσωτερικής αγοράς και την κατάργηση των δασμολογικών και μη δασμολογικών φραγμών του εμπορίου και δευτερευόντως από λόγους δημόσιας υγείας. Όπως άλλωστε διευκρινίζεται και στην ιστοσελίδα της αρμόδιας Διεύθυνσης της Επιτροπής, η πολιτική της Κοινότητας στον τομέα αυτό επικεντρώνεται στον προσδιορισμό του πλαισίου που διέπει την αγορά, το διεθνές εμπόριο και την ανταγωνιστικότητα της βιομηχανίας.

Τρεις οδηγίες και οι μεταγενέστερες τροποποιήσεις τους ρυθμίζουν τη διαχείριση των ιατρικών συσκευών στην Ευρωπαϊκή Ένωση: α) η οδηγία 90/385/ΕΟΚ του Συμβουλίου η οποία αναφέρεται στην προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών σχετικά με τα ενεργά εμφυτεύσιμα ιατρικά βοηθήματα, β) η οδηγία 93/42/ΕΟΚ του Συμβουλίου για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και γ) η οδηγία 98/79/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση in vitro. Αν και οι τρεις υφιστάμενες οδηγίες συνιστούν ένα επαρκές θεσμικό πλαίσιο, είναι αναγκαίο να υπάρξουν βελτιώσεις και τροποποιήσεις

στην εφαρμογή τους κυρίως ως προς την αξιολόγηση της συμμόρφωσης, της διαφάνειας και αξιοπιστίας, της επαγρύπνησης στην αγορά και της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και της Επιτροπής. Το 2008 η Επιτροπή ξεκίνησε μια δημόσια διαβούλευση με σκοπό τον εκσυγχρονισμό και την απλοποίηση της υφιστάμενης νομοθεσίας. Αφορμή για αυτό ήταν η διαπίστωση ότι το ισχύον σύστημα χαρακτηρίζεται από πολυκερματισμό και δεν προσφέρει ένα ενιαίο επίπεδο προστασίας της δημόσιας υγείας, καθώς η εμφάνιση νέων τεχνολογιών θέτει νέες προκλήσεις στο υφιστάμενο πλαίσιο, αναδεικνύοντας την ύπαρξη σημαντικών ελλειμμάτων. Το γενικό συμπέρασμα της διαβούλευσης ήταν ότι υπάρχουν ορισμένα περιθώρια βελτίωσης του θεσμικού πλαισίου προκειμένου να ενδυναμωθεί η ρυθμιστική παρέμβαση της Κοινότητας.

Δραστηριότητα 18

Παρουσιάστε σύντομα, σε μισή σελίδα, τις προκλήσεις που θέτει για τα συστήματα υγείας, η εμφάνιση νέων μορφών βιοϊατρικής τεχνολογίας.

2.3.4. Η ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών: η εθελοντική ασφάλιση υγείας

Ένα από τα πεδία προώθησης της ενιαίας αγοράς στον κλάδο των ασφαλιστικών καλύψεων και της παροχής υπηρεσιών αποτέλεσε η εθελοντική-εκούσια ασφάλιση υγείας (voluntary health insurance). Ο όρος αναφέρεται στην ασφάλιση υγείας η οποία δεν είναι υποχρεωτική, αλλά συνάπτεται εκούσια, κατά την ελεύθερη βούληση του ατόμου ή του εργοδότη προς όφελος των εργαζομένων που απασχολεί και παρέχεται είτε από κερδοσκοπικές εμπορικές ασφαλιστικές εταιρίες είτε από μη κερδοσκοπικές ενώσεις αλληλοβοήθειας και πρόνοιας.

Δραστηριότητα 19

Ποιος νομίζετε ότι μπορεί να είναι ο ρόλος της ιδιωτικής-εθελοντικής ασφάλισης υγείας στα δημόσια συστήματα υγείας;

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο ρόλος της εθελοντικής ασφάλισης υγείας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι περιορισμένος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη διαμόρφωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στην εγγύηση της καθολικής προστασίας των πολιτών έναντι του κινδύνου της ασθένειας, με τη μορφή της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης ή της κρατικής χρηματοδότησης, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής του χρήστη.

Στην προσπάθειά της η Κοινότητα να εξασφαλίσει τη λειτουργία μιας ενιαίας ανταγωνιστικής αγοράς εθελοντικής ασφάλισης υγείας που να επιτρέπει στους ασφαλιστές να δραστηριοποιούνται σε όλα τα κράτη μέλη, προσφέροντας ταυτόχρονα περισσότερες επιλογές στους καταναλωτές και υψηλότερη προστασία τους έναντι πιθανής οικονομικής ζημιάς, έχει εκδώσει την Οδηγία 92/49/ΕΟΚ, γνωστή ως «Τρίτη Οδηγία για την Πρωτασφάλιση εκτός της Ασφάλειας Ζωής». Το θεσμικό πλαίσιο που προσδιορίστηκε από την παραπάνω οδηγία απαγόρευσε την ύπαρξη μονοπωλίων και έδωσε τη δυνατότητα στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες πρώτον, να ιδρύουν πρακτορεία ή υποκαταστήματα σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να απαιτείται έγκριση από τους αρμόδιους εθνικούς φορείς, δεύτερον, να παρέχουν υπηρεσίες σε άλλο κράτος μέλος χωρίς να είναι αναγκαία η ίδρυση σε αυτό υποκαταστήματος ή πρακτορείου, τρίτον, να ανταγωνίζονται μεταξύ τους ως προς τις τιμές και τα προϊόντα που προσφέρουν, τέταρτον, να μην υπόκεινται σε εθνικό έλεγχο όσο αφορά το ύψος των ασφαλίστρων και πέμπτον, να μην υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση των όρων ασφάλισης. Με άλλα λόγια, επιχειρήθηκε η πλήρης απορύθμιση της ασφαλιστικής αγοράς και η προστασία του καταναλωτή περιορίστηκε στη διασφάλιση έναντι πιθανών οικονομικών κινδύνων λόγω αφερεγγυότητας των εταιριών.

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της πολιτικής από την Κοινότητα ήταν η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών, η διεύρυνση των επιλογών των καταναλωτών και η μείωση των τιμών. Ωστόσο, οι προσδοκίες αυτές δεν ευοδώθηκαν. Αντί για μείωση των τιμών υπήρξε αύξησή τους, ιδιαίτερα στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, σε ποσοστό υψηλότερο από την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες απέκτησαν τη δυνατότητα να προσδιορίζουν ελεύ-

θερα το ύψος των ασφαλίστρων, κυρίως με βάση τις πιθανότητες έλευσης του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο εφαρμόζοντας πολιτικές επιλογής των κινδύνων και των ατόμων που ασφαλίζουν. Επιπροσθέτως, προέβησαν σε υψηλή διαφοροποίηση της δέσμης των παρεχομένων υπηρεσιών, με συνέπεια τη δημιουργία συνθηκών ασύμμετρης πληροφόρησης όπου καθίσταται από τους πιθανούς αγοραστές σχεδόν αδύνατη οποιαδήποτε σύγκριση μεταξύ των προγραμμάτων διαφορετικών εταιριών. Όμως, ασύμμετρη πληροφόρηση και αντίστροφη επιλογή, σε συνθήκες απουσίας ρυθμιστικού ελέγχου, οδηγούν επίσης σε ανισότητες πρόσβασης. Από την άλλη μεριά, ούτε η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών εθελοντικής ασφάλισης υγείας επιτεύχθηκε στον επιθυμητό βαθμό, δεδομένου ότι η διασυνοριακή πώληση υπηρεσιών ήταν περιορισμένη.

Άσκηση 5

Τα συστήματα υγείας των 27 χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμφανίζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ωστόσο διαφοροποιούνται έντονα σε επιμέρους στοιχεία της οργάνωσης, της παροχής και της χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Από την άλλη μεριά όμως, σταδιακά διαμορφώνεται ένα κοινοτικό θεσμικό πλαίσιο που επιδρά στα συστήματα υγείας και που όπως είδαμε σχετίζεται με την Ενιαία Εσωτερική Αγορά και την ελεύθερη διακίνηση του υγειονομικού δυναμικού, των ασθενών, των φαρμάκων, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και των ασφαλιστικών υπηρεσιών.

Σε ποιο βαθμό, κατά την άποψή σας, η εξέλιξη αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μια σύγκλιση και στη συνέχεια σε μια εναρμόνιση των μοντέλων οργάνωσης των συστημάτων υγείας, έτσι ώστε να οδηγηθούμε σε ένα κοινό σύστημα υγείας όλων των κρατών της Ένωσης;

2.3.4. Η εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού στην υγεία

Η Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού (ΑΜΣ), ως ένα νέο, ήπιας μορφής εργαλείο διακυβέρνησης, έχει υιοθετηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής, στο πλαίσιο προώθησης ενός αποκεντρωμένου ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου, το οποίο

αντανακλά τη διαφορετικότητα των κοινωνικών συστημάτων των 27 κρατών μελών. Το 2005 τα κράτη μέλη κατέθεσαν τις πρώτες εθνικές εκθέσεις για την υγεία και τη μακροχρόνια φροντίδα. Στη συνέχεια όμως, το ίδιο έτος, με σκοπό τον εξορθολογισμό, τη συνέργεια και το συντονισμό των τριών διαφορετικών έως τότε ΑΜΣ (κοινωνική ένταξη, επαρκείς και βιώσιμες συντάξεις και υψηλής ποιότητας βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα), προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους, συγχωνεύτηκαν σε μια ενιαία κοινωνική ΑΜΣ. Ειδικότερα, οι στόχοι που τέθηκαν αναφορικά με την υγεία είναι:

1. Πρόσβαση για όλους σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα, λαμβάνοντας μέριμνα ώστε η ανάγκη για περίθαλψη και φροντίδα να μην οδηγεί σε συνθήκες φτώχειας και οικονομικής εξάρτησης, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ανισότητες που αφορούν την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας.

2. Ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα και προσαρμογή της στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προτιμήσεις της κοινωνίας και των ατόμων, κυρίως μέσα από την ανάπτυξη ποιοτικών προδιαγραφών που ανταποκρίνονται στις βέλτιστες διεθνείς πρακτικές και με την ανάπτυξη υψηλότερου αισθήματος ευθύνης μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας και των ασθενών και αποδεκτών της φροντίδας.

3. Οικονομικά προσιτός χαρακτήρας και οικονομική βιωσιμότητα μιας επαρκούς και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας με ορθολογική χρήση των πόρων, παροχή κατάλληλων κινήτρων για χρήστες και παρόχους, ορθή διακυβέρνηση και συντονισμό μεταξύ των συστημάτων περίθαλψης και των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Η μακροχρόνια βιωσιμότητα και ποιότητα προϋποθέτουν την προώθηση και του υγιούς και δραστήριου τρόπου ζωής, όπως και την ύπαρξη καλού ανθρώπινου δυναμικού για τον τομέα της περίθαλψης.

Ο προβληματισμός ο οποίος έχει αναπτυχθεί σε σχέση με την εφαρμογή της ΑΜΣ στον τομέα της υγείας αναφέρεται στο ερώτημα κατά πόσο αυτή συνδέεται με την προώθηση νεοφιλελεύθερων επιλογών

στη μεταρρύθμιση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Η κριτική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η ΑΜΣ εντάσσεται στο πλαίσιο της νεοφιλελεύθερης διακυβέρνησης, η οποία είναι κυρίαρχη στην αναθεωρημένη στρατηγική της Λισαβόνας και οδηγεί στην απορρύθμιση του κοινωνικού μοντέλου προστασίας της υγείας. Τον πυρήνα της επιχειρηματολογίας της προσέγγισης αυτής συνιστούν η έμφαση στην έννοια της μεγέθυνσης και της ορθολογικής χρήσης των πόρων, η λειτουργία της κοινωνικής προστασίας μέσα στα όρια που θέτει η οικονομική απόδοση, η υιοθέτηση μιας φαινομενικά «απολιτικής» ρητορικής περί «μεγιστοποίησης» και «οικονομικής βιωσιμότητας» και η υποταγή των κοινωνικών επιδιώξεων της ισότητας και της αλληλεγγύης των συστημάτων υγείας σε αυτή την ουσιαστικά αγοραία και αμιγώς οικονομικίστικη ρητορική, η προτροπή για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, η οποία υποδηλώνει την ατομική ευθύνη, η παροχή κινήτρων για χρήστες και παρόχους, η οποία παραπέμπει σε συνθήκες ανταγωνισμού και δίνει έμφαση στην ατομική επιλογή.

Αντίθετα, η υποστηρικτική της ΑΜΣ προσέγγιση θεωρεί ότι αποτελεί ένα παράδειγμα του νέου τύπου διακυβέρνησης, το οποίο επιδιώκει την κατοχύρωση του ευρωπαϊκού μοντέλου προστασίας της υγείας στο πλαίσιο του μεταφορντικού παγκοσμιοποιημένου κόσμου της λιτότητας, χρησιμοποιώντας τα οφέλη στην αποδοτικότητα που μπορούν να προκύψουν από την αποτελεσματικότερη διακυβέρνηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, τα θεσμικά κοινοτικά όργανα δεν επιδιώκουν την αλλαγή των υφιστάμενων στα κράτη μέλη παραδειγμάτων πολιτικής υγείας με τη διάχυση νέων ιδεολογικών θέσεων. Αντίθετα, μέσα από τη διαδικασία αμοιβαίας μάθησης που συνιστά εγγενές χαρακτηριστικό της ΑΜΣ, επιχειρείται η σύγκλιση του επιπέδου παροχής φροντίδας υγείας μεταξύ των κρατών μελών και ιδιαίτερα μεταξύ των νέων μελών της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης με τα παλαιότερα 15 μέλη. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η διαδικασία εξευρωπαϊσμού των πολιτικών υγείας εκλαμβάνεται ως μια προσπάθεια διατήρησης υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, βελτιώνοντας την κατάσταση των χωρών που υπολείπονται του επιπέδου αυτού.

2.3.5. Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως πολυεπίπεδο σύστημα διακυβέρνησης σε ένα περιβάλλον θεσμικής ασυμμετρίας

Στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της Κοινότητας εμπλέκονται διαφορετικά θεσμικά όργανα και ομάδες που επιφορτίζονται με διαφορετικές ευθύνες και διαφορετικό εύρος αρμοδιοτήτων, σε ένα σύστημα λήψης αποφάσεων το οποίο έχει χαρακτηριστεί ως λαβύρινθος. Η κατάτμηση εξουσίας και αρμοδιοτήτων μεταξύ των επιμέρους θεσμικών οργάνων της Ένωσης, των συμβουλευτικών επιτροπών και των κρατών μελών, έχει ως αποτέλεσμα η πολιτική υγείας να προσδιορίζεται στη βάση επίτευξης πολυεπίπεδων συμβιβασμών, όπου κάθε παράγοντας προσπαθεί να κατοχυρώσει ένα τμήμα των επιδιώξεών του.

Εκτός όμως της πολλαπλότητας των επιπέδων διακυβέρνησης, η διαμόρφωση πολιτικής υγείας στην Ένωση λαμβάνει χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο έχει χαρακτηριστεί ως θεσμική ασυμμετρία. Ο τρόπος με τον οποίο επιδιώκεται η ευρωπαϊκή ολοκλήρωση έχει οδηγήσει σε μια θεμελιακή ασυμμετρία μεταξύ των οικονομικών πολιτικών προώθησης της αγοραίας αποδοτικότητας και των κοινωνικών πολιτικών προώθησης της ισότητας. Η ασυμμετρία αυτή έγκειται στο γεγονός ότι ενώ τα κράτη μέλη συναίνεσαν στο σταδιακό εξευρωπαϊσμό των οικονομικών πολιτικών, έδειξαν απροθυμία για μια αντίστοιχη εξέλιξη και στις πολιτικές κοινωνικής προστασίας, οι οποίες παρέμειναν εθνική υπόθεση. Η διαφορετικότητα των εθνικών κρατών πρόνοιας έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία διαμόρφωσης μιας ενιαίας ευρωπαϊκής κοινωνικής νομοθεσίας, η οποία θα ξεπερνάει τα ελάχιστα πρότυπα που είναι αποδεκτά από όλα τα κράτη μέλη.

Η θεσμική ασυμμετρία είναι ιδιαίτερα εμφανής στην πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ειδικότερα στην ετερογένεια που υπάρχει μεταξύ αφενός των πρωτοβουλιών της Επιτροπής και των αποφάσεων του Δικαστηρίου αναφορικά με την προώθηση της ενιαίας εσωτερικής αγοράς στον τομέα της υγείας και αφετέρου του δικαιώματος των κρατών μελών να θέτουν τις δικές τους εθνικές προτεραιότητες στην πολιτική υγείας και την οργάνωση των συστημάτων υγείας. Εμφανίζεται συνεπώς μια σύγκρουση μεταξύ οικονομικών και

κοινωνικών στόχων και είναι σαφές ότι οι παρεμβάσεις της Κοινότητας στον τομέα της υγείας υπόκεινται στους οικονομικούς στόχους που θέτει το σχέδιο της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

Σύνοψη

Οι Συνθήκες παρέχουν περιορισμένες αρμοδιότητες στην Ένωση για την άσκηση πολιτικής υγείας, οι οποίες επικεντρώνονται κυρίως σε ζητήματα δημόσιας υγείας. Εδώ η παρέμβαση της Κοινότητας είναι άμεση, ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσης όπως η εκδήλωση επιδημιών και η διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία ευρύτερων ομάδων του πληθυσμού. Αντίθετα, τα κράτη μέλη διατηρούν το αποκλειστικό δικαίωμα οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των εθνικών συστημάτων υγείας. Από την άλλη μεριά όμως, οι αποφάσεις του Δικαστηρίου σε πολλές περιπτώσεις έχουν επιβεβαιώσει ότι τα συστήματα υγείας αποτελούν τμήμα της ενιαίας αγοράς. Συνεπώς υπάρχει έμμεση παρέμβαση της Κοινότητας, όπου η αρμοδιότητα της παρέμβασης αντλείται από άλλα πεδία πολιτικής που όμως έχουν επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Αναφερόμαστε στην προστασία των τεσσάρων ελευθεριών κυκλοφορίας εμπορευμάτων, υπηρεσιών ανθρώπων και κεφαλαίων και στην προστασία των κανόνων ανταγωνισμού. Τα παραπάνω λαμβάνουν χώρα σε συνθήκες θεσμικής ασυμμετρίας και πολυεπίπεδης διακυβέρνησης, όπου η ΑΜΣ γίνεται αντιληπτή ως ένας πιθανός χώρος συνεργασίας και συντονισμού. Συνεπώς, διαμορφώνεται ένα ιδιαίτερο, κατακερματισμένο πεδίο πολιτικής, το οποίο αποτελεί έναν αντιφατικό συνδυασμό χάους και τάξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.
Το ελληνικό σύστημα υγείας

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Η μελέτη του παρόντος κεφαλαίου θα σας βοηθήσει να διαμορφώσετε μια σφαιρική αντίληψη για την πορεία θεσμοθέτησης του ΕΣΥ στην Ελλάδα και για τις αιτίες που συμβάλλουν στην ύπαρξη διαχρονικών προβλημάτων ως προς τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά του. Θα παρουσιαστεί η οργάνωση της παροχής της πρωτοβάθμιας και της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας και θα εξεταστούν οι μηχανισμούς χρηματοδότησης, το ύψος και η διάρθρωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Μέσα από την παράθεση των θεσμικών παρεμβάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ θα καταστεί δυνατή η ανάγνωση των συγκρουόμενων συμφερόντων των εμπλεκομένων στη διαμόρφωση της εγχώριας πολιτικής υγείας, που παρεμπόδισαν την ουσιαστική αλλαγή του ΕΣΥ και το οδήγησαν στα πρόθυρα της κατάρρευσης.

Σκοπός

Το κεφάλαιο αυτό αποσκοπεί στο:

- Να παρουσιάσει συνοπτικά την πορεία θεσμοθέτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα.
- Να αναλύσει τη δομή του ΕΣΥ ως προς την οργάνωση της παροχής της πρωτοβάθμιας και της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

- Να εξετάσει τους μηχανισμούς χρηματοδότησης, το ύψος και τη διάρθρωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα.
- Να παρουσιάσει την υφιστάμενη κατάσταση του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού.
- Να προσεγγίσει κριτικά τις θεσμικές μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ.

Προσδοκώμενα Αποτελέσματα / Στόχοι

Με την ολοκλήρωση της ενότητας, θα είστε σε θέση:

- Να δίνετε μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη δομή και οργάνωση του ελληνικού ΕΣΥ.
- Να αξιολογείτε το εύρος των προβλημάτων που αυτό αντιμετωπίζει, καθώς και τις αιτίες τους.
- Να επισημαίνετε τις πιθανές λύσεις που υπάρχουν.

Λέξεις / Έννοιες Κλειδιά

- Θεσμοθέτηση ΕΣΥ
- Οργάνωση ΕΣΥ
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Δαπάνες και χρηματοδότηση ΕΣΥ
- Ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό
- Προβλήματα ΕΣΥ
- Μεταρρυθμίσεις ΕΣΥ

3.1. Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του ’80, η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα στηρίχτηκε στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης. Το βασικό

χαρακτηριστικό ήταν η κατάτμηση της ασφαλιστικής κάλυψης σε μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας, διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών και διαφορετικό εύρος κάλυψης. Το αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση ανισοτήτων ως προς την έκταση, την ποιότητα και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης αλληλοεπικαλύψεων, αλλά ταυτόχρονα και κενών, δεδομένου ότι τμήματα του πληθυσμού δεν είχαν ιατρική περίθαλψη. Επιπροσθέτως, η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέβαλε στην έντονη ανισοκατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, ενώ τα προβλήματα εντείνονταν από το χαμηλό επίπεδο των δαπανών υγείας αφού αυτές απορροφούσαν μέχρι το 1975 κάτω από το 2,5% του ΑΕΠ. Στα πλαίσια αυτά διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας, στις οποίες κυρίαρχα σημεία προβληματισμού ήταν η έλλειψη συντονισμού και σαφούς χάραξης πολιτικής, οι ποιοτικές ανεπάρκειες και τα κενά στην κάλυψη του πληθυσμού και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Αποτέλεσμα του προβληματισμού που αναπτύχθηκε ήταν η ψήφιση του Ν. 1397/1983 με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το ΕΣΥ.

Στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983 τονίζεται ότι η παροχή της φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτου κοινωνικής και οικονομικής θέσης, ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη, καθώς και ενεργή συμμετοχή του στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας. Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την εφαρμογή των παραπάνω αρχών θα ήταν η αποκέντρωση, η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και η ανάπτυξη ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο ενιαίου προγραμματισμού και ίσης κατανομής των πόρων, η έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η εφαρμογή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Με το Ν. 1397/1983 η χώρα διαιρέθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας συστάθηκε Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) ως όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό και άσκησης ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος. Προηγουμένως, με το Ν. 1278/1982 είχε συσταθεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)

ως γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας. Η σύνθεση του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ. ήταν αντιπροσωπευτική των κοινωνικών εταίρων. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε Ν.Π.Δ.Δ. και απαγορεύτηκε η ίδρυση και η επέκταση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά, τα οποία διέθεταν όλες τις ειδικότητες και παρείχαν ιατρική εκπαίδευση και νομαρχιακά, τα οποία κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού. Καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ιδρύθηκαν τα κέντρα υγείας.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητα τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας, σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας που κάθε άλλο παρά ως σύστημα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν. Συνέβαλλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού, ιδιαίτερα των αγροτικών περιοχών και σημειώθηκε αύξηση των διατιθέμενων για την υγεία ανθρώπινων και χρηματοδοτικών πόρων. Ωστόσο δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει επαρκώς ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης/διοίκησης και περιφερειακής αποκέντρωσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιες ρυθμίσεις του νέου θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν με αποτέλεσμα τη διαιώνιση καταστάσεων, οι οποίες στην πορεία αναίρεσαν τη φιλοσοφία του, κάποιες άλλες είχαν συνέπειες που δεν προβλέφθηκαν, ενώ για ορισμένα βασικά ζητήματα δε γινόταν καμία μνεία στο νόμο.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσεται η αδυναμία ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δεδομένου ότι δεν συστάθηκαν τα αστικά κέντρα υγείας, με αποτέλεσμα την επίταση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διατήρηση της πανσπερμίας των δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στη δεύτερη περίπτωση, οι περιορισμοί που τέθηκαν στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη και οι αδυναμίες του δημόσιου τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα λόγω της μη εφαρμογής των προβλεπόμενων διατάξεων, οδήγησαν στην έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Η λειτουργία τους δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των

υπηρεσιών που παρέχουν και ταυτόχρονα επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά. Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στο πολύ σημαντικό ζήτημα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και στη μη ενοποίηση των ταμείων με τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα.

Δραστηριότητα 20

Όπως διαπιστώνεται παραπάνω, δύο βασικές μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ τελικά δεν εφαρμόστηκαν: η λειτουργία αστικών κέντρων υγείας και η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου υγείας. Ποιες ήταν, κατά τη γνώμη σας, οι αιτίες που εμπόδισαν την προώθηση των μεταρρυθμίσεων αυτών;

3.2. Η δομή του συστήματος υγείας

Κύριο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο μεγάλος βαθμός συγκεντρωτισμού και κρατικής ρυθμιστικής παρέμβασης, καθώς κάθε πλευρά της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργείου Υγείας.

3.2.1. Η οργάνωση

Το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα «μικτό σύστημα», δεδομένου ότι η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών συνδυάζει στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων τύπου Μπέβεριτζ, όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τύπου Βίσμαρκ, ενώ εμφανίζει και έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το ΕΣΥ προσφέρει σε όλους τους πολίτες της χώρας επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη (ΕΚΑΒ), πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών αγροτικών ιατρείων και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η κάλυψη των δαπανών γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας. Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των πολυϊατρείων τους ή συμβεβλημένων γιατρών και διαγνωστι-

κών κέντρων. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα. Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων βασίζεται στις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και τις κρατικές επιδοτήσεις. Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και το εύρος των παροχών διαφέρει μεταξύ των επιμέρους φορέων. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, παρά τη σημαντική επέκταση του δημόσιου τομέα και τους σοβαρούς περιορισμούς που επέβαλλε στην ανάπτυξή του ο νόμος για το ΕΣΥ, παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανάπτυξη αυτή διογκώθηκε στη δεκαετία του ’90 και επικεντρώθηκε στη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών, την ίδρυση διαγνωστικών κέντρων κατά πρώτο λόγο και ιδιωτικών κλινικών κατά δεύτερο λόγο, αλλά και στη δραστηριότητα ιδιωτών γιατρών ειδικοτήτων. Υπηρεσίες αποκατάστασης όπως φυσιοθεραπείες ή υπηρεσίες για ηλικιωμένους όπως τα γηροκομεία, προσφέρονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, ένα σημαντικό ζήτημα που τίθεται είναι ο συντονισμός μεταξύ των τριών αυτόνομων και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενων δομών που προαναφέρθηκαν (ΕΣΥ, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικός τομέας) και η δημιουργία ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας. Στην επίταση του προβλήματος διαχείρισης συμβάλλει και το γεγονός ότι διαφορετικά υπουργεία εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας, καθώς και για την κατανομή των ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών υγειονομικών πόρων. Ωστόσο, ορισμένες αρμοδιότητες τις μοιράζεται και με άλλα υπουργεία. Το σημαντικότερο ζήτημα εδώ είναι ότι την ευθύνη για τη λειτουργία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας την είχε μέχρι πρόσφατα το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας. Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Ανάπτυξης εμπλέκεται στη διαμόρφωση των τιμών των φαρμάκων, το Υπουργείο Παιδείας στον προσδιορισμό των θέσεων στις σχολές εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας, το Υπουργείο Οικονομίας στην κάλυψη των ελλειμμάτων του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών ταμείων.

Δραστηριότητα 21

Από τη μελέτη της υποενότητας αυτής κατανοήσατε ότι η δομή του ελληνικού ΕΣΥ συνδυάζει στοιχεία από διαφορετικά μοντέλα υγείας. Επιπροσθέτως, η αρμοδιότητα για την παροχή υπηρεσιών υγείας κατανέμεται σε πληθώρα υπουργείων. Η κατάσταση αυτή, ποιες αρνητικές επιπτώσεις έχει για την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού της χώρας; Διατυπώστε τις απόψεις σας σε μισή σελίδα.

3.2.2. Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Δραστηριότητα 22

Πριν προχωρήσετε στη μελέτη της υποενότητας που ακολουθεί, σκεφτείτε ποιες είναι οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, αναφέρετε τις ομάδες του πληθυσμού που έχουν πρόσβαση σε αυτές. Κατά τη γνώμη σας, από τη λειτουργία των εν λόγω υπηρεσιών, εξασφαλίζεται καθολική και ισότιμη προστασία των πολιτών; Αναπτύξτε την επιχειρηματολογία σας σε μισή σελίδα. Στο κείμενο που ακολουθεί αναπτύσσονται οι δικές μας απόψεις.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα παρέχεται από ένα μωσαϊκό φορέων οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια τεσσάρων βασικών δομών:

α) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες.

δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (κυρίως παθολόγους, παιδίατρους, οδοντίατρους και γενικούς γιατρούς), νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων ποικίλει ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς. Ωστόσο, εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την ανεπαρκή κάλυψη των προβλεπόμενων θέσεων στελέχωσης, τη χρηματοδότηση και την οργάνωσή τους, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας. Επιπροσθέτως, δεν ανταποκρίθηκαν στο ρόλο τους ως προαγωγών της δημόσιας υγείας δεδομένου του χαμηλού βαθμού διενέργειας από αυτά επιδημιολογικών μελετών, της μικρής ανάπτυξης προγραμμάτων ελέγχου της υγείας του πληθυσμού και ανίχνευσης μειζόνων παραγόντων κινδύνου και της ανεπαρκούς συμμετοχής σε προγράμματα αγωγής υγείας.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989. Παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες, καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιόκτητα μέσα όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα. Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΚΑΒ σχετίζονται με ελλείψεις στην υλικοτεχνική του υποδομή και το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που εμποδίζει την επαρκή και καθολική κάλυψη όλης της χώρας.

Το ΙΚΑ και μικρός αριθμός άλλων ασφαλιστικών ταμείων διαθέτουν δική τους υγειονομική υποδομή, όπου γιατροί ειδικοτήτων, οι οποίοι αμείβονται με μισθό, παρέχουν χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασφαλισμένου τη στιγμή της χρήσης, προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες στα μέλη των ταμείων αυτών. Τα υπόλοιπα

ταμεία συνάπτουν συμβόλαια με ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές. Τέσσερα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ (μισθωτοί), ο ΟΓΑ (αγρότες), ο ΟΑΕΕ (ελεύθεροι επαγγελματίες) και ο ΟΠΑΔ (δημόσιοι υπάλληλοι) καλύπτουν το 95% του πληθυσμού της χώρας.

Τα τελευταία χρόνια αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία των οποίων η λειτουργία ξεκινά σε εθελοντική βάση, με κάποιες από τις βασικές ειδικότητες όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν ορισμένες μέρες και ώρες της βδομάδας και παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφησης κ.λπ. δωρεάν για τους δημότες. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας. Εκτός των ιατρείων, οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Η μειωμένη ικανοποίηση εκ μέρους του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και ο μεγάλος αριθμός γιατρών στην Ελλάδα, οδήγησε στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός επιβεβαιώνεται από το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας και από το μεγάλο μέγεθος της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα. Ο αυξημένος αριθμός των διαγνωστικών κέντρων τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και αμείβονται αναδρομικά κατά πράξη και περίπτωση, καθώς και ο έντονος ανταγωνισμός έχει οδηγήσει στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών τους. Η απουσία μηχανισμού παραπομπών και ελέγχου έχει ως αποτέλεσμα τα ταμεία να καλούνται να καταβάλλουν στα διαγνωστικά κέντρα σημαντικά ποσά, τα οποία δεν αιτιολογούνται πλήρως. Επιβαρυντική συνθήκη αυτής της κατάστασης είναι το γεγονός ότι η επέκταση των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα έλαβε χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται

από την απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και προγραμματισμού για τη διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και τη μη διεξαγωγή αξιολογήσεων του κόστους και του οφέλους, καθώς και της ιατρικής αποτελεσματικότητας, που να πιστοποιούν την αναγκαιότητα για την έγκριση εγκατάστασης νέων μηχανημάτων. Συνέπεια αυτού είναι η μεγάλη επέκταση της απεικονιστικής διαγνωστικής όπου κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας.

Οι ανεπάρκειες και τα προβλήματα του δαιδαλώδους συστήματος που παρουσιάστηκε παραπάνω, έχουν επανειλημμένως αναλυθεί. Αυτές εντοπίζονται:

i. Στην πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων και των προμηθευτών με διαφορετική οργανωτική και διοικητική δομή που προσφέρει υπηρεσίες, οι οποίες δεν είναι συντονισμένες μεταξύ τους, επικαλύπτουν η μια την άλλη και διαφέρουν ως προς την ποιότητα και το εύρος των παροχών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων.

ii. Στην ύπαρξη σοβαρών ελλείψεων στην υλικοτεχνική υποδομή που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτό συμβάλλει επίσης τόσο η ανεπάρκεια της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσο και η ελλιπής στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΙΚΑ.

iii. Στην απουσία συστήματος παραπομπής μέσω των οικογενειακών γιατρών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ασυνέχεια της φροντίδας και την υπερφόρτωση του συστήματος λόγω άσκοπων επισκέψεων.

iv. Στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που δημιουργεί δυσπιστία στους χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών και τους οδηγεί στην αναζήτηση και δεύτερης γνώμης από ιδιώτες γιατρούς.

v. Στην απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η οποία οδηγεί στην υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των ταμείων.

Δραστηριότητα 23

Η πρόσφατη μεταρρύθμιση της τοπικής αυτοδιοίκησης (Καλλικράτης), προβλέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους δήμους. Πώς αξιολογείτε την εξέλιξη αυτή; Διατυπώστε μερικούς πιθανούς λόγους για τους οποίους θα μπορούσε να διαφωνήσει κάποιος με την αποτελεσματικότητα του μέτρου, καθώς και πιθανούς λόγους για τους οποίους θα μπορούσε να συμφωνήσει.

3.2.3. Η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλλουν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιοδήποτε τύπο υπηρεσίας, καθώς και η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη. Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές. Τα ανασφάλιστα και φτωχά στρώματα του πληθυσμού έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία. Όλος ο πληθυσμός της χώρας έχει το δικαίωμα επιλογής της χρήσης ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά στην περίπτωση αυτή υφίσταται το κόστος της νοσηλείας.

Η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από τρεις δομές: α) τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος, β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ, όπου εδώ περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων όπως του ΙΚΑ και τα νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης και γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες. Η τριτοβάθμια περίθαλψη η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό, παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας.

Ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, που είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα και σε ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων.

Δραστηριότητα 24

Αναφέρετε τα τρία κατά τη γνώμη σας, σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, προτείνετε πιθανά μέτρα για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων και συγκρίνετε τις απαντήσεις σας με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.

Ένας σημαντικός προβληματισμός που έχει αναπτυχθεί σε σχέση με το νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα είναι η αποδοτική διαχείριση των πόρων του. Από τα βασικότερα ζητήματα είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή αυτών, καθώς παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών σε σχέση με τις κλίνες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των θεραπευτηρίων, οι οποίες οδηγούν σε ανισότητες πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών. Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα εντοπίζεται στη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων, όπου εμφανίζονται αδυναμίες σε σχέση με την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των εργαζομένων. Τρίτη σοβαρή ανεπάρκεια των νοσοκομείων της χώρας συνιστά η κτιριακή και τεχνολογική υποδομή. Η παλαιότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων και του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού ορισμένων νοσοκομείων, η ανεπάρκεια σύγχρονων ειδικών μονάδων νοσηλείας (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών κ.λπ.), κυρίως στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη, η γεωγραφική ανισοκατανομή του εξοπλισμού υψηλής βι-

οϊατρικής τεχνολογίας και ο βραδύς ρυθμός εισαγωγής των εφαρμογών της πληροφορικής και της τηλεματικής συντελούν στην ποιοτική ανεπάρκεια της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας. Και αυτά παρά το γεγονός ότι κατά την τελευταία δεκαπενταετία, με εθνικούς πόρους, αλλά και πόρους προερχόμενους κυρίως από τα Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης (Κ.Π.Σ.) της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έγινε μια σημαντική προσπάθεια δημιουργίας νέων νοσοκομειακών κτιριακών υποδομών, επέκτασης των υφισταμένων και απόκτησης και ανανέωσης του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Τέλος, ένα τέταρτο πρόβλημα των νοσοκομείων σχετίζεται με την οικονομική τους διαχείριση. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων, εκτός του τρόπου χρηματοδότησής τους, οφείλονται και σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, όπως η απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς τους, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος, η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κ.λπ.

Άσκηση 6

«Όμως, το μέλλον του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα εξαρτάται άμεσα και από το κατά το πόσο θα μπορέσει να αναπτυχθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πραγματοποίησή του είναι εφικτή, έστω και υπό τις παρούσες δυσμενείς συνθήκες, αρκεί να μη βασιστεί σε επεκτατικές λογικές του δημόσιου τομέα, αλλά στη σωστή αξιοποίηση και λειτουργική διασύνδεση των σημερινών υποδομών του ΕΣΥ, του ΙΚΑ, και του συμβεβλημένου ιδιωτικού τομέα και στην ενεργό συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Το ΕΣΥ δεν μπορεί να συνεχίσει να διοικείται ή μάλλον να κακοδιοικείται από το γραφείο του εκάστοτε Υπουργού Υγείας, με μέση διάρκεια θητείας τα 2 χρόνια, από λίγους περιστασιακούς συμβούλους και από τις ανεπαρκέστατες υπηρεσίες του Υπουργείου. Όπως κάθε άλλο ευρωπαϊκό ΕΣΥ, έτσι και το ελληνικό ΕΣΥ θα πρέπει να οργανωθεί και να διοικηθεί σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με ένα επιτελικό κεντρικό όργανο, με ισχυρές περιφέρειες και ισχυρές, αυτόνομες και αξιοκρατικές διοικήσεις στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, ώστε να υπάρξει σχεδιασμός, συντονισμός και έλεγχος σε βάθος χρόνου από αρμόδια στελέχη σε όλα τα επίπεδα».

Γιάννη Τούντα, Αν. Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Διευθυντή Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Πηγή: «Ελευθεροτυπία», Δευτέρα 3 Μαΐου 2010.

Διαβάζοντας το παραπάνω απόσπασμα απαντήστε στα ακόλουθα ερωτήματα:

Ποιες είναι οι μεταρρυθμίσεις στην οργανωτική δομή του ΕΣΥ που προτείνονται;

Ποιες επιπτώσεις στο ΕΣΥ μπορεί να έχουν οι μεταρρυθμίσεις αυτές και πώς θα συμβάλλουν στη βελτίωση της λειτουργίας του;

Είναι εφικτές;

3.2.4. Δαπάνες και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

Στην Ελλάδα, η αποζημίωση των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης βασίζεται στην αμοιβή κατά πράξη, η οποία επικρατεί στον ιδιωτικό τομέα και σε συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία προμηθευτές υπηρεσιών και στην αμοιβή με μισθό των ιατρών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα και τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων. Τα δημόσια νοσοκομεία αποζημιώνονται με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο, δηλαδή ένα ημερήσιο πάγιο ποσό ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των παρεχομένων στον ασθενή υπηρεσιών. Από την άλλη οι ιδιωτικές κλινικές αποζημιώνονται σύμφωνα με το ανοικτό νοσήλιο, δηλαδή μια πάγια ημερήσια αμοιβή για τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες, στην οποία προστίθεται η αξία οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας που προκύπτει από την ημερήσια κατανάλωση υπηρεσιών υγείας του ασθενή ανάλογα με την πάθησή του και κοστολογείται κατά πράξη και περίπτωση. Συνεπώς, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα στηρίζεται ακόμα στις παραδοσιακές μεθόδους αναδρομικής χρηματοδότησης, οι οποίες ενοχοποιούνται για την ένταση πληθωριστικών πιέσεων, την ύπαρξη προκλητής υπερβάλλουσας ζήτησης και την αγνόηση των οικονομικών κινήτρων τα οποία επηρεάζουν τη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ (Πίνακας 4), οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανέρχονται σχεδόν στο 40%

του συνόλου των δαπανών υγείας, ποσοστό το οποίο είναι το τέταρτο μεγαλύτερο μετά το Μεξικό (54,8%), τις ΗΠΑ (54,6%) και την Κορέα (45,1%). Το γεγονός αυτό θέτει σε αμφισβήτηση την κοινωνική αποτελεσματικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας ως προς την κάλυψη των βασικών αναγκών των πολιτών και αναδεικνύει την ύπαρξη ανισοτήτων στην οικονομική επιβάρυνση χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Ειδικότερα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τις επίσημες πληρωμές για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών και αγαθών, την αγορά υπηρεσιών οι οποίες δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών, καθώς επίσης και τις κάθε είδους αντιδεοντολογικές συναλλαγές. Οι τελευταίες αναφέρονται στην παραοικονομία, η οποία παρατηρείται στον υγειονομικό τομέα της χώρας και αφορά δραστηριότητες που διαφεύγουν την επίσημη καταμέτρηση. Μέσω αυτού του μηχανισμού χρηματοδοτείται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής κατανάλωσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καθώς και σημαντικό μέρος των ιατρικών αμοιβών. Στο νοσοκομειακό τομέα, αποσκοπούν στην παράκαμψη της λίστας ή στην εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και μεγαλύτερης προσοχής από μέρους του γιατρού. Σε συνθήκες καθολικής και πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης, το φαινόμενο αυτό συνιστά μια μορφή άτυπης και μεγάλης συνασφάλισης, ακυρώνει την έννοια της ασφάλισης και μετακυλύει σημαντικό μέρος του κόστους της περίθαλψης στα νοικοκυριά.

Δραστηριότητα 25

Στην Ελλάδα, η ιδιωτική δαπάνη υγείας λαμβάνει τη μορφή, σχεδόν αποκλειστικά, της άμεσης πληρωμής από τον ασθενή ενός ποσού προς τον προμηθευτή της υπηρεσίας υγείας. Αντίθετα, το μερίδιο της ιδιωτικής ασφάλισης είναι εξαιρετικά περιορισμένο. Με άλλα λόγια, οι Έλληνες, όταν κάνουν ιδιωτικές δαπάνες υγείας, προτιμούν να πληρώνουν άμεσα από την τσέπη τους παρά να συνάψουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το μεγαλύτερο ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης διοχετεύεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Ποιες είναι, κατά τη γνώμη σας, οι αιτίες που παρά την υψηλή ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, η ιδιωτική ασφάλιση είναι περιορισμένη;

Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τον Πίνακα 4 είναι ότι η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στις δημόσιες δαπάνες είναι σχετικά μεγαλύτερη αυτής του κρατικού προϋπολογισμού. Ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας είναι υπεύθυνος για τη χρηματοδότηση των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων, την πληρωμή των μισθών του νοσοκομειακού προσωπικού, τη χορήγηση επιδοτήσεων στα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, τις επενδύσεις κεφαλαίου κ.λπ. Ο γενικός προϋπολογισμός του κράτους είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Μέσω των τακτικών και έκτακτων επιχορηγήσεων καθώς και του προϋπολογισμού των δημοσίων επενδύσεων πραγματοποιούνται οι εισροές πόρων στα δημόσια νοσοκομεία. Η κυριότερη πηγή εσόδων των ασφαλιστικών φορέων είναι οι εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων και στην περίπτωση των αυτοαπασχολουμένων οι ίδιες εισφορές. Οι πρόσοδοι περιουσίας και τα διάφορα έσοδα συμπληρώνουν τις εισροές.

Πίνακας 4: Δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2007)

	Σύνολο % ΑΕΠ	Δημόσιες % ΑΕΠ	Δημόσιες % Συνολικών	Ιδιωτικές % Συνολικών	Κρατικές % Δημόσιων	Κοινωνικής Ασφάλισης % Δημόσιων
Αυστραλία	8.9	6.0	67.5	32.5	100.0	0.0
Αυστρία	10.1	7.7	76.4	23.6	41.4	58.6
Βέλγιο	10.2	-	-	-	-	-
Καναδάς	10.1	7.1	70.0	30.0	98.0	2.0
Τσεχία	6.8	5.8	85.2	14.8	9.7	90.3
Δανία	9.8	8.2	84.5	15.5	94.9	0.0
Φινλανδία	8.2	6.1	74.6	25.4	80.5	19.5
Γαλλία	11.0	8.7	79.0	21.0	6.6	93.4
Γερμανία	10.4	8.0	76.9	23.1	11.7	88.3
Ελλάδα	9.6	5.8	60.3	39.7	48.2	51.8
Ουγγαρία	7.4	5.2	70.6	29.4	17.5	82.5
Ισλανδία	9.3	7.7	82.5	17.5	67.3	32.7
Ιρλανδία	7.6	6.1	80.7	19.3	99.2	0.8
Ιταλία	8.7	6.7	76.5	23.5	99.9	0.1
Ιαπωνία	-	-	-	-	-	-
Κορέα	6.3	3.5	54.9	45.1	22.3	77.7
Λουξεμβούργο	-	-	-	-	-	-

Μεξικό	5.9	2.7	45.2	54.8	41.1	58.9
Ολλανδία	9.8	-	-	-	-	-
Νέα Ζηλανδία	9.0	7.1	78.9	21.1	88.4	11.6
Νορβηγία	8.9	7.5	84.1	15.9	85.7	14.3
Πολωνία	6.4	4.6	70.8	29.1	17.3	82.7
Πορτογαλία	-	-	-	-	-	-
Σλοβακία	7.7	5.2	66.8	33.2	10.1	89.9
Ισπανία	8.5	6.1	71.8	28.2	93.0	7.0
Σουηδία	9.1	7.4	81.7	18.3	100.0	
Ελβετία	10.8	6.4	59.3	40.7	27.8	72.2
Τουρκία	-	-	-	-	-	-
Ην. Βασίλειο	8.4	6.9	81.7	18.3	100.0	-
ΗΠΑ	16.0	7.3	45.4	54.6	72.1	27.9

Πηγή: OECD HEALTH DATA 2009

Η φορολογία και οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ενέχουν σε σημαντικό βαθμό την κοινή διαχείριση του κινδύνου, έτσι ώστε να αποτρέπονται περιπτώσεις ιδιαίτερα επιβαρυντικών και καταστροφικών για τα νοικοκυριά δαπανών υγείας. Ωστόσο είναι δυνατό να εμφανίζουν ορισμένα κενά σε σχέση με την προστασία ομάδων, όπως οι πολύ φτωχοί, οι μετανάστες ή οι εργαζόμενοι στον άτυπο τομέα παραγωγής. Στην Ελλάδα, έχει διαπιστωθεί ότι η αναδιανεμητική επίπτωση της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών εμφανίζει χαμηλή προοδευτικότητα και συνεπώς μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα. Η περιορισμένη αναδιανεμητικότητα των δημόσιων δαπανών υγείας σε συνδυασμό με το υψηλό μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών, αμφισβητεί το κριτήριο της ισότητας και αναδεικνύει ως μείζον ζήτημα πολιτικής τον επαναπροσδιορισμό της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

Άσκηση 7

«Η κυβέρνηση επικεντρώνει όλο το ενδιαφέρον της στο διαχειριστικό κομμάτι, στην εξυγίανση των δημόσιων οικονομικών, μέσω, υποτίθεται, του περιορισμού της σπατάλης και της διαφθοράς στον δημόσιο τομέα και, φυσικά, στο ΕΣΥ. Είναι χαρακτηριστικές οι συνεχείς αναφορές κυβερνητικών στελεχών, και του ίδιου του πρωθυπουργού, για "νοσοκομεία–άντρα διαφθοράς", για αδιαφάνεια και ρεμούλα στο χώρο των

προμηθειών φαρμάκων και υγειονομικού υλικού κ.λπ. Είναι όμως έτσι τα πράγματα; Υπάρχει όντως τόσο σοβαρό πρόβλημα με τη διαχείριση των δημόσιων πόρων στον χώρο της υγείας ή μήπως αυτή η συζήτηση υποκρύπτει τη γνωστή αντίληψη της περικοπής των δημόσιων δαπανών υγείας και του περιορισμού του κοινωνικού κράτους; Το πρόβλημα της υπερχρέωσης, της σπατάλης και της διαφθοράς στο ΕΣΥ είναι υπαρκτό, αλλά δεν είναι μόνο διοικητικό θέμα. Είναι κατεξοχήν πολιτικό ζήτημα».

Αντωνίου Αυγερινού, Προέδρου της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοποιών, πρώην διοικητή του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς».

Πηγή: «Το Παρόν της Κυριακής», Κυριακή 25 Ιουλίου 2010.

«Σε ποιο βαθμό τα ελλείμματα οφείλονται σε κακοδιαχείριση και διαφθορά και σε ποιο στον ελλιπή προϋπολογισμό, επιχειρεί να απαντήσει η πρόσφατη έρευνα "Σπατάλες στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας", που πραγματοποίησε ο καθηγητής Γιάννης Τούντας και οι συνεργάτες του. Σύμφωνα με τα πρώτα ευρήματα της έρευνας αυτής, "Οι μεγαλύτερες σπατάλες, με βάση το μέσο όρο αύξησης των δαπανών σε 26 νοσοκομεία, καταγράφηκαν στην κατηγορία 'λοιπά είδη' (λειτουργικές δαπάνες εκτός μισθοδοσίας, όπως φύλαξη, καθαριότητα, πλύση ιματισμού, διανομή γευμάτων, εκπαίδευση, οδοιπορικά κ.λπ.) με μέσο όρο αύξησης 118,3%. Ακολουθεί το ορθοπεδικό υλικό με 71,5%, τα αντιδραστήρια με 56,79%, τα φάρμακα με 46,81% και τέλος το υγειονομικό υλικό με 31,11%". Αυτό αποτελεί ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον εύρημα, γιατί κόντρα στις κατεστημένες πεποιθήσεις δείχνει ότι τα ελλείμματα κυρίως παράγονται από τις ίδιες τις διοικήσεις των νοσοκομείων, αφού αφορούν τις πιο ελέγξιμες προμήθειες. Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Τούντα, το 30% των δαπανών αποτελούν σπατάλη που οφείλεται "Στη διαφθορά, τις υπερτιμολογήσεις, την κακοδιοίκηση» και κάνει λόγο για μίζες 30% στην προμήθεια υλικών"».

Απόστολου Δόλγερα, Επιστημονικού Συνεργάτη του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Πηγή: ηλεκτρονικό περιοδικό «Μεταρρύθμιση», www.metarithmisi.gr

Πώς σχολιάζετε τις δύο παραπάνω τοποθετήσεις; Συμφωνείτε ότι το πρόβλημα των ελλειμμάτων του ΕΣΥ δεν είναι θέμα διοικητικό αλλά πολιτικό; Τεκμηριώστε την άποψή σας.

3.2.5. Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα

Στην Ελλάδα, η αύξηση του υγειονομικού δυναμικού και ο σχεδόν διπλασιασμός του τα τελευταία 20 χρόνια στην Ελλάδα, συνοδεύτηκε από την αναπαραγωγή μιας σειράς στρεβλώσεων που δείχνουν να εμμένουν πεισματικά. Οι στρεβλώσεις αυτές εντοπίζονται στον αριθμό, τη σύνθεση και τη γεωγραφική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στην ποιότητα της εκπαίδευσης. Οφείλονται κυρίως στην αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης ως συνέπεια της απουσίας συγκεκριμένης πολιτικής ανάπτυξης των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας. Συγκρίνοντας την Ελλάδα με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, εξάγεται ένα βασικό συμπέρασμα: το ελληνικό σύστημα υγείας είναι έντονα ιατροκεντρικό (Πίνακας 5).

Το γεγονός της ιατροκεντρικότητας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα που είναι:

(α) Η υψηλή πυκνότητα του ιατρικού και οδοντιατρικού δυναμικού και η απουσία μέτρων ελέγχου της ιατρικής δημογραφίας, σε συνδυασμό με τις μεθόδους αποζημίωσης των προμηθευτών, οδηγεί πιθανά στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες και στην αύξηση των δαπανών υγείας, καθώς και στην εμφάνιση εκτεταμένων πρόσθετων πληρωμών και παραοικονομίας.

(β) Η κάθετη, μεταξύ των περιφερειών και η οριζόντια, μεταξύ των ειδικοτήτων, άνιση κατανομή των γιατρών. Η μεγάλη πλειοψηφία (άνω του 70%) ειδικοτήτων όπως αναισθησιολόγοι, ακτινολόγοι, μικροβιολόγοι, καρδιολόγοι, ορθοπεδικοί, γυναικολόγοι, ψυχίατροι και νευροχειρούργοι, δραστηριοποιούνται στην Αθήνα. Από την άλλη πλευρά εμφανίζεται η ανορθολογική χρησιμοποίηση των ανθρωπίνων πόρων και η δυσκολία αλλαγής πλεύσης στην πολιτική υγείας. Για παράδειγμα, ο μικρός σχετικά αριθμός των γενικών γιατρών θέτει περιορισμούς στην πλήρη ανάπτυξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

(γ) Οι σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, που κατατάσσουν την Ελλάδα τελευταία μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και η άνιση γεωγραφική κατανομή του. Το αποτέλεσμα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι η

λειτουργία μέσα σε αυτά ενός μεγάλου αριθμού αποκλειστικών νοσοκόμων με βάση ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και χωρίς να διαθέτουν πάντα το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσης.

(δ) Το πρόβλημα της ποιότητας της εκπαίδευσης στα επαγγέλματα υγείας. Εμφανίζονται διαχρονικές ποιοτικές αδυναμίες που σχετίζονται με την αναλογία διδακτικού προσωπικού/φοιτητών, τη διαθεσιμότητα ενδεδειγμένου εξοπλισμού, το χρόνο της κλινικής άσκησης και την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας. Επιπροσθέτως, το εκπαιδευτικό σύστημα εμφανίζεται αναποτελεσματικό ως προς την επιλογή των σπουδών και της ειδίκευσης και τον τρόπο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

(ε) Ελλείψεις σε επαγγέλματα που είναι απαραίτητα για την επιδίωξη του μεταρρυθμιστικού στόχου. Εδώ εντάσσονται κατηγορίες όπως ικανά διευθυντικά στελέχη με γνώση των σύγχρονων τεχνικών διοίκησης/διαχείρισης, στελέχη πληροφορικής, επιχειρησιακοί ερευνητές, φυσικοί της ιατρικής, ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων κ.λπ.

Δραστηριότητα 26

Όπως έγινε φανερό από τη μελέτη της υποενότητας αυτής και προκύπτει και από τον Πίνακα 5, βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι η πολύ υψηλή αναλογία γιατρών και η πολύ χαμηλή αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης για το σύστημα υγείας αναφέρθηκαν παραπάνω. Ποιες νομίζετε ότι είναι οι βασικότερες αιτίες που οδήγησαν στην εμφάνιση του ιατρικού πληθωρισμού και της νοσηλευτικής έλλειψης; Σκεφτείτε και καταγράψτε σε μισή σελίδα πιθανά μέτρα για την αντιμετώπιση της εν λόγω ανισορροπίας.

Πίνακας 5.: Αναλογία υγειονομικού δυναμικού στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2006 (ανά 1.000 κατοίκους)

	Ιατροί	Γενικοί Ιατροί	Ιατροί Ειδικοτήτων	Οδοντίατροι	Φαρμακοποιοί	Μαιευτικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό
Αυστραλία	2.81	1.43	1.35	-	0.79	-	-
Αυστρία	3.66	1.51	2.15	0.54	0.60	0.21	7.26
Βέλγιο	4.02	2.05	1.97	0.83	1.15	0.52	-
Καναδάς	2.15	1.03	1.11	0.58	0.81	0.02	8.82
Τσεχία	3.57	0.72	2.85	0.68	0.57	0.41	8.06
Δανία	3.17	0.77	1.16	0.78	0.21	0.25	14.30
Φινλανδία	2.95	0.73	1.56	0.79	1.05	0.36	10.25
Γαλλία	3.39	1.66	1.74	0.68	1.16	0.28	7.88
Γερμανία	3.45	1.47	1.99	0.76	0.59	0.21	9.87
Ελλάδα	5.35	0.31	3.39	1.27	0.88	0.21	3.21
Ουγγαρία	3.04	0.65	2.09	0.50	0.53	0.19	6.09
Ισλανδία	3.68	0.66	2.27	0.94	1.12	0.79	13.69
Ιρλανδία	2.93	0.51	0.82	0.57	0.97	-	15.45
Ιταλία	3.69	0.92	-	0.63	0.75	-	7.07
Ιαπωνία	2.09	-	-	0.74	1.36	0.20	9.35
Κορέα	1.69	0.62	1.07	0.38	0.65	0.03	3.99
Λουξεμβούργο	2.73	0.78	1.95	0.78	0.72	0.34	11.02
Μεξικό	1.92	0.67	1.25	0.10	-	-	2.27
Ολλανδία	3.82	0.47	1.01	0.49	0.17	0.13	8.60
Νέα Ζηλανδία	2.28	0.74	0.76	0.41	0.67	0.56	9.85
Νορβηγία	3.75	0.82	2.12	0.88	0.44	0.50	31.61
Πολωνία	2.18	0.15	1.77	0.33	0.59	0.56	5.09
Πορτογαλία	3.42	1.72	1.70	0.62	0.94	-	4.83
Σλοβακία	-	-	-	-	-	-	-
Ισπανία	3.63	0.86	2.00	0.53	0.94	0.16	7.32
Σουηδία	3.58	0.60	2.56	0.83	0.73	0.72	10.83
Ελβετία	3.85	0.52	2.70	0.52	-	-	14.54
Τουρκία	1.43	0.46	0.97	0.25	0.34	0.60	1.73
Ην. Βασίλειο	2.44	0.71	1.74	-	0.68	0.51	10.03
ΗΠΑ	2.42	0.97	1.46	0.60	0.80	0.01	10.50

Πηγή: OECD HEALTH DATA 2009

3.3. Οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει την αυξημένη πίεση των πολιτών για περισσότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες. Έτσι όπως λειτουργεί σήμερα όμως, δεν μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στην πίεση αυτή, όπως υποδηλώνει η εκφρασμένη από τον πληθυσμό έντονη δυσαρέσκεια.

Δραστηριότητα 27

Διατυπώστε κατά σειρά βαρύτητας, τρία σημεία ανεπαρκούς λειτουργίας τα οποία, κατά τη γνώμη σας, αντιμετωπίζουν οι Έλληνες κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας και τους οδηγούν στο να διαμορφώσουν αρνητική εικόνα για το ΕΣΥ. Κρατήστε σύντομες σημειώσεις, τις οποίες θα μπορείτε να συγκρίνετε στη συνέχεια με τις δικές μας σκέψεις, που ακολουθούν.

Το ΕΣΥ πάσχει από μια σειρά ανεπαρκειών οι οποίες θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

Διαχείριση

- Συγκεντρωτισμός και απουσία περιφερειακής οργάνωσης
- Ελλιπής σχεδιασμός, προγραμματισμός και αξιολόγηση

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- Πληθώρα ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών υπηρεσιών
- Ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής
- Ελλιπής στελέχωση και ανεπαρκής εκπαίδευση
- Χαμηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών
- Απουσία συστήματος διαχείρισης της ροής των ασθενών
- Ανεπαρκής έλεγχος συνταγογραφίας και παραπομπών
- Αδυναμία Κέντρων Υγείας να υλοποιήσουν προγράμματα πρόληψης

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

- Παλαιότητα εγκαταστάσεων
- Ανισότητες στην περιφερειακή κατανομή κλινών
- Απουσία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης
- Απουσία οικονομικού ελέγχου, σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης, διαδικασιών κόστους-αποτελεσματικότητας

Ανθρώπινο Δυναμικό

- Πληθωρισμός ιατρικού σώματος
- Μη ενδεδειγμένη κατανομή των γιατρών μεταξύ των ειδικοτήτων
- Ελλείψεις σε νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό
- Ανεπαρκής εκπαίδευση νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού
- Ανισότητα στην περιφερειακή κατανομή
- Χαμηλή παραγωγικότητα ανθρώπινου δυναμικού

Δαπάνες και Χρηματοδότηση

- Απουσία συντονισμού πηγών χρηματοδότησης
- Υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών
- Νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση των δημοσίων δαπανών
- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από ιδιωτικές πληρωμές
- Εκτεταμένη παραοικονομία
- Μέθοδοι πληρωμής προμηθευτών που είναι μη αποδοτικές
- Άνιση επιβάρυνση νοικοκυριών

Αυτά τα προβλήματα δεν είναι νέα, αλλά αναπαράγονται διαχρονικά και καμία από τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν κατά τις δεκαετίες του 1990 και του 2000 δεν μπόρεσε να τα αντι-

μετωπίσει, λόγω του ότι είτε αυτές ποτέ δεν εφαρμόστηκαν είτε διαπνέονταν καθαρά από ιδεολογικές παραδοχές και όχι από ορθολογική αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ανεπαρκειών του ΕΣΥ.

Ειδικότερα, η κυριαρχία της φιλελεύθερης ιδεολογίας στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επαναπροσδιόρισε τους άξονες της πολιτικής υγείας. Η ενδυνάμωση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας έναντι της κρατικής δραστηριότητας στην παροχή υπηρεσιών, η ατομική ευθύνη καθενός για την υγεία του αντί της συλλογικής υποχρέωσης, το δικαίωμα επιλογής του χρήστη αντί της δημόσιας κατοχύρωσης του δικαιώματος πρόσβασης, η κατάργηση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο περιορισμός του ρόλου του κράτους στην χρηματοδότηση με παράλληλη αύξηση της συμβολής της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών δαπανών, οριοθέτησαν το πλαίσιο απορύθμισης του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ. Ο Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες και τη χρηματοδότησή τους από αυτές, τη δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, την ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου από τους πολίτες, την υιοθέτηση Χάρτη Δικαιωμάτων του Ασθενή, την αύξηση των νοσηλίων και τη θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για εισαγωγή, την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στην αγορά φαρμάκων, την εισαγωγή του θεσμού του μάνατζερ στα νοσοκομεία και τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Η αλλαγή και πάλι του πολιτικού σκηνικού οδήγησε στην έκδοση του Ν. 2194/1994 για την αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις, ο οποίος απέβλεπε στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και επανέφερε σε ισχύ τις διατάξεις του Ν. 1397/1983 σε σχέση με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών, καταργώντας τη δυνατότητα μερικής απασχόλησης και τα κέντρα υγείας, μετατρέποντάς τα εκ νέου σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Όμως, ο νέος νόμος δεν κατάργησε τις προβλέψεις του προηγούμενου όσον

αφορά τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα, τις ελευθερίες που είχαν παραχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα και τα μέτρα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος περίθαλψης.

Η επόμενη τριετία χαρακτηρίστηκε από τη διεξαγωγή ενός έντονου διαλόγου των κοινωνικών εταίρων, ο οποίος κατέληξε στην κατάθεση δύο μεταρρυθμιστικών σχεδίων και ενός νέου νόμου. Οι προτάσεις του Σχεδίου Κρεμαστινού κατατέθηκαν το 1995 και προέβλεπαν τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων, την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, την αλλαγή της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων, την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού γιατρού, την έμφαση στην πρόληψη και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, τη σύνταξη θετικής λίστας φαρμάκων και την υιοθέτηση τιμών αναφοράς, τη συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού και την εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου όπως σύσταση επιτροπών αξιολόγησης στα νοσοκομεία και ίδρυση εθνικού οργανισμού αξιολόγησης. Όμως οι αλλαγές στο κυβερνητικό σχήμα και στη θέση του Υπουργού Υγείας είχαν ως αποτέλεσμα την μη εφαρμογή του Σχεδίου Κρεμαστινού και την κατάθεση ενός νέου σχεδίου από τους Πεπονή και Παπαδέλη (1996). Το νέο σχέδιο ήταν περισσότερο μετριοπαθές σε σχέση με το προηγούμενο και πρότεινε όχι την ενοποίηση των ταμείων, αλλά την εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών, τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών και την κοστολόγηση ανά τμήμα ή περίπτωση, την ενθάρρυνση των ταμείων για εισαγωγή του θεσμού του γενικού γιατρού, την αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, την ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας και τον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών. Η προκήρυξη εκλογών και η αλλαγή Υπουργού Υγείας έθεσαν στο συρτάρι και αυτό το σχέδιο.

Το 1997 ψηφίζεται ο Ν. 2519/1997 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Τα κύρια σημεία του νόμου αφορούσαν τα δικαιώματα των ασθενών, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών, την οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ, τη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος

προέβλεπε τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας ειδικής υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την ίδρυση στα νοσοκομεία επιτροπών για τα δικαιώματα των ασθενών, καθώς και τη σύσταση επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας. Στη δημόσια υγεία προβλέπονταν η λειτουργία περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας και η σύσταση γνωμοδοτικού επιστημονικού συμβουλίου, διεύθυνσης σχολικής υγιεινής και περιφερειακών γραφείων σχολικής υγείας. Υπεύθυνο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας θα ήταν το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών. Για την καλύτερη οργάνωση και διαχείριση του ΕΣΥ θα ιδρύονταν Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας. Η βελτίωση της διοίκησης και της χρηματοδότησης των νοσοκομείων θα επιτυγχάνονταν με το διορισμό γενικών διευθυντών (μάνατζερ) και την εισαγωγή των σφαιρικών προϋπολογισμών και των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων ασθενειών. Όσον αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες στόχος ήταν η οργάνωση μονάδων αποκατάστασης στα νοσοκομεία, η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας και η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία. Τέλος, μια σημαντική πρόβλεψη του νόμου ήταν η αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση του γενικού γιατρού και το συντονισμό της λειτουργίας των διαφόρων δομών μέσω των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Δραστηριότητα 28

Ο Ν. 2071/1992 θεσμοθέτησε τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και ο Ν. 2519/1997 επέκτεινε την ισχύ τους και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τα δικαιώματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. *Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.*

2. *Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.*

3. *Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.*

4. *Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.*

5. *Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.*

6. *Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.*

7. *Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.*

8. *Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.*

9. *Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.*

10. *Ο ασθενής έχει* το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Κατά τη γνώμη σας, οι πολίτες της χώρας είναι ενήμεροι για τη θέσπιση των δικαιωμάτων τους ως ασθενών; Αφού διαβάσετε τα δικαιώματα, σημειώστε ποια από αυτά νομίζετε ότι τηρούνται και ποια όχι από τα δημόσια νοσοκομεία. Στη συνέχεια, προτείνετε τρία βασικά μέτρα που θεωρείτε αναγκαία προκειμένου τα δικαιώματα του ασθενή να προστατεύονται πραγματικά σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία.

Όπως και με τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, οι καινοτόμες διατάξεις του Ν. 2519/1997 δεν εφαρμόστηκαν. Ο συντονισμός και η ενιαία δράση των υπηρεσιών υγείας, οι αλλαγές στη διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων και η λειτουργία των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν υλοποιήθηκαν. Έτσι, οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του ΕΣΥ συνέχισαν να αναπαράγονται και στις αρχές της νέας χιλιετίας τέθηκε εκ νέου το ζήτημα της μεταρρύθμισής του. Το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον Πολίτη», το οποίο δόθηκε στη δημοσιότητα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας τον Ιούλιο του 2000, διαρθρωνόταν σε 8 άξονες που αφορούσαν στην περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, στην ίδρυση ενιαίου φορέα χρηματοδότησης, στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, στην ανάπτυξη του υγειονομικού δυναμικού, στην ανάπτυξη εθνικής πολιτικής υγείας, στην αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας και στην αναδιοργάνωση του Υπουργείου Υγείας.

Το χρονοδιάγραμμα που έθεσε το Υπουργείο για την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου και την έκδοση όλων των απαραίτητων νόμων μέχρι το τέλος του 2001 δεν τηρήθηκε. Από τις προβλέψεις του Σχεδίου, υλοποιήθηκαν τα ακόλουθα:

- Ν. 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις». Με το νόμο αυτό, πρώτον συστάθηκαν 17 Πε.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας). Πιο συγκεκριμένα, στο νόμο προβλέπονταν τα γεωγραφικά όρια, η οργάνωση, η διοίκηση, η στελέχωση και οι πηγές χρηματοδότησης των Πε.Σ.Υ. Δεύτερον, προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης και οργάνω-

σης των δημόσιων νοσοκομείων, διάρθρωσης της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας τους και λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων. Τρίτον, ο νόμος ρύθμιζε τις νέες εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ.

- Ν. 2920/2001, «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας». Με το νόμο αυτό συστάθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας υπαγόμενο απευθείας στον Υπουργό, με σκοπό τη διενέργεια επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του Υπουργείου Υγείας και τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

- Ν. 2955/2001, «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ». Ρύθμιση της διαδικασίας προμηθειών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας των Πε.Σ.Υ.

- Ν. 3172/2003, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις». Προβλεπόταν η σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού και συμβουλευτικού οργάνου, οργάνων συντονισμού της δημόσιας υγείας και Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η αναβάθμιση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και των ΟΤΑ, ρυθμίζονται θέματα προσωπικού και εκπαίδευσης στη δημόσια υγεία και προβλέπεται η σύνταξη χάρτη υγείας.

Επιπροσθέτως, προχώρησε η εφαρμογή μιας σειράς μέτρων όπως η λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και των απογευματινών ιατρείων στο πλαίσιο της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων. Δεν νομοθετήθηκε όμως η σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.), ενώ το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που είχε καταρτιστεί δεν ψηφίστηκε λόγω αλλαγής της κυβέρνησης.

Η περίοδος 2005-2007 χαρακτηρίζεται από την ψήφιση τεσσάρων ακόμα νόμων για το ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, με το Ν. 3329/2005

«Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις», καταργήθηκαν οι προβλέψεις του νόμου του 2001 για τη διοίκηση των νοσοκομείων και δόθηκε η δυνατότητα να διορίζονται διοικητές νοσοκομείων και άτομα χωρίς εξειδικευμένη γνώση. Επίσης, τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες) και από 17 μειώθηκαν σε 7. Στη συνέχεια, ψηφίστηκε ο Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», με τον οποίο αναδιοργανώθηκε η δομή των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, συστάθηκε το Ε.ΣΥ.Δ.Υ (Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας), καθώς και το Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας. Αργότερα, ο Ν. 3457/2006 για τη «Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης» κατάργησε τη θετική λίστα συνταγογραφούμενων φαρμάκων και άλλαξε τον τρόπο αποζημίωσης των φαρμάκων εισάγοντας την τιμή ανάκτησης. Τέλος, ο Ν. 3580/2007 για τις «Προμήθειες φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» προέβλεψε την κεντρική διενέργεια προμηθειών από το Υπουργείο Υγείας με τη θεσμοθέτηση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, συνεπικουρούμενη από το Ι.Φ.Ε.Τ. (Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας), τη Δ.ΕΠ.Α.ΝΟ.Μ. (Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων και το Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ. (Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών).

Υπό το πρίσμα των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα η χώρα, ένας νέος γύρος μεταρρυθμίσεων στην υγεία σχεδιάζεται, με έμφαση στην εισαγωγή συστήματος διπλογραφικού λογιστικού ελέγχου των χρήσεων σε νοσοκομεία, στην περιοδική δημοσίευση των ελεγμένων ισολογισμών, στη βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών, στον έλεγχο της φαρμακευτικής κατανάλωσης, στο διαχωρισμό του κλάδου υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης, στη συγχώνευση των κονδυλίων για την απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος, καθώς και στη συγκέντρωση όλων των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων υπό την αρμοδιότητα ενός μόνο υπουργείου.

Άσκηση 8

Από τη θεσμοθέτησή του (1983) μέχρι σήμερα, το ΕΣΥ έχει υποστεί 6 μεταρρυθμίσεις, έχει διατυπωθεί μεγάλος αριθμός προτάσεων για την αλλαγή του, ενώ συνεχής είναι και η συζήτηση για τα προβλήματα λειτουργίας που αντιμετωπίζει. Επιπροσθέτως, παρατηρείται το φαινόμενο οι μεταρρυθμιστικοί νόμοι που ψηφίζονται να μην εφαρμόζονται καθόλου ή να εφαρμόζεται μικρό μόνο μέρος των διατάξεών τους. Κατά την άποψή σας, γιατί οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ «αποτυγχάνουν»;

Σύνοψη

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, δεδομένου ότι η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών συνδυάζει στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων, όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, ενώ εμφανίζει και έναν από τους πιο ανεπτυγμένους ιδιωτικούς τομείς μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του είναι ο μεγάλος βαθμός συγκεντρωτισμού και η απουσία ουσιαστικής περιφερειακής οργάνωσης, καθώς κάθε πλευρά της χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι αντικείμενο ελέγχου του Υπουργείου Υγείας. Τόσο η πρωτοβάθμια όσο και η νοσοκομειακή περίθαλψη αντιμετωπίζουν σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα, τα οποία οδηγούν στη χαμηλή ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα είναι η υψηλή παραοικονομία, η οποία συμβάλλει στην ύπαρξη μεγάλων ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως ο ιατρικός πληθωρισμός έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ιατρικοποίηση του συστήματος, με την εμφάνιση προκλητής ζήτησης και την υπανάπτυξη της προαγωγής της υγείας. Παρά το γεγονός της πληθώρας των μεταρρυθμιστικών νόμων, τα διαχρονικά προβλήματα παραμένουν και εντείνονται αφού οι παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν είτε έμειναν ημιτελείς είτε δεν ανταποκρίνονταν στις πραγματικές ανάγκες.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1:
Συνοδευτικά Κείμενα

Άρθρο 129 Συνθήκης Μάαστριχτ

1. Η Κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας του ανθρώπου, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών και, αν αυτό απαιτείται, υποστηρίζοντας τη δράση τους. Η δράση της Κοινότητας αφορά την πρόληψη των ασθενειών και ιδίως των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας, συμπεριλαμβανομένης της τοξικομανίας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών και των τρόπων μετάδοσής τους καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνιστώσα των άλλων πολιτικών της Κοινότητας.

2. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.

3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Για να συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, το Συμβούλιο: α) αποφασίζοντας με τη διαδικασία του άρθρου 189 Β και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, θεσπίζει δράσεις ενθάρρυνσης, χωρίς να εναρμονίσει τις νομοθετικές

και κανονιστικές διατάξεις των κρατών μελών, β) αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία προτάσει της Επιτροπής, διατυπώνει συστάσεις.

Άρθρο 152 Συνθήκης Άμστερνταμ

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτίων τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.

2. Η Κοινότητα ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.

3. Η Κοινότητα και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Το Συμβούλιο, ενεργώντας σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, θεσπίζοντας: α) μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και

την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα· β) κατά παρέκκλιση από το άρθρο 37, μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας· γ) μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, εκτός οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών. Το Συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία μετά από πρόταση της Επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.

5. Η δράση της Κοινότητας στον τομέα της δημόσιας υγείας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα περί των οποίων η παράγραφος 4 στοιχείο α), δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις περί δωρεάς ή ιατρικής χρήσεως οργάνων και αίματος.

Άρθρο 168 Συνθήκης Λισαβόνας

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Ένωσης, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την σωματική και ψυχική υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτίων τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας, καθώς και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους. Η Ενωση συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.

2. Η Ενωση ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ κρατών μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και, εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Ενθαρρύνει ιδίως τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών με σκοπό τη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές. Τα κράτη μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την Επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η Επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού, ιδίως πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τηρείται πλήρως ενήμερο.

3. Η Ενωση και τα κράτη μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα δημόσιας υγείας.

4. Κατά παρέκκλιση από το άρθρο 2, παράγραφος 5, και το άρθρο 6, σημείο α), και σύμφωνα με το άρθρο 4, παράγραφος 2, σημείο ια), το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλουν στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου, θεσπίζοντας, για την αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων όσον αφορά την ασφάλεια: α) μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα· β) μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτοϋγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας· γ) μέτρα για τον καθορισμό υψηλών προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας για τα φάρμακα και τα μηχανήματα που προορίζονται για ιατρική χρήση.

5. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία και μετά από δι-

αβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, και την Επιτροπή των Περιφερειών, μπορούν επίσης να θεσπίζουν μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου, και ιδίως για την καταπολέμηση των σοβαρών ασθενειών με διασυνοριακή διάσταση, την κήρυξη συναγερμού σε παρόμοιες περιπτώσεις και την καταπολέμησή τους, καθώς και μέτρα που έχουν ως άμεσο στόχο τους την προστασία της δημόσιας υγείας από το κάπνισμα και την κατάχρηση οινοπνευματωδών, αποκλειόμενης οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών.

6. Το Συμβούλιο, μετά από πρόταση της Επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.

7. Η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης. Στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές. Τα μέτρα που προβλέπονται στην παράγραφο 4, στοιχείο α), δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις που διέπουν τις δωρεές οργάνων και αίματος ή την ιατρική χρήση τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:
Απαντήσεις στις ασκήσεις και τις δραστηριότητες του Β' Μέρους

ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Άσκηση 1

Οι υποστηρικτές της άποψης ότι βασική προϋπόθεση για την επιλογή προτεραιοτήτων είναι η ύπαρξη πληροφόρησης, τονίζουν την αναγκαιότητα: α) της σαφήνειας των στόχων ως προς τον πληθυσμό-στόχο, την έννοια της υγείας, την έννοια της ισότητας, τις στάσεις του κοινού, β) την πληροφόρηση για το κόστος και το αποτέλεσμα και γ) τη δυνατότητα μέτρησης της απόδοσης. Από την άλλη, όσοι δίνουν έμφαση στους θεσμούς, υποστηρίζουν ότι: α) δεδομένων των αντικρουόμενων αξιών, η διαδικασία επιλογής προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας αποτελεί μια διαδικασία πολιτικής συζήτησης: θεσμοθέτηση κοινωνικού διαλόγου, β) το πρόβλημα δεν είναι πρωταρχικά η απουσία δεδομένων, αλλά η απουσία συναίνεσης για τον τρόπο χρησιμοποίησής τους και γ) χωρίς ενδυνάμωση της θεσμικής ικανότητας ανάλυσης των δεδομένων, αποσαφήνισης των επιλογών πολιτικής και διεξαγωγής διαλόγου, η συσσώρευση πληροφοριών οδηγεί σε σύγχυση.

Άσκηση 2

Α) Οι μεταβολές στη δομή και το επίπεδο ευημερίας της οικογένειας επηρεάζουν τις δυνατότητες της οικογένειας να παρέχει τις πρώτες βασικές υπηρεσίες φροντίδας στα μέλη της. Για παράδειγμα, μονογονεϊκά και μονομελή νοικοκυριά και νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, αδυνατούν να αντιμετωπίσουν μόνα τους τα προβλήματα υγείας των μελών τους που δεν χρειάζονται νοσηλεία, λόγω

έλλειψης χρόνου και πόρων, με αποτέλεσμα να απευθύνονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Έτσι όμως το σύστημα υγείας υφίσταται επιπλέον επιβάρυνση για περιστατικά, τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν κατ' οίκον, με συνέπεια τη χρήση επιπρόσθετων υγειονομικών πόρων.

Β) Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού είναι κυρίως κοινωνικοί και οικονομικοί και συνδέονται με τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας. Οι υπηρεσίες υγείας συμβάλλουν δευτερευόντως στην καλή υγεία του πληθυσμού και στο βαθμό που μπορούν να περιορίσουν την αποφεύξιμη θνησιμότητα, δηλαδή τους θανάτους που δεν θα έπρεπε να συμβούν, εάν υπήρχε έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα.

Γ) Οι πραγματικές ανάγκες για υγεία ενός πληθυσμού καλύπτονται πιο αποτελεσματικά δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, με την ανάπτυξη υπηρεσιών ανοικτής πρωτοβάθμιας φροντίδας και όχι με την εκ των υστέρων παρέμβαση της κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Άσκηση 3

Βασικές παραμέτρους ενός καλά λειτουργούντος συστήματος υγείας αποτελούν: α) η αποτελεσματική διαχείριση και διακυβέρνηση του συστήματος, β) η ύπαρξη πληροφοριών και δεδομένων, γ) η δίκαιη και ισότιμη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, δ) η επάρκεια και η ισότιμη περιφερειακή κατανομή του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, ε) η διαθεσιμότητα ιατρικών προϊόντων και τεχνολογιών, στ) η ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Άσκηση 4

Η ανάπτυξη προγραμμάτων δημόσιας υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών μεταξύ των κρατών μελών. Αυτό είναι δυνατό να συμβεί επειδή τα προγράμματα αυτά προωθούν κοινές δράσεις μεταξύ των κρατών μελών της Ένωσης, οι οποίες δίνουν έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την ενθάρρυνση υιοθέτησης από όλους ενός

υγιέστερου τρόπου ζωής και τη διάδοση και ανταλλαγή γνώσεων και καλών πρακτικών φροντίδας της υγείας μεταξύ των κρατών.

Άσκηση 5

Για να απαντήσετε σε αυτή την ερώτηση θα πρέπει να λάβετε υπόψη σας ζητήματα όπως τα ακόλουθα:

Α) Υπάρχει ένα «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο» προστασίας της υγείας και κατά πόσο αυτό μπορεί να οδηγήσει σταδιακά στη διαμόρφωση ενός «Κοινοτικού Συστήματος Υγείας»;

Β) Οι μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα στα συστήματα υγείας των χωρών μελών της Ένωσης απορρέουν από εσωτερικές εγχώριες αναγκαιότητες όπου οι υφιστάμενοι θεσμοί και οι προηγούμενες επιλογές προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την κατεύθυνση διαμόρφωσης στρατηγικών και πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων; Ή μήπως η κατασκευή, διάχυση, θεσμοθέτηση κανόνων, διαδικασιών, πολιτικών, κοινών πεποιθήσεων και νορμών που αρχικά εφαρμόζονται στη λήψη αποφάσεων σε επίπεδο ΕΕ, στη συνέχεια ενσωματώνονται στη λογική των εθνικών δομών διακυβέρνησης;

Γ) Η πολιτική υγείας της Ένωσης, ως τμήμα της κοινωνικής πολιτικής της, αποτελεί βασική επιδίωξη της Κοινότητας ή συμπληρωματικό συστατικό της οικονομικής πολιτικής; Με άλλα λόγια υπάρχει η δυνατότητα σύναψης ενός Κοινωνικού Συμφώνου Σταθερότητας και Ολοκλήρωσης σε αναλογία με το Σύμφωνο Οικονομικής Σταθερότητας;

Άσκηση 6

Α) Οι μεταρρυθμίσεις που προτείνονται είναι: α) δημιουργία ενός ενιαίου ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, β) περιφερειακή ανασυγκρότηση και αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, γ) αλλαγή του τρόπου διοίκησης των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στο επιστημονικό και όχι το πολιτικό μάνατζμεντ.

Β) Με τις μεταρρυθμίσεις αυτές: α) η πρωτοβάθμια περίθαλψη γίνεται ενιαία χωρίς κενά και ανισότητες στην πρόσβαση και αποκτά το ρόλο του πυλωρού του συστήματος υγείας που κατευθύνει τους πολίτες στις κατάλληλες υπηρεσίες, β) επιτυγχάνεται η διοικητική αποκέντρωση, η ταχύτερη λήψη αποφάσεων, ο αποτελεσματικότερος σχεδιασμός και η καλύτερη ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιοχής, γ) η αποδοτικότερη διαχείριση των υγειονομικών πόρων.

Γ) Οι μεταρρυθμίσεις αυτές είναι εφικτές, δεδομένου ότι υπάρχουν και η αναγκαία τεχνογνωσία και το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό. Προϋποθέτουν όμως την πολιτική βούληση και τον κοινωνικό διάλογο.

Άσκηση 7

Για να απαντήσετε σε αυτή την άσκηση θα πρέπει να λάβετε υπόψη σας ορισμένα ζητήματα όπως:

- Η προσπάθεια αποδοτικότερης διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας συνδέεται αυτομάτως με την περικοπή των δαπανών υγείας;
- Η τοποθέτηση διοικήσεων στις μονάδες υγείας οι οποίες αδυνατούν να διαχειριστούν αποδοτικά και αποτελεσματικά τους πόρους είναι ευθύνη ποιου;
- Ποιες είναι οι προϋποθέσεις για την αποδοτική διαχείριση μιας μονάδας υγείας;

Άσκηση 8

Σημαντική επίδραση στην επιτυχή εφαρμογή μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης ασκούν:

- Το πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και θεσμικό πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση.
- Η διαδικασία προσδιορισμού του προβλήματος, διατύπωσης εναλλακτικών προτάσεων αντιμετώπισής του, νομιμοποίησης των επιλεγμένων λύσεων, εφαρμογής και αξιολόγησης των νέων πολιτικών.

- Ο ρόλος των εμπλεκομένων στην όλη διαδικασία δρώντων υποκειμένων και ο βαθμός στον οποίο μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις που λαμβάνονται και την υλοποίησή τους.
- Το περιεχόμενο της επιδιωκόμενης μεταρρύθμισης που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των παραπάνω τριών στοιχείων, όσο και των ορίων που θέτουν προηγούμενες επιλογές.

Με βάση τα παραπάνω μπορείτε να ερμηνεύσετε την ελληνική περίπτωση.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Δραστηριότητα 2

Η ύπαρξη ενός ασφαλιστικού ταμείου αντί περισσότερων συμβάλλει στην αποφυγή ανισοτήτων στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και στον περιορισμό των διοικητικών δαπανών. Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα ασφαλιστικά ταμεία, η σταυροειδής μεταφορά πόρων από ταμεία που καλύπτουν ομάδες χαμηλού κινδύνου προς ταμεία που καλύπτουν υψηλού κινδύνου ομάδες, μπορεί να περιορίσει τις ανισότητες στην κάλυψη και να ενδυναμώσει την κοινωνική αλληλεγγύη. Τέλος, η παροχή δυνατότητας επιλογής του ταμείου στο οποίο θα ασφαλιστεί κάποιος μπορεί να ενδυναμώσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των ταμείων για προσέλκυση ασφαλισμένων.

Δραστηριότητα 5

Στην Ελλάδα εφαρμόζονται οι μέθοδοι αμοιβής κατά πράξη και με πάγιο μισθό.

Δραστηριότητα 6

Οι δύο αυτές μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων μπορεί να οδηγήσουν σε προκλητή ζήτηση. Δηλαδή στην επιμήκυνση του χρόνου παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο ή/και στην παροχή υπηρεσιών μη αναγκαίων, προκειμένου να αυξηθούν τα έσοδα του νοσοκομείου.

Δραστηριότητα 7

Στην Ελλάδα εφαρμόζονται η πληρωμή κατά πράξη, το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και η αποζημίωση ανά περίπτωση νοσηλείας (τιμή πακέτο).

Δραστηριότητα 11

Εντοπίζονται κάποιες σημαντικές θετικές αλλαγές στην έμφαση που δίνεται σε ορισμένα ζητήματα από το άρθρο 152 σε σχέση με το 129. Πρώτον, η πρόβλεψη ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή όλων των πολιτικών της Κοινότητας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία των πολιτών, ενισχύει τη διάσταση της διατομεακότητας και του συντονισμού μεταξύ όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης. Δεύτερον, με βάση τη νέα διατύπωση ενδυναμώνεται η δέσμευση της Κοινότητας, αφού πλέον δε «συμβάλλει», αλλά «εξασφαλίζει» υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας. Τρίτον, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και τους παράγοντες που προσδιορίζουν την καλή υγεία. Αυτό σημαίνει ότι η Κοινότητα αποκτά αρμοδιότητα όχι μόνο στην προστασία της υγείας, όπως για παράδειγμα τον έλεγχο των ασθενειών, αλλά και σε ζητήματα προαγωγής και πρόληψης όπως ο περιορισμός της διαφήμισης προϊόντων καπνού. Τέταρτον, η αρμοδιότητα της Κοινότητας επεκτάθηκε στη θέσπιση μέτρων σε δύο νέους τομείς που είναι η ασφάλεια των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του και ο κτηνιατρικός και φυτοϋγειονομικός έλεγχος.

Στο Άρθρο 168 διακρίνει κανείς ορισμένες τροποποιήσεις σε σχέση με το Άρθρο 152 οι οποίες αναδεικνύουν νέες διαστάσεις πολιτικής. Έτσι, η δράση της Ένωσης για την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει τώρα και την επαγρύπνηση για τις σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε περίπτωση τέτοιων απειλών και την καταπολέμησή τους. Δεύτερον, η ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών αναφέρεται πλέον και στη βελτίωση της συμπληρωματικότητας των υγειονομικών τους υπηρεσιών στις παραμεθόριες περιοχές. Τρίτον, προβλέπεται η εφαρμογή της Ανοιχτής

Μεθόδου Συντονισμού στην υγεία, καθώς δίνεται η δυνατότητα στην Επιτροπή να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη μέλη, πρωτοβουλίες για τον καθορισμό κατευθυντήριων γραμμών και δεικτών, την οργάνωση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και την προετοιμασία των στοιχείων που είναι αναγκαία για την τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Τέταρτον, η θέσπιση μέτρων ασφάλειας και ποιότητας, εκτός των οργάνων και ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του, του κτηνιατρικού και φυτοϋγειονομικού τομέα, επεκτείνεται και στον τομέα των φαρμάκων και ιατρικών μηχανημάτων. Οι παραπάνω προβλέψεις διευρύνουν τις δυνατότητες παρέμβασης της Ένωσης στην υγεία και παρέχουν τη θεσμική βάση δικαιολόγησης για την ανάληψη σχετικών πρωτοβουλιών.

Δραστηριότητα 16

Οι χώρες προέλευσης χάνουν το ικανότερο υγειονομικό δυναμικό τους με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι χώρες υποδοχής καλύπτουν τα κενά σε ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό, ωστόσο υπάρχει πιθανότητα η ποιότητα εκπαίδευσης του δυναμικού που εισρέει σε αυτές να μην είναι αντίστοιχη του εγχώριου δυναμικού.

Δραστηριότητα 18

Εδώ θα μπορούσατε να αναφέρετε περιπτώσεις όπως: α) η εμφάνιση τεχνικών ελλείψεων φαρμάκων στην αγορά προκειμένου να επιτευχθούν υψηλότερες τιμές πώλησης, β) η άρνηση των φαρμακοβιομηχανιών που παράγουν τα πολύ ακριβά φάρμακα για το AIDS σε φαρμακοβιομηχανίες λιγότερο αναπτυγμένων χωρών που ζητούσαν να παράξουν αντίγραφα φάρμακα, τα οποία θα διοχετεύονταν σε φτωχές χώρες, γ) η διεξαγωγή κρυφά πειραμάτων σε παιδιά από γνωστή φαρμακοβιομηχανία, η οποία υπό το πρόσχημα ανθρωπιστικής βοήθειας σε αφρικανική χώρα δοκίμαζε τα κλινικά αποτελέσματα του προϊόντος της.

Δραστηριότητα 19

Η βιοϊατρική τεχνολογία επιδρά στην άσκηση της κλινικής ιατρικής πράξης και στο μετασχηματισμό του τρόπου παραγωγής και διανομής των ιατρικών φροντίδων. Επιπροσθέτως, έχει επιπτώσεις στο κόστος και τις δαπάνες υγείας.

Δραστηριότητα 20

Μπορεί να λειτουργήσει ως: α) υποκατάστατο της υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης για ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, β) συμπλήρωμα της υποχρεωτικής κάλυψης για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από αυτή, γ) επιπρόσθετη ασφάλιση πέρα από την υποχρεωτική.

Δραστηριότητα 21

Οι περιορισμένοι πόροι είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη έμφαση να δοθεί εκεί που υπήρχαν μεγαλύτερες ανάγκες. Ο αστικός πληθυσμός μπορούσε να καλυφθεί από τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Αντίθετα, οι ανάγκες για αγροτικά κέντρα υγείας που θα κάλυπταν τον πληθυσμό της υπαίθρου ήταν μεγάλες, δεδομένων των ανεπαρκειών των αγροτικών ιατρείων.

Η μη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας οφείλεται στην αντίδραση των ασφαλισμένων των αποκαλούμενων «ευγενών ταμείων», καθώς και στο γεγονός ότι στην περίπτωση δημιουργίας ενιαίου ταμείου υγείας θα ήταν αδύνατη η μεταφορά των πλεονασμάτων των κλάδων υγείας των ταμείων για την κάλυψη των ελλειμμάτων των κλάδων σύνταξης, τακτική που εφάρμοσαν οι ελληνικές κυβερνήσεις.

Δραστηριότητα 22

Το βασικό ζήτημα είναι η απουσία συντονισμού μεταξύ των τριών αυτόνομων και αλληλοαναιρούμενων δομών, δηλαδή του ΕΣΥ, της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα. Απουσιάζει ένα λειτουργικά ολοκληρωμένο και λογικά συνεκτικό σύστημα υγείας με ενιαίους για όλους τους πολίτες κανόνες χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών.

Δραστηριότητα 24

Θα μπορούσε να συμφωνήσει κανείς με βάση το επιχείρημα ότι οι δήμοι είναι δυνατό να γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες των δημοτών τους και συνεπώς μπορούν να προσαρμόσουν σε αυτές αποτελεσματικότερα τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Από την άλλη, ένα επιχείρημα διαφωνίας θα μπορούσε να είναι το πρόβλημα της εξεύρεσης από τους δήμους των αναγκαίων υλικών, ανθρώπινων και χρηματικών πόρων προκειμένου να λειτουργήσουν αποδοτικά τις υπηρεσίες υγείας.

Δραστηριότητα 26

Οι πιθανές αιτίες θα μπορούσαν να αναζητηθούν σε μια σειρά οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων. Το διαθέσιμο εισόδημα, η κατάσταση της αγοράς εργασίας, η οικογενειακή δομή, τα δημογραφικά δεδομένα, οι κοινωνικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια, η έκταση της κοινωνικοασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και η ίδια η πολιτική των ασφαλιστικών εταιριών, αποτελούν τους παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Δραστηριότητα 27

- Μερικές αιτίες εμφάνισης: α) το ελληνικό σύστημα υγείας είναι έντονα νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό, β) το υψηλό κοινωνικό γόητρο του ιατρικού σώματος και το χαμηλό κύρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος, γ) οι περιορισμένες προσλήψεις νοσηλευτικού δυναμικού.
- Ορισμένα μέτρα αντιμετώπισης: α) αποσύνδεση του πτυχίου ιατρικής από την άσκηση ιατρικής, β) εκτίμηση αναγκών και προγραμματισμός του αριθμού και των ειδικοτήτων των γιατρών που χρειάζεται το σύστημα υγείας.

Βιβλιογραφικές αναφορές Β' μέρους

Bodenheimer Th., Grumbach K. (2010), *Κατανοώντας την πολιτική υγείας. Μια κλινική προσέγγιση*, Παρισιάνος.

Carrin G., Buse K., Heggenhougen H. K., Quah S. (eds.) (2009), *Health systems policy, finance, and organization*, Academic Press.

Γείτονα Μ. (1997), *Πολιτική και οικονομία της υγείας*, Εξάντας.

Economou Ch., Giorno C. (2009), *Improving the performance of the public health care system in Greece*. OECD Economics Department Working Paper No 722, Paris.

Economou Ch. (in print), *Health Systems in Transition: Greece*, WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Ζηλίδης Χ. (2005), *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: Η μεταρρύθμιση 2000-4*, Mediforce.

Θεοδώρου Μ. και συν. (2002), *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*, Παπαζήσης.

Ιωακείμογλου Η. (2010), *Υπηρεσίες υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορυ Σ., Οικονόμου Χ. (επιμ.) (2003), *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*, Παπαζήσης.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν., Σισσούρας Α. (επιμ.) (2000), *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003), *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια*, Παπαζήσης.

Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (επιμ.) (2001), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο.

Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*, Παπαζήσης.

Λιαρόπουλος Λ. (2007), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Α' Τόμος,* Βήτα.

Λιαρόπουλος Λ. (2010), *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Β' Τόμος: Διεθνή συστήματα υγείας*, Βήτα.

Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T. (eds) (2010), *Health systems governance in Europe: The role of EU law and policy*, Cambridge University Press, Cambridge.

Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Διόνικος, Αθήνα.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), *Υγεία 21. Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα*, Τυπωθήτω.

Σούλης Σ. (1998), *Οικονομική της υγείας*, Παπαζήσης.

Σουλιώτης Κ. (επιμ.) (2006), Π*ολιτική και οικονομία της υγείας. Στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές*, Παπαζήσης.

Τούντας Γ. (2008), *Υπηρεσίες υγείας*, Οδυσσέας.

Τσαντήλας Π. (2008), *Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας*, Σάκκουλας.

Υφαντόπουλος Γ. (2003), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Τυπωθήτω.

Χούκλη Μ. (2008), *Ευρωπαϊκή Ένωση και δημόσια υγεία*, Mediforce.

WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*, Geneva.